



โรงพยาบาลสิงห์บุรี
บริการยอดเยี่ยม เปี่ยมด้วยคุณภาพ

SINGBURI HOSPITAL JOURNAL

ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม – สิงหาคม 2565 Vol. 31 No. 1 May – August 2565

ISSN 2773-9066 (Online) ISSN 2773-8876 (Print)

บทความวิจัย

- ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อระดับความสะอาดของการเตรียมลำไส้ใหญ่ ในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ในโรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี ปิ่นทิติ ปลีจินดา
- การศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในโรงพยาบาลท่าช้าง ไพฑูรย์ ชมจันทร์
- ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษ ณิศา รวยอาจิณ และคณะ
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของบุคลากรสุขภาพโรงพยาบาลอ่างทอง รุ่งทิพย์ บางผึ้ง
- การเปรียบเทียบความรู้ ความวิตกกังวล ก่อนและหลังเข้ากลุ่มบำบัดระดับประจักษ์ในผู้ป่วยครอบครัวเด็กออทิสติกโรงพยาบาลอ่างทอง ธนพร วิชวุฒเสคามินทร์
- ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ในพื้นที่อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง ศุภณัฐภรณ์ มูลฟู
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความสำเร็จ ในการดำรงบทบาทมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแรก ลัดดาวัลย์ ช่างาม
- ประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ชต่อความรู้และการปฏิบัติตัวป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลชลบุรี ขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา
วิไลภรณ์ พุทธิรักษา

กรณีศึกษา

- การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลท่าเรือ จังหวัดลพบุรี ประภัสสร วีระประสิทธิ์
- การพยาบาลผู้ป่วย Hypoxic-ischemic encephalopathy (HIE): กรณีศึกษา ทิวา สีม่วงอ่อน
- การพยาบาลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บช่องท้องร่วมกับติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กมนพันธ์ ธำมรงค์กุล
- การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการผ่าตัดในท่อน้ำดี ผ่านกล้องตรวจท่อน้ำดีและท่อตับอ่อน สายพิน บัวสระ
- การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป เพื่อผ่าตัดเนื้องอกในสมอง: กรณีศึกษา วิภารัตน์ จันทศรีคำ

SINGBURI HOSPITAL JOURNAL

เป็นวารสารของโรงพยาบาลสิงห์บุรี กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสิงห์บุรี
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์:	1. เพื่อเผยแพร่ผ่านวารสารและส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ ที่เป็นประโยชน์แก่สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล 2. เพื่อเผยแพร่และเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ผลงานวิจัย บทความวิชาการ กรณีศึกษาและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา การพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพ ในการนำไปสู่การสร้างองค์ความรู้ใหม่	
ประธานที่ปรึกษา:	นพ.พงษ์นรินทร์ ชาดิรังสรรค์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรี
คณะที่ปรึกษา:	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ	
บรรณาธิการ:	พญ.ปิตรรา วาสุเทพรังสรรค์	กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสิงห์บุรี
รองบรรณาธิการ:	พญ.กานตนิจ สีอวีโรจนกุล	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสิงห์บุรี
คณะบรรณาธิการ:	พว.ทองเปลว ชมจันทร์	APN สาขาอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์
	พว.ดร.ปราณี มีหาญพงษ์	กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี
	พว.สัญญา โพธิ์งาม	กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี
	ภก.ชัชวาล บุญญฤทธิ์	กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี
	พญ.สุกฤทัย อนุพันธ์ไพฑูริย์	กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสิงห์บุรี
	พญ.สุภาวี แสงบุญ	กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
	ผศ.ดร.มนพร ชาดิขันธ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
	รศ.ดร.วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
	อ.ปวีศร ช่อมศิลป์	สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ นักวิชาการอิสระ
	อ.ศศิพร ทองนิล	ศูนย์การแปลและบริการทางภาษา
		คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
		โรงเรียนเทศบาล ๑ บ้านโคกสำโรง
ผู้จัดการ:	พว.สัญญา โพธิ์งาม	กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี
ผู้ช่วยผู้จัดการ:	น.ส.เกวลี แจ่มสว่าง	โรงพยาบาลสิงห์บุรี
	นายกิตติพิชญ์ อินวกุล	โรงพยาบาลสิงห์บุรี
	น.ส.กมลวรรณ จันทร์จวนสุข	โรงพยาบาลสิงห์บุรี

เจ้าของ: โรงพยาบาลสิงห์บุรี

ระเบียบการ: กำหนดเผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ

- ฉบับที่ 1 พฤษภาคม – สิงหาคม
- ฉบับที่ 2 กันยายน – ธันวาคม
- ฉบับที่ 3 มกราคม – เมษายน

สำนักงาน: กองบรรณาธิการวารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน โรงพยาบาลสิงห์บุรี
917/3 ถนนขุนสรุรงค์ ตำบลบางพุทรา อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี 16000
โทร 036 – 511060 ต่อ 5205

พิมพ์ที่ บริษัท บุญยไพศาลการพิมพ์ จำกัด
185/53 หมู่ 7 ตำบลบางมัญ อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี 16000
โทร.081-9489049 e-mail: pichaib513@gmail.com

คำชี้แจงการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

Singburi Hospital Journal เป็นวารสารของโรงพยาบาลสิงห์บุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่บทความในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังรอพิมพ์ในวารสารอื่น ซึ่งบทความจะได้รับการประเมินคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ (Peer review) 2 ท่าน ด้วยรูปแบบ Double-blinded โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อ-นามสกุล และหน่วยงานของทั้งผู้เขียนและผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนการลงพิมพ์ โดยให้บทความเป็นภาษาไทย แต่มีบทคัดย่อเป็นภาษาอังกฤษ

1. ประเภทบทความ

บทความวิชาการ (Academic article)

เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ควรประกอบด้วยลำดับเนื้อเรื่องดังต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ บทคัดย่อ (ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ) คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ ข้อยุติ และเอกสารอ้างอิง ไม่ควรเกิน 10 ปี ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10-12 หน้าพิมพ์

บทความวิจัย (Research Article)

เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่พบ ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

รายงานผู้ป่วย (Case study)

เป็นรายงานผู้ป่วยที่ไม่ธรรมดา หรือที่เป็นโรคหรือกลุ่มอาการโรคใหม่ที่ไม่เคยรายงานมาก่อน หรือพบไม่บ่อยและต้องมีหลักฐานชัดเจนอย่างครบถ้วน บางครั้งรวมบันทึกเวชกรรม (Clinical Note) ซึ่งเป็นบทความรายงานผู้ป่วยที่มีลักษณะเวชกรรม (Clinical Feature) และ/หรือ

การดำเนินโรค (Clinical Course) ที่ไม่ตรงแบบที่พบไม่บ่อย ประกอบด้วย บทคัดย่อ (ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ), รายงาน Case, วิเคราะห์/อภิปราย, สรุปผลและเอกสารอ้างอิง

2. การเตรียมบทความ

2.1 ปกชื่อเรื่อง (Title Page) ประกอบด้วย

2.1.1 ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับ และสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ถ้าชื่อยาวมากตัดเป็นเรื่องรอง (Subtitle) และชื่อเรื่องภาษาอังกฤษใช้ตัวใหญ่เฉพาะคำแรกหรือชื่อเฉพาะ เช่น สถาบัน

2.1.2 ชื่อผู้พิมพ์ (ไม่ใช่คำย่อ) และหน่วยงานหรือสถาบัน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.1.3 ชื่อ และที่อยู่ของผู้พิมพ์ที่ใช้ติดต่อเกี่ยวกับต้นฉบับและบทความตีพิมพ์แล้ว

2.1.4 แหล่งทุนสนับสนุนการศึกษา

2.2 บทคัดย่อ

เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ 5 หัวข้อหลัก ประกอบด้วย บทนำ (Introduction) วัตถุประสงค์ (Objective) วิธีการศึกษา (Methods) ผลการศึกษา (Result) สรุป (Conclusion) ซึ่งต้องมีจำนวนคำไม่เกิน 250 คำ หรือ 15 บรรทัด ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเองไม่ต้องหาความหมายต่อ ต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.3 คำสำคัญ หรือ คำหลัก

ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อเป็นหัวข้อเรื่องสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index) ของปีวารสาร (Volume) และดัชนีเรื่องสำหรับ Index Medicus โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S.National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือคำหลัก โดยต้องมีอย่างน้อย 3-5 คำ เรียงตาม Alphabet (โดยภาษาไทยเรียงตามภาษาอังกฤษ)

2.4 บทนำ

เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผลนำไปสู่การศึกษาให้บททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์

2.3 วิธีการศึกษา (Methods)

ประกอบด้วย ประชากร, ตัวแปร, เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ, การรับรองจริยธรรมการวิจัย (ระบุเลขที่รับรอง), การเก็บรวบรวมข้อมูล, ระยะเวลา, การวิเคราะห์ข้อมูล

2.4 ผลการศึกษา (Results)

ต้องสอดคล้องตามวัตถุประสงค์หรือสมมติฐานของการวิจัยนั้น หากมีตารางแสดงผลการศึกษาให้ใช้เส้นตารางแนวนอน แบบเส้นเดียว ไม่ใช้คำย่อ (กรณีคำย่อให้ใช้คำอธิบายรายละเอียดในเชิงอรรถ (Foot note) ได้ตาราง

2.5 อภิปรายและข้อเสนอแนะ (Discussion)

เริ่มด้วยการวิจารณ์ผลการศึกษากับวัตถุประสงค์สมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้วิจัยไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามสมมติฐานหรือวัตถุประสงค์

2.6 ข้อสรุป (Conclusion)

สรุปผลตามวัตถุประสงค์งานวิจัย

2.7 ตาราง ภาพ และแผนภูมิ

ให้แทรกในเนื้อหาที่กล่าวถึงและอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมโดยเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนที่จะได้รับอนุญาตจากเจ้าของลิขสิทธิ์

2.8 เอกสารอ้างอิง (References)

ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) โดยใส่ตัวเลขยกกำลัง (ไม่ต้องใส่วงเล็บ) หลังข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1

สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับเนื้อหาที่อ้างอิง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ชื่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตาม รูปแบบของ U.S. National Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.html>

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการมีหลักเกณฑ์ดังนี้

3.1 วารสารวิชาการ

ลำดับที่, ชื่อผู้นิพนธ์, ชื่อเรื่อง, ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์; ปีที่ : หน้าแรก หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทยชื่อผู้นิพนธ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้นิพนธ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 3 คน หรือ 6 คนแรก (สุดแต่คำแนะนำของแต่ละวารสารแล้วตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือ และคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสาร ใช้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้น ๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้าย ตามตัวอย่างดังนี้

3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

1. วิทยา สวัสดิวัตินพงศ์, พัชร เงินตรา, ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, ฉวีวรรณ เขาวงกตติพงศ์, ยุติ ตาพิพย์, การสำรวจความครอบคลุม และการใช้บริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7: 20-6.

2. Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Child-hood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow up.Br J Cancer 1996; 73: 1006-12.

3.1.2 องค์การเป็นผู้นิพนธ์

1. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจ เนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสมาคม 2538 ; 24 : 190-204.

3.1.3 ไม่มีชื่อผู้นิพนธ์

1. Cancer in South Africa [editorial] S Afr Med J 1994; 84: 15.

3.1.4 บทความในฉบับแรก

1. วิชัย ตันไพจิตร. สิ่งแวดล้อมโภชนาการกับสุขภาพ. ใน: สมชัย บวรกิตติ, จอห์น พี ลอฟทัส, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม. สารศิริราช 2539; 48 [ฉบับผนวก]: 153-61.

3.1.5 ระบุประเภทของบทความ

1. บุญเรือง นิยมพร, ดำรง เพ็ชรหลาย, นันทวัน พรหมพลิน, ทวี บุญโชติ, สมชัย บวรกิตติ, ประหยัด ทัศนากรณ์. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน [บรรณาธิการ]. สารศิริราช 2539; 48: 616-20.

2. Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [letter]. Lancet 1996; 347: 1337.

3.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

3.2.1 หนังสือหรือตำราผู้นิพนธ์เขียนทั้งเล่ม ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

- หนังสือแต่งโดยผู้นิพนธ์

1. ธงชัย สันติวงศ์. องค์การและการบริหาร ฉบับแก้ไขปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช: 2535.

2. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

- หนังสือบรรณาธิการ

1. วิชาญ วิทยาศัย, ประคอง วิทยาศัย, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติในผู้ป่วยติดเชื่อเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิเด็ก; 2535.

2. Norman U, Redfem SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

3.2.2 บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่องใน. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

1. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจินดา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิราษฏร์, ประอร ขวลิตรจารย์, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540: 425-7.

2. Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p.465-78.

3.2.3 รายงานการประชุม สัมมนา ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

1. อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล, งามจิตต์ จันทรสาดิต, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณสุขและเพื่อสุขภาพ.เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม 2541; ณ โรงแรมโป้เบ้ทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์; 2541.

2. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th

International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

3. Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editor. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992-p1561-5.

4. ตาราง ภาพ และแผนภูมิ

แนวทางการจัดทำตาราง ดังนี้

- ให้แทรกในเนื้อหาที่กล่าวถึงและอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม โดยเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนที่จะได้รับอนุญาตจากเจ้าของลิขสิทธิ์

- หัวคอลัมน์ ให้ใช้คำเต็ม กรณีคำย่อให้ใช้คำอธิบายรายละเอียดในเชิงอรรถ (Foot note) ใต้ตาราง

- แถว (Rows) เป็นข้อมูลที่สัมพันธ์กับคอลัมน์ หัวแถว (Row headings) ใช้ตัวหนา

- เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ให้ใช้เครื่องหมายตามลำดับนี้ * † ‡ § ¶

- ภาพหรือแผนภูมิ ต้องคมชัด เป็นภาพขาว-ดำ ภาพสีสไลด์สีคุณภาพดี หรือ File ภาพ Digital ความละเอียดไม่น้อยกว่า 300 dpi ขนาดภาพไม่น้อยกว่า 800 x 600 pixels

- กรณีนำข้อมูลในตารางมาจากบทความของผู้อื่นต้องขออนุญาตและแสดงความขอบคุณ ซึ่งควรมีการอ้างอิง

5. การส่งต้นฉบับ

5.1 พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A4 (210 x 279 มม.) เว้นระยะห่างจากขอบกระดาษ

ด้านบนและซ้ายมือ 3 ซม. และด้านล่างและขวามือ 2.5 ซม. ใส่เลขหน้าตามลำดับที่มุมขวามือ

5.2 ส่งข้อมูลผ่านทาง E-mail: singhosp-journal@hotmail.com ซึ่งต้องเป็นต้นฉบับสุดท้ายที่แก้ไขเรียบร้อยแล้วเพียงชุดเดียว ส่งเป็นไฟล์ Microsoft Word และ PDF พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Word 2010 ขึ้นไป ด้วยรูปแบบอักษร TH Sarabun PSK ตัวอักษรขนาด ๑๖ นิ้ว หัวข้อหลักใช้ตัวหนา พร้อมทั้งแจ้งชื่อ-นามสกุล เบอร์โทรศัพท์ E-mail และที่อยู่ติดต่อกลับให้ครบถ้วน

5.3 บทความที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์จะไม่ส่งต้นฉบับคืน บทความที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์กองบรรณาธิการจะใหวารสารผู้พิมพ์จำนวน 2 เล่ม

บทบาบทและหน้าที่ของผู้พิมพ์

1. ผู้พิมพ์ต้องเขียนบทความให้ถูกต้องตามรูปแบบการเตรียมบทความที่วารสารกำหนด

2. ผู้พิมพ์ต้องรับรองว่าบทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์จะต้องไม่เคยเผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ของวารสารอื่น กรณีทำการศึกษาในคนจะต้องมีหนังสืออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์แนบมาด้วย

3. ผู้พิมพ์ต้องรายงานข้อเท็จจริงที่เกิดจากการศึกษาหรือการทำวิจัย โดยไม่บิดเบือนข้อมูล

4. ผู้พิมพ์ต้องอ้างอิงผลงานของผู้อื่น หากมีการนำผลงานนั้นมาใช้ในผลงานของตนเอง

5. ผู้พิมพ์ต้องแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของกองบรรณาธิการและผู้ประเมินบทความ กรณีที่มีเหตุไม่สามารถแก้ไขได้ต้องเขียนคำชี้แจงและเหตุผลส่งมาพร้อมบทความที่แก้ไขแล้ว

6. ผู้พิมพ์ต้องส่งบทความที่แก้ไขแล้วกลับมาภายในระยะเวลาที่กำหนด

บทบาทและหน้าที่ของบรรณาธิการ

1. บรรณาธิการต้องเป็นผู้พิจารณาคุณภาพของบทความ และต้องให้คำแนะนำหรือข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์แก่ผู้นิพนธ์ เพื่อตีพิมพ์บทความตามมาตรฐาน
2. บรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้นิพนธ์ และผู้ประเมิน ในช่วงระยะเวลาของการประเมินบทความ
3. บรรณาธิการต้องไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์ และผู้ประเมิน
4. บรรณาธิการต้องมีการตรวจสอบบทความ ด้านการคัดลอกผลงานของผู้อื่น
5. บรรณาธิการต้องตัดสินใจเลือกบทความมาตีพิมพ์หลังผ่านกระบวนการประเมินแล้ว โดยพิจารณาจากบทความที่ส่งผลให้มีการพัฒนาทางด้านวิชาการและเป็นบทความที่มีความสำคัญ

ชัดเจน เชื่อถือได้ และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของบทความ

บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ผู้ประเมินบทความต้องประเมินบทความตามหลักวิชาการของบทความ โดยไม่ใช้ความคิดเห็นส่วนตัว
2. ผู้ประเมินบทความความประเมินบทความในสาขาวิชาที่ตนมีความเชี่ยวชาญ
3. ผู้ประเมินบทความต้องไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์
4. ผู้ประเมินบทความต้องไม่นำบทความที่ประเมินไปใช้ให้เกิดประโยชน์ส่วนตน
5. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาความลับและไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาแก่บุคคลอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้อง ในช่วงระยะเวลาของการประเมินบทความ

หน้า	ก
• ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อระดับความสะอาดของการเตรียมลำไส้ใหญ่ ในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ในโรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี ปณิธิธิ ปลิหจินดา	1-13
• การศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในโรงพยาบาลท่าช้าง ไพฑูรย์ ชมจันทร์	14-26
• ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษ ณิรดา รวยอาจิณ และคณะ	27-40
• ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของบุคลากรสุขภาพโรงพยาบาลอ่างทอง รุ่งทิพย์ บางผึ้ง	41-57
• การเปรียบเทียบความรู้ ความวิตกกังวล ก่อนและหลังเข้ากลุ่มบำบัดประคับประคองในผู้ป่วยครองเด็กหอติสติกโรงพยาบาลอ่างทอง ธนพร วิชวุฒเสกามินทร์	58-67
• ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ในพื้นที่อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง ศุภณัฐกรณ์ มูลฟู	68-78
• ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก ลัดดาวัลย์ ขำงาม	79-90
• ประสิทธิภาพของรูปแบบการเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโต้ตอบต่อความรู้และการปฏิบัติตัวป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลชลบุรี ขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา, วิไลภรณ์ พุทธิรักษา	91-108
• การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลท่าช้าง จังหวัดลพบุรี ประภัสสร วีระประสิทธิ์	109-126
• การพยาบาลผู้ป่วย Hypoxic-ischemic encephalopathy (HIE): กรณีศึกษา ทิวา สีม่วงอ่อน	127-142
• การพยาบาลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บช่องท้องร่วมกับติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กมนพันธุ์ ธารบริสุทธิ์กุล	143-156
• การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการผ่าตัดนิวไทรไอน้ำดี ผ่านกล้องตรวจท่อทางเดินน้ำดีและท่อน้ำดีและท่อน้ำดี สายพิน บัวสระ	151-168
• การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อผ่าตัดเนื้องอกในสมอง: กรณีศึกษา วิภารัตน์ จันทศรีคำ	169-183

บรรณาธิการแถลง

Singburi Hospital Journal ฉบับนี้ เป็นฉบับปกติ มีบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ได้ส่งบทความต่าง ๆ มาเพื่อให้ตีพิมพ์ เผยแพร่ ในโรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร และคณะบรรณาธิการได้พิจารณาแล้วเห็นว่า บทความต่าง ๆ ที่ส่งมาเป็นเรื่องที่น่าสนใจ และเป็นประโยชน์ต่อเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานสาธารณสุข ที่จะช่วยเพิ่มสมรรถนะทางด้านวิชาการ รวมทั้งในการให้บริการต่อผู้มารับบริการ จึงได้มีมติให้จัดพิมพ์ Singburi Hospital Journal ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 พ.ค. – ส.ค. 2565 ขึ้นและให้ทำการเผยแพร่

คณะบรรณาธิการหวังว่า วารสารฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านเป็นอย่างมาก และขอเชิญชวนสมาชิก ตลอดจนผู้อ่านทุกท่านส่งบทความวิชาการมาให้คณะบรรณาธิการพิจารณาเพื่อลงพิมพ์ในฉบับต่อไป

แพทย์หญิงปวีตรา วาสุเทพรังสรรค์

บรรณาธิการ

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อระดับความสะอาดของการเตรียมลำไส้ใหญ่ ในผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ในโรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี

ปณิธิธิติ ปลืพินิจดา พ.บ.*

Received: 31 พ.ค.65

Revised: 5 ก.ค.65

Accepted: 27 ก.ค.65

บทคัดย่อ

บทนำ: การส่องกล้องลำไส้ใหญ่เป็นการวินิจฉัยมาตรฐาน ในการวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การเตรียมลำไส้ใหญ่ให้สะอาดหรือเหมาะสมนั้น นับว่าเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะทำให้การส่องกล้องลำไส้ใหญ่นั้นสามารถกระทำสำเร็จ ลุล่วง และได้คุณภาพที่ดี มีการศึกษาหลายการศึกษาก่อนหน้านี้ได้ศึกษาหาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อระดับความสะอาดของการเตรียมลำไส้ใหญ่เพื่อส่องกล้อง แต่ส่วนใหญ่ศึกษาโดยใช้ยาถ่ายชนิดอื่นๆ ที่ไม่ใช่ สารละลายโซเดียมพอสเฟต

วิธีการศึกษา: การศึกษา Retrospective cross-sectional study โดยการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ โดยใช้สารละลายโซเดียมพอสเฟต ตั้งแต่ 1 มกราคม 2563 ถึง 30 กุมภาพันธ์ 2565 ได้ผู้ป่วยในกลุ่มเตรียมลำไส้ไม่สะอาด (ไม่เหมาะสม) จำนวน 121 ราย และได้ผู้ป่วยในกลุ่มเตรียมลำไส้ได้เหมาะสม จำนวน 251 ราย เป็นอัตราส่วน 1 ต่อ 2 โดยใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยพหุตัวแปร เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อระดับความสะอาดของการเตรียมลำไส้ใหญ่ ในผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ โดยใช้สารละลายโซเดียมพอสเฟต

ผลการศึกษา: ในการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุตัวแปร พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทำให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเตรียมลำไส้ได้ไม่เหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุมากกว่า 70-79 ปี (aOR =2.82,95%CI 1.29-6.13, p=0.009) อายุมากกว่า 80 ปี (aOR =7.06 ,95%CI 2.53-19.65, p<0.001) เบาหวาน (aOR =3.28 ,95%CI 1.66-6.49, p=0.001) สูบบุหรี่ (aOR =4.83,95%CI 1.57-14.86, p=0.006) อาการท้องผูกหรือท้องผูกสลับเสีย (aOR =5.35,95%CI 2.94-9.72, p<0.001) เคยเตรียมลำไส้ไม่สะอาดมาก่อน (aOR =7.48, 95%CI 1.26-44.23, p<=0.02) และ ASA มากกว่า 3 (aOR =2.97 ,95%CI 1.23-7.20, p=0.02) อย่างไรก็ตามไม่พบนัยสำคัญทางสถิติในปัจจัยดังต่อไปนี้ เพศชาย อายุ 60-69 ปี ดัชนีมวลกาย กลุ่มผอม ดัชนีมวลกาย กลุ่มน้ำหนักเกิน ดัชนีมวลกายกลุ่มอ้วน ระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้น การเป็นผู้ป่วยใน การได้รับการส่องกล้องหลังป่วยโอม และประวัติการผ่าตัดช่องท้อง

สรุป: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทำให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเตรียมลำไส้ได้ไม่สะอาด (ไม่เหมาะสม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุมากกว่า 70 ปี เบาหวาน สูบบุหรี่ อาการท้องผูกหรือท้องผูกสลับเสีย เคยเตรียมลำไส้ไม่สะอาดมาก่อน และ ASA มากกว่า 3

*aOR = adjusted odds ratio

คำสำคัญ: ส่องกล้องลำไส้ใหญ่, ส่องกล้องลำไส้ใหญ่ด้วยสารละลายโซเดียมพอสเฟต, เตรียมลำไส้ไม่เหมาะสม, เตรียมลำไส้ไม่สะอาด

*กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี

Risk factors of suboptimal bowel preparation in elective colonoscopy in Banmi Hospital, Lopburi Province.

Punthiti Pleehachinda M.D.*

Abstract

Introduction: Colonoscopy is a gold-standard for colorectal cancer diagnosis. Optimal bowel preparation is the most important factor of successful and good quality colonoscopy. There are many previous studies about the risk factors of suboptimal quality bowel preparation, but most of them did not use sodium phosphate for bowel preparation.

Methods: This retrospective cross-sectional study investigated patients who received sodium phosphate solution for bowel preparation before elective colonoscopy from January 2020 to February 2022. The study recruited 121 patients with suboptimal bowel preparation as a case group and 251 patients with optimal bowel preparation as a control group (a ratio of 1:2). Multiple logistic regression analysis was carried out to identify risk factors associated with suboptimal quality of bowel preparation in patients who received sodium phosphate for bowel preparation before elective colonoscopy.

Results: The result of multiple logistic regression analysis revealed that risk factors statistically significant for suboptimal bowel preparation included the age of 70-79 years (aOR =2.82, 95%CI 1.29-6.13, p=.009), the age of more than 80 years (aOR =7.06, 95%CI 2.53-19.65, p<.001), diabetes (aOR =3.28, 95%CI 1.66-6.49, p=.001), active smoking (aOR =4.83, 95%CI 1.57-14.86, p=.006), constipation or bowel habit change symptoms (aOR =5.35, 95%CI 2.94-9.72, p<.001), the history of suboptimal bowel preparation (aOR =7.48, 95%CI 1.26-44.23, p=.02), and ASA more than 3 (aOR =2.97, 95%CI 1.23-7.20, p=.02). However, there were no statistically significant difference in male sex, age of 60-69 years, underweight and overweight BMI, inpatient, after 1PM colonoscopy and previous abdominal surgery.

Conclusions: Risk factors that were statistically significant for suboptimal bowel preparation included the age of more than 70 years, diabetes, active smoking, constipation or bowel habit change symptoms, the history of suboptimal bowel preparation, and ASA of more than 3.

*aOR = adjusted odds ratio

Keywords: Colonoscopy, Sodium phosphate for bowel preparation, Suboptimal bowel preparation, Inadequate bowel preparation

*Department Of Surgery, Banmi Hospital Lopburi Province

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นมะเร็งที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรทั่วโลก โดยสำหรับประเทศไทยอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่มากเป็นลำดับที่ 4 หรือพบผู้ป่วยรายใหม่ 10,864 รายต่อปี อัตราการเสียชีวิต 6,039 รายต่อปี รองจากมะเร็งตับ ปอด และมะเร็งเต้านม ตามลำดับ^{1,2,3} ซึ่งอัตราการตายในมะเร็งลำไส้ใหญ่นั้นลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อมีการตรวจคัดกรองและป้องกันด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยหากพบติ่งเนื้อ (adenoma polyp) สามารถตัดติ่งเนื้อตั้งแต่เริ่มก่อนที่จะกลายเป็นมะเร็ง เนื่องจากติ่งเนื้อ จะใช้เวลาร่วม 10 ปีในการกลายเป็นมะเร็ง⁴

การจะส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ได้ประสบความสำเร็จและตรวจพบติ่งเนื้องอกได้ครบถ้วน ต้องอาศัยการมองเห็นภาพพื้นผิวลำไส้ใหญ่ที่ชัด ดังนั้นการเตรียมลำไส้ใหญ่ที่สะอาด ถือเป็นปัจจัยสำคัญในการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลข้างเคียงต่ำ ใช้เวลาส่องกล้องไม่นาน และที่สำคัญช่วยให้ไม่พลาดในการตรวจพบติ่งเนื้องอกขนาดเล็ก^{5,6,7}

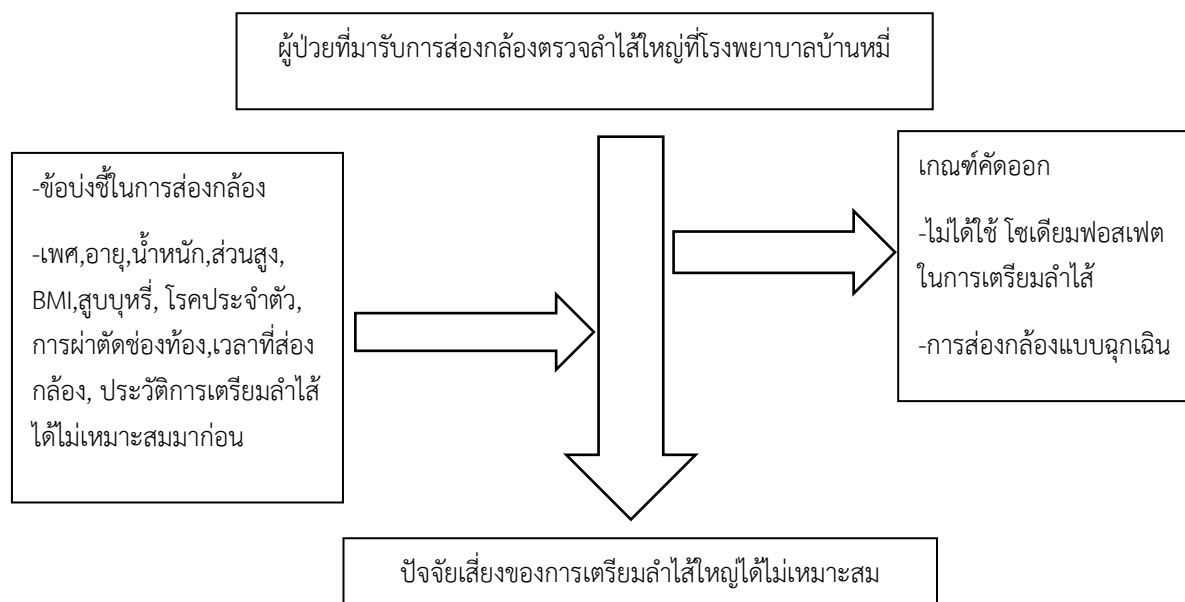
มีการรายงานผลในการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเตรียมลำไส้ใหญ่เพื่อส่องกล้องได้ไม่เหมาะสม พบว่าการเตรียมลำไส้ได้ไม่เหมาะสมอยู่ที่ ร้อยละ 10-30⁸⁻¹³

โดยมาตรฐานตาม US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer และสมาคมส่องกล้องทางเดินอาหารของสหภาพยุโรป แนะนำว่าไม่ควรมากกว่า ร้อยละ 15^{14,15} อย่างไรก็ตามการศึกษาในต่างประเทศ มักจะใช้ยาถ่ายชนิดสารละลายที่มีความเข้มข้นในการละลายเท่ากัน (Iso-osmotic) หรือใช้สารละลายที่มีความเข้มข้นในการละลายสูง (hyperosmotic) ชนิด Polyethylene glycol⁸⁻¹³ อย่างไรก็ตามในโรงพยาบาลในต่างจังหวัดของประเทศไทย รวมทั้งที่โรงพยาบาลบ้านหมี่ นิยมใช้ยาถ่ายชนิดสารละลายโซเดียมฟอสเฟต (Sodium phosphate) ซึ่งอยู่ในกลุ่มสารละลายที่มีความเข้มข้นในการละลายสูง (hyperosmotic)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของการเตรียมลำไส้ใหญ่ได้ไม่สะอาด (ไม่เหมาะสม) จากการใช้ยาถ่ายชนิด สารละลายโซเดียมฟอสเฟต ในผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่แบบไม่เร่งด่วน ที่โรงพยาบาลบ้านหมี่และมีวัตถุประสงค์รองในการหาอุบัติการณ์ของการส่องตรวจพบติ่งเนื้องอกเวลาที่ใช้ในการส่องกล้อง และอัตราการส่องกล้องได้สำเร็จของกลุ่มที่เตรียมลำไส้ได้ไม่สะอาด (ไม่เหมาะสม) เทียบกับกลุ่มที่เตรียมลำไส้ได้เหมาะสม

กรอบแนวคิดในการทำวิจัย



วิธีการศึกษา

ได้รับการอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลบ้านหมี่ เมื่อวันที่ 20 เมษายน 2565 เลขที่รับรอง 2565/03

ศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ามารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบไม่เร่งด่วนและได้เตรียมลำไส้ด้วยยาถ่ายชนิดโซเดียมพอสเฟต ที่โรงพยาบาลบ้านหมี่ ในช่วงวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565 ค้นหาผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ที่ห้องส่องกล้องโรงพยาบาลบ้านหมี่ ทุกรายจากเวชระเบียน จากนั้นนำมาพิจารณาตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย และเกณฑ์การคัดออกผู้ร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 18 ปี ผู้ป่วยนัดส่องกล้องแบบไม่ฉุกเฉิน และใช้ยาถ่ายชนิด โซเดียมพอสเฟต ในการเตรียมลำไส้ใหญ่

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่ส่องกล้องพบก้อนอุดตันลำไส้ไม่สามารถส่องกล้องผ่านก่อนได้ และผู้ป่วยที่กินยาถ่ายชนิด โซเดียมพอสเฟต ไม่ครบตามขนาดยาที่กำหนด

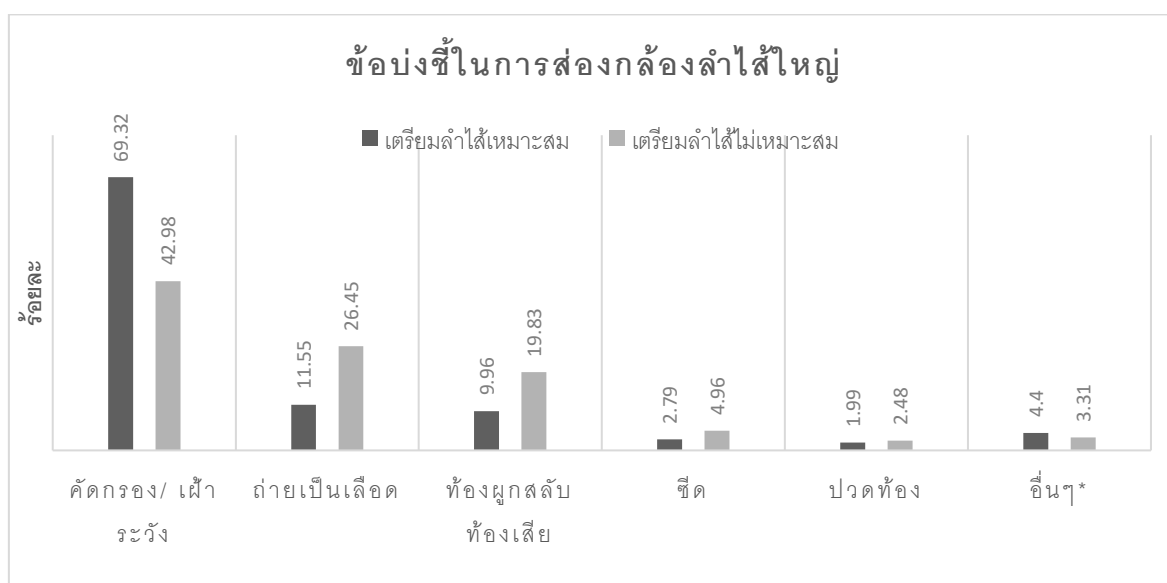
จากนั้นจัดผู้ป่วยเข้ากลุ่มตามระดับการเตรียมลำไส้ได้ 2 กลุ่ม คือ เตรียมลำไส้ได้ไม่สะอาด (ไม่เหมาะสม) และเตรียมลำไส้ได้เหมาะสม โดยใช้เกณฑ์วินิจัยตามมาตรวัด Aronchick (Aronchick Scale) โดยกำหนดให้ ดีเยี่ยม และดี ตาม Aronchick Scale คือ การเตรียมลำไส้ใหญ่ได้เหมาะสม และกลาง แย่ และแย่มาก ตาม Aronchick Scale คือ การเตรียมลำไส้ใหญ่ได้ไม่สะอาด (ไม่เหมาะสม) ซึ่งทำการประเมินโดยศัลยแพทย์ผู้ส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยในการศึกษานี้มีศัลยแพทย์ที่ส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทั้งหมด 2 คน โดยมีความรู้และเข้าใจใน Aronchick Scale เป็นอย่างดี โดยใช้รูปแบบวิธีวิจัย Retrospective cross-sectional study

โดยมีกลุ่มที่ศึกษา (Case) คือ ผู้ป่วยที่เตรียมลำไส้ได้ไม่สะอาด (ไม่เหมาะสม) และกลุ่มควบคุม (Control) คือ ผู้ป่วยที่เตรียมลำไส้ได้เหมาะสม

การคำนวณขนาดตัวอย่างจากการทบทวนวรรณกรรม โดยวางแผนวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมลำไส้ใหญ่ได้ไม่สะอาด 12 ปัจจัย ยึดตามหลัก คำนวณตามกฎ rule of thumb ของการคำนวณแบบ logistic regression คือ 10 เหตุการณ์ที่สนใจ ต่อ 1 ปัจจัยเสี่ยงตามทฤษฎีของ peduzzi et al, 1996¹⁸ ได้กลุ่มที่เตรียมลำไส้ได้ไม่เหมาะสม (case) ได้อย่างน้อย 120 ราย และหากกลุ่มที่เตรียมลำไส้ได้เหมาะสม เพิ่มอีกอย่างน้อย 1:2 คืออีกอย่างน้อย 240 ราย

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยตัวแปรต่อเนื่องจะตรวจสอบว่ามีการกระจายแบบปกติ และนำเสนอค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนเฉลี่ย และเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่มด้วย independent t test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ นำเสนอโดยใช้ความถี่และร้อยละ โดยเทียบสัดส่วนทั้ง 2 กลุ่มด้วย Fisher's exact แบบที่ละตัวแปร univariate analysis และวิเคราะห์แบบถดถอยพหุตัวแปร (multiple logistic regression) เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงโดยใช้ odds ratio ในการนำเสนอ ข้อมูลมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อค่า P-value <0.05 วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรม Stata version 16

แผนภูมิที่ 1 แสดงข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ของกลุ่มเตรียมลำไส้ไม่สะอาด(ไม่เหมาะสม) และกลุ่มเตรียมลำไส้ได้เหมาะสม



หมายเหตุ อื่นๆ ได้แก่ ท้องเสียเรื้อรัง กระเพาะลำไส้อักเสบ และ น้ำหนักลด/เบื่ออาหาร

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มเตรียมลำไส้ไม่สะอาด (ไม่เหมาะสม) และกลุ่มเตรียมลำไส้ได้เหมาะสม

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา เตรียมลำไส้ไม่สะอาด (จำนวน 121 ราย)		กลุ่มเปรียบเทียบเตรียม ลำไส้ได้เหมาะสม (จำนวน 251 ราย)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
-เพศ					
ชาย	57	47.11	89	35.46	0.04
หญิง	64	52.89	162	64.54	
-อายุ(ปี)					
เฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนเฉลี่ย)	67.23	(11.67)	59.68	(11.04)	<0.001
น้อยกว่า 60	34	28.10	121	48.21	<0.001
60-69	30	24.79	89	35.46	
70-79	35	28.93	30	11.09	
มากกว่า 80	22	18.18	11	4.38	
-ดัชนีมวลกาย(กิโลกรัม/เมตร ²)					
เฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนเฉลี่ย)	23.05	(4.63)	23.79	(4.13)	0.13
ผอม,<18.5	30	24.79	89	35.46	<0.001
สมส่วน, 18.5-24.9	34	28.10	121	48.21	
น้ำหนักเกิน, 25-29.9	35	28.93	30	11.95	
อ้วน, >30	22	18.18	11	4.38	
-การศึกษา					
ต่ำกว่า ระดับมัธยมศึกษา	85	85	147	75	0.05
ตั้งแต่ ระดับมัธยมศึกษา	15	15	49	25	
-เบาหวาน	37	30.58	39	15.54	0.001
-โรคทางสมอง	4	3.31	5	1.99	0.48
-ยา tricyclic anti depressant	4	3.31	5	1.99	0.48
-สูบบุหรี่					
ไม่เคยสูบ	93	76.86	208	82.87	0.03
หยุดสูบ	16	13.22	35	23.94	
สูบอยู่	12	9.92	8	3.19	
-ผู้ป่วยใน	111	91.74	224	89.24	0.58
-อาการท้องผูกหรือ ท้องผูกสลับเสีย	54	44.63	36	18	<0.001
-ส่องกล้องหลังเวลาบ่ายโมง	16	13.22	43	17.13	0.28
-ประวัติเตรียมลำไส้ไม่เหมาะสมมาก่อน	9	7.44	3	1.2	0.003
-ASA มากกว่า 3	24	19.83	15	5.98	0.001
-ประวัติการผ่าตัดช่องท้อง	28	23.14	50	19.92	0.49

ผลการศึกษา

ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยจำนวน 372 คน โดยแบ่งเป็นได้รับการเตรียมลำไส้ใหญ่ไม่เหมาะสม 121 ราย และเตรียมลำไส้ใหญ่ได้เหมาะสม 251 ราย โดยจำแนกตามข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง 2 กลุ่ม $p<0.001$ รายละเอียดดังแสดงใน แผนภูมิที่ 1 จากการวิเคราะห์ตัวแปรต่างๆ เปรียบเทียบปัจจัยพื้นฐานระหว่างกลุ่มที่เตรียมลำไส้ได้ไม่เหมาะสม และเหมาะสม รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1 พบว่ามี ตัวแปรที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ เพศชาย (ร้อยละ 47.11 และร้อยละ 35.46 $p=0.04$) อายุเฉลี่ย (67.23 ปี ค่าเบี่ยงเบนเฉลี่ย 11.67 ปี และร้อยละ 59.86 ปี ค่าเบี่ยงเบนเฉลี่ย 11.04 ปี $p<0.001$) การศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยม (ร้อยละ 85 และร้อยละ 75

$p=0.05$) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 30.58 และร้อยละ 15.54 $p=0.001$) การสูบบุหรี่ (ร้อยละ 9.92 และร้อยละ 3.13 $p=0.03$) อาการท้องผูกหรือท้องผูกสลับท้องเสียมาก่อน (ร้อยละ 44.63 และร้อยละ 18 $p<0.001$) ประวัติเตรียมลำไส้ใหญ่ไม่เหมาะสมมาก่อน (ร้อยละ 7.44 และร้อยละ 1.2 $p=0.003$) และ ASA มากกว่า 3 (ร้อยละ 19.83 และร้อยละ 5.98 $p<0.001$) สำหรับตัวแปรที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ดัชนีมวลกายเฉลี่ย (23.05 กิโลกรัม/เมตร² ค่าเบี่ยงเบนเฉลี่ย 4.63 และ 23.79 กิโลกรัม/เมตร² ค่าเบี่ยงเบนเฉลี่ย 4.13 $p=0.13$) โรคทางสมอง (ร้อยละ 3.31 และร้อยละ 1.99 $p=0.48$) การใช้ยาทางจิตเวชชนิด Tricyclic anti- depressant (ร้อยละ 3.31 และร้อยละ 1.99 $p=0.48$) และประวัติการผ่าตัดช่องท้อง (ร้อยละ 23.14 และร้อยละ 19.92 $p=0.49$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ถดถอยตัวแปรเดียว และถดถอยพหุตัวแปร ของปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมลำไส้ได้ไม่เหมาะสม

ปัจจัย	Univariable			Multivariable		
	OR	95%CI	p-value	aOR	95%CI	p-value
-เพศ						
ชาย	1.62	1.02-2.58	0.03	0.99	0.55-1.81	0.99
-อายุ(ปี)						
น้อยกว่า60		Ref.			Ref.	
60-69	1.15	0.74-1.76	0.50	0.84	0.43-1.65	0.61
70-79	2.45	1.69-3.56	<0.001	2.82	1.29-6.13	0.009
มากกว่า 80	3.04	2.07-4.45	<0.001	7.06	2.53-19.65	<0.001
-ดัชนีมวลกาย(กิโลกรัม/เมตร ²)						
ผอม,<18.5	0.97	0.62-1.51	0.90	0.63	0.26-1.50	0.30
สมส่วน, 18.5-24.9		Ref.			Ref.	
น้ำหนักเกิน, 25-29.9	0.63	0.42-0.94	0.02	0.69	0.35-1.34	0.27
อ้วน, >30	1.07	0.62-1.84	0.80	1.39	0.45-4.27	0.57

*aOR = adjusted odds ratio

ตารางที่ 2 (ต่อ) การวิเคราะห์ถดถอยตัวแปรเดียว และถดถอยพหุตัวแปร ของปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมลำไส้ได้ไม่เหมาะสม

ปัจจัย	Univariable			Multivariable		
	OR	95%CI	p-value	aOR	95%CI	p-value
-การศึกษา						
ต่ำกว่ามัธยม	2.21	1.16-4.39	0.01	1.44	0.66-3.15	0.35
ตั้งแต่มัธยมขึ้นไป		Ref.			Ref.	
-เบาหวาน	2.39	1.37-4.13	<0.001	3.28	1.66-6.49	0.001
-โรคทางสมอง	1.68	0.32-7.96	0.43	5.35	0.24-8.63	0.35
-ยา tricyclic anti-depressant	1.68	0.32-7.96	0.43	2.43	0.52-11.19	0.25
-สูบบุหรี่						
สูบบุหรี่	3.34	1.21-9.68	0.007	4.83	1.57-14.86	0.006
ไม่เคยสูบ/เคยสูบ		Ref.			Ref.	
-ผู้ป่วยใน	1.34	0.60-3.21	0.45	0.75	0.30-1.88	0.54
-อาการท้องผูกหรือท้องผูกสลับ						
เสีย	3.69	2.21-6.14	<0.001	5.35	2.94-9.72	<0.001
-ส่องกล้องหลังเวลาบ่ายโมง	0.74	0.37-1.41	0.33	0.55	0.25-1.23	0.15
-เคยเตรียมลำไส้ไม่สะอาดมาก่อน	10.00	2.00-96.00	0.004	7.48	1.26-44.23	0.02
-ASAมากกว่า 3	3.89	1.86-8.32	<0.001	2.97	1.23-7.20	0.02
-ประวัติการผ่าตัดช่องท้อง	1.21	0.68-2.10	0.47	1.61	0.83-3.11	0.16

*aOR = adjusted odds ratio

ในการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุตัวแปร พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทำให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเตรียมลำไส้ได้ไม่เหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุมากกว่า 70-79 ปี (aOR =2.82,95%CI 1.29-6.13, p=0.009), อายุมากกว่า 80 ปี (aOR =7.06 ,95%CI 2.53-19.65, p<0.001) เบาหวาน (aOR =3.28, 95%CI 1.66-6.49,p=0.001) สูบบุหรี่ (aOR =4.83,95%CI 1.57-14.86,p=0.006) อาการท้องผูกหรือท้องผูกสลับเสีย (aOR =5.35, 95%CI 2.94-9.72, p<0.001) เคยเตรียมลำไส้ไม่สะอาดมาก่อน (aOR =7.48, 95%CI 1.26-44.23, p<0.02) และ ASA มากกว่า 3 (aOR =3.89 ,95%CI 1.86-8.32, p<0.0001) อย่างไรก็ตามไม่พบนัยสำคัญทางสถิติในปัจจัยดังต่อไปนี้ เพศชาย

(aOR =0.99 ,95%CI 0.55-1.81, p=0.99), อายุ60-69ปี (aOR =0.84 ,95%CI 0.43-1.65, p=0.61), ดัชนีมวลกาย กลุ่มผอม (aOR =3.28 ,95%CI 1.66-6.49, p=0.30), ดัชนีมวลกาย กลุ่มน้ำหนักเกิน(aOR =0.69, 95%CI 0.35-1.34, p=0.27), ดัชนีมวลกายกลุ่มอ้วน (aOR =1.39, 95%CI 0.45-4.27, p=0.57), ระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าระดับมัธยม (aOR =1.44, 95%CI 0.66-3.15, p=0.35), การเป็นผู้ป่วยใน (aOR =0.75, 95%CI 0.30-1.88, p=0.54), การได้รับการส่องกล้องหลังบ่ายโมง (aOR =0.55, 95%CI 0.25-1.23, p=0.15), และ ประวัติการผ่าตัดช่องท้อง (aOR =1.61, 95%CI 0.83-3.11, p=0.16) ดังแสดงในตารางที่ 2

การศึกษาตามวัตถุประสงค์รองดังแสดงในตารางที่ 3 ของงานวิจัยพบว่า ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ของค่าเฉลี่ยเวลาในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ระหว่างกลุ่มเตรียมลำไส้ไม่สะอาด (ไม่เหมาะสม) และกลุ่มเตรียมลำไส้ได้เหมาะสม (21.87 นาที ส่วนเบี่ยงเบนเฉลี่ย 10.20 นาที และ 21.14 นาที ส่วนเบี่ยงเบนเฉลี่ย 10.11 นาที $p = 0.51$) เมื่อทำวิเคราะห์เวลา เฉพาะกลุ่มย่อยที่ส่องกล้องไม่พบติ่งเนื้อ พบว่าเวลาเฉลี่ยคือ 18.64 นาที ค่าเบี่ยงเบนเฉลี่ย 8.85 นาที และ

18.93 นาที ค่าเบี่ยงเบนเฉลี่ย 7.81 นาที $p=0.32$ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ของอัตราการส่องพบติ่งเนื้อออก ระหว่าง 2 กลุ่ม (ร้อยละ 20.66 และร้อยละ 25.10 $p=0.36$) พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ของการส่องกล้องได้ไม่สมบูรณ์ (Incomplete colonoscopy) หรือ การที่ไม่สามารถส่องกล้องเข้าไปถึงลำไส้ใหญ่ส่วนซีกัม (Cecum) ได้ (ร้อยละ 6.61 และร้อยละ 1.2 $p=0.007$)

ตารางที่ 3 แสดงผลลัพธ์จากการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ของกลุ่มเตรียมลำไส้ไม่สะอาด(ไม่เหมาะสม) และกลุ่มเตรียมลำไส้ได้เหมาะสม

ผลลัพธ์	กลุ่มศึกษา เตรียมลำไส้ไม่สะอาด (จำนวน 121 ราย)		กลุ่มเปรียบเทียบ เตรียมลำไส้ได้เหมาะสม (จำนวน 251 ราย)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
-ค่าเฉลี่ยเวลาในการส่องกล้อง (นาที) (ส่วนเบี่ยงเบนเฉลี่ย)	21.87	(10.20)	21.14	(10.11)	0.51
-ค่าเฉลี่ยเวลาในการส่องกล้อง เฉพาะกลุ่มที่ส่องกล้องไม่พบติ่งเนื้อ (นาที) (ส่วนเบี่ยงเบนเฉลี่ย)	18.64	(8.85)	18.93	(7.81)	0.32
-อัตราการส่องพบติ่งเนื้อออก	25	20.66	63	25.10	0.36
-การส่องกล้องได้ไม่สมบูรณ์	7	6.61	3	1.2	0.007

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษา แบบ Retrospective cross-sectional study เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเตรียมลำไส้ ในคนไข้ที่นัดส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้ไม่สะอาด (ไม่เหมาะสม) โดยใช้ภาพถ่ายชนิดสารละลาย โซเดียมฟอสเฟต มีการศึกษาก่อนหน้านี้ทั้งในและต่างประเทศ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมลำไส้เพื่อส่องกล้อง ส่วนใหญ่ใช้ชนิดยาถ่ายหรือสารละลาย

ที่ต่างออกไป โดยส่วนใหญ่มักใช้สารละลายในกลุ่มโพลีเอทิลีนไกลคอล (Polyethylene glycol)^{14,15} ซึ่งมีรูปแบบการรับประทานที่ต่างออกไปคือต้องกินยาร่วมกับน้ำปริมาณมากถึง 2-4 ลิตร และมีรสชาติไม่พึงประสงค์ ทำให้ผู้ป่วยอาจปฏิบัติตามได้ไม่ถูกต้องครบถ้วนนัก หรือให้ความร่วมมือในการกินไม่ดี ซึ่งสารละลายโซเดียมฟอสเฟตที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นสารละลายที่มีความนิยมใช้ในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในต่างจังหวัด

เนื่องจากสามารถหาซื้อได้ง่าย ราคาไม่แพง มีรูปแบบการรับประทานที่สะดวกและง่ายกว่า คือ รับประทาน 45 มิลลิกรัม 2 ครั้ง ห่างกัน 3 ชั่วโมง เช่นรับประทาน ตอน 13.00 น. และ 16.00 น. แล้วมาส่งกลัองลำไส้ใหญ่ในวันรุ่งขึ้น เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาได้ดีกว่า แต่อย่างไรก็ตามก็มีการศึกษาในต่างประเทศที่รายงานว่าพบผลข้างเคียงที่พบได้น้อยมาก คือ ภาวะไตวาย (acute kidney injury)^{21,22} เพราะฉะนั้นจึงต้องใช้อย่างระมัดระวัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนไข้กลุ่มโรคไต อย่างไรก็ตามในโรงพยาบาลในต่างจังหวัดของประเทศไทย รวมทั้งที่โรงพยาบาลบ้านหมี่ นิยมใช้ยาถ่ายชนิดเป็นตัวหลักดังกล่าวข้างต้น

โดยผลลัพธ์ ที่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของการเตรียมลำไส้ได้ไม่เหมาะสม ในการศึกษานี้ได้แก่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทำให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเตรียมลำไส้ได้ไม่เหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุมากกว่า 70 ปี โรคเบาหวาน สูบบุหรี่ อาการท้องผูกหรือท้องผูกสลับเสีย เคยเตรียมลำไส้ไม่สะอาดมาก่อน และ ASA มากกว่า 3 มีความสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่เคยรายงานไว้⁸⁻²⁰ เช่นกัน แม้จะใช้ยาถ่ายคนละชนิดกันก็ตามโดยสามารถอธิบายตามหลักทางวิทยาศาสตร์ คือ ภาวะสูงอายุ ทำให้เกิดการเสื่อมถอยของระบบประสาทอัตโนมัติ ที่ควบคุมกล้ามเนื้อเรียบของลำไส้ ภาวะเบาหวานเป็นสาเหตุของเส้นประสาทเสื่อม รวมถึงการเสื่อมสลายของปอดหุ้มเส้นประสาท ทั้ง 2 สาเหตุเป็นที่มาของภาวะท้องผูก นำมาซึ่งการเตรียมลำไส้ที่ไม่เหมาะสม

นอกจากนี้จากรายงานของงานวิจัยอื่นๆ ในต่างประเทศ พบว่า มีปัจจัยอื่นๆ อีกที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมลำไส้ได้ไม่เหมาะสม

อีก ได้แก่ เพศชาย ผู้ป่วยใน การใช้ยาแก้ปวด กลุ่ม necrotic โรคพาคินสัน ภาวะเศรษฐกิจทางสังคมที่ต่ำ และการที่ผู้ป่วยไม่สามารถทนกินยาถ่ายได้ครบ⁸⁻²⁰ ซึ่งไม่พบในการศึกษานี้เลย เนื่องจากสารละลายโซเดียมพอสเฟตมีข้อดีที่วิธีรับประทานที่ง่าย ตรงข้ามกับยาถ่ายกลุ่มหลักที่ใช้ในการศึกษาอื่นคือ โพลีเอทิลีนไกลคอล (Polyethylene glycol) ที่มีรสชาติไม่พึงประสงค์ และต้องดื่มน้ำตามในปริมาณมาก

อย่างไรก็ตามในการศึกษาอื่นได้รายงานไว้ว่า พบว่า การเตรียมลำไส้ไม่สะอาด (ไม่เหมาะสม) ทำให้พบติ่งเนื้อที่ลดลง ซึ่งจากการศึกษานี้ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในทางสถิติ แต่ก็มีผลสำคัญทางคลินิกมาก เนื่องจากมีความแตกต่างกันถึง ร้อยละ 5 คือ ร้อยละ 20.66 ในกลุ่มที่เตรียมลำไส้ได้ไม่สะอาด และร้อยละ 25.10 ในกลุ่มที่เตรียมลำไส้ได้เหมาะสม ซึ่งการตรวจพบติ่งเนื้อออกตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และตัดออก (polypectomy) ช่วยป้องกันมะเร็งลำไส้ได้ และช่วยลดอัตราการตายจากมะเร็งลำไส้ใหญ่²³ นอกจากนั้นการเตรียมลำไส้ที่ไม่สะอาด การจากการศึกษาก่อนหน้าพบว่าใช้ระยะเวลาในการส่องกล้องที่นานขึ้น พบติ่งเนื้อที่ลดลง เพิ่มความเสี่ยงของการได้รับผลข้างเคียงจากการส่องกล้อง หรือการใช้ยาสลบ^{19,20} โดยเวลาที่ใช้ในการส่องกล้องของการศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยเก็บเวลาทั้งหมดคือตั้งแต่ใส่กล้องเข้าไปจนถึงลำไส้ส่วนซีกัม และถอยออกมาจนอยู่นอกตัวคนไข้ ซึ่งควรจะใช้เฉพาะเวลาที่ใช้ในการส่องกล้องจนถึงลำไส้ส่วนซีกัมมากกว่า เนื่องจากในช่วงถอยกล้องอาจมีปัจจัยอื่นมาเป็นปัจจัยที่ทำให้ต้องส่องกล้องได้นานขึ้น ได้แก่ การพบติ่งเนื้อ และการทำการตัดติ่งเนื้อ ขนาดของติ่งเนื้อ หรือในกรณีที่มีการเตรียมลำไส้ได้แย่มาก อาจทำให้การส่องกล้องไม่สมบูรณ์ (ไม่สามารถส่องกล้องถึง

ซีกัม) ทำให้ไม่สามารถนำเวลาในการส่อง หรือ จำนวนต่งเนื้อที่พบ มาคำนวณเปรียบเทียบกันได้ จึงเป็นข้อจำกัดของการศึกษา เนื่องจากเป็น การศึกษาแบบ retrospective จึงไม่มีข้อมูลส่วนนี้ บันทึกไว้

โดยเราสามารถประยุกต์นำปัจจัยเสี่ยง ต่อการเตรียมลำไส้ใหญ่เพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ได้ไม่สะอาด (ไม่เหมาะสม) เหล่านี้มาแจ้งทีมงาน ส่องกล้อง ในการสร้างแนวทางการปฏิบัติเพื่อคัด กรองและเฝ้าระวัง โดยผู้ป่วยกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง เหล่านี้ จะเป็นกลุ่มเป้าหมายในการเฝ้าระวัง ให้ การช่วยเหลือ ให้คำแนะนำเป็นพิเศษ

ข้อจำกัดของการศึกษานี้มีหลายอย่าง เนื่องจาก เป็น retrospective ทำให้อาจมี bias ในข้อมูล มีข้อมูลบางชนิดบันทึกไว้ไม่ครบถ้วนนัก มีบางปัจจัยที่พบได้น้อยทำให้อาจทำไม่พบ นัยสำคัญทางสถิติ เราใช้มาตรวัดของ Aronchick ซึ่งเป็นการดูลำไส้ภาพรวม สำหรับข้อเสนอแนะ สำหรับการทำวิจัยต่อไป อาจใช้มาตรวัดที่มีความ ละเอียดมากขึ้น ดูแยกลำไส้เป็นส่วนๆ แบบมาตร วัด ของ Boston Bowel Preparation Scale (BBPS) ซึ่งอาจมีความละเอียด และน่าเชื่อถือ มากกว่าเนื่องจากเป็นมีการแบ่งอย่างละเอียด โดยมีการประเมินโดยแยกลำไส้ออกเป็นส่วนๆ จากนั้นค่อยนำคะแนนมารวมกัน ทำให้มีการใช้ ความรู้สึกหรือความเห็นของแพทย์ผู้ส่องกล้อง ลดลง ซึ่งความเห็นของแพทย์นั้นอาจมีความ แตกต่างกันไปในแต่ละคน นอกจากนี้หาก สามารถเก็บข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณอาหาร ประเภตกากใย ที่ผู้ป่วยรับประทาน กับผลต่อ ความสะอาดในการเตรียมลำไส้เพื่อส่องกล้อง ท้ายสุดนี้การวิเคราะห์เวลาในการส่องกล้อง แนะนำให้บันทึกทั้งเวลาในการส่องกล้องจนถึง ซีกัม และเวลาที่ใช้ในการถอยกล้องจากซีกัม จนถึงออกจากทวารหนัก และอาจต้องบันทึก เวลาที่ใช้ในการตัดต่งเนื้อแยกออกมาไว้ด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ท่านผู้อำนวยการ นพ.จรัญ บุญฤทธิการ รวมถึงเพื่อนร่วมงานที่ โรงพยาบาลบ้านหมี่ทุกท่าน ที่ช่วยสนับสนุนให้ เกิดงานวิจัยชิ้นนี้ และ อ.นพ.อัศรินทร์ หิรัญสุทธิกุล ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะ แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ คำแนะนำทางสถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

บรรณานุกรม

1. Rojanamatin J., Ukranun W., Supaatagorn P., Chiawiriyabunya I., Wongsena M. Cancer in Thailand Volume X 2016–2018. National Cancer Institute, Ministry of Public Health; Bangkok, Thailand: 2021.
2. Virani S, Bilheem S, Chansaard W, et al. National and Subnational Population-Based Incidence of Cancer in Thailand: Assessing Cancers with the Highest Burdens. *Cancers* (Basel). 2017;9(8):108. Published 2017 Aug 17. doi:10.3390/cancers9080108
3. O'Connell JB, Maggard MA, Ko CY. Coloncancer survival rates with the new American Joint Committee on Cancer sixth edition staging. *J Natl Cancer Inst* 2004;96:1420-5.
4. Goss KH, Groden J. Biology of the adenomatous polyposis coli tumor suppressor. *J Clin Oncol* 2000;18:1967–79.
5. Lebowitz B, Kastrinos F, Glick M, Rosenbaum AJ, Wang T, Neugut AI. The impact of suboptimal bowel preparation on adenoma miss rates and the factors associated with early repeat colonoscopy. *Gastrointest Endosc*. 2011;73:1207-14.
6. Sherer EA, Imler TD, Imperiale TF. The effect of colonoscopy preparation quality on adenoma detection rates. *Gastrointest Endosc*. 2012;75:545-53.

7. Harewood GC, Sharma VK, de Garmo P. Impact of colonoscopy preparation quality on detection of suspected colonic neoplasia. *Gastrointest Endosc* 2003;58:76-9
8. Ness RM, Manam R, Hoen H, Chalasani N. Predictors of inadequate bowel preparation for colonoscopy. *Am J Gastroenterol*. 2001 Jun;96(6):1797-802. doi: 10.1111/j.1572-0241.2001.03874.x. PMID: 11419832.
9. Yadlapati R, Johnston ER, Gregory DL, Ciolino JD, Cooper A, Keswani RN. Predictors of inadequate inpatient colonoscopy preparation and its association with hospital length of stay and costs. *Dig Dis Sci*. 2015;60:3482-90.
10. Chung YW, Han DS, Park KH, Kim KO, Park CH, Hahn T, et al. Patient factors predictive of inadequate bowel preparation using polyethylene glycol: a prospective study in Korea. *J Clin Gastroenterol*. 2009;43:448-52.
11. Lebwohl B, Wang TC, Neugut AI. Socioeconomic and other predictors of colonoscopy preparation quality. *Dig Dis Sci*. 2010;55:2014-20.
12. Ness RM, Manam R, Hoen H, Chalasani N. Predictors of inadequate bowel preparation for colonoscopy. *Am J Gastroenterol*. 2001;96:1797-802.
13. Dik VK, Moons LM, Hüyük M, van der Schaar P, de Vos Tot Nederveen Cappel WH, Ter Borg PC, et al.; Colonoscopy Quality Initiative. Predicting inadequate bowel preparation for colonoscopy in participants receiving split-dose bowel preparation: development and validation of a prediction score. *Gastrointest Endosc*. 2015;81:665-72
14. Hassan C, Bretthauer M, Kaminski MF, Polkowski M, Rembacken B, Saunders B, Benamouzig R, Holme O, Green S, Kuiper T, Marmo R, Omar M, Petruzzello L, Spada C, Zullo A, Dumonceau JM; European Society of Gastrointestinal Endoscopy. Bowel preparation for colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. *Endoscopy*. 2013;45(2):142-50. doi: 10.1055/s-0032-1326186. Epub 2013 Jan 18. PMID: 23335011.
15. Johnson DA, Barkun AN, Cohen LB, Dominitz JA, Kaltenbach T, Martel M, Robertson DJ, Boland CR, Giardello FM, Lieberman DA, Levin TR, Rex DK; US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Optimizing adequacy of bowel cleansing for colonoscopy: recommendations from the US multi-society task force on colorectal cancer. *Gastroenterology*. 2014 Oct;147(4):903-24. doi: 10.1053/j.gastro.2014.07.002. PMID: 25239068.
16. Aronchick CA. Bowel preparation scale. *Gastrointest Endosc*. 2004;60:1037-1038; author reply 1038-1039.
17. Aronchick CA, Lipshutz WH, Wright SH, DuFrayne F, Bergman G. Validation of an instrument to assess colon cleansing. *Am J Gastroenterol*. 1999;94:2667.
18. Peduzzi P, Concato J, Kemper E, Holford TR, Feinstein AR. A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *J Clin Epidemiol*. 1996 Dec;49(12):1373-9. doi: 10.1016/s0895-4356(96)00236-3. PMID: 8970487.
19. Yang, M.H., Cho, J., Rampal, S. et al. The association between cecal insertion time and colorectal neoplasm detection. *BMC Gastroenterol* 13, 124 (2013).
20. Bernstein C, Thorn M, Monsees K, Spell R, O'Connor JB. A prospective study of factors that determine cecal intubation time at colonoscopy. *Gastrointest Endosc*.

-
-
- 2005 Jan;61(1):72-5. doi: 10.1016/s0016-5107(04)02461-7. PMID: 15672059.
21. Fernández-Juárez G, Parejo L, Villacorta J, Tato A, Cazar R, Guerrero C, Marin IM, Ocaña J, Mendez-Abreu A, López K, Gruss E, Gallego E. Kidney injury after sodium phosphate solution beyond the acute renal failure. *Nefrologia*. 2016 May-Jun;36(3):243-8. English, Spanish. doi: 10.1016/j.nefro.2016.02.010. Epub 2016 Apr 15. PMID: 27087365.
22. Orias M, Mahnensmith RL, Perazella MA: Extreme hyperphosphatemia and acute renal failure after a phosphorous containing bowel regimen. *Am J Nephrol* 19: 60 – 63, 1999
23. Zhang J, Chen G, Li Z, et al. Colonoscopic screening is associated with reduced Colorectal Cancer incidence and mortality: a systematic review and meta-analysis. *J Cancer*. 2020;11(20):5953-5970. Published 2020 Aug 15. doi:10.7150/jca.46661

การศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในโรงพยาบาลท่าช้าง

ไพฑูรย์ ชมจันทร์ พย.บ*

Received: 11 ก.ค.65

Revised: 20 ส.ค.65

Accepted: 22 ส.ค.65

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม อาจทำให้อาการรุนแรงและเสียชีวิตได้ โรงพยาบาลท่าช้างได้ถูกปรับเปลี่ยนบทบาทให้รับดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 โดยเฉพาะ งานวิจัยนี้จึงต้องการศึกษาถึงผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลท่าช้าง

วิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในโรงพยาบาลท่าช้าง กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วยในทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโควิด-19 และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าช้าง ตั้งแต่ 1 มกราคม 2564 – 31 ธันวาคม 2564 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก และ 3) แบบบันทึกผลลัพธ์การดูแล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติแบบพรรณนา

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง มีจำนวน 927 ราย เป็นเพศชาย 433 ราย เพศหญิง 494 ราย มีอายุเฉลี่ย 34.94 ปี อาการที่พบ 5 ลำดับแรก ได้แก่ ไอ ไข้ มีน้ำมูก เจ็บคอและจมูกไม่ได้กลิ่น ร้อยละ 89.96 ไม่เคยได้รับวัคซีน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 85.97 มีค่า CT ณ วันที่ตรวจพบเชื้อโควิด – 19 อยู่ระหว่าง 0 - 30.00 ได้รับยา Favipiravir ร้อยละ 89.10 มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยรายละ 50,119 บาท มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 10.98 วัน จำหน่ายกลับบ้าน 872 ราย ส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า 51 ราย ไม่สมัครใจรักษา 3 ราย และเสียชีวิต 1 ราย ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปจัดระบบการบริการพยาบาลและปรับปรุงการบริการพยาบาลผู้ป่วยโควิด – 19 ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเชื่อมโยงถึงชุมชน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ผลลัพธ์การดูแล

*งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี

The outcomes of care in Covid-19 infected patients in Tha Chang Hospital.

Paitoon Chomjan B.N.S.

Abstract

Introduction: If patients infected with COVID-19 do not receive proper care, they can have severe symptoms that may lead to death. Tha Chang Hospital plays a new role in providing care for Covid-19 patients. This research aimed to study the outcomes of nursing care for Covid-19 patients who were treated in Tha Chang Hospital.

Methods: This retrospective descriptive research aimed to investigate the outcomes of nursing care for Covid-19 patients in Tha Chang Hospital. The medical records of Covid-19 patients from January 1, 2021 to December 31, 2021 were recruited. The instruments were 1) a personal information sheet and 2) outcome record forms. Descriptive statistics was used for data analysis.

Results: The sample consisted of 927 patients, 433 males and 494 females, with an average age of 34.94 years. The first 5 symptoms were coughing, fever, runny nose, sore throat, and odorless nose. 89.96% had never been vaccinated. 85.97% had CT values ranging from 0 - 30.00, and 89.10 % received Favipiravir. The result also revealed an average expense of 50,119 baht per person. The average length of stay was 10.98 days. 872 cases recovered. 51 cases were referred to higher level hospitals. 3 rejected treatment, and 1 died. Tha Chang Hospital can apply the result to improve the caring system in Covid-19 patients.

Keywords: Covid-19 patients, Outcomes of nursing care

*Out patient Department, Tha Chang Hospital Singburi Province

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (Coronavirus disease 2019) หรือโรคโควิด-19 (COVID-19) ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) เนื่องจากเป็นลักษณะของการระบาดใหญ่ (pandemic) ไปทั่วโลก ประเทศไทยได้ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายมีการกำหนดมาตรการควบคุม ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระดับประเทศ มีผู้ป่วยกระจายอยู่ทั่วประเทศจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ในแต่ละวันเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ทั้งสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน มีจำนวนเตียงในการรักษาไม่เพียงพอ ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ สังคม และระบบสาธารณสุขของประเทศหรือการเข้าถึงระบบบริการล่าช้าหรือการเข้าไม่ถึงระบบบริการ ทำให้ได้รับการรักษาล่าช้าอีกทั้งประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับวัคซีน ทำให้อัตราการเสียชีวิตสูง^{1,2}

ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19 เช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ ทั่วโลกในเดือนสิงหาคม 2564 เป็นเดือนที่มียอดการระบาดของโควิด-19 สูงที่สุดโดยมีจำนวนผู้เสียชีวิตเฉลี่ย 217 ราย/วัน ผู้ติดเชื้อเฉลี่ย 19,595 ราย/วัน¹ อาการและอาการแสดงของโรคโควิด-19 มักแสดงภายใน 14 วันที่ได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย อาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ ไข้ อ่อนเพลีย หายใจเร็วหรือหายใจลำบาก ปวดเมื่อยตามตัว ปวดศีรษะ เจ็บคอ บางรายอาจมีน้ำมูกไหล คลื่นไส้อาเจียน ถ่ายเหลว สูญเสียการรับรสหรือกลิ่น แบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามอาการ ได้ดังนี้ 1) อาการน้อย ได้แก่ มีไข้ไม่มีอาการเหนื่อย หายใจเร็วหรือหายใจลำบากหรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอกไม่พบความผิดปกติ 2) อาการปานกลาง

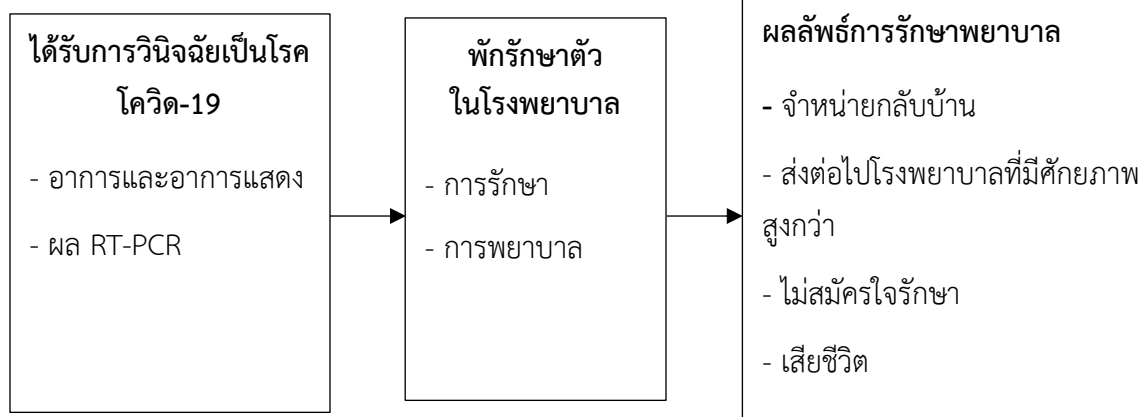
ได้แก่ มีไข้ร่วมกับมีอาการทางระบบทางเดินหายใจ เช่น เหนื่อย หายใจเร็ว ภาพถ่ายรังสีทรวงอกหรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอกพบความผิดปกติ และ 3) อาการรุนแรง ได้แก่ หายใจเร็ว ความอึดตัวของออกซิเจนเมื่อวัดที่ปลายนิ้ว น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 93 ในขณะพัก^{1,3}

โรงพยาบาลท่าช้าง เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ยังไม่มีหอผู้ป่วยที่รับรักษาโดยเฉพาะ ในระยะแรกนโยบายของจังหวัดสิงห์บุรี คือ รับผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 ทั้งหมดไว้ที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายจนกระทั่งสิ้นสุดการรักษาและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ต่อมาเมื่อผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โรงพยาบาลท่าช้างได้ถูกกำหนดให้เป็นโรงพยาบาลสนาม รองรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสิงห์บุรี ที่มีอาการดีขึ้นมารักษาต่อจนกระทั่งจำหน่าย ต่อมาโรงพยาบาลท่าช้างได้ถูกปรับเปลี่ยนบทบาทอีกครั้งหนึ่งให้รับรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 ที่มีอาการไม่รุนแรงจนกระทั่งจำหน่าย ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีอาการรุนแรงขึ้นจะได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลสิงห์บุรีต่อไป เนื่องจากโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ อีกทั้งการจัดระบบบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังเป็นไปแบบเร่งด่วน บุคลากรด้านการพยาบาลยังขาดองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งแนวทางการดูแลรักษาได้ถูกปรับเปลี่ยนเป็นระยะจากองค์ความรู้ที่เพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในโรงพยาบาลท่าช้างเพื่อให้ทราบถึงผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาอันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ นำมาจากการทบทวนแนวทางของกรมควบคุมโรคและ

งานวิจัยที่ผ่านมา ทั้งในด้านการวินิจฉัย อาการ อาการแสดง แนวทางการรักษาพยาบาลและผลลัพธ์ของการรักษา^{4,5,6,7}

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในโรงพยาบาลท่าช้าง

ชนิดของการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโควิด-19 และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลท่าช้าง ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วยในทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโควิด-19 และเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าช้าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ระยะเวลาเป็นตัวกำหนด คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ คือ 1) เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลท่าช้าง ในช่วงวันที่ 1 มกราคม 2564 -31 ธันวาคม 2564 2) มีข้อมูลจากเวชระเบียนครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 6 ข้อ คำถาม ได้แก่ 1.1) เพศ 1.2) สัญชาติ 1.3) อายุ 1.4) สถานภาพ 1.5) ระดับการศึกษา 1.6) อาชีพ 1.7) ภูมิลำเนา ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย 5 ข้อ คำถาม ได้แก่ 2.1) โรคประจำตัว 2.2) อาการสำคัญ 2.3) ค่า CT 2.4) วันที่ตรวจพบติดเชื้อโควิด-19 2.5) ประวัติการได้รับวัคซีน 2.6) การรักษาพื้นฐานที่ได้รับ และส่วนที่ 3 แบบบันทึกผลลัพธ์การดูแล ประกอบด้วย 3.1) ภาวะแทรกซ้อนที่พบ 3.2) ระยะเวลาอนโรงพยาบาล 3.3) ค่าใช้จ่าย 3.4) ผลการดูแลรักษา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ⁸

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและแบบบันทึกผลลัพธ์ของการดูแลผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity Index; CVI)

จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการติดเชื้อ 1 ท่าน และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโควิด-19 1 ท่านมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .91

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น ผู้วิจัยนำแบบบันทึกผลลัพธ์การดูแลไปทดลองเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Conbrach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น .89

พื้นที่ศึกษา

ทำการศึกษาในโรงพยาบาลท่าช้าง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วย 30 เตียง เมื่อปรับเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลสนามสามารถรับผู้ป่วยโควิด-19 ได้จำนวน 160 เตียง มีแพทย์จำนวน 5 คนโดยเป็นแพทย์ประจำ 3 คน และเป็นแพทย์หมุนเวียนมาปฏิบัติงาน 2 คน มีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 36 คน ปฏิบัติงานที่กลุ่มการพยาบาล 32 คน ปฏิบัติงานที่งานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวม 4 คน ในจำนวนนี้มีพยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาหลักสูตรเฉพาะทางการการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ 1 คน แนวปฏิบัติและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโควิดของพยาบาลวิชาชีพรับนโยบายมาจากหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ซึ่งรับนโยบายมาจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ร่วมกับแนวปฏิบัติของกรมการแพทย์และจากประกาศของสภาการพยาบาล ซึ่งมีการปรับปรุงและประกาศใช้ออกมาเป็นระยะ การดูแลผู้ป่วยยึดหลักการดูแลแบบองค์รวมโดยการใช้กระบวนการพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาลใช้แบบฟอร์มซึ่งปรับปรุงขึ้นและใช้ร่วมกันทั้งจังหวัด

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ทำการวิจัยภายหลังได้รับอนุมัติจากโรงพยาบาลท่าช้างให้ทำการวิจัยได้ ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเท่านั้น ไม่มีการบันทึกชื่อ นามสกุล ของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากแบบเก็บข้อมูลจะถูกเก็บรวบรวม และนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการวิจัย โดยไม่มีการอ้างถึงชื่อของผู้ป่วยในรายงานหรือเอกสารใดๆ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุญาตการทำวิจัยแล้ว ผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยเมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แล้ว ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลผลลัพธ์การดูแลของกลุ่มตัวอย่างด้วยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา มีจำนวน 927 ราย เป็นเพศชาย จำนวน 433 ราย (ร้อยละ 46.71) เพศหญิง จำนวน 494 ราย (ร้อยละ 53.29) กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 99.24 มีสัญชาติไทย มีอายุระหว่าง 1 เดือน - 92 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 34.94 ปี (SD 11.77) และ ร้อยละ 73.67 มีสถานภาพโสดส่วนใหญ่ (ร้อยละ 36.78) ประกอบอาชีพรับจ้าง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 824 ราย (ร้อยละ 88.88) มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดสิงห์บุรี ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=927)

ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	433	46.70
หญิง	494	53.29
สัญชาติ		
ไทย	900	97.08
อื่นๆ	27	2.92
อายุ(ปี)		
0-1	20	2.15
2-14	148	15.96
15-24	138	14.88
25-44	326	35.16
45-64	228	24.59
มากกว่า 64	67	7.22
สถานภาพ		
ในปกครอง	188	20.28
โสด	498	53.72
สมรส	236	25.45
หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่	4	0.43
สมณะ	2	0.12
อาชีพ		
รับจ้าง	341	36.78
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	232	25.02
พนักงานโรงงาน/เอกชน	166	17.90
เกษตรกร	79	8.52
ธุรกิจส่วนตัว	76	8.19
รับราชการ	33	3.55
ภูมิลำเนา		
จ.สิงห์บุรี	824	88.88
จ.อื่นๆ	103	11.11

1.2 ข้อมูลด้านคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.13) ไม่มีโรคประจำตัว กลุ่มตัวอย่างจำนวน 65 ราย (ร้อยละ 7.01) มีโรคประจำตัวในกลุ่ม NCD นอกจากนั้นเป็นโรคประจำตัวอื่นๆ เช่น ภูมิแพ้ เป็นต้น อาการที่พบ 5 ลำดับแรกในกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ไอ พบจำนวน 443 ราย (ร้อยละ 47.78) ไข้ พบจำนวน 295 ราย (ร้อยละ 31.82) มีน้ำมูก พบจำนวน 219 ราย (ร้อยละ 23.62) เจ็บคอพบจำนวน 187 ราย (ร้อยละ 20.17) จมูกไม่ได้กลิ่น พบจำนวน 119 ราย (ร้อยละ 12.83) และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 ราย (ร้อยละ 9.06)

ไม่มีอาการกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.96) ไม่เคยได้รับวัคซีน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 ราย (ร้อยละ 2.69) มีประวัติการได้รับวัคซีน 1 เข็มและกลุ่มตัวอย่างจำนวน 68 ราย (ร้อยละ 7.33) มีประวัติการได้รับวัคซีน 2 เข็ม กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 797 ราย (ร้อยละ 85.97) มีค่า CT ณ วันที่ตรวจพบว่าติดเชื้อโควิด-19 อยู่ระหว่าง 1.00 – 30.00 มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 130 ราย (ร้อยละ 14.03) มีค่า CT ณ วันที่ตรวจพบ > 30.00 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลด้านคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง (N=927)

ข้อมูลด้านความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	817	88.13
มีโรคประจำตัวในกลุ่มNCD	65	7.01
มีโรคประจำตัวในกลุ่มNon NCD	45	4.85
อาการที่พบก่อนเข้ารับการรักษา 5 ลำดับแรก		
ไอ	443	47.78
ไข้	295	31.82
มีน้ำมูก	219	23.62
เจ็บคอ	187	20.17
จมูกไม่ได้กลิ่น	119	12.83
ไม่มีอาการ	84	9.06
ประวัติการได้รับวัคซีน		
ได้รับ 1เข็ม	25	2.69
ได้รับ 2 เข็ม	68	7.33
ไม่ได้รับ	834	89.96
ค่า CT ณ วันที่ตรวจพบเชื้อโควิด-19		
0 - 30.00	797	85.97
> 30.00	130	14.03

2. ข้อมูลด้านการรักษาและการพยาบาลที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างทุกราย ได้รับยาและได้รับการรักษาตามอาการ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 826 ราย (ร้อยละ 89.10) ได้รับยาต้านไวรัส Favipiravir กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย (ร้อยละ 3.23) ได้รับฟ้าทะลายโจรกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 ราย (ร้อยละ 3.77) ได้รับ Favipiravir ร่วมกับฟ้าทะลายโจร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 ราย (ร้อยละ 3.88) ไม่ได้ รับยาต้านไวรัสทั้ง Favipiravir และฟ้าทะลายโจร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 868 ราย (ร้อยละ 93.63) ได้รับการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ส่วนการพยาบาลที่ ตารางที่ 3 แสดงการรักษาพื้นฐานที่ได้รับ (N=927)

ได้รับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการประเมิน แกร็บ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 800 ราย (ร้อยละ 86.29) ได้รับการวินิจฉัยการพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 881 ราย (ร้อยละ 95.03) ได้รับการวางแผน การพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 927 ราย (ร้อยละ 100.00) ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการ พยาบาล กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 900 ราย (ร้อยละ 97.08) ได้รับการประเมินผลการพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 872 ราย (ร้อยละ 94.06) การวางแผนการจำหน่าย ดังแสดงในตารางที่ 3

การรักษาและการพยาบาลที่ได้รับ ของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
การได้รับยาต้านไวรัส		
ได้รับ Favipiravir	826	89.10
ได้รับฟ้าทะลายโจร	30	3.23
ได้รับ Favipiravir และฟ้าทะลายโจร	35	3.77
ไม่ได้รับ Favipiravir และฟ้าทะลายโจร	36	3.88
การถ่ายภาพรังสีทรวงอก		
ได้รับ	868	93.6
ไม่ได้รับ	59	6.37
การพยาบาลที่ได้รับ		
การประเมินแกร็บ	927	100.00
การวินิจฉัยการพยาบาล	800	86.29
การวางแผนการพยาบาล	881	95.03
การปฏิบัติการพยาบาล	927	100.00
การประเมินผลการพยาบาล	900	97.08
การวางแผนการจำหน่าย	872	94.06

3. ผลลัพธ์การดูแล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 927 ราย มีจำนวนวันนอนอยู่ระหว่าง 1-32 วัน โดยมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 10.98 วัน (SD 4.99) และมีค่าใช้จ่ายอยู่ระหว่าง 3,285-144,055 บาท โดยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 50,119 บาท (SD 12.83) สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ จำนวน 872 ราย (ร้อยละ 94.06)

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 51 ราย (ร้อยละ 5.50) ได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 0.32) ที่ไม่สมควรได้รับการรักษา และกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย (ร้อยละ 0.10) เสียชีวิต ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลลัพธ์การดูแลด้านจำนวนวันนอนและค่าใช้จ่าย (N=927)

ผลลัพธ์การดูแล	จำนวน	ร้อยละ	Min-Max	Mean	SD
จำนวนวันนอน (วัน)	-	-	1-32	10.98	4.99
ค่าใช้จ่าย (บาท)	-	-	3,285-144,055	50,119	12.83
สถานภาพการจำหน่าย					
กลับบ้าน	872	94.06	-	-	-
ส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า	51	5.50	-	-	-
ไม่สมควรจ้การรักษา	3	0.32	-	-	-
เสียชีวิต	1	0.10	-	-	-

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง มากกว่าเพศชายและมีอายุเฉลี่ย 34.94 ปี (SD 11.77) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ บรรพต ปานเคลือบ⁴ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 36.75 ปี (SD 16.149) ซึ่งเป็นวัยทำงาน ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการที่ต้องออกจากที่พักอาศัย เพื่อพบปะผู้คนหรือผู้ร่วมงานในที่ทำงานและในสถานที่ต่างๆ ทำให้มีโอกาสได้รับเชื้อโควิด-19 มากกว่าวัยอื่นๆ อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กหรือผู้สูงอายุมักได้รับเชื้อจากผู้ติดเชื้อในครอบครัวเดียวกัน เนื่องจากพบกลุ่มตัวอย่างหลายรายที่เป็นครอบครัวเดียวกัน ส่วนในการศึกษารั้งนี้ พบว่า

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้ อาจเกิดจาก เมื่อในครอบครัว เช่น เด็กหรือผู้สูงอายุ ติดเชื้อโควิด-19 เพศหญิงมักเป็นผู้ที่รับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลัก จึงมีโอกาสสูงที่จะรับเชื้อจากผู้ติดเชื้อในครอบครัวเดียวกัน ส่วนอาการนำมาโรงพยาบาล อาการที่พบมาก 5 ลำดับแรก ได้แก่ 1) ไอ (ร้อยละ 47.78) 2) ไข้ (ร้อยละ 31.82) ซึ่ง 2 อาการนำแรกนี้สอดคล้องกับการศึกษาของบรรพต ปานเคลือบ⁴ 3) มีน้ำมูก (ร้อยละ 23.62) 4) เจ็บคอ (ร้อยละ 20.17) 5) จมูกไม่ได้กลิ่น (ร้อยละ 12.83) ส่วนอาการทั้ง 5 ลำดับ สอดคล้องกับรายงานของ WHO และกรมควบคุมโรค^{1,3} แต่ยังคงมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 9.06 ไม่มีอาการ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของกรมควบคุมโรค⁹ ที่พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 20 มักไม่มีอาการ

ทั้งนี้จากข้อมูลของกรมควบคุมโรค พบว่า เชื้อโควิด-19 แต่ละสายพันธุ์ เช่น สายพันธุ์เดลต้า สายพันธุ์อัลฟา สายพันธุ์เบต้าและสายพันธุ์เอสมิมีอาการเด่นที่แตกต่างกันออกไป แต่อย่างไรก็ตาม อาการนำมาโรงพยาบาลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านๆ มา ที่พบว่า กลุ่มอาการที่พบบ่อย ได้แก่ ไข้ ไอ มีเสมหะ หรือน้ำมูก เจ็บคอ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง การได้รับกลิ่น/รส ลดลง^{1,3,4,5}

ด้านการได้รับวัคซีนพบว่าในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.96 ยังไม่ได้รับวัคซีน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 2.69 ได้รับวัคซีน 1 เข็ม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7.33 ได้รับวัคซีน 2 เข็มซึ่งในช่วงระยะเวลาที่ศึกษาทั่วโลกมีผู้ที่ได้รับวัคซีนเพียงร้อยละ 5.2¹ ส่วนค่า CT จากการตรวจ RT-PCR ณ วันที่ตรวจพบว่าติดเชื้อโควิด-19 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.97) มีค่า CT อยู่ระหว่าง 1.00-30.00 ซึ่งแสดงว่ายังคงอยู่ในระยะที่แพร่เชื้อได้ แต่อย่างไรก็ตามยังคงพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 14.03 มีค่า CT สูงมากกว่า 30.00 ซึ่งแสดงว่าได้รับเชื้อมาระยะหนึ่งและพ้นจากระยะแพร่เชื้อแล้ว⁶ ในด้านการรักษากลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับยาและได้รับการรักษาตามอาการ เป็นไปตามมาตรฐานของกรมการแพทย์ ในกลุ่มที่มีข้อบ่งชี้ ได้รับยาต้านไวรัสตามมาตรฐานการรักษา

2. ผลลัพธ์การดูแล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 927 ราย มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 10.98 วัน (SD 4.99) มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 50,119 บาท (SD 12.83) จำหน่ายกลับบ้าน 872 ราย (ร้อยละ 94.06) ส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า 51 ราย (ร้อยละ 5.50) ไม่สมควรใจ

รักษา 3 ราย (ร้อยละ 0.32) และเสียชีวิต 1 ราย (ร้อยละ 0.10) เมื่อพิจารณาตามแนวทางการรักษาของกรมควบคุมโรค⁶ พบว่าในช่วงไตรมาส 1-2 ของปี 2564 ยังคงกำหนดให้ผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อยหรือไม่มีอาการต้องกักตัวในโรงพยาบาล 14 วัน ส่วนในช่วงไตรมาส 3-4 ของปี 2564 กำหนดให้ผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อยหรือไม่มีอาการต้องกักตัวในโรงพยาบาล 10 วัน และให้กักตัวที่บ้านต่อจนครบ 14 วัน ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างบางรายถูกส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า จึงทำให้จำนวนวันนอนเฉลี่ยน้อยกว่า 14 วันตามแนวทางการรักษาเดิมอย่างไรก็ตามถึงแม้ทางกระทรวงสาธารณสุขจะมีนโยบายและแนวทาง Home isolation แต่นโยบายของจังหวัดสิงห์บุรียังไม่มีจัดการเรื่อง Home isolation^{9,10} ในช่วงปี 2564 เนื่องจากยังสามารถบริหารจัดการเตียงรองรับผู้ป่วยในจังหวัดได้เพียงพอ

ส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยพบว่าเป็นจำนวนเงิน 50,119 บาท เมื่อพิจารณาราย case พบว่าค่าใช้จ่ายเป็นไปตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข¹¹ และค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่อยู่ในหมวดบริการอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา ซึ่งได้แก่ ค่าชุด PPE ของเจ้าหน้าที่ ค่าบริการรถส่งต่อ เป็นต้น

ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่ามีจำนวน 51 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในกลุ่ม 608 ซึ่งจัดว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงตามประกาศของกรมควบคุมโรคและรัฐบาลไทย^{2,12} กล่าวคือ อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีโรคประจำตัว โรคใดโรคหนึ่งใน 7 โรคต่อไปนี้ ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคเบาหวาน

โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ และหญิงมีครรภ์ ส่วนผู้ป่วยที่เสียชีวิต 1 ราย เป็นผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงสูง กล่าวคือ สูงอายุ (อายุ 87 ปี) เป็นโรคหลอดเลือดสมองเดิม มีภาวะติดเตียงร่วมกับญาติไม่ขอรับการส่งตัวไปรักษาต่อที่อื่นแต่ขอรับการดูแลรักษาแบบประคับประคองจนกระทั่งเสียชีวิต

ในด้านการรักษา เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ ทั้งแพทย์และพยาบาลยังไม่มี ความชำนาญในการดูแลรักษาผู้ป่วย จึงได้มี Standard order for COVID 19 ซึ่งใช้ร่วมกันทั้งจังหวัด โดยอ้างอิงจากแนวทางการรักษาโรคติดเชื้อโควิด-19 ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข¹³ เพื่อความรวดเร็วในการรักษาผู้ป่วยซึ่งมีจำนวนมาก อีกทั้งยังเป็นการลดความผิดพลาดในการรักษา และทำให้พยาบาลทำความเข้าใจกับคำสั่งการรักษา ลดความผิดพลาดในการรับคำสั่งแพทย์โดยเฉพาะคำสั่งการให้ยาในการรักษา รวมทั้งขนาดยาและวิธีการให้ยาที่เฉพาะเจาะจงกับการรักษา นอกจากนั้นยังมีคำสั่งการรักษาที่เฉพาะเจาะจง เช่น การทำ Exercise induce hypoxia การทำ Awakening prone position รวมทั้งข้อบ่งชี้ในการรายงานแพทย์ ซึ่งทำให้พยาบาลวิชาชีพซึ่งไม่มีความคุ้นเคยและชำนาญในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ปฏิบัติงานได้สะดวกและรวดเร็ว รวมทั้งลดความผิดพลาดและส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการรายงานทันทีเมื่อมีข้อบ่งชี้ และได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายได้ทันเวลา โดยไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการทรุดลงจนไม่สามารถแก้ไขได้ก่อนการส่งต่อ

ในด้านการพยาบาลพื้นฐานที่ได้รับ พบว่าพยาบาลวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการ

พยาบาล กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการประเมินแรกรับ และได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล ส่วนขั้นตอนตามกระบวนการพยาบาลที่พบว่ายังไม่ครบถ้วน ได้แก่ การวินิจฉัยการพยาบาล ได้รับร้อยละ 86.29 การวางแผนการพยาบาล ได้รับร้อยละ 95.03 การประเมินผลการพยาบาล ได้รับร้อยละ 97.08 และการวางแผนการจำหน่าย ได้รับร้อยละ 94.06 ทั้งนี้อาจเนื่องจากภาระงานที่ไม่สมดุลระหว่างปริมาณผู้ป่วยและจำนวนพยาบาล การเขียนบันทึกที่ต้องใช้เวลาแต่อย่างไรก็ตามในด้านการประเมินแรกรับและการปฏิบัติการพยาบาลยังคงทำได้ครบถ้วนทุกราย อาจเนื่องจากพยาบาลรับรู้ว่าการประเมินแรกรับมีความสำคัญมาก ต่อกระบวนการพยาบาลขั้นต่อไป และรับรู้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่ต้องกระทำต่อผู้ป่วย เมื่อพิจารณาจากแบบฟอร์มที่นำมาใช้ พบว่า มีความแตกต่างจากแบบฟอร์มที่ใช้ในผู้ป่วยในเดิมที่ใช้อยู่ เนื่องจากได้ปรับปรุงให้มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยโควิด-19 เพิ่มขึ้น โดยมีความสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์รวมทั้งข้อบ่งชี้ในการรายงานแพทย์ และปรับเป็นการ Check list เพื่อให้สะดวกและรวดเร็ว มีความคล่องตัวในการให้การพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งทีมพยาบาลวิชาชีพโดยเฉพาะผู้บริหารการพยาบาลและพยาบาลควบคุมและเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้เป็นผู้นำในการรับนโยบายและนำแนวทางต่างๆ มาปฏิบัติ ซึ่งรวมทั้งแนวปฏิบัติการพยาบาลจากสภาการพยาบาล⁷

ในด้านการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและการประเมินอาการผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยต้องถูกแยกอยู่ในสถานที่เฉพาะ พยาบาลจะต้องสวม

เครื่องป้องกันร่างกาย เพื่อเข้าไปให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นระยะ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงต้องมีการใช้เทคโนโลยีช่วยในการพยาบาล เช่น การใช้กล้องวงจรปิด เพื่อให้สามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ตลอดเวลาการสื่อสารทางโทรศัพท์ หรือการสื่อสารทางแอปพลิเคชันไลน์ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ ในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-19^{14,15} การคัดเลือกผู้ป่วยที่มีความสามารถในการสื่อสารเพื่อให้เป็นผู้ประสานระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยรายอื่นๆ ที่ไม่สามารถสื่อสารทางโทรศัพท์ได้ เช่น ผู้สูงอายุหรือเด็กรวมทั้งสอน/แนะนำในการช่วยประเมินผู้ป่วยรายอื่นๆ เช่น การวัดอุณหภูมิร่างกาย การวัดออกซิเจนปลายนิ้ว เป็นต้นอย่างไรก็ตามไม่มีผู้ป่วยรายใดอาการเลวลงและเสียชีวิตยกเว้นผู้ป่วย 1 รายที่ญาติแสดงความจำนงค์ขอรับการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ต้องรายงานแพทย์ ได้รับการรายงานแพทย์ทันเวลา และได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างปลอดภัยทันเวลา

ข้อเสนอแนะ

ผู้บริหารทางการแพทย์ควมและฝ่ายการติดต่อในโรงพยาบาล ซึ่งมีบทบาทในการเป็นผู้นำในการนำนโยบายหรือแนวปฏิบัติต่างๆ มาสื่อสารกับทีมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ต้องมีการติดตามข้อมูลข่าวสารและแนวปฏิบัติต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาเพื่อนำมาสื่อสารให้ทันเวลา นอกจากนั้นควรมีการจัดรูปแบบการบริหารทางการแพทย์ให้ชัดเจนทั้งด้านการดูแลผู้ป่วยและการดูแลบุคลากรด้านการพยาบาล ซึ่งจากการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 13 แห่ง พบว่าบริหารการพยาบาลเป็นไป

ตามสถานการณ์โดยไม่มีรูปแบบการบริหารการพยาบาลที่ชัดเจน¹⁶

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการแพทย์สามารถนำผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปจัดระบบบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับผลลัพธ์ที่ดีขึ้นรวมถึงความปลอดภัยและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้ให้บริการ

2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วย สามารถนำผลการวิจัยไปปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายรวมถึงการติดตามอาการภายหลังการจำหน่ายโดยเชื่อมโยงไปถึงชุมชน

3. ด้านการวิจัย สามารถทำการวิจัยต่อเนื่อง เช่น การขยายกลุ่มตัวอย่างให้ใหญ่ขึ้นหรือเพิ่มกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่เป็น Home isolation หรือทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Coronavirus (COVID 19). 2565. เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2565. เข้าถึงได้จาก / <https://covid19.who.int/>
2. กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. รายงาน COVID -19 ประจำวัน ข้อมูลประเทศไทย. เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2565 .เข้าถึงได้จาก <https://data.go.th/dataset/covid-19-daily>
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถิติผู้ป่วยโควิด-19. เข้าถึงเมื่อ 20 กพ.2565. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/index.php>
4. บรรพต ปานเคลือบ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วยโรคโควิด -19 ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ต. 2563. เข้าถึงเมื่อ 13 มีนาคม 2565. เข้าถึงได้จาก <https://www.vachiraphuket.go.th>

- /articles/research/factors-related-to-symptom-s-of-patients-covid-19-in-the-community- hospital-thalang-phuket/
5. เสาวภา ทองงาม, สุพิศตรา ภูมิผลและรณิษฐา รัตนะรัต.การพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในหอผู้ป่วยแยกโรค โรงพยาบาลศิริราช. เวชบัณฑิตศิริราช 2563; 13(3): 222-231.
 6. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19. 2564. เข้าถึงเมื่อ 20 กพ. 2565. เข้าถึงได้จาก / <https://ddc.moph.go.th/index.php>
 7. สภากาพยาบาล. แนวทางการดูแลผู้ป่วย โควิด - 19. เข้าถึงเมื่อ 22 เมษายน 2565. เข้าถึงได้จาก <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/Covid-Update01042020.pdf>
 8. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4.กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย; 2550.
 9. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการแยกผู้ป่วยที่บ้าน. 2564. เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2565. เข้าถึงได้จาก/<https://ddc.moph.go.th/index.php>
 10. สุปิยา วิริไฟและพิมพ์ดา ลัดดางาม. การแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation): แนวทางการให้คำแนะนำผู้ติดเชื้อโควิด-19. วารสารศูนย์อนามัย ที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2565; 16(2):597-611.
 11. ปิยะธิดา หาญสมบูรณ์. ค่ารักษาพยาบาลของโรคโควิด 19. Journal of The Department of Medical Services. 2564; 46(2): 5-9.
 12. Royal Thai Government.แนวทางการปฏิบัติต่อผู้ป่วยกลุ่ม 608.เข้าถึงเมื่อ 6เมษายน 2565. เข้าถึงได้จาก <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/52614>
 13. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการรักษาโรคติดเชื้อโควิด -19.เข้าถึงเมื่อ 4 เมษายน 2565. เข้าถึงได้จาก / https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Content_Grid_Home
 14. รุ่งทิวา พิมพ์สัณกะ. การจัดการทางการแพทย์ในช่วงวิกฤตการระบาดใหญ่ทั่วโลกของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารพยาบาล.2564; 70(3):64-71.
 15. นุชรี จันทรเอี่ยม, มาลีวรรณ เกษตรทัต, พรพิมล คุณประดิษฐ์และศศิประภา ต้นสุวัฒน์. การบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โรงพยาบาลลำพูน. Journal of the Phrae Hospital 2564; 29(1):115-28.
 16. อีรพร สิริอังกูร,ศิริมา ลีละวงศ์, ศศมน ศรีสุทิตักดิ์, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล,นิชาภา ยนจอหอและกนกพร แจ่มสมบูรณ์.การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. Journal of Health Science-วารสารวิชาการ สาธารณสุข 256; 30(2): 320-333.

ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษ

ณิรดา รวยอาจิณ พยบ.*

ทองเปลว ชมจันทร์ พยม.**

ประภาพรพรณ สิงห์โต พยม.***

Received: 19 ก.ค.65

Revised: 24 ส.ค.65

Accepted: 25 ส.ค.65

บทคัดย่อ

บทนำ: การดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial resistance; AMR) เป็นปัญหาที่สำคัญในโรงพยาบาลทั่วโลก เพราะมีความชุกสูง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาทำได้ยาก ต้องใช้ยาาร่วมกันหลายขนาน ทำให้อยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น มูลค่ายาต้านจุลชีพที่ใช้รักษาเพิ่มขึ้นและมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น

วิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสิงห์บุรีที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาว่าพบเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษ จำนวน 232 ราย ในช่วงวันที่ 1 มกราคม -31 ธันวาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติแบบพรรณนา

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างที่พบว่าเกิดการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษ มีจำนวน 232 ราย เป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาล ร้อยละ 53.44 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.70) มีอายุเฉลี่ย 66.23 ปี (SD 14.01) และมีโรคร่วม ร้อยละ 57.33 เคยเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 69.39 เคยติดเชื้อดื้อยามาก่อน พบว่าเป็นผู้ป่วยอายุรกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 56.02) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 58.62) พบว่าติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เชื้อที่พบมากที่สุด คือ *Escherichia coli* (ร้อยละ 37.93) รองลงมาคือการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เชื้อที่พบมากที่สุด คือ *Acinetobacter baumannii* (ร้อยละ 32.33) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47.41 ได้รับยาปฏิชีวนะมากกว่า 1 กลุ่ม มีมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะต่อรายเฉลี่ย 11,799.12 บาท (SD 1141.70) ร้อยละ 30.17 มีจำนวนวันนอนระหว่าง 16-30 วัน และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42.67 เสียชีวิตจากภาวะช็อคจากการติดเชื้อ

สรุปผลการวิจัย: จากการศึกษาพบว่า การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษ ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่พบในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมและหอผู้ป่วยหนัก พบมากในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม มีประวัติเคยเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลและเคยติดเชื้อดื้อยา รวมทั้งผู้ที่ได้รับการคาสายสวน/อุปกรณ์ต่างๆ ไว้ในร่างกาย ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะมากที่สุด และเชื้อที่พบมากที่สุด คือ *Escherichia coli*

คำสำคัญ: การดื้อยาต้านจุลชีพที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษ, ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติ

*งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาลสิงห์บุรี

**หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสิงห์บุรี

***หอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลสิงห์บุรี

The outcomes of using anti-AMR guideline to prevent the spread of Drug-resistant Organisms Infections

Nirada Ruayajin BNS.*

Thongplew Chomjan MNS.**

Prapapun Singto MNS.***

Abstract

Introduction: Antimicrobial resistance (AMR) is a serious problem in hospitals around the world because it has a high prevalence and tends to increase continuously. Treatment of patients with drug-resistant infections is difficult. Multiple medications cause patients to stay longer in the hospital leading to a higher expense on antimicrobial therapies and a higher mortality rate.

Methods: This retrospective descriptive research aimed to study the results of the provision of anti-AMR guidelines in AMR patients. Two hundred and thirty-two (232) samples were selected through purposive sampling. Data were medical records of AMR patients admitted in In –Patients Department, Singburi Hospital, from 1 January -31December 2021.

Results: The samples were 232 cases: community-acquired infections (46.55%) and nosocomial infections (53.44%). 73.70% had an average age of 66.23 years (SD 14.01) and had co-morbidities. 57.33% had been admitted. 69.39% had drug-resistant experience. 56.02% were internal medicine patients. Most of the samples (58.62%) were found to have urinary tract infections. The most common infection was *Escherichia coli* (37.93%), followed by respiratory tract infections. The most common strain was *Acinetobacter baumannii* (32.33%). 47.41 % of the samples received more than one antibiotic. The average expense on antibiotics per case was 11,799.12. baht (SD 1141.70). 30.17% had a length of stay between 16-30 days, and 42.67 % of the samples died of septic shock.

Conclusion: The result revealed that most drug-resistant infections in hospitals were found in general medicine and intensive care units, especially in the elderly with co-morbidities, a history of hospitalization, and drug-resistant infections. It was also found in those who had been performed by catheters/devices in the body. The majority of infection was urinary tract infections, and *Escherichia coli* was the most common.

Keywords: Antimicrobial resistance AMR -guideline

* Infection control unit Singburi Hospital

** Intensive care unit Singburi Hospital

*** General medical ward Singburi Hospital

บทนำ

การดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial resistance; AMR) เป็นปัญหาที่สำคัญในโรงพยาบาลทั่วโลก เพราะมีความชุกสูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องข้อมูลจาก World Health Organization; WHO (2021) ระบุว่า ‘เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ’ (Antimicrobial Resistance) คือการที่เชื้อแบคทีเรียที่เคยไวต่อยาปฏิชีวนะมาก่อนเกิดการกลายพันธุ์เป็นเชื้อดื้อยา โดยเมื่อเชื่อดังกล่าวสัมผัสกับยาปฏิชีวนะแล้ว ยาไม่สามารถยับยั้งหรือทำลายเชื้อแบคทีเรียนั้นได้เหมือนเดิม ทำให้การรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะทำได้ยาก ต้องใช้ยาร่วมกันหลายขนาน เกิดค่าใช้จ่ายสูง เกิดพิษ และผลข้างเคียงมาก โดยเฉพาะการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน (Multidrug-resistance) จากการศึกษาระบาดวิทยาทั่วโลกมีคนเสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 700,000 คน และหากไม่เร่งแก้ไขปัญหา ในปี 2593 คาดการณ์การเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาจะสูงถึง 10 ล้านคน¹

ในประเทศไทยจากการศึกษาเบื้องต้นพบว่า มีการติดเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 88,000 ครั้ง เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณ 38,000 ราย อยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น 3.24 ล้านวัน มูลค่ายาต้านจุลชีพที่ใช้รักษาคิดเป็น 2,539-6,084 ล้านบาท สูญเสียทางเศรษฐกิจ โดยรวมไม่ต่ำกว่า 40,000 ล้านบาท หรือประมาณร้อยละ 0.6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ² และข้อมูลจากศูนย์เฝ้าระวัง เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ (National Antimicrobial Resistance Surveillance Thailand)³ ที่ดำเนินการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพระหว่างปี 2543-2561 จากโรงพยาบาล 85 แห่งในประเทศไทย พบเชื้อ *Acinetobacter baumannii* complex ที่ดื้อต่อยากลุ่ม carbapenems เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยหอผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.6

เป็นร้อยละ 72.2 หอผู้ป่วยหนักเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.2 เป็นร้อยละ 79.8

การศึกษาที่ผ่านมาของประเทศไทย ในโรงพยาบาลตติยภูมิ พบว่าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม มีอัตราการการติดเชื้อดื้อยาร้อยละ 10-18 มีการติดเชื้อดื้อยาในตำแหน่งต่างๆ ดังนี้ ระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 55.08 ระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 6.22 และในกระแสเลือด ร้อยละ 11.71 โดยเชื้อที่พบมากที่สุด คือ *Acinetobacter baumannii* รองลงมา ได้แก่ *Klebsiella* spp. และ *Escherichia coli* ส่วนหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอัตราการติดเชื้อดื้อยาร้อยละ 11-17 มีการติดเชื้อดื้อยาในตำแหน่งต่างๆ ดังนี้ ระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 65.21 แผลผ่าตัดร้อยละ 26.09 ระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 4.35 และในกระแสเลือด ร้อยละ 4.35 โดยเชื้อที่พบมากที่สุด คือ *Acinetobacter baumannii* รองลงมา ได้แก่ *Klebsiella* spp.^{4,5} ซึ่งทำการศึกษาศึกษาการติดเชื้อดื้อยาชนิด Carbapenem Resistance Enterobacteriaceae (CRE) ในโรงพยาบาลพิจิตร ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561-30 กันยายน 2562 พบว่ามีการติดเชื้อ CRE ในโรงพยาบาล 0.28 ครั้ง/1,000 วันนอน พบในหอผู้ป่วยอายุรกรรมมากที่สุด คือร้อยละ 48.6 รองลงมาคือหอผู้ป่วยศัลยกรรมและหอผู้ป่วยหนัก ร้อยละ 29.7 และร้อยละ 26.3 ตามลำดับ

ในด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้สูงอายุ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลายครั้งในรอบ 12 เดือน การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ประวัติการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล การสอดใส่อุปกรณ์เข้าสู่ร่างกาย (การใช้เครื่องช่วยหายใจ การคาสายสวนปัสสาวะ การใส่สายสวน

หลอดเลือดดำส่วนกลาง) ผู้ที่มีประวัติการใช้ยาต้านจุลชีพมาก่อน เช่น ยากลุ่ม Cephalosporins และยากลุ่ม Carbapenems รวมทั้งการได้รับยากดภูมิคุ้มกัน การมีแผลเรื้อรังหรือแผลติดเชื้อ^{4,5,6,7} นอกจากปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเองและปัจจัยด้านการรักษาแล้ว ปัจจัยที่สำคัญอีกด้านหนึ่ง คือ ปัจจัยด้านบุคลากรผู้ให้การรักษายาบาลในหลายๆ โรงพยาบาลได้มีแนวปฏิบัติในการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลและพบว่ามีการมีแนวปฏิบัติดังกล่าวทำให้การติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มลดลง^{6,8}

โรงพยาบาลสิงห์บุรี เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับตติยภูมิมีจำนวนเตียงรับผู้ป่วย 282 เตียง จากสถิติของโรงพยาบาลสิงห์บุรี ในปีงบประมาณ 2563 มีผู้ป่วยที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาว่าพบเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ จำนวน 538 ราย ในจำนวนนี้พบว่า เป็นผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 364 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.78 ผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 96 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.87 นอกจากนั้นเป็นผู้ป่วยแผนกอื่นๆ (สูติกรรม/กุมารเวชกรรม/ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์) จำนวน 77 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.33 โดยเชื้อที่พบมากที่สุด คือ *Acinetobacter baumannii* (MDR) คิดเป็นร้อยละ 57.69 รองลงมาคือ *Klebsiella pneumoniae* (CRE-MDR) และ *Escherichia coli* (MDR) คิดเป็นร้อยละ 20.32 และ 19.23 ตามลำดับ ส่วนใน 6 เดือนแรกของปี 2564 พบมีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพแล้วสูงถึง 305 ราย⁹

ในด้านการควบคุมและเฝ้าระวัง โรงพยาบาลสิงห์บุรีมีแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษ ซึ่งหมายถึง เชื้อแบคทีเรีย ที่พบในผู้ป่วยที่ colonized หรือติดเชื้อ จำนวน 4 ชนิด ได้แก่ 1) Carbapenem-Resistant Entero-

bactereaceae (CRE) เช่น เชื้อ *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* ที่ดื้อต่อยา Imipenem, Meropenem หรือ Doripenem 2) Vancomycin-Resistant Enterococci (VRE) เช่น เชื้อ *Enterococcus faecium* ที่ดื้อต่อยา Vancomycin 3) *Pseudomonas aeruginosa* ที่ดื้อต่อยา Colistin 4) *Acinetobacter baumannii* ที่ดื้อต่อยา Colistin โดยยึดตามแนวปฏิบัติของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข¹⁰ ประกอบด้วยข้อปฏิบัติ 10 ข้อ ได้แก่ 1) การสื่อสารภายในทีม 2) การแยกผู้ป่วย จัดสถานที่และของเครื่องใช้ 3) การล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย 4) การใช้ PPE 5) การลดเชื้อ 6) ของใช้ผู้ป่วย 7) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 8) การทำลายเชื้อ อุปกรณ์ของใช้ และสิ่งแวดล้อม 9) ติดตามจนกว่าลบติดต่อกัน 3 ครั้ง และ 10) การจำหน่ายผู้ป่วย ใน 10 ข้อดังกล่าว มีข้อปฏิบัติย่อยจำนวน 22 ข้อ และมีการสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ เครื่องใช้ เพื่อให้พอเพียงในการแยกผู้ป่วย มีหัวหน้าหน่วยงานพยาบาล ICWN ที่ประจำแต่ละหน่วยงานเป็นผู้ประสานงานกับพยาบาล ICN ของโรงพยาบาลในกรณีเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมแนวปฏิบัติ หรือมีปัญหาข้อสงสัยต่างๆ ในด้านการรายงานผลการเพาะเชื้อเมื่อห้องปฏิบัติการพบว่ามีการติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษ จะแจ้งหน่วยงานต้นที่หน่วยงานจะพิมพ์ใบรายงานผลออกมา แจ้งแพทย์ทราบและจัดการแยกผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติทันที โดยบทบาทของ ICN มีการตรวจเยี่ยมเพื่อประเมินการปฏิบัติของแต่ละหน่วยงานว่าเป็นไปตามแนวทางหรือไม่ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาและชี้แนะในการปฏิบัติ นอกจากนั้นยังมีบทบาทในการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามถึงแม้จะมีแนวทางการ

ปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษ แต่จำนวนผู้ป่วยที่พบว่าติดเชื้อดื้อยายังคงไม่ลดลงและมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษเพื่อใช้เป็นข้อมูลและแนวทางในการบริหารจัดการควบคุม เฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษในหน่วยงานและในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษ

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การศึกษาวินิจฉัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive research)

สถานที่ศึกษาวิจัย หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสิงห์บุรี

เกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างและขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสิงห์บุรีที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาว่าพบเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสิงห์บุรีที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาว่าพบเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษ ในช่วงวันที่ 1 มกราคม-31 ธันวาคม 2564 เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบรายงานผู้ป่วยเฉพาะรายติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพที่มีความสำคัญสูงของสำนักโรคติดต่อ¹¹ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ สิทธิการรักษา

1.2 แบบบันทึกข้อมูลด้านการเจ็บป่วย ประกอบด้วย ประเภผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค โรคร่วม จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา ประวัติการติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพในโรงพยาบาล การได้รับการทดสอบใส่อุปกรณ์ /สาย/ท่อต่างๆ เข้าสู่ร่างกาย

2. แบบบันทึกข้อมูลการพบเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษ ประกอบด้วย ประเภของการติดเชื้อ หอผู้ป่วยที่พบเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษ ระบบที่พบเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษ ชนิดของเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษและชนิดของยาปฏิชีวนะที่ได้รับ

3. แบบบันทึกผลลัพธ์การดูแลรักษา ได้แก่ มูลค่ายาปฏิชีวนะที่ใช้ จำนวนวันนอนและสถานภาพการจำหน่าย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ด้านโรคติดเชื้อ 1 ท่าน พยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางสาขาการเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน

พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการในหอผู้ป่วยหนัก 1 ท่าน และนักจุลชีววิทยา 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาและแก้ไขปรับปรุงตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity index; CVI) 0.92

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ทำการวิจัยภายหลังได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสิงห์บุรี (เลขที่อนุมัติ สห. 0033.205.2/09) โดยผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง บันทึกข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเท่านั้น ไม่มีการบันทึกชื่อ นามสกุล ของกลุ่มตัวอย่าง หมายเลขประจำตัวผู้ป่วย (Hospital number-HN) จะถูกเปลี่ยนแปลงให้เป็นหมายเลขการศึกษาวิจัย (Case number) ข้อมูลที่ได้จากแบบเก็บข้อมูลจะถูกเก็บรวบรวม และนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการวิจัย โดยไม่มีการอ้างถึงชื่อ

ของผู้ป่วยในรายงานหรือเอกสารใดๆ เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกในช่วงระยะเวลาที่ศึกษามีจำนวน 232 ราย เป็นเพศชาย 121 ราย (ร้อยละ 52.2) เพศหญิง 111 ราย (ร้อยละ 47.8) มีอายุระหว่าง 8 เดือน– 92 ปี โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.70) มีอายุมากกว่า 60 ปี (M 66.23, SD 14.01) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.7) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.01 ไม่ได้ทำงาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.65) ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=232)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	121	52.2
หญิง	111	47.8
อายุ (M 66.23, SD 14.01)		
น้อยกว่า 30 ปี	7	3
31 – 40 ปี	3	1.29
41 - 50 ปี	9	3.88
51 -60 ปี	45	19.39
มากกว่า 60 ปี	171	73.70
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	55	23.7
ประถมศึกษา	127	54.7
มัธยมศึกษา	49	21.1
ปริญญาตรี	1	0.4

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=232)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
สถานภาพ		
โสด	67	28.89
หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่	71	30.60
สมรส	94	40.51
อาชีพ		
รับราชการ	25	10.77
เกษตรกร/รับจ้าง	38	16.37
ค้าขาย	46	19.82
ไม่ได้ทำงาน	123	53.01
สิทธิการรักษา		
เบิกจากกรมบัญชีกลาง	28	12.07
ประกันสังคม	54	23.28
สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	150	64.65

1.2 ข้อมูลด้านความเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 232 ราย เป็นกลุ่มตัวอย่างที่รับใหม่ จำนวน 138 ราย รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 48 ราย รับกลับจากโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 46 ราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 18.10) มีการวินิจฉัยโรคเมื่อแรกเริ่มเป็นโรคทางระบบทางเดินปัสสาวะ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 81.46 มีโรคร่วมในกลุ่ม NCD

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 133 ราย (ร้อยละ 57.33) มีประวัติเคยนอนโรงพยาบาลในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 161 ราย (ร้อยละ 69.39) มีประวัติการติดเชื้อมีเชื้อดื้อยา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับการคาอุปกรณ์ต่างๆ ไว้ในร่างกาย มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 42 ราย (ร้อยละ 18.10) ที่ไม่ได้รับการใส่คาอุปกรณ์ในร่างกาย ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลด้านความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (n=232)

ข้อมูลด้านความเจ็บป่วย	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ประเภทของกลุ่มตัวอย่าง		
รับใหม่	138	59.49
รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน	48	20.69
รับกลับจากโรงพยาบาลศูนย์	46	19.82
การวินิจฉัยโรคเมื่อแรกรับ		
โรคทางระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต	34	14.65
โรคทางระบบประสาทและหลอดเลือดสมอง	38	16.37
โรคทางระบบทางเดินหายใจ	40	17.24
โรคทางระบบทางเดินปัสสาวะ	42	18.10
โรกระบบต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึม	21	9.05
โรกระบบทางเดินอาหาร	38	16.37
โรคกระดูกและข้อ	20	8.62
โรคร่วม		
NCD	189	81.46
Non NCD	43	18.53
ประวัติการนอนโรงพยาบาลในรอบ 12 เดือน		
ไม่เคย	99	42.67
เคย	133	57.33
ประวัติการติดเชื้อมี		
ไม่เคย	72	31.03
เคย	161	69.39
การได้รับการใส่คาอุปกรณ์ขณะอยู่ในโรงพยาบาล		
ไม่ได้รับ	42	18.10
ได้รับใส่ท่อช่วยหายใจคาสายให้อาหารและคาสาย	54	23.27
สวนปัสสาวะ		
ได้รับการคาสายให้อาหารและคาสายสวนปัสสาวะ	36	15.51
ได้รับการคาสายล้างไตทางหน้าท้อง	8	3.44
ได้รับการคาเส้นล้างไต (DLC)	12	5.17
ได้รับการคาสายให้อาหารคาท่อเจาะคอ และคาสาย	80	34.48
สวนปัสสาวะ		

2. ข้อมูลด้านการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพชนิดที่ต้องควบคุมเป็นพิเศษของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 232 ราย ติดเชื้อในโรงพยาบาล (Nosocomial infection; NI) จำนวน 124 ราย (ร้อยละ 53.44) ติดเชื้อจากชุมชน (Community infection; CI) จำนวน 108 ราย (ร้อยละ 46.55) หอผู้ป่วยที่เกิดการติดเชื้อมากที่สุด คือ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง จำนวน 61 ราย (ร้อยละ 26.29) หอผู้ป่วยที่ติดเชื่อน้อยที่สุด คือ หอผู้ป่วยพิเศษกุมารเวชกรรม จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.004) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จำนวน 136 ราย (ร้อยละ 58.62)

เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบที่ติดเชื้อน้อยที่สุด ได้แก่ ระบบกระดูกและข้อ จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 7.76) เชื้อที่พบมากที่สุดได้แก่เชื้อ *Escherichia coli* จำนวน 88 ราย (ร้อยละ 37.93) เชื้อที่พบน้อยที่สุด คือ เชื้อ *Staphylococcus aureus* จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 2.59) ยาปฏิชีวนะที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ มากที่สุด คือ กลุ่ม Cephalosporin (ร้อยละ 15.08) กลุ่มที่ได้รับน้อยที่สุด คือ กลุ่ม Quinolone (ร้อยละ 5.17) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 47.41) ได้รับยาปฏิชีวนะมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลด้านการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่ต้องควบคุมเป็นพิเศษ (n = 232)

ข้อมูลด้านการติดเชื้อดื้อยา	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ประเภทของการติดเชื้อ		
Nosocomial infection	124	53.44
Community infection	108	46.55
หอผู้ป่วยที่ติดเชื้อ		
อายุรกรรมหญิง	61	26.29
อายุรกรรมชาย	57	24.56
หอผู้ป่วยหนัก	43	18.53
ศัลยกรรมชาย	21	9.05
ศัลยกรรมหญิง	20	8.62
หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม	12	5.17
หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม	6	2.58
กุมารเวชกรรม	5	2.15
ศัลยกรรมกระดูกและข้อ	3	1.29
หอผู้ป่วยสูติรีเวช	3	1.29
หอผู้ป่วยพิเศษกุมารเวชกรรม	1	0.004
ระบบที่เกิดการติดเชื้อ		
ระบบทางเดินปัสสาวะ	136	58.62
ระบบทางเดินหายใจ	56	24.13
ระบบโลหิต	22	9.48
ระบบผิวหนัง/กระดูกและข้อ	18	7.76

ตารางที่ 3 (ต่อ) แสดงข้อมูลด้านการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษ (n = 232)

ข้อมูลด้านการติดเชื้อดื้อยา	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
เชื้อที่พบ		
Escherichia coli	88	37.93
Acinetobacter baumannii	75	32.33
Klebsiella pneumoniae	55	23.70
Pseudomonas aeruginosa	8	3.44
Staphylococcus aureus	6	2.59
ชนิดของยาปฏิชีวนะที่ได้รับ		
กลุ่ม Cephalosporin	35	15.08
กลุ่ม Beta-lactam	29	12.50
กลุ่ม Carbapenam	21	9.05
กลุ่ม Aminoglycoside	15	6.46
กลุ่ม Macrolide	10	4.31
กลุ่ม Quinolone	12	5.17
มากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป	110	47.41

3.ผลลัพธ์การดูแลรักษา

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 232 ราย มีมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะต่อรายอยู่ระหว่าง 432.00 - 111,600.00 บาท (M 11799.12, SD 1141.70) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 30.17) มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 16-30 วัน มีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 15.08 ที่มีจำนวนวันนอนมากกว่า 60 วัน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 79 ราย (ร้อยละ 34.23)

อาการดีขึ้น จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 3.44) ได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 46 ราย (ร้อยละ 19.82) ได้รับการส่งกลับไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 99 ราย (ร้อยละ 42.67) เสียชีวิต ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลลัพธ์การดูแลรักษา (n=232)

ผลลัพธ์การดูแล	จำนวน	ร้อยละ	Min-Max	Mean	SD
ค่ายาปฏิชีวนะ (บาท)	-	-	432-111,600	11,799.12	1,141.70
จำนวนวันนอน					
1-15 วัน	51	21.99	-	-	-
16-30 วัน	70	30.17	-	-	-
31-45 วัน	43	18.53	-	-	-
46-60 วัน	33	14.22	-	-	-
>60 วัน	35	15.08	-	-	-
สถานภาพการจำหน่าย					
ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ	8	3.44	-	-	-
สูงกว่า					
ส่งกลับไปรับการฟื้นฟูสภาพ	46	19.82	-	-	-
ที่โรงพยาบาลชุมชน					
จำหน่ายกลับบ้าน	79	34.23	-	-	-
เสียชีวิต	99	42.67	-	-	-

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.55) เป็นการติดเชื้อจากชุมชน (Community infection; CI) เนื่องจากตรวจพบเชื้อดื้อยาภายใน 48 ชั่วโมงหลังรับไว้ในโรงพยาบาล ส่วนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 53.44 เป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Nosocomial infection; NI) เนื่องจากตรวจพบเชื้อดื้อยาภายหลังรับไว้ในโรงพยาบาลเกิน 48 ชั่วโมง¹⁴ แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างที่พบว่าติดเชื้อจากชุมชน อาจเป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งก่อนๆ เนื่องจากพบว่า

กลุ่มตัวอย่างที่พบว่าติดเชื้อจากชุมชนเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน ส่วนการพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอัตราการติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษในโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 53.44 เนื่องจากแนวปฏิบัติฯ ที่ใช้ เป็นแนวปฏิบัติฯ ที่ใช้เมื่อผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อดื้อยาแล้ว แต่กระบวนการก่อนที่จะวินิจฉัยว่าผู้ป่วยรายใดติดเชื้อดื้อยาหรือไม่ จะใช้เวลา 2-3 วัน ตั้งแต่การส่งตรวจจนรายงานผล จึงทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการแยกหรือการปฏิบัติตามแนวทางแต่ยังคงอยู่ปะปนกับผู้ป่วยรายอื่นๆ ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อเพิ่มขึ้น

กลุ่มตัวอย่างที่พบว่าติดเชื้อดื้อยาฯ ในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่ อายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 73.70) มีความซับซ้อนของโรค มีโรคร่วม ทำให้ต้องนอนในโรงพยาบาลนาน มีประวัติการเข้า รับการรักษาในโรงพยาบาล (ร้อยละ 57.33) และ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.39) เคยติดเชื้อ ดื้อยามาก่อน ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ คาท่อ เจาะคอ คาสายสวนปัสสาวะคาสายให้อาหาร คาสายล้างไต หรือคาสายระบายต่างๆ เป็นต้น หรือได้รับการผ่าตัดหลายครั้ง เช่น การผ่าตัด ตกแต่งแผล การผ่าตัดเพื่อใส่อุปกรณ์ต่างๆ เช่น การใส่ข้อเข่าเทียม ข้อสะโพกเทียม ซึ่งสอดคล้อง กับหลายๆงานวิจัยที่ผ่านมา^{7,8,11,13}

หอผู้ป่วยที่พบว่ามีการติดเชื้อดื้อยามากที่สุด ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง (ร้อยละ 26.29) รองลงมาคือหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย (ร้อยละ 24.56) และหอผู้ป่วยหนัก (ร้อยละ 18.53) ซึ่ง ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{6,7,8} ที่พบว่า หอผู้ป่วยหนักหรือหอผู้ป่วยวิกฤตมีการติดเชื้อดื้อ ยาหลายขนานสูงกว่าหอผู้ป่วยอื่นๆ ทั้งนี้อาจ เนื่องจากบริบทของหอผู้ป่วยหนัก มีสภาพที่ เอื้ออำนวยต่อการควบคุมเชื้อดื้อยา เช่น จำนวน เตียงน้อย ระยะห่างระหว่างเตียงได้มาตรฐาน มีการแยกอุปกรณ์ของใช้อย่างชัดเจน รวมถึงมีห้อง แยกสำหรับผู้ป่วยและมีสถานที่แยกเป็นสัดส่วน กรณีที่ห้องแยกเต็ม และไม่อนุญาตให้ญาติเฝ้า ในขณะที่หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม ถึงแม้ว่า จะมีแนวปฏิบัติในการควบคุมและป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อดื้อยาฯ และมีการนำแนวปฏิบัติลง

ไปใช้ แต่หนึ่งในกลไกสำคัญที่ทำให้มีการ แพร่กระจายของเชื้อดื้อยาในสถานพยาบาล คือ การติดต่อกันผ่านการสัมผัสและการปนเปื้อนใน สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย โดยเฉพาะหอผู้ป่วย สามัญอายุรกรรม ที่มีสภาพของพื้นที่ไม่เอื้ออำนวย ระยะห่างระหว่างเตียงไม่เพียงพอ อุปกรณ์/ เครื่องมือบางชนิดที่ไม่สามารถแยกได้โดยชัดเจน รวมทั้งการมีวิชาชีพอื่นในการร่วมดูแลผู้ป่วย เช่น เภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนากร เจ้าหน้าที่รังสี รวมถึงพนักงานเปลที่ช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และ โดยบริบทของหอผู้ป่วยสามัญที่อนุญาตให้มีผู้เฝ้าไข้ ได้เตียงละ 1 คน ในบางครั้งมีผู้รับจ้างเฝ้าไข้หลาย เตียงพร้อมกัน หรือมีการเปลี่ยนผู้เฝ้าไข้ อาจทำให้ เกิดการแพร่กระจายเชื้อได้ ถ้าการควบคุมไม่ดีพอ¹⁰

ระบบที่มีการติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพที่ต้อง ควบคุมเป็นกรณีพิเศษ มากที่สุด คือ ระบบทางเดิน ปัสสาวะ ร้อยละ 58.62 และพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ ตรวจพบว่าติดเชื้อ ดื้อยาด้านจุลชีพที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการคาสายสวน ปัสสาวะถึง 2.5 เท่า รองลงมาคือระบบทางเดิน หายใจ ร้อยละ 24.13 และการติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 9.48 สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{6,8,11} ส่วนเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพที่ต้องควบคุมเป็นกรณี พิเศษ ที่พบมากที่สุดในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ Escherichia coli (ร้อยละ 37.93) รองลงมา ได้แก่ เชื้อ Acinetobacter baumannii (ร้อยละ 32.33) และเชื้อ Klebsiella pneumoniae (ร้อยละ 23.70) ตามลำดับ สำหรับในเขตสุขภาพที่ 4 ตามการ

รายงานของ ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ⁴ เชื้อที่พบมากที่สุด คือ *Acinetobacter baumannii* (ร้อยละ 79) ซึ่งเป็นการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ส่วน *Escherichia coli* ยังคงเป็นเชื้อที่พบมากเป็นลำดับแรกในการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ทั้งนี้เนื่องจาก ในภาวะปกติระบบทางเดินปัสสาวะจะอยู่ในสภาวะปลอดเชื้อ ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ จะทำให้ชั้นเยื่อบุผิวของระบบทางเดินปัสสาวะเกิดการบาดเจ็บ อักเสบ ถูกทำลาย และเอื้อต่อการยึดเกาะของเชื้อแบคทีเรีย โดยเชื้ออาจเข้าสู่ร่างกายผ่านทางสายสวนปัสสาวะ หรือมาจากรูเปิดต่างๆ ของร่างกาย เช่น รูทวารหนัก ช่องคลอด โดยเฉพาะเชื้อ *Escherichia coli* ซึ่งพบได้ในอุจจาระ ประกอบกับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (อายุเฉลี่ย 66.23 ปี) และมีโรคร่วมซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง จึงทำให้ติดเชื้อได้ง่าย

ยาปฏิชีวนะที่ใช้ในการรักษา พบว่ามีมูลค่าระหว่าง 432-111,600 บาท โดยมีค่าเฉลี่ย 11,799.12 บาท (SD 1,141.70) แสดงว่าการเกิดการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษ ทำให้ต้องใช้ยาปฏิชีวนะเป็นจำนวนมาก และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 47.41) ได้รับยาปฏิชีวนะมากกว่า 1 กลุ่ม ในด้านจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30.17 มีจำนวนวันนอนอยู่ระหว่าง 16-30 วัน และมีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 15.08 ที่มีวันนอนในโรงพยาบาล มากกว่า 60 วัน แสดงว่าการเกิดการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษ ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น

สอดคล้องกับข้อมูลของ Center of Disease Control and Prevention²

ส่วนผลลัพธ์การรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42.67 เสียชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่ผ่านมา ที่พบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษมีอัตราการเสียชีวิตสูง^{4,6,11,15} ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วม และเมื่อเกิดการติดเชื้อในร่างกายที่ดื้อต่อยาปฏิชีวนะหลายขนาน จึงทำให้อัตราการเสียชีวิตสูง

ข้อเสนอแนะ

ด้านปฏิบัติการพยาบาล โรงพยาบาลควรมีแนวทางการประเมินความเสี่ยงในการติดเชื้อดื้อยาของผู้ป่วยแต่ละราย⁸ และมีแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง⁷ ก่อนที่ผลการเพาะเชื้อจะถูกรายงานหอยผู้ป่วยควรมีแนวทางในการควบคุมจำนวนผู้เฝ้าไข้ ผู้เยี่ยมไข้ รวมทั้งแนวทางการให้ความรู้แก่ผู้เฝ้าไข้ ผู้เยี่ยมไข้ และพยาบาลควรกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด นอกจากนั้นควรมีการวางแผนการจำหน่ายอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่ต้องเข้าไปอยู่ในชุมชน

ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาล หัวหน้าหน่วยงานควรมีการนิเทศ กำกับดูแลการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลให้เป็นไปตามแนวปฏิบัติ และสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปเป็นข้อมูลเบื้องต้น ในการพัฒนาระบบการควบคุมและเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาต่อไป

ด้านการวิจัย สามารถทำการวิจัยต่อเนื่อง เช่น การพัฒนาแนวทางการประเมินความเสี่ยงในการติดเชื้อดื้อยาของผู้ป่วยแต่ละรายและแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เพื่อนำมาทดลองใช้ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีอัตราการติด

เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization; WHO. (2021). Antimicrobial Resistance. เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2565. เข้าถึงได้จาก <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>.
2. Center of Disease Control and Prevention; CDC. (2021). Combating Antibiotic Resistance: A Global Treat. เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2565. เข้าถึงได้จาก <https://www.cdc.gov/drugresistance/index.html>
3. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). (2564). Antimicrobial Resistance. เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2565. เข้าถึงได้จาก <https://www.hsri.or.th/researcher>
4. National Antimicrobial Resistance Surveillance of Thailand; NARST. (2564). สถานการณ์เชื้อดื้อยาประจำปี 2563. เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2565. เข้าถึงได้จาก <http://narst.dmsc.moph.go.th/>;
5. สุกัญญา บุญล้ำ. (2021). ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยาในไอซียู ศัลยกรรม 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา, 1(1), 28-39.
6. สุกัญญา บัวชุม, ไพโรจน์ โจวตระกูลและสุชาดา วงพระจันทร์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อแบคทีเรียกลุ่ม Enterobacteriaceae ที่ดื้อต่อยา Carbapenem : CRE ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพิจิตร. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. 1(1), 1-9.
7. สุพัตรา อุปนิสาร, กุณทิรา ถิ่นนิคม, และจารุวรรณ บุญรัตน์. (2017). ผลการควบคุมการเกิดเชื้อแบคทีเรีย ดื้อยาหลายขนานในหอผู้ป่วยไอซียู อายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิ. Region 11 Medical Journal, 31(4), 649-656.
8. นฤมล จัยเล็ก, วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร, และนางเยาว์ เกษตร์ภิบาล. (2016). การพัฒนาระบบการให้คะแนนปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อดื้อยาหลายกลุ่มสำหรับผู้ป่วยใน. Nursing Journal, 43(3), 69-80.
9. งานพัฒนาบุคลากร โรงพยาบาลสิงห์บุรี. สถิติโรงพยาบาลสิงห์บุรี. 2564.
10. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการประเมินการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการในโรงพยาบาล (EE-AMR Tool, Thailand). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดงานพิมพ์ ; 2565.
11. ชลดา ผิวผ่อง. อุบัติการณ์การติดเชื้อแบคทีเรียกลุ่ม Enterobacteriaceae ที่ดื้อต่อยา Carbapenams โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2559; 30(2): 2-12.
12. ปิยะฉัตร วิเศษศิริ, อะเคื้อ อุณหเลขกะและนางเยาว์ เกษตร์ภิบาล. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรพยาบาลแผนกอายุรกรรมในโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิ. Nursing Journal 2015; 42(3) :119-134.
13. พรพิมล อรรถพรกุล, พรนภา เอี่ยมล่อ, จิราภรณ์ คุ่มศรี, สิ้นจัย เชื้อนเพชร, นิภาพร ช่างเสนาและนัยนาวัฒนากุล. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. APHEIT Journal of Nursing and Health 2021 ; 3(3): 2685-2685.
14. สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค. คู่มือวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดส์ไชน; 2561.
15. นิตยา อินทราวัฒนาและมูทิตา วนาภรณ์. โรคติดเชื้อในโรงพยาบาลและสถานการณ์การดื้อยา. Journal of Medicine and Health Sciences 2015; 22(1): 81-92.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของบุคลากรสุขภาพโรงพยาบาลอ่างทอง

รุ่งทิพย์ บางผึ้ง พย.บ*

Received: 27 มิ.ย.65

Revised: 24 ส.ค.65

Accepted: 25 ส.ค.65

บทคัดย่อ

บทนำ: ความเครียดที่มีสาเหตุจากการทำงานนับเป็นปัญหาที่พบได้ทุกองค์กรและทุกสาขาอาชีพ ผลกระทบของความเครียดจากการทำงานจะเกิดขึ้นกับบุคลิภาพผู้ปฏิบัติงานโดยตรง ทำให้เกิดความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ของตน สมรรถภาพการทำงานลดลง หมดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการทำงาน นำมาสู่การขาดงาน โยกย้ายงานและการลาออกจากงาน

วิธีการศึกษา: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive Study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของบุคลากรสุขภาพโรงพยาบาลอ่างทอง กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากร จำนวน 250 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนธันวาคม 2564 ถึง มกราคม 2565 โดยใช้แบบสอบถามที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ด้านความเครียดจากการทำงาน เท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่สถิติไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรและระดับความเครียด

ผลการศึกษา: พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.4 อายุเฉลี่ย 39.73 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 54.8 การศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 59.6 ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 50.4 และรายได้เฉลี่ย 25,523.30 บาท ต่อเดือน โดยระดับความเครียดอยู่ในเกณฑ์เครียดสูง ร้อยละ 13.6 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ได้แก่ ตำแหน่งงาน ($p\text{-value} = 0.019$) สถานะทางการเงิน ($p\text{-value} = 0.002$) ปัจจัยด้านการทำงานที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเครียด ได้แก่ ด้านความต้องการในงาน ด้านการพัฒนาทักษะในการปฏิบัติงาน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบ ได้แก่ ด้านความสามารถในการควบคุม/ตัดสินใจ ด้านสวัสดิการ ($p\text{-value} < 0.001$)

สรุป: กลุ่มงานบุคลากรควรมีการวิเคราะห์งานสถานะทางการเงินและปัจจัยทางด้านการงานให้เหมาะสม อีกทั้งควรจัดอบรมทักษะการจัดการความเครียดทักษะแก้ปัญหาให้บุคลากรและจัดให้มีช่องทางในการรับคำปรึกษาเพื่อลดปัญหาความเครียดจากการทำงาน รวมถึงกิจกรรมเพื่อลดความเครียดในการทำงาน

คำสำคัญ: ความเครียด, ปัจจัยแห่งความเครียด, บุคลากรสุขภาพ

* กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลอ่างทอง

Factors Affecting with Stress Levels of among healthcare workers Angthong hospital

Rungthip Bangpueng B.N.S*

Abstract

Introduction: Work stress is a problem that can be found in every organization and profession. The impact of work stress is directly related to workers' personality. It can cause conflicts in their roles and duties, decreasing performance, and lack of creativity in work, which could lead to absenteeism, job transfer, and resignation.

Methods: This cross-sectional research was carried out from December 2021-January 2022 to investigate factors associated with the stress of healthcare workers at Angthong Hospital. 250 subjects were recruited by stratified random sampling. The instrument was a questionnaire of which content validity was approved by three experts. Cronbach's Alpha was 0.86. Descriptive statistics, Chi-square, and Pearson Correlation Coefficient were applied to analyze the relationships between the variables and stress level.

Results: The result indicated that the majority of the respondents were females (84.4%) with an average age of 39.73 years. Most of them were married (54.8%), had bachelor's degree (59.6%), had worked in the hospital for more than 10 years (50.4%) and had an average monthly income of 25,523.30 Baht. Their stress was at a high level (13.6%). The significant factors related to stress level included position (p -value=0.019), financial status (p -value=0.002) decision latitude, work demand, work development and benefit (p -value<0.001).

Conclusion: Human resource departments were recommended to analyze all factors to improve workers' stress level.

Keywords: Stress, Stress factors, Healthcare workers

*Occupationl Medicine, Angthong Hospital

บทนำ

สภาพการณ์ของโลกในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านเศรษฐกิจ เทคโนโลยีสังคมวัฒนธรรม และการสื่อสาร ทำให้มนุษย์ต้องมีการปรับตัว เกิดการแข่งขันด้านเศรษฐกิจมากขึ้น เพื่อให้ทันต่อเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป องค์กรหรือหน่วยงานของภาครัฐและภาคเอกชนจึงมีการปรับวิธีดำเนินงานต่างๆ เป็นการมุ่งเน้นการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ มีการแข่งขันกัน และมีแนวโน้มว่ามีการแข่งขันเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้นำมาซึ่งผลกระทบต่อสังคม ครอบครัว หรือบุคคล ทั้งในมุมบวกและในมุมลบ และจากผลการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องดังกล่าว จึงส่งผลทำให้ความสุขในการดำเนินชีวิตลดลง เกิดความเครียด และเกิดความสุข-ความพึงพอใจในการทำงานลดลง ในทุกมิติ การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตในการทำงานจึงเป็นเป้าหมายสำคัญของหน่วยงานทุกภาคส่วนที่ต้องส่งเสริมให้ มีการทำงานอย่างมีคุณภาพและมีสุขทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ¹ จากสถิติด้านประชากรของประเทศไทยที่มีการรายงานปีล่าสุด พบว่าทั่วประเทศมีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 66.17 ล้านราย² ส่งผลให้มีความต้องการด้านการรักษาพยาบาลมากขึ้น โดยประชากรส่วนใหญ่เลือกใช้สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของภาครัฐ เช่น บัตรทอง ผู้สูงอายุ ข้าราชการ รวมทั้งผู้ประกอบการที่ใช้สิทธิประกันสังคมก็เลือกใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐ เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขด้วยการจ่ายค่ารักษาพยาบาลในราคาที่ต่ำกว่า โรงพยาบาลเอกชน ทำให้มีปริมาณผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐบาลจำนวนมาก ส่งผลให้บริการของโรงพยาบาลอาจไม่เพียงพอ กับความต้องการของผู้ใช้บริการ รวมทั้งในเรื่อง

การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยได้ไม่ทั่วถึงเนื่องจากกลุ่มผู้ให้บริการมีจำนวนมาก³

จากข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุขปี 2564⁴ พบว่า สัดส่วนความคาดหวังของประชาชนที่เพิ่มสูงขึ้น ทำให้มีความต้องการบริการด้านการแพทย์ของประชาชนเกินขีดความสามารถที่โรงพยาบาลรัฐบาลจัดให้ได้ ส่งผลให้ผู้มารับบริการเกิดความไม่พึงพอใจต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาล จากข้อมูลการสำรวจของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข⁵ พบว่าประชาชนไม่พึงพอใจในโรงพยาบาลของรัฐจากสาเหตุ 7 ประการ คือ ร้อยละ 67 ค่าใช้จ่าย ร้อยละ 35 สถานที่แออัด ร้อยละ 27 ไม่เป็นมิตร ร้อยละ 26 เจ้าหน้าที่ ร้อยละ 19 ตรวจไม่ละเอียด ร้อยละ 18 ไม่ให้คำแนะนำ และร้อยละ 18 หยาดกาย ซึ่งชี้ให้เห็นว่า บุคลากรในโรงพยาบาลอาจมีความเครียดจากหลายสาเหตุ เช่น จากการทำงานที่ต้องเผชิญกับภาวะทางอารมณ์ที่แปรปรวนของผู้ป่วยและญาติ ความคาดหวังของผู้มารับบริการ การให้บริการผู้คนจำนวนมาก เป็นต้น รวมทั้งสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เต็มไปด้วยความทุกข์และความหดหู่จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย และมีผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน นำมาสู่การขาดงาน โยกย้ายงานและการลาออกจากงาน⁶

ทั้งนี้ความเครียดที่มีสาเหตุจากการทำงานนับเป็นปัญหาที่พบได้ทุกองค์กรและทุกสาขาอาชีพ ผลกระทบของความเครียดจากการทำงานจะเกิดขึ้นกับบุคลิกภาพผู้ปฏิบัติงานโดยตรง ทำให้เกิดความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ของตน สมรรถภาพการทำงานลดลง หมดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการทำงาน⁷ ในปัจจุบันปัญหาความเครียดที่มีสาเหตุจากการทำงานมีแนวโน้มเพิ่มสำคัญมากขึ้น จากผลการสำรวจของกรมสุขภาพจิตปี 2563 พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนใหญ่มี

ความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 48.8 มีความกังวล ร้อยละ 59.4 เพศหญิงมีความเครียดสูงกว่าเพศชาย โดยพบได้มากในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพด้านการบริหารหรือผู้จัดการ ผู้ประกอบอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรม และผู้ประกอบอาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข^๑

วิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุขจัดเป็นหนึ่งในสาขาอาชีพที่อาจพบความเครียดจากการทำงานได้สูง เนื่องจากบริบทในทุกขั้นตอนการปฏิบัติงานต้องเกี่ยวข้องกับชีวิตของประชาชน ดังนั้น จึงต้องมีความระมัดระวังอย่างยิ่งเพื่อป้องกันและลดโอกาสเกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งหมายถึงความสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สินที่มีอาจประมาณค่าได้ บทบาทหน้าที่หลักที่สำคัญในการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชน การป้องกันและควบคุมโรคและภัยที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ การรักษาพยาบาลเมื่อพบความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้กับสู่สภาวะปกติ ด้วยรูปแบบการจัดบริการสุขภาพเชิงบูรณาการผสมผสานที่มุ่งเน้นให้เกิดประสิทธิภาพการบริการเป็นสำคัญ เพื่อให้เกิดผลครอบคลุมในมิติของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณของผู้รับบริการทุกระดับ (Holistic care) ทั้งนี้ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกันและมีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี^๑

โรงพยาบาลอ่างทองเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด จัดเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 324 เตียง มีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขเพื่อรองรับประชาชนในเขตพื้นที่จังหวัดอ่างทองทั้ง 7 อำเภอ และพื้นที่ใกล้เคียง จังหวัดอ่างทอง โดยพบว่า การเข้ารับบริการ ผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 163,656 ครั้ง/ปี ผู้ป่วยในเฉลี่ย 49,542 ครั้ง/ปี

โดยมีบุคลากรปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วย ทำให้อยู่ภายใต้ความเครียดจากความกดดันทั้งจากผู้ป่วยญาติ และสังคม ทำให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานอาจเกิดความรู้สึกกดดัน ตึงเครียด กลัว หดหู่ ท้อแท้ และเหนื่อยล้าจากหน้าที่งานที่ต้องเผชิญได้มากกว่าปกติ รวมถึงบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสนับสนุน ที่มีการแบ่งเป็นกลุ่มงานต่างๆ บรรยากาศในองค์กรบางครั้งไม่เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ สภาพแวดล้อมทางกายภาพไม่เหมาะสม ภาระงานมากเกินไป ส่งผลกระทบต่อความเครียดในการปฏิบัติงานให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล การนี้โรงพยาบาลอ่างทองมีบุคลากรทั้งสิ้นจำนวน 968 คน ประกอบด้วยกลุ่มสายวิชาชีพ 499 คน กลุ่มสายสนับสนุนวิชาชีพ 233 คน กลุ่มสายสนับสนุน 134 คน และกลุ่มสาย Back office 102 คน¹⁰ อีกทั้งโรงพยาบาลอ่างทองยังไม่เคยมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงาน ซึ่งผลการศึกษาที่ได้นี้จะนำมาใช้เป็นข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและลดความเครียดของบุคลากร ลดผลกระทบที่อาจจะส่งผลต่อการปฏิบัติงาน

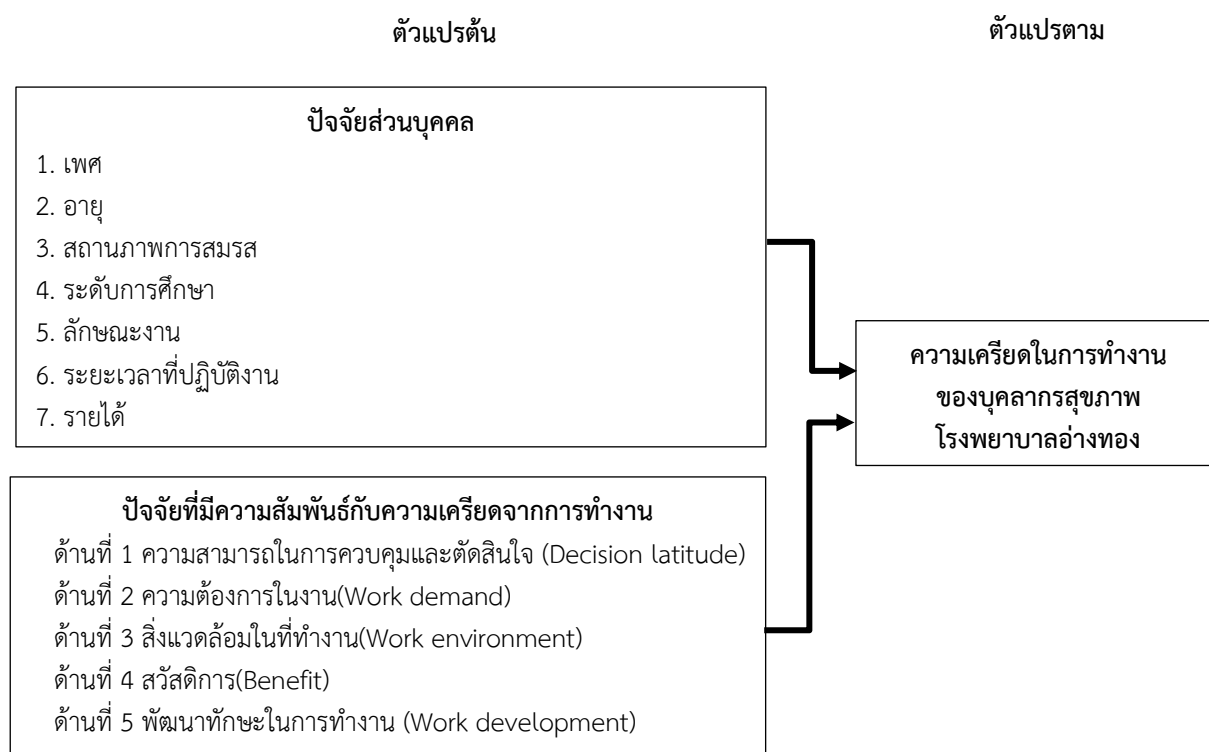
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการทำงานของบุคลากรตามแนวคิดของ Cooper & Cartwright¹¹ มี 6 ด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะงานและภาระงาน ด้านบทบาทในองค์กร ด้านสัมพันธภาพในการปฏิบัติงาน ความสำเร็จและความก้าวหน้าในอาชีพ ด้านโครงสร้างและบรรยากาศองค์กร ด้านปัญหานอกเหนือจากงาน ซึ่งจะได้ทำการศึกษาทั้ง 6 ปัจจัย รวมทั้งปัจจัยด้านบุคคล ดังนั้น ภาวะอารมณ์ของคนมีการเปลี่ยนแปลงไม่เหมือนกัน แม้ภายนอกอาจจะดูเหมือนว่าปกติดีก็ตาม ซึ่งความเครียด ส่งผลต่อร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม หากบุคลากร

มีความเครียดเป็นระยะเวลานาน ซึ่งอาจจะกระทบ
ต่องาน และลาออกในที่สุด

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่
จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดใน
การปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพ โรงพยาบาล
อ่างทอง จังหวัดอ่างทอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการ

ปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพ เพื่อมุ่งผลให้เกิด
ประโยชน์ในการป้องกันและหาวิธีจัดการกับ
ความเครียดที่เกิดขึ้นกับบุคลากรสาธารณสุข
รวมถึงการเสนอข้อมูลและแนวทางแก้ไขอันจะเป็น
ประโยชน์ในการปรับปรุงขั้นตอนและกระบวนการ
ปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

กรอบแนวคิดการวิจัย



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับ
ความเครียดของบุคลากรสุขภาพโรงพยาบาลอ่างทอง

นิยามเชิงปฏิบัติการ

บุคลากรสุขภาพ หมายถึง แพทย์ ทันตแพทย์
เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข
นักเทคนิคการแพทย์ นักโภชนาการ แพทย์แผน
ไทย นักกายภาพบำบัด นักวิทยาศาสตร์การแพทย์

รังสีแพทย์ เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์ เจ้าพนักงาน
เภสัช เจ้าพนักงานธุรการ ผู้ช่วยเหลือคนใช้
พนักงานทำความสะอาดและฝ่ายสนับสนุนบริการ
ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอ่างทองช่วงเวลาที่
ศึกษาวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง คุณลักษณะ
เฉพาะของแต่ละบุคคลของบุคลากรในโรงพยาบาล
อ่างทอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส

ระดับการศึกษา ลักษณะงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน และรายได้

ความเครียดจากการทำงาน หมายถึง ความเครียดที่มีสาเหตุและปัจจัยเกี่ยวข้องกับการทำงานในโรงพยาบาลอ่างทอง ประกอบด้วย ด้านที่ 1 ความสามารถในการควบคุมและตัดสินใจ ด้านที่ 2 ความต้องการในงานด้านที่ 3 สิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน ด้านที่ 4 สวัสดิการ และด้านที่ 5 พัฒนาศักยภาพในการทำงาน วัดและประเมินผลจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมา

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive Study)

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรสุขภาพทุกระดับที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

อ่างทอง ที่มีการทำงานอย่างต่อเนื่อง 8 ชั่วโมงต่อวัน จำนวน 939 คน

กลุ่มตัวอย่าง บุคลากรสุขภาพทุกระดับที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอ่างทอง ในปีงบประมาณ 2565 ที่ยินดียอมรับแบบสอบถาม และการวิจัยครั้งนี้คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้กฎแห่งความชัดเจน (Rule of Thumb) เป็นการกำหนดขนาดของตัวอย่างโดยคำนึงถึงขนาดของประชากร ในลักษณะของอัตราส่วน โดยจำนวนประชากรน้อยกว่า 1,000 คน ใช้สูตรการสุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 25¹² ขนาดตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ ดังนี้ $939 \times 25/100 = 234.75$ คน ดังนั้น จึงสามารถใช้กลุ่มตัวอย่างสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ จำนวนทั้งสิ้น 235 คน สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้เกิดการกระจายของกลุ่มตัวอย่างในทุกระดับโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) จากสูตรการคำนวณ¹³ โดยใช้สูตรดังนี้

$$\text{จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม} = \frac{\text{จำนวนขนาดตัวอย่างทั้งหมด} \times \text{จำนวนบุคลากรในแต่ละตำแหน่ง}}{\text{จำนวนเจ้าหน้าที่ทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละตำแหน่ง รวม ๒๓๕ คนดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตำแหน่ง	ประชากร (N)	กลุ่มตัวอย่าง (n)
1. แพทย์	51	13
2. พยาบาล	305	76
3. เภสัชกร	21	5
4. ทันตแพทย์	7	2
5. นักวิชาการสาธารณสุข	16	4
6. นักเทคนิคการแพทย์	11	3
7. นักโภชนาการ	2	1
8. แพทย์แผนไทย	4	1
9. นักกายภาพบำบัด	9	2
10. รังสีแพทย์	3	1

ตำแหน่ง	ประชากร (N)	กลุ่มตัวอย่าง (n)
1. แพทย์	51	13
11.เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์	6	2
12.เจ้าพนักงานเภสัช	17	4
13.นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	2	1
14.พนักงานทำความสะอาด	48	12
15.ฝ่ายสนับสนุนบริการ	216	54
16.เจ้าพนักงานธุรการ	38	9
17.ผู้ช่วยเหลือคนไข้	183	45
รวม	939	235

สำหรับเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าทำการศึกษาในครั้งนี้ คือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอ่างทอง อย่างน้อย 1 ปี ขึ้นไป นำมาทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายใช้วิธีการจับสลากโดยใส่ชื่อเจ้าหน้าที่ทั้งหมด (ประชากร N) ในแต่ละตำแหน่ง แล้วจับสลากตามจำนวนยอดของเจ้าหน้าที่ (กลุ่มตัวอย่าง n) ในแต่ละตำแหน่งจนครบตามจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของจังหวัดอ่างทอง (หนังสือเลขที่ ATGEC 03/2565) ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดย 1.ชี้แจงรายละเอียดแบบสอบถามให้อาสาสมัครทราบและขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย 2.ใช้รหัสแทนชื่อผู้ตอบแบบสอบถาม 3.งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลที่ได้รับไว้ในตู้ที่มีกุญแจล็อก และ 4.เก็บข้อมูลที่ได้ไว้ในคอมพิวเตอร์ส่วนตัวโดยมีรหัสที่บุคคลอื่นไม่สามารถเปิดได้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา จำนวน 1 ชุด แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่

มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงาน ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 ความสามารถในการควบคุมและตัดสินใจ (Decision latitude) จำนวน 4 ข้อ ด้านที่ 2 ความต้องการในงาน (Work demand) ด้านที่ 3 สิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน (Work environment) ด้านที่ 4 สวัสดิการ (Benefit) ด้านที่ 5 พัฒนาทักษะในการทำงาน (Work development) และด้านที่ 6 ความเครียดและความพึงพอใจ (Stress and satisfaction) โดยหมวดคำถามที่ 1 – 5 ใช้เป็นคำถามสำหรับปัจจัยจากการทำงาน และหมวดคำถามที่ 6 ใช้เป็นคำถามสำหรับวัดความเครียดจากการทำงาน มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 อันดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว และมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ และจัดกลุ่มคะแนนในแต่ละหมวดออกเป็น 4 กลุ่ม โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom¹⁴ ดังนี้ ระดับมาก (มากกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนทั้งหมด) ปานกลาง (ร้อยละ 70-79 ของคะแนนทั้งหมด) น้อย (ร้อยละ 60 – 79 ของคะแนนทั้งหมด) และน้อยที่สุด (ร้อยละต่ำกว่า 59 ของคะแนนรวมทั้งหมด)

หมวดคำถาม	คะแนนเต็ม (คะแนน)	เกณฑ์ระดับคะแนน			
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก
ด้านความสามารถในการควบคุมและตัดสินใจ	16	<9	9-11	11-13	>13
ด้านความต้องการในงาน	28	<17	17 -19	20-22	>22
ด้านสิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน	28	<17	17 -19	20-22	>22
ด้านสวัสดิการ	12	<7	7-8	9-10	>10
ด้านพัฒนาทักษะในการทำงาน	44	<26	26-30	31-35	>35
ด้านความเครียด	24	<14	14-16	17-20	>20

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 2 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหาและภาษา และได้นำเครื่องมือมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนจะมีการนำไปทดลองใช้

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ผ่านการปรับปรุงและแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญนำไปทดลองที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างและทำการวิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ความคงที่ภายในด้วยวิธีของแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ด้านข้อความถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงาน มีค่าเท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน เพื่อขออนุมัติในการเก็บข้อมูล โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ภายหลังการได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยได้กำหนดวันและเวลาในการเก็บข้อมูลวิจัย

3. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคลากรสาธารณสุขที่มาเข้าร่วมโครงการวิจัยและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเซ็นใบยินยอมในการให้ความร่วมมือในวิจัยและตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาเก็บข้อมูล 10-15 นาที/ฉบับ

ระยะเวลา การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive Study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดจากการทำงานของบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอ่างทอง โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม ตั้งแต่ 1 ธ.ค 2564–31 ม.ค 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ซึ่งกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ในการทดสอบใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 2) สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้สถิติ Chi-square test และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย**ส่วนที่ 1 สถานการณ์ความเครียดในการปฏิบัติงาน
ของบุคลากรสุขภาพของโรงพยาบาลอ่างทอง**

1.ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 250 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.4
มีอายุเฉลี่ย 39.73 ปี สถานภาพสมรส ระดับ

การศึกษา ระดับปริญญาตรีจำนวน คิดเป็นร้อยละ
59.6 ตำแหน่งในการทำงาน ส่วนใหญ่เป็นพยาบาล
วิชาชีพ จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 32.0
ประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 15 ปี ร้อยละ 40.0
ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	39	15.6
หญิง	211	84.4
อายุ		
ต่ำกว่า 23 ปี (Gen Z)	3	1.2
23-42 ปี (Gen Y)	149	59.6
43-57 ปี (Gen X)	89	35.6
มากกว่า 57 ปี (Gen Baby Boomer)	9	3.6
อายุเฉลี่ย 39.73 $\pm$ SD 10.20		
การศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	80	32.0
ปริญญาตรี	140	59.6
สูงกว่าปริญญาตรี	21	8.4
ปฏิบัติงานในตำแหน่ง		
กลุ่มสายวิชาชีพ	108	43.2
กลุ่มสายสนับสนุน	142	56.8
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน		
น้อยกว่า 5 ปี	74	29.6
5-15 ปี	76	30.4
มากกว่า 15 ปี	100	40.0
ค่าตอบแทนรายได้ที่ได้รับ		
น้อยกว่า 15,000	96	38.4
15,000-30,000	67	26.8
มากกว่า 30,000	87	34.8
รายได้เฉลี่ย 25,523.30 $\pm$ SD 16,371.35 Min 6300-Max 65910		

2. การประเมินความเครียด

2.1 การประเมินความเครียดรายข้อ ใน 6 ข้อคำถาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินคำตอบเกี่ยวกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ข้อที่ไม่พึงพอใจกับงานที่

ปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.2 ข้อที่มีความเครียดตลอดเวลาที่ปฏิบัติงานที่ปฏิบัติอยู่ ร้อยละ 58.0 ข้อไม่มีความสุขกับงานที่ปฏิบัติอยู่ ร้อยละ 58.0 และข้อที่ไม่มีความสนใจกับงานที่ปฏิบัติอยู่ ร้อยละ 54.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการประเมินความเครียด (แยกตามรายข้อ)

ข้อคำถาม	ระดับการประเมิน								Mean	S.D
	น้อย		ปานกลาง		มาก		มากที่สุด			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
1.มีความเครียดตลอดเวลาที่ปฏิบัติงานที่ปฏิบัติอยู่	39	15.6	145	58.0	45	18.0	21	8.4	2.19	0.799
2.ไม่มีความสุขกับงานที่ปฏิบัติอยู่	62	24.8	145	58.0	35	15.2	5	2.0	1.94	0.692
3.ไม่พึงพอใจกับงานที่ปฏิบัติอยู่	62	24.8	158	63.2	28	11.2	2	0.8	1.88	0.616
4.ไม่มีแรงจูงใจกับงานที่ปฏิบัติอยู่	61	24.4	139	55.6	42	16.8	8	3.2	1.99	0.736
5.รู้สึกเบื่อหน่ายกับงานที่ปฏิบัติอยู่	66	26.4	135	54.0	44	17.6	5	2.0	1.95	0.721
6.รู้สึกไม่มีโอกาสก้าวหน้ากับงานที่ปฏิบัติอยู่	37	14.8	120	48.0	70	28.0	23	9.2	2.32	0.836

2.2 ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อแปลผลคะแนนความเครียดและจัดระดับความเครียดตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง มีความเครียดอยู่เกณฑ์เครียดน้อย

ร้อยละ 77.2 ($\bar{x}=12.27$ $SD=3.60$) รองลงมาอยู่ในเกณฑ์เครียดมาก ร้อยละ 11.2 อยู่ในเกณฑ์เครียดปานกลาง ร้อยละ 9.2 และอยู่ในเกณฑ์เครียดมากที่สุด ร้อยละ 2.4 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง (N=250)

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
ความเครียดอยู่ในเกณฑ์เครียดน้อย (ระดับคะแนน 0-14)	192	77.2
ความเครียดอยู่ในเกณฑ์เครียดปานกลาง (ระดับคะแนน 14-16)	23	9.2
ความเครียดอยู่ในเกณฑ์เครียดมาก (ระดับคะแนน 17-19)	28	11.2
ความเครียดอยู่ในเกณฑ์เครียดมากที่สุด (ระดับคะแนน 20-24)	6	2.4
Mean=12.27 S.D.=3.60 Min=6 Max=24		

2.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงาน 5 ด้าน ในภาพรวม พบว่า บุคลากรของโรงพยาบาลอ่างทอง ส่วนใหญ่มีผลต่อความเครียดปานกลาง ($\bar{x}=2.22$, $SD=0.638$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดสามอันดับแรก ได้แก่ ด้านความสามารถในการ

ควบคุม/ตัดสินใจ ($\bar{x}=2.84$, $SD=0.873$) ด้านความต้องการในงาน ($\bar{x}=2.40$, $SD=0.874$) และด้านสวัสดิการ ($\bar{x}=2.27$, $SD=0.872$) และพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านสิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน ($\bar{x}=1.49$, $SD=0.879$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด (รายด้าน)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ผลต่อความเครียด
ด้านความสามารถในการควบคุม / ตัดสินใจ	2.84	0.873	น้อย
ด้านความต้องการในงาน	2.40	0.874	มาก
ด้านสิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน	1.49	0.879	น้อย
ด้านสวัสดิการ	2.27	0.872	มาก
ด้านการพัฒนาทักษะในการปฏิบัติงาน	2.24	0.871	ปานกลาง
ภาพรวม	2.22	0.638	ปานกลาง

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ

1. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความเครียดในการทำงานของบุคลากรสุขภาพของโรงพยาบาล พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับระดับ

ความเครียดของบุคลากรสุขภาพโรงพยาบาล อ่างทอง ได้แก่ ตำแหน่งงาน ($p\text{-value}=0.019$) สถานะทางการเงิน ($p\text{-value}=0.042$) และระยะเวลาการปฏิบัติงาน ($p\text{-value}=0.050$) ผลดังตารางที่ 5-6

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความเครียด

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความเครียด	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	p
อายุ	-0.046	0.491
รายได้	0.177	0.042***
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน	0.148	0.001***

***Significant $p < 0.05$

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความเครียด

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวนระดับความเครียด				รวม	χ^2	p
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	สูงมาก			
เพศ						2.290	0.514*
ชาย	31	3	5	0	39		
หญิง	162	20	23	6	211		
ระดับการศึกษา						9.68	0.139**
ต่ำกว่าปริญญาตรี	61	12	6	1	80		
ปริญญาตรี	144	9	21	5	149		
สูงกว่าปริญญาตรี	18	2	1	0	21		
ปฏิบัติงานในตำแหน่ง						51.86	0.019***
ด้านสายสนับสนุน	109	16	13	4	104		
ด้านสายวิชาชีพ	84	7	15	2	108		

หมายเหตุ *Chi-square Test, **Fisher's Exact Test, ***Significant $p < 0.05$

2. ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานกับความเครียดในการทำงาน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) การหาความสัมพันธ์ความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 5 ด้าน กับความเครียดของบุคลากรสุขภาพโรงพยาบาลอ่างทอง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเครียดในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) คือ ปัจจัยด้าน

ความต้องการในงาน มีค่า $r = 0.323$ และด้านการพัฒนาทักษะในการปฏิบัติงาน มีค่า $r = 0.277$ ในส่วนของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเครียดในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) คือปัจจัยด้านความสามารถในการควบคุม/ตัดสินใจมีค่า $r = -0.229$ และปัจจัยด้านด้านสวัสดิการ มีค่า $r = -0.236$ ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการทำงาน คือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน มีค่า $r = 0.025$ ($p = 0.69$) ผลดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 สรุปค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงาน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงาน	ความเครียดในการทำงาน	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	p
1. ด้านความสามารถในการควบคุม / ตัดสินใจ	-0.229	0.001*
2. ด้านความต้องการในงาน	0.323	0.001*
3. ด้านสิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน	0.025	0.69
4. ด้านสวัสดิการ	-0.236	0.001*
5. ด้านการพัฒนาทักษะในการปฏิบัติงาน	0.277	0.001*

* Significant $p < 0.001$

สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ช่วงอายุอยู่ใน (Gen Y) อายุเฉลี่ย 39.73 ปี สถานภาพสมรส การศึกษาระดับปริญญาตรี ตำแหน่งในการทำงาน อยู่ในกลุ่มสายสนับสนุนบริการ ค่าตอบแทนที่ได้รับน้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน และประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 15 ปี

2. การประเมินคำถามด้านความเครียดรายข้อ พบว่าส่วนใหญ่ประเมินคำตอบเกี่ยวกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแปลผลคะแนนความเครียดและจัดระดับความเครียดตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง มีความเครียดอยู่เกณฑ์เครียดน้อย ร้อยละ 77.2 รองลงมาอยู่ใน

เกณฑ์เครียดมาก ร้อยละ 13.6 และอยู่ในเกณฑ์เครียดปานกลาง ร้อยละ 9.2

3. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของบุคลากรสุขภาพโรงพยาบาลอ่างทอง ได้แก่ ตำแหน่งงาน ($p\text{-value} = 0.019$) สถานะทางการเงิน ($p\text{-value} = 0.042$) และระยะเวลาการปฏิบัติงาน ($p\text{-value} = 0.050$)

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเครียดในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) คือ ปัจจัยด้านความต้องการในงาน ปัจจัยด้านการพัฒนาทักษะในการปฏิบัติงาน ในส่วนของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเครียดในการทำงาน ได้แก่ ปัจจัยด้านความสามารถในการควบคุม/ตัดสินใจ และปัจจัยด้านด้านสวัสดิการ ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์

กับความเครียดในการทำงาน คือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน

อภิปรายผล

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง Generation Y (ช่วงอายุ 22-42 ปี) ระดับการศึกษาปริญญาตรี สถานภาพคู่ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มากกว่า 15 ปี ลักษณะงานเป็นบริการผู้ป่วย และค่าตอบแทนที่ได้รับน้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน โดยมีรายได้เฉลี่ย 25,523 บาทต่อเดือน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกาญจนา วิเชียรประดิษฐ์และคณะ¹⁵ ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยที่อยู่ในกำกับของรัฐ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 74.5 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 33.97 ปี มีรายได้จากงานประจำไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน ร้อยละ 39.1 มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 65.7 อีกทั้งเมื่อพิจารณาด้านค่าตอบแทนที่ได้รับของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 38.4 ได้รับค่าตอบแทนน้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าสถานะเศรษฐกิจในปัจจุบันส่งผลให้สินค้าอุปโภคบริโภค มีราคาสูงขึ้น ทำให้เงินเดือนและค่าตอบแทนไม่เพียงพอกับค่าครองชีพในปัจจุบัน การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของบุริสกร เตจ๊ะมา และคณะ¹⁶ พบว่า พนักงานโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์อินเตอร์เนชั่นแนลได้รับค่าตอบแทนที่น้อยและไม่เพียงพอ

2. ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อแปลผลคะแนนความเครียดและจัดระดับความเครียดตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง มีความเครียดอยู่เกณฑ์เครียดน้อยถึงปานกลาง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ตอบ

แบบสอบถามอยู่ในระดับหัวหน้างานขึ้นไป มีความพึงพอใจลักษณะงานและมีความสุขกับงานที่ปฏิบัติรวมไปถึงค่าตอบแทนอัตราเงินเดือนที่ได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพัฒน์วดี เรืองจำเนียร และคณะ¹⁷ ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในการทำงานของบุคลากรหน่วยงานสนับสนุนโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรหน่วยงานสนับสนุนมีระดับความเครียดในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง ในส่วนของระดับความเครียดในการปฏิบัติงาน ในภาพรวมบุคลากรของโรงพยาบาลอ่างทอง พบว่ามีความเครียดอยู่ในระดับสูงเพียงร้อยละ 13.6 สอดคล้องกับงานวิจัยของ เอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์ และสิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์¹⁸ ได้ทำการศึกษาเรื่องความเครียดและอารมณ์เศร้าของบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่มีระดับความเครียดและอารมณ์ซึมเศร้าปานกลางถึงสูง

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดสามอันดับแรก ได้แก่ ด้านความสามารถในการควบคุมตัดสินใจ ด้านความต้องการในงาน และด้านสวัสดิการ สอดคล้องกับแนวคิด Cooper & Cartwright¹¹ ได้กล่าวว่าปัจจัยด้านบทบาทในองค์การ ถ้าองค์การกำหนดบทบาทหน้าที่ให้แก่พนักงาน และทำให้พนักงานเกิดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่นั้นอย่างชัดเจน ก็จะไม่เกิดความขัดแย้งหรือความเครียดในการทำงาน และสอดคล้องกับแนวคิดของ ทวีป อภิสิทธิ์¹⁹ ได้กล่าวว่า สาเหตุของความเครียดในการทำงานของคนทำงานราชการหรือหน่วยงานต่าง ๆ เช่น ความไม่ชัดเจนของหน้าที่การทำงานที่ทำ คนที่ทำงานแล้วไม่รู้วาทบทวนหน้าที่ของตนจะต้องทำและรับผิดชอบอะไรอย่างนั้น ก็เหมือนกับคนตาบอด ไม่รู้ว่าสิ่งที่ตนทำไปผิดหรือถูก

ใช้บทบาทหน้าที่ของตนหรือไม่ ในที่สุดก็จะเกิดความเครียดในการทำงานได้ เพราะบางครั้งก็อาจจะไปทำบทบาทหน้าที่ที่ไม่ใช่ของตน และทำให้เกิดการกระทบกระทั่งหรือขัดแย้งกับผู้อื่นจนเป็นเหตุให้เกิดความเครียดได้โดยง่าย

3.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงาน

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนระดับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) คือ ตำแหน่งงาน รายได้ และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน เมื่อพิจารณาในส่วนของสถานะทางการเงินมีความสัมพันธ์กับความเครียดทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเศรษฐกิจในปัจจุบันที่ของมีราคาแพง เงินจึงเป็นปัจจัยหลักในการดำรงชีวิต ถ้าเงินเดือนน้อยทำให้สมดุลระหว่างรายรับและรายจ่าย ส่งผลให้บุคลากรเกิดความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ต่อลาภ อยู่พงษ์พิทักษ์ และ อริสรา เสยานนท์²⁰ ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงานของพนักงานธนาคารออมสิน สำนักงานใหญ่ ผลการศึกษาพบว่า ระดับความเครียดในภาพรวมของพนักงานมีความเครียดในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.03 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ ตำแหน่งงาน และระยะเวลาปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สมชาย พลอยเลื่อมแสง²¹ ที่ศึกษาระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของคนไทยพบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด

3.2 ปัจจัยด้านการงานที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่

3.2.1 ปัจจัยด้านความสามารถในการควบคุม/ตัดสินใจ กล่าวคือบุคลากรสุขภาพในส่วน of โรงพยาบาลอ่างทองมีความเห็นว่า บรรยากาศในองค์กรที่ไม่เป็นมิตร บรรยากาศองค์กรไม่เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การที่ไม่ได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากหัวหน้างาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พัฒนวิดี เรืองจำเนียร และคณะ¹⁷ ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในการทำงานของบุคลากรหน่วยงานสนับสนุนโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านโครงสร้างและบรรยากาศองค์กร ปัจจัยด้านบทบาทหน้าที่ ปัจจัยด้านสัมพันธภาพในที่ทำงาน ปัจจัยด้านความสำเร็จและความก้าวหน้าในอาชีพ และปัจจัยด้านลักษณะงาน มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2.2 ปัจจัยด้านความต้องการในงาน บุคลากรสุขภาพมีความเห็นว่า การใช้ความรู้ ความชำนาญในการปฏิบัติงาน ต้องเร่งรีบทำงานให้เสร็จทันเวลา งานที่รับผิดชอบมีความยากลำบาก ในการปฏิบัติ มีภาระงานมาก มีความซ้ำซากจำเจ ต้องใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการปฏิบัติงาน และต้องการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ในการปฏิบัติงาน ปัจจัยองค์ประกอบเหล่านี้เกิดขึ้นและพบได้ในลักษณะการทำงานทั่วไป ซึ่งเป็นผลดีต่อองค์กรเพื่อมุ่งเน้นให้บรรลุประสิทธิภาพของการทำงาน ในทางตรงกันข้ามหากปัจจัยที่เกิดขึ้นนี้มีมากเกินไปจนเกินไป เป็นสาเหตุของการเกิดความเครียดจากการทำงานได้ ดังนั้นการแก้ไขด้วยการวางแผนการปฏิบัติงานที่ดีและมีความเหมาะสมกับสภาพการปฏิบัติงานแบบมีส่วนร่วมทั้งจากผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานทุกระดับจะช่วยลดปัญหาเหล่านี้ลงได้

3.2.3 ปัจจัยด้านการพัฒนาทักษะในการปฏิบัติงาน บุคลากรสุขภาพมีความเห็นว่า

การพัฒนาทักษะความชำนาญในการปฏิบัติงาน ปรับปรุงระบบการปฏิบัติงาน การพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงาน การปรับเปลี่ยนหน้าที่ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน ความเป็นอิสระในการปฏิบัติงาน การปฏิบัติงานที่มีความหลากหลาย ระบบความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน การศึกษาพูดคุยกับหัวหน้า การทราบวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติงาน การเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรต่างๆ และโอกาสเข้ารับการศึกษาคือในระดับที่สูงขึ้น ปัจจัยองค์ประกอบเหล่านี้เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันหลายระดับทั้งในระดับของเนื้องานที่อาจมีความยุ่งยากสลับซับซ้อนแตกต่างกันไปตามลักษณะสาขาอาชีพ ชนิดและประเภทของงาน ลักษณะงาน ระบบงาน รวมถึงความคาดหวังหรือผลงานที่ตั้งเป้าหมายไว้ เป็นต้น ระดับตัวบุคคลผู้ปฏิบัติงานที่มีปัจจัยเกี่ยวข้องหลายประการ เช่น ความสามารถที่แตกต่างกันในการปฏิบัติงาน ความว่องไวในการตัดสินใจ ความสามารถในการเรียนรู้และความสามารถในการปรับตัว เป็นต้น และระดับของการบริหารงานซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญในการกำหนดทิศทางขององค์กรรวมถึงการกำหนดมาตรการเพื่อป้องกันและหาแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหาความเครียดในที่ทำงาน ตัวอย่างเช่น การจัดแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบให้มีความเหมาะสมกับผู้ปฏิบัติ การควบคุมกำกับและติดตามผลการดำเนินงานอย่างยุติธรรม โปร่งใส และเป็นธรรมต่อผู้ปฏิบัติงาน การยกย่องให้กำลังใจในการปฏิบัติงาน รวมถึงการมีช่องทางพูดคุยปรึกษาเพื่อลดปัญหาความเครียดที่เกิดจากการทำงาน เป็นต้น

3.2.4 ปัจจัยด้านสวัสดิการ บุคลากรสุขภาพมีความเห็นว่าค่าตอบแทนการอยู่เวรนอกเวลาที่ได้รับการจัดสรรที่ไม่เหมาะสมกับปริมาณภาระงาน รวมไปถึงการเลื่อนขั้นเงินเดือน

ไม่เหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธัญญธรณ์ ทองแก้ว²² ได้ทำการศึกษาเรื่องความเครียดจากการทำงานและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า พบว่าปัจจัยด้านภาระงานและความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ปัจจัยด้านปัญหาการทำงาน ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของการทำงาน ปัจจัยด้านนโยบายบริหารงานขององค์กร ปัจจัยด้านบทบาทในองค์กร ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน ปัจจัยด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดจากการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะต่อหน่วยงาน

1. นำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการวางแผนงาน เพื่อแก้ไขปัญหาคือความเครียดจากการทำงานของบุคลากรอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อก่อให้เกิดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน

2. ปรับปรุงคณะกรรมการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลเพื่อดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยและดูแลสุขภาพบุคลากรในโรงพยาบาลจากภัยคุกคามในการทำงานด้านต่างๆ

3. เปิดโอกาสให้บุคลากรทุกระดับได้รับการพัฒนาทักษะที่จำเป็นและเหมาะสมในการปฏิบัติงานในช่องทางต่างๆ เช่น การประชุมวิชาการ การจัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การศึกษาดูงาน การฝึกอบรม การศึกษาต่อเนื่อง เป็นต้น

4. จัดให้มีช่องทางในการรับคำปรึกษาเพื่อลดปัญหาความเครียดจากการทำงานและจัดกิจกรรมเพื่อลดความเครียดในการทำงาน เช่น การฝึกสมาธิ การแข่งขันกีฬา เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการทําวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก ชัดเจนและถูกต้องที่สุดเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกที่แท้จริงและแนวทางการจัดการความเครียด

2. เนื่องจากความเครียดในการทำงานเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับความรู้สึกส่วนบุคคล มิใช่เป็นสิ่งที่ถาวรและสามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอตามสภาพแวดล้อมและกาลเวลา ดังนั้นการวิจัยซ้ำในเรื่องนี้จึงเป็นสิ่งที่น่ากระทำ โดยมีระยะเวลาห่างกันพอสมควร ควรมีการขยายขอบเขตการศึกษาให้กว้างและครอบคลุมมากขึ้น ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ต่อการจัดการบริหารงานบุคคล ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารงานขององค์กรให้บรรลุเป้าหมาย

เอกสารอ้างอิง

- ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, จรัมพร ไกลย่อง. คุณภาพชีวิตการทำงาน และ ความ สุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ธรรมดาเพรส;2556
- สำนักทะเบียนกลาง. จำนวนราษฎรทั่วราชอาณาจักร ตามหลักฐานทะเบียนราษฎร [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 18 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก :https://www.matichon.co.th/politics/news_3126075
- เชิดชู อริยศรีวัฒนา. เมื่อกระทรวงสาธารณสุขไร้อำนาจไร้เงิน ใครคือตัวจริง กุมอำนาจเบ็ดเสร็จ บริการสาธารณสุขไทย [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 17 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก : <https://thaipublica.org/2011/09/healthcare/>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข. นนทบุรี. กระทรวงสาธารณสุข:2564
- รุ่งแสง กนกวุฒิ. ความพึงพอใจของผู้มารับบริการด้านการให้บริการและอาคารสถานที่ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก:2560.
- วิภา หวันแหละ. คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. สงขลา:2558.
- ไพฑูรย์ สมุทรสินธ. ปัญหาสุขภาพจิตในสถานประกอบอาชีพ. ใน สมชัย บวรกิตติ, โยธิน เบญจวง และปฐสวรงค์ปัญญาเลิศ, บรรณาธิการ. ตำราอาชีพ เวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: เจเอสเคการพิมพ์; 2542. หน้า 180-207.
- กรมสุขภาพจิต. เผยผลสำรวจ "ปชช.-บุคลากรแพทย์" เครียดมากขึ้นช่วงผ่อนปรนฯ โควิด-19. [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 30 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก :<https://news.trueid.net/detail/no73qGVNn3ro>
- คณิน จินตนาปราโมทย์, พรชัย สิทธิศรีณกุล. สรีรวิทยาความเครียดจากการทำงาน และการแก้ปัญหาเมื่อเผชิญความเครียดในอาชีพบุคลากรทางแพทย์.วารสารทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2562; 26: 112-123.
- กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลอ่างทอง สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. รายงานแผนบุคลากร:2565.
- Cooper, C., & Straw, A. Successful stress Management in a Week. London: Hodder & Stoughton;1993
- Neuman, W.L.Social research methods. Qualitative and quantitative aproaches. Boston: Allyn and Bacon; 1991.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. ระเบียบวิจัยทางสังคมศาสตร์ ภาควิชาศึกษาศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2547.
- Bloom, B.S. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York:Mcgraw-Hill; 1971.
- กาญจนา วิเชียรประดิษฐ์, ทนงค์ดี ยิ่งรัตนสุข, ศรีรัตน์ ล้อมพงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ

- ความเครียดจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพใน
โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยที่อยู่ในกำกับของรัฐ.
เอกสารการประชุมวิชาการบัณฑิตศึกษาระดับชาติ
ครั้งที่ 2; 17 พฤษภาคม 2556; ณ โรงแรมริชมอนด์.
นนทบุรี; 2556.
16. บุรัสกร เตจ๊ะมา, สุคนธา คงศีล, สมชาติ ไตรรักษา, กิ
ติพงษ์ หาญเจริญ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต
การทำงานของพนักงานโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
อินเทอร์เน็ตเนชั่นเนล.วารสารสาธารณสุขศาสตร์
2555;42:82-89
 17. พัฒนวัตน์ เรื่องจำเนียร, ณรงค์ ณ เชียงใหม่, รพีพร
เทียมจันทร์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในการ
ทำงานของบุคลากรหน่วยงานสนับสนุนโรงพยาบาล
ประสาทเชียงใหม่. พิษณุเวชสาร 2556;2:97-110.
 18. เอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์, สิริรัตน์ แสงศิริรักษ์.
ความเครียดและอารมณ์เศร้าของบุคลากรทาง
การแพทย์ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโร
นา 2019. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
2563; 65(4):400-8.
 19. ทวีป อภิสิทธิ์. ความเครียดทางอารมณ์ของคนทำงาน
(ราชการ). ประชาศึกษา 2532;40(3):22-5.
 20. ต่อลาภ อยู่พงษ์พิทักษ์, อริสรา เสยานนท์. ปัจจัยที่
ส่งผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงานของพนักงาน
ธนาคารออมสินสำนักงานใหญ่. กรุงเทพฯ: บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย; 2559.
 21. สมชาย พลอยเลื่อมแสง,ชรินทร์ ลิ้มสนธิกุล . 2547.
การสำรวจทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพจิต
ตราบาป และการบริการสุขภาพจิต ต่อการตัดสินใจ
เข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพจิต.โรงพยาบาล
สวนปรุง.เชียงใหม่.
 22. ัญญธรณ์ ทองแก้ว, ศรีลักษณ์ ศุภปิติพร.
ความเครียดจากการทำงานและปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์ กับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ
แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแห่งหนึ่งใน
กรุงเทพมหานคร. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2561 มี.ค.-
เม.ย.;62(2): 197- 209.

การเปรียบเทียบความรู้ ความวิตกกังวล ก่อนและหลังเข้ากลุ่มบำบัดระดับประคอง ในผู้ปกครองเด็กออทิสติกโรงพยาบาลอ่างทอง

ธนพร วิชชุเวสคามินทร์ พย.บ*

Received: 15 ก.ค.65

Revised: 28 ส.ค.65

Accepted: 29 ส.ค.65

บทคัดย่อ

บทนำ: ความรู้ ความวิตกกังวลของผู้ปกครองมีผลต่อการดูแลเด็กเด็กออทิสติก มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ ความรู้ ความวิตกกังวล ในผู้ปกครองเด็กออทิสติก ก่อนและหลังเข้ากลุ่มบำบัดระดับประคอง โรงพยาบาลอ่างทอง

วิธีการศึกษา: การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งมี กลุ่มตัวอย่างและประชากรเป็นผู้ปกครองที่ดูแลเด็ก จำนวน 15 คน คัดเลือกแบบเจาะจงและได้รับการเข้ากลุ่มบำบัดระดับประคองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ระหว่างวันที่ 16 มกราคม 2561 ถึง 31 มกราคม 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (1) แบบวัดความรู้โรคออทิสติก และ (2) แบบวัดความวิตกกังวล (State Anxiety: Form XI) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ t-test

ผลการศึกษา: พบว่า กลุ่มผู้ปกครองหลังเข้ากลุ่มบำบัดมีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้ากลุ่มบำบัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับความวิตกกังวล มีคะแนนเฉลี่ยหลังการเข้ากลุ่มบำบัดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการศึกษา: การเข้ากลุ่มบำบัดระดับประคองช่วยให้ผู้ปกครองมีความรู้เพิ่มมากขึ้น และช่วยให้ความวิตกกังวลลดลง

คำสำคัญ: โรคออทิสติก, ความวิตกกังวล, กลุ่มบำบัดระดับประคอง, ผู้ปกครองเด็กออทิสติก

* กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลอ่างทอง

Comparison of Knowledge of Anxiety before and after participating in the supportive therapy group in parents of autistic children, Angthong Hospital

Thanaporn Vischuveskamin B.S.N.*

Abstract

Introduction: Knowledge and anxiety of parents of autistic children can affect parents' care. This research aimed to investigate knowledge and anxiety of parents of autistic children before and after participating in the supportive group therapy at Angthong Hospital.

Methods: This quasi-experimental research was participated by 15 parents caring for autistic children. They were specifically selected and enrolled in the support group therapy developed by the researcher from January 16, 2018 to January 31, 2019. The instrument was a general information questionnaire: (1) Autism Patient Knowledge Scale and (2) State Anxiety: Form XI. Data were analyzed using descriptive statistics including percentage, mean, standard deviation, and t-test.

Results: After the end of program, the parents in the supportive group therapy had a higher average knowledge score with a statistically significant difference of .05. In terms of anxiety, the mean scores after participating in the supportive group therapy were not statistically different at the .05 level.

Conclusion: The supportive group therapy can help parents increase their knowledge and reduce their anxiety.

Keywords: Knowledge, Anxiety, Supportive group therapy, Parents of autistic children

* Psychiatric Nursing Department Angthong Hospital

บทนำ

กลุ่มโรคออทิสติก (Autistic spectrum disorder) เป็นกลุ่มของโรคที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของสมองและทำให้เกิดพัฒนาการที่ล่าช้าและผิดปกติใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสังคม ด้านการสื่อสาร ความหมาย การใช้ภาษาและ ด้านการใช้จินตนาการ¹ มีพฤติกรรม ความสนใจและการกระทำที่ซ้ำๆ และจำกัด โดยอาการดังกล่าว เกิดก่อนอายุ 3 ปี ซึ่งมีความรุนแรงของแต่ละโรคในกลุ่มแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับพัฒนาการทางภาษา ระดับสติปัญญา และความผิดปกติอื่นๆ ที่พบร่วมด้วย ทั้งนี้ ความบกพร่องยังคงมีต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยเฉพาะทักษะด้านสังคม มีเพียง 1- 2% ที่สามารถดำเนินชีวิตได้เหมือนคนปกติ อย่างไรก็ตาม การวินิจฉัยและการรักษาตั้งแต่อายุน้อย จะทำให้เด็กมีโอกาสพัฒนาได้มากกว่าการรักษาเมื่ออายุมากขึ้นอุบัติการณ์ของกลุ่มโรค หรือกลุ่มอาการออทิสติกพบกลุ่มอาการออทิสติกในเด็กเฉลี่ย 2 - 8 คน ต่อเด็ก 1,000 การศึกษาเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ในประเทศไทยพบโรค ออทิสติก 9.9 คนต่อเด็ก 10,000² จากสถิติดังกล่าวพบว่าจำนวนเด็กออทิสติกในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นรวมถึงสถิติจำนวนเด็กออทิสติกที่มารับบริการที่คลินิกปลูกคิด(คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น) โรงพยาบาลอ่างทอง ระหว่างปี พ.ศ. 2558-2560 มีจำนวน 68, 140, 200 คนตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนมากจัดเป็นโรคอันดับต้นของผู้ป่วยจิตเวชเด็กที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอ่างทอง (กลุ่มงานกลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลอ่างทอง. 2560)

ออทิสติกเป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง เด็กออทิสติกต้องการการดูแลมากกว่าเด็กทั่วไป จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลเด็กออทิสติก พบว่าผู้ดูแลเด็กออทิสติกประกอบด้วยบิดา มารดาและญาติ

โดยเป็นมารดามากกว่าร้อยละ 76.5³ ดังนั้นมารดาจึงต้องเผชิญปัญหาเกี่ยวกับความผิดปกติของบุตรเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้สูง⁴ และได้รับผลกระทบต่างๆ โดยตรง มีการศึกษาพบเด็กออทิสติกร้อยละ 60 ต้องพึ่งพาผู้ปกครองของตนไปตลอดชีวิต⁵ โดยเฉพาะด้านจิตใจของผู้ปกครอง มีการศึกษาพบว่าบิดามารดาเด็กออทิสติกที่ต้องรับภาระในการดูแลเด็กออทิสติกในระยะเวลารักษาที่ยาวนาน จะมีความเครียดอยู่ในระดับเครียดมาก สภาพเช่นนี้ย่อมส่งผลต่อความสนใจและเอาใจใส่ในการดูแลเด็กจนในที่สุดก็จะส่งผลกระทบถึงการดูแลเด็กออทิสติกที่ไม่มีคุณภาพหรือดูแลอย่างไม่ถูกต้องเหมาะสม⁶

ปัจจุบันได้มีการจัดทำต่อผู้ดูแลผู้ป่วยในหลายรูปแบบด้วยกัน เพื่อลดภาระการดูแล เช่น โปรแกรมการให้ความรู้ การเยี่ยมบ้าน และกลุ่มบำบัดประคับประคอง⁷ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า กลุ่มบำบัดประคับประคองเป็นการที่บุคคลตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป ที่มีปัญหาสุขภาพคล้ายคลึงกันมารวมกลุ่มกันเพื่อทำกิจกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอในระยะเวลาที่เหมาะสม เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และช่วยเหลือสมาชิกในการหาวิธีการเพื่อดูแลสุขภาพร่วมกัน⁸ และการศึกษาพบว่าการนำกระบวนการกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองเพื่อลดภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท⁹ สามารถทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาระการดูแลลดลง ในกระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ข้อมูล ความรู้และประสบการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิก ช่วยให้เกิดประโยชน์แก่กลุ่มและทำให้มีพัฒนาการที่ดี ส่งผลให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้และมีการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เหมาะสม¹⁰ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองมาใช้กับผู้ปกครองเด็กออทิสติกเพื่อลดภาวะวิตกกังวลและเพิ่มความรู้

ให้กับผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่เข้ามารับการรักษาที่
คลินิกปลุกคิด โรงพยาบาลอ่างทอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ในผู้ปกครอง
เด็กออทิสติกก่อนและหลังเข้ากลุ่มบำบัด
ประคับประคอง
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลใน
ผู้ปกครองเด็กออทิสติกก่อนและหลังเข้ากลุ่มบำบัด
ประคับประคอง

คำถามการวิจัย: การเข้ากลุ่มบำบัดประคับประคอง
มีผลต่อความรู้ ความวิตกกังวลของผู้ปกครองเด็ก
ออทิสติกหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย: หลังการเข้ากลุ่มบำบัด
ประคับประคอง ผู้ปกครองมีความรู้เพิ่มมากขึ้น
และมีความวิตกกังวลลดลง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัย
แบบกึ่งทดลอง

ประชากร ประชากรของการวิจัยครั้งนี้
หมายถึง ผู้ปกครองผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจาก
แพทย์ว่าเป็นโรคออทิสติกและเข้ามารับการรักษาที่
คลินิกปลุกคิด โรงพยาบาลอ่างทอง

กลุ่มตัวอย่าง เลือกเก็บจากประชากรทั้งหมด
โดยทำการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive
sampling) ที่เข้ามารับการรักษาโรคออทิสติกที่คลินิก
ปลุกคิด โรงพยาบาลอ่างทอง

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจงตาม
เกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

- 1) เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กออทิสติก โดยตรง

2) สามารถพูดคุยติดต่อสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้อย่างชัดเจน

3) สนุกสนานและเข้าร่วมกิจกรรมได้ต่อเนื่องตลอด 3 ครั้ง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการอนุมัติ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของจังหวัดอ่างทอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง (หนังสือเลขที่ ATGEC๐๕/๒๕๖๑)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

กลุ่มบำบัดระดับประคอง โดยประยุกต์โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองของ ปาณิสรา เกษมสุข โดยลดจำนวนครั้งของการทำกลุ่มบำบัด ประกอบด้วย ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคออทิสติก การส่งเสริมพัฒนาการ การรักษา และการดูแลเด็กออทิสติกให้เหมาะสมโดยผู้นำกลุ่มเป็นพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น มีดังนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ระบายความรู้สึกและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการมีลูกเป็นออทิสติก และการจัดการความเครียดเบื้องต้นกับผู้ปกครอง

ครั้งที่ 2 ให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคออทิสติก การส่งเสริมพัฒนาการ การรักษา และการดูแลเด็กให้เหมาะสม

ครั้งที่ 3 สรุปการนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิต ผ่านกระบวนการกลุ่มบำบัดระดับประคอง

สำหรับการดำเนินการเป็นการเข้ากลุ่มบำบัดแบบระดับประคองแบบกลุ่มเปิด กลุ่มละ

7-8 คน โดยมีระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 3 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม

ข้อมูล ประกอบด้วย

แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้โรคออทิสติก ส่วนที่ 3 แบบวัดความวิตกกังวล (State Anxiety : Form XI)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

กลุ่มบำบัดระดับประคอง แบบสอบถามส่วนบุคคล แบบวัดความรู้โรคออทิสติกและแบบวัดความวิตกกังวล (State Anxiety : Form XI) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ และส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความเที่ยงตรง ตามเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทดลองใช้ กับผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาหาคะแนน และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยคำนวณจากสูตรของครอนบาคอัลฟา โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นเท่ากับ .75

การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลการเข้ากลุ่มบำบัดระดับประคองในผู้ปกครองเด็กออทิสติก ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช เพื่อขออนุมัติในการวิจัย โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ภายหลังการได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยได้กำหนด วัน และเวลาในการเก็บข้อมูลวิจัย

3. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการทำกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง โดยผู้เข้าร่วมวิจัยเห็นยินยอมเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และตอบแบบวัดความรู้โรคออทิสติก ความวิตกกังวล ก่อนและหลังเข้ากลุ่มบำบัดประคับประคอง

ระยะเวลา การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ความวิตกกังวลในผู้ปกครอง

เด็กออทิสติก ก่อนและหลังเข้ากลุ่มบำบัดประคับประคอง คลินิกปลูกจิต โรงพยาบาลอ่างทอง ระหว่างวันที่ 16 มกราคม 2561 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ซึ่งกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ในการทดสอบใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ Pair t-test

ผลการวิจัย

การเปรียบเทียบความรู้ ความวิตกกังวล ก่อนและหลังเข้ากลุ่มบำบัดประคับประคองในผู้ปกครองเด็กออทิสติก ตารางที่ 1 แสดงความรู้ และความวิตกกังวล ก่อนเข้ากลุ่มบำบัดประคับประคองในผู้ปกครองเด็กออทิสติก

	ความรู้			ความวิตกกังวล		
	ดีมาก	ดี	พอใช้	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ
ก่อนเข้ากลุ่ม	6	7	2	1	11	3

ตารางที่ 1 พบว่าผู้ปกครองมีความรู้ในระดับดี คิดเป็น 46.66 % (n=7) ความรู้ในระดับดีมาก 40% (n=6) และมีความรู้ในระดับพอใช้เพียง 13.33%

(n=2) ความวิตกกังวลในระดับปานกลางคิดเป็น 73.33% (n=11) มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ 20 % (n=3)

ตารางที่ 2 แสดงความรู้ และความวิตกกังวลหลังเข้ากลุ่มบำบัดประคับประคองในผู้ปกครองเด็กออทิสติก

	ความรู้			ความวิตกกังวล		
	ดีมาก	ดี	พอใช้	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ
หลังเข้ากลุ่ม	14	1	0	1	14	0

ตารางที่ 2 พบว่าผู้ปกครองหลังการเข้ากลุ่มบำบัดระดับประคับประคองมีความรู้ในระดับดีมาก 93.33% (n=14) และความวิตกกังวล อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็น 93.33% (n=14) มีความวิตกกังวลสูง 1 รายซึ่งเป็นรายเดิมก่อนเข้ากลุ่มบำบัด ได้นำเข้าสู่

กระบวนการรักษาต่อหลังพบว่าผู้ปกครองมีภาวะซึมเศร้า และในรายที่มีระดับความวิตกกังวลเพิ่มเนื่องจากในช่วงที่เข้ากลุ่มมีปัจจัยกระตุ้นด้านอื่น เช่นภาวะเศรษฐกิจ ขาดรายได้ช่วงที่พายุตรมาได้รับการรักษา

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความรู้ ความวิตกกังวลของการทำกลุ่มบำบัดระดับประคับประคองในผู้ปกครองเด็กออทิสติก (n=15)

ผู้ปกครอง	หลังเข้ากลุ่ม			ก่อนเข้ากลุ่ม		
	ดีมาก	ดี	พอใช้	ดีมาก	ดี	พอใช้
ความรู้	14	1	0	6	7	2
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ
ความวิตกกังวล	1	14	0	1	11	3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับความรู้และความวิตกกังวลก่อนและหลังเข้ากลุ่มบำบัดระดับประคับประคองพบว่าระดับความรู้ดีกว่าก่อนเข้ากลุ่ม ผู้ปกครองมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีความรู้ในระดับดีมากเป็นส่วนใหญ่ 93.33% (n=14) ส่วนระดับความวิตกกังวลใน

ระดับปานกลางเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้ากลุ่มบำบัดระดับประคับประคองเป็น 93.33% (n=14) และในรายที่มีระดับความวิตกกังวลเพิ่มเนื่องจากในช่วงที่เข้ากลุ่มมีปัจจัยกระตุ้นด้านอื่น เช่นภาวะเศรษฐกิจ ขาดรายได้ช่วงที่พายุตรมาได้รับการรักษา

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้และความวิตกกังวลก่อนและหลังเข้ากลุ่มบำบัดระดับประคับประคอง (n=15)

	X	N	SD
ความรู้ก่อน	13.73	15	2.815
ความรู้หลัง	17.33	15	1.877
ความวิตกกังวลก่อน	46.73	15	8.573
ความวิตกกังวลหลัง	53.93	15	4.511

ตารางที่ 4 พบว่าความรู้ของกลุ่มผู้ปกครอง ก่อนเข้ากลุ่มบำบัด $X = 13.73$, $SD = 2.815$ ส่วน หลังเข้ากลุ่มบำบัด $X = 17.33$, $SD = 1.877$ จะเห็นได้ว่ามีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้ากลุ่มบำบัด ความวิตกกังวลของกลุ่มผู้ปกครองก่อนเข้ากลุ่มบำบัด $X = 46.73$ $SD = 8.573$ ส่วนหลังเข้า

กลุ่มบำบัด $X = 53.93$ $SD = 4.511$ จะเห็นได้ว่ามีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้ากลุ่มบำบัด แต่ยังคงอยู่ในกลุ่มมีความวิตกกังวลระดับปานกลาง หากพิจารณาจากส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลงหลังผ่านกลุ่มบำบัด

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ความรู้ และความวิตกกังวลของผู้ปกครอง ก่อนเข้ากลุ่มบำบัด โดยใช้สถิติ Paired t-test ($n=15$)

	X	SD	t	df	P-value
ความรู้ก่อนและหลังเข้ากลุ่มบำบัด	-3.600	3.481	-4.006	14	.001
ความวิตกกังวลก่อนและหลังเข้ากลุ่มบำบัด	-7.200	9.682	-2.880	14	.012

ตารางที่ 5 จากตารางนำมาวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อเปรียบเทียบผลของการเข้ากลุ่มบำบัดแบบ ประคับประคองของผู้ปกครองเด็กออทิสติกก่อนเข้ากลุ่มและหลังเข้ากลุ่ม มีความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P = .001$ ความวิตกกังวลไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P = .012$

สรุปผลการศึกษา การเข้ากลุ่มบำบัดแบบ ประคับประคองของผู้ปกครองเด็กออทิสติกมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังจากเข้ากลุ่มปรากฏว่าระดับความวิตกกังวลไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

อภิปรายผลการวิจัย

การเปรียบเทียบความรู้ ความวิตกกังวล ก่อนและหลังเข้ากลุ่มบำบัดประคับประคองในผู้ปกครองเด็กออทิสติกโรงพยาบาลอ่างทอง

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ปกครองเด็กออทิสติก หลังเข้ากลุ่มบำบัดประคับประคองมีความรู้เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P = .001$ อธิบายได้ว่า การทำกิจกรรมการสนับสนุนการให้

ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคออทิสติกมากขึ้น ดังนั้นทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแล และส่งเสริมพัฒนาการของเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสม (ชนิษฐา หะยิมะแซ, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของอรอนงค์ สถาพรธีระ (2552) ได้ศึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมกลุ่มครอบครัว ในการสอนการดูแลเด็กออทิสติกสเปกตรัมที่บ้านพบว่า การที่ผู้ปกครองมีความรู้ และทักษะต่างๆในการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ทำให้ผู้ปกครองสามารถดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมั่นใจมากขึ้น ช่วยลดความเครียดและภาระในการดูแลเด็กออทิสติก

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ปกครองเด็กออทิสติก หลังเข้ากลุ่มบำบัดประคับประคองจากเข้ากลุ่มปรากฏว่าระดับความวิตกกังวล ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความวิตกกังวลสูง 1 รายซึ่งเป็นรายเดิมก่อนเข้ากลุ่มบำบัด ได้นำเข้าสู่กระบวนการรักษา หลังประเมินภาวะซึมเศร้าพบว่าผู้ปกครองมี

ภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง เพราะกลุ่มผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการที่บุคคลมีการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม และในรายที่มีระดับความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นจากเดิมเนื่องจากในช่วงที่เข้ากลุ่มมีปัจจัยกระตุ้นด้านอื่น เช่น ภาวะเศรษฐกิจ ขาดรายได้ช่วงที่พ่อบุตรมารับการรักษา

กลุ่มบำบัดประคับประคองในผู้ปกครองเด็กออทิสติก เป็นการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคออทิสติก การส่งเสริมพัฒนาการ การรักษา และการดูแลเด็กออทิสติกให้เหมาะสม และกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้ผู้ปกครองมีความรู้และทักษะการแก้ปัญหา สอดคล้องกับการศึกษา ปาณิสรา เกษมสุข (2551) พบว่า การนำกระบวนการกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองเพื่อลดภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาระการดูแลลดลง ในกระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ข้อมูล ความรู้ และประสบการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิก ช่วยให้ เกิดประโยชน์แก่กลุ่มและทำให้มีพัฒนาการที่ดี ส่งผลให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้และมีการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เหมาะสม¹⁰ ลดภาระการดูแลของผู้ปกครองได้มีระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม 3 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. การนำผลงานวิจัยไปใช้ในกลุ่มบำบัดประคับประคองดูแลเด็กออทิสติก พยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้นำกลุ่มควรเป็นพยาบาลเฉพาะทางทางพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อ ประเมินให้ความรู้ในการดูแลเด็กออทิสติก

2. ควรมีการติดตามผลหลังการทำกลุ่มบำบัดประคับประคองเพื่อลดระดับความวิตกกังวล ทุก 2 เดือน 4 เดือน 6 เดือนและ 1 ปี เพื่อกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ปกครองได้นำความรู้และทักษะไปดูแลเด็กได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

3. ควรมีการประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างเพิ่มในการศึกษาครั้งต่อไปเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้พบว่าในกลุ่มตัวอย่าง 1 รายที่พบว่ามีภาวะเครียดสูงและนำมาประเมินภาวะซึมเศร้าพบว่าภาวะซึมเศร้าและได้นำสู่ระบบการรักษาและส่งต่อสู่เครือข่ายเพื่อติดตามต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. เพ็ญแข ลิ้มศิลา. (2545). คู่มือฝึกและดูแลเด็กออทิสติกสำหรับผู้ปกครอง. สมุทรปราการ. กรุงเทพฯ: ครูสภาลาดพร้าว.
2. ศรีวรรณ พูลสรรพสิทธิ์ และคณะ. (2548). การศึกษาภาวะออทิสซึมในประเทศไทยและการดูแลรักษาแบบบูรณาการในระดับประเทศ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.
3. นาริลักษณ์ มงคลศิริกุล. (2546). การสนับสนุนทางสังคมในผู้ปกครองเด็กออทิสติก. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
4. จอม ชุ่มชวย. (2538). ครอบครัวของเด็กออทิสติก: เอกสารประกอบการอบรมพัฒนาการบำบัดในเด็กออทิสติกอายุต่ำกว่า 5 ปี. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์.
5. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(4th ed). Washington, DC.: American Psychiatric Inc.

6. สุไพบรมา ลีลามณี.(2543). ศึกษาการเผชิญปัญหา
ภาวะวิกฤติและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม
ของบิดามารดาที่มีบุตรเป็นเด็กออทิสติก.
วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต.
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
7. Chou KR, Liu SY, Chu H. (2002) The effects
of support groups on caregivers of patients
with schizophrenia. Int J Nurs Stud.
8. Frisch, N. C.,& Frisch, L. E.(2002). Psychiatric
Mental Health Nursing: Understanding the
client as well as the Condition (2nded).
Albany: Delmar.
9. ปาณิสรา เกษมสุข. (2551).ผลของกลุ่มบำบัด
ประคับประคองต่อการดูแลและภาวะซึมเศร้า
ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรม
หาบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
10. Yalom ID. (1975). The theory and practice of
group psychotherapy. 2nd ed. New York:
Basic Book;

ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ในพื้นที่อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง

ศุภณัฐกรณ์ มูลฟู วท.บ. (สาธารณสุขชุมชน)*

Received: 27 ก.ค.65

Revised: 18 ส.ค.65

Accepted: 19 ส.ค.65

บทคัดย่อ

บทนำ: อำเภอเมืองปานพบอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2564 พบอัตราป่วย 263.81 ต่อแสนประชากร ผู้ที่ไม่สามารถ ควบคุมความดันโลหิตได้ มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 66 คน ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง มีกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบวัดการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและแบบวัดพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองวิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ Pearson (correlation coefficient)

ผลการศึกษา: คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p=0.01$

สรุป: โปรแกรมนี้สามารถประยุกต์ใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้โดยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างทักษะการดูแลตนเองของกลุ่มผู้ป่วย

คำสำคัญ: โรคความดันโลหิตสูง, โรคหลอดเลือดสมอง, ความเชื่อด้านสุขภาพ

Effects of A Stroke Prevention Program for People with Hypertension by Applying Health Belief Theory in Mueang Pan District Lampang Province

Supanutthakorn Moonfoo B.Sc. (public health)*

Abstract

Introduction: Mueang Pan District, Lampang Province, was found to have an increasing stroke rate every year. In 2021, the rate was 263.81 per 100,000 people. Those who cannot control their blood pressure have a high risk of stroke.

Methods: This quasi-experimental research explored the effectiveness of a stroke prevention program in hypertensive patients. Sixty-six (66) people were recruited by simple random sampling to compare the outcomes before and after the experiment. A total of four activities were conducted. Data were collected before and after the trial using the Health Belief Perception Scale and the Stroke Prevention Behavior Scale. The data were then analyzed by mean, percentage, and Pearson correlation coefficient.

Results: The mean score on the samples' perceptions of health beliefs and stroke prevention behaviors after the experiment was higher than that before the experiment. The perceived severity of stroke was significantly associated with the perceived benefit of self-care behaviors ($p=0.01$).

Conclusion: This program can be applied to change health behaviors by organizing learning activities that help enhance self-care skills.

Keywords: Patients with essential hypertension, Cerebrovascular disease, Health beliefs

*Muang Pan District Public health office, Lampang province

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular หรือ CVA) เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเกิดจากภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตัน หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย การทำงานของสมองหยุดชะงัก¹ โรคนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตและความพิการเป็นอันดับสองของประชากรทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO) พบจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกมากกว่า 17 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6.5 ล้านคน² องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ประเมินการว่าทุกปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลก 5 ล้านคนพิการถาวร 5 ล้านคนเสียชีวิต และในปี พ.ศ.2564

ประเทศไทยมีอัตราการป่วยของประชาชนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 219.71ต่อแสนประชากร และมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคประมาณ 10 ล้านคน โดยเฉพาะผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน จากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ. 2561-2564 ประเทศไทยมีอัตราตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 8.27, 8.05, 8.01 และ 8.38 ตามลำดับ³

โดยเฉลี่ยคือ ในทุก ๆ 1 ชั่วโมง จะมีคนตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 3 คน² จากสถานการณ์นี้แสดงให้เห็นว่าอัตราการป่วย อัตราตายของโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มความรุนแรงที่สูงขึ้นและผู้รอดชีวิตมักจะมีคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่

จังหวัดลำปางพบอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับ 4 ของประเทศ โดยในปี พ.ศ.

2552 พบอัตราการป่วย 197.07 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 198.37 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองนี้ เป็นอันดับ 1 ในเขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่³ ในส่วนอำเภอเมืองปานพบอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2561 - พ.ศ. 2563 พบอัตราการป่วย 7,322.54, 7,794.87 และ 8,202.31 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ⁴ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญหลักที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองคือ ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันเลือดสูง เบาหวาน การสูบบุหรี่ และการมีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองของคนในครอบครัว⁵ จากรายงานสถานการณ์ในประเทศไทย ผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบชั่วคราวและถาวร พบโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมสูงถึงร้อยละ 55²

จากแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ⁷กล่าวว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเกิดโรคได้ บุคคลต้องมีความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย องค์ประกอบ 4 ประการ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคเพื่อกำหนดแนวทางในการแก้ไข จากการศึกษาของ อารพรรณ ข้ามสาม⁸ ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท่าข้ามอำเภอเมือง จังหวัดแพร่ พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนท่าข้ามมีความเชื่อด้าน สุขภาพในระดับที่ดี แต่ยังมีพฤติกรรมรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้ที่มีพฤติกรรมรับประทานยาที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมอาจนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา และ การที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่ามีผลดีมากกว่าผลเสีย

(Rosenstock, 1974)⁹ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ มาจัดทำเป็นโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นำไปสู่การปฏิบัติที่ดีและเป็นแนวทางในการวางแผนลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎี

ความเชื่อด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของ Breckler⁷ กล่าวถึงความตระหนักรู้ของบุคคลว่า เมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้า คือ ข้อมูลข่าวสาร หรือความรู้ต่าง ๆ จะก่อให้เกิดความรู้สำนึกว่ามีสิ่งนั้นอยู่ จำแนกและรับรู้เป็นพฤติกรรม ที่เกี่ยวกับความรู้สึก และอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อสิ่งหนึ่ง หรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง และกล่าวถึงองค์ประกอบสำคัญของความตระหนักรู้มี 3 ประการ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ ค่านิยมความเชื่อ และพฤติกรรม หรือการปฏิบัติ โดยความรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมความเชื่อหรือความมั่นใจใน สิ่งต่าง ๆ ว่าเป็นสิ่งถูกต้องเป็นจริงให้ความไว้วางใจ พฤติกรรมเป็นการแสดงออกทั้งทางวาจา กริยา ท่าทางที่มีต่อสิ่งเร้าหรือแนวโน้มที่บุคคลปฏิบัติ โดยผู้วิจัยได้นำสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มาเป็น กรอบแนวคิด ในการศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง

โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ในพื้นที่อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยง
2. การรับรู้ความรุนแรง
3. การรับรู้ประโยชน์
4. การรับรู้อุปสรรค

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

1. การบริโภคอาหาร
2. การออกกำลังกาย
3. การจัดการความเครียด
4. การรับประทานยา
5. การมาตรวจตามนัด

วิธีการศึกษา (Methods)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) กลุ่มเดียวประเมินผล ก่อนและหลัง การได้รับโปรแกรม (One Group Pre-Posttest Design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 2 กลุ่ม จาก 2 พื้นที่ พื้นที่ละ 1 กลุ่มโดยใช้กิจกรรมแบบเดียวกันทั้งสองกลุ่ม มีการออกแบบการวิจัย ดังนี้

ระยะก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเองเมื่อพบกลุ่มตัวอย่าง ก่อนดำเนินการทดลอง สร้างสัมพันธภาพและชี้แจง ข้อมูลโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รวมทั้งชี้แจงการพิทักษ์ สิทธิธินาม ในการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมเป็นกลุ่มทดลองในการวิจัยครั้งนี้

2. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการรับรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและแบบวัดพฤติกรรมป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

3. นัดหมายวันที่จะดำเนินการตามโปรแกรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง

ระยะดำเนินการทดลอง

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการ ดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัย สถานที่ นัดหมายการทำกิจกรรมแต่ละสัปดาห์ ซึ่ง ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) การจัดกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่อง การควบคุมระดับความดัน โลหิตและการรับประทานยา ใช้เวลา 2 ชั่วโมง แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 15-20 รายประกอบด้วย กระบวนการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและ

กระบวนการสร้างการรับรู้ความรุนแรงจาก การป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยอธิบาย โอกาสในการเจ็บป่วย พร้อมกับให้กลุ่มตัวอย่าง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยและ การเรียนรู้พฤติกรรมเสี่ยงที่เกิดขึ้นของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสรุปสำคัญพร้อมนัดหมายให้บันทึกระดับ ความดันโลหิตของผู้เข้าร่วมโปรแกรมแล้วนัดหมาย การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) กระบวนการ สร้างความรู้ โดยมีการสร้างเสริมให้ความรู้ด้วยหลัก 3อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) ใช้เวลา 2 ชั่วโมง แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 15-20 ราย แล้วให้ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมช่วยกันสรุปถึงประโยชน์ของการ ปฏิบัติตามหลัก 3อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) ซึ่งเป็นการสร้างการยอมรับและเห็น ประโยชน์ของการกระทำนั้น

กิจกรรมครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมฝึก ทักษะการจัดการตนเอง เรื่อง การควบคุมอาหาร, การลดการสูบบุหรี่ และการลดการดื่มแอลกอฮอล์ ใช้เวลา 1.5 ชั่วโมง แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 15-20 ราย โดยการกระตุ้นให้ทบทวนประสบการณ์ของตนเอง แล้วนำเสนอวิธีทัศนเป็นการเรียนรู้แนวทางจาก ตัวแบบที่มีพฤติกรรมทั้งด้านบวกและด้านลบ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกการสะท้อนคิดและได้ข้อ เติอนสติในการปฏิบัติตัวเริ่มจากการสังเกตตนเอง พร้อมกับการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ ให้เกิดขึ้น

กิจกรรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) กิจกรรม การจัดการตนเองที่บ้าน ในเรื่องการใช้บริการ สุขภาพการออกกำลังกายและการจัดการ ความเครียด โดยผู้วิจัยติดตามความก้าวหน้า ให้คำปรึกษา แนะนำเสริมแรงโดยการติดตาม โทรศัพท์ 1 ครั้ง ใช้เวลา 15-20 นาที พร้อมเตือน การนัดหมายฝึกทักษะต่าง ๆ

หลังการทดลอง

เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองโดยใช้แบบวัดการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ของหน่วยบริการสุขภาพ ในเขตอำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง จำนวน 637 คน

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ของหน่วยบริการสุขภาพ ในเขตอำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ใช้เกณฑ์ของเดมพ์และเดมพ์ (Dempsey and Dempsey , 1992¹⁰ ที่แนะนำว่า การวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างควรมีขั้นต่ำ 60 ราย จึงทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับสลากหน่วยบริการ โดยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสูงในหน่วยบริการสุขภาพในเขตอำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง ทั้งหมด 9 แห่ง สุ่มได้หน่วยบริการสุขภาพที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งช่วง และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าเวียงเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แห่งละ 33 ราย รวมทั้งหมด 66 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประยุกต์ใช้เครื่องมือของกษมา เชียงทอง (2560)¹¹ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้การเตือน และพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีค่าความเชื่อมั่น โดยรวมเท่ากับ

0.82 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงเท่ากับ 0.84 ด้านการรับรู้ความรุนแรงเท่ากับ 0.65 ด้านการรับรู้ประโยชน์เท่ากับ 0.81 การรับรู้อุปสรรคเท่ากับ 0.82

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และประวัติการเจ็บป่วย

2.2 แบบวัดการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ประยุกต์ใช้เครื่องมือของของนพดล คำภีโร (2559)¹² ที่ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคความเชื่อมั่นโดยรวม เท่ากับ 0.73 จำนวน 23 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก การแบ่งระดับความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง ลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ

2.3 แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และเอกสารที่เกี่ยวข้องและประยุกต์มาจากแบบสอบถามของบุญพิสิษฐ์ ธรรมกุล (2554)¹³ ที่ทำการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการตลาดเชิงสังคมร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลโนนสำราญอำเภอเมืองจังหวัดชัยภูมิ ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด จำนวน

22 ข้อ มีระดับการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ โดยให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ลักษณะคำถามมีทั้งพฤติกรรมด้านบวก และด้านลบ ข้อคำถามทั้ง 3 ด้านผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.87 นำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคความเชื่อมั่นโดยรวม เท่ากับ 0.89

ระยะเวลา ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล 20 เมษายน 2565 – 10 มิถุนายน 2565

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ตามเอกสารรับรองเลขที่โครงการ 059/2565 ผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมหรือออกจากการศึกษาได้ ตลอดเวลา ยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนาม รับทราบข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

ผลการศึกษา (Results)

ผลการศึกษา แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 66 คน เป็นเพศชาย 20 คน เพศหญิง 46 คน อายุเฉลี่ย 53.69 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 59.1) รายได้เฉลี่ย 11,203 บาทต่อเดือน น้อยที่สุด 600 บาทต่อเดือน มากที่สุด 25,000 บาทต่อเดือน ระยะเวลาในการป่วยเฉลี่ย 5.31 ปี นานที่สุด 23 ปี น้อยที่สุด 1 ปี โดยมีประวัติการสูบบุหรี่คือ ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 71.2 เคยสูบแต่เลิกแล้ว ร้อยละ 16.7 ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ ร้อยละ 12.1 ประวัติการดื่มสุราคือ ไม่เคยดื่ม ร้อยละ 43.9 เคยดื่มแต่เลิกแล้ว ร้อยละ 13.6 ปัจจุบันยังดื่มอยู่ ร้อยละ 42.4

2. ข้อมูลตามสมมุติฐานการวิจัย

2.1 สมมุติฐานข้อ 1 ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน โดยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ตามตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

รายการ (N= 66)	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	2.12	0.79	ปานกลาง	2.50	0.81	สูง
พฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม	1.91	0.82	ปานกลาง	2.51	0.71	สูง

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลอง

รายการ N= 66	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
ด้านการบริโภคอาหาร	1.91	0.67	ปานกลาง	2.17	0.71	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	1.25	0.75	ต่ำ	1.61	0.78	ปานกลาง
ด้านการจัดการความเครียด	1.20	0.79	ต่ำ	1.37	0.61	ต่ำ
ด้านการรับประทานยา	2.47	0.82	ปานกลาง	2.52	0.79	สูง
ด้านการมาตรวจตามนัด	2.05	0.65	ปานกลาง	2.15	0.77	ปานกลาง

2.2 สมมุติฐานข้อ 2 ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p=0.01$ การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์

เชิงบวกกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p=0.05$ พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p=0.05$ ตามตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพ

	รับรู้ความเสี่ยง	รับรู้ความรุนแรง	รับรู้ประโยชน์ การปฏิบัติตัว	รับรู้อุปสรรคใน การปฏิบัติตัว
รับรู้ความเสี่ยง	1	.374**	.271*	.127
รับรู้ความรุนแรง	.374**	1	.586**	.138
รับรู้ประโยชน์การปฏิบัติตัว	.271*	.586**	1	.155
รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัว	.127	.138	.155	1

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละด้าน

	ด้านการ บริโภคอาหาร	ด้านการออก กำลังกาย	ด้านการจัดการ ความเครียด	ด้านการ รับประทานยา	ด้านการมา ตรวจตามนัด
ด้านการบริโภคอาหาร	1	.094	.300*	.096	.132
ด้านการออกกำลังกาย	.094	1	.053	-.016	-.006
ด้านการจัดการความเครียด	.300*	.053	1	.111	.208
ด้านการรับประทานยา	.096	-.016	.111	1	.407**
ด้านการมาตรวจตามนัด	.132	-.006	.208	.407**	1

อภิปรายและข้อเสนอแนะ (Discussion)

หลังการทำการกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน โดยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เป็นไปตามสมมติฐานและทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะเกิดผลดีต่อตัวเอง การที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้นเพราะเชื่อว่าตนเป็นผู้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน Becker⁷ จากผลการวิจัย หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นก่อนการทดลอง ซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรค รวมทั้งพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเปลี่ยนแปลงไปจากก่อนการทดลองโดยเฉพาะพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของณัฐนันท์คำ พิริยะพงศ์¹⁴ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อ พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง จึงส่งผลให้พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสอดคล้องกับแนวคิดการที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติพฤติกรรม ต่างๆ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีขึ้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ โดย Becker⁷ อธิบายว่า การที่บุคคลจะแสดง พฤติกรรมใดๆ

หรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่อไปนี้ คือ การรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของปัญหา เป็นส่วนที่ขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคล การที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นส่วนเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพซึ่งเชื่อว่ามี ความรุนแรง จะเกิดแรงผลักดันที่นำไปสู่การเกิดพฤติกรรม ส่วนการเลือกแนวทางของการปฏิบัติ นั้นเชื่อว่าอยู่ภายใต้อิทธิพลของการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติในการลดอันตราย ทั้งนี้โดยผ่านการเปรียบเทียบ กับข้อเสียหรืออุปสรรคต่างๆ ของการปฏิบัติ นอกจากนี้ยังต้องอาศัยปัจจัยกระตุ้น เพื่อเป็นตัวเร่งและคงไว้ ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนั้นหากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ในด้านต่างๆ ข้างต้นดีขึ้น รวมทั้ง ได้รับการกระตุ้นเตือน ก็จะช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมี พฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ดีขึ้นส่งผลต่อการป้องกัน การเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งพบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึงความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องจะส่งผลให้พฤติกรรม การดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสายสุณี เจริญศิลป์⁶ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองจังหวัดนครสวรรค์พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อสรุป (Conclusion)

โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ช่วยให้ผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรมเกิดแรงจูงใจ และมีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อสรุปและเสนอแนะดังนี้ 1. บุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการภาระโรคและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม 2. ผู้บริหารงานสาธารณสุขระดับพื้นที่ สามารถนำโปรแกรมที่ได้มาเป็นแนวทางในกำหนดนโยบายระดับอำเภอให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายได้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ 3. ควรมีการศึกษารายละเอียดโดยการนำทฤษฎีอื่นมาประยุกต์ใช้ในการหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อขยายผลการศึกษาให้กว้างขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์. โรคหลอดเลือดสมอง Available from: <https://www.bumrungrad.com/th/betterhealth/2552/brain.../Reduce-your-stroke-risk>. 2563.
2. สำนักงานนโยบายยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นสารวันรณรงค์อัมพาตโลก Available from: <http://www.thaincd.com/2564>.
3. คลังข้อมูลสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM, HT, CVD) Available from: https://lpg.hdc.moph.go.th/hdc/admin/exchange_list.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b
4. กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. รายงานผลการดำเนินงานควบคุมและป้องกันกลุ่มป่วยโรคเรื้อรัง ปี 2558. 2559 1 เมษายน 2559. Report No.: 1.
5. วิไลพร พุทธวงษ์ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดพะเยา.วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2557;44(1)30-45
6. สายสุณี เจริญศิลป์.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์. (วิทยานิพนธ์).มหาวิทยาลัยนเรศวร.2564
7. Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. Health Education Monographs, 2(4), 324-508
8. อภิพรพรณ ข้ามสาม. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ . บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: เชียงใหม่; 2558.
9. Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs, 2(4), 328-335
10. Dempsey, P. A. & Dempsey, A. D. (1992). Data collection. In P. A. Dempsey and A. D. Dempsey (Eds.), Nursing Research with Basic Statistical Applications (pp.71- 89). Boston: Jones & Bartlet
11. กษมา เชียงทอง. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้อาการเตือน และพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ .บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: เชียงใหม่; 2554.
12. นพดล คำภีโร. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง [การค้นคว้าอิสระ]: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.

13. บุญพิสิษฐ์ ธรรมกุล. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการตลาดเชิงสังคมร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโนนสำราญอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.2554.
14. ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์,ศิริพันธุ์ สาสัตย์.ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.วารสารแพทยนาวิ2560; 44:67-81

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความสำเร็จ ในการดำรงบทบาทมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก

ลัดดาวัลย์ ขำงาม พย.บ*

Received: 14 มิ.ย.65

Revised: 29 ส.ค.65

Accepted: 30 ส.ค.65

บทคัดย่อ

บทนำ: การตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่นเป็นภาวะวิกฤตต่อบทบาทการเป็นมารดาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก

วิธีการศึกษา: งานวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง เลือกหญิงตั้งครรภ์แบบเจาะจง คือหญิงตั้งครรภ์อายุไม่เกิน 19 ปี ครรภ์แรกขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของโคเฮน (Cohen, 1988) จำนวน 50 ราย ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีของแบนดูรา โดยใช้ทักษะตั้งใจ การเก็บจำ การกระทำและแรงจูงใจ จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที เครื่องมือที่ใช้ได้แก่แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เช่น อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส/อยู่ร่วมกันกับสามี ความพร้อมในการตั้งครรภ์ ประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็กก่อน และแบบสอบถามความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของศรีสมร ภูมณสกุล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t-test (Dependent t-test)

ผลการศึกษา: พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีคะแนนความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาที่อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ และระยะ 72 ชั่วโมงหลังคลอดสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ)

สรุปผลการศึกษา: โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองช่วยส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น, การรับรู้ความสามารถของตนเอง, ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา

*กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี

The Effects of Enhancing Self Efficacy Program on Maternal Role Attainment among Adolescent Pregnant Woman

Laddawun Khumngam B.N.S*

Abstract

Introduction: Adolescent pregnancy is regarded as a critical incident that can affect both physically and mentally health. This research aimed to investigate effects of a self-efficacy enhancement program on maternal role attainment among adolescent pregnant women.

Methods: This quasi-experimental research employed pre-and post tests. The samples were selected through purposive sampling. The sample comprised 50 pregnant women aged not over 19 years. The research used a self-efficacy enhancement program as suggested by Albert Bandura. The samples followed the instructions in the program, practicing paying attention, memorizing, doing, and motivating four times (30 min each). The instruments were personal information records and a questionnaire by Srisamorn Pumonsakun. Data were analyzed using T-test.

Results: After the end of program, it was found that the score of the experimental on maternal role attainment was statistically higher than before at GA 38 weeks and 72-hour postpartum was significantly higher than before ($p < 0.05$ and $p < 0.001$).

Conclusion: Social workers and nurses at antenatal care clinics should promote maternal role attainment of adolescent pregnant women by using the self-efficacy enhancement program.

Keyword: Adolescent Pregnant women, Self-efficacy, Maternal role attainment

* Social Work department, Banmi hospital Lopburi Province

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่ทั่วโลกให้ความสำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี จะมีการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่นมากกว่า 1 ล้านคนสำหรับประเทศไทยในปี 2562 กรมอนามัยพบว่าสถิติการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี คลอดบุตรเฉลี่ยวันละ 169 คน โดยมีวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 15 ปี คลอดบุตรเฉลี่ยวันละ 6 คน ในจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี มีจำนวน 63,831 ราย โดยแยกหญิงคลอดอายุระหว่าง 15-19 ปี จำนวน 61,651 ราย หญิงคลอดอายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 2,180 ราย และยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ซ้ำและอายุต่ำกว่า 20 ปี มีถึง 5,222 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.2

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมักจะรู้สึกว่าจะไม่มีความสามารถเพียงพอในการแสดงบทบาทมารดาได้เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นยังขาดความเชื่อมั่นในการดำรงบทบาทมารดา และรู้สึกว่าการดูแลทารกเป็นเรื่องที่ยากลำบาก^{31,32} เนื่องจากวัยรุ่นเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อที่จะต้องมีการเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กเข้าสู่วัยผู้ใหญ่การมีวุฒิภาวะทางร่างกายอาจไม่สอดคล้องกับวุฒิภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจเมื่อมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะยังมีความต้องการและมีพฤติกรรมเช่นเดียวกับวัยรุ่นทั่วไปในขณะที่การตั้งครรภ์และการเป็นมารดาจะเป็นบทบาทของผู้ใหญ่ที่ต้องการความรับผิดชอบภาวะวิกฤตจากการตั้งครรภ์ซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤตของวุฒิภาวะที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่หญิงตั้งครรภ์เนื่องจากต้องเตรียมตัวรับบทบาทใหม่ซึ่งเป็นภาระผูกพันในการที่จะต้องดูแลรับผิดชอบอีกชีวิตหนึ่งที่กำลังจะเกิดมาไปตลอดชีวิตของตนเองมารดาตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการปรับตัวต่อบทบาทความเป็นแม่ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม ใน 6 ระยะดังนี้ (1) การยอมรับการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่นแสดงออกในการยอมรับการตั้งครรภ์ด้วยการดูแลสุขภาพร่างกาย การเข้ารับการศึกษาการปรึกษาถึงแม้ว่าแม่วัยรุ่นส่วนใหญ่จะต้องเผชิญกับสถานะทางอารมณ์ในเชิงลบเนื่องจากความกังวลต่อการเปิดเผยการตั้งครรภ์ก็ตาม

แต่ครอบครัว เครือญาติ เพื่อน และเพื่อนบ้านเป็นบุคคลสำคัญต่อการปรับตัวทางสังคมของแม่วัยรุ่นในการยอมรับการตั้งครรภ์ (2) การสร้างสัมพันธภาพกับทารก แม่วัยรุ่นทุกกรณีสร้างสัมพันธภาพกับลูกด้วย การเลี้ยงดูลูกและให้นมลูกด้วยตัวเองตั้งแต่หลังคลอด ตลอดจนมีการพูดคุยและเล่นกับลูกบ่อยครั้ง (3) การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในตนเอง แม่วัยรุ่นที่มีอาการเจ็บป่วยจากการตั้งครรภ์ จะมีวิธีดูแลตนเองตามอาการและโรคประจำตัวของแต่ละคน อีกทั้งยังต้องปรับตัวและจัดการต่อการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ในเชิงลบ ด้วยภาวะเครียดและกังวลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูลูกและปัญหาเศรษฐกิจ (4) การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสัมพันธภาพกับคู่สมรส แม่วัยรุ่นมีการปรับตัวร่วมกันกับสามีต่อพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ โดยสามีแสดงความรักและเอาใจใส่แม่วัยรุ่นมากขึ้น รวมทั้งการทำหน้าที่พ่อในการดูแลลูกร่วมกัน (5) การเตรียมสำหรับการคลอดและการเป็นแม่ แม่วัยรุ่นมีการเตรียมร่างกายก่อนคลอดควบคู่ไปกับการวางแผนด้านการเลี้ยงลูก การคุมกำเนิด การศึกษา และการประกอบอาชีพ ทั้งนี้แม่วัยรุ่นทุกกรณีมีการเรียนรู้ทางสังคมเกี่ยวกับการเป็นแม่จากบุคคลในครอบครัว ตลอดจนสื่อออนไลน์ (6) การยอมรับบทบาทการเป็นแม่ แม่วัยรุ่นทุกกรณียอมรับบทบาทแม่ได้ โดยได้รับการสนับสนุนการดำรงบทบาทจากครอบครัว โรงเรียน เพื่อนบ้าน และชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานสาธารณสุข สถานศึกษา สถานประกอบการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบครัว และชุมชนในการสนับสนุนการดำรงบทบาทความเป็นแม่ของแม่วัยรุ่น ในด้านการเลี้ยงบุตร การสนับสนุนทางอารมณ์ทั้งในช่วงการตั้งครรภ์ถ้าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีโอกาสได้รับการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติบทบาทมารดา ด้วยวิธีส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง 4 แหล่ง คือ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 2) การใช้ตัวแบบ 3) การใช้คำพูดชักจูง

4) การกระตุ้นทางอารมณ์¹⁷ จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความเชื่อมั่นว่าจะปฏิบัติบทบาทมารดาได้อย่างเหมาะสม และประสบความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา และสิ่งที่บ่งบอกถึงความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาประกอบด้วย 1) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับทารก 2) ความสามารถ และความมั่นใจในการแสดงพฤติกรรมความเป็นมารดา 3) การแสดงออกถึงความพอใจความสุขและความชื่นชมยินดีในบทบาทการเป็นมารดา^{31,32}

บทบาทหน้าที่การเป็นมารดาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะเลี้ยงดูบุตรหลังคลอด³⁵ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาในระยะตั้งครรภ์ ถือเป็นการปรับตัวในระยะแรกของการเป็นมารดาที่ต้องกระทำให้สำเร็จ แต่เนื่องจากบทบาทหน้าที่การเป็นมารดานั้นเป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนและต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง หญิงตั้งครรภ์ต้องเรียนรู้และปฏิบัติบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบให้เหมาะสม²⁸ ดังนั้นการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาจึงไม่ได้เกิดขึ้นจากสาเหตุภายนอกการเป็นผู้หญิง หรือการกระทำสืบเนื่องตามวัฒนธรรมเท่านั้นแต่เป็นพฤติกรรมของการเรียนรู้ซึ่งเป็นกระบวนการที่ประกอบกันระหว่างสติปัญญา ความรู้คิดและความรู้สึก^{31,32} (Cognitive-affective process)

การส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความเชื่อมั่นในการดำรงบทบาทมารดาได้ประสบความสำเร็จนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง โดยนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองมาส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยนำแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง¹⁷ มาพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการใช้ตัวแบบซึ่งถือว่ามีความสำคัญในการมาส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์เรียนรู้ผ่านตัวแบบผ่าน

กระบวนการของการตั้งใจ การเก็บจำ การกระทำ และแรงจูงใจ ซึ่งเป็นการเรียนรู้ผ่านสื่อทำให้เกิดความเข้าใจง่ายขึ้น และรับรู้สิทธิตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ปัญหการตั้งครรภ์วัยรุ่น เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นลดความกลัว ความวิตกกังวล เกิดความรักและความผูกพันระหว่างมารดาและทารก และประสบความสำเร็จในการดำรงบทบาทการเป็นมารดา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อายุครรภ์ 38 สัปดาห์และระยะ 72 ชั่วโมงหลังคลอด
- 2) เพื่อเปรียบเทียบความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อายุครรภ์ 38 สัปดาห์และระยะ 72 ชั่วโมงหลังคลอดหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง

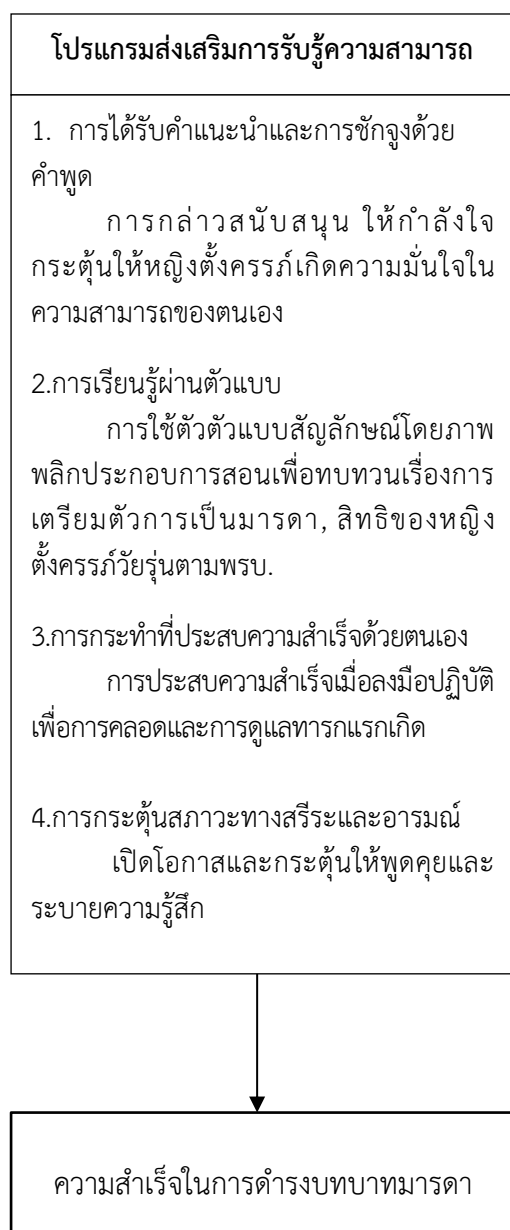
คำถามการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองส่งผลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

หลังการทดลองหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีค่าคะแนนเฉลี่ยความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ และระยะ 72 หลังคลอดสูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research Design) แบบทดสอบก่อนหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีอายุไม่เกิน 19 ปี อายุครรภ์อยู่ในช่วง 32 ถึง 38 สัปดาห์ โดยคัดเลือกแบบเจาะจงจากทะเบียนที่มารับตรวจตามนัด

ที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลบ้านหมี่ ช่วงเดือนมีนาคม ถึงพฤษภาคม 2565 และคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลองโดยใช้ Power Analysis ตามวิธีของโคเฮน^{21,22} โดยกำหนดให้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.70 และอำนาจในการทดสอบทางสถิติเท่ากับ 0.80 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 ทดสอบแบบ one-tailed ได้กลุ่มตัวอย่างขนาดกลุ่มละเท่ากับ 50 ราย¹²

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองเป็นการจัดกิจกรรมให้กับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ผู้วิจัยจัดขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา¹⁷ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จะช่วยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านสื่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เช่น อายุ ระดับการศึกษา ความพร้อมในการมีบุตร สถานภาพสมรส/อยู่ร่วมกันกับสามี ประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็กก่อน การได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูทารก และผู้ช่วยในการเลี้ยงดูทารก

2. แบบสอบถามความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา ของศรีสมร ภูมณสกุลและคณะ (2547) ซึ่งอาศัยแนวคิดของรูบินและเมอร์เซอร์^{31,32,36} แบบสอบถามความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา (MRAS-Form B) ของศรีสมร ภูมณสกุล (2547) โดยได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.87 และนำมาหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2565 ถึง 31 พฤษภาคม 2565 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น สร้างสัมพันธภาพ คัดกรองกลุ่มตัวอย่างโดยการสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในห้องที่เป็นสัดส่วน มีความเป็นส่วนตัว แจ้งวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัยและชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษา

2. เมื่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นให้ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ให้ตอบแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติบทบาทมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง) และโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยผู้วิจัยจัดให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้เห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมกาปฏิบัติบทบาทมารดา โดยทำกิจกรรมเป็นรายกลุ่มๆ ละ 3-5 คน เนื้อหาประกอบด้วย การนำเสนอผ่านสื่อพบ.หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ประสบการณ์การปฏิบัติบทบาทมารดาของแม่วัยรุ่น การสร้างจินตนาการเกี่ยวกับการบทบาทการเป็นมารดา การให้ความรู้และฝึกทักษะในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารกในครรภ์ การดูแลทารก รวมถึงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ผู้วิจัยให้ตอบแบบสอบถามความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งที่ 1

ระยะที่ 2 72 ชั่วโมงหลังคลอด (ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล) ผู้วิจัยให้ตอบแบบสอบถามความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งที่ 2

3. นำแบบสอบถามมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลบ้านหมี่เลขที่ 2565/02 วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2565 จากนั้นได้เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล ซึ่งในขั้นตอนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยสิทธิประโยชน์ในการเข้าร่วม หรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัย หากผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยให้ลงลายมือชื่อยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร และเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยต้องการจะออกจากการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนั้นผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถหยุดการให้ข้อมูลได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสำเร็จการดำรงบทบาทมารดาของหญิงตั้งครรภ์เปรียบเทียบกับความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ระยะ 72 ชั่วโมง หลังคลอดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยใช้สถิติค่าที (Dependent t-test)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 17 -19 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 17.43 ปี (S.D.=1.33) สำเร็จการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 63.30 มีอาชีพแม่บ้านมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 33.30 รายได้ครอบครัว 5,000-10,000 บาท ต่อเดือนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่มี

ความพึงพอใจของรายได้ คิดเป็นร้อยละ 73.30 อยู่ร่วมกับสามีคิดเป็นร้อยละ 100.00 ไม่มีประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็กเล็ก คิดเป็นร้อยละ 60 มีความพร้อมในการมีบุตร คิดเป็นร้อยละ 76 มีประวัติการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 53.30

2. ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

2.1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อายุครรภ์ 38 สัปดาห์และ 72 ชั่วโมงหลังคลอด วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าที่ (Dependent t-test) ผลการศึกษาพบว่าหญิง

ตั้งครรภ์วัยรุ่นมีคะแนนความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาที่อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ($M+S.D.=94.12+6.34$) และในระยะ 72 ชั่วโมงหลังคลอด ($M+S.D.=103.06+5.14$) สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$ และ $p<0.001$ ตามลำดับ)

เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ด้วยการวิเคราะห์ t-test พบว่ามีความแตกต่างกัน ($t_{58} = -3.253, p=0.002$) ที่อายุครรภ์ 38 สัปดาห์และในระยะ 72 ชั่วโมงหลังคลอด ($t_{58} = -9.152, p=0.000$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นก่อนและหลังเข้าโปรแกรมที่อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ และระยะ 72 ชั่วโมงหลังคลอด ($n= 50$)

ตัวแปร	Mean	S.D.	Mean different	T	df	p-value
ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อายุครรภ์ 38 สัปดาห์						
ก่อนการเข้าโปรแกรม	85.53	14.26	-9.266	-3.253	58	0.002**
หลังการเข้าโปรแกรม	94.12	6.34				
ในระยะ 72 ชั่วโมงหลังคลอด	103.06	5.14	-16.733	-9.152	58	0.000***

** $p<0.05$ และ *** $p<0.001$

3.2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ และระยะ 72 ชั่วโมงหลังคลอดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองวิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าที่ (Paired t-test) พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นก่อนเข้าโปรแกรมมีความแตกต่างของคะแนนความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาที่อายุครรภ์ 38 สัปดาห์

($M+S.D.=94.12+6.34$) และ 72 ชั่วโมงหลังคลอด ($M+S.D.=103.06+5.14$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ด้วยการวิเคราะห์ Paired t-test พบว่ามีความแตกต่างกันที่อายุครรภ์ 38 สัปดาห์และระยะ 72 ชั่วโมงหลังคลอด ($t_{29} = -11.44, p<0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ และระยะ 72 ชั่วโมงหลังคลอด หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ตัวแปร	อายุครรภ์ 38 สัปดาห์		ระยะ 72 ชั่วโมง หลังคลอด		paired t-test	df	p-value
	M	S.D.	M	S.D.			
ความสำเร็จในการดำรง บทบาทมารดา (n=50)	94.12	6.34	103.06	5.14	-11.44	29	0.000*
							**

**

*** $p < 0.001$

การอภิปรายผลการวิจัย

สมมติฐานข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อายุครรภ์ 38 สัปดาห์และระยะ 72 ชั่วโมงหลังคลอดหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองจะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและระยะ 72 ชั่วโมงหลังคลอดมีคะแนนความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาสูงกว่าที่อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานโดยอาจอธิบายได้ว่า การที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติบทบาทมารดา ผ่านการเรียนรู้ข้อมูลจาก 4 แหล่ง คือ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบทั้งในรูปวิถีทัศน์และคู่มือ การใช้คำพูดชักจูงและการกระตุ้นทางอารมณ์¹⁷ การให้ความรู้คำแนะนำและการฝึกทักษะบทบาทการเป็นมารดา การสร้างสัมพันธภาพกับทารกและการดูแลทารก การให้กำลังใจโดยกล่าวชมเชยเมื่อทำบทบาทมารดาที่ถูกต้อง การให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับรู้สิทธิตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การให้คำแนะนำเมื่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีปัญหาในการปฏิบัติบทบาทมารดา ทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรู้ความเข้าใจมาก

ขึ้น และช่วยให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีประสบการณ์ในการดูแลทารกที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง เป็นการสร้างความคุ้นเคยแก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์จริงในการเลี้ยงดูทารกเมื่อทารกคลอดออกมา รวมถึงการให้คำแนะนำทางโทรศัพท์เมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติบทบาทมารดา เป็นการช่วยเหลือด้านข้อมูลในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการดูแลทารกที่เกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ช่วยลดความวิตกกังวล และช่วยให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดา^{7,8,10,31,32,40} การที่ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้สังเกตตัวแบบของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดำรงบทบาทมารดา การดูแลบุตร ประกอบกับการใช้คำพูดชักจูงโน้มน้าวจิตใจ ให้กำลังใจ กระตุ้นให้เกิดความคิดในดำรงบทบาทมารดาที่เหมาะสมตั้งแต่ตั้งครรภ์ และเมื่อหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้เห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมการปฏิบัติบทบาทมารดาแล้วหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะเกิดการเรียนรู้ และเลียนแบบทำตามตัวแบบ เกิดความคิดคล้อยตามว่าตนเองก็สามารถปฏิบัติบทบาทมารดาได้เช่นเดียวกับตัวแบบ นอกจากนี้ยังพบว่าการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติบทบาทมารดาโดยการชมเชย และ

ได้รับการสนับสนุนให้บุคคลในครอบครัว ได้แก่ สามี และญาติ คอยช่วยเหลือให้กำลังใจอยู่เสมอ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ร่วมกับสามี คิดเป็นร้อยละ 100.00 พบว่าถ้าหญิงวัยรุ่นรับรู้ว่ตนได้รับการสนับสนุนจากสามีบิดามารดา สมาชิกในครอบครัว เพื่อน และบุคคลอื่นๆ จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยหญิงวัยรุ่นตั้งครรรค์สามารถปรับตัวต่อการตั้งครรรค์และปฏิบัติบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาในระยะตั้งครรรค์ได้ง่ายขึ้น^{21,22,35}

ซึ่งสามารถอธิบายเหตุผลได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติบทบาทมารดา เริ่มให้ตั้งแต่อายุครรภ์ 32-38 สัปดาห์ ซึ่งเป็นระยะตั้งครรรค์ด้วยการเตรียมตัวสู่บทบาทการเป็นมารดาโดยการส่งเสริมกิจกรรมเกี่ยวกับบทบาทการเป็นมารดา ในการดูแลทารก เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรรค์วัยรุ่นยอมรับในบทบาทการเป็นมารดาที่เกิดขึ้นกับตนเอง และทำให้ทราบว่าตนเองต้องปฏิบัติบทบาทเกี่ยวกับการดูแลทารกอย่างไร^{31,32,36} การส่งเสริมกิจกรรมในบทบาทมารดา จะช่วยให้หญิงตั้งครรรค์วัยรุ่นมีสัมพันธภาพที่ดีกับทารก ช่วยเพิ่มพูนความรู้ให้กับมารดา ในการดูแลทารก เช่นการสร้างปฏิสัมพันธ์กับทารก การอาบน้ำ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะช่วยให้หญิงตั้งครรรค์วัยรุ่นมีทักษะในการดูแลทารกดีขึ้น และการแจ่มคู่มือการปฏิบัติบทบาทมารดาให้แก่หญิงตั้งครรรค์วัยรุ่นตั้งแต่ในระยะตั้งครรรค์ก็จะช่วยให้ได้ทบทวนความรู้ และช่วยสร้างความเชื่อมั่นในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลทารกตั้งแต่ในระยะตั้งครรรค์จนถึงระยะหลังคลอด และฝึกทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับทารกและการดูแลทารกตั้งแต่ในระยะฝากครรภ์ และสร้างความเชื่อมั่นในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในการเลี้ยงดูทารก รวมทั้งการให้กำลังใจ โดยการกล่าวชมเชยเมื่อหญิงตั้งครรรค์วัยรุ่นกระทำบทบาทมารดาได้ถูกต้องจะช่วยให้หญิงตั้งครรรค์วัยรุ่นมีกำลังใจ มีความสุขในการทำบทบาทการเป็น

มารดา มีความพึงพอใจในบทบาทมารดาของตนเองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เมื่อหญิงตั้งครรรค์ได้รับความรู้ และฝึกทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมของทารก การตอบสนองความต้องการของทารก การสร้างความสัมพันธ์กับทารก และการเลี้ยงดูทารก^{7,8,10,31,32} ส่งผลให้หญิงตั้งครรรค์วัยรุ่นมีความรู้ความเข้าใจ แปลความหมายของพฤติกรรมที่ทารกแสดงออก และสามารถตอบสนองความต้องการของทารก รวมถึงสามารถดูแลทารกได้อย่างถูกต้องเหมาะสมซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นประสบความสำเร็จในบทบาทการเป็นมารดาได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้และการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. นักสังคมสงเคราะห์และพยาบาลในแผนกฝากครรภ์ ควรร่วมกันจัดให้มีการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของ หญิงตั้งครรรค์วัยรุ่น เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรรค์วัยรุ่นได้เตรียมตัวสู่บทบาทมารดาตั้งแต่ในระยะตั้งครรรค์ โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดำรงบทบาทมารดา ซึ่งเนื้อหาของโปรแกรมที่ถูกพัฒนาขึ้นเน้นการใช้ตัวแบบที่เหมาะสมกับพัฒนาการของช่วงวัยรุ่น เช่นการให้ความรู้ผ่านสื่อ คู่มือ การให้หญิงตั้งครรรค์วัยรุ่นได้รับรู้สิทธิตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรรค์ในวัยรุ่น เพราะจะทำให้วัยรุ่นเกิดความสนใจต่อการเรียนรู้ และเพิ่มความเชื่อมั่นในการปฏิบัติบทบาทมารดาได้อย่างเหมาะสมและลดความวิตกกังวลต่อการใช้ชีวิตในสังคมได้ ลดการทิ้งบุตรเข้าสถานเลี้ยงเด็กกำพร้าต่อไป

2. ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดำรงบทบาทมารดาในระยะยาวเพื่อการช่วยเหลือและติดตามปัญหาหลังกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัวและชุมชน

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ไม่ได้ใช้วิธีสุ่มตัวอย่าง (randomizesampling) อาจทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปอ้างอิงกลุ่มประชากรที่เป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก ที่มีคุณสมบัติแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารอ้างอิง

1. กิณรี ชัยสุวรรณค์, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, และฉวีวรรณ อยู่สำราญ. (2554) ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น. *Journal of Nursing Science*.29(4), 61-69.
2. กุลธิดา หัตถกิจพานิชกุล, วรรณภาพุฒิวนกร, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, และดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร. (2555). ผลของโปรแกรมการสอนร่วมกับการมีส่วนร่วมของสามีต่อการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดาของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(4), 84-95.
3. เกตย์สิริ ศรีวิไล. (2554) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด. *วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*. สงขลา.
4. จิราวรรณ พักน้อย, นิสากร กรุงไกรเพชร และพรนภา หอมสินธุ์. (2560). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(3), 58-68.
5. ฉันทนา ไตรบุญ, วันสุรีย์ พรหมภัทร, วรลักษณ์ ศรินทรนนท์. (2555). การป้องกันการตั้งครรภ์ของสตรีอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมืองจังหวัดพังงา, *วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์*. นครศรีธรรมราช.
6. ธัญญารัตน์ จิวสิทธิประไพ, มยุรี นิรัตธราดร และคมสันต์ สุวรรณฤกษ์. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการรับประทานยาคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่น. *จดหมายเหตุทางแพทย์ แพทยสมาคมสมาคมแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์*, 98(5), 444-450.
7. นุชนาถ สะคะมณี. (2541). ผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาครั้งแรกของมารดาหลังคลอด. (*วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศึกษา*) คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
8. ผกาทิพย์ สิงห์คำ (2545) ผลของการให้คำแนะนำโดยใช้ สื่อวีดิทัศน์ต่อความสามารถในการตอบสนองพฤติกรรมทารกของมารดาภายหลังคลอดครั้งแรก (*วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย*). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
9. พิกุล อุทัยยา. 2557. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก. *ปริญญานิพนธ์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา*. ชลบุรี.
10. มนต์ตรา พันธุ์พัก. (2551) ผลของโปรแกรมการส่งเสริมบทบาทการเป็นมารดา ต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดากับทารก ความพึงพอใจในบทบาทของมารดา ความสามารถในการเรียนรู้พฤติกรรมทารก และการเจริญเติบโตของทารก. (*วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด*). บัณฑิตวิทยาลัย,มหาวิทยาลัยมหิดล.
11. ฤดี ปุ่งบางกะดี, และ เอมพร รตินธร. (2557). ปัจจัยและผลกระทบจากการตั้งครรภ์ซ้ำของสตรีวัยรุ่นไทย:กรณีศึกษาในกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 32(2), 23-31.
12. วิชชุดา พุทธิศาวงศ์, โสเพ็ญ ชูนวน, และ ศศิ กานต์ กาละ. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการสนับสนุนจากสามีต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 9(3), 12-24.
13. ศิริพร จิรวัดน์กุล, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ดารุณี จงอุดมการณ์, กฤตยา แสงเจริญ, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, สมพร วัฒนกุลเกรียติ, โสมภัทร ศรีไชย, และ สรวงสุดา เจริญวงศ์. (2554). การศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น (แม่วัยใส). ศูนย์ประสานงานองค์การ

- อนามัยโลกด้านการวิจัยและฝึกอบรมด้านเพศภาวะและสุขภาพมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
14. ศรีสมร ภูมณสกุล, อรพรรณ สมบูรณ์ทรัพย์, อุษา ศิริวัฒนโชค. (2547). การพัฒนาแบบวัดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา: ฉบับปรับปรุงและคุณสมบัติทางการวัด. วารสารพยาบาลศาสตร์, 22(1): 28-38.
 15. สุนิดา ชูแสง, (2547) ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถการเป็นมารดาต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก, (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาการพยาบาลมารดาและทารก). คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
 16. Bandura,A., (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review.84(2), 191-215
 17. Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action New Jersey. Prentice Hall.
 18. Bobak,I.M.,&Jensen, M.D.(1987).Essential of Maternity Nursing: Nursing care of the childbearing
 19. family. (2 ~'ed). St. Louis: The C.V. Mosby company.
 20. Brouse, A.J. (1988). Easing the translation to the maternal role Journal of Advanced Nursing, 13,167-172
 21. Cohen, S. M., Kenner, C. A.,& Hollings, A. O. (1991). Maternal neonatal and women's health nursing.Pennsylvania: Springhouse Corporation.
 22. Cohen, J. (1988). Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. (2nd ed). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
 23. Conde-Agudelo A, Belizan JM, &Lammers C. (2005).Maternal-perinatal morbidity.
 24. mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. Am J ObstetGynecol, 192(2), 342-349.
 25. Cram - Elsberry, C. &Mally - Corrinet, A. (1986). The adolescent parent. In S.H. Johnson (Ed.)
 26. Nursing assessment and strategies for the family at risk: Parenting. (2nd ed). Philadelphia:J.B.Lippincott Comp.
 27. Green,C.J., & Wilkinson, J.M. (2004). Maternal newborn nursing care plans. St. Louis: The C.V.Mosbycompany.
 28. Griffin, K. F. 1993. Maternal role attainment. IMAGE: Journal of Nursing Scholarship23(3): 257-262.
 29. Khashan AS, Baker PN, & Kenny LC. (2010). Preterm birth and reduced birthweight in first and second teenage pregnancies: a register-based cohort study. BMC Pregnancy Childbirth.9(10), 36.
 30. Lemaster, E. E., (1987). Parenthood as crisis. Journal of Marriage and Family, 19, 352-355.
 31. Mahavarkar SH, Madhu, C.K. & Mule, V.D. (2008), A comparative study of teenage pregnancy. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 28(6), 604-607.
 32. Mercer, R.T. (198). The process of maternal role attainment over the first year. Nursing Research,34(4), 198-204.
 33. Mercer, R.T. (1986). Predictors of maternal role attainment at one year post - birth. Western Journal of Nursing Research, 8(1), 9-32.
 34. Mercer, R.T. (2000). Maternal role attainment - Becoming a mothers. In Tomy, A. M., &Alligood,M. R. (Eds.), Nursing theorists and their work. St. Louis Missouri: Mosby Elsevier
 35. Mercer, R.T. & Walker, L. O. (2006). A review of nursing interventions to foster becoming a mother.JOGNN, 35(5), 568-581.
 36. Nuwayhid, K. A. 1991. Role transition, distance and conflict. In S. C. Roy and H. A.Andrews (eds.), The Roy model: The

-
-
- definitive statement, pp 363-376. Norwalk:Appleton & Lange.
37. Richardson, P. (1981). Women's perceptions of their important dyadic relationships during pregnancy. *Maternal - Child Nursing Journal*, 10, 159-174.
 38. Rubin, R. (1967). Attainment of the maternal role. Part 11: Models and referents. *Nursing Research*, 16, 324-346.
 39. Sander, L. W., & Buckner, E. B. (2006). The newborn behavioral observations system as a nursing intervention to enhance engagement in first time mothers: feasibility and desirability. *Pediatric Nursing*, 32(5), 455-459
 40. Shaw, H. S. W. (1986). Telephone audiotape for parenting education: Do they really help? *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 11, 108-111
 41. Tedder, J. L. (2008). Give then the HUG: An innovative approach to helping parents understand the language their newborn. *The Journal of Perinatal Education*, 35(2), 68-71
 42. World Health Organization. (2012). *Adolescent pregnant: Issues in adolescent health and development*. Geneva: The Organization.

ประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ชต่อความรู้และการปฏิบัติตัวป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลชลบุรี

ขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา พย.ม.*

วิไลภรณ์ พุทธิรักษา พย.ม.*

Received: 14 ก.ค.65

Revised: 24 ส.ค.65

Accepted: 25 ส.ค.65

บทคัดย่อ

บทนำ: การเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ช เป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติงาน

วิธีการศึกษา: ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ช กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คัดเลือกด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย จำนวน 40 คน และผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด 120 คน เครื่องมือที่ใช้ แผนการเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ช แบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบสอบถาม ความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัด และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย ซึ่งได้มีค่าเชื่อมั่นของเครื่องมือ KR 20 และสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .70, .86, .72 และ .75 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t-test

ผลการศึกษา: พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดมีความรู้และการปฏิบัติตัวโดยรวมสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -31.955, p < .001$) และ ($t = -25.658, p < .001$) ตามลำดับ ความพึงพอใจของพยาบาลอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.535, S.D. = .204$) ความพึงพอใจของผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนาที่เข้ารับบริการผ่าตัดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 8, S.D. = 0.95$)

สรุป: รูปแบบการเรียนการสอนด้วยวิธีโค้ชทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีความรู้และการปฏิบัติตัวป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาเพิ่มขึ้นสามารถนำไปขยายผลหน่วยงานหรือโรงพยาบาลอื่น ๆ ได้

คำสำคัญ: รูปแบบการเรียนการสอน, พยาบาลห้องผ่าตัด, การโค้ช, ความรู้, การปฏิบัติตัว

*กลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลชลบุรี

The Effectiveness of the operating coaching model on knowledge and practice of preventing coronavirus-19 infection in Chonburi Hospital

Khwanjit Saksriwatta M.N.S*

Wilaiporn Puttaruksa M.N.S*

Abstract

Introduction: Teaching operating room nursing as a coach is a key for the operation.

Methods: This one-group experimental research with a pre-post test design aimed to investigate the effectiveness of a coach teaching and learning model on knowledge and the operation for the prevention of coronavirus 2019 infection in the operating room. The samples consisted of 40 qualified operating room nurses obtained through simple random sampling and 120 patients undergoing surgery. The instruments included a questionnaire on knowledge of operating room nurses on preventive measures against coronavirus 2019 infection, a satisfaction questionnaire for operating room nurses, and a satisfaction questionnaire for patients with KR 20 and Cronbach's Alpha confidence coefficients of .70, .87, .72 and .75, respectively. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and Dependent t-test.

Results: The results showed that operating room nurses at Chonburi Hospital significantly had a higher level of overall knowledge and practice than before using the operation coaching model ($t = -31.955$, $p < .001$) and ($t = -25.658$, $p < .001$), respectively. The satisfactions of operating room nurses and patients were high, ($\bar{x} = 4.535$, $SD = .204$) and ($\bar{x} = 8$, $SD = 0.95$), respectively.

Conclusion: The coaching method increased operating room nurses' knowledge and operation for the prevention of coronavirus infection. The results of the study will be useful for other departments or hospitals.

Keywords: Teaching operating room nurses, Coaching, Knowledge, Practice

*Department of perioperative nursing Chonburi Hospital

บทนำ

สถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีผลกระทบมหาศาลต่อการดูแลสุขภาพทุกด้านทั่วโลก จากการเผยแพร่สถิติของกระทรวงสาธารณสุขมีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีแนวโน้มสูงขึ้น^{1,2} และทางกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศเป็นโรคติดต่อร้ายแรง และเป็นโรคอุบัติใหม่ที่ยังอยู่ระหว่างการศึกษและพัฒนาแนวทางเกี่ยวกับการรักษา เช่น วัคซีนป้องกันไวรัสโคโรนาที่ให้การรักษาในกลุ่มที่ติดเชื้อไวรัส และการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระหว่างการติดเชื้อไวรัสโคโรนาอย่างใดก็ตามการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีผลกระทบต่อผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดและทีมบุคลากรในการจัดการผ่าตัด ประกอบด้วยกระบวนการคัดกรองก่อนการผ่าตัด การฉีดวัคซีน การผ่าตัดอย่างปลอดภัย และเทคนิคการผ่าตัด รวมถึงการให้คำแนะนำสำหรับแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัดอย่างปลอดภัยตามหลักฐาน ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ทุกฝ่ายต้องรับมือกับโรคอุบัติใหม่ในการเตรียมความพร้อมจัดการกับผลกระทบของการแพร่ระบาดที่มีต่อผู้ป่วยเจ้าหน้าที่ และการฝึกอบรมการผ่าตัด ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนอย่างเร่งรีบ เพื่อลดอัตราการติดเชื้อและอัตราการตาย^{3,4} จากรายงานเกี่ยวกับสถิติของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขติดเชื้อไวรัส COVID-19 ตั้งแต่เดือน มกราคม ถึงวันที่ 8 เมษายน 2563 พบว่า จำนวน 102 ราย คิดเป็นร้อยละ 4 ของผู้ติดเชื้อทั้งหมด โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มพยาบาลวิชาชีพมีภาวะการติดเชื้อเกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาล ส่งผลต่อพยาบาลในทีมทำงานจำนวนมากที่มี

ความเสี่ยงสูง แม้ว่าพยาบาลจะสวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล⁵

จากสถานการณ์ของการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาในเขตของจังหวัดชลบุรีถูกประกาศเป็นเขตพื้นที่สีแดงช่วงระหว่างเดือนเมษายน 2563 โดยโรงพยาบาลชลบุรีเป็นศูนย์รองรับการดูแลรับส่งต่อผู้ป่วยจากเครือข่ายเขต 6 จากสถิติผ่าตัดปี 2560-2563 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 25,435, 26,356, 24,936 ราย และมีผู้ป่วยที่ผ่าตัดฉุกเฉินจำนวน 6,245, 6,331, 6,071 รายตามลำดับคิดเป็นร้อยละ 24 ของทั้งหมด⁶ จากสถิติที่ผ่านมาจะเห็นว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉินมีจำนวนใกล้เคียงกันทุกปี ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา มีผู้ป่วยฉุกเฉินที่จำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัด โดยไม่สามารถรอผลตรวจเชื้อไวรัสโคโรนา พยาบาลห้องผ่าตัดจึงมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ ซึ่งถือว่าเป็นการปฏิบัติงานที่ต่างจากเดิมที่เคยปฏิบัติถึงแม้ว่าพยาบาลจะสวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลแล้วก็ตาม ยังพบอุบัติการณ์การติดเชื้อในบุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจำนวนมาก⁵ ถือเป็นบทเรียนและโอกาสพัฒนางานบริการผ่าตัด จากปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้างานห้องผ่าตัดตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อบุคลากรห้องผ่าตัดภายใต้สถานการณ์ที่จำกัด จึงทำการศึกษาสถานการณ์และจัดประชุมกลุ่มย่อย (Focus group) เพื่อร่วมกันประเมินสถานการณ์และความพร้อมในการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัด ทั้งด้านความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรค ความรู้และทักษะในการสวมชุดป้องกันส่วนบุคคล การพยาบาลทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด พบประเด็นปัญหาที่สำคัญ

ระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ 1) ไม่มีแนวทางและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรค และการปรับเปลี่ยนงานด้านต่าง ๆ ทั้งด้านเตรียมความพร้อมของห้องผ่าตัด อัตรากำลังและบทบาทหน้าที่ของบุคลากรทีมผ่าตัด 2) พยาบาลยังไม่มีความรู้ที่แน่ชัดเกี่ยวกับโรคและการแพร่กระจายเชื้อโรค ร้อยละ 100 3) ไม่มั่นใจในการปฏิบัติงานรวมทั้งวิธีการสวมใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่ชัดเจน ร้อยละ 100 และ 4) อัตรากำลังพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปฏิบัติการ ร้อยละ 67 โดยมีประสบการณ์การทำงาน 1-3 ปี ร้อยละ 31.15 การทำงานมากกว่า 4-5 ปี ร้อยละ 22.95 การทำงานมากกว่า 5-10 ปี ร้อยละ 11.48 และมีสมรรถนะการทำงานส่วนใหญ่อยู่ระดับกลาง ระยะผ่าตัด ได้แก่ บางครั้งไม่เข้าใจหรือไม่มั่นใจว่าปฏิบัติถูกต้องหรือไม่ ต้องการให้มีพี่ที่ปรึกษาและช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาหน้างานกลัวและกังวลการติดเชื้อจากการให้บริการผ่าตัด เพราะต้องกลับไปอยู่กับครอบครัวซึ่งมีผู้สูงอายุและเด็กเล็ก ร้อยละ 90 เป็นต้น ระยะหลังผ่าตัด ได้แก่ ไม่มั่นใจในวิธีการถอดชุดป้องกันส่วนบุคคล และการจัดการสิ่งแวดล้อม การกำจัดขยะ การทำความสะอาด การประสานงาน ร้อยละ 100 เป็นต้น ซึ่งที่ผ่านมามีการกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลไม่เป็นทิศทางเดียวกัน ส่งผลกระทบต่อการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากการศึกษาพบว่า การโค้ชเป็นกระบวนการหนึ่งของการเรียนการสอนในการพัฒนาบุคลากรเพื่อเพิ่มผลการปฏิบัติงาน โดยมีเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มทักษะจากความไม่รู้เกิดองค์ความรู้และจากการปฏิบัติไม่เป็นไม่ชำนาญกลายเป็นความชำนาญเกิดขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของวิทเมอร์ ไกรวิโมเดล

(GROW model)^{7,8,9,10} มี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย (1) มีการตั้งเป้าหมายจุดประสงค์ร่วมกัน (G: Goal) (2) การคิดวิเคราะห์ร่วมกันในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ (R: Reality) (3) วางแผนปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อโคโรนา (O: Option) และ (4) การตัดสินใจสิ่งที่จะนำไปปฏิบัติและประเมินผลการปฏิบัติ (W: Wrap up) เพื่อให้ผู้รับการโค้ชมีความรู้และสามารถปฏิบัติการพยาบาลสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยและบุคลากรพยาบาลปลอดภัย^{11,12,13}

ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ชโดยประยุกต์ใช้ มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด¹⁴ มาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อ^{15,16} แนวคิดการโค้ช⁷ เพื่อให้พยาบาลมีความรู้และสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรพยาบาลปลอดภัยไม่ติดเชื้อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ชต่อความรู้และการปฏิบัติตัวป้องกันการติดเชื้อไวรัส COVID-19 ของพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลชลบุรี

1. เปรียบเทียบความรู้ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ช

2. เปรียบเทียบการปฏิบัติตัวป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ช

3. ศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัดภายหลังได้รับการสอนตามรูปแบบการเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ช

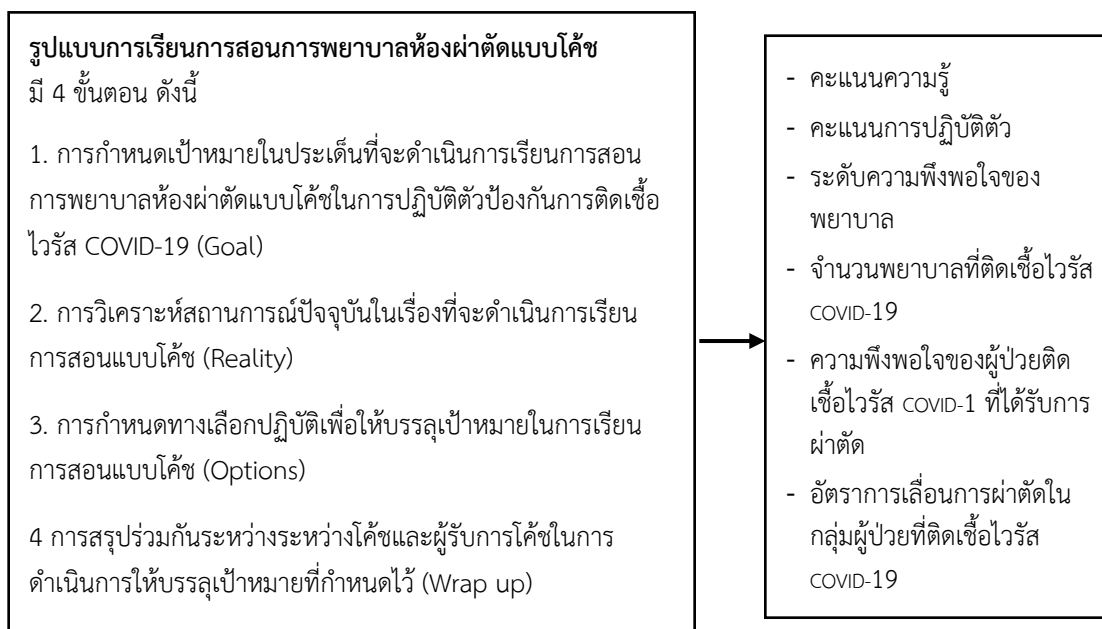
4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังได้รับบริการผ่าตัดจากพยาบาลที่ได้รับการสอนตามรูปแบบการเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ช

5. ศึกษาอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินเข้ารับการผ่าตัดไม่เกิน 30 นาที

6. ศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อของพยาบาลที่ปฏิบัติงานหลังได้รับรูปแบบการเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ช

การศึกษาครั้งนี้ใช้มาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัด มาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อและการโค้ชแบบโกรว์โมเดล (GROW coaching model) ตามกรอบแนวคิดของวิทมอร์⁷ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) กำหนดเป้าหมายในประเด็นที่จะดำเนินการสอน 2) วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน 3) กำหนดทางเลือก และ 4) ปฏิบัติและสรุปร่วมกัน ผลจากการสอนตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีการพัฒนาความรู้และความสามารถในการปฏิบัติงาน ผู้รับการสอนเกิดความมั่นใจและมีความตระหนักรู้ต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพเพื่อส่งผลให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ความรู้และความสามารถในการปฏิบัติงาน ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ดังรูป

กรอบแนวคิดในการวิจัย



กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

เป็นวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ชต่อความรู้และการปฏิบัติตัวป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่มคือ

1. กลุ่มตัวอย่างมีในการวิจัยครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลชลบุรี ในช่วงเดือนที่ศึกษาคือ เดือนกรกฎาคม 2563 -กรกฎาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 40 ราย ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ดังนี้ 1) ปฏิบัติงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลชลบุรี ไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) สามารถปฏิบัติงานทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ 3) ไม่ใช่กลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ 4) ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์ในการคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) ดังนี้ 1) กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง 2) อยู่ในช่วงการตั้งครรภ์ หรือตรวจพบโรคประจำตัว

2. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลจากพยาบาลห้องผ่าตัดที่ใช้รูปแบบการเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ช ที่มารับการผ่าตัดฉุกเฉิน ช่วงเวลาที่ศึกษา จำนวน 120 ราย ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ดังนี้ 1) RT-PCR for COVID positive 2) กลุ่มเสี่ยงที่สัมผัสเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่มีผลตรวจยืนยันเชื้อ 3) รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารพูดฟังภาษาไทยได้ 4) ผู้ป่วยหรือญาติยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์ในการคัดออกจากการเป็น

กลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) ดังนี้ มีข้อมูลบ่งชี้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่ในระหว่างการวิจัย เช่น ตกเลือด ผู้ป่วยไม่สามารถเอาเครื่องช่วยหายใจออกได้ ผู้ป่วยหรือญาติขอยุติการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลห้องผ่าตัด ใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม G* Power 3.1.2 โดยกำหนดความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญที่ .05 มีอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) .53 กำหนดขนาดอิทธิพล คำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 40 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามความรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดในการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคไวรัสโคโรนา 2019 การพยาบาลก่อนผ่าตัดเตรียมสิ่งแวดล้อมห้องผ่าตัด เครื่องมือผ่าตัด บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในทีม การตรวจสอบการใช้ห้องผ่าตัด การพยาบาล ขณะผ่าตัดการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย การทำความสะอาดห้องผ่าตัด และการพยาบาลหลังผ่าตัด ลักษณะเป็นแบบสอบถามความรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดในการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีลักษณะเป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก ถ้าตอบถูกจะได้ 1

คะแนน ตอบผิดได้ 0 ตามเกณฑ์ของ บุญใจ ศรีสถิตนรากร¹⁷ ดังนี้ ความรู้ระดับสูง ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 24-30 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนร้อยละ 60-79.99 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 18 -23 คะแนน) ความรู้ระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (ช่วงคะแนน 0 -17 คะแนน)

2. แบบสอบถามการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามทั้งหมด 56 ข้อ แบ่งเป็น บทบาทพยาบาลส่งเครื่องมือ 3 ระยะ ก่อนผ่าตัด 3 ข้อ ขณะผ่าตัด 19 ข้อ หลังผ่าตัด 15 ข้อ และบทบาทพยาบาลช่วยรอบนอก 19 ข้อ ประกอบด้วย การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด และการดูแลหลังผ่าตัด บทบาทของพยาบาลส่งเครื่องมือและพยาบาลช่วยรอบนอก ลักษณะเป็นแบบสอบถามการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นมาตรวัดประเมินค่า 2 ระดับ ให้เลือกเพียงคำตอบเดียว ดังนี้ ไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง ได้ 0 คะแนน ปฏิบัติถูกต้อง 1 คะแนน การแบ่งระดับการปฏิบัติ ตามเกณฑ์ของ Bloom¹⁸ ดังนี้ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับต่ำ คะแนนร้อยละ 60-79 ระดับปานกลาง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ระดับสูง

3. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัดในรูปแบบการเรียนการสอน การพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโคซ์ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการค้นคว้า ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ซึ่งลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) ให้

เลือกเพียงคำตอบเดียว โดย 1 หมายถึง ข้อความนั้น ไม่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบ และ 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบทุกประการ ผลรวมคะแนนที่สูงแสดงว่าผู้ตอบมีความพึงพอใจในบริการมาก การแปลผล ใช้เกณฑ์การแปลค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ บุญใจ ศรีสถิตนรากร¹⁷ ดังนี้ ระดับต่ำ (1 – 2.33) ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67) และระดับสูง (3.68 – 5)

4. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มารับการผ่าตัด ผู้วิจัย ประยุกต์จากแบบสอบถามความพึงพอใจของสมจิตต์ แสงศรี¹⁹ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่าตัวเลข (numeric rating scale: NRS) มีลักษณะเป็นเส้นตรง โดยที่ปลายเส้นตรงด้านหนึ่งจะมีความหมายเท่ากับไม่มีความพึงพอใจ และปลายเส้นตรงอีกด้านหนึ่งจะมีความหมายเท่ากับมีความพึงพอใจมากที่สุด ตลอดความยาวของเส้นตรงนี้จะถูกแบ่งออกเป็นระยะห่างเท่า ๆ กัน และมีหมายเลขกำกับจากเลข 0-10 ผู้ประเมินสามารถเลือกตัวเลขซึ่งเป็นตัวแทนหรืออธิบายความรู้สึกความพึงพอใจของตนได้ดีที่สุด การแปลความหมายระดับความพึงพอใจกำหนดไว้ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจ คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0.10-3.50 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.51-7.00 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 7.01-10.00 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก

5. แบบบันทึกปฏิบัติการฉีดยาการเลื่อนเวลาผ่าตัด เป็นการบันทึกจำนวนและเวลาที่ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการผ่าตัดล่าช้าเกินเวลา 30 นาที นับตั้งแต่วิธี Set ผ่าตัดถึงเวลาผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด การแปลความหมาย 0 ไม่เลื่อนเวลาผ่าตัด

ระยะเวลาไม่เกิน 30 นาที 1 เลื่อนเวลาผ่าตัด ระยะเวลามากกว่า 30 นาที

6. แบบบันทึกอุบัติการณ์อัตราการติดเชื้อของพยาบาลห้องผ่าตัดจากการปฏิบัติงาน เป็นการบันทึกของพยาบาลหลังปฏิบัติงาน ที่ต้องเฝ้าระวังและประเมินตนเอง และรายงานอาการในแบบบันทึกการเฝ้าระวังความเสี่ยงการติดเชื้อเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด การแปลความหมาย 0 หมายถึง ไม่ติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน และ 1 ติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

1. แผนการอบรมการเรียนรู้การสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ชในการให้ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้อบรมการเรียนรู้การสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ชในการให้ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลชลบุรี โดยแผนการอบรมประกอบด้วย การชี้แจงวัตถุประสงค์เนื้อหาของการอบรม และกิจกรรมที่ใช้ในการอบรม ได้แก่ การบรรยาย การซักถาม การแสดงความคิดเห็น การฝึกปฏิบัติ และการประเมินผลเพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ความเข้าใจและฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. คู่มือการเรียนรู้การสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ชในการให้ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดของวิทมอร์และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาล

ห้องผ่าตัดใช้เป็นแนวทางในการเรียนการสอนการพยาบาลตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ ประกอบด้วยรายละเอียดเกี่ยวกับหลักการเรียนการสอน วิธีการโค้ช ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมเรื่องการศึกษาปฏิบัติเพื่อเตรียมความพร้อมในการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามมาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัด ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด จนกระทั่งระยะหลังผ่าตัด

3. สื่อวีดิทัศน์ เรื่องการสวมและถอดชุดป้องกันการติดเชื้อ (Personal Protective Equipment: PPE) จัดทำขึ้นโดยประยุกต์จากสื่อของของโรงพยาบาลชลบุรีปรับให้เข้ากับบริบทของห้องผ่าตัด

4. แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติการเรียนรู้เตรียมความพร้อมของบุคลากรพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด จนกระทั่งระยะหลังผ่าตัด การเตรียมอุปกรณ์ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การแต่งกายสำหรับให้บริการผ่าตัด และการจัดการหลังผ่าตัดในอุปกรณ์เครื่องมือสถานที่ และขั้นตอนการขนส่งเคลื่อนย้ายผู้ป่วยผ่าตัด

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลทั่วไป

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลห้องผ่าตัด ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรคการผ่าตัด ผลตรวจยืนยันผู้ป่วย RT/PCR Detect และไม่มีผลตรวจยืนยันการติดเชื้อแต่จำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัด และชนิดการผ่าตัด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผ่าตัด 1 ท่าน และปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความตรงตามเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) ของเครื่องมือการวิจัย เกณฑ์ในการตัดสินคุณภาพเครื่องมือต้องผ่านความเห็นชอบ 2 ใน 3 ท่าน ถ้าในส่วนที่ไม่เห็นด้วยจะปรับแก้ตามคำแนะนำ ประกอบด้วย (1) รูปแบบการเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ชต่อความรู้และการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อไวรัส COVID-19 ห้องผ่าตัด ประกอบด้วย คู่มือการปฏิบัติงาน และสื่อวีดิทัศน์ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 (2) แบบสอบถามความรู้การป้องกันการติดเชื้อไวรัส COVID-19 ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 (3) แบบสอบถามการปฏิบัติตัวในปฏิบัติงานผ่าตัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัส COVID-19 ของบุคลากรห้องผ่าตัด ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 (4) แบบสอบถามความพึงพอใจในรูปแบบการเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ชต่อความรู้และการปฏิบัติตัวป้องกันการติดเชื้อไวรัส COVID-19 ห้องผ่าตัด ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 (5) แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการพยาบาลห้องผ่าตัดของผู้ป่วย ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 (6) แบบบันทึกอัตราการเลื่อนการผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัส COVID-19 ได้ค่าความตรง

ตามเนื้อหา เท่ากับ 1 (7) แบบบันทึกจำนวนพยาบาลที่ติดเชื้อไวรัส COVID-19 จากการปฏิบัติงาน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1

ส่วนที่ 2 นำไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ และแบบสอบถามการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อไวรัส COVID-19 และแบบสอบถามความพึงพอใจในรูปแบบการเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ชไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลห้องผ่าตัดและผู้ป่วย ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 20 ราย เนื่องจากสถานการณ์โควิด มีเวลาจำกัด นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง ดังนี้ (1) แบบวัดความรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดในการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อไวรัส COVID-19 โดยใช้สูตร KR-20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder -Richardson) เท่ากับ 0.70 (2) แบบสอบถามการปฏิบัติในปฏิบัติงานผ่าตัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัส COVID-19 ของบุคลากรห้องผ่าตัด โดยใช้สูตร KR-20 ของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder -Richardson) เท่ากับ 0.86 (3) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัดที่ได้รับการใช้รูปแบบการเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ช ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.72 (4) แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วยติดเชื้อไวรัส COVID-19 ที่ได้รับการผ่าตัด ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.75

พื้นที่ศึกษา

ทำการศึกษาในห้องผ่าตัดชั้น 5 ตึกเฉลิมราชสมบัติ โรงพยาบาลชลบุรี โดยผู้ป่วยที่ได้รับการนัดผ่าตัดแบบฉุกเฉินและได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือในผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

พยาบาลห้องผ่าตัดจะเป็นผู้เตรียมความพร้อมของการผ่าตัดให้การพยาบาลก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ในบทบาทของพยาบาลส่งเครื่องมือ พยาบาลช่วยรอบนอก โดยมีผู้โค้ชให้ความรู้และการปฏิบัติในการเข้าผ่าตัดผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา จำเป็นต้องสอนแนะและควบคุมกำกับทุกขั้นตอนของการทำงานและการปฏิบัติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการ ผู้วิจัยส่งโครงร่างการวิจัยขอจริยธรรมของโรงพยาบาลชลบุรี ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการรวบรวมข้อมูลต่อหัวหน้าพยาบาล หัวหน้าห้องผ่าตัด และพยาบาลปฏิบัติการห้องผ่าตัดเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย ทำการศึกษาวิจัยภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลชลบุรี

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำความเข้าใจ ขอความร่วมมือเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับเพื่อให้เข้าใจตรงกัน ชี้แจงว่าจะมีการวัดความรู้ก่อน หลังเข้ารับการอบรม ประเมินการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนและหลังการทดลอง ประเมินความพึงพอใจหลังการใช้รูปแบบการเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ช

3. วิธีดำเนินการทดลอง ดำเนินการตามกระบวนการโค้ช มีขั้นตอน 4 ขั้นตอนดังนี้

1) การกำหนดเป้าหมายในประเด็นที่จะดำเนินการเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ชในการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Goal) ผู้โค้ชและผู้รับการ

โค้ช ทำกิจกรรมกลุ่มสร้างสัมพันธภาพ การแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน สร้างความเชื่อมั่นและไว้วางใจให้รู้สึกผ่อนคลาย เข้าใจบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

2) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันในเรื่องที่จะดำเนินการเรียนการสอนแบบโค้ช (Reality) ผู้โค้ชและผู้รับการโค้ช วิเคราะห์และอุปสรรค ในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในสถานการณ์โควิด เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น ค้นหาแนวทางการแก้ปัญหา มีการกำหนดรายละเอียดในการจัดทำรูปแบบเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัด นัดพยาบาลเข้ารับการอบรม เพื่อให้บุคลากรปลอดภัย การผ่าตัดมีประสิทธิภาพ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

3) การกำหนดทางเลือกปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการเรียนการสอนแบบโค้ช (Options) จัดให้มีการเตรียมการอบรม โดยวัดความรู้ และการปฏิบัติการพยาบาล (pre test) ก่อนเข้ารับการอบรม ให้ความรู้ครั้งที่ 1 โดยบรรยาย 60 นาที ให้ความรู้ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 90 นาที เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของบุคลากร สถานที่เครื่องมืออุปกรณ์ การเตรียมอุปกรณ์ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค การรับนัดผ่าตัด การรับผู้ป่วยมาห้องผ่าตัด การประเมินผู้ป่วยแรกรับการพยาบาลก่อนผ่าตัด การแต่งกายสำหรับให้บริการผ่าตัด การพยาบาลขณะผ่าตัด การพยาบาลหลังผ่าตัด การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดและการจัดการหลังผ่าตัดตามหลักการป้องกันและแพร่กระจายเชื้อโรค ให้ความรู้ ครั้งที่ 3 อบรมเชิงปฏิบัติการเป็นกลุ่มๆ ละ 5 คน วันละ 5 ชั่วโมง จัดทำ 2 สัปดาห์ ให้ฝึกปฏิบัติรายบุคคล เกี่ยวการใส่ชุดป้องกันการติดเชื้อ โดยมีผู้โค้ชให้การชี้แนะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติม ครั้งที่ 4

ซ้อมแผนการปฏิบัติงานร่วมกัน 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง เปิดโอกาสซักถาม ทบทวนส่วนที่ยังไม่เคยปฏิบัติและปัญหาเพื่อให้เข้าใจ

4) ปฏิบัติตามแผนและประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (Wrap up) เดือนที่ 4-12 ลงมือปฏิบัติจริง ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มาเข้ารับการผ่าตัด วันละ 1 ราย จัดพยาบาลปฏิบัติงานคนละ 3 ครั้ง โดยมอบหมายงานตารางปฏิบัติงานของพยาบาลล่วงหน้า ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงขั้นตอนการทำวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยมอบหมายงาน ผู้โค้ช 1 คน ต่อผู้รับการโค้ช 4 คน ในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด 1 ราย ตามแผนการปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัด ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด และสรุปและประเมินผลจากการปฏิบัติงาน และสอบถามความรู้ และความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ช ทำแบบประเมินความรู้และการปฏิบัติ (Posttest) หลังให้การพยาบาลครบ 3 ครั้ง สอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มารับการผ่าตัดหลังผ่าตัด 3 วัน และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์

วิธีการในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังให้ความรู้ด้วยวิธี dependent t-test และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความพึงพอใจของพยาบาล

ห้องผ่าตัด และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับบริการผ่าตัด ใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90 อายุเฉลี่ย 28.64 ปี มีอายุช่วง 23-30 ปี ร้อยละ 80 ประสบการณ์การทำงานส่วนใหญ่อยู่ช่วง 1-3 ปี ร้อยละ 42.5 ทั้งหมดไม่ได้รับการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลห้องผ่าตัด จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ช พบว่า ส่วนใหญ่สัญชาติไทย ร้อยละ 72 เพศหญิงร้อยละ 66.67 มีอายุเฉลี่ย 35.79 ปี อายุอยู่ช่วง 21-30 ปี ร้อยละ 34.17 นับศาสนาร้อยละ 100 สถานภาพสมรส ร้อยละ 59.17 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับมัธยม/ปวช/ปวส ร้อยละ 90.83 ไม่เคยผ่าตัด ร้อยละ 95.83 แผนกที่ผ่าตัดมากที่สุดแผนกศัลยกรรมทั่วไป ร้อยละ 45.83 ส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัด Appendicitis ร้อยละ 13.33 รองลงมาแผนกสูติกรรมร้อยละ 42.83 เป็นการผ่าตัดคลอดร้อยละ 35.00 ข้อวินิจฉัยโรคที่พบมากที่สุด Fetal distress ร้อยละ 9.17

1.3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มารับการผ่าตัด พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสัญชาติไทย ร้อยละ 72 เป็นชาวต่างด้าวร้อยละ 28 เพศหญิงร้อยละ 80.95 มีอายุเฉลี่ย 34.05 ปี ส่วนใหญ่มีอายุช่วง 20-30 ปี ร้อยละ 53.17 นับศาสนาร้อยละ 100 สถานภาพไม่สมรส ร้อยละ 90.48 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับปวช/ปวส/อนุปริญญา ร้อยละ 76.19 ไม่เคย

ผ่าตัด ร้อยละ 90.48 แผนกที่ผ่าตัดมากที่สุด แผนกสูติกรรม ข้อวินิจฉัยโรคที่มีมากที่สุด Pregnancy and Covid with in labor ร้อยละ 14.29 และการผ่าตัดคลอดมากที่สุดร้อยละ 61.90

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของ พยาบาลห้องผ่าตัดก่อนและหลังใช้รูปแบบการ

เรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ช พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการเรียนการสอน การพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ช อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ $p < 0.05$ ($t = -31.955$, $p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัด แบบโค้ช (n = 40)

คะแนนความรู้	$\bar{X}$	SD	t	p-value
ก่อนรับการเรียนการสอนการพยาบาลแบบโค้ช	15	1.432	-31.955	.001
หลังรับการเรียนการสอนการพยาบาลแบบโค้ช	27	1.240		

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัว ในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ พยาบาลห้องผ่าตัด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ การเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ช พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย

การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการเรียนการสอน การพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ชอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ $p < 0.05$ ($t = -25.658$, $p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถการปฏิบัติตัวป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ พยาบาลห้องผ่าตัด ก่อนและหลังได้รับรูปแบบการเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ช (n = 40)

การปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของการพยาบาล	ก่อน		หลัง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
การปฏิบัติการพยาบาลก่อนผ่าตัด	1.975	0.619	3.000	0.000	-10.462	0.001
การปฏิบัติการพยาบาลระยะผ่าตัด	15.500	1.132	19.000	0.000	-19.550	0.001
การปฏิบัติการพยาบาลหลังผ่าตัด	14.075	0.729	15.000	0.000	-8.016	0.001
ความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยพบพบ พยาบาลช่วยรอบนอก	13.650	2.402	19.000	0.000	-14.084	0.001
รวมทุกด้าน	45.200	2.662	56.000	0.000	-25.658	0.001

4. ความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อรูปแบบการเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ชต่อความรู้และการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ระดับสูง ($\bar{X} = 4.545$, S.D. = .204) เมื่อพิจารณารายชื่อ ความพึงพอใจระดับสูงที่สุดเท่ากัน 2 ข้อ คือ การฝึกทักษะความสามารถการปฏิบัติงานในการผ่าตัด

($\bar{X} = 5.000$, S.D. = .000) และช่วยทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 5.000$, S.D. = .000) รองลงมา คือ เนื้อหาคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ($\bar{X} = 4.625$, S.D. = .490) และพยาบาลฝึกปฏิบัติงานได้รับคำแนะนำ ช่วยเหลือและสอนงาน ($\bar{X} = 4.625$, S.D. = .490) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อรูปแบบการเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ชต่อความรู้และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ห้องผ่าตัด (n = 40)

ความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อรูปแบบการเรียนการสอนแบบโค้ช	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1.การได้รับการเตรียมความรู้และความสามารถปฏิบัติงานของรูปแบบการเรียนการสอนด้วยวิธีโค้ช	4.475	.505	สูง
2. ขั้นตอนการปฏิบัติงานชัดเจนสอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริง	4.300	.516	สูง
3. เนื้อหาคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด	4.625	.490	สูง
4. การฝึกทักษะความสามารถการปฏิบัติงานในการผ่าตัด	5.000	.000	สูง
5. ระยะเวลาของรูปแบบการเรียนการสอนด้วยวิธีโค้ช	4.275	.425	สูง
6. ช่วยสามารถแก้ปัญหาได้ดีขณะผ่าตัด	4.475	.505	สูง
7. พยาบาลทีมผ่าตัดทำหน้าที่พี่เลี้ยงสอนงาน	4.300	.516	สูง
8. พยาบาลฝึกปฏิบัติงานได้รับคำแนะนำช่วยเหลือและสอนงาน	4.625	.490	สูง
9. ช่วยทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน	5.000	.000	สูง
10.รูปแบบการเรียนการสอนด้วยวิธีโค้ช นำมาใช้ในสถานการณ์จริงได้	4.275	.425	สูง
รวม	4.535	.204	สูง

5. ความพึงพอใจของผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มารับบริการผ่าตัด มีดังนี้
ความพึงพอใจของผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มารับบริการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่

ร้อยละ 66.67 มีความพึงพอใจระดับมาก และร้อยละ 33.33 มีความพึงพอใจระดับปานกลาง
6. อัตราการเลื่อนการผ่าตัดในการผ่าตัดรับด่วน พบว่า ไม่มีอัตราการเลื่อนการผ่าตัดในการผ่าตัดฉุกเฉิน เท่ากับ 0%

7. อัตราการติดเชื้อของพยาบาลจากการปฏิบัติงาน เท่ากับ 0

อภิปรายผล

ประสิทธิผลรูปแบบการเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ชต่อความรู้และการปฏิบัติตัวป้องกันการติดเชื้อไวรัส COVID-19 ของพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลชลบุรี มีดังนี้

1. ความรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดหลังใช้รูปแบบการเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ช มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า พยาบาลห้องผ่าตัดที่ได้รับรูปแบบการเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ชที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์ใช้กระบวนการโค้ชแบบโกรว์โมเดลของวิดมอร์ 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) มีการตั้งเป้าหมายจุดประสงค์ร่วมกัน 2) การคิดวิเคราะห์ร่วมกันในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ 3) วางแผนปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อโคโรนา และ 4) การตัดสินใจสิ่งที่จะนำไปปฏิบัติและประเมินผลการปฏิบัติ เนื่องจากกระบวนการโค้ชส่งผลให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน มีผู้โค้ชเป็นพยาบาลที่ได้รับการอบรมในการป้องกันการติดเชื้อ รวมทั้งมีการจัดอบรมให้ความรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติแก่พยาบาลห้องผ่าตัด ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมของห้องผ่าตัด การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การประเมินพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด มีสื่อวีดิทัศน์การแต่งตัวเมื่อเข้าผ่าตัด คู่มือการปฏิบัติงานประกอบด้วยบทบาทหน้าที่ของพยาบาล การประสาน การจัดเตรียมห้อง อุปกรณ์ผ่าตัด เป็นรูปภาพจริงประกอบ มีการทดลองใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลหลายครั้งจนกว่าจะ

มั่นใจก่อนไปปฏิบัติจริงทำให้เกิดการเรียนรู้ ทำให้ผู้รับการโค้ชมีการพัฒนาความรู้และความสามารถในการปฏิบัติงาน ผู้รับการสอนเกิดความมั่นใจและมีความตระหนักต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพเพื่อร่วมกัน ความรู้และความสามารถในการปฏิบัติงาน ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ โดยเป็นทำให้การปฏิบัติงานที่ยุ่งยากซับซ้อนมีความชัดเจน ปฏิบัติได้ง่าย และทักษะสามารถปฏิบัติงานได้ถูกต้อง บุคลากรไม่ติดเชื้อ นอกจากนี้การจัดพยาบาลพี่เลี้ยงสอนแนะนำเน้นในทุกกิจกรรม เพิ่มเติมในส่วนที่ปฏิบัติได้ไม่ถูกต้องส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ได้เร็ว ตรงกับวัชรินทร์ ชัยมานะการและคณะ¹² ที่นำการเรียนรู้แบบโค้ชมาใช้กับพยาบาลห้องผ่าตัดพบว่าช่วยพัฒนาความสามารถพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดน้ำวุ้นตาและจอประสาทตา ส่งผลให้พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้นและมีทักษะในการปฏิบัติงานครบทุกขั้นตอน ความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อโปรแกรมส่งเสริมความสามารถพยาบาลห้องผ่าตัดอยู่ในระดับมาก และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาล อยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับ อภิภูพร คำกุ่ม²⁰ ศึกษาพบว่าหลังการโค้ชพยาบาลมีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะมากกว่าก่อนการโค้ชและสัดส่วนการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ถูกต้องมากกว่าก่อนการโค้ช

2. การปฏิบัติตัวป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังการใช้รูปแบบการเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ช มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า เนื่องจากการโค้ชเน้นทุกขั้นตอนของการปฏิบัติการพยาบาล ผู้โค้ชและผู้รับการโค้ชมีการสอนงานภาพรวมและลงสู่ปฏิบัติแบบ

รายบุคคล มีการประเมินให้ข้อมูลย้อนกลับในกิจกรรมที่ไม่ถูกต้อง ให้มีการฝึกหลายครั้งจนกว่าผู้รับการโค้ชจะปฏิบัติได้ถูกต้อง ในระหว่างการสอน ผู้โค้ชเปิดโอกาสให้ผู้รับการโค้ชได้แสดงความคิดเห็น และสอบถามข้อสงสัยด้วย ในการปฏิบัติพยาบาลไม่ถูกต้องทั้งหมด จำเป็นต้องให้สื่อวีดิทัศน์และคู่มือการปฏิบัติงาน กลับไปทบทวนเนื้อหา เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ เกิดความมั่นใจทำภายหลังการโค้ชกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติถูกต้องครบถ้วนมากขึ้น ส่งเสริมให้พยาบาลมีทักษะดีขึ้นในบทบาทของพยาบาลส่งเครื่องมือ พยาบาลช่วยรอบนอก สอดคล้องกับ Vázquez-Calatayud et al²¹ ที่ศึกษาพบว่าสมรรถนะหลักที่พยาบาลต้องมีในการตอบสนองต่อวิกฤตและในบทบาทพยาบาลในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การจัดการความไม่แน่นอน การให้ความสำคัญกับความปลอดภัย การรักษาดูแลที่มีมนุษยธรรมและ การทำงานเป็นทีมเป็นหนึ่งเดียวกัน ผู้วิจัยได้มีโอกาสดูคุยทำความเข้าใจกับผู้โค้ชและผู้รับการโค้ชมีความเข้าใจบทบาท ผู้โค้ช และผู้รับการโค้ชวัตถุประสงค์การเรียนรู้การสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ชร่วมกัน รวมทั้งขั้นตอนการเรียนการสอนตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์เปิดโอกาสในการการเรียนการสอนทางการพยาบาลตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน

3. ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังมีการใช้รูปแบบการเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ช มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงเนื่องจากได้รับการเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ชทางการพยาบาลที่แตกต่างไปจากเดิม มีการกระตุ้นผู้รับการโค้ชด้วยการตั้งศักยภาพที่มีในตัวผู้รับการโค้ช หรือพยาบาลวิชาชีพให้ออกมาให้มากที่สุด เปิดโอกาส

ให้ซักถามข้อสงสัย และผู้โค้ชอธิบายเพิ่มเติมในส่วนที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง เพื่อให้การทำงานประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่นเดียวกับบรอนนงค์ธาราไพศาลสุข¹³ ศึกษาพบว่าความพึงพอใจของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น หลังการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์สูงกว่าก่อนมีการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังได้รับการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์สูงกว่าก่อนการได้รับการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ สอดคล้องกับผลการศึกษายุพิน เรืองพิสิฐ²² ที่พบว่า ความพึงพอใจในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ทำให้พยาบาลวิชาชีพรู้สึกที่ดีที่มีต่อองค์กรและต่องานของตนเอง ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในกระบวนการปฏิบัติงาน มีความมุ่งมั่นตั้งใจในการปฏิบัติงานอย่างเต็ม และปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

4. อุบัติการณ์การติดเชื้อของพยาบาลจากการปฏิบัติงาน พบว่า เท่ากับ 0% พยาบาลทุกคนเข้าใจเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดปลอดภัย โดยทุกคนได้รับการโค้ชที่เน้นการปฏิบัติในทุกขั้นตอนของการพยาบาล ให้ทุกคนเคร่งครัดการทำงานห้ามละเมิด จึงส่งผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพและไม่เกิดการติดเชื้อจากผู้ป่วย และเน้นการปฏิบัติ DHMTT อยู่ห่างไว้ ใส่หน้ากากกัน หมั่นล้างมือ ตรวจไข้ให้ไว ใช้ไทยชนะ

5. ความพึงพอใจของผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มารับบริการผ่าตัดจากพยาบาลที่ได้รับการรูปแบบการเรียนการสอนการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบโค้ชอยู่ในระดับมาก จากการได้รับการดูแลต่อเนื่อง การได้รับข้อมูลเกี่ยวขั้นตอนการผ่าตัด การปฏิบัติก่อนผ่าตัดขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยพยาบาลที่มีการเตรียมพร้อมให้

การดูแลแสดงความเห็นอกเห็นใจผู้ที่อยู่ในภาวะวิกฤติให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม รวมทั้งมีการติดตามสอบถามหลังผ่าตัดแสดงถึงความใส่ใจการดูแลของพยาบาลห้องผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรินทร์ชัยมานะการและคณะ¹³ ที่นำการเรียนรู้แบบโค้ชมาใช้กับพยาบาลห้องผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบริการผ่าตัดมีความพึงพอใจในระดับมาก

6. อุบัติการณ์อัตราการเลื่อนการผ่าตัดในการผ่าตัดรับด่วน เท่ากับ 0% เนื่องจากพยาบาลทุกคนเข้าใจเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการให้บริการให้สิทธิความเท่าเทียมกันผู้ป่วยทุกรายที่จำเป็นสามารถเข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉินภายใน 30 นาที ตามนโยบายของโรงพยาบาล

การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ : รูปแบบการสอนแบบโค้ช สำหรับการพัฒนาความรู้และการปฏิบัติสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด ในการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยโควิดที่เข้ารับการผ่าตัด ซึ่งมีการให้ความรู้ เน้นทุกขั้นตอนของการปฏิบัติการพยาบาล ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ไม่มีการติดเชื่อจากการปฏิบัติงาน พยาบาลพึงพอใจในรูปแบบการสอนแบบโค้ช ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายในเวลาที่กำหนด มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทและสามารถนำมาใช้ได้มีประสิทธิภาพสามารถนำไปขยายผลในหน่วยงานภายในหรือโรงพยาบาลอื่น ๆ ได้

ข้อจำกัดของการวิจัย

1) การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้เวลานาน เนื่องจากมีผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการผ่าตัดในช่วงเดือนที่ 6 หลังการเรียนการสอนไม่สามารถกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจนได้เหมือน

งานวิจัยอื่นๆ ดังนั้นผู้ที่นำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ต้องคำนึงถึงข้อจำกัดดังกล่าว

2) ไม่มีห้องผ่าตัดความดันลบ จำเป็นต้องมีการจัดทำโครงสร้างของห้องผ่าตัดเพิ่มโดยประยุกต์ใช้ห้องผ่าตัดเดิมที่ความดันบวกแต่ปรับปรุงหน้าห้องผ่าตัด (Antepar) เป็นห้องความดันลบ จำนวน 1 ห้อง

ข้อเสนอแนะ

1) ด้านปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำไปใช้ในการทำหัตถการนอกห้องผ่าตัด และห้องผ่าตัดโรงพยาบาลอื่นที่ไม่มีห้องความดันลบได้ จะยิ่งเพิ่มความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของบุคลากร

2) ด้านการวิจัย สามารถนำแนวคิดจากการวิจัยนี้ไปศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นได้ โดยการทำวิจัยแบบกึ่งทดลองที่มีกลุ่มควบคุม

3) ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการกลุ่มนี้ จะมีความเครียดทั้งกลัว กังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการรักษาอาการติดเชื้อไวรัส บุคลากรพยาบาลจึงควรให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างเข้าใจทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม

เอกสารอ้างอิง

1. Kaye AD, Okeagu CN, Pham AD, Silva RA, HurleyJJ, Arron BL, Cornett EM. Economic impact of COVID-19 pandemic on healthcare facilities and systems: International perspectives. Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology 2021; 35 : 293-306.
2. Pietromonaco PR, Overall NC. Applying relationship science to evaluate how the

- COVID-19 pandemic may impact couples' relationships. *American Psychologist* 2021; 76 : 438.
3. Al-Ghunaim TA, Johnson J, Biyani CS, O'Connor D. Psychological and occupational impact of the COVID-19 pandemic on UK surgeons: a qualitative investigation. *BMJ open* 2021; 11, e045699.
 4. Singhal R, Dickerson L, Sakran N, Pouwels S, Chiappetta S, Weiner S, Mahawar K. Safe | Current obesity reports 2021; 1-12. [cited 2020, May 20] Available from <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s13679-021-00458-6.pdf>
 5. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. ฉบับที่ 258 วันที่ 17 กันยายน 2563.
 6. แผนกห้องผ่าตัดโรงพยาบาลชลบุรี. รายงานการผ่าตัดประจำปี.โรงพยาบาลชลบุรี: 2563
 7. Whitmor J. Coaching for Performance. The GROW Model 2012 [cited 2017, September 13] Available from <http://www.performanceconsultants.com/wp-content/uploads/GROWModel-Guide.pdf>
 8. Watts, M., & Corrie, S. (2013). Growing the 'I' and the 'we' in transformational leadership: The LEAD, LEARN & GROW model. *The Coaching Psychologist* 2013; 9: 86–99.
 9. Grant, A. M. (2011). Is it time to REGROW the GROW model? Issues related to teaching coaching session structures. *The Coaching Psychologist* 2011; 7: 118-126.
 10. Dembkowski S, Eldridge F. Beyond GROW: A new coaching model. *The international journal of mentoring and coaching* 2003; 1, 21.
 11. จุฬารัตน์ ห้าวหาญ และอรชร อินทองปาน. (2558).การวิจัยและพัฒนารูปแบบการโค้ชเพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพ, วารสารพยาบาลกระตธรรณสุข. 2558; 25: 166-177.
 12. วชิรินทร์ ชัยมานะการ สมบุญ ชัยมานะการ ประกิต รัชวัตร และสุรีย์ จินเรือง และคณะ. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดน้ำวุ้นตาและจอประสาทตาด้วยการเรียนรู้แบบโค้ช โรงพยาบาลสระบุรี. วารสารกองการพยาบาล. 2559; 44: 92-116.
 13. อรอนงค์ ธาราไพศาลสุข. (2561). ผลของการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ที่โรงพยาบาลเอกชน. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2561.
 14. ธัญวดี จิรสินธิปก, เพียงใจ เจริญวิวัฒน์กุล, สุวิภา นิตยางกูร, สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ, สารา วงษ์เจริญ. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์; 2551.
 15. CDC. Infection control: Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities 2003 [cited 2020, January 13] Available from <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/environmental-guidelines-P.pdf>
 16. AORN. Perioperative Care of the COVID-19 Patient 2020 [cited 2020, July 13] Available from <http://www.aorn.org/education/facility-solutions/covid19-playbook>
 17. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์; 2553.

18. Bloom BM. Learning for mastery. evaluation comment.Center for the study of intruction program University of California at Los Angina 1968; 1: 975-802.
19. สมจิตต์ แสงศรี. การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้ วางแผนในหออภิบาลผู้ป่วย ศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2555.
20. อัญญาพร คำกุ่ม นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล จิตตาภรณ์ จิตรีเชื้อ. ผลของการโค้ชต่อความรู้และการปฏิบัติของ พยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาว. พยาบาลสาร 2560; 44: 1-10.
21. Vázquez-Calatayud, Regaira-Martínez, Rumeu-Casares, Paloma-Mora, Ainhua Esain, Cristina Oroviogioicoechea.Experiences of frontline nurse managers during the COVID-19:A qualitative study. Journal of Nursing Management. 2021; 30: 79-89.
22. ยุพิน เรืองพิสิฐ. การพัฒนาระบบการสอนงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเฉพาะทางแห่งหนึ่ง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. วารสารก่อการณ์. 2558; 22: 122-139.

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดลพบุรี

ประภัสสร วีระประสิทธิ์ พ.บ.*

Received: 12 พ.ค.65

Revised: 1 ส.ค.65

Accepted: 19 ส.ค.65

บทคัดย่อ

บทนำ: การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางหลังจากพ้นระยะวิกฤต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางให้มีประสิทธิภาพ

วิธีการศึกษา: ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากพ้นระยะวิกฤต รายกรณีแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 1 ราย ที่โรงพยาบาลท่าม่วง ติดตามประเมินผลการดูแลรักษา ตั้งแต่รับกลับมาดูแลรักษาในโรงพยาบาลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง จำนวน 10 วัน และดูแลต่อเนื่องในชุมชน ช่วงเวลาสำคัญของการฟื้นฟู (Golden period for stroke rehabilitation) ในระยะเวลา 6 เดือนระหว่างเดือนตุลาคม 2563 – มีนาคม 2564

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยก่อนเข้าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางโรงพยาบาลท่าม่วง มีอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด กำลังกล้ามเนื้อ : แขนซ้ายระดับ 1 ขาซ้าย ระดับ 2 แขนและขาขวาระดับ 5 แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (The Barthel Activity of Daily Living Index) ได้ 45 คะแนน หลังเข้ารับการดูแลโปรแกรมการดูแล กำลังกล้ามเนื้อ: แขนซ้ายระดับ 2+ ขาซ้ายระดับ 4+ แขนและขาขวาระดับ 5 แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ได้ 90 คะแนน ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น เดินได้โดยไม่ใช้ไม้เท้า 3 ขา

สรุป: จากการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางอย่างต่อเนื่อง มีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากการฟื้นตัวของเซลล์ประสาทสมองจะกลับมาทำงานได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้มีการทำงานของกำลังกล้ามเนื้อ การรับรู้ความรู้สึกค่อยๆ ดีขึ้น โดยกระบวนการเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ ตั้งแต่ขณะอยู่ในโรงพยาบาล จนกระทั่งกลับบ้าน และติดตามเยี่ยมบ้าน อีกทั้งกระตุ้นระบบประสาทด้วยการฝังเข็มอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง, การฝังเข็ม, แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, ระยะสำคัญของการฟื้นฟู, โรคหลอดเลือดสมอง

*กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว, โรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดลพบุรี

The nursing of Intermediate care with Family Physician Thawung Hospital, LopBuri: case study

Prapadsorn Weeraprasit M.D.*

Abstract

Introduction: This case study describes the intermediate care of patients with cerebrovascular disease (post-critical stroke). The objective was to enhance knowledge and skills of intermediate care.

Methods: This study investigated a post-critical stroke patient at ThaWung Hospital, Lopburi, Thailand. Follow-ups were continuously conducted during the golden period for stroke rehabilitation from October 2020 – March 2021.

Results: A patient came to the hospital with left side weakness and dysarthria. After checking the muscle power, it was found that the left side score was lower than the right side (Muscle power: Rt. UE&LE grade V, Lt. UE grade I, Lt. LE grade II). The Barthel Activity of Daily Living (ADL) Index score was 45 points. After treatment, the muscle power score on the left side increased (Muscle power: Rt. UE&LE grade V, Lt. UE grade II+, Lt. LE grade IV+) and the Barthel ADL Index scores was 90 points. The patient could walk by herself without a tripod cane.

Conclusion The result revealed that the nursing care for a patient with ischemic stroke during the golden period was important because the phase of brain neurons rapidly recovered. These could improve muscle power and sensation. Not only are family medicine processes effective but also Chinese traditional acupuncture treatments. As a result, the patient has a better quality of life.

Keyword Acupuncture, Cerebrovascular disease, Family Physician, Golden period, Intermediate care

*Department of Family Medicine, Thawung Hospital, Lopburi Province

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก เนื่องจากเป็นโรคที่พบบ่อย มีแนวโน้มผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี องค์การอนามัยโรค (WHO) คาดการณ์ว่าทุกปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกมากกว่า 15 ล้านคน และ 5 ล้านคนพิการถาวร¹ องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization) ได้รายงานสาเหตุการตายของโรคหลอดเลือดสมองในปีที่ผ่านมาทั่วโลกพบมีผู้ป่วย 13.7 ล้านคน โดย 1 ใน 4 มีอายุ 25 ปีขึ้นไป เสียชีวิต 5.5 ล้านคน และมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตเพิ่มขึ้นถึง 6.7 ล้านคนต่อปีสถานการณ์ในประเทศไทย ปี 2560-2562 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ในเพศชายและอันดับ 2 ในเพศหญิงจากรายงานสถิติสาธารณสุขตั้งแต่พ.ศ.2558-2562 ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 43.3 48.7 47.8 47.1 และ 53.0 ตามลำดับ²

สำหรับจังหวัดลพบุรี โรคหลอดเลือดสมองจากรายงานระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์(HDC) จังหวัดลพบุรีพบว่าอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากร ตั้งแต่ พ.ศ.2560-2564 (205.3 204.0 224.5 251.6 และ 274.3 ตามลำดับ) และอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากร (28.5 33.2 31.6 37.2 และ 40.5)³ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังมีจำนวนเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยยังมีความพิการอยู่ ทั้งช่วยเหลือตัวเองได้บ้างจนถึงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เนื่องจากเนื้อสมองถูกทำลายไป

สถิติของโรงพยาบาลท่าม่วงย้อนหลัง ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2559 – 30 กันยายน พ.ศ.2564

พบอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรที่โรงพยาบาลท่าม่วง 150 188 162 216 และ 214 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ และหลังจากการรักษาและติดตามต่ออีก 6 เดือน⁴ ในปีพ.ศ.2562-2564 พบว่าผู้ป่วยมีภาวะการติดบ้านติดเตียง (Barthel index <55คะแนน) ร้อยละ 21.05 26.72 และ 17.44 อย่างไรก็ตามถ้าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาและฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องในช่วงแรกของการเกิดโรคผู้ป่วยมีโอกาสกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ ซึ่งจะสามารถลดค่าใช้จ่ายของการรักษาได้ในระยะยาวและลดการพึ่งพาของผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเพิ่มพูนความรู้และทักษะการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางให้มีประสิทธิภาพ

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะกลางหลังจากพ้นระยะวิกฤตรายการณิแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 1 ราย ที่โรงพยาบาลท่าม่วง และติดตามต่อเนื่องในช่วงเวลาทองของการฟื้นฟู (Golden period for stroke rehabilitation) เป็นระยะเวลา 6 เดือนระหว่างเดือนตุลาคม 2563 – มีนาคม 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย การเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การวางแผนจำหน่าย Team meeting report แบบประเมิน Barthel Activities of Daily Living (ADL) บันทึกการเยี่ยมบ้าน และแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

กรณีศึกษา**ข้อมูลทั่วไป**

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่อายุ 50 ปี อาชีพรับจ้าง
เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย การศึกษา ประถมศึกษา
อุปนิสัย ขยัน ร่าเริง ชอบพูดคุย สิทธิการรักษา
บัตรทอง ภูมิลำเนา จังหวัดลพบุรี

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

6 วันก่อนมาโรงพยาบาล (15 ตุลาคม 2563)
ผู้ป่วยมีอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด
แพทย์ประเมินและรักษาเบื้องต้น จากนั้นส่ง
เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain) ที่
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ผลพบ
hypodense lesion at Rt. corona radiata
extending to Rt. Lenticiform nucleus, probably
subacute infarction หลังจากนอนรักษาตัวที่

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ผู้ป่วยมีอาการ
แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงมากขึ้น ทำ CT brain ซ้ำ
พบ increase hypodense at Rt. Corona radiate
to internal capsule, lentiform nucleus
and periventricular, subacute infarction
Rt. Lenticulostriate. แพทย์เฉพาะทางได้ให้
การรักษาจนพ้นภาวะวิกฤต จึงส่งตัวมารักษาที่
โรงพยาบาลท่าม่วง แพทย์วินิจฉัย 1. โรคหลอดเลือด
ในสมองตีบ 2. โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
3. โรคความดันโลหิตสูง 4. โรคไขมันในเลือดสูง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยเคยเป็นโรคความดันโลหิตสูง
รักษาที่คลินิกรับยาไม่ต่อเนื่อง ปฏิเสธประวัติแพ้
ยา แพ้อาหาร ปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ ปฏิเสธ
ประวัติสูบบุหรี่

Exploring disease and illness**ตรวจร่างกาย**

Vital sign : BT 37°C, PR 88 bpm, RR 20 /min, BP 173/109 mmHg
General appearance: A Thai female with normal consciousness
Height 162 cm, BW 74 kg, BMI 28.20 kg/m²
HEENT : no pale conjunctiva, no icteric sclera, no cervical lymphadenopathy
CVS : normal S1S2, no murmur, no heaving, no thrill, full and regular
pulse
RS : equal breath sound both lungs, no adventitious sound
Abdomen : no abdominal distension, active bowel sound, soft, not tender,
Extremities : No deformity, no pitting edema, no stiff joint
Skin : no pressure sore
Neurological : Mental status: Good consciousness, oriented to time, place and
person
Cranial nerve: Pupils 2 mm RTLBE, dysarthria, Lt. UMN facial palsy
Sensory: Decrease sensation Lt. arm and leg
Muscle power: Rt. UE grade V, Rt. LE grade V, Lt. UE grade I, Lt. LE grade II
Deep tendon reflex: 2+ all
Babinski sign: Plantar flexion both sides
Gait: cannot evaluate

Cerebellar signs: Normal finger to nose test both sides

Depression screening PHQ-2 TH: positive

PHQ-9 TH: 15/27 points

PHQ-8 TH: 1/52 points

Illness⁵

- Idea : ทราบว่าอาการอ่อนแรงที่เป็นเกิดจากโรคประจำตัวของตนเองที่ไม่ได้รักษาต่อเนื่อง
- Feelings : กังวลกลัวว่าจะกลับไปใช้ชีวิตได้ไม่เหมือนเดิม เป็นภาระคนอื่น
- Function : ใช้ชีวิตประจำวันลำบากขึ้น ต้องมีคนช่วยเหลือในหลายๆเรื่อง
- Expectation : ต้องการกลับไปเดินได้คล่องเหมือนเดิม และใช้มือทำงานได้ปกติ

Investigations

CBC: WBC 9420 cell/mm³, Neutrophil 69%, Lymphocyte 25%, Hb 12.0 g/dl, Hct 35%

Chemistry: BUN 8.8 mg/dl, Cr 0.7 mg/dl, eGFR 101.35 mL/Min/1.73m², Na 138.7

mmol/L, K 3.97 mmol/L, Cl 99.5 mmol/L, HCO₃ 21.2 mmol/L, LDL 160 mg/dl, HbA1C 5.1 %

EKG 12 leads: normal sinus rhythm rate 79 bpm, normal axis, no ST-T change

Pre-home visit และ Discharge plan

ประเมินผู้ป่วยขณะนอนโรงพยาบาล และ

วางแผนจำหน่าย 21 ตุลาคม 2563

วัตถุประสงค์ในการประเมินครั้งที่ 1

1. เพื่อประเมินอาการของโรคหลอดเลือดสมองและวางแผนโปรแกรมในการรักษา
2. เพื่อสร้างสายสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและญาติ กับแพทย์และเจ้าหน้าที่
3. เพื่อประเมินปัญหาของผู้ป่วยแบบองค์รวม

ข้อวินิจฉัยที่ 1 Ischemic stroke: Lt.

hemiplegia

ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงแขนขาข้างซ้าย ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ทำ CT พบ hypodense at Rt. Corona radiata to internal capsule, lentiform nucleus and periventricular,

subacute infarction Rt. Lenticulostriate ให้การรักษาโดยการชັกประวัติ ประเมินสัญญาณชีพ ตรวจร่างกาย ประเมินอาการทางระบบประสาท การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL)⁶ การกลืนอาหาร วางโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประเมินผล

The Barthel ADL ได้ 45/100 คะแนน แปลว่า ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อยมาก ต้องการคนช่วยเหลืออย่างมาก

การกลืน: ผู้ป่วยสามารถกลืนอาหารแข็งและเหลวได้

กำลังกล้ามเนื้อ : Rt. UE grade V, Rt. LE grade V, Lt. UE grade I, Lt. LE grade II

การพูด: ผู้ป่วยยังมีการพูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง

การวางแผนดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 1 โปรแกรมสำหรับการฝึกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับโรงพยาบาลท่าวัง จังหวัดลพบุรี

เวลา วันที่	8.00-10.00น.	10.00-12.00น.	12.00-13.00น.	13.00-15.00น.	15.00-16.00น.
1.	รับผู้ป่วย	พยาบาลฟื้นฟู	พักกลางวัน	แพทย์ประเมิน	ประสานทีมสหสาขา
2.	พยาบาลฟื้นฟู	แพทย์/พยาบาลจิตเวช		กายภาพบำบัด	แพทย์แผนไทย
3.	พยาบาลฟื้นฟู	แพทย์/เภสัชกร		กายภาพบำบัด	แพทย์แผนไทย
4.	พยาบาลฟื้นฟู	แพทย์/โภชนาการ		กายภาพบำบัด	แพทย์แผนไทย
5.	พยาบาลฟื้นฟู	แพทย์		กายภาพบำบัด	team meeting
6.	พยาบาลฟื้นฟู	แพทย์		กายภาพบำบัด	แพทย์แผนไทย
7.	พยาบาลฟื้นฟู	แพทย์		กายภาพบำบัด	แพทย์แผนไทย
8.	พยาบาลฟื้นฟู	แพทย์		กายภาพบำบัด	แพทย์แผนไทย
9.	พยาบาลฟื้นฟู	แพทย์		กายภาพบำบัด	team meeting
10.	พยาบาลฟื้นฟู	แพทย์		HOME PROGRAM	จำหน่าย

โดยแพทย์มีหน้าที่

1. ประเมินสัญญาณชีพ ตรวจร่างกาย ประเมินอาการทางระบบประสาท

2. ให้การรักษาที่เหมาะสมโดยการควบคุมระดับความดันโลหิตตัวบนน้อยกว่า 180 mmHg ถ้ามีความดันโลหิตสูงกว่าเกณฑ์ให้เริ่มยาความดันโลหิตสูง

3. ให้การรักษาโดยการให้ยา Dual antiplatelet therapy (DAPT) ASA (81) 1 tab po pc และ Plavix (75) 1tab po pc ให้ Atorvastatin (40) 1tab po pc เย็น เนื่องจากผู้ป่วยมีค่า LDL สูงกว่าเกณฑ์

4. ประสานทีมสหสาขาเพื่อร่วมกันแก้ไข ปัญหาของผู้ป่วย ทั้งเรื่องการรักษาพยาบาล การกายภาพฟื้นฟู ภาวะซึมเศร้าหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการอาหารของผู้ป่วยแต่ละมื้อ การดูแลช่องปาก การจัดยาแต่ละมื้อของผู้ป่วย

พยาบาล ให้การรักษาตามคำสั่งแพทย์ กระตุ้นผู้ป่วยทำกายภาพ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

นักกายภาพบำบัด ฝึกการทรงตัว นั่ง-ยืน-เดิน การพูด การออกเสียง และฝึกทำกิจกรรมบำบัด

แพทย์แผนไทย นวด ประคบ กระตุ้นกล้ามเนื้อ และเส้นประสาท

นักโภชนาการ กำหนดอาหารให้เหมาะสมกับโรคตามหลักโภชนาการ

พยาบาลจิตเวช ประเมินภาวะซึมเศร้าหลังจากการเกิดโรค ให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีภาวะเครียด

ข้อวินิจฉัยที่ 21st diagnosis ischemic heart disease

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช แพทย์วินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด เมื่อผู้ป่วยกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลท่าวังผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก

ประเมินผล

ได้ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจผลพบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 80-100 ครั้งต่อนาที

การวางแผนดูแลผู้ป่วย⁷

1. แนะนำอาการของโรคหัวใจขาดเลือดที่อาจจะเกิดขึ้นได้แก่ผู้ป่วย เช่น อาการเจ็บแน่นอก ใจสั่น เหงื่อออก เหนื่อยขณะออกกำลังกาย รู้สึกจะเป็นลม ถ้ามีอาการดังกล่าว ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ทันที

2. รับประทานยาเพื่อป้องกันการจับตัวของเกล็ดเลือดกับผนังของหลอดเลือดแดง (Aspirin)

3. ควบคุมระดับน้ำตาลและลดอาหารที่มีไขมันสูง เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้

4. ลดภาวะความเครียดทางอารมณ์ โดยการฟังเพลง ฟังธรรมะ หรือทำกิจกรรมที่ชอบทำ

5. ออกกำลังกาย โดยการยืดเหยียดข้อต่างๆ ทั้งข้อแขนและข้อขา

6. แนะนำให้ตรวจสุขภาพประจำปี อย่างสม่ำเสมอ รักษาระดับน้ำตาลในเลือดความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ

ข้อวินิจฉัยที่ 3 Underlying disease: Essential hypertension, Hyperlipidemia

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง เคยรักษาที่คลินิกแต่ไม่สม่ำเสมอ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง และมีอาการเป็นโรคเส้นเลือดสมองและเส้นเลือดหัวใจตีบซ้ำได้อีก

ประเมินผล

ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะเล็กน้อย ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ขณะนอนโรงพยาบาลได้รับยาไขมันในเลือดสูง แต่ยังไม่ได้รับยาความดันโลหิตสูง เนื่องจากความดันโลหิตของผู้ป่วยยังไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด

Vital sign: BP 168/102 mmHg, PR 90 bpm

Lab: LDL 160 mg/dl

การวางแผนดูแลผู้ป่วย

1. รักษาระดับความดันโลหิตตัวบนน้อยกว่า 220 mmHg และเมื่ออาการทางระบบประสาทคงที่อย่างน้อย 24 ชั่วโมง จึงเริ่มยาชนิดรับประทาน โดยมีเป้าหมายให้ความดันลดลงร้อยละ 15 ของค่าความดันโลหิตเริ่มต้น

2. รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์และรับการรักษาโรค Essential hypertension, Hyperlipidemia

ตามแพทย์นัด กรณีมีอาการผิดปกติควรรีบพบแพทย์ทันที

3. ควบคุมระดับความดันโลหิต ไขมัน และน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

4. ควบคุมอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ สำหรับผู้ป่วย หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม หวาน มัน

5. ทำกายภาพสม่ำเสมอ และควบคุมน้ำหนักให้เหมาะสม

6. งดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และคาเฟอีน

ข้อวินิจฉัยที่ 4 Non-adherence to medication

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง รักษาที่คลินิก ทานยาไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติ จึงไม่เห็นความสำคัญของการทานยา บางครั้งผู้ป่วยแจ้งว่าลืมทานยาเนื่องจากทำงานบ้านจนลืม หรือบางครั้งจำไม่ได้ว่าทานยาไปหรือไม่ จึงทำให้ผู้ป่วยทานยาไม่สม่ำเสมอ

ประเมินผล

ขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลทำวัตรพยาบาลจัดยาตามที่แพทย์สั่งให้ผู้ป่วยรับประทานตรงตามทุกมื้อ และได้มีการสอบถามผู้ป่วยว่าวันนี้ผู้ป่วยรับประทานยาไปทั้งหมดจำนวนกี่เม็ด เวลาไหน และเป็นยารักษาโรคอะไรบ้าง

การวางแผนดูแลผู้ป่วย

วางแผนร่วมกับผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวที่บ้าน โดยหาวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยทานยาได้ตามที่กำหนดไว้ เช่น ใส่กล่องแยกยา เข้า-ก่อนนอน หลังอาหารและก่อนอาหาร หรือติดยาไว้ที่ปฏิทิน เพื่อให้ผู้ป่วยทานยาได้ตรงเวลามากขึ้น และมีการรับประทานยาจริง

ข้อวินิจฉัยที่ 5 Post-stroke depression

เนื่องจากผู้ป่วยไม่เคยเป็นโรคหลอดเลือดในสมองตีบมาก่อน ผู้ป่วยจึงเกิดภาวะเครียดไม่สามารถทำงานได้อย่างปกติเหมือนเดิม ผู้ป่วยมีอาการท้อแท้ เบื่ออาหาร ไม่อยากทำอะไร บางครั้งมีความคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี

ประเมินผล

ประเมินด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q ผลเป็นบวก จึงทำการประเมินผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน 9Q ได้ 15 คะแนน ถือว่าผู้ป่วยมีภาวะของโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง

การวางแผนดูแลผู้ป่วย

1. พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติเพื่อทำความเข้าใจถึงปัญหาต่างๆ เรื่องความกังวลของผู้ป่วยและเรื่องที่ไม่สามารถแก้ไขได้ อธิบายให้ผู้ป่วยได้เข้าใจมากขึ้น เพื่อลดความกังวลของผู้ป่วย โดยใช้หลักการของ BATHE technique⁸
2. วางแผนร่วมกับญาติให้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าซึ่งผู้ป่วยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย
3. ให้ความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเห็นว่าทีมแพทย์มีความพร้อมที่จะช่วยเหลือดูแลในทุกๆ ด้าน
4. ประสานทีมงานจิตสังคมของโรงพยาบาลทำวู้ง เพื่อร่วมประเมินในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว ในกรณีที่อาการของคนที่ใช้ไม่ดีขึ้น
5. พิจารณาให้ยาเมื่อทำจิตบำบัดไม่ได้ผล และภาวะซึมเศร้ากระทบต่อการรักษา กายภาพบำบัด โดยอาจเริ่มยา Fluoxetine ในระยะแรกแล้วประเมินอาการซ้ำ

Team meeting report ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และวางแผนจำหน่าย

จากการประชุมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 พบปัญหาที่สำคัญดังนี้คือ Ischemic stroke และ Post stroke depression จึงวางแผนให้ผู้ป่วย

ทานยารักษาโรคและตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ รับประทานอาหารให้ถูกหลักโภชนาการสำหรับผู้ป่วย ทำกายภาพบำบัดตามที่ได้อสอนโดยให้ญาติช่วยกระตุ้น และสังเกตอาการผิดปกติทางระบบประสาทที่เพิ่มมากขึ้นอาจเป็นผลจากโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ประเมินพยาบาลจิตเวชร่วมประเมินและพิจารณาการให้ยามีการเตรียมบ้านและความพร้อมของผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล โดยก่อนจำหน่ายผู้ป่วยมีคะแนน Barthel ADL 75 คะแนน ผู้ป่วยสามารถเดินด้วย tripod cane ได้ โดยมีคนประคองข้างๆ ได้ประมาณ 5 เมตร BP 150/100 mmHg PR 92 /min

Home visit assessments

การประเมินการเยี่ยมบ้านหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยลงชุมชน 10 พฤศจิกายน 2563

วัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้าน

1. เพื่อประเมินภาวะของโรคหลอดเลือดสมองและควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
2. เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมอง เช่น แผลกดทับ ข้อติด ปอดติดเชื้อ เป็นต้น
3. เพื่อให้การฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านจนกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด
4. เพื่อให้การดูแลสนับสนุนทางด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย

การเยี่ยมบ้านตามหลัก INHOMESSS⁹**Impairment/Immobility**

สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย โดยประเมินจาก The Barthel Activity of Daily Living Index ได้ 75 คะแนน คือ ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลืออยู่

ผู้ป่วยมีแขนขาอ่อนแรงข้างซ้าย มีอาการไหล่ติดและเจ็บเข่า

Nutrition

- ภาวะโภชนาการ: BW 74 kg, Height 162 cm, BMI 28.20 kg/m²
- รับประทานอาหาร 3 มื้อต่อวัน
- ผู้ป่วยชอบทานอาหารทอด และอาหารรสเค็ม
- ไม่ได้รับประทานอาหารเสริมใดๆ

Housing

เป็นบ้าน 2 ชั้น ชั้นล่างเป็นโถง มีอุปกรณ์ทำการเกษตรวางไม่ค่อยเป็นระเบียบ มีห้องนอนเล็กๆ 2 ห้อง เตรียมไว้สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล ห้องน้ำอยู่ใกล้ห้องนอน วัสดุปูพื้นลื่นเป็นบางแห่ง ลักษณะส้วมเป็นแบบนั่งราบ (ชักโครก) บริเวณห้องนอนของผู้ป่วยมีมุ้งลวด สามารถกันแมลงในสัตว์มีพิษเข้าไปในห้องได้ มีแสงสว่างเพียงพอ ห้องน้ำและห้องสุขาเป็นห้องเดียวกัน พื้นห้องน้ำไม่ลื่น ไม่มีราวจับขณะลุกเวลานั่งชักโครก

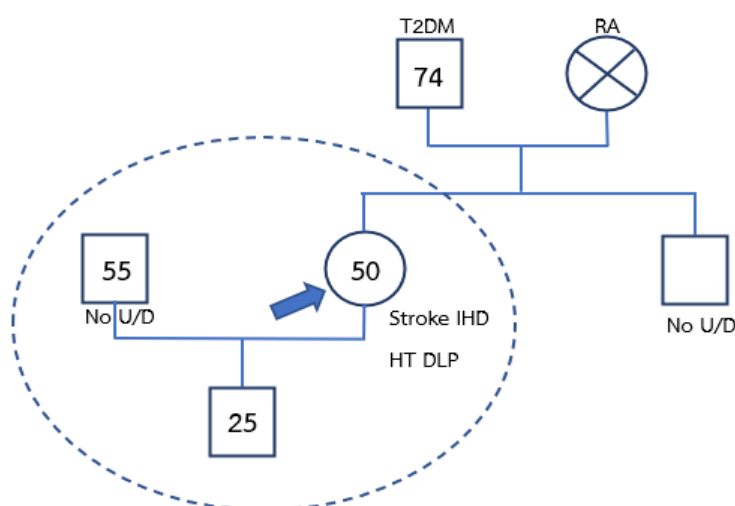
อาณาบริเวณ: รอบบ้านเป็นดินลูกรัง พื้นเรียบสม่ำเสมอ มีบ้านใกล้เคียงหลายหลัง

Other people

ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับสามีและลูกชาย 1 คน
สามีอายุ 55 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว เป็นผู้ดูแลหลักในช่วงกลางคืน

ลูกชาย อายุ 25 ปี เรียนจบปริญญาตรี ก่อนหน้านี้ทำงานเป็นลูกจ้างประจำอยู่ที่เทศบาล หลังการตาบอดจึงลาออกจากงาน ปัจจุบันช่วยที่บ้านทำนา ปฏิเสธโรคประจำตัว สถานภาพโสด เป็นผู้ดูแลหลักในช่วงกลางวัน และเป็นคนพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลทุกครั้ง แพทย์นัดสามารถจัดยาและอาหารให้ผู้ป่วยทานได้ รายได้หลักมาจากการทำนา ซึ่งมีรายรับรายจ่ายอยู่ในระดับปานกลางไม่เดือดร้อน มีเงินใช้ประมาณ 10,000 บาทต่อเดือน และมีเงินเก็บเพียงพอในการดูแลมารดา

บิดาและมารดาของผู้ป่วย ไม่ได้อาศัยอยู่กับผู้ป่วย บิดามีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน มารดามีโรคประจำตัวเป็นรูมาตอยด์เสียชีวิตแล้ว



ภาพที่ 1 Family Genogram¹⁰

Medication: ยาที่รับประทานประจำ ได้แก่

ASA(81) 1tab po pc

Plavix(75) 1tab po pc

Atorvastatin(40) 1tab po hs

Amlodipine(5) 1tab po pc

ผู้ป่วยทานยาได้ถูกต้องตามแผนการรักษา

Physical examination

Vital sign BT 37 °C, BP 140/90mmHg, PR 90/min, RR 20/min

General appearance Good

consciousness, well cooperation

Respiratory Normal breath sound, no adventitious sound

Cardiovascular No tachycardia, regular rhythm, normal S1 S2, no murmur

Extremities No deformity, no pitting edema, mild stiff joint of Lt. shoulder

Neurological Muscle power : Rt. UE grade V, Rt. LE grade V, Lt. UE grade II, Lt. LE grade III

Decrease sensation of Lt. arm and leg

No facial palsy, no dysarthria

Depression screening PHQ-2 TH: positive
PHQ-9 TH: 3 /27 points**Safety**

ในบ้าน: จุดเสี่ยงภายในบริเวณบ้านมี 4 ตำแหน่ง จุดแรกคือบริเวณห้องนอนของผู้ป่วย บริเวณที่นอนของผู้ป่วยวางอยู่บนพื้นซึ่งสูงประมาณ 10 นิ้ว อาจทำให้สัตว์มีพิษมาทำร้ายได้ และทำให้มีปัญหาในเรื่องการลุกยืนจากที่นอน จุดที่สองคือ บริเวณบ้านวางของไม่ค่อยเป็นระเบียบอาจทำให้เกิดการเดินชนได้จนทำให้เกิดการสะดุดล้มได้ จุดที่สามคือ บริเวณพื้นบางส่วนมีพื้นลื่นและจุดที่สี่ บริเวณห้องน้ำ ไม่มีราวจับ ขณะลุกเวลานั่งชักโครก ทำให้เสี่ยงต่อการลื่นล้ม เวลาพาผู้ป่วยลุกยืนแต่งตัวและขณะเดิน

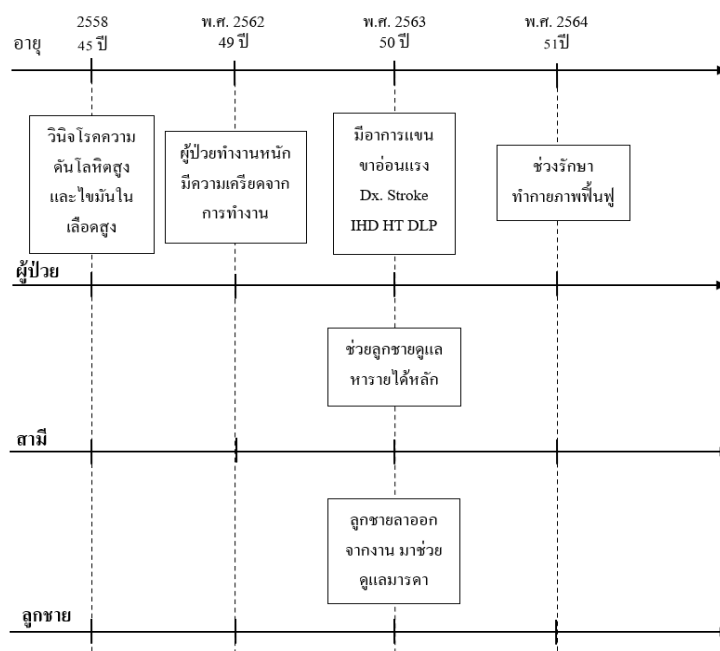
Spiritual health

จิตวิญญาณของผู้ป่วยคือการกลับมา มีบทบาทหน้าที่ในครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวสมบูรณ์ ซึ่งประเมินตามเครื่องมือ FICA¹¹ ได้ดังนี้

- Faith: สำคัญต่อการมีชีวิตของผู้ป่วยคือลูกและชีวิตครอบครัว
- Importance: ครอบครัวสำคัญ เพราะในชีวิตคนคนหนึ่งการได้มีครอบครัวที่สมบูรณ์ช่วยทำให้ชีวิตมีคุณค่ามากขึ้น
- Community: ชุมชนมีส่วนช่วยสนับสนุนและคาดหวังให้กลับมาใช้ชีวิตกับครอบครัวได้ปกติ
- Address in care: อยากให้ดูแลจนสามารถกลับมาทำกิจวัตรประจำวันเองได้

Service

- ใช้บริการสถานพยาบาลทาง การแพทย์สิทธิประกันสุขภาพถ้วน หน้าโรงพยาบาลทำวั่ง

ภาพที่ 2 Family times flow chart¹²

สรุปปัญหาจากการเยี่ยมบ้าน

1. Ischemic stroke : Lt. hemiplegia
2. Lt. shoulder joint stiffness
3. Overnutrition and overweight
4. Unsafe environment
5. Post-stroke depression
6. Caregiver burden

ปัญหาข้อที่ 1 Ischemic stroke: Lt. hemiplegia

หลังจากผู้ป่วยกลับมาพักที่บ้าน ผู้ป่วยได้ฝึกทำกายภาพด้วยตนเองทุกวัน โดยการออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (strengthening exercise) โดยระยะแรกให้ผู้ป่วยยกแขนโดยมีคนประคองอยู่ข้างๆ หลังจาก que ผู้ป่วยมีแรงมากขึ้นจึงให้ผู้ป่วยยกขวดน้ำ โดยค่อยๆ เพิ่มน้ำหนัก ส่วนบริเวณขาใช้ถุงทรายเป็นตัวถ่วงน้ำหนัก ผู้ป่วยสามารถเดินด้วย tripod cane ได้ โดยมีคนประคองข้างๆ ได้ประมาณ 5 เมตรเท่ากับก่อนผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

ประเมินผล

ประเมินสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ตรวจร่างกาย ตรวจอาการทางระบบประสาท และให้ผู้ป่วยทำท่ากายภาพที่ได้สอนไป ผู้ป่วยสามารถทำท่ากายภาพที่ถูกร้อยละ 75

The Barthel ADL ได้ 75/100 คะแนน แปลว่า ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มาก ซึ่งขาดใน หัวข้อการเคลื่อนย้าย การเดินการเคลื่อนไหว การใช้ห้องสุขา และการขึ้นลงบันได

Muscle power : Rt. UE & LE grade V, Lt. UE grade II, Lt. LE grade III ซึ่งดีขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงขณะนอนโรงพยาบาล

การวางแผนดูแลผู้ป่วย

1. นักกายภาพสอนท่ากายภาพที่ถูกต้อง ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ จากนั้นให้ผู้ป่วยและญาติ ทบทวนท่าที่สอนจนทำได้ถูกต้อง

2. แนะนำให้ผู้ป่วยฝึกเดินโดยใช้ Tripod Cane โดยมีญาติดูแลอย่างใกล้ชิด ใช้ระยะเวลาการฝึกเดิน 30 นาที ในช่วงเช้าและเย็น

3. เฝ้าสังเกตอาการขณะทำกายภาพว่ามีอาการ เจ็บเค้นอก ใจสั่น เหนื่อยออก เหนื่อยขณะออกแรง

รู้สึกจะเป็นลม ถ้ามีอาการดังกล่าว ให้หยุดทำ
กายภาพทันที ถ้ามีอาการไม่ดีขึ้นให้มา
โรงพยาบาลทันที

4. แนะนำเรื่องการทานยาให้ครบถ้วน
ตามที่แพทย์สั่ง และมาติดตามอาการที่
โรงพยาบาลตามนัดทุกครั้ง

5. หาทีม อสม. มาช่วยดูแลผู้ป่วย โดยการ
กระตุ้นให้ทำกายภาพ และวัดความดันโลหิต
แบ่งเบาภาระผู้ดูแล เพื่อลดภาระ Caregiver burden

6. ปรึกษาทีมผู้นำชุมชน เพื่อให้เข้ามามี
ส่วนร่วมในการช่วยดูแล และหาแหล่งสนับสนุน
ต่างๆในเรื่องอุปกรณ์ที่จำเป็นในการใช้ทำ
กายภาพที่บ้าน ปรับสภาพบ้านให้เป็นระเบียบ
และปลอดภัย เพื่อป้องกันการลื่นล้ม

7. เสนอทางเลือกการรักษาโดยการฝังเข็ม
แบบสิงหนาวโคเชียว¹³ พร้อมทั้งกระตุ้นไฟฟ้า
และกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลทำวัน
สัปดาห์

ปัญหาข้อที่ 2 Lt. shoulder joint stiffness¹⁴

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง
มีได้หลายภาวะ เช่น แผลกดทับ ข้อติดแข็ง
ท้องผูก ปอดติดเชื้อ เป็นต้น ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะ
ข้อไหล่ด้านซ้ายติด เนื่องจากผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อ
ของฝั่งซ้ายน้อย เจ็บเวลายกแขนซ้าย ทำให้ผู้ป่วย
ไม่ค่อยเคลื่อนไหวแขนฝั่งซ้าย จึงทำให้เกิดภาวะ
ข้อติดตามมา

ประเมินผล

ในท่านั่งผู้ป่วย ข้อไหล่ของผู้ป่วยงอได้
ประมาณ 120 องศาและเหยียดได้ประมาณ 30 องศา
กางแขนได้ประมาณ 150 องศาและหุบแขนได้
40 องศา หมุนเข้าและออกได้ประมาณ 50 องศา
มีอาการปวดบริเวณไหล่

การวางแผนดูแลผู้ป่วย

1. สอนท่ากายภาพสำหรับผู้ป่วยและญาติ
โดยให้ช่วยยกแขน-ขาข้างที่อ่อนแรงขึ้นลงและงอ
เข้าออกทำสลับกัน 20 ครั้ง เข้า-เย็น

2. ฝึการระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ตามมาในอนาคต โดยให้ความรู้ภาวะที่สามารถ
เกิดขึ้นได้ วิธีป้องกันและแก้ปัญหาเบื้องต้น

3. เสนอทางเลือกในการรักษา เช่น
การฝังเข็ม การทำกายภาพบำบัด นวดแพทย์
แผนไทยที่โรงพยาบาลทำวัน

ปัญหาข้อที่ 3 Overnutrition and overweight

จากการเยี่ยมบ้านพบว่าผู้ป่วยยังทาน
อาหารที่มีรสเค็มและของทอดอยู่ ซึ่งเมื่อผู้ป่วย
ทานอาหารดังกล่าวเป็นประจำจะมีการดูดน้ำ
กลับเข้าสู่กระแสเลือดมากขึ้น หากร่างกายได้รับ
เกลือในปริมาณมากจนเกินไป จะทำให้ผู้ป่วยมี
ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ และน้ำหนักตัวของผู้ป่วย
ยังมีน้ำหนักพอเดิมกับตอนนอนที่โรงพยาบาล
ซึ่งเป็นน้ำหนักตัวที่เกินเกณฑ์มาตรฐาน

ประเมินผล

Physical examination

BW 74 kg, Height 162 cm, BMI 28.20 kg/m²

Vital sign: BP 140/90 mmHg, PR 90/min

Respiratory: Clear

Extremities: no pitting edema

การวางแผนดูแลผู้ป่วย

1. ลดเค็มโดยการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือ
โซเดียมสูง เช่น อาหารหมักดอง อาหารแปรรูป
อาหารกระป๋อง เครื่องปรุงรสต่างๆ เช่น เกลือ
น้ำปลา ซอสปรุงรส เป็นต้น

2. รับประทานผักผลไม้ให้หลากหลาย และ
รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เป็นประจำทุกวัน
เพราะถ้ารับประทานอาหารจำพวกโปรตีน
ไม่เพียงพอ จะมีผลต่อการสร้างกล้ามเนื้อ

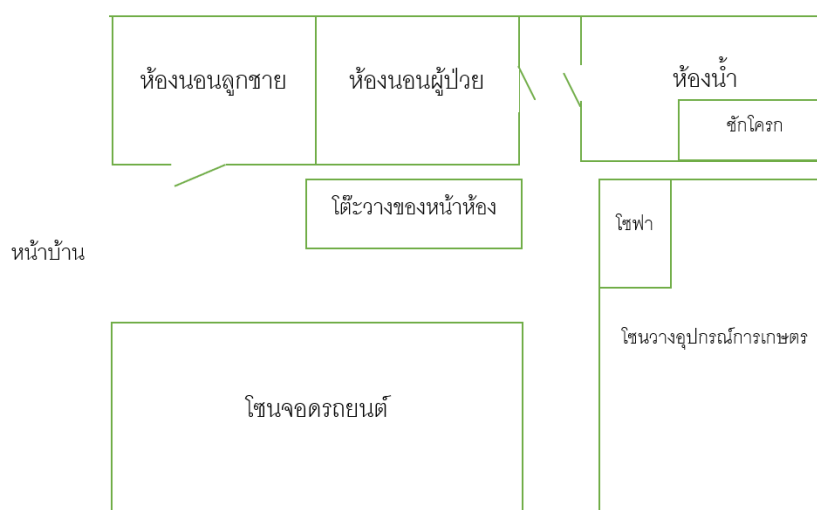
3. หลีกเลี่ยงหรือลดการรับประทานอาหาร
ที่มีไขมันอิ่มตัวสูง เช่น น้ำมันหมู หมูสามชั้น เนย
ครีม น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม อาหารที่ทำจาก
กะทิ เพราะกรดไขมันอิ่มตัวส่วนใหญ่ทำให้ระดับ
โคเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น

4. เลือกวิธีการปรุงอาหารที่ใช้ไขมันน้อย เช่น ต้ม ตุ่น นึ่ง อบ ย่าง ยำ แทนการทอดหรือผัด ซึ่งใช้น้ำมันในปริมาณมาก

5. เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะอ้วนระดับ 1 จึงแนะนำให้ผู้ป่วยควบคุมน้ำหนักและรับประทานอาหารตามที่กล่าวมาข้างต้น

ปัญหาข้อที่ 4 Unsafe environment¹⁵

1. เติงของผู้ป่วยที่วางติดพื้น
2. ของบริเวณบ้านที่ไม่เป็นระเบียบ



ภาพที่ 3 ผังบ้านของผู้ป่วย

การวางแผนดูแลผู้ป่วย

1. ขอสนับสนุน เติงของผู้ป่วย จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. ญาติและผู้ดูแลช่วยกันจัดของบริเวณบ้านให้เป็นระเบียบ คัดแยกสิ่งของต่างๆ ให้เป็นส่วน
3. ขอสนับสนุนจากท้องถิ่นให้เข้ามาปรับปรุงพื้นที่บ้าน และห้องน้ำให้เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วย

ปัญหาข้อที่ 5 Post-stroke depression¹⁶

หลังจากได้พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยและญาติเข้าใจตัวโรคเพิ่มมากขึ้น มีกำลังใจมากขึ้น แต่ยังมีภาวะเครียดเป็นบางครั้ง เวลาผู้ป่วยอยู่คนเดียว

3. พื้นบ้านบางส่วนที่เป็นพื้นลื่น

4. ห้องน้ำที่ไม่มีราวจับ

ประเมินผล

เนื่องจากเตียงของผู้ป่วยอยู่ติดพื้น ทำให้ผู้ป่วยลุกยืนลำบาก และบริเวณบ้านไม่เป็นระเบียบ อีกทั้งบริเวณบ้านบางส่วนลื่นและห้องน้ำไม่มีราวจับ เสี่ยงต่อการลื่นล้ม

ประเมินผล

คัดกรองด้วยแบบประเมิน 2Q มีผลเป็นบวก ประเมิน 9Q ได้ 3 คะแนน แปลผลว่า ผู้ป่วยมีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับน้อยมาก หรือไม่มีภาวะซึมเศร้า

การวางแผนดูแลผู้ป่วย

1. ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติในการฝึกทำกายภาพ
2. สร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและญาติ เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วยและญาติ
3. ประสานทีมอสม.และเพื่อนบ้านให้เข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วยเวลาอยู่คนเดียว

ปัญหาข้อที่ 6 Caregiver burden

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำเป็นต้องมีญาติช่วยดูแลอยู่ตลอดเวลา ลูกชายของผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลหลักในช่วงที่นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลและที่บ้าน จึงทำให้เสี่ยงต่อภาวะ Caregiver burden

ประเมินผล

โดยพิจารณาตาม Predictors of caregiver burden ตามปัจจัยต่างๆได้ดังนี้

1. ปัจจัยจากผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแลค่อนข้างมาก
2. ปัจจัยของผู้ดูแล ผู้ดูแลมีเวลาส่วนตน นอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยค่อนข้างน้อย
3. ปัจจัยด้านสังคม ยังขาดแคลนทีมที่จะเข้าไปให้การดูแลและองค์ความรู้ เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย

จากการประเมิน Predictors of caregiver burden พบว่า ลูกชายมีความเสี่ยงต่อภาวะ Caregiver burden ปานกลาง ในการดูแล Caregiver จึงประเมิน Illness ก่อนเพื่อนำมาสู่การแก้ไขปัจจัยต่างๆ ดังที่กล่าวมาข้างต้น

การประเมิน Illness ลูกชาย

Idea: โรคอัมพาตรักษาไม่หายแต่อาจดีขึ้นได้ การดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ของตน

Feeling: สงสารผู้ป่วยที่เป็นอัมพาต กังวลว่าจะผู้ป่วยพิการไปตลอดชีวิต

Function: การทำกิจกรรมในสังคมลดลง

Expectation: อยากให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติ หรืออย่างน้อยสามารถช่วยเหลือตนเองได้

การวางแผนดูแลผู้ดูแล

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับตัวโรค ฝึกสอนการทำการกายภาพบำบัด ซึ่งจะสนับสนุนให้ผู้ป่วย

ช่วยเหลือตัวเองได้ต่อไปในอนาคต เพื่อลดภาระการพึ่งพิง Caregiver

2. ให้กำลังใจ ชื่นชม และคอยเป็นที่ปรึกษาของญาติทั้งทีมแพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ

3. ให้ทีม Caregiver ช่วยดูแลผู้ป่วยในช่วงเวลากลางวันสลับกับการดูแลของญาติ เพื่อให้ญาติได้มีเวลาพัก

4. ให้ความรู้ญาติในเรื่อง โรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันการเกิดโรค เพราะถ้ามีผู้ป่วยเพิ่มในครอบครัว จะทำให้ไม่มีคนหารายได้ และทำให้มีรายจ่ายเพิ่มมากขึ้น

Team meeting report

จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 พบปัญหาดังที่กล่าวข้างต้น ทางทีมสหสาขาวิชาชีพจึงวางแผนในการรักษาผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยทำการกายภาพและฝังเข็มกระตุ้นไฟฟ้าบริเวณจุดหลัก Renzhong จุดรอง Neiguan, Sanyinjiao จุดเสริม Jiquan, Chize, Weizhong อย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาล ทำวันละทุกสัปดาห์ เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของลมปราณและเลือด มีการปรึกษากับนักโภชนาการในการควบคุมปริมาณอาหารและน้ำหนักตัว ทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล ประสานทีมพยาบาลจิตเวชในการดูแลเรื่องสุขภาพจิตทุก 1-2 เดือน พบว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะซึมเศร้า และติดต่อทีมผู้ดูแล (CG) เพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ติดต่อทีมอสม.แกนนำชาวบ้านในการปรับปรุงภูมิทัศน์ภายในบ้านให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย ทางทีมได้ให้กำลังใจญาติที่ดูแลผู้ป่วยและมีการจัดเวรสับเปลี่ยนดูแลผู้ป่วย โดยให้ญาติและ CG สลับกันดูแลผู้ป่วย เพื่อที่จะลดความเครียดให้กับญาติที่ต้องดูแลผู้ป่วยทั้งวัน ระหว่างที่ทำการรักษาได้มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง และโรคหัวใจขาดเลือด อีกทั้งเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองตีบ เช่น แผลกดทับ

ปอดอักเสบ ภาวะติดเชื้อต่างๆ พบว่าไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จนทำให้ต้องนอนรพ. ผลลัพธ์จากการรักษาที่โรงพยาบาลทุกสัปดาห์จนครบ 6 เดือน และฝึกทำกายภาพเองที่บ้านทุกวันจนครบ 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อเป็นไปในทางที่ดีขึ้น

อภิปรายผล

จากกรณีศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก เนื่องจากโรคนี้ทำให้เกิดภาวะแขนขาอ่อนแรง ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เป็นปกติ และมีภาวะพึ่งพิงผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าจากงานวิจัยเรื่องผลกระทบของภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองส่งผลต่อการฟื้นตัวกล่าวว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอ่อนแรงซีกซ้ายมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า และผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนผู้ดูแลจากครอบครัวพบว่ามีความซึมเศร้ามลดลง¹⁷ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว การดูแลช่วยเหลือภายในครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากภาวะโรคหลอดเลือดสมองและภาวะซึมเศร้าได้เร็วขึ้นก่อนป่วยผู้ป่วยมีอาชีพขายอุปกรณ์ทำพวงมาลัยเป็นการหารายได้ช่วยสามีและลูกในช่วงที่ไม่มีรายได้จากการทำนา หลังจากการป่วยสามีเป็นผู้หารายได้หลักเพียงคนเดียว บุตรชายต้องลาออกจากงานมาเป็นผู้ดูแลหลัก ดูแลในเรื่องการจัดยาให้ผู้ป่วย การทำกายภาพ จัดการเรื่องอาหาร เพื่อป้องกันไม่ให้อาการกลับมาเป็นซ้ำทั้งโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วย

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีหน้าดูแลทั้งตัวโรคและการเจ็บป่วย ซึ่งได้วางแผนร่วมกันทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลท่าเรือพร้อมทั้งผู้ป่วยและญาติ อีกทั้งทีมภาคีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนได้เข้าไปช่วยกันปรับปรุงบ้านและดูแลสุขภาพแวดล้อมบริเวณบ้านที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ซึ่งการลงไปเยี่ยมบ้านทำให้เห็นสภาพแวดล้อมที่เป็นปัญหาในการใช้ชีวิตของผู้ป่วย และสามารถหาวิธีแก้ไขปัญหาเพื่อปรับให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย ทีมสนับสนุนในชุมชน นักบริบาล เจ้าหน้าที่คอยเป็นกำลังใจแบ่งเบาภาระแก่ครอบครัว การเยี่ยมบ้านเป็นการแสดงความเป็นกัลยาณมิตร โดยให้ข้อมูลความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค และแผนการดำเนินการรักษาฟื้นฟู สร้างความมั่นใจในการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติ ส่งเสริมให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ ในการดูแลสุขภาพที่บ้านและร่วมมือในการเข้ารับการกายภาพฟื้นฟู¹⁸ อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 6 เดือน รวมทั้งการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีการแบ่งหน้าที่กันอย่างชัดเจนทำให้การรักษาและฟื้นฟูมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

สรุป

จากการติดตามอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลท่าเรือจนครบระยะเวลาสำคัญการฟื้นฟู ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา กายภาพบำบัด นวดประคบ ฝังเข็ม กระตุ้นไฟฟ้า และการดูแลรักษาแบบองค์รวม ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสัปดาห์ละ 2 วันจนครบ 6 เดือน โดยทำกายภาพบำบัดฟื้นฟู และ

รักษาโดยการฝังเข็มกระตุ้นไฟฟ้าแบบแพทย์แผนจีน มีการประเมินกำลังแขนขาและ Barthel ADL index ซ้ำทุกๆ 1 เดือนจนครบ 6 เดือน

(ตารางที่ 2) และมีการติดตามอาการที่บ้านของผู้ป่วย ซึ่งมีแนวโน้มดีขึ้นมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้

ตารางที่ 2 การประเมินอาการทางระบบประสาทและ Barthel ADL

	Muscle power			sensation	Barthel ADL (100คะแนน)	Sitting balance	standing balance	Walking balance
		Rt.	Lt.					
เดือนที่ 2 18 พ.ย. 63	arm	V	II	Impaired	75	good	good with tripod cane	good with tripod cane
	leg	V	III					
เดือนที่ 3 18 ธ.ค. 63	arm	V	II	Impaired	75	good	good with tripod cane	good with tripod cane
	leg	V	III					
เดือนที่ 4 20 ม.ค. 64	arm	V	II	Intact	80	good	Good without aid	good with tripod cane
	leg	V	IV					
เดือนที่ 5 19 ก.พ. 64	arm	V	II	Intact	85	good	Good without aid	good without tripod cane
	leg	V	IV					
เดือนที่ 6 30 มี.ค. 64	arm	V	II+	Intact	90	good	Good without aid	good without tripod cane
	leg	V	IV+					

วิจารณ์

จุดแข็ง

โรงพยาบาลทำวงมีตติ้งผู้ป่วยในที่ดูแลเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีโปรแกรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมได้ในแต่ละบุคคล และมีการทำหัตถการเพิ่มเติมจากโรงพยาบาลอื่น คือ การฝังเข็ม มีแพทย์ที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องจนถึงระยะที่ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ชุมชนและดูแลตนเองได้

จุดอ่อน

1. การฝังเข็มในขณะที่นอนรักษาที่โรงพยาบาล อาจทำให้การรักษาดีขึ้นเร็วกว่าเดิม

2. ทั้งนี้ต้องได้รับการยินยอมการรักษาจากผู้ป่วยและญาติ

3. ในผู้ป่วยที่มีคะแนน Barthel ADL น้อยกว่า 20/100 มีโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง การเข้ารับโปรแกรมอาจต้องใช้เวลาที่นานขึ้น อาจทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้ช้าลง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำไปปรับใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกราย เพื่อให้ผู้ป่วยทุกรายเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม

2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย นำไปขยายผลให้กับโรงพยาบาลชุมชนอื่น เพื่อเป็นรูปแบบใน

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

3. ควรมีการเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ การติดตามเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การรับประทานอาหาร

4. การศึกษากรณีศึกษาเพียง 1 ราย ไม่สามารถอนุมานได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางโดยการฝังเข็มให้ผลดีกับผู้ป่วยทุกราย

เอกสารอ้างอิง

- World Stroke Organization. World stroke organization [Internet]. 2020 [cited 2022 March 30]. Available from: <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/why-stroke-matters/learn-about-stroke>
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สาเหตุการตาย. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 25 เมษายน 2565];91. เข้าถึงได้จาก: <http://www.pcko.moph.go.th/Health-Statistics/statistic2562.pdf>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี. [อินเทอร์เน็ต]. ลพบุรี: 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://lri.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- Kyoung Bo Lee, Seong Hoon Lim, Kyung Hoon Kim. Six-month functional recovery of stroke patients: a multi-time-point study. International Journal of Rehabilitation Research 2015; 38(2): 173–180.
- กฤษณะ สุวรรณภูมิ. การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2554; 3: 38-44.
- Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal 1965; 14: 56-61.
- วิชาญ ปาวัน,บรรณาธิการ. คู่มือรู้ทันโรคและภัยสุขภาพสำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2560.
- Joseph AL, Marian RS. The BATHE method: Incorporating Counseling and Psychotherapy into the Everyday Management of Patients. The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry 1999; 2: 35-39.
- BRIAN K. UNWIN, MAJ, MC, USA, AND ANTHONY F. JERANT. The Home Visit. American Family Physician 1999: 60(5): 1481-1488
- Monica McGoldrick, Randy Gerson, Sueli Petry. Genograms Assessment and Intervention. 3rd Ed. New York: WW Norton; 2007.
- Christina P, Anna LR. Taking Spiritual History Allows Clinicians to Understand Patients More Fully. Journal of Palliative Medicine 2000; 3: 129-137.
- Rakel RE. Textbook of family practice. 5th ed. Philadelphia: W.B.Saunders; 1995. p.28-29.
- ธวัช บุรณ ถาวรสม, สมคิด ปิยะมาน, บรรณาธิการ. ฝังเข็มร่วมรักษาโรค เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์สวรินทร์การพิมพ์; 2557.
- Kieran Walsh. Management of shoulder pain in patients with stroke. Postgraduate Medical Journal 2001; 77: 645–649.
- Rakel RE and Rakel DP. Textbook of Family Medicine. 9th Ed. United States: Elsevier Saunders; 2016.
- แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2558.
- Dong-Heun Ahn, MD, Yung-Jin Lee, MD, Ji-Hun Jeong, MD, Yong-Rok Kim, MD, Jong-Bum Park, MD. The Effect of Post-Stroke Depression on Rehabilitation Outcome and the Impact of Caregiver Type as a

Factor of Post-Stroke Depression. Annals of Rehabilitation Medicine 2015; 39(1): 74-80.

18. อัญชลี จุฑะพุทธิ, บุญใจ ลิ้มศิลา, วิรลพัชร เสี่ยงประเสริฐ, ฐิตารัตน์ ศุทธะชัยอนันต์, บรรณาธิการ. แนวทางการจัดการฝังเข็มโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ร้านพิมพ์ทอง; 2563.

การพยาบาลผู้ป่วย Hypoxic-ischemic encephalopathy (HIE): กรณีศึกษา

ทิวา สีม่วงอ่อน ป.พ.ส.

Received: 5 มิ.ย.65

Revised: 7 มิ.ย.65

Accepted: 1 ส.ค.65

บทคัดย่อ

บทนำ: Hypoxic-ischemic encephalopathy (HIE) เป็นภาวะการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดที่นำไปสู่อันตราย เช่น เลือดขาดออกซิเจน มีคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง และภาวะกรดจากเมตาบอลิซึม หรือจากไม่มีการระบายอากาศที่ปอด ปริมาตรเลือดที่ผ่านปอดน้อยหรือมีไม่เพียงพอหลังจากการคลอด ส่งผลให้อวัยวะที่สำคัญขาดออกซิเจนไปหล่อเลี้ยง ทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่และเสื่อมประสิทธิภาพของอวัยวะนั้นๆ และเกิดความพิการต่างๆทางสมอง ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตได้สูงมาก และแม้รอดชีวิตก็อาจมีสภาพเป็นผู้พิการได้ รวมทั้งการรักษาด้วย Therapeutic-Hypothermia ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่มีจำกัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมินั้น บทบาทสำคัญของการพยาบาลในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จะต้องมีความรู้ความชำนาญในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างเหมาะสม ปลอดภัย มีโอกาสฟื้นหายหรือลดภาวะความพิการลงได้

วิธีการศึกษา: คัดเลือกผู้ป่วย Hypoxic-ischemic encephalopathy (HIE) ที่ได้รับการส่งต่อมารักษาด้วย Therapeutic-Hypothermia 1 ราย ที่โรงพยาบาลสระบุรี ใช้กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม ในการประเมิน วางแผนการพยาบาล วินิจฉัยการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลาที่ดำเนินการ 6 เดือน (ตั้งแต่ ธันวาคม 2564 ถึง มิถุนายน 2565)

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยทารกแรกเกิดเพศหญิง คลอดปกติไม่หายใจแพทย์วินิจฉัยเป็น Severe Birth Asphyxia ช่วยฟื้นคืนชีพ on ETT. แล้วส่งต่อมาจาก เพื่อรับการรักษาด้วย Therapeutic-Hypothermia Temp.target 33.5 °C. พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับการประสานส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวได้ดี สามารถหายใจเองได้มากขึ้น ลด mode ventilator ได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างรับการรักษา ส่งกลับไปรักษาต่อเนื่องจากโรงพยาบาลเดิมได้ ญาติเข้าใจปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลได้ดี จากการติดตามโทรศัพท์เยี่ยมผู้ป่วย 1 ครั้ง หลังส่งกลับไป 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยยังนอนพักใน NICU อาการดีขึ้นตามลำดับ

สรุป: การใช้กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับการประสานส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย มีโอกาสฟื้นหายหรือลดภาวะความพิการลงได้

คำสำคัญ: Hypoxic-ischemic encephalopathy (HIE), Therapeutic-Hypothermia, การพยาบาล

*กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี

Nursing Care in patient with Hypoxic-ischemic encephalopathy (HIE): Case Study

Tiwa Seemuangon DIP in Nursing and Midwifery

Abstract

Introduction: Hypoxic-ischemic encephalopathy (HIE) is a type of brain dysfunction in the newborn, resulting in hypoxemia, hypercapnia and metabolic acidosis which can lead to neuronal cell death and brain damage. Continuous asphyxia can also lead to multiple organ dysfunctions. Birth asphyxia is a serious clinical problem worldwide and contributes greatly to neonatal mortality and morbidity. Therapeutic-Hypothermia is a specific and effective treatment for HIE. Nurses, therefore, should have sufficient knowledge and skills of therapeutic hypothermia for taking caring of patients effectively.

Methods: The study recruited a female newborn patient diagnosed with hypoxic ischemic encephalopathy (HIE) and referred to therapeutic hypothermia at Saraburi Hospital. at The study incorporated the nursing process and holistic care including assessment, planning, diagnosis, implementation, and evaluation and follow-ups. The study was conducted for seven months from December 2021 to June 2022.

Results: The result revealed that the female newborn patient who was diagnosed with severe birth asphyxia and referred to therapeutic hypothermia at Saraburi Hospital. The patient still underwent intubation and resuscitation from the primary hospital. The nursing process, holistic care, and effective communication were implemented by nurses. The patient could be extubated and recovered, having no complications. Then, the patient was referred back to continuous treatment at the primary hospital. The caregiver accepted and understood the instructions given. A phone follow - up was performed within two weeks after the reference, and the patient was found to recover but remain admitted in NICU.

Conclusion: The nursing process and holistic care with effective communication in the referral system could lead to patients' safety and recovery. And decreasing morbidity and mortality.

Keywords: Hypoxic-ischemic encephalopathy (HIE), Nursing care, Therapeutic hypothermia

*Emergency Nursing Care Department, Saraburi Hospital

บทนำ

จากสถิติอัตราการเกิดภาวะขาดอากาศในทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia Rate) เขตสุขภาพที่ 4 พบว่าในปี 2562 2563 2564 และ 2565 มี Birth Asphyxia Rate 1.50 1.32 1.51 และ 1.17 ตามลำดับ ผลจากภาวะดังกล่าวทำให้ทารกเหล่านั้นเสียชีวิต และในรายรอดชีวิตมักมีสภาพเป็นผู้พิการ โรงพยาบาลสระบุรีเป็น Excellence ที่สามารถให้การรักษาลูกป่วยกลุ่มนี้ได้ด้วย Therapeutic-Hypothermia ซึ่งช่วยดูแลผู้ป่วยทั้งเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 4 แต่การส่งต่อผู้ป่วยจำเป็นต้องมีประสิทธิภาพจึงจะรักษาได้ทันเวลา ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะเรียนรู้เพื่อปรับปรุงแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

Hypoxic-ischemic encephalopathy (HIE) เป็นภาวะการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดที่นำไปสู่อันตราย ประกอบด้วย เลือดขาดออกซิเจน (hypoxemia) คาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง (hypercapnia) และภาวะกรดจากเมตาบอลิซึม (Metabolic Acidosis) หรือจากไม่มีการระบายอากาศที่ปอด (ventilation) และปริมาตรเลือดที่ผ่านปอด (pulmonary perfusion) น้อยหรือมีไม่เพียงพอหลังจากการคลอด ส่งผลให้อวัยวะที่สำคัญขาดออกซิเจนไปหล่อเลี้ยง ทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่และเสื่อมประสิทธิภาพของอวัยวะนั้นๆ และเกิดความพิการต่างๆ ทางสมองตามมา

ภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด ทำให้เกิดการหายใจทางปาก หายใจไม่สม่ำเสมอ และหัวใจเต้นช้าลง ส่งผลให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรด ค่าความเป็นกรด (pH) ต่ำลง ค่าความดันออกซิเจนในเลือด (PaO₂) ลดลง ค่าความดันคาร์บอนไดออกไซด์ (PaCO₂) เพิ่มขึ้น การกระจายของเลือดไปสู่อวัยวะต่างๆ เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เพื่อให้หัวใจและสมองได้รับเลือดและออกซิเจนอย่างสม่ำเสมอ ปริมาณของเลือดที่ไปสู่ปอด ไต ลำไส้และลำตัวจะลดลง ทำให้หลอดเลือดฝอยในปอดหดตัว มีเลือดไหลลัดผ่าน foramen ovale และ ductus arteriosus เข้าสู่ระบบหลอดเลือดของร่างกาย เพื่อไปเลี้ยงส่วนที่จำเป็นของร่างกาย คือ สมองและหัวใจ ถ้าภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด นานเกิน 5 นาที หัวใจและสมองก็จะขาดออกซิเจน ถ้าทารกไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีจะทำให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรดมากขึ้น ทำให้เกิดหลอดเลือดฝอยในปอดหดตัวมากยิ่งขึ้น ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง มีอาการและอาการแสดงดังนี้ คือ แรกคลอดทารกเขียว ไม่หายใจ กล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นช้ารีเฟล็กซ์ลดลง ค่า APGAR score ที่ 1 และ 5 นาทีหลังคลอดน้อยกว่า 5 หรือต้องช่วยหายใจนานเกิน 2-3 นาที ถือว่ามีภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด

เมื่อช่วยฟื้นคืนชีพแล้ว การรักษาที่ช่วยลดอันตรายจากสมองขาดออกซิเจน คือ การรักษาด้วย Therapeutic-Hypothermia

ซึ่งเป็นการรักษาโดยลดอุณหภูมิกายทารก ลงอย่างรวดเร็วภายใน 4 ชั่วโมง จากนั้น จึงคงไว้แล้วค่อยๆ ปรับเพิ่มสู่อุณหภูมิปกติ พยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในการดูแล ผู้ป่วยให้ปลอดภัยทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ Induction phase , Maintenance phase และ Rewarming phase ต้องดูแลทั้ง ด้านร่างกายผู้ป่วย สภาวะความเครียด และวิตกกังวลของญาติ กรณีผู้ป่วยต้องส่ง ต่อเพื่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น จำเป็นต้องเตรียมความพร้อมทั้งด้านการ ช่วยฟื้นคืนชีพ การประสานส่งต่ออย่าง กระชับ ได้ผลตอบรับเร็ว การนำส่งผู้ป่วย อย่างมีประสิทธิภาพด้วยทีมที่มีความ เชี่ยวชาญทารกแรกเกิด โรงพยาบาลที่รับ ผู้ป่วยต้องเตรียมให้การดูแลผู้ป่วยทันทีที่ ถึงห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และพร้อมส่ง ต่อผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เพื่อเตรียมเข้าเครื่อง Therapeutic-Hypothermia ทันที กระบวนการ โรงพยาบาลต้องสอดคล้องกัน ตั้งแต่ โรงพยาบาลต้นทาง, ห้องอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน รวมถึงหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลปลายทาง เพื่อดูแลผู้ป่วย ทันทีตั้งแต่คลอด ให้การรักษาพยาบาล จำหน่ายและดูแลฟื้นฟูรวมถึงการตรวจ ตามนัดเพื่อติดตามพัฒนาการต่อเนื่อง

Therapeutic-Hypothermia เป็น แนวทางการรักษาเพื่อป้องกันอันตรายที่ เกิดกับเซลล์สมอง เนื่องจากถ้าสมองของ มนุษย์ขาดเลือดไปเลี้ยงจะส่งผลให้เซลล์ สมองตายได้ภายในระยะเวลาอันสั้น

ดังนั้น เมื่อเกิดมีภาวะหัวใจหยุดเต้นและ ต้องปั๊มหัวใจช่วยชีวิต ในระหว่างนั้นสมอง ก็จะขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง ปัจจุบันจึงมีวิธี รักษาด้วยการลดอุณหภูมิของร่างกายให้ ต่ำกว่าปกติ เพื่อช่วยให้สมองที่ได้รับ อันตรายกลับคืนมา โดยจะต้องทำทันที หลังจากช่วยให้ผู้ป่วยหัวใจกลับมาเต้นได้ เรียบร้อยแล้ว เพื่อรักษาเซลล์สมองให้ ได้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ แม้ว่าสมอง ของมนุษย์จะสร้างใหม่ไม่ได้ แต่สร้างคอน เนกซ์ใหม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับมา ปกติได้อีกครั้งขั้นตอนการรักษาด้วย Therapeutic Hypothermia แพทย์จะ เริ่มขั้นตอนโดยการลดอุณหภูมิของ ร่างกายให้ต่ำกว่าปกติอยู่ที่อุณหภูมิ แขนกลางประมาณ 33 °C. และควบคุมให้ คงที่ตลอดเวลาประมาณ 24 ชั่วโมง โดย ก่อนการเข้ารับการรักษาดังวิธีนี้จะต้อง ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดผลแทรก ซ้อนจากการรักษา เช่น โอกาสการติดเชื้อ รุนแรงในกระแสเลือด รวมทั้งเตรียม ป้องกันอาการร่วมบางอย่าง เช่น อาการ หนาวสั่น เป็นต้น เพื่อให้ได้ผลตอบสนองที่ ดีต่อการรักษาด้วยการลดอุณหภูมิ และ หลังจากควบคุมอุณหภูมิได้ตามระยะเวลา ที่กำหนดจะดำเนินการปรับสภาพร่างกาย ของผู้ป่วยให้กลับมาอยู่ในสภาวะปกติ โดย ตลอดขั้นตอนการรักษาจะใช้เวลา ประมาณ 3 วัน

วัตถุประสงค์ของการศึกษา: เพื่อศึกษา และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย

Hypoxic-ischemic encephalopathy (HIE) ที่ได้รับการรักษาด้วย Therapeutic-Hypothermia โดยเริ่มตั้งแต่แรกคลอดในห้องคลอด NICU ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รวมทั้งศูนย์ Refer ซึ่งต้องประสานงานกัน และให้การดูแลผู้ป่วยเชื่อมโยงกัน การช่วยฟื้นคืนชีพต้องรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ การส่งต่อต้องเป็น Fast Track สามารถส่งผู้ป่วยได้ทันเวลา ไม่ให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน ครอบคลุมเข้าใจการดูแลผู้ป่วยหลังกลับบ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายได้รวดเร็ว พัฒนาระบบส่งต่อให้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ป้องกันอันตรายที่จะเกิดแก่ชีวิตของผู้ป่วย

วิธีดำเนินการศึกษา

1. การคัดเลือกกรณีศึกษา ผู้ศึกษาได้คัดเลือกผู้ป่วย Hypoxic-ischemic encephalopathy (HIE) ที่ได้รับการรักษาด้วย Therapeutic-Hypothermia 1 ราย ที่รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และเข้ารับรักษาที่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (NICU) โรงพยาบาลสระบุรี

2. เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย การเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย แบบบันทึกทางการแพทย์ การตรวจร่างกาย การรักษาของแพทย์ การซักถามอาการจากญาติและการเฝ้าระวังติดตามอาการ ตลอดจนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

3. ติดตามญาติผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่ออธิบาย

วัตถุประสงค์ของโครงการและการดำเนินโครงการให้พึงพอใจเชิงบวก โดยเพิ่มเติมรายละเอียดในการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการศึกษาและการรักษาความลับของผู้ป่วย เมื่อได้รับความยินยอมจากญาติผู้ป่วยแล้ว ผู้ศึกษาจึงวางแผนการพยาบาลโดยยึดกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนคือ

1. การประเมินภาวะสุขภาพ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการตรวจร่างกาย การซักประวัติและการศึกษาจากเอกสาร จนได้ประวัติครบถ้วนตามที่ต้องการ ได้แก่ ประวัติเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการรักษาพยาบาล ประวัติการตั้งครรภ์ของมารดา ประวัติการคลอด ประวัติครอบครัว และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2. นำข้อมูลมาวิเคราะห์และตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

3. วางแผนการพยาบาล โดยใช้ข้อมูลที่รวบรวมได้ และข้อมูลจากโดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรค ตลอดจนปรึกษาพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรค Hypoxic-ischemic encephalopathy (HIE)

4. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้

5. ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานตามแผน พร้อมทั้งสรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและเผยแพร่ความรู้ที่ได้จากการทำกรณีศึกษา

กรณีศึกษา**ข้อมูลทั่วไป**

ผู้ป่วยทารกแรกเกิดหญิงไทย มารดาอายุ 31 ปี G₂P₁Ab₀L₁ last 8 ปี อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ คลอดปกติที่ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เมื่อวันที่ 3 ธันวาคม 2564 เวลา 08.44 น. BW. 3,028 gm. Risk Thick Meconium แรกเกิดไม่หายใจ ไม่มีเสียงอัตรการเต้นของหัวใจ แพทย์ช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก (PPV) 2 รอบ แล้วยังไม่มีเสียงอัตรการเต้นของหัวใจ จึงใส่ท่อช่วยหายใจ ให้ Adrenaline via tube 1 dose on UVC, start Ampicillin 300 mg. q 12 hrs., Gentamycin 12 mg.+5%D/W up to 2 ml. iv drip in 30 mins. ประสานส่งต่อมารักษาด้วย Therapeutic-Hypothermia ที่โรงพยาบาลสระบุรี นอนพักรักษาตัว 6 วัน จำหน่ายจากโรงพยาบาลสระบุรีโดยส่งกลับเพื่อดูแลและฟื้นฟูที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชเมื่อวันที่ 9 ธันวาคม 2564 เวลา 09.50 น. รายงานประวัติผู้ป่วยได้จากญาติและรายงานเอกสารจากเวชระเบียน

อาการสำคัญ ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลทั่วไปต่างจังหวัดด้วยอาการ 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลหลังคลอดไม่หายใจ no HR. แพทย์วินิจฉัยเบื้องต้น เป็น Severe Birth Asphyxia ช่วยฟื้นคืนชีพแล้วส่งมารับการรักษาด้วย Therapeutic-Hypothermia

อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน มารดา G₂P₁Ab₀L₁ last 8 ปี อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ ปฏิเสธโรคประจำตัว ANC ครั้งแรก อายุครรภ์ 24 สัปดาห์ ผล Lab. ปกติ ANC รวม 7 ครั้ง มาด้วยน้ำเดินก่อนคลอดตั้งแต่วันที่ 3 ธันวาคม 2564 เวลา 04.00 น. Risk thick meconium, คลอดปกติเวลา 08.44 น. ที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช หลังคลอดไม่หายใจ, ไม่มีเสียงอัตรการเต้นของหัวใจ แพทย์วินิจฉัยเบื้องต้น เป็น Severe Birth Asphyxia ช่วยฟื้นคืนชีพแล้วส่งมารับการรักษาด้วย Therapeutic-Hypothermia

แพทย์ตรวจร่างกาย (P.E.): coma, hypotonia, pale, no jaundice, no cleft lip-cleft palate, normal S₁S₂ no Murmur, lung clear, Abdomen soft no distension, extremity no anomaly
การวินิจฉัย: Severe Birth Asphyxia with Hx. Cardiac Arrest with RF.

การรักษา: Therapeutic-Hypothermia
ประเมินสภาพ: ชี้นิ่ง, pupil 3 mm. slowly RTLBE., แขนขาอ่อนแรง, ชีต, on ETT. No. 3.5 depth 9, BT. 36.4 °C. BP. 69/50 mmHg., HR. 183 bpm., RR. 64 rpm. O₂sat. 100 %, on 10% D/W iv. Drip rate 8.1 mL/hr.

ตารางที่ 1 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการ	ค่าปกติ	3 ธ.ค.	4 ธ.ค.	5 ธ.ค.	6 ธ.ค.	7 ธ.ค.
CBC						
WBC	4.5-8.6*10 ³ /ul	21.5	19.6	16.4	15.6	
Hb	12-15.8 g/dl	11.8	13.3	10.3	15.4	
Hct	35.2-46.4%	41.1	40.2	30.2	45.3	
Neutrophils	55-75%	70	83	86	70	
Lymphocytes	20-35%	21	12	7	22	
Monocytes	2-6%	8	5	5	7	
Metamyelo	%	0	0	1	0	
Eosinophiles	1-3%	1	0	1	1	
Basophils	0-2%	0	0	0	0	
MCV	80.0-100.0 fl	98.6	88.9	83.5	82.7	
Plt. Auto	*10 ³ /ul	474	376	313	292	
PT	10.1-14.1 Sec.	18.8		14.1	14.2	
PTT	21.9-32.3 Sec.	39.1		29.0	33.5	
INR		1.6		1.18	1.91	
BloodChemistry						
Glucose	70-99 mg/dL	351	134			
BUN	6-20 mg/dL		12.3		21.8	
Cr	0.5-1.5 mg/dL		0.63		0.55	
Albumin	3.5-5.0 g/dl	3.6	3.1	2.9		3.1
Calcium	8.3-10.9 mg/dl	8.4	7.3	7.0	8.7	
Sodium	135-148 mmol/L	134.0	133.1	129.6	132.2	135.2
Potassium	3.5-5.0 mmol/L	3.58	3.68	3.27	3.58	3.92
Chloride	90-111 mmol/L	102	100.6	96.3	89.2	93.8
CO2	21.0-31.0 mmol/L	8.9	16.3	20.8	25.5	27.2
Lactate	mmol/L	10.2	4.9	3.4	3.4	2.0

ตารางที่ 1 (ต่อ) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการ	ค่าปกติ	3 ธ.ค.	4 ธ.ค.	5 ธ.ค.	6 ธ.ค.	7 ธ.ค.
BloodGas						
pH	7.35-7.45	7.282	7.364	7.441	7.467	7.563
pCO ₂	32-42 mmHg	21.2	32	30.6	34.3	36.5
pO ₂	75-100 mmHg	199.9	138.1	123.2	53.1	132.8
HCO ₃	20-26 mmol/L	9.7	9.4	24.3	29.0	32.9
Urine Cr	50-100 mg/dl		39.8			
Urine Na	80-180 mmol/L		101.9			

รายงานกรณีศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยทารกแรกเกิดเพศหญิง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสระบุรี โดยการส่งต่อจากโรงพยาบาล พระนารายณ์มหาราช วันที่ 3 ธันวาคม 2564 เวลา 12.10 น. แรกคลอด APGAR 1-2-5 แพทย์จึงช่วยเหลือโดย PPV และกดหน้าอก 15 วินาที 2 รอบ no HR. จึง on ETT. No. 3.5 depth 9 ให้ยา Adrenaline 1 dose via tube จากนั้น ฟังได้ HR. > 100 bpm. ไม่มีอาการชัก เจาะ Blood gas : pH 6.8 HCO₃ 7 mmol/L ให้ 7.5% NaHCO₃ 3 ml. iv. 1 dose. on 10%D/W iv drip 8.1 ml./hr. ทา ง UVC เริ่ม Ampicillin 3 MKdose + gentamycin 12 mg. iv. Stat. แพทย์วินิจฉัย Severe Birth Asphyxia ส่งต่อรักษาด้วย Therapeutic-Hypothermia ระหว่างนำส่ง มีอาการชัก 1 ครั้ง แพทย์ให้ Phenobarb 60 mg, iv. stat

แกร็บที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

โรงพยาบาลสระบุรี ประเมินอาการ ทารกแรกเกิดเพศหญิง ชี้นี้ แขนขาอ่อนแรง ชีต on ETT. No. 3.5 depth 9 BT. 36.4 °C. BP. 69/50 mmHg., Hr. 183 bpm., RR. 64 rpm., O₂sat. 100 % กุมารแพทย์วินิจฉัย Birth Asphyxia ให้ 10% D/W iv. Drip rate 8.1 ml./hr. และ Admit เข้า NICU ให้ต่อ Ventilator AC. mode, on UVA, UVC., Retained Foley's catheter, on Therapeutic-Hypothermia เริ่มเวลา 12.20 น. set gold 13.20 น. Temp.target 33.5 °C., ให้ยา Ampicillin 300 mg. iv. q 12 hrs., Gentamycin 12 mg.+5%D/W up to 2 ml. iv. drip in 30 mins., aminophylline 5.5 mg. iv. Q 6 hrs. ไม่มีอาการชัก Monitor EEG. show Electrographic Scizure Rt. leg ให้ Keppra 60 mg. + NSS up to 10 ml. iv. drip in 30 mins q 12 hrs. เจาะ Lab. ติดตามประเมินอาการ ตัวซีด, PT. 18.8

sec. Ptt. 39.1 sec. แพทย์พิจารณาให้ FFP. 30 ml.*2 doses, LPB. 30 ml.*2 doses, Plt. 30 ml.*2 doses, BS. 351 mg/dL ได้ RI 50 unit+NSS to 50 ml. iv. Drip 0.2 ml./hr., HCO₃ 9.7 mmol/L ได้ 7.5% NaHCO₃ 6 ml.+Sterile water 6 ml. iv. Drip in 1 hr. เวลา 16.00 น. ไม่มีอาการชัก แต่ EEG. show Electrographic Scizure at Rt. leg แพทย์ให้ Phenobarb 120 mg.+NSS up to 20 ml. iv. In 30 mins. then Phenobarb 60 mg.+NSS up to 10 ml. iv. In 30 mins. q 12 hrs. วันที่ 4 ธันวาคม 2564 ผล Lab. Cr. rising แพทย์ off Gentamycin เปลี่ยนให้ Cefotaxime 150 mg.+NSS up to 3 ml. iv drip q 12 hrs. วันที่ 6 ธันวาคม 2564 ครบ set Therapeutic-Hypothermia เวลา 13.20 น. เข้าสู่ rewarm phase ยัง Monitor EEG. ไข้ พบคลื่นชัก 1 นาที แพทย์ off Keppra 60 mg. + NSS up to 10 ml. iv. drip in 30 mins. q 12 hrs. เปลี่ยนเป็น Keppra 90 mg. + NSS up to 15 ml. iv. drip in 30 mins. q 12 hrs. วันที่ 7 ธันวาคม 2564 ผล CXR พบ RLL. Atelectasis แพทย์เลื่อน ETT. ขึ้น 0.5 cm. set Ventilator SIMV c PS mode จัดทำนอนตะแคงขวาขึ้น ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ยัง on ETT. with Ventilator SIMV c PS mode หายใจตามเครื่อง RR. 40 rpm. HR. 148 bpm. BP. 97/61 mmHg. BT. 37.0 °C.

วันที่ 9 ธันวาคม 2564 จำหน่ายโดยส่งกลับไปดูแลต่อที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โดยทีมพยาบาลจาก NICU โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชมารับกลับเวลา 09.50 น.เพื่อดูแลต่อเนื่องการวินิจฉัยก่อนจำหน่าย Severe Hypoxic-ischemic encephalopathy (HIE) S/P Therapeutic-Hypothermia, RLL.

Atelectasis, Anemia

วันที่ 20 ธันวาคม 2564 ติดตามสอบถามทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง ผู้ป่วยยังนอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช อาการดีขึ้นตามลำดับ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วย Hypoxic-ischemic encephalopathy (HIE) ที่ได้รับการรักษาด้วย Therapeutic-Hypothermia เริ่มตั้งแต่แรกคลอดจนถึงจำหน่าย สามารถแบ่งการพยาบาลออกเป็น 3 ระยะ คือ ก่อนรักษา ขณะรักษา และหลังรักษาด้วย Therapeutic-Hypothermia

การพยาบาลก่อนรักษาด้วย Therapeutic-Hypothermia

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะร่างกายขาดออกซิเจนเพิ่มขึ้นเนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

S: แพทย์ผู้ทำคลอดให้ประวัติว่า “ผู้ป่วยไม่หายใจ ไม่ร้อง ไม่มี tone ไม่มี Heart Rate ตั้งแต่คลอด”

O: case HIE APGAR 1-2-5

: มีอาการชัก 1 ครั้งระหว่างนำส่ง
: ไม่หายใจ on ETT. with Ventilator
PC mode

: ค่า Blood Gas pH 7.282 , HCO_3 9.7
วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยได้รับ
ออกซิเจนเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. V/S ปกติ ได้แก่ SBP. 60-76 mmHg. DBP. 31-45 mmHg. RR. 40-60 rpm. ปรับลด mode ventilator ได้ HR. 100 - 160 bpm. O_2sat . 95-100 %
2. ค่า Blood Gas อยู่ในเกณฑ์ปกติ pH 7.35-7.45 , HCO_3 20-26 mmol/L
3. ไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน เช่น ตัวซีดหรือเขียว

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่านอนศีรษะสูง
2. Clear airway
3. Care Ventilator
4. Record V/S, N/S ทุก 15 นาที
5. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน
6. ติดตามผล Lab. โดยเฉพาะ Blood Gas และรายงานแพทย์ทราบผลทันที

7. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดการกระตุ้น เพื่อลดการใช้ออกซิเจนผู้ป่วย

ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยยังซึมนิ่ง แต่สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ดีขึ้น ได้แก่ BP. 90/53-94/57 mmHg. หายใจตาม ventilator RR. 60 rpm. HR. 156-196 bpm. O_2sat . 95-100 % ค่า Blood Gas pH 7.364,

HCO_3 24.3 ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีการติดเชื้อในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

S: มารดาให้ประวัติว่า “เจ็บท้อง มีน้ำเดินตั้งแต่ตี 4”

O: Risk Thick Meconium

: APGAR 1-2-5 ซึม ไอขับเสมหะเองไม่ได้ ทารกพลิกตะแคงตัวเองไม่ได้

: มีแผลสายสะดือ มีการสอดใส่อุปกรณ์เพื่อการรักษา

: ค่า Lab. วันที่ 3 ธันวาคม 2564 WBC $21.5 \times 10^3/\text{ul}$

: แพทย์พิจารณาให้ Antibiotic

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในร่างกายลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีเสียงเสมหะ
2. ไม่มีแผลกดทับ
3. บริเวณที่สอดใส่อุปกรณ์เพื่อการรักษาไม่อักเสบ
4. ได้รับ Antibiotic drug ถูกต้อง
5. ค่า Lab. WBC $4.5-8.6 \times 10^3/\text{ul}$

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่านอนให้สุขสบาย ระวังระมัดระวังการบาดเจ็บ

2. Clear airway, Hygiene care
3. จัดวางตำแหน่งอุปกรณ์เพื่อการรักษาให้เหมาะสม ระมัดระวังการเลื่อนหลุด
4. ป้องกันการติดเชื้อตามมาตรฐาน IC. ของโรงพยาบาล

5. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา และได้มาตรฐานการบริหารยา

6. ติดตามผลการตรวจ CXR., Lab.CBC.

7. Record V/S ประเมินอาการและอาการแสดงการติดเชื้อในร่างกาย

ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยยังซึมนิ่ง ไม่มีเสียงเสมหะ ร่างกายไม่มีแผลกดทับ สะดือไม่แฉะ บริเวณอุปกรณ์เพื่อการรักษาไม่อักเสบบวมแดง ได้รับยาตามเวลาไม่มีอาการแพ้ยา ติดตามค่า Lab. วันที่ 4-6 ธันวาคม 2564 WBC $19.6 \times 10^3/\text{ul}$, $16.4 \times 10^3/\text{ul}$ และ $15.6 \times 10^3/\text{ul}$ ตามลำดับ แพทย์ยังคงให้รักษาด้วยยาปฏิชีวนะเดิมต่อ

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ญาติผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

S: ญาติบอกว่า “วิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา, ถามว่ารักษาแบบนี้น้องจะหายไหม?, ต้องรักษาอย่างไร นานแค่ไหน”

O: ญาติมีสีหน้ากังวล สอบถามเรื่องอาการและการรักษาผู้ป่วยเป็นระยะๆ

: ต้องส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษาด้วย Therapeutic-Hypothermia ที่โรงพยาบาลสระบุรี

วัตถุประสงค์การพยาบาล ญาติผู้ป่วยรับทราบความก้าวหน้าในการดูแลรักษาและคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล ญาติผู้ป่วยบอกว่าคลายความวิตกกังวล เข้าใจ ยอมรับและให้ความร่วมมือในแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติผู้ป่วย ด้วยการทักทายโดยใช้คำพูดที่สุภาพเหมาะสม สั้น ๆ ง่ายต่อการเข้าใจ และใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวล ทำให้รู้สึกอบอุ่นใจ

2. แนะนำตนเอง อธิบายข้อสงสัยและให้คำปรึกษาแก่ญาติผู้ป่วย

3. เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกที่ไม่สบายใจ และซักถามข้อสงสัยต่างๆ เกี่ยวกับการรักษาที่ได้รับได้แก่ วิธีการรักษา ระยะเวลาการรักษา การดูแลระหว่างทำการรักษา รวมถึงการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย และแผนการจำหน่าย

ประเมินผลการพยาบาล ญาติผู้ป่วยบอกว่าคลายความวิตกกังวลลง เข้าใจเหตุผลและแผนการรักษา

ให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดีและลงนามยินยอมรับการรักษาไว้

การพยาบาลขณะรักษาด้วย Therapeutic-Hypothermia แบ่งเป็น 3 Phase ได้แก่ Induction Phase, Maintenance Phase และ Rewarming Phase

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยต้องการได้รับความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษาด้วย Therapeutic-Hypothermia

ข้อมูลสนับสนุน

O: case HIE APGAR 1-2-5 ซึม ไม่หายใจ ตั้งแต่แรกเกิด หลังช่วยฟื้นคืนชีพ มีภาวะชัก

: แพทย์พิจารณาการรักษาด้วย Therapeutic-Hypothermia

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษาด้วย Therapeutic-Hypothermia

เกณฑ์การประเมินผล

1. ได้รับการดูแลรักษาด้วย Therapeutic-Hypothermia ครบถ้วนตามขั้นตอน

2. ผู้ป่วยสามารถหายใจเองและปรับลด mode Ventilator ได้

3. ไม่เกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนขณะทำการรักษาด้วย Therapeutic-Hypothermia ทั้ง 3 phase

1. Induction phase ได้แก่ Tachycardia, Hypertension, Pulmonary edema, Hypokalemia, Hyperglycemia

2. Maintenance phase ได้แก่ Tachycardia, Hypotension, Pulmonary edema, Hypokalemia, Hyperglycemia

3. Rewarming phase ได้แก่ Bradycardia, Hypotension, Hypovolemia, Hyperkalemia, Hypoglycemia

4. ไม่มีอาการชัก

5. V/S ปกติ ได้แก่ SBP. 60-76 mmHg. DBP. 31-45 mmHg. RR. 40-60 rpm. ปรับลด mode ventilator ได้ HR. 100-160 bpm. O₂sat.95-100 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ข้อมูลแก่ญาติโดย อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการ ประโยชน์หรือข้อจำกัด ภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้เกิดความเข้าใจ

2. ขอความยินยอมจากญาติในการรักษา

3. ประเมินสภาพผู้ป่วย ติดตามประเมิน N/S, V/S อย่างใกล้ชิดทั้ง 3 ระยะจนกระทั่งถึงอุณหภูมิเป้าหมาย Induction phase ทุก 15 นาที จนกระทั่งถึงอุณหภูมิเป้าหมาย Maintenance phase ทุก 1 ชั่วโมง Rewarming phase ทุก 15 นาที จนกระทั่งถึงอุณหภูมิเป้าหมาย 36-37.5 °C. จากนั้นประเมินทุก 1 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง)

4. monitor EEG / EKG

5. ติดตามผล Lab.

6. ใส่ Probe temperature เพื่อติดตามค่า อุณหภูมิแกนกลาง

7. Keep warm ป้องกันอาการหนาวสั่น (shivering) เมื่ออุณหภูมิร่างกายลดต่ำลง

8. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ อาหาร และยาตามแนวทางการรักษา

9. clear airway and care ventilator ควบคุมและป้องกันการติดเชื้อที่ปอด ตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อ

10. เปลี่ยนท่านอนทุก 4-6 ชั่วโมง โดยให้ blanket สัมผัสทั่วร่างกายตลอดเวลา

11. ฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับและ fat necrosis

12. รายงานแพทย์ทราบสิ่งผิดปกติที่พบทันที

ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาด้วย Therapeutic Hypothermia ครบถ้วนตามขั้นตอน เริ่ม

หายใจเองได้มากขึ้น ปรับ mode ventilator จาก PC เป็น SIMV c PS หายใจตามเครื่อง ไม่เกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนขณะทำการรักษา ไม่มีอาการชัก ผล V/S BP. 70/53-86/61 mmHg., HR. 140-158 bpm., RR. 50-68 rpm. O2sat. 95-100 % หลัง rewarm BT. 36.2-36.9°C., ปัสสาวะออกดี 4-17 mL/kg/hr.

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายจากปัจจัยการแข็งตัวของเลือดต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

O: ผู้ป่วยตัวซีด

: ค่า Lab. วันที่ 3 ธันวาคม 2564 PT. 18.8 sec. Ptt. 39.1 sec.

: แพทย์พิจารณาให้ FFP. 30 mL.*2 doses, LPB. 30 mL.*2 doses, Plt. 30 mL.*2 doses

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเลือดออกง่าย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือดอย่างรวดเร็ว และปลอดภัย
2. ไม่มีอาการแสดงของการเสียเลือด
3. ค่า Lab. PT. 10.1-14.1 Sec. และ Ptt. 21.9-32.3 Sec.

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล ไม่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บ หรือเกิดบาดแผล

2. ดูแลให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดอย่างรวดเร็ว และปลอดภัยตามมาตรฐานการให้เลือด

3. เฝ้าระวัง สังเกตอาการและอาการแสดงของการเสียเลือด

4. ติดตามค่า Lab. PT. และ Ptt.

ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือดอย่างรวดเร็ว และปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด ไม่มีอาการแสดงของการเสียเลือด ติดตามค่า Lab. หลังให้เลือด PT. 14.1 secs , Ptt. 29.0 Secs.

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง

ข้อมูลสนับสนุน

O: BS. 351 mg./dl.

: แพทย์พิจารณาให้ RI 50 unit+NSS to 50 mL. iv. Drip 0.2 mL/hr.

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและปลอดภัย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 70 – 99 mg./dl.
2. ไม่มีอาการแสดงผิดปกติของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับ Insulin ถูกต้องตามมาตรฐานการให้ยา
2. ประเมินภาวะแทรกซ้อน อาการและอาการแสดงขณะให้และหลังให้ยา
3. ติดตามค่า Lab. BS.

4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอาหารทางหลอดเลือดดำอย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการรักษา

ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงผิดปกติของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ติดตามค่า Lab. BS. 134 mg./dl. สามารถรับสารน้ำและอาหารทางหลอดเลือดดำได้

การพยาบาลหลังรักษาด้วย Therapeutic-Hypothermia

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยต้องการการฟื้นฟูสภาพอย่างถูกวิธี ปลอดภัยและการวางแผนจำหน่ายอย่างเหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน

O: ผู้ป่วยยังซึมหลับตลอด

: on ETT. with Ventilator SIMV c PS mode

: ยังดูดกลืนอาหารเองไม่ได้

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยและญาติได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ญาติเข้าใจในการดูแลฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องและร่วมตัดสินใจวางแผนการจำหน่าย

2. ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ

3. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการไข้ ไอ สำลักอาหารและน้ำ แผลกดทับตามร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล ให้ความรู้และสร้างความเชื่อมั่นแก่ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยร่วมฝึกทักษะการประเมินสภาพ สังเกตอาการและดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่อยู่ในหอผู้ป่วย เพื่อ

เตรียมพร้อมก่อนกลับบ้าน ฝึกระวังภาวะแทรกซ้อน ติดตามประเมินและวางแผนการจำหน่ายร่วมกับญาติ ชี้แจงให้ทราบการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน การติดตามเยี่ยม และการมาพบแพทย์ตามกำหนดนัด

ประเมินผลการพยาบาล ญาติผู้ป่วยให้ความร่วมมือกับแพทย์และพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพหลังการรักษาเป็นอย่างดี ร่วมตัดสินใจวางแผนการจำหน่าย ความวิตกกังวลลดลง จากการประเมินไม่พบอาการแสดงผิดปกติใดๆ พร้อมจำหน่ายตามกำหนดของแพทย์

สรุปกรณีศึกษา ผู้ป่วยทารกแรกเกิดหญิงไทย คลอดปกติไม่หายใจ ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลต่างจังหวัดภายหลังการช่วยฟื้นคืนชีพและมีอาการชัก 1 ครั้ง เพื่อรับการรักษาด้วย Therapeutic-Hypothermia 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยเป็น Severe Birth Asphyxia แพทย์ตรวจร่างกาย ซึม ชีต on ETT. On UVC drip iv fluid มาแพทย์ Admit เข้า NICU on ETT. ต่อ Ventilator PC mode, Therapeutic-Hypothermia Temp.target 33.5 °c. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ญาติเข้าใจปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลดี ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวได้ดี สามารถหายใจเองได้มากขึ้น ลด mode ventilator ได้ ส่งกลับไปยังโรงพยาบาลเดิมเพื่อรับรักษาต่อเนื่อง จากการติดตามโทรศัพท์เยี่ยมผู้ป่วย 1 ครั้ง หลังส่งกลับไป 2 สัปดาห์

ผู้ป่วยยังนอนพักใน NICU อาการดีขึ้นตามลำดับ

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

Birth Asphyxia และ Hypoxic-ischemic encephalopathy พบได้บ่อยทั้งจากการคลอดครบกำหนดและก่อนกำหนด ในรายนี้พบว่ามารดาครรภ์ครบกำหนด แต่มี Spontaneous Membrane Ruptured 4 ชั่วโมงก่อนคลอด มี Risk Thick Meconium ผู้ป่วยไม่หายใจตั้งแต่แรกคลอด แม้ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพแต่ยังแสดงอาการของเซลล์สมองถูกทำลาย หากไม่ได้รับการฟื้นฟูอาจเป็นสาเหตุของความพิการและเสียชีวิตได้

โรงพยาบาลสระบุรีมีเครื่อง Therapeutic-Hypothermia ที่รักษาได้ และรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 4 ได้ แต่ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นให้เร็ว มีการประสานงานที่มีคุณภาพ ทีมนำส่งมีความเชี่ยวชาญ รถพยาบาลมีอุปกรณ์พร้อม Resuscitation ตลอดเวลาการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ต้องใช้ Transport Incubator พยาบาลต้อง monitor V/S และ N/S สังเกตอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยทั้งภาวะช็อก การหยุดหายใจ ภาวะช็อคจาก Metabolic acidosis การสร้างความไว้วางใจและเชื่อมั่นในการรักษาแก่ญาติเป็นสิ่งสำคัญ ในการตัดสินใจโดยเร็ว กระบวนการส่งต่อต้องเป็น Fast Tract เพื่อควบคุมไม่ให้เซลล์สมองถูกทำลายจนไม่สามารถกู้คืนได้

ดังนั้นพยาบาลผู้เกี่ยวข้องต้องพัฒนาแนวทางการรับส่งต่อผู้ป่วย Hypoxic-ischemic encephalopathy โดยกำหนดให้เป็นระบบ Fast Tract ร่วมกันตั้งแต่ห้องคลอด NICU ศูนย์ Refer ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อให้มีความพร้อมดูแลผู้ป่วยในทันทีที่ประเมินพบว่าผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์รักษาด้วย Therapeutic-Hypothermia การสร้างความไว้วางใจและเชื่อมั่นในการรักษาแก่ญาติเป็นสิ่งสำคัญในการตัดสินใจโดยเร็วการประสานงานต้องมีความคุณภาพ ทีมพยาบาลนำส่งมีความเชี่ยวชาญ รถพยาบาลมีอุปกรณ์พร้อม Resuscitation ตลอดเวลาการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องใช้ Transport Incubator พยาบาลต้อง monitor V/S และ N/S สังเกตอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยทั้งภาวะช็อก การหยุดหายใจ ภาวะช็อคและช่วยเหลือทันทีที่ร่างกายผู้ป่วยพร้อมรับการรักษาในเวลาที่กำหนด

เอกสารอ้างอิง

1. ชญาศักดิ์ พิศวง,ปรีศนา พานิชกุล,ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. เวชสารแพทยทหารบก ปีที่ 64: ฉบับที่ 3. กรกฎาคม-กันยายน 2554; [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 23 ธ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://www.rtamedj.pmk.ac.th/Vol_64/64-3-4.pdf
2. ชีระ ทองสง,Birth Asphyxia. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 23 ธ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก:<https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lessons/birth-asphyxia/>

3. นงนุช สิริระชัยนันท์, อัญชลี ลิ้มรังสิกุล, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์ก้าวหน้า 6: Update and Practical Point in Pediatrics. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์เอนเทอร์ไพรซ์: 2557.
4. แนวทางการดูแลรักษาพยาบาลทารกแรกเกิดขณะส่งต่อ เครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยทารกแรกเกิดเขต 1. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 23 ธ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nkp-hospital.go.th/th/department/clmnn/EditCNP/6.pdf>
5. พิมพ์วัฒน์ ไทยธรรมยานนท์, สันติ ปุณณะหิตานนท์. ปัญหาทารกแรกเกิดที่พบบ่อย: การแก้ไขเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส: 2559.
6. ศิริพร สังขมาลัย, การรักษาด้วยการลดอุณหภูมิของร่างกายในผู้ป่วยเด็กหลังหัวใจหยุดเต้นเกิด (Therapeutic Hypothermia in children post Cardiac Arrest). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 23 ธ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaichildhealth.com/wp-content/uploads/2019/08/6.-Therapeutic-Hypothermia-in-children-post-Cardiac-Arrest-pdf>.
7. สมบัติ มุ่งทวีพงษา, การรักษาด้วยการลดอุณหภูมิในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติทางสมอง. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 23 ธ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.bcnacth/information/Files/Attachfile/>
8. สุขเกษม โฆษิตเศรษฐ์, พรทิพา อิงคกุล บรรณาธิการ. ตำรากุมารเวชศาสตร์ สำหรับนักศึกษาแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น: 2559.
9. สุรัชย์ ลิขสิทธิ์วัฒนกุล. ตำรากุมารเวชศาสตร์ศิริราช: ประเด็นสำคัญในเวชปฏิบัติ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.ลีฟวิ่ง: 2559.
10. สุทธิ หนองอาหลี่, การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะแทรกซ้อน. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 23 ธ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://anyflip.com/bnmxu/faib/ba>

การพยาบาลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บช่องท้องร่วมกับติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กมนพันธุ์ ธาตรีสุทธิกุล พย.บ.*

Received: 16 มิ.ย.65

Revised: 18 ก.ค.65

Accepted: 19 ส.ค.65

บทคัดย่อ

บทนำ: อุบัติการณ์ของการบาดเจ็บช่องท้องนับวันจะเพิ่มมากขึ้น จากอุบัติการณ์ต่าง ๆ เช่น จากการใช้ยานพาหนะ การทำร้ายร่างกาย เป็นต้น ส่วนใหญ่เกิดจากแผลทะลุและจากแรงกระแทก ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือดและเสียชีวิตในระยะแรก และมีโอกาสเสียชีวิตจากการติดเชื้อในช่องท้องภายหลัง¹ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) พยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตั้งแต่แรกเริ่ม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะช็อก อาการปวดช่องท้อง และภาวะพร่องออกซิเจน มีการเตรียมพร้อมเพื่อการผ่าตัดฉุกเฉิน รวมถึงควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วิธีการศึกษา: คัดเลือกกรณีศึกษาจากเวชระเบียน ที่เข้ารับการรักษาที่งานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 1 ราย

ผลการศึกษา: กรณีศึกษา ชายไทย อายุ 43 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ แน่นท้อง หายใจไม่อิ่ม 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ให้ประวัติว่าเล่นกับเพื่อน แล้วเพื่อนเอาสายยางปั๊มลมเป่าเข้ารูทวารหนัก มีอาการแน่นท้อง หายใจไม่สะดวก จึงไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์ตรวจร่างกายพบมีท้องแข็ง กดปล่อยแล้วเจ็บ สงสัยว่าจะมีภาวะทะลุของอวัยวะภายในช่องท้อง และส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลสระบุรี ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสัมผัสกับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลตรวจ ATK จากโรงพยาบาลชุมชน negative ทำ RT-PCR for SAR-CoV2 ส่งผู้ป่วยถ่ายภาพรังสีช่องท้อง (film abdomen series) พบมีลมในช่องท้อง set OR Emergency for exploratory laparotomy และได้รับการผ่าตัด simple exploratory laparotomy with peritoneal toilets and exteriorization of sigmoid wound หลังจากใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย นำมาวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลในระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยฟื้นจากภาวะการเจ็บป่วยและปลอดภัยจากภาวะวิกฤติ รวมระยะเวลาอนโรงพยาบาลทั้งหมด 14 วัน

สรุปผล: การดูแลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บช่องท้องในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 พยาบาลห้องฉุกเฉินจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะการดูแล ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ถูกต้อง รวดเร็ว จะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย และสามารถควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การพยาบาล, การบาดเจ็บช่องท้อง, ไวรัสโคโรนา 2019

*กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสระบุรี

Nursing of Abdominal Injury patient associated with the Coronavirus disease 2019

Kamonpan Thanborisutkul B.N.S.*

Abstract

Introduction: The incidence of abdominal injuries has kept increasing due to several incidents, e.g. using vehicles and physical attacks. Most of them are caused by penetrating wounds and mechanical injuries, resulting in hypovolemic shock and early death, including later death of intra-abdominal infections. Under the situation of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic, ER nurses play a key role in close patient care from the first acceptance to prevent shock, abdominal pain, and hypoxia, ensuring preparation for emergency surgery and the control of the spread of Coronavirus as well as prevention.

Methods: One case study was selected from the medical records of treatment at ER, Saraburi Hospital.

Results: The case study was a Thai male, aged 43 years, coming to the hospital with the symptoms of abdominal discomfort and dyspnea 2 hours before coming to the hospital. He informed that he played with his friend. Then, he asked his friend to pump the air into a rubber tube, and blow it into his anus. After that, abdominal discomfort and dyspnea occurred. Therefore, he hurried to the community hospital. The physician examined his body and found hard stomach/abdomen, with rebound tenderness. He was suspected of hollow viscus organ perforation and was transferred to Saraburi hospital. The patient was a close contact to a person infected with the coronavirus disease 2019. However, the ATK result from the community hospital was negative, followed by RT-PCR for SAR-CoV2. Next, the patient was sent for film abdomen series. The result showed free air under the diaphragm. Therefore, OR emergency for exploratory laparotomy in parallel with simple exploratory laparotomy with peritoneal toilets and exteriorization of sigmoid wound was required. After using nursing process as a tool for his health condition assessment, followed by nursing diagnosis, planning, practices, as well as pre- and post-operative assessment, the patient recovered from the illness and was safe from the critical conditions. The hospital admission duration was a total of 14 days.

Conclusion: To take care of patients with abdominal injuries under the coronavirus disease 2019 pandemic, ER nurses must have knowledge, caring skills, nursing practices in compliance with patient care standards, and accurate as well as quick problem-solving. These will result in efficient patient care, high survival rate, and efficient the coronavirus disease 2019 control as well as spread prevention.

Keywords: Nursing, Abdominal Injuries, the Coronavirus disease 2019

*Nursing Department, Saraburi Hospital

บทนำ

การบาดเจ็บช่องท้องเป็นตำแหน่งที่พบบ่อยเป็นลำดับที่ 3 สาเหตุมักเกิดจากอุบัติเหตุ โดยสาเหตุหลักแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ บาดเจ็บแบบไม่มีแผลทะลุ (blunt abdomen) และบาดเจ็บแบบมีแผลทะลุ (penetrating abdomen) การบาดเจ็บช่องท้องแบบไม่มีแผลทะลุวินิจฉัยได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยไม่ชัดเจนในช่วงแรกทำให้เกิดความล่าช้าในการตรวจวินิจฉัย อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บจากแรงกระแทกที่พบได้บ่อย ได้แก่ ตับและม้าม ส่วนอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บจากแผลทะลุที่พบได้บ่อย ได้แก่ ตับและลำไส้เล็ก² จากสถิติของโรงพยาบาลสระบุรี พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บในช่องท้องปี 2562-2564 เท่ากับ 171, 156 และ 161 ราย ตามลำดับ³ ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่ได้รับบาดเจ็บจากแผลทะลุส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดช่องท้องโดยการผ่าตัดเพื่อเย็บรูรั่วบริเวณแผล ซึ่งเป็นการผ่าตัดเร่งด่วนเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะช็อกจากพร่องสารน้ำ ผู้ป่วยต้องได้รับการวางแผนการดูแลอย่างครอบคลุมในระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยในระยะก่อนผ่าตัดต้องมีการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย เช่น การให้สารน้ำทดแทนเพื่อควบคุมปริมาตรน้ำในหลอดเลือด การควบคุมการติดเชื้อในช่องท้อง และการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ⁴ โดยผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร่วมด้วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย⁵ และเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อมายังบุคลากรและผู้รับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำเป็นต้องมีการปรับตัวในการให้บริการและปรับเปลี่ยนมาตรการการดูแลผู้ป่วยให้เข้าสู่มาตรฐานใหม่ (new normal) จัดเตรียมความพร้อมทั้งด้านอุปกรณ์ และตัวบุคลากรผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคลากรและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงผู้ป่วยรายอื่นที่มาเข้ารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงต้องมี

การประสานงานที่ีระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งทีมผ่าตัด ทีมวิสัญญี เพื่อวางแผนการรักษาพยาบาลร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะวิกฤตที่อาจถึงแก่ชีวิตได้จากหลายสาเหตุ เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด การติดเชื้อทางบาดแผล ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัด⁶ ดังนั้นพยาบาลจึงเห็นความสำคัญของผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง โดยมุ่งเน้นการรักษาพยาบาลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ดูแล และคนในครอบครัว ตลอดจนมีการเตรียมความพร้อมอย่างครอบคลุมในทุกมิติเพื่อให้การพยาบาลที่ครอบคลุมเป็นองค์รวม และเป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลในการป้องกัน และลดภาวะแทรกซ้อนขณะนอนโรงพยาบาล ลดอัตราการเสียชีวิตและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นสุขกับครอบครัว ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะ สามารถประเมินความผิดปกติเร่งด่วนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต เพื่อแก้ไขปัญหา ร่วมกับบุคคลในทีมสุขภาพได้อย่างทันที่และมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการเปลี่ยนแปลง เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตหรือภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บช่องท้องร่วมกับติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องให้มีประสิทธิภาพ

วิธีการศึกษา

1. ทบทวนเอกสาร ตำรา งานวิจัย บทความทางวิชาการ การวินิจฉัย การรักษา และกิจกรรมการพยาบาลเกี่ยวกับผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บช่องท้อง
2. คัดเลือกกรณีศึกษาจากเวชระเบียนที่เข้ารับการรักษาที่งานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 1 ราย

ผลการศึกษา**ข้อมูลทั่วไป**

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 43 ปี สัญชาติไทย
เชื้อชาติไทย สถานภาพโสด อาชีพรับจ้าง
(ทำงานบริษัท)

อาการสำคัญ

แน่นท้อง หายใจไม่อิ่ม 2 ชั่วโมงก่อนมา
โรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ให้ประวัติว่า
เพื่อนเอาป๊อปปี้เข้าทวารหนัก มีอาการแน่นท้อง
หายใจไม่สะดวก

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ไม่มีโรคประจำตัว ทำงานบริษัทมีผู้ป่วย
bubble & seal

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

1. ลักษณะทั่วไป: รูปร่างสมส่วน ผิวดำแดง
รู้สึกตัวดี
2. สัญญาณชีพ: อุณหภูมิ 36.2 องศา
เซลเซียส ชีพจร 89 ครั้ง/นาที การหายใจ 32
ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/98 มิลลิเมตรปรอท
3. ระบบประสาท: GCS 15 คะแนน
pupil เส้นผ่านศูนย์กลาง 3 mm RTL BE
4. ผิวหนัง: ชุ่มชื้น ไม่มีผื่นคัน เล็บมือ
สะอาดตัดสั้น ดูซีด
5. ศีรษะและใบหน้า: ผมสีดำตัดสั้น ไม่มี
บาดแผล คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ ตาทั้งสองข้าง
ลักษณะสมมาตรกันดี หนังตาไม่ตก การมองเห็น
ปกติ ใบหู จมูก มีลักษณะภายนอกปกติ
6. ทรวงอกและทางเดินหายใจ: การหายใจ
32 ครั้ง/นาที
7. หัวใจและหลอดเลือด: การเต้นของ
หัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur ชีพจร 138
ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ ไม่มีเส้นเลือดขดที่ขา
8. ช่องท้องและทางเดินอาหาร: หน้าท้อง
แข็งตึง ปวด กดเจ็บ

9. กล้ามเนื้อและกระดูก: แขนและขา
motor power grade 5 รูปร่างลักษณะปกติ

ประเมินสภาพจิตและสังคม

สภาพจิตใจ: เป็นคนใจเย็น สนุกสนาน ร่าเริง
อัธยาศัยดี: มีความพึงพอใจในความเป็นอยู่
การดำรงชีวิตของตนเอง

ความทรงจำ: มีความจำในอดีต และ
ปัจจุบันดี สามารถเล่าเรื่องราวต่าง ๆ ได้ครบถ้วน
การรับรู้: สามารถระบุ วันเวลา สถานที่
บุคคลได้ตามความเป็นจริง

กระบวนการคิด: ความคิดสมเหตุสมผล
แบบแผนการเผชิญปัญหา: ส่วนใหญ่มีการ
เผชิญปัญหาได้ด้วยตนเอง เข้าใจและยอมรับ
ปัญหาที่เกิดขึ้นได้

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**วันที่ 14 กันยายน 2564**

ผลการตรวจ complete blood count
ผล white blood count $12,400 \text{ cells/mm}^3$,
neutrophil 96%, lymphocyte 12%, monocyte
6%, eosinophil 0%, basophil 0%, hematocrit
35.9%, platelet count $219,000 \text{ cell/mm}^3$

Electrolyte ผล Na 142.4 mmol/L , K 3.79 mmol/L , Cl 106 mmol/L , CO_2 23.8 mmol/L
BUN 15.7 mg/dl , creatinine 0.59 mg/dl ,
eGFR $93.84 \text{ mL/min/1.7 mm}$

Urine analysis WBC 0-1 /HPF, RBC 0-1 /HPF

ผลการตรวจเอกซเรย์

Film acute abdomen – seen free air
under diaphragm, seen faces in colon”

Chest X-ray – Right perihilar infiltration

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษานี้ผู้ป่วยชายไทย อายุ 43 ปี
สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย สถานภาพโสด อาชีพ
รับจ้าง (ทำงานบริษัท) มาโรงพยาบาลด้วยอาการ

สำคัญ แน่นท้อง หายใจไม่อิ่ม 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลสระบุรี ให้ประวัติว่าเล่นกับเพื่อนแล้วเพื่อนเอาสายยางปั๊มลมเป่าเข้ารูทวารหนักมีอาการแน่นท้อง หายใจไม่สะดวก จึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนโดยรณภูมิณินำส่ง Glasgow Coma Score 15 คะแนน (E4V5M6) รูปร่างขนาด 3 มิลลิเมตรมีปฏิกิริยาต่อแสงทั้งสองข้าง สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 124 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 92/64 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของเลือด (Hct) 30% O₂ saturation 100% แพทย์ตรวจร่างกายผู้ป่วย พบมีท้องแข็ง (Guarding) กดปล่อยแล้วเจ็บ (Rebound tenderness) ส่งผู้ป่วยถ่ายภาพรังสีช่องท้อง (film acute abdomen) พบมีลมในช่องท้อง ให้การรักษาใส่สายสวนปัสสาวะไว้เพื่อบันทึกสารน้ำเข้า-ออก ใส่สายยางทางจมูกเพื่อดูดเสมหะและปริมาณของสารคัดหลั่งในกระเพาะอาหารให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1000 ml IV rate 100 ml/hr แพทย์สงสัยว่าจะมีภาวะทะลุของอวัยวะภายในช่องท้อง และส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลสระบุรี แกร็บที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี วันที่ 14 กันยายน 2564 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow Coma Score 15 คะแนน (E4V5M6) รูปร่างขนาด 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้งสองข้าง สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 89 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 32 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/98 มิลลิเมตรปรอท O₂ saturation 98% ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสัมผัสกับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลตรวจ ATK จากโรงพยาบาลชุมชน negative ทำ RT-PCR for SAR-CoV2 ส่งผู้ป่วยถ่ายภาพรังสีช่องท้อง (film abdomen series) พบมีลมในช่องท้อง ผล EKG 12 leads ปกติ เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ งดน้ำงดอาหารทางปากไว้ แพทย์ set OR Emergency for exploratory laparotomy

ให้การรักษาให้ยาบรรเทาปวด Pethidine 50 mg IV ทุก 6 ชั่วโมง ยา Ceftriaxone 2 g IV OD stat และ Metronidazole 500 mg IV ทุก 8 ชั่วโมง และรับไว้รักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ แกร็บผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow Coma Score 15 คะแนน (E4V5M6) รูปร่างขนาด 3 มิลลิเมตรมีปฏิกิริยาต่อแสงทั้งสองข้าง สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 119 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 95/54 มิลลิเมตรปรอท O₂ saturation 98% งดน้ำงดอาหารทางปากไว้ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการนอนโรงพยาบาลให้คำอธิบายในการปฏิบัติตัวในการเยี่ยม กฎระเบียบของโรงพยาบาล เปิดโอกาสให้สอบถามอาการและแผนการรักษากับแพทย์ผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ซักถามเมื่อมีข้อสงสัย ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ผลคือผู้ป่วยสบายใจขึ้นให้ความร่วมมือในการรักษา สีหน้าคลายวิตกกังวล ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC พบความเข้มข้นของเลือด 23.4% เม็ดเลือดขาว 36,300 เซลล์ต่อเดซิลิตร นิวโทรฟิล 19% เกล็ดเลือด 265,000 เซลล์ต่อเดซิลิตร โซเดียม 140 mmol/L, โพแทสเซียม 3.58 mmol/L, คลอไรด์ 111 mmol/L, ไบคาร์บอเนต 20 mmol/L และส่งทำผ่าตัด simple exploratory laparotomy with peritoneal toilets and exteriorization of sigmoid wound หลังกลับจากห้องผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดปิดก๊อสและพลาสเตอร์ชนิดติดแน่น แผลไม่มีเลือดซึม ผู้ป่วยปวดแผลมาก คะแนนความปวดเท่ากับ 8 ให้ยา morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำเวลาปวด ทุก 4 ชั่วโมง หลังจากให้ยาคะแนนความปวดลดลงเท่ากับ 5 ชีพจร 89 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 144/89 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้งดน้ำงดอาหารทางปากทุกชนิดไว้ ให้ 0.9% NSS 1000 ml IV rate 100 ml/hr. ยาปฏิชีวนะ ceftriaxone

2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง และ Metronidazole 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง วันที่ 1 หลังผ่าตัด รู้สึกตัวดี ผล RT-PCR detected แพทย์ให้ย้ายไปรับการรักษาที่ MODULAR WARD ให้เริ่มยา Favipiravir (200) 9 เม็ดวันละ 2 ครั้ง ให้ความรู้ ความเข้าใจ กับผู้ป่วยเรื่องอาการของโรค การรักษา และเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด ติดตามความเข้มข้นของเลือดทุก 8 ชั่วโมง ได้ 29% รายงานแพทย์ให้ PRC 1 ยูนิต ไม่มีอาการเลือดออกภายในช่องท้อง วันที่ 2 หลังผ่าตัด หายใจได้ดี ยังติดตามระมัดระวังการมีเลือดออกเพิ่ม O₂ saturation 34-38% ความดันโลหิต 125/63 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ปรับให้ยา Favipiravir (200) 4 เม็ดวันละ 2 ครั้ง เฝ้าระวังอาการหายใจไม่อึด และประเมิน O₂ saturation เข้า-เย็น หรือเมื่อมีอาการ วันที่ 3-4 หลังผ่าตัด รู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดหน้าท้องแห้งดี ติดตามความเข้มข้นของเลือด 33-35% ผู้ป่วยขับตัวได้น้อยเนื่องจากปวดแผล คะแนนความปวดเท่ากับ 5 ฉีดยา Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ สังเกตอาการข้างเคียงของยา Morphine ไม่พบความผิดปกติ หายใจได้ดีในอัตรา 20 ครั้งต่อนาที กระตุ้นการลุกเดิน เพื่อกระตุ้นให้ลำไส้ทำงานได้ดี แพทย์เริ่มให้รับประทานอาหาร ท้องไม่อืด ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส ดูแลให้รับประทานยา Favipiravir ตามแผนการรักษา และเฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด วันที่ 5 หลังผ่าตัด ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 121/70 มิลลิเมตรปรอท แผลผ่าตัดแห้งดี ลุกเดิน ช่วยเหลือตัวเองได้ แพทย์ให้การรักษาตาม Protocol Covid ให้ยา ATB Consult นักกายภาพบำบัดเพื่อออกกำลังกายปอด หลังให้ยาจนครบตามมาตรฐานของผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง บรรเทาอาการข้างเคียงโดย

ได้รับยาและสารน้ำทางหลอดเลือดดำจนผู้ป่วยอาการทุเลาลงเป็นปกติ แผลผ่าตัดหน้าท้องแห้งดี ไม่มีอีกเสบวมแดง แพทย์ตัดไหมแผลหน้าท้อง วันที่ 25 กันยายน 2564 จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาตวันที่ 28 กันยายน 2564 และให้ยากลับไปรับประทานต่อที่บ้าน วางแผนจำหน่าย โดยการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ให้การพยาบาลโดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย งดรับประทานอาหารรสเผ็ด เปรี้ยวจัด และไม่ควรรับประทานอาหารครั้งละมากๆ แนะนำผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษา ออกกำลังกายเบาๆ ได้ ทำงานหามยอกของหนักเป็นเวลา 3 เดือน แนะนำการดูแลแผลผ่าตัด ให้ไปทำแผลที่สถานบริการสาธารณสุขหรือคลินิกใกล้บ้าน สังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน มีไข้ ปวดแน่นท้อง รับประทานอาหารไม่ได้ แผลอักเสบบวมแดง และนัดมาตรวจเพื่อติดตามผลการรักษาในวันที่ 12 ตุลาคม 2564 ที่แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจคัดสรรกรรมรวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 14 วัน

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดจากการบาดเจ็บช่องท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ท้องแข็ง กดป้อยแล้วเจ็บ
2. film abdomen series พบมีลมในช่องท้อง
3. ความดันโลหิต 90/54 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 119 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที O₂ saturation 98%

วัตถุประสงค์

ปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการเสียเลือด

เกณฑ์การประเมิน

1. สัญญาณชีพ อยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น กระสับกระส่ายมากขึ้น เหงื่อออก ตัวเย็น

3. ระดับความรู้สึกตัว รู้เวลา บุคคลและสถานที่ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที เพื่อประเมินภาวะช็อก

2. สังเกตและประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย อุณหภูมิกาย สีผิว เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่ายของผู้ป่วยทุก 15 นาที เพื่อประเมินภาวะช็อก

3. ตรวจวัดและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง น้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบ

4. เตรียมเลือดสำหรับการผ่าตัด PRC 2 units FFP 10 units

5. เตรียมอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมที่จะใช้ทันทีเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น มีอาการกระสับกระส่ายเป็นพัก ๆ ยังมีอาการปวดท้อง ท้องแข็งตึง สัญญาณชีพผิดปกติ ความดันโลหิต 93/57-147/78 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 102-138 ครั้ง/นาที หายใจไม่สม่ำเสมอ 32-38 ครั้ง/นาที O₂ saturation 98%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบายปวดท้อง เนื่องจากมีการทะลุของอวัยวะภายในช่องท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบ่นปวดท้อง pain score 5-6/10 คะแนน
2. หน้าเขียว ขมวด
3. ท้องแข็ง กดปล่อยแล้วเจ็บ

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยสุขสบาย ปวดท้องลดลง

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยบรรเทาปวด pain score ลดลงเท่ากับ 2-3 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่านอนศีรษะสูง เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องคลายตัว จัดสิ่งแวดล้อมเงียบสงบ และลดสิ่งรบกวน เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อน

2. ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล

3. แนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย การหายใจเข้าลึก ๆ ซ้ำ ๆ

การประเมินผล

1. Pain score 2-3/10 คะแนน
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย มีหน้ายิ้มมีความสุขในบางครั้งเมื่อขยับตัว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการบาดเจ็บแล้วการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล
2. กังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล
3. แพทย์ ser ผ่าตัดแบบฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเรื่องการผ่าตัด และคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลสีหน้าผ่อนคลาย
2. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเหตุผลของการทำผ่าตัด และสามารถบอกการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ให้การพยาบาลด้วยความเอื้ออาทร เอาใจใส่ต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ชักถามในเรื่องที่กังวล พบว่ากลัวการผ่าตัด กลัวผู้ป่วยไม่ฟื้น

จากนั้นจัดให้ผู้ป่วยและญาติได้พบกับแพทย์ที่ทำการผ่าตัด อธิบายให้เข้าใจถึงโรคที่เป็น แนวทางการดูแลรักษา การผ่าตัดอย่างคร่าว ๆ ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ

3. ให้ความมั่นใจว่า ทีมผ่าตัดและดมยาสลบ เป็นบุคลากรที่มีความชำนาญอยู่แล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ถ้าไม่ผ่าตัดหรือผ่าตัดเมื่อเวลาว่างเลยไปกว่านี้จะอันตรายต่อผู้ป่วยได้

4. เมื่อผู้ป่วยและญาติมีท่าที่ยอมรับการผ่าตัดแล้ว อธิบายพอสังเขปถึงการปฏิบัติตนก่อนและหลังการผ่าตัดให้เข้าใจ

5. ติดตามผลเลือด จอกลือดให้ครบก่อนผ่าตัด เพื่อเตรียมพร้อมเนื่องจากผู้ป่วยเสียเลือดมาก

6. ตรวจใบเซ็นยินยอมการผ่าตัดให้ครบถ้วนก่อนผ่าตัด

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติญาติที่สืบทอดความวิตกกังวลลง ผู้ป่วยให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการรักษาพยาบาล ยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของตนเองได้ และปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากสัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อและมาจากพื้นที่เสี่ยง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ทำงานบริษัทที่มีผู้ป่วย bubble & seal
2. Chest x-ray wu Right perihilar infiltration

วัตถุประสงค์

ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เกณฑ์การประเมิน

1. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5 – 37.4 °C ชีพจรอยู่ในช่วง 60-100 ครั้ง/นาที การหายใจอยู่ในช่วง 16-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90/60-130/80 มิลลิเมตรปรอท
2. ผล Chest x-ray Infiltration ลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ เพื่อติดตามเฝ้าระวังภาวะการติดเชื้อในร่างกาย
2. จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้ออกซิเจนตัวได้ดี
3. ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic technique, Isolation precaution จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยกโรค ใส่ชุด PPE เมื่อต้องเข้าไปทำกิจกรรมกับผู้ป่วย
4. ส่งตรวจ RT-PCR ตามแผนการรักษาของแพทย์

การประเมินผล

ผล ATK negative แต่ผล RT-PCR detected

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะเคลื่อนย้ายจากห้องฉุกเฉินไปยังห้องผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. แพทย์ set ผ่าตัดแบบฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนย้ายไปเข้ารับการผ่าตัดด้วยความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนย้ายตามแนวทางการปฏิบัติในสถานการณ์เชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ขณะเคลื่อนย้าย

กิจกรรมการพยาบาล

1. พยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินแจ้งข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับเพศ อายุ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค สภาพทั่วไปของผู้ป่วย การรักษาพยาบาลที่ได้รับแล้วจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้กับพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด

2. แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าจะนำผู้ป่วยไปรับการผ่าตัด

3. ตรวจสอบเวชระเบียนของผู้ป่วย และลงบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยพร้อมลงเวลากำกับไว้

4. พยาบาลนำส่งสวมใส่ชุด PPE ขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

5. เตรียมอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ในการช่วยชีวิตให้พร้อมในการนำส่งผู้ป่วย ได้แก่ เครื่อง Defibrillator เครื่องควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ ฯลฯ

6. เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนนำส่งห้องผ่าตัด ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ พร้อมทั้งแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าจะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าไปรับการผ่าตัด

7. ตรวจสอบที่กันเตียงผู้ป่วยต้องตั้งที่กันเตียงขึ้นทั้งสองข้าง

8. ดูแลให้พนักงานเวรเปล เช่นผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล ดูแลส่งผู้ป่วยถึงห้องผ่าตัดด้วยความปลอดภัย

การประเมินผล

ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะเคลื่อนย้ายไปเข้ารับการผ่าตัด

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากเสียเลือดและได้รับยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. สูญเสียเลือดระหว่างทำผ่าตัด 1,800 มิลลิลิตร

2. ทำผ่าตัด simple exploratory laparotomy with peritoneal toilets and exteriorization of sigmoid wound

3. ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในขณะผ่าตัด ใช้เวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง 15 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมิน

1. สัญญาณชีพ อยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น กระสับกระส่ายมากขึ้น เหงื่อออก ตัวเย็น

3. ระดับความรู้สึกตัว รู้เวลา บุคคลและสถานที่ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลจัดท่านอนให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายในท่านอนหงายราบหน้าแขนไปด้านหลัง

2. ดูแลให้ทางเดินหายใจโล่ง โดยดูดเสมหะอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง และเมื่อมีเสียงเสมหะในลำคอหรือท่อช่วยหายใจ

3. ดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

4. เปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อน ปอดขยายตัวได้ดี ไม่มีเสมหะคั่งค้าง เป็นต้น

5. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ทุก 1-2 ชั่วโมง และประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนคงที่แล้วจึงเปลี่ยนเป็นทุก 1 ชั่วโมง

6. สังเกตและประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย อุณหภูมิกาย สีผิว เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่ายของผู้ป่วยทุก 15 นาที เพื่อประเมินภาวะช็อก

7. ฟังปอดและบันทึกอาการที่แสดงถึงการอุดกั้นทางเดินหายใจ

8. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและปลอดภัยเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้เต็มที่

การประเมินผล

ไม่มีอาการขาดออกซิเจน ปลายมือปลายเท้าไม่มีภาวะซีดหรือเขียว หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจได้ดี อัตราการหายใจ 22 ครั้ง

ก่อนที่ O₂ saturation 100% Hct 34-38% ความดันโลหิต 125/63 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที สามารถถอดท่อช่วยหายใจและหายใจได้เอง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะช็อก เนื่องจากการสูญเสียเลือดขณะทำผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ทำผ่าตัด simple exploratory laparotomy with peritoneal toilets and exteriorization of sigmoid wound

2. เสียเลือดระหว่างทำผ่าตัด 1,800 มิลลิลิตร

วัตถุประสงค์

ปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการเสียเลือด

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีอาการและ อาการแสดงของภาวะช็อก เช่น กระสับกระส่ายมากขึ้น เหงื่อออก ตัวเย็น
2. สัญญาณชีพ อยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. ระดับความรู้สึกตัว รู้เวลา บุคคลและสถานที่ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดและประเมินสัญญาณชีพตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด

2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อกจากการเสียเลือด

3. สังเกตและประเมินเลือดออกจากแผลผ่าตัด

4. ติดตาม O₂ saturation 4-6 ชั่วโมง

5. ดูแลให้สารน้ำ เลือด และส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำและให้เลือด

6. เตรียมอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมที่จะใช้ทันทีเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจไม่เหนื่อยหอบ ไม่กระสับกระส่าย ไม่มีภาวะ cyanosis ฟังเสียงลมเข้าปอดชัดเจนทั้งสองข้าง อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที O₂ saturation 99-100% Hct 34-38% แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบ่นปวดท้อง pain score 8/10 คะแนน

2. หน้าเขียว ขมวด

3. มีแผลผ่าตัดหน้าท้อง

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยสุขสบาย ทุเลาปวด

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยบรรเทาปวด pain score ลดลงเท่ากับ 2-3 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่านอนศีรษะสูง เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องคลายตัว จัดสิ่งแวดล้อมเงียบสงบ และลดสิ่งรบกวน เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อน

2. ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล

3. แนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย การหายใจเข้าลึก ๆ ซ้ำ ๆ สอนให้ผู้ป่วยเอามือหรือหมอนประคองแผลขณะไอ หรือพลิกตัว

4. ดูแลให้ยา Morphine 3 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา

การประเมินผล

1. Pain score 2-3/10 คะแนน

2. ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย มีหน้าเขียวขมวด ในบางครั้งเมื่อขยับตัว นอนหลับพักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มีการติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลตรวจ SARS-CoV-2 (PCR: วันที่ 14 กันยายน 2564): Detected

วัตถุประสงค์

ปลอดภัยจากการติดเชื้อ และไม่มี
การติดเชื้อเพิ่มขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5 – 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง 60-100 ครั้ง/นาที การหายใจอยู่ในช่วง 16-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90/60-130/80 มิลลิเมตรปรอท
2. ผล Chest X-ray Infiltration ลดลง
3. ผลการตรวจ CRP มีค่า < 5 mg/L

กิจกรรมการพยาบาล

1. ย้ายผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่ MODULAR WARD
2. ประเมินสัญญาณชีพ เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการติดเชื้อ
3. ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic technique, Isolation precaution ใส่ชุด PPE เมื่อต้องเข้าไปทำกิจกรรมกับผู้ป่วย
4. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ ceftriaxone 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง และ Metronidazole 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหลังได้รับยา
5. ดูแลให้ยาต้านไวรัสตามแผนการรักษา ได้แก่ Favipiravir (200) วันที่ 1 รับประทาน 9 เม็ด วันละ 2 ครั้ง วันที่ 2-5 รับประทาน 4 เม็ด วันละ 2 ครั้ง เมื่อยาครบ 5 วัน ติดตามผล Chest X-ray เพื่อแพทย์พิจารณาความก้าวหน้าของการรักษา และต่อยาจนครบ 10 วัน

6. ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

7. ส่งเสริมให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ดื่มน้ำวันละ 1.5- 3 ลิตร/วัน

การประเมินผล

อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 35-37 องศาเซลเซียส Chest X-ray ไข้ infiltration ลดลง ไม่พบอาการข้างเคียงจากการได้รับยาปฏิชีวนะ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับอาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยวิตกกังวล สิ้นหน้าเคร่งเครียด
2. ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

วัตถุประสงค์

1. ลดความวิตกกังวลและความกลัวของผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคแผนการรักษา และให้เกิดความร่วมมือยอมปฏิบัติตามแผนการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค และให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษาเป็นอย่างดี

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และระบายความรู้สึกกังวล กลัวและให้กำลังใจ
2. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาโดยใช้ภาษาอย่างง่าย ๆ และเปิดโอกาสซักถาม
3. แนะนำให้รู้จักกับผู้ป่วยข้างเตียงที่สามารถควบคุมการดำเนินของโรคได้ดีเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้ผู้ป่วยเข้าใจและสร้างความมั่นใจเกี่ยวกับแผนการรักษา
4. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล จัดสิ่งแวดล้อมให้และสงบ

5. แนะนำวิธีปฏิบัติตัวเพื่อสังเกตอาการผิดปกติที่ควรรีบแจ้งเจ้าหน้าที่ พร้อมทั้งแจ้งช่องทางขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการผิดปกติ

6. เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยตรงกัน

การประเมินผล

หลังได้รับคำแนะนำผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น มีสัมพันธภาพที่ดี กับเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยข้างเตียงช่วยเหลือและดูแลกันดี ให้ความร่วมมือปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 6 การเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติแสดงความวิตกกังวลว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน
2. ได้รับยาปฏิชีวนะครบ 14 วัน

วัตถุประสงค์เป้าหมาย

ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล มีความรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกวิธีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็น ขณะอยู่ที่บ้านได้ถูกต้อง
2. ไม่มีอาการผิดปกติ เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอนและแนะนำผู้ป่วยและญาติให้ทราบถึงวิธีการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ ควรรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไข่ ถั่วต่าง ๆ แบ่ง อาหารที่มีวิตามินสูง จะช่วยทำให้แผลหายเร็วขึ้นและเสริมสร้างภูมิคุ้มกันให้กับร่างกาย และควรดื่มสุรา

2. หลีกเลี่ยงการทำงานหนัก

3. แนะนำไม่ให้แผลโดนน้ำ ทำแผลทุกวันวันละครั้ง ที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน

4. สอนวิธีการหายใจแบบ Pursed lip breathing ที่ถูกต้อง เพื่อลดแรงดันภายในปอด ทำให้อากาศที่ค้างคั่งในปอด คาร์บอนไดออกไซด์ถูกขับออกได้มากขึ้น โดยการหายใจเข้าทางจมูกให้ท้องป่อง เพื่อให้กล้ามเนื้อ Diaphragm ทำงานลดลงและซี่โครงขยายตัว ปอดจะขยายตัวทำให้มีอากาศเข้าปอดได้มากขึ้น

5. การออกกำลังกาย โดยการเป่าขวดน้ำ นวัตกรรม และมีนักกายภาพบำบัดมาสอนและแนะนำผ่านกล้องวงจรปิด โดยทำรอบละ 5 ครั้ง การใช้อย่างยัดเพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อปอดขยายตัว โดยกระตุ้นให้ทำบ่อย ๆ พยาบาลเป็นผู้นำอุปกรณ์ไปให้ผู้ป่วยและสอนวิธีการใช้โดยอธิบายและใช้ภาพประกอบ

6. ทบทวนการบริหารปอด และแนะนำให้ Contact Line กับนักกายภาพบำบัดเพื่อประเมินผล

7. ให้กำลังใจผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

8. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังรับการรักษาเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เช่น ไม่จำเป็นต้องกักตัว แต่ขอให้เว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา โดยเฉพาะเมื่อต้องพบปะหรืออยู่ร่วมกับผู้อื่น ไม่ใช้อุปกรณ์รับประทานอาหารและแก้วน้ำร่วมกับผู้อื่น ล้างมือด้วยสบู่และน้ำ หรือหรือถูมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ 70% เป็นประจำ

9. หากมีอาการไข้สูง ไอมาก เหนื่อย แน่นหน้าอก หอบ หายใจไม่สะดวก ให้รีบติดต่อสถานพยาบาล หากต้องเดินทางมาสถานพยาบาล แนะนำให้สวมหน้ากากระหว่างเดินทางตลอดเวลา ไม่ใช้ระบบขนส่งสาธารณะ ควรใช้รถยนต์ส่วนตัว

10. ฉีดวัคซีน COVID-19 หลังหายป่วย 3-6 เดือน เพื่อเสริมภูมิคุ้มกันโรคหลังการติดเชื้อ

การประเมินผล

ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องการหายใจ ทำได้ถูกต้อง และออกกำลังกายได้แค่ 5 ครั้ง/รอบ สามารถเข้าห้องน้ำปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองโดยไม่มีอาการเวียนศีรษะหรือเหนื่อยหอบ O₂ saturation room air 100% ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน พักหน้ารับทราบแต่ยังไม่มั่นใจว่าจะสามารถไปทำงานได้ตามปกติหรือไม่

บทสรุป

จากกรณีศึกษารายนี้ ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บช่องท้องได้รับการรักษาพยาบาลจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างรวดเร็ว ถูกต้องโดยการเฝ้าระวังภาวะช็อกจากการเสียเลือด ที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดปัญหาภาวะคุกคามต่อชีวิต โดยเฉพาะพยาบาลที่มีทักษะสูงทางคลินิกจะสามารถประเมินความรุนแรงของภาวะช็อกจากการเสียเลือดเบื้องต้นได้อย่างแม่นยำ สามารถรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนครอบคลุม นำไปสู่การรักษาที่เหมาะสมทันเวลา ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชนว่ามีเลือดออกในช่องท้อง มีการผ่าตัดหน้าท้องเมื่อทำผ่าตัดแพทย์ให้การรักษาอย่างเหมาะสมทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีอันตรายถึงแต่ชีวิตแต่เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้ผลการตรวจ RT-PCR detected ทำให้ต้องแยกตัวไปรักษาที่ Modular Ward ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic technique, Isolation precaution ใส่ชุด PPE เมื่อต้องเข้าไปทำกิจกรรมกับผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐานของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ได้รับการพยาบาลและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่อาจคุกคามต่อชีวิต อาการข้างเคียงจากการรักษา และได้รับการ

พยาบาลครอบคลุมปัญหาและความต้องการด้านกาย จิต และสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งได้รับการวางแผนจำหน่ายร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ได้รับการฟื้นฟูสภาพปอดร่วมกับนักกายภาพบำบัด โดยการฝึกเป่าขวดน้ำนวัตกรรม นักกายภาพบำบัดสอนและแนะนำผ่านกล้องวงจรปิด โดยทำรอบละ 5 ครั้ง การใช้ยางยืดเพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อปอดขยายตัว โดยกระตุ้นให้ทำบ่อย ๆ ตลอดจนได้การฟื้นฟูทางด้านจิตใจ สังคมของผู้ป่วยและครอบครัว และมีการประสานงานหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อร่วมให้การดูแลติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย สามารถกลับไปใช้ดำเนินชีวิตได้ตามปกติพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

พยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นส่วนหนึ่งของทีมดูแลผู้ป่วย สามารถให้การปฏิบัติการพยาบาลด้วยความรู้และทักษะประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องรวดเร็ว ประเมิน เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด และรายงาน ปรับเปลี่ยนแผนการรักษาพยาบาลให้สอดคล้องกับอาการผู้ป่วย และแก้ไขภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน สื่อสารให้ผู้ป่วยรับทราบเข้าใจให้กำลังใจ เพื่อคลายความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลร่วมกับ การมี Guide Blunt Abdominal Trauma ก็ถือว่าเป็นสิ่งที่ดีและสำคัญเพราะช่วยให้สามารถให้การช่วยเหลือได้ครอบคลุมและรวดเร็วในการรักษาพยาบาล จนสามารถส่งมอบผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด และส่งต่อไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วยวิกฤต

เอกสารอ้างอิง

1. คณะทำงานจัดทำรายงานประจำปี สำนักโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข 2561. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2561.

2. สมพล ฤกษ์สมถวิล. Pediatric Trauma. ใน : เลิศพงศ์ สมจิตร, สุภาพร โอภาสานนท์, บรรณาธิการ. Update in Trauma Practice. กรุงเทพฯ : กรุงเทพเวชสาร; 2556.
3. งานเวชระเบียน. สถิติผู้ป่วยประจำปี 2562-2564. สระบุรี : โรงพยาบาลสระบุรี, 2564.
4. สุชาติ เลิศการช่าง. ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการตายในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วิชาการแพทย์เขต 11, 2558, 2:327-337.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). [Internet].[cited 2022 April 5]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>
6. กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. แนวเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ฉบับปรับปรุง 8 เมษายน 2563. [Internet]. [cited 2022 May 9]. Available from: <https://www.mhesi.go.th/home/index.php/pr/allmedia/55-covid-19/covid-km/1429-2019-covid-19-8-2563>.

*งานวิจัยญัพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี

Nursing care of patients general anesthesia in hypertension who came for surgery for Distal CBD stone, Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP)

Saipin Buasara B.N.S.*

Abstract

Introduction: Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) is very popular today as it involves the insertion of an endoscope through the mouth, esophagus, stomach, and duodenum to the opening of the bile duct in the small intestine to inject a contrast agent along with X-ray images to assist in the diagnosis of abnormalities of the bile duct and pancreas. By this method, patients need to receive anesthesia while ERCP is being performed. Therefore, there is a potential for major complications in systems including the cardiovascular system that is greatly affected after receiving anesthesia. In hypertensive patients undergoing ERCP surgery, care must be taken and the risk of complications is monitored.

Methods: Patients with hypertension who came for Distal CBD stone surgery by Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) received general anesthesia. 1 patient was admitted to Singburi Hospital. Data collected through interviews, observations, and medical records. Then, the nursing process including Gordon's health assessment, nursing diagnoses along with guidelines of the American Association of nursing diagnostic, nursing implementation, and evaluation was performed.

Results: The results revealed the problem before giving general anesthesia. The patient had a throbbing pain under the epithelium due to inflammation of the bile duct. The patient had no previous experience in surgery and, therefore, had anxiety and fear of surgery. At the time of surgery along with giving anesthesia, the patient had hypotension. After 24 hours of receiving anesthesia, the patient had abdominal distension due to inflating during surgery and inflammation of the pancreas. Doctors allowed him to go home 3 days after the surgery. He stayed in the hospital for a total of 12 days.

Conclusions: To provide nursing care for patients with hypertension receiving general anesthesia for Distal CBD stone surgery by Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP, an anesthetist must have knowledge, expertise, and alertness at all times. Before administering anesthesia, the patient's health risks must be assessed to ensure they are physically and mentally ready. Preparations include the preparation of drugs, fluids, blood, and blood components. Provision of nursing care and observation for complications while giving anesthesia, including pain management, and nursing care after surgery will make patients feel safe and comfortable and reduce complications from receiving anesthesia.

Keywords: General anesthesia, hypertension, gallstones, Endoscopic retrograde cholangiopancreatography

*Nurse Anesthetist, Singburi Hospital

บทนำ

โรคนิ่วในท่อน้ำดี (Common bile duct stone: CBD stone) พบได้ร้อยละ 6-12 ในผู้ป่วยที่มี นิ่วในถุงน้ำดี และพบได้ร้อยละ 20-25 ของผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปีที่มีนิ่วในถุงน้ำดี ในผู้ป่วยทางซีกโลกตะวันตกนิ่วในท่อน้ำดีส่วนใหญ่เกิดจากนิ่วในถุงน้ำดีที่หลุดลงมาผ่าน cystic duct ในขณะที่ผู้ป่วยทางแถบเอเชีย นิ่วในท่อน้ำดีส่วนใหญ่เกิดจากการติดขัด และการหยุดนิ่งในท่อน้ำดี ลักษณะนิ่วเป็น brown pigment stones สาเหตุการเกิดมักเกี่ยวกับการตีตันของท่อน้ำดีส่วนปลาย เช่น biliary stricture, papillary stenosis หรือเนื้องอก¹ ซึ่งการเกิดนิ่วในท่อน้ำดีนั้นมักจะเกิดที่ถุงน้ำดีก่อน หากไม่ได้รับการรักษาหรือปล่อยนานไปก่อนนิ่วที่อยู่ในถุงน้ำดีนั้นก็จะต้องตกลงสู่ท่อน้ำดี ทำให้เกิดเป็นนิ่วในท่อน้ำดี ส่งผลให้ท่อน้ำดีส่วนปลายเกิดการอุดตัน ผู้ป่วยจะเกิดอาการตาเหลือง ตัวเหลือง มีไข้ และมีปัสสาวะสีเข้ม เกิดการติดขัดแบคทีเรียรุนแรงในท่อน้ำดี และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนถึงขั้นเสียชีวิตได้ การรักษาในท่อน้ำดีสามารถทำการรักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและท่อตับอ่อน (ERCP) หรือการผ่าตัดรักษาร่วมกับผ่าตัดถุงน้ำดี นิ่วในท่อน้ำดีที่ไม่ได้รักษามีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากถึงร้อยละ 25.3² ในเวลา 4 ปี ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ตับอ่อนอักเสบ ท่อน้ำดีอักเสบ และท่อน้ำดีอุดตัน เป็นต้น การรักษาโดยการเอานิ่วในท่อน้ำดีออกจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนลงเหลือร้อยละ 12.7³

จากสถิติสาธารณสุข พ.ศ.2558⁴ มีผู้ป่วยโรคนิ่วในระบบน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบ จำนวน 65,536 ราย สำหรับสถิติผู้ป่วยโรคนิ่วในระบบน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบที่ได้รับการรักษาที่

โรงพยาบาลสิงห์บุรี ปี 2562-2564 มีจำนวน 63 ราย 82 ราย และ 58 ราย ตามลำดับ โดยเป็นนิ่วในท่อน้ำดี จำนวน 7, 7 และ 9 รายตามลำดับ และเข้ารับการผ่าตัดนิ่วในท่อน้ำดี ผ่านกล้องตรวจท่อน้ำดีและท่อตับอ่อน (ERCP) ทั้งหมด⁵

การผ่าตัดนิ่วในท่อน้ำดีผ่านกล้องตรวจท่อน้ำดีและท่อตับอ่อน (ERCP) เป็นการใช้กล้องส่องเข้าไปทางปาก ผ่านหลอดอาหาร, กระเพาะอาหาร และลำไส้ส่วนต้นจนถึงท่อเปิดของน้ำดีในลำไส้เล็กแล้วฉีดสารทึบแสงพร้อมกับการถ่ายภาพเอกซเรย์ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยตรวจหาความผิดปกติของท่อน้ำดีและท่อตับอ่อน หรือการรักษาการอุดตันของท่อน้ำดีและท่อตับอ่อน เนื่องจากความผิดปกติของท่อน้ำดีและท่อตับอ่อน กรณีที่มีนิ่วในท่อน้ำดีและท่อตับอ่อน เมื่อศัลยแพทย์ทำการฉีดสี และประเมินขนาดนิ่ว จำนวน และขนาดท่อน้ำดีและท่อตับอ่อนแล้วจึงทำ Sphincterotomy หรือร่วมกับการขยาย Ampulla และใช้บอลลูนดึงนิ่ว หรือใช้ตะกร้อขบนิ่วนำนิ่วออกจากท่อน้ำดี หลังจากนั้นขยายบอลลูนปิดปลายท่อน้ำดีและฉีดสี เพื่อตรวจวินิจฉัยว่านิ่วออกหมดหรือไม่ ถึงแม้ว่าการผ่าตัดนิ่วในท่อน้ำดี ผ่านกล้องตรวจท่อน้ำดีและท่อตับอ่อน จะได้รับความนิยม แต่ก็อาจภาวะแทรกซ้อน เช่น ท่อน้ำดีอักเสบ หรือท่อตับอ่อนอักเสบ ลำไส้เล็กทะลุ ทางเดินท่อน้ำดีทะลุ ซึ่งมีค่อนข้างสูงร้อยละ 6-15^{6,7}

การให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในท่อน้ำดี ผ่านกล้องตรวจท่อน้ำดีและท่อตับอ่อน (ERCP) เป็นการผ่าตัดที่ย่างยากซับซ้อนจากตัวโรคเองและวิธีการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูง รวมถึงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกอีกด้วย ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและ

หลอดเลือด ซึ่งเป็นระบบที่ได้รับผลกระทบอย่างมากภายหลังการให้ยาระงับความรู้สึก อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ตั้งแต่ระดับเล็กน้อย เช่น ภาวะความดันโลหิตต่ำ ความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจเต้นช้าลง ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ปานกลาง พบว่าค่าความดันโลหิตจะลดลงมากกว่าร้อยละ 30 ของค่าเดิม และพบว่าบางรายมีภาวะหัวใจเต้นช้าลงร่วมด้วย ส่วนการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ หัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตได้ ในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มีความจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดนิวในท่อน้ำดี ผ่านกล้องตรวจท่อน้ำดีและท่อน้ำดีและท่อน้ำดี (ERCP) และต้องได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว จึงทำให้มีแนวโน้มการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบหัวใจและหลอดเลือด และการเสียชีวิตที่เพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง ร่วมกับมีหลอดเลือดแดงตีบแคบ ทำให้ผนังของหลอดเลือดแดงแข็ง ดังนั้นจึงสนใจศึกษาด้วยกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับการผ่าตัดนิวในท่อน้ำดีผ่านกล้องตรวจท่อน้ำดีและท่อน้ำดีและท่อน้ำดี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวที่มารับการผ่าตัดนิวในท่อน้ำดี ผ่านกล้องตรวจท่อน้ำดีและท่อน้ำดีและท่อน้ำดี (ERCP)

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 77 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพทำนามีโรคประจำตัว เป็นโรคความดันโลหิตสูง และ

ไขมันในเลือดสูง ประมาณ 20 ปี รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี เข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2565 เวลา 23.20 น. ด้วยอาการปวดจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ มีไข้ หนาวสั่น ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน มีอาการปวดจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ เป็น ๆ หาย ๆ มา 3 วัน รับประทานยาธาตุน้ำขาวและยาแก้ปวดท้อง อาการทุเลา และ 1 ชั่วโมงก่อนมา มีอาการปวดจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ มีไข้ หนาวสั่น ญาติได้สังเกตอาการนานประมาณ 1 ชั่วโมง อาการไม่ทุเลา จึงพามาโรงพยาบาล แกร็บทำงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการตัวเทาเหลืองเล็กน้อย น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร BMI 22.09 สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 97 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 171/89 มิลลิเมตรปรอท ไม่เคยมีประวัติการทำผ่าตัด ไม่มีประวัติแพ้ยาและอาหารทะเล การวินิจฉัย แกร็บ Sepsis ได้รับการเจาะเลือดตรวจ H/C 2 specimen ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS IV load 500 ml และ Ceftriaxone 2 gm v ผลการตรวจ CXR ปกติ ผลการตรวจ EKG ปกติ และผลการตรวจ DTX = 123 mg% แพทย์สั่งให้นอนรักษาตัวที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาภาวะ sepsis ต่อเนื่อง และได้รับการดูแลให้รับประทานยาเพื่อบรรเทาอาการปวดจุกใต้ลิ้นปี่ และได้รับยาควบคุมระดับความดันโลหิต และไขมันในเลือด สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.6-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง 60-86 ครั้ง/นาที หายใจอยู่ในช่วง 20-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 133/60-159/76 มิลลิเมตรปรอท 24 กุมภาพันธ์ 2565 ผลการตรวจทางห้องทดลองพบค่าการทำงาน

ของตับ (LFT) และการทำงานของตับอ่อนผิดปกติ Total Bilirubin 2.9 mg/dl, Direct Bilirubin 1.7 mg/dl, SGOT 241 U/L, SGPT 154 U/L และ ALP 353 U/L แพทย์สั่งทำ U/S upper abdomen พบ Distal CBD stone, about 0.7x1.4 cm in size, causing CBD obstruction จึงส่งปรึกษา ศัลยแพทย์ Plan ERCP เมื่อค่า LFT ลดลงและให้ Metronidazole 500 mg v q 8 hr เพื่อลดภาวะตับอ่อนอักเสบ ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนจืด เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และรับยยามาอยู่หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม ชั้น 8 ในวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2565 สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.1-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง 60-80 ครั้ง/นาที หายใจอยู่ในช่วง 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 118/62-146/74 มิลลิเมตรปรอท ผลการเพาะเชื้อเมื่อ 23 กุมภาพันธ์ 2565 no growth และ ผลการตรวจค่าการทำงานของตับและตับอ่อนเริ่มมีการอักเสบลดลง ในวันที่ 2 มีนาคม 2565 Total Bilirubin 1.7 mg/dl, Direct Bilirubin 0.8 mg/dl, SGOT 129 U/L, SGPT 84 U/L และ ALP 304 U/L แพทย์จึง Set OR for ERCP วันที่ 3 มีนาคม 2565 เวลา 14.00 น. ก่อนเข้ารับการผ่าตัดได้รับการตรวจหาเชื้อ COVID-19 ผล Not detected เข้าวันผ่าตัดมี pre-medication เป็น Manidipine 1 tab o ก่อนผ่าตัดดูแลให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจนทางสายยาง 6 LPM นาน 5 นาที เวลา 14.29 น. วิสัญญีแพทย์เริ่มให้การระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวโดยฉีด Thiopental 250 mg v ตามด้วย Succinyl choline 75 mg v ใส่ท่อช่วยหายใจไว้ และรักษาระดับการสลบด้วยเทคนิค balance technique ระหว่างผ่าตัดเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื่องความดันโลหิตต่ำ ดูแลแก้ไขโดยให้ Ephedrine 6 mg v x 4 ครั้ง จนสามารถ

ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และหลังผ่าตัดสามารถควบคุมความปวดได้ดี ใช้เวลาในการผ่าตัด 3 ชั่วโมง 16 นาที เสียเลือด 50 ml ได้รับสารน้ำเพียงพอ ปัสสาวะออก 30 ml/hr เสร็จผ่าตัดตื่นรู้สึกตัวดี คะแนนความปวด 0 คะแนน หายใจดี ให้สูดดมออกซิเจนทางสายยาง 6 LPM ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 68 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99-100 เปอร์เซ็นต์ และขณะอยู่ห้องพักฟื้น ตรวจวัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120/70-130/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรอยู่ในช่วง 70-80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 % คะแนนความปวดเท่ากับ 0 คะแนน ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ผู้ป่วยได้รับการดูแลในห้องพักฟื้น เป็นเวลา 1 ชั่วโมง วิสัญญีแพทย์พิจารณาให้กลับไปดูแลที่หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมชั้น 8 โดยไม่ต้องเข้าห้องผู้ป่วยหนัก ตรวจเยี่ยมหลังให้ยาระงับความรู้สึก 1 วัน พบว่าผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียยังมีภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน ผลทางห้องปฏิบัติการพบค่า Amylase 1520 U/L, WBC 14.08 x10³/ul, Neutrophils 91.1 % Lymphocytes 5.0 % ดูแลให้ได้รับ Ciprofloxacin 400 mg v q 12 hr พร้อมทั้งติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ และมีปัญหาท้องอืดแน่น ได้รับ Alum milk 1 ชด O tid pc และ Carminative 1 ชด O tid pc ตามแผนการรักษา คะแนนความเจ็บปวด 1-3 คะแนน หลังผ่าตัด 3 วัน ผู้ป่วยสามารถลุกจากเตียงทำกิจวัตรประจำวันได้ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน รวมเวลาอนโรงพยาบาล 12 วัน นัดตรวจที่คลินิกศัลยกรรม 1 สัปดาห์พร้อมติดตามผล LFT, Amylase, CBC, BUN, Cr

สรุปการวินิจฉัย

การวินิจฉัยแรกรับ Sepsis

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย Distal CBD stone with obstruction

การผ่าตัด

ERCP c EST c Balloon extraction

การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการ ระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว แบ่งเป็น 3 ระยะ

1. การพยาบาลระยะก่อนให้การระงับ
ความรู้สึกแบบทั้งตัว

2. การพยาบาลระยะให้การระงับ
ความรู้สึกแบบทั้งตัว

3. การพยาบาลระยะหลังให้การระงับ
ความรู้สึกแบบทั้งตัว

1. การพยาบาลระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก แบบทั้งตัว

ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยพิเศษ
ศัลยกรรม ชั้น 8 วันที่ 2 มีนาคม 2565 เพื่อ
ซักถามข้อมูลประวัติส่วนตัว ตรวจร่างกายเพื่อ
ประเมินความพร้อม และติดตามผลการตรวจทาง
ห้องปฏิบัติการ แล้วนำข้อมูลทั้งหมดมารวบรวม
วิเคราะห์เพื่อประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วย และ
เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย
ต่อการให้ยาระงับความรู้สึก ซึ่งจากการตรวจ
เยี่ยมผู้ป่วยมีสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 130/80
มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 74 ครั้ง/นาที อัตราการ
หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.2
องศาเซลเซียส พบว่า ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ให้
ประวัติว่ามีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง
และไขมันในเลือดสูง รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล
สิงห์บุรีนานประมาณ 20 ปี รับประทาน Doxazosin
1 tab O hs, Manidipine 1 tab O pc และ
Simvastatin 1 tab O hs ปฏิเสธการแพ้ยาและ

อาหาร เคยมีประวัติการดื่มสุราและสูบบุหรี่แต่
เลิกมาประมาณ 20 ปี ตรวจร่างกาย รูปร่าง
ใบหน้า คาง คอปกติ ไม่มีพินปลอม แต่มีพินหัก 2 ซี่
ไม่มีภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก (Mallampati
class I) ผลการตรวจ CXR และ EKG ปกติ
ส่วนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าค่า
การทำงานของตับและเอ็นไซม์ตับสูงกว่าปกติ
Total Bilirubin 1.7 mg/dl, Direct Bilirubin
0.8 mg/dl, SGOT 129 U/L, SGPT 84 U/L และ
ALP 304 U/L และผล U/S upper abdomen
เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2565 พบ Distal CBD
stone, about 07.x1.4 cm in size, causing
CBD obstruction ผู้ป่วยมีท่าทางอ่อนเพลีย
บ่นปวดท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่ เอามือกุมท้องตลอด
ดูแลจัดท่าให้นอน Fowler's position พร้อมทั้ง
อธิบายถึง พยาธิของโรค และสาเหตุที่ทำให้
ปวดท้องใต้ลิ้นปี่ ประสานพยาบาลประจำตึกให้
ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของ
แพทย์ ผู้ป่วยทุเลापวดท้อง pain scale ลดลง
จาก 6 เหลือ 4 ได้พูดคุยซักถามแผนการรักษา
ของแพทย์เรื่องการผ่าตัดเอาน้ำดีในท่อน้ำดี
ผ่านกล้องตรวจท่อน้ำดีและท่อน้ำดีและท่อน้ำดี
ในวันที่ 3 มีนาคม 2565 ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล
บอกกลัวไม่เคยได้รับการผ่าตัด และได้รับการ
ระงับความรู้สึกมาก่อน มีอายุมากแล้ว กลัวว่าถ้า
ดมยาสลบแล้วจะไม่ฟื้น ดูแลให้กำลังใจ และแจ้ง
ผู้ป่วยทราบว่าตนเองเป็นวิสัญญีพยาบาลที่จะ
ดูแลขณะให้การระงับความรู้สึก ร่วมกับทีมผ่าตัด
พร้อมทั้งให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแล
จากแพทย์และ พยาบาลเป็นอย่างดี ให้คำแนะนำ
การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด รวมถึงการ
ปฏิบัติตัวก่อนและหลังได้รับยาระงับความรู้สึก
ผู้ป่วยเข้าใจ มีสีหน้าแจ่มใสขึ้น จากการตรวจ
ประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการได้รับยา

ระงับความรู้สึกตาม American Society of Anesthesiologists (ASA) จัดอยู่ในระดับ ASA Class 3 คือเป็นผู้สูงอายุ 77 ปี มีโรคร่วม ได้แก่ ความดันโลหิตสูง และมีค่าการทำงานของตับและเอ็นไซม์ตับผิดปกติ เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทางด้าน ร่างกายและจิตใจ นำข้อมูลจากการประวัติ และตรวจร่างกาย มาวางแผนการให้ยาระงับความรู้สึกให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย และการผ่าตัด รวมทั้งการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

การวางแผนในการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว

สำหรับผู้ป่วยรายนี้ เลือกใช้วิธีระงับความรู้สึกโดยการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว คือการทำให้ผู้ป่วยหมดสติสัมปชัญญะ ไม่รู้สึกถึงความเจ็บปวด โดยให้ยานาสลบทางหลอดเลือดดำ ใส่ท่อช่วยหายใจ ร่วมกับให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ และควบคุมการหายใจ ซึ่งวิธีนี้เหมาะสมกับผู้ป่วยเนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาการผ่าตัดนาน มีความปลอดภัยสามารถดูแลระบบหายใจ และสภาพการไหลเวียนเลือดได้ดี ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน สัญญาณชีพไม่เปลี่ยนแปลงมาก รวมทั้งกล้ามเนื้อหย่อนตัวดี สะดวกต่อการทำผ่าตัด และสามารถป้องกันการสำลักได้ดี

การเตรียมตัวเพื่อรับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว

1. งดน้ำและอาหาร เป็นเวลาอย่างน้อย 6 ชั่วโมง ก่อนการผ่าตัด (เวลาที่งดน้ำและอาหาร 7.00 น.) เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง แพทย์จึงให้ Manidipine 1 tab O หลังอาหารเช้า เพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงขณะผ่าตัด

2. ติดตามการเตรียมความพร้อมในการเตรียมเลือด และสารประกอบของเลือด

3. ให้ผู้ป่วยและญาติ เซ็นใบยินยอมให้ระงับความรู้สึก

4. ให้ผู้ป่วยถอดเครื่องประดับ ของมีค่าออก

5. แนะนำวิธีการหายใจ และการไอ ที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ (Deep Breathing exercise) ภายหลังการได้รับการระงับความรู้สึก

6. สอนการประเมินอาการปวดโดยระบุระดับความปวด เป็นคะแนน 0-10

7. จอห้องผู้ป่วยหนัก (ICU) เนื่องจากผ่าตัดใช้เวลานาน ผู้ป่วยสูงอายุ และมีโรคร่วม อาจมีปัญหาเรื่องการหายใจ เอาท่อช่วยหายใจออกไม่ได้

8. ติดตามผลตรวจหาเชื้อ Covid-19 ก่อนผ่าตัด

9. ประสานงานและให้ข้อมูลการเตรียมผู้ป่วย ก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกกับพยาบาลประจำ หอผู้ป่วย

10. บันทึกการพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่มอบให้ผู้ป่วยและครอบครัว สรุปผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

2. การพยาบาลระยะให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว

เมื่อรับผู้ป่วยมาถึงหน้าห้องผ่าตัด ทักทายผู้ป่วย แสดงตัวบอกกล่าวให้ผู้ป่วยทราบอีกครั้งว่า เป็นผู้ดูแลขณะให้การระงับความรู้สึก พร้อมทั้งพูดคุยซักถามปัญหา การนอนหลับพักผ่อน ให้ความมั่นใจ ในประสิทธิภาพของการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว ว่าขณะผ่าตัดผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัว ไม่เจ็บและจะตื่นรู้สึกตัวเมื่อเสร็จผ่าตัด และรับการดูแลในห้องพักฟื้นจนปลอดภัย จึงส่งกลับหอผู้ป่วย ตรวจสอบความพร้อมทั่วไป เช่น ซักถามชื่อ-สกุล ป้ายข้อมือ เพื่อเป็นการยืนยันว่าผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกถูกคน และผ่าตัดถูกตำแหน่ง ตรวจสอบใบบันทึก

สัญญาณชีพ ตรวจสอบซ้ำเรื่องการเซ็นยินยอม ผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจ EKG, CXR บริเวณปลายข้อมือให้ตรงกับแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย ชักถามการงดอาหารและน้ำ การรับประทานยา pre-medication ตรวจดูบริเวณที่แทงเข็มที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (5% D/N/2 80 ml/hr) ไม่มีลักษณะบวมแดง และสารน้ำหยดดี ไม่มีรอยรั่วซึม ระหว่างมีการให้ยาระงับความรู้สึก เฝ้ารอการคลายตัวอย่างใกล้ชิดเพื่อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น พร้อมกับบันทึกการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ การสูญเสียเลือด ดูแลให้ สารน้ำ และปัสสาวะที่ออกมา ตลอดจนประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย เพื่อเอาท่ช่วยหายใจออกเมื่อตื่นดี ทำตามคำสั่งได้ และหายใจเพียงพอ

การเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ก่อนให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว

1. เครื่องดมยาสลบ ตรวจสอบให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ไม่มีการรั่วของวงจร
2. เครื่องทำระเหยของยาสลบเหลว (Vaporizer) เติมยาดมสลบ (Sevoflurane) ทดลองเปิดดูให้แน่ใจว่าไม่ติดขัด
3. อุปกรณ์สำหรับใส่ท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์อื่น ๆ เช่น Face mask, Endotracheal tube, Oral Airway, Video Laryngoscope, Stethoscope, Syringe 20 ml และ สาย suction เป็นต้น
4. เครื่องเฝ้ารอวาง ประกอบด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ เครื่องวัดชีพจร และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และเครื่องวัดความดันของคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก เครื่อง Infusion Pump และอุปกรณ์ให้ความอบอุ่น

เตรียมยาที่ใช้ในการให้ระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว

1. ยานำสลบ ได้แก่ Thiopental 250 mg
2. ยาหย่อนกล้ามเนื้อ สำหรับใส่ท่อช่วยหายใจ ได้แก่ Succinyl choline 75 mg และ Cisatracurium 12 mg
3. ยาแก้ปวด ได้แก่ Fentanyl 100 µg และ Buscopan 20 mg สำหรับระงับปวดขณะผ่าตัด
4. ยาดมสลบ ได้แก่ Sevoflurane
5. ยาตีบหลอดเลือด ได้แก่ Ephedrine 30 mg
6. ยาป้องกันคลื่นไส้อาเจียน ได้แก่ Ondansetron 4 mg และ Dexamethasone 4 mg
7. ยาแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ได้แก่ Neostigmine 2.5 mg และ Atropine 1.2 mg (สำหรับลดอาการข้างเคียงของยา Neostigmine)

การดำเนินการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว

เมื่อผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล ติดเครื่องมือเฝ้ารอให้สุดดมออกซิเจน Canula 6 LPM นาน 5 นาที วิสัญญีแพทย์เริ่มให้ยาระงับความรู้สึกเวลา 14.29 น. โดยฉีดยานำสลบ Thiopental 250 mg v ตามด้วยยาหย่อนกล้ามเนื้อ Succinyl choline 75 mg v เมื่อผู้ป่วยเริ่มหลับประมาณ 60 วินาที เปิดทางเดินหายใจด้วยเครื่อง Video Laryngoscope ใส่ท่อช่วยหายใจ No 8.0 ลึก 21 cm จากมุมปาก โดยขณะใส่ท่อช่วยหายใจต้องใส่ด้วยความรวดเร็ว แต่นุ่มนวล เนื่องจากการใส่ท่อหายใจอาจไปกระตุ้นทำให้ความดันโลหิตสูงจนเส้นเลือดในสมองแตกได้ เมื่อใส่ท่อเสร็จวิสัญญีพยาบาลจึงใส่ลมใน Cuff 10 ml ตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ ฟังเสียงลมที่ผ่านเข้าปอดเท่านั้น ทั้ง 2 ข้าง ปิดพลาสติกเธรดท่อช่วยหายใจให้แน่นกับมุมปาก ต่อท่อช่วยหายใจเข้ากับวงจร

เครื่องดมยาสลบ เปิดเครื่องช่วยหายใจ ปรับอัตราการหายใจ 12 ครั้ง/นาที วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 130/58 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70 ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดง 100% วัดค่าความดันคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก ได้ 35 มิลลิเมตรปรอท (ค่าปกติ 30-40 มิลลิเมตรปรอท) รักษาระดับการสลบโดยใช้เทคนิคการดมยาสลบสมดุล (Balance Anesthesia) ปรับระดับ N₂O: O₂ ในอัตราส่วน 1:1 LPM และเปิดเครื่องทำไอรยะเหยหายสลบ Sevoflurane 1.5 % โดยปรับความเข้มข้นตามความลึกของการสลบ ให้หายอ่อนกล้ามเนื้อ Cisatracurium 6 ml v หลังใส่ท่อช่วยหายใจกล้ามเนื้ออ่อนตัวเหมาะสมกับการผ่าตัด ดูแลให้ยาระงับปวด Fentanyl 50 µg v และให้ Buscopan 20 mg v ตลอดการผ่าตัดได้ควบคุมระดับความลึกของการสลบให้คงที่ โดยเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะขาดออกซิเจน มีการ Monitor EKG ตลอดเวลา สังเกตอาการขาดออกซิเจน ได้แก่ ซีด, Cyanosis, ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด < 95%, ฟังเสียง Breath sound ไม่ชัดเจน หรือไม่ได้ยิน ดูดเสมหะจากท่อช่วยหายใจ ทุกครั้งที่มีเสมหะ และมีการบันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที พบว่าสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/70 – 150/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรอยู่ในช่วง 70 – 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 18-24 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98-100 % จนกระทั่งเวลา 14.50 น. พบว่าผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำ 90/50 มิลลิเมตรปรอท จึงรายงานวิสัญญีแพทย์ ดูแลให้ยาตีบหลอดเลือด Ephedrine 6 mg v จำนวน 4 ครั้ง ตามแผนการ

รักษาของแพทย์ เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะที่สำคัญ เช่น สมองได้อย่างเพียงพอ จนถึงเวลา 15.30 น. ระดับความดันโลหิตจึงกลับมาอยู่ในระดับปกติ ได้ดูแลติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง เฝ้าภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด เนื่องจากมีการตัดรูเปิดท่อน้ำดีเพื่อเอาน้ำออก จึงมีโอกาสเสียเลือดได้ การผ่าตัดครั้งนี้เสียเลือดเล็กน้อยเพียง 50 ml ได้รับสารน้ำ 5% D/N/2 700 ml ปัสสาวะออก 230 ml นอกจากนี้ยังเฝ้าระวังภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำขณะได้รับการระงับความรู้สึก เนื่องจากอุณหภูมิห้องผ่าตัดอยู่ระหว่าง 18-22 องศาเซลเซียส และใช้ระยะเวลาการผ่าตัดนาน ดูแลอุ่นสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือด ใช้ผ้าคลุมบริเวณศีรษะ คลุมผ้าสะอาดปราศจากเชื้อตลอดร่างกายถึงปลายเท้า ห่มผ้าใช้เครื่องเป่าลมร้อนให้ร่างกายอบอุ่น วัดอุณหภูมิร่างกายตลอดระยะเวลาที่ทำการผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดไม่พบว่าผู้ป่วยมีอาการ Shivering อุณหภูมิร่างกาย 36-37.2 องศาเซลเซียส ก่อนเสร็จสิ้นการผ่าตัด ดูแลให้ Dexamethasone 4 mg v และ Ondansetron 4 mg v เพื่อป้องกันผู้ป่วยคลื่นไส้ อาเจียน ตามแผนการรักษา และเมื่อศัลยแพทย์ทำการผ่าตัดและคิบบ่อน้ำออกจากท่อน้ำดีเสร็จ แล้วจึงปิดยาดมยาสลบ Sevoflurane, N₂O ดูแลให้ O₂ 100 % 6 LPM เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอปิดเครื่องช่วยหายใจ แล้วช่วยหายใจด้วยการบีบถุงสำรองก๊าซ จนผู้ป่วยหายใจได้เอง ประเมินจากผู้ป่วยมีการกลืนและทรงอกเริ่มขยับจึงให้ยาแก้ฤทธิ์ยาอ่อนกล้ามเนื้อ Neostigmine 2.5 mg v ดูแลดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจในปากและลำคอออกให้หมด เพื่อป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ รวมระยะเวลาในการผ่าตัดเป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 3 ชั่วโมง 16 นาที

3. การพยาบาลระยะหลังให้การระงับ

ความรู้สึกแบบทั่วตัว

เมื่อผู้ป่วยหายใจดี ทรวงอกขยายเข้า-ออก สัมพันธ์กับถุงสำรองก๊าซ สามารถทำตามคำสั่งได้ จึงถอดท่อช่วยหายใจออกและให้ออกซิเจน 100 % 6 LPM นาน 5 นาที ก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 68 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดง 100 % ดูแลให้ออกซิเจนผ่านทางหน้ากาก 6 LPM และติดเครื่องวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดตลอดเวลาขณะเคลื่อนย้ายจากห้องผ่าตัดมาห้องพักฟื้น เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน และเกิดอันตรายในระหว่างการเคลื่อนย้าย ผู้ป่วยถึงห้องพักฟื้นเวลา 17.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ยังคงดูแลให้ทางเดินหายใจเปิดโล่ง โดยดูแลให้ได้รับออกซิเจน 100 % 6 LPM นาน 5 นาที จัดท่านอนตะแคง เพื่อป้องกันไม่ให้ลิ้นตกไปอุดกั้นทางเดินหายใจ ไม่สำลักน้ำลายที่ไหลออกมา และดูแลให้ความอบอุ่นด้วยผ้าห่มลมร้อน เพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำบันทึกและติดตามสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 110/64-149/72 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 76-90 ครั้ง/นาที และอัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98-100% อุณหภูมิร่างกาย 35.8-36.7 องศาเซลเซียส ไม่พบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ประเมินอาการปวดแผลภายหลังการผ่าตัด pain scale = 0 แผลผ่าตัดไม่มี bleed ชิม ก่อนการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปยังหอผู้ป่วยในเวลา 17.30 น. ประเมิน Modified Aldrete score = 10 คะแนน ผู้ป่วยตื่นและหายใจดี ไม่เจ็บแผล วิสัญญีแพทย์พิจารณาส่งกลับหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม ชั้น 8 ไม่ต้อง

เข้าห้องผู้ป่วยหนัก รวมได้รับการดูแลในห้องพักฟื้น 30 นาที สัญญาณชีพก่อนส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม ชั้น 8 ความดันโลหิต 107/52 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 58 ครั้ง/นาที และอัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100%

การเฝ้าติดตามครั้งที่ 1 (4 มีนาคม 2565)

การเฝ้าผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 1 ที่หอผู้ป่วยพิเศษ ชั้น 8 เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วตัว ผู้ป่วยรู้สึกตัว ลูกนั่งข้างเตียง ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ระดับความปวดแผล ระดับ 2 มีอาการท้องอืด บ่นแน่น อึดอัดท้อง มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 38.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 145/78 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบค่า Amylase 1,520 U/L, W.B.C 140,800 /ul แพทย์ให้ Camminative 1 ชด. O qid pc, Dynastat 40 mg v q 12 hr. ประเมินความรุนแรงของอาการท้องอืดโดยการสังเกต ตรวจร่างกายฟังเสียง bowel sound อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบสาเหตุของอาการท้องอืด และปวดแน่นท้อง ซึ่งเกิดจากลมที่แพทย์ใส่เข้าไปขณะผ่าตัดผ่านกล้องตรวจท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) และอาการจะหายไปเองเมื่อผู้ป่วยเรอหรือผายลม กระตุ้นให้มี early ambulation ให้พลิกตะแคงตัวบ่อย ๆ ลูกนั่งลูกเดินเข้าห้องน้ำ และสำหรับภาวะการอักเสบของตับอ่อน ประสานหัวหน้าเวรให้ผู้ป่วยได้รับยา ceftriazone 2 mg v OD และ Metronidazole 500 mg v q 12 hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์

การเฝ้าติดตามครั้งที่ 2 (5 มีนาคม 2565)

การเฝ้าผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 2 ที่หอผู้ป่วยพิเศษ ชั้น 8 ผู้ป่วยรู้สึกตัว สีสหน้าแจ่มใสขึ้น ไม่บ่นท้องอืดแน่น บอกว่าเมื่อคืนพักผ่อนได้

เริ่มมีผายลมเป็นระยะ ๆ แต่ยังไม่ถ่ายอุจจาระ ความดันโลหิต 127/62 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบค่า Amylase 902 U/L, W.B.C 82,900 /ul แพทย์ Plan D/C พรุ่งนี้ เพิ่ม MOM 30 ml O hs. นัด FU 1 wks พร้อม LFT, Amylase, CBC, BUN และ Cr.

คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

1. การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และดื่มน้ำสะอาดออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงความอ้วน สังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น ตัวและตาเหลือง ปวดท้อง มีไข้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ควรรีบพบแพทย์ทางเดินอาหารทันที

2. ให้ความรู้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ของโรคนี้ในท่อน้ำดีดังนี้

- รับประทานอาหารที่มีความสมดุลของสารอาหาร และมีไขมันเพียงพอจะกระตุ้นให้ถุงน้ำดีบีบตัวได้ดีเพื่อไม่ให้ไขมันในถุงน้ำดีคั่งค้างอยู่นานจนเกิดนิ่วขึ้นมา

- รับประทานอาหารที่มีกากใย (fiber) สูงได้แก่ผัก ผลไม้และอาหารที่มี calcium และมีไขมันแบบ saturated fats ต่ำ เช่น เนื้อปลาน้ำมันมะกอก เป็นต้น

- คมน้ำหนักไม่ให้อ้วน โดยการคุมอาหารที่มีพลังงานเหมาะสม และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

3. เน้นย้ำ ให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และมาตรวจตามนัด รับประทานอาหารและยาตามที่แพทย์สั่ง

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และซักถามในสิ่งที่สงสัย

5. ประเมินซ้ำ หลังให้ความรู้กับผู้ป่วยโดยการซักถามในประเด็นต่าง ๆ เพื่อประเมินความรู้

ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและเน้นย้ำ ในสิ่งที่ผู้ป่วยเข้าใจไม่ถูกต้องเพิ่มขึ้น

ติดตามการมาตรวจตามนัด (14 มีนาคม 256)

ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่คลินิกศัลยกรรม ช่วยเหลือตัวเองได้พอควร สีหน้ายิ้มแย้มดี ไม่บ่นปวดท้อง ผลการตรวจ LFT, Amylase, CBC, BUN และ Cr ปกติ

บทสรุป

การส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) เป็นการนำเทคโนโลยี สมัยใหม่มาใช้ในการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคนี้ในท่อน้ำดีซึ่งเป็นการส่องกล้องเข้าไปภายในร่างกาย ดังนั้นจึงไม่มีแผลผ่าตัด ภายนอก แม้ว่าการผ่าตัดผ่านกล้องดังกล่าวจะมีความปลอดภัยกว่าการรักษาด้วยการผ่าตัด แต่ก็อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยได้หากมีการประเมินและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนล่าช้าหรือไม่เหมาะสม ทั้งในระหว่างขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึก และหลังการให้ยาระงับความรู้สึก วิทยาลัยพยาบาลซึ่งเป็นหนึ่งในทีมที่ให้การพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึก ต้องมีความรู้ ความสามารถ ตั้งแต่การประเมินและค้นหาปัญหา เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ทั้งก่อน ขณะและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก มีการทบทวน การดูแล และฟื้นฟูความรู้ทางวิชาการวิสัญญีอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ จนสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการศึกษาไปใช้

นำไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวที่มารับการผ่าตัดนิ่วในท่อน้ำดี ผ่านกล้องตรวจท่อน้ำดีและท่อตับอ่อน (ERCP)

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการนำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวที่มารับการผ่าตัดนิ่วในท่อน้ำดี ผ่านกล้องตรวจท่อน้ำดีและท่อตับอ่อน (ERCP) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาระงับความรู้สึกและลดจำนวนวันนอนส่งผลถึงการลดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษา ร่วมกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สรรชัย กาญจนลาภ. นิ่วในระบบทางเดินน้ำดี. เวชสารแพทยทหารบก 2011; 64(1): 39-45.
2. Moller M, Gustafsson U, Rasmussen F, Persson G, Thorell A. Natural course vs interventions to clear common bile duct stones: data from the Swedish Registry for Gallstone Surgery and Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (GallRiks). JAMA Surg 2014; 149(10): 1008–13
3. Ko CW, Lee SP. Epidemiology and natural history of common bile duct stones and prediction of disease. Gastrointest Endosc 2002; 56(6 Suppl): S165–9.
4. Montian Marytkornkul, Common bile duct stone extraction. Optimizing in surgical endoscopy: Save simple and secure. 2014. 131-141.
5. งานเวชระเบียนและสถิติ. สถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรีประจำปี 2562 -2564 . โรงพยาบาลสิงห์บุรี; 2564.
6. Talukdar R. Complications of ERCP. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2016; 30(5): 793–805.
7. จักรวุฒิ วิริวงษ์. ค่าทำนายผลลบในการตรวจอัลตราซาวด์ตับและระบบท่อน้ำดีและผลตรวจค่าการทำงานของตับ ก่อนผ่าตัดนิ่วในท่อน้ำดี ด้วยการตรวจพบนิ่วในท่อน้ำดีภายหลังการผ่าตัดของโรงพยาบาลแม่สอด. เชียงรายเวชสาร 2563; 12(2): 117-129.

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป เพื่อผ่าตัดเนื้องอกในสมอง: กรณีศึกษา

วิภารัตน์ จันทศรีคำ พย.บ.

Received: 2 พ.ค.65

Revised: 15 ส.ค.65

Accepted: 17 ส.ค.65

บทคัดย่อ

บทนำ: เนื้องอกสมองมีผลกระทบหลากหลาย เช่น ทำลาย กด เบียด เนื้อสมอง กดทับเส้นประสาทสมอง ทำให้เกิดสมองบวม (Brain edema) เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่ม (Increased intracranial pressure) และภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง (Hydrocephalus) เกิดการเคลื่อนตัวของสมอง (Brain herniation) เนื้องอกกดทับหลอดเลือด เกิดภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง (Brain infraction) ทำให้เกิดอาการผิดปกติของระบบประสาท และอาจเสียชีวิตหากไม่ได้รับการรักษา การผ่าตัดเนื้องอกสมองเป็นชนิดของการผ่าตัดทางระบบประสาทส่วนสมองโดยเปิดกะโหลกศีรษะเป็นแผ่น (Craniotomy) เพื่อเป็นการรักษารอยโรคที่เป็นเนื้องอกสมองออก เพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย วัตถุประสงค์ของการศึกษาจึงเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดเนื้องอกในสมองปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถฟื้นฟูกลับบ้านได้

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อผ่าตัดเนื้องอกในสมอง รายงานรูปแบบเฉพาะเจาะจง 1 ราย ที่ตึกศัลยกรรมชายโรงพยาบาลนครนายก

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย 53 ปี เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลนครนายกเมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2563 ที่แผนกฉุกเฉิน รับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน ด้วยอาการพูดไม่ชัด แขนขาซ้ายอ่อนแรง ส่งตรวจ CT Scan พบ Brain Tumor อาการแรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดี motor power แขนขาข้างขวา grade 5 แขนขาข้างซ้าย grade 4 สัญญาณชีพ 140/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 80 ครั้ง/นาที ชานาตุรุ่มานตา 3 มิลลิเมตร ทั้ง 2 ข้าง มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้างรับรักษาไว้ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย แพทย์ตรวจร่างกายและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษจากผลการตรวจแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเนื้องอกในสมองแพทย์ให้การรักษาด้วยยากันชัก (Depakine 400 มิลลิกรัม vein ทุก 8 ชั่วโมง) 4 มีนาคม 2563 – 11 มีนาคม 2563 และยาลดสมองบวม (Dexa 4 มิลลิกรัม vein ทุก 6 ชั่วโมง) และวางแผนผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเอาเนื้องอกออก ในวันที่ 11 มีนาคม 2563 (operative for Rt craniectomy with tumor & insertion skull plate fixation) และการวินิจฉัยหลังผ่าตัดเป็น Brain tumor ศัลยแพทย์ทำผ่าตัด 6 ชั่วโมง 30 นาที เสียเลือดไปประมาณ 2,200 ml ให้สารน้ำ NSS 4000 ml ได้เลือดทดแทนจำนวน 2 unit ให้ Propofol 10 mg/ml Drip ควบคุมความดันโลหิตตลอดการผ่าตัด BP 80/60 – 140/80 mmHg ได้รับยา Inotrope คือ Levophed และ Ephedrine Urine ออกประมาณ 100 ml/hr ตรวจน้ำตาลได้ 151 mg% สิ้นสุดการผ่าตัดนำส่งผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยหนักโดยไม่แก๊ทหรือยาสลบและนำเข้าเครื่องช่วยหายใจหลังกลับจากห้องผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วยเริ่มต้น ลืมตา แต่ยังไม่หายใจเองยังไม่เพียงพอ เข้าวันที่ 16 มีนาคม 2563 ผู้ป่วยรู้สึกตัว หายใจแรงดี แพทย์จึงให้ถอดท่อช่วยหายใจได้ เวลา 10.30 น. และให้ออกซิเจน 8-10L/min. ครอบจมูกหายใจเอง พูดคุยถามตอบได้ดี วันที่ 19 มีนาคม 2563 สามารถย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปหอผู้ป่วยสามัญ และใช้เวลาพักฟื้นที่โรงพยาบาล 15 วัน จึงสามารถกลับบ้านได้จากจากจำหน่ายแพทย์นัด 2 อาทิตย์

คำสำคัญ: เนื้องอกสมอง, การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป, การพยาบาล

Nursing Care for Patient with General Anesthesia Craniectomy: Case Study

Viparatana Junthasrikum, B.N.S.

Abstract

Introduction: Brain tumors might increase pressure inside the skull leading to cerebral edema, hydrocephalus, brain herniation, and brain infarction. Increased pressure can lead to general symptoms such as headaches and may eventually cause death. Craniectomy is an option to treat brain tumors and alleviate the rising intracranial pressure. Nurse anesthetist plays an important role in keeping patients asleep or pain-free during surgery and constantly monitoring every biological function of patients' bodies for their safety.

Methods: The study investigated a male patient with glioblastoma multiforme at the Male Surgical Ward, Nakhon Nayok Hospital, as a case study. The case underwent Craniectomy and received perioperative care. Presentation of case: A 53-year-old male with progressive left hemiplegia and a speech problem was referred from a rural hospital. His CT brain revealed a well-defined heterogeneously enhancing lesion of about 6.0 x 6.0-cm. at the front right to the left about 1.0-cm. The patient underwent a craniectomy with tumor removal under general anesthesia. The surgery was performed successfully. The patient stayed for 15 days in hospital. A perioperative nursing care plan was implemented for brain tumor. The patient was provided with nursing intervention, rationales, and nursing recommendations.

Conclusion: In perioperative care of craniectomy for brain tumor removal, nurse anesthetists should understand patients' physiology and optimum anesthetic protocol, selecting volatile anesthetic protocol, volatile anesthetic agent, and pharmacologic cerebral protection. Patients' postoperative problems will reduce, and they will return to work fast and have quality of life.

Keywords: Brain tumor, General anesthesia, Nursing care

บทนำ

เนื้องอกสมอง หรือ Brain tumor เป็นเนื้องอกที่เกิดขึ้นภายในกะโหลกศีรษะอาจเกิดจากการเติบโตผิดปกติของเซลล์ประสาทสมอง เยื่อหุ้มสมอง ต่อมใต้สมอง เซลล์โพรงสมอง ตลอดจนความผิดปกติที่มีต้นกำเนิดจากเซลล์ภายในระบบประสาทเอง หรือเกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งอวัยวะอื่น ๆ ส่วนใหญ่เนื้องอกสมองที่พบมากที่สุดร้อยละ 70 จะเป็นชนิด Glioma ซึ่งเกิดบริเวณ Supratentorial แม้ว่าการเกิดเนื้องอกสมองมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 1.4 แต่อัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 60 ในด้านอุบัติการณ์การเกิดทั่วโลกพบเนื้องอกสมองชนิดร้ายแรงประมาณ 11.52/ประชากร 100,000 คน/ปี เนื้องอกไม่ร้ายแรงประมาณ 7.19 คน/ประชากร 100,000 คน/ปี สำหรับประเทศไทยพบประมาณ 18.71 ต่อ 100,000 ประชากร ต่อปี และพบว่าเนื้องอกสมองชนิด Glioma ร้อยละ 50 และเนื้องอกสมองชนิด Meningioma ร้อยละ 60² จากสถิติย้อนหลัง 3 ปีของโรงพยาบาลนครนายกในปี พ.ศ. 2562 – 2564 พบผู้ป่วยโรคเนื้องอกในสมอง จำนวน 15,16 และ 7 ราย ตามลำดับ

กะโหลกศีรษะเป็นโครงสร้างที่แข็งภายในมีปริมาตรที่คงที่ประกอบด้วย เนื้อสมอง 80% เลือด 12% และ Cerebrospinal fluid (CSF) 8% เมื่อมีปริมาตรในช่องกะโหลกศีรษะเพิ่มจากเนื้องอกสมอง สมองจะมีการ Compensation ได้ในระดับหนึ่งโดยที่ความดันในช่องกะโหลกศีรษะเพิ่ม (Increased intracranial pressure, ICP) ไม่เปลี่ยนแปลงมากแต่ถ้าสมองไม่สามารถ Compensation ได้ จะมีการเพิ่มขึ้นของ ICP ทันทีหากมีการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆไม่ได้รับการรักษา จะมีผลกระทบสมอง หลากหลาย เช่น ทำลายกดเบียดเนื้อสมอง กดทับเส้นประสาทสมอง ทำให้เกิดภาวะสมองบวม (Brain edema) เกิดภาวะความดันในช่อง

กะโหลกศีรษะเพิ่ม (Increased intracranial pressure) และภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง (Hydrocephalus) เกิดการเคลื่อนตัวของสมอง (Brain herniation) เนื้องอกกดทับหลอดเลือดเกิดภาวะขาดเลือดไปเลี้ยง (Brain infraction) ทำให้เกิดอาการผิดปกติของระบบประสาทและอาจเสียชีวิตหากไม่ได้รับการรักษา จากพยาธิสภาพดังกล่าวก่อให้เกิดอาการและอาการแสดง หลากหลายเช่น ปวดศีรษะ อาเจียน ชัก การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว รวมทั้งการควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกาย การมองเห็น การสื่อสาร การพูด ความคิด หรือความจำ การผ่าตัดเนื้องอกในสมองเป็นวิธีหนึ่งของการรักษา วิทยาลัยพยาบาลจึงเข้ามามีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกในสมองที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ตั้งแต่ระยะก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก ขณะได้รับยาระงับความรู้สึกและหลังได้รับยาระงับความรู้สึก โดยมีการประเมินสภาพและสภาวะของผู้ป่วย ตรวจร่างกาย ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ ยาที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาระงับความรู้สึก การตัดสินใจในการบริหารยาให้เหมาะสม การเฝ้าระวัง และแก้ไขภาวะแทรกซ้อน โดยมีโอกาสเกิดปัญหาของระบบไหลเวียน มีความดันโลหิตสูงหรือต่ำกว่าร้อยละ 20 ชีพจรไม่คงที่ ภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดแดงต่ำกว่าร้อยละ 95 ภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือดแดงมากกว่า 50 มิลลิเมตรปรอท ภาวะอุณหภูมิกายต่ำกว่า 35 องศาเซลเซียส การประเมินการให้สารน้ำและส่วนประกอบของเลือด หากไม่เหมาะสมอาจทำให้เกิดสมองบวม และชักได้

ดังนั้น ผู้ศึกษาในฐานะวิทยาลัยพยาบาลจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลในการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มาทำผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อกำจัดเนื้องอก เพื่อให้ผู้ป่วย

ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ขณะให้ยาระงับความรู้สึก และหลังให้ยาระงับความรู้สึก

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อผ่าตัดเนื้องอกในสมอง

วิธีดำเนินการศึกษา

ผู้ศึกษาเลือกศึกษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในสมองและต้องรับการผ่าตัดด้วยการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป จำนวน 1 ราย ระหว่างเดือน 4 มีนาคม 2563 – 24 กรกฎาคม 2563

กรณีศึกษา

เนื้องอกสมอง (Brain Tumor) คือ เนื้องอกที่เกิดจากการเจริญเติบโตอย่างผิดปกติของเซลล์ในสมองหรือบริเวณเนื้อเยื่อและต่อมต่าง ๆ บริเวณใกล้เคียงกับสมอง ซึ่งอาจรบกวนระบบประสาทและการทำงานของสมอง จนทำให้มีอาการต่าง ๆ ตามมา ตั้งแต่ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน มีปัญหาด้านพฤติกรรม บุคลิกภาพ การพูด การได้ยิน การมองเห็น ความจำ ไปจนถึงอาจเกิดอาการชักเป็นอัมพาตครึ่งซีก หรือลุกลามเป็นมะเร็งในระยะอันตรายได้หากไม่ได้รับการรักษาให้ทันการณ์ โดยเนื้องอกที่เกิดขึ้นในสมองไม่ใช่เนื้องอกหรือมะเร็งทั่วไป เนื้องอกในสมองมี 4 ระดับ โดยวัดระดับ 1-4 ตามลำดับการเจริญเติบโตของเนื้องอกและโอกาสในการกลับมาเป็นอีกแม้ได้รับการรักษาแล้ว เนื้องอกสมองแบ่งได้เป็น 2 ประเภทหลักคือ

1. เนื้องอกที่เป็นเนื้อธรรมดา (Benign Brain Tumors) เป็นเนื้องอกไม่อันตราย (ระดับ 1-2) มีการเจริญเติบโตช้า ไม่ใช่เซลล์มะเร็งสามารถรักษาให้หายได้ และมีโอกาสน้อยที่ผู้ป่วยจะกลับมาเป็นอีกหลังการรักษา

2. เนื้อเยื่อที่เป็นเนื้อร้าย (Malignant Brain Tumors) เป็นเนื้องอกอันตราย (ระดับ 3-4) มีการเจริญเติบโตของเซลล์ที่ผิดปกติ คือเซลล์มะเร็ง อาจเกิดขึ้นบริเวณสมอง หรือเซลล์มะเร็งเกิดขึ้นที่อวัยวะอื่นลามเข้าสู่สมอง

เนื้องอกที่เป็นเซลล์มะเร็งจะมีการเจริญเติบโตเรื่อย ๆ อย่างไม่สามารถควบคุมได้ และมีโอกาสที่จะกลับมาเป็นได้อีกแม้เคยผ่านการรักษาไปแล้ว โดยทั่วไป เนื้องอกที่เป็นเซลล์มะเร็งจะพบได้บ่อยกว่าเนื้องอกที่เป็นเนื้อธรรมดา

อาการของเนื้องอกในสมอง ได้แก่ ปวดศีรษะเรื้อรัง ปวดมากตอนตื่นนอนตอนเช้า พอสาย ๆ อาการปวดทุเลาลง หรือปวดศีรษะมากตอนนอน ไอ จาม หรือเบ่งอุจจาระ รับประทานยาอาการไม่ดีขึ้น คลื่นไส้ อาเจียนพุ่ง หรือปวดศีรษะร่วมกับอาเจียนพุ่ง โดยไม่มีอาการคลื่นไส้นมาก่อน ตามัว ลานสายตาแคบ ตาพร่ามัว เดินเซ เดินชนของ ชักกระตุก เกร็งเฉพาะที่ ชาเฉพาะที่ร่วมกับอาการสับสน ความจำผิดปกติ หมดสติเฉียบพลัน โดยอาจจะเริ่มจากอาการแขนขา อ่อนแรง พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง หน้าชา ปัสสาวะอุจจาระเองไม่ได้ และหมดสติ

การรักษาเนื้องอกในสมอง

- การผ่าตัด แพทย์จะทำการผ่าตัดเพื่อนำเอาเนื้อเยื่อที่ผิดปกติออกไปจากจุดที่มีเนื้องอกในสมองให้ได้มากที่สุด

- การใช้รังสีรักษา วิธีนี้ใช้เมื่อเนื้องอกเกิดขึ้นในตำแหน่งที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ หรือผ่าตัดออกได้ไม่หมด

- การให้ยาเคมีบำบัด เป็นวิธีรักษาที่เสริมวิธีรักษาหลักเท่านั้น เช่น ผู้ป่วยบางรายอาจต้องใช้การรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 53 ปี รูปร่างผอมสูง สถานภาพโสด รับไว้ในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2563 เวลา 07.48 น. รับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน มีอาการพูดไม่ชัด แขนขาซ้ายอ่อนแรง 10 วันก่อนมาโรงพยาบาล ญาติจึงพาไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน และส่งตรวจ CT Scan พบ Brain tumor จึงส่งต่อมารักษาโรงพยาบาลจังหวัด แกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ อาการทางระบบประสาท (Glasgow coma scale/GCS) เท่ากับ 15 (E₄V₅M₆) motor power

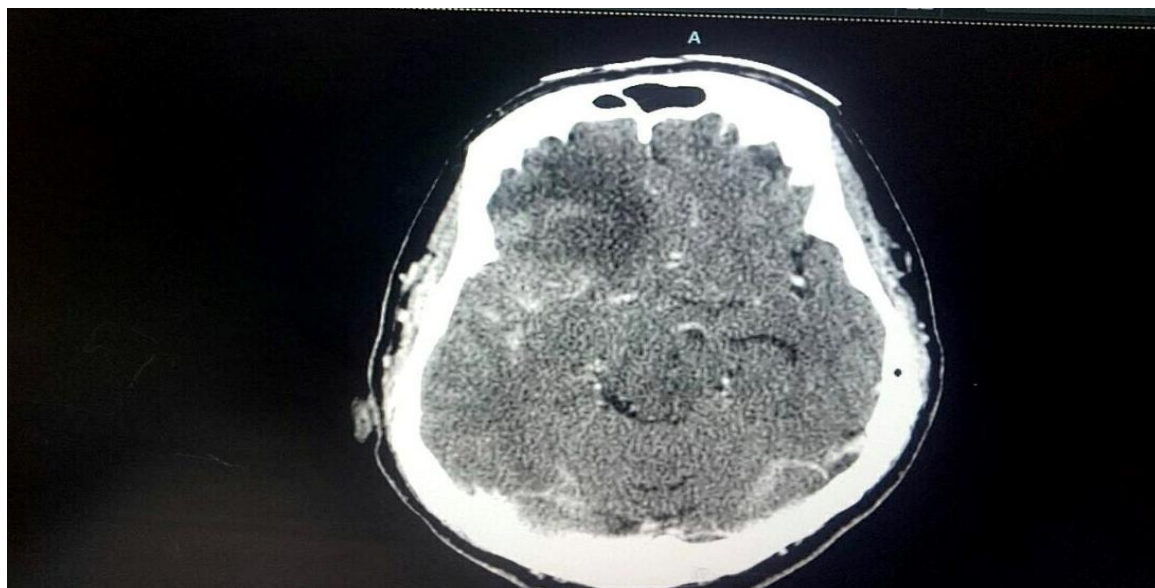
แขนขาข้างขวา grade 5 แขนขาข้างซ้าย grade 4
 สัญญาณชีพ 140/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการ
 หายใจ 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 80 ครั้ง/นาที ขนาด
 รูม่านตา 3 มิลลิเมตร ทั้ง 2 ข้าง มีปฏิกิริยาต่อ
 แสงทั้ง 2 ข้าง จากการศึกษาการเจ็บป่วยในอดีต
 พบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง รักษาที่คลินิก
 รับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยอื่น ๆ

ไม่มีการแพ้ยา แพ้อาหาร รวมทั้งทุกคนใน
 ครอบครัวมีสุขภาพแข็งแรง ปฏิเสธการเจ็บป่วย
 ด้วยโรคภัยแรงใด ๆ ต่อมาเข้ารับรักษาไว้ที่หอ
 ผู้ป่วยศัลยกรรมชาย แพทย์ตรวจร่างกายและส่ง
 ตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ พบ
 ผลตามตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 ผลการตรวจร่างกาย

ผลการตรวจร่างกาย	
ทั่วไป	น้ำหนัก 67 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร อ่อนหุ่มีร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ความดัน โลหิต 124/84 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 80 ครั้ง/นาที
การตรวจระบบ ENT	Not pale no jaundice
CVS	Normal s1, s2, no murmur
Lung	Clear, normal breath sound
Abdomen	Soft, not tender
Neuro	E4V5M6, pupil 3 mm, RTL BE No facial palsy No tongue deviation
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	
CBC	ปกติ
RBC	Hb 14.2, Hct 44 %, Plt 372,000 PT 9.6, PTT 21, INR 0.90 BUN 16, Cr 0.78, Na 135, K 5.07
การตรวจพิเศษ	
การตรวจคลื่นหัวใจ	ปกติ
การ x-ray	ปกติ
CT brain	Brain tumor, abscess at Rt posterior fronto-parietal region 2.7x2.4x2.3 cms

CT Brain



จากผลการตรวจ ข้างต้น แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเนื้องอกในสมอง ปัญหาคืออาจเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากมีเนื้องอกในสมองด้านข้างสมองเยื้องมาด้านหน้า (Rt frontal parietal lobe) จึงให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลและลดสิ่งกระตุ้นผู้ป่วย อธิบายแนวทางการรักษาแก่ญาติ แนะนำให้หลีกเลี่ยงการกระตุ้นผู้ป่วย แพทย์ให้การรักษาด้วยยากันชัก (Depakine 400 มิลลิกรัม vein ทุก 8 ชั่วโมง) 4 มีนาคม 2563 – 11 มีนาคม 2563 และยาลดสมองบวม (Dexa 4 มิลลิกรัม vein ทุก 6 ชั่วโมง) และวางแผนผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเอาเนื้องอกออก ในวันที่ 11 มีนาคม 2563 (operative for Rt craniectomy with tumor & insertion skull plate fixation) และการวินิจฉัยหลังผ่าตัดเป็น Brain tumor

แพทย์ได้วางแผนการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อกำจัดเนื้องอก ซึ่งเป็นการผ่าตัดส่วนที่สำคัญและซับซ้อน ต้องเตรียมผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดทั้งประสานทีมผ่าตัด และทีมหอผู้ป่วยหนัก เพื่อวางแผนการรักษาร่วมกัน ก่อนวันผ่าตัด

วิสัญญีพยาบาลได้ตรวจเยี่ยม ชักประวัติตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ครบถ้วน รวมทั้งให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด การประเมินสภาพผู้ป่วยตาม ASA ให้เป็น ASA 3 มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมองตีบ มีความเสี่ยงต่อการผ่าตัด เพราะเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความยุ่งยากต้องเพิ่มการเฝ้าระวัง

เมื่อผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลเพียงพอ ได้ลงนามยินยอมการผ่าตัด ทีมผ่าตัดเตรียมผู้ป่วยโดยการโกนผมทั้งหมด ใส่สายสวนปัสสาวะ เจาะเลือดจาง PRC 4 Unit ยาปฏิชีวนะ งดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน ให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml อัตรา 60 cc/hr วันรุ่งขึ้นนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ตรวจเช็คความถูกต้องและตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วย วิสัญญีเตรียมอุปกรณ์พร้อมดำเนินการให้ยาระงับความรู้สึกโดยนำสลบด้วย Propofol 100 mg (Dose 1.5-2.5 mg/kg) ผู้ป่วยหลับใส่ท่อช่วยหายใจด้วย Non-depolarized (Rocuronium) เพื่อลดความดันในช่องกะโหลกศีรษะหลังใส่ท่อช่วยหายใจ ควบคุมยาสลบโดยใช้เทคนิค Balance Anesthesia ด้วย Volatile agent

และ Opioid คือ O_2 : air : Isoflurane และ Morphine โดยสัดส่วน 1:1:1 และ 0.1 mg/kg monitor ด้วย EKG, Pulse, $ETCO_2$, Urine output, Temperature และทดแทนสารน้ำและเลือดตามที่สุดยเสีย ศัลยแพทย์ทำผ่าตัด 6 ชั่วโมง 30 นาที เสียเลือดไปประมาณ 2,200 ml ให้สารน้ำ NSS 4000 ml ได้เลือดทดแทนจำนวน 2 unit ให้ Propofol 10 mg/ml Drip ควบคุมความดันโลหิตตลอดการผ่าตัด BP 80/60–140/80 mmHg ได้รับยา Inotrope คือ Levophed และ Ephedrine Urine ออกประมาณ 100 ml/hr ตรวจน้ำตาลได้ 151 mg% สิ้นสุดการผ่าตัดนำส่งผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยหนักโดยไม่แก๊ทหรือยาสลบและนำเข้าเครื่องช่วยหายใจโดยให้ร่างกายผู้ป่วยขับฤทธิ์ออกเอง ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายจะใช้ระยะเวลาแตกต่างกัน ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาผ่าตัดตั้งแต่เวลา 09.45 -16.15 น. หลังกลับจากห้องผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วยเริ่มตื่น ลืมตา แต่ยังหายใจเองยังไม่เพียงพอ เข้าวันที่ 16 มีนาคม 2563 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจแรงดี แพทย์จึงให้ถอดท่อช่วยหายใจได้ เวลา 10.30 น. และให้ออกซิเจน 8-10 L/min. ครอบคลุมหายใจเอง พูดคุยถามตอบได้ดี วันที่ 19 มีนาคม 2563 สามารถย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปหอผู้ป่วยสามัญ และใช้เวลาพักฟื้นที่โรงพยาบาล 15 วัน จึงสามารถกลับบ้านได้ ขณะให้การดูแลพบปัญหาของการพยาบาลโดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

การวินิจฉัยพยาบาล ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก (วันที่ 10 มีนาคม 2563)

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลและขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดเนื้องอกในสมอง

ข้อมูลสนับสนุน

O: สิ้นหัวใจวิตกกังวล

S: ผู้ป่วยบอกกลัวการผ่าตัด กลัวไม่ฟื้น หลังการผ่าตัด ทำงานไม่ได้ กลัวพิการหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์ เพื่อคลายความวิตกกังวล และมีความพร้อมยอมรับการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกคลายความวิตกกังวล มีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสขึ้น
2. ผู้ป่วยสามารถบอกเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื้องอกสมองได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยการแนะนำตนเอง
2. ประเมินระดับความรู้ความเข้าใจ และความวิตกกังวลโดยการพูดคุยซักถาม สังเกตสีหน้าท่าทาง เพื่อการวางแผนการให้ยาระงับความรู้สึกได้ถูกต้อง
3. อธิบายขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึก และให้ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื้องอกในสมอง
4. เปิดโอกาสให้ผู้และญาติซักถามปัญหา และข้อสงสัย พร้อมทั้งตอบข้อซักถามด้วยความเต็มใจ พูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจ
5. ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยโดยประสานทีมผ่าตัดในการดูแลรักษาทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยและญาติคลายวิตกกังวล ท่าทางรับรู้และเข้าใจให้ความร่วมมือในแผนการรักษา
2. ผู้ป่วยอธิบายเกี่ยวกับการรักษาและการได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดเนื้องอกในสมองได้ถูกต้อง

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยขาดความพร้อมทางด้านร่างกาย ก่อนผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกไม่เคยได้รับการผ่าตัดตลอดจนญาติพี่น้องไม่เคยได้รับการผ่าตัด

O: เป็นการผ่าตัดที่มีความซับซ้อนและละเอียดรอบคอบ ประสานความพร้อมทั้งทีมผ่าตัด

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามแผนการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ และมีการงดน้ำและอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง
2. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตรงตามเวลาที่กำหนด
3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วยก่อนวันทำการผ่าตัด 1 วัน เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยและรวบรวมปัญหาและวางแผนการรักษาร่วมกันกับทีมศัลยแพทย์ระบบประสาท วิชาญญแพทย์ตลอดจนทีมผ่าตัด
2. การงดน้ำและอาหาร อย่างน้อย 8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหารระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก
3. รายงานข้อมูลผู้ป่วยกับวิชาญญแพทย์เกี่ยวกับโรคประจำตัวผู้ป่วยคือโรคความดันโลหิตสูง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำนวนโลหิตที่เตรียมไว้เพื่อชดเชยโลหิตที่เสียไประหว่างผ่าตัด เพื่อวางแผนในการให้ยาระงับความรู้สึก
4. บอกข้อมูลกับผู้ป่วยเรื่องการผ่าตัด จะต้องใช้เวลาคัดนาน และหลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องพักฟื้นที่หอผู้ป่วยหนักและใช้เครื่องช่วยหายใจไว้โดยมีแพทย์และพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด
5. ตรวจเช็คการลงนามใบยินยอมการผ่าตัดของผู้ป่วยและญาติ
6. ประเมินความยุ่งยากในการใส่ท่อช่วยหายใจตามวิธี Mallampati class I จำแนกผู้ป่วยตาม American society of anesthesiologist 3 จอเลือด PRC 3 Unit และ Post-op จอเตียง ICU
7. ตรวจเช็คการโกนศีรษะและหนวดเครา

8. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจขั้นตอนที่จะเกิดขึ้นขณะให้ยาระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัดมีวิชาญญแพทย์วิชาญญพยาบาลดูแลตลอดเวลาผ่าตัด ผู้ป่วย ไม่รู้สึกตัวและไม่มีอาการรู้สึกเจ็บ

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ งดน้ำและอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง
2. ทีมผ่าตัดและทีมให้ยาระงับความรู้สึกมีความพร้อมสำหรับการผ่าตัดเนื่องจากมอง
3. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตรงวันเวลาที่กำหนดไว้

การวินิจฉัยพยาบาล ระยะระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก (วันที่ 11 มีนาคม 2563)

ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อ Emergence from anesthesia การรับรู้ (awareness) ระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน

O: ผลตรวจ CT สมอง มีภาวะเนื้องอกในกะโหลกศีรษะส่วนหน้า

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่นิ่งไม่มีอาการไอหรือเบ่ง ศัลยแพทย์สามารถผ่าตัดได้ถูกตำแหน่ง ไม่เกิดภาวะไม่พึงประสงค์เช่นการเพิ่มความดันในช่องกะโหลกศีรษะ (ICP)

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัดเนื่องจากมองตามมาตรฐาน
2. ผู้ป่วยไม่มีภาวะรู้สึกตัวระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก
3. ไม่เกิดภาวะการเพิ่มความดันในช่องกะโหลกศีรษะ (ICP)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยนิ่งไม่มีอาการไอไม่เบ่งและไม่ขยับตัวระหว่างผ่าตัด

2. พยาบาลวิสัญญีให้ยาระงับความรู้สึกภายใต้การควบคุมกำกับดูแลของวิสัญญีแพทย์ตลอดเวลาผ่าตัด

3. ผู้ป่วยได้รับยาแบบ Intravenous technique คือ Propofol infusion 10 ml/hr

4. ประเมินระดับความรู้สึกของผู้ป่วยเป็นระยะ ระหว่างการผ่าตัด

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ตามเกณฑ์มาตรฐานการให้ยาระงับความรู้สึก

2. ผู้ป่วยไม่มีอาการไอไม่เบ่งไม่ขยับร่างกายและไม่เกิดภาวะรับรู้ความรู้สึกระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก

3. ไม่เกิดภาวะของการเพิ่มของความดันในช่องกะโหลกศีรษะ (ICP) ศัลยแพทย์สามารถผ่าตัดได้อย่างปลอดภัย

ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะความดันในช่องกะโหลกศีรษะสูงระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน

O: ผู้ป่วยมีภาวะเนื้องอกสมองส่วนหน้า เป็นการเพิ่มภาวะความดันในช่องกะโหลกศีรษะสูง

O: ภาวะความดันในช่องกะโหลกศีรษะสูงมากกว่า 30 mmHg ทำให้ cerebral perfusion pressure ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

O: ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งจากพยาธิสภาพเนื้องอกในสมอง

O: เกิดภาวะเนื้องอกสมองขณะผ่าตัด

O: เกิดการเพิ่มขึ้นของปริมาณเลือดในสมองเช่นจากเส้นเลือดขยายตัวหรือจาก Hematoma ขณะผ่าตัด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเพื่อกำจัดเนื้องอกในสมอง

2. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะความดันในช่องกะโหลกศีรษะสูง และภาวะสมองบวม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 20 ของความดันโลหิตเดิม

2. ระหว่างให้ยาระงับความรู้สึกไม่เกิดภาวะ Hypoxia หรือ Hypercarbia

3. ระหว่างให้ยาระงับความรู้สึกไม่เกิดภาวะ Cerebral venous drainage obstruction

4. ศัลยแพทย์ระบบประสาททำผ่าตัดได้สำเร็จไม่เกิดภาวะไม่พึงประสงค์

กิจกรรมการพยาบาล

1. หลีกเลี่ยงยาดมสลบที่ทำให้เพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ เช่น Ketamine

2. เลือกใช้ Volatile agent ที่เหมาะสม ในการให้ยาระงับความรู้สึก เช่น Isoflurane เพื่อลด CMRO₂

3. ให้สารน้ำที่เป็น Isotonic crystalloid (0.9% NSS) เพื่อลดอัตราการใช้ออกซิเจนของเนื้อสมอง

4. ใช้ยาที่ไม่ทำให้เกิดผลเสียหายแก่เนื้อสมอง Cerebral protection

5. จัดท่าศีรษะตรงและสูง 15 – 30 องศา เพื่อช่วยลดภาวะ Cerebral venous drainage obstruction

6. ควบคุม PaCO₂ 20 – 35 mmHg เพื่อป้องกันการเกิดการหดตัวของเส้นเลือดในสมอง ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะ Cerebral ischemia

7. ควบคุมความดันโลหิต และซีพจร ทุก 5 นาที ค่าความดันโลหิตความดันเปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 20 ของความดันโลหิตเดิม

ประเมินผลการพยาบาล

1. ไม่เกิดภาวะความดันในช่องกะโหลกศีรษะสูงซึ่งจะเป็นอุปสรรคในการผ่าตัดของศัลยแพทย์และเนื้อสมองถูกทำลาย

2. ความดันโลหิตระหว่างให้ยาระงับความรู้สึกอยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าความดันโลหิต

ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 20 ของความดันโลหิตเดิม

3. ไม่เกิดภาวะ Cerebral venous drainage obstruction

4. ไม่เกิดภาวะHypoxiaหรือHypercarbia

ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะMassive blood loss

ข้อมูลสนับสนุน

O: มีการดื่มน้ำและอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง

O: การผ่าตัดที่ยุ่งยากซับซ้อนและใช้เวลา มากกว่า 6 ชั่วโมง

O: เนื้ออกสมอมีขนาดใหญ่ 2.7x2.4x2.3 cms

O: เสียเลือดจำนวน 2,200 มิลลิลิตร

วัตถุประสงค์

1. ไม่เกิดภาวะ Hemorrhagic shock ความดันโลหิตลดลง (Blood pressure drop) เกินร้อยละ 20 ของความดันโลหิตเดิม

2. ผลความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) มีค่าไม่ต่ำกว่า 30 เปอร์เซ็นต์หรือลดลงจากเดิม ไม่เกินร้อยละ 3

3. ผู้ป่วยได้รับเลือดและสารน้ำชดเชยตามหลัก Allowable blood loss

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่เกิดภาวะ Hemorrhagic shock

2. ทดแทนสารน้ำและเลือดได้เพียงพอ และเหมาะสม

3. ระดับความเข้มข้นของเลือด (Hct) อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือลดลงจากเดิมไม่เกินร้อยละ 3

กิจกรรมการพยาบาล

1. Monitoringและจดบันทึกสัญญาณชีพตลอดการให้ยาระงับความรู้สึก

2. ทำ Hypotensive technique ตามความต้องการของศัลยแพทย์ภายใต้การควบคุมดูแลของวิสัญญีแพทย์เพื่อลดการสูญเสียโลหิตขณะผ่าตัด

3. เปิด IV line ด้วยเข็มเบอร์ใหญ่มากกว่า 2 เส้นและใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อประเมินให้สารน้ำและประเมินการขับถ่ายปัสสาวะ

4. เจาะหาค่าความเข้มข้นของเลือด (Hct) ภาวะช็อคจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด

5. ประสานงานกับธนาคารเลือด จัดเตรียมเลือดไว้พร้อมใช้ได้ทันที

6. บันทึกการได้รับสารน้ำ และเลือดทดแทนขณะผ่าตัด (Record I/O)

ประเมินผลการพยาบาล

1. ปัสสาวะออก 0.5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง

2. ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง Hct = 34.2 %

3. ไม่เกิดภาวะ Hemorrhagic shock ค่าสัญญาณชีพปกติ ค่าความดันโลหิตความดันเปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 20 ของความดันโลหิตเดิม

4. ได้รับเลือดและสารน้ำชดเชยตามหลัก Allowable blood loss ให้สารน้ำทดแทน 4,610 มิลลิลิตร และเลือดทดแทน 610 มิลลิลิตร

ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน

O: ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง

O: ความดันโลหิต 165/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 104 ครั้ง/นาที

O: ค่าMAP สูงมากกว่า 160mmHgทำให้ Cerebral blood flowเพิ่มขึ้นอย่างมากทำให้ CMRO₂เพิ่มขึ้นมาก

O: Cushing's syndrome คือภาวะความดันโลหิตสูงเกิดการกระตุ้น Baroreceptor บริเวณ Carotid sinus เกิดภาวะ Bradycardia

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ความดันโลหิตเข้าวันผ่าตัด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท
2. ผู้ป่วยได้รับประทอนยาลดความดันโลหิตสูงเข้าวันผ่าตัด
3. ไม่เกิดภาวะค่า MAP สูงมากกว่า 160 mmHg
4. ไม่เกิดภาวะ Cushing's syndrome

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ผู้ป่วยรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงเข้าวันผ่าตัด
2. เตรียมยาสลับที่ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิต
3. เตรียมยาที่ช่วยลดความดันโลหิตสูง เช่น Nicardipine เพื่อแก้ไขภาวะความดันโลหิตสูงขณะผ่าตัด
4. เฝ้าระวังสัญญาณชีพตลอดการให้ยาระงับความรู้สึกและผ่าตัด
5. ใส่ท่อช่วยหายใจด้วยความนุ่มนวลรวดเร็ว Keep EtCO₂ 35-40 mmHg, SPO₂ มากกว่า 95%
6. ทำ Hypotensive technique ตามความต้องการของศัลยแพทย์ภายใต้การควบคุมดูแลของวิสัญญีแพทย์เพื่อลดการสูญเสียโลหิตขณะผ่าตัด
7. ผู้ป่วยได้รับยาแบบ Intravenous technique คือ Propofol infusion 10 ml/hr

ประเมินผลการพยาบาล

1. ได้รับประทอนยาลดความดันโลหิตสูงเข้าวันผ่าตัด
2. สัญญาณชีพ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท
3. ค่า MAP อยู่ระหว่าง 60-90 mmHg ขณะผ่าตัด

ปัญหาที่ 5 เสี่ยงต่อภาวะ Hyperventilation และภาวะ Hyperoxia**ข้อมูลสนับสนุน**

- O: ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย และใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อควบคุมการหายใจ
- O: PaCO₂ เป็นสิ่งสำคัญมีผลต่อ Cerebral blood flow

O: PaO₂ น้อยกว่า 50 mmHg ทำให้ Cerebral blood flow เพิ่มขึ้นอย่างมาก

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะ Hyperventilation และภาวะ Hyperoxia

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่เกิดภาวะ Hyperventilation และภาวะ Hyperoxia
2. ไม่เกิดภาวะ Cerebral vasoconstriction จาก PaCO₂ ลดต่ำลง
3. ไม่เกิดภาวะ Severe Hypoxia จาก PaO₂ น้อยกว่า 50 mmHg ทำให้ CBF เพิ่มขึ้นอย่างมาก

กิจกรรมการพยาบาล

1. เลือกขนาดท่อช่วยหายใจเหมาะสม, ระงับเกิดภาวะ Kinked tube, Obstructed tube
2. Minute ventilation 5-8 L/M, Keep EtCO₂ 35-40 mmHg, SPO₂ มากกว่า 95%
3. ระงับภาวะ one lung ventilation
4. ระงับภาวะ Hypoventilation (Low MV, high pressure)
5. Air way pressure น้อยกว่า 30 CmH₂O
6. Normal breath sound

ประเมินผลการพยาบาล

1. ค่า PaCO₂ อยู่ระหว่าง 20-80 mmHg ขณะให้ยาระงับความรู้สึก
2. ค่า PaO₂ มากกว่า 80-100 mmHg ไม่เกิดภาวะ Hypoxemia
3. ไม่เกิดภาวะ Hypocapnia, Hypercarbia

การวินิจฉัยพยาบาล ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก (วันที่ 12 มีนาคม 2563)

ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน

ข้อมูลสนับสนุน

○: ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ

○: ผู้ป่วยมีฤทธิ์ยาคุมสลบและยาแก้ปวดตกค้างอยู่ในร่างกาย

วัตถุประสงค์

- ป้องกันการพร่องออกซิเจน และไม่เกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน และภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ
2. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO_2) มากกว่าหรือเท่ากับ 95 เปอร์เซ็นต์
3. สัญญาณชีพ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องโดยการฟังเสียงลมเข้าปอดเท่ากัน 2 ข้าง ระงับการเลื่อนหลุด หักพับของท่อช่วยหายใจ และดูดเสมหะออกเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง
2. วัดสัญญาณชีพโดยเครื่องมือ เช่น SpO_2 , ETCO_2 เป็นต้น
3. ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจโดยแจ้งให้ญาติรับรู้ว่าจะมีการผูกมือทั้ง 2 ข้าง
4. ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและเหมาะสม

ประเมินผลการพยาบาล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. หลังการผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจได้เพียงพอ สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้
3. ร่างกายอบอุ่น ผิวหนังของผู้ป่วยไม่ซีดและเย็น

ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อสมองถูกทำลายมากขึ้น

ข้อมูลสนับสนุน

○: การผ่าตัดทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูง และสมองได้รับการบาดเจ็บจากการผ่าตัด

○: ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะนำเนื้องอกในสมองออก ใช้เวลาการผ่าตัดนานมากกว่า 3 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

- ป้องกันภาวะเนื้อสมองตาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่ ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 20 ของความดันโลหิตเดิม อัตราการเต้นของหัวใจ 60 – 100 ครั้ง/นาที
2. ระดับความรู้สึกตัว คะแนน Glasgow Coma Scale ไม่ลดลงเกิน 2 คะแนนเมื่อเปรียบเทียบก่อนการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. บันทึกสัญญาณชีพและอาการแสดงทางระบบประสาททุก 15 นาที จนกว่าจะปกติ
2. สังเกตภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (ICP) เช่น ชัก หรือกระตุกเป็นบางส่วน ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ชีพจรช้าลง ม่านตาขยาย เหยียดเกร็งแบบผิดปกติ
3. จัดท่านอนศีรษะสูงประมาณ 30 องศา
4. บันทึกปริมาณเลือดออกจากแผลผ่าตัด บันทึกลักษณะของ content จากแผลผ่าตัด
5. ดูแลให้ยาลดความดันกะโหลกศีรษะตามการรักษาของแพทย์
 - Dexamethasone 4 mg ทุก 6 ชั่วโมง
6. ให้การพยาบาลที่นุ่มนวล
7. ประเมินระดับความรู้สึกตัว คะแนน Glasgow Coma Scale ทุก 2 ชั่วโมง

ประเมินผลการพยาบาล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 20 ของความดันโลหิตเดิม
2. ระดับความรู้สึกอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่เกิดอาการทางระบบประสาท
3. ขนาดของรูม่านตามีขนาด 2 มิลลิเมตร และปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสงพบว่ารูม่านตาสามารถหดตัวได้ปกติ
4. ได้รับยาลดความดันกะโหลกศีรษะตามการรักษาของแพทย์

ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อจากแผลผ่าตัด**ข้อมูลสนับสนุน**

O: มีแผลผ่าตัดบริเวณศีรษะ

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด บริเวณศีรษะ
2. ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายไม่สูงกว่า 37.5 องศาเซลเซียส

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงที่บ่งบอกถึงการติดเชื้อ ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจเร็วกว่าปกติ (ค่าปกติ 60 -100 ครั้งต่อนาที) มีไข้ (อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส) และความดันโลหิตลดลงมากกว่าร้อยละ 20 ของค่าเดิม

2. แผลผ่าตัดแห้ง ไม่มีเลือดหรือ discharge ซึมจากแผล

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดไข้และสัญญาณชีพการหายใจ
2. ทำความสะอาดแผลผ่าตัดโดยยึดหลัก Sterile technique
3. ให้อาบน้ำขึ้นตามแผนการรักษา
- Clindamycin 600 mg ทุก 8 ชั่วโมง

ประเมินผลการพยาบาล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. มีไข้ T = 38.0 องศา

3. แผลแห้งดี ไม่บวมแดง ไม่มี discharge ซึมจากแผล

ปัญหาที่ 4 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด บริเวณศีรษะ**ข้อมูลสนับสนุน**

- มีแผลผ่าตัดผ่าตัดขนาดใหญ่

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย และไม่ปวดแผล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีสีหน้าแสดงอาการปวดแผล ได้แก่ กระสับกระส่าย นอนพักผ่อนได้
2. Pain score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน
3. ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการปวด (Pain score) โดยสังเกตจากสีหน้า อาการกระสับกระส่าย รายงานแพทย์ให้การรักษา
2. บันทึกอาการปวดของผู้ป่วย ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา
3. จัดทำให้สุขสบาย

ประเมินผลการพยาบาล

1. ประเมินความปวดได้ 3-5 คะแนน
2. ผู้ป่วยไม่แสดงอาการปวดแผล ได้แก่ กระสับกระส่าย นอนหลับพักผ่อนได้
3. ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดเมื่อมีอาการปวดแผลผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์

การวินิจฉัยพยาบาล ระยะกลับบ้าน (วันที่ 25 มีนาคม 2563)

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

O: ผู้ป่วยแสดงสีหน้าวิตกกังวล

S: น้องชายของผู้ป่วยถามอาการของผู้ป่วย

S: จากการสอบถามญาติยังขาดความมั่นใจในการดูแลหลังได้รับการผ่าตัด

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจการดูแลที่ต่อเนื่อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจการดูแลหลังผ่าตัดต่อเนื่องในสมอง
2. ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมด้านจิตใจ เปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย และคำแนะนำให้ครอบคลุม

2. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในเรื่องการปฏิบัติตัวดังนี้

- การรับประทานอาหารได้ทุกชนิด รับประทานอาหารจำพวกเนื้อ ผักสดและผลไม้ทุกวัน ห้ามดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ของหมักดองทุกชนิด

- การรับประทานยา มียา Kreppa 500 mg 1 tab หลังอาหารเข้าเย็น paracetamol 500 mg 1 tab เวลาปวดศีรษะมาก รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัดตรงต่อเวลา ไม่งดยาเอง และสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ถ้ามีอาการผิดปกติให้มาพบแพทย์

- การทำความสะอาดร่างกาย ทำความสะอาดได้ทุกส่วนแต่ระวังอย่าให้น้ำถูกบริเวณแผลผ่าตัด

- ควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ชั้นล่างของบ้านเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการขึ้นลงบันได และควรจัดบรรยากาศที่เงียบสงบให้ผู้ป่วยรับการพักผ่อนที่เพียงพอ

- การดูแลแผลผ่าตัด แนะนำให้ทำความสะอาดบริเวณแผลผ่าตัดที่สถานีนอนมัยใกล้บ้านหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน ให้สังเกตแผลผ่าตัดมีบวมแดงหรือไม่

- แนะนำและให้สังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ ปวดศีรษะมาก วิงเวียนศีรษะ มีอาการแขนขาอ่อนแรงมากขึ้น ตาพร่ามัว มีไข้ ถ้ามีอาการผิดปกติมาก่อนวันนัดได้ แพทย์นัด วันที่ 21 ธันวาคม 2564

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจการดูแลที่ต่อเนื่อง
2. ผู้ป่วยและญาติ ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้ถูกต้อง

สรุปกรณีศึกษา

การให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดสมอง ผู้ให้ยาระงับความรู้สึกต้องเข้าใจพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และเลือกเทคนิคการดมยาสลบให้เหมาะสม ยาที่ใช้ต้องไม่ทำให้เกิดผลเสียต่อเนื้อสมอง หรือหากเป็นประโยชน์ต่อเนื้อสมองจะยิ่งเป็นผลดี ผู้ป่วยเนื้องอกในสมองที่มารับการผ่าตัดเนื้องอกในสมอง เป็นภาวะที่มีความเสี่ยงต่อทุกระบบของร่างกาย และเพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นและทุพพลภาพหลังผ่าตัด ซึ่งส่งผลต่อแบบแผนชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในฐานะบทบาทของพยาบาลวิสัญญีต้องใช้ทักษะความรู้ ความเชี่ยวชาญอย่างสูงในการปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึกและการประเมินภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพื่อให้ได้รับการแก้ไขได้ทันที่และมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วปลอดภัย และสามารถฟื้นตัวได้เร็วหลังการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึก

การวิจารณ์และข้อเสนอแนะ

1. ในผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการดมยาสลบ ควรมีการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อประเมินและเตรียมอุปกรณ์ใน ป้องกัน การเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการดมยาสลบให้ผู้ป่วยปลอดภัยตลอดการผ่าตัด

2. จัดทำแนวปฏิบัติ การให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกในสมอง ของกลุ่มงานวิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาลนครนายก และทบทวนแนวปฏิบัติปีละ 1 ครั้ง

3. นำเสนอวิชาการ เรื่องการทำผ่าตัดผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกในสมองที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ในกลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลนครนายกปีละ 1 ครั้ง

4. ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับเนื้องอกในสมอง การรับประทานอาหาร การดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย การมาตรวจตามแพทย์นัด และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม

5. การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เพื่อผ่าตัดเนื้องอกส่วนสมองหน้า การผ่าตัด หากมีการฉีกขาดเส้นเลือดจะทำให้เสียเลือดมาก (massive bleeding) ได้ จากตำแหน่งที่ผ่าตัดและพยาธิสภาพของโรค

6. จากตำแหน่งที่ผ่าตัดและพยาธิสภาพของโรคที่มีภาวะความดันในช่องกะโหลกศีรษะเพิ่มสูงขึ้น และภาวะสมองบวม สามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึกที่รุนแรงได้

สำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส; 2557

4. มานี รักษาเกียรติศักดิ์. ตำราวิสัญญีพื้นฐานและแนวทางปฏิบัติ (Basic Anesthesia and Practical Approach). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
5. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. นนทบุรี: สถาบันประสาทวิทยา; 2557
6. สุจิตรา ลีมนานวย, ขวณพิศ ทำนอง. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 7 ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2556.
7. อรรถกษณ์ รอดอนันต์, วรณี เล็กประเสริฐ, ฐิติกัญญา ดวงรัตน์. ตำราพื้นฐานวิชาการวิสัญญีวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 1. ธนาเพรส; 2555

เอกสารอ้างอิง

1. Digger L, Zhang JG, Newcomb EW, Ge L, Hoa N, Jadus MR. Immunotherapy of brain tumor patients should include an immunoprevention strategy: a medical hypothesis paper. Journal of neuro-oncology.2012;7(6):505-16. Epub 2012/10/13.
2. Woehrer A, Slavic I, Waldhoer T, Heinz H, Zielonke N, Czech T, et al. Incidence of atypical teratoid/rhabdoid tumor: a population-based study by the Austrian Brain tumor Registry, 2012.cancer. 2012;116(24):5725-32. Epub 2012/08/26.
3. นลินี พสุคันธภัก, เพ็ญ ภิญญภาสกุล. แนวทางการพยาบาล ผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกในสมอง

กองบรรณาธิการวารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน โรงพยาบาลสิงห์บุรี
เลขที่ 917/3 ถนนขุนสรรค์ ตำบลบางพุทรา อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี 16000
โทร 036 - 511060 ต่อ 5205