

YASOTHON MEDICAL JOURNAL ยโสธรเวชสาร

ประจำเดือน มกราคม - มิถุนายน 2565

ปีที่ 24 ฉบับที่ 1



โรงพยาบาลโสธร
YASOTHON HOSPITAL

โรงพยาบาลโสธร เอื้ออาทรทุกชีวิต

January - June 2022

Vol. 24 No. 1

ISSN 1513 - 265x

YASOTHON MEDICAL JOURNAL
ยโสธรเวชสาร



โรงพยาบาลยโสธร เอื้ออาทรทุกชีวิต



ยโสธรเวชสาร

YASOTHON MEDICAL JOURNAL

ยโสธรเวชสาร

เป็นวารสารทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลยโสธร กำหนดออกปีละ 2 ฉบับ คือ เดือนมกราคม-มิถุนายน และเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม

วัตถุประสงค์

1) เพื่อเผยแพร่และฟื้นฟูผลงานทางวิชาการและงานวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข

2) เพื่อเผยแพร่กิจกรรมและข่าวสารของโรงพยาบาลยโสธร

วารสารนี้ได้รับการสนับสนุนและได้รับความร่วมมือจากบุคลากรโรงพยาบาลยโสธรและผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอกโรงพยาบาล ข้อคิดเห็นในบทความใดที่ลงตีพิมพ์ในยโสธรเวชสารเป็นความคิดเห็นเฉพาะตัวของผู้เขียนเท่านั้น โรงพยาบาลยโสธรและกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วย

กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ที่จะตัดแปลงตัวสะกดและไวยากรณ์ตามความเหมาะสมโดยที่ความหมายเดิมยังคงอยู่

การส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

ยโสธรเวชสารยินดีรับพิจารณานิพนธ์ต้นฉบับ รายงานการวิจัย รายงานผู้ป่วย บทความฟื้นฟูวิชาการและงานวิชาการในลักษณะอื่นๆ ที่ยังไม่เคยพิมพ์เผยแพร่มาก่อน ส่งต้นฉบับได้ที่นางสาวนิภาวรรณ จันทุม กลุ่มงานพัฒนาศูนย์บริการบุคคล (พรส.) โรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร (รายละเอียดการส่งบทความตามคำชี้แจงฯ หน้าถัดไป)

การบอกรับเป็นสมาชิก

ผู้สนใจบอกรับยโสธรเวชสารได้ที่ น.ส. นิภาวรรณ จันทุม อัตราค่าสมัครปีละ 300 บาท พร้อมค่าส่ง

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยโสธร
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร
รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล
รองผู้อำนวยการฝ่ายปฐมภูมิ
รองผู้อำนวยการฝ่ายพัฒนาระบบบริการและ
สนับสนุนบริการสุขภาพ
หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม

บรรณาธิการ

ทพ. วีระ ครุสันธิ์

รองบรรณาธิการ

พญ. กิริยา จิตนภากาญจน์
ภญ. มลิวลย์ จิระวิโรจน์
ดร. นิภาพร ลครวงศ์

กองบรรณาธิการ

ทพ. อภิรักษ์ อุดมมร
ภญ. ดวงจินดา คำสุข
นางอุทัยวรรณ รัชมีทอง
นางอมรรัตน์ สุนทรพุทธศาสน์
นางนิติกาญจน์ ยุถาวร
นายอิทธิพล สารชาติ
นายสิทธิชัย ทองบ่อ
นางสาวราพร ไยบัว
นางสาวนภัทร วิจารณ์จักร
นางสาวนิภาวรรณ จันทุม

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

ศ.ดร.นพ. อิศรางค์ นุชประยูร
รศ.นพ. ศรีชัย ครุสันธิ์
พญ. สมรัก ชูวานิชวงศ์
พ.ท.ดร.นพ. ทนงสรรค์ เทียนถาวร
ดร. ธนอม งามวงศ์
ดร. สุภัทรญาณ ทองจิตร
ดร. จักรพงศ์ ปิติโชคโกคินท์
ดร. ชลียา วามะลุน
ดร. โสภิต ทับทิมหิน

คำชี้แจงการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ยโสธรเวชสาร

ยโสธรเวชสาร (Medical Journal of Yasothon hospital) จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ และเป็นเวทีเสนอผลงานทางวิชาการและงานวิจัยแก่ผู้ที่อยู่ในวงการสาธารณสุข มีความยินดีรับลงพิมพ์บทความวิชาการด้านการวิจัยจากงานประจำ ตลอดจนบทความด้านอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานด้านการให้บริการของโรงพยาบาล จัดพิมพ์ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม – มิถุนายน ตีพิมพ์เดือนกรกฎาคม

ฉบับที่ 2 ประจำเดือนกรกฎาคม – ธันวาคม ตีพิมพ์เดือนมกราคม

รับรองเพื่อตีพิมพ์ ฉบับที่ 1 ภายในเดือนมิถุนายน และฉบับที่ 2 ภายในเดือนธันวาคม

บทความที่ได้รับการพิจารณาให้ตีพิมพ์ในยโสธรเวชสาร นิพนธ์ต้นฉบับให้พิมพ์ด้วย Microsoft Word for Windows ใช้ TH Sarabun PSK ขนาด 14 บนกระดาษ A4 หน้าเดียว

ส่วนประกอบของบทความเพื่อตีพิมพ์

- ❧ ชื่อเรื่อง สั้น แต่ได้ใจความ ครอบคลุมเกี่ยวข้องกับบทความทั้งภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ
- ❧ ชื่อผู้เขียน เขียนตัวเต็มทั้งชื่อตัวและนามสกุล (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) พร้อมทั้งวุฒิการศึกษาและสถานที่ทำงาน รวมบอกถึงหน้าที่ของผู้ร่วมนิพนธ์ในบทความ
- ❧ เนื้อหา เขียนให้ตรงกับวัตถุประสงค์ เนื้อเรื่องสั้น กระชับรัดกุมชัดเจน ใช้ภาษาง่าย ถ้าเป็นภาษาไทยควรใช้ภาษาไทยมากที่สุด ยกเว้นศัพท์ภาษาอังกฤษที่แปลไม่ได้ใจความ หากจำเป็นต้องใช้คำย่อ ต้องเขียนคำเต็มเมื่อกล่าวถึงครั้งแรกบทความควรประกอบด้วยบทนำอย่างสมบูรณ์ ตามหัวข้อโดยละเอียดที่ปรากฏในคำแนะนำ และไม่ควรระบุชื่อของผู้ป่วยไว้ในบทความ
- ❧ บทคัดย่อ ย่อเฉพาะเนื้อหาสำคัญเท่านั้น ให้มีบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ภาษารัดกุม ความยาวไม่ควรเกิน 350 คำ หรือ 25 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือวัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ ผลการดำเนินงานและวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ)
- ❧ คำสำคัญ ได้แก่ ศัพท์ หรือ วลี ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประมาณ 3-5 คำ เพื่อนำไปใช้ในการบรรจุดัชนีเรื่องสำหรับการค้นคว้า
- ❧ บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้างานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐานและขอบเขตการวิจัย
- ❧ วิธีการดำเนินงาน/ระเบียบวิธีวิจัย อธิบายวิธีดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์
- ❧ ผลการศึกษา/ผลการวิจัย อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

- ❖ **วิจารณ์/อภิปรายผล** (ถ้ามี) ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย
- ❖ **สรุปผล** ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น)
- ❖ **ข้อเสนอแนะ** (ถ้ามี) ข้อเสนอแนะที่อาจนำผลการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์หรือให้ ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป
- ❖ **เอกสารอ้างอิง** ใช้รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style)

คำอธิบายเพิ่มเติม

1. บทความ

นิพนธ์ต้นฉบับ: ประกอบด้วย บทคัดย่อภาษาไทย บทคัดย่อภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ผลการวิจัย/ผลการทดลอง วิจารณ์ผล/อภิปรายผล สรุปผล ข้อเสนอแนะและเอกสารอ้างอิง **ความยาวทั้งบทความไม่ควรเกิน 7 หน้ากระดาษ A4**

2. ชื่อบทความ/ผู้นิพนธ์

มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พร้อมทั้งวุฒิการศึกษาและสถานที่ทำงาน ตัวอย่าง เช่น

**อัตราการเสียชีวิตและปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก
ในโรงพยาบาลโสธร**

Mortality rate and Risk factor of infant with very low birth weight in Yasothon hospital

Veeranoot Suparajitaporn, M.D.

Dip., thai Board of Pediatrics

Yasothon hospital Yasothon province

วีระนุช ศุภรจิตพร พ.บ.

วว. กุมารเวชศาสตร์

โรงพยาบาลโสธร จังหวัดยโสธร

3. รูปแบบบทคัดย่อ

เพื่อให้อ่านง่ายและเป็นรูปแบบเดียวกัน ให้มีบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ สรุปเนื้อหากระชับรัดกุม โดยมีหัวข้อดังนี้

บทคัดย่อ:	Abstract:
วัตถุประสงค์:	Objective:
วิธีศึกษา:	Methods:
ผลการศึกษา :	Results:
สรุป:	Conclusion:
คำสำคัญ:	Key words:

4. การอ้างอิงในเนื้อหา

ใช้รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) โดยให้ใส่ตัวเลขยกขึ้นตามลำดับของการอ้างอิง หลังชื่อผู้เขียน หรือ หลังข้อความที่อ้างถึง และใช้เลขลำดับเดิมในกรณีที่มีการอ้างอิงซ้ำทุกครั้ง ส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายเล่ม จัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหา

5. การอ้างอิงท้ายเล่ม

เป็นการนำรายการอ้างอิงในเนื้อหา มารวบรวมไว้ในส่วนท้ายของผลงานวิชาการภายใต้หัวข้อ **เอกสารอ้างอิง (References)** โดยจัดเรียงตัวเลขตามลำดับ 1, 2, 3, 4, 5,... ซึ่งตัวเลขต้องสอดคล้องกับลำดับตัวเลขของการอ้างอิงในเนื้อหา ข้อมูลที่นำมาเขียนเอกสารอ้างอิงจะแตกต่างกันตามประเภทของเอกสารที่นำมาอ้างอิง ดังนี้

5.1 วารสาร เรียงตามลำดับ ดังนี้

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal)
ปีพิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้ายของเรื่องที่อ้างอิงถึง (Page).

ตัวอย่าง

Kane RA, Kane RL. Effect of genetic testing for risk of Alzheimer's disease.
N Engl J Med 2009; 361: 298-9

สุภาวดี หารวาระ. ผลการเตรียมเพื่อการคลอดด้วยตนเองต่อการเผชิญความเจ็บปวดและ
ความวิตกกังวลในระยะคลอด. ยโสธรเวชสาร 2554; 13(1): 5-10.

*กรณีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และตามด้วย et al.
และภาษาไทยใช้คำว่า “และคณะ” เช่น

Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical
course of advanced dementia. N Engl J Med 2009; 361: 1529-39.

จริญา เลิศอรรมณณี, เอมอร รักษมณี, อนุพันธ์ ตันติวงศ์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ,
พุมพิพรณี วรจิโกคาทร, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก.
จดหมายเหตุทางแพทย์ 2545; 85: 1288-95.

5.2 หนังสือ เรียงตามลำดับดังนี้

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์
(Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีที่พิมพ์ (Year).

ตัวอย่าง

Janeway CA, Travers P, Walport M, Shlomchik M. Immunobiology. 5thed. New York:
Garland Publishing; 2001.

วันดี วราวิทย์. อูจจาระร่วงในเด็ก. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2537.

5.3 อินเทอร์เน็ต เรียงตามลำดับดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [อินเทอร์เน็ต/Internet]. ปี [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี/
cited ปี เดือน วันที่]; ปีที่: เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. เข้าถึงได้จาก/Available from: <http://...>

ตัวอย่าง

Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier—Dickey-Wicker in court.
N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15]; 363: 1687-9. Available from:
<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

สุภามาส ผาติประจักษ์, สมจิต หนูเจริญกุล, นพวรรณ เปี้ยชื่อ. ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแล
ตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. รามาธิบดีเวชสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2557
[เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2557]; 20: 97-110. เข้าถึงได้จาก: <http://www.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/View/19200>

5.4 วิทยานิพนธ์ เรียงตามลำดับดังนี้

ชื่อผู้ทำวิทยานิพนธ์. ชื่อวิทยานิพนธ์ [วิทยานิพนธ์]. เมืองที่พิมพ์: สถาบันการศึกษา; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

Moor JL. Pre-hospital pain assessment of pediatric trauma [Dissertation].

Ann Arbor (OH): Medical University of Ohio; 2006.

เพ็ญศิริ มรกต. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2556.

ข้อ 6. ต้องไม่ส่งตีพิมพ์เผยแพร่หลายแห่ง

ข้อ 7. เนื้อหาในบทความทุกบทความอยู่ในความรับผิดชอบหลักของผู้นิพนธ์ กองบรรณาธิการมีหน้าที่เพียงส่วนหนึ่งของกระบวนการตีพิมพ์และเผยแพร่

ข้อ 8. วิธีส่งบทความ เลือกส่งได้ 2 ช่องทางคือ

8.1 ส่งทางไปรษณีย์ ต้นฉบับพิมพ์ตามแบบที่กำหนดพร้อมเลขหน้ากำกับและสำเนา (จำนวน ๒ ชุด) พร้อมแผ่น CD บันทึกไฟล์บทความ และกรอกรายละเอียดตาม “แบบฟอร์มนำส่งผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์ในยโสธรเวชสาร” แนบไปด้วย วงเล็บมุมซองว่า “ส่งผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์” ถึง กองบรรณาธิการยโสธรเวชสาร กลุ่มงาน พรส. โรงพยาบาลยโสธร ตำบลตาตทอง อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร 35000

8.2 ส่งทาง E-mail ส่งต้นฉบับในรูปแบบไฟล์ word และ PDF มาที่ paeng_pond@hotmail.com ระบุที่ติดต่อและเบอร์โทรศัพท์ของผู้นิพนธ์มาอย่างชัดเจน

ข้อ 9. การตีพิมพ์ยโสธรเวชสาร

9.1 กองบรรณาธิการจะรวบรวมบทความวิชาการ/บทความวิจัยส่งตีพิมพ์ เมื่อมีจำนวนผู้ขอลงครบแล้ว

9.2 การตีพิมพ์จะใช้เวลาประมาณ 30 วัน เมื่อได้ไฟล์เล่มเวชสารที่สมบูรณ์แล้ว กองบรรณาธิการจะส่งไฟล์ให้ผู้เขียน (ทั้งนี้หากต้องการรูปเล่มยโสธรเวชสาร คิดค่าบริการในการจัดทำ 200 บาท/เล่ม ยังไม่รวมค่าจัดส่ง)

ข้อ 10. ค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์

บุคลากรภายนอกโรงพยาบาลยโสธร : 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)

สารบัญ

YASOTHON MEDICAL JOURNAL

บทความวิชาการ	หน้า
การติดตามระบบลูกโซ่ความเย็น ในการขนส่งยา Erythropoietin ในผู้ป่วยไตเสื่อมระยะสุดท้าย ที่บำบัดทดแทนไตโดยการล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลยโสธร Cold Chain tracking in drug transport Erythropoietin in patients with end-stage renal impairment for kidney replacement therapy by peritoneal dialysis Yasothon Hospital พันทิพา เวชกามา	8
การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นคงภายหลังการใส่เพื่อรักษาภาวะกระดูกเรเดียสส่วนปลายหักในผู้ป่วย โรงพยาบาลยโสธร A study of the factors related to radial tip instability in distal radius fractures treated by closed reduction and cast application in Yasothon Hospital patients นฤชา ชัยโชติรัตนันท์	9
Head Active Model ต่อการพัฒนาสมรรถนะและทักษะผู้นำทางการพยาบาล ในกลุ่มรองหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส ในโรงพยาบาลยโสธร Head Active Model to competency and skill of nursing leadership for sub-head and senior nurses in Yasothon Hospital จิรพร อัครวิศรุต, เยาวลักษณ์ เมณฑกานูนวงศ์, กลอยใจ แสนวงษ์, นิภาพร ลครวงศ์	16
การพัฒนาแบบการบริหารจัดการทางพยาบาลต่อสถานการณ์การระบาดโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม จังหวัดยโสธร The development of nursing management model to Covid-19 outbreak on the field hospital in Yasothon Province จิรพร อัครวิศรุต, เยาวลักษณ์ เมณฑกานูนวงศ์, กลอยใจ แสนวงษ์, นิภาพร ลครวงศ์	27
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ที่มารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลยโสธร Factors associated with 24-hour mortality in patients with pneumonia at emergency department, Yasothon Hospital พัชราภรณ์ คล่องแคล่ว	45
การศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในโรงพยาบาลยโสธร A study of the incidence and factors related to quality of life in psoriasis patients in Yasothon Hospital ธันยนันท์ ศรีธีบุญรัตน์	61
ปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยเด็กโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน ที่ส่งผลการรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลยโสธร Risk factors for admission in pediatric with acute asthmatic attack in Yasothon Hospital ธนาพร นิจพานิชย์	78

สารบัญ

YASOTHON MEDICAL JOURNAL

หน้า

88

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะสุดท้ายในชุมชน: กรณีศึกษา

Nursing care of the patient malignant neoplasm of breast cancer in community: A case study

อัมพร อยู่คง

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหัวใจ: กรณีศึกษา 2 ราย

98

Nursing care of acute myocardial infarction patients: 2 Case Studies

นริชรา โคตรประทุม

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจในพยาบาลต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

106

The Effect of motivational conversation program training in nurses on knowledge and Self-care behaviors of patients with diabetic

ภูเบศร พัฒนากร

การพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว:

116

กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of the patient with septic shock with pneumonia with acute respiratory failure:

2 case studies

กาญจนา ประเสริฐ

การพยาบาลแบบองค์รวมผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีความเสี่ยงสูงในโรงพยาบาลยโสธร: กรณีศึกษา 2 ราย

125

The Holistic nursing of high-risk cataracts surgery at Yasothon Hospital: 2 case studies

เปี่ยมศรี คำทวี

บทบรรณาธิการ

จากสถานการณ์การติดเชื้อโควิดที่ลดลง แม้ภาคท่องเที่ยวจะมีสัญญาณเชิงบวกจากการยกเลิกระบบ Test & Go และผ่อนคลายเงื่อนไขการเดินทางเข้าประเทศเพื่ออำนวยความสะดวกและให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบันที่หลายๆประเทศได้ผ่อนคลายมาตรการจำกัดการเดินทางระหว่างประเทศมากขึ้น แต่การเติบโตของเศรษฐกิจโลกกลับอ่อนแอลงจากสงครามระหว่างรัสเซียและยูเครน มาตรการคว่ำบาตรจำกัดการนำเข้าพลังงานจากรัสเซียของยุโรปและสหรัฐ กลับทำให้ต้นทุนพลังงานสูงขึ้น อัตราเงินเฟ้อพุ่งสูงขึ้น ควรวางแผนทางการเงินอย่างรอบคอบและระมัดระวัง

ทิศทางเศรษฐกิจโลกจะเป็นอย่างไร ยโสธรเวชสารก็ยังคงทำหน้าที่สื่อสารผลงานเพื่อความก้าวหน้าด้านวิชาการต่อไป

วีระ ครุสันธิ์
บรรณาธิการ

**การติดตามระบบลูกโซ่ความเย็น ในการขนส่งยา Erythropoietin
ในผู้ป่วยไตเสื่อมระยะสุดท้าย ที่บำบัดทดแทนไตโดยการล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลยโสธร**
**Cold Chain tracking in drug transport Erythropoietin in patients with end-stage renal
impairment for kidney replacement therapy by peritoneal dialysis Yasothon Hospital**

Pantiva Wetchagama, M.N.S.
Hemodialysis Unit, Yasothon Hospital
Yasothon Province

พันทิวา เวชกามา พย.บ.
หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลยโสธร
จังหวัดยโสธร

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามผลอุณหภูมิในกระเป๋ายา Erythropoietin (EPO) เมื่อนำส่งถึงหน่วยบริการเครือข่ายในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง โดยผู้ป่วยจะนำไปฉีดที่สถานบริการเครือข่ายใกล้บ้าน การส่งต่อยา EPO จึงมีความสำคัญ เนื่องจากเป็นยาที่มีราคาสูงและต้องควบคุมอุณหภูมิของยาขณะนำส่งให้เหมาะสม ระหว่าง 2-8 องศาเซลเซียส เพื่อลดปัญหาเสื่อมสภาพและยังช่วยให้การใช้อย่างมีประสิทธิภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความปลอดภัยถูกต้องและมีความเหมาะสมสูงสุด เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 ถึงเดือนมกราคม 2562 ขั้นตอนดำเนินการประกอบด้วย 1) ขึ้นวางแผน วิเคราะห์ปัญหา ได้ทำการทดลองหาค่ากลางของระยะเวลาในการวางเทอร์โมมิเตอร์ไว้ในกระเป๋ายา 2) หาแนวทางการนำส่งยาสู่หน่วยบริการเครือข่ายและทดลองหาวิธีที่ดีที่สุดในการจ่ายยาแบบควบคุมความเย็นสู่หน่วยบริการเครือข่าย โดยทดลองเก็บยาใส่กระเป๋ายาเก็บความเย็น 3 รูปแบบ 3) นำรูปแบบการบริหารยา Erythropoietin แบบ Cold Chain ในวิธีที่ 2 สู่การปฏิบัติ 4) ประเมินผลการทดลอง เลือกลักษณะตัวอย่าง คือ กระเป๋ายา EPO ที่ใช้ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย คัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 50 ราย จากผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 168 ราย ในคลินิก CAPD เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกผลของอุณหภูมิในกระเป๋ายา EPO ออกแบบการเก็บข้อมูลให้ครอบคลุมทั้งผลของอุณหภูมิ ระยะเวลาและระยะทาง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ร้อยละและค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษาเมื่อเทียบความไวของเทอร์โมมิเตอร์หน่วยไตเทียมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง อยู่ระหว่าง 10-30 นาที รูปแบบการจัดกระเป๋ายา EPO เพื่อควบคุมความเย็นขนาดกว้าง 14 เซนติเมตร ยาว 22 เซนติเมตร สูง 15 เซนติเมตร ใส่ ice pack ขนาดยาว 21 เซนติเมตร สูง 10 เซนติเมตร จำนวน 2 ก้อน จะควบคุมอุณหภูมิได้ระหว่าง 2-8 °C นานถึง 7 ชั่วโมง สามารถประกันการนำส่งยาถึงหน่วยบริการเครือข่ายไม่เกิน 19.00 น. พบว่า อุณหภูมิในกระเป๋ายา EPO เมื่อเริ่มต้นวัดขณะอยู่ที่หน่วยไตเทียมเฉลี่ย 5.48 °C เมื่อถึงหน่วยบริการเครือข่ายอุณหภูมิเฉลี่ย 6.92 °C โดยอุณหภูมิในกระเป๋ายา EPO เมื่อถึงหน่วยบริการเครือข่ายส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2-8 °C จำนวน 44 ราย (ร้อยละ 88) มีเพียง 6 ราย (ร้อยละ 12) ที่อุณหภูมิในกระเป๋ายา EPO > 8 °C และมีระยะเวลานำส่งเฉลี่ย 5.07 ชั่วโมง

คำสำคัญ: ระบบลูกโซ่ความเย็น, การล้างไตทางช่องท้อง, ยาอีริโทรพอยติน

Abstract

The purpose of this Action Research was to monitor the temperature in the cold medicine bag. Erythropoietin (EPO) when delivered to the network service unit in end-stage renal failure patients undergoing renal replacement therapy with peritoneal dialysis. In which patients will inject the drug at a network service center near their home, the transfer of EPO drugs is important. Because it is a high-priced drug and must control the temperature of the drug during delivery to be appropriate between 2-8 degrees Celsius to reduce the problem of drug deterioration. It also allows the use of drugs in this group of patients with the most safety, accuracy and appropriateness. Started operation from October 2018 to January 2019, the operation consisted of 1) planning, problem analysis The experiment was conducted to find the middle value of the time for placing the thermometer in the cold medicine bag. 2) To find a way to deliver the drug to the network service unit. and try to find the best way to dispense cold medicine to the network

service unit. 3) by experimenting with 3 forms of drug storage in cold storage bags; cold chain erythropoietin in method 2 into action 4) Experiment evaluation period. The sample was EPO cold pack used in end-stage renal failure patients. A total of 50 papers were selectively selected from 168 voluntary participants in the CAPD clinic. The EPO pocket temperature record form was designed to collect data to cover the effects of temperature, duration, distance. The data were analyzed using frequency, percentage, and mean.

The results of the study compared the sensitivity of the hemodialysis unit thermometer with the hospital. 2 places, between 10-30 minutes, form of EPO medicine bag to control the cold, size Width 14 cm. Length 22 cm. Height 15 cm. Put an ice pack. Length 21 cm. Height 10 cm., it can control the temperature between 2-8 °C for up to 7 hours. When the drug was delivered to the network service unit no later than 7 p.m., the initial temperature in the EPO bag was 5.48 °C at the start of the hemodialysis unit. Most of the network service units were between 2-8 °C of 44 cases (88%), only 6 cases (12%) had EPO bag temperatures > 8 °C and had a mean delivery time of 5.07 hours.

Key words: Cold Chain, peritoneal dialysis, Erythropoietin

บทนำ

ภาวะโลหิตจาง หรือภาวะซีด (Anemia) เป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่พบบ่อยในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง¹ เป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ เนื่องจากได้เป็นอวัยวะที่ทำหน้าที่สร้างฮอร์โมนอีริโทรโพอิติน (erythropoietin) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่จำเป็นสำหรับขั้นตอนการเจริญเติบโตของเม็ดเลือดแดง เมื่อไตเสื่อมลงพบว่าการสร้างฮอร์โมนนี้ก็ลดลงด้วย² ภาวะซีดมีผลต่ออัตราการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่การรักษาเท่าที่มีในปัจจุบันยังไม่สามารถเพิ่มอัตราการรอดชีพได้อย่างชัดเจนมากนัก การให้ยา Erythropoietin เพื่อกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงจึงมีความสำคัญ ซึ่งผู้ป่วยจะนำไปฉีดเองที่สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน การขนส่งหรือการส่งต่อยา erythropoietin จึงมีความจำเป็นเนื่องจากเป็นยาที่มีราคาสูง และต้องควบคุมอุณหภูมิของยาให้เหมาะสมจากโรงพยาบาลยโสธรสู่หน่วยบริการเครือข่าย เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตบริการจังหวัดยโสธร จากการดำเนินการที่ผ่านมา ปัญหาที่พบ คือ 1) ปัญหาในการบริหารยาระหว่างหน่วยบริการเครือข่าย 2) อุณหภูมิในการขนส่งยาไม่ได้มาตรฐานตามที่กำหนดในช่วง 2-8 °C 3) ความรู้ความเข้าใจในการจัดเก็บยาให้ถูกวิธีของเจ้าหน้าที่ในเครือข่าย 4) มียาค้าง stock ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จากการทบทวนกระบวนการส่งต่อยา erythropoietin พบว่าเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยบางรายยังขาดความรู้และตระหนักเรื่องนี้เป็นสำคัญ เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารยาสู่ผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย มีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน จนสามารถขยายผลสู่เครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพในการบริหารยา erythropoietin แบบ cold chain ดังนั้นพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทหน้าที่สำคัญในทีมสุขภาพ จึงได้มุ่งมั่นที่จะพัฒนารูปแบบการส่งต่อยาระบบลูกโซ่ความเย็นให้มีรูปแบบที่ชัดเจน เป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย มีคุณภาพชีวิตที่ดีซึ่งถือเป็นบทบาทที่อิสระของพยาบาลเพราะเป้าหมายสูงสุด คือ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น อันเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดความสำเร็จของงานล้างไตทางช่องท้อง

คำจำกัดความ

1) ระบบลูกโซ่ความเย็น (Cold Chain) เป็นกระบวนการที่จะบริหารจัดการวัคซีนให้คงคุณภาพดีจากผู้ผลิตถึงผู้รับบริการ วัคซีนทุกชนิดจะต้องอยู่ในอุณหภูมิที่เหมาะสม มีความเย็นเพียงพอที่จะคงคุณภาพได้ตลอดเวลาที่เก็บรักษาและขนส่งจากจุดหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่ง³

ในการศึกษานี้เป็นรูปแบบการเก็บยาในกระเป๋ายาเย็นวิธีที่ 2 คือ รูปแบบการจัดยาใส่กระเป๋าควคุมความเย็นขนาดกว้าง 14 เซนติเมตร ยาว 22 เซนติเมตร สูง 15 เซนติเมตร ใส่ ice pack ขนาดยาว 21 เซนติเมตร สูง 10 เซนติเมตร จำนวน 2 ก้อน สามารถควบคุมอุณหภูมิได้ 2-8 °C นาน 7 ชั่วโมง เมื่อเริ่มบรรจุยาลงกระเป๋าวเวลา 11.00 น. สามารถนำส่งยาที่ควบคุมอุณหภูมิได้น้อยกว่า 8 °C สามารถประกันการนำส่งถึงหน่วยบริการเครือข่ายไม่เกินเวลา 19.00 น.⁴

2) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง⁵ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่มีควมเสียหายมานานกว่า 3 เดือน ทำให้เกิดความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานของไต โดยมีอัตราการกรองของไต (GFR; Glomerular filtration rate) ลดลงต่ำกว่า 10 มล./นาที่/พื้นที่ผิวกาย 1.73 ตรม.

ในการศึกษานี้ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องในโรงพยาบาลยโสธร ที่มีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 6 มล./นาที่/พื้นที่ผิวกาย 1.73 ตรม. อยู่ในคลินิก CAPD ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปและสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ

3) การบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง คือ การขจัดของเสียออกจากร่างกายโดยการใส่น้ำยาเข้าไปในช่องท้องทิ้งไว้ 4-6 ชั่วโมงต่อรอบ น้ำยาจะทำการกรองของเสียออกจากเลือดผ่านเยื่อช่องท้องก่อนปล่อยน้ำยาจากช่องท้องเพื่อนำไปทิ้ง โดยมีรอบการล้างไตทางช่องท้อง 4 รอบต่อวัน⁶ เป็นวิธีการบำบัดทดแทนไตที่ใช้อย่างแพร่หลาย เทคนิคการทำค่อนข้างง่าย สามารถดึงน้ำออกจากร่างกายได้มาก

4) ภาวะโลหิตจาง⁷ หมายถึง ผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเสื่อมระยะสุดท้ายมีสาเหตุที่สำคัญจากร่างกายสร้างฮอร์โมน (Erythropoietin: EPO) ในกระบวนการสร้างเม็ดเลือดแดงลดลงและจากการขาดธาตุเหล็ก ทำให้ระดับค่าความเข้มข้นของเลือดที่เหมาะสมน้อยกว่ามาตรฐานการรักษา คือ 33-36% ถ้ามากกว่าหรือน้อยกว่านี้จะทำให้มีโรคแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตเพิ่มขึ้น

5) ยา erythropoietin⁷ หมายถึง ยากระตุ้นฮอร์โมนที่ควบคุมการสร้างเม็ดเลือดแดง (erythropoiesis) ที่เกิดขึ้นในไขกระดูก (bone marrow) โดยฮอร์โมนตัวนี้ผลิตจากไต ทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังไม่สามารถผลิตฮอร์โมนตัวนี้ได้ ก่อให้เกิดภาวะ anemia

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการติดตามระบบลูกโซ่ความเย็น (cold chain) ในการขนส่งยา Erythropoietin ในผู้ป่วยไตเสื่อมระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง

วัตถุประสงค์ย่อย คือ

1) เพื่อทราบผลอุณหภูมิในกระเป๋ายา Erythropoietin เมื่อถึงหน่วยบริการเครือข่าย

2) เพื่อศึกษาผลการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องในระบบการติดตามระบบลูกโซ่ความเย็น ในการขนส่งยา Erythropoietin ในผู้ป่วยไตเสื่อมระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยสนใจงานวิจัยของ จันทรจาริก รัตนเดชสกุล และคณะ⁸ ได้ศึกษาระบบการส่งมอบยาแบบเดิมจะไม่มีรายงานที่รวบรวมสรุปข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยในรูปแบบที่สะดวกและเข้าใจ เพื่อให้การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ของรพ.สต. ขาดข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยที่อาจเปลี่ยนแปลงเกิดความคลาดเคลื่อนด้านยาร้อยละ 20.14 สาเหตุเกิดจากการพิมพ์ข้อมูลยาตามใบส่งต่อที่ได้รับและใช้เวลาในการจัดเตรียมเฉลี่ย 1.30 ชั่วโมงต่อแห่ง แต่เมื่อได้ปรับปรุงระบบใหม่โดยให้สามารถพิมพ์ผลลากยาได้โดยอัตโนมัติพบว่าระบบที่พัฒนาขึ้น และปี 2559 ผู้วิจัยได้ทำการศึกษารั้งแรก⁴ ได้ศึกษาพัฒนารูปแบบการบริหารยาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง ในโรงพยาบาลยโสธรยังไม่มีรูปแบบการจ่ายยาและแนวทางปฏิบัติในการบริหารยา erythropoietin ที่เป็นแนวทางเดียวกัน จึงมีการพัฒนารูปแบบการบริหารยา erythropoietin แบบ cool chain พบว่าเจ้าหน้าที่มีความรู้และความมั่นใจในการบริหารยา erythropoietin อย่างมีนัยสำคัญ เพื่อหาแนวทางที่ดีที่สุดในการจ่ายยาแบบควบคุมความเย็นสู่หน่วยบริการเครือข่าย ผลการเก็บข้อมูลการเกิดความเสี่ยงในการบริหารยา erythropoietin ก่อนและหลังการวิจัย พบว่าภาพรวมความเสี่ยงของการเกิดปัญหาบริหารยาลดลงจากร้อยละ 11.34 เป็นร้อยละ 2.81 เมื่อตามรายปัญหาพบว่า

การขนส่งยาไม่เหมาะสม ร้อยละ 2.49 เป็นร้อยละ 0.47 การใช้กระติกน้ำเล็ก น้ำแข็ง ไม่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 1.38 เป็นร้อยละ 0.78 การเก็บรักษายาของหน่วยบริการเครือข่าย ร้อยละ 2.49 เป็นร้อยละ 0.31 วิธีการฉีดยาตำแหน่งฉีดยา ร้อยละ 4.15 เป็นร้อยละ 0.78 ช่วยให้เกิดความเหมาะสมในการบริหารยา ในบริบทของโรงพยาบาลยโสธร และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารยาสู่ผู้ป่วย และผู้ป่วยมีความปลอดภัย เกิดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และเกิดเครือข่ายความร่วมมือในการบริหารยา erythropoietin แบบ cool chain ในผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ปริยา อาริมิตร และคณะ⁹ ได้ศึกษาแนวทางการปฏิบัติการตรวจสอบอุณหภูมิของตู้ยาเย็นที่เก็บยาเนื่องจากยาเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย อีกทั้งยังเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ลดต้นทุนและรายจ่ายของโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพสูงสุดในการเก็บรักษายาให้มีคุณภาพพร้อมใช้งานเสมอจึงมีความสำคัญในด้านผลของการรักษา

จากการศึกษาเอกสารและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่าการขนส่งยาโดยระบบลูกโซ่ความเย็นมีความสำคัญอย่างยิ่ง เป็นหลักการที่ใช้ในการจัดเก็บและการกระจายวัคซีนหรือยาให้คงคุณภาพ ตั้งแต่ผู้ผลิตวัคซีนจนถึงผู้รับบริการ ประกอบด้วยการจัดเก็บและการขนส่งที่เชื่อมต่อกันออกแบบเพื่อให้ยาหรือวัคซีนอยู่ในช่วงอุณหภูมิที่เหมาะสมจนถึงมือผู้ใช้ และต้องควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในระหว่าง 2-8 °C เพื่อลดปัญหาเสื่อมนสภาพเนื่องจากอุณหภูมิการเก็บยาไม่คงที่ และยังช่วยให้การใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความปลอดภัยถูกต้องและมีความเหมาะสมสูงสุด¹⁰

ดังนั้นการศึกษานี้จะเป็นวิธีการหนึ่งในการติดตามผลอุณหภูมิในกระเป๋ายา EPO เมื่อถึงหน่วยบริการเครือข่าย เพื่อนำผลไปศึกษาต่อและพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องในระบบบริการเครือข่ายในการติดตามระบบลูกโซ่ความเย็น (cold chain) ในการขนส่งยา EPO ต่อไป

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อติดตามผลอุณหภูมิในกระเป๋ายาเย็น EPO เมื่อนำส่งถึงหน่วยบริการเครือข่ายในผู้ป่วยไตเสื่อมระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง จากผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 168 ราย ในคลินิก CAPD

กลุ่มตัวอย่าง คือ กระเป๋ายาเย็น EPO ที่ใช้ในผู้ป่วยไตเสื่อมระยะสุดท้าย คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 50

ราย โดยคัดเลือกตามระยะทางจากโรงพยาบาลยโสธร ถึงหน่วยบริการเครือข่าย ดังนี้

- 1)ระยะทาง ≤ 10 กิโลเมตร จำนวน 10 คน
- 2)ระยะทาง 11–20 กิโลเมตร จำนวน 10 คน
- 3)ระยะทาง 21–30 กิโลเมตร จำนวน 10 คน
- 4)ระยะทาง 31–50 กิโลเมตร จำนวน 10 คน และ
- 5)ระยะทาง > 50 กิโลเมตร จำนวน 10 คน

โดยมีขั้นตอนการศึกษา 4 ขั้นตอนตาม PAOR ดังนี้

1)ขั้นวางแผน (plan) เนื่องจากแต่ละหน่วยบริการเครือข่ายมีมาตรฐานในการตรวจสอบอุณหภูมิตู้ยาเย็นแล้ว ผู้ศึกษาได้ทำการทดลองหาค่ากลางของระยะเวลาในการวางเทอร์โมมิเตอร์ไว้ในกระเป๋ายาเย็นเทียบกับ รพ.สต. 2 แห่ง พบว่าความไวของเทอร์โมมิเตอร์อยู่ระหว่าง 15-30 นาที ในขณะที่หน่วยไตเทียม รพ.ยโสธร ได้ทำการทดลองวางกระเป๋ายาเย็นอยู่ในสภาพแวดล้อมที่คงที่ พบว่าความไวของเทอร์โมมิเตอร์อยู่ระหว่าง 10-20 นาที อุณหภูมิในกระเป๋ายาเย็นจะคงที่ 2-8 °C

2)ขั้นปฏิบัติ (Action) ทำการทดลองเกี่ยวกับการควบคุมอุณหภูมิขณะขนส่งยา EPO

วิธีการที่ 1 นำกระเป๋ายาฉีดยา EPO ขนาดกว้าง 14 เซนติเมตร ยาว 22 เซนติเมตร สูง 15 เซนติเมตร มาบรรจุ ice pack จำนวน 1 ก้อน ขนาดยาว 21 เซนติเมตร สูง 10 เซนติเมตร บรรจุยาฉีดยา EPO ด้านในกระเป๋ายาจำนวน 8 หลอด วางทิ้งไว้ในอุณหภูมิห้องปกติ ผลการทดลองพบว่าเมื่อเวลาผ่านไป 3 ชั่วโมง อุณหภูมิในกระเป๋ายาเพิ่มขึ้นมากกว่า 8 °C

วิธีการที่ 2 นำกระเป๋ายาฉีดยา EPO ขนาดกว้าง 14 เซนติเมตร ยาว 22 เซนติเมตร สูง 15 เซนติเมตร มาบรรจุ ice pack จำนวน 2 ก้อน ขนาดยาว 21 เซนติเมตร สูง 10 เซนติเมตร วางคนละด้านชิดขอบกระเป๋ายา โดยให้ยาฉีดยา EPO อยู่ตรงกลาง 8 หลอด วางทิ้งไว้ในอุณหภูมิห้องปกติ ผลการทดลองพบว่าเมื่อเวลาผ่านไป 7 ชั่วโมง อุณหภูมิในกระเป๋ายาเพิ่มขึ้นมากกว่า 8 °C

วิธีการที่ 3 นำกระเป๋ายาฉีดยา EPO ขนาดกว้าง 14 เซนติเมตร ยาว 22 เซนติเมตร สูง 15 เซนติเมตร มาบรรจุ ice pack จำนวน 3 ก้อน ขนาดยาว 21 เซนติเมตร สูง 10 เซนติเมตร วางคนละด้านชิดขอบกระเป๋ายาและวางอีก 1 ก้อนเป็นฐาน โดยให้ยาฉีดยา EPO อยู่ตรงกลาง 8 หลอด วาง

ทิ้งไว้ในอุณหภูมิห้องปกติ ผลการทดลองพบว่าเมื่อเวลาผ่านไป 8 ชั่วโมง อุณหภูมิในกระเป๋ายาเพิ่มขึ้นมากกว่า 8 °C

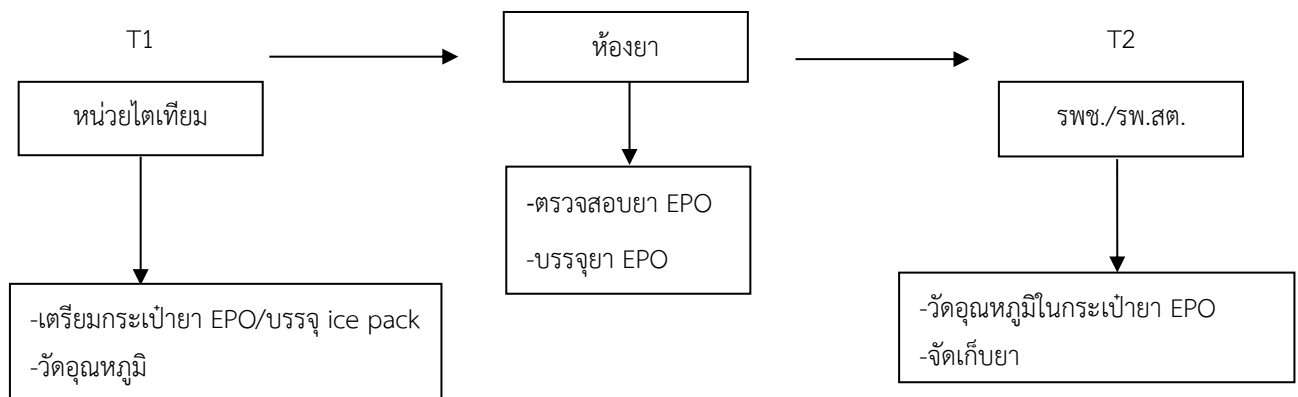
จากการทดลอง ได้นำรูปแบบการบรรจุกระเป๋ายา EPO วิธีที่ 2 คือการจัดยาใส่กระเป๋ายาเย็นขนาดกว้าง 14 เซนติเมตร ยาว 22 เซนติเมตร สูง 15 เซนติเมตร ใส่ ice pack ขนาดยาว 21 เซนติเมตร สูง 10 เซนติเมตร จำนวน 2 ก้อน ควบคุมอุณหภูมิในกระเป๋ายาได้ 2-8 °C นาน 7 ชั่วโมง

3) ขั้นสังเกตข้อมูล (observation) เมื่อเริ่มบรรจุยาลงในกระเป๋ายาเวลา 11.00 น. นำส่งยาที่ควบคุมอุณหภูมิในกระเป๋ายา EPO ระหว่าง 2-8 °C และสามารถป้องกันการนำส่งถึงหน่วยบริการเครือข่ายไม่เกิน 19.00 น.

4) ขั้นคืนข้อมูล (Reflection) เริ่มเก็บข้อมูลเดือนตุลาคม 2561 ถึงเดือนมกราคม 2562 เลือกลุ่มตัวอย่างคือ กระเป๋ายาเย็น EPO ที่ใช้ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยคัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 50 ราย จากผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 168 ราย ในคลินิก CAPD ดำเนินการในระยะแรกโดยการออกแบบการเก็บข้อมูลให้ครอบคลุมทั้งผลของอุณหภูมิ ระยะเวลาและระยะทาง พบว่าช่วงแรกของการเก็บข้อมูล อุณหภูมิในกระเป๋ายา EPO > 8 °C เมื่อถึงหน่วยบริการเครือข่าย

จำนวน 6 ราย จากการสอบถามข้อมูลทางโทรศัพท์กับหน่วยบริการเครือข่าย พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากแนวทางการวัดอุณหภูมิในกระเป๋ายาเย็นไม่ถูกวิธี จำนวน 4 ราย บางหน่วยบริการยกเทอร์โมมิเตอร์ออกมาอ่านนอกกระเป๋ายา สาเหตุรองลงมาคือ ระยะเวลาในการนำเทอร์โมมิเตอร์จากหน่วยบริการเครือข่ายเข้าไปเก็บในกระเป๋ายาเพื่อวัดอุณหภูมิในกระเป๋ายาน้อยกว่า 30 นาที จำนวน 5 ราย

จากข้อมูลดังกล่าว หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลยโสธรได้โทรประสานหน่วยบริการเครือข่ายเพื่อให้ทราบวิธีการวัดอุณหภูมิในกระเป๋ายาเย็น โดยนำเทอร์โมมิเตอร์จากตู้ยาเย็น เข้าไปวางในกระเป๋ายาเย็นในตำแหน่งตรงกลางกระเป๋ายาชิดกับถุงยา EPO ระหว่าง ice pack 2 ก้อน ปิดกระเป๋ายาให้สนิทนานมากกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที แล้วอ่านผลอุณหภูมิในกระเป๋ายาเย็นโดยไม่ต้องยกออกมาอ่าน ด้านนอกกระเป๋ายา ซึ่งจะทำให้ผลการอ่านคลาดเคลื่อน หลังจากนั้นนำผลการเก็บข้อมูลที่ได้วิเคราะห์ประเมินผลข้อมูลเชิงคุณภาพ และข้อมูลร้อยละต่อไป



แผนภาพที่ 1 แสดงขั้นตอนการขนส่งยา EPO

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบบันทึกข้อมูลผลของอุณหภูมิในกระเป๋ายา EPO

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติพรรณนา
หาค่าความถี่ (frequency), ค่าร้อยละ (percentage)

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60 และส่วนใหญ่อายุระหว่าง 40-50 ปี ร้อยละ 34 รองลงมาคือกลุ่มอายุน้อยกว่า 40 ปี ร้อยละ 26 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง

จำแนกตามเพศและอายุ (N=50)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	30	60
หญิง	20	40
อายุ (ปี)		
< 40	13	26
40-50	17	34
51-60	12	24
> 60	8	16

จากการศึกษาพบว่า อุณหภูมิในกระเป๋ายา EPO เมื่อเริ่มต้นวัดขณะอยู่ที่หน่วยไตเทียม อุณหภูมิเฉลี่ย 5.48 °C เมื่อถึงหน่วยบริการเครือข่าย อุณหภูมิในกระเป๋ายา EPO เฉลี่ย 6.92 °C มีระยะทางในการขนส่งยา EPO เฉลี่ย 32.2 กิโลเมตร และมีระยะเวลาในการขนส่งยา EPO เฉลี่ย 5.07 ชั่วโมง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยของอุณหภูมิ และระยะทางเฉลี่ย ระยะเวลาเฉลี่ย ของอุณหภูมิในกระเป๋ายา EPO เมื่อถึงหน่วยบริการเครือข่าย (N=50)

ข้อมูล	ค่าเฉลี่ย (X)
อุณหภูมิ	
อุณหภูมิ T1 เฉลี่ย (องศาเซลเซียส)	5.48
อุณหภูมิ T2 เฉลี่ย (องศาเซลเซียส)	6.92
ระยะทาง	
ระยะทางเฉลี่ย (กิโลเมตร)	32.2
ระยะเวลา	
ระยะเวลาเฉลี่ย (ชั่วโมง)	5.07

***หมายเหตุ** T1 คือ อุณหภูมิเฉลี่ยในกระเป๋ายา EPO เมื่อเริ่มต้นวัด ขณะอยู่ที่หน่วยไตเทียม และค่าเฉลี่ยของอุณหภูมิ T2 คือ อุณหภูมิ เฉลี่ยเมื่อถึงหน่วยบริการเครือข่าย

จากการศึกษาพบว่าอุณหภูมิในกระเป๋ายา EPO เมื่อถึงหน่วยบริการเครือข่ายส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2-8 °C จำนวน 44 ราย (ร้อยละ 88) มีเพียง 6 ราย (ร้อยละ 12) ที่อุณหภูมิในกระเป๋ายา EPO > 8 °C ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอุณหภูมิในกระเป๋ายา EPO เมื่อถึงหน่วยบริการเครือข่าย (N=50)

ข้อมูลอุณหภูมิควบคุม (2-8 °C)	จำนวน (กระเป๋ายา)	ร้อยละ
2-8 °C (ผ่านเกณฑ์การควบคุมยา)	44	88
>8 °C (ไม่ผ่านเกณฑ์การควบคุมยา)	6	12

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อติดตามผลอุณหภูมิในกระเป๋ายา EPO เมื่อนำส่งถึงหน่วยบริการเครือข่ายในผู้ป่วยไตเสื่อมระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีจำนวน 50 คน โดยแยกตามระยะทางจากโรงพยาบาลโสธรถึงหน่วยบริการเครือข่าย โดยการออกแบบเก็บข้อมูลให้ครอบคลุมทั้งผลของอุณหภูมิ ระยะเวลา และระยะทาง เพื่อนำมาวิเคราะห์ประเมินผล ข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลร้อยละ

จากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60 อายุระหว่าง 40-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 34 และรองลงมาคือกลุ่มอายุน้อยกว่า 40 ปี ร้อยละ 26 โดยมีระยะทางเฉลี่ย 32.2 กิโลเมตร และมีระยะเวลาในการขนส่งยาเฉลี่ย 5.07 ชั่วโมง และพบว่าอุณหภูมิในกระเป๋ายา EPO เมื่อเริ่มต้นวัดขณะอยู่ที่หน่วยไตเทียม อุณหภูมิเฉลี่ย 5.48 °C เมื่อถึงหน่วยบริการเครือข่าย อุณหภูมิเฉลี่ย 6.92 °C โดยอุณหภูมิในกระเป๋ายา EPO เมื่อถึงหน่วยบริการเครือข่ายส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2-8 °C จำนวน 44 ราย (ร้อยละ 88) มีเพียง 6 ราย (ร้อยละ 12) ที่อุณหภูมิในกระเป๋ายา EPO > 8 °C

จากการสอบถามข้อมูลที่หน่วยบริการเครือข่าย พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากแนวทางการวัดอุณหภูมิในกระเป๋ายา EPO ไม่ถูกวิธี จำนวน 4 ราย บางหน่วยบริการ ยกเทอร์โมมิเตอร์ออกมาอ่านนอกกระเป๋ายา สาเหตุนรองลงมาคือระยะเวลาในการนำเทอร์โมมิเตอร์จากหน่วยบริการเครือข่ายเข้าไปเก็บในกระเป๋ายาเพื่อวัดอุณหภูมิในกระเป๋ายาน้อยกว่า 30 นาที จำนวน 5 ราย จากข้อมูลดังกล่าว หน่วยไตเทียม โรงพยาบาล ได้โทรประสานหน่วยบริการเครือข่ายเพื่อให้ทราบวิธีการวัดอุณหภูมิในกระเป๋ายา EPO โดยนำเทอร์โมมิเตอร์จากตู้ยาเย็น เข้าไปวางในกระเป๋ายา EPO ในตำแหน่งตรงกลางกระเป๋ายาติดกับถุงยา EPO ระหว่าง ice pack 2 ก้อน ปิดกระเป๋ายาให้สนิทนานมากกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที แล้วอ่านผลอุณหภูมิในกระเป๋ายา EPO โดยไม่ต้องยกออกมาอ่านด้านนอกกระเป๋ายา ซึ่งจะทำให้ผลการอ่านคลาดเคลื่อน

ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องรูปแบบการบริหารยา erythropoietin แบบ cold chain ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง ในโรงพยาบาลโสธร² ช่วยให้เกิดความเหมาะสมในการบริหารยา ในบริบทของโรงพยาบาลโสธร และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารยาสู่ผู้ป่วยและผู้ป่วยมีความปลอดภัย เกิดแนวทางปฏิบัติที่

ชัดเจนและเกิดเครือข่ายความร่วมมือในการบริหารยา erythropoietin แบบ cold chain ในผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากการพัฒนาต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการ R2R มาเป็นเครื่องมือ ทำให้เห็นผลเชิงประจักษ์ชัดเจนและเชื่อมต่อพัฒนาในระบบเครือข่าย service plan ทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขต

ข้อเสนอแนะต่อในการศึกษารั้งนี้

ควรมีการพัฒนาต่อยอดการศึกษา โดยการผลิตนวัตกรรม การใช้ถุงน้ำยาล้างไตทางช่องท้องมาทำ Ice pack ใช้เองในหน่วยงานและที่บ้านผู้ป่วย เพื่อเป็นทางเลือกในการลดขยะและนำวัสดุที่เหลือใช้กลับมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. อนุชา ไทยวงษ์, กัญญาพัชร เบ้าทอง, อลิษา ทรัพย์สังข์. ภาวะโลหิตจาง และบทบาทพยาบาลในการจัดการภาวะโลหิตจางในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2561; 38(2): 149.
2. อภิรดี ทองบุญ. ภาวะโลหิตจางในผู้ป่วยโรคไต. วารสารมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย 2551; 22(44): 91.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น. นนทบุรี; 2557.
4. พันทิพา เวชกามา. การพัฒนาระบบการการขนส่งยา EPO ในผู้ป่วยไตเสื่อมระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัด ทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง. หน่วยไตเทียม รพ.ยโสธร; 2559.
5. ศิริรัตน์ เรืองจุ้ย. โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) [อินเทอร์เน็ต]. 4 มิถุนายน 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://haamor.com/โรคไตเรื้อรัง#article101>
6. กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. คู่มือการล้างไตสำหรับประชาชน. นนทบุรี: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2557.
7. วิษณุภัทร ธรานนท์. Recombinant Human Erythropoietin [อินเทอร์เน็ต]. 16 สิงหาคม 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://haamor.com/รีคอมบิแนนฮิวแมนอีริโธปีติน>
8. จันทร์จารีก รัตนเดชสกุล และคณะ. การพัฒนาระบบการส่งมอบยาที่มีคุณภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ส่งต่อรักษาต่อเนื่องใน รพ.สต. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลพนมไพร; 2557.
9. ปรียา อาริมิตร, รินดาวรรณ พันธุ์เขียน, เพ็ญ ชนาเทพาพร. แนวทางการเก็บรักษายา (Storage Condition) [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://202.28.95.4/pharmacy/index.php?f=detail_rule&id=6
10. ศิริรัตน์ เตชะธวัช. มาตรฐานการดำเนินงานด้านการคลังและการเก็บรักษาวัคซีน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2556.

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นคงภายหลังการใส่เฝือกรักษาภาวะกระดูกเรเดียสส่วนปลายหัก ในผู้ป่วยโรงพยาบาลยโสธร

A study of the factors related to radial tip instability in distal radius fractures treated by closed reduction and cast application in Yasothon Hospital patients

Narucha Chaishotiranant, M.D.
Dip., Thai Board of Orthopedics
Yasothon hospital, Yasothon province

นฤชา ชัยโชติรัตนันท์ พ.บ.
ว. ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
โรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร

บทคัดย่อ

ภาวะปลายกระดูกเรเดียสหักเป็นหนึ่งในกระดูกหักที่พบได้บ่อย รักษาโดยการจัดกระดูกให้เข้าที่และตามกระดูกโดยใช้เฝือก เป็นการรักษาที่นิยมใช้แบบหนึ่ง เพื่อใช้ตามกระดูกเบื้องต้นในช่วงแรกหรือใช้เป็นการรักษาหลักในผู้ป่วยแต่ละราย มีหลายปัจจัยที่มีโอกาสส่งผลต่อภาวะไม่มั่นคงของปลายกระดูกเรเดียสหักภายหลังการจัดกระดูกให้เข้าที่เพียงพอ ร่วมกับการตามโดยใช้เฝือกและหาความสัมพันธ์ถึงปัจจัยที่มีผลต่อการหลุดของกระดูกเรเดียสร่วมกับบอกลำเอียงโน้มถึงโอกาสหลุดของปลายกระดูกเรเดียสในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัจจัยต่างๆเหล่านี้มาเกี่ยวข้อง เพื่อให้แพทย์สามารถ ตัดสินใจในการวางแผนการรักษาภาวะปลายกระดูกเรเดียสหักได้อย่างดีและเหมาะสมมากขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยหลักที่ส่งผลกระทบต่อภาวะไม่มั่นคงของปลายกระดูกเรเดียสหลังใส่เฝือกและสามารถบอกโอกาสการเกิดภาวะความไม่มั่นคง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัจจัยเหล่านี้มาเกี่ยวข้องได้ การศึกษานี้ใช้รูปแบบการศึกษาย้อนหลัง โดยศึกษาจากผู้ป่วยปลายกระดูกเรเดียสหักที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลยโสธรตั้งแต่ 1 กันยายน 2563 ถึง 30 ตุลาคม 2564 รวม 272 คน มี 219 คนที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้การเคลื่อนหลุดลงและมีภาวะไม่มั่นคงหลังจัดกระดูกเป็นตัวแบ่ง จากนั้นเก็บข้อมูลที่ทำการศึกษา ได้แก่ อายุ, เพศ, ข้อมือข้างที่หัก, Radial Height, Radial inclination, Ulnar variance, Dorsal angulation, Dorsal comminution, articular step-off, Distal ulnar fracture จากภาพถ่ายทางรังสีก่อนทำการรักษา เพื่อนำข้อมูลที่ได้ของทั้ง 2 กลุ่มมาประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติ และหาความเสี่ยงสัมพัทธ์ด้วย Multivariable logistic regression ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ทำการศึกษา ได้แก่ เพศ, อายุ, Radial Height, Radial inclination, Ulnar variance, Dorsal tilt และ Dorsal comminution เป็นปัจจัยซึ่งมีผลต่อความมั่นคงของภาวะปลายกระดูกเรเดียสหัก ส่วนปัจจัย Intraarticular Fracture และ Ulnar fracture เป็นปัจจัยที่ไม่มีความเกี่ยวข้อง จากนั้นนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์เพื่อหาความน่าจะเป็นในการเกิดความไม่มั่นคง พบว่า ถ้าผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป, ภาพถ่ายทางรังสีก่อนทำการรักษามี Radial Height ตั้งแต่ 4 มิลลิเมตรลงไป, Ulnar variance ตั้งแต่ 4 มิลลิเมตรขึ้นไป และมี Dorsal comminution โอกาสเกิดความไม่มั่นคงภายหลังการใส่เฝือกร้อยละ 96.62

สรุปผลการศึกษา: ปัจจัยหลักที่มีผลต่อความมั่นคงของปลายกระดูกเรเดียสหักภายหลังการรักษาโดยการใส่เฝือก ได้แก่ Ulnar variance, Radial Height, อายุของผู้ป่วย และ Dorsal comminution โดยเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลกระทบมากที่สุดตามลำดับ

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นคง, กระดูกเรเดียสส่วนปลายหัก

ABSTRACT

Radius distal fracture is one of the most common fractures. Bone grafting and splint treatment. It is one of the most popular treatments. In order to use as an initial bone splint in the early stages or as a primary treatment in each patient, there are many factors that are likely to affect the instability of the fracture tip of the radial bone after proper alignment together with cast (Cast, slab immobilization) and to correlate the factors affecting the subsidence of the radius and to tell the tendency of the distal radius tip

in the case of the patient having the factor. These are related so that the doctor can Decide on a more effective and appropriate treatment plan for radial fractures. Objective to study the factors affecting the instability of the radial tip after splinting. Study design is retrospective analytic studies and the study, using a retrospective model, studied 272 records of patients with radial distal fractures treated in Yasothon Hospital from September 1, 2020 to October 30, 2021. Of 272 patients there were 219 cases met the inclusion criteria which were a collapsed mobility and instability of the bone grafting, then collected the data from both groups for evaluation including age, sex, wrist fracture, Radial Height, Radial inclination, Ulnar variance, Dorsal angulation, Dorsal comminution, articular step-off, Distal ulnar fracture from radiograph before treatment and etc. Data were statistically analysed using multivariable logistic regression. The results showed that sex, age, radial height, radial inclination, ulnar variance, Dorsal tilt and Dorsal comminution were the factors affecting stability of radial fractures, whereas intraarticular and ulnar fracture factors. is an unrelated factor. The related factors were then analysed to determine the likelihood of instability. If the patient is 60 years of age or older, pre-treatment radiographs have a radial height of 4 mm or less, an Ulnar variance of 4 mm or more, and Dorsal comminution, the chance of instability after splinting is approximately 96.62%.

Conclusion: The main factors affecting the stability of the radial tip after splint treatment were Ulnar variance, Radial Height, Patient age and Dorsal comminution, respectively.

Keyword: Factors affecting stability, distal radial fractures

บทนำ

กระดูกข้อมือเรเดียสส่วนปลายหัก (Distal radius fracture; DRF) เป็นโรคที่พบได้บ่อย โดยพบว่ากระดูกข้อมือเรเดียสส่วนปลายหัก มีสัดส่วนสูงร้อยละ 17–20 ของผู้ป่วยกระดูกข้อมือหักส่วนบนหักที่เข้ามารับการรักษา และประมาณการของอุบัติการณ์การเกิดกระดูกข้อมือเรเดียสส่วนปลายหักมีสัดส่วนถึง 2 : 1,000 ประชากร¹ พบว่าอุบัติการณ์กระดูกข้อมือหักในสหรัฐอเมริกา ปี 2010 ในผู้หญิงที่อายุน้อยกว่า 40 ปี พบ 40 : 10,000 คน/ปี ส่วนที่อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไปจนถึง 70 ปีขึ้นไป สูงถึง 115 : 10,000 คน/ปี จากข้อมูลของผู้ป่วยที่มาตรวจแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินด้วยสาเหตุกระดูกหัก พบว่ามีผู้ป่วยที่กระดูกบริเวณข้อมือหักร้อยละ 17.5–44 และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ²⁻³ เมื่อย้อนศึกษาข้อมูลผู้ป่วยกระดูกข้อมือเรเดียสส่วนปลายหักในโรงพยาบาลยโสธรพบว่าไปในทิศทางเดียวกัน โดยข้อมูลย้อนหลังปี 2561–2563 พบว่ามีผู้ป่วยกระดูกข้อมือหักเข้ามารับการรักษาด้วยวิธีการดัดจัดกระดูกให้เข้าที่และพันเฝือก จำนวน 148, 102 และ 272 คิดเป็นร้อยละ 10.48, 10.46 และ 10.40 ของจำนวนผู้ป่วยกระดูกหัก ตามลำดับ จัดเป็นอันดับต้นของผู้ป่วย

กระดูกหักทั้งหมดที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลยโสธร ซึ่งนับว่าเป็นตำแหน่งกระดูกหักที่พบได้บ่อยและมีสัดส่วนค่อนข้างสูง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจากข้อจำกัดในการใช้งานของมือในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยที่อายุน้อยมักมีสาเหตุจากอุบัติเหตุที่รุนแรง เช่น อุบัติเหตุจากรถ หรือ อุบัติเหตุจากการกีฬา ส่วนผู้ป่วยสูงอายุมักเกิดจากอุบัติเหตุที่ไม่รุนแรง เช่น การลื่นล้มมีมือยันพื้น⁴ ถ้าไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาไม่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพในการใช้งานมือและข้อมือลดลง เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจในส่วนตัวบุคคล ครอบครัว จนถึงองค์กรในระดับประเทศได้

การวินิจฉัยกระดูกเรเดียสส่วนปลายหักทำได้โดยการซักประวัติตรวจร่างกายและยืนยันโดยใช้ภาพถ่ายทางรังสีอย่างน้อย 2 ท่า ประกอบกัน คือ ภาพถ่ายรังสีแนวหลังไปหน้าและแนวด้านข้าง และได้รับการวินิจฉัยจัดกลุ่มตามประเภทและลักษณะของการหักตาม AO/OTA Fracture and Dislocation Classification 2018; AO/OTA10 ร่วมกับ Fernandez classification⁵ พารามิเตอร์ของภาพถ่ายรังสี ตำแหน่งที่ยอมรับได้ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 Radiographic Parameters Constituting Acceptable Alignment⁶⁻⁸

Parameter	Acceptable value
Dorsal tilt (°)	< 10
Volar tilt (°)	15 ± 10
Radial inclination (°)	≥ 17
Translation (mm)	< 2.0

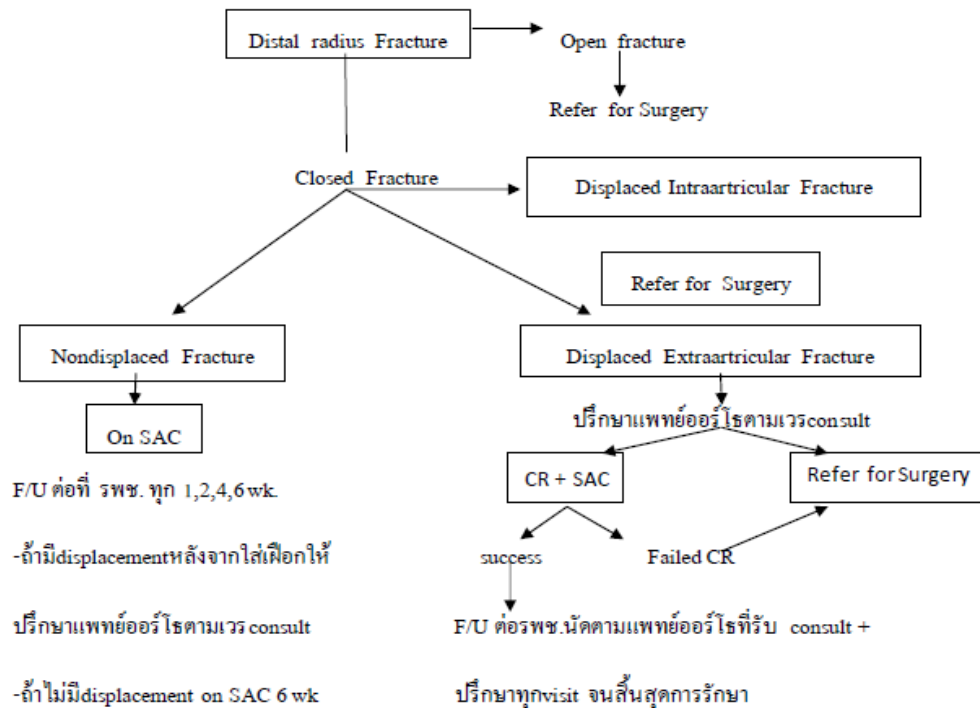
การรักษากระดูกข้อมือเรเดียสส่วนปลายหักมีหลายวิธี เช่น การจัดตั้งกระดูกและใส่เฝือกภายนอก (Closed reduction and cast application) การจัดตั้งกระดูกและมิโครเกรฟก็ยึดภายนอก (Closed reduction with external fixation) การจัดตั้งกระดูกและใช้ลวดยึดผ่านผิวหนัง (Closed reduction with percutaneous Kirschner wire fixation) การผ่าตัดแบบเปิดจัดเรียงกระดูกและใช้แผ่นโลหะยึดกระดูกภายใน (Open reduction and internal fixation with plate and screw)^{1,3,9} การรักษากระดูกข้อมือเรเดียสส่วนปลายหักมีปัจจัยพิจารณาหลายอย่าง เช่น ความเสียหายของผิวข้อ จำนวนชิ้นของกระดูกที่หักหรือความแตกละเอียดของกระดูก การเคลื่อนของชิ้นกระดูกที่หักความมั่นคงของกระดูกคุณภาพหรือความบางของกระดูก การบาดเจ็บร่วมกับกระดูกชิ้นอื่นหัก อายุผู้ป่วย เป็นต้น^{1,9-10} การประเมินความมั่นคงของชิ้นกระดูกที่หักหลังการจัดตั้งกระดูก (fracture stability) ถ้าชิ้นกระดูกที่หักมีการเลื่อนซ้ำ (secondary displacement) หลังได้รับการจัดตั้งกระดูกเข้าที่ในครั้งแรกส่วนใหญ่มักพบใน 14 วัน หรือมีการเลื่อนและกระดูกติดในตำแหน่งไม่เหมาะสม ย่อมส่งผลต่อผลลัพธ์ในการรักษา¹

การประเมินปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นคงของกระดูกนั้น Lafontaine และคณะ¹¹ ประเมินจากปัจจัย 5 ข้อ คือ (1) Dorsal angulation ที่มากกว่า 20 องศา (2) Dorsal comminution (3) Radiocarpal intra-articular involvement (4) ภาวะที่มีกระดูกอัลนาหักร่วมด้วย (Associated ulnar fractures) และ (5) อายุของผู้ป่วยที่มากกว่า 60 ปีขึ้นไป ซึ่งจากปัจจัยดังกล่าวถ้ามีมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ข้อขึ้นไป จะส่งผลต่อการเลื่อนซ้ำของกระดูกที่หักแม้จะมีการจัดตั้งกระดูกให้เข้าที่และใส่เฝือกที่เหมาะสมแล้วก็ตามและถ้าปัจจัยดังกล่าวเพิ่มมากขึ้นโอกาสของกระดูกชิ้นที่หักจะเลื่อนซ้ำ (secondary

displacement and loss of position) เพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย การประเมินความไม่มั่นคงของกระดูกและโอกาสของกระดูกหักจะเลื่อนซ้ำนี้ เป็นเหตุผลอย่างหนึ่งที่ต้องเลือกรักษาด้วยวิธีผ่าตัด^{9,11-12} มีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการดิงกระดูกและใส่เฝือกกับการผ่าตัดจัดตั้งกระดูก และยึดลวดผ่านผิวหนัง พบว่าการผ่าตัดจัดตั้งกระดูกและยึดลวดให้ผลดีกว่าในด้านผลลัพธ์ภาพถ่ายทางรังสี (radiological outcome)^{11,13}

หลักในการรักษาภาวะกระดูกเรเดียสส่วนปลายหัก ประกอบด้วยการจัดกระดูกให้เข้าที่ (Reduction) และการตามกระดูกด้วยวิธีต่างๆ (Retention) จนกระดูกสมาน (Union) ซึ่งมีได้หลายวิธี ได้แก่ การใช้เฝือก (Cast, slab) การผ่าตัดใช้เหล็กเส้นยึดเสริมความมั่นคง (K-wire) การผ่าตัดโดยใช้แผ่นเหล็กตามกระดูกแบบต่างๆ (Plate and screw) หรือการผ่าตัดโดยใช้การยึดด้วยโครงโลหะภายนอก (External fixation) เป็นต้น ซึ่งหลักการเลือกวิธีการรักษาในปัจจุบันยังไม่มีลักษณะกฎเกณฑ์เฉพาะ (Controversy) ดูจากข้อดีข้อด้อยในแต่ละวิธีและความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นหลัก การรักษาภาวะกระดูกเรเดียสส่วนปลายหัก โดยการจัดกระดูกให้เข้าที่และการตามกระดูกโดยใช้เฝือก เป็นการรักษาที่นิยมใช้แบบหนึ่ง^{4,14-15} เพื่อตามกระดูกเบื้องต้นในช่วงแรก หรือใช้เป็นการรักษาหลักในผู้ป่วยแต่ละราย การรักษาโดยการใส่เฝือกให้ประสบความสำเร็จขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ การเลือกวิธีการรักษาให้กับผู้ป่วย การจัดกระดูกให้เข้าที่เพียงพอ (Acceptable alignment) การดูแลป้องกันการทรุดของกระดูกหลังการจัดกระดูก (Maintenance reduction) และการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจนถึงระยะที่กระดูกสมาน¹⁵

แนวทางการรักษาภาวะกระดูกเรเดียสส่วนปลายหัก (Distal radius fracture) ของโรงพยาบาลยโสธร คือ เป้าหมายเพื่อลดอัตราการส่งต่อ case Distal radius fracture ที่สามารถรักษาโดยวิธีการไม่ผ่าตัด จากโรงพยาบาลชุมชนมาโรงพยาบาลยโสธร และสามารถดูแลให้การรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพจนสิ้นสุดการรักษา ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แนวทางการรักษาภาวะกระดูกเรเดียสส่วนปลายหัก โรงพยาบาลยโสธร

รายละเอียด case ที่ส่งมาช่วงติดตามอาการ คือ ข้อมูลผู้ป่วย ชื่อ อายุ แขนข้างหัก วันที่เกิดเหตุ รูปแขนผู้ป่วยเพื่อดูสภาพเฝือก, Film ตั้งแต่กระดูกหักจนถึงวันนัดทุก Film เรียงตามช่วงเวลา ในผู้ป่วยอายุ 45 ปีขึ้นไป, Low energy mechanism ให้ calcium supplement 1,000–1,200 g/d และ vitamin D2 800 iu /d หรือ MTV 1 x 2 pc. และกรณีข้อมือบวมมากให้ใส่เป็น Sugar tong slab ในเบื้องต้นและเปลี่ยนเป็น SAC เมื่อยุบบวมและมีปัจจัยหลายอย่างที่อาจส่งผลต่อความไม่มั่นคง (Instability) ภายหลังการจัดกระดูกให้เข้าที่เพียงพอ ร่วมกับการตามโดยใช้เฝือก (Cast, slab immobilization) Leung และคณะ⁴ พบว่าผลการรักษาในกลุ่มที่มีการทรุดลงของเฝือกหลังการใส่เฝือกรักษาแยกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีการทรุดลงของเฝือก ดังนั้นความมั่นคงของปลายกระดูกเรเดียสที่หักอาจเป็นตัวกำหนดการรักษาด้วยวิธีการใส่เฝือกให้สำเร็จ Cooney⁵ ทำการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการทรุดของปลายกระดูกเรเดียส ได้แก่ Dorsal comminution, Dorsal angulation ที่มากกว่า 20 องศา หรือกรณีปลายกระดูกเรเดียสหักแบบเข้าข้อ (Intraarticular involvement)

Vaughan และคณะ⁹ พบว่าปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการทรุดของภาวะกระดูกเรเดียสส่วนปลายหัก คือ Dorsal angulation และ Radial shortening การศึกษาของ Makhni และคณะ¹⁰ พบว่าอายุของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการทรุดของภาวะปลายกระดูกเรเดียสหัก สอดคล้องกับการศึกษาของ Nesbitt และคณะ¹ ที่พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการทรุดลงโดยผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 58 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการทรุดลง 50% Abbasszadegan และคณะ¹² ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการทรุดของปลายกระดูกเรเดียสและพบว่า Radial shortening > 4 mm เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อภาวะความไม่มั่นคงของภาวะกระดูกเรเดียสส่วนปลายหัก

ผลของภาวะความไม่มั่นคง (Instability) ภายหลังการจัดกระดูกให้เข้าที่ของภาวะกระดูกเรเดียสส่วนปลายหัก ที่มีผลต่อการรักษาในผู้ป่วย คือ กระดูกสมานแบบผิดรูป (Malunion), แตกร้าวง่าย ระบายอากาศไม่ค่อยดี อาจทำให้คันเพราะความอับชื้น ถ้าถูกน้ำเฝือกก็จะละลายเสียความแข็งแรงและกระดูกที่หักก็ยังติดไม่สนิทไม่เช่นนั้นกระดูกที่เริ่มติดก็อาจจะหักซ้ำได้ ทำให้ต้องมาเริ่มต้นรักษาใหม่

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีปัจจัยดังกล่าวตั้งแต่ 3 ปัจจัยขึ้นไปมีโอกาสที่ปลายกระดูกเรเดียสจะหลุดหลังจากการตามโดยใช้เฟือก แนะนำให้ติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดหรือเลือกวิธีการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีอื่นแทนการใส่เฟือก Mackenney และคณะ¹³ ทำการศึกษาในผู้ป่วย 3,559 คน ที่รักษาภาวะกระดูกเรเดียสส่วนปลายหักโดยการจัดกระดูกให้เข้าที่ร่วมกับการตามโดยใช้เฟือก และพบว่า 60% ของผู้ป่วยกระดูกสมานแบบผิดปกติ และอายุ, ulnar variance เป็นปัจจัยหลักของการหลุดในภาวะกระดูกเรเดียสส่วนปลายหัก Hove และคณะ¹⁴ พบว่า Dorsal angulation, Radial length และอายุของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะกระดูกสมานแบบผิดปกติ จากการศึกษาต่างๆ ที่กล่าวถึงพบว่ามีหลากหลายปัจจัยที่น่าจะมีผลต่อความมั่นคงของภาวะกระดูกเรเดียสส่วนปลายหักแต่ยังไม่มีการศึกษาใดสรุปถึงปัจจัยทั้งหมดอย่างชัดเจน และบอกได้ถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้งหมดต่อภาวะหลุดของปลายกระดูกเรเดียส

จุดมุ่งหมายของการศึกษานี้เพื่อศึกษาปัจจัยทั้งหมดที่มีโอกาสส่งผลต่อภาวะไม่มั่นคงของกระดูกเรเดียสส่วนปลายหักภายหลัง การจัดกระดูกให้เข้าที่เพียงพอ ร่วมกับการตามโดยใช้เฟือก และหาความสัมพันธ์ถึงปัจจัยที่มีผลต่อการหลุดของกระดูกเรเดียสร่วมกับบอกแนวโน้มถึงโอกาสหลุดของปลายกระดูกเรเดียส ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มาเกี่ยวข้องเพื่อให้แพทย์สามารถตัดสินใจในการวางแผนการรักษาภาวะกระดูกเรเดียสส่วนปลายหักได้อย่างดีและเหมาะสมมากขึ้น

โรงพยาบาลโสธรซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดรับผิดชอบประชากรประมาณ 537,299 คน ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะกระดูกเรเดียสส่วนปลายหักมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งภาวะปลายกระดูกเรเดียสหัก (Distal radius fracture) เป็นหนึ่งในกระดูกหักที่พบได้บ่อยสุดที่แผนกฉุกเฉินประมาณ 1 ใน 6 ของกระดูกหักที่พบทั้งหมดในโรงพยาบาลโสธร ประมาณ 174 คนต่อปี จากข้อมูลปี 2561-2563 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 148, 102 และ 272 คน ตามลำดับ

จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาที่เกี่ยวข้องจะเห็นว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะกระดูกเรเดียสส่วนปลายหัก เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการหลุดของกระดูกเรเดียสร่วมกับบอกแนวโน้มถึงโอกาสหลุดของปลาย

กระดูกเรเดียสค่อนข้างสูง และถึงแม้การศึกษาในหลายประเทศที่แสดงให้เห็นถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการหลุดของกระดูกเรเดียส แต่การศึกษาในประเทศไทยยังมีน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นคงภายหลังการใส่เฟือกรักษาภาวะกระดูกเรเดียสส่วนปลายหักในผู้ป่วยโรงพยาบาลโสธรที่เข้ารับการรักษาในกลุ่มงานศัลยกรรมกระดูก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการควบคุมป้องกันการหลุดของกระดูกเรเดียสร่วมกับบอกแนวโน้มถึงโอกาสหลุดของปลายกระดูกเรเดียสในผู้ป่วยเป็นการลดและป้องกันการหลุดของปลายกระดูกเรเดียส

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยทั้งหมดที่มีโอกาสที่ส่งผลกระทบต่อภาวะไม่มั่นคงของปลายกระดูกเรเดียสหักภายหลังการจัดกระดูกให้เข้าที่หลังใส่เฟือก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ถึงปัจจัยที่มีผลต่อการหลุดของกระดูกเรเดียส ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มาเกี่ยวข้อง
3. เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่อาจมีผลต่อแนวโน้มถึงโอกาสหลุดของปลายกระดูกเรเดียสในผู้ป่วย

ขั้นตอนและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Analytic Studies) เป็นการรวบรวมข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยรวบรวมข้อมูลผ่าน HosXP ของเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีภาวะปลายกระดูกเรเดียสหักได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลโสธร ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 ตุลาคม 2564 รวม 272 คน และมีภาพถ่ายรังสีแรกหลังจัดกระดูกที่ 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ ที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 219 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเวชระเบียนที่นำมาศึกษา

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย (inclusion criteria)

ภาพถ่ายรังสีของเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะปลายกระดูกเรเดียสหักและรักษาที่ รพ.ยโสธร โดยการจัดกระดูกให้เข้าที่ร่วมกับการตามโดยใช้เฟือก

1. กลุ่มภาพถ่ายรังสี ที่หลังการรักษาโดยการใส่เฟือกแล้วติดตาม ไม่มีการเคลื่อนหรือหลุดลงจากภาพถ่ายรังสีแรกหลังจัดกระดูก

2. กลุ่มภาพถ่ายรังสีที่มีการเคลื่อนทรุดลงหรือมีภาวะไม่มั่นคงเมื่อเทียบกับภาพถ่ายรังสีแรกหลังดัดจัดกระดูก

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (exclusion criteria)

1. ภาพถ่ายรังสีจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยวิธีอื่นๆ ที่ไม่ใช่เฟือก เช่น การผ่าตัดใช้เหล็กเส้นยึดเสริมความมั่นคง (K-wire) การผ่าตัดโดยใช้แผ่นเหล็กตามกระดูกแบบต่างๆ (Plate and screw) หรือการผ่าตัดโดยใช้การยึดด้วยโครงโลหะภายนอก (External fixation)
2. กรณีที่ไม่มีภาพถ่ายรังสีของเวชระเบียนผู้ป่วยก่อนการรักษา หรือภาพถ่ายรังสีหลังการรักษาของผู้ป่วยไม่ครบ ไม่สามารถแปลผลได้
3. ไม่สามารถติดตามหาภาพถ่ายรังสีของเวชระเบียนผู้ป่วยภาวะกระดูกเรเดียสส่วนปลายหักได้

ภาพถ่ายรังสีที่เข้าได้กับเกณฑ์ในการคัดเลือกจะถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ (1) กลุ่มภาพถ่ายรังสีหลังการรักษาโดยการใส่เฟือกแล้วติดตามไม่มีการเคลื่อนหรือทรุดลงจากภาพถ่ายรังสีแรกหลังดัดจัดกระดูก (2) กลุ่มภาพถ่ายรังสีที่มีการเคลื่อนทรุดลงหรือมีภาวะไม่มั่นคงเมื่อเทียบกับภาพถ่ายรังสีแรกหลังดัดจัดกระดูก

โดยใช้เกณฑ์ในการตัดสินภาวะความไม่มั่นคงจาก Radial shortening > 3 mm., Dorsal tilt, Radial inclination < 5-degree, Intraarticular displacement or step-off > 2 mm., Carpal malalignment¹¹ ทำการเก็บข้อมูลจากภาพถ่ายรังสีของเวชระเบียนผู้ป่วยก่อนที่จะทำการรักษาโดยการดัดกระดูก ได้แก่ อายุ, เพศ, ข้อมือข้างที่หัก, Radial height, Radial inclination, ulnar variance, Dorsal angulation, Dorsal comminution, articular step-off, Distal ulnar fracture จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ของทั้ง 2 กลุ่มมาประเมิน

ในส่วนของคุณสมบัติที่ได้รับในแต่ละกลุ่ม ข้อมูลที่เป็น continuous data จะแสดงโดยใช้ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ข้อมูลที่เป็น categorical data จะแสดงผลในรูปแบบสัดส่วน (proportion) การเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างสองกลุ่ม ข้อมูล continuous data ที่เป็นการกระจายตัวปกติ (normal distribution) ใช้ student T-test ส่วนข้อมูล categorical data ที่เป็นการกระจายตัวไม่ปกติใช้ Fisher's exact probability และ t-test จากนั้นนำข้อมูล

ที่ได้มาวิเคราะห์ความเสี่ยงสัมพัทธ์ด้วย Multivariable logistic regression ชนิด backward elimination

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลโสธร เอกสารรับรองเลขที่ YST 2021-05COA ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ความลับของเวชระเบียนผู้ป่วย ใช้รหัสข้อมูลและจะลบการบันทึกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างหลังวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จ

ผลการศึกษา

จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 272 คน รักษาด้วยวิธีอื่น 53 คน (19.49%) (Plate 22 คน, External fixation 7 คน, K wire fixation 24 คน) ชุดภาพรังสี 219 คน ที่เข้าได้กับการศึกษานี้ คือ กลุ่มที่มีความมั่นคงภายหลังการใส่เฟือก 110 คน (40.44%) กลุ่มที่ไม่มีความมั่นคงภายหลังการใส่เฟือก 109 คน (40.07%) กลุ่มที่มีความมั่นคงภายหลังการใส่เฟือก เป็น ชาย 59 คน (53.64%) หญิง 51 คน (46.36%) ส่วนกลุ่มที่ไม่มีความมั่นคงภายหลังการใส่เฟือก เป็น ชาย 28 คน (25.69%) หญิง 81 คน (74.31%) อายุในกลุ่มที่มีความมั่นคงภายหลังการใส่เฟือก อายุเฉลี่ย 39.5 ± 16.7 ปี ส่วนกลุ่มที่ไม่มีความมั่นคงภายหลังการใส่เฟือก อายุเฉลี่ย 62.6 ± 13.3 ปี

ชุดภาพรังสีที่เข้าได้กับการศึกษาจำนวน 219 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 มีความมั่นคงภายหลังการใส่เฟือก 110 คน และกลุ่มที่ 2 ไม่มีความมั่นคงภายหลังการใส่เฟือก 109 คน ปัจจัยที่ทำการศึกษา ได้แก่ เพศ, อายุ, Radial Height, Radial inclination, ulnar variance, Dorsal tilt และ Dorsal comminution เป็นปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งมีผลต่อความมั่นคงของภาวะปลายกระดูกเรเดียสหัก ส่วนปัจจัย Intraarticular Fracture และ Ulnar fracture เป็นปัจจัยที่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่ทำการศึกษิตามกลุ่มของผู้ป่วย

ปัจจัยที่ทำการศึกษา Risk Factor	กลุ่มที่มีความมั่นคง (110 คน) Mean+/-SD หรือ%	กลุ่มที่ไม่มีความมั่นคง (109 คน) Mean+/-SD หรือ%	P-value
เพศ			<0.001
ชาย (คน)	59 (53.64 %)	28 (25.69 %)	
หญิง (คน)	51 (46.36 %)	81 (74.31 %)	
อายุ (ปี)			<0.001
60 ปีขึ้นไป (คน)	39.5 ± 16.7 13 (11.82 %)	62.6 ± 13.3 62 (56.88%)	
น้อยกว่า60 (คน)	97 (88.18 %)	47 (43.12 %)	
Radial Height (mm)			<0.001
มากกว่า 4 mm (คน)	9.3 ± 2.9 106 (96.36 %)	2.0 ± 4.8 41 (37.61 %)	
4 mm ลงไป (คน)	4 (3.64 %)	68 (62.39 %)	
Radial inclination (องศา)			<0.001
มากกว่า10 องศา (คน)	19.34 ± 4.77 104 (94.55 %)	14.19 ± 6.42 75 (68.81 %)	
10 องศาขึ้นไป (คน)	6 (5.45 %)	34 (31.19 %)	
Ulnar variance (mm)			<0.001
4 mm ขึ้นไป (คน)	0.83 ± 1.69 6 (5.45 %)	5 ± 2.53 83 (76.15 %)	
น้อยกว่า 4 mm ลงไป (คน)	104 (94.55 %)	26 (23.85 %)	
Dorsal Tilt (องศา)			<0.001
10 องศาขึ้นไป (คน)	3.33 ± 10.175 31 (28.18 %)	8.57 ± 9.22 51 (46.79%)	
น้อยกว่า10 องศา (คน)	79 (71.82 %)	58 (53.21 %)	
Dorsal comminution (คน)	43 (39.09 %)	98 (89.91 %)	<0.001
Intraarticular Fracture (คน)	35 (35.45 %)	35 (32.11 %)	0.761
Ulnar fracture (คน)	31 (28.18 %)	42 (38.53 %)	0.133

จากนั้นนำปัจจัยที่ทำการศึกษามาวิเคราะห์หาจุดตัดที่เหมาะสมทางสถิติและนำปัจจัยเหล่านี้กลับมาวิเคราะห์เพื่อหาความน่าจะเป็นในการเกิดความไม่มั่นคงภายหลังการรักษาภาวะปลายกระดูกเรเดียสหักโดยการจัดกระดูกให้เข้าที่ร่วมกับการตามโดยใช้เฝือกด้วยวิธี Multivariable logistic regression analysis ชนิด Backward elimination มาวิเคราะห์ พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีโอกาสเกิดความไม่มั่นคงภายหลังการใส่เฝือกเป็น 15 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า ($p < 0.001$), ผู้ป่วยที่มี Radial height ตั้งแต่ 4 มิลลิเมตรลงไป มีโอกาสเกิดความไม่มั่นคงภายหลังการใส่เฝือกเป็น 24 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มี Radial height ที่มากกว่า 4 มิลลิเมตร ($p = 0.001$), ผู้ป่วยที่มี Ulnar variance ตั้งแต่ 4 มิลลิเมตรขึ้นไป มีโอกาสเกิดความไม่มั่นคงภายหลังการใส่เฝือกเป็น 24 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มี ulnar variance น้อยกว่า 4 มิลลิเมตร ($p < 0.001$), ผู้ป่วยที่มี Dorsal comminution มีโอกาสเกิดความไม่มั่นคงภายหลังการใส่เฝือกเป็น 12 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มี Dorsal comminution ($p=0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

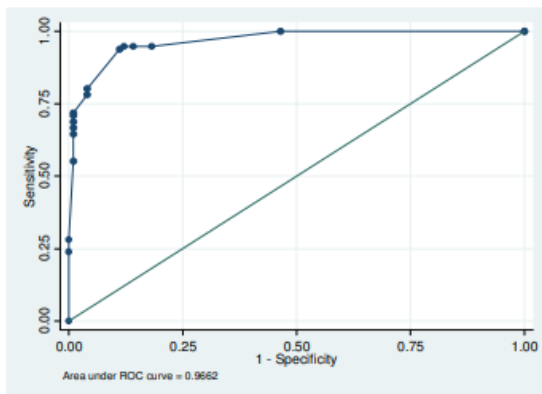
ตารางที่ 3 แสดงการวิเคราะห์โอกาสเกิดปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยที่ทำการศึกษา	Odd's ratio (OR)	95% confidence Interval for OR	p-value
อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	15.126	4.70-48.71	<0.001*
Radial height ตั้งแต่ 4 มม. ลงไป	24.048	3.97-145.87	0.001*
Ulnar variance ตั้งแต่ 4 มม. ขึ้นไป	24.242	6.25-94.08	<0.001*
Dorsal comminution	12.434	2.87-53.10	0.001*
Cons	0.01065	0.00-0.06	<0.001*

*Multivariable logistic regression analysis ชนิด Backward elimination

จากปัจจัยเสี่ยงทั้งหมด ได้แก่ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป, Radial height ตั้งแต่ 4 มิลลิเมตรลงไป, Ulnar variance ตั้งแต่ 4 มิลลิเมตรขึ้นไป และ มี Dorsal comminution พบว่า สามารถร่วมกันทำนายโอกาสไม่มั่นคงภายหลังการใส่เฝือกได้ถูกต้องร้อยละ 96.62 (area under ROC curve = 0.9662) ดังแสดงในรูปที่ 1

รูปที่ 1



บทวิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อความมั่นคงภายหลังการใส่เฝือกรักษาภาวะปลายกระดูกเรเดียสหัก โดยมีเพศ, อายุ, Radial Height, Radial inclination, Ulnar variance, Dorsal tilt และ Dorsal comminution ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความมั่นคง โดยมี 4 ปัจจัยที่ส่งผลกระทบมาก ได้แก่ Ulnar variance, Radial height, อายุของผู้ป่วย และ Dorsal comminution ตามลำดับ เมื่อนำไปเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นๆ พบว่า มีความใกล้เคียงในบางปัจจัยและแตกต่างกันบางปัจจัย มีการศึกษามากมายเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความมั่นคงภายหลังการใส่เฝือกรักษาภาวะปลายกระดูกเรเดียสหัก Hove และคณะ¹⁶ ได้ศึกษารายงานในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและสรุปได้ว่า Volar tilting, Radial length และอายุ มีผลต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อความมั่นคงภายหลังการใส่เฝือกรักษาภาวะปลายกระดูกเรเดียสหัก Jenkins¹⁷ รายงานว่าขอบเขตที่เกิดการยุบตัวเรื่อรังของมุม Radial angle และความยาวที่เกิดขึ้นถูกกำหนดโดยความผิดปกติที่เกิดขึ้นเริ่มต้นเท่านั้น Makhni และคณะ¹⁰ อธิบายไว้ว่า หลักในการรักษาภาวะปลายกระดูกเรเดียสหักประกอบด้วยการจัดกระดูกให้เข้าที่และการตามกระดูกด้วยวิธีต่างๆ จนกระดูกสมานพัฒนาขึ้น 78% และเกิดการเคลื่อนและต้องใส่เฝือกใหม่ซ้ำใน 89% ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา สรุปว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีโอกาสเกิดการเคลื่อนและต้องใส่เฝือกใหม่เพิ่มขึ้น Jenkins¹⁷ รายงานว่ามีเพียง 5% ของผู้ป่วยที่แสดงการยุบตัวของเฝือกลดลงในช่วงสัปดาห์แรก และตามการศึกษาของ Foldhazy และคณะ¹⁸ เกิดการยุบตัวของเฝือกขึ้นโดยทั่วไปแล้วจะอยู่ที่ 2-4 สัปดาห์หลังจากการใส่

เฝือกครั้งแรกในผู้ป่วยสูงอายุ เช่น การศึกษาของ Cooney⁵ พบว่า Dorsal comminution เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องเหมือนกับการศึกษานี้ ส่วน Dorsal angulation และ Intra-articular fracture เป็นปัจจัยที่แตกต่างกัน Abbasszadegan และคณะ¹² พบว่า Radial shortening เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความมั่นคงเช่นเดียวกับการศึกษานี้ จากการศึกษาของ Lafontaine และคณะ¹¹ พบว่าปัจจัยที่เหมือนกัน คือ อายุ และ Dorsal comminution ส่วน Dorsal angulation, Intra-articular fracture, Associated ulnar fractures เป็นปัจจัยที่แตกต่างกับการศึกษานี้ เป็นต้น

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนทั้งหมด 272 คน รักษาด้วยวิธีอื่น 53 คน (19.49 %) (Plate 22 คน, External fixation 7 คน, K wire fixation 24 คน) ชุดภาพรังสี 219 คน ที่เข้าได้กับการศึกษานี้ คือ กลุ่มที่มีความมั่นคงภายหลังการใส่เฝือก 110 คน (40.44%) กลุ่มที่ไม่มีความมั่นคงภายหลังการใส่เฝือก 109 คน (40.07%) พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปร่วมกับ Radial height ตั้งแต่ 4 มิลลิเมตรลงไป, Ulnar variance ตั้งแต่ 4 มิลลิเมตรขึ้นไป และมี Dorsal comminution จะมีโอกาสเกิดความไม่มั่นคงภายหลังการใส่เฝือก ประมาณร้อยละ 96.62

ตามแนวทางการรักษาของโรงพยาบาลยโสธรถ้ามี Displacement หลังจากใส่เฝือกให้ปรึกษาศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ตามเวร consult ถ้าไม่มี Displacement on SAC ต่อ 6 สัปดาห์ หรือ F/U ต่อ โรงพยาบาลชุมชนนัดตามศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ที่รับ consult ปรึกษาทุก visit จนสิ้นสุดการรักษาดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 ส่วนรายละเอียด case ที่ส่งมาช่วงติดตามอาการข้อมูลผู้ป่วย ชื่อ อายุ แขนข้างหัก วันที่เกิดเหตุ รูปแขนผู้ป่วยเพื่อดูสภาพเฝือก, Film ตั้งแต่กระดูกหักจนถึงวันนัด ทุก Film เรียงตามช่วงเวลาและในผู้ป่วยอายุ 45 ปีขึ้นไป, Low energy mechanism ให้ calcium supplement 1,000-1,200 g/d และ vitamin D2 800 iu /d หรือ MTV 1 x 2 pc. กรณีข้อมือบวมมากให้ใส่เป็น Sugar tong slab ในเบื้องต้น และเปลี่ยนเป็น SAC เมื่อยุบบวม ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นตัวพิจารณาการรักษาและช่วยให้แพทย์สามารถตัดสินใจในการวางแผนการรักษาภาวะปลายกระดูกเรเดียสหักได้อย่างดีและเหมาะสมมากขึ้น โดยอาจ

พิจารณาเลือกการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีอื่นแทนการใส่เฝือกหรือตรวจติดตามอย่างใกล้ชิดขึ้น เป็นต้น

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ ข้อมูลที่ได้เป็นการเก็บมาจากการรักษาในโรงพยาบาลยโสธร ซึ่งมีศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ที่ทำการรักษาหลายคน การรักษาโดยการใส่เฝือกอาจมีลักษณะแตกต่างกันได้ เช่น ใส่เฝือกกลมรอบแขน (Cast) ใส่เฝือกกាប់ทั้งด้านท้องแขนกับหลังแขน ระยะเวลาในการตรวจติดตามผู้ป่วยของศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แต่ละคนไม่เท่ากัน ซึ่งอาจส่งผลต่อข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ ส่วนช่องว่างในการศึกษาเพิ่มต่อไปของการศึกษานี้คือ นำข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นคงหลัก ได้แก่ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร่วมกับ Radial height ตั้งแต่ 4 มิลลิเมตรลงไป, Ulnar variance ตั้งแต่ 4 มิลลิเมตรขึ้นไป และมี Dorsal comminution นำมาสร้างเป็นคะแนนเพื่อนำไปประยุกต์เก็บข้อมูลว่าโอกาสการหลุดในผู้ป่วยภาวะปลายกระดูกหักในแต่ละแต่ละคะแนนเป็นเท่าไรต่อไป

สรุปผลการศึกษา

ภาวะปลายกระดูกเรเดียสหักเป็นหนึ่งในกระดูกหักที่พบได้บ่อย การรักษาโดยการจัดกระดูกให้เข้าที่และการตามกระดูกโดยใช้เฝือก เป็นการรักษาที่นิยมใช้แบบหนึ่งเพื่อใช้ตามกระดูกเบื้องต้นในช่วงแรกหรือใช้เป็นการรักษาหลักในผู้ป่วยแต่ละรายมีหลายปัจจัยที่มีโอกาสส่งผลต่อภาวะไม่มั่นคงของปลายกระดูกเรเดียสหักภายหลังการจัดกระดูกให้เข้าที่เพียงพอร่วมกับการตามโดยใช้เฝือก การหาความสัมพันธ์ถึงปัจจัยที่มีผลต่อการหลุดของกระดูกเรเดียสร่วมกับบอกแนวโน้มถึงโอกาสหลุดของปลายกระดูกเรเดียสในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มาเกี่ยวข้อง เพื่อให้แพทย์สามารถตัดสินใจในการวางแผนการรักษาภาวะปลายกระดูกเรเดียสหักได้อย่างดีและเหมาะสมมากขึ้น จากการศึกษาพบว่าปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อความมั่นคงภายหลังการใส่เฝือกรักษาภาวะปลายกระดูกเรเดียสหัก ได้แก่ Ulnar variance, Radial Height, อายุของผู้ป่วย และ Dorsal comminution ตามลำดับ โดยถ้าผู้ป่วยมีปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ครบ ได้แก่ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป, Radial height ตั้งแต่ 4 มิลลิเมตรลงไป, Ulnar variance ตั้งแต่ 4 มิลลิเมตรขึ้นไป และมี Dorsal comminution โอกาสเกิดความไม่มั่นคงภายหลังการใส่เฝือกประมาณ ร้อยละ 96.62 โดยเป็นปัจจัยหลักที่

ส่งผลกระทบมากที่สุดตามลำดับ ในโรงพยาบาลยโสธรมีศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ที่ทำการรักษาหลายคน การรักษาโดยการใส่เฝือกอาจมีลักษณะแตกต่างกันได้ จากผลการศึกษาก็เป็นประโยชน์ที่จะนำไปปรับมาตรการแนวทางการรักษาให้เหมาะสมและข้อควรระวังเพื่อป้องกันความมั่นคงภายหลังการใส่เฝือกรักษาภาวะกระดูกเรเดียสส่วนปลายหัก และการศึกษาในครั้งต่อไปนำข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นคงหลัก ได้แก่ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร่วมกับ Radial height ตั้งแต่ 4 มิลลิเมตรลงไป, Ulnar variance ตั้งแต่ 4 มิลลิเมตรขึ้นไป และมี Dorsal comminution นำมาสร้างเป็นคะแนนเพื่อประยุกต์ใช้ในการเก็บข้อมูลโอกาสการหลุดในผู้ป่วยภาวะปลายกระดูกหักในการศึกษาครั้งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล อาจารย์แพทย์และเจ้าหน้าที่แผนกออร์โธปิดิกส์ รพ. ยโสธรในเรื่องของรูปแบบงานวิจัยขอคิดเห็นข้อเสนอแนะ รวมถึงดูแลให้งานศึกษาครั้งนี้เรียบร้อยด้วยดี รวมทั้งเจ้าหน้าที่ฝ่ายเวชระเบียนโรงพยาบาลยโสธรที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน

เอกสารอ้างอิง

1. Nesbitt KS, Failla JM, Les C. Assessment of instability factors in adult distal radius fractures. J Hand Surg Am 2004 Nov; 29(6):1128-38. doi: 10.1016/j.jhssa.2004.06.008. PubMed PMID: 15576227.
2. Chung KC, Shauver MJ, Birkmeyer JD. Trends in the United States in the treatment of distal radial fractures in the elderly. J Bone Joint Surg Am 2009 Aug; 91(8): 1868-73. doi: 10.2106/JBJS.H.01297. PubMed PMID: 19651943.
3. Gofton W, Liew A. Distal radius fractures: nonoperative and percutaneous pinning treatment options. Orthop Clin North Am 2007 Apr; 38(2): 175-85. doi:

- 10.1016/j.ocl.2007.03.001. PubMed PMID: 17560400.
4. Leung F, Ozkan M, Chow SP. Conservative treatment of intra-articular fractures of the distal radius--factors affecting functional outcome. *Hand Surg* 2000 Dec; 5(2): 145-53. doi: 10.1142/s0218810400000338. PubMed PMID: 11301509.
5. Cooney WP. Management of Colles' fractures. *J Hand Surg Br* 1989 May; 14(2): 137-9. doi: 10.1016/0266-7681(89)90112-5. PubMed PMID: 2746109
6. Melone CP Jr. Distal radius fractures: patterns of articular fragmentation. *Orthop Clin North Am* 1993 Apr; 24(2): 239-53. PubMed PMID: 8479722.
7. Arora R, Lutz M, Deml C, Krappinger D, Haug L, Gabl M. A prospective randomized trial comparing nonoperative treatment with volar locking plate fixation for displaced and unstable distal radial fractures in patients sixty-five years of age and older. *J Bone Joint Surg Am* 2011 Dec 7; 93(23): 2146-53. doi: 10.2106/JBJS.J.01597. PubMed PMID: 22159849.
8. Knirk JL, Jupiter JB. Intra-articular fractures of the distal end of the radius in young adults. *J Bone Joint Surg Am* 1986 Jun; 68(5): 647-59. PubMed PMID: 3722221.
9. Vaughan PA, Lui SM, Harrington IJ, Maistrelli GL. Treatment of unstable fractures of the distal radius by external fixation. *J Bone Joint Surg Br* 1985 May; 67(3): 385-9. doi: 10.1302/0301-620X.67B3.3997946. PubMed PMID: 3997946.
10. Makhni EC, Ewald TJ, Kelly S, Day CS. Effect of patient age on the radiographic outcomes of distal radius fractures subject to nonoperative treatment. *J Hand Surg Am* 2008 Oct; 33(8): 1301-8. doi: 10.1016/j.jhbsa.2008.04.031. PubMed PMID: 18929192.
11. Lafontaine M, Hardy D, Delince P. Stability assessment of distal radius fractures. *Injury* 1989 Jul; 20(4): 208-10. doi: 10.1016/0020-1383(89)90113-7. PubMed PMID: 2592094.
12. Abbaszadegan H, Jonsson U, von Sivers K. Prediction of instability of Colles' fractures. *Acta Orthop Scand* 1989; 60(6): 646-50. doi: 10.3109/17453678909149595. PubMed PMID: 2624083.
13. Mackenney PJ, McQueen MM, Elton R. Prediction of instability in distal radial fractures. *J Bone Joint Surg Am* 2006 Sep; 88(9): 1944-51. doi: 10.2106/JBJS.D.02520. PubMed PMID: 16951109.
14. Hove LM, Solheim E, Skjeie R, Sorensen FK. Prediction of secondary displacement in Colles' fracture. *J Hand Surg Br* 1994 Dec; 19(6):731-6. doi: 10.1016/0266-7681(94)90247-x. PubMed PMID: 7706876.
15. David SR, Margaret MM. Distal radius and ulna fractures. In: Robert WB, Charles MC, James DH, Paul T, editors. *Rockwood and Green's fractures in adults*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010. p. 829-80.
16. Hove LM, Fjeldsgaard K, Skjeie R, Solheim E. Anatomical and functional results five years after remanipulated Colles' fractures. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 1995 Dec; 29(4): 349-55.

- doi: 10.3109/02844319509008971.
PubMed PMID: 8771263.
17. Jenkins NH. The unstable Colles' fracture. J Hand Surg Br 1989 May; 14(2): 149-54. doi: 10.1016/0266-7681(89)90116-2. PubMed PMID: 2746112.
18. Foldhazy Z, Tornkvist H, Elmstedt E, Andersson G, Hagsten B, Ahrengart L. Long-term outcome of nonsurgically treated distal radius fractures. J Hand Surg Am 2007 Nov; 32(9): 1374-84. doi: 10.1016/j.jhssa.2007.08.019. PubMed PMID: 17996772.

Head Active Model ต่อการพัฒนาศมรรถนะและทักษะผู้นำทางการพยาบาล
ในกลุ่มรองหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส ในโรงพยาบาลยโสธร
Head Active Model to competency and skill of nursing leadership
for sub-head and senior nurses in Yasothon Hospital

Thiraporn Assavavisrut M.N.S. (Nursing Administrator)
Yaowaluk Mentaganuwong M.N.S. (Nursing Administrator)
Kloychai Saenwong M.N.S. (Nursing Administrator)
Nipaporn Lakornwong M.N.S. (Nursing Administrator)
Registered Nurse, Senior Professional Level
Yasothon Hospital

ฐิรพร อัสววิศรุต พย.ม.
เยาวลักษณ์ เมณฑกานูวงศ์ พย.ม.
กลอยใจ แสนวงษ์ พย.ม.
นิภาพร ลครวงศ์ พ.ย.ม.*
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลยโสธร

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อพัฒนารูปแบบ Head Active Model ต่อการพัฒนาศมรรถนะและทักษะผู้นำทางการพยาบาลในกลุ่มรองหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส ในโรงพยาบาลยโสธร (2) เพื่อศึกษาผลของ Head Active Model ต่อการพัฒนาศมรรถนะและทักษะผู้นำทางการพยาบาลในกลุ่มรองหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส ในโรงพยาบาลยโสธร (2.1) เพื่อศึกษาการบริหารทางการพยาบาลหอผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 (2.2) เพื่อประเมินความรู้ สมรรถนะ และทักษะผู้นำทางการพยาบาลในการบริหารหอผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงประกอบด้วย ประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส ในโรงพยาบาลยโสธรจำนวน 8 คน ระยะเวลาการเก็บข้อมูลตั้งแต่ 30 กันยายน 2564 – 30 เมษายน 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสำรวจการเตรียมความพร้อมการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะและทักษะแห่งตนของหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส ในโรงพยาบาลยโสธร

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบ Head Active Model ต่อการพัฒนาศมรรถนะและทักษะผู้นำทางการพยาบาลในกลุ่มรองหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส ในโรงพยาบาลยโสธรทำให้มีการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับสูง มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทภายใต้สถานการณ์การระบาดของโควิด-19 และสามารถนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การบริหารการพยาบาล, หอผู้ป่วยโควิด, โรคโควิด-19, Head Active Model

*ปร.ด. (จิตวิทยาให้คำปรึกษา)

Abstract

The objective of this action research was: 1) to develop “Head Active Model” with performance and skill for senior and head nurse in Yasothon hospital. 2) Study result of “Head Active Model” with performance and skill of nursing administration explore in senior and head nurse in Yasothon hospital. 2.1) Study of nursing administration during the COVID-19 in-patient hall. 2.2) Evaluation nursing administration during the COVID-19. The selective sample included 8 nurses of senior and head nurse in Yasothon hospital. Data collection was done from 30th September 2021 to 30th April 2022. Research instruments were consisted of 2 parts: 1) The preparedness nursing form was interview about nursing administration preparedness during COVID-19, and 2) The interview form about self-performance and skill of senior and head nurse in Yasothon hospital.

The result showed that the development of Head Active Model with performance and skill for senior and head nurse in Yasothon hospital. Subject showed recognition of themselves about performance and efficacy of prepared according to situation

Key words: Model Development, Nursing administration, In-Patient department, COVID-19, Head Active Model

บทนำ

การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่ปลายปี 2019 แต่เริ่มมีผลที่เห็นชัดในหลายๆประเทศเมื่อต้นปี 2020 และได้เพิ่มระดับความรุนแรงและขยายการระบาดในวงกว้างระหว่างประเทศ จนองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) และเป็นการแพร่ระบาดใหญ่ระดับโลก (Pandemic) ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็ว¹ สำหรับในประเทศไทย มีการพบยอดผู้ติดเชื้อสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และขยายการแพร่ระบาดไปเกือบทั่วทุกจังหวัดในช่วงเดือนมีนาคม 2563 ทำให้รัฐบาลได้กำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขเพื่อรับมือโควิด-19 และลดการแพร่ระบาดของโรค โดยรัฐบาลประกาศใช้ พระราชกำหนดฉุกเฉินทั่วประเทศเมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2563 มีการห้ามการเดินทาง และบังคับใช้เคอร์ฟิว รวมไปถึงการปิดห้างสรรพสินค้า สถานที่สาธารณะ สถานประกอบการที่มีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโควิด-19 มาตรการดังกล่าว ส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อประชาชนในทุกมิติ ทั้งเศรษฐกิจสังคม สุขภาพ ความมั่นคงในชีวิต และประเด็นปัญหาอื่นๆปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จึงทำให้เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจสังคมอย่างกว้างขวาง นอกจากปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่ต้องรับมือกับโรคอุบัติใหม่และสถานการณ์การแพร่ระบาดแล้ว มาตรการการสร้างระยะห่างทางสังคม และการปิดเมือง (lockdown)¹

เนื่องจากการแพร่ระบาดที่เกิดขึ้นจากเชื้อ “สายพันธุ์อังกฤษ” ซึ่งสามารถแพร่กระจายได้ง่ายและรวดเร็วกว่าสายพันธุ์ดั้งเดิมที่มีอยู่ในไทย การไม่ระมัดระวังเรื่องความเสี่ยงในการแพร่เชื้อได้นำมาสู่การแพร่ระบาดในวงกว้างซึ่งไม่สามารถป้องกันได้ จำนวนผู้ติดเชื้อในแต่ละวันพุ่งสูงขึ้นจากยอดเดิมก่อนหน้านี้มาก² เกิดการระบาดของโรค

โควิด-19 ในระลอกที่ 3 ซึ่งจุดเริ่มต้นของการระบาดในครั้งนี้ ขยายขึ้นจากปัญหาสังคมเดิมซึ่งเคยเกิดขึ้นแล้วช่วงการระบาดระลอกที่ 2 คือ การไม่ระมัดระวังตนเพื่อป้องกันความเสี่ยง เกิดพฤติกรรมอันไม่พึงประสงค์ เช่น ใช้บริการสถานที่แออัดอย่างสถานบันเทิง อันนำไปสู่ปัญหาการไม่เปิดเผยไทม์ไลน์เพื่อหลีกเลี่ยงการถูกประณามจากสังคม รวมถึงการไม่ป้องกันความเสี่ยงในการแพร่เชื้อของตน ผู้ที่มีความเสี่ยงยังคงเดินทางไปยังสถานที่ต่างๆ ในชีวิตประจำวันอยู่ ก่อให้เกิดปัญหาการแพร่กระจายของเชื้อจนไม่สามารถควบคุมได้¹⁻²

จากสถานการณ์ดังกล่าวขีดความสามารถของสถานพยาบาลและบุคลากรสุขภาพไม่ได้เพิ่มขึ้นตามไปด้วย พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญต่อการพยาบาลผู้สงสัยที่มารับตรวจคัดกรอง และผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโควิด-19 ทั้งที่ไม่มีอาการจนถึงมีอาการรุนแรงมาก ในขณะที่พยาบาลกลับเป็นผู้ที่ต้องเผชิญกับสิ่งคุกคาม (hazards) ได้แก่ การสัมผัสกับเชื้อที่ก่อให้เกิดโรค ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน ภาวะความบีบคั้นทางจิตใจ ความเหนื่อยล้าภาวะหมดไฟในการทำงาน การตีตราทางสังคม (stigmatization) และได้รับความรุนแรงต่อร่างกายและจิตใจนอกจากนี้ยังมีการปวดศีรษะเพิ่มขึ้นจากการใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายตลอดเวลา การบริหารการพยาบาลจึงมีความสำคัญ⁷⁻⁹ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิทุกแห่งเตรียมความพร้อมด้านการจัดสรรอัตราากำลังอุปกรณ์และอุปกรณ์ป้องกัน อาคารสถานที่ และการพัฒนาบุคลากรพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับการบริหารจัดการระบบสุขภาพในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ของประเทศ ผู้บริหารการพยาบาลและพยาบาลมีความตื่นตัวในการบริการผู้ป่วย จัดอัตรากำลังพยาบาล และพัฒนาความรู้ ทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019^{7,9}

ในโรงพยาบาลหลายๆ แห่งยังไม่มีรูปแบบและแนวทางในการบริหารจัดการที่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดการหอผู้ป่วยและอัตรากำลัง ซึ่งการพัฒนาแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบ Head Active Model ต่อการพัฒนาสมรรถนะและทักษะผู้นำทางการ

พยาบาลในกลุ่มรองหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส ในโรงพยาบาลยโสธรโดยใช้ฐานคิดทางการบริหารการพยาบาล ผสมผสานแนวคิดทฤษฎีด้านการบริหารจัดการแบบสมัยใหม่ (Modern Theory of Organization) ได้แก่ Theory Z ของ William Ouchi ซึ่งเป็นทฤษฎีการบริหารที่ผสมผสานระหว่างการบริหารธุรกิจแบบตะวันตกและตะวันออกเข้าด้วยกัน โดยเกิดจากการศึกษา Theory A ซึ่งเป็นการบริหารจัดการแบบอเมริกัน และ Theory J ซึ่งเป็นการบริหารจัดการแบบญี่ปุ่น โดยการนำเอาข้อดีของทั้งสองศาสตร์มาผสมผสานกันจนเกิดเป็นทฤษฎีบริหารรูปแบบใหม่ขึ้น โดยมีหลักสำคัญ ดังนี้ ระยะเวลาทำงานเป็นแบบระยะยาวหรือตลอดชีวิต ลักษณะงานอาชีพต้องให้เรียนรู้หลายๆ ด้าน ไม่เน้นที่ด้านเดียว การเลื่อนตำแหน่งไม่จำเป็นต้องระยะเวลา 10 ปี เลื่อนได้ตามความสามารถและความเหมาะสม มีการประเมินประสิทธิภาพของการทำงานแบบระบบทีม การตัดสินใจมีการกระจายอำนาจและรวมอำนาจตามสถานการณ์และความเหมาะสม ทุกคนมีเสรีภาพเท่าเทียมกัน มีอิสระในความคิดของตนเอง เสริมสร้างมนุษยสัมพันธ์ในองค์กรให้ดี และการบริหารใช้ระบบ Management by Objective (MBO) หรือการบริหารโดยยึดวัตถุประสงค์เป็นหลัก และเป็นแบบที่ทุกคนมีส่วนร่วมกำหนด¹⁰

นอกจากนี้การศึกษาครั้งนี้ ยังนำแนวคิด Blue Ocean Strategy ของ W. Chan Kim โดยมีหลักการ 4 ข้อดังนี้คือ (1) การยกเลิก (Eliminated) ซึ่งแนวคิดที่ว่าของบางอย่างเราเคยคิดว่าเป็นสิ่งที่ต้องการ แต่ความเป็นจริงแล้วอาจไม่มีความต้องการอยู่เลยก็ได้ ให้ค้นหาความต้องการที่แท้จริงซึ่งอาจไม่เคยมีอยู่ (2) การลด (Reduced) การเข้าใจในคุณค่าของบางสิ่งที่จะส่งเสริมให้มีมาก บางครั้งอาจเกินความต้องการ หรือสร้างความต้องการจนเกินพอดี ประเมินว่ามีความต้องการมาก แต่อันที่จริงอาจไม่ต้องการอย่างที่คิด การลดตามแนวคิดนี้อาจสร้างความสำเร็จในการบริการและไม่สร้างการบริการที่มากจนเกินความจำเป็นด้วย ในขณะเดียวกันก็ช่วยลดงบประมาณลงได้มาก (3) การเพิ่ม (Raised) เมื่อมีการลดก็ย่อมมีการเพิ่ม ปัจจัยบางอย่างอาจจำเป็นในองค์กร ในส่วนนี้หากการเพิ่มมีปริมาณที่มากก็อาจคิดในรูปแบบการผลิตได้ (4) การสร้าง (Created) สร้างความต้องการใหม่ๆ เช่นบางอย่างอาจจะยังไม่มีเคยมี แต่มีความต้องการสูง¹⁰

การพัฒนารูปแบบ Head Active Model ต่อการพัฒนาสมรรถนะและทักษะผู้นำทางการพยาบาลในกลุ่มรองหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส ในโรงพยาบาลยโสธรนี้ ผู้วิจัยคาดว่าจะส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารการพยาบาลในหอผู้ป่วยโควิด ทำให้มีการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ กลุ่มรองหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส มีความรู้โดยรวมและมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับสูง ใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ตักผู้ป่วยใน มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบท และสามารถนำมาใช้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ⁷

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนารูปแบบ Head Active Model ต่อการพัฒนาสมรรถนะและทักษะผู้นำทางการพยาบาลในกลุ่มรองหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส ในโรงพยาบาลยโสธร
2. เพื่อศึกษาผลของ Head Active Model ต่อการพัฒนาสมรรถนะและทักษะผู้นำทางการพยาบาลในกลุ่มรองหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส ในโรงพยาบาลยโสธร

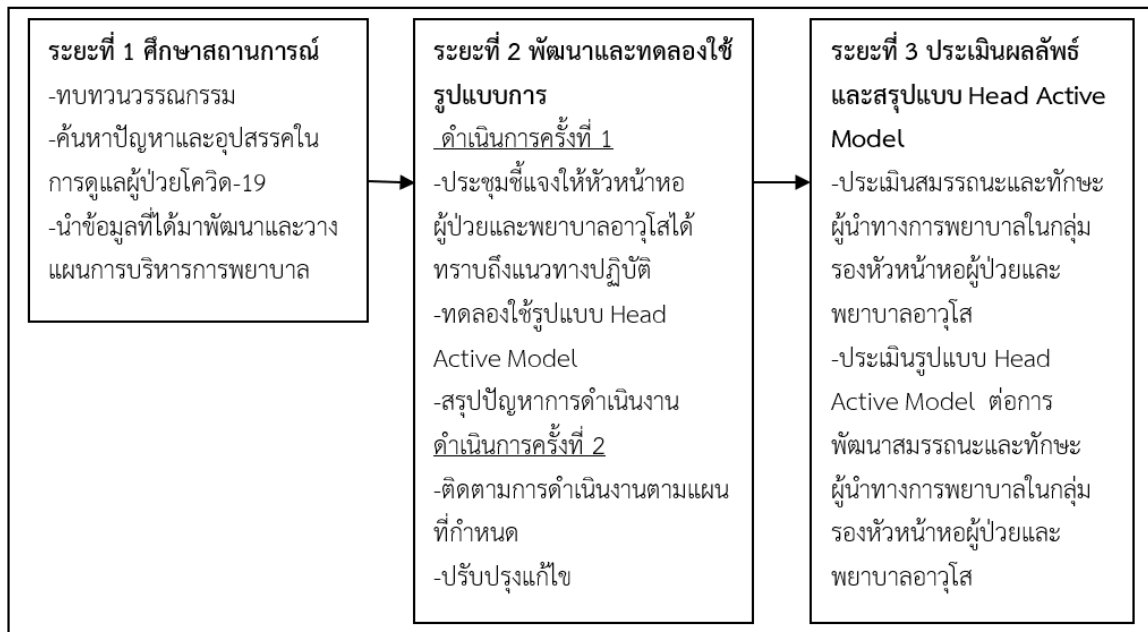
2.1) เพื่อศึกษาการบริหารทางการพยาบาลหอผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19

2.2) เพื่อประเมินความรู้ สมรรถนะและทักษะผู้นำทางการพยาบาลในการบริหารหอผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19

ขอบเขตการวิจัยการศึกษาครั้งนี้

ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของ Kemmis&McTaggart¹¹ ร่วมกับแนวคิดการบริหารการพยาบาลภัยพิบัติของ Jennings-Sanders¹² เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาผลของ Head Active Model ต่อการพัฒนาสมรรถนะและทักษะผู้นำทางการพยาบาลในกลุ่มรองหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส ในโรงพยาบาลยโสธร กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส ในโรงพยาบาลยโสธรจำนวน 8 คน ระยะเวลาการเก็บข้อมูลตั้งแต่ 30 กันยายน 2564 – 30 เมษายน 2565

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

สถานที่ศึกษาวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการในหอผู้ป่วยโควิด โรงพยาบาลยโสธร ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่จัดตั้งขึ้นเพื่อให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโควิด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส ในโรงพยาบาลยโสธร จำนวน 8 คน ผู้วิจัยได้เลือกประชากรทั้งหมดในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสำรวจการเตรียมความพร้อมการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดโควิด-19 พัฒนาขึ้นโดยศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และการสาธารณสุข (Public Health Emergency Operation Center: PHEOC) กระทรวงสาธารณสุข¹³ นำมาปรับปรุงใช้ประเมินการเตรียมความพร้อมในการบริหารการพยาบาลในระยะการระบาดของโรคโควิด-19

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะและทักษะแห่งตนของหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส ในโรงพยาบาลยโสธร ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา¹⁴ จำนวน 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้านได้แก่ ด้านการบริหารการพยาบาล 5 ข้อ ด้านการป้องกันและควบคุมการ

แพร่กระจายเชื้อ 5 ข้อ ด้านการดูแลและใช้งานห้องแยกโรค 5 ข้อ และด้านการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม 5 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คือ ด้านการวิจัยปฏิบัติการ ด้านการบริหารการพยาบาล และด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในโรงพยาบาล(ICN) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) ระหว่าง 0.92-1.00

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บข้อมูลจนถึงการนำเสนอผลการวิจัย โดยผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลและชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการเก็บข้อมูล การเข้าร่วมการสนทนากลุ่มโดยขออนุญาตในการจดบันทึกประเด็นสำคัญในระหว่างการสนทนากลุ่ม ระหว่างการเก็บข้อมูลผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะยุติเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลทุกอย่างผู้วิจัยเก็บรักษาเป็นความลับ การวิเคราะห์ข้อมูลรวมถึงการนำเสนอข้อมูลจะเป็นการนำเสนอในลักษณะภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการวิจัยแบ่งการรวบรวมข้อมูลเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง งานวิจัยต่างๆ ประชุมระดมสมองหัวหน้ากลุ่มงานและหัวหน้าหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด นำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาและวางแผนการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบของ Head Active Model ต่อการพัฒนาสมรรถนะและทักษะผู้นำทางการพยาบาลในกลุ่มรองหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส ในโรงพยาบาลยโสธร ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 เป็นขั้นตอนการบูรณาการข้อมูลเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนความรู้แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีการประชุมชี้แจงและทดลองใช้รูปแบบ Head Active Model ต่อการพัฒนาสมรรถนะและทักษะผู้นำทางการพยาบาลในกลุ่มรองหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลและสรุปรูปแบบของ Head Active Model ต่อการพัฒนาสมรรถนะและทักษะผู้นำทางการพยาบาลในกลุ่มรองหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส ในโรงพยาบาลยโสธร เป็นการประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบดังกล่าว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากการสอบถามและสัมภาษณ์ผู้นำทางการพยาบาลในกลุ่มรองหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส ในโรงพยาบาลยโสธร เกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะและทักษะผู้นำทางการพยาบาลในการบริหารการพยาบาล ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

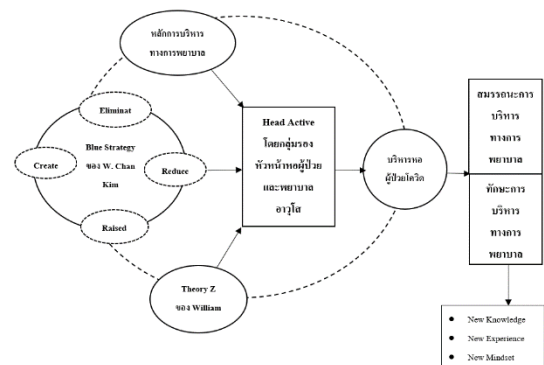
ผลการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อพัฒนารูปแบบ Head Active Model ต่อการพัฒนาสมรรถนะและทักษะผู้นำทางการพยาบาลในกลุ่มรองหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส ในโรงพยาบาลยโสธร และ (2) เพื่อศึกษาผลของ Head Active Model ต่อการพัฒนาสมรรถนะและทักษะผู้นำทางการพยาบาลในกลุ่มรองหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส ในโรงพยาบาลยโสธร ดังนี้

(2.1) เพื่อศึกษาผลการบริหารทางการพยาบาลหอผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19

(2.2) เพื่อประเมินความรู้ สมรรถนะและทักษะผู้นำทางการพยาบาลในการบริหารหอผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แสดงผลการวิจัย ดังนี้

1. รูปแบบ Head Active Model ต่อการพัฒนาสมรรถนะและทักษะผู้นำทางการพยาบาลในกลุ่มรองหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส ในโรงพยาบาลยโสธร



Head Active Model

ต่อการพัฒนาสมรรถนะและทักษะผู้นำทางการพยาบาลในกลุ่มรองหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส ในโรงพยาบาลยโสธร, รัฐพร อัครวิศรุต และคณะ, 2565

2. ผลของ Head Active Model ต่อการพัฒนาสมรรถนะและทักษะผู้นำทางการพยาบาลในกลุ่มรองหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส ในโรงพยาบาลยโสธร ดังนี้

(2.1) เพื่อศึกษาผลการบริหารทางการพยาบาลหอผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุเฉลี่ย 49 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 24-40 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี ร้อยละ 87.5 ปริญญาโท ร้อยละ 12.5 สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 100 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยแห่งนี้มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 100 สถานที่พักอาศัยส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว ร้อยละ 100 และส่วนใหญ่มีบุตร ร้อยละ 87.5 ความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน

การแพร่กระจายเชื้อและการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและระดับมาก

แนวทางการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ประกอบด้วยการบริหารจัดการ 4 อย่าง ได้แก่ อัตรากำลัง วัสดุอุปกรณ์ งบประมาณ และการจัดการ ผลการศึกษาพบว่า

การบริหารจัดการภายใต้ขอบเขตหน้าที่ ได้แก่

1. การจัดอัตรากำลังและการจัดตารางเวร (Man)

ตลอดจนการเตรียมความพร้อมของบุคลากรให้เหมาะสม และการเพิ่มพูนความรู้ให้แก่ทีมบุคลากรที่มาจากหอผู้ป่วยต่างๆ มาขึ้นเวรปฏิบัติการที่หอผู้ป่วยโควิด ภายใต้บทบาทหน้าที่ของการเป็นโค้ช การแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 ภายในทีม

2. การจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกัน Personal Protective Equipment (PPE) หน้ากาก N-95 ตลอดจนวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ให้พอเพียงต่อการใช้ในแต่ละวัน

3. การจัดการงบประมาณ เนื่องจากเป็นช่วงระยะเวลาสั้นๆ การวางแผนในการใช้งบประมาณจึงมีบทบาทค่อนข้างน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับวางแผนเรื่องวัสดุอุปกรณ์

4. การจัดการ เนื่องจากเป็นประสบการณ์ใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด ที่ถือว่าเป็นโรคอุบัติใหม่ จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายให้เกิดการเรียนรู้และการแก้ไขปัญหาในแต่ละวัน

กรณีที่พบปัญหาและอุปสรรคในการบริหาร จะมีระบบการดูแลจากทีมพี่เลี้ยงและผู้บริหารทางการแพทย์ในระดับสูงขึ้นไป

(2.2) เพื่อประเมินความรู้ สมรรถนะและทักษะผู้นำทางการแพทย์ในการบริหารหอผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการสอบถามและสัมภาษณ์ผู้นำทางการแพทย์ในกลุ่มรองหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส ในโรงพยาบาลยโสธร จนข้อมูลอันมีค่า สรุปเป็นประเด็นได้ดังนี้

1. มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ใน 3 ด้านหลักๆ ดังนี้ รูปแบบ Head Active การบริหารการพยาบาลภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีความเหมาะสม ทำให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการปรับเปลี่ยนเป็นระยะๆ ให้สอดคล้องกับประสบการณ์ของแต่ละคน แต่

ยังคงระบบการจัดการที่ชัดเจน ทำให้ง่ายต่อการมาบริหารต่อเนื่องกัน

2. ปัญหาและอุปสรรคในการบริหารทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยโควิด-19 ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า ปัญหาที่พบส่วนใหญ่เป็นเรื่องอุปกรณ์ป้องกัน อาคารและสถานที่ เช่น อาคารสถานที่ที่ไม่มีระบบระบายอากาศ อากาศถ่ายเทไม่สะดวก การสื่อสารระหว่างพยาบาลผู้ปฏิบัติงานกับผู้ป่วย การสวมชุดป้องกัน PPE มีความยากลำบากในการสวมใส่ชุดในการปฏิบัติงาน ขั้นตอนการถอดชุดอาจเกิดการปนเปื้อนเชื้อโรคได้ ด้านภาระงานมีความเห็นว่าภาระงานมากและมีความเสี่ยง ความเครียด ความกังวล สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วย ขวัญกำลังใจเป็นเรื่องสำคัญที่ทีมปฏิบัติงาน

3. ประสบการณ์/ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 พบว่า มีความรู้เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 แต่อยากให้เพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ทั้งเรื่องการป้องกันและการแพร่กระจายเชื้อ การใช้อุปกรณ์ที่เพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วย เช่น การใช้ Capsule ในการส่งต่อผู้ป่วยการใช้เครื่อง High-flow oxygen และความรู้เรื่องแนวปฏิบัติที่ทันสมัยในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 เพื่อให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ความรู้และประสบการณ์เดิมจากทีมที่มาจากแต่ละหอผู้ป่วยมีผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานมากน้อยแตกต่างกัน

รับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อแยกรายด้าน พบว่า การรับรู้สมรรถนะและทักษะแห่งตน ดังนี้

1. ด้านการพยาบาลอยู่ในระดับสูง
2. ด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้ออยู่ในระดับสูง
3. ด้านการดูแลอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูง
4. ด้านการดูแลและการใช้ห้องแยกโรคอยู่ในระดับสูง

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อพัฒนารูปแบบ Head Active Model ต่อการพัฒนาสมรรถนะและทักษะผู้นำทางการแพทย์ในกลุ่มรองหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส ในโรงพยาบาลยโสธร และ (2) เพื่อศึกษาผลของ Head Active Model ต่อการพัฒนาสมรรถนะและทักษะผู้นำทางการแพทย์ในกลุ่มรองหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส ในโรงพยาบาลยโสธร ดังนี้ (2.1) เพื่อศึกษาผลการบริหารทางการแพทย์หอผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19

(2.2) เพื่อประเมินความรู้ สมรรถนะและทักษะผู้นำทางการพยาบาลในการบริหารหอผู้ป่วยติดเชื่อโควิด-19 สรุปและอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. รูปแบบ Head Active Model ต่อการพัฒนาสมรรถนะและทักษะผู้นำทางการพยาบาลในกลุ่มรองหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส ในโรงพยาบาลยโสธร ออกแบบภายใต้ฐานคิดทฤษฎีทางการบริหารการพยาบาล ผสมผสานแนวคิดทฤษฎีด้านการบริหารจัดการ แบบสมัยใหม่ (Modern Theory of Organization) ได้แก่ Theory Z ของ William Ouchi และแนวคิดของ Blue Ocean Strategy ของ W. Chan Kim สะท้อนให้ถึงความท้าทายต่อการบริหารงานและมีความยืดหยุ่นสูงภายใต้สถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาของการระบาดโควิด-19 โดยมีการเปิดหอผู้ป่วยใหม่เพื่อรองรับและดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื่อโควิด-19 โดยเฉพาะ มีการมอบหมายให้กลุ่มรองหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส ในโรงพยาบาลยโสธรผลัดเปลี่ยนมาบริหารจัดการภายใต้การกำกับของผู้นำทางการพยาบาลระดับสูงขึ้นไป ถือได้ว่าเป็นมีการยกเลิก (Eliminated) บางกระบวนการบริหารงานแบบเดิม¹⁰ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางการเรียนรู้ เกิดความรู้ใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 และสามารถบริหารงานอย่างเป็นระบบ (New Knowledge) มองการทำงานเป็นระบบครอบคลุมทุกมิติมากขึ้น เกิดประสบการณ์ใหม่ (New experience) ของการบริหารงานที่เพิ่มพูนจากประสบการณ์เดิม นำไปสู่การเกิดความมั่นใจและการกล้าตัดสินใจมากขึ้น มีการเพิ่ม (Raised) หรือการลด (Reduced) กิจกรรมทางการบริหารบางอย่างจากรูปแบบเดิมๆ การเข้าใจในคุณค่าของบางสิ่งที่จะส่งเสริมให้มากขึ้น บางครั้งอาจเกินความต้องการหรือสร้างความต้องการจนเกินพอดี ประเมินว่ามีความต้องการมาก แต่อันที่จริงอาจไม่ต้องการอย่างที่คุณคิด การลดตามแนวคิดนี้อาจสร้างความดีในการบริหารและไม่สร้างการบริการที่มากจนเกินความจำเป็นด้วย ในขณะเดียวกันก็ช่วยลดงบประมาณลงได้มาก¹⁰ จากความรู้และประสบการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นดังกล่าวเมื่อกลับไปทำหน้าที่ที่แผนกเดิมนำไปสู่การเปลี่ยนวิธีคิดและมุมมองใหม่ต่อการบริหารงาน และเกิดทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาวิชาชีพในเชิงบริหารให้มีความเชี่ยวชาญยิ่งขึ้น (New Mindset) นับว่าเป็นการสร้างสรรค์ (Created) สร้างการบริหารทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการใหม่ๆ ภายใต้สถานการณ์การระบาดโควิด-19 ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน¹⁰

2. ผลของ Head Active Model ต่อการพัฒนาสมรรถนะและทักษะผู้นำทางการพยาบาลในกลุ่มรองหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส ในโรงพยาบาลยโสธร ดังนี้ (2.1) เพื่อศึกษาผลการบริหารทางการพยาบาลหอผู้ป่วยติดเชื่อโควิด-19 (2.2) เพื่อประเมินความรู้ สมรรถนะและทักษะผู้นำทางการพยาบาลในการบริหารหอผู้ป่วยติดเชื่อโควิด-19

รูปแบบ Head Active การบริหารการพยาบาลภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีความเหมาะสม ทำให้สามารถทำงานได้อย่างมีระบบและมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการปรับเปลี่ยนเป็นระยะๆ ให้สอดคล้องกับประสบการณ์ของแต่ละคน แต่ยังคงระบบการจัดการที่ชัดเจน ทำให้ง่ายต่อการมาบริหารต่อเนื่องกัน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อแยกรายด้าน พบว่า การรับรู้สมรรถนะและทักษะแห่งตนทุกด้านอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน

เมื่ออธิบายได้จากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ของอัลเบิร์ต แบนดูรา กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะหรือความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลือกและลงมือปฏิบัติในกิจกรรมต่างๆ ส่งผลให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมได้ดี รวมถึงมีความพยายามอย่างต่อเนื่อง¹⁴ สอดคล้องกับการศึกษาของอุษา คำประสิทธิ์การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 แผนกผู้ป่วยใน ทำให้มีการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับสูง พบปัญหาและอุปสรรคในด้านโครงสร้างและการบริหารอัตรากำลังของพยาบาล ซึ่งผลการพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ตึกผู้ป่วยใน มีความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบท และสามารถนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นสะท้อนให้เห็นได้ว่า การพัฒนารูปแบบทางการบริหารการพยาบาลให้มีความทันสมัยสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วภายใต้การระบาดของโรคโควิด-19 เป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นอย่างมากที่ผู้นำทางการพยาบาล และองค์กรพยาบาลควรให้ความสำคัญ เพราะรูปแบบการบริหารการพยาบาลที่ชัดเจนและมีการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ การฝึก

ทักษะและมีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ทำให้พยาบาลมั่นใจในแนวทางและมาตรการการปฏิบัติงาน^{7-8,14}

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาระยะยาวและแบ่งการประเมินผล การปฏิบัติเป็นระยะเพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล และสามารถปฏิบัติได้มีประสิทธิภาพทางการบริหารการพยาบาลเพิ่มมากยิ่งขึ้น
2. ควรมีการสื่อสารสร้างความรู้ ความเข้าใจ การดำเนินงานตามแนวทางการบริหารการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกใหม่และโรคอุบัติใหม่
3. ในการพัฒนาและเพิ่มสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการฝึกปฏิบัติตามรูปแบบ Head Active Model ก่อนไปเรียนในหลักสูตรผู้บริหารทางการพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. เสาวลักษณ์ กิตติประภัสสร, ธรรมวิทย์ เทอดอุดมธรรม, พรราวรินทร์ พักตร์ธนาปรกรณ์, พัชรภรณ์ คอกจะบก. ผลกระทบทางสังคมจากการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และวิกฤตเศรษฐกิจ. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2563.
2. ประเสริฐ จารีก. 'ไทม์ไลน์' ที่หายไป พร้อมคลัสเตอร์ทองหล่อ [อินเทอร์เน็ต]. ประชาชาติธุรกิจออนไลน์; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.prachachat.net/columns/news-656713>
3. ประชาชาติธุรกิจออนไลน์. คลัสเตอร์ทองหล่อ โควิดสายพันธุ์อังกฤษ ระบาดแรงเร็ว 1.7 เท่า [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.prachachat.net/general/news-644473>
4. กรุงเทพธุรกิจ. แท้ 'ตรวจโควิด' ทะลัก รพ.เอกชน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/931318>
5. มติชนออนไลน์. ผอ. รพ.เอกชน แจงไม่รับตรวจเหตุเตียงไม่พอ รับรอบนี้อันตราย เน้นรัฐเร่งนำเข้าวัคซีนอื่น [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.matichon.co.th/politics/news_2665753

6. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ). ปัญหาสังคมจากการระบาดระลอกที่ 3 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://tdri.or.th/2021/05/covid-131/#_ftn1
7. อีรพร สติธังกูร, ศิริมา สิละวงศ์, ศศมน ศรีสุทธิศักดิ์, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, ณิชภา ยนจอหอ, กนกพร แจ่มสมบูรณ์. การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564; 30(2): 320-33.
8. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานสรุปผลการปฏิบัติงานของพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. นนทบุรี: กองการพยาบาล; 2564.
9. อีรพร สติธังกูร. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุขกับการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติของพยาบาล. วารสารกองการพยาบาล 2559; 3(1): 1-8.
10. HR NOTE.asia. แนวคิดและทฤษฎีด้านการบริหารจัดการ (Management Concept) [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://th.hrnote.asia/orgdevelopment/190419-management-concept/>
11. แนวคิดและความเป็นมาของวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 15 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://pongmed.wordpress.com/2013/08/26/par1/>
12. Jennings-Sanders A. Teaching disaster nursing by utilizing the Jennings Disaster Nursing Management Model. Nurse Educ Pract 2004; 4(1): 69-76. doi: 10.1016/S1471-5953(03)00007-6. PubMed PMID: 19038139.
13. สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19. นนทบุรี: สื่อตะวัน; 2564.
14. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: WH Freeman; 1997.
15. อุษา คำประสิทธิ์. การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโนนไทย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2565; 16(1): 30-44.

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางพยาบาลต่อสถานการณ์การระบาดโควิด-19

ในโรงพยาบาลสนาม จังหวัดยโสธร

The development of nursing management model to Covid-19

outbreak on the field hospital in Yasothon Province

Thiraporn Assavavisrut M.N.S. (Nursing Administrator)

ฐิรพร อัสววิศรุต พย.ม.

Yaowaluk Mentaganuwong M.N.S. (Nursing Administrator)

เยาวลักษณ์ เมณฑากานูวงศ์ พย.ม.

Kloychai Saenwong M.N.S. (Nursing Administrator)

กลอยใจ แสนวงศ์ พย.ม.

Nipaporn Lakornwong M.N.S. (Nursing Administrator)

นิภาพร ลครวงศ์ พ.ย.ม.*

Registered Nurse, Senior Professional Level

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

Yasothon Hospital

โรงพยาบาลยโสธร

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อพัฒนาแบบการบริหารจัดการทางพยาบาลต่อสถานการณ์การระบาดโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม จังหวัดยโสธร (2) เพื่อศึกษาผลของพัฒนาแบบการบริหารจัดการทางพยาบาลต่อสถานการณ์การระบาดโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม จังหวัดยโสธร กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส ในโรงพยาบาลยโสธรจำนวน 60 คน ระยะเวลาการเก็บข้อมูลตั้งแต่ 30 กันยายน 2564 – 30 เมษายน 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสำรวจการเตรียมความพร้อมการบริหารจัดการทางพยาบาลในสถานการณ์การระบาดโควิด-19 ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเกี่ยวกับการบริหารจัดการทางพยาบาลในโรงพยาบาลสนาม

ผลการวิจัยพบว่า มีรูปแบบการบริหารจัดการทางพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ด้านการพยาบาล (2) การประเมินความพร้อมในการบริหารจัดการทางพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 (3) แนวทางการบริหารจัดการทางพยาบาลในโรงพยาบาลสนาม จังหวัดยโสธร ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบสามารถใช้ได้จริง สามารถขยายผลไปยังโรงพยาบาลสนามแห่งอื่นๆ ได้รวมทั้งสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคติดต่อร้ายแรงอื่นๆ ได้ ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 100 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้รับบริการและผู้ให้บริการโดยไม่พบการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลสนาม และไม่พบการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของพยาบาล ก่อนและหลังทดลองรูปแบบการบริหารจัดการทางพยาบาล

คำสำคัญ: การบริหารจัดการทางพยาบาล, โรงพยาบาลสนาม, โควิด-19

Abstract

The objective of this action research was: 1) to develop nursing administration model during the COVID-19 in field hospital Yasothon province. 2) Study results of nursing administration model during the COVID-19 in field hospital Yasothon province. The selective sample included 60 persons consist of nurses of senior and head nurse in Yasothon hospital. Data collection was done from 30th September 2021 to 30th April 2022. Research instruments were consisted of 2 parts: 1) The preparedness nursing form was interview about nursing administration preparedness during COVID-19, and 2) The interview form about nursing admission in field hospital, consist of 3 parts: 1) Nursing Emergency Operation Center. 2) Evaluation nursing administration during the COVID-19. 3) Nursing management in field hospital Yasothon province. The result showed that the development of nursing administration model practical application condition exceeded to others fields hospitals. Mostly, before and after nursing administration no infection.

Key words: Nursing administration, Field hospital, COVID-19

บทนำ

จากสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 พบว่า หลายๆ ประเทศ กำลังประสบกับภาวะการระบาดของเชื้อโควิด 19 สายพันธุ์เดลต้าและตามมาด้วยสายพันธุ์โอไมครอน ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อภายในประเทศสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ก่อให้เกิดความกดดันทางด้านสาธารณสุข นอกจากนี้ นักระบาดวิทยา ยังเชื่อว่าเชื้อไวรัสสายพันธุ์ต่างๆ ดังกล่าวยังคงเป็นสายพันธุ์ที่น่ากังวล เนื่องจากมีอัตราการแพร่เชื้อสูงและอาจก่อให้เกิดความล้มเหลวทางด้านสาธารณสุขได้¹⁻²

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว ส่งผลกระทบสังคมทางอ้อม คือ การที่ประชาชนซึ่งตื่นตระหนกต่อการแพร่ระบาด แห่เข้าใช้บริการทางการแพทย์เป็นจำนวนมาก จนผู้ป่วยอื่นๆ เข้าไม่ถึงบริการทางการแพทย์ การบริหารจัดการการแพร่ระบาดในวงกว้างที่ไม่มีประสิทธิภาพเช่นนี้ ได้เพิ่มภาระแก่โรงพยาบาลมากขึ้น ความตื่นตระหนกจากสายพันธุ์อังกฤษได้ทำให้ประชาชนเข้าใช้บริการตรวจหาเชื้อที่โรงพยาบาลสูง จนเป็นเหตุให้โรงพยาบาลหลายแห่งไม่สามารถรองรับการตรวจได้อีก เนื่องจากบุคลากรและสถานที่ไม่เพียงพอรองรับ ชุดเครื่องมือสำหรับการตรวจไม่เพียงพอ³ จำนวนผู้ติดเชื้อที่พุ่งสูงขึ้นนี้ เป็นเหตุให้เกิดความจำเป็นของการต้องกักตัวและใช้งานโรงพยาบาลสนามในการควบคุมการแพร่กระจายและความเสี่ยงต่อชีวิตขึ้น สาธารณสุขไทยได้มีการประชาสัมพันธ์รณรงค์ให้ผู้ที่จะมีอาการเสี่ยงในการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อให้ทำการกักบริเวณเพื่อเฝ้าระวังอาการ ในขณะที่โรงพยาบาลสนามถูกจัดตั้งขึ้นหลายแห่งเพื่อลดภาระของโรงพยาบาลลง

ข้อมูลจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ให้คำจำกัดความว่า “โรงพยาบาลสนาม” หมายถึง สถานที่ที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยไม่แสดงอาการหรือมีอาการน้อย กรณีการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 ซึ่งเกินศักยภาพการจัดระบบบริการในโรงพยาบาล ทั้งนี้การจัดตั้งจะตั้งนอกสถานพยาบาล ขึ้นอยู่กับการดำเนินการของหน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่ เช่น วัด โรงเรียน มหาวิทยาลัย โรงยิม หรือหอประชุมขนาดใหญ่ เป็นต้น⁴ โดยวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามในกรณีการระบาดของโควิด-19 ในวงกว้าง คือ

1. จัดตั้งระบบบริการการดูแลรักษาพยาบาล ผู้ป่วยที่เข้าข่าย PUI (Patient Under Investigation: ผู้ป่วยที่ต้องดำเนินการสอบสวนโรค) ในกรณีที่เกินขีดความสามารถของโรงพยาบาล ตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วย การให้การวินิจฉัยดูแลรักษาแบบ One Stop Services
2. สามารถรับผู้ป่วยยืนยันโควิด-19 ไว้ดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน และให้การดูแลผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรง

3. ใช้เป็นสถานที่เพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการคงที่และได้รับการส่งตัวมาจากโรงพยาบาลซึ่งดูแลผู้ป่วยในภาวะเฉียบพลันหรือวิกฤต จนดีขึ้นแล้ว

สำหรับการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามแต่ละแห่งเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด เพื่อให้มีความปลอดภัยเป็นอันดับแรก ภายใต้การทำงานร่วมกันของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญทั้งด้านระบาดวิทยา ด้านการแพทย์กับฝ่ายปกครองท้องถิ่นต่างๆ และมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้อนุญาตให้จัดตั้งได้ ด้วยความเห็นชอบของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ซึ่งมีการจัดโซนนิ่งให้ห่างจากชุมชน อาคารมีระบบจัดการน้ำเสีย จัดการอากาศ การไหลเวียนของอากาศ มีบุคลากรทางการแพทย์ทำงานประจำและต่อเนื่อง เป็นต้น⁴⁻⁷

การระบาดใหญ่ของโควิด-19 ทำให้ความต้องการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นในอัตราที่ก้าวกระโดด ในขณะที่ขีดความสามารถของสถานพยาบาลและบุคลากรสุขภาพไม่ได้เพิ่มขึ้นตามไปด้วย พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญต่อการพยาบาล ผู้สงสัยที่มาตรวจคัดกรองและผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโควิด-19 ทั้งที่ไม่มีอาการจนถึงมีอาการรุนแรงมาก ในขณะที่พยาบาลกลับเป็นผู้ที่ต้องเผชิญกับสิ่งคุกคาม (hazards) ได้แก่ การสัมผัสกับเชื้อที่ก่อให้เกิดโรค ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน ภาวะความบีบคั้นทางจิตใจ ความเหนื่อยล้า ภาวะหมดไฟในการปฏิบัติงาน การตีตราทางสังคม (stigmatization) และได้รับความรุนแรงต่อร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ยังมีอาการปวดศีรษะเพิ่มขึ้นจากการใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายตลอดเวลา การบริหารการพยาบาลจึงมีความสำคัญ⁸⁻¹⁰ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิทุกแห่งเตรียมความพร้อมด้านการจัดสรรอัตราากำลัง อุปกรณ์และอุปกรณ์ป้องกัน อาคารสถานที่และการพัฒนาบุคลากรพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับการบริหาร จัดการระบบสุขภาพ ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ของประเทศ ผู้บริหารการพยาบาลและพยาบาลมีความตื่นตัวในการบริการผู้ป่วยจัดอัตรากำลังพยาบาลและพัฒนาความรู้ทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019^{8,10}

โรงพยาบาลเฉพาะกิจ COVID-19 หมายความว่า หน่วยบริการด้านการรักษาพยาบาลที่จัดตั้งขึ้นเป็นเฉพาะกิจ ทั้งในพื้นที่ของโรงพยาบาล/สถานพยาบาล หรือสถานบริการสุขภาพ เช่น โรงแรม หอพัก เป็นต้น โดยมีวัตถุประสงค์ในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ดังต่อไปนี้ (1) ดูแลรักษาผู้ป่วยที่ต้องดำเนินการสอบสวนโรค (Patients under investigated: PUI) (2) รับผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 ที่มีอาการไม่รุนแรงไว้ดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในลักษณะ

เปิดเสรีจุดเดียว (3) รับผิดชอบผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ แล้วจากโรงพยาบาลอื่นมาดูแลต่อจนครบระยะเวลาการรักษาที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โรงพยาบาลสนามก็เช่นเดียวกัน ถือว่าเป็นโรงพยาบาลเฉพาะกิจที่จัดตั้งขึ้นเพื่อรองรับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 ด้วยความสำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้สงสัยและผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโควิด-19 กระทรวงสาธารณสุข จึงจัดตั้งศูนย์ประสานความร่วมมือของพยาบาลในภาวะการติดเชื้อ COVID-19 ขึ้น มีบทบาทในการพัฒนาองค์ความรู้และเป็นแกนกลางการบริหารจัดการบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19^{8,10}

ในภาพรวมของประเทศ จากการรายงานของศูนย์พบว่า การบริหารการพยาบาลช่วงการระบาดของโควิด-19 ที่ผ่านมา ไม่มีรูปแบบชัดเจน บริหารการพยาบาลตามสถานการณ์ไม่ได้ เตรียมความพร้อมทั้งที่ความพร้อมขององค์กรจะทำให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิภาพด้วยการที่โควิด-19 เป็นโรคระบาดใหม่จึงมีข้อจำกัดด้านองค์ความรู้และด้วยการติดเชื้อโควิด-19 เป็นไปได้ง่าย พบว่ามีพยาบาลกว่า 1,000 คนติดเชื้อและเสียชีวิตใน 44 ประเทศสำหรับประเทศไทยถึงแม้จะไม่มีพยาบาลเสียชีวิตจากโควิด-19 แต่พบว่า พยาบาลติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 45 คน ในจำนวนการติดเชื้อของบุคลากรสุขภาพ 96 คน คิดเป็นร้อยละ 46.87^{8,10} การบริหารการพยาบาลให้มีความพร้อมในการรองรับการระบาดของโควิด-19 ที่อาจมีโอกาสดังกล่าวใหม่มีความสำคัญมาก⁸ อีกทั้งผู้วิจัยเห็นว่าในโรงพยาบาลสนามที่มีการจัดตั้งขึ้นนั้น รูปแบบการบริหารการพยาบาลยังไม่มีรูปแบบหรือแนวทางยังไม่ชัดเจน จึงสนใจศึกษาการพัฒนาแบบการบริหารทางการพยาบาลต่อ สถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม จังหวัดยโสธร โดยใช้แนวคิด Head Active ที่มีฐานคิดทางการบริหารการพยาบาล ผสมผสานแนวคิดทฤษฎีด้านการบริหารจัดการแบบสมัยใหม่ (Modern Theory of Organization) ได้แก่ Theory Z ของ William Ouchi ซึ่งเป็นทฤษฎีการบริหารที่ ผสมผสานระหว่างการบริหารธุรกิจแบบตะวันตกและตะวันออกเข้าด้วยกัน โดยเกิดจากการศึกษา Theory A ซึ่งเป็นการบริหารจัดการแบบอเมริกัน และ Theory J ซึ่งเป็นการบริหารจัดการแบบญี่ปุ่น โดยการนำเอาข้อดีของทั้งสองศาสตร์มา ผสมผสานกันจนเกิดเป็นทฤษฎีบริหารรูปแบบใหม่ขึ้น โดย

มีหลักสำคัญดังนี้ ระยะเวลาทำงานเป็นแบบระยะยาวหรือตลอดชีวิต ลักษณะงานอาชีพต้องให้เรียนรู้หลายๆ ด้าน ไม่เน้นที่ด้านเดียว การเลื่อนตำแหน่งไม่จำเป็นต้องระยะเวลา 10 ปี เลื่อนได้ตามความสามารถและความเหมาะสม มีการประเมินประสิทธิภาพของการทำงานแบบระบบทีม การตัดสินใจมีการกระจายอำนาจและรวมอำนาจตามสถานการณ์และความเหมาะสม ทุกคนมีเสรีภาพเท่าเทียมกัน มีอิสระในความคิดของตนเอง เสริมสร้างมนุษยสัมพันธ์ในองค์กรให้ดี และการบริหารใช้ระบบ Management by Objective (MBO) หรือการบริหารโดยยึดวัตถุประสงค์เป็นหลักและเป็นแบบที่ทุกคนมีส่วนร่วมกำหนด¹¹

นอกจากนี้การศึกษารังนี้ ยังนำแนวคิดของ Blue Ocean Strategy ของ W. Chan Kim โดยมีหลักการ 4 ข้อดังนี้คือ (1) การยกเลิก (Eliminated) ซึ่งแนวคิดที่ว่าของบางอย่างเราเคยคิดว่าเป็นสิ่งที่ต้องการ แต่ความเป็นจริงแล้วอาจไม่มีความต้องการอยู่เลยก็ได้ ให้ค้นหาความต้องการที่แท้จริงซึ่งอาจไม่เคยมีอยู่ (2) การลด (Reduced) การเข้าใจในคุณค่าของบางสิ่งที่จะส่งเสริมให้มีมาก บางครั้งอาจเกินความต้องการ หรือสร้างความต้องการจนเกินพอดี ประเมินว่ามีความต้องการมาก แต่อันที่จริงอาจไม่ต้องการอย่างที่คุณคิด การลดตามแนวคิดนี้อาจสร้างความคิดในการบริการและไม่สร้างการบริการที่มากจนเกินความจำเป็นด้วย ในขณะเดียวกันก็ช่วยลดงบประมาณลงได้มาก (3) การเพิ่ม (Raised) เมื่อมีการลดก็ย่อมมีการเพิ่ม ปัจจัยบางอย่างอาจจำเป็นในองค์กร ในส่วนนี้หากการเพิ่มมีปริมาณที่มากก็อาจคิดในรูปแบบการผลิตได้ (4) การสร้าง (Created) สร้างความต้องการใหม่ๆ เช่นบางอย่างอาจจะมีแต่ไม่เคยมี แต่มีความต้องการสูง¹¹

วัตถุประสงค์การศึกษา

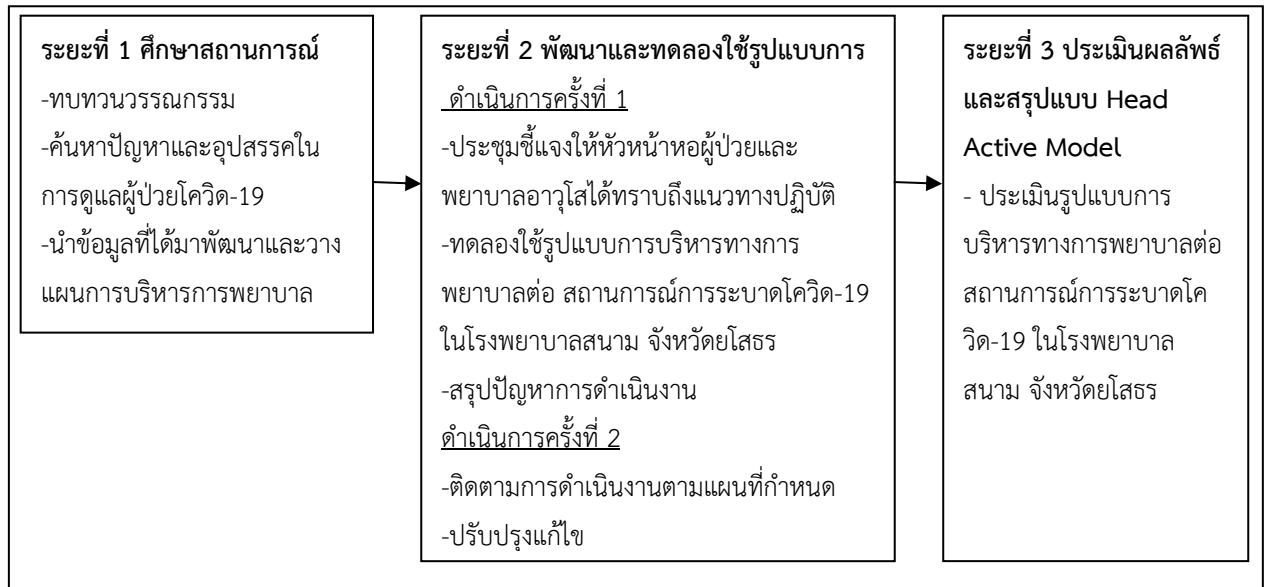
1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารทางการพยาบาลต่อ สถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม จังหวัดยโสธร
2. เพื่อศึกษาผลของพัฒนารูปแบบการบริหารทางการพยาบาลต่อ สถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม จังหวัดยโสธร

ขอบเขตการวิจัยการศึกษาค้นคว้า

ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของ Kemmis&McTaggart¹² ร่วมกับแนวคิดการบริหารการพยาบาลภัยพิบัติของ Jennings-Sanders A.¹³ เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางพยาบาลต่อสถานการณ์การระบาดโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม จังหวัดยโสธร และเพื่อศึกษาผลของพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางพยาบาลต่อสถานการณ์การระบาดโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม จังหวัดยโสธร

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส ในโรงพยาบาลยโสธรจำนวน 60 คน ระยะเวลาการเก็บข้อมูลตั้งแต่ 30 กันยายน 2564 – 30 เมษายน 2565

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

สถานที่ศึกษาวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการในโรงพยาบาลสนาม จังหวัดยโสธร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส ในโรงพยาบาลยโสธรจำนวน 60 คน ผู้วิจัยได้เลือกประชากรทั้งหมดในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสำรวจการเตรียมความพร้อมการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดโควิด-19 พัฒนาขึ้นโดยศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และการสาธารณสุข (Public Health Emergency Operation Center: PHEOC) กระทรวงสาธารณสุข¹⁴ นำมาปรับปรุงใช้ประเมินการเตรียมความพร้อมในการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเกี่ยวกับการบริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลสนาม พัฒนาขึ้นโดยศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และการสาธารณสุข (Public Health Emergency Operation Center: PHEOC) กระทรวงสาธารณสุข¹⁴ นำมาปรับปรุงใช้ประเมินการเตรียมความพร้อมในการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คือ ด้านการวิจัยปฏิบัติการ ด้านการบริหารการพยาบาล และด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในโรงพยาบาล (ICN) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค (Item-Objective Congruence Index: IOC) ระหว่าง 0.95-1.00

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บข้อมูลจนถึงการนำเสนอผลการวิจัย โดยผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลและชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการเก็บข้อมูล การเข้าร่วมการสนทนากลุ่มโดยขออนุญาตในการจัดบันทึกประเด็นสำคัญในระหว่างการสนทนากลุ่ม ระหว่างการเก็บข้อมูลผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะยุติเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลทุกอย่างผู้วิจัยเก็บรักษาเป็นความลับ การวิเคราะห์ข้อมูลรวมถึงการนำเสนอข้อมูลจะเป็นการนำเสนอในลักษณะภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการวิจัยแบ่งการรวบรวมข้อมูลเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง งานวิจัยต่างๆ ประชุมระดมสมองหัวหน้ากลุ่มงานและหัวหน้าหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด นำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาและวางแผนการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาลต่อ สถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม จังหวัดยโสธร

ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 เป็นขั้นตอนการบูรณาการข้อมูลเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนความรู้ แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข มีการประชุมชี้แจงและทดลองใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาลต่อ สถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม จังหวัดยโสธร

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลและสรุปรูปแบบการบริหารการพยาบาลต่อ สถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม จังหวัดยโสธร เป็นการประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบดังกล่าว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิง

พรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากการสอบถามและสัมภาษณ์ผู้นำทางการพยาบาลในกลุ่มรองหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส ในโรงพยาบาลยโสธร เกี่ยวกับรูปแบบการบริหารการพยาบาลต่อ สถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม จังหวัดยโสธร

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 โดย

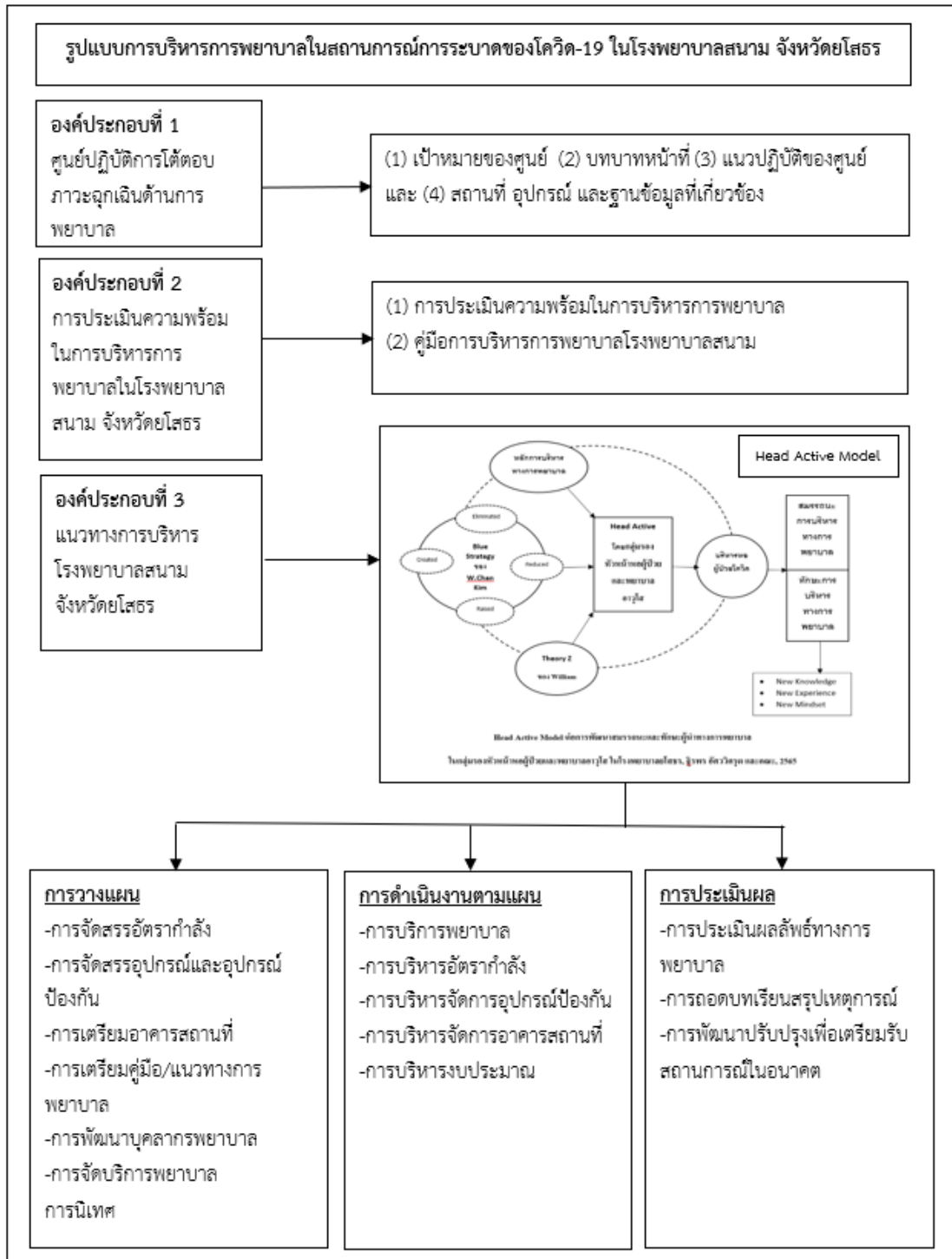
(1) ทบทวน วรรณกรรม (2) ประชุมระดมสมองผู้บริหารการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 60 คน และ (3) สืบหาข้อมูลสถานการณ์การบริหารการพยาบาล ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 พบโอกาสพัฒนา คือ โรงพยาบาลสนาม จังหวัดยโสธร มีการจัดอัตรากำลังผลิตเปลี่ยนไปขึ้นเวร โดยใช้แนวคิด Head Active Model มีหัวหน้าพยาบาล เป็นผู้สั่งการด้านการพยาบาลตามระบบและกลไกของโรงพยาบาลที่มีอยู่ โดยบริหารการพยาบาลตามสถานการณ์ที่พบ แนวทางการบริหารการพยาบาลโรงพยาบาลพยาบาลสนาม จังหวัดยโสธร มีรูปแบบยังไม่ชัดเจน

หัวหน้าพยาบาลรับมอบงานจากศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของโรงพยาบาล โดยมีรูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในโรงพยาบาลพยาบาลสนาม พบว่ารูปแบบมี 3 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล ซึ่งหนดขึ้นในโรงพยาบาลระดับมีเป้าหมายเพื่อสั่งการ จัดระบบ บริหารการพยาบาล ควบคุม ประสานความร่วมมือ และ สื่อสาร โดยมีหัวหน้าพยาบาลเป็นผู้บัญชาการศูนย์ฯ มี รองหัวหน้าพยาบาล/หัวหน้ากลุ่มงานทางการพยาบาล และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและ ป้องกันการติดเชื้อเป็นประธานคณะทำงานด้านต่างๆ มี การกำหนดแนวปฏิบัติ สถานที่อุปกรณ์และฐานข้อมูลที่สำคัญเพื่อใช้งานของศูนย์

องค์ประกอบที่ 2 การประเมินความพร้อมในการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 โดยใช้แบบประเมินความพร้อมเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ส่วนขาดและพัฒนาการบริหารการพยาบาลให้มีความพร้อม และใช้คู่มือการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ตามมาตรฐานของกรมควบคุมโรค

องค์ประกอบที่ 3 แนวทางการบริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลสนาม จังหวัดยโสธร ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 โดยใช้หลักการ 2P2R (Preparedness, Prevention & mitigation, Response and Recovery) กำหนดแนวทางการบริหารการพยาบาล ตามภาพดังนี้



2. เพื่อศึกษาผลของพัฒนารูปแบบการบริหารทางการแพทย์ต่อ สถานการณ์การระบาดโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม จังหวัดยโสธร

จากการทดลองใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ของโรงพยาบาลสนาม มีผลการดำเนินงานตามองค์ประกอบของรูปแบบที่สำคัญ ดังตารางที่ 1

	การดำเนินการ			
	ก่อนทดลองรูปแบบ		หลังทดลองรูปแบบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
องค์ประกอบที่ 1 ศูนย์ปฏิบัติการโต้ตอบภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล	5	8.33	60	100
องค์ประกอบที่ 2 การประเมินความพร้อมในการบริหารการพยาบาลโรงพยาบาลสนาม	5	8.33	60	100
องค์ประกอบที่ 3 แนวทางการบริหารโรงพยาบาล จังหวัดยโสธร	5	8.33	60	100
3.1 การวางแผน				
-การจัดสรรอัตรากำลัง	5	8.33	60	100
-การจัดสรรอุปกรณ์และอุปกรณ์ป้องกัน	5	8.33	60	100
-การเตรียมอาคารสถานที่	5	8.33	60	100
-การเตรียมคู่มือ/แนวทางการพยาบาล	5	8.33	60	100
-การพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์	60	100	60	100
-การจัดบริการพยาบาล	60	100	60	100
3.2 การดำเนินงานตามแผน				
-การบริการพยาบาล	60	100	60	100
-การบริหารอัตรากำลัง	60	100	60	100
-การบริหารจัดการอุปกรณ์ป้องกัน	60	100	60	100
-การบริหารจัดการอาคารสถานที่	60	100	60	100
-การบริหารงบประมาณ	60	100	60	100
3.3 การประเมินผล				
-การประเมินผลลัพธ์ทางการแพทย์	60	100	60	100
-การถอดบทเรียนสรุปเหตุการณ์	60	100	60	100
-การพัฒนาปรับปรุงเพื่อเตรียมสถานการณ์ในอนาคต	60	100	60	100

ภายหลังการดำเนินงานของโรงพยาบาลสนาม จังหวัดยโสธร ผู้วิจัยประเมินผลการใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาลจากความคิดเห็นของผู้บริหารการพยาบาลที่มีต่อองค์ประกอบของรูปแบบ และการขยายผลการนำรูปแบบการบริหารการพยาบาลไปใช้ จากการประเมิน ความพร้อมของการบริหารการพยาบาล ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 และความปลอดภัยของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ความคิดเห็นของผู้บริหารการพยาบาลที่มีต่อองค์ประกอบของรูปแบบและการขยายผลการนำรูปแบบการบริหารการพยาบาลไปใช้ พบว่า หัวหน้า

พยาบาล เห็นด้วยกับองค์ประกอบทั้ง 3 ของรูปแบบ และเห็นว่ารูปแบบสามารถใช้ได้จริง สามารถขยายผลไปยังโรงพยาบาลสนามแห่งอื่นๆ ได้รวมทั้งสามารถนำไป ใช้กับผู้ป่วยโรคติดต่อร้ายแรงอื่นๆ ได้ ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 100 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้รับบริการและผู้ให้บริการโดยไม่พบการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลสนาม และไม่พบการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของพยาบาล ก่อนและหลัง ทดลองรูปแบบการบริหารการพยาบาล ดังตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับความคิดเห็นที่มีต่อองค์ประกอบของรูปแบบการบริหารการพยาบาลไปใช้ (N=60)

ประเด็น	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับความคิดเห็น
องค์ประกอบ			
-ศูนย์ปฏิบัติการโต้ตอบภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล	4.64	0.56	มากที่สุด
-การประเมินความพร้อมในการบริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลสนาม	4.62	0.60	มากที่สุด
-แนวทางการบริหารโรงพยาบาลสนามจังหวัดยโสธร	4.59	0.59	มากที่สุด
การขยายผลการนำรูปแบบการบริหารการพยาบาลไปใช้			
-รูปแบบสามารถใช้ได้จริงในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19	4.61	0.58	มากที่สุด
-รูปแบบเป็นประโยชน์สามารถใช้ได้กับโรงพยาบาลต่างๆ	4.58	0.58	มากที่สุด
-รูปแบบเป็นประโยชน์สามารถใช้ได้กับโรคติดต่อร้ายแรงอื่นๆได้นอกจากโควิด-19	4.54	0.60	มากที่สุด

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับความคิดเห็นที่มีต่อความพร้อมของการบริหารการพยาบาล (N=60)

ประเด็น	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับความคิดเห็น
ความพร้อมของพยาบาลในการให้บริการ	4.35	0.41	มาก
ความรู้ความสามารถของพยาบาลในการให้บริการ	4.30	0.45	มาก
ความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือ และเครื่องใช้	4.30	0.47	มาก
ความพร้อมของการจัดสถานที่ต่อการให้บริการ	4.19	0.49	มาก
ความพร้อมของการบริหารจัดการพยาบาลในภาพรวม	4.33	0.44	มาก
ความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารการพยาบาล	4.41	0.46	มาก

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า การบริหารการพยาบาล โรงพยาบาลสนาม เป็นไปตามสถานการณ์ที่พบ มีการเตรียมความพร้อมด้านการจัดสรรอัตรากำลัง อุปกรณ์และอุปกรณ์ป้องกัน อาคารสถานที่ และการพัฒนาบุคลากรพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับการบริหารจัดการระบบสุขภาพในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ของประเทศ¹⁵ ผู้บริหารการพยาบาล ประกอบด้วย หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยที่ไปทำหน้าที่ที่โรงพยาบาลสนาม มีความตื่นตัวในการบริการผู้ป่วย จัดอัตรากำลังพยาบาล และพัฒนาความรู้ ทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด¹⁶⁻¹⁷ การศึกษาครั้งนี้ยังพบอีกว่าองค์ประกอบของรูปแบบการบริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลสนาม จังหวัดยโสธร มี 3 องค์ประกอบ คือ (1)ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล (2)การประเมินความพร้อมการบริหารการพยาบาล และ (3)แนวทางการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ซึ่งผู้บริหารการพยาบาลเห็นด้วยกับองค์ประกอบทั้ง 3 ในระดับมากที่สุด โดยองค์ประกอบที่ผู้บริหารการ

พยาบาลให้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ศูนย์ปฏิบัติการโต้ตอบภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาลและโรงพยาบาลสนาม มีการดำเนินงานตามองค์ประกอบนี้ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นขององค์การอนามัยโลก ที่ขอให้แต่ละประเทศประเมินความพร้อมเพื่อพัฒนาเตรียมพร้อม¹⁸ และองค์การทางพยาบาลควรวิเคราะห์ความพร้อมและการกระจายพยาบาลและอุปกรณ์ป้องกันร่างกายให้เพียงพอ¹⁹ องค์ประกอบของรูปแบบที่ได้คะแนนเฉลี่ยรองลงมา คือการประเมินความพร้อมในการบริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลสนามเป็นไปตามที่สภาการพยาบาลระหว่างประเทศกำหนดบทบาทของพยาบาลใน 3 ระยะดังกล่าว²⁰⁻²¹ นอกจากนี้การที่ผู้บริหารการพยาบาลให้ความเห็นว่ารูปแบบนี้สามารถใช้ได้จริงในระดับมากที่สุด และใช้กับโรคติดต่อร้ายแรงอื่น และโรงพยาบาลระดับต่างๆ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในระดับมากที่สุด เป็นการประจักษ์ของผู้บริหารการพยาบาลในการใช้รูปแบบโรงพยาบาลสนามโดยตรง จึงมีความเห็นต่อการขยายผลรูปแบบในระดับมากที่สุด¹⁸⁻²⁰ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีเป้าหมายเพื่อการเผยแพร่รูปแบบแบบประเมินความ

พร้อมและคู่มือการบริหารการพยาบาลให้กับโรงพยาบาล
ต่างๆ ที่สนใจ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ
เกิดผลกระทบต่อการบริหารการพยาบาลของโรงพยาบาล
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาวิเคราะห์ระบบการบริหารการพยาบาลใน
การรองรับการเกิดโรคติดต่ออันตรายอื่นที่อาจเกิดขึ้นใน
อนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. เสาวลักษณ์ กิตติประภัสร์, ธรรมวิทย์ เทอดอุดมธรรม,
พรพรวิวัฒน์ พักตร์ธนาปกรณ, พัชรภรณ์ คอกจะบก.
ผลกระทบทางสังคมจากการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 (COVID-19) และวิกฤตเศรษฐกิจ. กรุงเทพฯ:
สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง
ของมนุษย์; 2563.
2. ประเสริฐ จาริก. 'โหมไลน์' ที่หายไป พร้อมคลัสเตอร์
ทองหล่อ [อินเทอร์เน็ต]. ประชาชาติธุรกิจออนไลน์; 2564
[เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.prachachat.net/columns/news-656713>.
3. ประชาชาติธุรกิจ. คลัสเตอร์ทองหล่อ โควิดสายพันธุ์
อังกฤษ ระบาดแรงเร็ว 1.7 เท่า [อินเทอร์เน็ต]. 2564
[เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.prachachat.net/general/news-644473>
4. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวทางการจัดตั้ง
โรงพยาบาลสนาม กรณีการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 หรือโรคโควิด 19 ในกลุ่มผู้ป่วยไม่แสดงอาการหรือ
มีอาการน้อย ฉบับที่ 1. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข;
2564.
5. กรุงเทพธุรกิจ. แท้ 'ตรวจโควิด' ทะลัก รพ.เอกชน
[อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2565].
เข้าถึงได้จาก:
<https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/931318>
6. มติชนออนไลน์. ผอ.รพ.เอกชน แจงไม่รับตรวจเหตุเตียง
ไม่พอ รับรอบนี้อันตราย เน้นรัฐเร่งนำเข้าวัคซีนอื่น
[อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2565].
เข้าถึงได้จาก:
https://www.matichon.co.th/politics/news_2665753
7. สำนักงานสภานโยบายการอุดมศึกษาวิทยาศาสตร์ วิจัย
และนวัตกรรมแห่งชาติ (สอวช.). ปัญหาสังคมจากการ

- ระบาดระลอกที่ 3 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20
มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก:
https://tdri.or.th/2021/05/covid-131/#_ftn1
8. อีพร สติธองกูร, ศิริมา ลีละวงศ์, ศศมน ศรีสุทธิศักดิ์,
สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, นิชาภา ยนจอหอ, กนกพร แจ่ม
สมบูรณ์. การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลใน
สถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในโรงพยาบาลสังกัด
กระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564;
30(2): 320-33.
 9. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานสรุปผล
การปฏิบัติงานของพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของ
เชื้อไวรัสโคโรนา 2019. นนทบุรี: กองการพยาบาล;
2564.
 10. อีพร สติธองกูร. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี
ด้านสาธารณสุขกับการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติของ
พยาบาล.วารสารกองการพยาบาล 2559; 3(1): 1-8.
 11. HR NOTE.asia. แนวคิดและทฤษฎีด้านการบริหาร
จัดการ (Management Concept) [อินเทอร์เน็ต]. 2562
[เข้าถึงเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2565]. เข้าถึงได้จาก:
<https://th.hrnote.asia/orgdevelopment/190419-management-concept/>
 12. แนวคิดและความเป็นมาของวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมี
ส่วนร่วม [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 15 เมษายน
2564]. เข้าถึงได้จาก:
<https://pongmed.wordpress.com/2013/08/26/par1/>
 13. Jennings-Sanders A. Teaching disaster nursing
by utilizing the Jennings Disaster Nursing
Management Model. Nurse Educ Pract 2004; 4(1):
69-76. doi: 10.1016/S1471-5953(03)00007-6.
PubMed PMID: 19038139.
 14. สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ
การบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรค
COVID-19. นนทบุรี: สื่อตะวัน; 2564.
 15. อุษา คำประสิทธิ์. การพัฒนารูปแบบการบริหารการ
พยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 แผนก
ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโนนไทย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9
2565; 16(1): 30-44.
 16. Sirilak S. Thailand's experience in the COVID-
19 response [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 12].
Available from:
<https://greatermekong.org/thailand%E2%80%99s-experience-covid-19-response>

17. International Council of Nurses. Protecting nurses from COVID-19 a top priority: a survey of ICN's national nursing associations. Switzerland: Geneva; 2020.
18. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการดำเนินงานประสานความร่วมมือของพยาบาลในภาวะการติดเชื้อ COVID-19. นนทบุรี: สื่อตะวัน; 2563.
19. World Health Organization. Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19. Switzerland: Geneva; 2020.
20. Lester PE, Holahan T, Siskind D, Healy E. Policy recommendations regarding skilled nursing facility management of coronavirus 19 (COVID-19): lessons from New York State. J Am Med Dir Assoc 2020; 21(7): 888-92. doi: 10.1016/j.jamda.2020.05.058. PubMed PMID: 32674814.
21. World Health Organization, International Council of Nurses. ICN Framework of Disaster Nursing Competencies. Switzerland: Geneva; 2009.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ
ที่มารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลยโสธร
Factors Associated with 24-Hour Mortality in Patients with Pneumonia
at Emergency Department, Yasothon Hospital

Patcharaporn Klongklaew M.D.
Emergency Department
Yasothon hospital Yasothon province

พัชรารณ คล่องแคล่ว พ.บ.
กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
โรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร

บทคัดย่อ

โรคปอดอักเสบในชุมชนมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อจุลินทรีย์นอกโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงการติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนล่างโดยอาการและภาพรังสีปอดที่เปลี่ยนแปลงนี้เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือไม่เกิน 2 สัปดาห์ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบมีความสำคัญอย่างยิ่ง หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาหาสาเหตุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลยโสธร เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง กลุ่มประชากร คือ เวชระเบียนผู้ป่วยปอดอักเสบทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลยโสธร ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2564 ซึ่งการเสียชีวิตช่วงต้น หมายถึง การเสียชีวิตจากสาเหตุใดๆ ภายใน 24 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษา เปรียบเทียบกับผู้ป่วยทุกรายที่รอดชีวิตที่หลังเข้ารับการรักษาเกินกว่า 24 ชั่วโมง นอกจากนี้มีการเปรียบเทียบการเสียชีวิตช่วงต้นกับการเสียชีวิตช่วงปลาย (ผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง) และผู้รอดชีวิต

ผลการศึกษา: จากผู้ป่วย 519 ราย พบอัตราการเสียชีวิตภายในเวลา 24 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษา 37 ราย (ร้อยละ 7.13) และเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง 92 ราย (ร้อยละ 17.73) โดยมีอัตราการเสียชีวิตทั้งหมดอยู่ที่ 129 ราย (ร้อยละ 24.86) สาเหตุหลักของการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง ได้แก่ ระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ภาวะช็อกจากการติดเชื้อและภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายอวัยวะ ปัจจัยอิสระที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตช่วงต้น ได้แก่ อายุ 60 ปีขึ้นไป ระดับความรู้สึกตัวลดลง การติดเชื้อที่ปอดแบบหลายกลีบ ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ปอดอักเสบรุนแรง และการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสม

สรุปผล: สาเหตุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลยโสธร ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว การติดเชื้อที่ปอดแบบหลายกลีบ ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ปอดอักเสบรุนแรง และการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสมที่มีสาเหตุหลักมาจากการขาดการป้องกันเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงเช่นกัน

คำสำคัญ: โรคปอดอักเสบชุมชน, การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง, ระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน, ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ, *Burkholderia pseudomallei*

Abstract

Community-acquired pneumonia (CAP) is caused by an out-of-hospital microbial infection. Patients usually present with signs and symptoms suggestive of a lower respiratory tract infection with abnormal findings in chest radiograph occurring acutely or up to 2 weeks. Complications and mortality within the first 24 hours of CAP patients are critical. This study aimed to determine the characteristics, causes and factors associated with 24-hour mortality of patient with pneumonia at emergency department of Yasothon hospital. Study style is retrospective analytical study. The population group is the medical records of all CAP patients in emergency department from October 1, 2020 to September 30, 2021. Early deaths, defined

as death due to any cause within 24 hours after admission, were compared with all patients who survived more than 24 hours after admission. In addition, early death and late death were compared. (patients who died > 24 hours) and survivors.

Results: Of the 519 patients, the mortality rate within 24 hours after admission was 37 (7.1%) and after 24 hours was 92 (17.7%). Overall mortality rate was 129 (24.9%). The leading causes of death within 24 hours were acute respiratory failure and septic shock with multiple organ failure. Independent factors associated with early mortality were age 60 and over, altered mental status, multilobar infiltration, septic shock, severe pneumonia and inappropriate antibiotic therapy.

Conclusion: Causes and factors associated with mortality within 24 hours of pneumonia patients admitted to the Accident and Emergency Department, Yasothon Hospital include elderly patients, patients with altered mental status, multilobar infiltration, septic shock, severe pneumonia and inappropriate antibiotic therapy primarily caused by lack of protection against *Burkholderia pseudomallei* is also a risk factor.

Keywords: Community-acquired pneumonia, early death, acute respiratory failure, septic shock, *Burkholderia pseudomallei*

บทนำ

โรคปอดอักเสบชุมชนเป็นปัญหาทางสาธารณสุขตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน พบป่วย 1 ใน 5 อันดับแรกของโรคที่ต้องเฝ้าระวังและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุดในกลุ่มโรคที่ต้องเฝ้าระวังทั้งหมด¹ จากการศึกษาข้อมูลโรคปอดอักเสบของประเทศไทยจากระบบเฝ้าระวังโรคพบว่า มีอัตราการป่วยตายในช่วง 6 ปีที่ศึกษา ร้อยละ 0.60-0.79² โรคปอดอักเสบชุมชนมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อจุลินทรีย์นอกโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะมีรอยหรือปื้นฝ้าขาวเกิดขึ้นใหม่ในภาพรังสีปอดร่วมกับมีอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงการติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนล่าง โดยอาการและภาพรังสีปอดที่เปลี่ยนแปลงนี้เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือไม่เกิน 2 สัปดาห์¹ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรหากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม แม้จะมีการวินิจฉัยสาเหตุอย่างถูกต้องมากขึ้นและมีการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะที่มีประสิทธิภาพ แต่อัตราการเจ็บป่วยและอัตราการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อนี้ยังคงสูงขึ้น ซึ่งการศึกษาล่าสุดเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 15-50 และมีอัตราการเสียชีวิตโดยรวมตั้งแต่ร้อยละ 10 ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตัวใน

โรงพยาบาล จนถึงมากกว่าร้อยละ 30 สำหรับผู้ป่วยที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก⁴⁻⁷ จากการศึกษาว่าการเสียชีวิตส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นภายใน 30 วันหลังจากการแสดงอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคปอดอักเสบชุมชน ปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยปอดอักเสบชุมชนที่เสียชีวิตเร็วใน 48 ชั่วโมงแรก ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง ประวัติดื่มสุรา เสียชีวิตมากกว่า ระดับความรุนแรงของภาวะปอดติดเชื้อที่รุนแรงแรกรับเข้าโรงพยาบาล (high severity risk, PSI 3-4) มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่า และอัตราการเต้นของหัวใจแรกรับมากกว่า 130/นาที อัตราการหายใจแรกรับมากกว่า 25 ครั้ง/นาที มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่า ภาวะไตวายเฉียบพลัน โดยระดับค่า creatinine, ความดันโลหิตต่ำและมีภาวะช็อกเสียชีวิต, ค่าสัดส่วนออกซิเจน (PF ratio) แรกรับ, และมีภาวะระบบการหายใจล้มเหลวแรกรับเป็นปัจจัยที่เสี่ยงของผู้ป่วยปอดอักเสบชุมชนเสียชีวิตเร็วใน 48 ชั่วโมง โดยปัจจัยเสี่ยงที่สามารถระบุได้จำนวนมากอาจส่งผลต่อการเสียชีวิตและปัจจัยบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตภายในวันแรกที่อาจแตกต่างจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นในภายหลัง 24 ชั่วโมง

แนวทางการรักษาโรคปอดอักเสบของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยได้มีการกำหนดเกณฑ์ในการตัดสินใจรับผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปี ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเดิมที่เพิ่มอัตราการตายที่สูงขึ้น เช่น มะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคตับเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเส้นเลือดสมอง โรคเบาหวาน โดยพิจารณาร่วมกับการตรวจร่างกายหรือตรวจพบทางห้องปฏิบัติการที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสี่ยงต่อการตายสูง¹ นอกจากนี้ยังมีการประเมินความรุนแรงของโรคปอดอักเสบเพื่อใช้ในการตัดสินใจของแพทย์ในการวางแผนการรักษาและการเลือกยาปฏิชีวนะในการรักษาที่เหมาะสม³⁻⁵ ซึ่งวิธีการประเมินความรุนแรงของโรคปอดอักเสบมีหลายวิธี โดยวิธีการประเมินที่นิยมใช้คือ CURB 65 ประกอบด้วย 5 ตัวแปร คือ ผู้ป่วยมีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีอาการสับสน มีอัตราการหายใจมากกว่า 30 ครั้งต่อนาที และค่าความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอทหรือค่าความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายน้อยกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท⁶⁻⁹ นอกจากนี้ยังมี PSI score (pneumonia severity index score) ซึ่งมีตัวแปรค่อนข้างมากถึง 20 ตัวแปร โดยแต่ละตัวแปรมีค่าคะแนนแตกต่างกัน โดยถ้า PSI risk class I และ II แนะนำให้รักษาแบบผู้ป่วยนอก ถ้า PSI risk class III แนะนำให้รักษาแบบผู้ป่วยในแบบสังเกตอาการระยะสั้นๆ โดยให้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีด 24 ชั่วโมง ถ้าอาการดีขึ้นให้พิจารณารักษาต่อด้วยยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานแบบผู้ป่วยนอกได้

สำหรับแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉินโรงพยาบาลโสธรได้มีการใช้ CURB-65 เนื่องจากมีเพียง 5 ตัวแปร ถ้าได้คะแนน 0 ถึง 1 สามารถพิจารณาให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ ผู้ป่วยที่พิจารณาให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกเป็นกลุ่มที่มีอัตราการเสียชีวิตต่ำ คือประมาณร้อยละ 1 ถึง 2 และมีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้น้อย ในการประเมินความรุนแรงของโรคปอดอักเสบ^{3,8} ผู้ป่วยกลุ่มที่มีความรุนแรงน้อยจะได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยกลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคปานกลางจะมีการติดตามอย่างใกล้ชิดหรือให้รักษาในโรงพยาบาลได้ในระยะสั้น ส่วนกลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคมักจะได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน⁸ ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรกของภาวะปอด

อักเสบนั้นหายากและไม่มีความชัดเจนว่าการเสียชีวิตในระยะแรกนี้สามารถรักษาได้โดยการแพทย์หรือไม่⁸⁻¹⁰

ดังนั้น การประเมินความรุนแรงของโรคและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบชุมชนอาจนำมาสู่การพัฒนาแนวทางการประเมินและการรักษาผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้¹¹ ผู้วิจัยสนใจศึกษาจุดมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ เพื่อหาสาเหตุและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง ในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลโสธร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลโสธร

ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษา: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study) ใช้ระเบียบวิธีเชิงวิเคราะห์ โดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินและได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2564 จากนั้นนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์หาอัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรก อัตราการเสียชีวิตภายหลัง 24 ชั่วโมงแรก และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม: ผู้ที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษา (เสียชีวิตช่วงต้น) และผู้ที่รอดชีวิตใน 24 ชั่วโมงแรกหลังเข้ารับการรักษา นอกจากนี้กลุ่มหลังยังถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายหลัง 24 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษา (เสียชีวิตช่วงปลาย) และผู้รอดชีวิต

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับสถิติเชิงวิเคราะห์ เพื่อประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตใน 24 ชั่วโมงแรกของโรคเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่รอดชีวิต โดยเปรียบเทียบการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงกับการเสียชีวิตภายหลัง 24 ชั่วโมง เพื่อแยกปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตได้แม่นยำยิ่งขึ้นและตรวจหาความแตกต่างที่มีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มต่างๆ ดังนั้น การทดสอบไคสแควร์ (Chi-squared test)

พร้อมการแก้ไขความต่อเนื่องสำหรับตัวแปรจัดกลุ่ม (categorical variables) การทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม (paired t-test) สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง (continuous variable) ซึ่งวิเคราะห์โดยใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (stepwise logistic-regression) และวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง ด้วยวิธี logistic regression ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% นำเสนอด้วย odds ratio (OR) ที่ $p < 0.05$ ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า p ที่รายงานทั้งหมดเป็นการทดสอบแบบ 2 ข้างโดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ ใช้โปรแกรม SPSS version 20.0 ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร เลขที่ YST2022-05

กลุ่มประชากรและลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

สุ่มตัวอย่างแบบ total survey ใน secondary data กลุ่มประชากร คือ เภสัชกรเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นผู้ป่วยปอดอักเสบ (Pneumonia) ที่มารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2564

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณตามสูตร Infinite population proportion (จาก application n4Studies) โดยอ้างอิงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในงานวิจัยก่อนหน้านี้⁵ เท่ากับร้อยละ 34.1 ค่าความคลาดเคลื่อนแอลฟาที่ยอมรับได้มีค่าเท่ากับร้อยละ 5 กำลังในการจำแนกร้อยละ 80 ได้จำนวนตัวอย่างเท่ากับ 347 คน เพิ่มอีกร้อยละ 10 รวมเป็น 382 คน เป็นอย่างน้อย

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าสู่โครงการ (Inclusion criteria)

- เภสัชกรเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นผู้ป่วยปอดอักเสบ (Pneumonia) ที่มารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2564
- เภสัชกรเป็นผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

- เภสัชกรเป็นผู้ป่วยเด็ก
- เภสัชกรเป็นประวัติผู้ป่วยที่ข้อมูลไม่ครบ

การประเมินและติดตามผลทางคลินิก

ก่อนเริ่มการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะแบบยังไม่ทราบโรค (empirical antibiotic therapy) เภสัชกรเป็นผู้ป่วยได้มีการบันทึกการซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างครบถ้วน

นิยาม

โรคปอดอักเสบในชุมชน (community-acquired pneumonia; CAP) หมายถึง ปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อที่ติดนอกโรงพยาบาลโดยไม่รวมปอดอักเสบที่เกิดขึ้นหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลภายในเวลาไม่เกิน 2 สัปดาห์ อาการจะมาด้วยอาการไข้ ไอ หอบหายใจเจ็บอก โรคปอดอักเสบถูกกำหนดให้เป็นการมีอยู่ของรอยโรคที่ปอด (infiltrate) ใหม่จากการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (chest radiograph) ร่วมกับสิ่งต่อไปนี้อย่างน้อยหนึ่งอย่างคือ มีไข้ (อุณหภูมิ ≥ 38 องศาเซลเซียส) หรืออุณหภูมิต่ำ (อุณหภูมิ ≤ 35 องศาเซลเซียส) มีอาการที่มีเสมหะหรือไม่มีเสมหะ อาการเจ็บหน้าอกเวลาหายใจเข้าลึกหรือไอ (pleuritic chest pain) อาการหายใจลำบาก (dyspnea) หรือคนไข้มีเสียงลมหายใจที่เปลี่ยนไปเมื่อตรวจร่างกาย

สำหรับการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง หมายถึง การเสียชีวิตเนื่องจากสาเหตุใดๆ ภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการรักษาในโรงพยาบาล และการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง หมายถึง การเสียชีวิตจากสาเหตุใดๆ ที่เกิดขึ้นหลัง 24 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยรวมแล้วการเสียชีวิต หมายถึง การเสียชีวิตจากสาเหตุใดๆ ที่ตามหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและมีภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ในโรคปอดอักเสบ⁴

ภาวะติดเชื้อ (sepsis) หมายถึง ภาวะที่มีการทำงานผิดปกติของอวัยวะจนเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ซึ่งเกิดจากความผิดปกติในการควบคุมการตอบสนองของร่างกายจากการติดเชื้อ

ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) หมายถึง ภาวะที่มี sepsis ร่วมกับมีความดันโลหิตต่ำอย่างต่อเนื่องถึงแม้จะได้รับสารน้ำอย่างพอเพียงแล้ว ยังต้องได้รับยาพองความดันโลหิต (vasopressor) เพื่อประคองค่าความ

ดันโลหิตเฉลี่ย (Mean arterial pressure; MAP) ให้มากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับมีระดับซีรัมแลคเตทมากกว่า 2 มิลลิโมลต่อลิตร

การประเมินความรุนแรงของโรคปอดอักเสบ สามารถใช้เกณฑ์การประเมินของ PSI (pneumonia severity index score) หรือ CURB-65 ดังนี้

ก. ถ้า PSI score > 90 ควรรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล PSI score จะแบ่งผู้ป่วยเป็น 5 ประเภท

เพื่อพิจารณาว่าควรรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ โดยที่ class I และ class II สามารถให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลได้ class III ควรรักษาในห้องสังเกตอาการ หรือห่อผู้ป่วยทั่วไป ส่วน class IV และ class V ควรต้องรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล

ตารางที่ 1 แสดงตัวแปรและคะแนนที่ใช้ในการประเมิน PSI Score

- Demographic Factors	
Age: Males	age (in year)
Female	age (in year) – 10
Nursing home resident	+ 10
- Comorbid Illnesses (see definitions below)	
Neoplastic disease	+ 30
Liver disease	+ 20
Heart failure	+ 10
Cerebrovascular disease	+ 10
Renal disease	+ 10
- Physical Examination Findings	
Altered mental status	+ 20
Respiratory rate $\geq$ 30/minute	+ 20
Systolic BP < 90 mmHg	+ 20
Temperature < 95°F (35°C) or $\geq$ 104°F (40°C)	+ 15
Pulse $\geq$ 125/minute	+ 10
- Laboratory Findings (if available or clinically warranted)	
pH < 7.35	+ 30
BUN $\geq$ 90 mg/dl (11 mmol/L)	+ 20
Sodium < 130 mEq/L	+ 20
Glucose > 250 mg/dL (14 mmol/L)	+ 20
Hgb < 9 gm (Hematocrit < 30%)	+ 10
PO ₂ < 60 mmHg (O ₂ sat < 90%) (room air)	+ 10
Pleural effusion	+ 10

ตารางที่ 2 30-day Mortality Data by Risk Class

Total Score	Risk Class	Recommended site of Treatment	Mortality Range Observed in Validation Cohorts, %
None (see step 1)	I	Outpatient	0.1
$\leq$ 70	II	Outpatient	0.6
71 – 90	III	Outpatient	0.9 – 2.8
91 – 130	IV	Inpatient	8.2 – 9.3
> 130	V	Inpatient	27.0 – 29.2

ข. CURB-65 เป็นคำย่อของ confusion (สับสน), BUN > 20 มิลลิกรัม/เดซิลิตร, respiratory rate > 30 ครั้ง/นาที, low blood pressure (systolic < 90 มิลลิเมตรปรอท หรือ diastolic < 60 มิลลิเมตรปรอท) และอายุ > 65 ปี

ถ้าผลการประเมินพบปัจจัยเสี่ยง 0-1 ข้อ สามารถให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลได้ 2 ข้อรับตัวไว้ในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาล และ 3 ข้อ รับตัวไว้ในหอผู้ป่วยวิกฤติ

พยากรณ์โรครณณผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยง 0, 1 หรือ 2 ข้อ จะมีอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันเท่ากับร้อยละ 0.7, 2.1 และ 9.2 ตามลำดับ แต่ถ้ามีปัจจัยเสี่ยง 3, 4 หรือ 5 ข้อ จะยิ่งเพิ่มอัตราการเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 14.5, 40 และ 57 ตามลำดับ บางสถาบันเลือกใช้ข้อบ่งชี้ที่ย่อคือ CRB-65 ซึ่งพบว่าสามารถใช้ในการประเมินเพื่อพิจารณาว่าจะให้การรักษาแบบในหรือนอกโรงพยาบาลได้ดีเท่ากับ CURB-65 ด้วยเช่นกัน

การศึกษาทางจุลชีววิทยา

การวินิจฉัยสาเหตุของภาวะปอดอักเสบถูกตรวจสอบตามที่อธิบายไว้ในการศึกษาอื่น¹¹ ทำการแยกเชื้อในตัวอย่างเสมหะและตัวอย่างจากทางเดินหายใจอื่นๆ โดยใช้อาหารเลี้ยงเชื้อเฉพาะชนิด (selective media) (buffered charcoal-yeast extract medium-a)

ตารางที่ 3 ลักษณะทั่วไปและลักษณะทางคลินิกที่สำคัญของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ลักษณะทั่วไป	เสียชีวิตภายใน 24 ชม.	รอดชีวิตภายใน 24 ชม.					
		เสียชีวิตหลัง 24 ชม.	p-value	รอดชีวิต	p-value	รวมทั้งหมด	p-value
จำนวน	37(7.13)	92(17.73)		390(75.14)		482(100)	
เพศ							
เพศชาย	25(67.6)	63(68.5)	.000	234(60.0)	.000	297(61.6)	.000
เพศหญิง	12(32.4)	29(31.5)	.008	156(40.0)	.000	185(38.4)	.000
อายุเฉลี่ย	61.92±14.18	61.84±14.91	.979	65.22±16.56	.235	64.38±16.16	.568
อายุ 60 ปีขึ้นไป	18(48.6)	57(62.0)	.029	267(68.5)	.000	324(67.2)	.000
ดื่มแอลกอฮอล์	11(29.7)	5(5.4)	.134	68(17.4)	.000	73(15.1)	.000
สูบบุหรี่	12(32.4)	6(6.5)	.157	47(12.1)	.000	53(11.0)	.000
เคยนอน รพ. ภายใน 90 วัน	4(10.8)	11(12.0)	.071	106(27.2)	.000	117(24.3)	.000
โรคประจำตัว							
เบาหวาน	15(40.5)	7(7.6)	.088	101(25.9)	.000	108(22.4)	.000
ความดันโลหิตสูง	6(16.2)	12(13.0)	.157	147(37.7)	.000	159(33.0)	.000
ไขมันในเลือดสูง	3(8.1)	1(1.1)	.317	26(6.7)	.000	27(5.6)	.000

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 519 รายที่มีภาวะปอดอักเสบรวมอยู่ในการศึกษารั้งนี้ พบว่ามีผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง 37 ราย (ร้อยละ 7.1) เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง 92 ราย (ร้อยละ 17.7) และรอดชีวิต 390 ราย (ร้อยละ 75.1) ในกลุ่มที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงเป็นเพศชาย 25 ราย (ร้อยละ 67.6) ซึ่งมากกว่าเพศหญิงที่มี 12 ราย (ร้อยละ 32.4) ทั้งเพศชายและหญิงมีอัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงต่ำกว่าการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง ในกลุ่มที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.5 และในกลุ่มที่รอดชีวิตส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60

จากข้อมูลที่กล่าวมาจึงพบว่าเพศชายเสียชีวิตมากกว่าเพศหญิงทั้งในการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงและภายใน 24 ชั่วโมง ถัดมาพบว่าในกลุ่มเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง มีผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 48.6 ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงและกลุ่มรอดชีวิต ลักษณะที่พบในกลุ่มเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงได้มากกว่ากลุ่มรอดชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงและกลุ่มรอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคตับแข็ง การติดเชื้อ HIV และโรคมะเร็ง ดังแสดงในตารางที่ 3

ลักษณะทั่วไป	เสียชีวิต ภายใน 24 ชม.	รอดชีวิตภายใน 24 ชม.					
		เสียชีวิต หลัง 24 ชม.	p-value	รอดชีวิต	p-value	รวมทั้งหมด	p-value
โรคไตเรื้อรัง	0(0.0)	4(4.3)	-	70(17.9)	-	74(15.4)	-
เส้นเลือดหัวใจตีบ	1(2.7)	2(2.2)	.564	28(7.2)	.000	30(6.2)	.000
เส้นเลือดสมองตีบ	0(0.0)	4(4.3)	-	39(10.0)	-	43(8.9)	-
ถุงลมโป่งพอง	0(0.0)	0(0.0)	-	50(12.8)	-	50(10.4)	-
หอบหืด	0(0.0)	0(0.0)	-	15(3.8)	-	15(3.1)	-
ตับแข็ง	2(5.4)	1(1.1)	.564	12(3.1)	.008	13(2.7)	.001
ติดเชื้อ HIV	2(5.4)	1(1.1)	.564	15(3.8)	.002	16(3.3)	.000
แพ้ภูมิตัวเอง	0(0.0)	0(0.0)	-	2(0.5)	-	2(0.4)	-
ใช้ออกซิเจนหายใจ	1(2.7)	3(3.3)	.317	2(0.5)	.564	5(1.0)	.007
มะเร็ง	2(5.4)	4(4.3)	.414	25(6.4)	.000	29(6.0)	.000

Data are presented as n (%) or mean; SD, unless otherwise stated.

สาเหตุการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง พบมากเป็นอันดับแรก คือ ระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ร้อยละ 67.6 อันดับสอง ภาวะช็อกจากการติดเชื้อและภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายอวัยวะ ร้อยละ 24.3 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สาเหตุการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง และภายหลัง 24 ชั่วโมง ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอักเสบ

สาเหตุการเสียชีวิต	เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง	เสียชีวิตหลัง 24 ชั่วโมง
จำนวน	37	92
ระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน	25 (67.6)	45 (48.9)
ภาวะช็อกจากการติดเชื้อและภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายอวัยวะ	9 (24.3)	15 (16.3)
หัวใจล้มเหลวหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ	2 (5.4)	11 (12)
เบาหวาน	1 (2.7)	0 (0)
การติดเชื้อในโรงพยาบาล	0	6 (6.5)
อื่นๆ	0	15 (16.3)

Data are presented as n or n (%).

จากข้อมูลพบว่ากลุ่มเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงมา รพ. ด้วยระบบส่งต่อมากที่สุดร้อยละ 64.9 รองลงมาเป็นมาเอง และมาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตามลำดับ มีผู้ป่วยที่ระดับความรู้สึกตัวลดลงพบมากกว่ากลุ่มอื่นๆ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากข้อมูลสัญญาณชีพพบว่ามีความดันโลหิต 78.7 mmHg ต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดร้อยละ 70.03 ต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอุณหภูมิร่างกาย ชีพจรและอัตราการหายใจ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นๆ จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่ามีเม็ดเลือดขาว $19,156.76 \text{ cell/mm}^3$ สูงกว่ากลุ่มอื่นๆแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ มีเกล็ดเลือด $157,135.14 \text{ cell/mm}^3$

ต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการตรวจภาพทางรังสีปอด พบว่ามีการติดเชื้อที่ปอดหลายกลีบ 25 ราย (ร้อยละ 67.6) มากกว่ากลุ่มอื่นๆอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากข้อมูลภาวะร่วม พบว่าผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อ ร้อยละ 94.6 มากกว่ากลุ่มอื่นๆอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ร้อยละ 51.4 มากกว่ากลุ่มอื่นๆ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากการใช้ออกซิเจน พบว่าเป็นผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจตั้งแต่แรก รับ ร้อยละ 54.1 และก่อนนอน รพ. ร้อยละ 67.7 มากกว่ากลุ่มอื่นๆอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการประเมินระดับความรุนแรงของโรคปอดอักเสบ พบว่ามีผู้ป่วยปอดอักเสบระดับรุนแรง ร้อยละ 91.9 มากกว่ากลุ่มอื่นๆอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ข้อมูลทางคลินิกสำคัญของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ข้อมูลทางคลินิก	เสียชีวิตภายใน 24 ชม.	รอดชีวิตภายใน 24 ชม.					
		เสียชีวิต หลัง 24 ชม.	p- valu e	รอดชีวิต	p- value	ทั้งหมด	p- value
จำนวน	37(7.13)	92(17.73)		390(75.14)		482(100)	
การมาโรงพยาบาล							
มาเอง	8 (21.6)	15 (16.3)	.144	98 (25.1)	.000	113 (23.4)	.000
ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	5 (13.5)	12 (13.0)	.090	39 (10.0)	.000	51 (10.6)	.000
ระบบส่งต่อ	24 (64.9)	65 (70.7)	.000	253 (74.0)	.000	318 (66.0)	.000
ระยะเวลาในห้องฉุกเฉิน (นาที)	93.64 ± 33.17	105.53±154.83	.409	86.14 ± 41.82	.570	90.10±75.21	.856
ระดับความรู้สึกตัวลดลง	17 (45.9)	18 (19.6)	.866	17 (4.4)	1.000	35 (7.3)	.981
อุณหภูมิกาย	37.50 ± 1.32	37.75 ± 1.18	.246	37.78 ± 1.11	.149	37.76 ± 1.14	.174
ซีฟจอร์	108.32 ±32.89	109.32±24.05	.819	102.94±20.23	.159	104.45±22.29	.570
อัตราการหายใจ	14.05 ± 15.21	15.63 ± 15.04	.516	19.53 ± 11.46	.011	18.45 ± 12.57	.105
MAP	78.70 ± 26.48	94.30 ± 19.55	.000	96.93 ± 17.11	.000	95.17 ± 18.91	.000
SpO ₂	70.03 ± 40.94	85.37 ± 29.27	.000	94.23 ± 16.46	.000	90.93 ± 22.69	.000
WBC	19156.76 ± 64231.59	14608.70 ± 17662.86	.257	12274.97 ± 11302.652	.052	13179.27 ± 20619.31	.112
<4000 cells/mcl	23 (62.2)	84 (91.3)	.000	369 (94.6)	.000	453 (94.0)	.000
Platelets	157135.14 ± 132665.44	269750.00 ± 136610.99	.000	272251.28 ± 132998.90	.000	263601.16 ± 136594.41	.000
<100000 /mcl	23 (62.2)	83 (90.2)	.000	367 (94.1)	.000	450 (93.4)	.000
Multilobar infiltration	25 (67.6)	52 (56.5)	.002	101 (25.9)	.000	153 (31.7)	.000
Sepsis	35 (94.6)	78 (84.8)	.000	267 (68.5)	.000	345 (71.6)	.000
Septic shock	19 (51.4)	13 (14.1)	.289	31 (7.9)	.090	44 (9.1)	.018
Heart failure/ volume overload	1 (2.7)	16 (17.4)	.000	63 (16.2)	.000	79 (16.4)	.000
การใช้ oxygen แรกรับ							
Room air	10 (27.0)	35 (38.0)	.000	179 (45.9)	.000	214 (44.4)	.000
Cannula	4 (10.8)	6 (6.5)	.527	76 (19.5)	.000	82 (17.0)	.000
Mask with bag	3 (8.1)	10 (10.9)	.052	43 (11.0)	.000	53 (11.0)	.000
เครื่องช่วยหายใจ	20 (54.1)	41 (44.6)	.007	91 (23.3)	.000	132 (27.4)	.000
การใช้ oxygen ก่อน admit							
Room air	1 (2.7)	7 (7.6)	.034	100 (25.6)	.000	107 (22.2)	.000
Cannula	6 (16.2)	9 (9.8)	.439	104 (26.7)	.000	113 (23.4)	.000
Mask with bag	5 (13.5)	15 (16.3)	.025	55 (14.1)	.000	70 (14.5)	.000
เครื่องช่วยหายใจ	25 (67.6)	61 (66.3)	.000	130(33.3)	.000	191(39.6)	.000
ปอดอักเสบรุนแรง	34 (91.9)	67 (72.8)	.001	153 (39.2)	.000	220 (45.6)	.000

จากผลเพาะเชื้อเสมหะของผู้ป่วยทั้งหมด พบว่าเชื้อที่พบมากที่สุดคือ normal flora ซึ่งไม่ใช่เชื้อก่อโรค พบในผู้ป่วยร้อยละ 43.2 สำหรับเชื้อก่อโรคที่พบมากที่สุดคือ ESBL-producing *Klebsiella pneumoniae* พบใน

ผู้ป่วยร้อยละ 4.6 รองลงมาคือ *Pseudomonas aeruginosa* ร้อยละ 3.6 Carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae* ร้อยละ 2.3 และ *Burkholderia pseudomallei* ร้อยละ 2.3 ตามลำดับ

เมื่อศึกษาผลเพาะเชื้อเสมหะของแต่ละกลุ่ม พบว่ากลุ่มเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง เชื้อก่อโรคที่พบมากที่สุดคือ *Burkholderia pseudomallei* พบในผู้ป่วยร้อยละ 18.9 และพบมากกว่ากลุ่มอื่นๆแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มเสียชีวิตภายหลัง 24 ชั่วโมง เชื้อก่อโรคที่พบมากที่สุดคือ ESBL-producing *Klebsiella pneumoniae* พบในผู้ป่วยร้อยละ 9.8 ในการศึกษาพบผู้ป่วยที่มีผลเพาะเชื้อเสมหะเป็น *Burkholderia pseudomallei* ทั้งหมด 12 ราย อยู่ในกลุ่มเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง 7 ราย กลุ่มเสียชีวิตภายหลัง 24 ชั่วโมง 4 ราย และกลุ่มรอดชีวิตเพียง 1 ราย จากผลเพาะเชื้อในเลือดของผู้ป่วยทั้งหมด ผู้ป่วยจำนวน 361 ราย (ร้อยละ 69) ตรวจไม่พบเชื้อ

สำหรับในรายที่พบเชื้อ พบมากที่สุดคือ *Burkholderia pseudomallei* ร้อยละ 5.2 รองลงมา คือ *Escherichia coli* ร้อยละ 1.7 *Staphylococcus epidermidis* ร้อยละ 1.5 *Staphylococcus aureus* ร้อยละ 1.1 และ *Group D Streptococcus* ร้อยละ 1 ตามลำดับ เมื่อศึกษาผลเพาะเชื้อในเลือดของแต่ละกลุ่ม พบว่ากลุ่มเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงเป็นกลุ่มที่มีผู้ป่วยพบเชื้อจากผลเพาะเชื้อในเลือด ร้อยละ 59.5 ซึ่งมากกว่ากลุ่มอื่นๆแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเชื้อที่พบมากที่สุดในกลุ่มนี้คือ *Burkholderia pseudomallei* ร้อยละ 27 และพบมากกว่ากลุ่มอื่นๆแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มเสียชีวิตภายหลัง 24 ชั่วโมง เชื้อที่พบมากที่สุดคือ *Burkholderia pseudomallei* เช่นกัน ร้อยละ 9.8 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการเพาะเชื้อของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผลเพาะเชื้อ	เสียชีวิตภายใน 24 ชม.	รอดชีวิตภายใน 24 ชม.					
		เสียชีวิตหลัง 24 ชม.	p-value	รอดชีวิต	p-value	ทั้งหมด	p-value
จำนวน	37(7.13)	92(17.73)		390(75.14)		482(100)	
ผลเพาะเชื้อเสมหะ							
พบเชื้อ	25 (67.6)	73 (79.3)	.000	268 (68.7)	.000	341 (70.7)	.000
ESBL-producing <i>Klebsiella pneumoniae</i>	0 (0.0)	9 (9.8)	-	16 (4.1)	-	24 (5.0)	-
Carbapenem-resistant <i>Klebsiella pneumoniae</i>	0 (0.0)	3 (3.3)	-	9 (2.3)	-	12 (2.5)	-
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	0 (0.0)	3 (3.3)	-	16 (4.1)	-	19 (3.9)	-
<i>Burkholderia pseudomallei</i>	7 (18.9)	4 (4.3)	.366	1 (0.3)	.034	5 (1.0)	.105
เชื้ออื่นๆ	11 (29.7)	13 (14.1)	.683	51 (13.1)	.000	64 (13.3)	.000
Normal flora	7 (18.9)	41 (44.6)	.000	176 (45.1)	.000	217 (45.0)	.000
ไม่พบเชื้อ	2 (5.4)	8 (8.7)	.058	24 (6.2)	.000	32 (6.6)	.000
ไม่มีผลเพาะเชื้อ	10 (27.0)	11 (12.0)	.827	98 (25.1)	.000	109 (91.6)	.000
ผลเพาะเชื้อในเลือด							
พบเชื้อ	22 (59.5)	24 (26.1)	.768	34 (8.7)	.109	58 (12.0)	.212
<i>Burkholderia pseudomallei</i>	10 (27.0)	9 (9.8)	.819	8 (2.1)	.637	17 (3.5)	.895
<i>Escherichia coli</i>	1 (2.7)	2 (2.2)	.564	6 (1.5)	.059	8 (1.7)	.097
<i>Staphylococcus aureus</i>	3 (8.1)	3 (3.3)	1.000	0 (0.00)	-	3 (0.6)	1.000
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	1 (2.7)	3 (3.3)	.317	4 (1.0)	.180	7 (1.5)	.417
<i>Group D Streptococcus</i>	1 (2.7)	2 (2.2)	.564	2 (0.5)	.564	4 (0.8)	.819
เชื้ออื่นๆ	6 (16.2)	5 (5.4)	.763	14 (3.6)	.074	19 (3.9)	.054
contamination	1 (2.7)	0 (0.0)	-	1 (0.3)	1.000	1 (0.2)	1.000
ไม่พบเชื้อ	12 (32.4)	59 (64.1)	.000	290 (74.4)	1.000	349 (72.4)	.000
ไม่มีผลเพาะเชื้อ	2 (5.4)	9 (9.8)	.000	65 (16.7)	.000	74 (15.4)	.000

การได้รับยาปฏิชีวนะแรก ผู้ป่วยส่วนมากได้รับยาปฏิชีวนะ 1 ชนิด ร้อยละ 59.5 ยาปฏิชีวนะที่ได้รับมากที่สุดอันดับแรกคือ ceftriaxone รองลงมา ceftazidime ส่วนการได้รับยาปฏิชีวนะมากกว่า 1 ชนิด พบว่ายาปฏิชีวนะที่ได้รับมากเป็นอันดับแรกคือ ceftazidime ร่วมกับ clarithromycin รองลงมา ceftriaxone ร่วมกับ clarithromycin สำหรับกลุ่มเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง พบว่าผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ 1 ชนิด ร้อยละ 70.3 ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ ได้แก่ ceftriaxone ร้อยละ 32.4 ceftazidime ร้อยละ 21.6 meropenem ร้อยละ 8.1 และ Piperacillin/tazobactam ร้อยละ 8.1 ตามลำดับ

ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะมากกว่า 1 ชนิด ร้อยละ 29.7 พบว่ายาปฏิชีวนะที่ได้รับ ได้แก่ ceftriaxone ร่วมกับ clarithromycin ร้อยละ 16.2 ceftriaxone ร่วมกับ clarithromycin ร้อยละ 5.4 และ ceftazidime ร่วมกับ clarithromycin ร้อยละ 5.4 ตามลำดับ

ในส่วนของความเหมาะสมของยาปฏิชีวนะในกลุ่มเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง พบว่ายาปฏิชีวนะแรกที่ได้รับไม่ตรงกับผลเพาะเชื้อเสมอ ร้อยละ 13.5 และยาปฏิชีวนะแรกที่ได้รับไม่ตรงกับผลเพาะเชื้อในเลือด ร้อยละ 13.5 สาเหตุหลักมาจากการขาดการดำเนินการติดเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การได้รับยาปฏิชีวนะแรกของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอักเสบ

การได้รับยาปฏิชีวนะแรก	เสียชีวิตภายใน 24 ชม.แรก	รอดชีวิตภายใน 24 ชม.					
		เสียชีวิตภายใน 24 ชม.	p-value	รอดชีวิต	p-value	ทั้งหมด	p-value
จำนวน	37(7.13)	92(17.73)		390(75.14)		482(100)	
ได้รับยา 1 ชนิด	26 (70.3)	47 (51.1)	.014	236 (60.5)	.000	283 (58.7)	.000
Ceftriaxone	12 (32.4)	28 (30.4)	.011	160 (41.0)	.000	188 (39.0)	.000
Ceftazidime	8 (21.6)	12 (13.0)	.371	61 (15.6)	.000	73 (15.1)	.000
Meropenem	3 (8.1)	4 (4.3)	.705	11 (2.8)	.033	15 (3.1)	.042
Piperacillin/tazobactam	3 (8.1)	2 (2.2)	.655	1 (0.3)	.317	3 (0.6)	.607
อื่นๆ	0 (0.0)	1 (1.1)	-	3 (0.8)	-	4 (0.8)	-
ได้รับยามากกว่า 1 ชนิด	11 (29.7)	45 (48.9)	.000	154 (39.5)	.000	199 (41.3)	.000
Ceftriaxone + clarithromycin	6 (16.2)	4 (4.3)	.527	38 (9.7)	.000	42 (8.7)	.000
Ceftriaxone + clindamycin	2 (5.4)	8 (8.7)	.058	33 (8.5)	.000	41 (8.5)	.000
Ceftriaxone + roxithromycin	0 (0.0)	1 (1.1)	-	9 (2.3)	-	10 (2.1)	-
Ceftazidime + clindamycin	0 (0.0)	1 (1.1)	-	6 (1.5)	-	7 (1.5)	-
Ceftazidime + clarithromycin	2 (5.4)	27 (29.3)	.000	48 (12.3)	.000	75 (15.6)	.000
อื่นๆ	0 (0.0)	2 (2.2)	-	20 (5.1)	-	22 (4.6)	-
ยาปฏิชีวนะแรกที่ได้รับตรงกับผลเพาะเชื้อเสมอ	13 (35.1)	16 (17.4)	.577	53 (13.6)	.000	69 (14.3)	.000
ยาปฏิชีวนะแรกที่ได้รับตรงกับผลเพาะเชื้อในเลือด	17 (45.9)	16 (17.4)	.862	24 (6.2)	.274	40 (8.3)	.768
ยาปฏิชีวนะแรกที่ได้รับไม่ตรงกับผลเพาะเชื้อเสมอ	5 (13.5)	16 (17.4)	.016	39 (10.0)	.000	55 (11.4)	.000
ยาปฏิชีวนะแรกที่ได้รับไม่ตรงกับผลเพาะเชื้อในเลือด	5 (13.5)	8 (8.7)	.405	10 (2.6)	.197	18 (3.7)	.438

Data are presented as n or n (%), unless otherwise stated. Data for discordant initial therapy are presented as n/n of patients for whom concordance could be determined (%).

เมื่อวิเคราะห์หลายตัวแปรหลังจากการปรับค่า พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง ได้แก่ อายุ 60 ปีขึ้นไป ระดับความรู้สึกตัวลดลง การติดเชื้อที่ปอดแบบหลายกลีบ ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ปอดอักเสบรุนแรงและการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสม ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อวิเคราะห์การเสียชีวิตด้วยการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียวและหลายตัวแปรในบรรดาผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งหมด 129 ราย (ร้อยละ 24.9) ภาวะช็อกจากการติดเชื้อเมื่อเข้ารับการรักษา มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงอย่างอิสระ พบปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิต จากลักษณะทั่วไปและลักษณะทางคลินิกที่สำคัญของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2.165 เท่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ 2.370 เท่า ผู้ที่สูบบุหรี่สูงถึง 3.885 เท่า ต่อมาพบว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานมีโอกาสเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงสูงถึง 2.361 เท่าของผู้ไม่เป็น และผู้ที่เป็นตับแข็งสูงถึง 2.062 เท่าของผู้ไม่เป็น และเมื่อทำการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงจากข้อมูลทางคลินิก พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความ

รู้สึกตัวลดลงมีโอกาสเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงสูงถึง 10.856 เท่า ผู้ที่พบเชื้อในเลือดมีโอกาสเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงสูงถึง 10.722 เท่าของผู้ที่ไม่พบ ผู้ป่วยที่มี Multilobar infiltration มีโอกาสเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง เป็น 4.48 เท่าของผู้ที่ไม่พบ ผู้ที่มีภาวะ Sepsis มีโอกาสเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง เป็น 6.949 เท่าของผู้ที่ไม่เป็น ขณะที่ผู้ที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อมีโอกาสเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงสูงถึง 10.508 เท่าของผู้ที่ไม่เป็น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจมีโอกาสเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง เป็น 3.174 เท่า และพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการปอดอักเสบรุนแรงมีโอกาสเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง เป็น 13.497 เท่า นอกจากนี้เมื่อพิจารณาจากข้อมูลการตรวจพบเชื้อพบว่า ยาปฏิชีวนะไม่ตรงกับผลเพาะเชื้อเสมหะ มีโอกาสเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงสูงกว่า 3.242 เท่า เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ผลยาปฏิชีวนะไม่ตรงกับผลเพาะเชื้อในเลือด มีโอกาสเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงสูงกว่า 9.393 เท่าของผู้ที่ผลยาปฏิชีวนะตรงกับผลเพาะเชื้อในเลือด ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอักเสบจากการวิเคราะห์หลายตัวแปร

ปัจจัยเสี่ยง		OR	95% CI
เพศชาย	25(67.6)	1.298	.636-2.646
อายุ 60 ปีขึ้นไป	18(48.6)	2.165	1.105-4.239
ดื่มแอลกอฮอล์	11(29.7)	2.370	1.122-5.006
สูบบุหรี่	12(32.4)	3.885	1.844-8.185
เบาหวาน	15(40.5)	2.361	1.184-4.709
ตับแข็ง	2(5.4)	2.062	.447-9.500
ระดับความรู้สึกตัวลดลง	17 (45.9)	10.856	5.219-22.580
พบเชื้อในเลือด	22 (59.5)	10.722	5.264-21.837
SpO ₂	70.03 ± 40.94	.977	.969-.986
WBC<4000 cells/mcl	23 (62.2)	.105	.049-.226
Platelets<100000 /mcl	23 (62.2)	.117	.055-.249
Multilobar infiltration	25 (67.6)	4.480	2.193-9.153
Sepsis	35 (94.6)	6.949	1.649-29.291
Septic shock	19 (51.4)	10.508	5.139-21.486
ใช้เครื่องช่วยหายใจ	20 (54.1)	3.174	1.557-6.470
ปอดอักเสบรุนแรง	34 (91.9)	13.497	4.090-44.543
ยาปฏิชีวนะไม่ตรงกับผลเพาะเชื้อเสมหะ	5 (13.5)	3.242	1.576-6.671
ยาปฏิชีวนะไม่ตรงกับผลเพาะเชื้อในเลือด	5 (13.5)	9.393	4.558-19.355

OR: odds ratio; CI: confidence interval. #: oxygen tension/inspired oxygen fraction 300 mmHg. #: significant values of multivariate analysis. 1 mmHg 50.133 kPa.

วิจารณ์

งานวิจัยนี้พบมีอุบัติการณ์สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาของ Schnoor M และคณะ¹² ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง มักเกิดจากปัจจัยด้านอายุ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา มีความสัมพันธ์กับการเกิดผลลัพธ์อื่นไม่พึงประสงค์ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กันกับความรุนแรงของปอดอักเสบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mandell LA และคณะ^{7,13-14} การศึกษาของ Rosón B และคณะ¹⁵ ได้มีการวิเคราะห์หาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการรักษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยภาวะปอดอักเสบในระยะแรกภายใน 24 ชั่วโมง ต้องมีการเปลี่ยนแปลงในการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะหรือขั้นตอนการรักษาโดยระบุสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงสำหรับการเสียชีวิตในระยะแรกของภาวะปอดอักเสบ ในกลุ่มผู้ป่วยปัจจุบันที่เข้ารับการรักษที่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ซึ่งไม่รวมผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างรุนแรง มีอัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง อยู่ที่ร้อยละ 7.13 นั่นคือ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยภาวะปอดอักเสบที่เสียชีวิตระหว่างเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ตัวเลขนี้แม้จะค่อนข้างต่ำ แต่ก็ยากที่จะเปรียบเทียบกับตัวเลขอื่นๆ ที่ได้รับการศึกษาก่อนหน้าของ Rosón B และคณะ¹⁶ เนื่องจากความแตกต่างในคำจำกัดความและประชากรที่ศึกษา ทั้งนี้ภาวะปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียและปอดอักเสบจากเชื้อ *Burkholderia pseudomallei*

ในกรณีของการติดเชื้อไม่สามารถแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเสียชีวิต (การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงและภายหลัง 24 ชั่วโมง) กับการดื้อยาได้ ซึ่งการสังเกตนี้สอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ก่อนหน้าของ Pallares R และคณะ¹⁷ เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบจากแบคทีเรียที่ไม่ได้แสดงให้เห็นความแตกต่างของอัตราการเสียชีวิตระหว่างผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคปอดอักเสบและผู้ที่เป็นโรคปอดอักเสบจาก *Streptococcus Pneumoniae* ที่ไม่ไวต่อยา เมื่อมีการควบคุมอายุ โรคประจำตัวเดิม ความรุนแรงของอาการป่วยและการรักษาที่เหมาะสม¹⁷⁻¹⁸ ในความเป็นจริงแล้วผู้ป่วยทุกรายที่เสียชีวิตใน 24 ชั่วโมง และมีการติดเชื้อ *Streptococcus Pneumoniae* ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะที่สอดคล้องกัน เมื่อเข้ารับการรักษานขึ้นอยู่กัประสิทธิภาพของยาปฏิชีวนะนั้นน้อยกว่า

ปัจจัยอื่นๆ ซึ่งรวมถึงการตอบสนองของเชื้อสอดคล้องกับการศึกษาของ Yu VL และคณะ¹⁸

โดยการศึกษาเมื่อเร็วๆ นี้ชี้ให้เห็นว่าการปรับระบบภูมิคุ้มกันสามารถปรับปรุงผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบรุนแรงได้¹⁹⁻²⁰ ในทางตรงกันข้ามการศึกษาของ Garcia-Vidal C และคณะ²⁰ Fisman DN และคณะ²¹ แสดงให้เห็นว่าการฉีดวัคซีนป้องกันโรคปอดอักเสบ (polysaccharide pneumococcal vaccination) อาจป้องกันโรคปอดอักเสบที่แพร่กระจายในผู้ใหญ่และปรับปรุงผลลัพธ์การรักษาได้²²⁻²³ และการศึกษาอื่นๆ ที่แสดงให้เห็นว่าอัตราการฉีดวัคซีนในปัจจุบันของกลุ่มบุคคลเป้าหมายยังคงต่ำอยู่²⁴⁻²⁵ โดยการศึกษานี้เชื่อว่าการได้รับวัคซีน pneumococcal polysaccharide ในวงกว้างอาจช่วยป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการติดเชื้อ *Streptococcus Pneumoniae* (pneumococcal) และลดอัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของโรคปอดอักเสบได้

ปัจจัยเสี่ยงทางคลินิกสำหรับการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงที่ระบุโดยการวิเคราะห์หลายตัวแปร เช่น อายุที่สูงขึ้น ระดับความรู้สึกตัวลดลง การติดเชื้อที่ปอดแบบหลายกลีบ และภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ได้รับการยอมรับในการศึกษาก่อนหน้านี้นี้ว่าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตโดยรวมและการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นภายใน 5 วัน แรกหลังเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล²⁵⁻²⁹ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวคาดว่าจะมีอิทธิพลต่อการอาการแสดงในช่วงต้นของโรคหากมีอยู่ขณะที่เข้ารับการรักษาน นอกจากนี้ การศึกษานี้ระบุว่า นอกจากอายุแล้ว โรคหัวใจเรื้อรังเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตภายหลัง 24 ชั่วโมง โดยสรุปอัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง ในการศึกษาครั้งนี้ค่อนข้างต่ำ โดยคิดเป็นประมาณ 1 ใน 3 ของการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่เสียชีวิตระหว่างเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ซึ่งต่ำกว่าในงานวิจัยของของ Garcia-Vidal C และคณะ³⁰ พบร้อยละ 2.3 Mortensen EM และคณะ³¹ พบร้อยละ 2.5

จากแนวคิดเบื้องต้นที่ผ่านมาข้อมูลของสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตเร็วมีการศึกษาไม่มาก⁷ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลงและมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ โดยภาวะปอดอักเสบจากการติดเชื้อแบคทีเรียและการรักษาด้วยยา

ปฏิกิริยาที่ไม่เหมาะสมที่มีสาเหตุหลักมาจากการขาดการป้องกันเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงเช่นกัน

การเกิดปอดอักเสบและเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงมีความสำคัญเป็นอย่างมากของโรงพยาบาลยโสธร พบว่าทำให้เกิดอัตราการเสียชีวิตสูงซึ่งปัจจัยส่วนหนึ่งเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยมีอายุมาก มีโรคประจำตัวและการได้รับยาปฏิชีวนะ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ ซึ่งมีสภาพแออัด มีผู้ป่วยเป็นจำนวนมากทำให้การดูแลผู้ป่วยในเรื่องทางเดินหายใจไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย และยังทำให้การควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลทำได้ยากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Garcia-Vidal C และคณะ³⁰ สรุปไว้ว่าสาเหตุหลักเกิดจากระบบหายใจล้มเหลว ติดเชื้อในกระแสเลือด อวัยวะล้มเหลวหลายระบบ ส่วนปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตใน 48 ชั่วโมงแรก พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเร็ว ได้แก่ การเข้ารับรักษาใน ICU ใน 24 ชั่วโมง การใช้เครื่องช่วยหายใจ การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวแรกเริ่ม ภาวะพร่องออกซิเจนในเลือดแดงและความเหมาะสมของยาปฏิชีวนะ ดังนั้นการทราบถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ชนิดของเชื้อก่อโรค รูปแบบ ความไวของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะ มีความสำคัญเป็นอย่างมาก และเป็นปัจจัยที่สำคัญสำหรับการเลือกให้ยาปฏิชีวนะเบื้องต้นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม การให้ยาปฏิชีวนะในระยะเวลาที่เหมาะสม การปรับเปลี่ยนยาปฏิชีวนะหลังทราบชนิดของเชื้อและความไวของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะ

สรุป

สาเหตุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลยโสธร ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง การติดเชื้อที่ปอดแบบหลายกลีบ ภาวะช็อกจากการติดเชื้อปอดอักเสบรุนแรง และการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสมที่มีสาเหตุหลักมาจากการขาดการป้องกันเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงเช่นกัน และมีโอกาสเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งควรนำผลการศึกษาหรือปัจจัยต่างๆ ไปใช้เพื่อวางแผนและประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยและจัดทำแนวทางการรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากการศึกษาแบบย้อนหลัง ข้อมูลในบางส่วนอาจไม่ครอบคลุมในการศึกษาและอุปสรรคการติดตามประวัติผู้ป่วยต่อเนื่องไม่ครบ เนื่องจากอาจจะเสียชีวิตที่บ้านหรือเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลอื่น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

นำผลการศึกษาวិจัยไปใช้ในการประเมินประสิทธิภาพและพัฒนาแนวทางการรักษาปอดอักเสบชุมชนในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และนำไปใช้เป็นแนวทางในการทำวิจัยต่อยอดและพัฒนาแนวทางปฏิบัติของอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยโสธร แพทย์และพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แผนกอายุรกรรมและบุคลากรของโรงพยาบาลยโสธรที่ให้การสนับสนุนการทำผลงานการศึกษานี้จนสำเร็จลุล่วงดี

เอกสารอ้างอิง

1. Udompanit W. Guidelines for the treatment of community pneumonia in Thailand (For adults). Bangkok: The Uravej Association of Thailand; 2011.
2. Kaewnok W. Pneumonia. Weekly Epidemiological Surveillance Report 2012; 43: 90-8.
3. Welte T. Risk factors and severity scores in hospitalized patients with community-acquired pneumonia: prediction of severity and mortality. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2012; 31(1): 33–47. doi: 10.1007/s10096-011-1272-4. PubMed PMID: 21533875.
4. Mandell LA, Bartlett JG, Dowell SF, File TM Jr, Musher DM, Whitney C, et al. Update of practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in immunocompetent adults. Clin Infect Dis 2003; 37(11): 1405–33. doi: 10.1086/380488. PubMed PMID: 14614663.
5. Lode HM. Managing community-acquired pneumonia: a European perspective. Respir Med 2007; 101(9): 1864–73. doi:

- 10.1016/j.rmed.2007.04.008. PubMed PMID: 17548187.
6. Lim WS, Baudouin SV, George RC, Hill AT, Jamieson C, Le Jeune I, et al. BTS guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: update 2009. *Thorax* 2009; 64 Suppl 3: 1-55. doi: 10.1136/thx.2009.121434. PubMed PMID: 19783532.
 7. Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, Bartlett JG, Campbell GD, Dean NC, et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. *Clin Infect Dis* 2007; 44 Suppl 2 (Suppl 2): S27-72. doi: 10.1086/511159. PubMed PMID: 17278083.
 8. Ebell MH. Outpatient vs. inpatient treatment of community acquired pneumonia. *Fam Pract Manag* 2006; 13(4): 41-4. PubMed PMID: 16671349.
 9. Community-acquired pneumonia in adults in British hospitals in 1982-1983: a survey of aetiology, mortality, prognostic factors and outcome. The British Thoracic Society and the Public Health Laboratory Service. *Q J Med* 1987; 62(239):195-220. PubMed PMID: 3116595.
 10. Lim WS, van der Eerden MM, Laing R, Boersma WG, Karalus N, Town GI, et al. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. *Thorax* 2003; 58(5): 377-82. doi: 10.1136/thorax.58.5.377. PubMed PMID: 12728155.
 11. Minogue MF, Coley CM, Fine MJ, Marrie TJ, Kapoor WN, Singer DE. Patients hospitalized after initial outpatient treatment for community-acquired pneumonia. *Ann Emerg Med* 1998; 31(3): 376-80. doi: 10.1016/s0196-0644(98)70350-6. PubMed PMID: 9506497.
 12. Schnoor M, Klante T, Beckmann M, Robra BP, Welte T, Raspe H, et al. Risk factors for community-acquired pneumonia in German adults: the impact of children in the household. *Epidemiol Infect* 2007; 135(8): 1389-97. doi: 10.1017/S0950268807007832. PubMed PMID: 17291378.
 13. Mandell LA, Marrie TJ, Grossman RF, Chow AW, Hyland RH. Canadian guidelines for the initial management of community-acquired pneumonia: an evidence-based update by the Canadian Infectious Diseases Society and the Canadian Thoracic Society. The Canadian Community-Acquired Pneumonia Working Group. *Clin Infect Dis* 2000; 31(2): 383-421. doi: 10.1086/313959. PubMed PMID: 10987698.
 14. British Thoracic Society Standards of Care Committee. BTS Guidelines for the Management of Community Acquired Pneumonia in Adults. *Thorax* 2001; 56 Suppl 4 (Suppl 4): IV1-64. doi: 10.1136/thorax.56.suppl_4.iv1. PubMed PMID: 11713364.
 15. Rosón B, Carratalà J, Fernández-Sabé N, Tubau F, Manresa F, Gudiol F. Causes and factors associated with early failure in hospitalized patients with community-acquired pneumonia. *Arch Intern Med* 2004; 164(5): 502-8. doi: 10.1001/archinte.164.5.502. PubMed PMID: 15006826.
 16. Rosón B, Carratalà J, Dorca J, Casanova A, Manresa F, Gudiol F. Etiology, reasons for hospitalization, risk classes and outcomes of patients with community-acquired pneumonia hospitalized on the basis of conventional admission criteria. *Clin Infect Dis* 2001; 33(2): 158-65. doi: 10.1086/321808. PubMed PMID: 11418874.

17. Pallares R, Liñares J, Vadillo M, Cabellos C, Manresa F, Viladrich PF, et al. Resistance to penicillin and cephalosporin and mortality from severe pneumococcal pneumonia in Barcelona, Spain. *N Engl J Med* 1995; 333(8): 474–80. doi: 10.1056/NEJM199508243330802. PubMed PMID: 7623879.
18. Yu VL, Chiou CC, Feldman C, Ortqvist A, Rello J, Morris AJ, et al. An international prospective study of pneumococcal bacteremia: correlation with in vitro resistance, antibiotics administered, and clinical outcome. *Clin Infect Dis* 2003; 37(2): 230–7. doi: 10.1086/377534. PubMed PMID: 12856216.
19. Confalonieri M, Urbino R, Potena A, Piattella M, Parigi P, Puccio G, et al. Hydrocortisone infusion for severe community-acquired pneumonia: a preliminary randomized study. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 171(3): 242–8. doi: 10.1164/rccm.200406-808OC. PubMed PMID: 15557131.
20. Garcia-Vidal C, Calbo E, Pascual V, Ferrer C, Quintana S, Garau J. Effects of systemic steroids in patients with severe community-acquired pneumonia. *Eur Respir J* 2007; 30(5): 951–6. doi: 10.1183/09031936.00027607. PubMed PMID: 17690125.
21. Fisman DN, Abrutyn E, Spaude KA, Kim A, Kirchner C, Daley J. Prior pneumococcal vaccination is associated with reduced death, complications, and length of stay among hospitalized adults with community-acquired pneumonia. *Clin Infect Dis* 2006; 42(8): 1093–101. doi: 10.1086/501354. PubMed PMID: 16575726.
22. Vila-Córcoles A, Ochoa-Gondar O, Llor C, Hospital I, Rodríguez T, Gómez A. Protective effect of pneumococcal vaccine against death by pneumonia in elderly subjects. *Eur Respir J* 2005; 26(6): 1086–91. doi: 10.1183/09031936.05.00030205. PubMed PMID: 16319340.
23. Greci LS, Katz DL, Jekel J. Vaccinations in pneumonia (VIP): pneumococcal and influenza vaccination patterns among patients hospitalized for pneumonia. *Prev Med* 2005; 40(4): 384–8. doi: 10.1016/j.ypmed.2004.06.024. PubMed PMID: 15530591.
24. Musher DM, Alexandraki I, Graviss EA, Yanbeiy N, Eid A, Inderias LA, et al. Bacteremic and nonbacteremic pneumococcal pneumonia. A prospective study. *Medicine (Baltimore)* 2000; 79(4): 210–21. doi: 10.1097/00005792-200007000-00002. PubMed PMID: 10941350.
25. Fine MJ, Auble TE, Yealy DM, Hanusa BH, Weissfeld LA, Singer DE, et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. *N Engl J Med* 1997; 336(4): 243–50. doi: 10.1056/NEJM199701233360402. PubMed PMID: 8995086.
26. Fine MJ, Smith MA, Carson CA, Mutha SS, Sankey SS, Weissfeld LA, et al. Prognosis and outcomes of patients with community-acquired pneumonia. A meta-analysis. *JAMA* 1996; 275(2): 134–41. PubMed PMID: 8531309.
27. Mortensen EM, Coley CM, Singer DE, Marrie TJ, Obrosky DS, Kapoor WN, et al. Causes of death for patients with community-acquired pneumonia: results from the Pneumonia Patient Outcomes Research Team Cohort Study. *Arch Intern Med* 2002; 162(9): 1059–64. doi: 10.1001/archinte.162.9.1059. PubMed PMID: 11996618.

28. Marrie TJ, Wu L. Factors influencing in-hospital mortality in community-acquired pneumonia. A prospective study of patients not initially admitted to the ICU. *Chest* 2005; 127(4): 1260–70. doi: 10.1378/chest.127.4.1260. PubMed PMID: 15821203.
29. Fernández-Sabé N, Carratalà J, Rosón B, Dorca J, Verdaguier R, Manresa F, et al. Community-acquired pneumonia in very elderly patients, causative organisms, clinical characteristics, and outcomes. *Medicine (Baltimore)* 2003; 82(3): 159–69. doi: 10.1097/01.md.0000076005.64510.87. PubMed PMID: 12792302.
30. Garcia-Vidal C, Fernández-Sabé N, Carratalà J, Díaz V, Verdaguier R, Dorca J, et al. Early mortality in patients with community-acquired pneumonia: cause and risk factors. *Eur Respir J* 2008; 32(3):733-9. doi: 10.1183/09031936.00128107. PubMed PMID: 18508820.
31. Mortensen EM, Restrepo MI, Anzueto A, Pugh JA. Antibiotic therapy and 48-hr mortality rate for patient with pneumonia. *Am J med* 2006; 119(10): 859-64. doi: 10.1016/j.amjmed.2006.04.017. PubMed PMID: 17000217.

การศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ในโรงพยาบาลยโสธร

A study of the incidence and factors related to quality of life in psoriasis patients. in Yasothon Hospital

Thanyanan Sritanyarat, M.D.
Dip. Thai Board of Internal Medicine
Yasothon hospital, Yasothon province

ฉันทนันท์ ศรีธัญรัตน์ พ.บ.
ว. สาขาทจวิทยา
โรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล: โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคผิวหนังเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในด้านต่างๆ ในปัจจุบัน การศึกษาข้อมูลอุบัติการณ์ของโรค ความเข้าใจเรื่องโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในจังหวัดยโสธรยังมีอยู่อย่างจำกัด

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินรวมทั้งสำรวจปัญหาของผู้ป่วยที่พบในการรักษา

วัสดุและวิธีการ: การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยสะเก็ดเงินจำนวน 128 ราย และกรอกข้อมูลลงแบบสอบถาม ในระยะเวลา 6 เดือนที่เข้ารับการรักษา ที่คลินิกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมผิวหนัง โรงพยาบาลยโสธร ช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 31 มีนาคม 2565

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยสะเก็ดเงินจำนวน 128 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 39.08 ปี พบว่าชนิดของสะเก็ดเงินที่พบมากที่สุดคือ chronic plaque ร้อยละ 94.5 บริเวณของร่างกายที่พบว่ามีผื่นมากที่สุดคือแขนและขา มีอาการปวดข้ออักเสบสะเก็ดเงินร้อยละ 15.6 พบว่าข้อนิ้วมือเป็นตำแหน่งที่ปวดมากที่สุด พบเล็บผิดปกติมากถึงร้อยละ 76.6 มีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรค (PASI) เท่ากับ 7.8 (SD 11.3, range 0.3 - 56.4) ผู้ป่วยที่มีผื่นสะเก็ดเงินระดับปานกลางถึงรุนแรง (PASI>10) 76 ราย (ร้อยละ 59.38) และผู้ป่วยร้อยละ 43.8 ได้รับการรักษาโดยรับประทานยา Methotrexate ปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของผื่นคือการดื่มสุรา ความรู้ในตัวโรค สำหรับระดับคุณภาพชีวิต (DLQI) ของผู้ป่วยพบว่าส่วนใหญ่มีผลกระทบในระดับปานกลางจำนวน 37 ราย (ร้อยละ 28.9)

สรุปผลการศึกษา: โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคผิวหนังที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติ โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ในจังหวัดยโสธรมีความรุนแรงของผื่นน้อย (PASI ≤10) มีผลต่อคุณภาพชีวิต (DLQI) ระดับปานกลาง การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยถึงวิธีปฏิบัติตน หลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นมีความสำคัญอย่างมากที่จะช่วยลดความรุนแรงของโรคและลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคสะเก็ดเงินได้

คำสำคัญ: โรคสะเก็ดเงิน, การประเมินความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน, คุณภาพชีวิต

Abstract

Background and Rationale: Psoriasis is a common chronic skin disease. Currently, the study of information on violence Prevalence and Incidence of Psoriasis Understanding the disease and quality of life of psoriasis patients in Yasothon is still limited. and affect the lifestyle of the patient in various aspects

Objective: To study the incidence and quality of life of psoriasis patients, as well as to explore the problems patients encountered in treatment.

Materials and Methods: This research was to analyze and determine the relationship between factors and quality of life in psoriasis patients. A total of 128 psoriasis patients were interviewed and filled in a questionnaire during a 6-month period who attended a dermatology outpatient clinic Yasothon hospital between 1st October 2021 to 31st March 2022.

Results: Of the 128 psoriasis patients, 74 (57.8%) were males with a mean age of 38.09. Chronic plaque type (94.5%) is the majority characteristic of psoriasis types. It typically occurs on the extremities (98.4%). 15.6% found psoriasis arthritis that the knuckles were the most painful area. Nail abnormalities were found up to 76.6%. 43.8% of psoriasis patients with moderate to severe psoriasis (> 10%BSA) took methotrexate. Factors related severity of psoriasis are alcohol drinking and education of disease. Most patients had moderate DLQI score.

Conclusion: Psoriasis is a common chronic skin disease in general practice. Average PASI score in Yasothon hospital is mild severity ($PASI \leq 10$). Most patient had moderate affect to the quality of life. Educating psoriasis patients is important to control severity and reduce complications from psoriasis.

Keywords: psoriasis, psoriasis severity assessment, quality of life

บทนำ

โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคผิวหนังเรื้อรังที่พบได้บ่อยในทางเวชปฏิบัติคาดกันว่ามีความชุกประมาณร้อยละ 1-3 ของประชากรโลก¹ ในเพศชายและหญิงพบได้เท่าๆกันแต่ความชุกอาจต่างกันระหว่างชนชาติต่างๆ² ประเทศไทยยังไม่มีรายงานตัวเลขที่ชัดเจนเพราะขาดการลงทะเบียนที่เป็นระบบ³ อย่างไรก็ตามได้มีการศึกษาการกระจายของโรค ชนิดของผื่นสะเก็ดเงินและการเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยสะเก็ดเงินในแต่ละภูมิภาค พบว่าอายุที่เริ่มเป็นผื่นเฉลี่ย 30.9 ปี ผื่นที่พบเป็นชนิด chronic plaque มากที่สุด โดยลักษณะโรคสะเก็ดเงินที่พบในแต่ละภูมิภาคไม่มีความแตกต่างกัน⁴ สะเก็ดเงินสามารถพบได้ตั้งแต่แรกเกิดแต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการเมื่ออายุประมาณ 15-30 ปี โดยพบว่าโรคนี้เป็นได้มาก 2 ช่วงอายุ คือ 20-30 ปี และ 50 ปีขึ้นไป ในผู้ป่วยที่เริ่มเป็นตั้งแต่อายุน้อยมีแนวโน้มที่จะมีอาการรุนแรงและต้องการรักษา⁵

โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคที่มีผื่นผิวหนังอักเสบแบบเรื้อรัง และพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อโรคร่วมอื่นๆ หรือ comorbidities หลายโรค ได้แก่ ข้ออักเสบเรื้อรัง (psoriatic arthritis) กลุ่มอาการทางเมตาบอลิก (metabolic syndrome) เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease and atherosclerosis) โรคตับ (nonalcoholic fatty liver disease) โรคในทางระบบภูมิคุ้มกันอื่น ๆ เช่น Crohn's disease, ulcerative colitis เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสูบบุหรี่ ต้มสุรา ความวิตกกังวลและโรคป่วยทางจิต (psychological and psychiatric disorder)⁶

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เผยว่าโรคสะเก็ดเงินเป็นโรคผิวหนังที่พบบ่อย ความชุกทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 0.5-5 ของประชากร ในประเทศไทยอยู่ที่ร้อยละ 2 ของประชากร หรือประมาณ 140,000 รายทั่วประเทศ โดยมากพบในกลุ่มคนที่อายุน้อยกว่า 40 ปี ที่จะมีอาการรุนแรงมากกว่าและพบว่ามีประวัติของโรคในครอบครัวสูงกว่าในกลุ่มคนช่วงอายุ 40 ปีขึ้นไป⁷ โรคสะเก็ดเงินเกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมและมีปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกระตุ้นให้ยีน (gene) ที่แฝงอยู่เกิดโรค ส่งผลให้มีผื่นหนังที่ผิดปกติ คือเป็นผื่นนูนหนาสีแดง ขอบเขตชัดเจน ปกคลุมด้วยสะเก็ดสีเงิน พบตามศีรษะ เช้าคอ หรือ อาจจะเป็นมากทั่วตัว นอกจากผื่นที่ผิวหนังแล้วยังพบความผิดปกติของเล็บและข้อร่วมด้วยได้⁸ ผู้ป่วยที่เป็นโรคดังกล่าวต้องเผชิญกับปัญหาภาพลักษณ์ของตนเองเพราะสามารถมองเห็นร่องรอยของโรคได้ชัดเจนและได้รับการรังเกียจจากบุคคลรอบข้างทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอับอายมีปมด้อย ซึมเศร้าแยกตัวออกจากสังคม กลัวโรคดังกล่าวจะขัดขวางความก้าวหน้าทางอาชีพ กลัวการเข้าสังคมเนื่องจากสังคมรังเกียจ และรอยโรคส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตทำให้เป็นปมด้อยขาดความมั่นใจและอาจนำไปสู่การแยกตัวทางสังคมหรือถึงขั้นซึมเศร้าจนอาจนำไปสู่การคิดฆ่าตัวตายได้ นอกจากนั้นโรคสะเก็ดเงินส่งผลให้ผู้ป่วยต้องหยุดงานและมีปัญหาทางการเงินทั้งจากค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคและจากรายได้ที่ลดลงจากการหยุดงาน⁹ ผลกระทบดังกล่าวที่เกิดขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงสภาวะของตนในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านความเชื่อส่วนบุคคลภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยมและเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล ประเมินจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHO) ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)¹⁰⁻¹¹ การศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนประชากร เช่น กรรมพันธุ์ อายุ การศึกษารายได้¹²⁻¹⁴ อาชีพ ปัจจัยทางด้านสุขภาพ เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน ระยะเวลาที่ป่วย ความรุนแรงของโรคที่ได้จากการประเมิน¹⁵⁻¹⁷ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม สภาพความเป็นอยู่¹⁸⁻¹⁹ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในจังหวัดยโสธร และการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินยังมีจำนวนน้อย จึงเป็นที่มาของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในโรงพยาบาลยโสธร ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสุขภาพและปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในโรงพยาบาลยโสธร เพื่อนำมาเป็นฐานข้อมูลในการดูแลรักษาผู้ป่วยและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไปในอนาคตและพัฒนาคลินิกโรคสะเก็ดเงินของโรงพยาบาลยโสธรต่อไปในอนาคต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

สัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินทุกรายที่เข้ารับการตรวจที่คลินิกผิวหนัง โรงพยาบาลยโสธร ช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 31 มีนาคม 2565 จำนวน 128 ราย ซึ่งจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยคำนวณจากสูตร $n = \frac{Z^2 \alpha / 2 P Q}{d^2}$

Z = เป็นค่าจากตาราง Z ที่ความเชื่อมั่น 95%, $\alpha = 0.05$

$Z \alpha / 2 = 1.96$

P = สัดส่วนของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน 0.017 ที่มารักษาที่โรงพยาบาลยโสธรในปี 2563

Q = 1- P = 1- 0.017 = 0.983

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ในการวิจัย = 0.03

n = $(1.96)^2(0.017)(0.983)/(0.03)^2$ = 72 ราย

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยไว้เกินจากกลุ่มตัวอย่างประมาณ 10% เนื่องจากผู้ป่วยอาจไม่มาตามนัดหรือรักษาต่อดังนั้นจึงเก็บข้อมูลผู้ป่วยได้ 140 ราย ไม่เข้าเกณฑ์ 5 ราย และไม่กลับมารักษาหรือมาตามนัด 7 ราย จึงได้ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษาทั้งหมด 128 ราย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ถึงความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (PASI) โรงพยาบาลยโสธร
2. เพื่อศึกษาปัญหาของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน เช่น ปัญหาด้านความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน และการปฏิบัติตัว ปัญหาด้านการดูแลรักษาและปัญหาด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน โรงพยาบาลยโสธรและเปรียบเทียบความแตกต่างคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการให้ความรู้
4. เพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคสะเก็ดเงินของผู้ป่วยและญาติก่อนและภายหลังการสอนให้ความรู้โดยแพทย์

ระเบียบวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ ณ จุดเวลาในเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Analytic study) โดยศึกษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่เข้ารับการตรวจที่คลินิกผิวหนัง โรงพยาบาลยโสธร ช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 31 มีนาคม 2565 และติดตามความรุนแรงของผื่นสะเก็ดเงินที่ 3 เดือน หลังการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินทุกคนที่เข้ารับการตรวจที่คลินิกผิวหนัง โรงพยาบาลยโสธร ตามช่วงระยะเวลาดังกล่าว จำนวน 128 ราย

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสะเก็ดเงินทุกรายที่เข้ารับการตรวจที่คลินิกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมผิวหนัง โรงพยาบาลยโสธร ในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 31 มีนาคม 2565

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสะเก็ดเงินที่เข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมผิวหนัง โรงพยาบาลยโสธร ในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 31 มีนาคม 2565 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) โดยผ่านการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดขั้นต่ำอย่างน้อย 72 ราย ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยไว้เกินจากกลุ่มตัวอย่างไว้เนื่องจากผู้ป่วยอาจไม่มาตามนัดหรือรักษาต่อ ดังนั้นจึงเก็บข้อมูลผู้ป่วยได้ 140 ราย ไม่เข้าเกณฑ์ 5 ราย และไม่กลับมารักษาหรือมาตามนัด 7 ราย จึงได้ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษาทั้งหมด 128 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (inclusion criteria)

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นโรคสะเก็ดเงินที่มารักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมผิวหนัง โรงพยาบาลยโสธร

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินทั้งชายและหญิงอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป
- เป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้และเข้าใจภาษาไทยได้ดี
- เป็นผู้ที่ไม่มียาหรือการรักษาทางจิตเวช

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

- ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินทั้งชายและหญิงอายุต่ำกว่า 18 ปีลงไป
 - ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามไม่ครบ
- เกณฑ์การยุติการศึกษา
- ผู้ป่วยไม่กลับมารักษาหรือมาตามนัด
 - ผู้ป่วยต้องการถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

นิยามศัพท์

โรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis) หมายถึง โรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของผิวหนัง โดยมีลักษณะสำคัญคือ ผื่นผิวหนังมีอาการแดง มีขุยหนา โดยเกิดจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้มีการอักเสบร่วมกับมีการแบ่งตัวของเซลล์ผิวหนังอย่างรวดเร็วผิดปกติ⁷

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและการวัดผล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ภูมิลำเนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้ โรคประจำตัว ยาที่รับประทานเป็นประจำ อาหารเสริม/ยาสมุนไพร ประวัติสูบบุหรี่ ดื่มสุรา

2. แบบบันทึกประวัติโรคสะเก็ดเงินโรคร่วม comorbidities การรักษาโรคสะเก็ดเงินและการมีส่วนร่วมในการดูแลของญาติผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุที่เริ่มป่วยเป็นโรคสะเก็ดเงิน ชนิดของสะเก็ดเงิน บริเวณของร่างกายที่เคยเป็นผื่น อาการร่วมอื่นๆ อาการปวดข้อ psoriatic arthritis เล็บผิดปกติ โรคร่วม comorbidities การรักษาโรคสะเก็ดเงินที่ผู้ป่วยได้รับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าเดินทางมารักษา จำนวนสมาชิกในครอบครัวและการมีส่วนร่วมของญาติช่วยดูแลทายา

3. แบบบันทึกการประเมินระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (PASI score) เป็นการประเมินความรุนแรงของผื่นจาก body surface area involvement, erythema, induration and scaling ในส่วนต่างๆ ของร่างกาย²⁰ แบ่งระดับความรุนแรง เป็น mild (PASI score < 7), moderate (PASI score= 7-12) และ severe (PASI score > 12)³ โดยประเมิน PASI ของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมโครงการ และที่ 3 เดือน หลังการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ

4. แบบสอบถามการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคผิวหนัง Dermatology Life Quality Index (DLQI) เป็นแบบสอบถามมาตรฐานในแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน (Clinical practice guideline for psoriasis)²⁰ ซึ่งแบบสอบถาม DLQI ฉบับภาษาไทยได้ผ่านการประเมินความเที่ยงและความตรงแล้วโดย กนกวลัย กุลทันทน์ และคณะ²¹ แบบสอบถามดังกล่าวให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามประเมินผื่นผิวหนังทำให้เกิดปัญหาต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างน้อยเพียงใด ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ระดับคะแนนตั้งแต่มาก(3) ปานกลาง(2) เล็กน้อย(1) และไม่มีเลย(0) จำนวน 10 ข้อ โดยรวมคะแนนจากทุกข้อแปลผล คือคะแนน 0-1 หมายถึงไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (no effect on patients' life) คะแนน 2-5 หมายถึงมีผลกระทบเล็กน้อยต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (small effect on patients' life) คะแนน 6-10 หมายถึงมีผลกระทบปานกลางต่อ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (moderate effect on patients' life) คะแนน 11-20 หมายถึงมีผลกระทบมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (very large effect on patients' life) คะแนน 21-30 หมายถึงมีผลกระทบอย่างมากมายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (extremely large effect on patients' life)

5. แบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน Psoriasis disability index (PDI) เป็นแบบสอบถามมาตรฐานที่ง่ายและเชื่อถือได้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน²² โดยให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามประเมินโรคสะเก็ดเงินทำให้เกิดปัญหาต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใดในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใน 5 มิติ คือ ชีวิตประจำวัน (daily activities) 5 ข้อ, การทำงานหรือการไปโรงเรียน (work or school) 3 ข้อ, ความสัมพันธ์ส่วนตัว (personal relationships) 2 ข้อ, การใช้เวลาว่าง (leisure) 4 ข้อ และการรักษา (treatment) 1 ข้อ ระดับคะแนนตั้งแต่มากที่สุด(3) มาก(2) เล็กน้อย(1) และไม่มีเลย(0) จำนวน 15 ข้อ โดยรวมคะแนนจากทุกข้อ ผลคะแนนรวมมากที่สุดเท่ากับ 45 คะแนน และน้อยที่สุดเท่ากับ 0 คะแนน การแปลผลคือ ผู้ป่วยที่ประเมินได้คะแนนสูงหมายถึงโรคสะเก็ดเงินมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมาก ตามลำดับของคะแนนที่รวมได้

6. การประเมินความรู้ในเรื่องโรคสะเก็ดเงินของผู้ป่วยและญาติจำนวน 25 ข้อ ซึ่งมีข้อความให้อาสาสมัครทำเครื่องหมายในตัวเลือก ดังต่อไปนี้คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย ในแต่ละข้อจะมีคำตอบที่ถูกต้องเพียง 1 คำตอบ รวมคะแนนเต็มทั้งหมด 25 คะแนน ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับสาเหตุของโรคสะเก็ดเงิน(ข้อ1-5), ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดผื่นสะเก็ดเงิน(ข้อ6-10), อาการของโรคสะเก็ดเงิน(ข้อ11-15), แนวทางการรักษาโรคสะเก็ดเงิน(ข้อ16-20) และการพยากรณ์โรคและโรคแทรกซ้อนของสะเก็ดเงิน(ข้อ21-25) ข้อคำถามดังกล่าวได้นำมาจากบทความของอาจารย์แพทย์ผิวหนัง²³⁻²⁶ และได้ถูกตรวจสอบความถูกต้องโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโรคผิวหนัง 2 ท่านก่อนและหลังการให้ความรู้โดยแพทย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร เลขที่ YST2021-07

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยโสธร ผู้วิจัยได้เข้าชี้แจงกับพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมทราบว่าจะดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่เข้ารับการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกโรคผิวหนังแผนกอายุรกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะประชากรโดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ หาค่าเฉลี่ยเลขคณิตส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด สูงสุดและหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Independent T-test และ Paired T-test

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่เข้ารวมการศึกษาทั้งหมดจำนวน 128 ราย เป็นชาย 74 ราย (ร้อยละ 57.8) หญิง 54 ราย (ร้อยละ 42.2) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.6 ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน²⁷ โรคประจำตัวพบมากที่สุดคือโรคระดับไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 67.2 ยาลดความดันที่ใช้มากที่สุดคือยาในกลุ่ม Calcium channel blocker ร้อยละ 22.7 มีผู้ป่วยใช้ยาแก้ปวด NSAIDs ร้อยละ 5.5 ซึ่งมีผู้ป่วย 1 รายที่ต้องกินยา NSAIDs 2 ชนิด จึงจะควบคุมอาการปวดข้อจาก psoriatic arthritis ได้ มีผู้ป่วยกินอาหารเสริมหรือยาสมุนไพร ร้อยละ 15.6 เคยกินยาสมุนไพรแต่หยุดแล้ว ร้อยละ 6.3 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (N=128)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ปี)	38.09 (SD 14.6, range 14 - 78)
เพศ	
ชาย	74 (57.8)
หญิง	54 (42.2)
สถานภาพการสมรส	
สมรส	81 (63.3)
โสด	27 (21.1)
หย่า	9 (7.0)
ม่าย	6 (4.7)
แยกกันอยู่	5 (3.9)
อาชีพ	
รับจ้าง	43 (33.6)
แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	18 (14.1)
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	15 (11.7)
เกษตรกร	11 (8.6)
เกษียณอายุ	11 (8.6)
พนักงานบริการ	8 (6.3)
นักเรียน/นักศึกษา	5 (3.9)
ครู	4 (3.1)
ทำงานสำนักงาน	4 (3.1)
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3 (2.3)
กรรมกร/ผู้ใช้แรงงาน	3 (2.3)
ทหาร/ตำรวจ	2 (1.6)
บุคลากรทางการแพทย์	1 (0.8)
ระดับรายได้(บาท)	
0 บาท	22 (17.19)
1 – 4,999 บาท	10 (7.81)
5,000 – 10,000 บาท	33 (25.78)
10,001 – 15,000 บาท	27 (21.09)
15,001 – 20,000 บาท	13 (10.16)
20,001 – 25,000 บาท	8 (6.25)
25,001 – 50,000 บาทขึ้นไป	15 (11.71)
โรคประจำตัว	
ไม่มีโรคประจำตัว	13 (10.2)
มีโรคประจำตัว	115 (89.8)
ระดับไขมันในเลือดสูง	86 (67.2)
ความดันโลหิตสูง	69 (53.9)
Metabolic syndrome	56 (43.8)
เบาหวาน	54 (42.2)
โรคตับ	26 (20.3)
โรคซึมเศร้า	23 (17.9)
Obesity	12 (9.4)
โรคอื่นๆ	66 (57.39)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
ยาลดความดัน	
Calcium channel blocker	29 (22.7)
ACEI	15 (11.7)
ARB	12 (9.4)
Beta blocker	5 (3.9)
Diuretic	5 (3.9)
Alpha1receptor blocker	4 (3.1)
Vasodilator (hydralazine)	2 (1.6)
ยาแก้ปวด	
ไม่มี	116 (90.6)
เคยกินแต่หยุดแล้ว	5 (3.9)
มี	7 (5.5)
อาหารเสริม/ยาสมุนไพร	
มี	20 (15.6)
ไม่มี	100 (78.1)
เคยกินแต่หยุดแล้ว	8 (6.3)

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงินของผู้ป่วย

อายุที่เริ่มเป็นโรคสะเก็ดเงินอยู่ในช่วง 4-76 ปี อายุเฉลี่ยที่ 38.09 ปี ชนิดของสะเก็ดเงินที่พบมากที่สุดคือ chronic plaque ร้อยละ 94.5 รองลงมาคือ erythroderma ร้อยละ 2.3, guttate ร้อยละ 1.6 และ pustular ร้อยละ 1.6 บริเวณของร่างกายที่พบว่ามีผื่นมากที่สุดคือ แขน ขา ร้อยละ 98.4 รองลงมาคือ อารการปวดข้อ ข้ออักเสบสะเก็ดเงิน ร้อยละ 15.6 โดยพบว่าข้อนิ้วมือเป็นตำแหน่งที่ปวดมากที่สุด ร้อยละ 60, เล็บผิดปกติพบมากถึง ร้อยละ 76.6 ซึ่งแบ่งเป็นชนิด onycholysis มากที่สุด ร้อยละ 76.5 รองลงมาคือ pitting nail ร้อยละ 63.3, oil spot ร้อยละ 56.1 การรักษาโรคสะเก็ดเงินที่ผู้ป่วยได้รับนอกจากยาทา คือ ยารับประทาน Methotrexate ร้อยละ 43.8 จากจำนวนผู้ป่วย 56 รายที่ได้รับยา Methotrexate มีข้อบ่งชี้ของการได้รับยา คือ

ความรุนแรงของผื่นสะเก็ดเงิน > 10% BSA ร้อยละ 73.2, PSA ร้อยละ 14.3 และความรุนแรงของผื่น > 10% BSA ร่วมกับ PSA ร้อยละ 12.5 ซึ่งผู้ป่วยร้อยละ 60 ได้รับยา Methotrexate นานมากกว่า 1 ปี และมีผู้ป่วยร้อยละ 40 ที่กินยา Methotrexate จำนวนมากกว่า 600 เม็ด (1.5 กรัม) มีผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่ได้รับการตรวจ ultrasound liver (เนื่องจากโรงพยาบาลไม่สามารถส่งตรวจ fibroscan ได้) ร้อยละ 14.3 นอกจากนั้นการรักษาโรคสะเก็ดเงินอื่นๆ ที่ผู้ป่วยเคยได้รับคือ การฉายแสงยูวี ร้อยละ 0.8 ก่อนที่ผู้ป่วยจะย้ายมารักษาที่โรงพยาบาลยโสธร ค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วยสะเก็ดเงินส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษา (ไม่ต้องชำระเงิน) ร้อยละ 96.1 ค่าเดินทางมารักษาเฉลี่ย 186.21 บาท/ครั้ง (0-3,500 บาท/ครั้ง) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีญาติช่วยดูแลทนายให้ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ประวัติโรคสะเก็ดเงิน และการรักษา (N=128)

ข้อมูลผู้ป่วยสะเก็ดเงิน	จำนวน (ร้อยละ)
อายุที่เริ่มเป็นสะเก็ดเงิน (ปี)	38.09 ปี (SD 15.8, range 4-76)
ระยะเวลาที่เป็น (ปี)	11.07 ปี (SD 10.7, range 0.1-61)
ชนิดของสะเก็ดเงิน	
chronic plaque	121 (94.5)
erythroderma	3 (2.3)
guttate	2 (1.6)
pustular	2 (1.6)

ข้อมูลผู้ป่วยสะเก็ดเงิน	จำนวน (ร้อยละ)
บริเวณของร่างกายที่เคยเป็นผื่น	
หนังศีรษะ	126 (98.4)
แขน	113 (88.3)
ขา	113 (88.3)
ลำตัว	112 (87.5)
มือ	66 (51.6)
ใบหู	64 (50.0)
เท้า	53 (41.4)
ใบหน้า	52 (40.6)
ขาหนีบ	34 (26.6)
ข้อพับ	33 (25.8)
อาการร่วมอื่นๆ	
ไม่	11 (8.6)
มี	117 (91.4)
คัน	108 (84.4)
ปวดเมื่อยร่างกาย	38 (29.7)
ปวดแสบผื่น	26 (20.3)
เครียดนอนไม่หลับ	1 (0.8)
อาการปวดข้อ	
มี	20 (15.6)
ไม่มี	108 (84.4)
ตำแหน่งข้อที่ปวด (N=20)	
ข้อนิ้วมือ	12 (60)
ข้อเข่า	7 (35)
ข้อเท้า	5 (25)
ข้อมือ	4 (20)
Sacroilitis	4 (20)
ข้อศอก	3 (15)
ข้อกระดูกสันหลัง	3 (15)
ข้อนิ้วเท้า	3 (15)
ข้อไหล	2 (10)
สะบ้า	2 (10)
ข้อสะโพก	2 (10)
เล็บผิดปกติ	
ไม่มี	30 (23.4)
มี	98 (76.6)
Onycholysis	75 (76.5)
Pitting nail	62 (63.3)
Oil spot	55 (56.1)
Subungual hyperkeratosis	52 (53.1)
Leukonychia	22 (22.4)
Trachyonychia	14 (14.3)
Beau's lines	11 (11.2)
Onychomadesiss	4 (4.1)

ข้อมูลผู้ป่วยสะเก็ดเงิน	จำนวน (ร้อยละ)
<i>Splinte hemorrhages</i>	4 (4.1)
การรักษาโรคสะเก็ดเงินที่ได้รับทายา	
cream base/10%urea cream	112 (87.5)
5% LCD in 0.1% triamcinolone cream	108 (84.4)
Dermovate/clobetasol	98 (76.6)
10%urea in 0.1% triamcinolone cream	89 (69.5)
0.02% triamcinolone cream	55 (43.0)
0.1% triamcinolone cream	27 (20.3)
Daivobet	22 (17.2)
ยา Methotrexate	
ไม่มี	72 (56.3)
มี	39 (30.5)
เคยกินแต่หยุด	17 (13.3)
ข้อบ่งชี้ของ Methotrexate (N=56)	
ผื่น > 10% BSA	41 (73.2)
PSA	8 (14.3)
ผื่น > 10% BSA และ PSA	7 (12.5)
ยาเกิน Methotrexate ระยะเวลาการกินยา (N=56)	
0 - 3 เดือน	15 (26.8)
4 - 6 เดือน	2 (3.6)
6 เดือน - 1 ปี	5 (8.9)
1.1 ปี - 5 ปี	16 (28.6)
5.1 ปี - 10 ปี	10 (17.9)
10.1 ปี - 15 ปี	3 (5.4)
15.1 ปี - 20 ปี	2 (3.6)
20.1 ปี - 25 ปี	3 (5.4)
Ultrasound liver	
ไม่มี	48 (85.7)
มี	8 (14.3)
การตรวจเลือด LFT	
ไม่มี	53 (94.6)
มี	3 (5.4)
เคยฉายแสงยูวี	
ไม่เคย	127 (99.2)
เคย	1 (0.8)
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	
มีสิทธิการรักษา (ไม่ต้องชำระเงิน)	123 (96.1)
ชำระเงินเอง/ ชำระค่ายาเงินสด	4 (3.1)
มีสิทธิเบิกแต่สำรองจ่าย	1 (0.8)
ค่ายาเฉลี่ยที่จ่ายเพิ่ม (บาท/เดือน)	1,000 บาท (SD 835.03, range 200 - 1,000)
ค่าเดินทางมารักษา(บาท/ครั้ง) ค่าเดินทางเฉลี่ย	186.21 บาท (SD 477.12, range 0 - 3,500)
ญาติช่วยดูแลทายาให้	

ข้อมูลผู้ป่วยสะเก็ดเงิน	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่มี	42 (32.8)
มี	86 (67.2)
ภรรยา	38 (29.7)
ลูก	31 (24.2)
หลาน	12 (9.4)
พ่อแม่	12 (9.4)
สามี	9 (7.0)
พี่สาว	3 (2.3)
ยาย	1 (0.8)

การประเมินความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน

ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินทั้งหมด 128 ราย พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรค (PASI) เท่ากับ 7.8 (SD 11.3, range 0.3–56.4) จัดระดับความรุนแรงอยู่ในกลุ่ม moderate to severe (PASI score >10) ร้อยละ 59.38, mild (PASI score <10) ร้อยละ 40.63 ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินกลุ่มที่พบความผิดปกติของข้อ มีความรุนแรงของโรค

(mean PASI = 14.4, SD 14.1) มากกว่ากลุ่มที่ไม่มี ความผิดปกติของข้อ (mean PASI = 12.5, SD 10.7) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.49) กลุ่มผู้ป่วยที่พบความผิดปกติของเล็บมีความรุนแรงของโรค (mean PASI = 13.6, SD 11.3) มากกว่ากลุ่มที่ไม่มี ความผิดปกติของเล็บ (mean PASI = 10.3, SD 11.1) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.16) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง extracutaneous manifestation และ PASI (N=128)

	N (ร้อยละ)	Mean PASI (SD)	t	P-value
Joint			0.68	0.49
with	20 (15.6)	14.4 (14.1)		
without	108 (84.4)	12.5 (10.7)		
Nail			1.40	0.16
with	98 (76.6)	13.6 (11.3)		
without	30 (23.4)	10.3 (11.1)		

ผู้ป่วยกลุ่มที่สืบบุหรี่และกลุ่มที่สูบนานๆ ครั้งมีความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (mean PASI = 14.3, SD 11.6) มากกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่และกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่แต่หยุดสูบแล้ว (mean PASI = 12.4, SD 11.2) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.44) พบว่ากลุ่มที่ดื่มสุราเป็นประจำ

และกลุ่มที่เคยดื่มสุราแต่เลิกแล้วมีความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (mean PASI = 14.6, SD 11.7) มากกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่มสุราและกลุ่มที่ดื่มสุราตามเทศกาล (mean PASI = 12.3, SD 11.1) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.33) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการสูบบุหรี่, ดื่มสุราและ PASI (N=128)

	N (ร้อยละ)	Mean PASI (SD)	t	P-value
การสูบบุหรี่			0.78	0.44
สูบบุหรี่/สูบนานๆ ครั้ง	27 (21.1)	14.3 (11.6)		
ไม่สูบ/เคยสูบแต่หยุดสูบ	101 (78.9)	12.4 (11.2)		
การดื่มสุรา			0.98	0.33
ดื่มประจำ /เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	29 (22.7)	14.6 (11.7)		
ไม่ดื่ม/ดื่มตามเทศกาล	99 (77.3)	12.3 (11.1)		

ส่วนที่ 2 ปัญหาที่พบในการรักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน

ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาเล็กน้อย ร้อยละ 18.8 และปานกลาง ร้อยละ 10.9 ได้แก่ ผิวบาง, รอยขี้ง่าย, เส้นเลือดฝอยขยายตัว, รอยแตกและผิวหนังขึ้น ซึ่งเป็นผลข้างเคียงจากการทายา steroid และมีผู้ป่วยบางรายที่มีอาการระคายเคืองคันจากการทายน้ำมันดิน นอกจากนั้นมีผู้ป่วย 1 ราย ที่กินยา MTX 6 tab/wk แล้วมีอาการผื่นม่วง, มีผู้ป่วยร้อยละ 3.9 ที่มีภาวะแทรกซ้อนมากจากการรักษา ได้แก่ ผลข้างเคียงจากกินยา MTX คือ มีค่าตับอักเสบสูงขึ้น ผลข้างเคียงจากการทายน้ำมันดิน คือ ผื่นแดง คันทั้งตัวและเจ็บที่ผิว ผลข้างเคียงจากการ

ทายา steroid คือ ผิวบางที่ลำตัว, แขน ขามีรอยขี้ง่าย, รอยแตกหลายสีขาที่คันและข้อพับขา 2 ข้าง ปัญหาที่พบในการรักษาของผู้ป่วยมากที่สุดคือ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัว, ไม่ทราบปัจจัยกระตุ้นทำให้สะเก็ดเงินเห่อ ร้อยละ 59.4 รองลงมาคือ ขาดความรู้เรื่องการใช้ยาการรักษา ร้อยละ 40.6 มีผลข้างเคียงในการรักษา 43 ร้อยละ 33.6 มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ร้อยละ 8.6 เดินทางมาลำบาก ร้อยละ 7.8 ลางานยากไม่มีเวลาตรวจ ร้อยละ 1.6 และกินยาไม่ต่อเนื่อง poor compliance ร้อยละ 0.8 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามภาวะแทรกซ้อนที่พบในการรักษาและปัญหาที่พบของผู้ป่วยสะเก็ดเงิน คลินิกผิวหนัง โรงพยาบาลยโสธร (N=128)

ข้อมูล	ผลการวิจัย
ภาวะแทรกซ้อน	
ไม่มี	85 (66.4)
มีเล็กน้อย	24 (18.8)
มีปานกลาง	14 (10.9)
มีมาก	5 (3.9)
ปัญหาที่พบในการรักษา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	
มีผลข้างเคียงในการรักษา	43 (33.6)
เดินทางมาลำบาก	10 (7.8)
มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย	11 (8.6)
ขาดความรู้เรื่องการใช้ยาการรักษา	52 (40.6)
ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัว/ไม่ทราบปัจจัยกระตุ้นทำให้สะเก็ดเงินเห่อ	76 (59.4)
ลางานยากไม่มีเวลาตรวจ	2 (1.6)
กินยาไม่ต่อเนื่อง Poor compliance	1 (0.8)

ส่วนที่ 3 การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน

ระดับคุณภาพชีวิต (DLQI) ก่อนให้ความรู้ผู้ป่วยพบว่า ผื่นสะเก็ดเงินมีผลกระทบมากที่สุดในระดับปานกลาง (คะแนน 6-10) ร้อยละ 28.9 หลังให้ความรู้ผู้ป่วยพบว่า

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตดีขึ้นคือ ผื่นสะเก็ดเงินไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (คะแนน 0-1) ร้อยละ 36.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ดังแสดงในตารางที่ 6 และ 7

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยก่อนและหลังการให้ความรู้จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต (N=128)

ระดับคุณภาพชีวิต (DLQI)	ก่อนให้ความรู้	หลังให้ความรู้
ไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (คะแนน 0 - 1)	16 (12.5)	47 (36.7)
มีผลกระทบเล็กน้อยต่อคุณภาพชีวิต (คะแนน 2 - 5)	34 (26.6)	41 (32.0)
มีผลกระทบปานกลาง (คะแนน 6 - 10)	37 (28.9)	22 (17.2)
มีผลกระทบมาก (คะแนน 11 - 20)	31 (24.2)	17 (13.3)
มีผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิต (21 - 30)	10 (7.8)	1 (0.8)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการให้ความรู้ (N=128)

คะแนนทดสอบคุณภาพชีวิต (DLQI)	n	mean	S.D.	t	df	p-value
ก่อนให้ความรู้	128	8.86	6.9	10.3	125	<0.001
หลังให้ความรู้	128	4.63	4.9			

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน Psoriasis disability index (PDI) หลังให้ความรู้เท่ากับ 3.28 (SD 4.3, range 0-24) ซึ่งลดลงมากกว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน (PDI) ก่อนการให้ความรู้เท่ากับ 7.95 (SD 7.6, range 0-39) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน Psoriasis disability index (PDI) ก่อนและภายหลังการให้ความรู้

คะแนน PDI	n	mean (SD)	Min, Max	t	df	p-value
ก่อนให้ความรู้	128	7.95 (7.6)	(0, 39)	10.5	125	<0.001
หลังให้ความรู้	128	3.28 (4.3)	(0, 24)			

ส่วนที่ 4 การประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน

ภายหลังการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงินผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สะเก็ดเงิน 23.34 คะแนน (range 14-25 คะแนน) ซึ่งสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการให้ความรู้ 10.96 คะแนน (range 2-22 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) สอดคล้องกับคะแนนเฉลี่ยความรู้ของญาติที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) โดยข้อความที่ผู้ป่วยและญาติเข้าใจผิดมากที่สุดเกี่ยวกับสาเหตุของโรคสะเก็ดเงินคือ

การกินอาหาร อากาศ สารเคมี เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดโรคสะเก็ดเงินได้ คือโรคสะเก็ดเงินมีอาการผื่นสะเก็ดเงินที่ผิวหนังไม่พบว่ามีผลผิดปกติในระบบอื่นๆของร่างกาย ข้อคำถามเกี่ยวกับแนวทางการรักษาโรคสะเก็ดเงินคือ ยาจีน, ยาหม้อสมุนไพรต่างๆ ที่ใช้ทาหรือรับประทาน เป็นการรักษาอีกทางเลือกหนึ่งในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินและข้อคำถามเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคและโรคแทรกซ้อนของสะเก็ดเงินคือ ผื่นโรคสะเก็ดเงินสามารถหายเองได้แต่หายช้ากว่าการทายารักษา ดังแสดงในตารางที่ 9 และ 10

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการให้ความรู้ของผู้ป่วย (N=128)

คะแนนทดสอบ	n	mean (Min, Max)	S.D.	t	df	p-value
คะแนนความรู้ กลุ่มผู้ป่วย						
- ก่อนให้ความรู้	128	10.96 (2, 22)	3.4	37.3	127	<0.001
- หลังให้ความรู้	128	23.34 (14, 25)	2.3			

ตารางที่ 10 คะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มผู้ป่วยก่อนและภายหลังการให้ความรู้

ความรู้โรคสะเก็ดเงิน (ข้อ)	กลุ่มผู้ป่วย (N = 128)	
	ก่อนให้ความรู้ Mean (SD) Min ± Max	หลังให้ความรู้ Mean (SD) Min ± Max
1. สาเหตุของโรคสะเก็ดเงิน (1 - 5)	2.52 (1.1) 0 ± 5	4.78 (0.5) 2 ± 5
2. ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดผื่นสะเก็ดเงิน (6 - 10)	2.23 (0.9) 0 ± 5	4.73 (0.6) 1 ± 5
3. อาการของโรคสะเก็ดเงิน (11 - 15)	2.31 (1.2) 0 ± 5	4.45 (0.7) 2 ± 5
4. แนวทางการรักษาโรคสะเก็ดเงิน (16 - 20)	1.9 (1.2) 0 ± 5	4.69 (0.7) 1 ± 5
5. การพยากรณ์โรคและโรคแทรกซ้อนของสะเก็ดเงิน (21 - 25)	1.9 (1.2) 0 ± 5	4.69 (0.6) 3 ± 5

จากผู้ป่วยสะกดเงินจำนวนทั้งหมด 128 ราย ที่มาติดตามผลการรักษาที่ 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีคะแนน PASI เฉลี่ยก่อนให้ความรู้ 12.78 (SD 11.3, range 0.3-56.4) จัดระดับความรุนแรงอยู่ในกลุ่ม moderate ร้อยละ 61.7, mild ร้อยละ 38.3 หลังการให้ความรู้คนไข้สะกดเงิน พบว่าผู้ป่วยมีคะแนน PASI เฉลี่ยหลังให้ความรู้ที่ลดลง

6.4 (SD 5.7, range 0-33.8) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และมีความรุนแรงของผื่นสะกดเงินลดลง เมื่อจัดระดับความรุนแรงอยู่ในกลุ่ม mild ร้อยละ 71.3, moderate ร้อยละ 28.9 ดังแสดงในตารางที่ 11 และ 12

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยก่อนและหลังการให้ความรู้ จำแนกตามระดับความรุนแรงของโรค (N=128)

ระดับความรุนแรงของโรค (PASI)	จำนวน (ร้อยละ)	
	ก่อนให้ความรู้	หลังให้ความรู้
Mild (PASI < 10)	49 (38.3)	91 (71.1)
moderate (PASI > 10)	79 (61.7)	37 (28.9)

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรคก่อนและหลังการให้ความรู้ (PASI)

คะแนนทดสอบ	n	Mean (SD) Min, Max	t	df	p-value
ความรุนแรงของโรค (PASI)			9.36	125	<0.001
ก่อนให้ความรู้	128	12.78 (11.3) 0.3 ± 56.4			
หลังให้ความรู้	128	6.4 (5.7) 0 ± 33.8			

ก่อนการให้ความรู้ผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยที่มีญาติดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรค (mean PASI = 13.08, SD 11.2) ที่สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีญาติดูแล (mean PASI = 12.14, SD 11.7) หลังการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติในกลุ่มผู้ป่วยโรคสะกดเงินที่มีญาติดูแลมีคะแนน

เฉลี่ยความรุนแรงของโรค (mean PASI = 6.31, SD 5.5) ซึ่งลดลงมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีญาติดูแล (mean PASI = 6.60, SD 6.3) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.79) ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรค (PASI) ในกลุ่มที่มีและไม่มีญาติดูแลก่อนและหลังการให้ความรู้ (N=128)

	ญาติดูแล	N (ร้อยละ)	Mean PASI (SD)	t	P-value
ก่อนให้ความรู้	มี	86 (68.3)	13.08 (11.2)	0.43	0.67
	ไม่มี	40 (31.7)	12.14 (11.7)		
หลังให้ความรู้	มี	86 (68.3)	6.31 (5.5)	0.27	0.79
	ไม่มี	40 (31.7)	6.60 (6.3)		

การอภิปรายผล

อุบัติการณ์ของโรคสะกดเงินเมื่อจำแนกตามเพศ การศึกษานี้เพศชายจะพบมากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาในหลายประเทศที่พบว่าโรคสะกดเงินพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ถึงแม้ว่าการศึกษาในประเทศจีน²⁸ จะพบว่าเพศมีผลต่อความชุกของโรคสะกดเงิน สำหรับกลุ่มโรคสะกดเงินที่พบมากที่สุด คือกลุ่ม chronic plaque พบถึงร้อยละ 94.5 โรคในกลุ่ม Metabolic syndrome ที่พบในผู้ป่วย

โรคสะกดเงินได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงกว่าทุกปี โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงที่พบสูงถึงร้อยละ 43.8 ซึ่งโรคเหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงและความชุกของโรคสะกดเงิน²⁹⁻³⁰ ซึ่งหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมและดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคในกลุ่ม Metabolic syndrome ได้แล้ว อาจส่งผลให้ความชุกและความรุนแรงของโรคสะกดเงินสูงขึ้นและสอดคล้องกับการศึกษาทางระบาดวิทยาของโรค

สะเกิดเงินในประเทศไทย³ โรคร่วมที่พบในผู้ป่วยสะเกิดเงินส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและเป็นภาระทางเศรษฐกิจด้านสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น ช่วงที่ผื่นเห่อมีความรุนแรงทำให้ต้องหยุดงาน เป็นต้น³¹ ผู้ป่วยมีอาการข้ออักเสบสะเกิดเงินร้อยละ 15.6 อาการเล็บผิดปกติพบมากร้อยละ 76.6 ซึ่งชนิด onycholysis และ pitting nail เป็นความผิดปกติของเล็บที่พบมากที่สุด ใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา³ ที่พบผู้ป่วยสะเกิดเงินกลุ่มที่มีข้ออักเสบมีความรุนแรงของโรคสะเกิดเงินมากกว่ากลุ่มที่ข้อปกติ ผู้ป่วยโรคสะเกิดเงินร้อยละ 43.8 รับประทานยา Methotrexate (MTX) ซึ่งร้อยละ 60 ได้รับยา MTX นานมากกว่า 1 ปี และมีผู้ป่วยร้อยละ 40 ที่กินยา MTX จำนวนมากกว่า 600 เม็ด (1.5 กรัม) โรงพยาบาลยโสธร มีข้อจำกัดในการทำ fibroscan, liver biopsy เนื่องจากขาดเครื่องมือและแพทย์เฉพาะทาง จึงมีการตรวจติดตามการทำงานของตับ (liver function test) ติดตามในผู้ป่วยเป็นระยะ และทำการ ultrasound liver แทน แต่หากผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง แนะนำให้ผู้ป่วยทำการตรวจ fibroscan โดยการส่งตัวไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพทำได้ ปัจจุบันมีคำแนะนำการติดตามผลข้างเคียง hepatotoxicity ของยา MTX โดย AAD และ The National Psoriasis Foundation ได้ปรับแนวทางการติดตามการประเมิน hepatotoxicity ของ MTX คือ liver biopsy ควรพิจารณาทำเมื่อระดับยา MTX สะสมถึงระดับ 3.5 ถึง 4 กรัม แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงของ hepatotoxicity ผู้ป่วยควรได้รับการพิจารณาตรวจ liver biopsy ที่เร็วขึ้น ควรทำเมื่อระดับยา MTX สะสมครบทุก 1 ถึง 1.5 กรัม ร่วมกับปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคสะเกิดเงิน กลุ่มที่พบความผิดปกติของข้อและเล็บ มีความรุนแรงของโรคสะเกิดเงินมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีความผิดปกติของข้อและเล็บ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของผื่นที่มีความแตกต่างทางสถิติคือการดื่มสุรา ความรู้การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเช่นเดียวกับการศึกษาอื่นๆ ผู้ป่วยสะเกิดเงินมากกว่าร้อยละ 50 ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัว/ไม่ทราบปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผื่นสะเกิดเงินเห่อจากการทำสอพบความรู้พบว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 90 ไม่ทราบปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผื่นสะเกิดเงินเห่อ ได้แก่ การดื่มสุรา ความเครียด การนอนหลับไม่เพียงพอ การแกะเกา

(Koebner phenomenon)²³ ผู้ป่วยร้อยละ 40.6 ขาดความรู้เรื่องการใช้ยาการรักษา โดยพบว่าผู้ป่วยเกือบ 1 ใน 4 มีประวัติใช้หรือเคยใช้อาหารเสริมยาสมุนไพร, ยาต้ม, ยาหม้อ มาก่อน แต่เมื่อใช้แล้วมีอาการผื่นเห่อมากขึ้นจึงได้หยุดและมาพบแพทย์ ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 30 มีผลข้างเคียงเนื่องจากการทายา steroid ไม่ถูกวิธี เช่น ทายา steroid บ่อยเกินไปเพื่อลดอาการคันหรือทายาเลยออกไปจากผื่นเป็นบริเวณกว้างหรือทายา high potency steroids ยาวนานเกินไปและทาในบริเวณผิวหนังซอกข้อพับต่างๆ เป็นต้น สำหรับคุณภาพชีวิตผู้ป่วย (DLQI) พบว่าส่งผลกระทบในระดับปานกลาง ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบความรุนแรงของผื่นและคุณภาพชีวิต (DLQI) ก่อนและหลังการให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัว พบว่ามีคะแนน PASI เฉลี่ยที่ลดลง และมีความรุนแรงของผื่นสะเกิดเงินลดลง ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับการจัดกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อลดความรุนแรงของโรค และทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น³²

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่าโรคสะเกิดเงินเป็นโรคผิวหนังที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในจังหวัดยโสธรมีความรุนแรงของผื่นน้อย (PASI ≤ 10) มีผลต่อคุณภาพชีวิต (DLQI) ระดับปานกลาง แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของผื่นมากพบว่าส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในด้านต่างๆ ซึ่งมีความสำคัญมากในการให้ความช่วยเหลือดูแลรักษาผู้ป่วย พบว่าความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสะเกิดเงิน จะช่วยให้ลดความรุนแรงของโรค ลดอาการกำเริบ และทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมและสภาวะแวดล้อมได้ดียิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากระยะเวลาในการเก็บข้อมูลจำกัด จำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลน้อยและอาจจะยังไม่ครอบคลุมโรคผิวหนังทั้งหมดที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคผิวหนังของโรงพยาบาลยโสธร และเป็นการเก็บข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ดังนั้นการศึกษารั้งนี้ผลที่ได้จึงเป็นภาพรวมของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเกิดเงินที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในเบื้องต้น

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ได้ทราบถึงผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค สะเก็ดเงินที่มารับการรักษา
2. ได้ทราบถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มารับการรักษา
3. นำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค ผื่นหนังเพื่อลดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลยโสธร แพทย์และเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรมทุกท่านที่มี ส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยสะเก็ดเงินและเจ้าหน้าที่ ของโรงพยาบาลที่ให้การสนับสนุนการทำผลการศึกษานี้ จนสำเร็จลุล่วงดี

เอกสารอ้างอิง

1. Christophers E. Psoriasis--epidemiology and clinical spectrum. Clin Exp Dermatol 2001; 26(4): 314-20. doi: 10.1046/j.1365-2230.2001.00832.x. PubMed PMID: 11422182.
2. Krueger GG, Duvic M. Epidemiology of psoriasis: clinical issues. J Invest Dermatol 1994; 102(6): 14S-18S. doi: 10.1111/1523-1747.ep12386079. PubMed PMID: 8006427.
3. นกตล นพคุณ, ณัฐวุฒิ อาจิมพัฒน์. การสำรวจ ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในประเทศไทยในทาง ระบาดวิทยา อาการทางคลินิก รวมทั้งระบบ การดูแลรักษาโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย. วารสารโรคผื่นหนัง 2554; 27(3): 163-81.
4. Akaraphanth A, Pimonpun G, Kwangsukstid O, Swanpanyeart N. The preliminary report: registration of psoriasis patients in Thailand. Thai j Dermatol 2008; 24: 32-33.
5. เจตน์ วิทิตสุวรรณกุล, ประวีตร อัครวานนท์. Red scaly plaques. ใน: มาริษา พงศ์พลดิพันธ์, บรรณาธิการ. Current issues in dermatology 2013: A to Z dermatology. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2556. หน้า 155-73.
6. Oliveira Mde F, Rocha Bde O, Duarte GV. Psoriasis: classical and emerging comorbidities. An Bras Dermatol 2015; 90(1): 9-20. doi: 10.1590/abd1806-4841.20153038. PubMed PMID: 25672294.
7. พัชรสินี ประสันนาการ. ความชุกและอุบัติการณ์ ของโรคสะเก็ดเงินในโรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี 2560; 25(2): 143-150.
8. Boehncke WH, Schön MP. Psoriasis. Lancet 2015; 386(9997): 983-94. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61909-7. PubMed PMID: 26025581.
9. Armstrong AW, Schupp C, Wu J, Bebo B. Quality of life and work productivity impairment among psoriasis patients: findings from the national psoriasis foundation survey data 2003–2011. PLoS One 2012; 7(12): e52935. doi: 10.1371/journal.pone.0052935. PubMed PMID: 23285231.
10. Wongwiwat W. Knowledge of Thai traditional healers on utilization of medicinal plants for psoriasis treatment in Songkhla, Phatthalung, Trang and Satun Provinces [Dissertation]. Songkhla: Prince of Songkhla university; 2013.
11. Boontae U, Duangchan C, Tawchantuk S, Polin S. Elder's health status and quality of life under the health care provided by community network and simulated families. Journal of nursing and health care 2017; 35(3): 175-85.

12. Thakolwiboon S, Upala S, Geeratragoon T, Benjatikul N, Uathaya M, Tripipitsirawat A, et al. The factors affecting quality of life in Thai psoriasis patients. *J Med Assoc Thai* 2013; 96(10): 1344-9. PubMed PMID: 24350418.
13. Farhangiz S, Hadi N, Naseri M, Agah E, Montazeri A. Assessment of health-related quality of life in patients with psoriasis in comparison with normal subjects in Shiraz Iran. *Shiraz E-Med J* 2014; 15(2): e20589. doi: 10.17795/semj20589.
14. Tejada Cdos S, Mendoza-Sassi RA, Almeida HL Jr, Figueiredo PN, Tejada VF. Impact on the quality of life of dermatological patients in southern Brazil. *An Bras Dermatol* 2011; 86(6): 1113-21. doi: 10.1590/s0365-05962011000600008. PubMed PMID: 22281898.
15. บุญศรี เลิศวิริยจิตต์. การแพทย์แผนไทย: การบำบัดรักษาโรคสะเก็ดเงิน [รายงานการวิจัยได้รับทุนอุดหนุนจากมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2555.
16. Mabuchi T, Yamaoka H, Kojima T, Ikoma N, Akasaka E, Ozawa A. Psoriasis affects patient's quality of life more seriously in female than in male in Japan. *Tokai J Exp Clin Med* 2012; 37(3): 84-8. PubMed PMID: 23032250.
17. Manjula VD, Sreekiran S, Saril PS, Sreekanth MP. A study of psoriasis and quality of life in a tertiary care teaching hospital of kottayam, kerala. *Indian J Dermatol* 2011; 56(4): 403-6. doi: 10.4103/0019-5154.84767. PubMed PMID: 21965848.
18. Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, Ashcroft DM. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol* 2013; 133(2): 377-85. doi: 10.1038/jid.2012.339. PubMed PMID: 23014338.
19. Chen CY. Quality of life and its associated factors for psoriasis patients in China: a cross-sectional study from hospital-based data [Dissertation]. Stockholm, Sweden: Karolinska institutet; 2016.
20. นกตล นพคุณ, ณัฐฐา รัชตะนาวิณ, ป่วน สุทธิพิณิจธรรม, พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน, รัชนี อัครพันธุ์, ชนิษฐา ตูจันดา, และคณะ. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis). สถาบันโรคผิวหนัง [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 8 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.iod.go.th/clinical-practice-guideline-for-psoriasis-2011>
21. กนกวลัย กุลทนนท์, สุขุม เจียมตน, รังสิมา วณิชภักดีเดชา, สุนันทา ฉันทรุจิพงศ์. การศึกษาความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม dermatology life quality index ในคนไทย. *วารสารโรคผิวหนัง* 2547; 20(3): 113-23.
22. ลีนา จุฬาโรจน์มนตรี, ป่วน สุทธิพิณิจธรรม, กนกวลัย กุลทนนท์. การทดสอบความเที่ยงและความตรงของแบบสอบถาม psoriasis dermatology index (PDI) ฉบับภาษาไทย. *วารสารโรคผิวหนัง* 2552; 25: 141-152.
23. ประวิตร อัครานนท์. ความจริงเกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน. *Medical focus* 2556; 59: 32-3.
24. นกตล นพคุณ. โรคสะเก็ดเงิน. สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 8 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dst.or.th/html/index.php?op=article-detail&id=153&csid=8&cid=23>

25. ชนิตว์วัฒน์ วิชญชาคร. โรคสะเก็ดเงินที่เล็บ. สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 8 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dst.or.th/Publicly/Articles/1126.23.8/DypLjyz4Tv>
26. ชนิษฐา วงษ์ประภารัตน์. โรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis). คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 8 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=967>
27. Aekplakorn W, Kosulwat V, Suriyawongpaisal P. Obesity indices and cardiovascular risk factors in Thai adults. *Inter J Obes (Lond)* 2006; 30(12): 1782–90. doi: 10.1038/sj.ijo.0803346. PubMed PMID: 16619055.
28. Chen K, Wang G, Jin H, Xu J, Zhu X, Zheng M, et al. Clinic characteristics of psoriasis in China: a nationwide survey in over 12000 patients. *Oncotarget* 2017; 8(28): 46381-9. doi: 10.18632/oncotarget.18453. PubMed PMID: 28637026.
29. Kim ES, Han K, Kim MK, Park YM, Baek KH, Moon SD, et al. Impact of metabolic status on the incidence of psoriasis: a Korean nationwide cohort study. *Sci Rep* 2017; 7(1): 1989. doi: 10.1038/s41598-017-01983-y. PubMed PMID: 28512338.
30. Milčić D, Janković S, Vesić S, Milinković M, Marinković J, Ćirković A, et al. Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: a hospital-based cross-sectional study. *An Bras Dermatol* 2017; 92(1): 46-51. doi: 10.1590/abd1806-4841.20175178. PubMed PMID: 28225956.
31. Feldman SR, Tian H, Gilloteau I, Mollon P, Shu M. Economic burden of comorbidities in psoriasis patients in the United States: results from a retrospective U.S. database. *BMC Health Serv Res* 2017; 17(1): 337. doi: 10.1186/s12913-017-2278-0. PubMed PMID: 28482887.
32. Jankowiak B, Krajewska-Kulak E, Baranowska A, Krajewska K, Rolka H, Sierakowska M, et al. The importance of the health education in life quality improvement in patients with psoriasis. *Rocz Akad Med Białymst* 2005; 50Suppl1: 145-7. PubMed PMID: 16119650.

ปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยเด็กโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน ที่ส่งผลการรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลยโสธร Risk Factors for admission in pediatric with acute asthmatic attack in Yasothon Hospital

Tanaporn Nitchapanit, M.D.
Dip., Thai Board of Pediatrics
Yasothon hospital Yasothon province

ธนาพร นิจพานิชย์ พ.บ.
ว. กุมารเวชกรรม
โรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: โรคหืดกำเริบเฉียบพลันเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการมาตรวจรักษาที่ห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยเด็ก หากทราบปัจจัยเสี่ยงของการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน จะสามารถรักษาผู้ป่วยได้อย่างทัน่วงทีและอาจช่วยลดการนอนโรงพยาบาลได้

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อการนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยเด็กที่เข้ามารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน

วิธีการศึกษา: การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยเด็กอายุ 6–15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการหืดกำเริบเฉียบพลัน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2564 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ข้อมูลที่ศึกษาประกอบด้วยข้อมูลทางประชากร ปัจจัยกระตุ้น ประวัติการรักษาโรคหืด ลักษณะทางคลินิกแรกรับและการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลกับผู้ป่วยที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยเด็กที่เข้ามารับการรักษาห้องฉุกเฉินและวินิจฉัยว่ามีอาการหืดกำเริบเฉียบพลันที่รับเข้าการศึกษา 180 คน ได้รับการรักษาตัวนอนในโรงพยาบาล 90 คน และไม่ต้องนอนโรงพยาบาล 90 คน พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีข้อมูลพื้นฐานและประวัติการรักษาโรคหืดไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกแรกรับ ระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม พบว่า ผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลมีระยะเวลาของการหอบก่อนมารักษาที่ห้องฉุกเฉินนานกว่า (OR 2.44, 95%CI 1.94- 3.6, $p < 0.01$), มีอาการหอบระดับรุนแรงมากกว่า (OR 2.14, 95%CI 1.64- 2.6, $p < 0.01$) และเมื่อเปรียบเทียบการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลได้รับยาขยายหลอดลมชนิด nebulized β_2 -agonist ใช้ระยะเวลาระหว่างพ่นยาแต่ละครั้งนานกว่ากลุ่มที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล (OR 2.28, 95%CI 1.82- 3.3, $p < 0.01$)

สรุปผลการศึกษา: ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยเด็กโรคหืดกำเริบเฉียบพลันคือ ผู้ป่วยที่มีอาการจับหืดนานก่อนเข้ามารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน อาการประเมินแรกรับมีความรุนแรง และการรักษาที่แผนกฉุกเฉินพบว่าปัจจัยเสี่ยง คือ ระยะเวลาระหว่างการพ่นยา nebulized β_2 -agonist แต่ละครั้งนานกว่ากลุ่มที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล

คำสำคัญ: โรคหอบหืดในเด็ก, โรคหืดกำเริบเฉียบพลันในเด็ก, ปัจจัยเสี่ยงต่อการนอนโรงพยาบาล

Abstract

Background: Acute asthmatic attacks in pediatric patients are one of the leading causes of emergency room visits. If the risk factors for admission of the pediatric patient are known, this will lead to early management and reduce admission rate.

Objective: This study aimed to identify risk factors for hospital admission of acute asthma exacerbation in pediatric patients.

Method of study: Retrospective descriptive study collecting data from medical records of pediatric patients 6–15 years of age diagnosed with acute asthmatic attacks. Between 1st October 2018 to 30th September 2021, purposing sampling was selected medical records to study. The registration data consisted of demographic data, triggers of asthma exacerbation, asthma history, clinical presentation at initial assessment

and management at an emergency room. The data of admitted and non-admitted patients were compared and analyzed to identify risk factors for admission.

Results: A total of 180 patients met the criteria and were included in this study. Of the 90 pediatric patients were admitted, and 90 pediatric patients were non-admitted. Regarding the patients' demographic data and asthma history were not different between the admitted and non-admitted groups. In term of clinical presentation, patients admitted group had, the duration of asthma attack before visited emergency room was longer (OR 2.44, 95%CI 1.94- 3.6, $p < 0.01$), clinical more severe asthma exacerbation (OR 2.14, 95%CI 1.64- 2.6, $p < 0.01$) and received a nebulized β_2 -agonist bronchodilator for longer periods between doses than the non-admitted group. (OR 2.28, 95%CI 1.82- 3.3, $p < 0.01$)

Conclusion: Risk factors for admission in pediatric patients with acute asthma exacerbation was long duration of asthma attack before visited emergency room. Specific clinical marker for admission were severe of asthma exacerbation and had longer interval between dosing nebulized β_2 -agonist bronchodilator than the non-admitted group.

Keywords: pediatric asthma, acute asthma exacerbation, risk factors for admission

บทนำ

ในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหืดจำนวนมากที่มีอาการหืดกำเริบเฉียบพลันรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมาจนถึงขั้นเสียชีวิตได้¹ ในประเทศไทยโรคหืดเป็นโรคที่พบได้บ่อยและคาดว่าจะมีผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 3 ล้านคน โดยพบในเด็กมากถึง 10-12% ของเด็กทั้งหมด ส่วนในผู้ใหญ่พบได้ประมาณ 6.9%² และทั่วโลกพบว่าโรคนี้มีแนวโน้มเกิดมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตเมืองที่มีสิ่งแวดล้อมที่เป็นมลพิษและสารก่อภูมิแพ้ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งยังมีผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขต้องเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและภาระงานผู้ให้บริการทางการแพทย์ โดยมีข้อมูลพบว่าค่าใช้จ่ายในการรับผู้ป่วยโรคหืดไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล (cost of inpatient care) เป็นสัดส่วนที่สูงถึงร้อยละ 52-86 ของ ค่าใช้จ่ายทั้งหมดของผู้ป่วยโรคหืด (total asthma related cost)³

ข้อมูลในประเทศไทยพบว่าอัตราการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหืดสูงถึงร้อยละ 14.8⁴ และมีจำนวนผู้ป่วยโรคหืดในเด็กที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นทุกปี⁵ รวมถึงค่าใช้จ่ายในการให้บริการทางการแพทย์แบบผู้ป่วยในมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในแต่ละปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอีกด้วย⁶ ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวใน

โรงพยาบาลเนื่องจากโรคหืดกำเริบเฉียบพลันเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ 66,679 คน ในปี 2538 เป็น 102,273 คน ในปี 2552 ส่วนผู้เสียชีวิตจาก 806 คน ในปี 2540 เพิ่มขึ้นเป็น 1,697 คนในปี 2546 ด้วยเช่นกัน

โรงพยาบาลยโสธร มีผู้ป่วยเด็กโรคหืดกำเริบเฉียบพลันเข้ารับการรักษาและต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมากในแต่ละปี ซึ่งจากข้อมูลสถิติในปี 2564 มีผู้ป่วยเด็กโรคหืดกำเริบเฉียบพลันที่อายุมากกว่า 5 ปี เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและต้องได้รับการรักษาตัวนอนโรงพยาบาลถึงร้อยละ 14.8⁷ ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคหืดอาการกำเริบจำเป็นต้องได้รับการประเมิน การรักษาและการตัดสินใจอย่างรวดเร็ว จึงเป็นปัญหาที่ท้าทายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในความแออัดของห้องฉุกเฉิน ที่มีทรัพยากรและบุคลากรทางการแพทย์ที่จำกัด

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยเด็กโรคหืดกำเริบเฉียบพลันที่มา รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลยโสธร เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผน ดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งอาจมีผลช่วยลดอัตราการนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยเด็กโรคหืดลงได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อการนอนโรงพยาบาลของ ผู้ป่วยเด็กที่เข้ามารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน

ระเบียบวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) ในผู้ป่วยเด็กอายุ 6–15 ปี ที่เข้ามารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลยโสธร และได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการหืดกำเริบเฉียบพลัน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มของประชากร คือ เวชระเบียนผู้ป่วยเด็กอายุ 6 – 15 ปี ที่เข้ามารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลยโสธร และได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการหืดกำเริบเฉียบพลัน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2564 โดยเก็บข้อมูลในผู้ป่วยเด็กทุกคนที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลยโสธร และทำการสุ่มเลือกประชากรโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยจำนวนประชากรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตร Infinite population proportion (จาก application n4Studies) อ้างอิงอุบัติการณ์ผู้ป่วยเด็กโรคหืดกำเริบเฉียบพลันที่มาเข้ามารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินในวิจัยก่อนหน้านี้⁷ เท่ากับร้อยละ 34.3 ค่าความคลาดเคลื่อนแอลฟาที่ยอมรับได้มีค่าเท่ากับร้อยละ 5 กำลังในการจำแนกร้อยละ 80 ได้ จำนวนตัวอย่างเท่ากับ 72 คน เพิ่มอีกร้อยละ 10 รวมเป็น 79.2 คน เป็นอย่างน้อย โดยมีลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ (1) ประชากร คือ เวชระเบียนผู้ป่วยเด็กอายุ 6 – 15 ปี ที่เข้ามารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลยโสธรและได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการหืดกำเริบเฉียบพลันระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2564 (2) กลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนผู้ป่วยเด็กอายุ 6 – 15 ปี ที่เข้ามารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลยโสธรและได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการหืดกำเริบเฉียบพลัน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2564

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำเอาเวชระเบียนผู้ป่วยเด็กอายุ 6–15 ปี ที่เข้ามารับการรักษาห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลยโสธรทั้งหมด ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2564 โดย

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (inclusion criteria) คือ เวชระเบียนผู้ป่วยเด็กอายุ 6–15 ปี ที่เข้ามารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลยโสธร และได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการหืดกำเริบเฉียบพลัน

เกณฑ์การยุติการศึกษา คือ เวชระเบียน ข้อมูลผู้ป่วย ไม่ครบ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและการวัดผล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ประวัติโรคหืดในครอบครัว เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ประวัติโรคหืดและการรักษาก่อนหน้านี้ที่ต่อนมาโรงพยาบาลในครั้งนี้ ได้แก่ ปัจจัยกระตุ้น ความรุนแรงของโรค ยาที่ใช้รักษาโรคหืดที่ได้รับ ประวัติอาการหืดกำเริบเฉียบพลันที่มาปรึกษาห้องฉุกเฉินหรือเข้ามารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2564

ส่วนที่ 3 อาการและอาการแสดงแรกเริ่มของผู้ป่วยที่มีอาการหืดกำเริบเฉียบพลัน ได้แก่ อัตราการหายใจ, อัตราชีพจร, ระดับ oxygen saturation

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการรักษาโรคหืดกำเริบเฉียบพลันที่ห้องฉุกเฉิน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เสนอเพื่อขอคำรับรองจริยธรรมในการดำเนินการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยโสธร หมายเลขจริยธรรม YST2022-03

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. เก็บข้อมูลและบันทึกข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Epidata

2. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive) ในข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น อายุ ช่วงเวลาที่ได้รับการรักษา รายงานผลเป็นค่าเฉลี่ย (mean) และข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น เพศ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา รายงานผลเป็นร้อยละ

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่เป็นข้อมูลต่อเนื่องด้วย student's-t test และ Wilcoxon signed-rank test อัตราต่อรอง (OR) และช่วงความเชื่อมั่น 95% (CI) ใช้เพื่อกำหนดปัจจัยเสี่ยงต่อการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน สำหรับข้อมูลที่ไม่ต่อเนื่องใช้ chi-square test

4. กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

5. คัดเลือกกลุ่มประชากรจากฐานข้อมูลระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล เป็นผู้ป่วยเด็กอายุ 6–15 ปี ที่ได้รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลยโสธรและได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการหืดกำเริบเฉียบพลันระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2564 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยเด็กที่มาเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและได้รับการนอนโรงพยาบาลหรือส่งตัวไปโรงพยาบาลข้างเคียง และกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่มาเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินแล้วไม่ต้องนอนโรงพยาบาล

6. ผู้ป่วยที่มีข้อมูลเวชระเบียนไม่สมบูรณ์จะถูกตัดออกจากการศึกษา

7. รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนในผู้ป่วยเด็กทุกคนที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และทำการสุ่มเลือกประชากรกลุ่มที่ ต้องนอนและไม่ต้องนอนโรงพยาบาล ในอัตราส่วน 1:1

8. ใช้แบบฟอร์มในการเก็บข้อมูล

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการหืดกำเริบเฉียบพลัน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2564 รวมทั้งหมด 540 คน ทำการสุ่มเลือกประชากรโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ในอัตราส่วน 1:1 ซึ่งผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยและข้อมูลครบถ้วน ทั้งหมด 180 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่มาเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและได้รับการนอนโรงพยาบาล 90 คน และกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินไม่ต้องนอนโรงพยาบาล 90 คน พบว่าข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม คือ มีอายุเฉลี่ย (mean age) เพศ (sex) น้ำหนักมวลกาย (mean body mass index) ประวัติโรคหืดในครอบครัว โรคร่วมที่พบ รวมทั้งคุณลักษณะและประวัติการรักษาโรคหืดและความเสี่ยงในการเกิดหืดกำเริบเฉียบพลันในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีความใกล้เคียงกัน ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 แสดงร้อยละคุณลักษณะประชากร

ปัจจัยทางด้านประชากรศาสตร์	Group	
	กลุ่มผู้ป่วยเด็กได้นอนโรงพยาบาล(N=90)	กลุ่มผู้ป่วยเด็กไม่ต้องนอนโรงพยาบาล (N=90)
เพศ		
ชาย (%)	63 (70.0)	61 (67.78)
หญิง (%)	27 (30.0)	29 (32.22)
Age, year mean + SD	8.4 ± 2.8	8.2 ± 3.2
Body mass index, mean + SD	17.9 ± 3.3	18.3 ± 5.0
Family history of asthma		
Maternal asthma (%)	5 (5.56)	4 (4.44)
Paternal asthma (%)	8 (8.89)	2 (2.22)
Comorbidity of allergic disease		
Allergic rhinoconjunctivitis (%)	47 (52.22)	34 (37.78)
Atopic dermatitis (%)	9 (10.00)	14 (15.56)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความรุนแรงและประวัติการรักษาโรคหืด

Variables ตัวแปร	Group	
	กลุ่มผู้ป่วยเด็กได้นอนโรงพยาบาล (N=90)	กลุ่มผู้ป่วยเด็กไม่ต้องนอนโรงพยาบาล (N=90)
Severity of asthma		
Mild intermittent (%)	32 (35.56)	39 (43.33)
Mild persistent (%)	41 (45.55)	39 (43.33)
Moderate persistent (%)	12 (13.33)	12 (13.33)
Severe persistent (%)	5 (5.56)	0 (0.0)

Variables ตัวแปร	Group	
	กลุ่มผู้ป่วยเด็กได้นอนโรงพยาบาล (N=90)	กลุ่มผู้ป่วยเด็กไม่ต้องนอนโรงพยาบาล (N=90)
เคยมารักษาที่ห้องฉุกเฉินเพื่อตรวจโรคหืดกำเริบในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (%)		
เคย	59 (65.56)	45 (50.0)
ไม่เคย	31 (34.44)	45 (50.0)
การได้รับ corticosteroid สำหรับรักษาโรคหืดกำเริบในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (%)		
ได้รับ	38 (42.22)	34 (37.78)
ไม่ได้รับ	52 (57.78)	56 (62.22)
เคยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคหืดกำเริบในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (%)		
เคย	23 (25.56)	16 (17.78)
ไม่เคย	67 (74.44)	74 (82.22)
เคยหืดกำเริบรุนแรงจนต้องใส่ท่อหลอดลมคอ	0	0
จำนวนการมารักษาที่ห้องฉุกเฉินในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (mean)	3.5	3.0
จำนวนการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคหืดกำเริบในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (mean)	1	1

เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่หืดกำเริบเฉียบพลันที่ต้องนอนโรงพยาบาล กับกลุ่มที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล โดยพิจารณาอาการและการแสดงแรงแกร็บของผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน พบว่า ผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลมีระยะเวลาของการหืดกำเริบก่อนมารักษาที่ห้องฉุกเฉินนานกว่า (11.5 ชั่วโมง vs. 3.5 ชั่วโมง, OR 2.44, 95%CI 1.94-3.6, $p < 0.01$), ผู้ป่วยใช้ยาขยายหลอดลมชนิดพ่นสูดบรรเทาอาการมากกว่า (55% vs. 15%, OR 1.2, 95%CI

1.04-1.34, $p < 0.01$), อาการหอบกำเริบเฉียบพลันระดับรุนแรงมากกว่า (70% vs. 2.2%, OR 2.14, 95%CI 1.64-2.6, $p < 0.01$), โดยมีอัตราการหายใจแกร็บที่ห้องฉุกเฉินมากกว่า (40.7 ± 13.8 /นาที vs. 30.8 ± 6.4 /นาที, OR 1.42, 95%CI 1.84- 2.6, $p < 0.01$) และมีค่าออกซิเจนในเลือดต่ำกว่า ($92.5 \pm 3.7\%$ vs. $96.5 \pm 2.2\%$, OR 2.04, 95%CI 1.84- 3.4, $p < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอาการและการแสดงแรงแกร็บของผู้ป่วยที่มีอาการหืดกำเริบเฉียบพลัน

Variables ตัวแปร	Group		p-value	OR 95%CI
	กลุ่มผู้ป่วยเด็กได้นอนโรงพยาบาล (N=90)	กลุ่มผู้ป่วยเด็กไม่ต้องนอนโรงพยาบาล (N=90)		
ระยะเวลาเป็นชั่วโมงของอาการหืดกำเริบเฉียบพลันก่อนมารักษาที่ห้องฉุกเฉิน (mean)	11.5	3.5	$P < 0.01$	2.44 1.94-3.6
สิ่งกระตุ้น (%)				-
การติดเชื้อทางเดินหายใจ (Respiratory infection)(%)	77 (85.56)	81 (90.00)	NS	
การสัมผัสสารก่อภูมิแพ้ (Allergen exposure) (%)	13 (14.45)	9 (10.00)	NS	
Discontinuation of current treatment (%)	9 (10.0)	9 (10.0)	NS	-
ใช้ยาขยายหลอดลมแบบพ่นสูดบรรเทาอาการ ภายใน 24 ชั่วโมง (%)	50 (55.56)	14 (15.56)	$P < 0.01$	1.2 1.04-1.34
ความรุนแรงของอาการหืดกำเริบ				
Mild (%)	0 (0.0)	45 (50.0)	$P < 0.01$	2.14 1.64-2.6

Variables ตัวแปร	Group		p-value	OR 95%CI
	กลุ่มผู้ป่วยเด็กได้นอน โรงพยาบาล (N=90)	กลุ่มผู้ป่วยเด็กไม่ต้อง นอนโรงพยาบาล (N=90)		
Moderate (%)	27 (30.0)	43 (47.78)		
Severe (%)	63 (70.0)	2 (2.22)		
อัตราการหายใจเริ่มต้น (ครั้ง/นาที) mean + SD	40.7 + 13.8	30.8 + 6.4	P <0.01*	2.44 1.64-2.6
Initial pulse rate (beat/min), mean + SD	130.6 + 17.5	119.0 + 17.2	p =0.02	-
Initial oxygen saturation (%), mean + SD	92.5 + 3.7	96.5 + 2.2	P <0.01*	1.42 1.84-2.6
Initial oxygen saturation ≤ 91 %, (%)	32 (35.56)	2 (2.22)	P <0.01*	2.04 1.84-2.4

ผลการศึกษาเปรียบเทียบการรักษาที่ห้องฉุกเฉินพบว่า ผู้ป่วยที่ดื่มน้ำเกลือชดเชยที่ได้นอนโรงพยาบาลมีแนวโน้มได้รับยาขยายหลอดลมชนิด nebulized short acting β_2 agonist จำนวนมากกว่า และได้ยา nebulized anticholinergic agent มากกว่า แต่เมื่อศึกษาดูระยะห่างระหว่างการพ่นยา nebulized short acting β_2 agonist

แต่ละครั้ง พบว่าระยะห่างในการพ่นยาแต่ละครั้งของ nebulized short acting β_2 agonist นานกว่ากลุ่มที่ไม่ได้นอนโรงพยาบาล (32.2 ± 17.8 นาที vs. 17.5 ± 5.0 นาที, OR 2.28, 95%CI 1.82- 3.3, p < 0.01) อย่างไรก็ตามมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน

Variables ตัวแปร	Group		p-value	OR 95%CI
	กลุ่มผู้ป่วยเด็ก ได้นอนโรงพยาบาล (N=90)	กลุ่มผู้ป่วยเด็ก ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล (N=90)		
ระยะเวลาจากการพบแพทย์จนได้รับยาขยายหลอดลม nebulized short acting β_2 agonist นาที (mean + SD)	9.3 + 3.8	6.5 + 5.6	NS	-
Interval received nebulized short acting β_2 agonist, minutes (mean + SD)	32.2 + 17.8	17.5 + 5.0	P <0.01	2.28 1.82-3.3
Number of doses of nebulized short acting β_2 agonist in the first hour, (mean + SD)	2.2 + 0.8	2.0 + 0.8	P <0.01	1.04 1.04-2.2
Number of doses of nebulized short acting β_2 agonist during emergency room, (mean + SD)	3.3 + 1.0	2.0 + 0.8	P <0.01	1.98 1.84-2.1
ได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดฉีด (%)	47 (52.22)	45 (50.0)	NS	-
ได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดฉีด ภายใน 1 ชั่วโมง (%)	16 (17.78)	14 (15.56)	NS	-
ได้รับยา Nebulized anticholinergic agent (%)	38 (42.22)	11 (12.22)	P <0.01	1.74 1.18-2.1

การอภิปรายผล

โรคหืดเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยเด็ก จากการศึกษาของ Thakultivakorn M และคณะ⁸ พบว่าความชุกของโรคหืดในกลุ่มเด็กไทยเท่ากับ 10% โรคหืดในเด็กส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครอง รวมถึงส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจอีกด้วย จากการศึกษาของ Ngampai boon J และคณะ⁹ พบอัตราการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยหอบหืดในประเทศไทยเท่ากับ 8.4% โรงพยาบาลยโสธรมีผู้ป่วยเด็กโรคหืดเข้ารับการรักษาและต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมากในแต่ละปี ซึ่งจากข้อมูลสถิติในปี 2564 มีผู้ป่วยเด็กโรคหืดกำเริบเฉียบพลันที่อายุมากกว่า 5 ปี เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและต้องได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 14.8⁷ ซึ่งสูงกว่าการศึกษาข้างต้น

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับทางเดินหายใจ จึงส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ตั้งแต่ความไม่สบายตัวเล็กๆ น้อยๆ หายใจไม่สะดวกจนถึงอันตรายถึงแก่ชีวิต เป้าหมายในการรักษาโรคหืดคือการควบคุมโรคได้เป็นอย่างดี ประกอบด้วย ควบคุมอาการโรคหืด (symptom control) ไม่มีอาการกลางวัน ไม่มีอาการกลางคืน ไม่ต้องใช้ยาขยายหลอดลม (reliever) ไม่มีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดในอนาคต (future risks prevention) คือควบคุมโรคได้โดยไม่มีหืดกำเริบหรือเสียชีวิตจากโรคหืด อย่างไรก็ตามความรุนแรงที่มากับโรคหืดคือ ภาวะหืดกำเริบเฉียบพลัน (acute asthma attack) ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที อาจทำให้ถึงขั้นเสียชีวิต ซึ่งเป็นปัญหาที่ท้าทายโดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาในห้องฉุกเฉินที่มีความแออัดและทรัพยากรทางการแพทย์จำกัด

ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหืดกำเริบเฉียบพลัน อาจมาจากการใช้ยาไม่สม่ำเสมอ ใช้ยาไม่ถูกต้องหรือหลอดลมของผู้ป่วยมีความไวต่อสิ่งกระตุ้นอย่างรุนแรง ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยเข้าห้องฉุกเฉินจากอาการของโรคหืดมากกว่าปีละ 1 ล้านครั้ง การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยเด็กโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน แบ่งเป็น 2 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยทางด้าน

ตัวผู้ป่วยเองและปัจจัยทางด้านการรักษาทั้งในระยะหืดกำเริบเฉียบพลันและระยะติดตาม ดังนั้น ปัจจัยทางด้านตัวผู้ป่วยเองและประวัติการรักษาโรคหืดที่ผ่านมา งานวิจัยนี้พบว่าปัจจัยทางด้านตัวผู้ป่วยเองนั้น ประชากรทั้ง 2 กลุ่มที่ศึกษามีคุณลักษณะและความเสี่ยงในการเกิดหืดกำเริบไม่แตกต่างกัน โดยเมื่อศึกษาสิ่งกระตุ้นที่ทำให้มีอาการหืดกำเริบเฉียบพลันพบว่า ทั้งจากการติดเชื้อทางเดินหายใจ (Respiratory infection) และการสัมผัสสารก่อภูมิแพ้ (Allergen exposure) พบว่าผู้ป่วยเด็กที่มีอาการหืดกำเริบเฉียบพลันทั้งกลุ่มที่ต้องนอนโรงพยาบาลและไม่ต้องนอนโรงพยาบาล พบเป็นปัจจัยกระตุ้นในการเกิดหืดกำเริบเปอร์เซ็นต์เท่าๆกัน ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Carroll CL และคณะ¹⁰, Moin M และคณะ¹¹ และ Tolomeo C และคณะ¹² ที่พบว่าความเสี่ยงในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะโรคหืดกำเริบเฉียบพลันได้แก่ ภาวะอ้วน มีประวัติโรคภูมิแพ้อื่นๆ หรือภูมิแพ้ในครอบครัว ประวัติอดีตเคยนอนโรงพยาบาลด้วยโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน ประวัติการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น ประวัติการได้รับการรักษาไม่สม่ำเสมอ¹¹⁻¹² อาจเกิดจากจำนวนผู้ป่วยที่คัดเลือกเข้าสู่งานวิจัยนี้มีจำนวนผู้ป่วยที่น้อยเกินไป ทำให้ผลการศึกษาทางปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเองจึงไม่แตกต่างกันมากนัก

นอกจากนี้ในการศึกษาระดับความรุนแรงของอาการหืดกำเริบเฉียบพลัน พบว่ามีการศึกษาของ Pollack CV Jr และคณะ¹³ พบว่าในกลุ่มที่นอนโรงพยาบาลจะมีอาการอยู่ในระดับรุนแรงมากกว่า อัตราการหายใจมากกว่า ระดับ oxygen saturation และ peak expiratory flow ที่น้อยกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาของ Geelhoed GC และคณะ¹⁴ ที่พบว่าระดับ oxygen saturation ที่น้อยกว่า 92% จะมีความเสี่ยงในการนอนโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา และตรงตามเวชปฏิบัติแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ใหญ่และเด็ก พ.ศ. 2555¹⁵ หากประเมินความรุนแรงของโรคหืดกำเริบอยู่ในระดับรุนแรง ควรรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

ส่วนปัจจัยทางด้านการรักษาในระยะหืดกำเริบเฉียบพลัน ผลการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่นอนโรงพยาบาล มีระยะเวลาอาการหืดกำเริบเฉียบพลันก่อนมารักษาที่ห้องฉุกเฉินนานกว่า และใช้ยาพ่นขยายหลอดลมชนิดพ่นสูด short acting β_2 agonist เป็นยา

บรรเทาอาการก่อนมาที่ห้องฉุกเฉินจำนวนมากว่า แสดงถึงการรับรู้ที่ล่าช้าของอาการที่ดก้าเริบเฉียบพลัน ส่งผลเพิ่มความเสี่ยงในการนอนโรงพยาบาล แต่เนื่องจากในงานวิจัยนี้ไม่พบผู้ป่วยอาการที่ดก้าเริบรุนแรงที่มีภาวะหายใจล้มเหลว จึงไม่สามารถสรุปได้ว่าการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมชนิดพ่นสูด short acting β_2 agonist ก่อนมารักษาที่ห้องฉุกเฉินจำนวนมากว่าเพิ่มความเสี่ยงในการนอนโรงพยาบาล แม้จากผลการศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มนอนโรงพยาบาลจะสูงกว่ากลุ่มไม่นอนโรงพยาบาลแต่การใช้ยาพ่นขยายหลอดลมชนิดพ่นสูดบรรเทาอาการที่มีประสิทธิภาพสามารถจะช่วยลดการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวซึ่งเป็นภาวะที่ดก้าเริบเฉียบพลันที่รุนแรงกว่าได้

เปรียบเทียบการรักษาที่ห้องฉุกเฉินพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่นอนโรงพยาบาลได้รับยาพ่นขยายหลอดลม nebulized short acting β_2 agonist จำนวนมากกว่ากลุ่มที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล รวมถึงต้องได้รับ systemic steroid และ Anticholinergic agent (ipratropium bromide) มากกว่าในกลุ่มไม่นอนโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pollack CV Jr และคณะ¹³ แต่ที่แตกต่างคือ กลุ่มที่นอนโรงพยาบาลถึงแม้จะได้รับยาพ่นขยายหลอดลม nebulized short acting β_2 agonist มากกว่า แต่การศึกษานี้พบว่าระยะห่างของเวลาพ่นยา nebulized short acting β_2 agonist แต่ละครั้ง ที่ห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยกลุ่มที่นอนโรงพยาบาลนานกว่า แม้ว่ามีอาการและอาการแสดงรุนแรงแรกรับอย่างชัดเจนซึ่งอาจจะเกิดจากในห้องฉุกเฉินมีบุคลากรดูแลจำกัด สันนิษฐานว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่มีอาการรุนแรงอาจจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยเพิ่มเติมหรือให้อาหารอื่นๆซึ่งอาจมีผลต่อการพ่นยา เช่นการให้ออกซิเจน ซึ่งตามแนวทางการให้การรักษาสําหรับผู้ป่วยที่มีอาการที่ดก้าเริบเฉียบพลันแล้วหากพบว่าค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว มีต่ำกว่าค่าปกติต้องมีการให้การบำบัดด้วยออกซิเจน (oxygen supplement) โดยให้ค่าออกซิเจนความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วเกิน 95% ขึ้นไป¹⁵ โดยเวชปฏิบัติแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ใหญ่และเด็ก พ.ศ. 2555¹⁵ ได้วางแนวทางดูแลผู้ป่วยที่มีอาการที่ดก้าเริบเฉียบพลันรุนแรงที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ควรได้รับยาพ่นขยายหลอดลมชนิด nebulized short acting β_2 agonist ทุก 20 นาที ให้ได้ถึง 3 ครั้ง ใน 1 ชั่วโมง แต่ถ้าอาการไม่ดีขึ้นหลังจากพ่นยาครบ 3 ครั้งใน 1 ชั่วโมงแรก ให้รับไว้ในโรงพยาบาล การรักษาบางอย่างสามารถลดความเสี่ยงที่จะต้องรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล (risk of hospital admission) โดยเพิ่มยาพ่นขยายหลอดลมชนิดสูดดมตัวที่สอง

ยาชนิด anticholinergic เช่น ipratropium bromide โดยจะเห็นได้ว่าการรักษาอาการที่ดก้าเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็กที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลยโสธรยังไม่สอดคล้องกับแนวทางการให้ยาพ่นขยายหลอดลม nebulized short acting β_2 agonist

ทางผู้วิจัยจึงนำผลสรุปที่ได้จากงานวิจัยนี้มาปรับปรุงและพัฒนาคลินิกหอบหืดในการให้ความรู้ผู้ป่วยโรคหืดความสำคัญของวิธีสังเกตอาการเพื่อประเมินตนเองก่อนมีอาการที่ดก้าเริบ ในกรณีที่โรคหืดกำเริบผู้ปกครองและผู้ป่วยสามารถรักษาตนเองเบื้องต้นตามแผนการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละราย (asthma action plan) และเน้นย้ำวิธีการสูดพ่นยาที่ถูกต้อง รวมถึงเสนอแนะการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลยโสธร ในการวางแผนดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กที่มีอาการที่ดก้าเริบเฉียบพลันให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะการให้ยาพ่นขยายหลอดลม nebulized short acting β_2 agonist แล้วประเมินผู้ป่วยซ้ำอย่างรวดเร็วภายใน 1 ชั่วโมง เพราะระยะเวลาการพ่นยาที่มีประสิทธิภาพอาจส่งผลช่วยลดอัตราการนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยเด็กโรคหืดกำเริบเฉียบพลันลงได้

สรุปผลการศึกษา

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยเด็กโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลยโสธร คือกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่มีอาการที่ดก้าเริบเฉียบพลันนานก่อนเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและอาการประเมินแรกรับมีความรุนแรง ส่วนการรักษาที่แผนกฉุกเฉินพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลคือการได้รับการรักษาด้วยยาพ่นขยายหลอดลมชนิด nebulized β_2 -agonist ที่ใช้ระยะเวลาระหว่างการพ่นยาแต่ละครั้งนานกว่ากลุ่มที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

ห้องฉุกเฉิน ควรมีการจัดทำ standing order สำหรับการรักษาโรค acute asthma exacerbation ในเด็กสำหรับผู้ป่วยควรมีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเด็กโรคหืดกำเริบเฉียบพลันทั้งในระยะสั้นและระยะยาวโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และควรมีการนำแนวทางการให้ความรู้ไปพัฒนาเป็นคู่มือ ฝึกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กและญาติสามารถดูแลโรคหืดกำเริบเฉียบพลันได้

อย่างเหมาะสมและถูกต้อง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนำมาพัฒนาห้องฉุกเฉินและคลินิกโรคหืดในเด็กโรงพยาบาลยโสธร

ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากระยะเวลาในการเก็บข้อมูลจำกัด จำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลน้อยและอาจจะยังไม่ครอบคลุมผู้ป่วยเด็กโรคหืดกำเริบเฉียบพลันทั้งหมดที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลยโสธร และเป็นการเก็บข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยเด็กโรคหืดกำเริบเฉียบพลันที่มารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน ดังนั้นการศึกษารั้งนี้ผลที่ได้จึงเป็นภาพรวมของผู้ป่วยเด็กโรคหืดกำเริบเฉียบพลันที่รับการรักษาในเบื้องต้นและจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

จากการศึกษาความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยเด็กโรคหืดกำเริบเฉียบพลันที่ส่งผลต่อการรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลยโสธรนั้น มีการนำไปใช้ประโยชน์ ดังนี้

1. นำผลการวิจัยเสนอผู้บริหารองค์กร เพื่อใช้ในการพิจารณาตัดสินใจในการกำหนดนโยบาย การดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน
2. นำผลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน ในแผนกกุมารเวชกรรม และเครือข่ายบริการสุขภาพทั่วทั้งจังหวัดยโสธรให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
3. เป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับผู้ที่จะศึกษาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลยโสธร แพทย์และเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และกลุ่มงานกุมารเวชกรรมทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหืดกำเริบเฉียบพลันและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลยโสธรที่ให้การสนับสนุนการทำผลงานการศึกษานี้จนสำเร็จลุล่วงดี

เอกสารอ้างอิง

1. Martinez FD. Trends in asthma prevalence, admission rates, and asthma death. *Respir Care* 2008; 53(5): 561-5. PubMed PMID: 18426610.

2. ดาริกา วอทอง, เนสินี ไชยเอีย, วัชรรา บุญสวัสดิ์. ลักษณะอาชีพและปัจจัยกระตุ้นการเกิดโรคหืดของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคลินิกโรคหืดในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2557; 29 (3): 224.
3. Bahadori K, Doyle-Waters MM, Marra C, Lynd L, Alasaly K, Swiston J, et al. Economic burden of asthma: a systematic review. *BMC Pulm Med* 2009; 9: 1-16. doi: 10.1186/1471-2466-9-24. PubMed PMID: 19454036.
4. Boonsawat W, Charoenphan P, Kiatboonsri S, Wongtim S, Viriyachaiyo V, Pothirat C, et al. Survey of asthma control in Thailand. *Respirology* 2004; 9(3): 373-8. doi: 10.1111/j.1440-1843.2004.00584.x. PubMed PMID: 15363011.
5. Visitsunthorn N, Durongpisitkul W, Uoonpan S, Jirapongsananuruk O, Vichyanond P. Medical charge of asthma care in admitted Thai children. *J Med Assoc Thai* 2005; 88 (suppl 8): S16- 20. PubMed PMID: 16856420.
6. Suwan P. In-patient medical service charge of pediatric patients with asthma at BMA Medical College and Vajira Hospital. *Vajira Med J* 2010; 54: 160-170.
7. ข้อมูลงานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลยโสธร. จำนวนผู้ป่วยเด็กโรคหืดเข้ารับการรักษาและต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลยโสธร. ยโสธร; 2564.
8. Trakultivakorn M, Sangsupawanich P, Vichyanond P. Time trends of the prevalence of asthma, rhinitis and eczema in Thai children-ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) Phase Three. *J Asthma* 2007; 44(8): 609-11. doi: 10.1080/02770900701540119. PubMed PMID: 17943570.

9. Ngamphaiboon J, Kongnakorn T, Detzel P, Sirisomboonwong K, Wasiak R. Direct medical costs associated with atopic diseases among young children in Thailand. *J Med Econ* 2012; 15(6): 1025-35. doi: 10.3111/13696998.2012.698671. PubMed PMID: 22642533.
10. Carroll CL, Stoltz P, Raykov N, Smith SR, Zucker AR. Childhood overweight increase hospital admission rates for asthma. *Pediatrics* 2007; 120(4): 734-40. doi: 10.1542/peds.2007-0409. PubMed PMID: 17908759.
11. Moin M, Aghamohammadi A, Gharavi MH, Ardestani A, Faghihimehr A, Kouhi A, et al. Risk factors leading to hospital admission in Iranian asthmatic children. *Int Arch Allergy Immunol* 2008; 145(3): 244-8. doi: 10.1159/000109293. PubMed PMID: 17914276.
12. Tolomeo C, Savrin C, Heinzer M, Bazzi-Asaad A. Predictors of asthma-related pediatric emergency department visits and hospitalizations. *J Asthma* 2009; 46(8): 829-34. PubMed PMID: 19863288.
13. Pollack CV Jr, Pollack ES, Baren JM, Smith SR, Woodruff P, Clark S, et al. A prospective multicenter study of patient factors associated with hospital admission from the emergency department among children with acute asthma. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156(9): 934-40. doi: 10.1001/archpedi.156.9.934. PubMed PMID: 12197803.
14. Geelhoed GC, Landau LI, Le Souëf PN. Evaluation of SaO₂ as a predictor of outcome in 280 children presenting with acute asthma. *Ann Emerg Med* 1994; 23(6): 1236-41. doi: 10.1016/s0196-0644(94)70347-7. PubMed PMID: 8198296.
15. สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ใหญ่และเด็ก พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: ยูเนียนอุตราไวโอเร็ด; 2555.

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะสุดท้ายในชุมชน: กรณีศึกษา

Nursing care of The Patient Malignant Neoplasm of Breast Cancer in Community: A Case Study

Amporn Yukhong (RN.)
Primary and Holistic care Department
Mahachanachai Hospital
Yasothon Province

อัมพร อยู่คง พยบ.
กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม
โรงพยาบาลมหาชนะชัย
จังหวัดยโสธร

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งเต้านมคือเซลล์ของเนื้อเยื่อเต้านมที่มีการเปลี่ยนแปลงภายในจนทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเติบโตอย่างรวดเร็วจนร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ เซลล์จะแบ่งตัวทำลายเนื้อเยื่อและอวัยวะใกล้เคียงรวมถึงกระจายไปอวัยวะอื่น เช่น ตับ ปอด จนสูญเสียหน้าที่และเข้าสู่ระยะสุดท้าย อีกทั้งมีโรคร่วม เช่น เบาหวานและวัณโรคปอด ทำให้เสียชีวิตในที่สุด ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย รวมถึงภาวะจิตใจของคนในครอบครัว ดังนั้นการให้การพยาบาลในชุมชนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีโรคร่วมด้วยโดยการดูแลต่อเนื่องโดยการเยี่ยมบ้านต่อเนื่องจากสถานบริการสู่บ้านและชุมชนส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลแบบองค์รวมมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาวะของโรคที่ดำเนินอยู่

กรณีศึกษา: เป็นการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีโรคร่วมคือ โรคเบาหวานและวัณโรคปอด ที่รักษาด้วยการผ่าตัดและให้เคมีบำบัดที่โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ตามแผนการรักษาคือ การรักษาด้วยเคมีบำบัดติดต่อกัน 6 ครั้ง แต่แต่ละครั้งห่างกัน 4 สัปดาห์ มีการวางแผนการพยาบาลตามแนวเวชปฏิบัติครอบครัว INHOMESSS เพื่อประเมินได้ครอบคลุมทั้งด้านกาย ใจ จิต สังคม วิญญาณและด้านเศรษฐกิจ ให้การพยาบาลในชุมชนโดยการติดตามเยี่ยมบ้าน ตั้งแต่ระยะหลังการผ่าตัด การเตรียมตัวก่อนให้เคมีบำบัด การดูแลหลังให้เคมีบำบัดรวมถึงการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองในโรคร่วมที่ผู้ป่วยดำเนินอยู่ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ติดตามอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอด้วยการนัดหมายล่วงหน้าและแก้ไขปัญหา ทั้งที่วางแผนมาหรือตามสภาพปัญหาที่พบ

ผลลัพธ์: ผู้ป่วยทุเลาจากปัญหาที่พบและอาการเจ็บป่วยและภาวะร่วมอื่นๆ สามารถยอมรับในระยะดำเนินการของโรค มีกำลังใจและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างเหมาะสมตามสภาพปัญหา ญาติผู้ป่วยมีความเข้าใจแนวทางการรักษา สามารถให้การดูแลและอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้

สรุป: การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พยาบาลผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพ แนวทางการรักษา การให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับปัญหาและโรคที่ดำเนินอยู่ ให้การพยาบาลแบบองค์รวมโดยกระตุ้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและญาติในการวางแผนในการดูแลต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและชุมชนทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพของภาวะเจ็บป่วย ส่งผลให้บรรลุตามเป้าหมายของการดูแลระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะสุดท้าย, การพยาบาลแบบองค์รวมในชุมชน

ABSTRACT

Breast cancer is the cell of the breast tissue that contains internal changes which caused the changes to grow so rapidly that the body cannot be controlled. Cell would divide and destroy nearby tissues and organs and could also spread to other organs such as liver and lungs until they become malfunction and enters the final stage of cancer. In addition, the presence of co-morbidities such as diabetes and pulmonary tuberculosis, which ultimately leads to death. This inflicts both physical and mental suffering of the patient including the mental state within family members. Therefore, providing community-based nursing care for final stage cancer patients with other diseases by continuing care with continual home visits from the service

center to home and community, resulting in patients and families receive holistic care and improve good quality of life that depends on the conditions of the disease at the present time.

Case study: This study was of late-stage cancer patients with co-morbidities of diabetes and pulmonary tuberculosis treated with surgery and chemotherapy at Ubonratchathani Cancer Hospital, the treatment plan was 6 consecutive chemotherapy sessions, each 4 weeks apart. INHOMEBESS treatment plan was implemented according to medical implementation which covered physical, mental, social, spiritual and economic aspects. And providing nursing care in the community by following home visits since the post-operative period, preparation before chemotherapy treatment, post-chemotherapy care including giving advice on self-care for patient's ongoing co-morbidities. Observation of disease complications, continuation and consistent following up with patients of advance appointments and solving problems according to plan and conditions encountered.

Results: Patients recovered from problems encountered and other illnesses and accepted terms of period of disease. With morale support, they were able to follow any advice appropriately according to the problem. Patients' relatives understood treatment guidelines and were able to provide care and live with the patient.

Conclusion: Nursing care of final cancer patients, those nursing caregivers must have knowledge of pathology and treatment guidelines. Providing appropriate advice with ongoing problems and diseases, providing holistic nursing by encouraging participation of family and relatives in planning continuity care from hospital to family and community, these would bring about good quality of life to patients and family according to the condition of the illness. Theses would result in achieving goals of palliative final stage care.

Keywords: final stage breast cancer patients, holistic nursing in the community

บทนำ

สถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบมะเร็งเต้านมเป็นอันดับหนึ่งของมะเร็งทั้งหมดในหญิงไทยและมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มมากขึ้นทุกปี ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการมีเครื่องมือโมแกรมที่ช่วยให้สามารถตรวจพบมะเร็งในระยะเริ่มแรกได้ก่อนที่จะปรากฏอาการ¹ และอาจเป็นผลจากสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยมีแนวโน้มใกล้เคียงประเทศทางตะวันตกมากขึ้น มีมลภาวะต่างๆ มากขึ้น ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้หญิงป่วยมะเร็งเต้านมมากขึ้น ผู้หญิงทุกคนมีโอกาสป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ปัจจุบันสถิติข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ² พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเฉลี่ยประมาณ 30-40 คนต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งยังเป็นอัตราที่ต่ำกว่าประเทศทางตะวันตก ในปี 2563 โรคมะเร็งที่พบในหญิงไทย พบวันละ 159 คนต่อแสนประชากร โดย 5 ชนิดมะเร็งที่พบในหญิงไทยมากที่สุด ได้แก่ มะเร็งเต้านม, มะเร็งลำไส้และไส้ตรง, มะเร็งตับและท่อน้ำดี, มะเร็งปอด และมะเร็งปาก

มดลูก คิดเป็นร้อยละ 34.2, 13.3, 12.2, 11.5 และ 11.1 ตามลำดับ³ ซึ่งมะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุด ผู้หญิงและยังมีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งปอด ดังนั้นการดูแลตัวเองเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งและการค้นพบมะเร็งตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและก่อนมะเร็งยังอยู่เฉพาะที่เต้านมยังไม่แพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองจึงเป็นเรื่องสำคัญ สามารถรักษาให้หายขาดได้ ถ้ามาพบแพทย์ตั้งแต่ยังอยู่ในระยะเริ่มแรก หากตรวจพบมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้นมีโอกาสที่จะมีชีวิตเกิน 5 ปีถึงร้อยละ 98 ถ้าตรวจเจอขณะก่อนมะเร็งกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้แล้วมีโอกาสที่จะมีชีวิตเกิน 5 ปีร้อยละ 84 ถ้าตรวจเจอขณะมะเร็งแพร่กระจายไปแล้วโอกาสที่จะมีชีวิตเกิน 5 ปี มีเพียงร้อยละ 23 และยังไม่แพร่กระจายจะทำให้มีโอกาสรอดชีวิตสูง⁴

เขตสุขภาพที่ 10 พบว่าอัตราการเกิดโรคมะเร็งเต้านมต่อประชากรแสนคนในภาพรวมปี 2563 เท่ากับร้อยละ 27.77 พบในช่วงอายุ 50-59 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ

35.34 แยกตามระยะของโรคพบว่าระยะที่ 3-4 มากที่สุดร้อยละ 29.57 ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายของการดำเนินของโรค จังหวัดยโสธร ปี 2563 พบมะเร็งทุกชนิดอยู่ในอันดับที่ 4 ของ 5 อันดับโรคแรกที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก พบอัตราการตายด้วยมะเร็งทุกชนิดต่อประชากรแสนคน ปี 2561-2563 ดังนี้ 121.21, 130.12 และ 130.47 ตามลำดับ อัตราผู้ป่วยดังกล่าวขึ้นอยู่กับการปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็ง ดังนี้ (1) อายุ (2) พันธุกรรม ประวัติการเกิดมะเร็งในครอบครัวและการเกิดมะเร็งด้านมของตัวเอง และ (3) ปัจจัยของฮอร์โมน เช่น อายุเริ่มต้นของการมีประจำเดือน อายุที่หมดประจำเดือน การมีบุตร การให้นมบุตร ประวัติการใช้ยาฮอร์โมนทดแทนในวัยทอง นอกจากนั้นยังมีความเสี่ยงอื่นๆ เช่น พฤติกรรม ความอ้วน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ โรคประจำตัวเบาหวาน เป็นต้น การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งด้านมระยะสุดท้ายคือการวางแผนบริการที่สามารถดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งด้านมระยะสุดท้ายให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ มีการประสานการบริการระหว่างหน่วยบริการต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประสานการดูแลที่เป็นลักษณะสามประสานระหว่างบ้านหรือชุมชน สถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน กับโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นเครือข่ายบริการ กรอบแนวคิดที่เหมาะสมในการศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งด้านมอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชนได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง⁵ ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การสนับสนุนด้านนโยบายและทรัพยากรจากชุมชนเป็นสิ่งที่ต้องการความร่วมมือจากชุมชนที่ต้องอาศัยการกำหนดนโยบายขององค์กรชุมชนการตั้งศักยภาพและทรัพยากรในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และ 2) การจัดบริการดูแลอย่างเป็นระบบ เป็นส่วนที่เน้นการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างเป็นระบบจัดระบบการดูแลที่ดีทั้ง 2 องค์ประกอบที่จะส่งผลทำให้เกิดระบบการดูแลเชิงรุกของทีมผู้ให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้ผู้ป่วยมีการตื่นตัวมีทักษะและกำลังใจในการดูแลสุขภาพตนเอง

ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพในฐานะหมอบุรุษต้องมีความรู้ด้าน 1) การดูแลความเจ็บป่วยในครอบครัวทั้งเชิงรับและเชิงรุก 2) สนับสนุนพลังอำนาจของครอบครัว (Empowerment) ค้นหาศักยภาพของครอบครัวและ

ชุมชนรอบข้างเพื่อวางแผนการดูแล 3) ให้คำปรึกษา/แนะนำด้านสุขภาพแก่ครอบครัวที่รับผิดชอบ 4) มีการประสานและปฏิบัติงานแบบเป็นหุ้นส่วน 5) การพิทักษ์สิทธิครอบครัวในความรับผิดชอบ และ 6) ทำหน้าที่ประสานงานการส่งต่อและติดตามภายหลังส่งต่อ

การใช้ INHOMESSS⁵ เป็นเครื่องมือขณะลงให้การดูแลที่บ้าน มองปัญหาแบบองค์รวมระดับบุคคล ระดับครอบครัวใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน คือ การประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลที่วางไว้ และการติดตามประเมินการพยาบาลจุดหมายคือการส่งเสริม ป้องกันสุขภาพของคนในครอบครัว รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ได้ตามอัตภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความสุขทุกขุทรมานจากโรคน้อยที่สุดโดยตอบสนองความต้องการแบบองค์รวมทั้งร่างกายและจิตใจ สังคม จิตวิญญาณอย่างเหมาะสมและต่อเนื่องจนกระทั่งเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น กลุ่มงานด้านการบริการปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลมหาชนะชัยได้ตระหนักถึงความสำคัญในการศึกษาดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งด้านมอย่างต่อเนื่องในพื้นที่รับผิดชอบ 6 ชุมชน ประชากรจำนวน 6,774 คน มีบทบาทหลักในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และด้านสังคม ตลอดจนฟื้นฟูสภาพในประชาชนทุกกลุ่มวัย เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข สถิติการรายงานข้อมูล⁶ ในปีงบประมาณ 2564 พบว่ามีผู้ป่วยโรคมะเร็งด้านมในเขตอำเภอมหาชนะชัยจำนวน 17 คน และเสียชีวิตตั้งแต่ปี 2561-2563 จำนวน 1, 1 และ 2 คน ตามลำดับ พยาบาลผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งด้านมระยะสุดท้ายในบทบาทของพยาบาลหมอบุรุษโดยใช้สมรรถนะการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล⁷ เพื่อเป็นแนวทางมาปรับใช้ในการดูแลปัญหาผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชนในกรณีอื่นๆ ต่อไป

กรณีศึกษา

ผู้หญิงไทย อายุ 67 ปี แพทย์วินิจฉัยเป็น Malignant neoplasm of breast, unspecified c DM c TB (วันที่ 2 กันยายน 2564) 8 เดือนก่อนมาตรวจพบก้อนที่เต้านมข้างซ้าย ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและรับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยมีโรคร่วมคือโรคเบาหวาน รับยาที่ รพ.มหาชนะชัย เป็นเบาหวานเมื่ออายุ 65 ปี พ.ศ. 2563 ได้รับการรักษาต่อเนื่องควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี นิด 4 เดือนก่อนมีอาการไข้ ไอ เหนื่อย หอบ น้ำหนักตัวลด เข้ารับการรักษาตัวที่ รพ.มหาชนะชัย แพทย์วินิจฉัยแรกรับว่าเป็นวัณโรคปอด 1 วันก่อนมา อาการเหนื่อยหอบ หายใจไม่อิ่ม ผู้ป่วยตรวจพบก้อนที่เต้านมข้างซ้าย แพทย์แจ้งว่าเป็นมะเร็งเต้านมเมื่ออายุ 66 ปี พ.ศ. 2564

ประวัติการป่วยและสารเคมี: ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร หรือสารเคมีใด ๆ

ประวัติการผ่าตัด: ผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ลักษณะนิสัย: ผู้ป่วยมีอุปนิสัยใจดี เอื้อเฟื้อพี่น้อง

ฐานะทางเศรษฐกิจ: ลักษณะที่พักปัจจุบันเป็นบ้านสองชั้น พื้นชั้นล่างเป็นกระเบื้อง ด้านบนมี 2 ห้องนอน ด้านล่างมี 1 ห้องนอน ซึ่งเป็นห้องนอนของผู้ป่วยเอง โดยมีห้องน้ำภายในตัวบ้านติดกับห้องครัว ผู้ป่วยเป็นประธานอาสาสมัครสาธารณสุข หมู่ 3 ตำบลฟ้าหยาด เป็นคนชอบออกกำลังกายสม่ำเสมอ รายได้ประจำคือเบี้ยผู้สูงอายุ 600 บาท และค่าป่วยการ อสม. 1,000 บาท ค่าใช้จ่ายประจำวันและค่าอาหารจะเป็นลูกสาวที่ทำงานที่จังหวัดปทุมธานีรับผิดชอบหลัก

สิทธิการรักษา: ผู้ป่วยมีบัตรประกันสุขภาพแบบยกเว้นค่าธรรมเนียม อสม.

การพักผ่อน: ผู้ป่วยจะนอนพักเวลากลางวัน โดยจะนอนพักบริเวณบ้านชั้นล่าง หรือรอบบริเวณบ้าน

การรับประทานอาหาร: สามารถรับประทานอาหารโดยทั่วไป แต่จะชอบรับประทานอาหารปลาและผักเป็นหลัก รับประทานอาหารได้น้อย

การขับถ่าย: ถ่ายปกติ วันละ 1 ครั้ง ปัสสาวะใส 1-3 ครั้งต่อวัน สีปกติ

การออกกำลังกาย: ก่อนการเจ็บป่วย ผู้ป่วยชอบออกกำลังกาย หลังเจ็บป่วย ออกกำลังกายแบบเดินปกติทั่วไป

ประวัติครอบครัว: ปฏิเสธโรคติดต่อที่ร้ายแรงใดๆ ไม่มีโรคทางพันธุกรรม สามีผู้ป่วยเป็นโรคเส้นหัวใจตีบและโรคหอบ

หืด บุตรสาวเป็นโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ ผู้ป่วยก่อนเป็นมะเร็ง ป่วยด้วยโรคเบาหวานเดิมและเป็นวัณโรคปอด

การประเมินสภาพอาการผู้ป่วยจากการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย วันที่ 24 ตุลาคม 2564 พยาบาลได้ใช้เครื่องมือเยี่ยมบ้านตามแนวเวชปฏิบัติครอบครัว INHOMESSS⁵ เพื่อประเมินผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งด้านกายใจ จิตสังคม วิญญาณและด้านเศรษฐกิจ พบดังนี้

สภาพทั่วไป หญิงไทย ผมตัดสั้นสีขาวผสมสีดำ ใส่เสื้อคอกลมสีขาว วันแรกที่ใช้เยี่ยมบ้านรู้สึกตัวดี มีสีหน้ายินดีที่หมอครอบครัวไปเยี่ยม มีแผลเป็นที่บริเวณหน้าอกขวา แผลและเล็กลายน้อยบริเวณเอวที่ระบายออก ลักษณะพอมน้ำหนัก 47.3 กิโลกรัม ส่วนสูง 157 เซนติเมตร ท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลีย ประเมิน PPS V2 ได้ 60 คะแนนมีอาการเจ็บปวดบริเวณแผลผ่าตัด ตั้งแขนข้างขวา สัญญาณชีพแรกเริ่ม ความดันโลหิต 107/63 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที ชัดเจนดี หายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 35.8 องศาเซลเซียส

การประเมินครั้งแรก ใช้เครื่องมือ INHOMESSS⁵ ในการเก็บข้อมูล

I = Immobility การเคลื่อนไหว การช่วยเหลือตัวเอง = ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการสดชื่น สามารถพูดคุยตอบคำถามได้ ประเมิน PPS V2 ได้ 60 คะแนน

N = Nutrition ประเมินภาวะโภชนาการ = ทานอาหารได้น้อย

H = Home environment ประเมินสภาพสิ่งแวดล้อมในบ้านและบริเวณรอบๆ บ้าน เป็นบ้านไม้ 2 ชั้น ข้างล่างเป็นปูน ข้างบนบ้านมี 2 ห้องนอน ข้างล่างห้องโถงและมีห้องนอน 1 ห้อง เป็นห้องนอนของผู้ป่วยเองและพักผ่อนด้วยกระเบื้อง

O = Other people ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายในบ้าน เพื่อนบ้าน = ลูกหลาน น้องๆ ให้ความสำคัญต่อผู้ป่วย ให้การดูแลลักษณะผู้ป่วยเวลาเจ็บป่วยและบุคคลหลักที่ให้การดูแลคือสามีและลูกสาวที่ทำงานที่จังหวัดปทุมธานีและหลานชายอายุ 14 ปี คอยช่วยเหลือ คนที่เป็นกำลังทรัพย์คือลูกสาว ซึ่งเวลาไปรับบริการเคมีบำบัดต้องใช้ค่าใช้จ่ายมาก ทั้งค่ารถและค่าคนดูแลตกครั้งละประมาณ 5,000 บาท เพื่อนบ้านรอบข้างไม่มีการขัดแย้งกัน

M = Medications ประเมินการใช้ยา ผู้ป่วยได้รับยา รักษาบรรเทาตามอาการ เช่น เวลาเจ็บป่วยด้วยภาวะอื่นๆ เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่เป็นระยะสั้นๆ และน้ำมันกัญชาตามแผนการรักษาของแพทย์ ส่วนยาที่รับต่อเนื่องเพื่อรักษาโรคผิวหนังตามแผนการรักษา ประกอบด้วย Glipizide 5 mg โดยรับประทาน 1 X 1 ac ยาฉีด Streptomycin 500 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ วันละ 1 ครั้ง Filgrastim 300 mg ฉีดเข้า Sc ติดต่อกัน 7 วันหลัง ให้เคมีบำบัดและ DTAM GANJA OIL น้ำมันกัญชาเพื่อ บรรเทาอาการนอนไม่หลับโดยรับประทานครั้งละ 2-3 หยดก่อนนอน

E = Examination ตรวจร่างกาย = มีแผลหลังผ่าตัด เต้านมข้างซ้าย มุมแผลยังมีอาการแฉะของแผลตรงบริเวณ เอาที่ระบายออก รอบแผลบวมเล็กน้อย แขนขา เคลื่อนไหวได้ แต่แขนข้างซ้ายเวลายกจะปวดตึงและปวด หนึบๆ

สีระ: ลักษณะสีระและใบหน้าปกติ ผมหงอกสั้น

ตา: ตาอยู่ระดับเดียวกัน เปลือกตาซีด เยื่อบุตาซีด ตา ขาวไม่เหลือง รูม่านตาไวต่อแสงทั้ง 2 ข้างเท่ากัน มองเห็น เป็นปกติ

จมูก: ลักษณะปกติทั้ง 2 ข้าง

ปาก: ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย ฟันไม่ผุ

คอ: คอรูปรางได้สัดส่วน คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต ผังคอไม่แดง ต่อมทอลซิลไม่บวมแดง

ผิว: ผิวสีขาว แห้ง

ทรวงอก: ทรวงอกรูปรางปกติ ขยายเท่ากันขณะหายใจ ฟังเสียงปอดปกติ

หัวใจ: จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง murmur

ตับ-ม้าม: ไม่โต คลำไม่พบ

ช่องท้อง: คลำท้องนุ่ม, bowel sound ปกติ

ต่อน้ำเหลือง: คลำไม่พบ

อวัยวะสืบพันธุ์: ลักษณะเพศหญิงตามปกติ

ระบบประสาท: รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง เคลื่อนไหวได้

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: ไม่มีส่งตรวจ

S = Safety ประเมินความปลอดภัยภายในบ้าน = มีความปลอดภัยน้อย มีประตูรั้วรอบขอบชิด คนดูแลเสี่ยง ต่อการได้รับเชื้อวัณโรค

S = Spiritual health ประเมินจิตวิญญาณ = ความเชื่อ ศรัทธาในศาสนาพุทธ เชื่อในหลักคำสอน เชื่อเรื่องเวร กรรม

S = Service ประเมินการบริการที่ได้รับ = รับบริการที่ โรงพยาบาลมหาชนะชัย มีความพึงพอใจ เพราะผู้ป่วยเอง เป็น อสม. มีความเข้าใจในระบบการบริการสุขภาพและ คำนึงกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในชุมชนอยู่แล้ว

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: รายการตรวจ AFB Stain Gram ผลการตรวจวิเคราะห์: + 2

ผลการตรวจพิเศษ BILATERAL MAMMOGRAM1 CA left breast S/p left MRM

การรักษา: ได้รับการผ่าตัดเต้านมข้างซ้ายออก รักษาที่ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ตั้งแต่วันที่ 9-15 พฤศจิกายน 2564 และกลับมาดูแลอาการที่บ้าน โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีได้รับเคมีบำบัดหลังผ่าตัด ตามแผนการรักษา 6 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 6 สัปดาห์ โดยใช้สูตร CMF⁸ และให้ยามาฉีดต่อเนื่องหลังให้เคมี บำบัดเพื่อกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดขาวโดยจะเป็นแนว ทางการรักษาหลังให้เคมีบำบัด⁹ โดยให้ 7 ครั้งต่อเนื่อง และผู้ป่วยได้รับยาเบาหวานและได้รับการติดตามให้การ พยาบาลที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ จนทำให้ผู้ป่วย สามารถมีความรู้ และปรับตัวได้เหมาะสมตามการดำเนิน ของโรครวมทั้งครอบครัวก็สามารถดูแลผู้ป่วยได้ด้วย ความ เข้าใจ ตามบริบทของครอบครัว

การวินิจฉัยโรค: การวินิจฉัยแรกเริ่มแรก 1) Tuberculosis 2) Diabetes Mellitus การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย Malignant neoplasm of breast, unspecified c Diabetes Mellitus c Tuberculosis

สรุปผลการเยี่ยมบ้าน

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1: วันที่ 24 ตุลาคม 2564

วัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้าน: เพื่อประเมิน PPS (Palliative Performance Scale) และเพื่อค้นหาปัญหา/ ความ ต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

สภาพอาการผู้ป่วยขณะเยี่ยม: พบผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียง ผ่าปูที่นอนสะอาด ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้แต่ช้ากว่า ปกติ ร่างกายค่อนข้างสะอาด เสื้อผ้าสะอาด

สัญญาณชีพ: T=35.8 องศาเซลเซียส P=64 ครั้ง/นาที RR=20ครั้ง/นาที BP=110/60 มิลลิเมตรปรอท PPS 60 พยาบาล และ อสม. ได้แนะนำสามีและบุตรชายรวมทั้ง

ผู้ป่วยเรื่องการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและการออกกำลังกายให้ผู้ป่วยเพื่อให้เคลื่อนไหวได้สะดวกและปลอดภัย รวมถึงการดูแลแผลหลังผ่าตัดเต้านมด้านซ้ายที่ยังมีอาการปวดตึงและแผลซึมเล็กน้อย การป้องกันไม่ให้แผลโดนน้ำ และการทำแผลต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้แจ้งว่ามีอาการปวดท้องน้อย ปัสสาวะขัด ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลมหาชนะชัยได้ยามารับประทาน พยาบาลได้ทำแผลให้และแนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษา ผู้ป่วยและสามีมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการให้เคมีรักษามะเร็งหลังผ่าตัดซึ่งแพทย์นัดเดือนธันวาคม 2564 ทีมพยาบาลได้แจ้งนัดการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป ในวันที่ 20 พฤศจิกายน 2564

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2: วันที่ 20 พฤศจิกายน 2564

วัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้าน: เพื่อแก้ไขปัญหที่พบในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

สภาพอาการผู้ป่วยขณะเยี่ยม: พบผู้ป่วยนั่งเล่นบนเตียงภายในบ้าน สามีผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้ม แววตาเหมือนมีความกังวล ใส่เสื้อผ้าสะอาด พยาบาลได้ซักถามพูดคุยผู้ป่วยให้การตอบรับและพูดคุยถึงอาการเจ็บป่วยรวมถึงมีความวิตกกังวลเรื่องการรักษาด้วยเคมีที่ต้องไปตามแพทย์นัดที่โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี พยาบาลได้ให้ผู้ป่วยประเมินความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและแบบประเมินก่อนให้การรักษาด้วยเคมี พร้อมให้คำแนะนำผู้ป่วยและสามีในการเตรียมตัวก่อนและหลังให้เคมีบำบัด ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความกังวลลงและสามารถพูดถึงขั้นตอนตามที่พยาบาลแนะนำได้หลังพยาบาลสอบถาม ได้แจ้งนัดเยี่ยมบ้านครั้งต่อไปคือวันที่ 4 ธันวาคม 2564 เพื่อเยี่ยมผู้ป่วยหลังให้เคมีบำบัด

สัญญาณชีพ: T=36.8 องศาเซลเซียส P=78 ครั้ง/นาที RR=20 ครั้ง/นาที BP=100/70 มิลลิเมตรปรอท PPS 60
เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3: วันที่ 4 ธันวาคม 2564

วัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้าน: เพื่อค้นหาปัญหาและให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ป่วย และเพื่อแก้ไขช่วยเหลือและส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองหลังให้เคมีบำบัด
สภาพอาการผู้ป่วยขณะเยี่ยม: พบผู้ป่วยนั่งพักผ่อนตรงบริเวณม้านอนบริเวณหน้าบ้านกับสามีและหลานชาย ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลและได้แจ้งกับพยาบาลว่าเจ็บปากปากมีแผลบวม ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย พยาบาลได้ซักถามเพิ่มเติม ผู้ป่วยแจ้งว่ามีอาการเกิดขึ้นหลังให้เคมีบำบัดประมาณวันที่ 3 อาการเจ็บและปวดพองหนได้

พยาบาลได้คำแนะนำในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยและญาติให้ความสนใจรับฟังและสอบถามข้อสงสัยพร้อมแนะนำในการจัดเตรียมน้ำเกลือในการบ้วนปากง่ายๆ และได้ให้น้ำเกลือ 0.9 nss ให้ผู้ป่วยบ้วนปาก ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้พร้อมทั้งแนะนำให้ผู้ป่วยไปฉีดยากระตุ้นเม็ดเลือดขาวตามนัดให้ครบ สัญญาณชีพ: T=36.9 องศาเซลเซียส P=82 ครั้ง/นาที RR=20 ครั้ง/นาที BP=110/60 มิลลิเมตรปรอท ได้แจ้งนัดเยี่ยมบ้านครั้งต่อไปคือวันที่ 11 มกราคม 2565

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 4: วันที่ 11 มกราคม 2565

วัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้าน: เพื่อค้นหาปัญหาและให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ป่วย และเพื่อแก้ไขช่วยเหลือและส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองหลังให้เคมีบำบัด
สภาพอาการผู้ป่วยขณะเยี่ยม: พบผู้ป่วยนอนพักผ่อนบนแคร่บริเวณหน้าบ้านกับสามี สีหน้าสดชื่น สามีผู้ป่วยได้แจ้งว่าผู้ป่วยนอนไม่ค่อยหลับ ทำให้บางวันตื่นขึ้นมามีอาการอ่อนเพลีย ผู้ป่วยได้เพิ่มเติมว่านอนไม่ค่อยหลับหลับๆตื่นๆตลอดคืน ชอบสะดุ้งตื่นกลางคืนเป็นบางครั้ง พยาบาลได้อธิบายผลข้างเคียงของการรักษาด้วยเคมีบำบัดซึ่งทำให้มีการสร้างเม็ดเลือดน้อยลงส่งผลให้การนำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆน้อยลงด้วยทำให้เกิดอาการเหนื่อยได้ ให้คำแนะนำในการปรับอารมณ์ คลายความเครียด การปรับสิ่งแวดล้อมในการส่งเสริมให้พักผ่อนได้เต็มที่ การทำจิตใจเป็นสมาธิก่อนนอน พร้อมแนะนำการรับคำปรึกษาที่คลินิกกัญชาแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลมหาชนะชัย ในวันถัดไป โดยให้ญาติไปแทนได้ พยาบาลจะประสานคลินิกไว้ให้ ก่อนยุติการเยี่ยมผู้ป่วย แจ้งว่าได้ไปฉีดยาครบ 7 วัน ตามแผนการรักษาของแพทย์แล้ว พยาบาลได้แจ้งนัดเยี่ยมบ้านครั้งต่อไปคือ วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2565 เพื่อเยี่ยมผู้ป่วยและติดตามการเยี่ยมครั้งที่ผ่านมา

สัญญาณชีพ: T=36.9 องศาเซลเซียส P=72 ครั้ง/นาที RR=20 ครั้ง/นาที BP=110/60 มิลลิเมตรปรอท PPS 60
เยี่ยมบ้านครั้งที่ 5: วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2565

วัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้าน: เพื่อค้นหาปัญหาและให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ป่วย และเพื่อแก้ไขช่วยเหลือและส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเอง
สภาพอาการผู้ป่วยขณะเยี่ยม: พบผู้ป่วยนั่งเล่นอยู่บนเตียงนอนภายในห้องโถงของบ้านโดยมีสามีนั่งอยู่เก้าอี้ห่าง

ออกมาเล็กน้อย ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น พยาบาลได้ซักถามอาการทั่วไป ผู้ป่วยแจ้งว่าอาการนอนไม่หลับดีขึ้นหลังไปรับน้ำมันกัญชามารับประทาน สามารถหลับพักผ่อนได้ และแจ้งว่าฉีดยารักษาวัณโรคครบแล้วเมื่อเดือนก่อน แพทย์นัดให้ญาติทุกคนไปตรวจเพื่อดูว่ามีภาวะติดเชื้อหรือไม่ พยาบาลได้ให้คำแนะนำพร้อมประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการนัดญาติใกล้ชิดไปตรวจเพื่อค้นหาวัณโรค โดยหน่วยเอกซเรย์ได้นัดตรวจทั้งครอบครัววันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2565 ทั้งนี้ได้แจ้งนัดเยี่ยมบ้านครั้งต่อไปคือวันที่ 8 มีนาคม 2565 เพื่อเยี่ยมผู้ป่วยและติดตามการเยี่ยมครั้งที่ 6

สัญญาณชีพ: T=36 องศาเซลเซียส P=70 ครั้ง/นาที RR=20 ครั้ง/นาที BP=115/60 มิลลิเมตรปรอท PPS 60
เยี่ยมบ้านครั้งที่ 6: วันที่ 8 มีนาคม 2565

วัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้าน: เพื่อค้นหาปัญหาและให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ป่วย และเพื่อแก้ไขช่วยเหลือ และส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเอง

สภาพอาการผู้ป่วยขณะเยี่ยม: พบผู้ป่วยกำลังนั่งรับประทานผลไม้บนแคร่หน้าบ้านกับสามี ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ผู้ป่วยแจ้งให้พยาบาลทราบผลตรวจเอกซเรย์ปอดทุกคน ไม่พบวัณโรค พยาบาลได้แสดงความยินดีพร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวร่วมกันเดียวกับผู้ป่วยวัณโรค แก่ญาติ เช่น การรับประทานอาหาร การใช้ภาชนะ การทิ้งสิ่งปฏิกูลหรือเสมหะน้ำลายของผู้ป่วย ญาติมีความเข้าใจในการปฏิบัติตัว หลังสอบถามให้ทบทวนในสิ่งที่เล่าให้ฟัง ผู้ป่วยได้สอบถามเรื่องการรับประทานยาเบาหวาน เนื่องจากมีอาการเหนื่อยมากเมื่อรับประทานยา พยาบาลได้ให้คำแนะนำในการรับประทานยาและผลข้างเคียงของยากับผู้ป่วยและญาติ

สัญญาณชีพ: T=36.9 องศาเซลเซียส P=72 ครั้ง/นาที RR=20 ครั้ง/นาที BP=110/60 มิลลิเมตรปรอท PPS 60

สรุปปัญหาผู้ป่วยที่พบจากการเยี่ยมบ้าน

จากการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 6 ครั้ง (ครั้งที่ 1: วันที่ 24 ตุลาคม 2564, ครั้งที่ 2: วันที่ 20 พฤศจิกายน 2564, ครั้งที่ 3: วันที่ 4 ธันวาคม 2564, ครั้งที่ 4: วันที่ 11 มกราคม 2565, ครั้งที่ 5: วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2565 และครั้งที่ 6: วันที่ 8 มีนาคม 2565) พบปัญหาทางการพยาบาล ดังนี้

- 1) เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดเต้านมเนื่องจากรอยแผลผ่าตัดหลังตัดใหม่ยังมีการบวมแดงและขอบแผลยังซึม
 - 2) ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากการปวด ปวดทรวงท้องน้อย ปัสสาวะแสบขัดมา 3 วัน (พบแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาชนะชัย)
 - 3) เสี่ยงต่อภาวะ Hypoglycemia เนื่องจากเบื่ออาหาร และรับประทานข้าวได้น้อย
 - 4) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเรื่องการที่จะต้องได้รับเคมีบำบัด
 - 5) ผู้ป่วยไม่มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด
 - 6) ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย
 - 7) ผู้ป่วยมีภาวะ Oral Mucositis¹⁰⁻¹¹
 - 8) ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ
 - 9) ญาติและผู้ดูแลใกล้ชิดมีความเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อวัณโรค
 - 10) เสี่ยงต่อการได้รับยาไม่ถูกต้องและมีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาเนื่องจากขาดความรู้เรื่องยา
- ปัญหาที่ยังคงเหลืออยู่: ผู้ป่วยยังมีความอ่อนเพลียและวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

แผนการดูแลเนื่อง

เนื่องจากผู้ป่วยมีแรงดันมระยะสุดท้ายรายนี้เป็นการดูแลและฟื้นฟูสภาพที่บ้าน¹²⁻¹⁴ ดังนั้นผู้ป่วย ครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือที่ในปัจจุบันเรียกหมอครอบครัว และชุมชน ต้องประสานร่วมมือกันดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องประเมินในด้านต่างๆ ดังนี้

- 1) ร่างกาย ได้แก่ การดูแลความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย โดยมีหมอครอบครัวและ อสม.ลงเยี่ยมประเมินดูแลให้คำแนะนำเป็นระยะตามสภาพผู้ป่วย
- 2) จิตใจ ผู้ดูแลสังเกตการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ของผู้ป่วย อสม. ประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมิน 2Q ถ้าพบผิดปกติให้แจ้งหมอครอบครัวเพื่อเยี่ยมบ้านประเมินซ้ำวางแผนดูแลได้เหมาะสม
- 3) เศรษฐกิจ เนื่องจากครอบครัวผู้ป่วยรายนี้เป็นครอบครัวขยาย รายได้หลักในเลี้ยงครอบครัวจากเงินของบุตรสาวจากการทำงานที่ปทุมธานี
- 4) ชุมชน ญาติเครือข่ายในชุมชน ประกอบด้วย อสม. ผู้ใหญ่บ้าน ตัวแทนผู้สูงอายุ เพื่อนบ้าน ตลอดจนหน่วยงาน

เทศบาลอำเภอฟ้าหยาด จังหวัดยโสธร หน่วยงานพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์ องค์การเอกชน ควรร่วมมือดูแลช่วยเหลือในด้านติดตามเยี่ยม ส่งเสริมให้กำลังใจและหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในชุมชน

สรุปกรณีศึกษา

ผู้หญิงไทย วัยสูงอายุ อายุ 67 ปี แพทย์วินิจฉัยเป็น Malignant neoplasm of breast, unspecified c DM c TB (วันที่ 2 กันยายน 2564) 8 เดือนก่อนมาตรวจพบก้อนที่เต้านมข้างซ้าย ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและรับยาเคมีครบ ผู้ป่วยมีโรคร่วมคือโรคเบาหวาน รับยาที่ รพ. มหาชนะชัย เป็นเบาหวานเมื่ออายุ 65 ปี พ.ศ. 2563 รับการรักษาต่อเนื่องควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี นิด 4 เดือนก่อนมีอาการไข้ ไอ เหนื่อย หอบ น้ำหนักตัวลด เข้ารับการรักษาตัวที่ รพ.มหาชนะชัย แพทย์วินิจฉัยแรกรับว่าเป็นวัณโรคปอด 1 วันก่อนมา อาการเหนื่อยหอบ หายใจไม่อิ่ม ผู้ป่วยตรวจพบก้อนที่เต้านมข้างซ้าย แพทย์แจ้งว่าเป็นมะเร็งเต้านม เมื่ออายุ 66 ปี พ.ศ. 2564 รับการผ่าตัดเต้านมข้างซ้ายออกที่โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ตั้งแต่วันที่ 9-15 พฤศจิกายน 2564 และกลับมาดูแลอาการที่บ้าน โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีนี้รับเคมีบำบัดหลังผ่าตัดตามแผนการรักษา 6 ครั้ง แต่แต่ละครั้งห่างกัน 6 สัปดาห์โดยใช้สูตร CMF⁸ และให้ยามาฉีดต่อเนื่องหลังให้เคมีบำบัดเพื่อกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดขาว พยาบาลได้ติดตามให้การพยาบาลในชุมชนโดยการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและได้ศึกษาผู้ป่วยเป็นกรณีศึกษาการประเมินสภาพผู้ป่วยในการให้บริการพยาบาลในชุมชน การลงเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ในวันที่ 24 ตุลาคม 2564 พยาบาลได้ใช้เครื่องมือเยี่ยมบ้านเวชปฏิบัติครอบครัว INHOMESS⁵ เพื่อประเมินผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณรวมถึงด้านครอบครัวและด้านเศรษฐกิจ จากให้การพยาบาลโดยการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยมีปัญหาเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากแผลผ่าตัดมะเร็งเต้านมเนื่องจากแผลผ่าตัดหลังตัดไหมรอบแผลยังมีอาการบวมแดง ตรงบริเวณเอาท่อระบายยังแฉะ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและขาดความรู้ความเข้าใจในแนวทางการรักษาของแพทย์ในการรักษาด้วยเคมีบำบัด⁹ เพราะเป็นเรื่องใหม่สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว การประเมิน PSS=60 ส่วนด้าน Nutrition

ผู้ป่วยเป็นคนรูปร่างค่อนข้างผอมน้ำหนัก 43.3 กิโลกรัม ส่วนสูง 157 เซนติเมตร ค่า BMI 17.60 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ด้านความปลอดภัย (Safety) จากการประเมินสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและบริเวณรอบๆบ้าน บ้านเรือนสะอาด ระบายน้ำ แสงสว่างเพียงพอ พื้นและผนังสะอาดมีห้องน้ำอยู่ภายในตัวบ้านติดกับห้องครัวเป็นส้วมแบบนั่งราบบ้านบ้านร่มรื่น มีแคร่ไม้สำหรับนั่งเล่นนอกบ้าน ด้านครอบครัวผู้ป่วยเป็นครอบครัวขยายสมาชิกทั้งหมด 5 คน ประกอบด้วย สามี บุตรสาว 1 คน ทำงานที่ต่างจังหวัด แต่งงานแล้ว มีบุตร 1 คนและบุตรชาย 1 คน ยังไม่แต่งงาน หลานชายที่เป็นลูกของลูกสาวอาศัยอยู่กับผู้ป่วย บุตรสาวเป็นคนหารายได้หลักในการจุนเจือครอบครัว รวมถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด ทั้งค่าเดินทาง ค่าคนดูแลเวลาไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งจากครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 6 พยาบาลได้ค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และนำไปวางแผนการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ปกป้องหาแนวทางในการให้การพยาบาลและให้การดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหาและตามบริบท ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว นำมาประเมินผลและประสานทีมที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนกแพทย์ทางเลือกให้การพยาบาลและรักษาแบบผสมผสาน เพื่อประโยชน์สูงสุดในการดำรงไว้ซึ่งความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจส่งถึงคุณภาพชีวิตที่ดีพร้อมทั้งการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและวางแผนการดูแลในปัญหาที่ผู้ป่วยต้องเผชิญต่อไป

ข้อเสนอแนะและประโยชน์ของกรณีศึกษา

- 1) บุคลากรทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง¹⁵ (Palliative care) ถ้าสามารถคัดสรรคนที่มีใจรักสมัครใจจะเกิดงานที่สร้างคุณค่าต่อผู้ให้และผู้รับมากอย่างประเมินค่าไม่ได้
- 2) ความต้องการบริการผู้ป่วย palliative care ที่บ้านในชุมชนมีแนวโน้มมากขึ้น พยาบาลและทีมหมอครอบครัวที่มีทักษะเป็นสิ่งจำเป็น
- 3) การให้คำปรึกษาโดยผู้เชี่ยวชาญกว่าแก่ทีมหมอครอบครัว เป็นตัวขับเคลื่อนที่สำคัญให้ทีมหมอครอบครัวให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพ สร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยและญาติก้าวพ้นข้อจำกัดต่างๆ ให้สามารถดำรงชีวิตได้ตามบริบทของตนเอง

4) การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล (Care giver) และครอบครัว รวมทั้งผู้ป่วยก่อนที่จะกลับไปอยู่ที่บ้านเป็นสิ่งจำเป็นที่ทีมการพยาบาลต้องมีทักษะและมีทีมในการดูแลที่มีระบบและแนวทางการปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

จากการจัดบริการผู้ป่วยในหน่วยบริการของโรงพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) และผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตั้งแต่ผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน งานเวชปฏิบัติชุมชนและครอบครัวของโรงพยาบาลล้วนมีส่วนสำคัญให้การบริการผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการประสานงานกับเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชนที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจ และรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ทีมหมอครอบครัวซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการจัดบริการสุขภาพในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มต่างๆจึงได้เตรียมความพร้อมของทีมสุขภาพดังนี้

1) แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย (Palliative care) ในชุมชน

2) แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย (End Of Life Care) ในชุมชน

3) นำเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน Palliative performance scale version 2 (PPS V2) ฉบับโรงพยาบาลสวนดอก¹⁶ ลงสู่การปฏิบัติ ในการประเมินผู้ป่วยที่บ้าน

4) มีแนวทาง/ช่องทางการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยต่อเนื่องจากสถานพยาบาล โรงพยาบาลยโสธรถึงชุมชน และจากชุมชนส่งต่อข้อมูลกลับมาที่โรงพยาบาล กรณีไม่ได้รับการวินิจฉัยรักษาจากโรงพยาบาลยโสธร

5) โรงพยาบาลมีช่องการด่วนผ่านการประสานพยาบาลหน่วยดูแลประคับประคอง (Palliative care Nurse) กรณีต้องการรักษาเพื่อบรรเทาอาการโดยไม่ต้องไปตรวจรวมกับผู้ป่วยประเภทอื่น และการทำงานที่สอดคล้องประสานกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลไปในแนวเดียวกัน เพิ่มความประทับใจแก่ผู้ป่วยและญาติ ส่งผลทางบวกแก่ทีมหมอครอบครัวเมื่อลงปฏิบัติงานในชุมชน

6) พยาบาลวิชาชีพในทีมหมอครอบครัวทุกคนต้องทราบแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง⁸ และรู้ช่องทางขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญกว่าผ่านเครือข่าย IT

7) ภาควิชาอื่นๆ ในชุมชน สามารถดำเนินการร่วมด้วยช่วยกัน ไม่ว่าจะเป็นบริการรถฉุกเฉินจากเทศบาล การบริหารจัดการเกี่ยวกับบริการให้ยืมอุปกรณ์ เช่น ถังออกซิเจน ที่นอนลมเป็นสิ่งจำเป็น

8) แม่ข่ายต้องสนับสนุนความรู้ วิชาการ แนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนแก่ลูกข่าย ช่วยให้การดำเนินงานการดูแลประคับประคองในชุมชนสามารถดำเนินการได้

9) สนับสนุนส่งเสริมให้บุคลากรที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเข้ารับการอบรมพัฒนาทักษะต่างๆ อย่างต่อเนื่องและมีการถ่ายทอดให้บุคลากรในหน่วยงานทราบ

10) สนับสนุนให้มีการนำเสนอผลงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหน่วยงานอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. เกวลิน รังษิณารณณ์. นมเรื่องไม่ยาก. จุลสารรังสีวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย มกราคม-เมษายน 2562; 1(1): 6.
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลทะเบียนมะเร็ง [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://tcb.nci.go.th/CWEB/cwebBase.do?mode=initialApplication>
3. เป็ดสถิติ “โรคมะเร็ง” ในคนไทย ดันยอดป่วยใหม่ทะลุแสนรายต่อปี. ประชาชาติธุรกิจออนไลน์ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.prachachat.net/general/news-869575>
4. พจนา จิตวัฒนรัตน์. มะเร็งเต้านม. โรงพยาบาลมะเร็งกรุงเทพ วัฒโนสถ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.wattanosothcancerhospital.com/cancer-types/breast-cancer>
5. สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556: หน้า 121-3.
6. รายงานจากฐานข้อมูล HDC และ 43 แฟ้ม. ศูนย์สุขภาพชุมชน กลุ่มงานด้านบริการปฐมภูมิและองค์รวม. ยโสธร: โรงพยาบาลมหาชนะชัย; เข้าถึงเมื่อ 18 กันยายน 2564.

7. ภัคพร กอบพิงตัน, จินตนา จรรย์เต, ดรุณี ดลรัตนภัทร, อรศิลป์ ชื่นกุล, ดรุณี ส่องแสง. คุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26: 47-55.
8. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือมาตรฐานการทำงานเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดและการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยา. กรุงเทพฯ: นิเวศรรณดาการพิมพ์ (ประเทศไทย); 2560.
9. การกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี กรมการแพทย์. แนวปฏิบัติการพยาบาล (CNPg: Clinical Nursing Practice Guideline) ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี; 2563: หน้า 1-11.
10. กานดาศรี ตูลาธรรมกิจ, ประจวบ หนูอุไร. การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการฉายรังสี. สงขลา: ภาควิชารังสีวิทยา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2554.
11. คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล. มะเร็งเต้านมเรื่องที่น่ารู้และข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. กรุงเทพฯ: ภาควิชาศัลยศาสตร์; 2555.
12. ชูชื่น ชีวพูนผล. อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
13. Carpenito-Moyet LJ. การวางแผนและบันทึกทางการพยาบาล เล่ม 1 (NURSING CARE PLANS & DOCUMENTATION NURSING DIAGNOSES AND COLLABORATIVE PROBLEMS). ใน: วรณิ ดปนิยากร, งามนิตย์ รัตนานุกุลและคณะ, ผู้แปลและเรียบเรียง. กรุงเทพฯ: ไอกรุป เพรส; 2552.
14. สุวคนธ์ กุรัตน, พัทรี ภาระโช, สุวิริยา สุวรรณโคตร. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: มิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทของพยาบาล. มหาสารคาม: วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม 2556.
15. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ: สามดีพรีนติ้งอีควิเมนต์; 2562: หน้า 32-47.
16. บุษยามาส ชีวสกุลยง, ลดารัตน์ สาภินันท์. การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) [ตำราคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่]. เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์; 2556. หน้า 35-46.

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหัวใจ: กรณีศึกษา 2 ราย Nursing care of acute myocardial infarction patients: 2 Case Studies

Narichara Krotpratum
Emergency Department
Loengnoktha Crown prince Hospital
Yasothon Province

นริชรา โคตรประทุม
งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา
จังหวัดยโสธร

บทคัดย่อ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบเฉียบพลันเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประเทศไทยเนื่องจากเป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหัน มีสาเหตุจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจโดยสมบูรณ์ ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบเร่งด่วน พยาบาลมีหน้าที่สำคัญในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยอย่างรวดเร็วตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเปรียบเทียบกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยการศึกษาระบาดิผู้ป่วยจากการวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบแผนสุขภาพ 4 แผนการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบเฉียบพลันใช้การพยาบาลแบบระบบช่องทางด่วน งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา รวมถึงการวางแผนการจำหน่าย

ผลการศึกษา: พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 53 ปี ด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกข้างซ้าย ปวดร้าวไปกราม เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม เป็นก่อนมา 1 ชั่วโมง มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกข้างซ้าย ขณะเดินอยู่ ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว ได้รับการรักษาโดยให้ยาละลายลิ่มเลือด ขณะให้ยาละลายลิ่มเลือดไม่มีภาวะแทรกซ้อนและให้การพยาบาลตามแผนการรักษา กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี ด้วยอาการแน่นหน้าอกขวา เจ็บร้าวไปคอ เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม เป็นก่อนมา 2 ชั่วโมง 20 นาที ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ขณะให้ยามีภาวะแทรกซ้อน คือ ความดันโลหิตต่ำ ได้ปรับแผนการให้ยาและให้การพยาบาลตามแผนการรักษา ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้ส่งต่อไปที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานีและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย CCU ทั้ง 2 ราย

สรุปผลการศึกษา: การประเมินคัดกรองผู้ป่วยอย่างถูกต้องและได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดอย่างรวดเร็ว นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า สามารถลดการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

คำสำคัญ : โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน, กรณีศึกษา

Abstract

Acute myocardial infarction was an important cause of death in Thailand due to cardiovascular disease. It is a crisis that causes a sudden death of patient AMI is a life heart muscle is abruptly cut off, causing tissue damage. This is usually the result of the blockage in the one more of the coronary arteries, on MI can lead to a number of serious complications. The key is to reperfuse the heart and restore blood flow. The early liner the treatment less than 6 hours from symptom onset the better the prognosis.

Result: The study of Myocardial Infarction patients 2 cases. It was found that the case study 1, A 53-year-old Thai male patient. There was chest tightness on the right side, anguished to the jaw, tiredness and Dyspnea for 1 hour before treatment. There was chest tightness on the right side while walking. The patient denied any underlying disease, treatment by used Streptokinase. During Streptokinase, there wasn't any complicated and provided nursing care according to the treatment plan. The case study 2, A 58-year-old Thai male patient. There was chest tightness on the right side, anguished to the neck, Fatigue and Dyspnea for 2 hours before treatment. treatment by used Streptokinase. There was complicated Hypotension during Streptokinase and provided nursing care according to the treatment plan. 2 case patients were referred to be treated in the ward CCU at Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani.

Conclusion: The patient care of crisis, acute myocardial infarction, nurse have an important role of evaluation and screening the patient currently and quickly when a patient arrived at the hospital. This makes the patient receive a current diagnosis and get a faster treatment with a thrombolytic drug. The nurse must have knowledge of drug management and always monitor abnormality that may occur in patient since they arrive at the hospital, unit transfer to another hospital. This treatment makes the patient survive more.

Keyword: Acute myocardial infarction, Case study

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction: AMI) เป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทยและยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ จากข้อมูลรายงานสถานการณ์ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2560 มีประมาณการจำนวนผู้เสียชีวิตถึงร้อยละ 12 จากสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด และมีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 20,746 ราย อัตราตาย 21 : 8 ต่อแสนประชากร อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1.57 : 1 กลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เป็นกลุ่มที่มีอัตราตายสูงที่สุด 144.4 ต่อประชากรแสนคน¹

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดจากการตีบหรืออุดตันเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงหัวใจ จำแนกเป็น 2 ชนิด โดยแยกจากผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือ ECG (Electro cardiography) เป็นแบบ ST elevation MI (STEMI) ซึ่งหลอดเลือดมีการอุดตันร้อยละ 100 และแบบ Non-ST elevation MI (NSTEMI) และ Unstable angina² วัตถุประสงค์สำคัญในการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ การทำให้หลอดเลือดที่อุดตันหายอุดตันโดยเร็วที่สุด การรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดเป็นการรักษาที่มีประโยชน์สำหรับโรงพยาบาลส่วนใหญ่สามารถลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ โดยเวลาที่เริ่มให้ยาแก่ผู้ป่วยไม่ควรเกิน 30 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็น STEMI (Time to SK)

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา เป็นโรงพยาบาลขนาด 120 เตียง เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (M2) กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Acute coronary syndrome: ACS) เป็นกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน 1 ใน 5 อันดับโรคของหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยกลุ่ม ACS ในปี 2563-2565 (ข้อมูล ณ 30 เมษายน 2565) มีจำนวน 80, 68 และ 76 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยได้รับ SK จำนวน 23, 27 และ 16 ราย ตามลำดับ³

พยาธิสรีรวิทยา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สาเหตุเกิดจากภาวะหลอดเลือดแข็ง (atherosclerosis) ทำให้เกิดการตีบแคบของหลอดเลือดแดงหัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดนำไปสู่การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตามมา ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความผิดปกติ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง บุหรี่ โรคอ้วนลงพุง เพศชายอายุ 40 ปีขึ้นไป เพศหญิงอายุ 50 ปีขึ้นไปหรือหมดประจำเดือน ผู้ที่ขาดการออกกำลังกายและภาวะเครียด เป็นต้น⁴

อาการและอาการแสดง

ส่วนใหญ่มาด้วยเจ็บแน่นหน้าอกเจ็บนานเกิน 20 นาที โดยไม่สัมพันธ์กับการออกกำลังกายหรืออารมณ์⁵ ในรายที่มีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมาก่อนอาจพบอาการเจ็บหน้าอกที่มีความรุนแรงและความถี่มากขึ้นกว่าปกติ และอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น อาการเหนื่อย หายใจไม่เต็มปอด นอนราบไม่ได้จากภาวะหัวใจล้มเหลว ใจสั่น หัวใจเต้นผิดปกติจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ในรายที่พื้นที่กล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าร้อยละ 40 จะมีอาการรุนแรงและพบภาวะช็อกจากหัวใจ (Cardiogenic shock) ร่วมด้วยและร้อยละ 85 มักเสียชีวิต⁴ การรักษาจะให้ยาต้านเกล็ดเลือด 2 ชนิดร่วมกัน เช่น ให้ aspirin ร่วมกับ clopidogrel ยาต้านการแข็งตัวของเลือด กลุ่ม low molecular weight heparin เช่น Enoxaparin 3-5 วัน⁴ การให้ยาในกลุ่มนี้ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย คือ มีภาวะเลือดออกง่าย เกล็ดเลือดต่ำต้องมีการตรวจติดตามเกล็ดเลือด, Hb, PT, PTT, INR, Cr และ GFR ร่วมด้วย

การพยาบาล

ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ การแลกเปลี่ยนแก๊สในปอดผิดปกติเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ผลตามมาเกิดภาวะหายใจล้มเหลว นับเป็นภาวะวิกฤติที่ต้องรีบแก้ไขให้การช่วยเหลือเร่งด่วน

เป้าหมายในการพยาบาลเพื่อลดตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจก่อนที่อยู่นั้นภาวะปกติไม่มี ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ อาการเจ็บแน่นหน้าอกทุเลาลง ไม่มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน⁶ ผู้ป่วยบางรายต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ในรายมีภาวะ ช็อกจากหัวใจ อาจทำให้หัวใจหยุดเต้นและเสียชีวิตได้ ปัญหาเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มี ภาวะแทรกซ้อน พยาบาลต้องมีการประเมินแบบแผน สุขภาพของผู้ป่วยให้ครอบคลุม นำกระบวนการพยาบาล และทฤษฎีการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการ พยาบาลและการดูแลให้เหมาะสมในแต่ละระยะของการ เจ็บป่วย ตลอดจนเฝ้าระวังติดตามอาการเปลี่ยนแปลงใน ระยะวิกฤตอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาจนผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะ คุกคามต่อชีวิต รวมทั้งพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถ ความชำนาญเฉพาะทาง และมีประสบการณ์สูง ในการให้ การพยาบาล การอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การ บริหารยาความเสี่ยงสูง รวมทั้งเทคนิคการฉีดยาต้านการ แข็งตัวของเลือดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก การฉีดยา เป็นต้น ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้สนใจศึกษาผู้ป่วย กลุ่มนี้โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งมีโอกาสเสียชีวิตสูง แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาการ พยาบาลที่ถูกต้อง ตั้งแต่ระยะวิกฤต ระยะต่อเนื่อง รวมถึง การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่ดีจะทำให้ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่กลับเป็นซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในผู้ป่วย 2 ราย

วิธีการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาที่เป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และมีความเสี่ยงสูงจากผู้มาใช้บริการห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน
2. ดำเนินการค้นคว้าเอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้องกับการ พยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลัน

3. ดำเนินการศึกษาโดยการศึกษาวรรณคดีผู้ป่วยจาก เวชระเบียนผู้ป่วย การประเมินปัญหาความต้องการ พยาบาลครอบคลุมไปถึงการวินิจฉัยปัญหาทางการ พยาบาล วางแผนการพยาบาลการปฏิบัติการพยาบาลใน ระยะวิกฤต ประเมินผลการพยาบาล การวางแผนจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล

4. สรุปและอภิปรายผลจากกรณีศึกษา

เครื่องมือที่ใช้

ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบ บันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย 3) แบบบันทึกแบบแผนสุขภาพ 4) แบบบันทึกวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการศึกษา ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาปัญหา และข้อวินิจฉัย การพยาบาล การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายนี้ กรณีรายที่ 1 หลังจากให้ Streptokinase แล้ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อน การ รักษาพยาบาลเป็นไปตาม Guideline ได้รับยาละลายลิ่ม เลือดในเวลา 12 นาที ส่งต่อไป รพ.สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วย วิกฤต (CCU) ส่วนกรณีที่ 2 หลังจากให้ Streptokinase แล้วมีภาวะแทรกซ้อนหลังจากให้ยา คือ มีภาวะความดัน โลหิตต่ำ (Hypotension) ได้รับการแก้ไขภาวะ Hypotension ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ภายในเวลา 20 นาที ส่งต่อไปโรงพยาบาลสรรพสิทธิ ประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และเข้ารับการรักษานในหอ ผู้ป่วยวิกฤต (CCU) ผู้ป่วยทั้ง 2 รายรอดชีวิต

ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยทั้งสอง ราย เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินคัดกรองและเฝ้าระวัง ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อนและหลัง ให้ยาละลายลิ่มเลือด มีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลรวมถึงการส่งต่อที่ มีประสิทธิภาพต่อไป

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย (กรณีศึกษา)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	53	58
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	เจ็บแน่นหน้าอกข้างซ้าย ปวดร้าวไปกราม เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม เป็นก่อนมา 1 ชม.	แน่นหน้าอกขวา เจ็บร้าวไปคอ เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม เป็นก่อนมา 2 ชั่วโมง 20 นาที
อาการแรกเริ่ม	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกข้างซ้าย ปวดร้าวไปกราม เหนื่อย เหงื่อซึม ตัวเย็น หายใจไม่อิ่ม สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 149/105 มิลลิเมตรปรอท ค่าออกซิเจนในกระแสเลือด 99%, PS 7/10, DTX 167 mg%	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการแน่นหน้าอกข้างขวา เจ็บร้าวไปคอ เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 52 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าออกซิเจนในกระแสเลือด 99 %, PS 10/10, DTX 105 mg%
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	เจ็บแน่นหน้าอกข้างซ้าย ปวดร้าวไปกราม เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม เป็นก่อนมา 1 ชม. ไม่ได้รักษาที่ใด	แน่นหน้าอกขวา เจ็บร้าวไปคอ เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม เป็นก่อนมา 2 ชั่วโมง 20 นาที ไม่ได้รักษาที่ใด
ประวัติการรักษาในอดีต/ ในครอบครัว	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
ประวัติการแพ้ยา	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
ประวัติการผ่าตัด	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
สารเสพติด	สูบบุหรี่วันละ 10 มวน/วัน ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ สูบมาเป็นเวลา 20 ปี	สูบบุหรี่วันละ 20 มวน/วัน ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ สูบมาเป็นเวลา 10 ปี
การวินิจฉัยแรกเริ่ม	Acute myocardial infraction (STEMI)	Acute myocardial infraction (STEMI)
คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)	- EKG ST elevation II, III, aVF with reciprocal change - Acute myocardial infraction at inferior wall	- EKG ST elevation II, II, aVF no Reciprocal change EKG V3R, V4R no STT change - EKG หลังให้ SK ครบ ST elevation II, II, aVF Reciprocal chang I, aVL, V1-V6 - Acute myocardial infraction at inferior wall S/P failed SK
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	- Hct 42 %, Hb14.5 g/dl - RBC 5.53×10 ⁶ /ul - WBC 9,620 cell/cu.mm - MCV 77 fl MCH 26 pg - Platelet Count 317,000 cell/cu.mm - DTX = 167 mg% - Troponin T < 40 pg/ml	- Hct 39 %, Hb 13.8 g/dl - RBC 4.41×10 ⁶ /ul - DTX = 105 mg% - WBC 9,920 cell/cu.mm - MCV 88 fL, MCH 31 pg - Platelet Count 225,000 - Troponin T < 40 pg/ml
คะแนนความเจ็บปวด (pain score)	7	10
การเข้าถึงบริการโรงพยาบาล	ญาตินำส่ง/มาเอง	ญาตินำส่ง/มาเอง
Door to EKG	6 นาที	3 นาที

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
Time to SK หลังการวินิจฉัย STEMI	12	20
Onset to Drug	1 ชั่วโมง	2 ชั่วโมง 20 นาที
การรักษาที่ได้รับ	- ASA grV 1 tab • - Plavix (75) 4 tab • - On 0.9 % NSS 1000 cc v drip 100 cc/hr - Streptokinase 1.5 mu + NSS 100 ml drip in 1 ชั่วโมง - Dexamethasone 8 mg iv	- Isordil (5) 1 tab อดได้ลิ้น - ASA grV 1 tab • - Plavix (75) 4 tab • - On 0.9 % NSS 1000 cc v drip 100 cc/hr - Streptokinase 1.5 mu + NSS 100 ml drip in 1 ชั่วโมง - Dexamethasone 8 mg iv - Omeplazole 40 mg iv - Tramol 50 mg iv - Dopamine (2:1) v drip in 1 ชั่วโมง
ค่ารักษาพยาบาล	13,017	17,175

ตารางที่ 2 การศึกษาวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบเฉียบพลัน

ปัญหาและวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. เจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงหัวใจ ลดลง	1. ให้ออกซิเจน Mask with bag 10 ลิตร/นาที 2. ติดตามระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน ให้มากกว่า ร้อยละ 90 3. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา 5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ตามการรักษา 6. จัดให้อนอนุรีระยะสูง 30-60 องศา 7. สังเกตอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยและประเมิน
2. ปริมาณเลือดที่ส่งออกตอนาทีลดลง เนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ	1. ประเมินข้อห้าม/ข้อควรระวังในการให้ยา 2. อธิบายข้อดี/ข้อเสียของยาให้ญาติและผู้ป่วย รับทราบ 3. ให้ผู้ป่วย/ญาติเซ็นใบยินยอมในการให้ยา 4. ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัวประเมิน Pain scale ก่อนการให้ยา 5. ดูแลให้ได้รับยา Streptokinase ตามแผนการรักษา 6. ประเมินอาการเจ็บหน้าอก ติดตามภาวะเลือดออก ผิดปกติ 7. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 8. Monitor EKG
3. อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Streptokinase	1. Monitor EKG เพื่อประเมินอาการตลอดเวลา 2. ตรวจสอบการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำว่าทำงาน ได้ตามปกติหรือไม่ 3. ประเมินสัญญาณชีพก่อนให้ยาและขณะให้ยาทุก 10 นาที 4. ประเมินและติดตามภาวะเลือดออกผิดปกติอย่างต่อเนื่อง 5. เตรียมยา และอุปกรณ์ให้พร้อมใช้สำหรับช่วย ช่วยชีวิตฉุกเฉิน

ปัญหาและวินิจัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
4. วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง	- ประเมินความวิตกกังวลของญาติและผู้ป่วย - ให้ข้อมูลต่างๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ เป็นระยะๆ - อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรคและ แผนการรักษาของพยาบาล - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามอาการ - ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกิจกรรมการ พยาบาล

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย (กรณีศึกษา)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
1. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค	ผู้ป่วยชายไทยอายุ 53 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว สูบบุหรี่วันละ 10 มวน สูบบุหรี่มา 20 ปี ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่	ผู้ป่วยชายไทยอายุ 58 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว สูบบุหรี่วันละ 20 มวน สูบบุหรี่มา 10 ปี ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่	ผู้ป่วยรายที่ 1 และผู้ป่วยรายที่ 2 มีประวัติสูบบุหรี่ ซึ่งทั้งสองคนมีโอกาสเสี่ยงสูง
2. พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง	เจ็บแน่นหน้าอกข้างซ้าย ปวดร้าวไปกราม เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม เป็นก่อนมา 1 ชม. Pain score 7 ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST elevation II, III, aVF with reciprocal change Troponin T < 40 pg/ml แพทย์ให้การวินิจฉัยเบื้องต้น Acute myocardial infraction at inferior wall	แน่นหน้าอกขวา เจ็บร้าวไปคอ เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม เป็นก่อนมา 2 ชม. 20 นาที Pain score 10 ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST elevation II, II, aVF no Reciprocal change EKG V3R, V4R no STT change - EKG หลังให้ SK ครบ ST elevation II, II, aVF Reciprocal chang I, aVL, V1-V6 แพทย์ให้การวินิจฉัยเบื้องต้น Acute myocardial infraction at inferior wall S/P failed SK	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็น Acute myocardial infraction เป็น Inferior wall เส้นเลือดอุดตันหัวใจด้านล่าง และด้านข้างขวาขาดเลือดไปเลี้ยง
3. การรักษา	ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาผู้ป่วย FAST track STEMI ให้ การรักษา - ASA grV 1 tab, Plavix (75) 4 tab - On 0.9 % NSS 1000 cc v drip 100 cc/hr. - On heparin lock อีกข้างให้ Streptokinase 1.5 mu + NSS 100 ml drip in 1 ชั่วโมง - Dexamethasone 8 mg iv	ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาผู้ป่วย FAST track STEMI ให้ การรักษา Isordil (5) 1 tab อมใต้ลิ้น - ASA grV 1 tab, Plavix (75) 4 tab - On 0.9 % NSS 1000 cc v drip 100 cc/hr. - On heparin lock อีกข้างให้ Streptokinase 1.5 mu +NSS 100 ml drip in 1 ชั่วโมง - Dexamethasone 8 mg iv - Omeplazole 40 mg iv - Tramol 50 mg iv - Dopamine (2:1) v drip in 1 ชม.	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการ ดูแลรักษาเบื้องต้น เพื่อ บรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ได้รับยา antiplatelet anti coagulate และยาละลายลิ่มเลือด

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
4. ปัญหาและการวินิจฉัย	1. เจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลง 2. ปริมาณเลือดที่ส่งออกก่อนที่ลดลงเนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ 3. อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Streptokinase 4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล	1. เจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลง 2. ปริมาณเลือดที่ส่งออกก่อนที่ลดลงเนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ 3. อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Streptokinase 4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล	ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง ดูแลเบื้องต้นได้รับการ พยาบาลและแก้ไขปัญหาย่างทันท่วงที
5. การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง	ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี	ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี	ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพทั้งสองราย พยาบาลได้มีการส่งต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ขณะส่งต่อ

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นผู้ป่วย Acute myocardial infarction (Interior wall) หลอดเลือดด้านนอกอุดตัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจด้านข้างขาดเลือดไปเลี้ยง ผู้ป่วยได้รับการประเมินและการคัดกรองที่รวดเร็ว ได้รับการทำ EKG ภายใน 10 นาที ผู้ป่วยได้รับการรักษาเบื้องต้นให้ยาต้านเกล็ดเลือดและได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase พยาบาลดูแลก่อนให้ยา ขณะให้ยาละลายลิ่มเลือดมีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน บันทึกอาการสัญญาณชีพในใบเฝ้าระวัง ประสานส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อการดูแลต่อจากอายุรแพทย์โรคหัวใจเพื่อการประเมินในการเปิดหลอดเลือดหัวใจ ในขณะที่ให้ยาละลายลิ่มเลือดและระหว่างการส่งต่อ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จากการติดตามหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด หลอดเลือดเปิดได้ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ให้ข้อมูลด้านสุขภาพและการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัว แนะนำช่องทางการขอความช่วยเหลือ เมื่อมีเหตุฉุกเฉินทางโทรศัพท์หมายเลข 1669

ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็น Acute inferior wall STEMI หลอดเลือดด้านนอกอุดตัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจด้านข้างและด้านข้างขาดเลือดไปเลี้ยง ผู้ป่วยได้รับการประเมินและการคัดกรองที่รวดเร็ว ได้รับการทำ EKG ภายใน 10 นาที ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด

Streptokinase เช่นเดียวกัน แต่ขณะให้ยาละลายลิ่มเลือดประมาณ 5 นาที ผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำลง (Hypotension) จึงต้องมีการแก้ไขภาวะ Hypotension มีการเฝ้าระวังตรวจวัดสัญญาณชีพ 5-15 นาที บันทึกอาการเปลี่ยนแปลง ประสานส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อการดูแลต่อจากอายุรแพทย์โรคหัวใจเพื่อการประเมินในการเปิดหลอดเลือดหัวใจ เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตในรถพยาบาล (Ambulance) ให้พร้อม ผู้ป่วยได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัยหลังจากติดตามอาการของผู้ป่วยมีความสำเร็จในการเปิดหลอดเลือด ได้วางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยมีประวัติสูบบุหรี่วันละ 20 มวน ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัว การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลตนเอง หลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงแนะนำช่องทางการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกหรืออุบัติเหตุฉุกเฉินทางโทรศัพท์หมายเลข 1669

สรุปผลการศึกษา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตกะทันหัน พยาบาลต้องมีสมรรถนะในการคัดกรอง การซักประวัติ การประเมินอาการเจ็บหน้าอกอย่างรวดเร็ว และให้การดูแลที่เหมาะสมตั้งแต่เริ่มแรก โดยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นได้ เข้าระบบ FAST track STEMI มีการเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือให้พร้อมใช้ มีความรู้ในการบริหารยาละลายลิ่มเลือด การสังเกต

ภาวะแทรกซ้อนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การเตรียมเครื่องมือช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมมีการประสานการส่งต่อทั้งภายในโรงพยาบาลและภายนอกโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

อภิปราย

จากการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดทั้ง 2 ราย โดยมีการประเมินแบบแผนการรับรู้ทางสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน⁷ ทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและนำมาวางแผนจำหน่ายได้ครอบคลุมเพื่อป้องกันและลดการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งผู้ป่วยมีประวัติสูบบุหรี่เหมือนกัน และไม่มีประวัติโรคประจำตัว เมื่อได้รับการประเมินและการคัดกรองที่รวดเร็วได้รับการทำ EKG ภายใน 10 นาที ผู้ป่วยได้รับการรักษาเบื้องต้นให้ยาต้านเกล็ดเลือดและได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ทั้ง 2 ราย แต่กรณีศึกษาครั้งที่ 2 ขณะให้ยาละลายลิ่มเลือดประมาณ 5 นาที ผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำลง จึงต้องมีการแก้ไขภาวะ Hypotension แต่ผู้ป่วยได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัยทั้ง 2 ราย ซึ่งการดูแลต่อเนื่องในระยะยาว ควรวางแผนเรื่องการเลิกบุหรี่ ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัว การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลตนเอง หลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยง

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ปฏิบัติการพยาบาลควรมีการทบทวนความรู้ในเรื่องโรค ทักษะในการประเมิน การให้การพยาบาล การปฏิบัติตามแนวทางการรักษา การบริหารยาความเสี่ยงสูง การพยาบาลก่อนให้ยา ขณะให้ยา Streptokinase ต้องมีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนบันทึกอาการสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดยา เพื่อให้การพยาบาลมีคุณภาพและผู้ป่วยปลอดภัย

2. ระบบบริการการพัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจให้ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกันทั้งโรงพยาบาลเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ ลดอาการรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อทางระบาดวิทยา. สถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ Coronary Artery Disease (CAD) ปี พ.ศ. 2561 [อินเทอร์เน็ต]. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 31 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1081120191227091554.pdf>
2. เกรียงไกร เฮงรัศมี. มาตรฐานการรักษามะเร็งกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์; 2555.
3. งานเวชระเบียนและสถิติ. สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ปี 2563–2565. ยโสธร: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา; ข้อมูล ณ วันที่ 30 เมษายน 2565.
4. สุรพันธ์ สิทธิสุข. แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์; 2557.
5. ผ่องพรรณ อรุณแสง. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 10. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2556.
6. อภิสิทธิ์ ตามสัตย์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี [เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลตำรวจ; 2558.
7. ชูสิทธิ์ ด่านยุทธศิลป์. หลักการประเมินสุขภาพ. พิษณุโลก: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2552: หน้า 7–8.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจในพยาบาล
ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน
The Effect of motivational conversation program training in nurses
on knowledge and Self-care behaviors of patients with diabetic

Poobalt Phattanakorn, RN
Sam Sung Hospital
Khon Khan Province

ภูเบตร พัฒนากร, พย.บ.
โรงพยาบาลซำสูง
จังหวัดขอนแก่น

บทคัดย่อ

การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental design) มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษาปัญหาและความต้องการในการพัฒนาศักยภาพพยาบาลเพื่อให้สามารถสนทนาสร้างแรงจูงใจ 2) พัฒนาศักยภาพพยาบาลให้สามารถสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ 3) ศึกษาผลของการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวาน และ 4) ค่า HbA1c และค่า eGFR กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติ จำนวน 10 คน และผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการคลินิกพิเศษหน่วยงานผู้ป่วยนอก จำนวน 100 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แผนประชุมกลุ่ม 2) แบบประเมินความรู้ของพยาบาล 3) ประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน 4) แบบบันทึกค่า HbA1c และค่า eGFR ดำเนินการวิจัยเดือนกันยายน 2562 ถึงเดือนมีนาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, สถิติเชิงอนุมาน และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า 1) พยาบาล ร้อยละ 100 ต้องการพัฒนาศักยภาพเพื่อการสนทนาสร้างแรงจูงใจ 2) คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจสำหรับพยาบาลหลังการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และได้โปรแกรมสนทนาสร้างแรงจูงใจ 1 โปรแกรม 3) คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานสำหรับผู้ป่วยเบาหวานหลังการสนทนาสร้างแรงจูงใจมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการสนทนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองหลังการสนทนาสร้างแรงจูงใจมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการสนทนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และ 4) ค่าเฉลี่ย HbA1c หลังสิ้นสุดโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมสนทนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ค่าเฉลี่ย eGFR หลังสิ้นสุดโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมสนทนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 100 มีความพึงพอใจในการสนทนาสร้างแรงจูงใจ

คำสำคัญ: การสนทนาสร้างแรงจูงใจ, ความรู้, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง, ผู้ป่วยเบาหวาน

Abstract

Motivational conversation enabling diabetic patients to take care of themselves and change their health behaviors. This study is quasi experimental design aim to study 1) study the problems and needs for the development of nurses' potential to enable them in motivation conversations 2) develop the potential of nurses to be able to have motivation conversations 3) study the effects of motivation conversations on knowledge and self-care behaviors in diabetic patients and 4) HbA1c and eGFR. Samples were 10 nurse Practitioners and 100 diabetic patients. The research tools were 1) focus group plan 2) nurse knowledge questionnaire 3) knowledge and self-care behaviors of diabetes patients questionnaire and 4) HbA1c and eGFR record form. Research conducted September 2019–March 2022. Data analysis using descriptive, inferential statistics and content analysis.

The results 1) 100% of nurses wanted to develop their potential for motivational conversations 2) the mean score of nurses knowledge about conversational motivation in after higher than before of the training, score significantly at .01 and had one motivational conversation program 3) the mean scores of patient diabetes knowledge in after higher than before of the motivational conversation program, score significantly at .01 and the mean scores of self-care behaviors after higher than before of the motivational conversation program, score significantly at .01 4) the mean of HbA1c in after lower than before the motivational conversation

program, significant at .01 and the mean eGFR in after higher than before of the motivational conversation program, significantly at .01, and 100% of diabetic patients were satisfied with the motivational conversation program.

Keyword: Motivational conversation, Knowledge, Self-care behaviors, Diabetic patients

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นกลุ่มโรคเกี่ยวกับการเผาผลาญอาหาร มีความสัมพันธ์กับฮอร์โมนที่สร้างจากตับอ่อน เรียกว่าอินซูลินอินซูลิน (Insulin) ซึ่งอินซูลินเป็นตัวนำน้ำตาลซึ่งเป็นน้ำตาลกลูโคส (Glucose) จากเลือดเข้าสู่เซลล์ของอวัยวะต่างๆ ทั่วร่างกาย แต่เมื่อเกิดความผิดปกติจะส่งผลให้มีน้ำตาลเหลือคั่งในเลือดสูงมากขึ้นกว่าปกติ¹ จากสถานการณ์โรคเบาหวานของโลกในปัจจุบันพบว่าในปี 2560 มีผู้ป่วยประมาณ 462 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 6.28 ของประชากรโลก หรืออัตราความชุก 6,059 คนต่อประชากร 100,000 คน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 7,079 คนต่อประชากร 100,000 คน ภายในปี 2573 ส่งผลกระทบให้มีการเสียชีวิตมากกว่า 1 ล้านคนต่อปี และเป็นสาเหตุการตายอยู่ในลำดับที่ 9² ในทวีปเอเชียได้พบอุบัติการณ์โรคเบาหวานในผู้ชาย ร้อยละ 4.28 และผู้หญิง ร้อยละ 7.54 ของประชากรในเอเชียใต้³ ซึ่งประเทศสหรัฐอเมริกาประมาณการค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในปี 2558 ประมาณ 382.6 พันล้านดอลลาร์ (หรือ 12-14% ของงบประมาณด้านสุขภาพ) และตัวเลขนี้จะเพิ่มขึ้นเป็น 445.6 พันล้านดอลลาร์ภายในปี 2583⁴ สำหรับประเทศไทย พบอุบัติการณ์โรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 33.3 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2538 เป็น 1,439.04 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2561 ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน สังคม และเศรษฐกิจโดยรวม ทำให้สูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี และพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในเมืองไทยมากถึง 200 รายต่อวัน⁵ ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

โรงพยาบาลข้าสูง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ให้บริการทั้งผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน หน่วยงานผู้ป่วยนอกเป็นหน่วยปฐมภูมิที่ต้องประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่อง และต้องให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากสถิติข้อมูล⁶ ณ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกปี 2561–2563 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานมารับบริการทั้งหมด จำนวน 1,498 ราย 1,652 ราย และ 1,743 ราย ตามลำดับ พบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยอาการภาวน้ำตาลในเลือดสูง ร้อยละ 1.39, 3.82 และ 3.46

ตามลำดับ อาการภาวน้ำตาลในเลือดต่ำ ร้อยละ 8.62, 8.15 และ 8.06 ตามลำดับ ภาวะไตเสื่อมรวมทุกระดับ ร้อยละ 26.26, 30.68 และ 25.64 ตามลำดับ เป็นแผลเรื้อรังที่เท้า ร้อยละ 0.44, 0.25 และ 0.20 ตามลำดับ มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 0.70, 0.80 และ 0.91 ตามลำดับ เบาหวานขึ้นตา ร้อยละ 5.26, 5.82 และ 5.91 ตามลำดับ และจากการทำกลุ่มกับผู้ป่วยในปี 2563 พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 72.56 พร่องความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ร้อยละ 59.67 ขาดการออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพทั่วไปเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ร้อยละ 61.28⁶ จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าอัตราการเกิดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ กับผู้ป่วยโรคเบาหวานยังคงสูงอยู่ ซึ่งนอกจากโรคเบาหวานจะเป็นอันตรายต่อชีวิต ทั้งจากพยาธิสภาพของโรคและภาวะแทรกซ้อนแล้ว ยังส่งผลให้บุคลากรทางสาธารณสุขและพยาบาลทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องรับภาระในการรับผิดชอบดูแลเพิ่มขึ้น และเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยจะเห็นว่าในปี 2561–2563 มีค่าใช้จ่ายต่อรายคนในผู้โรคเบาหวานเป็นจำนวน 2,525 บาท 2,850 บาท และ 3,150 บาท รวมทั้งจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้นยังส่งผลให้คุณภาพของระบบการดูแลด้วยคุณภาพลง จำเป็นจะต้องพัฒนาระบบเพื่อให้มีการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ให้มีคุณภาพและปลอดภัย

จากข้อมูลดังกล่าวนี้แสดงให้เห็นว่าการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการดูแลสุขภาพทั่วไปเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ มีความสำคัญต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยจึงศึกษาหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมมารับประทานที่ถูกต้อง มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอและดูแลสุขภาพอื่นเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ซึ่งพบว่าจากการศึกษาของ ลักษณะพงษ์ภุมมาและคณะ⁷ และจันจิรา หินขาวและคณะ⁸ ทำการศึกษาผลของการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประสบผลสำเร็จ และผู้วิจัยเห็นว่าควรนำมาใช้กับปัญหาในบริบทที่ผู้วิจัยประสบอยู่ จึงได้นำแนวคิดนี้มาเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา ซึ่งในบริบทนี้ผู้วิจัยจะต้องมีการเตรียมบุคลากรพยาบาลที่เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติประจำหน่วยงาน จำนวน 10 คน เพื่อให้มีทักษะในการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ถูกต้อง มีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยการจัดอบรม (Training)

ซึ่งการฝึกอบรมเป็นการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ทศนคติ ที่เหมาะสมในการปฏิบัติงาน จนกระทั่งเกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมในการปฏิบัติงานไปในทิศทางที่ต้องการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา และความต้องการ ในการพัฒนาศักยภาพพยาบาลเพื่อให้สามารถสนทนา สร้างแรงจูงใจ

2. เพื่อศึกษาผลของการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วย โรคเบาหวาน

3. เพื่อศึกษาประโยชน์จากผลลัพธ์ของการสนทนา เพื่อสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ ค่า HbA1c และ eGFR

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental design) ดำเนินการวิจัยหลังจากโครงสร้าง วิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ระยะที่ 1 Research: R1; Analysis

1) ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการของ หน่วยงานและผู้ป่วยเบาหวาน 2) ส่งโครงสร้างขอจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ และ 3) ได้รับการอนุญาตให้ดำเนินการ วิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติ จำนวน 10 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแผนประชุมกลุ่ม ตรวจสอบความ สอดคล้องของเนื้อหาของคำถาม (IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC = 1

ระยะที่ 2 Development: D1; Design and Development

การพัฒนาศักยภาพพยาบาลเพื่อให้สามารถสนทนา สร้างแรงจูงใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติ จำนวน 10 คน เครื่องมือวิจัยเป็นเป็นขั้นตอนการ ดำเนินงานตาม PDCA (Deming Cycle) ประกอบด้วย 1) ขั้นเตรียมการ (Plan) ได้แก่ วางแผนและเตรียมการ เป็นวิทยากรให้ความรู้เกี่ยวกับการสนทนาเพื่อสร้าง แรงจูงใจ สร้างแบบประเมินความรู้ Pre-post test และ ประชาสัมพันธ์ 2) ขั้นดำเนินการ (Do) ประเมินความรู้ Pre-test ได้แก่ ดำเนินการอบรม การฝึกปฏิบัติงาน 3) ขั้นประเมิน (Check) และรายงานผล ได้แก่ ประเมิน ความรู้ Post test และประชุมกลุ่ม (Focus group) 4) ขั้นนำผลประเมินไปใช้พัฒนา (Act) ได้แก่ นำข้อมูลเชิง คุณภาพมาปรับปรุงตามข้อสรุปของ Focus group สร้าง โปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ และพยาบาลเวช ปฏิบัตินำความรู้ไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน สร้างแบบ ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมการ ดูแลสุขภาพ เครื่องมือเป็นแบบประเมินแบบถูกผิด (true-

false) จำนวน 15 ข้อ ใช้ประเมินความรู้ของพยาบาล โดย คิดคะแนน ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน ทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่า KR 20 เท่ากับ 0.90 ค่าความ ยากง่าย p ได้ .52, r ได้ .43 โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่ม ตัวอย่างพยาบาลที่มีลักษณะเดียวกัน และตรวจสอบความ สอดคล้องของเนื้อหา (IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC = 1

ระยะที่ 3 Research: R2; Implementation

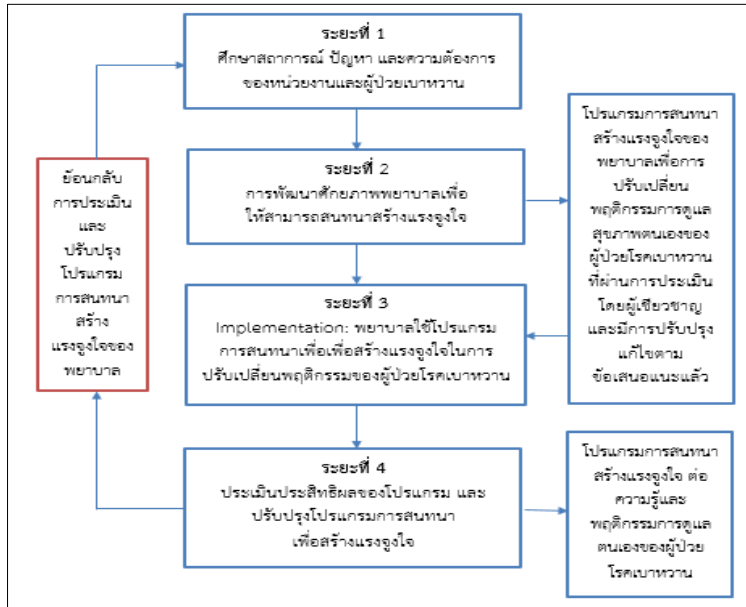
ดำเนินการวิจัย โดยกำหนดรูปแบบการวิจัยเป็นแบบ วิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental) แบบ One group pretest-posttest design ใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว มีการทดสอบก่อนเรียนรู้และหลังเรียนรู้ ร่วมกับการเก็บ รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม ดำเนินการ โดย 1) ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัย 2) พบกลุ่ม ตัวอย่างที่เป็นพยาบาล 3) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย เบาหวาน 4) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง 5) พยาบาลเวชปฏิบัติ ดำเนินการตรวจหาค่า HbA1c และค่า eGFR ก่อนการ Pre-test กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ คลินิกพิเศษหน่วยงานผู้ป่วยนอก จำนวน 100 คน 6) ดำเนินการตามโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ระยะนี้ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนและการควบคุมความ แปรปรวนของตัวแปร อาศัยหลักการ Min-Max-Con Principles เพื่อให้ผลการวิจัยออกมามีความน่าเชื่อถือได้ มากขึ้น เครื่องมือประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป็นแบบประเมินแบบถูกผิด (true-false) จำนวน 15 ข้อ ใช้ประเมินความรู้ของผู้ป่วย โรคเบาหวาน โดยคิดคะแนน ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบ ผิด ให้ 0 คะแนน ทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่า KR 20 เท่ากับ 0.92 ค่าความยากง่าย p ได้ .53, r ได้ .42 โดยเก็บ ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาที่มีลักษณะเดียวกัน และ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นมาตราวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) 3 อันดับ จำนวนทั้งหมด 30 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 ตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาทั้งหมด (IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC = 1

ระยะที่ 4 Development: D2; Evaluation

ประเมินผลโปรแกรม โดยประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ต่างๆ ได้แก่ ค่า HbA1c และค่า eGFR กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการตรวจรักษาโรค จำนวน 100 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบบันทึก HbA1c และค่า eGFR ก่อนและหลังการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ และแผน ประชุมกลุ่ม ตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาของ แบบบันทึก (IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC = 1

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, สถิติเชิงอนุมานและข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แผนประชุมกลุ่ม 2) แบบประเมินความรู้ของพยาบาล 3) ประเมินความรู้และพฤติกรรมการฝึกขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน 4) แบบบันทึกค่า HbA1c และค่า eGFR ดำเนินการวิจัยเดือนกันยายน 2562 – เดือนมีนาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, สถิติเชิงอนุมาน และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา



ขอบเขตของการศึกษา

ใช้รูปแบบการวิจัยแบบวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental design) โดยเก็บข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และเชิงปริมาณ (Quantitative data)

ประชากรที่ใช้ศึกษา เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงาน ณ หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยโรคเบาหวาน งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลชำสูง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการตรวจรักษาโรค ณ หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยโรคเบาหวาน งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลชำสูง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ระยะเวลาที่ใช้ศึกษา วันที่ 1 กันยายน 2562 ถึง 31 มีนาคม 2565

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 มีการเสนอข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 72.56 พร่องความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ร้อยละ 59.67 ขาดการออกกำลังกาย และร้อยละ 61.28 ขาดการดูแลสุขภาพทั่วไปเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ผู้ป่วยร้อยละ 100 ต้องการปฏิบัติตนให้ถูกต้องโดยมีแรงจูงใจ และมีการนำเสนอแนวคิดในการปฏิบัติในการสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่าพยาบาลร้อยละ 100 ต้องการพัฒนาศักยภาพตนเองเพื่อให้สามารถสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับผู้ป่วยเบาหวานได้

ระยะที่ 2 พบว่า

1) คะแนนความรู้เกี่ยวกับการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจสำหรับพยาบาลหลังการอบรม มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนอบรม มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 15 คะแนน มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 11 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 12.20 (SD=1.93) หลังการอบรม มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 15 คะแนน มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 15 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 15.00 (SD=0.00) ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสูงสุด-ต่ำสุดของความรู้เกี่ยวกับการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจสำหรับพยาบาลหลังการอบรม

ความรู้	N	Min	Max	Mean	SD
ก่อนการอบรม	10	11	15	12.20	1.93
หลังการอบรม	10	15	15	15.00	0.00

2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจสำหรับพยาบาล ก่อนและหลังการอบรม ด้วยสถิติ pair t-test หลังอบรมสูงกว่าก่อนอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจสำหรับพยาบาล ก่อนและหลังอบรม

ความรู้	N	Mean	SD	t	p
ก่อนการอบรม	10	12.20	1.93	-4.58*	.001
หลังการอบรม	10	15.00	0.00		

*p < .01

3) ได้โปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ 1 โปรแกรม ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย

3.1) ขั้นตอนการประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่เรียกว่าระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change)

3.2) ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมในแต่ละกลุ่มที่มีขั้นตอนความพร้อม ได้แก่ 3.2.1) การสร้างสัมพันธภาพ (Engaging) 3.2.2) การวางเป้าหมาย (Focusing) 3.2.3) การกระตุ้นให้ทำการเปลี่ยนแปลง (Evoking) และ 3.2.4) การวางแผน (Planning) สร้างการเปลี่ยนแปลงให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3.3) แนวคำถามการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ 3.3.1) เทคนิคการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง 3.3.2) เทคนิคการชมที่ความตั้งใจ 3.3.3) เทคนิคการค้นหาสิ่งสำคัญในชีวิต 3.3.4) เทคนิคการสนับสนุนแรงจูงใจให้เข้มแข็ง และ 3.2.5) เทคนิคกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของชีวิต

3.4) จัดกิจกรรมตามลักษณะความพร้อมของแต่ละกลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ 3.4.1) ลักษณะกลุ่มเมินเฉย 3.4.2) ลักษณะกลุ่มกลุ่มลังเลใจ 3.4.3) ลักษณะกลุ่มเตรียมการ/ตัดสินใจ 3.4.4)

ลักษณะกลุ่มลงมือปฏิบัติ และ 3.4.5) ลักษณะกลุ่มกระทำอย่างต่อเนื่อง

3.5) กำหนดระยะเวลาและจำนวนกิจกรรมการนัดกลับมาเข้ากลุ่ม ได้แก่ 3.5.1) กลุ่มเมินเฉย นัดทำกิจกรรมกลุ่มทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 5 ครั้ง 3.5.2) กลุ่มลงมือปฏิบัติ ติดตามทางโทรศัพท์ ทุก 2 สัปดาห์ และนัดทำกิจกรรมกลุ่มทุก 1 เดือน 3.5.3) กลุ่มกระทำอย่างต่อเนื่อง นัดทำกิจกรรมกลุ่ม ทุก 3-4 เดือน ในวันที่มาตามนัด

3.6) การติดตาม ได้แก่ 3.6.1) การกระตุ้นให้กลุ่มมีการพูดคุยถึงการเปลี่ยนแปลง 3.6.2) กล่าวชื่นชมสำหรับผู้เริ่มปฏิบัติได้ 3.6.3) ส่งเสริมให้กำลังใจ 3.6.4) วางแผนกลุ่มร่วมกันเพื่อปรับแนว 3.6.5) สร้างความเชื่อมั่นในตนเอง

ระยะที่ 3 พบว่า

1) คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 10 คะแนน มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 8 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 9.69 (SD=0.49) หลังการอบรม มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 10 คะแนน มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 10 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 10.00 (SD=0.00) ดังตาราง 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสูงสุด-ต่ำสุดของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ

ความรู้	N	Min	Max	Mean	SD
ก่อนการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ	100	8	10	9.69	0.49
หลังการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ	100	10	10	10.00	0.00

2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ด้วยสถิติ pair t-test หลังการสนทนาสูงกว่าก่อนการสนทนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ

ความรู้	N	Mean	SD	t	p
ก่อนการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ	100	9.69	0.49	-6.38*	.000
หลังการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ	100	10.00	0.00		

*p < .01

3) คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ก่อนการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ คะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือด้านการตรวจตามนัด มีคะแนนเฉลี่ย 3.00 (SD=0.00) ต่ำสุดคือด้านการจัดการกับความเครียดมีคะแนนเฉลี่ย 2.72 (SD=0.49) คะแนนรวมเฉลี่ย 2.88 (SD=0.03) หลังการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ คะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือด้านการตรวจตามนัด มีคะแนนเฉลี่ย 3.00 (SD=0.00) ต่ำสุดคือด้านการ

ออกกำลังกาย มีคะแนนเฉลี่ย 2.85 (SD=0.42) คะแนนรวมเฉลี่ย 2.96 (SD=0.02)

4) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ด้วยสถิติ pair t-test หลังการสนทนาสูงกว่าก่อนการสนทนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	N	Mean	SD	t	p
ก่อนการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ	100	2.88	0.03	-45.00*	.000
หลังการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ	100	2.96	0.02		

*p < .01

ระยะที่ 4

1) ผลลัพธ์ของการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย HbA1c และค่าเฉลี่ย eGFR ก่อนและหลังการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ด้วยสถิติ pair t-test พบว่า หลังการสนทนา ค่าเฉลี่ย HbA1c ต่ำกว่าก่อนการสนทนา และค่าเฉลี่ย eGFR หลังการสนทนาสูงกว่าก่อนการสนทนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย HbA1c และค่าเฉลี่ย eGFR ก่อนและหลังการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ

รายการ	N	Mean	SD	t	p
HbA1c					
ก่อนการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ	100	89.11	20.27	14.92*	.000
หลังการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ	100	96.73	19.45		
eGFR					
ก่อนการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ	100	10.22	1.30	-6.19	.000
หลังการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ	100	8.41	1.34		

*p < .01

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยสามารถนำมาสรุปและอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ ดังนี้

ระยะที่ 1 ของการวิจัยและพัฒนาเป็นการค้นหาปัญหา เน้นความสำคัญกับการทำ Focus group เช่นเดียวกับการศึกษาของ สกลสุภา อภิษฐ์บุญโชค⁹

โยธิน แสงวดี และคณะ¹⁰ ซึ่งในวิจัยนี้ระยะที่ 1 มีการทำ Focus group เพื่อให้ทราบปัญหาพร้อมทั้งมีการระดมสมองเพื่อแก้ไขปัญหา เมื่อต้องการข้อตกลงในการแก้ไขปัญหา จะต้องมีการออกเสียงสนับสนุนเพื่อให้ได้ข้อยุติ ผลการวิจัยระยะนี้จึงรายงานผลการวิจัยเป็นร้อยละของ

ผู้ออกเสียง เช่น พยาบาลร้อยละ 100 ต้องการพัฒนาศักยภาพเพื่อการสนทนาสร้างแรงจูงใจ

ระยะที่ 2 เมื่อได้ข้อสรุปที่เป็นเสียงส่วนมาก จะนำการพัฒนาศักยภาพการสนทนาสร้างเพื่อแรงจูงใจนี้มาวางแผนอบรมและฝึกทักษะให้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติงาน ซึ่งระยะนี้จะต้องมีดำเนินการแบบ PDCA ของเดมมิง (The Deming cycle)¹¹ ทำให้กระบวนการพัฒนาพยาบาลเวชปฏิบัติโดยการอบรมเป็นระบบและสามารถวัดผลได้ ซึ่งการอบรมใดๆ ก็ตามเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเกิดความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ เกิดความชำนาญและทักษะในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง¹²⁻¹³ ผลลัพธ์ที่เกิดจากการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพการสนทนาสร้างเพื่อแรงจูงใจสำหรับพยาบาลสามารถวัดได้จากคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ซึ่งเป็นที่ประจักษ์ว่าหลังการอบรม ผู้รับการอบรมย่อมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และนอกจากนี้ การวิจัยระยะนี้เป็นระยะการสร้างโปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ในระยะนี้อีกอย่างคือ โปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ 1 โปรแกรม

ระยะที่ 3 ระยะนี้เป็นระยะการนำโปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานโดยพยาบาลเวชปฏิบัติที่ผ่านการอบรม ซึ่งการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานสำหรับผู้ป่วยเบาหวานหลังการสนทนาสร้างแรงจูงใจ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการสนทนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองหลังการสนทนาสร้างแรงจูงใจมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการสนทนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ไม่มีการศึกษาใดที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการพัฒนาศักยภาพพยาบาลเพื่อให้สามารถสนทนาสร้างแรงจูงใจ ต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่เป็นงานวิจัยประเภทวิจัยและพัฒนา แต่พบว่ามีผลการวิจัยเฉพาะส่วน ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการปฏิบัติงานโดยการอบรม (Training) และการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing : MI) ดังการศึกษาของ ลักษณะ พงษ์ภุมมา และคณะ⁷ ศึกษาผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และดัชนีมวลกายในวัยผู้ใหญ่ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและดัชนีมวลกายในวัยผู้ใหญ่ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นวิจัยกึ่งทดลองชนิดศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน เข้าร่วมโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Miller WR และคณะ¹⁴ ใช้เวลาครั้งละ 1-2 ชั่วโมงอย่างต่อเนื่อง จำนวน 5 ครั้ง เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบวัดความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .767 และ .826 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเปรียบเทียบ paired t-test ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของจันจิรา หินขาว และคณะ⁸ ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ เพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสื่อมของไตระยะที่ 3 เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจ เพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีไตเสื่อมระยะที่ 3 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ วิดีโอ คู่มือการจัดการตนเอง แผนการฝึกทักษะการจัดการตนเอง แบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ แบบทดสอบความบกพร่องในการรู้คิด 6 ข้อ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม มีค่าความเชื่อมั่น .88 และเครื่องมือตรวจผลลัพธ์ทางคลินิก ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2561 ถึงเดือนมีนาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Fisher's exact test, independent t-test, paired t-test, Wilcoxon matched pairs signed-rank test และ Mann-Whitney U test ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานสูงกว่า

ก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ค่าซีรัมครีเอตินิน และค่าโปรตีนในปัสสาวะ ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าอัตราการกรองของไตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 3) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ความดันโลหิตซิสโตลิก ซีรัมครีเอตินิน และค่าโปรตีนในปัสสาวะลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะ วงษ์ไทยเจริญ และคณะ¹⁵ ที่ศึกษาผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับคอเลสเตอรอล ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับคอเลสเตอรอลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง โดยมีคุณสมบัติตามที่ได้กำหนดไว้ในงานวิจัย จำนวน 16 คน สุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่ม 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพและโปรแกรมการปรึกษาการสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม จำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น การรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และทดสอบความแตกต่างรายคู่แบบบองเพอโรนี ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลอง กับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมสุขภาพในระยะหลังทดลองสูงกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ในระยะติดตามผลแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง มีระดับคอเลสเตอรอลในระยะหลังทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ในระยะติดตามผลแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีระดับคอเลสเตอรอลในระยะหลังทดลองต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่าผลของการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจได้

ผลลัพธ์ที่ออกมาคุ้มค่ากับเวลาและกำลังกายกำลังใจที่พยาบาลได้ปฏิบัติ

ระยะที่ 4 เป็นระยะสุดท้ายในการประเมินผล ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ทำประเมินผลประโยชน์ (Impact) ที่เกิดจากผลลัพธ์ (Out come) ซึ่งบางงานวิจัยทำการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรม แต่ในงานวิจัยครั้งนี้ ประเมินเป็นผลลัพธ์ของโปรแกรม ซึ่งวัดและประเมินผล 2 ตัวแปร ได้แก่ ค่าเฉลี่ย HbA1c ซึ่งพบว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมสนทนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และค่าเฉลี่ย eGFR หลังสิ้นสุดโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมสนทนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 แสดงให้เห็นว่าการวิจัยครั้งนี้ให้ผลคุ้มค่า สมควรอย่างยิ่งที่จะมีการปฏิบัติตามโปรแกรมนี้อย่างต่อเนื่อง และถ่ายทอดโปรแกรมนี้ลงสู่ รพ.สต. ลูกข่ายต่อไป

สรุป

การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจเป็นแนวคิดในการปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยพยาบาลและผู้ป่วยเบาหวานต้องมีการวางแผนเป้าหมาย มีทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง มีการวางแผนสร้างการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ สุดท้ายแล้วจะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้

การนำไปใช้ประโยชน์

ด้านผู้รับบริการ (ผู้ป่วย)

- 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดจากความรู้ที่ได้รับ อันจะส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น สามารถส่งเสริมการกำหนดเป้าหมายด้านสุขภาพและกำหนดแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้
- 2) เมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองได้ จะส่งผลให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ได้แก่ ภาวะไตเสื่อม โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้

ด้านผู้ให้บริการ (เจ้าหน้าที่)

- 1) พยาบาลเวชปฏิบัติมีโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจในการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวาน และสามารถขยายผลไปยังผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ๆ ได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูงหรือผู้ติดสารเสพติด โดยมองผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นการรับฟังผู้รับบริการด้วยความเข้าใจ ยอมรับ ไม่ตัดสินถูก-ผิด
- 2) ลดภาระหน้าที่ในการรับผิดชอบต่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ด้านองค์กร (หน่วยบริการ)

- 1) หน่วยงานรับการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานลดลงทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
- 2) หน่วยงานมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลดลง

ข้อเสนอแนะ

- 1) ด้านบริหาร ผลการวิจัยที่ได้เป็นข้อมูลนำเข้าในการวางแผนการนิเทศงาน หรือตรวจเยี่ยมการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลูกข่ายให้แก่ผู้บริหาร
- 2) ด้านบริการ ควรนำแนวคิดการปฏิบัติกรสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจนี้ ไปใช้แก้ไขปัญหานี้ในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มคัดออก เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลสุขภาพเท่าเทียมกัน
- 3) ด้านวิจัยหรือวิชาการ ควรนำผลที่ได้จากข้อมูลเชิงคุณภาพไปปรับปรุงโปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในขั้นตอนการกำหนดลักษณะความพร้อมของกลุ่ม และกำหนดระยะเวลาการนัดกลับมาเข้ากลุ่ม

บทเรียนที่ได้รับ

ประเด็นสำคัญของ Motivational Interviewing (MI) เป็นกลยุทธ์ในการแก้ไข และจัดการกับความลังเลใจ เพื่อให้เกิดการดำเนินการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง พยาบาลใช้หลักการพื้นฐานโดยการรับฟังอย่างตั้งใจ โอนอ่อนตามแรงต้าน ยอมรับความเห็นที่แตกต่าง ให้ข้อมูลย้อนกลับ และให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง กระตุ้นถามถึงข้อดี-ข้อเสียในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ชื่นชมในสิ่งที่ดีที่เกิดขึ้น (Affirmation) ไม่ได้เน้นการเติมเต็มความรู้หรือวิธีการ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. การสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับ
2. ความร่วมมือของทีมพยาบาลเวชปฏิบัติ บุคลากร และสหสาขาวิชาชีพ
3. ความร่วมมือของผู้ป่วยเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

1. สกลสุภา อภิชาตบุญโชค, อิดารัตน์ ทองหนู. การพยาบาลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคเบาหวาน. อุบลราชธานี: อุบลกิจจอพเซทการพิมพ์; 2562.
2. Khan MAB, Hashim MJ, King JK, Govender RD, Mustafa H, Al Kaabi J. Epidemiology of Type 2 Diabetes-Global Burden of Disease and Forecasted Trends. J Epidemiol Glob Health 2020; 10(1): 107-11. doi: 10.2991/jegh.k.191028.001. PubMed PMID: 32175717.

3. Narayan KMV, Kondal D, Daya N, Gujral UP, Mohan D, Patel SA, et al. Incidence and pathophysiology of diabetes in South Asian adults living in India and Pakistan compared with US blacks and whites. BMJ Open Diabetes Res Care 2021; 9(1): e001927. doi: 10.1136/bmjdr-2020-001927. PubMed PMID: 33771764.
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). National Diabetes Statistics Report, 2020 [Internet]. 2020 [Cited 2021 Sep 20]. Available from: <https://www.cdc.gov/diabetes/pdfs/data/statistics/national-diabetes-statistics-report.pdf>
5. นลิน จรุงชนะกิจ. ผลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ (โควิด-19) โรงพยาบาลไทรงาม. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2564; 15(36): 129-42.
6. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลข้าสูง. สถิติข้อมูลโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน ในคลินิกพิเศษหน่วยงานผู้ป่วยนอก ปี พ.ศ. 2561, 2562 และ 2563. ขอนแก่น: โรงพยาบาลข้าสูง; 2563.
7. ลักษณา พงษ์ภุมมา, ขวัญตา เพชรณิโชติ, เชษฐา แก้วพรม, เมทนี ระดาบุตร. ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และดัชนีมวลกายในวัยผู้ใหญ่ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2563; 14(1): 21-31.
8. จันจิรา หินขาว, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ, สุนทรี เจียรวิทย์กิจ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ เพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงของไตระยะที่ 3. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี 2562; 30(2): 185-202.
9. สกลสุภา อภิชาตบุญโชค. การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาเพื่อพัฒนาความสามารถในการประเมินสภาพปัญหาการ

- หายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดของ
นักศึกษาพยาบาล. วชิรเวชสาร 2558; 59 (3):
25-34.
10. โยธิน แสงดี, ฐณัฐ วงศ์สายเชื้อ. วิธีการและ
ขั้นตอนรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ.
วารสารวิธีวิทยาการวิจัย 2546; 16(3): 511-24.
11. ชัชวาล อรวงศ์ศุภทัต. Action Planning &
Work Prioritizing (เทคนิคการวางแผน
ปฏิบัติงาน และจัดลำดับความสำคัญของงาน)
[อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤษภาคม
2565]. เข้าถึงได้จาก:
<http://www.thaitrainingzone.com>
12. พาติน สะนิ. คู่มือการปฏิบัติงานเรื่องการ
ให้บริการฝึกอบรม. สำนักวิทยบริการและ
เทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัยราชภัฏ
ยะลา; 2563.
13. นนทวัฒน์ สุขผล. การพัฒนาทรัพยากรบุคคล
[อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤษภาคม
2565]. เข้าถึงได้จาก:
[http://www.sepo.go.th/assets/document
/file/1376554341_hr_2556.pptx](http://www.sepo.go.th/assets/document/file/1376554341_hr_2556.pptx)
14. Miller WR, Rollnick S. Motivational
interviewing: Preparing people for change.
2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
15. ปิยะ วงษ์ไทยเจริญ, จุฑามาศ แทนจอน,
สุรินทร์ สุทธิธาทิพย์. ผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้าง
แรงจูงใจแบบกลุ่ม ต่อพฤติกรรมสุขภาพและ
ระดับคอเลสเตอรอล ของผู้ป่วยความดันโลหิต
สูง. วารสารราชพฤกษ์ 2558; 13(3); 91-102.

การพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว:

กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of the patient with septic shock with pneumonia with acute respiratory failure: 2 case studies

Kanchana Prasert, RN
Yasothon Hospital
Yasothon Province

กาญจนา ประเสริฐ, พว.*
โรงพยาบาลยโสธร
จังหวัดยโสธร

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) เกิดจากการตอบสนองของร่างกายต่อเชื้อโรคหรือสารพิษที่สร้างจากเชื้อโรคทำให้เกิดกระบวนการอักเสบทั่วร่างกายและจะส่งผลให้การทำงานของอวัยวะสำคัญของร่างกายเสียหายที่ จนเกิดอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multiple organ system dysfunction) และทำให้เสียชีวิตได้ในเวลาที่รวดเร็วที่พบบ่อยคือการติดเชื้อที่ปอด ผู้ป่วยจะเกิดภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรงจนทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลว (Acute respiratory failure)

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย

วิธีการดำเนินงาน: ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว จำนวน 2 รายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยโสธร ช่วงเดือนตุลาคม 2563 ถึง กุมภาพันธ์ 2564 โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยและแบบประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบพยาธิสภาพ อาการ อาการแสดง การรักษา กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล รวม 3 ระยะ ได้แก่ การดูแลระยะวิกฤต การดูแลระยะต่อเนื่องและการเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน

ผลการศึกษา: กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทยอายุ 65 ปี มีโรคประจำตัวเป็น Asthma มาด้วยอาการ 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอมีเสมหะ รักษาที่คลินิกเอกชน 1 วัน ก่อนมาอาการไม่ดีขึ้นหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจและให้ออกซิเจนด้วยเครื่องช่วยหายใจ ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและยาเพิ่มความดันโลหิต Norepinephrine และยาปฏิชีวนะ จนอาการดีขึ้นสามารถถอดท่อช่วยหายใจ ให้การฟื้นฟูสภาพและจำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 7 วัน กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 66 ปี มีโรคประจำตัวเป็น DM, HT ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลใกล้บ้าน ด้วยอาการ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ หายใจหอบเหนื่อย ถ่ายเหลว 3 ครั้ง ระหว่างการเข้ารับการรักษารักษาโรงพยาบาลชุมชนผู้ป่วยมีอาการซึมลง หายใจหอบมากขึ้น ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลยโสธร ได้รับการรักษาโดยให้ออกซิเจนด้วยเครื่องช่วยหายใจ ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและยาเพิ่มความดันโลหิต Norepinephrine และยาปฏิชีวนะ จนอาการดีขึ้นสามารถถอดท่อช่วยหายใจ ให้การฟื้นฟูสภาพและจำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 10 วัน

สรุป: การประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะหายใจล้มเหลวเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญ การให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความรุนแรงและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ ดังนั้น พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะความชำนาญที่เป็นพิเศษเพื่อประเมินผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและถูกต้องแม่นยำ รวมทั้งต้องมีแนวทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย จึงจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังจำหน่าย

คำสำคัญ: ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ, โรคปอดอักเสบ, ภาวะการหายใจล้มเหลว

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลยโสธร

ABSTRACT

Background: Septic shock is caused by the body's response to germs or toxins that created by germs, causing inflammatory processes throughout the body and will result in the malfunction of the body's vital organs. Until multiple organ system dysfunction (Multiple organ system dysfunction) and cause death in a short

time. The most common is a lung infection. The patient develops severe hypoxia leading to acute respiratory failure.

Objective: To study nursing care guidelines for shock patients from sepsis and pneumonia with acute respiratory failure two case studies.

Methods: A comparative study of two patients with sepsis-related shock and pneumonia with respiratory failure who were admitted in Yasothon Hospital from October 2020 to February 2021. Data were collected from patient medical records and Gordon's 11 health status assessment forms. Comparative data analysis of pathology, symptoms, symptoms treatment, formulating nursing diagnosis, planning nursing practice and evaluating nursing outcomes for a total of 3 phases: critical care, continuous care and discharge planning to back home.

Results: Case Study 1: A 65-year-old Thai male patient with congenital Asthma 3 days before coming to the hospital. Cough with phlegm is treated at a private clinic. 1 day before, the symptoms did not improve, breathing more and more tired. The patient was treated by intubation and oxygen with a ventilator that receiving intravenous fluids and drugs to increase blood pressure called Norepinephrine and antibiotics until the symptoms improve, the endotracheal tube can be removed. Provide rehabilitation and send back home, total length of hospital admitted 7 days. Case Study 2: A 66-year-old Thai male patient with congenital disease DM, HT was taken from a hospital near his home with symptoms, 2 days before coming to the hospital with fever, shortness of breath and bad bowel movements 3 times during his admission to the patient community hospital. Having symptoms of drowsiness, shortness of breath. He was intubated and was transported to Yasothon Hospital. He was treated with oxygen with a ventilator receiving intravenous fluids and drugs to increase blood pressure Norepinephrine and antibiotics until the symptoms improve, the endotracheal tube can be removed and provide rehabilitation and send back home, total length of hospital admitted 10 days.

Conclusion: Evaluation of patients with septic shock and respiratory failure is a critical condition. Providing effective nursing care will reduce severity and reduce the mortality rate of patients. Therefore, nurses need to have knowledge on extraordinary skills to assess patients quickly and accurately, including the need to have a systematic nursing approach continuously from the first reception until the end. This will make the patient safe and have a good quality of life after discharge.

Keywords: septic shock, pneumonia, respiratory failure

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) คือ กลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (Systemic Inflammatory Response Syndrome: SIRS)¹⁻² เนื่องจากผลของภาวะนี้ทำให้เกิดการขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อ (tissue hypoxia) จากความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตนำไปสู่ภาวะ Hypo perfusion และ Organ dysfunction หากไม่ได้รับการประเมินและติดตามการดำเนินโรครวมถึงการให้การรักษอย่างทันที่ซึ่งสามารถเพิ่มระดับความรุนแรงเป็น septic shock จนทำให้มีการทำลายเนื้อเยื่อและการทำงานของอวัยวะหลายระบบล้มเหลว (Multiple organ dysfunction) และเสียชีวิตได้ในเวลาที่รวดเร็ว โดยพบอัตราการเสียชีวิตสูงสุด 1 ใน 4 ของอัตราการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก³ ในประเทศไทยจากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงาน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁴ พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลของประเทศไทย โดยพบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 175,000 ราย/ต่อปี และผู้ป่วยเสียชีวิตประมาณ 45,000 ราย/ต่อปี ในปีงบประมาณ 2563 พบอัตราการตายร้อยละ 32.47⁴ หรืออาจสรุปได้ว่ามีผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ราย เกิดขึ้นทุกๆ 3 นาที เสียชีวิต 5 ราย ทุกๆ 1 ชั่วโมง ดังนั้นการประเมินอาการผู้ป่วยในระยะแรกได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพเมื่อผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจึงมีความสำคัญที่จะช่วยลดความรุนแรงส่งผลต่อการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วยให้มากขึ้น

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นโรคที่พบได้ประมาณร้อยละ 8-10 ของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเฉียบพลัน

ระบบหายใจ⁵⁻⁶ เป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบของเนื้อปอด บริเวณหลอดลมฝอยส่วนปลาย (terminal และ respiratory bronchiole) ถุงลม (alveoli) และในผนังถุงลมหรือเนื้อเยื่อรอบถุงลม (interstitium) การอักเสบที่เกิดขึ้นอาจเกิดเฉพาะบางส่วนของเนื้อปอด (lobar pneumonia) หรืออาจกระจายทั่วไปในเนื้อปอด เกิดจากสาเหตุหลัก 2 กลุ่ม คือ ปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อ เกิดได้ทั้งจากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส เชื้อรา และโดยเฉพาะสถานการณ์ปัจจุบันการเกิดโรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปอดอักเสบที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ ถ้าอาการรุนแรงหรือรักษาไม่ทันท่วงทีการอักเสบของปอดจะไปขัดขวางการแลกเปลี่ยนก๊าซ ผู้ป่วยจะเกิดภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรงแม้จะได้รับออกซิเจนอยู่ก็ตามซึ่งเรียกอาการนี้ว่า ภาวะหายใจล้มเหลว (respiratory failure)⁵⁻⁷ ส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานล้มเหลวไปด้วย นำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด

ในประเทศไทยสถิติจากกระทรวงสาธารณสุขพบอัตราการตายจากโรคปอดอักเสบ (pneumonia) ร้อยละ 53.3, 49.6 ในปี 2562 และ 2563 ตามลำดับ⁸ การติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดจากการสูดละอองเชื้อโรคเข้าปอด รองลงมาเป็น การสูดสำลักควันหรือสารเคมี อุบัติการณ์การเกิดเพิ่มขึ้นตามอายุ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและสรีรวิทยาของระบบการหายใจและระบบภูมิคุ้มกัน โดยพบว่าโรคปอดอักเสบร้อยละ 50-80 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบที่เกิดขึ้นนอก รพ. (Community Acquired Pneumonia; CAP) และพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี นอกจากนี้ยังพบปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ (asthma, COPD) ภาวะหายใจล้มเหลวเรื้อรัง (congestive heart failure; CHF) โรคหัวใจอื่นๆ น้ำหนักตัวหรือสมรรถนะร่างกายที่แย่ลง เป็นต้น โดยประมาณร้อยละ 20-30 จำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และประมาณร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นปอดอักเสบชนิดรุนแรง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 30-40 ดังนั้นจึงถือว่าโรคปอดอักเสบมีอัตราการเสียชีวิตสูง ที่สุดเมื่อเทียบกับการติดเชื้อที่อวัยวะอื่นๆ

จากข้อมูลโรงพยาบาลยโสธร⁹⁻¹⁰ ปี 2563-2565 พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (Septic Shock) ชนิด Community acquired จำนวนทั้งหมด 628, 499 และ 402 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 238, 196 และ 145 ราย ตามลำดับ รักษาไม่ดีขึ้นปฏิเสธการรักษาจำนวน 100, 92 และ 76 ราย ตามลำดับ รวมเสียชีวิตและปฏิเสธการรักษากลับไปเสียชีวิตที่บ้านจำนวน 338, 288 และ 221 ราย ตามลำดับ อัตราตายผู้ป่วย Septic Shock ชนิด Community acquired คิดเป็นร้อยละ 53.80, 57.72 และ 54.98 ตามลำดับ และพบผู้ป่วยโรค

ปอดอักเสบ ปี 2563-2565 จำนวนทั้งหมด 1396, 2505 และ 848 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 174, 231 และ 68 ราย ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นว่าผู้ป่วยในปี 2564 เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากเนื่องจากสถานการณ์การระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัสหรือโรคโควิด-19 และยังพบว่าการติดเชื้อที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคปอดอักเสบ คือ *Bacterial Pneumonia*, *Klebsiella Pneumonia* อัตราตายผู้ป่วยที่เกิด Pneumonia with Acute Respiratory Failure with Septic shock ร้อยละ 36.34, 41.71 และ 37.83 ตามลำดับ ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ อายุมากกว่า 60 ปี และมีโรคประจำตัว สถิติดังกล่าว⁹⁻¹⁰ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคปอดอักเสบโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วย เป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องได้รับการประเมินอาการให้การรักษารวดเร็วและวางแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัยได้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวร่วมด้วย เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย

วิธีการดำเนินงาน

เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี (Case study) ในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยเลือกกรณีศึกษาที่มาด้วยกลุ่มโรคเดียวกัน มีโรคประจำตัวและระยะเวลาการดูแลต่างกันจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลยโสธร ช่วงเดือนตุลาคม 2563 ถึง กุมภาพันธ์ 2564 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาล แนวทางการดูแลผู้ป่วย

โดยเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน (2) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา (3) แบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน¹¹ เพื่อให้ได้ปัญหาและกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล นำมาวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย สรุป และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 65 ปี เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 17 มกราคม 2564 ด้วยอาการ 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอมีเสมหะรักษาที่คลินิกเอกชนได้ยาไปรับประทาน 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการไอหอบเหนื่อยเพิ่มมากขึ้น ญาตินำส่งที่โรงพยาบาลยโสธร อาการแรกเริ่มที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัว หายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ T=39.5°C P=142/min RR=38/min BP=70/42mmHg O2sat=86% แพทย์ตรวจร่างกายพบ Creptitation both lung ผล CXR infiltration both lung Dx. Septic Shock with Pneumonia with Acute Respiratory Failure ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็น Asthma มียา Berodual พ่นเป็นประจำแต่ไม่มีอาการกำเริบ หลังรับไว้ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน แพทย์ใส่ ET-tube ขนาด 7.5 ความลึก 22 เซนติเมตร ให้ 0.9% NaCl 1,000 cc IV load 2,000 cc. หลังจากนั้นให้ 100 cc./hr. เจาะ H/C 2 specimens ให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriazone 2 gm IV ใส่สายสวนปัสสาวะ ไม่มีปัสสาวะในถุงหลัง load IV BP=85/50mmHg Start Levophed 4 mg in 5% DW 250 ml IV drip 10 ml/hr. ส่งเข้ารับการรักษาที่ตึกอายุรกรรมชาย แรกเริ่มผู้ป่วยปลุกตื่นรู้ตัว E4VTM6 pupil 3 mm. react to right both eye on ventilator PCMV mode RR 16 Ti 1 PEEP 5 FiO2 0.4 O2sat=97% T=39.0°C P=138/min RR=38/min BP=80/45 mmHg SOS Score=10 คะแนน ผลการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วได้ 106 mg% ผลตรวจ Lactate 14.0 mmol/L เจาะเลือดส่งตรวจ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Ca, Mg, Po4 LFT, PT, PTT INR, lactate x 2 q 6 hr. เก็บ TSC, G/S AFB ส่ง UA, U/C NPO เว้นยาใส่ Nasogastric tube feed ยา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ Potassium 5.50 mmol/L TCO2 9 mmol/L ได้ยา 7.5% NaHCO3 2 amp. Slow push และ 2 amp. IV drip in 30 นาที Kalimate 30 gm + น้ำ 50 ml ทุก 3 ชั่วโมง x 3 dose และ replete หลังแก้ครบ Potassium ลดลง 3.51 mmol/L ผลตรวจเสมหะพบเชื้อ *Klebsiella Pneumonia* ใช้ลดลง แพทย์ให้ try wean Levophed จนสามารถ off ยาได้ ความดันโลหิตปกติ ประเมิน off ET-tube ปรับ setting ventilator เป็น PSV mode PS 8 PEEP 5 FiO2 0.4 ฟังเสียงปอด clear รวมวันใส่ท่อช่วยหายใจ 4 วัน หลังถอดท่อช่วยหายใจ แพทย์ให้ on high flow cannular flow 60 LPM FiO2 0.4 ให้เริ่มจิบน้ำได้ รับประทานอาหารอ่อนได้ แพทย์ให้ off High flow เปลี่ยนเป็น O2mask with bag 10 LPM keep O2 sat ≥ 95% และ off Foley Cath ปัสสาวะออกดี ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการจำหน่ายหลังได้ยา

ปฏิชีวนะครบ 7 วัน จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 24 มกราคม 2564 และนัดติดตามอาการหลังการรักษาที่คลินิก COPD รวมนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลยโสธร 7 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 66 ปี โรคประจำตัว DM, HT เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลยโสธร เมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2564 โดยถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชน มาด้วยอาการ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ หายใจหอบเหนื่อย ถ่ายเหลว 3 ครั้ง ระหว่างการเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลชุมชนผู้ป่วยมีอาการซีดลง หายใจหอบมากขึ้น O2sat=90% อุณหภูมิ 38.7 °C ซีฟจร 126 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 82/28 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะออกน้อย แพทย์ให้การรักษาให้ 0.9% NaCl load 3,000 cc IV หลังจากนั้นให้ 100 cc./hr. เจาะ H/C 2 specimens ให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriazone 2 gm IV Levophed 4 mg in 5% DW 500 ml IV drip 10 ml/hr. อาการไม่ดีขึ้น แพทย์จึงได้ใส่ท่อช่วยหายใจและส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลยโสธร แรกเริ่มที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวตื่นกระสับกระส่าย E4VTM6 Pupil 2 mm. react to right both eye อุณหภูมิ 37.7 °C ซีฟจร 130 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 80/54 มิลลิเมตรปรอท ค่า O2sat 98% ใส่ท่อช่วยหายใจขนาด 7.5 นิ้ว ความลึก 21 เซนติเมตร ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผล Sinus Tachycardia ผลตรวจ CXR มี Infiltration Left Lung เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว 240 mg% แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Pneumonia with Acute respiratory failure AGE with Septic shock ได้เข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ผู้ป่วยปลุกตื่นตื่นกระสับกระส่าย E4VTM6 Pupil 2 mm. react to right both eye ผู้ป่วย On ET tube with Ventilator PCV mode PS 18 PEEP 5 TV 450 RR 16 FiO2 0.4 I:E 1:2 ผู้ป่วยหายใจดันเครื่อง แพทย์แทงเส้น Central Line และให้ Fentanyl 50 mg IV stat then (10:1) IV rate 10 cc/hr., 0.9% NaCl 1,000 cc IV rate 100 cc/hr., Levophed 4 mg in 5% DW 500 ml IV drip 20 ml/hr., Hydrocortisone 100 mg ทุก 8 ชั่วโมง เจาะเลือดส่งตรวจ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Ca, Mg, Po4, LFT, UA, Stool exam, Lactate, CPK, ABG เก็บเสมหะส่ง C/S, G/S, AFB ให้ยาปฏิชีวนะเป็น Ceftriazone 2 gm IV OD Metronidazole 500 mg ทุก 8 ชั่วโมง และเปลี่ยนเป็น Meropenam 1 gm ทุก 8 ชั่วโมง อุณหภูมิ 38.2 °C ซีฟจร 132 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/54 มิลลิเมตรปรอท SOS score 8 คะแนน ให้ตรวจน้ำตาลปลายนิ้วซ้ำก่อนอาหารและก่อนนอน ผล lactate 8.7 mmol/L ผลตรวจเลือดพบมีโพแทสเซียมต่ำ 2.4 mmol/L, TCO2 5 mmol/L Creatinine 2.32 mmol/L Retained Foley's catheter ฟังปอดได้ยิน

เสียง fine crepitation left lower lung ใส่ Nasogastric tube และ feed Blenderized diet (1:1) สูตร DM 250 cc วันละ 4 feed น้ำตาม 100 ml/feed ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจจนถึงวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2564 เริ่มรู้สึกตัวดีขึ้น ทำตามคำบอกได้ไม่ตื่นกระสับกระส่าย แพทย์ให้ off ยา fentanyl และ Try weaning โดยตั้ง setting เป็น PSV mode PS 8 PEEP 5 FiO2 0.4 ฟังปอด rhonchi both lung ให้พ่นยา Beradual 1 NB ทุก 6 ชั่วโมง ฟังเสียงปอดมีเสียง secretion ผู้ป่วยไอขับเสมหะเองไม่ออก จึง consult PT เคาะปอด ค่า DTX สูง แพทย์สั่งให้

RI ตาม Scale ถอดท่อช่วยหายใจได้ในวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2564 เวลา 10.30 น. รวมวันใส่ท่อช่วยหายใจ 5 วัน หลัง ถอดท่อช่วยหายใจแพทย์ให้ on O2mask with bag 10 LPM ให้รับประทานอาหารอ่อนเบาหวาน ผู้ป่วยไม่มีไข้ ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ฟังเสียงปอด clear ผู้ป่วยยังช่วยเหลือตัวเองได้น้อย พยาบาลได้เตรียมความพร้อม เรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายให้กลับบ้านวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2564 เวลา 10.00 น. และนัดมาติดตามการรักษาในวันที่ 15 มีนาคม 2564 รวมอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาล 10 วัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ข้อมูล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยชายไทยอายุ 65 ปี รูปร่างผอมสูง น้ำหนัก 53 กิโลกรัม	ผู้ป่วยชายไทยอายุ 66 ปี น้ำหนัก 70 กิโลกรัม
ระยะเวลาเข้ารับการ รักษา	7 วัน (17-24 มกราคม 2564)	10 วัน (16-26 กุมภาพันธ์ 2564)
อาการสำคัญและอาการเจ็บป่วย ปัจจุบัน	อาการ 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอ มีเสมหะ รักษาที่คลินิกเอกชน ได้ยาไปรับประทาน 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการไอหายใจหอบเหนื่อยเพิ่มมากขึ้น	มาด้วยอาการ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ หายใจหอบเหนื่อย ถ่ายเหลว 3 ครั้ง เข้ารับการ รักษาโรงพยาบาลชุมชนผู้ป่วยมีอาการซึมลง หายใจหอบมากขึ้น
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	มีโรคประจำตัวเป็น Asthma 10 ปี เคยสูบบุหรี่ 20 มวน/วัน ปัจจุบันหยุดสูบบุหรี่ 5 ปี	โรคประจำตัว DM, HT 5 ปี สูบบุหรี่ 1 ซอง/วัน
ประวัติการแพ้ยา	ไม่มีประวัติแพ้ยา แพ้อาหาร	ไม่มีประวัติแพ้ยา แพ้อาหาร
แผนการรักษาของแพทย์	- On ET tube with ventilator PCMV mode RR 16 Ti 1 PEEP 5 FiO2 0.4 - High-flow nasal cannular FiO2 0.4, flow 40 LPM - O2mask with bag 10 LPM - 0.9% NaCl 1,000 cc IV load 2,000 cc then 100 cc/hr. - Ceftriazone 2 gm IV - Meropenam 1 g IV q 8 hr. - Levophed 4 mg in 5% DW 250 ml IV drip 10 ml/hr. - 7.5% NaHCO3 2 amp. Slow push และ 2 amp. IV drip in 30 นาที - Kalimate 30 gm + น้ำ 50 ml ทุก 3 ชั่วโมง - Nasogastric tube feed ยา และน้ำ	- On ET tube with ventilator PCV mode PS 18 PEEP 5 TV 450 RR 16 FiO2 0.4 I: E 1: 2 - O2mask with bag 10 LPM - ทางเส้น Central Line และให้ Fentanyl 50 mg IV stat then (10:1) IV rate 10 cc/hr. - 0.9% NaCl 1,000 cc IV rate 100 cc/hr. - Levophed 4 mg in 5% DW 500 ml IV drip 20 ml/hr. - Hydrocortisone 100 mg ทุก 8 ชั่วโมง - Ceftriazone 2 gm IV OD และเปลี่ยนเป็น Meropenam 1 gm ทุก 8 ชั่วโมง - พ่นยา Beradual 1 NB ทุก 6 ชั่วโมง - consult PT เคาะปอด - Nasogastric tube และ feed Blenderized diet (1:1) สูตร DM 250 cc วันละ 4 feed

ข้อมูล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	- CBC: WBC 12,900 cell/mm³, Neutrophil 80%, Hct 33% - BUN 14, Creatinine 0.88 mg/dL, GFR (CKD-EP1) 92.71 - Sodium 138 mmol/L, Potassium 5.50 mmol/L, Chloride 94 mmol/L, TCO₂ 9 mmol/L, Phosphorus 5.2 mg/dL - Lactate 14.0 mmol/L - Sputum culture: พบ Klebsiella pneumoniae - EKG: Sinustachycardia - Chest X-ray: Infiltration both lung	- CBC: WBC 28,700 cell/mm³, Neutrophil 88%, Hct 18% - BUN 40, Creatinine 2.32 mg/dL, GFR (CKD-EP1) 28.23 - Sodium 134 mmol/L, Potassium 2.4 mmol/L, Chloride 107 mmol/L, TCO₂ 5 mmol/L, Phosphorus 5.7 mg/dL - Lactate 8.7 mmol/L - ABG: pH 7.238, pCO₂ 28.24, pO₂ 36.4, HCO₃ 11.7 - Sputum culture: พบ Acinetobacter baumannii - EKG: Sinustachycardia - Chest X-ray: Infiltration left lower lung with cardiomegaly

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
1. การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤติ	1. มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 2. มีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันเนื่องจากการติดเชื้อของเนื้อปอดอย่างรุนแรง 3. มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากพยาธิสภาพของปอดทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง 4. มีโอกาสตั้ง ET Tube เนื่องจากการเป็นไข้สูงช่วยหายใจครั้งแรก 5. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรง	1. มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 2. มีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันเนื่องจากการติดเชื้อของเนื้อปอดอย่างรุนแรง 3. มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากพยาธิสภาพของปอดทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง 4. มีโอกาสเกิด ET Tube เลื่อนหลุดเนื่องจากผู้ป่วยตื่นกระสับกระส่าย 5. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรง
2. การพยาบาลผู้ป่วยระยะดูแลต่อเนื่อง	1. มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง 2. มีภาวะ Metabolic Acidosis เนื่องจากการมีกรดแลคติกในเลือดสูง 3. การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากเสมหะเหนียวไม่ สามารถไอออกได้เอง 4. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอเนื่องจากไม่สามารถรับประทานอาหารได้เองและร่างกายอยู่ในภาวะเครียด 5. ความสามารถทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากการใส่ท่อช่วยหายใจทำให้ไม่สามารถสื่อสารได้และช่วยตัวเองไม่ได้ต้องพึ่งพาผู้อื่น	1. มีภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายเนื่องจากการทำงานของไตเสียหายที่อย่างเฉียบพลัน 2. มีภาวะ Metabolic Acidosis เนื่องจากการมีกรดแลคติกในเลือดสูง 3. การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากเสมหะเหนียวไม่ สามารถไอออกได้เอง 4. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอเนื่องจากไม่สามารถรับประทานอาหารได้เองและร่างกายอยู่ในภาวะเครียด 5. ความสามารถทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากการใส่ท่อช่วยหายใจทำให้ไม่สามารถสื่อสารได้และช่วยตัวเองไม่ได้ต้องพึ่งพาผู้อื่น 6. มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 7. มีภาวะซีด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
3. การพยาบาลผู้ป่วยระยะวางแผนจำหน่าย	1. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการกลับเป็นซ้ำ 2. วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและปอดอักเสบ	1. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการกลับเป็นซ้ำ 2. วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและปอดอักเสบ

จากการนิศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน จึงสามารถนำมาวางแผนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤติ 1. มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	1. วัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ประเมินระดับความรู้สึกตัว และ O2 saturation 2. ดูแลให้ได้รับ Fluid resuscitation อย่างเพียงพอและทันเวลา 3. ดูแลให้ได้รับยา Norepinephrine ซึ่งเป็นยา High Alert Drug ปรับยาและติดตาม Blood pressure Keep MAP $\geq$ 65 mmHg รวมทั้งเฝ้าระวังการเกิด Extravasation ที่บริเวณ IV site 4. เฝ้าระวังภาวะ organ dysfunction ทุกระบบ โดยการติดตามอาการ/อาการแสดง/ผล Lab ต่างๆ/ ปริมาณน้ำเข้า-ออกร่างกาย
2. มีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันเนื่องจากการติดเชื้อของเนื้อปอดอย่างรุนแรง	1. ประเมินลักษณะการหายใจ สังเกตอาการและอาการแสดงของการหายใจที่ไม่มีประสิทธิภาพ 2. Suction Clear Air ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งป้องกันการอุดตันของเสมหะ ฟังปอดเพื่อประเมินเสียงผิดปกติในปอด 3. วัดสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัว Monitor O2 Saturation 4. สังเกตภาวะพร่องออกซิเจน เช่น มี Cyanosis ปลายมือ ปลายเท้า 5. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาและปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา เฝ้าระวังน้ำที่ตกค้างจากเครื่องช่วยหายใจไหลเข้าสู่ท่อช่วยหายใจ และระวังสาย Circuit ไม่ให้หักพับงอ
3. มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากพยาธิสภาพของปอดทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง	1. จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อส่งเสริมการขยายตัวของปอดให้ดีขึ้น 2. Suction Clear Air ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งป้องกันการอุดตันของเสมหะทุก 1-2 ชั่วโมงหรือตามความเหมาะสม 3. วัดสัญญาณชีพ วัด O2 Saturation เพื่อประเมินความอิ่มตัวของออกซิเจนในร่างกาย 4. ติดตามค่า ABG ถ้าพบผิดปกติ รายงานแพทย์ทันที 5. ให้ยาพ่นขยายหลอดลม Berodual
4. มีโอกาสดึง ET Tube และ ET Tube เลื่อนหลุด	1. ประเมินสภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับเข้าหอผู้ป่วยเพื่อประกอบการตัดสินใจผูกยึดผู้ป่วย 2. ตรวจสอบตำแหน่ง ET Tube และระดับระยะสาย Circuit ไม่ให้ดึงรั้ง 3. กรณีที่ต้องผูกยึดผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเหตุผลที่ต้องผูกยึดผู้ป่วย 4. รายงานแพทย์ถ้าผู้ป่วยดิ้นกระสับกระส่าย หรือหายใจด้านเครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้ยา Sedative
5. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรง	1. ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความเอาใจใส่สม่ำเสมอ พุดคุยแจ้งผู้ป่วยทุกครั้งก่อนให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและไว้วางใจ 2. แจ้งญาติผู้ป่วยให้รับทราบในสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องเรื่องแผนการรักษาของแพทย์ ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ 3. ให้ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยดูแลผู้ป่วย เช่น การทำความสะอาดร่างกาย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลผู้ป่วยระยะดูแลต่อเนื่อง 1. มีภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง (ผู้ป่วยรายที่ 1) มีภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายเนื่องจากการทำงานของไตเสียหายที่อย่างเฉียบพลัน (ผู้ป่วยรายที่ 2)	1. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ 2. ติดตามผล Lab และประเมินอาการ อาการแสดงที่เกิดจากภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย 3. Record Intake/out put ลักษณะและปริมาณของ Urine 4. ติดตามผล Arterial Blood Gas เพื่อประเมินสภาพความไม่สมดุลของความเป็นกรดและด่างในร่างกาย 5. ติดตามผลการตรวจ Blood Urea Nitrogen (BUN), Creatinine (Cr) เพื่อติดตามการทำงานของไต
2. มีภาวะ Metabolic Acidosis เนื่องจากการมีกรดแลคติกในเลือดสูง	1. ดูแลให้ยา 7.5% NaHCO ₃ ตามแผนการรักษาของแพทย์ 2. ติดตามผล Arterial Blood Gas เพื่อประเมินสภาพความไม่สมดุลของความเป็นกรดและด่างในร่างกาย 3. ประเมินสัญญาณชีพและประเมินอาการหอบเหนื่อย
3. การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากเสมหะเหนียว ไม่สามารถไอออกได้เอง	1. ฟังเสียงปอดเพื่อประเมินลักษณะการหายใจของผู้ป่วยและทางเดินหายใจของผู้ป่วย 2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง จัดทำอนคิระสูง Suction Clear Air Way 3. Consult ภายภาพบำบัด
4. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอเนื่องจากไม่สามารถรับประทานอาหารได้เองและร่างกายอยู่ในภาวะเครียด	1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอ 2. ผู้ป่วยจำเป็นต้องให้อาหารทางสายยาง (nasogastric tube) ขณะให้อาหารควรตรวจสอบอาหารเหลือค้างในกระเพาะอาหารและดูแลให้ผู้ปวยนอนศีรษะสูง 30-45 องศา และมีการตรวจสอบตำแหน่งของสายยางให้อาหารก่อนเริ่มให้อาหารทุกครั้งเพื่อป้องกันการสำลัก
5. ความสามารถทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากการใส่ท่อช่วยหายใจทำให้ไม่สามารถสื่อสารได้และช่วยตัวเองไม่ได้ต้องพึ่งพาผู้อื่น	1. ดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันเกี่ยวกับการทำความสะอาดร่างกายของผู้ป่วยรวมทั้งการทำ ความสะอาดช่องปากและการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ 2. ดูแล พลิกตัวทุก 2 ชั่วโมงและ Passive exercise เพื่อป้องกันการแผลกดทับและข้อติด 3. เปิดโอกาสให้ผู้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
การพยาบาลผู้ป่วยระยะวางแผนจำหน่าย 1. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการกลับเป็นซ้ำ	1. อธิบายให้ข้อมูลต่างๆแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องกลับมาพบแพทย์ เช่น ไข้สูง ไอ มีเสมหะ หายใจหอบเหนื่อย ถ่ายเหลว 2. แนะนำการตรวจตามนัดเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการรักษา
2. วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือดและปอดอักเสบ	ส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านให้คำแนะนำผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวโดยใช้หลัก D-M-E-T-H-O-D

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวร่วมด้วย มีแนวทางการรักษาที่เหมือนกันคือจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจและต้องได้รับการดูแลการให้สารน้ำและยาเพิ่มความดันโลหิตเพื่อรักษาระบบไหลเวียนโลหิตให้ปกติและการรักษาระดับเกลือแร่และอิเล็กโทรไลต์ให้เพียงพอ แต่จะมีความรุนแรงของโรคต่างกัน ตามปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค และการเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็ว ข้อที่แตกต่างกันคือ ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 มีโรคประจำตัวเป็น Asthma ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2

มีโรคประจำตัวเป็น DM, HT และมีประวัติถ่ายเหลวร่วมด้วย เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่สำคัญคือ มีภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury) และมีภาวะช็อค ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีสมรรถนะในการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติและมีความรู้เกี่ยวกับกลไกการเกิดโรคเป็นอย่างดีเพื่อนำมาวางแผนให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบต่อเนื่องตั้งแต่การรับจนจำหน่ายรวมทั้งควรได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกด้านเพื่อนำมาวางแผนการจำหน่ายให้สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม มีการส่งต่อข้อมูลที่เพียงพอเพื่อเป้าหมายให้ผู้ป่วย

ปลอดภัย มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องไม่กลับมารักษาซ้ำและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย

อภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ป่วยทำให้ได้เรียนรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ซึ่งเป็นภาวะวิกฤติที่มีความสำคัญที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยและมีผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและเหมาะสม พยาบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มในระยะวิกฤติจนถึงจำหน่าย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤติในหอผู้ป่วยสามัญเป็นความท้าทาย พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคและแนวทางการรักษา การนำกรอบแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon)¹¹ และการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยและนำมาวางแผนให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะวิกฤติของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและปราศจากภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการทบทวนความรู้แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยวิกฤติที่ต้องดูแลในหอผู้ป่วยสามัญ
2. การพัฒนาระบบ Sepsis Fast Track โดยผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกร่วมกับการล้มเหลวของอวัยวะสำคัญควรได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ เพื่อการดูแลและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด
3. การพัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายรวมทั้งระบบการส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดให้ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกันทั้งโรงพยาบาลเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำและอาการรุนแรงมากกว่าเดิม

เอกสารอ้างอิง

1. สุณิรัตน์ คงเสรีพงศ์, ดวงมณี เลหาประสิทธิพร. แนวทางการรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis/septic shock โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2556). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2557.

2. วีรพงศ์ วัฒนาวนิช. Update management in septic shock [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 28 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://medinfo.psu.ac.th/nurse/CoP/Sepsis/sepsis_3.pdf
3. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. Crit Care Med 2017; 45(3): 486-552. doi: 10.1097/CCM.0000000000002255. PubMed PMID: 28098591.
4. healthkpi. KPI กระทรวงสาธารณสุข รายงานตัวชี้วัดที่ 034: อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ปี 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=1448&kpi_year=2563
5. อุ่นเรือน กลิ่นขจร, สุพรรณษา วรมาลี. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ. กรุงเทพฯ: ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
6. อุไร มิตรปราสาท. การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2563; 5(4): 144-52.
7. เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา, พรณิศา สืบสุข. การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ. ใน: ประณี ทุไฟเราะและคณะ, บรรณาธิการ. การพยาบาลอายุรศาสตร์ 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555: 44-59.
8. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2563 (Public Health Statistics A.D. 2020). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. เอกสารรายงานข้อมูลตัวชี้วัด service plan ปี 2563. ยโสธร; 2564.
10. งานเวชระเบียนและสถิติ. ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด ปี 2563. ยโสธร: โรงพยาบาลยโสธร; 2564.
11. ชูลีกร ด่านยุทธศิลป์. หลักการประเมินสุขภาพ. พิษณุโลก: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2552: หน้า 7-8.

การพยาบาลแบบองค์รวมผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีความเสี่ยงสูงในโรงพยาบาลยโสธร: กรณีศึกษา 2 ราย

The Holistic nursing of high-risk cataracts surgery at Yasothon Hospital: 2 case studies

Piamsri khamthawee, M.P.A.

The monastic ward

Yasothon Hospital

เปี่ยมศรี คำทวี ร.บ.ม.

หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์อาพาธ

โรงพยาบาลยโสธร

บทคัดย่อ

ภาวะต้อกระจก เป็นสาเหตุสำคัญของตาบอดอันดับหนึ่งของโลกและมักเกิดกับผู้สูงอายุ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการเสื่อมตามวัยและมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดต้อกระจก เช่น คอเลสเตอรอลสูง โรคเบาหวาน การขาดสารอาหาร สูบบุหรี่ ยาสเตียรอยด์ รังสียูวี การกระทบกระเทือนหรือบาดเจ็บที่ตา เป็นต้น

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลครอบคลุมองค์รวมและเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเปรียบเทียบในผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก กรณีศึกษา 2 ราย ในหอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ โรงพยาบาลยโสธร เก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาพยาบาล เวชระเบียน การสังเกตอาการ การสอบถาม การสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติ ระยะเวลาการศึกษา เดือนธันวาคม 2562 ถึงเดือนมิถุนายน 2563

ผลการศึกษา: พบว่าปัญหาของผู้ป่วยที่เหมือนกัน คือ 1) วิดกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด 2) เสี่ยงต่อความไม่พร้อมในการผ่าตัด 3) เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มเดินชนสิ่งของเนื่องจากมีภาวะสายตาเลือนราง 4) ปวดตาเนื่องจากมีแผลผ่าตัด 5) เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อภายในลูกตา 6) เสี่ยงต่อภาวะ Hyperglycemia, Hypoglycemia 7) ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดทักษะในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน สำหรับปัญหาและความต้องการที่แตกต่างกัน กรณีที่ 1 คือ 1) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลนส์แก้วตาเทียมเคลื่อน 2) ไม่สามารถดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ส่วนกรณีที่ 2 มีปัญหาที่แตกต่าง คือ 1) มีภาวะความดันลูกตาสูง 2) เสี่ยงต่อภาวะจอประสาทตาหลุดลอก จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าหลังจากให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลครอบคลุมองค์รวม การวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD ผู้ป่วยและผู้ดูแลคลายความวิตกกังวล พร้อมผ่าตัดให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ลดภัยจากภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับไปสู่สังคมได้ปกติ ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากชุมชนและภาคีเครือข่ายสุขภาพเป็นอย่างดี สามารถปฏิบัติตัวดูแลตนเองได้เหมาะสม

สรุป: ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกมีภาวะแทรกซ้อนและสาเหตุที่ต่างกัน พยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการประเมิน การวินิจฉัยภาวะเสี่ยงตั้งแต่แรกเริ่ม การร่วมทีมสหวิชาชีพในการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่ถูกต้องและทันเวลาควบคู่กับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลลดอัตราภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

คำสำคัญ: การพยาบาลแบบองค์รวม, การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก

Abstract

Cataracts are the number one cause of blindness in the world and often affect the elderly. Most of the reasons Caused by age-related macular degeneration and risk factors for cataracts, such as high cholesterol, diabetes, malnutrition, smoking, steroid medication, ultraviolet rays, concussion or injury to the eye, etc.

Objective: To provide patients with comprehensive medical care and to compare 2 case studies.

Methods of study: This was a comparative study in 2 case studies of cataract surgery patients in the monastic ward, Yasothon Hospital. It is a collection of information from history, physical examination, laboratory examination medical treatment, medical records, symptom observation, questionnaires and interactions with patients and their relatives. Study period December 2019 to June 2020.

Results: The same problem among patients was 1) anxiety about surgery 2) Risk of not being ready for surgery 3) Risk of accidents, falling, walking, hitting things due to blurred vision 4) Eye strain due to surgical incisions 5) Risk of intraocular infection 6) Risk of hypochondria Hyperglycemia, Hypoglycemia 7) Patients and caregivers lack skills to take care of themselves when returning home. For different problems and needs, Case 1 is 1) Risk of intraocular lens dislocation 2) was unable to take care of herself when returning home, while in the second case, there were different problems, namely 1) having high intraocular pressure 2) Risk of retinal detachment from this study, it was found that after nursing a cataract surgery patient while in the hospital, by providing nursing care according to the nursing process and apply holistic nursing theory DMETHOD DISTRIBUTION PLANNING Patients and caregivers relieve anxiety with surgery to cooperate in medical treatment safe from complications able to return to normal society Received good care and assistance from the community and health network partners. Able to practice self-care appropriately.

Conclusion: Cataract surgery patients, there are different complications and causes. Nurses need to be competent in the assessment. Early diagnosis of risk branch team Profession for correct and timely resolution of complications coupled with the use of evidence-based nursing practice guidelines to provide nursing care for cataract surgery patients effectively. This will result in a reduction in the rate of preventable complications.

Keywords: holistic nursing care, cataract surgery nursing

บทนำ

ต้อกระจก (cataract) คือ ภาวะเลนส์แก้วตาขุ่น ทำให้ปิดกั้นแสงไม่ให้ผ่านทะลุเข้าไปในลูกตาได้ ทำให้การมองเห็นลดลง ต้อกระจกมักเกิดกับผู้สูงอายุ¹ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการเสื่อมตามวัยและมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดต้อกระจก เช่น คอเลสเตอรอลสูง โรคเบาหวาน การขาดสารอาหาร สูบบุหรี่ ยาสเตียรอยด์ รังสียูวี (ultraviolet) การกระทบกระเทือนหรือบาดเจ็บที่ตา เป็นต้น ต้อกระจกเป็นสาเหตุสำคัญของตาบอดอันดับหนึ่งของโลก² โดยองค์การอนามัยโลกประเมินว่าทั่วโลกมีคนตาบอดร้อยละ 45 ประมาณ 35-40 ล้านคน และมีสาเหตุตาบอดจากต้อกระจกร้อยละ 53 ซึ่งสามารถรักษาให้หายขาดได้ หากได้รับการตรวจคัดกรองและรักษาพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม WHO ได้กำหนดวิสัยทัศน์: Right to Sight by the Year 2020 ตั้งเป้าลดความความชุกตาบอดให้ต่ำกว่าร้อยละ 0.5³ สถานการณ์ประเทศไทยมีความชุกตาบอด 0.59% โดยมีสาเหตุอันดับ 1 จากต้อกระจกร้อยละ 51.6⁴ จากข้อมูลสถิติจังหวัดยโสธร ปี 2564 พบผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้าเป็นกลุ่มผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้ซ้ำทำให้เกิดภาวะต้อหินเสี่ยงต่อตาบอดสูง มีเลือนการผ่าตัดเนื่องจากไม่พร้อมผ่าตัดและหลังผ่าตัดไม่มีคนดูแล จากปัญหาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยต้อกระจกต้องเข้าถึงบริการ ควรได้รับการตรวจคัดกรองผ่าตัดทันเวลา ด้วยเครื่องมือที่เหมาะสมมีเทคโนโลยีที่ทันสมัย โดยจักษุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและพยาบาลผู้ให้บริการต้องมีความรู้ความสามารถ มีทักษะ ความชำนาญในการให้การพยาบาลและใช้เครื่องมือพิเศษทางตา

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก 2 ราย ที่มีความเสี่ยงสูงและรุนแรงที่แตกต่างกันที่รับไว้รักษาในหอพิเศษสงฆ์ ที่มีพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิดโดยนำความรู้ทางวิทยาศาสตร์ กระบวนการพยาบาลและทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ครอบคลุมปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมองค์รวม ให้การดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน ครอบครัวของผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องปลอดภัย กลับไปใช้ชีวิตแบบปกติสุขในสังคมได้⁵

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก โดยเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบในผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก กรณีศึกษา 2 ราย เลือกศึกษาเนื่องจากมีโรคประจำตัว ในหอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ โรงพยาบาลยโสธร เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาพยาบาล เวชระเบียน การสังเกตอาการ การสอบถาม การสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติ ระยะเวลาการศึกษา เดือนธันวาคม 2562 ถึงเดือนมิถุนายน 2563

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา กรณีศึกษา 2 ราย ได้ผ่านการขออนุญาตผู้ป่วยและญาติเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา โดยขอความยินยอมด้วยวาจา ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษากรณีศึกษา 2 กรณีนี้ ไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยและข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมกรณีศึกษาเป็นความลับ และได้ขออนุญาตทบทวนกรณีศึกษาจากเวชระเบียนโดยการขออนุญาตผู้อำนวยการ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 ในระหว่างวันที่ 24-26 ธันวาคม 2562 กรณีศึกษาที่ 2 ในระหว่างวันที่ 20-22 พฤษภาคม 2563 ระเบียบวิธีการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก กรณีศึกษา 2 ราย ในหอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ โรงพยาบาลโสธร เป็นการเจาะจงเลือกผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีภาวะแทรกซ้อนและเสี่ยงตาบอดสูงในบริบทที่แตกต่างกันแบบผสมผสาน มีการเก็บรวบรวมข้อมูลการประเมินสภาพ ชักประวัติ ตรวจคัดกรองตา ตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้ทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ โดยนำเอาความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ทฤษฎีทางการแพทย์ แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม กระบวนการพยาบาล การวางแผนให้การพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง วางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD⁶ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยตามปัจเจกบุคคล จากนั้นพร้อมปรับปรุงแก้ไข ตามกระบวนการพยาบาล จนจำหน่ายกลับบ้านและมีการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยชายไทยเป็นพระภิกษุ อายุ 50 ปี มาโรงพยาบาลคนเดียว มีโรคประจำตัวคือ เบาหวาน อาการสำคัญ ตาขาวพวามัวมานาน สองสัปดาห์ก่อนมาปวดตาขาวมาก ตามัว ตามแดง มีน้ำตาไหล รุมนตาขาวขุน VA ตาขวา PJ ตาซ้าย 6/60, IOP ตาขวา 49 ตาซ้าย 17 มาได้รับการรักษาที่ห้องตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลโสธร ตรวจตาเนื่องจากมีประวัติรับยา ASA ประจำ จึงให้งดครบ

7 วัน เพื่อวางแผนการผ่าตัด การวินิจฉัยเมื่อแรกได้รับ Phacomorphic glaucoma with Diabetes mellitus การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย Phacomorphic glaucoma with tear zonule with lens Subluxation with Diabetes mellitus with Hypertension รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ICCE (Intra capsular cataract extraction) และให้ยาควบคุมระดับความดันภายในลูกตาให้อยู่ในระดับปกติก่อนผ่าตัด ได้ให้การพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดตามมาตรฐาน ผู้ป่วยไม่สามารถใส่เลนส์แก้วตาเทียมได้ ได้สอนสาธิตการเช็ดตา หยอดตา การควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต และความดันลูกตา ผู้ป่วยและญาติเข้าใจสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 80 ปี นั่งรถเข็นช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มาโรงพยาบาลคนเดียว แต่อาศัยอยู่บ้านกับภรรยา อายุ 76 ปี มีการวางแผนดูแลร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อสม./รพ.สต./รพช. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง มาด้วยอาการสำคัญ ตา 2 ข้างค่อยๆพวามัวลง รุมนตาขาวขุน ไม่ปวดตา ตาขาวมัวมากกว่าตาซ้าย VA ตาขวา FC ตาซ้าย 1/60, IOP ตาขวา 18 ตาซ้าย 15 การวินิจฉัยเมื่อแรกได้รับ Mature Cataract with Hypertension รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ECCE with IOL LE (Extra capsular cataract extraction with Intraocular lens Left Eye) และการให้ดูแลหลังผ่าตัด เช็ดตา หยอดตาขณะอยู่ในความดูแล และสอนสาธิตการเช็ดตา การหยอด ป้ายตาแก่ อสม. เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่ถูกต้องที่ชุมชน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

ผู้ศึกษานำกรอบแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ และการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD⁶ โดยแบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะ คือ ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและวางแผนจำหน่าย โดยมีเป้าหมาย ให้ผู้ป่วยพร้อมผ่าตัดปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองได้ ดังนี้

ตารางที่ 1 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล			การพยาบาล
การวินิจฉัย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
ระยะก่อนผ่าตัด	1. วิดกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด	1. วิดกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด	1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย/ผู้ดูแล โดยเข้าไปพูดคุยให้เวลาและความเป็นกันเองกับผู้ป่วยตรวจเย็บอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ 2) ประเมินระดับความวิตกกังวลและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาล โดยการพูดคุย

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล			การพยาบาล
การวินิจฉัย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
			ซักถามและสังเกตพฤติกรรม การแสดงออกของผู้ป่วยพร้อมทั้งเปิดโอกาส ให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย 3)แนะนำสภาพแวดล้อมที่เตียงและเครื่องใช้ต่างๆโดยเฉพาะ 4)ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลว่ามีพยาบาลดูแลใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง 5)ประเมินวิธีการเผชิญความเครียด และแนะนำการจัดการความเครียด เช่น การฝึกลมหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ การทำสมาธิและการสวดมนต์ตามวิถีพุทธศาสนา 6)ให้คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก
	2. เสี่ยงต่อการไม่พร้อมในการการผ่าตัด	2. เสี่ยงต่อการไม่พร้อมในการการผ่าตัด	1)ประเมินสภาพของผู้ป่วย ดังนี้ -ประเมินสภาพด้านร่างกาย -ตรวจสอบชื่อ-สกุลให้ตรงกับเวชระเบียนและแผนการรักษา โรคประจำตัว การเข้ายา การแพ้ยา การผ่าตัดในอดีตและการใช้ยาละลายลิ่มเลือด เพื่อป้องกันภาวะเลือดหยุดยาก 2)ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ชนิดการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดได้และการป้องกัน 3)ตรวจสอบผลการตรวจต่างๆ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด $\leq 200 \text{ mg\%}$ ⁷ ระดับความดันโลหิต การอยู่ระหว่าง 90/60–140/90 มม.ปรอท และค่า systolic ≤ 220 หรือค่า diastolic ≤ 110 มม.ปรอท ⁸ 4)ทำความสะอาดร่างกายโดยอาบน้ำ สระผม ฟอกหน้า โกนหนวด ตัดเล็บก่อนและเข้าวันผ่าตัด 5)ประเมินการอักเสบติดเชื้อทุกส่วนภายในร่างกาย เช่น ตา กุ้งยิง แผลอักเสบที่อื่น หรือการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ถ้ามีความผิดปกติพิจารณาเลื่อนผ่าตัด 6)ตรวจสอบกำลังเลนส์แก้วตาเทียม (Power IOL) พร้อมตรวจสอบค่าต่างๆตามมาตรฐาน 7)ให้ฝึกนอนคลุมโปงเพราะขณะผ่าตัดจะใช้ผ้าสะอาดคลุมปิดส่วนต่างๆของร่างกายเหลือเพียงแต่ตาข้างที่จะผ่าตัดเพราะถ้าไม่ฝึกมาก่อนอาจทำให้เครียด หายใจไม่สะดวก และไม่ให้ความร่วมมือขณะผ่าตัดได้
	3. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัด ตก หกล้ม และเดินชนสิ่งของ เนื่องจากมีภาวะสายตาเลือนราง	3. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัด ตก หกล้ม และเดินชนสิ่งของ เนื่องจากมีภาวะสายตาเลือนราง	1)อธิบายสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยและการใช้กริ่งเพื่อขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ พร้อมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้ปลอดภัย ไม่มีสิ่งกีดขวาง ติดป้ายสะท้อนแสงในจุดอันตรายที่ผู้ป่วยเดินผ่าน เช่น ประตูทางเข้าห้องน้ำ 2)จัดให้นอนเตียงเตี้ยและล้อสามารถล็อกได้ 3)ประเมินการมองเห็น (Visual Acuity) 4)ประเมิน Fall Risk Score 5)ห้องน้ำต้องมีราวจับ
ระยะหลังผ่าตัด	4. ไม่สุขสบาย: ปวดตา เนื่องจากมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหลังผ่าตัด	4. ไม่สุขสบาย: ปวดตา เนื่องจากมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหลังผ่าตัด	1)จัดท่านอนให้ผู้ป่วยไม่นอนทับบริเวณตาข้างที่ผ่าตัด 2)จัดสภาพแวดล้อมไม่ให้มีสิ่งรบกวนมากเกินไป เช่น เสียง แสง

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล			การพยาบาล
การวินิจฉัย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
			3) ให้อาบน้ำตามแผนการรักษาพร้อมประคบหลังอาบน้ำ ถ้าอาการไม่ดีขึ้นประคบภาวะแทรกซ้อนอื่นเพิ่ม เช่น ปวดตา รุนแรง น้ำตาไหล
		5. เสี่ยงต่อภาวะ Hyperglycemia, Hypoglycemia	1) ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดเข้าวันผ่าตัดทุกราย โดยตรวจ DTX ควรอยู่ระหว่าง 70-200 mg% ⁹ 2) แนะนำผู้ป่วยสังเกตอาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ดังนี้ จะมีอาการสั่น เหงื่อออกมาก ตัวเย็น ชีต หิว กระวนกระวาย ความรู้สึกตัวลดลง สับสน อาจหมดสติได้ 3) แนะนำสังเกตอาการภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ดังนี้ มีอาการปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ หอบ ระดับความรู้สึกตัวลดลงและหมดสติได้
	5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อภายในลูกตา (Endophthalmitis)	6. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อภายในลูกตา (Endophthalmitis)	1) แนะนำวิธีการทำความสะอาดใบหน้าโดยไม่ให้น้ำเข้าตาข้างที่ผ่าตัด 2) ให้การปฏิบัติตามพยาบาลทุกขั้นตอนด้วยวิธีปลอดเชื้อ ล้างมือให้สะอาดทุกครั้ง 3) แนะนำผู้ป่วยให้สังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดได้ เช่น ปวดตาอย่างรุนแรง กินยาแก้ปวดแล้วไม่ดีขึ้น มีอาการน้ำตาไหลมากผิดปกติ 4) เช็ดตา sterile ดูแลให้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา 5) อธิบายให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอันตรายจากการติดเชื้อเพราะการติดเชื้อที่รุนแรงควบคุมไม่ได้ อาจทำให้ตาบอดได้
	6. เสี่ยงต่อภาวะความดันภายในลูกตาสูง		1) จัดทำนอนให้ผู้ป่วยไม่นอนทับตาข้างที่ผ่าตัด ให้นอนราบ 12 ชั่วโมง 2) หลีกเลี่ยงการไอหรือจามแรงๆ การก้มศีรษะต่ำกว่าเอว เพราะจะเพิ่มแรงดันมากขึ้น 3) แนะนำหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหนักๆ ในการเบ่งถ่ายอุจจาระ การสั่งหน้ามากๆ ขณะแปรงฟัน 4) กรณีความดันลูกตาสูง ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการรบกวน เช่น อาการปวดตา ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ให้อาาลดความดันลูกตาตามแผนการรักษา
		7. เสี่ยงต่อภาวะเลนส์แก้วตาเทียมเคลื่อน (Intraocular lens Dislocate)	กรณีที่ 1 1) จัดทำนอนให้ผู้ป่วยไม่นอนทับตาข้างที่ผ่าตัด ให้นอนราบ 12 ชั่วโมง 2) แนะนำหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหนักๆ ในการเบ่งถ่ายอุจจาระ การสั่งหน้ามากๆ ขณะแปรงฟันและไม่ก้มหน้าต่ำกว่าเอว 3) หลังการผ่าตัด 2 เดือนแรก ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่หักโหม เช่น การกระโดด ไม่ควรยกของหนักเกิน 5 กิโลกรัม หรือทำงานหนักที่อาจกระทบกระเทือนถึงตาได้ เช่น ขุดดิน ชักผ้า ตำน้าพริก เป็นต้น
ระยะวางแผนจำหน่าย	8. ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดทักษะในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน	8. ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดทักษะในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน	1) อธิบายและให้ข้อมูลเกี่ยวกับจอตาลูกต้อที่อาจเกิดได้ การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีอาการฟ้าแลบ ฟ้าผ่า

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล			การพยาบาล
การวินิจฉัย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
			2)อธิบายให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด เช่น นอนหายใจราบ 24 ชั่วโมงแรก หลีกเลี่ยงการไอ การจามแรงๆ ระวังระวังการสำน้ำแรงๆ 3)เน้นให้ผู้ป่วยให้ความสำคัญ การใช้ผ้าปิดตาและโล่ครอบตา เพื่อป้องกันการกระแทกโดยตรง 4)เน้นการควบคุมโรคประจำตัวเบาหวานและความดันโลหิตสูง ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด 70-110 mg% ระดับความดันโลหิต การอยู่ระหว่าง 90/60-140/90 มม.ปรอท 5)ประเมินความพร้อมในการปฏิบัติตัวและทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลสภาพแวดล้อมที่บ้าน สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ การขอความช่วยเหลือ 6)แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก DEMETHOD⁶ ดังนี้ D: Disease ให้ความรู้เรื่องโรคต่อกระเจกถึงสาเหตุ อาการ การรักษาด้วยการผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยเฉพาะพยากรณ์โรค การคาดการณ์ การมองเห็นหลังผ่าตัด ข้อดี ข้อเสียตามชนิดการผ่าตัดนั้นๆ และข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละราย M: Medication แนะนำการใช้ยาอย่างกลับบ้านอย่างละเอียด แนะนำการหยอดตาที่ถูกต้อง ขั้นตอนการล้างมือก่อนหยอดตาทุกครั้ง การเก็บรักษา ยา การเช็ดตา การสังเกตอาการผิดปกติหลังจากการหยอดตา เช่น ตาบวม ตาแดง มีขี้ตามากขึ้น ให้รับหยดยาและมาหาแพทย์ทันที รวมถึงการครอบตา หรือการใส่แว่นตา ห้ามให้ผู้อื่นใช้ร่วมด้วย ให้หยอดตาตามแพทย์สั่ง การเก็บยาหยอดตาควรเก็บไว้ในที่แห้งและเย็น วางให้พ้นมือเด็ก ไม่ควรซื้อยามาใช้เอง E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับสภาพการมองเห็น ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดินซึ่งอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ และทำความสะอาดให้ปราศจากฝุ่นหรือควัน/ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล และการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ T: Treatment อธิบายชนิดการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับและผลลัพธ์การมองเห็นที่จะเกิดรวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่ต้องระวัง เช่น การติดเชื้อ ความดันลูกตาสูง เลนส์แก้วตาเคลื่อน H: Health 1. แนะนำให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดของร่างกายทั่วไป โดยเฉพาะบริเวณใบหน้า ให้ใช้ผ้าชุบน้ำบิดหมาดๆ เช็ดอย่างเบามือ และคอยระวังไม่ให้น้ำเข้าตา 2. สอนสาธิตการเช็ดตา หยอดตา ป้ายตา การครอบตา 3. แนะนำเวลาแปร่งพัน เบาๆ ไม่สิ้นศรัทธาไปมา 4. ห้ามขยี้ตา อ่านหนังสือ ดูทีวีและภาพยนตร์เป็นเวลานานในระยะหลังผ่าตัด

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล			การพยาบาล
การวินิจฉัย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
			5. แนะนำให้ครอบ Eye shield ก่อนนอนทุกคืนเพื่อป้องกันการกระทบกระแทกเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน 6. ไม่ควรให้ท้องผูก ดังนั้นพยายามรับประทานผัก ผลไม้เป็นประจำ 7. แนะนำผู้ป่วยหลีกเลี่ยงยกของหนัก หรือก้มหน้านานๆ ห้ามเล่นกีฬาที่ต้องกระโดด 8. สระผมได้ถักคั้นศีรษะ โดยให้ผู้อื่นสระให้ ไม่เกาแรง และระมัดระวังไม่ให้น้ำกระเด็นเข้าตาข้างที่ผ่าตัด 9. แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดทุกครั้ง โดยดูวัน เวลา และสถานที่ให้ชัดเจนหรือการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองอย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อหลังการผ่าตัด อาการที่ต้องปรึกษาแพทย์โดยด่วน ปวดตามากขึ้น กินยาแก้ปวดแล้วไม่หายตามวลึง มีขี้ตา D: Diet แนะนำเรื่องโภชนาการให้สามารถรับประทานอาหารได้ทุกอย่าง หลีกเลี่ยงของแข็ง ของเหนียวที่ต้องออกแรงเคี้ยวมากๆ
		9. ไม่มีคนดูแล ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย	1)ประเมินความพร้อมในการปฏิบัติตัวและทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วย สภาพแวดล้อมที่บ้าน สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ การขอความช่วยเหลือ 2)ส่งต่อข้อมูลการดูแลกับทีมต่อเนื่อง 3)ประสานขอความช่วยเหลือจากภาคีเครือข่ายบริการในพื้นที่

สรุปผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ขาดคนดูแล เข้าถึงบริการล่าช้า ทำให้ต้องกระจกแข็งมาก แพทย์จึงพิจารณารักษาด้วยการผ่าตัด ECCE with IOL RE (Extra capsular cataract extraction with Intraocular lens Right Eye) เอาแก้วตาออกทั้งก้อนและใส่เลนส์แก้วตาเทียม ทำให้ผลกว้าง มีความเสี่ยงสูง แต่อย่างไรก็ดีผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรในพื้นที่ทุกระดับตั้งแต่ อสม./เจ้าหน้าที่ รพ.สต. นำส่งมารับการรักษาได้รับความสะดวก รวดเร็ว ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ผู้รับบริการและทีมงานพึงพอใจ ประทับใจ

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยต้องกระจกเข้าถึงบริการล่าช้า เนื่องจากกลัวการผ่าตัดจนเกิดภาวะต้อหินแทรกซ้อนจากเลนส์บวมมาก มีความดันลูกตาสูง เอ็นยึดเลนส์ฉีกขาด และเกิดการหลุดเลื่อนของแก้วตา (Phacomorphic glaucoma with tear zonule with Sublux lens) มีโรคเบาหวานร่วม รักษาด้วยการผ่าตัดต้อกระจกและถ่วงหุ้มเลนส์ออกทั้งหมดแต่ยังไม่สามารถใส่เลนส์แก้วตาเทียมได้เนื่องจากไม่มีถุงใส่เลนส์ ต้องใช้เลนส์แก้วตาเทียมชนิดฝังเลนส์ ซึ่งต้องใช้เวลาในการผ่าตัดนานประมาณ

2 ชั่วโมง ทำให้เสี่ยงต่อการอักเสบ ติดเชื้อมาก ต้องรอให้การอักเสบหาย จึงนัดผ่าตัดใส่เลนส์ใหม่เป็นชนิดฝังเลนส์ ซึ่งผู้ป่วยต้องควบคุมความดันลูกตา ความดันโลหิตและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจแผนการรักษาและผลลัพธ์ที่อาจจะเกิดขึ้น สามารถดูแลตนเองได้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ส่วนการมองเห็นต้องรอการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานทั้งด้านความรู้ ความสามารถ และทักษะการใช้เครื่องมือพิเศษทางตา ต่างๆ เพื่อให้ทีมการพยาบาลมีความพร้อมในการให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ควรมีแนวทางการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติของพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพ

กิตติกรรมประกาศ

รายงานกรณีศึกษาฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยการให้ความช่วยเหลือจากทีมกลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยตา หู คอ จมูก กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลยโสธร ที่เสียสละเวลาให้ข้อเสนอแนะ แก้ไขและตรวจสอบ รวมทั้งพยาบาลงานหอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ตลอดจนการจัดทำกรณีศึกษาเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ตำราจักษุวิทยา: สำหรับนิสิตแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
2. จิรดา มณีพงษ์. กรณีศึกษา: การพยาบาลองค์รวมในผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2563; 5(2): 13.
3. จักรี หิรัญแพทย์. Lens and Cataract [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 3 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.scribd.com/document/22143465/Lens-and-Cataract>
4. ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. จักษุจุฬา. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี; 2557.
5. ขวัญตา เกิดชูชื่น, สุจินดา ริมศรีทอง. การพยาบาลจักษุวิทยา เล่ม 1. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี; 2540.
6. จันทรเพ็ญ สันตวาจา. แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎี และกระบวนการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: ธนาเพรช; 2559.
7. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 2004 Jan; 27 (suppl 1): s5-10. doi: 10.2337/diacare.27.2007.s5. PubMed PMID: 14693921.
8. จันจิราภรณ์ วิชัย, สายสมร พลตงนอก, กิตติศักดิ์ สวรรยาวิสุทธิ. ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง. ขอนแก่น: หน่วยสร้างเสริมสุขภาพงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศรีนครินทร์; 2558.
9. American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. Diabetes Care 2020 Jan; 43 (Suppl 1): S14-31. doi: 10.2337/dc20-S002. PubMed PMID: 31862745.

YASOTHON MEDICAL JOURNAL
ยโสธรเวชสาร



โรงพยาบาลยโสธร เอื้ออาทรทุกชีวิต