

วารสาร

การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ศูนย์อนามัยที่ 8 อุบลราชธานี

Journal of Health Promotion and Environmental Health Research

Health Promotion Centre 8 Udon Thani

ISSN 2985-1696 (Online)

ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 มีนาคม – พฤษภาคม 2567
Vol. 1 No. 3 March – May 2024

ข้อมูลเกี่ยวกับวารสาร

ภาษาอังกฤษ : Journal of Health Promotion and Environmental Health Research

ภาษาไทย : วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

Online ISSN: 2985-1696

เจ้าของวารสาร : ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

582 หมู่ 12 ถ.อุตร-สามพร้าว ต.สามพร้าว อ.เมืองอุตรธานี จ.อุตรธานี 41000.

โทรศัพท์ : 0-4212-9587

อีเมล : ar.hpc8@gmail.com

วัตถุประสงค์การจัดทำวารสาร

1. เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ความรู้ที่ได้จากการวิจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตลอดจนองค์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์หรือนวัตกรรมต่าง ๆ
2. เพื่อเป็นสื่อประชาสัมพันธ์ทางด้านการวิชาการในการแลกเปลี่ยนความรู้ ทักษะคิด ข้อคิดเห็นข่าวสารที่มีคุณภาพและถูกต้อง
3. เพื่อเสริมสร้างความรู้และความก้าวหน้าทางด้านการวิชาการ

นโยบายและขอบเขตการตีพิมพ์

วารสารมีนโยบาย ตีพิมพ์บทความด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตลอดจนองค์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์ สาขาที่เปิดรับมีดังต่อไปนี้ แม่และเด็กปฐมวัย วัยเรียนวัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ และอนามัยสิ่งแวดล้อมและสาขาอื่น ๆ กลุ่มเป้าหมายคือบุคคลที่สนใจ

กระบวนการพิจารณาบทความ

บทความทุกบทความจะต้องผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 ท่าน แบบผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อกันและกัน (two - blind review)

ประเภทของบทความ

บทความวิจัย บทความวิชาการ บทความวิจัยด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม และบทความด้านวิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์

ภาษาที่รับตีพิมพ์

ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

กำหนดการตีพิมพ์

วารสารตีพิมพ์ 4 ฉบับต่อปี

ฉบับที่ 1 ประจำเดือนสิงหาคม - พฤศจิกายน

ฉบับที่ 2 ประจำเดือนธันวาคม - กุมภาพันธ์

ฉบับที่ 3 ประจำเดือนมีนาคม - พฤษภาคม

ฉบับที่ 4 ประจำเดือนมิถุนายน - สิงหาคม

ค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์

ไม่มีค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์

วิธีการส่งบทความ

ทางไปรษณีย์ : กลุ่มพัฒนาวิชาการและคาดการณ์ผลกระทบด้านสุขภาพ

สำนักงานเลขที่ 582 หมู่ 12 ถ.อุดร-สามพร้าว ต.สามพร้าว อ.เมืองอุดรธานี

จ.อุดรธานี 41000

โทรศัพท์ : 0-4212-9587 โทรสาร : 0-4212-9588

ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ :

E-mail: ar.hpc8@gmail.com

คณะผู้จัดทำวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ที่ปรึกษา

นายแพทย์กฤษฏา	ศิริชัยสิทธิ์	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
ดร.ฉวีวรรณ	ศรีดาวเรือง	ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น
นายแพทย์สมพงษ์	ชัยโอภาณนท์	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย

บรรณาธิการ

ดร. ธนินสา	อนุญาหงษ์	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
------------	-----------	---------------------------

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นายอริวัฒน์	กุลวงษ์	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นายชัชวาลย์	เพชรกอง	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นางสาวกุลนันท์	เทิรเมฆ	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นายพีรพัฒน์	เลี้ยงประยูร	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นางสาวภัทรานิษฐ์	นฤวรรณท์	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นายสิทธิชัย	โพทะพันธ์	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี

กองบรรณาธิการ

นางสุภาภรณ์	ลมูลศิลป์	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นายสมภพ	สุทัศน์วิริยะ	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นางสาวศิริพร	ศรีเทวิน	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นางสาววาสนา	คณะวาปี	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นางสาวสุนิสา	ใจทั้ง	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นายยุทธนา	ชนะพันธ์	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นางสาววรรณพร	สว่างบุญ	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นางสาวรุ่งสินี	เพิ่มพูล	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นางสาวพรพิมล	บุตะลา	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นางสาวดวงใจ	กันธียา	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นางสาวปนัดดา	กันมัลย์	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี

ผู้ทรงคุณวุฒิ

ดร.สุทิน	ชนะบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.อริณรดา	ลาดลา	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
นางสาวปิยะนุช	พรหมสาขา ณ สกลนคร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
นายอนุชา	ไทย์วงษ์	วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
นายธวัชชัย	เชื่อนสมบัติ	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรธานี

ฝ่ายจัดการ

คณะกรรมการพัฒนาวิชาการ (กพว.) ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี

สำนักงาน

ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี

เลขที่ 582 หมู่ 12 ถ.อุตร-สามพร้าว ต.สามพร้าว อ.เมืองอุตรธานี จ.อุตรธานี 41000

โทรศัพท์ : 0-4212-9587 โทรสาร : 0-4212-9588

สารบัญ

	หน้า
บทบรรณาธิการ	ก
บทความวิชาการ	
การจัดการกากตะกอน (Sludge) ของระบบบำบัดน้ำเสีย	1
❖ สมภพ สุทัศน์วิริยะ	
บทความวิจัย	
1. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่อายุน้อย ร่วมกับภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว: กรณีศึกษา 2 ราย	8
❖ เบญจพร เองวานิช	
2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระบบทางด่วน : กรณีศึกษา 2 ราย	24
❖ จินดาพร ลันดา	
3. การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเข้าสะโพกหักที่รักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย : กรณีศึกษา 2 ราย	37
❖ แคทลียา ทับแสง	
4. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก ร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย	66
❖ กฤตติกา รัตนรักษ์	
5.การพัฒนาคุณภาพสุขภาพพรีกซ์ไต้ ตำบลกุ่มกวาปี อำเภอกุ่มกวาปี จังหวัดอุดรธานี	81
❖ ปิยะนุช ไชยสาส์น	
6. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนดและมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตก ร่วมกับภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน: กรณีศึกษา 2 ราย	90
❖ อัจฉรา ยาวะสิทธิ์	
7. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะปอดอักเสบร่วมกับมีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS: กรณีศึกษา 2 ราย	104
❖ ผูกขวัญ ปาเส	
8. ผลของโปรแกรมไทยต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย	119
❖ จุฑามาศ เหล่าไพบูลย์, ธีรวัฒน์ อินต๋น, แก้วตา นพมณีจำรัสเลิศ, ฌามรา สุมาลย์โรจน์	
9. การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับซิฟิลิส : กรณีศึกษา 2 ราย	133
❖ วัชรา มีไรสง	

	หน้า
บทความวิจัย	
10. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหนึ่งเน่า ในโรงพยาบาลกุมภวาปี	149
❖ ยุพดี ชันอาษา	
11. การพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในการรับฝากครรภ์หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ ภายใต้มาตรฐาน Udonthani Model Classifying Pregnancy 2022 คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภออุดรธานี	161
❖ จรินทร์รัตน์ ไชยนิคม	
12. การพัฒนาแบบคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 7	177
❖ อธิษฐาน สารินทร์ กรแก้ว ถิรพงษ์สวัสดิ์ จันทรัมย์ บุญลวด ธนิศรา นามบุญเรือง	
13. ผลของโปรแกรมการป้องกันการสูญเสียการได้ยิน ต่อความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง ในบุคลากรโรงพยาบาลสุรินทร์	188
❖ อรพรรณ แก้วพวง, พรวิภา กุลรัตน์, อารยา เรืองสำราญ, ศิริศักดิ์ นามพรม, ปะการัง ศรีมี	
14. ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง	203
❖ วัชร แสนโหม่ง	

บทบรรณาธิการ

การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นประเด็นที่มีความสำคัญอย่างมากในสังคมปัจจุบัน สุขภาพไม่ได้มีผลกระทบเพียงแค่ปัจจัยทางการแพทย์เท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมที่เราต้องเผชิญประจำวันอีกด้วย วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (Journal of Health Promotion and Environmental Health Research) ของศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี จึงมุ่งเน้นที่จะเป็นแหล่งรวบรวมข้อมูลทางวิทยาศาสตร์สุขภาพและการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมิติต่าง ๆ ของสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตลอดจนองค์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์หรือนวัตกรรมต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความรู้อันเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางด้านสุขภาพและประชาชนทั่วไป

ทั้งนี้ ขอขอบคุณทุกท่านที่ได้ร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างสรรค์และเผยแพร่ผลงานในวารสารนี้ รวมถึงขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงแก้ไขบทความวิจัยให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมจะเป็นแหล่งข้อมูลความรู้ทางวิชาการเพื่อใช้สำหรับค้นคว้า ศึกษาอ้างอิง และเผยแพร่ผลงานให้มีการใช้ประโยชน์ต่อไป

(ดร.ธนิตา อนุญาหงษ์)

บรรณาธิการวารสาร

การจัดการกากตะกอน (Sludge) ของระบบบำบัดน้ำเสีย

สมภพ สุทัศนวิริยะ
ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี

บทนำ

โรงพยาบาลเป็นแหล่งรวมของเชื้อโรคจากผู้ป่วยและญาติที่มารับการรักษาพยาบาล น้ำเสียที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมต่าง ๆ ในโรงพยาบาล จึงมีการปนเปื้อนด้วยเชื้อโรคเหล่านี้ ดังนั้น หากระบบบำบัดน้ำเสียมีประสิทธิภาพการบำบัดไม่ดี ก็จะมีโอกาสเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรคออกสู่สิ่งแวดล้อมภายนอกโรงพยาบาลได้ ดังนั้น น้ำเสียที่เกิดจากอาคารให้บริการรักษาผู้ป่วยทุกหลังภายในโรงพยาบาลต้องผ่านการบำบัดและใช้น้ำยาฆ่าเชื้อโรคก่อนระบายออกสู่คลอง/ท่อระบายน้ำสาธารณะนอกโรงพยาบาล ในระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ในปัจจุบันนี้มักจะใช้วิธีการบำบัดทางชีวภาพแบบใช้ออกซิเจน โดยอาศัยสิ่งมีชีวิตพวกจุลินทรีย์ทั้งหลายในการย่อยสลาย ดูดซับ หรือเปลี่ยนรูปของมลสารต่าง ๆ ที่มีอยู่ในน้ำเสียให้มีความสกปรกน้อยลง มลสารที่อยู่ในน้ำเสียจะถูกจุลินทรีย์ใช้เป็นอาหารและเจริญเติบโตขยายพันธุ์ต่อไปทำให้เกิดโดยสารอินทรีย์ต่าง ๆ ในน้ำเสีย เมื่อถูกเปลี่ยนมาเป็นจุลินทรีย์จะมีน้ำหนักมากกว่าน้ำและสามารถแยกออกได้ง่ายด้วยการตกตะกอนในถังตกตะกอน ส่วนก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์จะลอยขึ้นไปในอากาศ กากตะกอนสลัดจ์ (Sludge) ที่เกิดขึ้นจะเป็นกากตะกอนอินทรีย์ ซึ่งเมื่อใช้งานระบบบำบัดน้ำเสียไปสักระยะหนึ่งแล้ว จะพบว่า น้ำเสียอาจจะมีเกิดการเกิดก๊าซกลายเป็นฟองบนผิวน้ำ ทำให้น้ำในระบบบำบัดเน่าเหม็น นอกจากนี้ยังทำให้น้ำเสียที่ผ่านการบำบัดแล้วไม่ได้คุณภาพ ส่งผลทำให้แหล่งธรรมชาติจะได้รับการปนเปื้อนเชื้อโรคเกิดการระบาดของโรคนั้น ๆ รวมทั้งกากตะกอนอินทรีย์ที่เป็นผลผลิตจากการบำบัดน้ำเสียก็จะมีเชื้อโรคและไข่พยาธิปนเปื้อนอีก เมื่อเห็นถึงความสำคัญของกากตะกอนอินทรีย์ที่เกิดในระบบบำบัดน้ำเสียแล้ว ผู้ดูแลระบบบำบัดน้ำเสียจึงควรใส่ใจในการจัดการกากตะกอนอินทรีย์ที่มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับสภาพพื้นที่ของโรงพยาบาลต่อไป

ลักษณะสำคัญของระบบแอกติเวเตดสลัดจ์

ก่อนที่จะกล่าวถึงการจัดการตะกอนอินทรีย์หรือสลัดจ์ ควรจะมีการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับระบบแอกติเวเตดสลัดจ์เสียก่อน เนื่องจากเป็นกระบวนการบำบัดน้ำเสียทางชีววิทยาที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดสูง ระบบหนึ่ง คือ ประมาณ 85-95% จึงเป็นที่นิยมใช้กันมากในปัจจุบันโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการบำบัดน้ำเสียจากโรงพยาบาล ซึ่งมีหลายรูปแบบ เช่น ระบบเอเอสแบบกวนสมบูรณ์ (Completely Mixed Activated Sludge: CMAS) ระบบคลองวนเวียน (Oxidation Ditch; OD) และระบบบำบัดน้ำเสียแบบเอสบีอาร์ (Sequencing Batch Reactor) เป็นต้น โดยปกติแล้วระบบบำบัดน้ำเสียแบบแอกติเวเตดสลัดจ์นี้ ขั้นตอนแรกน้ำเสียจะต้องผ่านตะแกรงดักขยะ บ่อดัก ไขมัน บ่อดักกรวดทราย เพื่อแยกเอาเศษวัสดุ และตะกอน ที่มีขนาดใหญ่ออกก่อน จากนั้นน้ำเสียจะถูกนำเข้าสู่ระบบแอกติเวเตดสลัดจ์ ซึ่งประกอบด้วยถังเติมอากาศถังตกตะกอนและระบบสูบน้ำตะกอนย้อนกลับ เครื่องเติมอากาศที่ติดตั้งอยู่ในถังเติมอากาศจะเพิ่มออกซิเจนให้กับน้ำเสียเพื่อทำให้จุลินทรีย์นำออกซิเจนไปใช้ในการย่อยสลายสิ่งสกปรกในน้ำเสียและการเจริญเติบโตเพิ่มจำนวนต่อไป น้ำตะกอนจากถังเติมอากาศจะนำเข้าสู่ถังตกตะกอนเพื่อแยกตะกอนจุลินทรีย์ออกจากน้ำที่บำบัดแล้ว น้ำส่วนใสที่ไหลล้นออก

จากถังตกตะกอนจะนำไปฆ่าเชื้อโรคโดยการไคลอรีนก่อนระบายลงคลอง สำหรับตะกอนจุลินทรีย์ที่อยู่กัน ถังตกตะกอนส่วนหนึ่งจะถูกสูบกลับไปยังถังเติมอากาศเพื่อรักษาปริมาณตะกอนจุลินทรีย์ให้เหมาะสม ส่วนอีก ส่วนหนึ่งซึ่งเป็นตะกอนส่วนเกินจะต้องนำไปกำจัดทิ้งด้วยระบบกำจัดตะกอนต่อไป

กลไกในการทำงานของระบบแอคติเวตเตดสลัดจ์

หัวใจสำคัญของระบบบำบัดแบบนี้ คือ อาศัยจุลินทรีย์ทั้งหลายที่มีอยู่ในถังเติมอากาศของระบบเป็นตัวย่อยสลาย สิ่งสกปรกที่มีอยู่ในน้ำเสียให้หมดไปหรือจนมีความสะอาดพอที่จะระบายทิ้งได้โดยไม่ก่อให้เกิดน้ำคูลองเน่าเสียอีกสิ่งสกปรกในน้ำเสียที่จุลินทรีย์สามารถย่อยสลายได้ส่วนใหญ่เป็นพวกสารอินทรีย์ทั้งในรูปที่ละลายน้ำได้และในรูปของคอลลอยด์ผลผลิตสุดท้ายที่ได้จากการย่อยได้แก่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ น้ำ เซลล์ จุลินทรีย์ตัวใหม่และพลังงานดังนี้

น้ำเสีย (สารอินทรีย์)+จุลินทรีย์+ออกซิเจน -> คาร์บอนไดออกไซด์+น้ำ+จุลินทรีย์ตัวให้+พลังงาน

เซลล์จุลินทรีย์โดยทั่วไปประกอบด้วยส่วนที่เป็นสารอินทรีย์ 70-90 % และส่วนที่เป็นสารอนินทรีย์อีก 10-30 % ดังนั้น จะเห็นได้ว่าสารอินทรีย์ซึ่งเป็นสิ่งสกปรกส่วนใหญ่ในน้ำเสียจะถูกเปลี่ยนมาเป็นเซลล์ของจุลินทรีย์นั่นเองเนื่องจากตะกอน จุลินทรีย์มีน้ำหนักมากกว่าซึ่งสามารถแยกออกจากน้ำได้ง่ายด้วยถังตกตะกอน

ส่วนประกอบที่สำคัญของระบบแอคติเวตเตดสลัดจ์

ระบบบำบัดแบบนี้มีส่วนประกอบที่สำคัญอยู่ 3 ส่วนคือ

1. ถังเติมอากาศ (Aeration Tank) ทำหน้าที่เป็นถังเลี้ยงตะกอนจุลินทรีย์ให้เจริญเติบโตและเพิ่มจำนวนให้เพียงพอต่อการย่อยสลายสารอินทรีย์ในน้ำเสีย โดยการบำบัดสิ่งสกปรกต่างๆ ของระบบจะเกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ในถังนี้ ภายถังในเติมอากาศจะติดตั้งเครื่องเติมอากาศ (Aerator) ไว้เพื่อเพิ่มออกซิเจนให้แก่ น้ำเสีย รวมทั้งเป็นเครื่องกวนน้ำเสียให้สัมผัสกับจุลินทรีย์ไปในตัวด้วย

2. ถังตะกอน (Sedimentation Tank) ทำหน้าที่เป็นถังแยกตะกอนจุลินทรีย์ออกจากน้ำที่บำบัด แล้วซึ่งส่งมาจากถัง เติมอากาศโดยน้ำตะกอนจะถูกกักอยู่ในถังนี้ช่วงเวลาหนึ่ง น้ำส่วนใสจะไหลล้นไป ส่วน ตะกอนที่อยู่กันถึงส่วนหนึ่งจะถูกสูบกลับไปยังถังเติมอากาศอีกครั้ง และอีกส่วนหนึ่งจะเป็นตะกอนส่วนเกินที่ ต้องนำไปกำจัด

3. ระบบสูบตะกอนย้อนกลับ (Sludge Recycle) ทำหน้าที่สูบตะกอนจุลินทรีย์ที่แยกออกจากน้ำ ส่วนใสแล้วกลับมายังถังเติมอากาศอีกครั้งทั้งนี้เพื่อควบคุมปริมาณจุลินทรีย์ ในถังเติมอากาศให้เหมาะสม และเพียงพอต่อการทำลายสิ่งสกปรกในน้ำเสีย

ตัวแปรสำหรับการควบคุมระบบแอคติเวตเตดสลัดจ์

ตัวแปรสำคัญที่ใช้ควบคุมการทำงานของระบบแอคติเวตเตดสลัดจ์ มีอยู่ 2 ตัวแปรดังนี้

1. อายุตะกอน (Sludge Age) อายุตะกอน หมายถึงระยะเวลาเฉลี่ยที่ตะกอนจุลินทรีย์หมุนเวียน อยู่ในถังเติมอากาศการควบคุมกระทำได้โดยการนำตะกอนส่วนเกินออกจากระบบ ดังนั้นจึงสามารถควบคุมให้ มีค่าคงที่ได้ตามต้องการ โดยทั่วไปจะควบคุมให้มีระบบอายุตะกอน 5-15 วัน

2. อัตราส่วนอาหารต่อจุลินทรีย์ (F/M ratio) F/M ratio หมายถึง อัตราส่วนของน้ำหนักสารอินทรีย์ในน้ำเสียที่เข้าระบบ (กิโลกรัมต่อวัน) ต่อน้ำหนักตะกอน จุลินทรีย์ในระบบ (กิโลกรัม) โดยทั่วไปจะควบคุมให้ระบบมีค่า F/M ratio ระหว่าง 0.1-0.4 ต่อวันคุณสมบัติของน้ำเสีย มักมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาทั้งในแง่อัตราการไหลและความเข้มข้นของสารอินทรีย์ที่เข้าสู่ระบบทำให้การควบคุมระบบ โดยใช้ F/M ratio กระทำได้ยากและมีความไม่แน่นอน ในทางปฏิบัติจึงนิยมควบคุมระบบโดยอายุตะกอนมากกว่า

ปัญหาสำคัญในการควบคุมระบบแอคติเวตเตดสลัดจ์

ปัญหาที่พบมากที่สุดในการควบคุมระบบแอคติเวตเตดสลัดจ์ มี 2 ปัญหา คือ ปัญหาการลอยตัวของตะกอนในถังตะกอน (Rising Sludge) และปัญหาตะกอนเบาจมตัวลำบาก (Bulking Sludge)

1. การลอยตัวของตะกอนในถังตกตะกอน สาเหตุเนื่องมาจากตะกอนตกอยู่ในถังถังตกตะกอนนานเกินไปจนทำให้เกิดปฏิกิริยาชีวเคมีเปลี่ยนสารประกอบไนโตรเจนและไนเตรตเป็นก๊าซไนโตรเจน ก๊าซที่เกิดขึ้นจะถูกกักอยู่ในตะกอนถ้ามีมากจะพาตะกอนลอยขึ้นสู่ผิวน้ำ

2. ตะกอนเบาจมตัวลำบาก ในระบบแอคติเวตเตดสลัดจ์ที่มีประสิทธิภาพการบำบัดสูงตะกอนจุลินทรีย์ในถังเติมอากาศจะมีสีน้ำตาลแก้มจันทน์เป็นก้อนใหญ่และจมตัวได้อย่างรวดเร็ว ในกรณีที่เกิดตะกอนเบานั้นจะเป็นตะกอนละเอียดจมตัวได้ช้าและไม่อัดตัวแน่นสาเหตุ มีสองประการคือ อาจเกิดจากเชื้อราที่เป็นเส้นใย หรืออาจเกิดจากมีน้ำอยู่ในตะกอนระหว่างเซลล์ของจุลินทรีย์มากทำให้ตะกอน มีความหนาแน่นเกือบเท่ากับน้ำจึงจมตัวได้ลำบาก

ขั้นตอนของการเกิดกากตะกอนจุลินทรีย์หรือสลัดจ์ (Sludge)

กากตะกอนจุลินทรีย์หรือสลัดจ์ (Sludge) เกิดขึ้นต่อเนื่องกัน 3 ขั้นตอนในถังเติมอากาศ คือ

1. ขั้นส่งถ่าย (Transfer Step) ขั้นส่งถ่าย (Transfer Step) สารอินทรีย์ในน้ำเสียจะถูกจุลินทรีย์ดูดมาติดที่ผนังเซลล์และเอนไซม์ (Enzyme) ออกมาย่อยสลายสารอินทรีย์ให้เปลี่ยนไปอยู่ในรูปของโมเลกุลที่เล็กพอที่จะซึมผ่านเข้าไปในเซลล์เพื่อใช้เป็นสารอาหารได้

2. ขั้นเปลี่ยนรูป (Conversion Step) ขั้นเปลี่ยนรูป (Conversion Step) จุลินทรีย์จะทำการเปลี่ยนรูปสารอินทรีย์โมเลกุลขนาดเล็ก (หลังจากถูกเอนไซม์ย่อยและซึมเข้ามาอยู่ในเซลล์แล้ว) โดยกระบวนการสังเคราะห์ (Synthesis) ซึ่งหมายถึงการสร้างเซลล์ใหม่และกระบวนการออกซิเดชัน ผลผลิตที่ได้คือ ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ น้ำ และพลังงาน กระบวนการทั้งสองนี้รวมกันเป็นกระบวนการทางชีวเคมีที่เกิดขึ้นในจุลินทรีย์ (Metabolic Process)

3. ขั้นรวมตะกอน (Flocculation Step) เป็นขั้นตอนเกิดการรวมตัวของสลัดจ์ โดยจุลินทรีย์จะถูกกวนผสมกันอยู่ในถังเติมอากาศ เมื่อชนกันก็จะจับรวมตัวเป็นก้อนที่ใหญ่ขึ้นเรียกว่า ฟล็อก หรือ สลัดจ์ ซึ่งตกตะกอนได้ดีและสามารถแยกออกจากน้ำที่บำบัดได้แล้วได้ง่าย นอกจากนี้เมื่อสลัดจ์ไปสัมผัสกับมวลสารในน้ำเสียจะจับมวลสารเหล่านี้ไว้ภายใน แล้วทำการย่อยสลายเป็นอาหารต่อไป

การบำบัดกากตะกอนจุลินทรีย์หรือสลัดจ์ (Sludge)

ระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะใช้ระบบการบำบัดทางชีวภาพจะมีกากตะกอนจุลินทรีย์หรือสลัดจ์ (Sludge) เป็นผลผลิตตามมาด้วยเสมอ ซึ่งเป็นผลจากการเจริญเติบโตของจุลินทรีย์ในการ

กินสารอินทรีย์ในน้ำเสีย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องบำบัดกากตะกอนจุลินทรีย์หรือสลัดจ์เหล่านี้นั้น เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาการเน่าเหม็นของสลัดจ์ เพื่อไม่ทำให้การเพิ่มภาวะมลพิษ และเป็นการทำลายเชื้อโรคด้วย นอกจากนี้การลดปริมาตรของสลัดจ์โดยการกำจัดน้ำออกจากสลัดจ์ ช่วยให้เกิดความสะดวกในการเก็บขนไปกำจัดทิ้งหรือนำไปใช้ประโยชน์อื่นๆ ทั้งนี้ในการบำบัดสลัดจ์ประกอบด้วยกระบวนการหลัก 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. การทำข้น (Thickener) โดยใช้ถังทำข้นซึ่งมีทั้งที่ใช้กลไกการตกตะกอน (Sedimentation) และใช้กลไกการลอยตัว (Floatation) ทำหน้าที่ ในการลดปริมาณสลัดจ์ก่อนส่งไปบำบัดโดยวิธีการอื่นต่อไป

2. การทำให้สลัดจ์คงตัว (Stabilization) โดยการย่อยสลัดจ์ด้วยกระบวนการใช้อากาศ หรือ ใช้กระบวนการไร้อากาศ เพื่อทำหน้าที่ในการลดสารอินทรีย์ในสลัดจ์ ทำให้สลัดจ์คงตัวสามารถนำไปทิ้งได้โดยไม่เน่าเหม็น

3. การปรับสภาพสลัดจ์ (Conditioning) เพื่อทำให้สลัดจ์มีความเหมาะสมกับการนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป เช่น ทำปุ๋ย การใช้ปรับสภาพดินสำหรับใช้ทางการเกษตร เป็นต้น

4. การรีดน้ำ (Dewatering) เพื่อลดปริมาณสลัดจ์ก่อนที่จะนำไปทิ้งโดยการฝังกลบ การเผา หรือนำไปใช้ประโยชน์อื่น ซึ่งทำให้เกิดความสะดวกในการขนส่ง โดยอุปกรณ์ที่ใช้ในการรีดน้ำ ได้แก่ เครื่องกรองสุญญากาศ (Vacuum filter) เครื่องอัดกรอง (Filter press) หรือเครื่องกรองหมุนเหวี่ยง (Centrifuge) รวมถึงการลานตากสลัดจ์ (Sludge drying bed) และเครื่องสกรูเพรส (screw press)

แนวทางการกำจัดกากตะกอนหรือสลัดจ์ (Sludge Disposal)

หลังจากสลัดจ์ที่เกิดขึ้นจากการบำบัดน้ำเสียได้รับการบำบัดให้มีความคงตัว ไม่มีกลิ่นเหม็น และมีปริมาตรลดลงซึ่งก็คือ การนำสลัดจ์ไปตากในลานตากตะกอน ซึ่งจะให้เกิดความสะดวกในการขนส่งแล้ว ในขั้นต่อมาก็คือ การนำสลัดจ์เหล่านั้นไปกำจัดทิ้งโดยวิธีการที่เหมาะสม ซึ่งวิธีการกำจัดกากตะกอนของโรงพยาบาลที่ใช้ในปัจจุบัน ได้แก่

การฝังกลบ (Landfill) : เป็นการนำสลัดจ์มาฝังในสถานที่ที่จัดเตรียมไว้และกลบด้วยชั้นดินทับอีกชั้นหนึ่ง ปัญหาที่พบในการใช้วิธีการนี้คือ ทำให้มีสารพิษรั่วไหลเข้าสู่ธรรมชาติ และแหล่งน้ำต่างๆ ที่อยู่ใกล้กับสถานที่ฝังกลบ ในขณะเดียวกันมักจะใช้พื้นที่ในการฝังกลบมาก นอกจากนี้ยังอาจจะก่อให้เกิดปัญหากับชุมชนที่เป็นสถานที่ตั้งของบ่อฝังกลบสลัดจ์ โดยส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาการร้องเรียนจากชุมชนเนื่องจากเกรงว่าสลัดจ์ที่นำมาฝังกลบจะเป็นสารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

การหมักทำปุ๋ย (Composting) : เป็นการนำสลัดจ์มาหมักต่อเพื่อนำไปใช้เป็นปุ๋ย ซึ่งเป็นการนำสลัดจ์กลับมาใช้ประโยชน์ในการเป็นปุ๋ยสำหรับปลูกพืช เนื่องจากในสลัดจ์ประกอบด้วยธาตุอาหารที่จำเป็นในการเจริญเติบโตของพืช ได้แก่ ไนโตรเจน ฟอสฟอรัส และแร่ธาตุต่างๆ การนำกากตะกอนมาใช้ประโยชน์ในการปลูกพืชเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่น่าสนใจในการจัดการกากตะกอนที่เกิดขึ้น เนื่องจากส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมน้อยและยังเป็นการนำของเสียกลับมาใช้ประโยชน์ใหม่ เป็นการเพิ่มมูลค่าของของเสียโดยเฉพาะการหมักทำปุ๋ยเพื่อใช้ในการเกษตร แต่อาจจะพบปัญหาโรคพืชต่างๆ และโรคนั้นอาจจะแพร่กระจายสู่คนได้เนื่องจากสลัดจ์มักจะมีซากของแบคทีเรียและไวรัสปะปนอยู่ด้วย ดังนั้นต้องมั่นใจว่า สลัดจ์ที่จะนำมาใช้ทำปุ๋ย

ต้องปราศจากเชื้อโรคต่างๆดังกล่าวจริง นอกจากนี้ถ้าในสลัดจ์ที่นำมาใช้ทำปุ๋ยมีสารโลหะหนักตกค้างอยู่ก็อาจจะแพร่กระจายลงสู่ธรรมชาติได้

การเผา (Incineration) : เป็นการนำสลัดจ์ที่จวนแห้ง (ตั้งแต่ร้อยละ 40 ของของแข็งขึ้นไป) มาเผา เพราะเนื่องจากไม่สามารถนำไปใช้ทำปุ๋ยหรือฝังกลบได้ การเผาสลัดจ์มักก่อให้เกิดเถ้าลอยและก๊าซมลพิษจำพวกคาร์บอนมอนอกไซด์ ต้องมีการปรับปรุงสภาพของก๊าซที่ได้จากการเผาไหม้ก่อนปล่อยทิ้ง และมีค่าใช้จ่ายในการเผาค่อนข้างสูง ดังนั้น หากโรงพยาบาลใดต้องการกำจัดสลัดจ์โดยวิธีการนี้ควรเผาในเตาเผาที่ได้มาตรฐานนี้ตามแบบเตาเผาที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดหรือเห็นชอบ

ปัญหาของบ่อดักตะกอนและการแก้ไข

ปัญหาของบ่อดักตะกอนมีหลายประการ เนื่องจากระบบบำบัดน้ำเสียที่ใช้วิธีการทางด้านชีวภาพมักจะมีปัญหาที่เกิดจากการตกตะกอนของจุลินทรีย์ในหลายสาเหตุ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2559, หน้า 23-27) ได้สรุปปัญหาและเสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหา ดังนี้

1. น้ำ ในบ่อดักตะกอนมีตะกอนแขวนลอย ทำให้น้ำทิ้งมีความขุ่น ซึ่งมักจะมีสาเหตุมาจาก
 - ชั้นของตะกอนในถังตกตะกอนสูงเกินไป ควรเพิ่มการสูบตะกอนกลับไปยังถังเดิมอากาศเพิ่มขึ้น หรือสูบตะกอนส่วนเกินนำไปกำจัดเพิ่มขึ้น เพื่อลดระดับตะกอนในถังตกตะกอนไม่ให้สูงเกินครึ่งหนึ่งของถังตกตะกอน
 - การเกิดดีในทรีพีเคชั่นในถังตกตะกอนจะมีฟองก๊าซจับอยู่กับกลุ่มตะกอนทำให้เกิดตะกอนเน่า อาจเกิดจากปริมาณออกซิเจนละลายในถังเดิมอากาศน้อยเกินไปหรือปล่อยให้ชั้นของตะกอนสูงเกินไปสามารถแก้ไขได้โดยการเพิ่มปริมาณการเติมออกซิเจนในถังเดิมอากาศให้พอเพียง และเพิ่มอัตราการสูบตะกอนจากถังตกตะกอนกลับไปยังถังเดิมอากาศเพิ่มขึ้น ทำการตรวจวัดปริมาณออกซิเจนละลาย ตามระดับความลึก
 - ปริมาณน้ำ เข้าถังตกตะกอนมากเกินไป อัตราน้ำล้นสูงเกินไป ในกรณีมีถังตกตะกอนหลายถัง ควรปรับปรุงการแบ่งน้ำ เข้าถังแต่ละถังให้สม่ำเสมอตรวจสอบระยะเวลาเก็บกักน้ำเสีย และอัตราน้ำล้น
 - ปริมาณจุลินทรีย์ในถังเดิมอากาศมากเกินไป ในกรณีที่มีสารอินทรีย์ซึ่งเป็นอาหารจุลินทรีย์น้อยเกินไป ควรเพิ่มการสูบตะกอนส่วนเกินนำไปทิ้งมากขึ้น
 - เกิดการไหลกลับในถังตกตะกอน ทำให้เกิดการตกตะกอนไม่ดี เนื่องจากความแตกต่างของอุณหภูมิวัดอุณหภูมิที่ช่วงความลึกต่างๆกัน หากพบว่าอุณหภูมิต่างกัน ควรตรวจสอบหาสาเหตุและการแก้ไข หรืออาจมีการเพิ่มถังตกตะกอนตามความจำเป็น

2. เกิดตะกอนเบาหลุดไปกับน้ำทิ้ง

- มีปริมาณสารอินทรีย์เข้าในถังเดิมอากาศมาก แก้ไขได้โดยการลดปริมาณการสูบตะกอนส่วนเกินทิ้ง
- มีอายุตะกอนต่ำ MLSS ในถังเดิมอากาศน้อยเกินไป ควรลดปริมาณตะกอนส่วนเกิน เพิ่มการหมุนเวียนตะกอนเข้าถังเดิมอากาศมากขึ้น ทั้งนี้ต้องตรวจสอบปริมาณออกซิเจนละลายให้ไม่ต่ำกว่า 2 มิลลิกรัมต่อลิตร

3. ตะกอนไม่จมตัว เกิดการอัดตะกอน เป็นสภาวะที่ฟล็อกหรือจุลินทรีย์ในระบบเอเอส เกิดตะกอนลอยขึ้นมาเป็นชั้นเป็นช่วงอาจหลุดไปกับน้ำทิ้ง

- อายุตะกอนต่ำ เพิ่มการสูบตะกอนกลับมากขึ้น ทำให้ MLSS ในถังเติมอากาศมากขึ้น เป็นการเพิ่มอายุตะกอน ลดอัตราการทิ้งตะกอนส่วนเกิน แต่ต้องคอยระวังไม่ให้ระดับตะกอนในถังตกตะกอนสูง

- เกิดจากจุลินทรีย์จำพวกเส้นใย แก้ไขโดยมีการควบคุมและป้องกัน ได้แก่ ควบคุมให้มีการเติมออกซิเจนในถังเติมอากาศอย่างทั่วถึงตลอดทั้งถังให้มีค่าไม่น้อยกว่า 2 มิลลิกรัมต่อลิตร ควบคุมอัตราส่วน BOD : N : P : Fe เท่ากับ 100:5:1:0.5 เช่น เพิ่มไนโตรเจนโดยการเติมยูเรีย เพิ่มฟอสฟอรัสโดยการเติมไตรโซเดียมฟอสเฟต และเติมเหล็กโดยการเติมเฟอริกคลอไรด์ ในกรณีที่มีแบคทีเรียชนิดเส้นใยเกิดขึ้นในถังตกตะกอน การใช้คลอรีนหรือไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ฆ่าแบคทีเรียชนิดเส้นใยดังกล่าว โดยการเติมคลอรีนในระบบท่อการสูบตะกอนกลับในอัตราความเข้มข้นประมาณ 5 มิลลิกรัมต่อลิตร และปรับพีเอชของน้ำเสียที่เข้าระบบให้มีค่ามากกว่า 6.5 โดยการเติมปูนขาวหรือโซดาไฟ

4. เกิดตะกอนลอยขึ้นเป็นก้อนใหญ่ จากสภาวะดีไนทริฟิเคชันเมื่อตะกอนขึ้นถึงผิวน้ำ จะเกิดการแตกกระจายออกมาเป็นฝ้ายเป็นแผ่น แก้ไขโดยการเพิ่มปริมาณการเติมออกซิเจนในถังเติมอากาศให้มีไม่น้อยกว่า 2 มิลลิกรัมต่อลิตร

5. น้ำในบ่อตกตะกอนมีสาหร่ายสีเขียว แก้ไขโดยการใช้สายฉีดน้ำแรงดันสูงฉีดออกให้สะอาด

การบำรุงรักษาบ่อตกตะกอน

การบำรุงรักษาบ่อตกตะกอนควรทำเป็นประจำและสม่ำเสมอ ซึ่งจะมีผลให้น้ำที่ผ่านการบำบัดแล้วมีความสะอาด ปราศจากมลพิษที่อาจจะเป็นอันตรายต่อสิ่งแวดล้อม และสุขภาพของมนุษย์ จึงควรมีการบำรุงรักษาบ่อตกตะกอนดังนี้

1. ควรตรวจสอบเครื่องกวาดตะกอน ดูแลและซ่อมแซมอย่างสม่ำเสมอ
2. ตักเศษขยะ หรือตะกอนลอยออกสม่ำเสมอ
3. ล้างทำความสะอาดขอบบ่อไม่ให้มีตะไคร่น้ำเกาะหนาแน่น

สรุป ปัญหาของบ่อตกตะกอนมีหลายประการ เนื่องจากระบบบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ มักจะใช้วิธีการทางด้านชีวภาพในการบำบัด ซึ่งมักจะมีปัญหาที่เกิดจากการตกตะกอนของจุลินทรีย์ในหลายสาเหตุ ขอเพียงแต่ให้ผู้ดูแลระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลหมั่นเอาใจใส่ตรวจสอบดูแลระบบบำบัดน้ำเสียเป็นประจำปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นก็จะลดน้อยลงหรือหมดไป หากดำเนินการตามแนวทางที่ผู้เขียนได้นำเสนอไว้ข้างต้นแล้วไม่ได้ผล..วิธีการสุดท้ายที่จะใช้คือ การเริ่มต้นระบบใหม่ (Set Zero) ซึ่งวิธีการนี้ควรจะทำทุก 2-3 ปี เนื่องจากปัญหาของตะกอนที่สะสมและเป็นตะกอนที่มีจุลินทรีย์ที่อ่อนแอ

ปัญหาของลานตากตะกอนและการแก้ไข

1. ลานตากตะกอนระบายน้ำไม่ดี มักจะเกิดจากทรายกรองตัน วิธีการแก้ไขให้ทำการพรวนหน้าทรายในลานตากตะกอนแล้วเอาน้ำฉีดเพื่อเป็นการทำความสะอาดทรายกรอง ควรมีการพรวนหน้าทรายเมื่อพบว่าลานตากตะกอนดูดซึมได้ช้าลง

2. ลานตากตะกอนไม่ถูกความร้อนที่เพียงพอจากแดด วิธีการแก้ไขคือ ถ้าเป็นกรณีที่ลานตากตะกอนถูกต้นไม้คลุม ควรมีการตัดแต่งต้นไม้ในบริเวณที่เป็นลานตากตะกอนเพื่อให้ลานตากตะกอนได้รับแสงแดดอย่างเพียงพอ ถ้าเป็นกรณีในฤดูฝนควรมีการสร้างหลังคามุงด้วยวัสดุโปร่งแสงคลุม

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (ม.ป.ป.). **คู่มือการจัดการน้ำเสียจาก**

อาคารประเภทโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: ส่วนน้ำเสียชุมชน สำนักจัดการคุณภาพน้ำ

กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.

กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม. (2545). **น้ำเสียชุมชนและระบบ**

บำบัดน้ำเสีย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.

กองวิศวกรรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). **คู่มือการใช้และ**

บำรุงรักษาระบบบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาล. นนทบุรี: กองวิศวกรรมการแพทย์

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). **คู่มือการควบคุมและบำรุงรักษา**

ระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาล. นนทบุรี : กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงาน

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่อายุน้อย

ร่วมกับภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว: กรณีศึกษา 2 ราย

เบญจพร เองวานิช (Benchaphon Aengwanich)*

ความเป็นมา : โรคหลอดเลือดสมองตีบ (stroke) เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต ผู้ที่รอดชีวิตมักจะมีคุณภาพการหลงเหลืออยู่ ก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมอย่างมาก โรคหลอดเลือดสมองตีบในระยะเฉียบพลันเป็นระยะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงแต่เนื้อสมองยังไม่ตาย ผู้ป่วยยังมีโอกาสฟื้นฟูได้ ถ้าได้รับการรักษาและดูแลที่ถูกต้อง รวดเร็วตามมาตรฐานวิชาชีพ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่อายุน้อยร่วมกับภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว : กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการดำเนินงาน : การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอายุน้อยร่วมกับหัวใจห้องบนเต้นพลิ้วจำนวน 2 ราย รักษาตัวในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมหาสารคาม เครื่องมือประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์เปรียบเทียบ ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา แบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

ผลการศึกษา : เปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่อายุน้อยร่วมกับภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว 2 ราย

รายที่ 1 ชายไทย อายุ 44 ปี อาการสำคัญ พูดไม่ชัด แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรงก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน การวินิจฉัย Acute ischemic stroke ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว

รายที่ 2 หญิงไทย อายุ 37 ปี อาการสำคัญ ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แขนขาซีกขวาอ่อนแรง ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง 20 นาที ได้รับการวินิจฉัย Acute ischemic stroke เปิด stroke fast track ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด และตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว หลังได้รับการรักษาดีขึ้น

สรุป : การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอายุน้อยร่วมกับหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว ถ้าไม่ได้รับการประเมินรักษาพยาบาลที่ถูกต้องตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีโอกาสที่ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย พยาบาลประจำหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงต้องมีสมรรถนะและความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตกระทั่งการวางแผนจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมองอายุน้อย ภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมหาสารคาม

Email: srithep.aengwanich@gmail.com

Nursing Care for Young Stroke Patient with Atrial Fibrillation:

A Comparison of 2 Case Studies

Benchaphon Aengwanich

Background: Ischemic stroke (stroke) is an important cause of death. Those who survive often have residual disabilities, which has a direct impact on patients, families, economics, and society greatly. Acute ischemic stroke is a period in which the blood supply to the brain is cut off, but the brain tissue has not yet died. Patients still have a chance to recovery. If properly treated and cared for fast according to professional standards.

Objective: To study nursing care for young stroke patients with atrial fibrillation: 2 case studies.

Methodology: Comparative study of 2 young stroke patients with atrial fibrillation treated in the stroke ward, Maha Sarakham Hospital. Tools include data recording form which was collected from inpatient medical records. Patient interviews, observations, data analysis, comparative analysis of risk factors, pathology, signs and symptoms, treatments, nursing records using the concepts of patient assessment according to Gordon's 11 health models.

Results: Comparison of two young acute ischemic stroke patients with right atrial fibrillation.

Case 1: Thai man, 44 years old, important symptoms: Slurred speech, weakness in the left side of his limbs before coming to the hospital 1 day. Acute ischemic stroke was diagnosed. An electrocardiogram found that the right atrium was fibrillation.

Case 2: Thai woman, 37 years old. Main symptoms: Stiff tongue, slurred speech, and weakness in the right side of the arm. 55 minutes before coming to the hospital, she was diagnosed as acute ischemic stroke, then entered the stroke fast track system and received treatment with a thrombolytic agent. And an electrocardiogram found the right atrium was fibrillation, improved after receiving treatment.

Conclusion: Care for young stroke patients with atrial fibrillation. If proper medical evaluation and treatment are not performed according to the standards of care for stroke patients. There is a chance that the patient's condition will deteriorate and complications from the illness will occur. Therefore, the nurse on the stroke ward must have the competency and expertise to care for patients in critical situations and even plan discharge effectively.

Keywords: Young stroke patient, Atrial Fibrillation, nursing care for stroke patients

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย องค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization : WSO) ได้มุ่งเน้นการรณรงค์ในปี 2565 นี้ คือ “Minutes can save lives: Learn the signs, Say it’s a stroke Save #Precioustime” มุ่งเน้นเสริมสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองให้กับประชาชนและให้เข้าถึงการรักษาพยาบาลฉุกเฉินอย่างทันท่วงที เพราะทุก 1 นาทีที่เซลล์สมองขาดเลือดจะมีเซลล์สมองตายประมาณ 1 ล้านเซลล์ หากได้รับการรักษาช้าเซลล์สมองจะตายมากขึ้นนำไปสู่ความพิการหรือเสียชีวิตได้ (กรมการแพทย์, 2558, น. 4-8) โรคหลอดเลือดสมองพบเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของการเสียชีวิต และอันดับ 3 ของความพิการ โดยมีจำนวนผู้ป่วยทั่วโลก 17 ล้านคน เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6.5 ล้านคน (World Stroke Organization, 2019, p. 1-22)

อุบัติการณ์ในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น สาเหตุการตายก่อนวัยอันควรสูงเป็นอันดับหนึ่งในเพศหญิงและสูงเป็นอันดับสองในเพศชาย ภาพรวมสถิติอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2563-2565 พบสูงถึง 328.01, 330.22 และ 330.72 โรงพยาบาลมหาสารคาม พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 1,548 , 1,525 และ 1,697 คน (งานเวชสถิติ, 2020, น. 20) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และยังพบการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 45 ปี คิดเป็นร้อยละ 6.6, 6.7 และ 7.6 ตามลำดับ (พลเสน, 2021, น. 62-77) ถึงแม้ผู้ป่วยกลุ่มอายุน้อยมีจำนวนไม่มากแต่เป็นกลุ่มวัยทำงานส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยที่มาด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จะต้องได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ทันเวลา เนื่องจากเป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย ปัจจุบันยาที่เป็นมาตรฐานในการรักษา คือ ยาละลายลิ่มเลือด ต้องให้ในระยะเวลาที่จำกัดหลังจากเกิดอาการภายใน 4.5 ชั่วโมง (คงเปี่ยม, 2015, น. 49-58) โดยพิจารณาให้ยาเพื่อละลายลิ่มเลือดที่อุดตันหลอดเลือดสมอง เนื้อสมองบางส่วนขาดเลือดมากจนตายไปบางส่วนขาดเลือดจนไม่สามารถทำงานได้ ถ้าสามารถแก้ไขให้เลือดกลับมาไหลเวียนได้อย่างเพียงพอ โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด เนื้อสมองส่วนนี้จะกลับมาทำงานได้อีก แต่ถ้าขาดเลือดต่อไปเนื้อสมองจะค่อยๆตายและไม่สามารถกลับมาทำงานได้ ผู้ป่วยมีโอกาเสียชีวิตได้สูง

พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้แนะนำและทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ในทุกระยะการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟูสภาพ และระยะการวางแผนจำหน่าย การวางแผนรูปแบบปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จะช่วยให้การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีประสิทธิภาพสูงขึ้น บทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การประเมินอาการทางระบบประสาท (neurological assessment) การจัดการเกี่ยวกับการควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะ (intracranial pressure control) การควบคุมความดันโลหิต (blood pressure control) การจัดการเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (intravenous thrombolysis drug) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (blood glucose) การจัดการภาวะอุณหภูมิร่างกาย (temperature) การให้ออกซิเจน (oxygen therapy) การให้สารน้ำ (hydration) การประเมินการกลืน (swallowing dysfunction) การประเมินภาวะซึมเศร้า (Depression screening) และการวางแผนจำหน่าย

ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพตามปัญหาผู้ป่วยเฉพาะบุคคล (discharge planning) พยาบาลผู้ดูแลจำเป็นต้องมีสมรรถนะ และต้องตระหนักถึงพยาธิสภาพการดำเนินโรค ทราบวิธีปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องและมีเหตุผลประกอบการ ตัดสินใจประกอบการปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้ง (เดชบุญญจิตต์, 2020, น. 79-89)

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่อายุน้อยร่วมกับภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว : กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา การศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่อายุน้อย ร่วมกับภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว : กรณีศึกษา 2 รายที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาล มหาสารคาม ในช่วงเดือนเมษายน 2566 ถึง กันยายน พ.ศ.2566 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 1)แบบบันทึก ข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน 2) การสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องข้อมูลการเจ็บป่วยและภาวะ สุขภาพ 3) แบบบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนเพื่อให้ได้ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล นำมาวางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วย การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การ วิเคราะห์เชิงเนื้อหาเกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่อายุน้อยร่วมกับภาวะหัวใจห้อง บนเต้นพลิ้ว พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เพศ	ชาย	หญิง
อายุ	44	37
น้ำหนัก ส่วนสูง BMI	78 กก. สูง 168 ซม. BMI 28.34 กก./ม ²	น้ำหนัก 65 กก.สูง 156 ซม.BMI 26.71 กก./ม ²
อาชีพ	รับจ้างทั่วไป	ค้าขาย
โรคประจำตัว	โรคหลอดเลือดสมองตีบ	ไม่มีโรคประจำตัว
ประวัติแพ้ยา	ไม่แพ้ยา	ไม่แพ้ยา
การผ่าตัด	ไม่เคยผ่าตัด	ไม่เคยผ่าตัด
ประวัติการใช้ สิ่งเสพติด	สูบบุหรี่ วันละ 6-8 มวน ดื่มสุราทุกวัน 1-2 แก้ว	ไม่สูบบุหรี่, ไม่ดื่มสุรา
ประวัติการเข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาล	กุมภาพันธ์ 2566 admit stroke unit ด้วยโรค หลอดเลือดสมองตีบ ในวันที่ 17-20 กุมภาพันธ์ 2566 ไม่ได้มาตรวจตามนัด ขาดยา 2 วัน	ไม่เคยเข้านอนโรงพยาบาล
การวินิจฉัยโรคครั้งแรก	acute ischemic stroke	acute ischemic stroke S/P rt-PA
การวินิจฉัยโรค ครั้งสุดท้าย	embolic stroke with atrial fibrillation	embolic stroke with atrial Fibrillation

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
อาการสำคัญ	แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ได้ 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล	มาด้วยอาการ พูดไม่ชัด ไม่สามารถสื่อสารได้ แขน ขา ซีกขวาอ่อนแรง เป็นก่อนมา 1 ชั่วโมง 20 นาที
ประวัติการเจ็บป่วย ปัจจุบัน	last seen normal 20.00 น. ภรรยาได้ยินเสียง เอะอะ ไปพบผู้ป่วยพูดไม่พูด ปากเบี้ยว แขนขา ซ้ายอ่อนแรง โทรเรียก 1669 ออกรับ	onset time 19.00 น. พบผู้ป่วยเริ่มมีอาการ พูดไม่ชัด ไม่สามารถสื่อสารให้เข้าใจได้ แขน ขา ซีกขวา อ่อนแรง ญาติโทร 1669 รพ.กุดรัง
อาการ อาการแสดงแรก รับที่อุบัติเหตุฉุกเฉิน	ผู้ป่วยรู้สึกตัว ไม่พูด แต่ทำตามคำบอกได้ Glasgow coma scale 11 คะแนน (E4V1M6) pupil 3 mm RTLBE motor power แขน ขา ซีกซ้าย grade 2 แขน ขา ซีกขวา grade 5 left facial palsy, DTX stat 89 mg/dl ประเมิน NIHSS แกรับเท่ากับ 10 คะแนน อุณหภูมิ ร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/ นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 156/94 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของ ออกซิเจนในเลือด 99%	ผู้ป่วยรู้สึกตัว พูดไม่ชัด ไม่สามารถสื่อสารให้ เข้าใจได้ แขน ขา ซีกขวา อ่อนแรง สามารถทำ ตามคำบอกได้ถูกต้อง Glasgow coma scale 14 คะแนน (E4V4M6) pupil 3 mm RTLBE motor power แขน ขา ซีกขวา grade 3 แขน ขา ซีกซ้าย grade 5 right facial palsy, DTX stat 92 mg/dl ประเมิน NIHSS แกรับเท่ากับ 8 คะแนน อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง / นาที ความดันโลหิต 118/72 มิลลิเมตรปรอท ความ อิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100%
การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการที่สำคัญ	white blood cell 5,890 cell/mm ³ hemoglobin 12.4 gm/dl hematocrit 35.4 % platelets 247,000 cell/mm ³ prothrombin time 11.8 sec partial thromboplastin time 27 sec international normalized ratio 1.0	white blood cell 7,890 cell/mm ³ hemoglobin 11.5 gm/dl hematocrit 32.4 % platelets 229,000 cell/mm ³ prothrombin time 12.8 sec partial thromboplastin time 28 sec international normalized ratio 0.9
ผลการตรวจทางรังสีวิทยา	- ผล CT brain with non-contrast ครั้งแรก acute right MCA territory infarction without hemorrhagic transformation - ผล CT brain with non-contrast ครั้งที่ 2 หลัง 48 ชั่วโมง acute right MCA territory infarction with hemorrhagic transformation ขนาด 0.5 x 1.2 cm ²	- ผล CT brain with non-contrast ครั้งแรก acute Left MCA territory infarction without hemorrhagic transformation - ผล CT brain with non-contrast ครั้งที่ 2 หลังได้รับยา rt-PA 24 ชั่วโมง acute Left MCA territory infarction without hemorrhagic transformation

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	- EKG 12 lead แรกวันที่ ER พบ AF (Atrial fibrillation) heart rate 102 ครั้ง/นาที	- EKG 12 lead แรกวันที่ ER NSR rate 68 bpm, no ST-T change
การรักษา	- ขณะ admit พบว่า heart rate 154-170 ครั้ง/นาที EKG: AF (Atrial fibrillation)	- ขณะ admit Monitor EKG 24 ชั่วโมง พบ AF (Atrial fibrillation) heart rate 64 ครั้ง/นาที
	- NSS 1000 ml vein drip 100 cc/hr	- ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA)
	- ขณะ admit พบว่า heart rate 154-170 ครั้ง/นาที EKG: AF (Atrial fibrillation)	- ผู้ป่วยน้ำหนัก 65 kg.
	- ผู้ป่วยได้รับยา cordarone 150 mg +5%DW 100 ml. drip in 30 min then 360 mg +5%DW 300 ml. drip in 6 ชั่วโมง then 540 mg +5%DW 500 ml. drip in 18 ชั่วโมง	- rt-PA total dose = 58.5 mg
	- อาการทุเลาลง HR ลดลง 90-105 ครั้ง/นาที	- rt-PA 10 % bolus in 1 min = 5.85 mg iv
	- hold warfarin เนื่องจากมี hemorrhagic transformation	- rt-PA 90 % drip in 60 min = 52.65 mg iv drip in syringe pump
	- นัด 1 สัปดาห์ CT brain เพื่อดูขนาด hemorrhage และเริ่ม start warfarin 3 mg 1 tab oral hs.	- warfarin 3 mg 1 tab oral hs.
		- atorvastatin 40 mg 1 tab oral hs.

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ	ก่อนเจ็บป่วย: สูบบุหรี่มานานเอง 6 – 8 มวนต่อวันเป็นเวลา 24 ปี ดื่มสุรา ปริมาณ 250 -300 ซีซี ทุกวัน	ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่
	ขณะเจ็บป่วย: ผู้ป่วยและญาติรับทราบการเจ็บป่วยครั้งนี้รุนแรง	ไม่เคยตรวจสุขภาพ ซ้ำๆ รับประทานเองเมื่อเจ็บป่วยไม่มาก
โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	ก่อนการเจ็บป่วย: รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ไม่ตรงเวลา	ขณะเจ็บป่วย: ผู้ป่วยและญาติรับทราบการเจ็บป่วยครั้งนี้รุนแรง
	ขณะเจ็บป่วย: ประเมินการกลืนไม่ผ่านให้อาหารทางสายยางทุก 6 ชั่วโมง	ก่อนการเจ็บป่วย: รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ตรงเวลา
		ขณะเจ็บป่วย: งดน้ำงดอาหาร 24 ชั่วโมง ประเมินการกลืนผ่านรับประทานอาหารอ่อน

การขับถ่าย	ก่อนการเจ็บป่วย: ขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ ปกติ ขณะเจ็บป่วย: ขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ ปกติ	ก่อนการเจ็บป่วย: ขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ ปกติ ขณะเจ็บป่วย: ขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ ปกติ
กิจกรรมและการออกกำลังกาย	ก่อนการเจ็บป่วย: ต้องทำงานทุกวัน ไม่ได้ ออกกำลังกาย ขณะเจ็บป่วย: ไม่ได้ออกกำลังกาย ทำกายภาพบำบัดฟื้นฟู ครั้งละ 30 นาที	ก่อนการเจ็บป่วย: ไม่ได้ออกกำลังกาย ขณะเจ็บป่วย: ไม่ได้ออกกำลังกาย ทำกายภาพบำบัดฟื้นฟู ครั้งละ 30 นาที
การพักผ่อนนอนหลับ	ก่อนการเจ็บป่วย: นอนไม่เป็นเวลา นอน หลับเฉลี่ย 6 – 7 ชั่วโมง ขณะเจ็บป่วย : นอนไม่ค่อยหลับ ตื่นบ่อย เนื่องจากไม่คุ้นเคย	ก่อนการเจ็บป่วย: นอนเป็นเวลา เฉลี่ย 7 – 8 ชั่วโมง ขณะเจ็บป่วย : นอนหลับ 3-4 ชั่วโมง ตื่นบ่อยเนื่องจากไม่คุ้นเคย มีเสียงรบกวน
สติปัญญาและการรับรู้	ก่อนการเจ็บป่วย: เป็นผู้นำครอบครัว ขณะเจ็บป่วย: ภรรยาช่วยในการตัดสินใจ	ก่อนการเจ็บป่วย: การตัดสินใจร่วมกับสามี ขณะเจ็บป่วย: สามีเป็นผู้ดูแลเนื่องจากสื่อสาร ไม่ได้ แต่สามารถทำตามคำบอกได้
การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ก่อนการเจ็บป่วย: มีสุขภาพแข็งแรง ขณะเจ็บป่วย: แขนขาอ่อนแรงซีกซ้าย ปากเบี้ยว	ก่อนการเจ็บป่วย: มีสุขภาพแข็งแรง ขณะเจ็บป่วย: สื่อสารไม่รู้เรื่องแต่สามารถทำ ตามคำบอกได้ นอนซึมและร้องไห้
บทบาทและสัมพันธภาพ	เป็นครอบครัวเดี่ยว อาศัยอยู่กับภรรยา มี บุตร 1 คน ครอบครัวรักใคร่กันดี	อยู่กับสามี และพ่อแม่ มีบุตร 1 คน ครอบครัวรักใคร่กันดี
เพศและการเจริญพันธุ์	ปกติ	ปกติ
การปรับตัวและความทนทานต่อ ความเครียด	ก่อนการเจ็บป่วย: เป็นคนเจี๊ยบ ไม่ค่อย พูด ถ้ามีเรื่องเครียดจะดื่มสุรา สูบบุหรี่ ขณะเจ็บป่วย: ดิ้นไปมา ดึงสาย NG tube ขออนุญาตญาติในการผูกมัดเพื่อ ป้องกันการดึงสายและพลัดตกหกล้ม	ก่อนการเจ็บป่วย: เป็นคนเครียดง่าย ไม่ค่อยพูด ขณะเจ็บป่วย: ผู้ให้ความร่วมมือในการรักษา
คุณค่าและความเชื่อ	ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยว ความเชื่อเรื่อง สิ่ง ศักดิ์สิทธิ์ กำลังใจคือ ภรรยา และบุตร การเจ็บป่วยครั้งนี้เพราะไม่ดูแลตัวเอง ขณะเจ็บป่วย : ผู้ป่วยนอนซึม และร้องไห้ช่วง ที่ญาติเข้ามาเยี่ยม	นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อเรื่อง สิ่ง ศักดิ์สิทธิ์ การเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นเหตุสุดวิสัย กำลังใจ คือ พ่อ แม่ และลูก ขณะเจ็บป่วย : ผู้ป่วยนอนซึม และร้องไห้ช่วง ที่แม่และสามีมาเยี่ยม

เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) เนื่องจากเส้นเลือดสมองตีบ

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษาที่ 1

- : glasgow coma scale แกรับ เท่ากับ 11 (E4V1M6)
- : pupil เท่ากับ 2-3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติเท่ากัน ทั้งสองข้าง
- : motor power แขน ขา ซีกซ้าย grade 2 แขน ขา ซีกขวา grade 5
- : ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 134/86 -150/92 มิลลิเมตรปรอท
- : CT brain : acute right MCA territory infarction with hemorrhagic transformation 0.5 x 1.2 cm2

กรณีศึกษาที่ 2

- : glasgow coma scale แกรับ เท่ากับ 14 (E4V4M6)
- : pupil เท่ากับ 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติเท่ากัน ทั้งสองข้าง
- : motor power แขน ขา ซีกขวา grade 3 แขน ขา ซีกซ้าย grade 5
- : ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 118/72 – 136/82 มิลลิเมตรปรอท
- : ผล CT : acute Left MCA territory infarction without hemorrhagic transformation

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับเลือดไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอ
2. เพื่อลดและป้องกันภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกดี ไม่มีอาการปวดศีรษะ หรือคลื่นไส้ อาเจียน
2. GCS ไม่ drop, Motor power ไม่ลดลงจากเดิม
3. Pupil size ไม่เปลี่ยนแปลงในทางที่เลวลง และอยู่ในช่วง 2-5 mm.
4. สัญญาณชีพปกติ ได้แก่ ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 mmHg Pulse pressure $\leq$ 40 mmHg O₂ sat $\geq$ 95%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการทางระบบประสาท ทุก 1/2 –1 ชั่วโมง โดยใช้แบบประเมิน Glasgow coma scale การตอบสนองของรูม่านตา กำลังของกล้ามเนื้อและอาการปวดศีรษะ อาเจียน และประเมิน การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เป็นต้น ถ้า Glasgow coma scale drop $\geq$ 2 คะแนน ขนาดและการตอบสนองของรูม่านตาผิดปกติ ปวดศีรษะรุนแรง แขนขาอ่อนแรง หรือชัก ให้รายงานแพทย์
2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง มีการระบายอากาศที่ดี และดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา
3. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ

4. ลดสิ่งกระตุ้นที่ไม่จำเป็น และดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน จัดสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ

5. ดูแลความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ให้ได้ตามแผนการรักษาของแพทย์ NSS1,000 ml iv 80 cc/hr.

ติดตามบันทึกสารน้ำเข้า- ออกให้สมดุล

การประเมินผล

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง coma scale ไม่ drop ลง E4V1M6 pupil 3 mm RTLBE motor power แขน ขา ซีกซ้าย grade 2 แขน ขา ซีกขวา grade 5 left facial palsy, vital sign อยู่ในเกณฑ์ปกติ 134/86 มิลลิเมตรปรอท

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง coma scale ไม่ drop ลง E4V4M6 pupil 3 mm RTLBE motor power แขน ขา ซีกขวา grade 3 แขน ขา ซีกซ้าย grade 5 right facial palsy, vital sign อยู่ในเกณฑ์ปกติ 136/82 มิลลิเมตรปรอท

2. เสี่ยงต่อภาวะ cardiac out put ลดลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นและจังหวะการเต้นของหัวใจ

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษาที่ 1

○ : ผู้ป่วยกระสับกระส่ายไปมา

○ : ผู้ป่วยชีพจรเบาเร็ว heart rate 154 -170 ครั้ง/นาที

○ : EKG: AF (Atrial fibrillation)

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะ cardiac output ลดลง ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเพียงพอต่อความต้องการ

เกณฑ์การประเมินผล

คลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น normal sinus rhythm 60-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต systolic BP มากกว่า 90 mmHg , capillary refill < 2 ไม่มีอาการใจสั่น หน้ามืด เวียนศีรษะ ปลายมือปลายเท้าอุ่นดี

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ cardiac output ลดลง เช่น รู้สึกตัวน้อยลง ความดันโลหิตต่ำลง

2. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และติดตาม O2 saturation $\geq 95\%$

3. I/O ทุก 1 ชั่วโมง ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 cc /hr. รายงานแพทย์ทันที

4. monitor EKG และ vital signs ทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลง

5. ดูแลให้ได้รับยากลุ่ม Antiarrhythmics : amiodarone และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำลง < 90/60 mmHg ชีพจร ≤ 60 ครั้ง/นาที ควรหยุดการให้ยา รายงานแพทย์ทันที

การประเมินผล

อาการทุเลาลง HR ลดลง 90-105 ครั้ง/นาที Capillary refill < 2 ปัสสาวะออก 700 ซีซีใน 8 ชั่วโมง ไม่มีอาการใจสั่น หน้ามืด เวียนศีรษะ ปลายมือปลายเท้าอุ่นดี

3. เสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกตามส่วนต่างๆของร่างกายเนื่องจากได้รับยาต้านการเกิดลิ่มเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษาที่ 2

○ : ได้รับยา anticoagulant

○ : ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไปจากเดิมเช่น ปวดศีรษะทันทีและรุนแรง ซึมลง อาเจียนพุ่ง

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะเลือดออกในส่วนต่างๆของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีภาวะเลือดออกในร่างกาย
2. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ INR 2-3

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินว่ามีเลือดออก ควรสังเกตอย่างใกล้ชิดและรายงานแพทย์ทันทีถ้าเลือดออก
2. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมงและเพิ่มความถี่ตามอาการที่เปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะอาการทางระบบประสาทซึ่งแสดงถึงภาวะเลือดออกที่สมอง ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว การลืมตา การสนองต่อคำพูด การเคลื่อนไหว แขน ขา
3. ดูแลเจาะเลือด CBC, PT INR เพื่อประเมินการแข็งตัวของเลือด
4. ดูแลให้การพยาบาลอย่างระมัดระวังที่จะเกิดบาดแผล การเจาะเลือด การเปิดเส้นให้ยาและสารน้ำ

ประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 2

ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะเลือดออกในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ค่า INR 2.3

4. เฝ้าระวังการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะแขนขาอ่อนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษาที่ 1

○ : motor power แขน ขา ซีกซ้าย grade 2 แขน ขา ซีกขวา grade 5

○ : CT brain : acute right MCA territory infarction with hemorrhagic transformation 0.5 x 1.2 cm²

กรณีศึกษาที่ 2

○ : motor power แขน ขา ซีกขวา grade 3 แขน ขา ซีกซ้าย grade 5

○ : CT brain : acute Left MCA territory infarction without hemorrhagic transformation

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุและพลัดตกหกล้ม

เกณฑ์การประเมินผล

ไม่เกิดอุบัติเหตุและพลัดตกหกล้ม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินผู้ป่วยตามแนวทางการป้องกันความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้ม
2. ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการหกล้มหรือตกเตียง ยกไม้กั้นเตียงทุกครั้ง
3. จัดเตียงให้อยู่ใกล้ Nurse Station
4. ดูแลให้เคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกต้องและปลอดภัย
5. ดูแลผู้ป่วยในการช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีความเสี่ยงเพื่อให้เกิดอันตรายพลัดตกหกล้ม

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

5.การสื่อสารด้วยการพูดบกพร่องเนื่องจากพยาธิสภาพที่สมอง

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษาที่ 1

○ : Dysarthria , left facial palsy

○ : ผู้ป่วยพูดมีเสียง อ้อ ออ

กรณีศึกษาที่ 2

○ : Dysarthria , Rt. facial palsy

○ : ผู้ป่วยพูดไม่ได้ มีเสียงอ้อ ออ เป็นคำ ๆ ตาสามารถทำตามคำบอกได้ เช่นบอດให้ยกมือขึ้น สามารถทำได้

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้สามารถสื่อสารและบอกความต้องการกับผู้อื่นได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ดีขึ้น
2. พูดได้ชัดเจนขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการทางระบบประสาท การรับรู้ สัญญาณชีพ ว่ามีความพร้อมในการฝึกพูดหรือไม่
2. ประเมินความสามารถในการพูดและสื่อสารโดยใช้คำถามที่สั้นง่ายและผู้ป่วยสามารถตอบด้วยคำว่าใช่หรือไม่
3. ส่ง consult นักแก้ไขความบกพร่องด้านการพูด และนักกิจกรรมบำบัด (Occupational Therapist OT) ให้ประเมินและฝึกการพูด เพื่อเพิ่มความสามารถในการพูด และเพิ่มความมั่นใจในการพูด
4. ให้กำลังใจผู้ป่วยในการที่จะสื่อสาร ไม่แสดงท่าทางเร่งรีบ

5. ใช้เสียงพูดกับผู้ป่วยด้วยเสียงปกติ ช้า ๆ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้คิดตาม และค่อย ๆ พูดออกมา
6. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เจ็บป่วย เพื่อให้ทราบความก้าวหน้าของโรค
7. แนะนำให้เขียนเพื่อสื่อสารในบางคำที่พูดไม่ชัด กระตุ้นให้พูดหรืออ่านหนังสือออกเสียงเพื่อฝึกพูดให้ชัดเจนขึ้น

ประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1

ผู้ป่วยตื่นดี ถามตอบรู้เรื่อง ยังมี Severe Dysarthria, มี left facial palsy เวลาพูดลิ้นแข็ง ๆ เริ่ม consult นักกิจกรรมบำบัด (Occupational Therapist OT) มาฝึกพูด ผู้ป่วยฝึกพูดตามนักกิจกรรมบำบัดสอนได้ โดยที่นักกิจกรรมบำบัดได้สอนญาติและผู้ป่วยในการฝึกพูด และได้ให้แผ่นพับไว้ด้วยผู้ป่วยและญาติรับทราบและเข้าใจวิธีการฝึกพูด

กรณีศึกษาที่ 2

ผู้ป่วยตื่นดี ทำตามคำบอกได้ ยังมี Severe Dysarthria, มี Rt. facial palsy เริ่มพูดได้เป็นคำสั้นๆ consult นักแก้ไขความบกพร่องด้านการพูด และนักกิจกรรมบำบัด (Occupational Therapist OT) หลังให้ยา rt-PA ครบ 24 ชั่วโมง มาฝึกพูด ผู้ป่วยฝึกพูดตามนักกิจกรรมบำบัดสอนได้ โดยที่นักกิจกรรมบำบัดได้สอนญาติและผู้ป่วยในการฝึกพูด และได้ให้แผ่นพับไว้ด้วยผู้ป่วยและญาติรับทราบและเข้าใจวิธีการฝึกพูด

6. วิटकกังวลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาเนื่องจากเจ็บป่วยเฉียบพลัน

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษาที่ 1

- : ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวลแวตาเศร้าหมองไม่ยิ้มแย้ม
- : Anxiety Score = 6 คะแนน
- : ญาติสอบถามแพทย์และพยาบาลถึงอาการของผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงเศร้า ใครจะทำงานหาเลี้ยงครอบครัว

กรณีศึกษาที่ 2

- : ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล
- : Anxiety Score = 5 คะแนน
- : ญาติสอบถามแพทย์และพยาบาลว่าผู้ป่วยตอนนี้เป็นอย่างไบบ้าง จะพูดได้จะเดินได้ตอนไหน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง
2. ผู้ป่วยและญาติแสดงความรู้สึกรับและเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มขึ้นคลายความวิตกกังวล
2. ผู้ป่วยและญาติแสดงการยอมรับและเข้าใจการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

3. Anxiety Score ลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ
2. สร้างสัมพันธภาพกับญาติโดยแสดงกิริยาที่สุภาพอ่อนโยนเป็นมิตรพูดด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล
3. อธิบายขั้นตอนและเหตุผลของกิจกรรมการรักษาพยาบาลผู้ป่วย
4. อนุญาตให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยเท่าที่จะทำได้
5. เปิดโอกาสให้ญาติได้แสดงความรู้สึกถามถึงสิ่งที่ไม่เข้าใจคับข้องใจ
6. ตอบคำถามของญาติตามความเป็นจริงด้วยคำพูดที่เข้าใจง่ายและเหมาะสม
7. บอกถึงอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเป็นระยะแก่ญาติเพื่อให้ทราบอาการของผู้ป่วยและคลายความกังวล
8. ประเมินระดับ Anxiety Score

ประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1

ผู้ป่วยและญาติเข้าใจดี ชักถามเจ้าหน้าที่น้อยลง สิ้นหน้คลายความวิตกกังวล พูดคุยกับพยาบาลด้วยดีและให้ความร่วมมือในกิจกรรมการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ Anxiety Score ลดลงเหลือ 3 คะแนน แปลว่า วิตกกังวลเล็กน้อย

กรณีศึกษาที่ 2

ผู้ป่วยและญาติเข้าใจดี ชักถามเจ้าหน้าที่น้อยลง สิ้นหน้คลายความวิตกกังวล พูดคุยกับพยาบาลด้วยดี และให้ความร่วมมือในกิจกรรมการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ Anxiety Score ลดลงเหลือ 2 คะแนน แปลว่า วิตกกังวลเล็กน้อย

7. ความมีคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากการปรับบทบาทเป็นผู้พึ่งพิง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษาที่ 1

- : ร้องไห้ นอนซึม
- : ผู้ป่วยไม่สนใจคนรอบข้าง ไม่อยากทำกิจกรรมต่างๆ

กรณีศึกษาที่ 2

- : ร้องไห้ นอนซึม
- : ผู้ป่วยไม่สนใจคนรอบข้าง ไม่อยากทำกิจกรรมต่างๆ

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อส่งเสริมความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้น สามารถช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวันในส่วนที่ช่วยได้
2. สีหน้าแจ่มใส มีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวหรือเจ้าหน้าที่มากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง
2. พูดคุยสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ
3. อธิบายถึงพยาธิสภาพและแผนการรักษาการดูแลตนเองที่จำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจมากขึ้น
4. สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและความรู้สึกดีโดยใช้คำพูดที่สุภาพอย่างนุ่มนวล
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดูแลตนเอง
6. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยคิดและพูดในทางบวก หลีกเลี่ยงความคิดในทางลบจะทำให้ตัวเองรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

ประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1

สีหน้าสดชื่นขึ้น ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในส่วนที่ทำได้ ยึดแน่นมากขึ้น ผู้ป่วยคาดหวังว่าการรักษาจะช่วยทำให้ชีวิตให้ยืนยาวและสามารถหาเลี้ยงครอบครัวได้

กรณีศึกษาที่ 2

สีหน้าสดชื่นขึ้น ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในส่วนที่ทำได้ ยึดแน่นมากขึ้น ผู้ป่วยคาดหวังว่าการรักษาจะช่วยทำให้ชีวิตให้ยืนยาวและสามารถหาเลี้ยงครอบครัวได้

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

รายที่ 1 ชายไทย อายุ 44 ปี ข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยง ประวัติสูบบุหรี่ และดื่มสุราเป็นประจำทุกวัน อาการสำคัญ พูดไม่ได้ แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรงก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน การวินิจฉัย Acute ischemic stroke ขณะรับการรักษา ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบภาวะหัวใจเต้นพลิ้วผิดจังหวะ ได้รับการรักษาด้วยยาและการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ผล CT brain หลัง 48 ชั่วโมง พบภาวะเลือดออกในสมองได้รับการรักษาและการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมอง หลังรับการรักษาเข้าสู่โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพและนัดติดตามอาการ 1 สัปดาห์ เพื่อ CT brain เพื่อดูขนาดของเลือดออกในสมองและเริ่ม start ยา warfarin

รายที่ 2 หญิงไทย อายุ 37 ปี อาการสำคัญ ล้มแข็ง พูดไม่ชัด แขนขาซีกขวาอ่อนแรง ก่อนมาโรงพยาบาล 55 นาที ได้รับการวินิจฉัย Acute ischemic stroke เป็ด stroke fast track รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดและตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบภาวะหัวใจเต้นพลิ้วผิดจังหวะ ได้รับการรักษาด้วยยาด้านการแข็งตัวของเลือด หลังรับการรักษาดีขึ้นไม่มีภาวะแทรกซ้อน เข้าสู่โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ และนัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่อายุน้อยร่วมกับภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว ถ้าไม่ได้รับการประเมินรักษาพยาบาลที่ถูกต้องตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีโอกาสที่ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย พยาบาลประจำหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงต้องมีสมรรถนะและความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตและการดูแลต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นผู้ป่วยที่อายุ

น้อย อยู่ในวัยทำงานและเป็นกำลังหลักสำคัญของครอบครัว การประเมินปัญหาและการวางแผนการดูแลให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ จึงเป็นบทบาทสำคัญยิ่งของพยาบาลที่จะต้องให้การช่วยเหลือและการวางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพให้ได้เร็วที่สุด และเห็นคุณค่าในตัวเองเพื่อให้สามารถปรับตัวกับภาวะการเจ็บป่วยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้

ข้อเสนอแนะ

1. การเข้าถึงบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองโดยให้ผู้ป่วยเข้าถึงเร็วที่สุด เน้นการประชาสัมพันธ์ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค
2. การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในประชาชนที่อายุน้อย กลุ่ม NCD โรคอ้วน การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และปัจจัยเสี่ยงด้านโรคหัวใจเนื่องจากพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้วเพิ่มขึ้นทุกปี

เอกสารอ้างอิง

- งานเวชสถิติ. (2565). รายงานประจำปีผู้ป่วยใน. โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม.
- กรมการแพทย์. (2558). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์.
- ดวงพร คงเปี่ยม. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 12 (2): 49-58.
- นิภาพร บุตรสิงห์ .(2562). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. วารสารสภาการพยาบาล. 34(3): 15-29.
- เพชรรุ่ง เดชบุญญจิตต์. (2563). สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล 5(2): 79-89.
- ยุพา พลเสน. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันร่วมกับภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว: กรณีศึกษา. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี 30(2): 62-77.

World Stroke Organization [WSO]. (2019). Retrieved from

https://www.worldstroke.org/assets/downloads/WSO_Fact-sheet_15.01.2020.pdf

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระบบทางด่วน : กรณีศึกษา 2 ราย

จินดาพร ลันดา

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงานของผู้เขียน กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลโรงพยาบาล
ขอนแก่น ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น รหัสไปรษณีย์ 40000

Emergency nursing department, Nursing department, Khon Kaen Hospital, Nai Mueang

Subdistrict, Mueang District, Khon Kaen Province, zip code 40000

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระบบทางด่วน:
กรณีศึกษา 2 ราย และนำผลการศึกษาไปปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ ดำเนินการศึกษา
ระหว่าง เดือนตุลาคม 2565 - กันยายน 2566

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา 2 ราย

ผลการศึกษา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระบบทางด่วน 2 รายพบว่า

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทยวัย 54 ปี อาการสำคัญ พูดไม่ชัด ปากเบี้ยวซีกขวา มีอาการแขนขาข้าง
ขวาอ่อนแรง ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง มาโรงพยาบาลด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ได้รับการวินิจฉัย
Cerebral infarction ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ภายในระยะเวลาที่รวดเร็ว หลังได้รับยาผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น
พูดได้ชัดเป็นปกติ อาการแขนขาข้างขวาอ่อนแรงดีขึ้นเป็นปกติ ไม่มีอาการแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่ม
เลือด

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี อาการสำคัญ พูดไม่ชัด ปากเบี้ยวซีกซ้าย แขนขาข้างซ้าย
อ่อนแรง ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง มาโรงพยาบาลโดยญาตินำส่ง ได้รับการวินิจฉัย Cerebral infarction และ
มีปัญหาความดันสูงร่วม จึงต้องให้ยา Nicardipine ก่อนแล้วถึงให้ยาละลายลิ่มเลือด หลังจากได้ยาผู้ป่วยมีอาการ
แขนขาข้างซ้ายดีขึ้นแต่ยังไม่ปกติยังมีอาการพูดไม่ชัด ปากเบี้ยวซีกซ้าย

สรุป : การศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาโรงพยาบาลเร็วและได้รับยาละลายลิ่ม
เลือดที่รวดเร็วจะทำให้มีการฟื้นตัวได้ดีลดความพิการและลดการเสียชีวิต

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง การให้ยาละลายลิ่มเลือด

Nursing Care of Patient Stroke Fast Track: 2 Case studies

Jindaporn Lunda

Abstract

This study is a comparative study of nursing care for stroke patients using the fast track : 2 case studies and the results of the study will be used to improve the quality of nursing care to be more efficient. The study was conducted between October 2022 - September 2023.

Objective: The study was to determine Nursing Care of Patient Ischemic Stroke: A 2 Case Study

The results of a study of 2 stroke fast track patients found that

Case 1: A 54-year-old Thai male patient. Important symptoms: slurred speech, facial palsy right side of mouth. There is weakness in the right limb. 1 hour before coming to the hospital, come to the hospital through the emergency medical system. Diagnosed Cerebral infarction. Received thrombolytic drug (rt-PA) within a quick period of time. After receiving the medicine, the patient's symptoms improved and his speech was clear and normal. The right limb weakness improved to normal. There were no complications from the administration of thrombolytic drug.

Case 2: Thai male patient, age 58 years, main symptoms: slurred speech, facial palsy on the left side. The left limb is weak. 2 hours before coming to the hospital, I came to the hospital by relatives. Diagnosed with cerebral infarction and having high blood pressure problems, he had to be given Nicardipine first and then blood thinners. After receiving the medicine, the patient's left limb symptoms improved but were still not normal. He still had slurred speech. facial palsy on the left side.

Conclusion: This study found that stroke patients who come to the hospital through the emergency medical system will be treated with quick thrombolytic drugs, which will lead to good recovery, reduce disability, and reduce death.

Keywords: cerebrovascular disease, thrombolytic drug

บทนำ

หลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยเป็นปัญหาสำคัญของการสาธารณสุขระดับโลกที่พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สถิติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการสำรวจประชากรขององค์กรโรคหลอดเลือดสมองโลก พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน เป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับสองและการพิการเป็นอันดับสามทั่วโลก จากการสำรวจประชากรขององค์กรโรคหลอดเลือดสมองโลกพบว่า ปี 2563 มีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองกว่า 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน พบผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นถึง 14.5 ล้านคนต่อปี 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป ปี 2562 ประเทศไทย มีผู้ป่วย Stroke จำนวน 355,671 ราย (อัตราผู้ป่วย 543 ต่อประชากร 100,000 คน)¹ มีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 34,728 ราย (อัตราตาย 53 ต่อประชากร 100,000 คน) กรมควบคุมโรค ประเมินการความเสี่ยงของการเกิด Stroke พบว่า ทุก 4 คนจะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน โดยร้อยละ 80 ของประชากรโลกมีความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้

โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 ที่ให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามกระบวนการคุณภาพ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันเฉียบพลันในระบบทางด่วน (Stroke Fast Track) พบสถิติจำนวนผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2563 ถึง 2565 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันจำนวน 596 , 679 และ 710 ราย ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน 343, 498 และ 508 ราย ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) จำนวน 93, 94 และ 98 รายตามลำดับ² ซึ่งมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่องและอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือด สมองชนิดตีบหรืออุดตันคิดเป็น ร้อยละ 1.7, 2.3, 2.28 ตามลำดับ³ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองเข้าช่องทางด่วนมีจำนวนเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับบริการด้วยอาการ ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรงในระยะเวลาไม่เกิน 270 นาที ซึ่งการรักษา คือการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อปรับปรุงกระบวนการเข้าถึงบริการโดยมีเป้าหมาย Service Plan สาขา Stroke : 2566 ในเขตสุขภาพที่ 7 ให้ เพิ่มจำนวนอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาที (เกณฑ์ $\geq 60\%$) ปี 2563-2565 เป็น 79.83, 80.67 และ 84.74 ตามลำดับ

จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยที่มาด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบจะต้องได้รับการรักษาที่รวดเร็วทันเวลา เนื่องจากเป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย ปัจจุบันยาที่เป็นมาตรฐานในการ

รักษาลำดับแรก คือ ยาละลายลิ่มเลือด ต้องให้ในระยะเวลาที่จำกัดหลังจากเกิดอาการภายใน 270 นาที โดยพิจารณาให้ยาเพื่อละลายลิ่มเลือดที่อุดตันหลอดเลือดสมอง เนื้อสมองบางส่วนขาดเลือดมากจนตายไปบางส่วน ขาดเลือดจนไม่สามารถทำงานได้ ถ้าสามารถแก้ไขให้เลือดกลับมาไหลเวียนได้อย่างเพียงพอ โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด เนื้อสมองส่วนนี้จะกลับมาทำงานได้อีก แต่ถ้าขาดเลือดต่อไปเนื้อสมองจะค่อยๆตายและไม่สามารถกลับมาทำงานได้ ผู้ป่วยมีโอกาสดีการและเสียชีวิตได้สูง

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระบบทางด่วนที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด เพื่อนำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพเพื่อช่วยลดความพิการและลดการเสียชีวิต ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระบบทางด่วนที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด(rt-PA) :
กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระบบทางด่วนที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด(rt-PA) ที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลขอนแก่น พ.ศ. 2566 จำนวน 2 รายในช่วงเดือน ตุลาคม 2565-กันยายน 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูล จากเวชระเบียนผู้ป่วย ใน การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การดูแลต่อเนื่องการส่งต่อไปยังตึก การวางแผนการจำหน่าย

การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลกรณีผู้ป่วย 2 ราย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

กรณีศึกษารายที่ 1

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 54 ปี EMS รพ.ขอนแก่นนำส่ง ด้วยอาการพูดไม่ชัด ปากเบี้ยวซีกขวา แขนขาข้างขวาอ่อนแรงเป็นก่อนมารพ. 1 ชม. แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดไม่ชัด ปากเบี้ยวซีกขวา GCS = E4V5M6 pupil 2 mm RTLBE มีอาการแขนขาข้างขวาอ่อนแรง Motor power ข้างขวา gr III ข้างซ้าย gr v NIHSS=6 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 120 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 226/120 มม.ปรอท ประเมินความดันโลหิตซ้ำลดลง 150/90 มม.ปรอท O₂ sat 97% มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงขาดยามา 1 ปี ส่ง CT Brain ,CXR,EKG 12 lead เจาะเลือดตามแนวทางปฏิบัติ CBC,Platelet PT/INR,PTT,DTX ให้สารน้ำ 0.9% NaCl 1000 ml iv drip 80 ml/hr. ผล CT Brain ไม่มี ICH มี Cerebral infarction ผลรายงานแพทย์อายุรกรรมระบบประสาทตัดสินใจให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) โดยแพทย์ห้อง

ฉุกเฉินคุยกับผู้ป่วย ผู้ป่วยตัดสินใจรับยาละลายลิ่มเลือด(rt-PA) และได้รับยาภายในเวลา 35 นาทีนับตั้งแต่เวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล หลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด(rt-PA) มีการเฝ้าระวังอาการตามมาตรฐานการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีอาการเลือดออกผิดปกติใดๆและไม่มีอาการแพ้ยา และนำส่งผู้ป่วยไปยังตึก Stroke ระหว่างที่อยู่ Stroke unit ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดชัดปกติ ไม่มีปากเบี้ยวซีกขวา GCS = E4V5M6 pupil 2 mm RTLBE อาการแขนขาข้างขวามืออ่อนแรง Motor power ข้างขวาดีขึ้นโดยเพิ่มจาก gr III ไปเป็น gr v ข้างซ้าย gr v สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 56 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 126/100 มม.ปรอท O2 sat 100% ให้น้ำและอาหาร ให้สารน้ำ 0.9% NaCl 1000 ml iv drip 80 ml/hr Monitor EKG at จนครบ 24 ชั่วโมง เจาะเลือด FBS,Lipid profiles,Cr, Electrolytes,AST,ALT เพิ่ม CT brain หลังให้ยา rt-PA ครบ 24 ชม.ผล CT Brain ไม่มี ICH มี Cerebral infarction observe N/S ไม่มี GCS drop ไม่มีอาการแสดงที่สงสัยว่ามีเลือดออกในสมอง serial DTX ทุก 6 ชั่วโมงผลตรวจอยู่ระหว่าง 100-114 mg% ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยพยาบาลให้การพยาบาลตามปัญหาที่พบและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ระหว่างที่อยู่ Stroke unit ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ แพทย์ได้ให้การรักษาส่งปรึกษาทีมสหสาขามาช่วยดูแลผู้ป่วย ทำกายภาพบำบัดและฝึกกลืนโดยเริ่มจากน้ำ อาหารอ่อน ผู้ป่วยสามารถกลืนได้ดีไม่มีสำลัก พยาบาลได้ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาลและการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านให้แก่ผู้ป่วยและญาติ แพทย์พิจารณาจำหน่าย รวมเวลารักษาในโรงพยาบาล 2 วัน พร้อมนัด F/U พบแพทย์อายุรกรรมระบบประสาทอีก 2 สัปดาห์

กรณีศึกษาครั้งที่ 2

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปีมาโรงพยาบาลโดยญาตินำส่ง อาการสำคัญ พูดไม่ชัด ปากเบี้ยวซีกซ้าย แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงเป็นก่อนมารพ. 2 ชม.แรกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดไม่ชัด ปากเบี้ยวซีกซ้าย GCS = E4V5M6 pupil 3 mm RTLBE มีอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง Motor power ข้างขวา gr v ข้างซ้าย gr II NIHSS=14 สัญญาณชีพอุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 210/113 มม.ปรอท O2 sat 97% มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ส่ง CT Brain ,CXR,EKG 12 lead เจาะเลือดตามแนวทางปฏิบัติ CBC,Platelet,PT/INR,PTT,DTX =132 mg% ให้สารน้ำ 0.9% NaCl 1000 ml iv drip 80 ml/hr.แต่ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงแพทย์ให้ยา Nicardipine 1 mg iv และให้ drip Nicardipine (1:5) iv 10 ml/hr.ความดันลดลง 176/75mmHg ผล CT Brain ไม่มี ICH มี Cerebral infarction ผลรายงานแพทย์อายุรกรรมระบบประสาทตัดสินใจให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) โดยแพทย์ห้องฉุกเฉินคุยกับผู้ป่วยและญาติ ญาติซึ่งเป็นภรรยาขอโทรศัพท์สอบถามปรึกษารอบครัวที่บ้านผู้ป่วยก่อนเนื่องจากตัวผู้ป่วยและภรรยาไม่สามารถตัดสินใจเองได้เนื่องจากยังมีความวิตกกังวลกับการรักษาและเมื่อโทรปรึกษากับทางบ้านซึ่งเป็นลูกชายของผู้ป่วยจึงได้ตัดสินใจรับยาละลายลิ่มเลือดและได้รับยาในเวลา 55 นาทีนับตั้งแต่เวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งให้ยาละลาย

ล้มเลือด หลังให้ยา มีการเฝ้าสังเกตอาการตามมาตรฐานการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีอาการเลือดออกผิดปกติที่ใดและไม่มีอาการแพ้ยา และนำส่งผู้ป่วยไปยังตึก Stroke ระหว่างที่อยู่ Stroke unit ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว ชีงซ้าย GCS = E4V5M6 pupil 3 min RTLBE อาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง Motor power ข้างขวา gr v ข้างซ้าย gr II สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 158/76 มม.ปรอท O2 sat 100% ให้น้ำและอาหาร แรกแรกที่ตึก DTX = 214 mg% แพทย์ให้สังเกตอาการไว้ก่อนเนื่องจากผู้ป่วยให้น้ำดื่มน้ำอาหารและให้ serial DTX ทุก 6 ชั่วโมงเพื่อติดตามค่าของน้ำตาลในเลือด ผลตรวจอยู่ระหว่าง 128-153 mg% ไม่มีภาวะน้ำตาลต่ำหรือน้ำตาลสูงผิดปกติให้สารน้ำ 0.9% NaCl 1000 ml iv drip 80 ml/hr. ให้ drip Nicardipine (1:5) iv 10 ml/hr. Keep ความดัน 180/110 mmHg Monitor EKG at จนครบ 24 ชั่วโมง เจาะเลือด FBS, Lipid profiles, Cr, Electrolytes, AST, ALT เพิ่มในวันพรุ่งนี้ CT brain หลังให้ยา rt-PA ครบ 24 ชม. ผล CT Brain ไม่มี ICH มี Cerebral infarction observe N/S ไม่มี GCS drop ไม่มีอาการแสดงที่สงสัยว่ามีเลือดออกในสมอง ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยพยาบาลให้การพยาบาลตามปัญหาที่พบและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ระหว่างที่อยู่ Stroke unit ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว ชีงซ้าย อาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง Motor power ดีขึ้นเป็น RTLBE, Motor power ข้างขวา gr v ข้างซ้ายแขน gr II ขา gr IV พูดไม่ชัด มีปากเบี้ยวข้างซ้าย แพทย์ได้ให้การรักษาและส่งปรึกษาทีมสหสาขา มาช่วยดูแลผู้ป่วย ในการทำกายภาพบำบัดและฝึกกลืนโดยเริ่มจากน้ำ อาหารอ่อน ผู้ป่วยสามารถกลืนได้ดีไม่มีสำลัก ส่วนอาการอ่อนแรงแขนขาข้างซ้ายยังมีอยู่ Motor power gr III พยาบาลได้ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาลและการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ แพทย์พิจารณาจำหน่าย รวมเวลารักษาในโรงพยาบาล 3 วัน พร้อมนัด F/U พบแพทย์อายุรกรรมระบบประสาทอีก 2 สัปดาห์

กรณีศึกษา

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เปรียบเทียบผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	54 ปี	58 ปี
สถานะ	คู่	คู่
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี	ป. 6
อาชีพ	เป็นผู้ต้องขังที่เรือนจำขอนแก่น	ช่างซ่อมจักรยานยนต์
ประวัติการนอนในโรงพยาบาล	ไม่เคย	ไม่เคย
ประวัติการได้รับผ่าตัด	ไม่มี	ไม่มี

ประวัติการใช้ยาประจำ ,การแพ้ยา/อาหาร	ปฏิเสธการแพ้ยา/ไม่แพ้อาหารใดๆ	ปฏิเสธการแพ้ยา/ไม่แพ้อาหารใดๆ
การใช้สิ่งเสพติด/บุหรี่/แอลกอฮอล์	สารเสพติดไม่เคยใช้/เลิกสูบบุหรี่มาแล้ว1 เดือน /เลิกดื่มแอลกอฮอล์มา 10 ปีแล้ว	สารเสพติดไม่เคยใช้/สูบบุหรี่วันละ 10 มวน/ดื่มเบียร์วันละ1กระป๋อง
ประวัติโรคประจำตัว	เป็นความดันสูงขาดยามา 1 ปี	เป็นโรคเบาหวานพึ่งตรวจพบได้6 เดือน ที่ศูนย์แพทย์ใกล้บ้านแพทย์ขาดยามา2เดือน
อาการสำคัญ	พูดไม่ชัด ปากเบี้ยวซีกขวา แขนขาข้างขวาอ่อนแรงเป็นก่อนมารพ. 1 ชม.	พูดไม่ชัด ปากเบี้ยวซีกซ้าย แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงเป็นก่อนมารพ. 2 ชม.
การประเมินและการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาลขอนแก่น	ทีมระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)ของรพ.ขอนแก่นนำส่งมีประเมินอาการของผู้ป่วยเบื้องต้นพบว่ามีอาการแขนขาข้างขวาอ่อนแรงเป็นมา 1 ชม.สันนิษฐานว่ามีภาวะหลอดเลือดในสมองให้เข้าช่องทางด่วนระบบ Stroke EMS Fast Track Protocol (SEFT Protocol) ผู้ป่วยจะได้รับการดูแล A-B-C-Dอย่างเหมาะสมแล้วนำส่งรพ.ขอนแก่น	ญาตินำส่งเอง
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	ขณะนั่งพักอยู่ในห้องซังเรือนจำขอนแก่นผู้ป่วยมีอาการซีกขวาอ่อนแรงจึงได้แจ้งผู้คุม ผู้คุมได้ไปประเมินอาการพบว่ามิซีกขวาอ่อนแรงจึงได้แจ้ง EMS รพ.ขอนแก่น ออกรับ	ขณะนั่งทำงานมีอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง จึงนั่งพักประมาณ 1 ชั่วโมงแต่อาการไม่ดีขึ้นจึงได้โทรตามญาติให้มารับไปส่งที่โรงพยาบาล
ประเมินและการตรวจร่างกาย	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS = E4V5M6 หายใจได้เอง pupil 2 mm	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS=E4V5M6 หายใจได้เอง pupil 3 mm

	RTLBE, Motor power ข้างขวา gr III ข้างซ้าย gr v พุดไม่ชัด ปาก เปี้ยวซีกขวา น้ำหนัก 86 Kg สูง 170 ซม.	RTLBE, Motor power ข้างขวา gr v ข้างซ้าย gr II พุดไม่ชัด ปาก เปี้ยวซีกซ้าย น้ำหนัก 56 Kg สูง 155 ซม.
การวินิจฉัย	Acute ischemic stroke	Acute ischemic stroke
CT – brain	No ICH, Small patchy hypodense lesion at left at frontal white matter, DDX. Lacunar infarction	No ICH, Small patchy hypodense lesion at right at frontal white matter, DDX. Lacunar infarction
ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	DTX 108 mg% BUN 8 Cr 0.83 Na 138 Chloride 107 K 3.57 TCO 21.5 PT= 12.6 , PTT=24 , INR =1.06	DTX 132 mg% BUN 18 Cr 1.0 Na 138 Chloride 103 K 3.76 TCO 24 PT= 12.0 , PTT=26.9 , INR =1.0
CXR	Normal	Normal
EKG 12 lead	normal sinus rhythm	normal sinus rhythm
ยาที่ได้รับ	BW 86 Kg.Tatal dose=77.4mg แบ่งให้ - rt-PA 10% bolus in 1 min=7.74 mg - rt-PA 90% bolus in 60 min=69.6 mg - Omeprazole 1 amp ⑤ OD -ASA gr v 1x1 หลังอาหารเช้า x14 วัน	Nicardipine 1mg iv then Nicardipine (1:5) iv 10 ml/hr. BW 56 Kg.Tatal dose=50mg แบ่งให้ - rt-PA 10% bolus in 1 min=5 mg - rt-PA 90% bolus in 60 min=45 mg - Omeprazole 1 amp ⑤ OD -ASA gr v 1x1 หลังอาหารเช้า x14 วัน
ระยะเวลาในการรักษา	Door to CT = 7 นาที Door to Lab = 25 นาที	Door to CT= 15นาที Door to Lab =30 นาที

	Door to rt-PA =35 นาที	Door to rt-PA =55 นาที
ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล	2 วัน	3 วัน
อาการก่อนจำหน่าย	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS = E4V5M6 หายใจได้เอง pupil 2 mm RTLBE, Motor power gr v ทั้งหมดไม่มีแขนขาอ่อนแรง พูดชัด ไม่มีปากเบี้ยว	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS = E4V5M6 หายใจได้เอง pupil 2 mm RTLBE, Motor power ข้างขวา gr v ข้างซ้ายแขน gr II ขา gr Iv พูดไม่ชัด มีปากเบี้ยวข้างซ้าย

จากการเปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษา 2 ราย มีความเหมือนกันในเรื่องโรคประจำตัวและพฤติกรรมเสี่ยง โดยกรณีศึกษารายที่ 1 เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกรณีศึกษารายที่ 2 เป็นโรคเบาหวานและทั้ง 2 รายมีพฤติกรรมสูบบุหรี่และ ดื่มสุรา มาก่อนเริ่มเจ็บป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการได้ สอดคล้องกับรพีภัทร ชำนาญเพาะ, ศุภกาญจน์ โอภาสรัตนกร⁴ พบว่าทั้งการสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีมาก่อนเกิดโรคหลอดเลือด สมอง และเป็นสาเหตุหลักของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ใหญ่ และมีความแตกต่างกันคือ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีภาวะหลอดเลือดสมองตีบที่ได้รับการละลายลิ่มเลือด(rt-PA)แต่ระยะเวลาในการได้รับยาแตกต่างกันโดยผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับยาภายในเวลา 35 นาทีซึ่งเกิดจากเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เกิดอาการผิดปกติแล้วมีการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในทันทีที่สามารถมาโรงพยาบาลได้รวดเร็ว และมีการดูแลขณะนำส่งและการส่งต่อข้อมูลมายังโรงพยาบาลในการเตรียมทีมที่จะให้บริการทำให้ผู้ป่วยสามารถได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลาอันรวดเร็ว ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีโรคประจำตัวเบาหวาน รักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดยา 2 เดือน และมีพฤติกรรมความเสี่ยง ได้แก่ การดื่มสุราเป็นประจำและสูบบุหรี่ทุกวัน เมื่อมีอาการแล้วไม่ได้มาโรงพยาบาลในทันที สังเกตอาการที่บ้าน และไม่เรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้ไม่มีการดูแลระหว่างนำส่งและการประสานงานโรงพยาบาลให้เตรียมรับผู้ป่วยเข้าช่องทางด่วนสอดคล้องกับการศึกษาของ Srila, Baotun, Prakphon, & Chanpen⁵ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองในระยะเฉียบพลันมาถึงโรงพยาบาลภายในเวลา 3 ชั่วโมง มีเพียงร้อยละ 26.8 สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วย มารับการรักษาล่าช้า อาจเกิดจากความไม่รู้อาการเตือนและไม่รู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ถ้าอาการไม่รุนแรง

มาก ก็คิดว่าอาการจะดีขึ้นหรืออาจจะหายเอง และคิดว่าเป็นอาการของโรคประจำตัว จะบิบนวดหรือนอนสังเกตอาการที่บ้านรอดูอาการก่อน และเมื่อมาถึงโรงพยาบาลก่อนที่จะให้ยาละลายลิ่มเลือดยังมีปัญหาความดันโลหิตสูงต้องได้รับยาลดความดันก่อนที่จะให้ยาละลายลิ่มเลือด และพบว่ามีปัญหาในเรื่องการตัดสินใจให้ยาละลายลิ่มเลือดต้องมีการปรึกษาลูกชายทำให้ต้องยืดระยะเวลาในการให้ยาออกไป อีกทั้งยังขาดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพราะเมื่อมีอาการป่วยผู้ป่วยเข้าใจว่าจะหายเองจึงไม่รับมาโรงพยาบาลทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษาและเมื่อได้รับยาละลายลิ่มเลือดผู้ป่วยทั้งสองราย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ขณะให้ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งพยาบาลมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดขณะผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพื่อติดตาม ประเมินสัญญาณชีพและอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในเฝ้าระวังในการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความปลอดภัย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลและ 7 Aspects model of care มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพกายจิตสังคมอารมณ์และจิตวิญญาณ ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ เป็นภาวะวิกฤตคุกคามต่อชีวิตและต้องให้การรักษาอย่างเร่งด่วน การพยาบาลในระยะวิกฤติขณะที่อยู่ในตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย จะมีปัญหาที่คล้ายคลึงกันการพยาบาลที่สำคัญในระยะวิกฤติ มีดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใน ระยะวิกฤตขณะอยู่ที่ตึกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันใน กะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure: IICP เนื่องจากเส้นเลือดสมองตีบตัน	1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันใน กะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure: IICP เนื่องจากเส้นเลือดสมองตีบตัน
	2 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับ การเจ็บป่วยพยาธิ สภาพ การ ดำเนินของโรค และการรักษา	2 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับการเจ็บป่วยพยาธิ สภาพ การดำเนินของโรค และการรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใน ระยะวิกฤตขณะอยู่ที่ตึกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการแพ้ยาเนื่องจากได้รับยาละลายลิ้มเลือด (rt-PA) 4.เสี่ยงต่อการเกิดอาการทรุดลงระหว่างทางนำส่งไปStroke unit	เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการแพ้ยาเนื่องจากได้รับยาละลายลิ้มเลือด (rt-PA) 4.เสี่ยงต่อการเกิดอาการทรุดลงระหว่างทางนำส่งไปStroke unit

รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันในโรงพยาบาล ด้วย 7 Aspects model of care⁶ ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล จำนวน 7 กิจกรรม ดังตารางที่ 3

กิจกรรม	การปฏิบัติการพยาบาล	กระบวนการ
1	1 การประเมินผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการ (Assessment)	ความถูกต้องในการประเมินและคัดกรอง BEFAST ภายในเวลา 5 นาที รายงานแพทย์เวรแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินได้ภายใน 4 นาที ติดตามผล CT scan และรายงานแพทย์อายุรกรรมระบบประสาทได้ภายใน 30 นาที ประเมินสภาพจิตใจผู้ป่วย/ญาติ ประเมินภาวะพร้อมออกซิเจน BLS /ACLS, GCS, V/S, N/S, Pupil, NIHSS 2
2	การจัดการกับอาการ รบกวนต่าง ๆ (Symptom distress management)	อาการคลื่นไส้เวียนศีรษะ อาการไม่สุขสบายร่างกาย เช่น พุดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง อาการปวดศีรษะ
3	การดูแลความปลอดภัย (Provision for patient safety)	การรายงานแพทย์และจัดการเมื่อมีอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงภายใน 4 นาที ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ปวดศีรษะมากขึ้น คลื่นไส้/อาเจียนรุ่มานตาขยาย ชักเกร็ง/กระตุก กระสับกระส่าย การจัดทำศีรษะสูง การให้ออกซิเจนและรักษาระดับ O2 saturation> 94% การเตรียมพร้อมเครื่องช่วยชีวิตฉุกเฉิน, การดูแลความปลอดภัยป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บต่าง ๆ เช่น การพลัดตกหกล้ม

กิจกรรม	การปฏิบัติการพยาบาล	กระบวนการ
4	การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจ เกิดขึ้นระหว่างการ รักษาพยาบาล (Prevention of complication)	การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ IICP/Brain edema, Bleeding, Medication error, ปอดอักเสบ พลาตทกหักล้ม แผลกดทับ DVT
5	การให้การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of care)	การดูแลต่อเนื่องทั้งก่อนและหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด การติดต่อ ประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง การส่งต่อผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง การจัดการให้การส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัย
6	การสนับสนุนการดูแล สุขภาพตนเอง ของผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการและ ครอบครัว (Facilitation of patient & Family selfcare	การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการให้ยา rt-PA เพื่อการ ตัดสินใจรับยา การอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและลงนามใน หนังสือแสดงความยินยอมฉีดยา rt-PA การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง
7	การสร้างควมพึงพอใจแก่ ผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการ รักษาพยาบาล	การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยต่างๆ การให้ข้อมูล ที่ชัดเจน ถูกต้องและครบถ้วน การสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วยและ ญาติ

วิจารณ์

จากการศึกษาและเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่ามีความแตกต่างด้านอายุ อาชีพ ประวัติ
การ เจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติเจ็บป่วยในอดีต ปัจจุบัน อาการและอาการแสดง ผู้ป่วยรายที่ 1 อาการลิ้นแข็ง
ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาซีกขวาอ่อนแรง ก่อนมา โรงพยาบาล 1 ชั่วโมง เมื่อมีอาการแล้วมีการเรียกใช้ระบบ
บริการการแพทย์ฉุกเฉินในทันที ทีม EMS โรงพยาบาลขอนแก่นซักประวัติตรวจร่างกาย และได้แจ้งเป็น
Ambulance Stroke Fast Track กลับมายังโรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อให้เข้าระบบช่องทางด่วน ผู้ป่วย
กรณีศึกษา รายที่ 2 อาการ แขน ขาซีกซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด เป็น ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง โรคประจำตัว
เบาหวาน รักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดยา 2 เดือน และมีพฤติกรรมความเสี่ยง ได้แก่ การดื่มสุราประจำ และสูบบุหรี่
เมื่อมีอาการแล้วไม่ได้ มาโรงพยาบาลในทันที สังเกตอาการที่บ้าน และไม่เรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน

ทำให้มีผลต่อการดูแลระหว่างนำส่ง และไม่ได้มีการประสานงานโรงพยาบาลให้เตรียมรับผู้ป่วยเข้าช่องทางด่วน ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับยาละลายลิ่มเลือดโดยผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับยาภายในเวลา 35 นาที ส่วนผู้ป่วย กรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับยาภายในเวลา 55 นาที ซึ่งมีความล่าช้าในการให้ยาสาเหตุจากการที่ผู้ป่วยมีปัญหาความดันโลหิตสูงต้องได้รับยาควบคุมความดันก่อนที่จะให้ยาละลายลิ่มเลือด ระยะเวลาที่ได้ทำและอ่านผลเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์ และความล่าช้าของระยะเวลาการตัดสินใจให้ยาละลายลิ่มเลือดของญาติที่มาด้วยและตัวผู้ป่วยเอง ส่งผลต่อความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งกระบวนการล่าช้าดังกล่าวต้องมีแนวทางแก้ไขโดยต้องมีแนว ปฏิบัติในการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองและพยาบาลต้องมีสมรรถนะและความชำนาญในการ เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ขณะผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพื่อติดตามประเมิน สัญญาณชีพและอาการเปลี่ยนแปลง ทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการ ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองจะช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่รวดเร็ว จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยลดความพิการและ เสียชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโดยเน้นการ ประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้น โดยเฉพาะประชาชนกลุ่มเสี่ยง ให้มีการเรียกใช้ 1669 ในกลุ่มโรค Fast track
2. ควรมีการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลเฉพาะโรค เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระบบทาง ด่วน เพื่อใช้เป็นคู่มือมาตรฐานการพยาบาลสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้และมีการ ปรับเปลี่ยนเพื่อเพิ่มช่องทางการลดระยะเวลาในการตัดสินใจให้ยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยและญาติ
3. ควรมีนโยบายของประเทศในการกำหนดให้ทุกโรงพยาบาลต้องพัฒนาระบบทางด่วนโรคหลอดเลือด สมอง เพื่อให้มีระบบการส่งต่อที่รวดเร็ว เพิ่มโอกาสการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดให้มากขึ้น onset to hospital ต้องสั้น และเมื่อมีเครื่อง CT scan ก็พร้อม ที่จะให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดที่โรงพยาบาล นั้นได้เลย

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมควบคุมโรค. โรคหลอดเลือดสมอง [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 7 มี.ค. 2566] เข้าถึงได้จาก:
https://ddc.moph.go.th/disease_detail.phpd=48
- 2.โรงพยาบาลขอนแก่น. (2565). รายงานสถิติผู้ป่วยประจำปี. ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น.
- 3.สมศักดิ์เทียมเก่า.สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง.วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย.2564;37(4):54- 60.
- 4.รพีภัทร ชำนาญเพาะ, ศุภกาญจน์ โอภาสรัตนกร (2564). ความต่างกันของเพศกับความเสี่ยงการเกิดโรคเป็นซ้ำในระยะเวลา1ปี:การเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงระดับความเสี่ยงและชนิดปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดกลุ่มผู้ใหญ่อายุน้อยเพศหญิงและชาย. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 32(1), 59-75.
- 5.Srila, P., Baotun, R., & Prakphon, P. and Chanpen, U.(2019). Factors Related to the Time to Hospital Arrival After the Onset of Acute Stroke Patients. PhraPhutthabat Hospital, 7-15.
- 6.ไพรวลัย พรหมที, กรัณย์พิชญ์ โคตรประทุม, สุภาพรณัฏ์ ตันท์สุระ. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองขาดเลือด เฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2564;39:128-137.

การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเข้าสะโพกหักที่รักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

: กรณีศึกษา 2 ราย

แคทลียา ทับแสง พย.บ.

ความเป็นมา: กระดูกเข้าสะโพกหักเป็นปัญหาหนึ่งที่มีอุบัติการณ์การเกิดสูงขึ้นตามอายุของประชากรที่เพิ่มขึ้น โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุ การพลัดตกหกล้มซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของการรับไว้ในโรงพยาบาล และพบว่าอัตราการตายจะสูงสุดในช่วง 6 เดือนแรกหลังจากเกิดกระดูกสะโพกหักมีคุณภาพชีวิตที่แย่ง การให้การรักษาโดยการผ่าตัดที่มีความแตกต่างกันไป ซึ่งการมีพื้นฐานความรู้และวางแผนให้การระงับความรู้สึกที่ถูกต้อง เหมาะสม และรวดเร็วเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนและสามารถฟื้นตัวหลังจากผ่าตัดได้เร็วขึ้น

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเข้าสะโพกหักที่รักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย: กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการดำเนินงาน : ศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเข้าสะโพกหักที่รักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการผ่าตัดและได้รับการระงับความรู้สึกในกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบ อาการและอาการแสดง การรักษา แบบบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

ผลการศึกษา : เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเข้าสะโพกหักที่รักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย จำนวน 2 ราย พบว่า

รายที่ 1 ชายไทย อายุ 46 ปี ประสบอุบัติเหตุโดนไฟฟ้าแรงสูงช็อต ตกจากต้นไม้สูง 5 เมตร ไม่สลบ จำเหตุการณ์ได้ มีแผลที่ขาซ้ายเป็นรอยช้ำ ปวดสะโพกซ้าย และขาซ้ายผิดรูป ได้รับการวินิจฉัยโรค คือ MHI (Moderate risk) with Electrical injury with CFX Acetabulum left hip รักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

รายที่ 2 ชายไทยอายุ 46 ปี ประสบอุบัติเหตุรถกระบะชนรถเก๋งลงข้างทาง สลบ จำเหตุการณ์ได้ ไม่หมด ปวดหัวไหล่และต้นขาซ้าย ปวดมากขยับลำบาก มีแผลซ้ำที่หัวไหล่ มีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ได้รับการวินิจฉัยโรค คือ MHI (Moderate risk) with with CFX left Acetabulum with CFX left Proximal humerus รักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการและอาการแสดงของกระดูกเข้าสะโพกหักคือ มีอาการปวดบวมบริเวณสะโพก เจ็บสะโพกขยับตัวไม่ได้และมีลักษณะขาผิดรูป เมื่อติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนจากการสูญเสียเลือดและสารน้ำเป็นจำนวนมากในเวลารวดเร็ว

สรุป : การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเข้าสะโพกหักที่รักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย มีรายละเอียดและโรคประจำตัวที่แตกต่างกัน วิสัยทัศน์พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การระงับความรู้สึกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงการดูแลให้การพยาบาลที่เหมาะสมทั้งระยะก่อน ระยะขณะ และหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกซึ่งจะช่วยให้การผ่าตัดปลอดภัย ควรนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเข้าสะโพกหัก, การได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย, กระดูกเข้าสะโพกหัก

Nursing care of patients Acetabulum fracture with surgery combined with General Anesthesia :Two case studies

Cattaleeya Thubseang

Background: Hip Fracture is one of the incidences that is increasing as the population ages. Most of the time the causes of Hip Fractures are falls which are the leading cause of hospital admissions. Also, the death rate is highest in the first 6 months after a hip fracture and leads to quality of life being worse. Therefore, a variety of surgical treatments, and having basic knowledge and planning the correct anesthesia proper and timely treatment is important to help ensure patient safety. Also, it will Reduce complications and be able to recover faster after surgery.

Objective: To study nursing care for patients with Hip Fractures treated with surgery combined with general anesthesia: 2 case studies.

Method: Comparison of the nursing care given to two patients with general anesthesia and surgery to heal their hip socket fractures who had undergone surgery and received anesthesia

In the anesthesia nursing work group at Maha Sarakham Hospital By collected information from inpatient medical records. Patient interviews and observations data analysis comparative analysis Symptoms and signs, treatment, nursing notes using the concept of evaluating patients according to Gordon's 11 health models.

Results: A comparison of nursing care for 2 patients with hip socket fractures treated with surgery combined with general anesthesia found that:

Case 1: A Thai man, age 46, had an accident and was electrocuted by high voltage had fell from a 5-meter-high tree, and did not faint; he could remember the incident, and he had a shock wound on his left leg, pain in his left hip, and his left leg was deformed. The diagnosis was MHI (Moderate risk) with Electrical injury with CFX Acetabulum left hip and was treated with surgery along with general anesthesia.

Case 2: A 46-year-old Thai man had an accident when a pickup truck crashed into a sedan on the side of the road. He was unconscious and could not remember the incident.

Not all, left shoulder and thigh pain. Very painful, difficult to move There was a bruise on the shoulder. Moreover, He has a congenital disease which is high blood pressure and high blood fat. The diagnosis of MHI (Moderate risk) with CFX left Acetabulum with CFX left Proximal humerus. Treated with surgery along with general anesthesia.

Both case studies had signs and symptoms of a hip socket fracture. There is pain and swelling in the hip area. Hip pain, unable to move, and They had deformed legs. also when following up on nursing results, it was found that there are complications from the rapid loss of a large amount of blood and fluid.

Summarize: There are different details and congenital diseases in nursing care of patients with hip socket fractures treated with surgery combined with general anesthesia. Anesthetists play an important role in providing appropriate anesthesia for each patient. Including taking care of providing appropriate nursing care before, during, and after receiving anesthesia which will help keep the surgery safe. Empirical evidence should be used as nursing practice guidelines for the care of this group of patients. To effectively reduce the chance of life-threatening complications.

Important Words: Nursing care of patients with hip socket fractures, receiving general anesthesia, hip socket fractures

บทนำ

กระดูกเบ้าสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Acetabulum fracture) เป็นปัญหาสำคัญที่พบมากขึ้นทั่วโลก 2-3 เท่า รวมทั้งอุบัติการณ์กระดูกสะโพกหักในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน⁽¹⁾ โดยพบว่า มีอุบัติการณ์การเกิดกระดูกเบ้าสะโพกหักอย่างน้อย 150 - 250 รายต่อแสนประชากร ในประเทศแถบยุโรป และอเมริกาเหนือ⁽²⁾ และทั่วโลกคาดว่าจะมีผู้ป่วยกระดูกเบ้าสะโพกหักจำนวน 2.6 ล้านรายในปี พ.ศ. 2568⁽³⁾ ประเทศไทยข้อมูลจากการศึกษาจังหวัดเชียงใหม่ ในปี พ.ศ.2556 พบว่ามีอุบัติการณ์กระดูกสะโพกหักในคนอายุมากกว่า 50 ปี คิดเป็น 181 ต่อ 100,000 คน เป็นเพศหญิง มากกว่าชาย 2.4 เท่า และจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดย คาดว่าในปี พ.ศ. 2568 และ 2593 จะมีจำนวนผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักถึง 34,246 คน และ 56,443 คน ตามลำดับ⁽⁴⁻⁵⁾ กระดูกเบ้าสะโพกและกระดูกเชิงกรานเป็นตำแหน่งที่รับน้ำหนักจากลำตัวและกระจายแรงไปยังกระดูกต้นขา จึงมีความสำคัญในการเคลื่อนไหวของมนุษย์กระดูกเชิงกรานหัก (Pelvic fracture) พบได้ร้อยละ 5 ของกระดูกหักในร่างกายส่วนกระดูกเบ้าสะโพกหัก (Acetabular fracture) พบได้ประมาณ 3 รายต่อแสนประชากรต่อปี⁽⁶⁻⁷⁾ โดยสาเหตุส่วนใหญ่ เกิดจากอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้ม ซึ่งเกิดจากความเสื่อมของกระดูก การเกิดกระดูกหักนับเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขในระดับนานาชาติ เป็นสาเหตุที่สำคัญของการรับไว้ในโรงพยาบาล และพบว่าอัตราการตายจะสูงสุดในช่วง 6 เดือนแรกหลังจากเกิดกระดูกเบ้าสะโพกหักมีคุณภาพชีวิตที่แย่งลงเป็นภาระต่อญาติและครอบครัวในการดูแล โดยพบว่าภายหลังการเกิดกระดูกสะโพกเบ้าหักร้อยละ 22 ของผู้ป่วย ไม่สามารถเดินได้ และประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และต้องการการดูแล⁽⁸⁻⁹⁾ จากสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดกระดูกเบ้าสะโพกหักในกลุ่มงานพยาบาลวิสัญญีปี พ.ศ. 2564-2566 มีจำนวน 2 ราย 6 ราย และ 14 ราย ตามลำดับ⁽¹⁰⁾ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ใช้เวลาในการผ่าตัดเป็นเวลา 4-8 ชั่วโมง/ราย โดยเฉลี่ยใช้เวลาในการผ่าตัดประมาณ 4.5 ชั่วโมง 29 ซึ่งพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนขณะทำการผ่าตัด ได้แก่ สูญเสียเลือดและสารน้ำเป็นจำนวนมากในเวลารวดเร็วจำนวน 2 ราย มีภาวะ Cardiac Arrest และได้ช่วยฟื้นคืนชีพขณะผ่าตัด จำนวน 2 ราย และเสียชีวิตทั้ง 2 รายด้วยสาเหตุคือภาวะ Hypovolemic shock ทั้ง 2 ราย

วิสัญญีพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งระยะก่อน ระยะ และหลังการได้รับยาระงับความรู้สึก โดยเฉพาะการดูแลระยะขณะที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกเบ้าสะโพกหักจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจทั้งด้านกายวิภาค กลไกการบาดเจ็บเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด วิธีการระงับความรู้สึก การให้สารน้ำและเลือด การดูแลรักษาพยาบาลในการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกเบ้าสะโพกหัก นอกจากนี้ วิสัญญีพยาบาลควรมีความสามารถในการวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระยะก่อน ระยะ และหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกที่พบได้บ่อยและสามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ โดยการวางรูปแบบปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จะช่วยให้การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษา เพื่อลดความรุนแรงของโรคได้

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้รวบรวมความรู้ที่เกี่ยวข้องและเลือกกรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเข้าสะโพกหักที่รักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย: กรณีศึกษา 2 ราย โดยเลือกผู้ป่วยกระดูกเข้าสะโพกหักที่รักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายที่มีภาวะแทรกซ้อนสูญเสียเลือดและสารน้ำเป็นจำนวนมากในเวลารวดเร็ว ขณะทำการผ่าตัด โดยผลการศึกษาที่ได้นำมาปรับปรุงพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเข้าสะโพกหักที่รักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเข้าสะโพกหักที่รักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย: กรณีศึกษา 2 ราย ที่เข้ารับการผ่าตัดและได้รับการระงับความรู้สึกในกลุ่มงานวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารคาม ในช่วงเดือนเดือนสิงหาคม ถึง ธันวาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน 2) การสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องข้อมูลการเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพ 3) แบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดประเมินผู้ป่วยตามแบบแผน ทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน⁽¹¹⁾ เพื่อให้ได้ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล นำมาวางแผนและให้การ พยาบาลผู้ป่วย การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลการให้การพยาบาลและประเมินผลลัพธ์การพยาบาลใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อน ระยะขณะ และระยะหลังได้รับการระงับความรู้สึก

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	46	46
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
ระดับการศึกษา	มัธยมศึกษาปีที่ 6	มัธยมศึกษาปีที่ 3
อาชีพ	เกษตรกร	พระสงฆ์
สิทธิการรักษา	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท
ภูมิลำเนา	อำเภอลำปุม จังหวัดมหาสารคาม	อำเภอลำปุม จังหวัดมหาสารคาม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ผู้ดูแล	ภรรยาและบุตร	ศิษย์วัด

จากตารางที่ 1 พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นเพศชาย อายุเท่ากัน ภูมิลำเนาเดียวกัน ใช้สิทธิการรักษาเหมือนกัน แต่รายที่ 1 มีอาชีพเกษตรกร มีผู้ดูแลเป็นภรรยาและบุตร ส่วนรายที่ 2 เป็นพระสงฆ์ มีผู้ดูแลเป็นศิษย์วัด

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
อาการสำคัญ	ปวดสะโพกซ้าย ก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง	ปวดขาและหัวไหล่ซ้าย ก่อนมาโรงพยาบาล 5 ชั่วโมง
อาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาลประสบอุบัติเหตุโดนไฟฟ้าแรงสูงช็อต ตกจากต้นไม้สูง 5 เมตรหลังตกลงมาไม่มีศีรษะ กระแทกพื้น ไม่สลบ จำเหตุการณ์ได้ มีแผลที่ขาซ้ายเป็นรอยขีด ปวดสะโพกซ้าย และขาซ้ายผิดรูป	5 ชั่วโมง ก่อนมาประสบอุบัติเหตุรถกระบะชนรถเก๋งลงข้างทางไม่มีศีรษะ กระแทก สลบ จำเหตุการณ์ได้ไม่หมด ปวดหัวไหล่และต้นขาซ้าย ปวดมาก ขยับลำบาก มีแผลซ้ำที่หัวไหล่
อาการเจ็บป่วยในอดีต	10 ปีก่อนป่วยเป็นไทรอยด์เป็นพิษ และขาดยาประมาณ 3-4 ปี	15 ปีก่อนป่วยเป็นความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง รับประทานยาที่โรงพยาบาล วาปีปทุม
โรคประจำตัว	ไทรอยด์เป็นพิษ	ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิสเสธ	ปฏิสเสธ
ประวัติแพ้ยา	ปฏิสเสธ	ปฏิสเสธ
ประวัติการผ่าตัด	ปฏิสเสธ	ปฏิสเสธ
ประวัติการใช้สิ่งเสพติด	สูบบุหรี่วันละประมาณ 20 มวน/วัน สูบบุหรี่มานานกว่า 10 ปี ปฏิสเสธการใช้สารเสพติดชนิดอื่น ๆ	ไม่สูบบุหรี่, ไม่ดื่มสุรา ปฏิสเสธการใช้สารเสพติดชนิดอื่น ๆ

จากตารางที่ 2 พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มาด้วยอุบัติเหตุเหมือนกัน รายที่ 1 โดนไฟฟ้าแรงสูงช็อต ตกจากต้นไม้สูง 5 เมตรหลังตกลงมาไม่มีศีรษะ กระแทกพื้น ไม่สลบ จำเหตุการณ์ได้ มีแผลที่ขาซ้ายเป็นรอยขีด ปวดสะโพกซ้าย และขาซ้ายผิดรูป มีโรคประจำตัว คือ ไทรอยด์เป็นพิษ ขาดยาประมาณ 3-4 ปี สูบบุหรี่วันละประมาณ 20 มวน/วัน สูบบุหรี่มานานกว่า 10 ปี รายที่ 2 รถกระบะชนรถเก๋งลงข้างทางไม่มีศีรษะ กระแทก สลบ

จำเหตุการณ์ได้ไม่หมด ปวดหัวไหล่และต้นขาซ้าย ปวดมากขยับลำบาก มีแผลซ้ำที่หัวไหล่ มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง รับประทานยาที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการประเมินอาการแรกเริ่ม และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
อาการแรกเริ่ม	รับ refer จากโรงพยาบาลวชิรพยาบาล มาที่ ER โรงพยาบาลมหาสารคาม เวลา 13.46 น. วันที่ 16 สิงหาคม 2566 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/84 mmHg ความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด 97 เปอร์เซ็นต์ ประเมินทางระบบประสาท E4V5M6 งดน้ำงดอาหาร ดูแลให้สารน้ำ 0.9%NSS 120 cc/hr. Hct 43 Vol% มีระดับความปวดอยู่ที่ 7-10 คะแนน	รับ refer จากโรงพยาบาลบรบือ มาที่ ER โรงพยาบาลมหาสารคาม เวลา 18.08 น. วันที่ 15 สิงหาคม 2566 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/74 mmHg ความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ ประเมินทางระบบประสาท E4V5M6 งดน้ำงดอาหาร ดูแลให้สารน้ำ 0.9%NSS 100 cc/hr ระดับความปวดอยู่ที่ 4-10 คะแนน
การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ	กรุ๊ปเลือด O CBC: Hct 33.9 vol% Plt 19,900 cell/mm ³ BUN 13 mg/dl Cr 0.7 mg/dl, Na 133 mmol/L, Cl 95 mmol/L, K 4.7 mmol/L, TCO ₂ 26 mmol/dL, TSH < 0.005 FT ₃ = 0.32 FT ₄ = 1.55 ตรวจพบเชื้อ UTI	กรุ๊ปเลือด B CBC : Plt 913,000 cell/mm ³ BUN 10 mg/dl, Cr 0.66 mg/dl , Hct 33 vol% GFR 116.2 ml/min/1.73m ² , Na 135 mmol/L, Cl 98 mmol/L, K 4.4 mmol/L, TCO ₂ 23 mmol/L ตรวจพบเชื้อ A.baum (HAP)
ผลการตรวจทางรังสีวิทยา	- CT brain ผลการตรวจ No ICH - X-ray พบว่า Acetabulum of Left Hip	- CT brain ผลการตรวจ No ICH - X-ray พบว่า CFX at Left Acetabulum
การวินิจฉัยโรค	MHI (Moderate risk) with Electrical injury with CFX Acetabulum left hip	MHI (Moderate risk) with CFX left Acetabulum with CFX left Proximal humerus

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การรักษา	- ผ่าตัด ORIF with Pelvic reconstruction plate วันที่ 25 สิงหาคม 2566	- ผ่าตัด CR left hip with CR-U-slab left humerus วันที่ 16 สิงหาคม 2566 - ผ่าตัด ORIF with Pelvic reconstruction plate วันที่ 30 สิงหาคม 2566

ตารางที่ 3 พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการประเมินทางระบบประสาท E4V5M6 งดน้ำงดอาหาร ดูแลให้สารน้ำ 0.9%NSSCT brain ผลการตรวจ No ICH X-ray พบว่า Acetabulum of Left Hip เหมือนกัน รายที่ 1 ได้รับการวินิจฉัย MHI (Moderate risk) with Electrical injury with CFX Acetabulum left hip ผ่าตัด ORIF with Pelvic reconstruction plate วันที่ 25 สิงหาคม 2566 รายที่ 2 ได้รับการวินิจฉัยผ่าตัด MHI (Moderate risk) with with CFX left Acetabulum with CFX left Proximal humerus ผ่าตัด CR left hip with CR-U-slab left humerus วันที่ 16 สิงหาคม 2566 และ ผ่าตัด ORIF with Pelvic reconstruction plate วันที่ 30 สิงหาคม 2566 ซึ่งได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเหมือนกัน

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
แบบแผนสุขภาพ		
1. การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ	<u>ก่อนเข้ารับการรักษา</u> ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีโรคประจำตัวคือ ไทรอยด์ เป็นพิษ 10 ปี ขาดยามาประมาณ 3-4 ปี <u>ขณะเข้ารับการรักษา</u> ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รับรู้ประสพอุบัติเหตุ ทำให้กระดูกเข้าสะโพกหัก ต้องได้รับการผ่าตัด การเจ็บป่วยมีผลต่อรายได้ของครอบครัว และกังวลเรื่องการดมยาสลบ การฟื้นตัว และระยะเวลาในการรักษา	<u>ก่อนเข้ารับการรักษา</u> ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง รับประทานยาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลวาปีปทุม <u>ขณะเข้ารับการรักษา</u> ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รับรู้ประสพอุบัติเหตุ ทำให้กระดูกเข้าสะโพกหัก ต้องได้รับการผ่าตัด กังวลกลัวไปมึน การเจ็บป่วยครั้งนี้กลัวเป็นภาระของศิษย์วัด และกังวลเรื่องการฟื้นตัว และตรวจพบเชื้อ A.baum (HAP) ที่ปอด กังวลเรื่องระยะเวลาในการรักษา
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	<u>ก่อนเข้ารับการรักษา</u> ปกติรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ <u>ขณะเข้ารับการรักษา</u>	<u>ก่อนเข้ารับการรักษา</u> ผู้ป่วยเป็นพระภิกษุ ฉ้นมือเดียว และน้ำปานะ <u>ขณะเข้ารับการรักษา</u>

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
แบบแผนสุขภาพ		
3. การขับถ่าย	ในขณะที่เจ็บป่วยผู้ป่วยดื่มน้ำดื่มน้ำอาหารดูแลให้สารน้ำ 0.9%NSS 120 cc/hr <u>ก่อนเข้ารับการรักษา</u> ขับถ่ายอุจจาระปกติวันละ 1 ครั้ง ปัสสาวะปกติวันละ 4 - 5 ครั้ง <u>ขณะเข้ารับการรักษา</u> ผู้ป่วยมีปัญหาไม่ถ่ายอุจจาระ 4 วัน	ในขณะที่เจ็บป่วยผู้ป่วยดื่มน้ำดื่มน้ำอาหาร ดูแลให้สารน้ำ 0.9%NSS 100 cc/hr <u>ก่อนเข้ารับการรักษา</u> ขับถ่ายอุจจาระปกติวันละ 1 ครั้ง ปัสสาวะปกติวันละ 5 - 6 ครั้ง <u>ขณะเข้ารับการรักษา</u> ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน (ต่อ)

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
แบบแผนสุขภาพ		
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย	ได้รับประทานยา lactulose 30 มิลลิกรัม และ ได้สวน unison enema 1 ครั้งจึงขับถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ หลังผ่าตัด 3 วัน พบว่าติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ จึงได้ถอดสายสวนปัสสาวะ และผู้ป่วยปัสสาวะได้เอง <u>ก่อนเข้ารับการรักษา</u> ทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง <u>ขณะเข้ารับการรักษา</u> จำกัดการเคลื่อนไหวมีแผลผ่าตัดที่เท้า สะโพกซ้ายพัน elastic bandage ไว้ ทำ Ankle pumping Exercise และฝึกเดินด้วย walker ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ดี	หลังผ่าตัด 3 วัน ถอดสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะได้เอง <u>ก่อนเข้ารับการรักษา</u> ทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง <u>ขณะเข้ารับการรักษา</u> จำกัดการเคลื่อนไหวบนเตียง on skin traction ไว้ แผลผ่าตัดที่เท้าสะโพกซ้ายพัน elastic bandage ไว้ ทำ Ankle pumping Exercise ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ดี
5. การพักผ่อนนอนหลับ	<u>ก่อนเข้ารับการรักษา</u> นอนหลับประมาณ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน ไม่มีปัญหาการนอน <u>ขณะเข้ารับการรักษา</u> นอนหลับประมาณ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน ไม่มีปัญหาการนอน	<u>ก่อนเข้ารับการรักษา</u> นอนหลับประมาณ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน ไม่มีปัญหาการนอน <u>ขณะเข้ารับการรักษา</u> นอนหลับประมาณ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน ไม่มีปัญหาการนอน

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
แบบแผนสุขภาพ		
6. สถิติปัญหาและการรับรู้	<u>ก่อนเข้ารับการรักษา</u> จบม.6 สามารถ อ่านออกเขียนได้ ตามปกติ <u>ขณะเข้ารับการรักษา</u> GCS แกร็บ E4V5M6 หลังได้รับการ รักษาและการผ่าตัด GCS E4V5M6 ก่อนจำหน่าย	<u>ก่อนเข้ารับการรักษา</u> จบม.3 สามารถ อ่านออกเขียนได้ ตามปกติ <u>ขณะเข้ารับการรักษา</u> GCS แกร็บ E4V5M6 หลังได้รับการ รักษาและการผ่าตัด GCS E4V5M6 ก่อนจำหน่าย
7. การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์	<u>ก่อนเข้ารับการรักษา</u> ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพแข็งแรง	<u>ก่อนเข้ารับการรักษา</u> ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพไม่แข็งแรง

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน (ต่อ)

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
แบบแผนสุขภาพ		
8. บทบาทและ สัมพันธภาพ	<u>ขณะเข้ารับการรักษา</u> ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รับรู้ประสพอุบัติเหตุ ทำให้ กระดูกเบ้าสะโพกหัก ต้องได้รับการผ่าตัด <u>ก่อนเข้ารับการรักษา</u> เป็นครอบครัวเดี่ยวอาศัยอยู่กับภรรยา มีบุตร 2 คนครอบครัวรักใคร่กันดี <u>ขณะเข้ารับการรักษา</u> มีภรรยาเป็นผู้ดูแล	<u>ขณะเข้ารับการรักษา</u> ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รับรู้ประสพอุบัติเหตุ ทำให้ กระดูกเบ้าสะโพกหัก ต้องได้รับการผ่าตัด <u>ก่อนเข้ารับการรักษา</u> ผู้ป่วยอาศัยอยู่ที่วัดมีมารดาคอยดูแล และเข้ากับพระสงฆ์ ศิษย์วัด และชุมชนได้ดี <u>ขณะเข้ารับการรักษา</u> มีศิษย์วัดเป็นผู้ดูแล
9. เพศและการเจริญ พันธุ์	เหมาะสมกับเพศของตนเอง ความสัมพันธ์กับภรรยาปกติ	เหมาะสมกับเพศของตนเอง สถานะภาพ เป็นพระสงฆ์
10. การปรับตัว และการเผชิญ ความเครียด	<u>ก่อนเข้ารับการรักษา</u> ไม่ค่อยมีความเครียด ไม่คิดมาก เมื่อมีความเครียดระบายให้ภรรยาฟัง <u>ขณะเข้ารับการรักษา</u> มีความวิตกกังวลมากในการที่จะต้องได้รับ การผ่าตัดและการฟื้นฟูการปฏิบัติตัว	<u>ก่อนเข้ารับการรักษา</u> ไม่ค่อยมีความเครียด ไม่คิดมาก เจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมดาที่ทุกคนต้องเจอ สวดมนต์และนั่งสมาธิ <u>ขณะเข้ารับการรักษา</u>

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
แบบแผนสุขภาพ	ก่อนผ่าตัดและ ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน	มีความกังวลมาก ในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปดูแลตัวเองต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือที่วัด กลัวเป็นภาระของศิษย์วัด
10. ความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ เชื่อเรื่องสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เข้าวัดตามโอกาสนาน ๆ ครั้ง	ผู้ป่วยเป็นพระภิกษุจำพรรษาที่วัด นับถือศาสนาพุทธ เชื่อเรื่องทำดีได้ดี เชื่อบาปบุญคุณโทษ

จากตารางที่ 4 พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีปัญหาเรื่องวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดกระดูกเข้าสะโพกหัก งดน้ำดื่มน้ำอาหารดูแลให้สารน้ำ และถูกจำกัดการเคลื่อนไหวมีแผลผ่าตัดที่เข้าสะโพกซ้ายพัน elastic bandage เหมือนกัน รายที่ 1 ผู้ป่วยมีปัญหาไม่ถ่ายอุจจาระ และหลังผ่าตัด 3 วัน พบว่าติดเชื้ในระบบทางเดินปัสสาวะ จึงได้ถอดสายสวนปัสสาวะ ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา และปัสสาวะได้เอง รายที่ 2 ผู้ป่วยมีปัญหา หายใจเหนื่อยหอบ ตรวจพบเชื้อ A.baum (HAP) ที่ปอด ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะที่ 1 ระยะก่อนได้รับ		
การระงับความรู้สึก		
1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับการผ่าตัดกระดูก เข้าสะโพกหัก เนื่องจาก ไม่เคยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการ ได้รับยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่เคยได้รับการผ่าตัด” “กลัวดมยาสลบแล้วไม่ฟื้น” O: สีหน้าผู้ป่วยวิตกกังวล คิ้วขมวด : คะแนนความกังวล = 8 คะแนน <u>วัตถุประสงค์</u> 1. เพื่อลดความวิตกกังวล 2. เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการ ได้รับยาระงับความรู้สึกได้ถูกต้อง <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> 1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลดลง สีหน้า ยิ้มแย้มแจ่มใส 2. ปฏิบัติตัวทั้งระยะก่อนและหลังได้รับยาระงับความรู้สึกได้ถูกต้อง	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่เคยได้รับการผ่าตัด” “กลัวไม่ตื่น” O: สีหน้าผู้ป่วยวิตกกังวล ก้มหน้ามองต่ำ : คะแนนความกังวล = 7 คะแนน <u>วัตถุประสงค์</u> 1. เพื่อลดความวิตกกังวล 2. เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการได้รับ ยาระงับความรู้สึกได้ถูกต้อง <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> 1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลดลง สีหน้า ยิ้มแย้มแจ่มใส 2. ปฏิบัติตัวทั้งระยะก่อนและหลังได้รับยาระงับความรู้สึกได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. พุดคุยเพื่อสร้างสัมพันธภาพและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม 2. ประเมินความวิตกกังวล 3. อธิบายการปฏิบัติตัวทั้งระยะก่อน ขณะ และหลังการได้รับยาระงับความรู้สึก เช่น การหายใจโดยใช้กลัมนีโอกระบังลม (Deep Breathing Exercise) การไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อมีความปวดในระดับที่ต้องการรักษา (pain score > 4) 4. อธิบายแผนการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วย	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. พุดคุยเพื่อสร้างสัมพันธภาพและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม 2. ประเมินความวิตกกังวล 3. อธิบายการปฏิบัติตัวทั้งระยะก่อน ขณะ และหลังการได้รับยาระงับความรู้สึก เช่น การหายใจโดยใช้กลัมนีโอกระบังลม (Deep Breathing Exercise) การไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อมีความปวดในระดับที่ต้องการรักษา (pain score > 4) 4. อธิบายแผนการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วย

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	5. อธิบายการเตรียมทำความสะอาดร่างกายโกนหนวดเครา การงดอาหารและน้ำหลังเที่ยงคืนเปลี่ยนเสื้อผ้าก่อนเข้าห้องผ่าตัด ให้สารน้ำ การใส่สายสวนปัสสาวะ <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส คะแนนความกังวล = 4 คะแนน และผู้ป่วยฝึกหายใจโดยใช้กลัมนีโอกระบังลมและไออย่างมีประสิทธิภาพได้ถูกต้อง	5. อธิบายการเตรียมทำความสะอาดร่างกายโกนหนวดเครา การงดอาหารและน้ำหลังเที่ยงคืน เปลี่ยนเสื้อผ้าก่อนเข้าห้องผ่าตัด ให้สารน้ำ การใส่สายสวนปัสสาวะ <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส คะแนนความกังวล = 4 คะแนน และผู้ป่วยฝึกหายใจโดยใช้กลัมนีโอกระบังลมและไออย่างมีประสิทธิภาพได้ถูกต้อง
2. ปวดแผลเนื่องจากกระดูกเบ้าสะโพกหัก	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: ผู้ป่วย “บ่นปวดสะโพกข้างซ้าย ต้นขาซ้าย” “ไม่กล้าขยับตัว” O: สะโพกข้างซ้ายบวม	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: ผู้ป่วย “บ่นปวดสะโพกข้างซ้าย ต้นขาซ้าย” O: สะโพกข้างซ้ายบวม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	: pain score 7-10 <u>วัตถุประสงค์</u> 1. เพื่ออาการปวดแผลลดลง 2. เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> 1. ผู้ป่วยมี pain score ลดลง 2. ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. ประเมินความรุนแรงของความเจ็บปวด สะโปกและต้นขาซ้าย โดยการสังเกตจากสีหน้าท่าทางและซักถามอาการปวดโดยใช้ Numeric rating scale 2. on skin traction ขาซ้าย 5 ปอนด์ดูแลให้ skin traction 3. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล หลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือน เพื่อไม่ให้เป็นการกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น	: pain score 4-10 คะแนน <u>วัตถุประสงค์</u> 1. เพื่ออาการปวดแผลลดลง 2. เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> 1. ผู้ป่วยมี pain score ลดลง 2. ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. ประเมินความรุนแรงของความเจ็บปวด สะโปกและต้นขาซ้าย โดยการสังเกตจากสีหน้าท่าทางและซักถามอาการปวดโดยใช้ Numeric rating scale 2. on skin traction ขาซ้าย 5 ปอนด์ดูแลให้ skin traction 3. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล หลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือน เพื่อไม่ให้เป็นการกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	4. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ไม่รบกวนผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ 5. อธิบายสาเหตุที่ทำให้ปวดสะโปกและต้นขา พุดคุยปลอบโยน ให้กำลังใจแสดงออกด้วยท่าทางเห็นอกเห็นใจ เข้าใจถึงความเจ็บปวด 6. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ได้แก่ Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำเฉพาะเวลาปวดทุก 4 ชั่วโมง ประเมินซ้ำหลังให้ยา	4. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ไม่รบกวนผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ 5. อธิบายสาเหตุที่ทำให้ปวดสะโปกและต้นขา พุดคุยปลอบโยน ให้กำลังใจแสดงออกด้วยท่าทางเห็นอกเห็นใจ เข้าใจถึงความเจ็บปวด 6. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ได้แก่ Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำเฉพาะเวลาปวดทุก 4 ชั่วโมง ประเมินซ้ำหลังให้ยา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
3. มีปัญหาการขับถ่าย อุจจาระเนื่องจากกระตูก เข้าสะโพกหักและจำกัด การเคลื่อนไหว	Morphine 15 นาทีและสังเกตอาการ ข้างเคียงของยา เช่น คลื่นไส้อาเจียน ผื่นคัน กดการหายใจโดยประเมินการหายใจน้อย กว่า 10 ครั้งต่อนาทีหากมีอาการผิดปกติให้ การแก้ไขโดยให้ออกซิเจนและรายงาน แพทย์	Morphine 15 นาทีและสังเกตอาการ ข้างเคียงของยา เช่น คลื่นไส้อาเจียน ผื่นคัน กดการหายใจโดยประเมินการหายใจน้อย กว่า 10 ครั้งต่อนาทีหากมีอาการผิดปกติให้ การแก้ไขโดยให้ออกซิเจนและรายงาน แพทย์
	<u>การประเมินผล</u>	<u>การประเมินผล</u>
	อาการปวดทุเลาลง pain score 4 คะแนน สีหน้าสดชื่นขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้	อาการปวดทุเลาลง pain score 3 คะแนน สีหน้าสดชื่นขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้
	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u>	
	S: ผู้ป่วย “บ่นท้องอืดแน่นท้อง” S: ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่ถ่ายอุจจาระมา 4 วัน” O: สีหน้าไม่สุขสบาย <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> 1. ขับถ่ายอุจจาระปกติ 1-2 ครั้งต่อวัน 2. ผู้ป่วยไม่บ่นแน่นท้อง	

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. ประเมินการขับถ่ายของผู้ป่วย 2. กระตุ้นให้มีกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น กระตุ้นให้ดื่มน้ำมาก ๆ วันละ 2000-3000 มิลลิลิตร/วัน 4. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีกากใย มากขึ้น เช่น ผัก ผลไม้	

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	5. รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาระบายหรือสวนอุจจาระหากให้การพยาบาลแล้วไม่ดีขึ้น 6. ดูแลให้ได้รับประทานยา lactulose 30 มิลลิกรัม และได้สวน Unison enema 1 ครั้ง 7. สังเกต บันทึกลักษณะ และระยะเวลาในการขับถ่าย <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้นหลังจากผู้ป่วยได้รับยา สามารถจึงขับถ่ายอุจจาระปกติ 1 ครั้ง	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: ผู้ป่วยบอก “เหนื่อย มี ไข้ตัวร้อน” “ไม่สบายตัว” “หายใจไม่อิ่ม” O: อุณหภูมิ 37.9-38.5 องศาเซลเซียส : หายใจหอบเหนื่อย 22-24 ครั้ง/นาที : X-Ray ปอดพบว่ามี severe infiltration <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีไข้ <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> 1. มีอุณหภูมิปกติ 36.8-37.2 องศาเซลเซียส 2. หายใจปกติ 16-20 ครั้ง/นาที

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
		<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอเพื่อให้ลดการเผาผลาญของร่างกาย 2. เช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำเย็น เพื่อเพิ่มกา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
		ระบายความร้อนโดยการนำความร้อน เช็ดตัวลดไข้เมื่อผู้ป่วย มีไข้ 38.0 องศาเซลเซียสขึ้นไป 3. ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุก 4 ชั่วโมงโดยเฉพาะการหายใจและอุณหภูมิ 4. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ ceftriaxone 2 gm วันละครั้งทางหลอดเลือดดำแต่ยังมีไข้สูงต่อเนื่อง จึง off ยาเปลี่ยนเป็น Tazocin 4.5 gm ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง 5. ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อเพื่อป้องกันไม่ให้อุณหภูมิผู้ป่วยมีการติดเชื้อเพิ่มขึ้นอีก 6. ติดตามผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกเพื่อประเมินการติดเชื้อหลังได้รับยาปฏิชีวนะ <u>การประเมินผล</u> อุณหภูมิกายอยู่ในช่วง 37.2-38.0 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที และได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาให้ครบ 10 วัน
<u>ระยะที่ 2 ระยะขณะได้รับ</u>	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u>	
<u>การระงับความรู้สึก</u>	S: -	
5. มีโอกาสเกิด	O: ตรวจร่างกายพบผู้ป่วยมีฟิบนหน้าท้อง	
ภาวะแทรกซ้อนจากการใส่	<u>วัตถุประสงค์</u>	
ท่อช่วยหายใจไม่สำเร็จ	เพื่อให้ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจสำเร็จ	
ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)		
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<u>เกณฑ์การประเมินผล</u>	

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจได้สำเร็จ	
	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u>	
	1. วิสัญญีพยาบาลเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการได้ยา ระงับความรู้สึก 1 วันก่อนผ่าตัดเพื่อเตรียม ผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ	
	2. ซักประวัติความเจ็บป่วยในอดีต การ ผ่าตัด การได้ยาระงับความรู้สึก การแพ้ยา ยาที่รับประทานประจำ ประวัติการสูบบุหรี่	
	3. ตรวจสอบการเปิดทางเดินหายใจให้ผู้ป่วย ปากเต็มที่แล้วแลบลิ้นออกมามากที่สุด ตรวจสอบการเคลื่อนไหวคอ ลักษณะคอ เช่น คอแข็ง ลักษณะฟันและระยะห่างของฟัน ระยะของกระดูกไทรอยด์ถึงปลายคาง	
	4. ประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ฟิล์มเอกซเรย์ปอด	
	ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	
	ถ้าผิดปกติรายงานวิสัญญีแพทย์	
	5. ประเมินโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ระหว่างและหลังผ่าตัดตาม ASA	
	Classification	
	6. เตรียมวิสัญญีแพทย์ 1 คนและวิสัญญี พยาบาล 2 คน เครื่องดมยาสลบ ท่อช่วย หายใจขนาด 7.5 และ 8.0 เครื่องส่อง หลอดลม และ laryngoscope Blade size	
	4 ท่อเปิดทางเดินหายใจทางปาก (oral airway) ขนาด 4 หน้ากากช่วยหายใจขนาด	
	4 ยา Thiopental, Cisatracurium, morphine, atropine, Prostigmin, อุปกรณ์เฝ้าระวัง (Monitor)	

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	ความดันโลหิตชนิด Invasive blood pressure (IBP) A-line noninvasive blood pressure (NIBP) คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ปริมาณออกซิเจนในเลือด (SpO2) ปริมาณ คาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก (EtCo2) อุณหภูมิกาย (temperature) จำนวนปัสสาวะ (Urine out put) 7. เตรียมสารน้ำ 0.9%NSS 1000 มิลลิลิตร และเลือด (PRC) 4 ถุง (FFP) 2 ถุง 8. จ้องหอผู้ป่วยถึงวิกฤต <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจได้สำเร็จ เบอร์ 8 ลึก 22 เซนติเมตร	
6. เสี่ยงต่อภาวะช็อก เนื่องจากเสียเลือดขณะผ่าตัด	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: - O: ผู้ป่วยเสียเลือดขณะผ่าตัด 1600 ml. :ฮีมาโตคริต 29 vol% <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> 1. สัญญาณชีพปกติ 2. ไม่มีภาวะช็อก <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. วัดความดันโลหิตแบบต่อเนื่องทาง Arterial line (A-line) และวัดค่าความดันในหลอดเลือดดำ central venous pressure (CVP) ทุก 5 นาที ขณะให้การระงับความรู้สึกเมื่อพบอาการดังนี้คือ ชีพจร >100 ครั้ง/นาที หรือ <60 ครั้ง/นาที MAP <65 mmHg ให้รายงานวิสัญญีแพทย์	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: - O: ผู้ป่วยเสียเลือดขณะผ่าตัด 1600 ml . : ฮีมาโตคริต 25% <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> 1. สัญญาณชีพปกติ 2. ไม่มีภาวะช็อก <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. วัดความดันโลหิตแบบต่อเนื่องทาง Arterial line (A-line) และวัดค่าความดันในหลอดเลือดดำ central venous pressure (CVP) ทุก 5 นาที ขณะให้การระงับความรู้สึกเมื่อพบอาการดังนี้คือ ชีพจร >100 ครั้ง/นาที หรือ <60 ครั้ง/นาที MAP <65 mmHg . ให้รายงานวิสัญญีแพทย์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)		
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	2. ประเมินการสูญเสียน้ำและเลือดจากขูด suction และผ้าซับโลหิต	2. ประเมินการสูญเสียน้ำและเลือดจากขูด suction และผ้าซับโลหิต
	3. เมื่อพบว่ามีการเสียเลือดปริมาณมาก สื่อสารในทีมทั้งวิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์ พยาบาลช่วยส่งเครื่องมือเพื่อให้เพิ่มความระมัดระวังในการทำผ่าตัด	3. เมื่อพบว่ามีการเสียเลือดปริมาณมาก สื่อสารในทีมทั้งวิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์ พยาบาลช่วยส่งเครื่องมือเพื่อให้เพิ่มความระมัดระวังในการทำผ่าตัด
	4. serial Hct ตามแผนการรักษาเจาะ Hct ทุก 1 ชั่วโมง	4 serial Hct ตามแผนการรักษาเจาะ Hct ทุก 1 ชั่วโมง
	5. ดูแลให้สารน้ำ 0.9% normal saline 3500 มิลลิลิตร Lactated Ringer's solution 3,800 มิลลิลิตร และ Pack red cell 900 มิลลิลิตรทดแทน	5.ดูแลให้สารน้ำ0.9% normal saline 3,300 มิลลิลิตร Lactated inger'solution 1,400 มิลลิลิตร และPack red cell 900 มิลลิลิตร FFP 500มิลลิลิตร Plt concentrate 200มิลลิลิตร ทดแทน
	6. เตรียมยาช่วยเพิ่มความดันโลหิต เช่น Ephedrine Atropine	6. เตรียมยาช่วยเพิ่มความดันโลหิต เช่น Ephedrine Atropine
	7. วัดปริมาณปัสสาวะทุกชั่วโมง	7. วัดปริมาณปัสสาวะทุกชั่วโมง
	<u>การประเมินผล</u>	<u>การประเมินผล</u>
	ผู้ป่วยไม่มีภาวะช็อก มีสัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 106/64 -162/96 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันในหลอดเลือดดำ(CVP) อยู่ในช่วง 10-13 เซนติเมตรน้ำ ซีพจรในช่วง 64-92 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออกชั่วโมงละ 50-100 มิลลิลิตร สูญเสียเลือด1600 มิลลิลิตร Hct จาก 42 Vol% ลดลงเหลือ 29 Vol% ได้รับสารน้ำ 0.9% normal saline 3,500 มิลลิลิตร Lactated Ringer solution	ผู้ป่วยไม่มีภาวะช็อก มีสัญญาณชีพปกติ สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/64- 110/58 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันในหลอดเลือดดำ(CVP)อยู่ในช่วง10-13 เซนติเมตรน้ำ ซีพจรในช่วง 82-92 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออกชั่วโมงละ50-100 มิลลิลิตร สูญเสียเลือด1600 มิลลิลิตร Hct จาก 35Vol% ลดลงเหลือ 25 Vol%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	3,800 มิลลิลิตร และได้รับ Pack red cell 900 มิลลิลิตรทดแทน	ได้รับสารน้ำ 0.9% normal saline 3,300 มิลลิลิตร Lactated Ringer solution 1,400 มิลลิลิตร และได้รับ Pack red cell 900 มิลลิลิตร FFP 500 มิลลิลิตร Plt concentrate 200 มิลลิลิตร ทดแทน

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
7. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเนื่องจากทำผ่าตัดนานและห้องผ่าตัดอากาศเย็น	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: - O: การผ่าตัดใช้ระยะเวลา 6 ชั่วโมง อุณหภูมิห้องผ่าตัด 21 องศาเซลเซียส <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> อุณหภูมิร่างกายปกติ 36.8-37.2 องศาเซลเซียส <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. ปรับอุณหภูมิห้องให้เหมาะสมกับห้องผ่าตัด คือระหว่าง 20-24 องศาเซลเซียส และปิดเครื่องปรับอากาศเมื่อเสร็จผ่าตัด 2. ใช้ผ้าห่มเป่าลมร้อนให้ผู้ป่วยตลอดเวลา โดยปรับอุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส 3.อุ่นสารน้ำและเลือดโดยใช้ infusion warmer ก่อนให้แก่ผู้ป่วย 4. วัดอุณหภูมิและลงบันทึกทุก 30 นาที ลงในใบ Anesthetic record หลังให้ยา ระงับความรู้สึกจนเสร็จการผ่าตัด <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 35.5-36.5 องศาเซลเซียส	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: - O: การผ่าตัดใช้ระยะเวลา 5 ชั่วโมง 15 นาที อุณหภูมิห้องผ่าตัด 21 องศาเซลเซียส <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> อุณหภูมิร่างกายปกติ 36.8-37.2 องศาเซลเซียส <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. ปรับอุณหภูมิห้องให้เหมาะสมกับห้องผ่าตัด คือระหว่าง 20-24 องศาเซลเซียส และปิดเครื่องปรับอากาศเมื่อเสร็จผ่าตัด 2. ใช้ผ้าห่มเป่าลมร้อนให้ผู้ป่วยตลอดเวลา โดยปรับอุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส 3.อุ่นสารน้ำและเลือดโดยใช้ infusion warmer ก่อนให้แก่ผู้ป่วย 4. วัดอุณหภูมิและลงบันทึกทุก 30 นาที ลงในใบ Anesthetic record หลังให้ยา ระงับความรู้สึกจนเสร็จการผ่าตัด <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36-36.5 องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<u>ระยะที่ 3 ระยะหลังได้รับ</u>	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u>	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u>
<u>การระงับความรู้สึก</u>	S: -	S: -
8. มีภาวะไม่สมดุลของ	O: ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดผ่าตัด ORIF with	O: ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดผ่าตัด ORIF with
สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ใน	Pelvic reconstruction plate	Pelvic reconstruction plate
ร่างกาย จากการเสียเลือด	: ขณะผ่าตัดสูญเสียเลือด 1600 มิลลิลิตร	: ขณะผ่าตัดสูญเสียเลือด 1600 มิลลิลิตร
และน้ำจากการผ่าตัด	: Hct 29 vol%	: Hct 25 vol%

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<u>วัตถุประสงค์</u>	<u>วัตถุประสงค์</u>
	-เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย	-เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย
	<u>เกณฑ์การประเมินผล</u>	<u>เกณฑ์การประเมินผล</u>
	- ผลการตรวจค่าอิเล็กโทรไลต์ปกติ	- ผลการตรวจค่าอิเล็กโทรไลต์ปกติ
	- สัญญาณชีพปกติ	- สัญญาณชีพปกติ
	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u>	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u>
	1. ประเมินอาการผิดปกติจากการเสียเลือด เช่น ภาวะช็อค ปวดมือปลายเท้าเย็น อาการหน้ามืดเวียนศีรษะ มีเลือดซึมจากแผลมาก ต้นขาบวมมากขึ้น และให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้ง	1. ประเมินอาการผิดปกติจากการเสียเลือด เช่น ภาวะช็อค ปวดมือปลายเท้าเย็น อาการหน้ามืดเวียนศีรษะ มีเลือดซึมจากแผลมาก ต้นขาบวมมากขึ้น และให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้ง
	2. วัดสัญญาณชีพหลังผ่าตัดทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง จนกระทั่งคงที่ then ทุก 4 ชั่วโมง วัดปริมาณออกซิเจนในเลือด ถ้าผิดปกติให้รายงานแพทย์	2. วัดสัญญาณชีพหลังผ่าตัดทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง จนกระทั่งคงที่ then ทุก 4 ชั่วโมง วัดปริมาณออกซิเจนในเลือด ถ้าผิดปกติให้รายงานแพทย์
	3. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ได้แก่ 0.9% normal saline 1000 cc. vein drip 120 cc./hr. ตามแผนการรักษา	3. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ได้แก่ 0.9% normal saline 1000 cc. vein drip 100 cc./hr. ตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	4. เจาะ Hct ทุก6ชั่วโมง ถ้าค่าHct ต่ำกว่า 30 vol% ให้รายงานแพทย์	4. เจาะ Hct ทุก6ชั่วโมง ถ้าค่าHct ต่ำกว่า 30 vol% ให้รายงานแพทย์
	5. สังเกตและบันทึกปริมาณเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัด และบันทึกจำนวน content จากขวด radivac drain หากออกมากกว่า 200 cc. ใน1ชั่วโมง ให้รายงานแพทย์ทราบทันที	5. สังเกตและบันทึกปริมาณเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัด และบันทึกจำนวน content จากขวด radivac drain หากออกมากกว่า 200 cc. ใน1ชั่วโมง ให้รายงานแพทย์ทราบทันที
	6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่า BUN, Cr, Electrolyte	6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่า BUN, Cr, Electrolyte

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน Mask c bag 10 LPM	7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน Mask c bag 10 LPM
	8. บันทึกปริมาณ Intake/output ทุก 1 ชั่วโมง	8 บันทึกปริมาณ Intake/output ทุก 1 ชั่วโมง
	<u>การประเมินผล</u>	<u>การประเมินผล</u>
	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี
	ไม่มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น	ไม่มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น
	สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5-37 องศาเซลเซียส ชีพจร90-110ครั้ง/นาที	สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.8-38.2 องศาเซลเซียส ชีพจร90-100ครั้ง/นาที หายใจ
	หายใจ20-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 118-120/67-80 mmHg วัดO2 sat 98-100% เจาะ Hct ทุก 6 ชั่วโมงอยู่ระหว่าง 30-32 vol% ปัสสาวะออก 300-500 มิลลิลิตร ต่อ 8 ชั่วโมง	20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 144-136/76-90 mmHg วัด O2 sat 98-100% เจาะ Hct ทุก 6 ชั่วโมงอยู่ระหว่าง 30-32 vol% ปัสสาวะออก 300-400 มิลลิลิตร ต่อ 8 ชั่วโมง
	CBC: Plt 19,900 eL/mm ³	CBC : Plt 913,000 cell/mm ³
	BUN13mg/dL, Cr 0.7mg/dL, Na133mmol/L,	BUN 10 mg/dL, Cr 0.66 mg/dL , GFR 116.2 mL/min/1.73m ² , Na 135 mmol/L, Cl 98 mmol/L,

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
9. มีไข้เนื่องจากติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ	Cl 95 mmol/L, K4.7 mmol/L, TCO2 26 mmol/dL <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: ผู้ป่วยบอก “ไม่สบายตัว เหมือนเป็นไข้” O: อุณหภูมิ 38.9-39.3 องศาเซลเซียส : ผลตรวจปัสสาวะพบ RBC>200 WBC 50-100 % <u>วัตถุประสงค์</u> 1. เพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีไข้ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> 1. อุณหภูมิกายปกติ 36.8-37.2 องศาเซลเซียส 2. ไม่พบการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ	K4.4 mmol/L, TCO2 23 mmol/L

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เข้า-เย็น และหลังขับถ่าย 2. เช็ดตัวลดไข้ 3. สังเกตอาการหนาวสั่น 4. ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ 5. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิ 6. ดูแลให้ยา Paracetamal 500 มิลลิกรัม 1 เม็ดรับประทาน ตามแผนการรักษา 7. ดูแลถอดสายสวนปัสสาวะ <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยได้รับการถอดสายสวนปัสสาวะ สามารถปัสสาวะได้เอง ไม่มีแสบขัด ไม่มีไข้	

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	อุณหภูมิอยู่ในระหว่าง 36.5-37.7 องศาเซลเซียส	
10. มีไข้เนื่องจากมีการติดเชื้อที่ปอด (A.baum)		<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: ผู้ป่วยบอก “เหนื่อย “เหมือนเป็นไข้” “หายใจไม่อิ่ม” O: อุณหภูมิ 37.8-38.2 องศาเซลเซียส : หายใจหอบเหนื่อย 22-24 ครั้ง/นาที : ผล sputum c/s พบเชื้อ A.baum <u>วัตถุประสงค์</u> 1. เพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีไข้ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ติดเชื้อที่ปอด <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> 1. อุณหภูมิกายปกติ 36.8-37.2 องศาเซลเซียส 2. ไม่พบการติดเชื้อที่ปอด
ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)		
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
		<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอเพื่อช่วยลดการเผาผลาญของร่างกาย 2. เช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำเย็น เพื่อเพิ่มการระบายความร้อนโดยการนำความร้อน เช็ดตัวลดไข้เมื่อผู้ป่วยมีไข้ 38.0 องศาเซลเซียสขึ้นไป 3. ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะการหายใจและอุณหภูมิ 4. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ คือ Unasyn

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
		3 กรั่มทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมงและ Sulperazone 4 กรั่ม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง 5. ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีการติดเชื้อเพิ่มขึ้น 6. แยกห้องเฉพาะโรคในการดูแลผู้ป่วย 7. ติดตามผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอก และ ผลการตรวจ Sputum c/s เพื่อประเมิน การติดเชื้อหลังได้รับยาปฏิชีวนะ <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยไข้ลดลง อุณหภูมิกายอยู่ในช่วง 37-38 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ผู้ป่วย ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา วางแผนให้ 10 วัน

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<u>ระยะที่ 4 วางแผนจำหน่าย</u>	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u>	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u>
<u>กลับบ้าน</u>	S: ผู้ป่วยและญาติบอก “กลัวกลับมาเดินช้า”	S: ผู้ป่วยบอก “กลัวกลับมาเดินช้า”
11. ผู้ป่วยและญาติขาด	“ไม่รู้ว่ากระดูกจะต่อกันไหม”	O: สิ้นหัวใจตึงกังวล
ความรู้เกี่ยวกับโรค แผนการ	O: สิ้นหัวใจตึงกังวล	<u>วัตถุประสงค์</u>
รักษาการปฏิบัติตัว	<u>วัตถุประสงค์</u>	1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติความรู้เกี่ยวกับโรค
ที่ถูกต้อง และเตรียมความ	1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติความรู้เกี่ยวกับโรค	แผนการรักษาการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และ
พร้อมจำหน่าย	แผนการรักษาการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และ	เตรียมความพร้อมจำหน่าย
	เตรียมความพร้อมจำหน่าย	<u>เกณฑ์การประเมินผล</u>
	<u>เกณฑ์การประเมินผล</u>	1. ความรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษาการ
	1. ความรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษาการ	ปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง
	ปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง	2. ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อม
	2. ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อม	จำหน่าย
	จำหน่าย	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u>

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. การประเมินสภาพครอบครัว สังคมของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ผู้ดูแล 2.การวางแผนการเตรียมความพร้อมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถดูแลและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม 3. อธิบายความรู้เกี่ยวกับโรคแผนการรักษา และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง 4. เตรียมความพร้อมจำหน่ายตามหลัก D-METHOD 5. แนะนำการดูแลเรื่องความปวด การป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด การทำกายภาพบำบัดสอนทำ Ankle pumping Exercise และสอนฝึกเดินด้วย walker 7. แนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการได้รับยากลับบ้าน และมาตรวจตามนัด	1. การประเมินสภาพครอบครัว สังคมของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ผู้ดูแล 2.การวางแผนการเตรียมความพร้อมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถดูแลและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม 3. อธิบายความรู้เกี่ยวกับโรคแผนการรักษา และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง 4. เตรียมความพร้อมจำหน่ายตามหลัก D-METHOD 5. แนะนำการดูแลเรื่องความปวด การป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด การทำกายภาพบำบัดสอนทำ Ankle pumping Exercise 6. แนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการได้รับยากลับบ้าน และมาตรวจตามนัด

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยสามารถทำ Ankle pumping Exercise ได้ ฝึกเดินด้วย walker ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ดี เดินได้คล่องตัวตามที่นักกายภาพบำบัดสอน แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่ปวดแผล ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด สามารถดูแลและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง 2 สัปดาห์ วันที่ 14 กันยายน 2566	<u>การประเมินผล</u> ผล Sputum C/S ตรวจพบว่า A.baum (HAP) แพทย์สั่งจึง off ยา Tazocin ให้ Unasyn 3 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง และ Sulperazone 4 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง จำหน่ายโดย Refer กลับโรงพยาบาลวชิรพยาบาล เพื่อให้การรักษาโดย Skin traction ต่อมาตรวจตามนัด วันที่ 6 ตุลาคม 2566

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มาด้วยประสบอุบัติเหตุ วินิจฉัยเป็นกระดูกเข้าสะโพกหัก และได้รับการผ่าตัดร่วมกับวิธีการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเหมือนกัน ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดกระดูกเข้าสะโพกหักที่สำคัญที่สุดคือการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนระยะก่อน ระยะเวลา และระยะหลังได้รับยาระงับความรู้สึก เช่น ช็อคติด มีไข้ ติดเชื้อ โดยเฉพาะภาวะสูญเสียเลือดในขณะให้การระงับความรู้สึก จนนำไปสู่ภาวะ hypovolemic shock ในระยะก่อนให้การระงับความรู้สึกและระยะขณะให้การระงับความรู้สึก ซึ่งกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ใช้เวลาผ่าตัด 5-6 ชั่วโมง ซึ่งสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 1,600 มิลลิลิตร ซึ่งถือว่ามียาจำนวนมาก วิทยาลัยพยาบาลผู้ดูแลต้องใช้ทักษะความรู้ในการประเมินอย่างรวดเร็ว แม่นยำเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยในทุกๆ ระยะ โดยเฉพาะระยะขณะได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ที่ต้องใช้ทักษะและความเชี่ยวชาญที่เฉพาะทาง รวมถึงการวางแผนเตรียมจำหน่าย โดยการประสานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยและสหสาขาวิชาชีพให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและญาติ

ดังนั้นวิทยาลัยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลให้การพยาบาลที่เหมาะสมทั้งระยะก่อน ระยะเวลา และหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกซึ่งจะช่วยให้การผ่าตัดปลอดภัย ควรนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดภาวะสูญเสียเลือดปริมาณมากอย่างเฉียบพลัน ในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดกระดูกเข้าสะโพกหัก
2. วิทยาลัยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานพยาบาลวิทยาลัย ควรมีทักษะการจัดการไม่ให้เกิดภาวะสูญเสียเลือดในขณะให้การระงับความรู้สึก จนนำไปสู่ภาวะ hypovolemic shock ในระยะก่อน และระยะขณะให้การระงับความรู้สึก ซึ่งการตัดสินใจโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับใช้กระบวนการพยาบาลในระยะเวลาอันรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ

อ้างอิง

1. วันวิสาข์ ศรีรุ่ง, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช และศรัณยา โฆสิตะมงคล. กระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 2565; 39(3):60-73.
2. Kanis, J.A., Odén, A., McCloskey, E.V. et al. A systematic review of hip fracture incidence and probability of fracture worldwide. *Osteoporos Int*. 2012;23:2239–2256.
<https://doi.org/10.1007/s00198-012-1964-3>

3. อัญชลี คันธานนท์. การพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วย : กรณีศึกษา.
วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2556;7(2):271-280.
4. พัชรพร ตาใจ. กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ: บทบาทพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
ก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2563;26(4):116-128.
5. ประเสริฐ หล้าพลวนิชย์, เจริญชัย พากเพียรไพโรจน์ และสมศักดิ์ สีเชวงวงศ์. บุรณาการในการป้องกัน
และรักษากระดูกหักซ้ำซ้อนจากโรคกระดูกพรุน. วารสารกรมการแพทย์. 2558;40(4):16-9.
6. จิณพิชญ์ชา มะมม. พยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อ. กรุงเทพฯ: การสำนักพิมพ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2562.
7. Kurylo, John C., and Paul Tornetta. *Initial management and classification of pelvic
Fractures* [Internet]. 2012. [cited 2023 Dec2] Available from:link.gale.com/apps/doc
/A453291470/AONE?u=anon~a5f45503&sid=googleScholar&xid=74e35113.
8. เกสร จรรย์รัตน์ ศรีนวล สถิติวิทยานันท์ และวรรณิ สัตยวิวัฒน์. ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์ทางการ
พยาบาล สำหรับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ.
2556;9(31):45-56.
9. วันเฉลิม กล้าหาญ. การศึกษาผลผ่าตัดรักษากระดูกเข้าข้อสะโพกหักในโรงพยาบาลสิรินธร.
กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ กลุ่มภารกิจด้านบริการตติยภูมิ โรงพยาบาลสิรินธร สำนักการแพทย์. 2562.
10. กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี กลุ่มการพยาบาล. สถิติตัวชี้วัดงานวิสัญญี โรงพยาบาลมหาสารคาม.
2566.
11. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาล &แบบแผนสุขภาพ. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร จำกัด. 2552.

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก ร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย

กฤตติกา รัตนรักษ์ *

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : การบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับการมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก เป็นภาวะฉุกเฉินที่เมื่อได้รับการวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว ผ่าตัดทันเวลา ได้รับการพยาบาลที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพ จะสามารถทำให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก ร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

วิธีการศึกษา : กรณีศึกษาแบบเจาะจง 2 ราย ตามกรอบแนวคิด 11 แบบแผนกอร์ดอน

ผลการศึกษา : เปรียบเทียบผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก ร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 2 ราย

รายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย 43 ปี ได้รับอุบัติเหตุขับรถกระบะชนเสาไฟฟ้า มีแผลฉีกขาดที่ศีรษะ พบสลบได้ทั้งอง
รถ ก่อนมาโรงพยาบาล 5 ชั่วโมง ได้รับการวินิจฉัย Acute epidural hematoma with sepsis

รายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 15 ปี ขับรถจักรยานยนต์ชนเสาไฟฟ้าล้มเมตร ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ได้รับ
การวินิจฉัย Acute epidural hematoma with Fracture Right clavicle with sepsis

สรุป : การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก
จะมีอาการทรุดลงและแสดงอาการของภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูงอย่างชัดเจน ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ
และรักษาด้วยการผ่าตัดด่วนเพื่อเอาก้อนเลือดออก พยาบาลต้องใช้ความรู้ความสามารถในการประเมิน รวมทั้งเฝ้า
ระวังอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิดและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็วทันเวลา การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย
ที่มีรูปแบบจะทำให้ญาติเกิดความรู้ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ : บาดเจ็บที่ศีรษะ ภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม

Email: kritsana13032520@gmail.co

(Nursing care of Head Injury patient with epidural Hemorrhage with sepsis:
Case study 2 case)

Krittika Rattanaaruck

ABSTRACT

Background: Head injury associated with a subdural hematoma. It is an emergency situation that when received Quick diagnosis Timely surgery receive appropriate and effective nursing care will be able to make the patient recover normally and prevent complications that may occur to patients

Objective: To study nursing care for patients with head injuries and hemorrhage above the outer membrane of the brain. Infection in the bloodstream

Method of study: Two purposive case studies based on the 11 Gordon Model concepts.

Results: Comparison of 2 patients with head injury with hemorrhage above the outer membrane of the brain and with sepsis.

Case 1: 43-year-old Thai male patient was in an accident driving a pickup truck into an electric pole. There was another wound on the head. Found unconscious in the back of the car 5 hours before coming to the hospital, received a diagnosis of Acute epidural hematoma with sepsis.

Case 2: 15-year-old Thai male patient drove a motorcycle and crashed into a pole. 2 hours before coming to the hospital, the diagnosis was Acute epidural hematoma with Fracture Right clavicle with sepsis.

Conclusion : This study shows that patients with head injuries associated with hemorrhage above the outer meninges. Symptoms will deteriorate and show clear symptoms of elevated intracranial pressure. He had to be intubated and treated. with urgent surgery to remove the blood clot Nurses must use their knowledge and ability to assess. Including watching out for abnormal symptoms closely and provide assistance to patients quickly and in time Preparing before selling with a format will make relatives born. Knowledge and confidence in caring for patients to keep the patient safe from complications.

Key words: head injury Hematoma beyond the outer membrane of the brain

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บที่ศีรษะ การบาดเจ็บที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทุกประเภท สำหรับประเทศไทย ในปี 2562 อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรเท่ากับ 36.20 ราย ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงที่สุดเมื่อเทียบกับประเทศในกลุ่มอาเซียนและสูงเป็นอันดับสองของโลก (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2562) ผู้ที่บาดเจ็บมักมีอายุระหว่าง 15-29 ปี พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงมักเกิดภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะและมีโอกาสเสียชีวิตสูง หากรอดชีวิตมักเกิดภาวะทุพพลภาพต้องดูแลอย่างต่อเนื่องส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของครอบครัว สังคม และประเทศชาติ

จากสถิติการเข้ารับบริการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของโรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2563-2565 มีจำนวน 1,633 ราย 1,490 ราย และ 1,494 รายตามลำดับ (รายงานประจำปีโรงพยาบาลมหาสารคาม, 2565) อัตราการเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 3.37, 2.89 และ 2.54 ตามลำดับ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลมหาสารคามพบว่าสถิติการเข้ารับบริการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ปี 2563-2565 มีจำนวน 1,254 ราย 1,145 ราย และ 1,069 ราย ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 3.11, 2.35 และ 2.34 ตามลำดับ มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและทรุดลงจนทำให้เกิดภาวะ Septic ร้อยละ 32.57, 33.85 และ 35.96 และพบอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะคิดเป็นร้อยละ 6.78, 5.94 และ 5.43 ตามลำดับ

พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำและทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก ร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ในทุกระยะการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟูสภาพ และระยะการวางแผนจำหน่าย การวางรูปแบบปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จะช่วยให้การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษา เพื่อลดความรุนแรงของโรค

ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและใช้กระบวนการดูแลที่ได้มาตรฐานมาใช้ในการดูแลให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก ร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบ การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก ร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลมหาสารคาม ในช่วงเดือนกันยายน 2565 ถึง ตุลาคม พ.ศ.2566 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 1)แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน 2) การสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องข้อมูลการเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพ 3) แบบบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนเพื่อให้ได้ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล นำมาวางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วย การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับ สุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	43	15
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
ระดับการศึกษา	มัธยมศึกษาปีที่6	มัธยมศึกษาปีที่3
อาชีพ	รับจ้าง	นักเรียน
สิทธิการรักษา	พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และบัตรทอง 30 บาท	พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจาก รถ
ภูมิลำเนา	อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม	และบัตรทอง 30 บาท อำเภอนาเชือก
ผู้ดูแล	ภรรยา	จังหวัดมหาสารคาม ยาย

จากตารางที่ 1 พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นวัยผู้ใหญ่ อายุ 43 ปี มีพฤติกรรมการดื่มสุราเป็นประจำทุกวัน ซึ่งเป็นสาเหตุหลักการเกิดอุบัติเหตุ กรณีศึกษารายที่ 2 อายุ 15 ปี ในช่วงวัยรุ่น ไม่มีใบขับขี่รถจักรยานยนต์ ไม่สวมหมวกนิรภัย จากความประมาท เป็นสาเหตุการเกิดทางจราจรได้ ส่งผลทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญ	อุบัติเหตุจากการจราจร หมดสติ	อุบัติเหตุจากการจราจร หมดสติ
	มีแผลฉีกขาดที่ศีรษะก่อนมา	สติ มี แผลฉีกขาดที่ศีรษะ ก่อน
อาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	โรงพยาบาล 5 ชั่วโมง	มาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง
	5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลขับ	2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล
	รถกระบะชนเสาไฟฟ้า ไม่	ขับรถ
	รัดเข็มขัดนิรภัย มีแผลฉีกขาดที่	จักรยานยนต์ชนหลักกิโลเมตร
	ศีรษะยาวประมาณ 15 ซม. แผล	หมดสติ ไม่สวมหมวกนิรภัย มี
	active bleeding มีประวัติดื่ม	แผลฉีกขาดที่คิ้วขวาประมาณ 1
	สุรา EMS รพ.โกสุมพิสัยออกรับ	เซนติเมตร ปวดไหล่ขวา ไม่มี
	GCS: E1V1M4 pupil 2 mm	ประวัติดื่มสุรา EMS รพช. ออก
	reaction to light both eyes	รับ GCS: E1V1M5, pupil
โรคประจำตัว	(SRTL BE), motor power แขน	right 4 mm pupil left 3
การใช้สารเสพติด	ทั้ง 2 ข้าง grade 3 ขาทั้ง 2 ข้าง	mm reaction to light both
ประวัติการแพ้ยา	grade 3 ส่งตัวมารักษาต่อ	eyes(RTL BE) motor power
ประวัติการเจ็บป่วย	โรงพยาบาลมหาสารคาม	แขนทั้ง 2 ข้างgrade 4 ขาทั้ง 2
ในครอบครัว		ข้างgrade 4 on ET tube ส่ง
	ปฏิเสธโรคประจำตัว	ตัวมารักษาต่อโรงพยาบาล
	ดื่มสุราทุกวัน สูบบุหรี่ 3-5 มวน	มหาสารคาม
	ต่อวันปฏิเสธการแพ้ยา	ปฏิเสธโรคประจำตัว
	บุคคลในครอบครัว	ไม่ดื่มสุรา
	สุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีโรคติดต่อ	ปฏิเสธการแพ้ยา
	ทางพันธุกรรม	บุคคลในครอบครัวสุขภาพ
		แข็งแรงดี ไม่มี
		โรคติดต่อทางพันธุกรรม

จากตารางที่ 2 พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มาด้วยอุบัติเหตุทางจราจร กรณีศึกษารายที่ 1 ขับรถกระบะชนเสาไฟฟ้าไม่รัดเข็มขัดนิรภัย ดื่มสุราทุกวัน มีแผลที่หน้าผาก 15 เซนติเมตร active bleed ไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร กรณีศึกษารายที่ 2 ขับรถจักรยานยนต์ชนเสาหลักกิโลเมตรและไม่สวมหมวกนิรภัยทำให้ได้รับบาดเจ็บที่สมองรุนแรง ไม่มีโรคประจำตัวและประวัติการแพ้ยา มีข้อแตกต่างคือ กรณีศึกษารายที่ 1 มีประวัติการดื่มสุราซึ่งมีผลต่อการทำงานของระบบประสาทและทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการขับช้าลง อุบัติเหตุทางจราจรที่เกิดกับกรณีศึกษาทั้ง 2 ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะที่รุนแรง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการประเมินอาการแรกเริ่ม และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับ สุขภาพ	กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2
อาการแรกเริ่ม	เข้ารับการรักษาวันที่ 2 มกราคม 2566 เวลา 14.02 น ผู้ป่วย E1VTM4 pupil 2 min SRTLBE motor grad 3 allวัดสัญญาณ ชีพจร 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/83 mmhg On ETT no 7.5 depth 22 จากโรงพยาบาลชุมชน CT whole abdomen ผล No definite intra abdominal injury ผล เอกซเรย์ปอด No	เข้ารับการรักษาวันที่ 6 มิถุนายน 2566 เวลา 09.51น ผู้ป่วย E1VTM5 pupil right 3 min Pupil left 4 min RTLBE อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้ง/นาที ความดัน โลหิต 109/64 mmhg On ETT no 7.5 depth 21 จาก โรงพยาบาลชุมชน Fast at ER ผล negative ผล เอกซเรย์ปอด
ผลทางห้องปฏิบัติการ	Rib Fracture No pneumo hemothorax - CBC : Hematocrit 31.9%, WBC 24,700 cell/mm3 Neutrophil 83%	Seen fracture line at right clavicle No Rib Fracture No pneumo hemothorax - CBC : Hematocrit 39.5%, WBC 33,960 cell/mm3 Neutrophil 82%
การวินิจฉัยจาก CT brain	- Electrolytes: potassium 3.0 mmol/L Acute Epidural hemorrhage left frontal size 1.5 × 4.8 cm	- Electrolytes: potassium 2.7 mmol/L Acute Epidural hemorrhage right frontal size 2.6 cm in maximal thickness 8 cm in length
การผ่าตัด/หัตถการ	Craniectomy with clote Removal 40 นาที 200 ซีซี	Craniectomy with clote Removal 30 นาที 150 ซีซี

จากตารางที่ 3 พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยโรคจากประวัติอาการแสดงทางคลินิกและผล CT brain และมีเลือดออกในสมอง เมื่อก้อนเลือดโตขึ้นและกดสมองมากขึ้นทำให้สมองขาดเลือดและบวม ซึ่งเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการผ่าตัด craniectomy with clot removal เป็น

การผ่าตัดเอาบางส่วนของกะโหลกศีรษะออกเพื่อนำเลือดออกจากสมอง เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ ซึ่งเป็นการช่วยเหลือชีวิตอย่างเร่งด่วน โดยกรณีศึกษา รายที่ 1 มีระยะเวลาในการผ่าตัดและเสียเลือดมากกว่ากรณีศึกษา รายที่ 2 เนื่องจากการฉีดยาของหลอดเลือดสมองจากการกระแทกของรถกระบะที่ชนเสาไฟฟ้าที่รุนแรง ก่อนผ่าตัดกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีภาวะhypokalemia หลังจากได้รับการแก้ไขโดยการให้ NSS 1,000 ml+ KCL 40 mEq iv drip 100 ml/hr ค่า serum potassium เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับปกติ 4.0 mmol/L และกรณีศึกษา รายที่ 2 ขึ้นอยู่ในระดับปกติ 4.4 mmol/L มีภาวะช็อคจากการเสียเลือดที่แผลผ่าตัดที่ศีรษะ และเสียเลือดขณะผ่าตัด รวมทั้งเสียเลือดทางท่อระบาย radivac drain หลังผ่าตัด

ตารางที่ 4 ข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

เกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยไม่รู้สึกร่างกาย ไม่รับรู้สภาวะการเจ็บป่วย การเจ็บป่วยมีผลกับรายได้ของครอบครัวเนื่องจากมีอาชีพรับจ้าง	ผู้ป่วยไม่รู้สึกร่างกาย ไม่รับรู้สภาวะการเจ็บป่วย การเจ็บป่วยมีกระทบต่อการเรียน
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	ผู้ป่วยดื่มน้ำทุกวันวันละ 2-3 แก้ว สุกดิบวันละ 5-10 มวน รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ที่โรงพยาบาลแพทย์ให้ดื่มน้ำดอาหาร และให้ 0.9% NSS 1000 ml iv 100 cc/hr หลังผ่าตัด 2 วัน ได้รับ BD (1:1) 300 ml x 4 Feed ส่งปริญญานักกิจกรรมบำบัดประเมินการกลืน	ผู้ป่วยไม่ดื่มน้ำ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ใช้สารเสพติด รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ที่โรงพยาบาลแพทย์ให้ดื่มน้ำดอาหาร และให้ 0.9% NSS 1000 ml iv 80 cc/hr หลังผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วย Auto-extubation ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนได้
3. การขับถ่าย	ขับถ่ายอุจจาระปกติวันละ 1 ครั้ง ปัสสาวะปกติวันละ 5-6 ครั้ง เมื่อมีอาการปวดใส่สายสวน ปัสสาวะ หลังผ่าตัด 3 วัน ถอดสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะได้เอง	ขับถ่ายอุจจาระปกติวันละ 1 ครั้ง ปัสสาวะปกติวันละ 5-6 ครั้ง เมื่อมีอาการปวดใส่สายสวน ปัสสาวะ หลังผ่าตัด 3 วัน ถอดสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะได้เอง
4. กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย	ทำกิจกรรมประจำวันต่างๆด้วยตนเอง	ทำกิจกรรมประจำวันต่างๆด้วยตนเอง

เกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
5.การพักผ่อนนอนหลับ	มีพฤติกรรมดื่มสุราหลังเลิกงาน	ชอบขับรถจักรยานยนต์ ไม่สวมหมวกนิรภัย
6.สติปัญญา และการรับรู้	นอนหลับ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน ไม่มีปัญหาการนอนพักผ่อน	นอนหลับ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน ไม่มีปัญหาการนอนพักผ่อน
7.การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	จบ ม 6 อ่านออกเขียนได้ ตามปกติ GCSแรกรับ E1V1M4 หลังได้รับการรักษาและการผ่าตัด GCS E4V4M5 ก่อนจำหน่าย	กำลังศึกษาชั้นม.3อ่านออกเขียนได้ ได้ตามปกติ GCSแรกรับ E1V1M5 หลังได้รับการรักษาและการผ่าตัด GCSE4V5M6ก่อนจำหน่าย รับรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจาก
8.บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	ไม่สามารถประเมินการรับรู้ตัวเองได้เนื่องจากผู้ป่วยสับสน ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวอยู่กับมารดาและภรรยา มีอาชีพรับจ้าง การเจ็บป่วยทำให้ขาดรายได้ เข้ารับการรักษานี้ใช้สิทธิ์ เบิก	ความประมาท ไม่สวมหมวกนิรภัย อาศัยอยู่กับยาย บิดามารดามีอาชีพรับจ้าง เข้ารับการรักษานี้ใช้สิทธิ์ชำระเงินเอง เนื่องจาก พ.ร.บ ขาด และใช้สิทธิ์บัตรทอง 30 บาท
9.เพศและการเจริญพันธุ์	กองทุนทดแทน เนื่องจาก พ.ร.บ ขาด และใช้สิทธิ์บัตรทอง 30 บาท	พฤติกรรมทางเพศที่แสดงออก
10.การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	พฤติกรรมทางเพศที่แสดงออก เหมาะสมกับเพศของตนเอง ความสัมพันธ์กับภรรยาปกติ	เหมาะสมกับเพศของตนเอง เมื่อมีเรื่องเครียดจะระบายให้เพื่อนและยายฟัง
11.ความเชื่อ	พฤติกรรมทางเพศที่แสดงออก เหมาะสมกับเพศของตนเอง เมื่อมีเรื่องเครียดจะระบายให้ภรรยาฟัง เชื่อในเรื่องศาสนาพุทธ เข้าวัด บ้างตามโอกาส	เชื่อในเรื่องศาสนาพุทธ เข้าวัด บ้างตามโอกาส

ตารางที่ 5 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1.แบบแผน สุขภาพ	ชายไทย 43 ปี ต้มสุราทุก วัน ไม่รัดเข็มขัดนิรภัย ขับ รถกระบะชนเสาไฟฟ้า	ชายไทย 15 ปี ไม่ดื่มสุรา ไม่ สวมหมวกนิรภัย ขับ รถจักรยานยนต์ชนเสา กิโลเมตร	สาเหตุการบาดเจ็บที่ ศีรษะของผู้ป่วยทั้งสอง ราย ผู้ป่วยรายที่ 1 ยังมี การดื่มสุราร่วมด้วย การดื่มแอลกอฮอล์ทำให้ เพิ่มความเสี่ยงใน การเกิดอุบัติเหตุต่างๆ โดยเฉพาะอุบัติเหตุจาก การขับขี่ยานยนต์ซึ่งพบได้ บ่อยทำให้เกิดการ กระทบกระเทือนบริเวณ ศีรษะ และเลือดออก รายที่ 2 เกิดจากการ ไม่ สวมหมวกนิรภัย เหตุผล การไม่สวมหมวกนิรภัย ของผู้ป่วยรายที่ 2 คือ เดิน ทางในระยะใกล้ ๆ เดินทางไปเรียนหนังสือ ประจำ
2.พยาธิสภาพ ของอาการและ อาการแสดง	ผู้ป่วย E1VTM4 pupil 2 min SRTLBE motor grad 3 all ผล CT brain พบ Acute Epidural hemorrhage left frontal size 1.5x 4.8 cm Fast at ER ผล positive cul-de- sac ส่ง CT whole	ผู้ป่วย E1VTM5 pupil right 3 min Pupil left 4 min RTLBE ผลCT brain พบ Acute Epidural hemorrhage right frontal size 2.6cm in maximal	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับ การวินิจฉัยเบื้องต้นเป็น การบาดเจ็บที่ศีรษะ ระดับรุนแรง (sever head injury) ผล เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมี Epidural hematoma

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	abdomen ผล No definite intra abdominal injury ผล เอกซเรย์ปอด No Rib Fracture No pneumo hemothorax	thickness 8 cm in length Fast at ER ผล negative ผล เอกซเรย์ปอด Seen fracture line at right clavicle No Rib Fracture No pneumo hemothorax	ทั้ง 2 รายจึงแสดงภาวะ ความดันในกะโหลก ศีรษะสูงในเวลา อันรวดเร็ว ขนาดก้อน เลือดที่โตขึ้นจะไปเบียด สมองบริเวณขมับ และ เบียดลงมากดแกนสมอง ซึ่งผู้ป่วยมีเลือดออกนอก ชั้นดुरา
3.การรักษาภาวะ ความดันใน กะโหลก ศีรษะสูง	Craniectomy with clote Removal - Dilantin 100 mg + NSS 100 ml. IV drip ทุก 8 ชม. -Transamine 500 mg IV ทุก 8 ชม. -Vit K 30mg IV OD - Losec 40 mg IV OD - Cefazolin 1gm IV ทุก 6 ชม - Clindamycin 600 mg +NSS 100 ml. IV drip ทุก 8 ชม. - Morphine 3mg.IV prn. ทุก 4 ชม.	Craniectomy with clote Removal - Dilantin 100 mg + NSS 100 ml. IV drip ทุก 8 ชม. -Transamine 500 mg IV ทุก 8 ชม. -Vit K 30mg IV OD Losec 40 mg IV OD - Cefazolin 1gm IV ทุก 6 ชม - Morphine 3mg.IV prn. ทุก 4 ชม.	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับ การรักษาภาวะความดัน ในกะโหลกศีรษะสูงโดย วิธีการผ่าตัดเอาก้อน เลือดออก รายที่1เสีย เลือด 200 ซีซี รายที่2 เสียเลือด 150 ซีซี -ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับยา ป้องกันการชัก ยาลด กรดในกระเพาะอาหาร ยาป้องกันเลือดออก เพิ่ม การแข็งตัวของเลือดและ ยาระงับปวด
4.ปัญหาและข้อ วินิจฉัย ทางการพยาบาล	1.จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา 2.ประเมิน GCS ถ้าGCS ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ	ผู้ป่วย GCS E4VTM4 pupil 2 min SRTLBE motor grad 3 all สัญญาณชีพปกติ	E1VTM5 pupil right 3 min Pupil left 4 min RTLBE สัญญาณชีพปกติ

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
ระยะแรกเริ่มและ ก่อนผ่าตัด	2Motorลดลงเท่ากับ1 รายงานแพทย์	ก่อนส่งห้องผ่าตัด	ก่อนส่งห้องผ่าตัด
1.มีภาวะความ ดันในกะโหลก ศีรษะสูง	3.ดูแลให้ได้รับการพักผ่อน 4.ดูแลให้ยาแก้ชัก		
เนื่องจากศีรษะ ได้รับการ	1.จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา	ผู้ป่วยไม่พบภาวะพร่อง ออกซิเจน	ผู้ป่วยไม่พบภาวะพร่อง ออกซิเจน
กระทบกระเทือน	2.ดูแลสมองโดยใช้ความดัน 80-120 มม.ปรอท	สัญญาณชีพปกติ	สัญญาณชีพปกติ
2. การหายใจไม่ มีประสิทธิภาพ เนื่องจากมีพยาธิ สภาพที่สมอง	3.ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง 4.วัดสัญญาณชีพทุก 1/2 - 1 ชั่วโมง		
	1.ประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 2.ประเมินอาการเหนื่อย เพลีย คลื่นไส้อาเจียน ท้องอืด	ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย serum potassium เพิ่มขึ้น อยู่ในระดับปกติ 4.0 mmol/L	ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย serum potassium เพิ่มขึ้น อยู่ในระดับปกติ 4.4 mmol/L
3. มีภาวะโปแต สเซียมในเลือด ต่ำ	3.ดูแลให้ได้รับสารน้ำให้ NSS 1,000 ml+ KCL 40 mEq iv drip 100 ml/hr ตามแผนการรักษา 4.ติดตามเจาะเลือดหลัง ได้รับยา	คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ	คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ
ระยะต่อเนื่อง/ การดูแลขณะ	1.วัดสัญญาณชีพทุก 1/2 - 1 ชั่วโมงจนกว่าจะคงที่ 2.ประเมินปลายมือปลาย เท้าเย็น ชีตเขียว 3.บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า และออก	ผู้ป่วยไม่พบภาวะ Hypovolemic shock สัญญาณชีพปกติ	ผู้ป่วยไม่พบภาวะ Hypovolemic shock สัญญาณชีพปกติ

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
<u>และหลังการ</u> <u>ได้รับผ่าตัด</u>	4.ติดตามผลตรวจ HCT ตามแผนการรักษา		
4. เสี่ยงต่อภาวะ Hypovolemic shockจากการ สูญเสียเลือด ขณะผ่าตัด	5.ดูแลการได้รับสารน้ำ ตามแผนการรักษา 1.ประเมินอาการปวดแผล โดยใช้ behavior pain scale 2.วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชม. 3.จัดสิ่งแวดล้อมให้ เหมาะสม/ให้พักผ่อน 4.ให้การพยาบาลนุ่มนวล 5.ให้ยาแก้ปวด Morphine	ผู้ป่วยมีค่า BPS 7-9คะแนน ได้รับยา Morphine 3mg iv prn ทุก 4 ชม. ตามแผนการ รักษา อาการปวดลดลงเป็น 3-5 คะแนน	ผู้ป่วยมีค่า BPS 7-9 คะแนน ได้รับยา Morphine 3mg iv prn ทุก 4 ชม. ตามแผนการ รักษา อาการปวดลดลงเป็น 3- 5 คะแนน
5. ไม่สุขสบาย ปวดแผลผ่าตัด เนื่องจากเนื้อเยื่อ ได้รับบาดเจ็บ	3mg iv prn ทุก 4 ชม. 1.ประเมินการติดเชื้อที่แผล ผ่าตัด เช่น บวม ปวด แดง ร้อน มีหนอง มีกลิ่น 2.วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชม. 3.ทำแผลวันละ 1 ครั้งด้วย หลักปราศจากเชื้อ 4.สอนญาติระวังไม่ให้แผล เปื้อกน้ำขณะเช็ดหน้าให้ ผู้ป่วย	ผู้ป่วยไม่มีอาการติดเชื้อที่ แผลผ่าตัด แผลผ่าตัดแห้งดี	ผู้ป่วยไม่มีอาการติดเชื้อ ที่แผลผ่าตัด แผลผ่าตัด แห้งดี
6.เสี่ยงต่อภาวะ ติดเชื้อที่แผล ผ่าตัดเนื่องจากมี ทางเข้าของเชื้อ โรค	5.ดูแลการได้รับยาปฏิชีวนะ ตามแผนการรักษา 6.ดูแล Radivac drain ให้ เป็นระบบปิดเป็นสุญญากาศ เพื่อจะได้ดูด Content ที่ค้างอยู่หลังผ่าตัดออก		

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
ระยะเตรียม			
จำหน่าย	1.ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว	ผู้ดูแลได้รับการเตรียมพร้อม	ผู้ดูแลได้รับการ
7.ผู้ป่วยและญาติ	ก่อนกลับบ้านตามหลัก	ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจน	เตรียมพร้อมในการดูแล
พร้อมความรู้ใน	DMETHOD	เกิดความมั่นใจ	ผู้ป่วยที่บ้านจนเกิดความ
การดูแลตนเองที่	2.ใช้แบบประเมิน Bethel		มั่นใจ
ถูกต้องเมื่อ	index ในการประเมินความ		
กลับไปอยู่บ้าน	ต้องการการดูแลกิจวัตร		
	ประจำวัน		
	3.ฝึกทักษะผู้ดูแลให้เกิด		
	ความมั่นใจก่อนจำหน่าย		
	4.ประสานทีมสหสาขา		
	วิชาชีพช่วยเรื่องการฟื้นฟู		
	สภาพร่างกาย	ญาติเตรียมเอกสารเข้า	
	1.ส่งญาติพบเจ้าหน้าที่	กองทุนทดแทน	
	พ.ร.บ เพื่อให้คำแนะนำ	ญาติมีความวิตกกังวล	ญาติชำระเป็นเงินสดใน
	เกี่ยวกับค่าใช้จ่าย		วงเงิน 30,000 บาทและ
8.ผู้ป่วยและญาติ			ใช้สิทธิบัตรทอง30บาท
กังวลเรื่องค่า		ผู้ป่วยและญาติได้รับการส่ง	
รักษาพยาบาล	1.ส่งปรึกษาที่สุขภาพจิตเพื่อ	พบแผนกสุขภาพจิต	
เนื่องจากปัญหา	ช่วยเหลือเรื่องการเลิกสุรา	ญาติรับทราบการปฏิบัติตัว	ผู้ป่วยและญาติรับทราบ
ทางเศรษฐกิจ	2.ให้กำลังใจทั้งผู้ป่วยและญาติ	และการปฏิบัติตามกฎ	การปฏิบัติตามกฎจราจร
	3.ส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎ	จราจร	
	จราจร		
9.เสี่ยงต่อการ	1.ส่งปรึกษาที่สุขภาพจิตเพื่อ		
เกิดอุบัติเหตุซ้ำ	ช่วยเหลือเรื่องการเลิกสุรา		
เนื่องจากขาด	2.ให้กำลังใจทั้งผู้ป่วยและญาติ		
ความตระหนัก	3.ส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎ		
จากการ	จราจร		
ดื่มสุรา			

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุจราจร ผลตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์กรณีศึกษารายที่ 1 พบ Acute Epidural hemorrhage left frontal size 1.5 x 4.8 cm รายที่ 2 พบ Acute Epidural hemorrhage right frontal size 2.6 cm in maximal thickness 8 cm in length จากพยาธิสภาพทั้ง 2 กรณีศึกษา ทำให้ผู้ป่วยมี GCS drop ลงอย่างรวดเร็ว และได้รับการผ่าตัดเอาก้อนเลือดออก ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาทันทีที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ จำนวน 2 คืน หลังถอดท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เองไม่มีหอบเหนื่อย แพทย์พิจารณาให้ย้ายมารับการรักษาต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ พยาบาลผู้ดูแลต้องใช้ทักษะความรู้ในการประเมินอย่างรวดเร็ว แม่นยำ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยในระยะวิกฤติ ระยะฟื้นฟู ระยะการวางแผนจำหน่าย พยาบาลใช้ทักษะในการเตรียมจำหน่าย โดยการประสานกับสหสาขาวิชาชีพให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและญาติ ในการเตรียมจำหน่ายในกรณีศึกษารายที่ 1 ภรรยาผู้ป่วยมีความกลัวและวิตกกังวลในเรื่องการเจ็บป่วย เรื่องค่าใช้จ่ายที่จะต้องดูแลในช่วงที่ผู้ป่วยยังต้องรักษาตัว พยาบาลใช้ทักษะสอนการ Empowerment ญาติให้มีความมั่นใจมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน GCS E4V4M6 motor power เกรด 3 all นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 7 วัน กรณีศึกษารายที่ 2 Care giver ที่ดูแลผู้ป่วยมีอายุ 78 ปี มีความวิตกกังวลสูงในการดูแลผู้ป่วย และกังวลเกี่ยวกับสภาพร่างกายของตนเองที่มีอายุมาก มีความกลัวเจ็บ ไม่กล้าทำกิจกรรมการพยาบาล พยาบาลต้องใช้ทักษะการ Empowerment และ coaching พยาบาลสอนและสาธิตให้ดูหลายรอบ พาทำจนเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ก่อนจำหน่ายและส่งข้อมูลการดูแลต่อเนื่องผ่านระบบ Smart COC ผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน GCS E4V5M6 motor power เกรด 4 all นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 6 วัน

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร พยาบาลต้องเฝ้าระวังประเมินทุกระยะของการเจ็บป่วย ถ้าไม่ได้รับการประเมินรักษาพยาบาลที่ถูกต้องตามมาตรฐาน มีโอกาสที่ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย พยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ จึงต้องมีสมรรถนะและความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตกระทั่งการวางแผนจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาสมรรถนะพยาบาล ให้มีความเชี่ยวชาญในการในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
2. มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ครอบคลุมและเชื่อมโยง ในทุกระยะของการเจ็บป่วย
3. จัดทำสื่อการสอน ควรใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเหมาะสมกับสถานการณ์ยุคดิจิทัล โดยเฉพาะฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย จะช่วยให้การเตรียมการจำหน่ายมีประสิทธิภาพ สามารถนำไปใช้ต่อเนื่องที่บ้านได้

เอกสารอ้างอิง

- 1.ไสว นรสาร. บาดเจ็บศีรษะ. ใน: ไสว นรสาร, รญา ไส้ไหม, บรรณาธิการ, การพยาบาลผู้บาดเจ็บ: Trauma Nursing. นนทบุรี: ปิยอนด์ เอนเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2559. น. 101-155
- 2.ฉัตรกมล ประจวบลาภ. ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมอง มิติของการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารสภาการพยาบาล.เม.ย.2561; 33(2):15-28.
- 3.ปлма โสบุตรและณิชาภัทร พุฒิกามิน (2565).ปัจจัยทำนายความรุนแรงของการบาดเจ็บสมองในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 19(1), 77-87.
- 4.รุ่งนภา เขียวขำและชดช้อย วัฒนะ (2560). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองแบบองค์รวม วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 24(2), 94-108.
- 5.สวิง ปันจัยสิทธิ์, นครชัย เพื่อนปฐม, และกุลพัฒน์ วีรสาร. (2556). แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- 6.วิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. (2556). แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ (Clinical Practice Guidelines for Traumatic Brain Injury). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- 7.โรงพยาบาลมหาสารคาม. รายงานประจำปีโรงพยาบาลมหาสารคาม; 2563-2565
- 8.โรงพยาบาลมหาสารคาม. รายงานสรุปตัวชี้วัดเกณฑ์และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาสารคามประจำปี 2564. มหาสารคาม; 2564.

การพัฒนากลุ่มอาหารสุขภาพรักษัไต ตำบลกุมภวาปี อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

ปิยะนุช ไชยสาส์น

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากลุ่มอาหารสุขภาพรักษัไต ในการป้องกันโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลกุมภวาปี อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ผ่านวงจรการบริหารงานคุณภาพ Deming's model ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ประกอบด้วยผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อสม. ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกกลุ่มผักปลอดสารพิษเฉลิมพระเกียรติ กลุ่มแม่บ้าน และผู้สนใจที่อยู่อาศัยที่ ตำบลกุมภวาปี อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถาม การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และจากแบบบันทึกการบริโภคอาหารย้อนหลัง ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีความรู้เรื่องการบริโภคอาหารในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ยังไม่ทราบว่าการควบคุมการบริโภคอาหารสามารถป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้ และต้องจำกัดประเภทและปริมาณของอาหารที่ควรบริโภคในแต่ละวัน นอกจากนี้ยังพบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเรื่องอาหารยังมีน้อย ทั้งในด้านการปรุงอาหาร การเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ จากข้อค้นพบดังกล่าว ชุมชนได้จัดตั้งกลุ่มอาหารสุขภาพรักษัไตตำบลกุมภวาปี กลุ่มได้ร่วมกันวางแผนเพื่อดำเนินการ ด้วยการ (1) ปรับระดับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง และพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล (2) พัฒนาขีดความสามารถของ อสม. ผู้นำชุมชน แกนนำกลุ่มผักปลอดสารพิษและกลุ่มแม่บ้าน (3) แลกเปลี่ยนเรียนรู้การปลูกผักปลอดสารพิษ และ (4) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ผลการดำเนินงาน พบว่า (1) ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้น สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (70 – 130 มก./ดล.) ร้อยละ 80.0 และมีอัตราการกรองของไตที่ดีขึ้น (≥ 90 มล./ นาที/ 1.73 ตารางเมตร) ร้อยละ 70.0 เนื่องจากครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลด้านอาหารของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ทั้งในเรื่องการเลือกวัตถุดิบสำหรับประกอบอาหาร การปรุงอาหารที่เหมาะสม (2) อสม. ผู้นำชุมชน และแกนนำกลุ่มต่างๆ มีความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น และสามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ (3) กลุ่มแม่บ้านได้ถ่ายทอดความรู้เรื่องอาหารที่ควรบริโภคสู่ประชาชนในชุมชนได้ (4) กลุ่มผักปลอดสารพิษสนับสนุนการปลูกผักปลอดสารพิษสำหรับบริโภคในครัวเรือน ส่งผลให้สมาชิกปลูกผักปลอดสารพิษสำหรับรับประทานเอง เพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ : การพัฒนากลุ่มอาหารสุขภาพรักษัไต¹, การมีส่วนร่วมของชุมชน²

Development of Healthy Food Group at Kumphawapi Subdistrict, Kumphawapi District, Udon Thani Province

Piyanuch Chaiyasan

ABSTRACT

This study aimed to development of Healthy Food Group for Chronic Kidney Disease prevention in diabetes and hypertensive patients by community participation in Kumphawapi Subdistrict, Kumphawapi district, Udon Thani province through Deming's Model process. The study participants were hypertensive patients, caregivers, village health volunteers, village leader, leaders from organic vegetable's group and leaders from women's group. Data were collected by interview, focus group discussion and dietary consumption record. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics including percent, frequency and averages and qualitative data were analyzed using content analysis.

The results of study showed that patients with diabetes and hypertension had knowledge related to dietary consumption in moderate level. Most of the patients did not know that controlled dietary consumption could prevent Chronic Kidney Disease and have to limit the types and amount of food consumed in each day. In addition, family involvement in the care of food is minimal in terms of cooking and choosing the appropriate food for the patients. The community had formed Healthy Food Group in Kumphawapi subdistrict. They made a plan for acting which composed of (1) improving knowledge related to chronic kidney disease and dietary habits in patients with diabetic and hypertension and their care givers; (2) improving the capacity of village health volunteers, leaders of organic vegetable's group and women's group; (3) learning by sharing about how to grow organic vegetables, and (4) modifying behaviors of food consumption.

The result showed that (1) the patients had gain more knowledge about dietary consumption and had improved their dietary habits. Eighty percent (80.0%) of them were able to control their blood sugar level (70 – 130 mg/dl) and 70.0 % had better estimated glomerular filtration rate (≥ 90 mL/min/1.73 m²) because of theirs family involvement in the care of food in terms of choosing the food ingredients and appropriate kinds of food, and cooking; (2) the village health volunteers, village leader, and the group leaders had more knowledge about chronic kidney disease and then, they were able to provide suggestion about dietary consumption for the patients and the care givers. (3) the members of women's group conveyed knowledge to the people in the community through cooking healthy food in village traditional

merits and cooking healthy food for sell, which of well accepted from patients and people in the village. (4) Organic vegetable's group had support the patients to grow organic vegetables for consumption at home. As the results, the members grew their own organic vegetables and expand the growing areas.

The Healthy Food Group, which developed by community participation and using social capital and community potential, is the model that should be used to modify dietary behaviors of patients with diabetes and hypertension. Furthermore, this model will strengthen the community's management to prevent chronic kidney disease sustainably through empowering the community leaders, village health volunteers, caregivers and patients.

Keywords : The Healthy Food Group¹, Community participation²

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ในประเทศไทย ข้อมูลจากการศึกษาจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ประมาณร้อยละ 17.6 ของคนไทยป่วยเป็นโรคไต คิดเป็นผู้ป่วยราว 8 ล้านคน 80,000 คนเป็นไตวายระยะสุดท้าย และมีแนวโน้มมากขึ้นเป็นทุกปี ๆ เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่โรคไตวายระยะสุดท้าย (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2564) เช่นเดียวกับตำบลกุ่มกาวปี อำเภอกุ่มกาวปี จังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ในการศึกษาค้นคว้า พบความชุกของโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี ระหว่างปี พ.ศ. 2560 – 2564 พบอัตราชุกของผู้ป่วยภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายคือ 2.30, 3.12, 2.52, 2.24 และ 2.51 ต่อพันประชากรตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยที่ต้องรับรักษาโดยการฟอกไตผ่านหน้าท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis) จำนวน 5 ราย ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดผ่านเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) จำนวน 12 ราย ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน และมีโรคความดันโลหิตสูงร่วม ร้อยละ 93.33 จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะไตเสื่อม ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม 3) ปัจจัยด้านระบบบริการ ปัจจัยด้านบุคคลถือเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดภาวะไตเสื่อม เช่น เพศ กรรมพันธุ์ พฤติกรรมสุขภาพ ความอ้วน โรคและการเจ็บป่วย อายุ โดยอายุที่มากกว่า 30 ปี การทำงานของไตจะลดลงประมาณร้อยละ 1 ต่อปี หากจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีมากขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อชุมชนโดยรวม และประเทศชาติ เนื่องจากค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตประมาณ 240,000 บาทต่อคนต่อปี ในการศึกษาครั้งนี้เป็นพื้นที่ ที่มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดในอำเภอกุ่มกาวปี กล่าวคือ มีอัตราความชุกด้วยโรคเบาหวาน 87.39 ต่อประชากรหนึ่งพันคน และโรคความดันโลหิตสูง 142.46 ต่อประชากรหนึ่งพันคน ในจำนวนนี้มีผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ถึงร้อยละ 75.96 ทั้งนี้อาจเกิดจากบริบทและความเป็นอยู่ของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการ ได้แก่ 1) วิธีการรับประทานอาหารของประชาชนในหมู่บ้านนี้จะรับประทานอาหารประเภทที่มีรสเค็ม เช่น ปลาาร้า ขนมน้ำยาบป่น น้ำพริก และมักใช้เครื่องปรุงต่างๆ เช่น น้ำปลา ซอส เกลือ ผงชูรส ผงปรุงรสต่างๆ ในปริมาณที่มากเกินไป 2) ในช่วงงานบุญต่างๆ ตามประเพณี ฮีตสิบสองคองสิบสี่ ประชาชนจะทำขนมหวาน เช่น ข้าวต้มผัด ข้าวต้มมัด ของหวานบวชฟักทอง กล้วยบวชชี ตามประเพณีดั้งเดิมที่เคยปฏิบัติกันมา ทำให้ได้บริโภคอาหารที่มีรสหวานบ่อยครั้ง และ 3) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ต้องพึ่งพาบุตรหลานเป็นผู้จัดการเรื่องอาหารให้ แต่บุตรหลานยังประกอบอาหารเหมือนเคยปฏิบัติมา ไม่ได้มีการควบคุมอาหาร ซึ่งส่งผลกระทบต่อระดับน้ำตาล และระดับความดันโลหิต

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนากลุ่มอาหารสุขภาพรักษ์ไตตำบลกุ่มกาวปี อำเภอกุ่มกาวปี จังหวัดอุดรธานี เพื่อให้เกิดการรวมกลุ่มกันของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่เกี่ยวข้องและผู้สนใจในการดูแลสุขภาพ ซึ่งก่อให้เกิดการรวมกลุ่มอาหารสุขภาพรักษ์ไตของชุมชน ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสม และป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังในชุมชนได้

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนากลุ่มอาหารสุขภาพพรีกซ์ไต ในการป้องกันโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลกุ่มกวาปี อำเภอกุ่มกวาปี จังหวัดอุดรธานี

วิธีการดำเนินการศึกษา

การพัฒนากลุ่มอาหารสุขภาพพรีกซ์ไต ในการป้องกันโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลกุ่มกวาปี อำเภอกุ่มกวาปี จังหวัดอุดรธานี ผ่านวงจรการบริหารงานคุณภาพ Deming's model (Plan-Do-Check-Act) ซึ่งขั้นตอนในการศึกษา ได้แก่ การวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย การร่วมวางแผนและดำเนินการแก้ไข การติดตามและประเมินผล ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน มีนาคม – กันยายน 2565

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลและผู้เข้าร่วมการศึกษเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพและเกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคไตเรื้อรัง โดยเลือกแบบเจาะจงตามความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษตลอดกระบวนการ ประกอบด้วย กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง 30 ราย ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง 30 ราย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 30 ราย ผู้นำชุมชน 15 ราย แกนนำกลุ่มผักปลอดสารพิษ 5 ราย และแกนนำกลุ่มแม่บ้าน 5 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ปิยาภรณ์ สวรรยาวิสุทธิ, 2556; ทองวรรณ คงฤทธิ์, 2557; ปิยะนุช ไชยสาส์น, 2560) โดยใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงก่อนเข้าร่วมการศึกษาและหลังเข้าร่วมการศึกษา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วยประเด็นคำถาม 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

2) แนวทางการสนทนากลุ่ม

3) แบบบันทึกข้อมูลการบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

สรุปและอภิปรายผล

1) สถานการณ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ศึกษา

ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวน 30 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 อายุเฉลี่ย 55.5 ปี โดยมีอายุน้อยที่สุด 38 ปี อายุสูงสุด 72 ปี สถานภาพสมรส สมรส ร้อยละ 76.7 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40 รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 40 และประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.0 มีผู้หญิงที่มีรอบเอวเกิน (มากกว่า 80 เซนติเมตร) ร้อยละ 57.9 ผู้ชาย (มากกว่า 90 เซนติเมตร) ร้อยละ 45.5 และมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 63.3) มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วน (25.0–29.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร) ป่วยด้วยโรคเบาหวานมาเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 7.8 ปี น้อยที่สุด 1 ปี นานที่สุด 17 ปี ส่วนใหญ่ป่วยมานาน 11 – 20 ปี ร้อยละ 33.3 และ ร้อยละ 73.3 ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมานานน้อยกว่า 5 ปี ซึ่งระยะเวลาที่ป่วยเฉลี่ย 3.7 ปี น้อยที่สุด 1 ปี นานที่สุด 15 ปี ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 53.3 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ และ ร้อยละ 33.3 ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ผลการตรวจเลือดประจำปี พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 56.7 มีไขมันชนิดแอลดีแอลสูง (มากกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ร้อยละ 70.0 มีไขมันชนิดไตรกลีเซอไรด์สูง (มากกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) และร้อยละ 46.7 มีไขมันคอเลสเตอรอลสูง (มากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ผู้ป่วยทุกคนมีระดับ ครีเอตินินอยู่ในระดับปกติ (น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 1.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) แต่เริ่มมีอาการกรองของไตลดลง (ระหว่าง 60 – 89 มิลลิตรต่อนาทีต่อ 1.7 ตารางเมตร) ร้อยละ 76.7 ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ร้อยละ 6.7 โดยสูบบุหรี่ 5 มวนต่อวัน สูบมากที่สุด 10 มวนต่อวัน ผู้ป่วยไม่ได้มาตรวจตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 20

2) ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน

จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีความรู้เรื่องการบริโภคอาหารในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ยังไม่ทราบว่าการควบคุมการบริโภคอาหารสามารถป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้ และต้องจำกัดประเภทและปริมาณของอาหารที่ควรบริโภคในแต่ละวัน ดังนั้นจึงยังคงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีรสหวาน มีไขมันสูง ผลไม้ที่มีรสหวาน และอาหารที่ปรุงด้วยเครื่องปรุงที่มีรสเค็มในปริมาณมากเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้อาจเนื่องด้วยวิถีทางวัฒนธรรมประเพณีเป็นปัจจัยสนับสนุน นอกจากนี้ยังพบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเรื่องอาหารยังมีน้อย ทั้งในด้านการปรุงอาหาร การเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

จากข้อค้นพบดังกล่าว ชุมชนได้จัดตั้งกลุ่มอาหารสุขภาพรักษ์ไตตำบลกุ่มวาปี และร่วมกันวางแผนเพื่อดำเนินการ ด้วยการ (1) ปรับระดับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง และพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล (2) พัฒนาขีดความสามารถของ อสม. ผู้นำชุมชน แกนนำกลุ่มผักปลอดสารพิษและกลุ่มแม่บ้าน (3) แลกเปลี่ยนเรียนรู้การปลูกผักปลอดสารพิษ และ (4) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ผลการดำเนินงาน พบว่า (1) ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมอยู่ในระดับดีขึ้น สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (70 – 130 มก./ดล.) ร้อยละ 80.0 และมีอัตราการกรองของไตที่ดีขึ้น (≥ 90 มล./ นาที/ 1.73 ตารางเมตร) ร้อยละ 70.0 เนื่องด้วยครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลด้านอาหารของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ทั้งในเรื่องการเลือกวัตถุดิบ

สำหรับประกอบอาหาร การปรุงอาหาร และการเลือกประเภทของอาหารที่เหมาะสม (2) อสม. ผู้นำชุมชน และแกนนำกลุ่มต่างๆ มีความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น และสามารถให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ (3) กลุ่มแม่บ้านได้ถ่ายทอดความรู้เรื่องอาหารที่ควรบริโภคสู่ประชาชนในชุมชน สู่การปฏิบัติจริง ด้วยการประกอบอาหารรักษไตในงานบุญประเพณีต่างๆ ของหมู่บ้าน และการประกอบอาหารรักษไตจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องผู้ประกอบอาหาร ซึ่งได้รับการตอบรับเป็นอย่างดีจากกลุ่มผู้ป่วย และประชาชนทั่วไป (4) กลุ่มผักปลอดสารพิษ สนับสนุนการปลูกผักปลอดสารพิษสำหรับบริโภคในครัวเรือน ด้วยการทำปุ๋ยและยาฆ่าแมลงชีวภาพ ให้สมาชิกกลุ่มและประชาชนที่สนใจ ส่งผลให้สมาชิกปลูกผักปลอดสารพิษสำหรับรับประทานเอง เพิ่มขึ้น และขยายพื้นที่ในการเพาะปลูกผักปลอดสารพิษเพิ่มขึ้นอีกใน 15 หมู่บ้าน

การพัฒนาคุณภาพอาหารสุขภาพรักษไต โดยมีการมีส่วนร่วมของชุมชนและนำใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชน เป็นรูปแบบหนึ่งที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงได้อย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน และยังก่อให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังในชุมชนได้ อย่างยั่งยืน ผ่านการเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. ผู้นำชุมชน แกนนำกลุ่มต่างๆที่เกี่ยวข้อง ผู้ดูแล และตัวผู้ป่วย

บทบาทของพยาบาลในกระบวนการพัฒนาคุณภาพอาหารสุขภาพรักษไต มีดังนี้

(1) สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดแนวทางการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน ด้วยการจัดตั้งกลุ่มอาหารรักษไต ที่มีวิธีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม และภูมิปัญญาที่มีอยู่ อีกทั้งมีการนำใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชน ซึ่งได้แก่กลุ่มผักปลอดสารพิษ และกลุ่มแม่บ้าน เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการ

(2) เสริมสร้างพลังอำนาจและทำให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของสุขภาพ ผ่านเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้ดูแล กลุ่มแม่บ้าน และกลุ่มผักปลอดสารพิษ ได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น วางแผนตัดสินใจ หาแนวทางการดำเนินงานเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง

(3) พัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน กลุ่มผักปลอดสารพิษ และกลุ่มแม่บ้าน โดยให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยพร้อมทั้งสาธิตการประกอบอาหาร และการใช้คู่มือกินอย่างไรห่างไกลโรคไตเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ให้สามารถดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่เอื้อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างเหมาะสม ลดอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังในชุมชน และลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง

(4) พัฒนาขีดความสามารถและทักษะให้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และผู้ดูแล ด้วยการให้ความรู้ในเรื่องโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง การลดปัจจัยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง การบริโภคอาหารที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสมถูกต้องเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง

(5) ร่วมสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังในชุมชน ด้วยการให้ความรู้เรื่องผักปลอดสารพิษ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การผลิตและการใช้สารชีวภาพแทนสารเคมี ขยายพื้นที่ในการเพาะปลูกผักปลอดสารพิษภายในครัวเรือน ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง และประชาชนทั่วไปมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลือกซื้อผักปลอดสารพิษในชุมชน และการปลูกผักเพื่อบริโภคเองได้ ทำให้ลดการบริโภคอาหารที่ปนเปื้อนสารเคมี ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของการเกิดโรคไตเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาต่อเนื่อง

1.1 การนำใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง มีความเหมาะสมทั้งด้านแนวคิดหลักการ และขั้นตอน ซึ่งเริ่มตั้งแต่กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล ร่วมระดมความคิดหาแนวทางการป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน ร่วมกิจกรรมและร่วมประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการพัฒนากลุ่มอาหารสุขภาพรักษ์ไต จนเกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในที่สุด และสามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสม และควรนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ

1.2 การพัฒนากลุ่มอาหารสุขภาพรักษ์ไต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการศึกษาเรียนรู้เป็นนวัตกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพ ตามยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน การพัฒนาทักษะทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และแกนนำชุมชน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ดังนั้นรูปแบบการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังจากการศึกษาเรียนรู้ จึงเหมาะสมที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ทั้งในเขตพื้นที่อำเภอภูพาน และในเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 8

1.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงนั้นเป็นพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก ทั้งนี้เนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติมานาน เป็นความเคยชิน ถึงแม้ผู้ป่วยบางคนอาจมีความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนเมื่อทราบว่าป่วยด้วยโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง แต่เมื่อเวลาผ่านไปย่อมเกิดความเบื่อหน่าย อีกทั้งอาจไม่เห็นผลของการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ การปรับเปลี่ยนที่ยั่งยืนจึงเป็นไปได้ยาก ดังนั้นการที่จะทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืนจำเป็นต้องอาศัยแรงจูงใจที่เกิดขึ้นจากภายในตัวบุคคล ผ่านการคิดวิเคราะห์ถึงข้อดีข้อเสียของการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การรับรู้ เรียนรู้ถึงอันตรายของโรคที่เป็นอยู่หากไม่สามารถควบคุมได้ด้วยตนเอง และแรงสนับสนุนจากภายนอกทั้งจากสมาชิกในครอบครัว และชุมชน ในการช่วยเหลือดูแลอาหารสำหรับผู้ป่วย ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม

1.4 ควรขยายกลุ่มเป้าหมายที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง เช่น กลุ่มนักเรียน ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเช่นเดียวกับผู้ดูแลที่เป็นวัยผู้ใหญ่ ด้วยการพัฒนาระดับความรู้เรื่องโรค และเพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้านอาหารเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังในชุมชน

1.5 ทำวิจัยถอดบทเรียนกลุ่มอาหารสุขภาพรักษ์ไตของชุมชน และสรุปเป็นแนวปฏิบัติ เพื่อเป็นต้นแบบให้กับพื้นที่อื่น และขยายผลการศึกษาไปยังพื้นที่ต่างๆ ในเขตสุขภาพที่ 8

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กวีศรา สอนพุด. (2564). การพัฒนาชุมชนรักษ์ใต้โดยชุมชน ตำบลศรีสะอาด อำเภออุ้มผาง จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารพยาบาลสหุชนาครินทร์ ปีที่ 41 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2564 หน้า 85 - 98
- ทองวรรณ คงฤทธิ์. (2557). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปราณี สว่างคำนาม. (2553). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลศรีธาตุ . รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปิยาภรณ์ สวรรยาวิสุทธิ. (2556). ผลของกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์เพื่อสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิศรดา ตีเมืองซ้าย และพิชญภากร ภัคสุพัติน. (2564). การพัฒนารูปแบบการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกโรคไตปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 18 ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม) พ.ศ. 2564
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2564). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท เบอริงเกอร์อินเทลไลม์ (ไทย) จำกัด.
- อนุชิตา ไสบาล. (2552). กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนดและมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกร่วมกับ ภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน : กรณีศึกษา 2 ราย

อัจฉรา ยาวะสิทธิ์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนดและมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกร่วมกับภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน

วิธีการศึกษา: ใช้วิธีการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงหญิงตั้งครรภ์ที่มาด้วยอาการถุงน้ำคร่ำแตกและมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล การประเมิน สัมภาษณ์และสังเกตผู้รับบริการ ระหว่าง วันที่ 20 ก.ค. 2566 – 18 ก.ย. 2566 โรงพยาบาลชนบท จังหวัดขอนแก่น

ผลการศึกษา: รายที่ 1 แรกรับ BT=37 °C, P = 100 bpm, R = 20 bpm., BP 102/77 mm. Hg, นน. 53 kgs. สูง 165 cms., SPO₂ Sat 95%, PV Cx. Fully dilate, Interval = 1 min Duration = 60 min, EFW 2,000 grams FHS 60 bpm, IUR, On O₂ Mask with bag 10 LPM, On 0.9% NSS 1,000 drip 120 ml/hr. มารดาคลอดปกติ มี slight tear, รกคลอด Complete Cord, ทารกเพศหญิง นน. 1,800 grams, Apgar score 6-6-7, ภาวะแรกเกิด Birth asphyxia with preterm, on ET tube, Incubator ส่งต่อมารดาพร้อมทารก ที่ รพ.ขอนแก่น

รายที่ 2 แรกรับ BT=36.5 °C, P=92 bpm, R=20 bpm, BP 115/82 mm.Hg, น.น. 49 Kgs., สูง 147 cms., SPO₂ 98% Interval 6 min, Duration = 30 min, FHS 130 bpm, EFM = Minimal variability, U/S EFW 2,100 grams, ตรวจ PV Cx. dilate 5 cms., Effacement 80% Station+ 1 ML, Cough test=positive, On O₂ mask with bag 10 LPM, on 0.9% NSS 1,000 120 ml/hr. หลังให้ยาตามแผนการรักษา, Monitor EFM, แพทย์ให้ Inhibit of labor และ PV พบ Cx. Dilate 5 cms. Effacement 80% Station +1 ML, Interval 10 min, Duration 30 sec., FHS 138 bpm, EFM: Cat I, IUR ส่งต่อ รพ.ขอนแก่น

สรุป: หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานการพยาบาลผู้คลอด พยาบาลควรปฏิบัติตามการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ที่ประกอบด้วย การประเมิน การวางแผน การปฏิบัติและการประเมินผล อย่างถูกต้องและแม่นยำ ทั้งนี้เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ทางการพยาบาลและลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

คำสำคัญ : หญิงตั้งครรภ์, การคลอดก่อนกำหนด, ภาวะถุงน้ำคร่ำแตก, ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชนบท จังหวัดขอนแก่น

Professional nurse, Chonnabot Hospital, Khon Kaen Province

Email: atcharayawasith@gmail.com

The nursing care among pregnancies women with prolonged preterm premature rupture of membranes with fetal distress: 2 Case studies

Atchara Yawasith

Abstract

Purpose: To study and compare nursing care among pregnant women with prolonged preterm premature rupture of membranes with fetal distress.

Methods: The method compared two case studies and purposive sampling of pregnant women who presented with premature rupture of membranes and premature labor pains. Data were collected using data recording forms, assessments, interviews, and observation between 20 July 2023 - 18 September 2023, in Chonnabot hospitals. Khon Kaen Province

Results: Case study number 1, initially received BT= 37 °C, P = 100 bpm, R = 20 bpm., BP 102/77 mm. Hg, BW 53 kg., Height 165 cms., SPO₂ Sat 95%, PV Cx. Fully dilate, Interval = 1 min Duration = 60 min, EFW 2,000 grams, FHS 60 bpm, IUR, on O₂ Mask with bag 10 LPM, on 0.9% NSS 1,000 drip 120 mL/hr. Provide nursing care according to the treatment plan. The mother gave normal labor with a slight tear. The placenta was delivered with a complete cord. The female newborn weighed 1,800 grams, had an Apgar score of 6-6-7, had Birth asphyxia with preterm, was on an ET tube, and incubator, and referral to Khon Kaen Hospital.

Case study number 2, BT=36.5 °C, P=92 bpm, R=20 bpm, BP 115/82 mm. Hg, BW 49 Kgs. Height 147 cms., SPO₂ 98%, Interval 6 min, Duration 30 min, FHS 130 bpm, EFM = Minimal variability, U/S EFW 2,100 grams, PV Cx. dilate 5 cms., Effacement 80% Station+1 ML, Cough test=positive, on O₂ mask with bag 10 LPM, on 0.9% NSS 1,000 120 mL/hr. After giving medicine according to the treatment plan and monitoring EFM, the doctor gave an inhibitor of labor and PV found Cx. Dilate 5 cms. Effacement 80% Station +1 ML, Interval 10 min, Duration 30 sec., FHS 138 bpm, EFM: Cat I, and referral to Khon Kaen Hospital.

Conclusion: Pregnant women receive continuous care according to the standards of obstetric nursing. Nurses should use the nursing process, which consists of assessment, planning, implementation, and nursing evaluation correctly and accurately. This is to increase nursing outcomes and reduce risks that may occur.

Keywords: Pregnant women, Premature labor, Premature rupture of membrane, Fetal distress

บทนำ

ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดคลอด (Premature rupture of membranes; PROM) คือการแตกของถุงน้ำคร่ำก่อนที่จะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ (Dayal S. & Hong PL, 2023) ส่วนใหญ่มักพบในภูมิภาคที่มีระบบการเข้าถึงการดูแลสุขภาพอนามัยมารดาที่ค่อนข้างลำบาก เช่นในประเทศแถบแอฟริกา พบความชุกของการเกิดภาวะ PROM สูงถึง ร้อยละ 9.2 (95% CI 5.0-16.4) ส่วนใหญ่พบปัจจัยเสี่ยง เช่น การไม่ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ (OR = 2.87, 95% CI 1.34, 6.14) การมีประวัติเคยเกิด PROM มาก่อน (OR = 4.09, 95% CI 2.82, 5.91) มีประวัติการทำแท้ง (OR = 3.13, 95% CI 1.63, 6.01) มีปัญหาการตกขาวผิดปกติ (OR = 6.78, 95% CI 4.11, 11.16) และมีการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ (OR = 3.04, 95% CI = 1.21, 7.63) (Tiruye, G. et al, 2021) สิ่งที่สำคัญปัญหานี้ยังพบอุบัติการณ์ของการเกิดสูงขึ้นมากในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเลือดจางร่วมด้วย ในภูมิภาคเอเชียพบการเกิดสูงถึง ร้อยละ 64 (Mahjabeen, N., Nasreen, S. Z. A., & Shahreen, S., 2021) เมื่อศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงพบว่า กลุ่มที่ยังทำงานอยู่ต่อเนื่องขณะตั้งครรภ์และกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปีและมากกว่า 35 ปี ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง

ผู้ป่วยที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดคลอด ถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์และภาวะดังกล่าวส่งผลให้มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการอักเสบติดเชื้อตามมาได้ (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2556) สำหรับในประเทศไทยโดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีการรวบรวมข้อมูลไว้พบความชุกของการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น สูงถึง ร้อยละ 16.8 โดยมีปัจจัยเสี่ยงเช่น ดัชนีมวลกาย(BMI) ก่อนการตั้งครรภ์ต่ำกว่า 18.5 kg/m^2 (OR = 1.89; 95% CI, 1.28–2.81), น้ำหนักเพิ่มขึ้น < 5 kg (OR = 5.11; 95% CI, 2.96–8.81), ฝากครรภ์ไม่ครบคุณภาพ (OR = 5.16; 95% CI, 3.50–7.61), PROM (OR = 4.22; 95% CI, 2.20–8.11), และมีประวัติทารกคลอดน้ำหนักน้อย (OR = 46.56; 95% CI, 13.15–164.88) (Intaraphet S. et al, 2021) ซึ่งปัญหาเหล่านี้สามารถส่งผลกระทบต่อทั้งด้านมารดาและทารก เช่น ภาวะติดเชื้อในโพรงมดลูก ภาวะสายสะดืออักเสบ รวมทั้งการติดเชื้อในทารก หากพบในมารดาที่อายุครรภ์ไม่ครบกำหนดทารกที่คลอดออกมาจะมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นจากภาวะ Respiratory Distress Syndrome และ Intraventricular Hemorrhage ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ คือการแตกตัวของถุงน้ำคร่ำก่อนที่จะมีการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่จำกัดเวลาหรืออายุครรภ์ (ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, 2560) อุตติการณ์ของภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์แตกต่างกันมากแล้วแต่คำจำกัดความ ตามรายงานต่างๆ พบได้ตั้งแต่ ร้อยละ 3 -18.5 ของการคลอด โดยที่ร้อยละ 94 ของผู้ป่วยจะเป็นการตั้งครรภ์ครบกำหนดที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ (Term Premature Rupture of Membranes) ประมาณร้อยละ 5 จะเป็นทารกก่อนกำหนดที่มีน้ำหนัก 1,000 – 1,500 กรัมและน้อยกว่า ร้อยละ 0.5 จะเป็นทารกก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม

การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดคลอด โดยการรับไว้ในโรงพยาบาล ร่วมกับการตรวจท่าและฟังเสียงหัวใจเด็ก หลีกเลี่ยง PV หรือ PR เพราะทำให้เกิดการติดเชื้อลูกกลมเข้าโพรงมดลูกง่ายขึ้น ยกเว้นเริ่มมีการเจ็บครรภ์ ให้นอนพักบนเตียงใส่ผ้าอนามัยเพื่อสังเกตลักษณะจำนวนของน้ำคร่ำ วัดสัญญาณชีพ ฟังเสียงหัวใจมารดา ทุก 4 ชั่วโมง อย่างไรก็ตามหลายการศึกษาสนับสนุนว่าในกรณีครรภ์ครบกำหนดหรือใกล้ครบกำหนดควรชักนำการเจ็บครรภ์เร็วกว่า โดยทั่วไปแนะนำให้ชักนำการคลอดเลยโดยใช้ Oxytocin ถ้าปากมดลูกไม่พร้อม (Bishop < 6) อาจให้ยาพ羅斯ตาแกลนดินช่วย การชักนำคลอดเลยจะช่วยลดปัญหาการติดเชื้อหลังคลอดและการติดเชื้อในทารก (Dayal S. & Hong PL, 2023) (มณีนภรณ์ โสมานุสรณ์, 2560) การให้สเตียรอยด์ใน Preterm PROM การให้ยาสเตียรอยด์เพื่อช่วยเร่งพัฒนาการของปอดทารกและลดอุบัติการณ์ของ Respiratory Distress Syndrom นั้น จะได้ผลดีเมื่อมีการคลอดภายหลังเริ่มให้ยาไปแล้ว 24 ชั่วโมงและได้ผลดีที่สุดเมื่ออายุครรภ์ 30-32 สัปดาห์ (Restuning W. et al, 2018) มีรายงานว่า การให้ยาปฏิชีวนะร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ในราย Preterm Premature Rupture of Membranes จะช่วยลดอัตราการตายของทารกแรกคลอดลง ลดอัตราการเกิด Sepsis และ Respiratory Distress Syndrome และเพิ่มน้ำหนักแรกคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการให้เฉพาะคอร์ติโคสเตียรอยด์เพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตามเกี่ยวกับการการให้ยาปฏิชีวนะใน Preterm Premature Rupture of Membranes นั้นยังถือว่ายังเป็นเรื่องที่สรุปได้ยากในขณะนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการพยากรณ์ตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนดและมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตก ร่วมกับภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยากรณ์ผู้คลอดก่อนกำหนดและมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกร่วมกับทารกในครรภ์มีภาวะขาดออกซิเจน จำนวน 2 ราย ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลชนบท ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 20 กรกฎาคม – 18 กันยายน 2566

ผลการศึกษา

ผู้รับบริการหญิงตั้งครรภ์ทั้งสองราย อายุ 26 ปี และ 29 ปี มีน้ำเดินและเจ็บครรภ์คลอดก่อนมาโรงพยาบาลทั้งสองราย และรายที่ 1 กำหนดคลอด 28 สิงหาคม 2566 อายุครรภ์ 34⁺³ สัปดาห์ ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว แต่มีความเสี่ยงสูงก่อนตั้งครรภ์มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (BMI = 16.52) ไม่มีประวัติสูบบุหรี่และมีประวัติผลการตรวจปัสสาวะพบสารแอมเฟตามีน ส่วนรายที่ 2 กำหนดคลอด 18 พฤศจิกายน 2566 อายุครรภ์ 31⁺¹ สัปดาห์ ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว มีประวัติมาฝากครรภ์ช้า ไม่มีประวัติสูบบุหรี่เป็นประจำ

ผู้รับบริการรายที่ 1 วินิจฉัย PROM with Preterm labor with Fetal Distress GA 34+3 wks by U/S G2P1A0L1, Plan of management : Cx. Fully dilate Go on labor และรายที่ 2 วินิจฉัย PROM

with Preterm Labor GA 31+1 wks.by U/S G2P1A0L1, Plan of management: Inhibit of labor and Refer โรงพยาบาลขอนแก่น

หญิงตั้งครรภ์รายที่ 1 หญิงไทย อายุ 26 ปี รับไว้รักษาในโรงพยาบาล วันที่ 20 กรกฎาคม 2566

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน: ภู่งน้ำคร่ำแตก เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ก่อนมาร.พ. 2 ช.ม. นำส่ง โดย รพ.สต. มารดา G2P1A0L1 last 2 ปี GA 34+3 wks. by U/S ANC ร.พ.ชนบท ไม่ครบเกณฑ์ LMP 20/11/65 EDC 28/08/66

ประวัติเจ็บป่วย: ปฏิเสธโรคประจำตัว High risk BMI น้อยก่อนตั้งครรภ์ 16.52 /สามีสูบบุหรี่และมีประวัติ Urine Amphetamine positive

ตรวจร่างกายแรกรับ: T=37 C, P = 100 bpm, R = 20 bpm., BP 102/77 mm. Hg, BW 53 kg. สูง 165 cms., SPO₂ Sat 95% PV Cx. Fully dilate FHS 60-80 bpm., Interval = 1 min Duration = 60 min, EFW 2,000 grams

ผลLab ANC

VDRL= Non-Reactive, Anti HIV = Non-Reactive

HBsAg= Negative DCIP= Negative

HCT= 36%, 34.4%

Blood group= A Rh positive MCV 71.6 ft

ขณะฝากครรภ์ ตรวจพบ UA Leukocytes 3+, WBC 30-50 cell/HPF GA 17-32 wks.

Pap smear = Candida spp.

การวินิจฉัยแรกรับ: PROM with Preterm labor with Fetal Distress GA 34+3 wks. by U/S G2P1A0L1 , Plan of management : Cx. Fully dilate Go on labor

การพยาบาลก่อนคลอดและหลังคลอด Admit 20 ก.ค.66 (17.30-19.00น.)

-เวลา 17.30 น. PV Cx. Fully Dilate with Fetal distress ย้ายเข้าห้องคลอดเตรียมคลอด รายงานแพทย์เวร และทีมรับคลอด Interval= 1 นาที Duration=60 วินาที FHS 60 bpm IUR On O2 Mask C bag 10 LPM, On 0.9% NSS 1000 120ml/hr. เชียร์เบ่งคลอด เตรียม ทีมรับเด็กแพทย์ พยาบาล และเตรียมพร้อมNCPR

-17.37 น. มารดาคลอดปกติ ได้ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 1,800 grams Apgar score 1 min=6, 5min=6, 10min=7 หักTone, RR, Appearance ภาวะแรกเกิด Non Vigorous Complication Birth Asphyxia with Preterm On ET tube No.3 Deep 7.5 ,On Incubator ประสานส่งต่อ NICUร.พ.ขอนแก่น

- 17.37 น. คลอด Normal labor with slight tear
- 17.45 น. ฉีด Oxytocin 10 unit IM หลังคลอดไหล่น้ำคุดร Complete total blood loss 200 ml รกคลอด Complete Cord ,Anus Normal
- 17.50 น. มี Uterine Atony On 5%D/N/2 1,000ml+ Synto 40 unit Rate 120 ml/hr.
- 17.55 น. ฉีด Methergin 1 amp IV Stat คลื่นมดลูกต่อเนื่อง
- 18.00 น. คลื่นมดลูกต่อเนื่องหดตัวดี Estimate blood loss 200 ml
- 19.00 น. ประสานส่งต่อ รพ.ขอนแก่น มารดาพร้อมทารก Birth Asphyxia with Preterm นำส่งโดยพยาบาลห้องคลอด 2 คน

หญิงตั้งครรภ์รายที่ 2 หญิงไทย อายุ 29 ปี รับไว้รักษาในโรงพยาบาล วันที่ 17 กันยายน 2566

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : ฤกษ์น้ำคร่ำแตก ก่อนมาร.พ. 3 ช.ม. ให้ประวัติ มีน้ำเดิน 08.00 น. แต่ไม่มาร.พ.ทันทีเนื่องจากไม่มีอาการเจ็บครรภ์ พอมีอาการเจ็บครรภ์ถี่เลยมาโรงพยาบาล มารดา G2P1A0L1 Last 1.6 ปี GA 31+1 wks by U/S ANC ร.พ. ชนบท ไม่ครบเกณฑ์, LMP ต้น ม.ค. 66, EDC 18/11/66

ประวัติเจ็บป่วย: ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่แพ้อาหารและยา, High risk Late ANC, สามีสูบบุหรี่

ตรวจร่างกายแรกรับ: T=36.5 C P=92bpm R=20bpm BP115/82 mmHg BW 49 Kgs. สูง 147 cms. SPO2 98% Interval = 6 min Duration = 30 min, FHS 130 bpm, EFM = Minimal variability U/S EFW 2,100 grams, PV Cx. dilate 5 cms., Effacement 80% Station+1 ML, Cough test=positive

ผล Lab ANC

VDRL= Non-Reactive, Anti HIV = Non-Reactive HBsAg= Negative DCIP=Negative

HCT= 33.1%, 39.1% Blood group= O Rh positive MCV 11.7 fl ขณะฝากครรภ์ ตรวจ Stool Occult blood positive Plan repeat หลังคลอด

การวินิจฉัยแรกรับ: PROM with Preterm Labor GA 31+1 wks. by U/S G2P1A0L1, Plan of management: Inhibite of labor and Refer Khonkaen Hospital

การพยาบาลก่อนคลอด Admit 17 ก.ย.66 (11.00-12.15น.)

-เวลา 11.00 น. PV Cx. Dilate 5cms. Effacement 80% Station +1 ML, Interval = 6 นาที Duration = 30 วินาที, Monitor FHS 144 bpm., EFM: Minimal variability IUR, On O₂ Mask C bag 10 LPM, on 0.9% NSS 1000 120 ml/hr. ต่อเนื่อง, SPO₂ 98% รายงานแพทย์เวรและทีม LR Refer เพื่อเตรียมความพร้อม, เจาะ Lab CBC, Lab2 และ U/A, แพทย์ให้ Bricanyl ½ amp.SC stat ตามแผนการรักษา , Cough test positive, จุ่มน้ำเดิน PH 8.0, Fern test: Not found

-เวลา 11.05 น. ให้อา Dexamethasone 6 mg IM stat, Monitor EFM

-เวลา 11.10 น. ให้อา Ampicillin 2gm IV stat ,Retained Foley catheter

-เวลา 11.15 น. แพทย์โทร Consult แพทย์ Staff รพ.ขอนแก่น ให้ Inhibit of labor by

1. ให้ 10% MgSo4 4 mg IV slowing push at 12.00 น.

2. ให้ 50%MGS04 20mg+5%D/W 500 ml IV rate 25 ml/hr at 12.10น.

-เวลา 12.15 น. PV ก่อน refer Cx. Dilate 5 cms. Effacement 80% Station +1 ML, Interval= 10 นาที Duration=30 วินาที FHS 138 bpm, EFM: Cat I, IUR ขณะส่งต่อ นำส่ง รพ.ขอนแก่น โดยทีมแพทย์ 1 คนพยาบาลวิชาชีพ LR 2 คน, Monitor vital sign and FHS ถึง ร.พ. ขอนแก่น

-เวลา 13.00 น. PV Cx. dilate 8 cms. Effacement 100% Station +1 ML Clear, Interval= 3 นาที Duration=45 วินาที FHS 130 bpm, vital sign stable

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาเปรียบเทียบผู้รับบริการหญิงตั้งครรภ์ กรณีศึกษา 2 ราย

ประเด็น เปรียบเทียบ	ข้อมูลกรณีศึกษา		การวิเคราะห์
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
1. ปัจจัย เสี่ยงต่อการ เกิดโรค	ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์, ก่อนตั้งครรภ์มีค่าดัชนีมวล กายต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (BMI = 16.52) สามมีมี ประวัติสูบบุหรี่และมีประวัติ ผลการตรวจปัสสาวะพบสาร แอมเฟตามีน	ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์, มาฝากครรภ์ช้า, สามมีมี ประวัติสูบบุหรี่เป็นประจำ	ผู้รับบริการหญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 ราย มีปัจจัยเสี่ยงที่ คล้ายคลึงกันคือ การไม่ได้รับ การฝากครรภ์ตามเกณฑ์ คุณภาพ สมาชิกในครอบครัว มีการใช้สารเสพติดคือบุหรี่ ส่วนกรณีศึกษารายที่ 1 ยังมี ประวัติค่าดัชนีมวลกายก่อน การตั้งครรภ์ต่ำกว่าเกณฑ์ ด้วย
2. พยาธิ สภาพ อาการและ อาการแสดง	-ถุงน้ำคร่ำแตก เจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด ก่อน มาร.พ. 2 ช.ม. นำส่งโดย รพ.สต. มารดา G ₂ P ₁ A ₀ L ₁ last 2 ปี GA 34 ⁺ 3 wks. by U/S ANC ร.พ.ชนบท ไม่ ครบเกณฑ์	-ถุงน้ำคร่ำแตก ก่อนมาร.พ. 3 ช.ม. ให้ประวัติ มีน้ำเดิน 08.00 น. แต่ไม่มาร.พ.ทันที เนื่องจากไม่มีอาการเจ็บ ครรภ์ พอมีอาการเจ็บ ครรภ์ก็เลยมาโรงพยาบาล มารดา G ₂ P ₁ A ₀ L ₁ Last 1.6 ปี GA 31 ⁺ 1 wks. by U/S	-ถุงน้ำคร่ำและน้ำคร่ำที่ ล้อมรอบตัวทารกอยู่มีหน้าที่ หลักในการป้องกันไม่ให้ทารก ได้รับอันตรายจากแรง กระแทกและส่งเสริมให้ทารก มีการเจริญเติบโตและ พัฒนาการตามปกติ หากมี การแตกของถุงน้ำคร่ำก็

ประเด็น เปรียบเทียบ	ข้อมูลกรณีศึกษา		การวิเคราะห์
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
	LMP 20/11/65 EDC 28/08/66 - BT=37 °C, P=100 bpm, R= 20 bpm., BP 102/77 mm. Hg, น.น. 53 kg. สูง 165 cms., SPO ₂ Sat 95% PV Cx. Fully dilate FHS 60-80 bpm., Interval = 1 min Duration = 60 min, EFW 2,000 grams	ANC ร.พ. ชนบท ไม่ครบ เกณฑ์, LMP ต้น ม.ค. 66, EDC 18/11/66 - BT=36.5 °C P=92 bpm R=20bpm BP115/82 mm. Hg, น.น. 49 Kgs. สูง 147 cms., SPO ₂ 98% Interval = 6 min Duration = 30 min, FHS 130 bpm, EFM = Minimal variability U/S EFW 2,100 grams, PV Cx. dilate 5 cms., Effacement 80% Station+1 ML, Cough test=positive	อาจจะทำให้การทำหน้าที่ ต่างๆ เหล่านี้ของถุงน้ำคร่ำ และน้ำคร่ำเสียไปได้ ถือว่า เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติ ศาสตร์และภาวะดังกล่าว ส่งผลให้มีการเจ็บครรภ์คลอด และเสี่ยงต่อการติดเชื้อใน โพรงมดลูกได้ -ภาวะน้ำคร่ำเดินก่อนครบ กำหนดครรภ์คลอด ถ้าเป็น เวลานาน มีผลให้ทารกขาด ออกซิเจนในครรภ์ได้ เนื่องจากภาวะสายสะดือ พลัดต่ำ อาจจะมีได้ทั้งแบบ ไหลออกมาเหนือส่วนน้ำให้ เห็น หรือแนบอยู่ด้านข้าง ส่วนน้ำไม่ไหลออกมาให้เห็น ซึ่งภาวะนี้จะสัมพันธ์กับ จังหวะการเต้นของหัวใจ ทารกแบบ Variable deceleration pattern ทารกจำเป็นต้องได้รับการ ช่วยคลอดฉุกเฉินเพื่อ ช่วยชีวิต
3. การรักษา	Admit 20 ก.ค.66 (17.30- 19.00น.) -เวลา 17.30 น. PV Cx Fully Dilate with Fetal distress ย้ายเข้าห้องคลอด เตรียมคลอด รายงานแพทย์ เวร และทีมรับคลอด	Admit 17 ก.ย.66 (11.00- 12.15น.) -เวลา 11.00 น. PV Cx. Dilate 5 cms. Effacement 80% Station +1 ML, Interval = 6 นาที Duration = 30 วินาที,	ผู้รับบริการหญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 กรณีศึกษา ได้รับการ ประเมิน การตรวจร่างกาย และการตรวจพิเศษที่ เกี่ยวข้องกับทางสูติศาสตร์ อย่างครบถ้วน และได้รับการ ดูแลเบื้องต้นตามมาตรฐาน

ประเด็น เปรียบเทียบ	ข้อมูลกรณีศึกษา		การวิเคราะห์
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
	Interval =1 นาที Duration=60 วินาที FHS 60 bpm, on O ₂ Mask C bag 10 LPM, On 0.9% NSS 1,000 120 ml./hr. เชียร์แบ่งคลอด เตรียม ทีม รับเด็กแพทย์ พยาบาล และ เตรียมพร้อม NCPR -17.37 น. มารดาคลอด ปกติ ได้ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 1,800 grams Apgar score 1 min=6, 5min=6, 10min=7 หัก Tone, RR, Appearance ภาวะแรกเกิด Non Vigorous Complication Birth Asphyxia with Preterm on ET tube No. 3 Deep 7.5 ,on Incubator ประสานส่งต่อ NICU ร.พ.ขอนแก่น -17.37 น. คลอดNormal labor with slight tear -17.45 น. ฉีด Oxytocin 10 unit IM หลังคลอดไหล หน้าคลอดรก Complete total blood loss 200 ml รกคลอด Complete Cord ,Anus Normal -17.50 น. มี Uterine Atony On 5%D/N/2	Monitor FHS 144 bpm., EFM: Minimal variability IUR, On O ₂ Mask C bag 10 LPM, on 0.9% NSS 1000 120 ml./hr. ต่อเนื่อง , SPO ₂ 98% รายงานแพทย์ แหวและทีม LR Refer เพื่อ เตรียมความพร้อม, เจาะ Lab: CBC, Lab 2 และ U/A, แพทย์ให้ Bricanyl ½ amp. SC stat ตาม แผนการรักษา, Cough test positive, จุ่มน้ำเดิน PH 8.0, Ferm test: Not found -เวลา 11.05 น. ให้ยา Dexamethasone 6 mg IM stat, Monitor EFM -เวลา 11.10 น. ให้ยา Ampicillin 2gm IV stat ,Retained Foley catheter -เวลา 11.15 น. แพทย์โทร Consult รพ.ขอนแก่น แพทย์ Staff รพ.ขอนแก่น ให้ Inhibited of labor by 1. ให้ 10% MgSo4 4 mg IV slowing push at 12.00 น. 2. ให้ 50%MGS04 20mg+5%D/W 500 ml	การดูแลผู้ป่วยทางสูติกรรม ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และ เหมาะสม ได้รับการพยาบาล และแก้ไขปัญหาที่มีคุณภาพ

ประเด็น เปรียบเทียบ	ข้อมูลกรณีศึกษา		การวิเคราะห์
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
	1,000ml+ Synto 40 unit Rate 120 ml/hr. -17.55 น. ฉีด Methergin 1 amp IV Stat คลื่นมดลูก ต่อเนื่อง -18.00 น. คลื่นมดลูก ต่อเนื่องหดตัวดี Estimate blood loss 200 ml -19.00 น. ประสานส่งต่อ รพ.ขอนแก่น มารดาพร้อม ทารก Birth Asphyxia with Preterm นำส่งโดย พยาบาลห้องคลอด 2 คน	IV rate 25 mL/hr. at 12.10น. -เวลา 12.15 น. PV ก่อน refer Cx. Dilate 5 cms. Effacement 80% Station +1 ML, Interval= 10 นาที Duration=30 วินาที FHS 138 bpm, EFM: Cat I, IUR ขณะส่งต่อ นำส่ง รพ. ขอนแก่น โดยทีมแพทย์ 1 คนพยาบาลวิชาชีพ LR 2 คน, Monitor vital sign and FHS ถึง ร.พ. ขอนแก่น -เวลา 13.00 น. PV Cx. dilate 8 cms. Effacement 100% Station +1 ML Clear, Interval = 3 นาที Duration = 45 วินาที FHS 130 bpm, vital sign stable	
4. ปัญหา และข้อ วินิจฉัย ทางการ พยาบาล 4.1 ระยะ ก่อนคลอด	1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะติด เชื้อในโพรงมดลูกเนื่องจาก ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด 2. เสี่ยงต่อการคลอดก่อน กำหนดเนื่องจากมีภาวะถุง น้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด 3. เสี่ยงต่อทารกมีภาวะ Fetal distress เนื่องจากมี ภาวะถุงน้ำแตกก่อนกำหนด	1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะติด เชื้อในโพรงมดลูกเนื่องจาก ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด 2. เสี่ยงต่อการคลอดก่อน กำหนดเนื่องจากมีภาวะถุง น้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด 3. เสี่ยงต่อทารกมีภาวะ Fetal distress เนื่องจากมี ภาวะถุงน้ำแตกก่อนกำหนด	กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้รับบริการได้รับการ พิจารณาให้ทำคลอดได้ และ ได้รับการรักษาและการ พยาบาลตามมาตรฐานการ พยาบาลผู้คลอด กรณีศึกษา รายที่ 2 แพทย์พิจารณาและ ลงความเห็นว่าเป็นเหตุสมควร ควรได้รับการยับยั้งการคลอด เนื่องจากอายุครรภ์ละทารก

ประเด็น เปรียบเทียบ	ข้อมูลกรณีศึกษา		การวิเคราะห์
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
	และก่อนอายุครรภ์ครบกำหนด	และก่อนอายุครรภ์ครบกำหนด	ในครรภ์ยังไม่พร้อมที่จะสามารถคลอดได้ จึงได้รับการดูแลติดต่อประสานงานและได้รับการส่งต่อไปดูแลที่โรงพยาบาลตติยภูมิ
	4. มารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทารกในครรภ์จากภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด	4. มารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทารกในครรภ์จากภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด	
	- ได้รับการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งหมด 4 ข้อ สามารถให้การพยาบาลได้ตามแผนการพยาบาล	- ได้รับการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งหมด 4 ข้อ สามารถให้การพยาบาลได้ตามแผนการพยาบาล	
4.2 ระยะ คลอด และ การส่งต่อ	1. ทารกมีภาวะ Birth Asphyxia with Preterm เนื่องจากมีภาวะถุงน้ำแตกก่อนกำหนดและก่อนอายุครรภ์ครบกำหนด	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลการยับยั้งการคลอดและได้รับการส่งต่อไปรับการรักษที่โรงพยาบาลขอนแก่น	ทั้งสองกรณีศึกษาได้รับการดูแลรักษาและการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้คลอดและหลังคลอด โดยกรณีศึกษารายที่ 1
	2. มารดาเสี่ยงต่อภาวะช็อคจากการเสียเลือดหลังคลอดจากการฉีกขาดของช่องทางคลอด	-หญิงตั้งครรภ์รู้สึกตัวดี เจ็บครรภ์เป็นพักๆ PV Cx. dilate 8 cms. Effacement 100%	มารดาหลังคลอดมีความเสี่ยงต่อการช็อคจากการเสียเลือดหลังคลอดและทารกมีภาวะ Birth Asphyxia with Preterm แพทย์และพยาบาลให้การดูแลเบื้องต้นและพิจารณาส่งต่อ
	-ได้รับการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งหมด 2 ข้อ สามารถให้การพยาบาลได้ตามแผนการพยาบาล	Station +1, ML Clear, Interval = 3 นาที - Duration = 45 วินาที FHS 130 bpm., vital sign stable PR=90 bpm, RR=20 bpm, BP 115/64 mm. Hg, SPO ₂ 98%, FHS 148 bpm.	โรงพยาบาลขอนแก่น ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 แพทย์พิจารณายับยั้งการคลอดและส่งโรงพยาบาลขอนแก่น โดยมีทีมนำส่งและให้การดูแลต่อเนื่องตลอดการส่งต่อ
	-เวลา 17.50 น. วัดสัญญาณชีพหลังรคลอด PR=90 bpm, RR=20 bpm, BP117/68 mm.Hg มารดาหลังคลอดมดลูกหดรัดตัวไม่ดี มี Uterine Atony	เคลื่อนย้ายลงจากรถ Refer 2 คนนำส่งห้องคลอด โรงพยาบาลขอนแก่น	

ประเด็น เปรียบเทียบ	ข้อมูลกรณีศึกษา		การวิเคราะห์
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
	Active bleed 200 ml. ไม่ มีอาการวิงเวียน SPO₂ 99% room air ดูแลคสิ่งมดลูก ต่อเนื่อง ให้ 5%D/N/S 1,000 ml. + oxytocin 40 Unit rate 120 ml./hr. -ดูแลนิต Methergin 1 amp. IV Stat ตามแผนการ รักษาและแลคสิ่งมดลูกให้ O₂ Mask with bag 10 LPM -Intermittent Cath urine ออก 200 ml. สีเหลืองใส ไม่มีตะกอน -ดูแลคสิ่งมดลูกต่อเนื่อง ให้ 5%D/N/S 1,000 ml. + oxytocin 40 Unit rate 120 ml./hr., Hct stat 35% -PV speculum ไม่มี Tear Cervix -คลั่งมดลูกต่อเนื่อง, observe bleeding per vagina ใส่ pad 2 ผืน observe bleeding per vagina -Monitor vital sign -แพทย์โทรประสานส่งต่อ ทารก Birth Asphyxia พร้อมมารดา ติดตามทารก มารดาหลังคลอดและบุตร ส่งต่อโรงพยาบาลขอนแก่น		

ประเด็น เปรียบเทียบ	ข้อมูลกรณีศึกษา		การวิเคราะห์
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
	โดยรพโรงพยาบาลพร้อม พยาบาลนำส่ง 2 คน เวลา 19.00 น. -ขณะส่งต่อคลังมดลูก ต่อเนื่อง, observe bleeding per vagina -Monitor vital sign ขณะ ส่งต่อ อย่างต่อเนื่อง		

สรุปและข้อเสนอแนะ

การพยาบาลผู้คลอด กรณีศึกษารายที่ 1 LMP 20/11/65, EDC 28/08/66 เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและมีถุงน้ำคร่ำแตก มารดา G₂P₁A₀L₁ last child 2 ปี, GA 34⁺³ wks. by U/S, ฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์ ปฏิเสธโรคประจำตัว มีความเสี่ยงสูงก่อนตั้งครรภ์น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ BMI =16.52 และสามีสูบบุหรี่ ร่วมกับมีประวัติ urine Amphetamine positive ตรวจร่างกายแรกรับ BT=37 °C, P = 100 bpm, R = 20 bpm., BP 102/77 mm. Hg, น.น. 53 kg. สูง 165 cms., SPO₂ Sat 95%, PV Cx. Fully dilate FHS 60-80 bpm., Interval = 1 min Duration = 60 min, EFW 2,000 grams, on O₂ Mask with bag 10 LPM, on 0.9% NSS 1,000 drip 120 ml/hr. จากนั้นมารดาคลอดปกติ ได้ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 1,800 grams, Apgar score 6-6-7, มีภาวะ Birth Asphyxia with Preterm, on ET tube and Incubator นำส่งโรงพยาบาลขอนแก่นโดยพยาบาลห้องคลอด 2 คน

กรณีศึกษารายที่ 2 มารดา G₂P₁A₀L₁, Last child 1.6 ปี, GA 31⁺¹ wks by U/S, EDC 18/11/66 ฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์ ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่แพ้อาหารและยา, high risk late ANC และสามีสูบบุหรี่ ตรวจร่างกายแรกรับ BT = 36.5 °C, P = 92 bpm, R = 20 bpm, BP 115/82 mm. Hg, น.น. 49 Kgs. สูง 147 cms., SPO₂ 98%, Interval = 6 min, Duration = 30 min, FHS 130 bpm, EFM = Minimal variability U/S EFW 2,100 grams, ตรวจ PV Cx. dilate 5 cms., Effacement 80% Station+1 ML, Cough test=positive, on O₂ mask with bag 10 LPM, on 0.9% NSS 1,000 120 ml/hr. ต่อเนื่อง, รายงานแพทย์เวรและให้ยาตามแผนการรักษา และให้ยา Inhibit of labor พยาบาล PV ก่อน refer Cx. Dilate 5 cms. Effacement 80% Station +1 ML, Interval = 10 นาที, Duration = 30 วินาที, FHS 138 bpm, EFM: Cat I, IUR และส่งต่อ รพ.ขอนแก่น

หญิงตั้งครรภ์ที่ 2 ราย ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานการพยาบาลผู้คลอด พยาบาลควร
ปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ที่ประกอบด้วย การประเมิน การวางแผน การปฏิบัติและการ
ประเมินผล อย่างถูกต้องและแม่นยำ ทั้งนี้เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ทางการพยาบาลและลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Dayal S, Hong PL. Premature Rupture of Membranes. [Updated 2023 Jul 17]. In: StatPearls
[Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2023; Jan-. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532888/>
- Tiruye, G., Shiferaw, K., Tura, A. K., Debella, A., & Musa, A. Prevalence of premature rupture of
membrane and its associated factors among pregnant women in Ethiopia: A
systematic review and meta-analysis. SAGE open medicine. 2021; 9:
20503121211053912.
- Mahjabeen, N., Nasreen, S. Z. A., & Shahreen, S. The Prevalence of Premature Rupture of
Membranes (PROM) in Anemic and Non-anemic Pregnant Women at a Tertiary Level
Hospital. European Journal of Medical and Health Sciences. 2021; 3(4): 25–27.
- มาลีวัล เลิศสาครศิริ. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยเซนต์
หลุย; 2556.
- Intaraphet S, Kongpechr S, Mahawerawat S, *et al*. Risk Factors and Outcomes of Preterm
Birth among Northeastern Thai Teenage Mothers in Thailand. J South Asian Feder
Obst Gynae. 2021; 13(2): 111–116.
- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. การพยาบาลสูติศาสตร์เล่ม 3.(พิมพ์ครั้งที่ 11). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
- มณีภรณ์ โสมานุสรณ์. การพยาบาลสูติศาสตร์. นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราช
ชนก; 2560.
- Restuning W., Mira T., Ida M., Yanti H. Nursing Care of Premature Rupture of Membranes
in Pregnancy: Roy Adaptation Model. Journal of Maternity Care and Reproductive
Health. 2018; 1(1): 87-99.

การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะปอดอักเสบร่วมกับมีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS: กรณีศึกษา 2 ราย

ผุ่กษวัณ ปาเส

บทคัดย่อ

ความเป็นมาและความสำคัญ: โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) นับเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญในผู้ป่วยวิกฤตโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์: การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะปอดอักเสบร่วมกับมีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS :กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา: กรณีศึกษาแบบเจาะจงจำนวน 2 ราย ตามกรอบแนวคิดทางการพยาบาลFANCAS

ผลการศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะปอดอักเสบร่วมกับมีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS :กรณีศึกษา 2 ราย 1) ด้าน F :Fluid balance (สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์)

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือเบาหวาน และความดันโลหิตสูง มีความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ มีแมกนีเซียมต่ำ ระดับน้ำตาลสูง ความดันสูง มีคลื่นหัวใจผิดปกติ กรณีศึกษารายที่ 2 มีระดับแมกนีเซียมต่ำ 2)

ด้าน A: Aeration (การหายใจ) ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันซึมมาก จึงได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ทั้ง 2

กรณีศึกษา 3) ด้าน N: Nutrition (โภชนาการพลังงาน) กรณีศึกษารายที่ 1 มีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดัน กรณีศึกษารายที่ 2 ไม่มีโรคประจำตัว ทั้ง 2 กรณีศึกษา มีระดับโปแตสเซียมต่ำ ได้รับการแก้ไขให้สารน้ำ และอาหารทางสายยางที่เหมาะสม กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับการแก้ไขระดับน้ำตาลที่สูงและความดันโลหิตที่สูง 4) ด้าน C:

Communication (การสื่อสาร) ทีมสุขภาพได้อธิบาย ให้ข้อมูลความเสี่ยงระยะแรกทีมสื่อสารกับญาติ ต่อมาสื่อสารโดยผู้ป่วยเขียนบอกความต้องการ ทั้ง 2 กรณีศึกษา 5) ด้าน A: Activity (การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม) ได้ใช้แบบประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตใน ICU เช่น SOS RASS (Richmon agitation sedation Scale)

Braden score ถูกผูกมัดและให้ยา Sedative ตามความเหมาะสม ทั้ง 2 กรณีศึกษา 6) S: Stimulation (ประเมินร่างกายมีภาวะถูกกระตุ้น) ทำให้ประเมินเข้ากับ Protocol sepsis ทั้ง 2 กรณีศึกษาได้รับการแก้ไขภาวะติดเชื้อ

สรุป: การประเมินผู้ป่วยวิกฤตตามแนวคิด FANCAS สามารถนำมาวางแผนทางการพยาบาล กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยหายจำหน่ายกลับบ้านได้

คำสำคัญ : การพยาบาลวิกฤตปอดอักเสบ, ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน, แนวคิดทางการพยาบาลFANCAS

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมหาสารคาม

Email: puk.phase@gmail.com

Nursing care of critically patients with acute pneumonia and respiratory failure Using the FANCAS Nursing Concept :two case studies

Pookkwan Phase

Abstract

Pneumonia is a common health problem and a significant cause of mortality, especially in critically ill patients, particularly in the elderly.

Objective: To provide nursing care for critically ill patients with pneumonia who also have acute respiratory failure according to the FANCAS nursing care concept: A case study of 2 patients.

Study Method: A case study of 2 patients following the FANCAS nursing care concept.

Study Results: To provide nursing care for critically ill patients with pneumonia who also have acute respiratory failure according to the FANCAS nursing care concept: A case study of 2 patients

1) F: Fluid balance: In the first case study, the patient had diabetes and high blood pressure, with an imbalance of fluids and electrolytes. The magnesium level was low, blood sugar was high, and there were abnormal heart rhythms. In the second case study, the patient had low magnesium levels.

2) A: Aeration (Breathing): Both patients had severe acute respiratory failure, requiring intubation. 3) N: Nutrition: In the first case study, the patient had diabetes and high blood pressure. In the second case study, there were no underlying diseases. Both patients had low potassium levels. 4) C: Communication: The health team explained the initial risk information to the relatives. Later, the patients communicated their needs in writing.

5) A: Activity: Assessment tools for critically ill patients in the ICU were used, such as SOS RASS (Richmond Agitation Sedation Scale) and Braden score. Both patients received appropriate fluid and nutrition therapy. 6) S: Stimulation: The patients were assessed according to the sepsis protocol and received appropriate treatment for infection.

Conclusion: In summary, the FANCAS approach for assessing critically ill patients can be used to plan nursing care, align nursing diagnoses with the physician's treatment plan, and ultimately facilitate patient discharge and return home.

Keywords: Pneumonia nursing care, acute respiratory failure, FANCAS nursing concept

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) นับเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของเด็กเล็กและผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าในแต่ละปีมีเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปีเสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบมากกว่า 2 ล้านคนทั่วโลก โดยในประเทศไทย โรคปอดอักเสบเป็น 5 ลำดับแรกของโรคทางเดินหายใจที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในทุกปีและมีแนวโน้มอัตราการตายจากโรคนี้เพิ่มสูงขึ้น สถิติ จากกระทรวงสาธารณสุข (2564) พบว่า อัตราการเสียชีวิตคนไทยจากโรคปอดอักเสบต่อแสนประชากรคิดเป็นอัตรา 45.3 อัตรา 45.2 อัตรา 53.3 อัตรา 49.6 และอัตรา 49.7ตามลำดับ จัดเป็นสาเหตุการ เสียชีวิตอันดับที่ 3 ของประเทศไทย ซึ่งพบได้บ่อยในกลุ่ม ผู้สูงอายุ โรคปอดอักเสบส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อ แบคทีเรีย ไวรัส หรือเชื้อรา ของระบบทางเดินหายใจส่วน ล่าง บริเวณเนื้อปอดส่วนหลอดลมฝอย ถุงลม และเนื้อเยื่อ รอบถุงลม กลุ่มผู้ป่วยวัยสูงอายุมักพบโรคปอดอักเสบ จากการสูดสำลัก (Aspiration pneumonia) เกิดจาก กลไกการตอบสนองต่อการไอและการขย้อนอาหารลดลง เกิดการสำลักอาหารเข้าไปในทางเดินหายใจได้ง่าย ส่งผล ให้เกิดการอักเสบของเนื้อปอด การดำเนินของโรคเกิดขึ้น 1 วันหลังได้รับเชื้อโรคเข้าสู่ถุงลมและเพิ่มจำนวน อย่าง รวดเร็ว หลอดเลือดฝอยของปอดที่ผนังถุงลม (Pulmonary capillary) ขยายตัวและหดเล็กลงตามมา สมาคมโรคปอด (2566.) กล่าวถึงการอักเสบ ของปอดทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ อาการ สำคัญมีใช้ ไอมีเสมหะสีเหลืองเขียวและหายใจเหนื่อยอาการเฉียบพลันและรุนแรงมากขึ้นพัฒนาเป็นภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxemia) การแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจน และคาร์บอนไดออกไซด์ระหว่างถุงลมกับหลอดเลือดลดลงจนค่าความดันก๊าซออกซิเจนในหลอดเลือดแดง (Partial pressure of oxygen: PaO₂) ลดลง หากค่าต่ำกว่า 50 มิลลิเมตรปรอท เรียกว่าภาวะหายใจล้มเหลว ชนิดพร่องออกซิเจนในหลอดเลือดแดง (Acute hypoxemic respiratory failure) แสดงอาการ หายใจเหนื่อย หอบ อัตราการเต้นของหัวใจเร็วและเต้นผิดจังหวะ ความ รู้สึกตัวลดลง ส่งผลให้อวัยวะสำคัญทำงานล้มเหลวนำไป ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะ หายใจล้มเหลวกลุ่มโรคสำคัญที่ต้องเข้ารับการรักษาคือหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม การรักษาส่วนใหญ่จะใส่ท่อช่วยหายใจ

พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมมีบทบาทสำคัญการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคปอดอักเสบและภาวะหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลันอย่างใกล้ชิดครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยใช้แนวคิดทางการพยาบาล FANCAS อ้างอิงจาก Holloway J. (1979) เป็นแนวทางในการประเมินปัญหากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและให้การพยาบาลโดยบูรณาการ หลักฐานเชิงประจักษ์มาปฏิบัติการพยาบาล เพื่อไม่เกิดภาวะคุกคามต่อชีวิต หรือการเกิดภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาล ผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบร่วมกับการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS: กรณีศึกษา 2 รายและนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบร่วมกับการหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลันให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น

กรอบแนวคิด

แนวคิดทางการพยาบาล FANCAS อ้างอิงจาก Holloway (1979) เป็นแนวคิดที่พัฒนาโดย (assessment framework) ของ แฟนคัส (fancas) โดย Dr. June C. Abbey เพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตได้อย่างรวดเร็วและครอบคลุมทุกปัญหาที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย1 แนวคิดนี้ประกอบด้วย 6 ด้านหลัก ได้แก่

F = Fluid balance คือการประเมินสภาพการคงที่ของน้ำและแร่ธาตุในร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อการทำงานของระบบหลายอย่าง เช่น ระบบไหลเวียนเลือด ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาท และระบบฮอร์โมน

A = Aeration คือการประเมินสภาพการหายใจของผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อการแลกเปลี่ยนออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด การหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลันเป็นภาวะที่ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบมักเป็น เนื่องจากการอักเสบของเยื่อหุ้มปอด การอุดตันของหลอดลม หรือการสะสมของของเหลวในช่องปอด

N = Nutrition คือการประเมินสภาพการได้รับอาหารของผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อการสร้างพลังงาน การฟื้นฟูเนื้อเยื่อที่เสียหาย การป้องกันการติดเชื้อ และการควบคุมน้ำหนัก ผู้ป่วยภาวะวิกฤตมักมีความต้องการอาหารที่สูง แต่มีปัญหาในการรับประทานอาหารได้ปกติ เช่น อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือไม่มีความอยากอาหาร

C = Communication คือการประเมินสภาพการสื่อสารของผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อการแสดงออกความรู้สึก ความต้องการ ความเห็น และความเข้าใจของผู้ป่วย การสื่อสารที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจ ไว้วางใจ และมีส่วนร่วมในการรักษา การสื่อสารที่ไม่ดีจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว วิทกกังวล และไม่เชื่อมั่นในการรักษา

A = Activity คือการประเมินสภาพการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อการทำงานของระบบกล้ามเนื้อ กระดูก ข้อ และเอ็น การทำกิจกรรมที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยรักษาความแข็งแรง ความยืดหยุ่น และความสมดุลของร่างกาย การขาดการทำกิจกรรมจะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อปอด การเกิดภาวะลิ้มเลือดหรือการเกิดแผลกดทับ

S = Stimulation คือการประเมินสภาพการรับรู้ การตอบสนอง และการกระตุ้นของผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อการทำงานของระบบประสาท การกระตุ้นที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกตื่นตัว มีสติ และมีความคิดสร้างสรรค์ การกระตุ้นที่ไม่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกง่วงนอน สับสน หรือวิตกกังวล

วิธีการศึกษา: กรณีศึกษาแบบเจาะจง 2 ราย ที่มีการวินิจฉัยเป็นปอดอักเสบและภาวะการหายใจล้มเหลวที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมโรงพยาบาลมหาสารคาม

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล: การศึกษาครั้งนี้ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อดำเนินการเลขที่ MSKH_REC66-01-080 คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง 2 ราย ใช้แนวคิดทางการพยาบาลของ FANCUS

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1

วันที่เข้ารับการรักษา	31 กรกฎาคม 2566
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ไข้ ไอ เหนื่อยหอบ ซึมมากเป็นมา 2 วัน
รายละเอียดข้อมูลทั่วไป	หญิงไทย 51 ปี อาชีพทำนา สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ
อาการแรกพบ	E4V1M6 pupils 3 mm reaction to light both eyes หอบเหนื่อย BT= 37.2°C ชีพจร 100 ครั้ง ต่อนาที อัตราการ หายใจ 40 ครั้งต่อนาที BP 224/117 mmHg
การตรวจร่างกายเบื้องต้น	ฟังปอดได้ยินเสียงผิดปกติ Crepitation ทั้งสองข้าง SPO ₂ Saturation 96% CXR พบ Perihilar Infiltration left lung ผล ATK for COVID -19 ไม่พบการติดเชื้อ
การวินิจฉัยครั้งแรก	Pneumonia with respiratory failure with sepsis
การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย	Pneumonia with respiratory failure
โรคประจำตัว	โรคเบาหวาน และ ความดันโลหิตสูง
วันที่จำหน่าย	6 สิงหาคม 2566

กรณีศึกษารายที่ 2

วันที่เข้ารับการรักษา	6 สิงหาคม 2566
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ไข้ ไอ เหนื่อยหอบ ขับเสมหะลำบาก ซึมลง มา 1 วัน
รายละเอียดข้อมูลทั่วไป	หญิงไทย หญิงไทย 79 ปี เป็นผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพ สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการไข้ ไอ เหนื่อยหอบ ขับเสมหะ ลำบาก ซึมลง สับสน
อาการแรกพบ	E4V1M6 pupils 3 mm reaction to light both eyes หอบเหนื่อย BT= 37.8°C ชีพจร 120 ครั้งต่อนาที อัตราการ หายใจ 32 ครั้งต่อนาที BP 131/81 mmHg
การตรวจร่างกายเบื้องต้น	ฟังปอดได้ยินเสียงผิดปกติ Crepitation ทั้งสองข้าง O ₂ Saturation 98% ผล CXR Infiltration Right upper lung and Right lower lung และ Cavity lesion Left lower lung ผล ATK for COVID -19 ไม่พบการติดเชื้อ
การวินิจฉัยครั้งแรก	Pneumonia with respiratory failure
การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย	Pneumonia with respiratory failure ไม่มีโรคประจำตัว
วันที่จำหน่าย	15 สิงหาคม 2566

ในการนำเสนอข้อมูลผลการศึกษา จะแบ่งเป็น 3 ตารางดังนี้ในตารางที่ 1 การแสดงข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ส่วนตารางที่ 2 จะแสดงข้อมูลเปรียบเทียบด้านแผนการรักษาการ

ตรวจทางห้องปฏิบัติการและคำสั่งการรักษาของแพทย์ และนำมาประเมินตามแนวคิดทางการพยาบาลFANCAS ดังแสดงในตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามแนวคิดทางการพยาบาลFANCAS

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

รายการ	ค่าปกติ	กรณีศึกษารายที่ 1		กรณีศึกษารายที่ 2	
		30 กรกฎาคม 2566		6 สิงหาคม 2566	
		ผลการตรวจ	แปลผล	ผลการตรวจ	แปลผล
Complete blood count					
Hemoglobin	12.4-16.4 gm/dl	12.3	ไม่ซีดติดเชื้อ	10.6gm/dl	ซีดติดเชื้อ
Hematocrit	37-49%	38.6 %	แบคทีเรียเม็ด	32 %	แบคทีเรีย
WBC	5,000- 10,000Cell/mm ³	31,830	เลือดแดงรูปร่าง ผิดปกติ	3,990	เม็ดเลือด แดงรูปร่าง ผิดปกติ
Platelet	140,000- 400,000Cell/mm ³	266,000		148,000	
Neutrophil	40-75%	93%		84%	
Serum Electrolyte					
Potassium (K)	3.6-5.2mmol/l	3.0 mmol/l	Hypokalemia	3.6 mmol/l	แมกนีเซียม ต่ำ
Albumin	3.5-5.2 mg/dl	2.9 g/dl	อัลบูมิน	3.0 g/dl	
Phosphorus	2.7-4.5 mg/dl	1.2 mg/dl	ฟอสฟอรัส	4.1 mg/dl	
Magnesium	1.70-2.55 mg/dl	1.56 mg/dl	แมกนีเซียม ต่ำ	1.6 mg/dl	
Calcium	8.6 – 10.2 mg/dl	8.5 mg/dl	แคลเซียมต่ำ	6.9 mg/dl	
HbA1C	4.8-5.9%	7.3%	เป็นเบาหวาน		
Lactate	6-20 mg/dl	21.8	ติดเชื้อ	46.5	ติดเชื้อ
pH	7.35-7.45.	7.375	Metabolic	7.413	Metabolic
PaO2	75 to 100 mmHg	60.7	Alkalosis	69.9	Alkalosis
PaCO2	35 to 45 mmHg.	31.1		24.0	
(HCO3	22 to 26 mEq/L).	17.8		15	
Base excess	- 2 ถึง + 2	-7.4		-7.6	
Chest Xray	Normal	Perihilar Infiltration left lung	ปอดด้านล่าง ซ้ายอักเสบ	Infiltration RUL RLL	

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบด้านแผนการรักษา

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การรักษา	Day 1 On Endotracheal tube No 7 Depth 21 with Ventilator Setting PCMV mode IP16/PEEP5 RR16 FIO20.4 Keep SPO₂ =94% 1. NPO 2. 0.9%Nacl iv loading total 1,500 3. 0.9% Nacl 1,000ml + KCL 40 Meq q iv 100 ml/hr 4. Ceftriaxone 2 gms stat then 1 gms iv q 24 hr 5. Azithromycin 500 mg iv OD 4. Nicardipine 1mg+0.9%Nacl 5 ml iv drip 5 ml/ hr titrate keep blood pressure 180/110 mmHg 5. Hyperglycemia DTX = 335 mg% ได้ RI 6 U subcutaneous 7. DTX q 6 hr 8. Phosphate mixture 30ml oral feeding 9. 50% Magnesium 4 gm +5%/D/W 100 ml iv drip in 4 hr ODx3Day 10. Paracetamol 500mg oral PRN q6hr 11. Losartan(50) 2tab oral OD Day 2 1. Off NPO 12. BD (1:1) 250mlx4 feed น้ำ 50 ml 13. 0.9% Nacl 1,000ml + KCL 40 Meq q iv 60 ml/hr 14. Hydralazine (25) 2 tab oral tid pc	1. On Endotracheal tube No 7 Depth 20 with Ventilator Setting PCMV mode IP16/PEEP5 RR16 FIO20.4 Keep SPO₂ =94% 1. 0.9% Nacl 1,000ml iv 100 ml/hr 2. NPO 3 DTX q 6 hr 4. Ceftazidime 1iv q 6 hr 5. Meropenam 2 gm iv stat then 1 gm iv q 8 hr 6. 50% Magnesium 4 gm +5%/D/W 100 ml iv drip in 4 hr ODx3Day Day 2 7. Off NPO Day 2 8. BD (1:1) 250mlx4 feed น้ำ 50 ml 9. 5%/D/N/2 1,000ml iv 40 Meq q iv 10 Paracetamol 500mg oral PRN q6hr

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามแนวคิดทางการพยาบาลFANCAS

แนวคิดFANCAS	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1.F: Fluid สมดุลน้ำ	1.เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเนื่องจากความไม่สมดุลของสารน้ำ และเกลือแร่ในร่างกาย	1.มีภาวะความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย
2. A: Aeration การหายใจ	2.มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง	2.มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง
3.N: Nutrition โภชนาการ	3.เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง	3.เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง
4. C: Communication การติดต่อสื่อสาร	4.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจาก ขาดความรู้และการดูแลตนเอง 5.ส่งเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยการวางแผนจำหน่าย	4.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจาก ขาดความรู้และการดูแลตนเอง 5.ส่งเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยการวางแผนจำหน่าย
5. A: Activity การทำกิจกรรม	5.พร่องวิทยาสวนบุคคลเนื่องจากช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง	6.พร่องวิทยาสวนบุคคลเนื่องจากช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง
6. S: Stimulationการกระตุ้น	6.มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย เฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะช็อค	7.มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย เฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะช็อค

จากตาราง ที่ 3 ในกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกันโดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัญหาที่คุกคามชีวิต เช่นภาวะพร่องออกซิเจน และการติดเชื้อ ในการนำเสนอครั้งนี้จึงได้เลือกนำเสนอด้วยกระบวนการพยาบาลดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษารายที่ 1

- 1.ค่า Arterial blood gas ภายหลังต่อเครื่องช่วยหายใจ 1 ชั่วโมง
2. Secretion ขาวเหลืองปานกลาง ไอไม่เก่ง
- 3.หอบเหนื่อย RR 40 /min Lung : Crepitation Both lung CxR Perihilar Infiltration left lung

4. $\text{SPO}_2 > 96\%$ ขณะ Room air แต่ซึมมาก ABG ที่ $\text{FiO}_2 = 100\%$ Body temperature 38.1°C $\text{pH} = 7.375$
 $\text{PaO}_2 = 60.7$ $\text{PaCO}_2 = 31.1$ $\text{HCO}_3\text{-act} = 17.8$ $\text{BE} = -7.4$
5. ETT No7 / Depth 21 มม.ปาก ไม่เลื่อนหลุด

ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษา รายที่ 2

1. หอบเหนื่อย RR 30 / min Lung : Crepitation Both lung วัยสูงอายุ แรงไ้มดี อ้วน คอสั้น
2. $\text{SPO}_2 = 98\%$ ขณะ Room air แต่ซึมมาก
3. ABG ที่ $\text{FiO}_2 = 40\%$ Body temperature 35.0°C $\text{pH} = 7.413$ $\text{PaO}_2 = 69.9$ $\text{PaCO}_2 = 24$ $\text{HCO}_3\text{-act} = 15$
 $\text{BE} = -7.6$
4. ETT No7.0/20 Cms มุมปาก
5. CxR Infiltration Right upper lung and Right lower lung พบ Cavity lesion Left lower lung

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีภาวะ cyanosis ปลายมือปลายเท้าเย็น ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย ฟังเสียงปอดปกติ
2. V/S RR = 16 – 20 /min, $\text{SPO}_2 \geq 94\%$
3. เสมหะได้รับการดูดตามความเหมาะสม
4. ไม่มีการรั่ว การเลื่อนหลุดของอุปกรณ์ที่ต่อจากเครื่องช่วยหายใจ การตั้งรั้งของท่อช่วยหายใจ cuff pressure
5. Spontaneous tidal Volume 7 ml/kg
6. ผล ABG อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะเป็นกรด ค่า $\text{pH} = 7.35-7.45$, $\text{PaCO}_2 = 35-45$ mmHg, $\text{PaO}_2 = 70-100$ mmHg $\text{HCO}_3 = 22-26$ mEq/L
7. หย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพผู้ป่วยพร้อมทั้งสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจนดังนี้ชีพจรเร็วหายใจลำบาก กระสับกระส่ายริมฝีปากเขียว ปลายมือปลายเท้าเย็นซีด หายใจมี retraction ปีกจมูกบาน
2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ, $\text{SPO}_2 \geq 94\%$ ทุก 30 นาที Monitor EKG
3. ดูแลให้ on ventilator setting PCMV mode IP 16, $\text{Ti} 1.0$, $\text{FiO}_2 0.4$ Keep $\text{O}_2 \text{ sat} \geq 94$ ตามแผนการรักษา
4. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี ป้องกันการสำลัก
5. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการฟังปอด หากมีเสมหะ ดูแล suction เมื่อจำเป็น

6. ตรวจสอบเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้ไม่ให้สาย Circuit หักพับงอ, เติมน้ำในหม้อ Humidifier ให้อยู่ในระดับที่กำหนดตลอดเวลา, เติมน้ำใน water trap อย่างน้อยทุก 2 - 4 ชม. เมื่อเกิด Alarm ต้องค้นหาสาเหตุและให้การแก้ไขเบื้องต้นและ ดูแลไม่ให้ tube เลื่อนหลุด
7. พลิกตะแคงตัวทุก 2 hr.
8. วัด Cuff pressure ทุกเวอร์ เพื่อป้องกันการรั่ว การดิ่งรั้งหรือการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ
10. ประเมิน Spontaneous Tidal volume ของผู้ป่วยทุก 1-2 ชั่วโมง. ปรับเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษาของแพทย์ Weaning Prototal
11. ติดตามผลLAB Serum Electrolyte เพื่อแก้ไขภาวะความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ รวมทั้งการให้อาหารทางสายยางตามแผนการรักษา ให้สมดุลเมื่อเริ่มใช้Weaning protocol

ประเมินผล

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยในระยะแรกหายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไม่ต้านเครื่อง RR 20 /min -25 bpm Lung : Creptitation Both lung SPO₂= 96%-10% ตื่นมากขึ้นซึมลดลง เริ่มWeaning Ventilator Day 2 ABG ที่ FiO₂ = 100% Body temperature 38.1°C pH =7.37 PaO₂ =:73 PaCO₂ =27 HCO₃-act =16 ETT No7/Depth 21มมปาก ไม่เลื่อนหลุด ขาวเหลืองปานกลาง CxR Perihilar Infiltration left lung ลดลง Off ETT Day 3 และ หายใจ Room air Day 4 จำหน่าย Day 6

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยในระยะแรกหายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไม่ต้านเครื่อง RR 20 /min -25 bpm Lung : Creptitation Both lung Saturation 96%-10% ตื่นมากขึ้นซึมลดลง เริ่มWeaning Ventilator Day 2 ABG ที่ FiO₂ = 100% Body temperature 36.4°C pH =7.552 PaO₂ =:66.7 PaCO₂ =22.4 HCO₃.act =19.7 ETT No7/Depth 20มมปาก ไม่เลื่อนหลุด ขาวเหลืองปานกลาง Day 3 เริ่มWeaning Ventilator CxR Infiltration Right upper lung and Right lower lung ลดลง ในDay 5 Off ETTได้ Day 6 On HHFNC และ จำหน่าย Day 9

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 ภาวะติดเชื้อในร่างกายเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะช็อก

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษารายที่ 1 BT= 38.6°C CBC พบค่า WBC Count 31,830 cell/mm³ Neutrophil = 93 % (40-75%)- Lymphocyte = 2 % (20-45%) ซึมมาก GSC E4V1M6 Serum Lactate= 46.5 Chest X-ray Left Perihilar Infiltration Secretionขาว

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้สูงอายุค่อนข้างอ้วน BT=35.0°C CBC พบค่า WBC Count 3,990 cell/mm³ Serum Lactate 21.8 Neutrophil = 84 % (40-75%)- Lymphocyte = 15 % (20-45%) เหนื่อยเพลีย ไอมีเสมหะขาว Chest X-ray Infiltration Right upper lung and Right lower lung พบCavity lesion Left lower lung

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในร่างกายและไม่เกิดภาวะSeptic shock

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการหรืออาการภาวะติดเชื้อเช่น มีไข้สูง หนาวสั่น ชีพจรเร็ว หายใจเร็ว ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึมลง
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ $BT = 36.4-37.5^{\circ}C$ $HR = 60-120$ ครั้ง/นาที $RR = 16-24$ ครั้ง/นาที $BP = 90/60-140/90$, $MAP \geq 65$ mmHg
3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ $WBC = 5,000-10,000$ cell/mm³, $Neu = 40-75\%$, $Lym = 20-45\%$, Hemoculture= No growth, sputum culture= No growth
4. ประเมินตาม SOS (Search out Severity Score) อุณหภูมิร่างกาย (Body Temperature) ความดันโลหิตส่วนบน (Systolic Blood Pressure) อัตราการหายใจ (Respiratory Rate) ระดับความรู้สึกตัว (Level of Consciousness) และปริมาณปัสสาวะ (Urine Output)

การพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงภาวะติดเชื้อ SOS (Search out Severity Score) อย่างต่อเนื่องทุก 1 ชั่วโมง
2. ประเมินอาการและอาการแสดง มีไข้สูง หนาวสั่น ชีพจรเร็ว หายใจเร็ว ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง
3. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 30 นาที, -1 ชั่วโมง BT ทุก 4 ชั่วโมง และติดตาม EKG
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ ระวังผลข้างเคียง กรณีศึกษา รายที่1 ให้ยา Ceftazidime 2 gm iv q 8 hr และ Azithromycin 300 mg iv q 24 hr กรณีศึกษา รายที่2 .ให้ยา Meropenem 1 gm iv q 8 hr .
5. เช็ดตัวลดไข้ เมื่อมีไข้ หรือ ห่มผ้าห่มให้เหมาะสมตามสภาพอุณหภูมิร่างกาย ควบคุมอุณหภูมิห้อง $25^{\circ}C$
6. ให้การพยาบาลตามหลัก Aseptic technique ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลและก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วยทุกครั้ง ดูแล Hygiene care และ Unit care เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
7. อาบน้ำ complete bed bath เพื่อให้ผู้ป่วยมีร่างกายสะอาดลดการสะสมเชื้อ
8. ติดตามและบันทึกน้ำเข้า ออก อย่างน้อยทุก 1 เวร
9. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, H/C culture Sputum Culture
10. ดูแลFoley's catheter ตามหลัก Catheter – associated urinary tract infection CAUTI
11. ติดตามผลLAB Hemoculture Sputum culture

ประเมินผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะ Septic shock BP อยู่ในเกณฑ์ $90/60-140/90$, $MAP \geq 65$ mmHg ไม่มีไข้สูง หนาวสั่น ชีพจรเร็ว หายใจเร็ว ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึมลง
สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ $BT = 36.4-37^{\circ}C$ $HR = 60-120$ ครั้ง/นาที $RR = 16$ -ครั้ง/นาที

การส่งตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อ ทั้ง 2 กรณีศึกษาผลตรวจ Hemoculture= No growth, sputum culture= No growth ไม่
ต้องปรับเปลี่ยนยาปฏิชีวนะ กรณีศึกษาที่ 1 Serum Lactateลดเหลือ 7.5 กรณีศึกษาที่ 1 Serum Lactateลดเหลือ

12 Urine out put >1ml/hr SOS Score 2-3 คะแนน

3.เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเนื่องจากความไม่สมดุลของสารน้ำ และเกลือแร่ในร่างกาย

4.เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษารายที่ 1

มีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง DTX = 335 mg% (31/7/66 at 21.00 น.) DTX = 247 mg% (31/7/66
at 23.00 น.) HbA1C=7.3 Magnesium = 1.56 mg% Calcium = 8.5mg%

กรณีศึกษารายที่ 2

DTX = 185 mg% (6/8/66 เวลา 17.30 น.) Magnesium = 1.6 mg% Calcium = 6.9 mg%

เกณฑ์การประเมินผล

1. DTX ปกติ = 80-200 mg% 2. Magnesium = 1.70-2.55 %
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า ได้แก่ อาการเหงื่อออก ตัวเย็น มือสั่น หงุดหงิด ชักหรือหมดสติ ซึ่งเป็นอาการของ
3. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ มองเห็นไม่ชัด
4. Vital signs ปกติกระหายน้ำมาก ปวดศีรษะ เหนื่อยง่าย ปัสสาวะมาก ลมหายใจมีกลิ่นคาวผลไม้

การพยาบาล

1. ประเมินการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดและสังเกตอาการของน้ำตาลในเลือดต่ำและน้ำตาลในเลือดสูง
 - 1.1 น้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น มือสั่น หงุดหงิด ชักหรือหมดสติ ซึ่งเป็นอาการของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าปกติ
 - 1.2 และน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ มองเห็นไม่ชัดกระหายน้ำมาก ปวดศีรษะ เหนื่อยง่าย ปัสสาวะมาก ลมหายใจมีกลิ่นคาวผลไม้
2. ให้สารน้ำตามแผนการรักษาคือ 0.9% Nacl iv 100 ml/hr ใน Day
3. การให้อาหารทางสายยางตามแผนการรักษาเป็นสูตรอาหารเบาหวานลดเค็มเป็น Diabetic Meletus Blenderize diet 250 ml q 6 hr Day 2
4. ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดทุก 6 ชั่วโมง (DTX q 6 hr keep = 80-200 mg%)
5. ดูแลให้ได้รับ RI scale ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด และตามมาตรฐานของยาความเสี่ยง
6. ดูแลให้ได้รับยา 50 %Magnesium 4 ML+5%D/w 100 ml iv drip in 4 ชม. X 3 Days

ประเมินผล

กรณีศึกษา รายที่ 1 ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะ Septic shock BPอยู่ในเกณฑ์ 90/60-140/90, MAP $\geq$ 65 mmHg ไม่มีไข้สูง หาวสั้น ชีพจรเร็ว หายใจเร็ว ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึมลง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BT= 36.4-37°C HR = 60-120 ครั้ง/นาที RR = 16-ครั้ง/นาที Urine out put >1ml/hr 1.Dextrostix (DTX) = 331mg% Prefeed Dose ถัดไปสูงกว่า(ปกติซึ่งอยู่ในช่วง = 80-200 mg/dLประเมิน) มีการให้RI Scale Sc ปริมาณRI 4-6 ต่อครั้ง ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า ได้แก่ อาการเหงื่อออก ตัวเย็น มือสั่น หงุดหงิด ชักหรือหมดสติ ซึ่งเป็นอาการของ ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ มองเห็นไม่ชัด

กรณีศึกษา รายที่ 2 ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะ Septic shock BPอยู่ในเกณฑ์ 90/60-140/90, MAP $\geq$ 65 mmHg

ไม่มีไข้สูง หาวสั้น ชีพจรเร็ว หายใจเร็ว ระดับความรู้สึกตัวลดลง ไม่ซึมลง

สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BT= 36.4-37°C HR = 60-120 ครั้ง/นาที RR = 16-ครั้ง/นาที

Urine out put >1ml/hr 1. Dextrostix (DTX) = 80-200 mg%ปกติได้รับการแก้ไขภาวะแมกนีเซียมต่ำ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจาก ขาดความรู้และการดูแลตนเอง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 พร่องวิยาส่วนบุคคลเนื่องจากช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง

ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษารายที่ 1 และ 2 บุตรถามถึงอาการเปลี่ยนแปลง, สีหน้าวิตกกังวล

วัตถุประสงค์

- 1.เพื่อให้ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยลดลง

เกณฑ์การประเมิน

1. ญาติมีความวิตกกังวลลดลง
2. ญาติรับทราบและเข้าใจข้อมูลอาการเปลี่ยนแปลง การรักษาที่ได้รับ

ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษารายที่ 1 และ 2 บุตรถามถึงอาการเปลี่ยนแปลง, สีหน้าวิตกกังวล

วัตถุประสงค์

- 1.เพื่อให้ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยลดลง

เกณฑ์การประเมิน

- 1.ญาติมีความวิตกกังวลลดลง
2. ญาติรับทราบและเข้าใจข้อมูลอาการเปลี่ยนแปลง การรักษาที่ได้รับ

การพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้เข้าเยี่ยมตามรอบเวลา และเพิ่มช่องทางการสื่อสาร ให้ข้อมูลโดยให้นามบัตรตึกและเบอร์โทร
2. ให้ข้อมูลญาติที่ต้องการทราบเกี่ยวกับแผนการรักษา สิ่งแวดล้อม อุปกรณ์เครื่องมือ ในหอผู้ป่วยวิกฤต
3. เปิดโอกาสให้ญาติได้พูดในสิ่งที่กังวล เป็นการสื่อสารสองทาง

4. ประเมินความต้องการของญาติ เช่น ต้องการมีความหวัง, ต้องการที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย, ต้องการที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย, ต้องการที่จะระบายความรู้สึก

5. แนวทางในการช่วยเหลือครอบครัว ได้แก่ เกี่ยวกับการรักษา, การให้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน บอกสิ่งที่ญาติ

6. ติดตามประสานงานให้ญาติได้คุยกับแพทย์เจ้าของไข้กรณีที่เกี่ยวกับแผนการรักษาที่ญาติต้องการทราบ

การประเมินผล

1. ญาติและผู้ป่วยยอมรับแผนการรักษา

2. ความกังวลของญาติลดลงหลังได้รับคำอธิบาย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 6.ส่งเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเองโดยการวางแผนจำหน่าย (Discharge Plan) โดยใช้ หลัก DMETHOD

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษา รายที่ 1 S: อาการครั้งนี้หนักมากค่ะเกิดมาไม่เคยใส่ท่อเลย โรคเบาหวานและความดันอีก

O: สังเกตพบว่าวิตกกังวล

กรณีศึกษา รายที่ 2 S: เกือบไม่รอดชีวิต ทำใจไว้แล้วยายอายุมาก

O: สังเกตสีหน้าวิตกกังวล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยและญาติเข้าใจไม่กลับมาปรึกษาซ้ำ

การพยาบาล

1. ให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นและการดูแลตนเองป้องกัน และเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองหลัก

D-METHOD ดังนี้ D: Diagnosis อธิบายเกี่ยวกับสาเหตุ พยาธิสรีระของโรค โรคปอดอักเสบแล การมีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน M: Medicine ประเมินการรับรู้และปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาเพื่อวางแผนการสอนเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยจะได้รับ E: Environment/Environment แนะนำจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม การระบายอากาศ ในห้องหรือในบ้านย จัดบ้านให้เป็นระเบียบ แสงสว่างภายในบ้านมีอย่างพอเพียง เพื่อให้สามารถมองเห็นได้ T: Treatment ประเมินการรับรู้ และความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัว H: Home care คือการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยคำนึงถึงสภาพแวดล้อม การดูแลอาหาร การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และการป้องกันการติดเชื้อ

การอภิปรายผล

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือเบาหวาน และความดันโลหิตสูงด้านFluid มีภาวะแทรกซ้อนด้าน Stimulation ทำให้ประเมินเข้ากับProtocol sepsis Loading IV fluid ประเมินDTX ให้อาลดความดันโลหิต ให้อาปฏิชีวนะ ภายใน 1 ชั่วโมง และส่งHemoculture ก่อนให้อาปฏิชีวนะ ด้าน Aeration มีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันซึมมาก จึงได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ในด้านNutritionเนื่องจากมีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดัน พร้อม

กับภาวะแมกนีเซียมต่ำ ได้รับการแก้ไขให้สมดุล ด้าน Communication ในการสื่อสาร ทีมสุขภาพได้อธิบาย ให้ข้อมูล ความเสี่ยง ด้าน Activity มีความต้องการด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลเนื่องจากการถูกจำกัดกิจกรรม พยาบาลได้ใช้แบบ ประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตใน ICU เช่น SOS RASS (Richmon agitation sedation Scale) Braden score ผู้ป่วยได้รับการประเมินแบบทันเวลาตามรูปแบบ FANCAS แก้ไขภาวะพร่อง สามารถถอดท่อช่วยหายใจ ได้สำเร็จ และจำหน่ายกลับบ้าน

กรณีศึกษาครั้งที่ 2 ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ที่ประเมินจากประวัติอาจเกิดปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร BMI เกิน ด้าน Fluid พบว่าให้สารน้ำได้ปกติ รับประทานอาหารทางสายยางได้ ให้ยาปฏิชีวนะอย่างรวดเร็ว ด้าน Aeration มี ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันซึมมาก จึงได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ในด้าน Nutrition ภาวะแมกนีเซียมต่ำ ได้รับการแก้ไขให้สมดุล Communication ในการสื่อสาร ทีมสุขภาพได้อธิบาย ให้ข้อมูลความเสี่ยง ด้าน Activity มีความ ต้องการด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลเนื่องจากการถูกจำกัดกิจกรรม พยาบาลได้ใช้แบบประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตใน ICU เช่น SOS RASS (Richmon agitation sedation Scale) Braden score ผู้ป่วยได้รับการประเมินแบบทันเวลา ตามรูปแบบ FANCAS แก้ไขภาวะพร่อง สามารถถอดท่อช่วยหายใจ ได้สำเร็จ และจำหน่ายกลับบ้าน

สรุปผลและการนำไปใช้

กรณีศึกษา 2 ราย ที่ได้รับการประเมิน FANCAS และนำไปวางแผนวินิจัยตามกระบวนการพยาบาล ของผู้ป่วยที่มี ภาวะวิกฤต มีภาวะปอดอักเสบและภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย

ข้อจำกัดทางการศึกษา เป็นเพียงการศึกษาจากเคสกรณีศึกษาเพียง 2 ราย ที่เป็นวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ซึ่งไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. (2564). สถิติโรคปอดอักเสบ.สืบค้นวันที่วันที่ 30 / พฤศจิกายน / 2566 จาก <https://spd.moph.go.th/public-health-statistics>.
2. สมาคมอายุรแพทย์ปอดแห่งประเทศไทย. (2563). โรคปอดอักเสบ สาเหตุ อาการ วิธีรักษา และการป้องกัน. สืบค้น วันที่ 30/ พฤศจิกายน / 2566 จาก <https://www.thoracic.org/thai/patient-care/pneumonia.php> Message has links.: <https://www.thairath.co.th/news/health/1935845>
3. สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, เพชร วัชรสินธุ์,พัฒนพล อร่ามอารีรักษ์, นลิน โชคงามวงศ์,มนัสนันท์ คงวิบูลยวุฒิ, ภัทริน ภิรมย์พานิช,...ทวีศักดิ์ จิตตวัฒนรัตน์ (2566).ICU Survival guidebook critical care the essentials (พิมพ์ ครั้งที่4).กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สำนักพิมพ์ เพนตากอนแอดเวอร์ไทซิง.
4. แผนการจำหน่ายผู้ป่วย D-METHOD -สืบค้นวันที่ 4/ มีนาคม / 2566จาก<https://anyflip.com/jqvli/hqxs/basic>
5. Holloway, N. M.(1979). Nursing the Critically ILL Adult. California: Addison-Wesley Publishing.2078-2080.

ผลของโปรแกรมไทยต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติก

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

จุฑามาศ เหล่าไพบูลย์

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ / nongjuthamart@gmail.com

ธีรวัฒน์ อินตุน

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ / Intoon.tt@gmail.com

แก้วตา นพมณีจรัสเลิศ

สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล/kaewta.nop@mahidol.ac.th

ตามรา สุมาลย์โรจน์*

สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล/tamara.sum @mahidol.ac.th

บทคัดย่อ:

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบวัดกลุ่มเดียวก่อน และหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกด้วยโปรแกรมไทย โดยเปรียบเทียบจากการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการอารมณ์ สังคมของเด็กออทิสติกเด็ก และการเปลี่ยนแปลงของพ่อแม่/ผู้ดูแลก่อนและหลังใช้โปรแกรมไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวของเด็กออทิสติกที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จำนวน 5 ครอบครัว คัดกรองกลุ่มตัวอย่างโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงสำหรับโปรแกรมไทยประกอบด้วย 1) กิจกรรมห้องเรียนพ่อแม่ 2) กิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กและฝึกสอนพ่อแม่ 3) การส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้านด้วยโปรแกรมไทยโดยพ่อแม่หรือผู้ดูแลหลัก ส่วนเครื่องมือสำหรับวัดผลการวิจัย ได้แก่ 1) แบบเก็บข้อมูลพื้นฐาน 2) แบบประเมินพัฒนาการอารมณ์ สังคม (FEAS) 3) แบบประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) 4) แบบสอบถามความเครียดผู้ปกครองในการเลี้ยงดูบุตร (PSI-SF) 5) แบบประเมินทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก (I-CARE) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Wilcoxon signed rank test

ผลการวิจัยหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.032, p = 0.042$) ในขณะที่พัฒนาการทางอารมณ์สังคม ($Z = -1.214, p = 0.225$) และความเครียดผู้ดูแลเด็ก ($Z = -0.674, p = 0.500$) ไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปว่าโปรแกรมไทยทำให้ครอบครัวมีทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กออทิสติกดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ความเครียดของผู้ดูแลหลักลดลงและพัฒนาการทางอารมณ์ สังคมของเด็กออทิสติกเพิ่มขึ้นแต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : ออทิสติก , THAI Model , พัฒนาการอารมณ์สังคม , พัฒนาการเด็ก

*Corresponding Author

The effectiveness of THAI program on enhancing autistic children's development Case study of Thabo Crown Prince Hospital

Juthamart Laopaiboon

Thabo Crown Prince Hospital / nongjuthamart@gmail.com

Theerawat Intoon

Thabo Crown Prince Hospital / Intoon.tt@gmail.com

Kaewta Nopmaneejumrulers

National Institute for Child and Family Development, Mahidol University/kaewta.nop@mahidol.ac.th

Tamara sumalrot*

National Institute for Child and Family Development, Mahidol University/tamara.sum@mahidol.ac.th

ABSTRACT

This quasi-experimental study was single group with pretest - posttest design. **Objective:** The effectiveness of THAI program on enhancing autistic children's development by comparing the changes in Functional Emotional Assessment Scale (FEAS), Early Childhood Development Assessments (DSPM), Parenting Stress Index Short Form (PSI-SF) and Parent-Child interaction (I-CARE) before and after using the Thai program. **Method:** Five families selected by purposive sampling. The THAI Model program is consisting of 1) Parental classroom, 2) Clinic visits by promoting child development and coaching caregivers in the clinic and 3) Home based program to promote home development by caregivers. Data were collected consisting of 1) the questionnaires of demographic 2) the Functional Emotional Assessment Scale (FEAS), 3) Early Childhood Development Assessments (DSPM) 4) the Parenting Stress Index (PSI-SF) and 5) the Parent-Child interaction (I-CARE). Data were analyzed using descriptive statistics and Wilcoxon Signed Rank Test.

Results: Findings Post-program participation significant changes in children had higher mean scores for the functional Emotional Assessment Scale (FEAS) ($Z = -1.214$, $p = 0.225$). However, Caregiver's stress had decreased scores ($Z = -0.674$, $p = 0.500$) and Parent-Child interaction (I-CARE) had increased scores ($Z = -2.032$, $p = 0.042$) were not statistically significant.

Conclusion: THAI Program improve Parent - Child interaction with autistic children significantly. It can increased scores for social emotion development and reduce Caregiver's stress but not statistically significant.

Keywords: autistic, THAI Model, Social emotional developmental stimulation, THAI model

*Corresponding Author

บทนำ

โรคออทิสติก (Autistic Spectrum Disorder, ASD) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของพัฒนาการและระบบประสาท (Neurodevelopmental disorder) โดยเด็กจะมีพัฒนาการด้านสังคม อารมณ์ การสื่อสาร ล่าช้า และมีลักษณะพฤติกรรม ความสนใจที่แคบ ซ้ำๆ ไม่ยืดหยุ่น¹ สาเหตุของโรคออทิสติก ปัจจุบันพบว่าปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นสาเหตุสำคัญ มียีนที่เกี่ยวข้องหลายตำแหน่ง โดยพบว่าลักษณะอาการแสดงของผู้ป่วยมีหลากหลาย ทำให้ไม่สามารถระบุรูปแบบการถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่ชัดเจนได้ นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ที่ส่งผลต่อความผิดปกติของพัฒนาการทางสมอง เช่น การติดเชื้อไวรัส (Rubella, CMV) หรือการได้รับสารพิษ (Teratogens) ระหว่างการตั้งครรภ์ เป็นต้น² ทำให้สมองและระบบประสาทของเด็กออทิสติกมีความบกพร่องที่ส่งผลถึงพัฒนาการเด็ก (neurodevelopmental disorder) ความบกพร่องของระบบประสาทที่สำคัญ คือ การเชื่อมต่อของเซลล์ประสาทในสมองส่วนต่างๆ น้อยกว่าปกติ (under connectivity of neurons) ซึ่งความผิดปกตินี้จะพบได้ชัดเจนที่บริเวณสมองส่วนอารมณ์ความรู้สึก (amygdala, limbic system) และสมองส่วนหลังที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทรับรู้ การเคลื่อนไหว (cerebellum) ความผิดปกติของสมองต่างๆ เหล่านี้ส่งผลให้เด็กออทิสติกมีพัฒนาการล่าช้า แบบรอบด้าน (pervasive developmental delay) และมีพฤติกรรมที่แปลกแตกต่างจากเด็กปกติ³

จากรายงานการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่า มีความชุกของโรคออทิสติกเพิ่มขึ้นจาก 6.7 ต่อ 1000 (1 ต่อ 150) ในปี ค.ศ.2002⁴ เป็น 9 ต่อ 1000 (1 ต่อ 110) ในปี ค.ศ.2006⁵ และ เป็น 11.3 ต่อ 1000 (1 ต่อ 88) ในปี ค.ศ. 2008⁶ ซึ่งถือว่าสูงมาก ในประเทศไทยจากงานวิจัยจากหลายโรงพยาบาล พบว่า มีเด็กได้รับการวินิจฉัยออทิสติกเพิ่มมากขึ้น โดยพบเป็นอันดับหนึ่งในคลินิกพัฒนาการเด็ก คลินิกจิตเวชเด็ก ของหลายโรงพยาบาลทั่วประเทศ⁷⁻⁸ ในการสำรวจระดับประเทศเมื่อสิบกว่าปีที่แล้ว (ปี 2547) โดยกรมสุขภาพจิตพบอัตราส่วน 1:1000⁹ ส่วนงานวิจัยล่าสุดในปี 2557-2558 สำรวจเด็กอายุ 18-48 เดือน ที่พ่อแม่พามาใช้บริการฉีดวัคซีน ณ คลินิกเด็กดี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีการคัดกรองภาวะออทิสติกด้วยแบบประเมิน M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers) และส่งต่อพบกุมารแพทย์พัฒนาการเด็กในรายที่ผลการคัดกรองเป็นบวก ผลงานวิจัย พบอุบัติการณ์โรคออทิสติกในเด็กที่มาใช้บริการคลินิกเด็กดี ในอัตราส่วน 1: 81¹⁰

โรคออทิสติกซึ่งเคยเชื่อกันว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย (lifelong disorders) ปัจจุบันองค์ความรู้ใหม่ๆ ด้านสมองและพัฒนาการเด็กได้ให้ความหวังกับงานทางด้านนี้โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กเล็กที่มีโอกาส recover จากโรคได้ การพยายามค้นหาผู้ป่วยตั้งแต่ช่วงวัยเด็กเล็กและให้การส่งเสริมพัฒนาการที่ตรงกับความต้องการหลักของโรค จึงเป็นกระบวนการสำคัญในการแก้ปัญหาเด็กออทิสติกที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ส่งผลถึงการลดปัญหาระยะยาวในงานด้านสาธารณสุขของประเทศ เมื่อปี 2015 American Academy of Pediatrics (AAP)¹¹ สรุปแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติก โดยเน้นว่าอายุก่อน 3 ปี เป็นช่วงเวลาสำคัญ (critical period) เซลล์สมองของเด็กเล็กเปลี่ยนแปลงได้รวดเร็ว (neuroplasticity) ควรรีบค้นหาเด็กที่สงสัยภาวะออทิสติก และรีบให้การส่งเสริมพัฒนาการรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กเล็ก เน้นให้พ่อแม่เป็นหลักสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการลูก โดยพ่อแม่ควรได้รับการสอน ให้สังเกตการสื่อสารของลูก สังเกตพฤติกรรมของเด็ก และสอนพ่อแม่ให้มองเห็นโอกาสในการสอดแทรกการเรียนรู้ (teachable moment) ผ่านทุกกิจกรรมในชีวิตประจำวัน นอกจากการค้นหาให้เด็กออทิสติก

ได้รับการรักษาได้เร็วและการเน้นให้พ่อแม่เป็นหลักสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการลูกจะช่วยให้ประสิทธิภาพในการรักษาดีแล้ว การส่งเสริมพัฒนาการที่ตรงกับความบกพร่องหลักของโรคออทิสติกก็สำคัญ โดยเฉพาะพัฒนาการด้านอารมณ์สังคม

แนวทาง DIR/ฟลอไรท์¹² พัฒนาขึ้นโดย Prof.Dr. Stanley Greenspan เป็นโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยเฉพาะกลุ่มเด็กออทิสติก DIR มีหลักการสำคัญ คือ 1) มองเด็กแบบองค์รวม โดยเน้นพัฒนาการพื้นฐาน ด้านอารมณ์สังคม 2) เข้าใจความแตกต่างระบบประสาทของเด็ก และ 3) เน้นสัมพันธภาพ ความอบอุ่นใกล้ชิดระหว่าง เด็กกับผู้เลี้ยงดู ปี 2011 งานวิจัย Randomized Controlled trial ของประเทศไทย¹³ เปรียบเทียบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกที่เน้นพัฒนาการอารมณ์ สังคมเป็นหลัก (แนวทาง DIR/ฟลอไรท์) พบว่า เด็กออทิสติกมีพัฒนาการอารมณ์สังคม การสื่อสารดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และพบว่าพ่อแม่สามารถใช้เวลากับลูกที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ความเครียดของพ่อแม่ลดน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งผลที่ได้ไม่แตกต่าง จากงานวิจัย Randomized Controlled trial จากต่างประเทศ¹⁴ นอกจากนั้น Cochrane Review Journal ปี 2013 ¹⁵ ได้สรุป Guideline สำคัญสำหรับพ่อแม่ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติก คือ 1) ควรส่งเสริมพัฒนาการผ่านการเล่น (play-based strategies) เพื่อให้ตรงกับความต้องการหลักของโรค คือ บกพร่องด้านทักษะทางสังคม และการสื่อสาร 2) ควรเน้นส่งเสริมทักษะ พื้นฐานที่ช่วยให้เด็กมีปฏิสัมพันธ์และสื่อสารกับคน เช่น การสนใจ สิ่งต่างๆ ร่วมกัน (Joint attention & Engagement) การสื่อสารโต้ตอบกลับไปมา (Reciprocal back and forth communication) 3) พ่อแม่ ปรับเปลี่ยนวิธีการในการมีปฏิสัมพันธ์กับลูก โดยเปลี่ยนจากการกำกับ สั่ง บอกให้ลูกทำตาม (Directive parents) เป็นการสังเกต และตอบสนองการสื่อสารของลูกอย่างสม่ำเสมอ (Responsive parents)

ปี 2561 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ เป็นโรงพยาบาลชุมชนในอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ได้นำองค์ความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกตามแนวทาง DIR/ฟลอไรท์ไปประยุกต์กับคลินิกเด็กดี โดยมีระบบคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วย แบบประเมิน DSPM ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข และจัดตั้งคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กพิเศษในช่วงเวลาในวันศุกร์ตอนบ่ายเพิ่มเติมไปจากคลินิกเด็กดี และในปีงบประมาณ 2563 มีเด็กเข้าคลินิกเด็กดีทั้งหมด 2,888 คน เข้ารับการกระตุ้น 1,170 คน (คิดเป็นร้อยละ 40.5) และเป็นกลุ่มเด็กเสี่ยงสูง 634 คน (คิดเป็นร้อยละ 21.95) และเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าเป็นเด็กที่มีการวินิจฉัยเป็นเด็กออทิสติก 9 คน (คิดเป็นร้อยละ 1.42) แต่ในการปฏิบัติงานก็ไม่สามารถให้บริการได้เพียงพอกับจำนวนเด็กออทิสติกที่ถูกส่งมาปรึกษาซึ่งมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อย ๆ และเมื่อเด็กที่ตรวจคัดกรองพัฒนาการแล้ว พบว่า มีพัฒนาการล่าช้าจะมีการส่งต่อเด็กไปตรวจและรับการกระตุ้นที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ต้องใช้เวลารอคิวนานและต้องมีการใช้จ่ายในการเดินทาง รวมทั้งครอบครัวไม่มีความรู้และทักษะในการกระตุ้นพัฒนาการลูกหลาน ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการกระตุ้นพัฒนาการ ด้วยเหตุนี้คณะผู้วิจัยจึงศึกษาโปรแกรมไทย

โปรแกรมไทย (Thai Home based Autism Intervention Model, THAI Model) เป็นโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการที่ใช้ได้กับเด็กทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มเด็กออทิสติก พัฒนาขึ้นโดยสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล THAI Model มีหลักการสำคัญ คือ เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้ดูแล เน้นความผูกพันของครอบครัว และเน้นพัฒนาการอารมณ์ สังคมซึ่งเป็นความบกพร่องหลักของออทิสติก THAI Model พัฒนามาจากแนวทาง แนวทาง DIR/ฟลอไรท์ โดยนำความรู้ทักษะกระบวนการที่สำคัญมาประยุกต์ในรูปแบบที่ง่าย มี

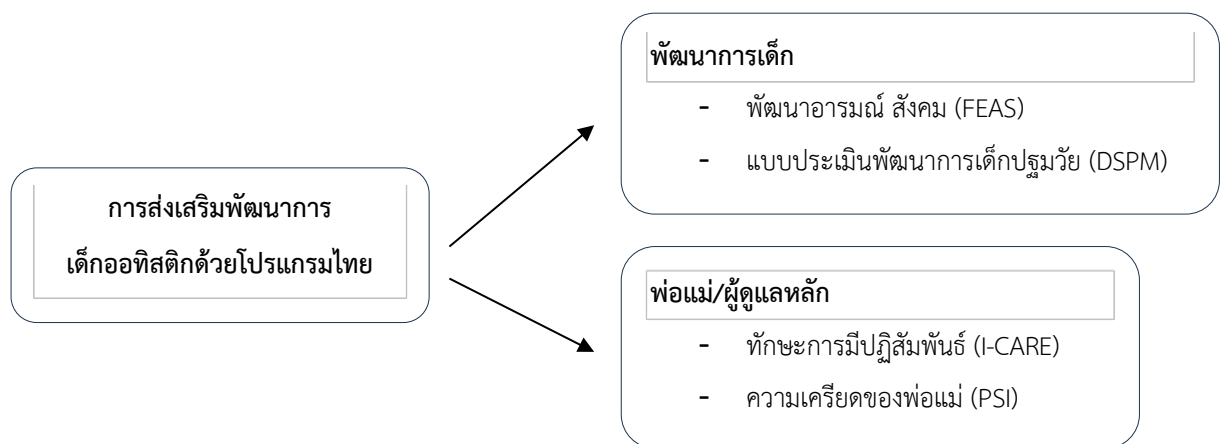
ประสิทธิภาพ ปรับให้เหมาะกับบริบท การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในการนำ THAI Model มาใช้ในระบบงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติก คือ การปรับเปลี่ยนเป้าหมายการส่งเสริมพัฒนาการจากเดิมที่เน้นการฝึกที่ตัวเด็ก เด็กทำตามทีครูกฝึกให้ทำ ผู้ดูแลอยู่นอกห้อง มีหน้าที่พาเด็กมาให้ครูฝึก เปลี่ยนเป็นการฝึกทักษะพ่อแม่ เน้นการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก ผู้ดูแลลงมาร่วมเล่นตามสิ่งที่เด็กสนใจ ผู้ดูแลเรียนรู้ทักษะการสังเกตและตอบสนองการสื่อสารของเด็ก โดยบุคลากรสาธารณสุขเปลี่ยนบทบาทจากครูฝึกเด็ก เป็นผู้ Coaching ผู้ดูแลช่วยนำพาการเรียนรู้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกด้วยโปรแกรมไทยโดยเปรียบเทียบจากการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการอารมณ์ สังคมของเด็กออทิสติกเด็ก และเปรียบเทียบจากการเปลี่ยนแปลงของพ่อแม่/ผู้ดูแลก่อนและหลังใช้โปรแกรมไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบวัดกลุ่มเดียวก่อน และหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นเด็กมีอายุระหว่าง 0-6 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกเด็กดีของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ระหว่างเดือนมีนาคมถึงธันวาคม พ.ศ 2563

กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวเด็กออทิสติก อายุ 1-4 ปี ประกอบด้วยเด็กออทิสติก 5 คน และ ผู้ดูแล 5 คน

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria)

เด็กกลุ่มตัวอย่าง

- 1) เด็กอายุ 0-6 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ
- 2) เด็กมารับบริการที่คลินิกเด็กดี และผลการประเมินพัฒนาการด้วยแบบประเมิน DSPM (ครั้งที่ 2)

แล้วยังคงพบว่า พัฒนาการล่าช้า

3) เด็กได้รับการคัดกรองด้วยแบบคัดกรองภาวะออทิสติก (M-CHAT-R) และผลการคัดกรองพบว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะออทิสติก

ผู้ดูแลหลัก

- 1) เป็นผู้ดูแลหลักของเด็ก สามารถพาเด็กมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ และสามารถอยู่กับเด็กได้ตลอดระยะเวลา 6 เดือนของงานวิจัย
- 2) เป็นผู้ที่อยู่กับเด็กพัฒนาการล่าช้าที่สงสัยภาวะออทิสติก และมีเวลาส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้านอย่างน้อย 10 ชม./สัปดาห์
- 3) ยินดีและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และเก็บข้อมูลวิจัยผ่านวีดีทัศน์

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

เด็ก

- 1) เด็กมีความเจ็บป่วยทางร่างกาย ยังไม่พร้อมรับการส่งเสริมพัฒนาการในช่วง 6 เดือนนี้ เช่น เด็กหลังผ่าตัด เด็กป่วยเรื้อรัง ร่างกายอ่อนเพลียมาก
- 2) เด็กที่ไม่มีผู้ดูแลหลัก ที่สามารถอยู่กับเด็กได้ตลอดระยะเวลา 6 เดือนของงานวิจัย

ผู้ดูแลหลัก

- 1) ผู้ดูแลมีอายุมากกว่า 70 ปี และสภาพร่างกายไม่พร้อมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กผู้ดูแลที่มีความเครียดมาก หรือ มีโรคทางจิตเวช

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1) แบบคัดกรองโรคอทิสติก (M-CHAT-R) เป็นแบบคัดกรองที่ใช้ก่อนเข้าร่วมวิจัย เพื่อค้นหาเด็กที่เสี่ยงต่อโรคอทิสติก ลักษณะแบบคัดกรองแบ่งเป็น checklist ที่ประกอบด้วยข้อคำถาม ใช่/ไม่ใช่ จำนวน 20 ข้อ
- 2) แบบเก็บข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับเด็กและครอบครัว ได้แก่ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนบุตร ผู้เลี้ยงดูหลัก ขนาดและลักษณะครอบครัว ประวัติ พัฒนาการของเด็ก โรคประจำตัว
- 3) แบบประเมินพัฒนาการอารมณ์ สังคม (Functional Emotional Assessment Scale, FEAS) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในงานวิจัยในระดับนานาชาติโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กออทิสติก แบบประเมินนี้ใช้กับเด็กอายุ 0-42 เดือน โดยแบ่งเป็น 6 ส่วน (34 ข้อ) ตามขั้นพัฒนาการอารมณ์ สังคมของเด็กปฐมวัย มี 6 ขั้น ดังนี้ 1) ความสามารถในการสงบ และสนใจจดจ่อ 2) ความผูกพันและสัมพันธ์ภาพกับคน 3) การสื่อสารด้วยท่าทาง 4) การสื่อสารได้ต่อเนื่องเพื่อ แก้ปัญหา 5) ภาษา หรือสื่อสารด้วยสัญลักษณ์ และ 6) เชื่อมโยงเหตุและผล ค่าความเที่ยงตรง ความเชื่อมั่นของแบบประเมิน = 0.83 - 0.90 (Greenspan, 2004). ผู้ช่วยวิจัยในพื้นที่จะบันทึกภาพวีดีทัศน์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้ดูแลหลักในห้องตรวจ โดยให้ผู้ดูแลเล่นกับเด็ก ใช้เวลา 15 นาที แปลผลโดยนักวิจัย 4 คน ที่มีประสบการณ์การทำวิจัยและเคยใช้เครื่องมือ FEAS แล้ว การประเมินวิธี Blind rating การประเมินพัฒนาการอารมณ์ สังคมจะประเมินโดยนักจิตวิทยาของสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว โดยสังเกตจากวีดีทัศน์

4) แบบประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) เป็นแบบคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย อายุ 0-60 เดือน พัฒนาขึ้นโดยกระทรวงสาธารณสุข ใช้เวลาประมาณ 20 นาที/คน มีค่า sensitivity 96% และค่า specificity 64% แบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ กล้ามเนื้อมัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็ก การใช้ภาษา ความเข้าใจภาษา และสังคมการช่วยเหลือตัวเอง คะแนนจะวัดโดยนำอายุพัฒนาการ (หน่วยเป็นเดือน) ของแต่ละด้านมาเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมวิจัยแยกเปรียบเทียบเป็นแต่ละด้าน

5) แบบประเมินทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก (I-CARE) แบบประเมินที่สร้างขึ้นโดย สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว ตาม Guidelines สำหรับผู้ปกครอง ของ Dr. Stanley Greenspan (Greenspan, & Wieder, 1998) โดยจะประเมินทักษะของผู้ปกครอง 5 ด้าน ได้แก่ 1) การมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก (Interaction) 2) การปลอบโยนเด็ก (Comfort) 3) การปรับตัวให้เข้ากับ ความแตกต่างของเด็ก (Adapt) 4) การสังเกตและตอบสนอง การสื่อสารของเด็ก (Read and Respond) และ 5) การให้กำลังใจ และให้โอกาสเด็ก (Encouragement) แบบวัดเป็น Linkert scale 5 ระดับ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 (ประพา หมายสุข, 2562) การประเมิน I-CARE จะประเมินโดยนักจิตวิทยาของสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว โดยสังเกตจากวิดีโอ

5) แบบสอบถามความเครียดผู้ปกครองในการเลี้ยงดูบุตร (Parenting stress index-short form, PSI-SF) เป็นแบบวัดระดับความเครียดของพ่อแม่/ผู้ดูแลหลัก มีจำนวน 36 ข้อ แบบทดสอบนี้มีฉบับแปลไทยโดย ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร (2542) ค่าความเชื่อมั่นทางสถิติของแบบสอบถามเพื่อวัดความสอดคล้อง (Internal Consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.904

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

ขั้นตอนการเชิญชวนเด็กและครอบครัวเข้าร่วมงานวิจัย

1. เตรียมเครื่องมือในการวิจัยและขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. ติดประกาศประชาสัมพันธ์เชิญชวนเด็กและผู้ดูแลหลักที่เข้ามาใช้บริการคลินิกเด็กดีและตรวจพบว่าเด็กมีพัฒนาการล่าช้า เข้าร่วมโครงการวิจัย
3. ผู้วิจัยอธิบายเกณฑ์การคัดเข้า เกณฑ์การคัดออก ให้ผู้ดูแลเด็กรับทราบ และขออนุญาตประเมินเด็กและผู้ดูแลตามเกณฑ์คัดเข้า เด็กและ/หรือผู้ดูแลหลักที่ไม่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า ผู้วิจัยจะอธิบายเหตุผลของการไม่ได้เข้าร่วมงานวิจัยและจะได้รับการส่งเสริมพัฒนาการตามระบบและขั้นตอนเดิมของกระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอนกระบวนการวิจัย

1. การประเมินก่อนเริ่มวิจัย ผู้ดูแลหลักจะได้รับการสัมภาษณ์จากบุคลากรสาธารณสุข หรือผู้ดูแลหลักกรอกข้อมูลด้วยตนเอง แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป, แบบประเมินความเครียดผู้ปกครองในการเลี้ยงดูบุตร (PSI-SF) เด็กได้รับการประเมินพัฒนาการด้วยแบบประเมิน DSPM โดยบุคลากรสาธารณสุข และเก็บข้อมูลพัฒนาการอารมณ์สังคม (FEAS) , ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก (I-CARE) โดยถ่ายวิดีโอผู้ดูแลเล่นกับเด็กในคลินิกเป็นเวลา 15 นาที

2. ดำเนินโปรแกรมไทย ระยะเวลา 6 เดือน ประกอบด้วย 3 กระบวนการ คือ

2.1) กิจกรรมห้องเรียนพ่อแม่ เป็นการอบรมและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กลุ่มของผู้ดูแลหลัก โดยมีผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นวิทยากร ระยะเวลา 3 ชั่วโมง/ครั้ง จัดกิจกรรมทั้งหมด 3 ครั้ง

2.2) กิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กและฝึกสอนพ่อแม่ เด็กและผู้ดูแลหลักมารับบริการส่งเสริมพัฒนาการแบบ 1 : 1 (เดือนละ 2 ครั้ง, ครั้งละ 60 นาที, รวม 12 ครั้ง/6 เดือน) เป้าหมาย คือ สอนวิธีการการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยโปรแกรมไทย (THAI Model) โดยเน้นในส่วนของการสร้างปฏิสัมพันธ์ ระหว่างเด็กออกติดกับพ่อแม่/ผู้ดูแลหลัก (I-CARE) โดยผู้วิจัยจะทำหน้าที่ให้คำแนะนำและสอนแสดง จากนั้นผู้วิจัยเก็บข้อมูลสอบถามการบ้าน

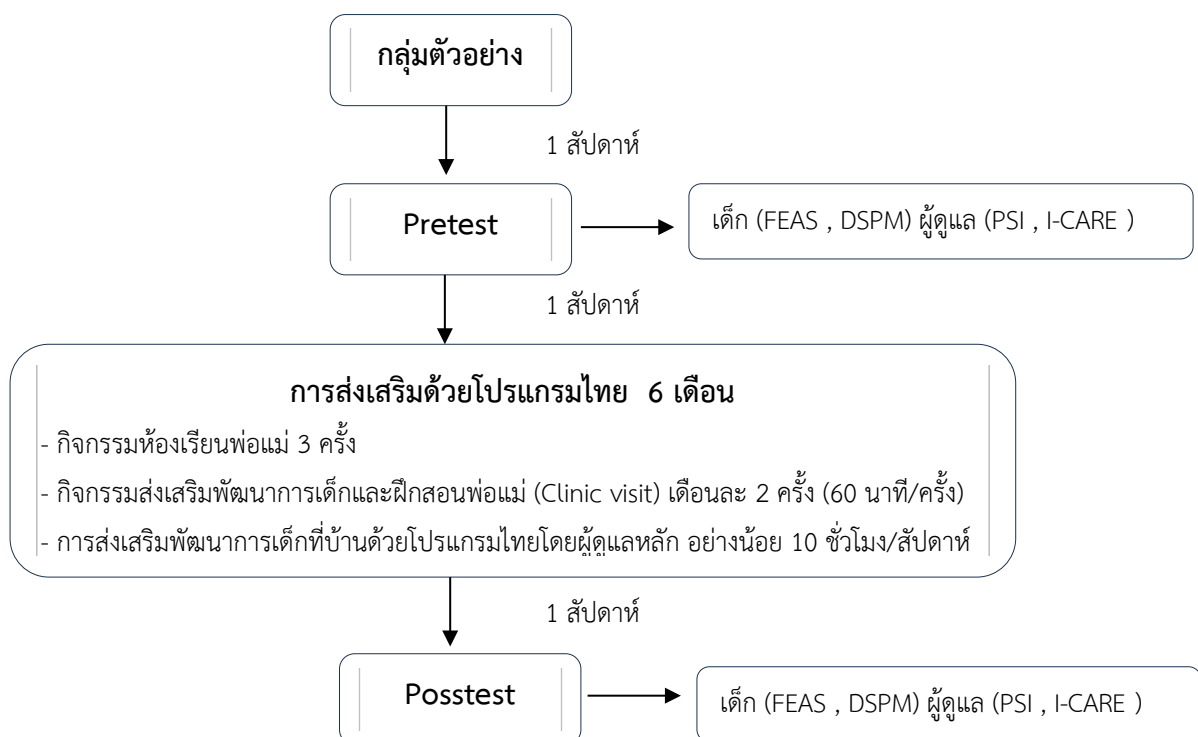
2.3) การส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้านด้วยโปรแกรมไทย พ่อแม่หรือผู้ดูแลหลัก นำแนวทางที่ได้เรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติในคลินิกนำไปทำต่อบ้านกับเด็กอย่างน้อย 10 ชั่วโมง/สัปดาห์ (1 ชั่วโมง 30 นาที/วัน)

3. ประเมินเด็กและผู้ดูแลหลักหลังเข้าร่วมวิจัย โดยประเมินด้วยเครื่องมือเหมือนก่อนเริ่มวิจัย โดยจะประเมินในช่วงเดือนที่ 7

4) ระยะเวลาที่เด็กและผู้ดูแลหลัก เข้าร่วมโปรแกรมวิจัยนาน 8 เดือน

5) เด็กและครอบครัวที่เข้าร่วมวิจัย ยังคงได้รับคำแนะนำการส่งต่อไปพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย และกระตุ้นพัฒนาการตามมาตรฐานการรักษาของกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 2 ขั้นตอนกระบวนการวิจัย



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของเด็กและผู้ดูแลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ คำนวณค่าเฉลี่ยร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง
2. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพัฒนาการอารมณ์สังคมของเด็ก ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก และความเครียดของผู้ดูแล ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม โดยใช้ Wilcoxon signed-rank test ผลการวิจัย

ส่วนที่1 ข้อมูลทั่วไป

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างของผู้ดูแลมีจำนวน 5 คน ส่วนใหญ่เป็นมารดา 4 คน (ร้อยละ 80) มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา 4 คน (ร้อยละ 80) อายุของผู้ดูแลส่วนใหญ่ 21-30 ปี อาชีพของผู้ดูแลไม่ได้ทำงานเนื่องจากดูแลบุตรและประกอบอาชีพที่บ้านเท่ากันคือ 2 คน (ร้อยละ 40) ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยายที่มีญาติผู้ใหญ่อาศัยอยู่ด้วย 4 คน (ร้อยละ 80) บิดามารดาอาศัยอยู่ด้วยกัน 3 คน (ร้อยละ 60) ส่วนใหญ่รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาท 4 คน (ร้อยละ 80) สำหรับเด็กเป็นเพศชายทั้งหมด 5 คน (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่เป็นบุตรคนแรก มีจำนวน 3 คน ที่เหลือ 2 คน เป็นบุตรคนที่สอง เด็กมีอายุเฉลี่ย 29.6 เดือน

ตารางที่1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลักและของเด็ก

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ดูแลหลัก	มารดา	4	80
	บิดา	1	20
ระดับการศึกษาของผู้ดูแล	ต่ำกว่า ม. 6	4	80
	ป.ตรี	1	20
อายุของผู้ดูแล	21-30	3	60
	31-40	1	20
	41-50	1	20
อาชีพหลักของผู้ดูแล	ไม่ได้ทำงานเนื่องจากดูแลบุตร	2	40
	ทำงานที่บ้าน	2	40
	อื่นๆ	1	20
ลักษณะครอบครัว	ครอบครัวเดี่ยว (อยู่เฉพาะพ่อแม่ลูก)	1	20
	ครอบครัวขยาย (มีญาติผู้ใหญ่อยู่ด้วย)	4	80
สถานภาพสมรสบิดา/ มารดา	อยู่ด้วยกัน	3	60
	แยกกันอยู่	2	40
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน	≤ 10,000	2	80

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนบุตรทั้งหมด	10,001- 20,000	3	20
	1 คน	2	40
	2 คน	3	60
สงสัยว่าบุตรหลานของท่านมีพัฒนาการล่าช้าหรือไม่	สงสัย	5	100
ข้อมูลเด็ก			
เพศ	ชาย	5	100
อายุ	เฉลี่ย 29.6 เดือน (20-37 เดือน)	5	100
การเรียนรู้ของเด็ก	ไม่ได้ไปโรงเรียน	3	60
	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/โรงเรียน	2	40
สุขภาพของบุตรหลานท่าน	แข็งแรง	4	80
	มีโรคประจำตัว	1	20

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไทย พบว่า คะแนนพัฒนาการอารมณ์ สังคมของเด็ก (FEAS) เพิ่มขึ้นจาก 20.26 เป็น 24.97 คะแนน และความเครียดของผู้ดูแล (PSI) ลดลง จาก 95.8 คะแนน เป็น 92.6 คะแนน แต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กของผู้ดูแล (I-CARE) เพิ่มขึ้นจาก 14.6 คะแนน เป็น 22.2 คะแนน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการอารมณ์ สังคม ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กของผู้ดูแล และคะแนนความเครียดของผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

ตัวแปร	Pre-test	Post-test	Z	p-value
คะแนนพัฒนาการอารมณ์สังคมของเด็ก	20.26	24.97	-1.214	0.225
คะแนนทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กของผู้ดูแล	14.6	22.2	-2.032	0.042*
คะแนนความเครียดของผู้ดูแล	95.8	92.6	-0.674	0.5

*p-value < .05

สำหรับการประเมินพัฒนาการ 5 ด้าน ตามแบบวัด DSPM พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม เด็ก 1 คนมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นในด้านการเข้าใจภาษา และด้านพัฒนาการด้านสังคมการช่วยเหลือตัวเอง ส่วนด้านอื่นไม่มีการเปลี่ยนแปลง สำหรับผลรวมของพัฒนาการทุกด้านเด็กที่ได้รับการประเมินว่า “สงสัยล่าช้า” จำนวน 5 คน และยังมีการประเมินว่า “สงสัยล่าช้า” จำนวน 5 คนเท่าเดิม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ในแต่ละด้านก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

ด้านพัฒนาการ	Pre-test		Post-test	
	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่	2	3	2	3
ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก	2	3	2	3
ด้านความเข้าใจภาษา	0	5	1	4
ด้านการใช้ภาษา	0	5	0	5
ด้านสังคมการช่วยเหลือตัวเอง	0	5	1	4
ผลรวมพัฒนาการทุกด้าน	ปกติ	สงสัย	ปกติ	สงสัย
	0	5	0	5

อภิปรายผลการวิจัย

โปรแกรมไทยให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือเด็กตั้งแต่เริ่มสงสัย โดยเน้นการคัดกรองเด็กที่มาเข้ารับบริการในคลินิกเด็กดี โดยใช้แบบคัดกรองที่ง่ายเพื่อค้นหาเด็กที่มีความเสี่ยงต่อภาวะออทิสติก ซึ่งสอดคล้องกับองค์ความรู้ด้านสมองว่าเซลล์สมองของเด็กเล็กเปลี่ยนแปลงได้รวดเร็ว (neuroplasticity) ถือเป็นช่วงเวลาสำคัญ (critical period) ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการส่งเสริมเด็กเล็กที่อายุน้อยตั้งแต่เริ่มสงสัยได้เริ่มมีโอกาสที่จะลดความรุนแรงของโรคได้ โดยที่ครอบครัวสามารถให้การส่งเสริมได้ระหว่างที่รอรับบริการจากโรงพยาบาลจังหวัดที่ต้องรอคิวนานโดยไม่เสียโอกาสของเด็กและครอบครัว และครอบครัวควรได้รับแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการที่ตรงกับความบกพร่องของโรคออทิสติกซึ่งมีความผิดปกติชัดเจนบริเวณสมองส่วนอารมณ์ความรู้สึก โปรแกรมไทยได้เน้นการส่งเสริมพัฒนาการอารมณ์ สังคม มาเป็นหลักในการส่งเสริมเด็กออทิสติกซึ่งต่างจากการส่งเสริมแบบเดิมที่เน้นพัฒนาการ 5 ด้านเท่านั้น จึงถือเป็นกระบวนการสำคัญในการแก้ปัญหาเด็กออทิสติกที่ตรงกับความบกพร่องหลักของเด็ก ซึ่งจากงานวิจัยค่าเฉลี่ยของพัฒนาการทางอารมณ์ สังคมและพัฒนาการรายด้านของเด็กเพิ่มขึ้น แต่ไม่มากพอที่จะพบนัยสำคัญทางสถิติ ผลงานวิจัยนี้คล้ายกับงานวิจัยของ Roger (2019)¹⁶ ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติก อายุ 12-30 เดือน จำนวน 45 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการ Intervention และกลุ่มควบคุม กลุ่ม Intervention ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการตามแนวทาง ESDM (Parent Implemented Early Start Denver Model) ร่วมกับการ Coaching ผู้ดูแลในคลินิก (1.5 ชม/สัปดาห์) และ การเยี่ยมบ้าน (1.5 ชม/สัปดาห์) รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลมีทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กดีขึ้น (Interactions skills) ส่วนพัฒนาการเด็กพบว่าดีขึ้นแต่ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับการ Coaching กับกลุ่มควบคุม โดยผลการยังไม่พบความแตกต่างมาจากหลายสาเหตุ ได้แก่ ระยะเวลาการทำวิจัยสั้น (3-6 เดือน) และแบบวัดไม่ละเอียดพอที่จะวัดความเปลี่ยนแปลงของเด็กออทิสติก

จากงานวิจัยที่เน้นให้พ่อแม่เป็นหลักสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการ โดยพ่อแม่ได้รับการสอนทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก (I-CARE) พ่อแม่ได้ลงมามีปฏิสัมพันธ์กับเด็กทำให้ได้สัมผัสได้ถึงความสุขในการเล่นกับลูก มองเห็นความน่ารัก รอยยิ้มของลูก ทำให้พ่อแม่เข้าใจลูกเพิ่มมากขึ้น ทำให้ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กของผู้ดูแล

(I-CARE) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ช่วยให้ครอบครัวสามารถพึ่งพาตนเองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้านได้ซึ่งจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวที่มีรายได้น้อย ความเครียดของผู้ดูแลหลักในงานวิจัยนี้ พบว่า มี 2 ครอบครัวที่มีคะแนนความเครียดสูงก่อนเข้าร่วมวิจัย (PSI>110) โดยพบว่าพ่อแม่ที่มีความเครียดสูงจะมีทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก (I-CARE) ในระดับต้องปรับปรุงหรือพอใช้ โดยสาเหตุความเครียดสูงในครอบครัวที่เข้าร่วมงานวิจัยนี้มีหลายสาเหตุ เช่น ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวต้องดูแล 2 คน, ครอบครัวตกงานเนื่องจากสถานการณ์ Covid และปัญหาสุขภาพจิตของพ่อแม่

ปัญหาในการทำงานวิจัย คือ ครอบครัวที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้ามีน้อยเนื่องจากพ่อแม่ไม่มีเวลา ป่วยตายายไม่สะดวกพามาคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ และพบว่าพ่อแม่ส่วนหนึ่งทำงานไม่เป็นหลักแหล่งจึงไม่สะดวกในการเข้าร่วมวิจัย และในช่วงการทำวิจัยเป็นช่วงของสถานการณ์โรคระบาดโควิด ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัยไม่มากพอ

การนำผลงานวิจัยไปใช้

1. การนำระบบการคัดกรองเด็กที่มีความเสี่ยงออทิสติกมาใช้เมื่อเด็กมาใช้บริการที่คลินิกเด็กดี เมื่อพบว่าเด็กมีความเสี่ยงจะส่งกระตุ้นพัฒนาการทันที
2. การนำแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการอารมณ์ สังคมร่วมด้วยกับการส่งเสริมพัฒนาการ 5 ด้าน
3. การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษา เพื่อช่วยให้พ่อแม่ไม่ต้องรอคิวกระตุ้นพัฒนาการนานและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการประเมินความเครียดของผู้ดูแลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ในผู้ดูแลที่มีความเครียดระดับรุนแรงควรได้รับการดูแลสุขภาพทางใจก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณครอบครัวเด็กออทิสติก และผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ที่ทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยส่วนกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล (MU-CIRB) รหัสโครงการ MU-CIRB 2019/281.2410

เอกสารอ้างอิง

1. แก้วตา นพมณีจรัสเลิศ, อินทร์สุดา แก้วกาญจน์. กระบวนทัศน์ใหม่การดูแลรักษาเด็กออทิสติก สำหรับกุมารแพทย์. วารสารกุมารเวชศาสตร์. 2560; 56(1): 6-15.
2. จรียา จุฑาภิสิทธิ์, จุฑามาส วรโชติกำจร. กลุ่มอาการออทิสซึม. ใน: ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย, รวิวรรณ รุ่งไพรวลัย, ชาศรียา อีรเนตร, บรรณาธิการ. ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ: ปียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์, 2554
3. Minshew NJ, Williams DL. The new neurobiology of autism: Cortex, connectivity, and neuronal organization. Archives of Neurology. 2007; 64: 945-50.
4. CDC. Prevalence of autism spectrum disorders-autism and developmental disabilities monitoring network, 14 sites, United States, 2002. MMWR Surveill Summ 2007;56:12- 28
5. CDC. Prevalence of autism spectrum disorders-autism and developmental disabilities monitoring network, United States, 2006. MMWR Surveill Summ 2009;58:1-20.
6. CDC. Prevalence of autism spectrum disorders-autism and developmental disabilities monitoring network, 14 sites, United States, 2008. MMWR Surveill Summ 2012; 61:1-19.
7. Amornchaichan P. Outcome of the Child Developmental Clinic at Phra Nakhon Si Ayutthaya
8. Boonjian P. Screening Results of Children with Developmental Disorders, Loei Hospital, Thailand 2013-2015. Journal of Health Science. 2016;25:204-10
9. Hospital. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand. 2012; 2 (1), 36-48.
10. Srisinghasongkram P, Pruksananonda C, Chonchaiya W. Two-Step Screening of the Modified Checklist for Autism in Toddlers in Thai Children with Language Delay and Typically Developing Children. J Autism Dev Disorder (2016). doi:10.1007/s10803-016-2876-4.
11. Zwaigenbaum L, Bauman M, Choueiri R, et al. Early Intervention for Children With Autism Spectrum Disorder Under 3 Years of Age: Recommendations for Practice and Research. Pediatrics. 2015;136;S60
12. Greenspan S, Wieder S. The Child with Special Needs: Encouraging Intellectual and Emotional Growth. United States of America: DA Capo Press; 1998
13. Pajareya K, Nopmaneejumrulers K. A pilot randomized controlled trial of DIR/ Floortime™ parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. Autism. 2011; 15:563-77.
14. Solomon R, Van Egeren LA, Mahoney G, Huber MS, Zimmerman P. PLAY Project Home Consultation intervention program for young children with autism spectrum disorders: a

- randomized controlled trial. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2014; 35:475-485.
15. Oono IP, Honey EJ, McConachie H. Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database SystRev*. 2013; 4:1– 100.
16. Rogers, S.J., Estes, A., Vismara, L. et al. Enhancing Low-Intensity Coaching in Parent Implemented Early Start Denver Model Intervention for Early Autism: A Randomized Comparison Treatment Trial. *J Autism Dev Disorder*. 2019; 49:632–646.
<https://doi.org/10.1007/s10803-018-3740-5>

การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับซิฟิลิส : กรณีศึกษา 2 ราย

วัชร่า มีไธสง

บทคัดย่อ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เอดส์และซิฟิลิสเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ที่เกี่ยวข้อง โรคเหล่านี้ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกและระดับชาติ ในประเทศไทย มีอัตราการติดเชื้อซิฟิลิสเพิ่มขึ้น 5 เท่า ในระยะเวลา 10 ปี

วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสาเหตุพยาธิสภาพและกระบวนการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับซิฟิลิส ระหว่างกรณีศึกษาที่ 1 และที่ 2 และ 2) เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพของกอดอน

วิธีการศึกษา : เลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง 2 ราย ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม ช่วงเวลา มกราคม - ธันวาคม 2566 โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนสุขภาพของกอดอน

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้งสองมีปัญหาทางสุขภาพทั้งหมด 5 แบบแผน (1, 2, 4, 8, 10) และมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 6 ข้อ ตามทฤษฎี Health Belief Model (HBM) คือ 1) มีภาวะการติดเชื้อซิฟิลิสและมีโอกาสแพร่เชื้อซิฟิลิส 2) เสี่ยงต่อการติดเชื้อซ้ำซ้อน 3) มีโอกาสเกิดไขมันสะสมในเนื้อเยื่อของร่างกาย 4) เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร 5) ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา 6) มีโอกาสเกิดอันตรายต่อร่างกายจากตับสูญเสียหน้าที่

สรุป : ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 ดูแลสุขภาพตนเองได้ในส่วนเอชไอวีแต่ซิฟิลิสยังเกิดซ้ำซ้อน ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 ดูแลสุขภาพตนเองได้ในส่วนเอชไอวีและซิฟิลิส ผู้ป่วยทั้ง 2 เข้าใจสาเหตุ พยาธิสภาพ และความรู้เกี่ยวกับโรค แต่ขาดความตระหนักด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ปลอดภัย

คำสำคัญ : ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อซิฟิลิส เพศวิถี

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม / Email watchara.mhk@gmail.com

Registered Nurse, Professional level, Outpatient Nursing Department, Mahasarakam Hospital / Email watchara.mhk@gmail.com

Nursing HIV-positive people with syphilis: two case studies

Watchara Meethaisong

Abstract

Background and significance of the problem AIDS and syphilis are sexually transmitted diseases that affect the health and quality of life of infected people and those involved. These diseases remain global and national public health problems. In Thailand the rate of syphilis infection has increased 5 times in 10 years.

The objectives of this study were 1) to compare the causes of pathology and nursing processes of people living with HIV with syphilis between case studies 1 and 2 and 2) to study the nursing process according to Gordon's health patterns.

Methodology selected two specific case studies of patients who received outpatient services in Mahasarakham Hospital January-December 2023 Using the 11 Health Scheme Conceptual Framework of Gordon's Health Patterns, the study found that patients in both case studies had a total of 5 health problems (1, 2, 4, 8, 10) theoretical Health Belief Model (HBM) and 6 nursing diagnoses: 1) have a syphilis infection and there is a chance of spreading syphilis. , 2) risk of repeated infection, 3) there is a chance that fat will accumulate in the body's tissues., 4) risk of gastrointestinal infection, 5) risk of complications from drug use, 6) there is a chance of harm to the body from the liver losing its function.

Conclusion Case study patients 1 were able to take care of their health in HIV but syphilis was still redundant. Case Study 2 patients can take care of their own health in HIV and syphilis. Both patients understand the cause. But there is a lack of awareness of safe health behaviors.

Keywords: people living with HIV, people with syphilis, gender

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เอดส์และซิฟิลิสเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ที่เกี่ยวข้อง โรคเหล่านี้สามารถป้องกันและรักษาได้ แต่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกและระดับชาติตามรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี 2564 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีใหม่ 1.5 ล้านคน สำหรับซิฟิลิส มีผู้ติดเชื้อใหม่ 374 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากซิฟิลิส 199,000 คน ในประเทศไทย มีอัตราการติดเชื้อซิฟิลิสในระยะเวลา 10 ปี (2553 – 2562) เพิ่มขึ้น 5 เท่า และมีผู้ติดเชื้อเอดส์ 520,345 คน และผู้เสียชีวิตจากเอดส์ 9,322 คน ในปี 2566 เขตสาธารณสุขที่ 7 จังหวัดมหาสารคาม เป็นจังหวัดที่มีอัตราการติดเชื้อเอดส์สูงสุดในเขตเนื่องจากการติดเชื้อเอดส์และซิฟิลิสมีผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้อง การศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอดส์และซิฟิลิสจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ

ผู้ศึกษาความสนใจในการใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน มาใช้กับกรณีศึกษาและวางแผนการให้การพยาบาลตามรูปแบบอ้างอิงทฤษฎี Health believe model

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสาเหตุพยาธิสภาพและกระบวนการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับซิฟิลิสระหว่างกรณีศึกษาที่ 1 และที่ 2

2. เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

กรอบแนวคิดการศึกษา : ใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน ประกอบด้วยแบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพแบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญอาหารแบบแผนที่ 3 การขับถ่ายของเสียแบบแผนที่ 4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกายแบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับแบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและมนต์สั่นแบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพแบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียดแบบแผนที่ 11 ความเชื่อแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน เป็นกรอบแนวคิดที่ช่วยให้ผู้ให้การศึกษาเข้าใจภาวะสุขภาพของผู้รับการศึกษาได้ดีขึ้น

วิธีการศึกษา : กรณีศึกษาแบบเจาะจงจำนวน 2 ราย เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับซิฟิลิส เพศชาย (เพศวิถี)

ตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และนำมาวางแผนการพยาบาลตามทฤษฎี Health believe model

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล : การศึกษาครั้งนี้ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อดำเนินการขอจริยธรรมเลขที่ MSKH_REC66-01-088 เพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง 2 ราย

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 เพศชาย เพศวิถี อายุ 22 ปี อาชีพรับจ้าง สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ มาตรวจตามแพทย์นัดรับยาต้านไวรัสต่อเนื่อง ไม่มีอาการแสดง ตรวจพบเชื้อซิฟิลิส VRDRL=1:64 ไม่มีผื่น ไม่มีไข้ อาการปกติ กินยาต้านไวรัส ตรงเวลาสม่ำเสมอ สัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้งต่อนาที อัตราการ

หายใจ 22 ครั้งต่อนาที BP 117/74 mmHg น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 173 เซนติเมตร BMI 20.05 ฟังปอดไม่ได้
ยินเสียงผิดปกติ CXR ปกติ ได้รับการวินิจฉัยเป็น HIV Infection และ Secondary Syphilis

กรณีศึกษาครั้งที่ 2 เพศชาย เพศวิถี อายุ 31 ปี อาชีพรับจ้าง สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ยาต้าน
ไวรัส TLD (300/300/50) ACRITAG A แกร็บที่ อุณหภูมิ 36.5 C ชีพจร 74 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที
ความดันโลหิต 100/65 mmHg BMI = 20.62 น้ำหนัก 61 กิโลกรัม ส่วนสูง 172 เซนติเมตร ตรวจร่างกายพบ
สภาพปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Lab VDRL=Non reactive Anti HCV = Negative HIV VL = 0
copy/ml CX-Ray=normal ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น HIV Infection DLP

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลการติดตามเชื้อซิฟิลิส

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อเอชไอวี	23 พฤศจิกายน 2559	15 กรกฎาคม 2556
วันที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อซิฟิลิสครั้งที่ 1	23 พฤศจิกายน 2559	29 เมษายน 2562
วันที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อซิฟิลิสครั้งที่ 2 วันที่ได้รับ	19 เมษายน 2564	ไม่เป็น
การวินิจฉัยว่าติดเชื้อซิฟิลิสครั้งที่ 3		ไม่เป็น
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	3 พฤษภาคม 2566	มาตรวจตามนัด
การวินิจฉัยแรกรับ	มาตรวจพบ 1.HIV Infection	1.HIV Infection 2.LDH
	2.Secondary Syphilis	2.Secondary Syphilis

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

รายการ	ค่าปกติ	กรณีศึกษาที่ 1		กรณีศึกษาที่ 2	
		ตรวจร่างกายปี 2566		ตรวจร่างกายปี 2566	
		ผลการตรวจ	แปลผล	ผลการตรวจ	แปลผล
Complete blood count					
WBC	5,000-10,000 Cell/mm ³	6,800	ปกติ	6,850	ปกติ
Hb	13.0-16.7 gm/dL	15.2	ปกติ	15.8	ปกติ
Hct	40.5-50.8 %	47.1	ปกติ	44.6	ปกติ
Plt	140,000-400,000 Cell/mm ³	265,000	ปกติ	218,000	ปกติ
Blood chemistry					

รายการ	ค่าปกติ	กรณีศึกษาที่ 1		กรณีศึกษาที่ 2	
		ตรวจร่างกายปี 2566		ตรวจร่างกายปี 2566	
		ผลการตรวจ	แปลผล	ผลการตรวจ	แปลผล
Creatinine	0.51-1.17 mg/dl	1.10	ปกติ	1.30	การกรองของไตปกติ
Creatinine Clearance	50-137 mg/dl	95.5	ปกติ	77.38	
eGFR	90 ML/MIN/MIN/1.73M ²	95.5	เริ่มผิดปกติ	72.1966	
LDL	0-100 mg/dl	107	เริ่มผิดปกติ	106	เริ่มผิดปกติ
Triglyceride	0-200 mg/dl	79	ปกติ	151	ปกติ
VDRL	Non reactive	1:64	ติดเชื้อซิฟิลิส	1:32	ติดเชื้อซิฟิลิส
ALT	0-50 U/L	27	ปกติ	72	ค่าการทำงานตับผิดปกติเล็กน้อย
HIV Viral Load	<50 copy/ml 1.3 log	<20	ปกติ	0	ปกติ

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบด้านแผนการรักษา

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	เปรียบเทียบกรณีศึกษา
การรักษาติดเชื้อเอชไอวี	TLD(ประกอบด้วย Tenofovir 300g/Lamivudine 300 mg Dolutegravir 50mg)	TLD(ประกอบด้วย Tenofovir 300g/Lamivudine 300 mg Dolutegravir 50mg)	กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 ได้รับการรักษาการติดเชื้อเอชไอวี ใช้สูตรเดียวกัน คือ TLD 300/300/50mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ตรงเวลา ทุกวัน

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	เปรียบเทียบกรณีศึกษา
การรักษาโรคร่วมซิฟิลิส	Benzathine penicillin G 2.4 million unit IM weekly x 3 week	Benzathine penicillin G 2.4 million unit IM weekly x 3 week	กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 ได้รับ การรักษาซิฟิลิสตามแนว ทางการรักษาโรคซิฟิลิส
การรักษาโรคร่วมไขมันในเลือดสูง และเฝ้าระวังภาวะซีด	ผลตรวจปกติไม่ได้ รับการรักษา	1. Folic acid 5 mg 2. Atorvastatin 40 mg 1 Tab OD 3. TLD [300/300/50]- acropetal 1 OD oral	กรณีศึกษาที่ 1 ปกติ กรณีศึกษาที่ 2 ต้องเฝ้าระวัง ภาวะซีดและมีระดับ ไขมัน ในเลือดสูง จากผลข้างเคียง ของยาต้านไวรัสสูตรเดิม (Kaletra / AZT) อยู่ ระหว่างติดตามผลเลือด เลือดเพื่อหยุดยาไขมันและ ยาบำรุงเลือด

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพกอร์ดอน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวินิจฉัยทางการแพทย์
แบบแผนที่ 1	- ระบุว่าติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับ ซิฟิลิสเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ไม่ป้องกันของตนเอง และเปิดเผยเพศสภาพว่าเป็นชายแก่ชาย ครอบครัวรับรู้ - ไม่เคยป่วยเป็นวัณโรค และไม่เคยดื้อยาเพราะการกินยาสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพที่ดี - ตระหนักในคุณค่าของตนเอง มีอาชีพอิสระ และภาคภูมิใจในตนเองที่มีรายได้ดี - ปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เปลี่ยนคู่นอน 2-3 คนต่อเดือน - ระบุว่าไขมันในปกติ - ระบุว่าต้องออกกำลังกาย และควบคุมอาหาร เพื่อส่งเสริมสุขภาพ - ระบุว่าต้องมาพบแพทย์ตามนัด รับประทานยาต้านไวรัสตรงเวลา สม่ำเสมอ ห้ามขาดยา	- ระบุว่าติดเชื้อเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ไม่ป้องกันของตนเอง และไม่เปิดเผยเพศวิถีว่าเป็นชาย แต่งชายครอบครัวไม่รับรู้ - ระบุว่าเมื่อขาดยาจึงป่วยเป็น วัณโรคปอด และยอมรับการเจ็บป่วยแต่ปกปิด - ระบุว่าดื้อยาเพราะการกินยาไม่สม่ำเสมอและขาดยาต้าน - รับรู้การติดเชื้อซิฟิลิส จากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย กับคู่ชั่วคราว ที่ไม่เปิดเผยผลเลือด และได้รับการรักษาหายแล้ว - ระบุว่าไขมันในเลือดสูง เพราะพฤติกรรมรับประทานอาหาร - ระบุว่าต้องออกกำลังกาย และควบคุมอาหาร - ตระหนักในคุณค่าตนเอง มีงานทำ - ระบุว่าต้องมาพบแพทย์ตามนัด รับประทานยาต้านไวรัสตรงเวลา สม่ำเสมอ ห้ามขาดยา	กรณีศึกษาที่ 1 มี ภาวะการติดเชื้อซิฟิลิส และเสี่ยงต่อการติดเชื้อซ้ำซ้อนและแพร่เชื้อ ซิฟิลิสเนื่องจากไม่ตระหนักในการรับรู้และดูแลสุขภาพ กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 มีโอกาสเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาต้านไวรัสเป็นเวลานาน

แบบแผน ที่ 2	-พฤติกรรมกาผลาณ สารอาหารที่ดี คือ ำขมรมพิต เนส ออกำล้งกาย 3 คร้งต่อ สัปดาห์ ำประทานอาหารดิบเป็น ผลาณอาหาร บางคร้ง มักรำประทานอาหารป้ง อย่าง	- ยาดำนไวรัสที่มีผลข้างเคียง หล้งำประทานยาดำนไวรัสใน ระยะยาว อาจมีผลต่อการสะสม ไขมันในเนื้อเยื่อร่างกาย - ำขมรมพิตเนสออกำล้งกาย ทุกวัน	กรณีศึกษาที่ 1 เสี่ยงต่อ การติดเชื้อโรคหรือ พยาธิ จากพฤติกรรม ำประทานอาหารดิบ กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 มีโอกาสเกิดไขมันสะสม ในเนื้อเยื่อของร่างกาย
แบบแผนที่3 การำขถ่าย	ถ่ายอุจระะปิตวันละ 1 คร้ง ปัสสาวะไม่แสบขัด Creatinine 0.91 Creatinine Clerance 110	ถ่ายอุจระะปิตวันละ 1 คร้ง ปัสสาวะไม่แสบขัด Creatinine1.30 Creatinine Clerance 77.38	ไม่พบปัญหาทั้ง 2 กรณีศึกษา
แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและ การออก กำล้งกาย	นอนหลับพักผ่อนได้สนิทประมาณ 4-6 ชม. /วัน ในวันที่เที่ยว กลางคืนประมาณ 3คร้งต่อ สัปดาห์ จะนอนกลางวันชดเชย	นอนหลับพักผ่อนได้หลับสนิท ประมาณ 6 ชม. แต่ในวันที่เที่ยว กลางคืนดื่มสุราแต่ไม่เมา ประมาณ 1 คร้งต่อเดือนทำงาน	กรณีศึกษา 1 เสี่ยงต่อ การเกิด ภาวะแทรกซ้อนโรค หลอดเลือดและหัวใจ
แบบแผนที่ 5 การพักผ่อน นอนหลับ	หลังเที่ยว จะดื่มสุราจนเมาแต่ไม่ มาก มีคุ่นอนใหม่ไม่ซ้ำ ป้องกันทุก คร้ง เป็นฝ่ายรุกและฝ่ายรับ 2-3 คร้งต่อสัปดาห์ ทำงานค้าขายขอ ขำมีรายได้ทุกวัน ออกำล้งกาย 3 คร้งต่อสัปดาห์	ประจำ ไม่มีคุ่นอนปฏิเสธการมี เพศสัมพันธ์ ออกำล้งกายโดยเข้าฟิตเนส 3 คร้งต่อสัปดาห์	จากการนอนไม่ เพียงพอ กรณีศึกษาที่ 2 ไม่พบ ปัญหา
แบบแผนที่ 6 สติปัญญา และการรับรู้	การรับรู้ปกติ เรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6	การรับรู้ปกติ เรียนจบปริญญาตรี	ไม่พบปัญหาทั้ง 2 กรณีศึกษา
แบบแผนที่ 7 การรับรู้ ตนเอง และอัตมโน ทัศน์	ร่าเริง แจ่มใส ชอบดนตรีและการ เต้นรำ แต่งขาย มีความชัดเจน เรื่องเพศวิถีตั้งแต่วัยเด็ก เปิดเผย ตนเองกับครอบครัวเรื่องการติด เอชไอวี	เก็บตัว ชอบธรรมชาติ สามารถ อยู่คนเดียว ไม่บอกครอบครัว เรื่องเพศวิถี แต่งขาย ทำงาน ประจำที่ภาคภูมิใจ ตระหนักใน การเห็นคุณค่าของตนเอง	ไม่พบปัญหาทั้ง 2 กรณีศึกษา

แบบแผนที่ 8	อยู่ครอบครัว จำนวนสมาชิก 4 คน วางแผนไปทำงานต่างประเทศ แต่ยังไม่ได้ไป เนื่องจากวิชายังไม่ผ่าน สนทนากับแม่ เมื่อไม่สบายใจ สามารถปรึกษาแม่ได้ทุกเรื่อง	อยู่คนเดียวเช่าหอพัก กลับบ้าน 1 ครั้งต่อเดือน พี่ชาย เสียชีวิต เป็นความหวังของ ครอบครัวเรื่องการมีทายาท วางแผนจะรับเลี้ยงบุตรบุญธรรม	กรณีศึกษาที่ 1 มีความเครียดเนื่องจากแบบแผนชีวิตไม่เป็นไปตามความคาดหวังของตนเองและผู้อื่น
แบบแผนที่ 9	โสศ เพศวิถี ไม่มีคู่ประจำ อยู่เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์แบบประเมน ความรู้เรื่อง:1. ซิฟิลิส 5 ข้อ ความรู้เรื่อง 2. การใช้ถุงยางอนามัย 5 ข้อ	โสศ ไม่มีคู่นอนประจำ ปฏิเสธ การมีเพศสัมพันธ์ประมาณ 1 ปี แต่งชาย วัณโรคเคยมีแผลที่ทวารหนัก เป็นฝ่ายรับ ความรู้เรื่องซิฟิลิส ตอบได้ 5/5 คะแนน เรื่องถุงยางอนามัย ตอบได้ 5/5 คะแนน รวม 10/10 คะแนน	กรณีศึกษาที่ 1 เสี่ยงต่อการติดเชื้อซ้ำซ้อนเนื่องจากมีโอกาสการปกปิด ข้อมูลการติดเชื้อต่อคู่นอน กรณีศึกษาที่ 2 ไม่พบปัญหา
แบบแผนที่ 10	เผชิญความเครียดได้ดีปรึกษาแม่ ความเครียดและการเผชิญความเครียดแบบประเมน Q2	ทำงานประจำที่มั่นคง ภาควิชาใจในงานมีความสุขกับการทำงานเมื่อเครียดจะดูช่องสารคดีจากสื่อออนไลน์ พ่อแม่ถามเรื่องการมีหลาน	ทั้ง 2 กรณีศึกษาไม่มีภาวะซึมเศร้า กรณีศึกษารายที่ 2 มีความเครียดเรื่องความคาดหวังที่จะมีคู่สมรสเป็นหญิง
ประเมนโดยใช้ความเครียด ST-5	ทำงานเกาหลีใต้ ความเครียด Sแต่ไม่เปิดเผยคู่นอนที่ไม่เครียด ระบายความรู้สึได้ดี ภาควิชาใจในตนเอง เรื่องงาน แบบประเมนวิตกกังวล เรื่อง ST-5=5	สังคม รู้ว่าตนเองทำประโยชน์ ในหน้าที่การงานได้แต่บางครั้ง ปลงเพราะทำงานเกี่ยวกับผู้ตายแบบประเมน ความเครียด ST-5=5	กรณีศึกษาที่ 2 มีโอกาสเกิดความเครียดเกี่ยวกับความคาดหวังของแม่เรื่องทายาทสืบสกุล
แบบแผนที่ 11	ตระหนักในคุณค่าของตนเอง เชื่อเรื่องทำดีได้ดีทำชั่วได้ชั่ว เชื่อเรื่องโชคลางของขลัง มีความเชื่อเรื่องสิ่งศักดิ์สิทธิ์นาคราช นับถือศาสนาพุทธ	ภูมิใจในงานที่มีคุณค่าเป็น ผู้จัดการงานพระราชทานเพลิงศพ บวชแล้วแม่ต้องการให้แต่งงาน	ไม่พบปัญหาทั้ง 2 กรณีศึกษา

ทฤษฎี Health Belief Model (HBM) : เป็นแบบจำลองที่อธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยอาศัยความเชื่อและการรับรู้ของบุคคลต่อโรคและการป้องกันหรือรักษาโรค แบบจำลองนี้มีองค์ประกอบหลัก 6 ประการ ได้แก่

- 1) การรับรู้ความเสี่ยง (Perceived Susceptibility) : ประเมินความเชื่อว่ามีความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิส และความรุนแรงของความเสี่ยงนั้น
- 2) การรับรู้ความรุนแรง (Perceived Severity) : ประเมินความเชื่อว่าการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจะมีผลกระทบต่อสุขภาพ ชีวิต และสังคม
- 3) การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits) : ประเมินความเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การใช้ถุงยางอนามัย การตรวจเลือดเอชไอวี และการรับ ยาต้านไวรัสจะช่วยป้องกันหรือลดความรุนแรงของการติดเชื้อ
- 4) การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) : ประเมินความเชื่อว่ามีอุปสรรคหรือความยากลำบากในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การใช้ถุงยางอนามัย การตรวจเลือดเอชไอวี และการรับยาต้านไวรัส
- 5) การรับรู้ความเห็นชอบ (Perceived Norms) : ประเมินความเชื่อว่ามี ความคาดหวัง การสนับสนุน หรือการกระตุ้นจากคนรอบข้างในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การใช้ถุงยางอนามัย การตรวจเลือดเอชไอวี และการรับยาต้านไวรัส
- 6) การรับรู้ความพร้อม (Perceived Readiness) : ประเมินความเชื่อว่ามี ความพร้อมทางกาย จิต และสังคมในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การใช้ถุงยางอนามัย การตรวจเลือดเอชไอวี และการรับยาต้านไวรัสเมื่อวางแผนการรักษาพยาบาลได้รวบรวมปัญหาที่มีข้อวินิจฉัยคล้ายกันมาวางแผนการพยาบาลดังนี้

การวางแผนการพยาบาลและให้ความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรง (Perceived Severity)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกลุ่มที่ 1

1. มีภาวะการติดเชื้อซิฟิลิสและมีโอกาสแพร่เชื้อซิฟิลิสเนื่องจากไม่ตระหนักในการรับรู้และดูแลสุขภาพ
2. เสี่ยงต่อการติดเชื้อซ้ำซ้อนจากการมีช่องทางเข้าของเชื้อโรคทางทวารหนักและร่างกายมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง

ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาชายที่ 1 VDRL = 1:64 เปลี่ยนคู่นอน 2-3 ราย/เดือน ใส่ถุงยางอนามัยทุกครั้ง เป็นทั้งฝ่ายรุกและฝ่ายรับ ไม่เปิดเผยผลเอชไอวีต่อคู่นอน กรณีศึกษาชายที่ 2 VDRL=1:32 ไม่มีคู่นอนประจำ มีเพศสัมพันธ์แบบป้องกัน เป็นฝ่ายรับ ไม่เปิดเผยผลเอชไอวีต่อคู่นอน

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อรับรู้ ความเสี่ยง ความรุนแรงของการติดเชื้อ

2. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อรับรู้ประโยชน์ สามารถนำข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเลือกที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไป

เกณฑ์การประเมินผล

1. HIV Viral Load copy < 50 ตัว (ก๊อปปี้) HIV Viral Load log < 1.3 เพื่อประเมินสุขภาพของผู้ติดเชื้อว่าสามารถควบคุมปริมาณไวรัสไม่ให้มากเกินไปอยู่ในระยะปลอดภัยต่อสุขภาพได้หรือไม่
2. VDRL ผล Non Reactive ตรวจไม่พบเชื้อซิฟิลิส โรคร่วม เช่น รักษาซิฟิลิส

หายขาด นำคู่นอนมาตรวจเลือดคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี

กิจกรรมการพยาบาล ใช้กระบวนการให้การปรึกษาประยุกต์จากทฤษฎี Health believe model

1. ให้ข้อมูลแบบสั้นสอดคล้องกับแพทย์ที่วินิจฉัยและให้การปรึกษาเรื่องการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี
2. ใช้กระบวนการให้การปรึกษาให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับรู้ อาการและความรุนแรงของการติดเชื้อร่วม ประวัติการรักษา และความต้องการของผู้ป่วยเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะการติดเชื้อซิฟิลิส ดังนี้
3. ให้ข้อมูลทั้ง 2 กรณีศึกษาการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี โดยให้ยาอย่างน้อย 3 ชนิดร่วมกันเป็นสูตรยา และต้องกินยาให้ตรงเวลาทุกวันต่อเนื่องตลอดชีวิต
4. ให้ข้อมูลกรณีศึกษาราย ที่ 1 การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ โดยให้ยาเพนิซิลลิน จำนวน 2.4 ล้านหน่วย ทางกล้ามเนื้อ ทุกสัปดาห์ รวม 3 ครั้ง หรือยาอื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพต่อเชื้อซิฟิลิส ตามคำแนะนำของแพทย์ โดยอธิบายขั้นตอนการฉีด ความปวด และความระแวกในการรับยาให้ครบ
5. ให้ข้อมูล ทั้ง 2กรณีศึกษาหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย หรือใช้ถุงยางอนามัยถ้ามีเพศสัมพันธ์
6. ให้ข้อมูลข้อดีของการดูแลสุขภาพร่างกาย โดยให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ดื่มน้ำเพียงพอ และพักผ่อนอย่างเหมาะสม
7. ประเมินความเครียดโดยใช้แบบประเมิน เน้นการสื่อสารสองทางสื่อสารและรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย ให้การสนับสนุนทางอารมณ์ และช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและความหวังในการรักษา

ประเมินผล

กรณีศึกษารายที่ 1 ประเมินผลหลังการรักษาซิฟิลิส 3เดือน จากผลตรวจเลือดจากค่า VDRL= 1:64 ลดลงVDRL= 1:8 แพทย์ยอมรับ ลดลงมา4เท่า

กรณีศึกษารายที่ 2 ประเมินผลหลังการรักษาซิฟิลิส 3เดือน จากผลตรวจเลือดจากค่า VDRL= 1:32 ลดลงVDRL= non reactive ผลปกติ ไม่พบเชื้อซิฟิลิส

ทั้ง 2 กรณีศึกษา ผลHIVLoad < 50 ตัว ปกติ ทั้งคู่ไม่สามารถนำคูนอนมาตรวจ และไม่กล้าเปิดเผยผลเลือดกับคู่นอนแต่แจ้งว่ามีพฤติกรรมทางเพศแบบป้องกัน กรณีศึกษารายที่ 1 ขาดความตระหนักเปลี่ยนคูนอน2 - 3รายต่อสัปดาห์ ดื่มสุรา กรณีศึกษารายที่ 2 ดื่มสุราแต่นาน ๆ ครั้ง บอกว่าไม่มีคูนอน ถ้ามีก็ป้องกันทุกครั้ง

ทั้ง 2 กรณีศึกษามีการติดเชื้อซ้ำซ้อน

การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits) การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers): ประเมินภาวะความเชื่อข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกลุ่มที่ 2

1. มีโอกาสเกิดไขมันสะสมในเนื้อเยื่อของร่างกายจากพฤติกรรมการกินอาหารไขมันสูง ทั้ง 2 กรณีศึกษา
2. เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินอาหารเนื่องจากรับประทานอาหารดิบ กรณีศึกษารายที่ 1

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษารายที่ 1 กินอาหารดิบบ่อยครั้ง ทั้ง 2 กรณีศึกษากินอาหารปิ้งย่าง

กรณีศึกษารายที่ 2 กินครีมเทียม การรับยาด้านเอชไอวี มีผลข้างเคียงเกิดระดับ LDL สูง

กรณีศึกษารายที่ 1 Triglyceride = 79 LDL (ปกติ) กรณีศึกษารายที่ 2 Triglyceride =151 (สูง)

ทั้ง 2 กรณีศึกษา การรักษาการติดเชื้อเอชไอวีใช้สูตรเดียวกัน คือ TLD 300/300/50mg

ค่าLDL กรณีศึกษารายที่ 1 LDL = 107 เริ่มผิดปกติ กรณีศึกษาที่ 2 LDL =110 เริ่มผิดปกติ

ค่าCholesterol กรณีศึกษารายที่ 1 Cholesterol = 72 (ปกติ) กรณีศึกษารายที่ 2 Cholesterol= 221(สูง)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อรับรู้ ความเสี่ยง ความรุนแรงของการรับประทานอาหารไขมันสูง
2. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อรับรู้ประโยชน์ สามารถนำข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไป

เกณฑ์การประเมินผล

ไม่เกิดโรคหลอดเลือดสมองและโรคจากการกินดิบผลตรวจเลือด ค่า LDL Triglyceride ปกติผลตรวจเกี่ยวกับการกรองของไตไม่แย่ง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ข้อมูลข้อดีของการกินอาหารปรุงสุก จะทำให้การติดเชื้อจากอาหาร และการเกิดอาการแพ้อาหารทั้ง 2 กรณีศึกษา
2. บอกข้อดีของการการรักษาด้วยยาลดไขมันในเลือดในกรณีศึกษารายที่ 2 โดยให้ยาตามคำสั่งของแพทย์ และตรวจระดับไขมันในเลือดเป็นประจำ เพื่อปรับยาให้เหมาะสม
3. ให้ข้อมูลข้อดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกิน โดยลดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว คอเลสเตอรอล และไขมันทรานส์ เช่น เนื่อสัตว์ติดมัน เครื่องในสัตว์ สัตว์ที่มีกระดูกแข็ง น้ำมันมะพร้าว ขนมอบ ขนมกรุบกรอบ และครีมเทียม เป็นต้น และเพิ่มอาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัว ได้แก่ อาหารที่ทำจากพืช ถั่วต่าง ๆ และเนื้อสัตว์ไขมันต่ำ เช่น ปลาต่างๆ
4. การป้องกันการติดเชื้อจากอาหาร โดยล้างมือก่อนและหลังการรับประทานอาหาร ล้างผักและผลไม้ให้สะอาด และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารดิบ หรืออาหารที่ไม่สุกเหมาะสม เช่น ไข่ดิบ นมดิบ หอยดิบ หรือเนื้อดิบ เป็นต้น
5. การดูแลสุขภาพร่างกาย โดยให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ดื่มน้ำเพียงพอ และพักผ่อนอย่างเหมาะสม
6. การดูแลสุขภาพจิต โดยให้ผู้ป่วยมีการสื่อสารและรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย ให้การสนับสนุนทางอารมณ์ และช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและความหวังในการรักษา
7. ประสานสหวิชาชีพในการส่งเลือดตรวจระดับไขมันและรายงานผลต่อแพทย์ เภสัชกร

ประเมินผล

กรณีศึกษารายที่ 1 รับรู้ความเสี่ยงแต่ไม่ตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกินดิบ รายที่ 2 รับรู้ผลข้างเคียงของยาว่าต้องออกกำลังกายและทำ Intermittent Fasting ช่วยตามแผนการรักษา

ไม่เกิดโรคหลอดเลือดสมองและโรคจากการกินดิบผลตรวจเลือด ค่า LDL Triglyceride ภายหลังติดตาม 6 เดือนควบคุมได้ค่าปกติ

การรับรู้ความเห็นชอบ (Perceived Norms) การรับรู้ความพร้อม (Perceived Readiness)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกลุ่มที่ 3

1. มีโอกาสเกิดอันตรายต่อร่างกายจากตับสูญเสียหน้าที่ กรณีศึกษา รายที่ 1 ALT= 27 ปกติ กรณีศึกษา รายที่ 2 =72 ค่าการทำงานตับผิดปกติเล็กน้อย

ข้อมูลสนับสนุน

การทำงานตับผิดปกติเล็กน้อย

เกณฑ์การประเมินผล

ค่าการทำงานของตับค่า ALT ไม่เกิน 3-5 เท่าจากค่าปกติ

พฤติกรรมกรกินถูกต้อง ไม่ดื่มสุรา หรือกินอาหารไขมันสูง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อการป้องกันและลดความเสี่ยงของการเกิดโรคจากตับสูญเสียหน้าที่
2. เพื่อให้ข้อมูลแนวทางการรักษาและการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี โดยให้ยาตามคำสั่งของแพทย์ และตรวจระดับไวรัส Viral load เป็นประจำ เพื่อปรับยาให้เหมาะสม
2. การรักษาด้วยยาตามคำสั่งของแพทย์ และตรวจความดันโลหิตเป็นประจำ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจและหลอดเลือด
3. ให้ข้อมูลผลดีผลเสียเรื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรกิน งดดื่มสุรา ลดอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ ไขมัน และเพิ่มอาหารที่มีโพสฟอรัสสูง เช่น ถั่ว อัลมอนต์ และเนย และลดอาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น เกลือ ซอสปรุงรส และอาหารสำเร็จรูป เป็นต้น
4. ให้ข้อมูลการป้องกันการติดเชื้อจากอาหาร โดยล้างมือก่อนและหลังการรับประทานอาหาร ล้างผักและผลไม้ให้สะอาด และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารดิบ หรืออาหารที่ไม่สุกเหมาะสม เช่น ไข่ดิบ นมดิบ หอยดิบ หรือเนื้อดิบ เป็นต้น
5. ให้ความรู้การดูแลสุขภาพร่างกาย โดยให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ดื่มน้ำเพียงพอ และพักผ่อนอย่างเหมาะสม
6. ให้ความรู้การดูแลสุขภาพจิต โดยให้ผู้ป่วยมีการสื่อสารและรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย ให้การสนับสนุนทางอารมณ์ และช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและความหวังในการรักษา
7. ให้ความรู้เรื่องการติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะแทรกซ้อนจากระบบการกรองของไตสูญเสียหน้าที่ หรือเป็นไตระยะแรก คือผู้ที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับการเสื่อมของการทำงานของไต ซึ่งอาจเกิดจากการติดเชื้ออื่น ๆ ที่เข้ามาทำลายไต เช่น เชื้อซิฟิลิส หรือการใช้ยาต้านเอชไอวีบางชนิดที่มีผลกระทบต่อไต เป็นต้น
8. การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยดังกล่าว เป็นเรื่องที่ต้องคำนึงถึงการป้องกันและลดความเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง การติดเชื้ออื่น ๆ และการเกิดอาการแพ้อาหาร

ประเมินผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เข้าใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้น้อย

กรณีศึกษารายที่ 1 ดื่มน้ำสุราจนเมา 2-3 วันต่อสัปดาห์ มีปัญหาปรึกษาแม่ นั้บถือนาคราช .

กรณีศึกษารายที่ 2 ดื่มน้ำสุราประมาณเดือนละ 1 ครั้ง ส่งเสริมจิตใจโดยปฏิบัติธรรม เล่นกีฬา เข้าฟิตเนส

การรับรู้ความเห็นชอบ (Perceived Norms) การรับรู้ความพร้อม (Perceived Readiness)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกลุ่ม 4

1. กรณีศึกษารายที่1 ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถใช้ชีวิตที่ต่างประเทศได้
2. กรณีศึกษารายที่ 1 สร้างเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วม

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษารายที่1 จะไปทำงานต่างประเทศที่เกาหลีใต้กับแม่

กรณีศึกษารายที่ 2 ปรองกับชีวิตแต่ไม่เครียด ไม่อยากให้แม่เสียใจเรื่องหลาน

เกณฑ์การประเมิน

กรณีศึกษารายที่ 1 ใช้ชีวิตได้ในต่างประเทศ กรณีศึกษารายที่ 2 ใช้ชีวิตได้ในไทยแบบไม่มีภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันและลดความเสี่ยงของการเกิดโรคร่วม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนวางแผนจำหน่ายโดยวางแผนตามแบบDMETHOD เป็นวิธีการที่ใช้ 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ Diagnosis, Medication, Education, Treatment, and Home care
3. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1. Diagnosis: ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และซิฟิลิส สาเหตุ อาการ และการวินิจฉัย และแจ้งผลการตรวจเลือดระดับไวรัส และการตรวจเลือด และความหมายของผลการตรวจ
2. Medication: ให้ความรู้เกี่ยวกับยาต้านเอชไอวี และยาปฏิชีวนะ ชื่อยา ฤทธิ์ของยา วิธีการใช้ ขนาด จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ผลข้างเคียง ข้อห้ามสำหรับการใช้ยา และการเก็บรักษายา แนวทางสำหรับรายที่ 1 ในการส่งยาไปเกาหลีใต้ การมาตรวจตามนัดปีละ 1 ครั้ง
3. Education: ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อยๆ และหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย หรือใช้ถุงยางอนามัยถ้ามีเพศสัมพันธ์
4. Treatment: ให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคเอดส์และซิฟิลิส วัตถุประสงค์ ประโยชน์ และความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง และการติดตามผลการรักษา และการนัดหมายกับแพทย์หรือพยาบาล
5. Home care: ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจ โดยให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ดื่มน้ำเพียงพอ และพักผ่อนอย่างเหมาะสม ให้ผู้ป่วยมีการสื่อสารและรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย ให้การสนับสนุนทางอารมณ์ และช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและความหวังในการรักษา และแนะนำแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยสามารถใช้บริการได้ เช่น สถานพยาบาล ศูนย์บริการเอดส์ หรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง

ประเมินผล

กรณีศึกษารายที่ 1 ได้แนวทางการรับยาต่อเนื่องการจัดส่งยาโดยประสานกับระบบการส่งยาของฝ่ายเภสัชกรรม

กรณีศึกษารายที่ 2 พยายามต่อรองกับแม่เรื่องการรับหลานมาเลี้ยง และเข้าวัดปฏิบัติธรรมสำเสมอดูแลตนเองได้ดี

การอภิปรายผล

การศึกษารายกรณี 2 ราย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับซิฟิลิส มีวัตถุประสงค์ ข้อที่ 1 ศึกษาเปรียบเทียบสาเหตุพยาธิสภาพและกระบวนการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับซิฟิลิสระหว่างกรณีศึกษาที่ 1 และที่ 2 และข้อที่ 2 เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพของกอดอนกรอบแนวคิดการศึกษา ใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผนดังนี้ พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่มีปัญหาในข้อ 6 จึงไม่มี ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแบบแผนที่ 6 เพื่อมาวางแผนการพยาบาล กรณีศึกษารายที่ 1 นักรับยาต้านไวรัสต่อเนื่อง ไม่มีอาการแสดง ตรวจพบเชื้อซิฟิลิส VDRL=1:64 ไม่มีผื่น ไม่มีไข้ อาการปกติ กินยาต้านไวรัส ตรงเวลาสม่ำเสมอ สัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที BP 117/74 mmHg น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 173 เซนติเมตร BMI 20.05 ฟังปอดไม่ได้ยินเสียงผิดปกติ CXR ปกติ หลังการรักษาซิฟิลิส 3 เดือน ตรวจไม่พบเชื้อซิฟิลิสเพิ่มขึ้น VDRL= 1:8 มีการวางแผนจะไปทำงานต่างประเทศจึงประสานงานกับผ่านเภสัชกรรมในการจัดส่งยาที่บ้าน ได้ให้การปรึกษาเพื่อให้ตระหนักในการเปลี่ยนพฤติกรรม การเที่ยว ต้มสุรา เปลี่ยนคู่นอน กินอาหารปิ้งย่างแปลก หน้าม่านอนที่บ้าน Final diagnosis HIV Infection

กรณีศึกษารายที่ 2 เพศชาย เพศวิถี อายุ 31 ปี อาชีพรับจ้าง สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ยาต้านไวรัส TLD (300/300/50) ACRITAG A แกร็บที่ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้ง/นาที่ หายใจ 22 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 114/74 mmHg BMI = 22.72 น้ำหนัก 68 กิโลกรัม ส่วนสูง 173 เซนติเมตร ตรวจร่างกายพบ สภาพปกติผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Lab ตรวจพบเชื้อซิฟิลิส ไม่มีผื่น ไม่มีไข้ VDRL=1:32 Anti HCV = Negative HIV VL = 0 copy/ml CX-Ray=normal ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น HIV Infection DLP แต่มีค่า Triglyceride สูง จากสูตรยาต้านไวรัสเดิม หลังปรับสูตรยา ค่า Triglyceride ปกติ ปัจจุบันแพทย์หยุดยาความคุมไขมันและบำรุงเลือด ทั้ง 2 กรณีศึกษา กรณีศึกษาเมื่อประเมินตามรูปแบบ 11 แผนของกอร์ดอน พบว่า ไม่มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแบบแผนที่ 6 เมื่อวางแผนการพยาบาล กรณีศึกษารายที่ 2 นักรับยาต้านไวรัสต่อเนื่อง หลังการรักษาซิฟิลิส 3 เดือน ตรวจไม่พบเชื้อซิฟิลิส VDRL= Non reactive มีระดับไขมันปกติ แนะนำการทำ IF ออกกำลังกาย ตรวจเลือดตามแพทย์นัด งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ Final diagnosis HIV Infection

ข้อเสนอแนะ

- 1. ควรมีการพัฒนากระบวนการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพผ่านทางเทคโนโลยีในผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการคำปรึกษาได้ง่าย
2. ควรมีการนำแผน การประเมินภาวะสุขภาพ ทฤษฎีแนวคิดที่สอดคล้องกันมาร่วมดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคร่วม และเผยแพร่เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์นำไปใช้เพื่อให้บริการให้คำปรึกษา
3. ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการให้คำปรึกษาโรคร่วมของโรงพยาบาลและติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2563). สถานการณ์โรคซิกาในประเทศไทย ปี 2562. กรุงเทพฯ : กรมควบคุมโรค.
- ซิฟิลิส ตรวจเร็ว รู้เร็ว รักษาได้. (เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม 2566). เข้าถึงได้จาก: <https://www.paolohospital.com/th-TH/rangsit/Article/Details>
- สมบัติ ตรีประเสริฐสุข, มงคล หงษ์ศิรินิรชร, อนุชิต จุฑะพุทธิ. (2566). การรักษาเอชไอวีและซิฟิลิส. วารสารเอชไอวีและเอดส์. ปีที่10 ฉบับที่ 2 มิถุนายน-สิงหาคม 2566.
- สมศักดิ์ นวลแก้ว. (2559).การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอดส์และซิฟิลิส. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สุริยา สุวรรณศิริ. (2558). การจำหน่ายผู้ป่วยเอดส์โดย D Method. วารสารพยาบาลศาสตร์. ปีที่ 30ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2565.
- สุริยา ศรีสุข. (2560). การประยุกต์ใช้แบบจำลอง Health Belief Model (HBM) ในการศึกษาพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสของผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย. (ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. (2567). สถานการณ์โรคเอดส์ในจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566. (เอกสารอัดสำเนา). สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.
- องค์การอนามัยโลก, สำนักงานองค์การอนามัยโลกในประเทศไทย. รายงานโลกเกี่ยวกับเอดส์ (เข้าถึงเมื่อ 25 ธันวาคม 2566).เข้าถึงได้จาก : P Sangwongdee - Journal of Social Synergy, 2020 - so04.tci-thaijo.org
- Lodish H, Baltimore D. Jr, De Berk AE. (2016). Molecular Cell Biology. 8th ed. New York: W.H. Freeman and Company;

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหังเนา ในโรงพยาบาลกุมภวาปี

ยุพดี ชันอาษา

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหังเนาในโรงพยาบาลกุมภวาปี โดยมีกระบวนการในการดำเนินการ 3 ระยะได้แก่ ระยะศึกษาสถานการณ์ ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ และระยะประเมินผล โดยใช้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการดำเนินการกิจกรรม การปฏิบัติตามแนวพัฒนาการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหังเนาโดยเปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติระหว่างก่อนและหลังการดำเนินการพบว่าส่วนใหญ่มีร้อยละของการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นจากก่อนการวิจัย ผลต่างก่อนและหลังการวิจัยที่เพิ่มขึ้นอยู่ในช่วงร้อยละ 60 ถึงร้อยละ 96.66 ระดับความพึงพอใจของพยาบาลบุคลากรต่อใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 98-100 มีความพึงพอใจในระดับมาก ส่วนใหญ่เชื่อว่าหากปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลจะช่วยลดความเสี่ยงในการดัดอวัยวะและการเสียชีวิตได้

คำสำคัญ: พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล, การดูแลผู้ป่วยโรคหังเนา

Development of guidelines for necrotizing fasciitis nursing in Kumphawapi Hospital

Yupadee Khanasa

Abstract

This Research and Development aimed to Development of guidelines for necrotizing fasciitis nursing in Kumphawapi Hospital. This study included 3 phases there were situation study phase, development of guidelines phase and evaluation phase. Descriptive statistic had been used to analyze qualitative data had been analyzed by using content analysis. The difference before and after the research increase ranged from 60 percent to 96.66 percent. The level of satisfaction of nursing staff with using the guidelines is 98-100% with a high level of satisfaction. Most believe that if nursing practices are followed it will reduce the risk of amputation and death.

Key word : Development of guidelines, Nursing for necrotizing fasciitis

บทนำ

โรคหนังเน่า (Necrotizing Fasciitis) เป็นภาวะติดเชื้อแบคทีเรียของผิวหนังที่ความรุนแรง และมีการลุกลามไปสู่กล้ามเนื้ออย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยอาจต้องได้รับการรักษาด้วยการตัดอวัยวะและเสียชีวิตได้ หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสม (Sarani, Strong, Pascual and Schwab, 2009) สถานการณ์โรคหนังเน่า ในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2561 พบผู้ป่วยโรค Necrotizing fasciitis จำนวนทั้งสิ้น 19,071 ราย (อัตราป่วย 31.1 ต่อประชากรแสนคน) อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1.5:1 ค่ามัธยฐานอายุเท่ากับ 59.7 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพงานพื้นฐาน (ร้อยละ 32.7) และ อาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 32.1) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการติดเชื้อ บริเวณเท้าและข้อเท้า (ร้อยละ 43.0) รองลงมา คือ ขาบริเวณใต้ เข่าจนถึงข้อเท้า (ร้อยละ 28.2) มีผู้ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอวัยวะ ร้อยละ 8.2 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด และมีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 1,209 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 6.3 ผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีโรคประจำตัวจำนวน 11,813 ราย โดยโรคที่พบบ่อยที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 72.2) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 68.3) พบว่าพื้นที่เสี่ยงส่วนใหญ่อยู่บริเวณภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ซึ่งประชากรที่อาศัยบริเวณดังกล่าวส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (หิรัญวุฒิ แพร่คุณธรรม, ภาณุพงศ์ ตันศิริรัตน์และธนิต รัตนธรรมสกุล, 2561)

โรงพยาบาลกุมภวาปี เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 259 เตียง รับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในโซนลุ่มน้ำปาว ได้แก่ โรงพยาบาลศรีธาตุ โรงพยาบาลวังสามหมอ โรงพยาบาลโนนสะอาด และโรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จากการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยโรคหนังเน่าที่มารักษาที่โรงพยาบาลกุมภวาปีย้อนหลังในปี พ.ศ.2563 - พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยโรคหนังเน่าจำนวน 83 ราย, 120 ราย และ 196 รายตามลำดับ ส่วนใหญ่มารักษาในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนตุลาคม เพราะเป็นช่วงทำไร่ ทำนาของเกษตรกร พบผู้ป่วยเสียชีวิตผู้เสียชีวิตจากโรคหนังเน่า ตั้งแต่ปี พ.ศ.2563 - พ.ศ. 2565 จำนวน 1 ราย, 4 ราย, และ 8 ราย จากการทบทวนเวชระเบียนและวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับผู้ปฏิบัติงาน พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหนังเน่ามีอาการรุนแรงส่วนหนึ่งเกิดจากการเจ็บป่วยและโรคประจำตัวของผู้ป่วยเอง ที่มาได้รับการรักษาเมื่อมีอาการรุนแรงแล้ว และปัจจัยอื่นได้แก่ การติดตามอาการของผู้ป่วยจากหลักฐานทางเวชระเบียนพบว่าการซักประวัติและการประเมินผู้ป่วยแรกรับไม่ครอบคลุม และไม่ต่อเนื่องการปฏิบัติ ความล่าช้าในการวินิจฉัย พยาบาลผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นพยาบาลใหม่ และมีการหมุนเวียนการปฏิบัติงานเนื่องจากขาดอัตรากำลัง ซึ่งขาดความรู้และประสบการณ์ในการพยาบาล มีการประเมินผู้ป่วยโรคเนื้อเน่าที่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับปัญหาที่ประเมินได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัย จึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหนังเน่า ในโรงพยาบาลกุมภวาปี ซึ่งแนวปฏิบัติเดิมยังไม่ครอบคลุมการประเมินผู้ป่วยและไม่ครอบคลุมการปฏิบัติทางการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยโรคหนังเน่า เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติใหม่ที่ครอบคลุมกับการดูแลผู้ป่วย ง่ายต่อผู้ปฏิบัติในการนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน และนำไปเผยแพร่ให้ทุกหอผู้ป่วยในการปฏิบัติให้เป็นมาตรฐานเดียวกันในโรงพยาบาลกุมภวาปี

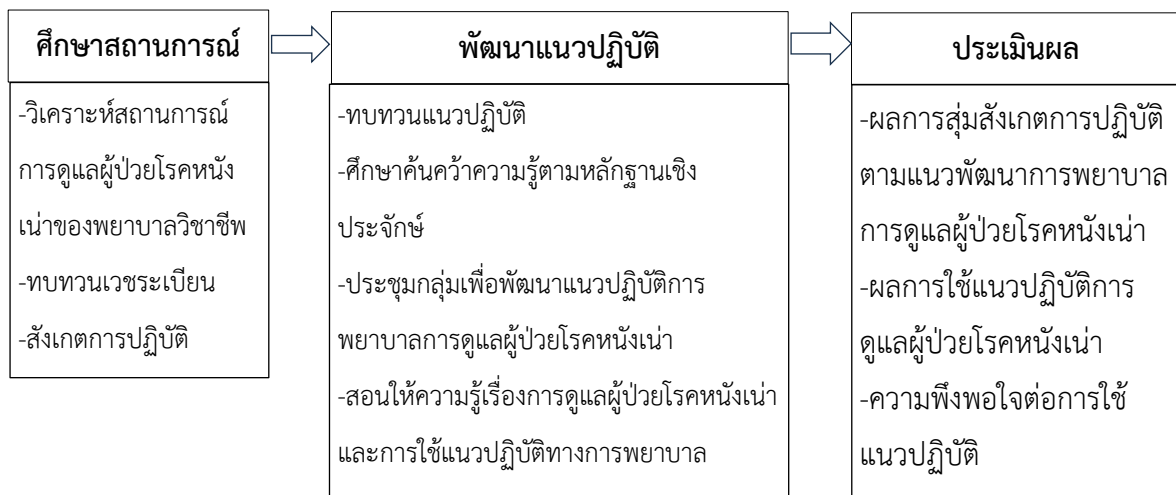
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัญหาและความต้องการของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจในโรงพยาบาลกุมภวาปี
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจในโรงพยาบาลกุมภวาปี
3. เพื่อศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจในโรงพยาบาลกุมภวาปี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจในโรงพยาบาลกุมภวาปี โดยมีกระบวนการในการดำเนินการ 3 ระยะได้แก่ ระยะศึกษาสถานการณ์ ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ และระยะประเมินผล



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลวิชาชีพประจำการที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในตึกศัลยกรรมชายและศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี จำนวน 22 คน และ ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มาใช้บริการในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมชายและศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลกุมภวาปี ในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา จำนวน 30 คน

เครื่องมือเพื่อใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วนคือ เครื่องมือเพื่อใช้ในการวิจัย และเครื่องมือเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเครื่องมือเพื่อใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจในโรงพยาบาลกุมภวาปี ส่วนเครื่องมือเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบประเมินการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจในโรงพยาบาลกุมภวาปี แบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ และ แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

การสร้างและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยออกแบบเครื่องมือร่วมกับทีมพยาบาลคณะทำงานการดูแลผู้ป่วยโรคหนังเน่าในโรงพยาบาล โดยอาศัยแนวทางการศึกษาค้นคว้าเอกสารวิชาการและเอกสารอิเล็กทรอนิกส์จากแนวทางสถาบันต่างๆ แล้วนำมาปรับปรุงพัฒนารูปแบบเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทงานของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลกุมภวาปี ตรวจสอบในด้านประเด็นความครบถ้วนของเนื้อหา ความถูกต้องของตัวอักษรและการจัดหน้าแล้วนำเครื่องมือไปตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ นำเครื่องมือไปทดลองใช้ โดยสุ่มเลือกพยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นปฏิบัติงานในเวรเช้า และเวรบ่ายที่ผู้วิจัยเลือกในการสุ่มตัวอย่าง 1 วัน จำนวน 10 คน บันทึกข้อบกพร่องของการใช้เครื่องมือ นำมาวิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่องมือ และปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้มีความสมบูรณ์ที่สุด การแก้ไขคือตัดข้อความซ้ำซ้อนในคำถามออกเพื่อให้ประโยคสั้นลงโดยไม่เปลี่ยนแปลงเนื้อหา แล้วเตรียมเครื่องมือที่จะนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง และนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

การดำเนินการวิจัย มีขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์ โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหนังเน่าเพื่อวิเคราะห์และทบทวน การประเมินผู้ป่วย การซักประวัติ การดูแลทางการพยาบาลจากการบันทึกทางการพยาบาลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ จากนั้นสุ่มสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลในการให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคหนังเน่าในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและศัลยกรรมหญิงพบว่า การปฏิบัติงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหนังเน่าในหน่วยงานมีความหลากหลาย ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน แล้วนำข้อมูลมาบันทึกผลการปฏิบัติจากการสังเกตเป็นลักษณะการอภิปรายเหตุการณ์ทั่วไปที่ได้จากการสังเกต จากนั้น นัดประชุมทีมพยาบาลศัลยกรรมชายและศัลยกรรมหญิงที่ดูแลผู้ป่วยโรคหนังเน่าตัวแทนหอผู้ป่วยละ 2 คน เพื่อชี้แจงการ ดำเนินการวิจัย วัตถุประสงค์และแนวทางดำเนินงาน พร้อมด้วยนำเสนอผลสรุปข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติ โดยประชุมทีมพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคหนังเน่า เพื่อร่วมทบทวนแนวปฏิบัติเดิมและพัฒนาแนวปฏิบัติใหม่ จากนั้น จัดอบรมให้ความรู้ในหอผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยโรคหนังเน่า กลุ่มเป้าหมายคือพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงและศัลยกรรมชาย จำนวน 22 คน โดยเนื้อหาจะเป็นการดูแลผู้ป่วยโรคหนังเน่า และแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหนังเน่าในหอผู้ป่วย โดยแบ่งการอบรมเป็น 2 วัน ในช่วงบ่าย คือวันที่ 12 กรกฎาคม 2566 เวลา 13.00 -15.00 น. วันที่ 13 กรกฎาคม 2566 เวลา 13.00 - 15.00 น. แล้วนำแนวปฏิบัติการประเมินการดูแลผู้ป่วยโรคหนังเน่ามาใช้ในการปฏิบัติงานโดยให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำการในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและศัลยกรรมหญิงโดยการใส่แบบประเมินในเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยโรคเซลล์ผิวหนังอักเสบ (cellulitis) และโรคหนังเน่า (Necrotizing fasciitis) ให้พยาบาลที่ดูแลและผู้วิจัยประเมินซ้ำ

ระยะที่ 3 การประเมินผล โดยประเมินผลการสุ่มสังเกตการปฏิบัติตามแนวพัฒนาการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหนังเน่า โดยเปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติระหว่างก่อนและหลังการดำเนินการวิจัย ส่วนต่างของร้อยละที่เพิ่มขึ้นหรือลดลง ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหนังเน่าในโรงพยาบาลกุมภวาปี วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหนังเน่า เกี่ยวกับความคิดเห็นในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหนังเน่า และเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยโรคหนังเน่าที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการตัดอวัยวะและเสียชีวิต ก่อนและหลังการดำเนินการวิจัยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาบรรยายข้อมูล

ผลการวิจัย

การสังเกตการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลในการให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคหนังเน่าในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมก่อนการวิจัย พบว่ากิจกรรมที่ปฏิบัติครบถ้วนทุกคนคือการประเมินสัญญาณชีพแรกรับโดยพยาบาลวิชาชีพ จากการสังเกต 30 ครั้ง เจ้าหน้าที่ปฏิบัติทั้งหมด 30 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 100 กิจกรรมที่ปฏิบัติถูกต้องค่อนข้างน้อยเพียงร้อยละ 10 ของเหตุการณ์ทั้งหมดคือ การประเมินอาการเบื้องต้นของโรคหนังเน่า (Necrotizing fasciitis) หรือ เซลล์เนื้อเยื่ออักเสบ (cellulitis) ได้ จากการวิเคราะห์หาสาเหตุจากการไม่ปฏิบัติตามแนวทางคือความเร่งรีบต่อการปฏิบัติงานเนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น และมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหนังเน่า การขาดความรู้ความเข้าใจเนื่องจากพยาบาลส่วนใหญ่เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหนังเน่าน้อย ยังไม่มีการติดตามนิเทศการดูแลผู้ป่วย แนวปฏิบัติทางการพยาบาลยังไม่ชัดเจน และพยาบาลมีความสับสนในการดูแลผู้ป่วยโรคเซลล์เนื้อเยื่ออักเสบ (cellulitis) และโรคหนังเน่า (Necrotizing fasciitis)

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหนังเน่าของโรงพยาบาลกุมภวาปี โดยทีมพยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหนังเน่า อ้างอิงจากทฤษฎีวิชาการและเอกสารการวิจัยแต่ละคนได้ไปศึกษามาเปรียบเทียบแนวทางสรุปเป็นแนวทางของโรงพยาบาลกุมภวาปีดังกล่าวแสดงการพัฒนาแนวปฏิบัติในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหนังเน่าในโรงพยาบาลกุมภวาปี

แนวทางจากหลักฐานเชิงประจักษ์	แนวทางเดิม	แนวทางใหม่ที่พัฒนา
การปรับปรุงคู่มือปฏิบัติงาน รายละเอียดย่อยควรปรับปรุงทุกปีและ ปรับปรุงใหญ่ทุก 3 ปี	จัดทำไว้ตั้งแต่ปีพ.ศ.2561 ยังไม่ได้พัฒนาหรือปรับปรุง ใหม่	ปรับปรุงใหม่ในปี 2566 และมี แผนการทบทวนเพื่อพัฒนาทุก 1 ปี
1.ชื่อเรื่องแนวปฏิบัติทางคลินิก	แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรค หนังเน่าในโรงพยาบาลกุม ภวาปี	แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการ ดูแลผู้ป่วยโรคหนังเน่าใน โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัด อุดรธานี
2.วัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติทาง คลินิก	ไม่มี	ระบุวัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติ ชัดเจน
3.กลุ่มเป้าหมายที่นำแนวปฏิบัติทาง คลินิกไปใช้ ระบุโรค ภาวะประเภของ	มีการระบุกลุ่มเป้าหมายแต่ ไม่ชัดเจน	ระบุกลุ่มเป้าหมายของผู้ปฏิบัติและ ขอบเขตของการนำไปใช้อย่าง

แนวทางจากหลักฐานเชิงประจักษ์	แนวทางเดิม	แนวทางใหม่ที่พัฒนา
กลุ่มเป้าหมาย		ชัดเจน
4.นิยาม ระบุความหมายของคำต่างๆที่ใช้แนวปฏิบัติให้ชัดเจน เพื่อความเข้าใจตรงกัน	อธิบายการเกิดโรคหนึ่งเน่า แต่ไม่ได้บอกรายละเอียดที่ชัดเจน	บอกความหมายของโรคหนึ่งเน่า และแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหนึ่งเน่า
5.ระบุผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดขึ้น	ไม่มี	ระบุตัวชี้วัดตามเกณฑ์มาตรฐาน ได้แก่ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงขั้นการตัดอวัยวะ, อัตราการได้รับยาปฏิชีวนะตามเวลาที่กำหนด
6.หลักฐาน	ไม่มีเอกสารอ้างอิง	มีเอกสารอ้างอิงตามเนื้อหา
7.คุณค่า ระบุการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิก ในมุมมองของคณะผู้จัดทำคล้อยตามความขัดแย้งและวิธีการนำไปสู่ข้อสรุป	ไม่มี	มีคำอธิบาย ข้อความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการบันทึกการประชุมที่จัดทำแนวปฏิบัติแต่ไม่ได้พิมพ์ในคู่มือ
8.วิธีปฏิบัติที่แนะนำ ระบุรายละเอียดของวิธีปฏิบัติแต่ละวิธี	มีแนวทางการปฏิบัติ แต่รายละเอียดไม่ครอบคลุมเนื้อหาไม่เฉพาะเจาะจง	เนื้อหาบอกรายละเอียดของการปฏิบัติพร้อมเอกสารอ้างอิงแทรกเนื้อหานั้น
9.การตรวจสอบ โดยคณะหรือองค์กรอื่นที่คณะผู้จัดทำได้ดำเนินการความสอดคล้องความแตกต่าง ระหว่างแนวทางปฏิบัติฉบับอื่น	ไม่มี	มีการอ้างอิงแนวปฏิบัติจากการสืบค้นหลักฐานทางวิชาการระบุในรายละเอียดงานวิจัยที่สืบค้น
10.ผู้สนับสนุน การพัฒนาแนวปฏิบัติฉบับนี้	ไม่มี	ผู้สนับสนุนคือ ทีมผู้ปฏิบัติเพื่อพัฒนาคุณภาพของงานโดยไม่มีประโยชน์ทับซ้อน
11.เอกสารอ้างอิง หรือบรรณานุกรม	มี แต่ไม่สัมพันธ์กับเนื้อหา	มีเอกสารอ้างอิงครบตามรายละเอียดในเนื้อหา
เครื่องมืออื่นๆเพื่อส่งเสริมแนวทาง	มีเป็นเนื้อหาจากสถาบันอื่น	มี เป็นเล่มอธิบายรายละเอียด

แนวทางจากหลักฐานเชิงประจักษ์	แนวทางเดิม	แนวทางใหม่ที่พัฒนา
ปฏิบัติ	ที่เกี่ยวกับการรักษามีแต่ไม่ครอบคลุม	เนื้อหา มีแนวทางปฏิบัติที่ครอบคลุม นำไปใช้ได้ง่าย

ข้อมูลของพยาบาลวิชาชีพที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหนังเน่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90.90 และส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 86.36 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 31 - 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 13.63 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 86.36 และมีส่วนน้อยที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 5 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 13.63 ส่วนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหนังเน่า พบว่ามีพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยน้อยคิดเป็นร้อยละ 86.36 ที่มีช่วงอายุน้อยกว่า 5 - 9 ปี และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 5 - 9 ปี คิดเป็นร้อยละ 13.63 และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหนังเน่า คิดเป็นร้อยละ 90.90

ผลการสัมสังเกตการปฏิบัติตามแนวพัฒนาการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหนังเน่าโดยเปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติระหว่างก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพบว่าส่วนใหญ่มีร้อยละของการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นจากก่อนการวิจัย ผลต่างก่อนและหลังการวิจัยที่เพิ่มขึ้นอยู่ในช่วงร้อยละ 60 ถึงร้อยละ 96.66 การปฏิบัติที่มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มมาจากก่อนการดำเนินกิจกรรมถึงร้อยละ 96.66 คือมีการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง ขอบเขตของการลุกลาม ปวด บวม แดง ทุก 1 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรก และกิจกรรมที่ทำได้ สำหรับกิจกรรมที่ปฏิบัติที่มีการเปลี่ยนแปลงน้อยและมีร้อยละของการปฏิบัติหลังดำเนินกิจกรรมน้อยที่สุดอยู่ที่ร้อยละ 56.67 คือผู้ป่วยได้รับ การปรับยาปฏิชีวนะตามผลเพาะเชื้อ ส่วนกิจกรรมที่ปฏิบัติไม่มีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากก่อนการวิจัยปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 100 อยู่แล้วคือขั้นตอนแรกเริ่มมีการประเมินสัญญาณชีพและอาการแรกเริ่มโดยพยาบาลวิชาชีพดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหนังเน่าในหอผู้ป่วย ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม (จำนวน 22 คน)

กิจกรรมที่ปฏิบัติ	จำนวนการปฏิบัติ/จำนวนทั้งหมด		
	ก่อน(ร้อยละ)	หลัง (ร้อยละ)	ร้อยละที่เพิ่มขึ้น
1.การประเมินสัญญาณชีพและอาการแรกเริ่มโดยพยาบาลวิชาชีพ	30/30 (100)	30/30 (100)	0.00
2.มีการใช้แบบประเมินผู้ป่วยโรคหนังเน่าในการประเมินผู้ป่วย	5/30 (16.66)	25/30 (83.33)	66.67
3.มีการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง ขอบเขตของการลุกลาม ปวด บวม แดง ทุก 1 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรก	5/30 (16.66)	28/30 (93.33)	96.66
4.สามารถประเมินอาการเบื้องต้นของโรค NF หรือ เซลล์เนื้อเยื่ออักเสบ(cellulitis)	3/30 (10)	23/30 (76.66)	66.66

กิจกรรมที่ปฏิบัติ	จำนวนการปฏิบัติ/จำนวนทั้งหมด		
	ก่อน(ร้อยละ)	หลัง (ร้อยละ)	ร้อยละที่เพิ่มขึ้น
ได้			
5.มีการประเมินตามแบบฟอร์ม early warning sing เมื่อมีความผิดปกติรายงานแพทย์ทันที	5/30 (16.66)	28/30 (93.33)	76.67
6.มีการติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ หลัง Admit 1 ชั่วโมง	5/30 (16.66)	27/30 (90)	73.34
7.เมื่อพบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผิดปกติ รายงานแพทย์ทันที WBC $>15000 /mm^3$, Cr > 1.6	5/30 (16.66)	25/30 (83.33)	66.67
8.ผู้ป่วยได้รับ ATB ภายใน 30 นาที หลัง วินิจฉัยว่าเป็น NF ตามแผนการรักษาของแพทย์	5/30 (16.66)	26/30 (86.66)	70
9.ประเมินอาการผู้ป่วยได้ครอบคลุมและลงข้อมูลในเวชระเบียนได้ถูกต้อง ครบถ้วน	5/30 (16.66)	25/30 (83.33)	66.67
10.ผู้ป่วยได้รับ การปรับ ATB ตามผลเพาะเชื้อ	5/30 (16.66)	22/30 (73.33)	56.67

การประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนาแนวทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหัตถ์เนื้องอก พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 99 มีความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 98 - 100 มีความคิดเห็นตรงกันว่า การใช้แนวปฏิบัติในการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหัตถ์เนื้องอกที่ทำให้การปฏิบัติเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ชัดเจนไม่ซ้อน มีประโยชน์ช่วยใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินผู้ป่วยได้รวดเร็ว ช่วยลดความเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลสามารถนำไปใช้ได้ทุกหน่วยงาน สามารถนำไปสอนหรือปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ได้ ค่าเฉลี่ยของระดับความพึงพอใจในช่วง 2.98 - 3.00

จากการสัมภาษณ์เพื่อประเมินการใช้แนวปฏิบัติพบว่าทุกคนมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหัตถ์เนื้องอก โดยแสดงความคิดเห็นว่าการใช้แบบประเมินผู้ป่วยโรคหัตถ์เนื้องอกในโรงพยาบาลกุ่มภวนปีเห็นด้วยกับการนำมาใช้ในการปฏิบัติงาน ดังตัวอย่างจากการสัมภาษณ์ “เห็นด้วยค่ะที่มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหัตถ์เนื้องอกที่เข้าใจง่ายและชัดเจนขึ้นค่ะ” “ดีมากเลยนะคะ เพราะทำให้ สื่อสารกันง่ายระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และสะดวกต่อการนิเทศพยาบาลน้องใหม่ที่เข้ามาทำงานด้วยค่ะ” ส่วนใหญ่แสดงความคิดเห็นว่าก่อนการวิจัย การใช้เอกสารคู่มือมีความยุ่งยาก เพราะคู่มือและแนวปฏิบัติจะเก็บไว้ในแฟ้มซึ่งเก็บไว้ในตู้เก็บเอกสาร ซึ่งหายากและเกิดความยุ่งยากต่อการนำมาใช้ และต้องใช้เวลาในการหาเอกสาร แต่เมื่อ

ในแนวปฏิบัติใหม่ เป็นเอกสารที่สามารถนำมาใส่ในแฟ้มข้อมูลผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติตามแนวทางที่เป็นมาตรฐานได้ และง่ายต่อการนำไปใช้ ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ “อ้อย หายากคัก บางทีก็กะเบ่เป็น จักหัวหน้าเก็บไว้ใส่” “หนูทำงานมา หนูยังไม่เคยเห็นแนวปฏิบัติเลยพี่” “อันใหม่นี้ง่ายดีคะ เป็นหน้าเดียว เก็บไว้หน้าจอคอม พอคนไข้มาก็ปรี้นมาใส่เลยคะ สะดวก” ข้อเสนอแนะให้นำแนวปฏิบัติไปเผยแพร่ให้หน่วยงานอื่นทั้งหน่วยงานภายในโรงพยาบาลและภายนอกโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหนังเน่าเพื่อให้มีการดูแลผู้ป่วยโรคหนังเน่าเป็นแนวทางเดียวกันและเป็นไปตามมาตรฐาน ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ “อยากให้นำเอกสารนี้ออกไปใช้กับหน่วยงานอื่นด้วยคะ เพื่อเป็นการสื่อสารให้เข้าใจตรงกันและเมื่อเวลาจะส่งต่อการย้ายเตียงก็ง่ายต่อการสื่อสาร” “จริงๆถ้าเราเอาไปให้โรงพยาบาลลูกโซนด้วยก็ดีนะคะ เพราะเค้าจะได้ดูแลและประเมินได้ จะได้รับเพอร์มาหาเราก่อนที่คนไข้จะเป็นเยอะๆ”

ข้อมูลของกลุ่มผู้ป่วยเป็นโรคหนังเน่าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกุมภวาปี ดิถีศัลยกรรมหญิง และ ดิถีศัลยกรรมชาย รวมทั้งหมด 30 คน พบว่าเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 83.33 และมีอายุในช่วง 22 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 ส่วนใหญ่เป็นช่วงวัยทำงาน มีระดับการศึกษาที่อยู่ในช่วงประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 73.66 และส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรคิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนกลุ่มอาชีพที่พบน้อยในผู้ป่วยที่เกิดการเกิดโรคหนังเน่าคือรับราชการคิดเป็นร้อยละ 6.66

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหนังเน่า พบว่าส่วนใหญ่มีสาเหตุจากถูกของมีคมหรือไม้ทิ่มตำจนทำให้เกิดบาดแผลร้อยละ 40 เป็นส่วนน้อยที่เกิดจากแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวกร้อยละ 6.66 ส่วนใหญ่มักเป็นระยะเวลานานเกิน 36 ชั่วโมงที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 60 ตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุดคือบริเวณส่วนขาด้านล่างใต้เข่าพบถึงร้อยละ 53.33 และส่วนแขนรองลงมาพบถึงร้อยละ 33.33 ส่วนที่พบน้อยที่สุดคือบริเวณ ขาหนีบและต้นขาคิดเป็นร้อยละ 10 ลักษณะของบาดแผลส่วนใหญ่ที่มีกพบผิวหนังจะมีอาการบวมแดงพบร้อยละ 40 ส่วนที่พบมีถุงน้ำบริเวณผิวหนังพบถึงร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัวหรือไม่เคยรับการตรวจร่างกายถึงร้อยละ 43.33 ซึ่งเป็นกลุ่มวัยทำงานที่มีสุขภาพแข็งแรง และพบในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 26.66 โรคไตวายเรื้อรังร้อยละ 16.66 และโรคที่พบน้อยที่สุดคือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องและโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 6.66 ส่วนใหญ่มีประวัติสัมผัสกับยาฆ่าหญ้าฆ่าแมลงถึงร้อยละ 73.33 มีส่วนน้อยที่ไม่ได้ยาฆ่าหญ้าฆ่าแมลงคิดเป็นร้อยละ 26.66 และส่วนใหญ่มีประวัติการสูบบุหรี่ถึง 53.33 สถานการณ์จำหน่าย ผู้ป่วยทุกรายอาการดีขึ้น สามารถกลับไปดูแลแผลต่อที่บ้านได้ ไม่มีอาการรุนแรงหรือเสียชีวิต

การอภิปรายผล

1. การศึกษาผู้ป่วยโรคหนังเน่าในโรงพยาบาลกุมภวาปี โดยศึกษาจากเวชระเบียน พบว่าส่วนใหญ่เกิดกับเพศชายมากกว่าเพศหญิง และเมื่อผู้ป่วยเข้าการรักษาที่รวดเร็วจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย การติดเชื้อจะไม่รุนแรง ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้เกิดกับผู้ป่วย แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักคิดว่าเป็นเพียงเล็กน้อยไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจึงใช้วิธีการทำแผลเองและการซื้อยากินเอง แต่ในความเป็นจริงแล้วต้องได้รับการรักษาโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเข้ารับการรักษาที่ล่าช้าทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนมาอาการที่รุนแรงตามมาอาจถึงขั้นต้อง

ตัดอวัยวะและการเสียชีวิต ดังนั้นจึงควรมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหนังเน่าให้ครอบคลุมผู้ป่วยเข้าใจในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ กิริติ คำทอง, รัตดา คำแดง และฐิติกานต์ ศิรินาม. (2561) ในวิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการพยาบาลโรคหนังเน่าในโรงพยาบาลโสธร ที่กล่าวไว้ว่า ผู้ป่วยโรคหนังเน่าที่ได้รับการประเมินและรับการรักษาอย่างทันท่วงทีจะทำให้ลดความเสี่ยงต่อการตัดอวัยวะและการเสียชีวิตได้

2. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหนังเน่าในโรงพยาบาลกุมภวาปี โดยนำแนวทางที่มีอยู่มาปรับปรุงใหม่ในเนื้อหาครอบคลุมการพยาบาลโดยยึดหลักตามแนวทางของสภาวิชาชีพด้านสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) พร้อมทั้งจัดทำคู่มือประกอบเพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้จริง และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ปฏิบัติงาน มีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินแรกรับและประเมินภาวะติดเชื้ออย่างต่อเนื่องในเวลาที่เหมาะสม ได้รับยาปฏิชีวนะและเข้าถึงการรักษาโดยศัลยแพทย์ที่รวดเร็ว ได้รับทราบข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคแผนการดูแลรักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง รวมทั้งได้รับการวางแผนจำหน่ายเพื่อทำแผลต่อที่ รพ. สต. ไกลบ้าน ทำให้ลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ด้วยภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ

3. จากข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหนังเน่า ที่ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 26.66 โรคไตวายเรื้อรังร้อยละ 16.66 และโรคที่พบน้อยที่สุดคือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องและโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 6.66 ส่วนใหญ่มีประวัติสัมผัสกับยาฆ่าหญ้าฆ่าแมลงถึงร้อยละ 73.33 มีส่วนน้อยที่ไม่ได้ยาฆ่าหญ้าฆ่าแมลงคิดเป็นร้อยละ 26.66 และส่วนใหญ่มีประวัติการสูบบุหรี่ถึง 53.33 สถานการณ์จำหน่าย ผู้ป่วยทุกรายอาการดีขึ้น สามารถกลับไปดูแลแผลต่อที่บ้านได้ ไม่มีอาการรุนแรงหรือเสียชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์โรคเนื้อเน่า (Necrotizing fasciitis) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561 (A study on the situation of necrotizing fasciitis in Thailand, 2018) ที่พบว่าผู้ป่วยที่เกิดโรคหนังเน่าส่วนใหญ่มักเกิดในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวโดยเฉพาะโรคเบาหวาน ซึ่งมีภูมิคุ้มกันต่ำ ทำให้ติดเชื้อง่าย และบ่งบอกได้ว่าการทำเกษตรกรรมอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรค Necrotizing fasciitis ซึ่งอาจอธิบายได้จากลักษณะกิจกรรมของผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรม อาจเพิ่มโอกาสเกิดบาดแผลที่ผิวหนัง เช่น จากการบาดเจ็บ (Trauma) อันเนื่องมาจากการทำงาน หรือจากการสัมผัสสารเคมีฆ่าวัชพืชบางชนิดที่มีฤทธิ์ระคายเคืองผิวหนัง นอกจากนี้บาดแผลที่เกิดขึ้นขณะทำเกษตรกรรมมักเป็นแผลที่ไม่สะอาด มีเชื้อแบคทีเรียจำนวนมากและหากเกิดขึ้นในกลุ่มเสี่ยงดังที่ได้กล่าวมาแล้ว จะยิ่งทำให้การดำเนินของโรคมีความรวดเร็วและรุนแรงมากยิ่งขึ้น

4. การประเมินความพึงพอใจเกี่ยวกับความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหนังเน่า โดยการใช้แบบสอบถามและสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากร้อยละ 99 แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหนังเน่ามีความสำคัญต่อผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย เกิดจากความร่วมมือร่วมใจของทีมพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่มีส่วนในการศึกษาแนวทาง ร่วมพัฒนา ปรับปรุง และส่วนร่วมในตัดสินใจในทุกขั้นตอนก่อนที่จะนำมาใช้ในหน่วยงาน ทำให้ผลสำเร็จของงานคือความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานตามแนวพัฒนาการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหนังเน่า

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหนังเน่าในโรงพยาบาลกุ่มกาวปีอย่างต่อเนื่อง และควรมีการนำแนวทางไปใช้ในหน่วยงานอื่นด้วย เพื่อเป็นการสื่อสารกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันต่อไป

2. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหนังเน่าในโรงพยาบาลกุ่มกาวปีควรมีการพัฒนาเนื้อหาและปรับปรุงอย่างน้อยทุก 1 ปี เพื่อให้สามารถเป็นแนวทางที่เป็นปัจจุบันและปรับเปลี่ยนตามบริบทของการทำงานของโรงพยาบาล

3. ควรมีการนิเทศติดตามการการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหนังเน่าอย่างต่อเนื่องและเมื่อพบปัญหาการปฏิบัติ หัวหน้าหน่วยงานหรือผู้นิเทศสามารถช่วยเหลือหรือสนับสนุนในด้านต่างๆ และนำเสนอความก้าวหน้าของการปฏิบัติและอุปสรรคต่อการปฏิบัติต่อหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลหรือผู้บริหารเพื่อวางแผนการช่วยเหลือต่อไป รวมถึงการทบทวนด้านวิชาการและแนวปฏิบัติใหม่ๆ ร่วมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ โดยอ้างอิงตามหลักฐานเชิงประจักษ์

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ตามรหัสโครงการ KPEC 21/2566

เอกสารอ้างอิง

- กิริติ คำทอง, รัตดา คำแดง และฐิติกานต์ ศิรินาม.(2561). การพัฒนาระบบการพยาบาลโรคหนังเน่าในโรงพยาบาลยโสธร. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(1), 254-262.
- สภาวิจัยด้านสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999)
- ข้อมูลรายงานประจำปีตึกศัลยกรรม โรงพยาบาลกุ่มกาวปี.(2566). รายงานผู้ป่วย Necrotizing fasciitis .กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลกุ่มกาวปี.
- หิรัญวุฒิ แพร่คุณธรรม, ภาณุพงศ์ ตันติรัตน์, ธนิต รัตนธรรมสกุล. การศึกษาสถานการณ์โรคเนื้อเน่า (Necrotizing fasciitis) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประจำปี 2562; 50:241-7.
- National Health and Medical Research Council (NHMRC).(1999). A guide to the development implementation and evaluation of clinical practice guidelines [Internet]. Australia:NHMRC;c1999 [cited 2017 Feb 3]. Available from: https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0029/143696/nhmrc_clinprgde.pdf.
- Sarani B, Strong M, Pascual J, Schwab CW. Necrotizing fasciitis: current concepts and review of the literature. *J Am Coll Surg*. 2009 Feb;208(2):279-88.

การพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในการรับฝากครรภ์หญิงตั้งครรภ์รายใหม่
ภายใต้มาตรฐาน Udonthani Model Classifying Pregnancy 2022
คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภออุดจัน จังหวัดอุดรธานี

จรินทร์รัตน์ ไชยนิคม

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในการรับฝากครรภ์หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ ภายใต้มาตรฐาน Udonthani Model Classifying Pregnancy 2022 คปสอ.อุดจัน อำเภออุดจัน จังหวัดอุดรธานี ระหว่าง เดือน กันยายน ถึง พฤศจิกายน 2566 กลุ่มตัวอย่าง ประกอบไปด้วย 2 กลุ่มคือ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการในงานฝากครรภ์ จำนวน 15 คน และ 2) หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกทุกราย ในช่วงเวลาที่ศึกษา จำนวน 32 คน

เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินกิจกรรมการพยาบาลที่พึงให้กับผู้มารับบริการ แบบสอบถามความรู้ ทักษะ ทักษะการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการให้บริการในหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ที่ได้รับบริการคลินิกฝากครรภ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและใช้สถิติอ้างอิงในการเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยของคะแนน ปัจจัย ก่อนและหลังการพัฒนาโดยใช้ Paired t-test วิเคราะห์ค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient of Alpha) มีค่าเท่ากับ 0.86

ผลการวิจัยพบว่า หลังจากการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในการรับฝากครรภ์หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ ภายใต้มาตรฐาน Udonthani Model Classifying Pregnancy 2022 คะแนนเฉลี่ย ความรู้ ทักษะ ทักษะการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ หลังได้รับกิจกรรมสูงกว่าก่อน ได้รับกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการปฏิบัติการพยาบาลในการรับฝากครรภ์ที่ไม่ได้ปฏิบัติในบางกิจกรรม เช่น การชี้แจงแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ตามประเภทความเสี่ยง ถึงร้อยละ 46.77 รองลงมา การแจ้งแผนเยี่ยมบ้านช่วงตั้งครรภ์ ร้อยละ 40.0 การประเมินและบันทึกการตรวจเต้านมและหัวนม ร้อยละ 33.44 การแนะนำขั้นตอนการฝากครรภ์ การบริการฝากครรภ์ ร้อยละ 13.44 และการแจ้งแผนเยี่ยมบ้านหลังคลอดร้อยละ 6.44

ผลการศึกษาเสนอแนะให้มีการส่งเสริมและติดตามประเมินผลการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในการรับฝากครรภ์หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ ภายใต้มาตรฐาน Udonthani Model Classifying Pregnancy โดยใช้กลวิธีที่หลากหลายและต่อเนื่อง เพื่อการพัฒนาและสามารถนำไปใช้ได้กับบริบทของหน่วยงานอื่นๆ ในแต่ละสถานพยาบาล

คำสำคัญ: การพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ การฝากครรภ์

The Impact of Development in Nursing Practice on Prenatal Care for Newly Pregnant Women under the Udonthani Model Classifying Pregnancy 2022 Standards, Kut Chap District, Udon Thani Province

Charinrat Chainikom

ABSTRACT

This action research seeks to investigate the influence of nursing practice advancements on prenatal care for newly pregnant women following the Udonthani Model's Pregnancy Classification Standards for 2022 in antenatal care services at Kut Chap District Health Coordinating Committee, Udonthani Province. Data collection is scheduled to take place between September and November 2023. The sample comprises two groups: 1) 15 professional nurses offering antenatal services and 2) 32 pregnant women seeking their first prenatal care during the study period.

The research tools encompass the assessment of nursing activities provided to service recipients and a questionnaire that assesses the Knowledge, attitude, social support, and behavior before and after offering services to newly pregnant women at the antenatal clinic. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, which involved frequency distribution, percentage, minimum and maximum values, mean, standard deviation. The inferential statistics for comparing mean scores. Knowledge and skills before and after development were assessed using a Paired t-test. The data reliability was evaluated using Alpha Cronbach's Coefficient which a value at 0.86.

The research findings revealed that, following the implementation of nursing practice activities, the average scores for knowledge, attitude, social support, and self-care behavior of pregnant women significantly increased compared to before the activities. These improvements were statistically significant at the 0.05 level. In terms of specific nursing practice activities in antenatal care, some were not performed as frequently. Notably, the following activities had lower completion rates: clarifying guidelines for caring for pregnant women according to risk categories at 46.77%, notification of home visit plans during pregnancy at 40.0%, assessment and recording of breast and nipple examinations at 33.44%, recommendation of antenatal care procedures and services at 13.44%, and notification of postpartum home visit plans at 6.44%.

The findings from this study emphasize the importance of promoting, monitoring, and evaluating nursing practice guidelines for antenatal care for newly pregnant women, following the Udonthani Model's Pregnancy Classification Standards for 2022. It is recommended that a range of diverse and ongoing strategies be employed to facilitate development in this regard. These strategies can be adapted and implemented in various healthcare contexts and institutions, including hospitals.

KEYWORDS: Development in nursing practice, Newly pregnant woman, Prenatal Care

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มาตรฐานการพยาบาลมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อวิชาชีพพยาบาล เป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมคุณภาพการพยาบาล ซึ่งนำไปสู่การประกันคุณภาพการพยาบาล สร้างความสำเร็จของงานบริการเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ป้องกันความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน เป็นการคุ้มครองผู้รับบริการ เป็นการสร้างเอกลักษณ์ของวิชาชีพ และเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาล(จุฬาลักษณ์ ณีรัตน์พันธุ์ และคณะ, ม.ป.ป.) ดังนั้นผู้ให้บริการทุกสาขาวิชาชีพจะต้องมีการทบทวนถึงมาตรฐานคุณภาพบริการของวิชาชีพตนเอง พิจารณาทิศทางในการพัฒนาปรับปรุงระบบกระบวนการบริการให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น วิชาชีพพยาบาลเองก็ต้องปรับตัวให้เหมาะสมกับกระแสต่างๆ ที่กดดัน โดยต้องปรับปรุงการให้บริการพยาบาลเป็นบริการที่มีคุณภาพโดยมีมาตรฐานการพยาบาลเป็นตัวกำหนด

งานฝากครรภ์ เป็นงานบริการหนึ่งที่มีพยาบาลเป็นผู้ให้บริการก็ต้องพัฒนาให้มีมาตรฐานสอดคล้องกับนโยบายโรงพยาบาลลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย บริการฝากครรภ์เป็นกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์ มีจุดประสงค์เป็นการตรวจเพื่อวินิจฉัยและค้นหาความผิดปกติที่จะเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ตั้งแต่นั้น ๆ เพื่อหาทางป้องกันหรือรักษาได้ทันเวลาที่ รวมทั้งมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ลดความวิตกกังวลสามารถรักษาดูแลสุขภาพของตนเองและบุตรในครรภ์ให้ดำเนินไปได้ด้วยดี ตลอดระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอดและหลังคลอด (ธีระทองสง, 2541) ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Hospital) ที่มีนโยบายเป็นการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในบริการฝากครรภ์พยาบาลจะมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนซึ่งกลุ่มเป้าหมายคือหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

จากสถิติผลงานการฝากครรภ์ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) กุดจับปีงบประมาณ 2564 พบว่ามีหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ ทั้งหมด 285 ราย เฉลี่ย 24 รายต่อเดือน โดยแยกเป็นฝากครรภ์ very low risk จำนวน 109 ราย low risk จำนวน 90 ราย high risk จำนวน 86 ราย very high risk จำนวน 1 ราย ปีงบประมาณ 2565 พบว่ามีหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ ทั้งหมด 293 ราย เฉลี่ย 24 รายต่อเดือน โดยแยกเป็นฝากครรภ์ very low risk จำนวน 118 ราย low risk จำนวน 82 ราย high risk จำนวน 92 ราย very high risk จำนวน 1 ราย ปีงบประมาณ 2566 พบว่ามีหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ ทั้งหมด 274 ราย เฉลี่ย 23 รายต่อเดือน โดยแยกเป็นฝากครรภ์ very low risk จำนวน 90 ราย low risk จำนวน 104 ราย high risk จำนวน 79 ราย very high risk จำนวน 1 ราย โดยมีผู้ให้บริการเป็นพยาบาลวิชาชีพ 15 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล 4 คน พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 11 คน หญิงตั้งครรภ์เหล่านี้จำเป็นต้องได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพจากเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล ถึงแม้ว่าการตั้งครรภ์ไม่ใช่การเจ็บป่วย แต่หญิงตั้งครรภ์อาจจะเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างการตั้งครรภ์ ในงานฝากครรภ์ คปสอ. กุดจับ ยังไม่ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการรับฝากครรภ์ ทำให้พยาบาลไม่

สามารถประเมินได้ว่าปฏิบัติการพยาบาลในการรับฝากครรภ์นั้นได้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ การให้บริการซึ่งต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพของบุคลากรที่รับผิดชอบในงานบริการนี้ภายใต้รูปแบบที่ได้มาตรฐานในการบริการที่เด่นชัด ในการปฏิบัติงานมีอุปสรรคและปัญหาหลากหลาย คือ การเปลี่ยนพยาบาลผู้รับผิดชอบงานใหม่ ทำให้งานไม่ต่อเนื่องและประสบการณ์การทำงานด้านการฝากครรภ์ยังไม่มาก รวมถึงความรู้และเทคนิคการให้บริการด้านการฝากครรภ์ยังไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความผิดพลาดในการซักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัยความเสี่ยง และวางแผนการพยาบาลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมกับภาวะเสี่ยงนั้นๆ จนทำให้ไม่สามารถสร้างความพึงพอใจแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ต้องรอรับบริการนาน ไม่เข้าใจในระบบการให้บริการ การปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ บางรายตลอดระยะเวลาในการฝากครรภ์ไม่ได้รับการคำแนะนำที่ครบถ้วนเหมาะสม

จากที่มาและปัญหาในการดำเนินงานดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ผลของการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในการรับฝากครรภ์หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ ภายใต้มาตรฐาน Udonthani Model Classifying Pregnancy 2022 คปสอ.กุดจับ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนา การให้บริการด้านการฝากครรภ์ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์รายใหม่
- 2) เพื่อศึกษา ผลการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในการรับฝากครรภ์หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ ภายใต้มาตรฐาน Udonthani Model Classifying Pregnancy 2022 คปสอ.กุดจับ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี
- 3) เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพยาบาลในการรับฝากครรภ์หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกฝากครรภ์ ตามมาตรฐาน Udonthani Model Classifying Pregnancy 2022

ขอบเขตของการวิจัย

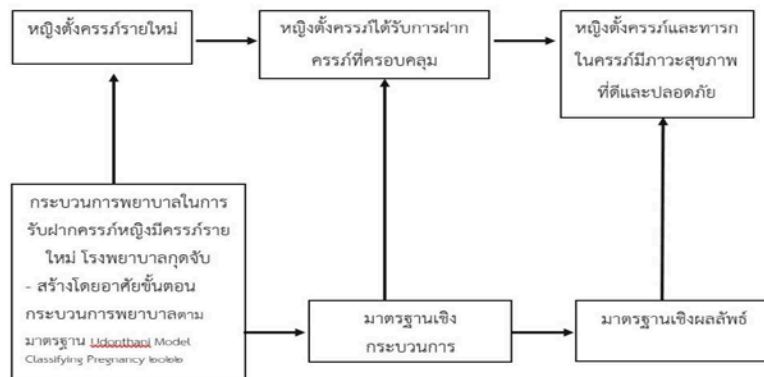
ในการศึกษาครั้งนี้เลือกตัวอย่างทุกราย ตามช่วงเวลาที่ศึกษา (กันยายน - พฤศจิกายน 2566) ระหว่าง เดือนกันยายน ถึง พฤศจิกายน 2566 กลุ่มตัวอย่าง ประกอบไปด้วย 2 กลุ่มคือ

- 1) พยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการในงานฝากครรภ์ จำนวน 15 คน และ 2) หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกทุกราย ในช่วงเวลาที่ศึกษา จำนวน 32 คน

กรอบแนวคิดของการวิจัย

เป็นการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในการรับฝากครรภ์หญิงมีครรภ์รายใหม่โดยระบุถึงกิจกรรมของพยาบาลที่พึงให้กับผู้รับบริการ และผลของการพยาบาลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับหญิงมีครรภ์รายใหม่ ที่มารับบริการในงานฝากครรภ์ คปสอ.กุดจับ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ในการศึกษาครั้งนี้

ผู้ศึกษาได้ใช้การประเมินมาตรฐานปฏิบัติการพยาบาลโดยอาศัยขั้นตอนกระบวนการพยาบาลและการประเมินการพยาบาลตามมาตรฐาน Udonthani Model Classifying Pregnancy 2022



วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้เลือกตัวอย่างทุกราย ตามช่วงเวลาที่ศึกษา (กันยายน - พฤศจิกายน 2566) โดยไม่มีการคำนวณขนาดตัวอย่าง ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานฝากครรภ์ ซึ่งเป็นผู้ให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการโรงพยาบาลกุดจับ จำนวน 4 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอกุดจับ จำนวน 11 คน รวม 15 คน

2) หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกทุกราย ภายในช่วงระยะเวลา 3 เดือน คือ เดือน กันยายน - พฤศจิกายน 2566 จำนวน 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 2 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ 3) ทศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ 4) แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติ เป็นลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) และ 5) พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ เป็นลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale)

ชุดที่ 2 แบบประเมินกระบวนการให้การพยาบาลในการรับฝากครรภ์รายใหม่ ของเจ้าหน้าที่พยาบาล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัย ได้พัฒนาขึ้นมาจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กและแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์จังหวัดอุดรธานี ปี 2565 (Udonthani Model Classifying Pregnancy 2022) เพื่อประเมินกระบวนการพยาบาลในการรับฝากครรภ์ใน 9 กระบวนการ รวม จำนวน 45 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) ข้อมูลทั่วไป และข้อมูล การปฏิบัติการพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลแน่นับ ใช้ ความถี่ ร้อยละ ข้อมูลต่อเนื่อง ใช้ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด
- 2) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ทักษะต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติ พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลัง ดำเนินกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลในการรับฝากครรภ์หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ ตามมาตรฐาน Udonthani Model Classifying Pregnancy 2022 ใช้โดยใช้สถิติ Paired Sample t-test

การวิเคราะห์ข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างที่ 1 หญิงตั้งครรภ์รายใหม่

1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ จำนวน 32 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-35 ปี ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 78.13 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 24.6 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.8 ปี อายุน้อยที่สุดของกลุ่มตัวอย่างคือ 17 ปี และอายุมากที่สุดของกลุ่มตัวอย่างคือ 33 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.6 โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 43.8 ทำให้มีรายได้ไม่แน่นอนต่อเดือนอยู่ระหว่าง 0-5,000 บาท ร้อยละ 71.9 โดยมีรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 5,390 บาทต่อเดือน โดยร้อยละ 81.3 ใช้สิทธิบัตรทอง รองลงมาเป็นสิทธิประกันสังคม ร้อยละ 18.8 มีความสะดวกมากในการมารับการฝากครรภ์ที่ร้อยละ 56.3 มารับการฝากครรภ์ตามเกณฑ์เป็นส่วนใหญ่ที่ 65.6 โดยมีการวางแผนในการตั้งครรภ์ ร้อยละ 90.6 ของทั้งหมด โดยไม่มีประวัติการเจ็บป่วยมาก่อน ร้อยละ 78.1 ซึ่งก่อนหน้านี้ไม่มีประวัติการฝากคลอด ร้อยละ 87.5 ไม่มีประวัติการแพ้ยาเลย ประวัติไม่มีการเจ็บป่วยของคนในครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 93.8 และมีความตั้งใจจะมาคลอดที่โรงพยาบาลแห่งนี้เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 96.9

2) ระดับความรู้ ทักษะต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติ พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม

ระดับความรู้ พบว่า ก่อนดำเนินกิจกรรม ระดับความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับระดับสูง ร้อยละ 56.2 รองลงมา คือระดับปานกลาง ร้อยละ 40.6 หลังดำเนินกิจกรรม พบว่า ระดับความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับระดับสูง ร้อยละ 98.8

ระดับทัศนคติ พบว่า ก่อนดำเนินกิจกรรม ระดับทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับระดับปานกลาง ร้อยละ 68.75 รองลงมา คือระดับสูง ร้อยละ 18.75 หลังดำเนินกิจกรรม พบว่า ระดับทัศนคติต่อการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับระดับสูง ร้อยละ 84.4

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ก่อนดำเนินกิจกรรม ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับระดับปานกลาง ร้อยละ 56.25 รองลงมา คือระดับสูง ร้อยละ 37.5 หลังดำเนินกิจกรรม พบว่า ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติ เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับระดับสูง ร้อยละ 96.9

ระดับพฤติกรรม พบว่า ก่อนดำเนินกิจกรรม ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับระดับปานกลาง ร้อยละ 65.6 รองลงมา คือระดับต่ำ ร้อยละ 25.0 หลังดำเนินกิจกรรม พบว่า ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับระดับสูง ร้อยละ 71.9

ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ ทักษะต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติ พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม (n = 32)

ด้าน	ก่อนดำเนินกิจกรรม		หลังดำเนินกิจกรรม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์				
ระดับต่ำ (1-8 คะแนน)	1	3.2	0	0.0
ระดับปานกลาง (9 -11 คะแนน)	13	40.6	1	3.2
ระดับสูง (12-15 คะแนน)	18	56.2	31	98.8
ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์				
ระดับต่ำ (0-40 คะแนน)	4	12.5	0	0.0
ระดับปานกลาง (41 -50 คะแนน)	22	68.75	5	15.6
ระดับดี (51-60 คะแนน)	6	18.75	27	84.4
แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติ				
ระดับต่ำ (0-40 คะแนน)	2	6.25	0	0.0
ระดับปานกลาง (41 -50 คะแนน)	18	56.25	1	3.1
ระดับดี (51-60 คะแนน)	12	37.5	31	96.9
พฤติกรรมการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์				
ระดับต่ำ (0-40 คะแนน)	8	25.0	0	0.0

ด้าน	ก่อนดำเนินกิจกรรม		หลังดำเนินกิจกรรม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับปานกลาง (41 -50 คะแนน)	21	65.6	9	28.1
ระดับสูง (51-60 คะแนน)	3	9.4	23	71.9

3) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ทักษะต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติ พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ทักษะต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติ พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์พบว่า หลังดำเนินกิจกรรม สูงกว่า ก่อนดำเนินกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.18, 6.50, 6.10 และ 9.44 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ทักษะต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติ พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม ($n = 32$)

ด้าน	$\bar{x}$	S.D.	ความต่าง ค่าเฉลี่ย	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์					
ก่อนดำเนินกิจกรรม	11.12	1.87	2.18	-10.5	<0.001*
หลังดำเนินกิจกรรม	13.30	1.13			
ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์					
ก่อนดำเนินกิจกรรม	47.50	4.31	6.50	-11.5	<0.001*
หลังดำเนินกิจกรรม	54.00	2.87			
แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติ					
ก่อนดำเนินกิจกรรม	48.80	5.89	6.10	-8.89	<0.001*
หลังดำเนินกิจกรรม	54.90	3.02			
พฤติกรรมการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์					
ก่อนดำเนินกิจกรรม	58.72	4.61	9.44	-16.9	<0.001*
หลังดำเนินกิจกรรม	68.16	3.43			

* Paired Sample t-test P-value < 0.05

กลุ่มตัวอย่างที่ 2 เจ้าหน้าที่พยาบาลในคลินิกฝากครรภ์

1) คุณลักษณะส่วนบุคคล

คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่พยาบาลในคลินิกฝากครรภ์ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 46-55 ปี ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 46.6 อายุเฉลี่ย 44.67 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.16 ปี อายุน้อยที่สุดของกลุ่มตัวอย่างคือ 29 ปี และอายุมากที่สุดของกลุ่มตัวอย่างคือ 57 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 93.3 โดยระยะเวลาในการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กส่วนใหญ่มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 60.0 รองลงมา น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 26.7 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก น้อยที่สุด 2 ปี และมากที่สุด 37 ปี

2) การประเมินกระบวนการให้การพยาบาลในการรับฝากครรภ์รายใหม่ของเจ้าหน้าที่พยาบาล

ภายใต้มาตรฐาน Udonthani Model Classifying Pregnancy 2022 คปสอ.กุดจับ อำเภอ กุดจับ จังหวัดอุดรธานี การดำเนินกิจกรรม พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลในการรับฝากครรภ์ที่ร้อยละของการไม่ได้ปฏิบัติข้อ 9.4 ชี้แจงแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามประเภทความเสี่ยง ถึงร้อยละ 46.77 รองลงมา ข้อ 9.8 แจกแผนเยี่ยมบ้านช่วงตั้งครรภ์ ร้อยละ 40.0 ข้อ 2.7 ประเมินและบันทึกการตรวจ เต้านมและหัวนม ร้อยละ 33.44 ข้อ 1.2 แนะนำขั้นตอนการฝากครรภ์ ข้อ 9.6 บริการฝากครรภ์ ร้อยละ 13.44 และข้อ 9.9 แจกแผนเยี่ยมบ้านร้อยละ 6.44 **ตารางที่ 3**

ตารางที่ 3 การปฏิบัติตามกระบวนการให้การพยาบาลในการรับฝากครรภ์รายใหม่ (n = 15)

กระบวนการให้การพยาบาล	ปฏิบัติ (ร้อยละ)	ไม่ได้ปฏิบัติ (ร้อยละ)	ความต่าง (ร้อยละ)
1. หญิงตั้งครรภ์รู้สึกผ่อนคลายและรู้ขั้นตอนการรับการฝากครรภ์หญิงรายใหม่			
1.1 การสร้างสัมพันธ์ภาพโดยใช้ การพูดคุย	15/15 (100.00)	0/0	0.00
1.2 แนะนำขั้นตอนการฝากครรภ์	13/15 (86.66)	2/15 (13.44)	73.22
1.3 ทบทวนความเข้าใจและ ซักถามปัญหา	15/15 (100.00)	0/0	0.00
2 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการประเมินความเสี่ยงในการตั้งครรภ์และการคลอด			
2.1 อธิบายและประเมินภาวะเสี่ยง	15/15 (100.00)	0/0	0.00
2.2 ประเมินด้วยการซักประวัติ	15/15 (100.00)	0/0	0.00
2.3. บันทึกข้อมูลและแจ้งผลการ ประเมิน	15/15 (100.00)		

กระบวนการให้การพยาบาล	ปฏิบัติ (ร้อยละ)	ไม่ได้ปฏิบัติ (ร้อยละ)	ความต่าง (ร้อยละ)
2.4 อธิบายให้ทราบถึงความสำคัญ ทางห้องปฏิบัติการ	15/15 (100.00)	0/0	0.00
2.5 ประเมินและบันทึกสภาพ ร่างกาย	15/15 (100.00)	0/0	0.00
2.6 ประเมินด้วยการฝากครรภ์	15/15 (100.00)	0/0	0.00
2.7 ประเมินและบันทึกการตรวจ เต้านมและหัวนม	10/15 (66.66)	5/15 (33.44)	33.22
2.8 เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา	15/15 (100.00)	0/0	0.00
3 หญิงตั้งครรภ์มีความปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในระยะตั้งครรภ์			
3.1 สร้างสัมพันธภาพ โดยการ พูดคุย	15/15 (100.00)	0/0	0.00
3.2 อธิบายถึงขั้นตอนและผลการ คัดกรองภาวะติดเชื้อ	15/15 (100.00)	0/0	0.00
4. หญิงตั้งครรภ์มีความเข้าใจ สามารถตัดสินใจตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้			
4.1 อธิบายถึงการตรวจเลือดเพื่อ คัดกรองโรคซิฟิลิส	15/15 (100.00)	0/0	0.00
4.2 .ให้คำปรึกษาในการตรวจคัด กรองการติดเชื้อเอดส์	15/15 (100.00)	0/0	0.00
4.3 เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา	15/15 (100.00)	0/0	0.00
5. หญิงตั้งครรภ์ได้รับความรู้เกี่ยวกับแหล่งข้อมูลในการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์			
5.1 แนะนำแหล่งข้อมูลในระยะ ตั้งครรภ์	15/15 (100.00)	0/0	0.00
5.2 แนะนำให้ศึกษารายละเอียด ด้วยตนเอง	15/15 (100.00)	0/0	0.00
5.3 แนะนำแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับ การดูแลตนเองและบุตรในครรภ์	15/15 (100.00)	0/0	0.00
6. หญิงตั้งครรภ์ได้รับความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และวิธีการมารับบริการฝากครรภ์			

กระบวนการให้การพยาบาล	ปฏิบัติ (ร้อยละ)	ไม่ได้ปฏิบัติ (ร้อยละ)	ความต่าง (ร้อยละ)
6.1 อธิบายให้ทราบถึงประโยชน์ ในการฝากครรภ์ครั้งต่อไป	15/15 (100.00)	0/0	0.00
6.2 อธิบายให้ทราบถึงประโยชน์ ในการฝากครรภ์ตามนัด	15/15 (100.00)	0/0	0.00
6.3 จัดตารางนัดฝากครรภ์ตาม อายุครรภ์	15/15 (100.00)	0/0	0.00
6.4 หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถมารับ บริการตามนัดได้ในครั้งต่อไปแนะ นำไปใช้บริการที่ รพ.สต.ในพื้นที่	15/15 (100.00)	0/0	0.00
7 หญิงตั้งครรภ์ปลอดภัยจากการติดเชื้อบาดทะยัก			
7.1 สอบถามประวัติการฉีดวัคซีน ป้องกันโรคบาดทะยัก	15/15 (100.00)	0/0	0.00
7.2 อธิบายถึงความสำคัญถึงการ ฉีดวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก	15/15 (100.00)	0/0	0.00
7.3 จัดเตรียมและตรวจสอบวัคซีน ก่อนฉีด	15/15 (100.00)	0/0	0.00
7.4 จัดทำและฉีดวัคซีนได้ เหมาะสม	15/15 (100.00)	0/0	0.00
7.5 ใช้สำลีสูบแอลกอฮอล์เช็ด บริเวณที่จะฉีดแล้วรอให้แห้ง	15/15 (100.00)	0/0	0.00
7.6 ฉีดวัคซีนโดยแทงเข็มแล้วฉีด วัคซีนไปช้าๆจนหมดจึงดึงเข็มออก	15/15 (100.00)	0/0	0.00
7.7 สังเกตอาการผิดปกติ	15/15 (100.00)	0/0	0.00
7.8 เก็บอุปกรณ์ วันที่วันที่ ปริมาณ และตำแหน่งที่ฉีด	15/15 (100.00)	0/0	0.00
8. หญิงตั้งครรภ์ได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตามปัญหาและความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ไตรมาส ที่หนึ่ง			

8.1 ประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติ ตัวขณะตั้งครรภ์ไตรมาสหนึ่ง	15/15 (100.00)	0/0	0.00
8.2 .ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ขณะตั้งครรภ์ไตรมาสหนึ่ง	15/15 (100.00)	0/0	0.00
8.3 สรุปเนื้อหาที่สำคัญและแจก เอกสาร	15/15 (100.00)	0/0	0.00
8.4 แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน อาการและอาการแทรกซ้อนที่อาจ เกิดขึ้นในการตั้งครรภ์ไตรมาสที่หนึ่ง	15/15 (100.00)	0/0	0.00
9. หญิงตั้งครรภ์ได้รับทราบข้อมูลว่าตนเองตั้งครรภ์ตามความเสี่ยงใดโดยแยกประเภทตามมาตรฐาน Udonthani Model Classifying Pregnancy 2022			
9.1 วิเคราะห์ข้อมูลจากการซักประวัติ และตรวจร่างกายหญิงตั้งครรภ์	15/15 (100.00)	0/0	0.00
9.2 ประเมินความเสี่ยงตามเกณฑ์ Udonthani Model Classifying Pregnancy 2022	15/15 (100.00)	0/0	0.00
9.3 แจ้งผลการประเมินการตั้งครรภ์ เบื้องต้นให้หญิงตั้งครรภ์ทราบ	15/15 (100.00)	0/0	0.00
9.4 ชี้แจงแนวทางการดูแลหญิง ตั้งครรภ์ตามประเภทความเสี่ยง	8/15 (53.33)	7/15 (46.77)	6.56
9.5 แนะนำการมาตรวจตามนัดตาม เกณฑ์	15/15 (100.00)	0/0	0.00
9.6 บริการฝากครรภ์เพิ่มเติมที่ได้รับ เช่น คัดกรองดาวน์ซินโดรม วัคซีน ไขหวัดใหญ่ DT ตรวจฟัน U/S	13/15 (86.66)	2/15 (13.44)	73.22
9.7 นัดพบสูติแพทย์	15/15 (100.00)	0/0	0.00
9.8 แจ้งแผนเยี่ยมบ้านช่วงตั้งครรภ์	9/15 (60.00)	6/15(40.0)	20.00
9.9 แจ้งแผนเยี่ยมบ้านช่วงหลังคลอด	14/15 (93.33)	1/15(6.44)	20.00

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ด้านข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่พยาบาล ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 44.67 ปี ทุกคนจบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีประสบการณ์ในการทำงานฝากครรภ์ ทำให้พยาบาลเหล่านี้มีความเข้าใจ ถึงความต้องการการดูแลเอาใจใส่ และยังสามารถอธิบาย ให้ความรู้ หรือให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการสังเกตอาการ และการดูแลตนเอง ซึ่งต้องปฏิบัติทั้งในหน่วยบริการและนอกหน่วยบริการในการออกไปเยี่ยมที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ ชัยชมพู และฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง (2559) พบว่าพยาบาลวิชาชีพงานฝากครรภ์ มีอายุระหว่าง 35-57 ปี มีอายุเฉลี่ย 46.53 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์งานบริการฝากครรภ์มากกว่า 10 ปี คุณลักษณะที่เหมาะสมและเอื้อต่อการให้บริการฝากครรภ์ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ของพยาบาล

2. ด้านความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ก่อนและหลัง การอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีความรู้ในระดับสูงถึง ร้อยละ 98.8 มีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ก่อนและหลัง มีทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้นวทางการแบ่งประเภทการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระดับดีร้อยละ 84.4 สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา พัฒนาพงศ์ ธรและคณะ ที่ศึกษาการดูแลหญิงตั้งครรภ์แนวใหม่ ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกในบริบทของประเทศไทย ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและญาติ เพิ่มมากขึ้นในระดับดีถึงร้อยละ 96.9 และหญิงตั้งครรภ์มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ก่อนและหลังการ อบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในระดับสูงร้อยละ 71.9 สอดคล้องกับการศึกษาของ ระนอง เกตุดาว, ปาริชาติ สาขามูละ, และฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง (2563) พบว่าพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการให้ความรู้ คำแนะนำ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเอง สามารถสังเกตอาการผิดปกติของตนเองและมาโรงพยาบาลได้ในระยะเวลาที่เหมาะสม และสนับสนุนให้สามีและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมดูแลเพื่อช่วยประคับประคองให้การตั้งครรภ์ดำเนินไปจนมีอายุครบกำหนดคลอดได้

3. กระบวนการให้การพยาบาลในการรับฝากครรภ์รายใหม่ของเจ้าหน้าที่พยาบาลภายใต้มาตรฐาน Udonthani Model Classifying Pregnancy 2022 คปสอ.กุดจับ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี การดำเนินกิจกรรม พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลในการรับฝากครรภ์ที่ไม่ได้ปฏิบัติ ข้อ 9.4 ชี้แจงแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามประเภทความเสี่ยง ถึงร้อยละ 46.77 รองลงมา ข้อ 9.8 แจกแผนเยี่ยมบ้านช่วงตั้งครรภ์ ร้อยละ 40.0 ข้อ 2.7 ประเมินและบันทึกการตรวจเต้านมและหัวนม ร้อยละ 33.44 ข้อ 1.2 แนะนำขั้นตอนการฝากครรภ์ ข้อ 9.6 บริการฝากครรภ์ ร้อยละ 13.44 และข้อ 9.9 แจกแผนเยี่ยมบ้านร้อยละ 6.44 เนื่องจากสมรรถนะ ทักษะในการตรวจคัดกรอง ระยะเวลาให้บริการ ความซับซ้อนและต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ก่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ หิมทอง (2556) พบว่า การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนตามแนวทาง ร้อยละ 75.50 จากปัญหาที่ผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้ และขาดทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง ส่วนข้ออื่นๆ สามารถปฏิบัติได้

ภายใต้มาตรฐาน Udonthani Model Classifying Pregnancy 2022 ดังนั้นบุคลากรควรได้รับการพัฒนาความรู้และฝึกทักษะตามนโยบายอย่างต่อเนื่อง

กล่าวโดยสรุป คณะณณณลย ความรู้ ทักษะคตต่อการตั้งครรรและการฝากครรร แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติ พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรรพบว่า หลังดำเนินกิจกรรม สูงกว่า ก่อนดำเนินกิจกรรม ส่วนกระบวนการให้การพยาบาลในการรับฝากครรร ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้ ภายใต้มาตรฐาน Udonthani Model Classifying Pregnancy 2022 ควรมีการส่งเสริมและติดตามประเมิน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านบริการ ควรสนับสนุนให้หญิงตั้ง ครรรมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง รู้จักสังเกตอาการผิดปกติและให้ความสำคัญของการกลับ มาพบแพทย์ บุคลากรพยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานฝากครรรทุกระดับ ควรได้รับการพัฒนาทักษะ การคัดกรองประเมินความเสี่ยง การดูแลเบื้องต้นและการส่งต่อหญิงตั้งครรรเสี่ยงสูงอย่างต่อเนื่อง

1.2 ด้านการบริหาร ควรมีการควบคุมกำกับ ติดตามการใช้แนวทางแบ่งประเภทการดูแลหญิงตั้งครรรภายใต้มาตรฐาน Udonthani Model Classifying Pregnancy อย่างต่อเนื่องทุกระดับของหน่วยบริการและควรมีการปรับปรุงแนวทางอยู่เสมอเพื่อให้สอดคล้อง กับปัญหาสุขภาพของหญิงตั้งครรรและอัตรากำลังคน รวมถึงระบบบริการในพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในการดูแลหญิงตั้งครรรที่มีความเสี่ยงสูงโดยเฉพาะ และควรมีการวิจัยโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติ ภายใต้มาตรฐาน Udonthani Model Classifying Pregnancy อย่างต่อเนื่อง

2.2 ควรมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล ภายใต้มาตรฐาน Udonthani Model Classifying Pregnancy ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สรุปลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด. นนทบุรี: กระทรวง สาธารณสุข; 2565.
- กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. สรุปลผลงานตามตัวชี้วัด. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2565.
- คณะกรรมการแม่และเด็กจังหวัดอุดรธานี. แนวทางการแบ่งประเภทการดูแลหญิงตั้งครรภ์จังหวัดอุดรธานี ปี 2565(Udonthani model classifying pregnancy 2022. อุดรธานี; 2565.
- ชมพูนุท โตโพธิ์ไทย, วลัยพร พัทธนถนอม, วีระศักดิ์ พุทธาศรี, ฐิติกร โตโพธิ์ไทย, อังคณา สมณสทวิ ชัย, ประเทือง เผ่าดิษฐ, และคนอื่นๆ. บริการฝากครรภ์ ตอนที่สอง: ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการฝากครรภ์ ของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร. ว.วิชาการ สาธารณสุข 2558; 24(5): 885-91.
- เพ็ญจันทร์ ชัยชมพู, ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง ประสิทธิผลของการใช้แนวทางการแบ่งประเภทการดูแลหญิงตั้งครรภ์จังหวัดอุดรธานี ปี 2559 (Udonthanimodel classifying pregnancy 2016) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ 32 แห่ง อ.เมือง จ.อุดรธานี; 2559.
- เพ็ญศรี บำรุง, รัตติยา ทองสมบูรณ์, สม ทรงบุตรตะ, รำไพ เกตุจิระโชติ. การพัฒนาระบบ บริการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโรงพยาบาล มหาสารคามและโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายจังหวัดเข้าถึงได้จาก: มหาสารคาม. ว.การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2559; 34 (1): 37-45.
- ระนอง เกตุดาว, ปาริชาติ สาขามูละ,ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงรูปแบบอุดร 7 ขั้นตอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี ; 2563.
- อมรรัตน์ หิมทอง. การศึกษาวิจัยการ ประเมินผลการดำเนินงานในแผนกฝากครรภ์โรง พยาบาลชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. ว.วิชาการ แพทย์ เขต 11 2556; 7(27): 879-89.
- MacDonal, C. Understanding Participatory Action Research: A Qualitative Research Methodology Option. CJAR 2012; 13(2): 34-50.
- Piaggio G, Ba' ageel H, Bergsjö P, Carroli G, Farnot U, Lumbiganon P, et al. The practice of antenatal care: comparing four study sites in different parts of the world participating in the WHO Antenatal care randomized controlled trial. Paediatr Perinat Epidemiol 1998; 12 (Suppl): 27-58.
- Villar J, Bakketeig L, Donner A, Mazrou Y, Ba'aqeel H, Belizan JM, et al. The WHO Antenatal care randomized controlled trial: rationale and study design. Paediatric and Perinatal Epidemiology. 1998; 12 (Suppl.): 27-58.

การพัฒนาแบบคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 7
Development of a preliminary risk assessment form for women of reproductive age
before pregnancy of Health Region 7

อริชฐาน สารินทร์ (พย.ม.)¹, กรแก้ว ธิรพงษ์สวัสดิ์ (ส.ม.)²

จันทร์สม บุญลุด(พย.บ.)³, ธนิศรา นามบุญเรือง (พย.ม.)⁴

Atitthan Sarin (M.N.S)¹, Kornkaew Thirapongsawat (M.P.H.)²

Jantaras Bunlot (B.N.S)³, Thanissara Namboonruang(M.N.S)^{4*}

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

²นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มพัฒนานามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

³พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ กลุ่มพัฒนานามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

⁴พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนากการพยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารคาม

Corresponding Author: *E-mail: thanis.mskh@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาแบบคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 7 และศึกษาผลการใช้แบบคัดกรองที่พัฒนาขึ้นในเรื่องความถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน และง่ายต่อการนำไปใช้

รูปแบบและวิธีวิจัย: การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการช่วงเดือนมีนาคมถึงธันวาคม 2566 กลุ่มตัวอย่าง คือหญิงไทยวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-49 ปี ในเขตพื้นที่บริการสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 384 ราย ดำเนินการศึกษาเป็น 4 ระยะ ดังนี้ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาการคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นฯ ระยะที่ 2 พัฒนาระบบและแบบคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นฯ7 ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผลการใช้แบบคัดกรองคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นฯ ระยะที่ 4 ศึกษาผลการคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นฯ

ผลการศึกษา: แบบคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นหญิงวัยเจริญพันธุ์ฯ โดยอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่ามีค่าความไวร้อยละ 100 แสดงว่าแบบคัดกรองดังกล่าวมีความสามารถตรวจแยกบุคคลที่เป็นโรคได้ถูกต้องจากกลุ่มที่ทราบแน่นอนว่าเสี่ยงสูงได้ร้อยละ 100 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 85.08 แสดงว่าแบบคัดกรองดังกล่าวสามารถในการคัดกรองแล้วให้ผลลบ ในคนที่ไม่ป่วยด้วยโรคนั้น ๆ ได้อย่างถูกต้องร้อยละ 85.08 และประสิทธิภาพร้อยละ 94.79 แสดงว่าแบบคัดกรองดังกล่าวสามารถใช้คัดกรองโรคแล้วพบว่าผลการคัดกรองเป็นบวกในคนที่เสี่ยงสูง และให้ผลคัดกรองเป็นเสี่ยงต่ำในคนที่ปกติ ร้อยละ 94.79 และหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ส่งต่อเพื่อรับคำแนะนำและดูแลต่อในหน่วยบริการตามศักยภาพ ร้อยละ 100 พบเสี่ยงสูงเนื่องจากมีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภูมิแพ้ ไทรอยด์หอบหืด จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.4

สรุปผลการศึกษา การศึกษาชี้ให้เห็นว่า การใช้การใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนตั้งครรภ์โดยอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นเครื่องมือเบื้องต้นที่สามารถใช้ในการค้นหาหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงสูงหากตั้งครรภ์ และช่วยให้หญิงวัยเจริญพันธุ์กลุ่มดังกล่าวได้รับการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยและรักษาอย่างเหมาะสม ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้

คำสำคัญ: การพัฒนา, แบบคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้น, หญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนตั้งครรภ์

ABSTRACT

Objective: To develop a preliminary risk screening form for women of reproductive age before pregnancy in Health Region 7 and study the results of using the developed screening form in terms of accuracy, completeness, clarity, and ease of use.

Method : This research is an action research from March to September 2023. sample group There were 384 Thai women of reproductive age, aged 15-49 years, in the health service area, Health Zone 7. The study was conducted in 4 phases as follows: Phase 1 studied preliminary risk screening. Phase 2 developed the system and screening forms. Preliminary risk, etc. 7 Phase 3: Trial and evaluate the use of the preliminary risk screening form. Phase 4: Study the results of preliminary risk screening.

Result : Preliminary risk screening form for women of reproductive age. by public health volunteers It was found to have a sensitivity of 100 percent, indicating that the screening test has the ability to correctly identify people with the disease. From the group with 100% certainty that they were at high risk, the specificity value was 85.08%, showing that the screening test was able to screen and return a negative result. In people who were not sick with that disease, the accuracy was 85.08% and the efficiency was 94.79%, showing that the screening test can be used to screen for disease and found that the screening results were positive in people at high risk. and the screening results were low risk in 94.79% of normal people and women of reproductive age. who were referred for advice and further care in the service unit according to their potential, 100 percent were found to be at high risk due to Congenital diseases: diabetes, high blood pressure, allergies, thyroid asthma, 20 cases, accounting for 7.4 percent.

Conclusion : The use of preliminary risk screening for women of reproductive age before pregnancy by public health volunteers. It is a preliminary tool that can be used to identify women of reproductive age who are at high risk if they become pregnant. and help women of reproductive age to be referred for appropriate diagnosis and treatment. Prevent potential dangers to pregnant women and fetuses.

Keywords: development, preliminary risk screening form, women of reproductive age before pregnancy

บทนำ การตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงทำให้มารดาและทารกในครรภ์มีอันตรายหรือมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงขึ้นทั้งระยะตั้งครรภ์คลอด และหลังคลอด สำหรับประเทศไทยปีงบประมาณ 2563-2565 พบอัตราตายมารดาเท่ากับ 20.29, 34.68 และ 25.86 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ตามลำดับ เกิดจากสาเหตุโดยตรง คิดเป็นร้อยละ 54.24, 34.59 และ 41.29 ตามลำดับ จากสาเหตุมารดาตายโดยอ้อมคิดเป็นร้อยละ 37.29, 55.67 และ 42.63 ตามลำดับ ไม่ระบุสาเหตุ คิดเป็นร้อยละ 8.47, 9.73 และ 16.28 ตามลำดับ¹ จากการวิเคราะห์ข้อมูล และทบทวนสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาในเขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2563-2565 พบว่า อัตราส่วนการตายมารดา เท่ากับ 26.34, 34.32 และ 19.76 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ตามลำดับ โดยเกิดจากสาเหตุการตายทางตรง (Direct cause) ร้อยละ 44.44, 81.82 และ 50 ตามลำดับ สาเหตุการตายทางอ้อม (Indirect cause) ร้อยละ 55.56, 18.18 และ 50 ตามลำดับ เป็นสาเหตุที่ป้องกันได้ ร้อยละ 52.94 และ ป้องกันไม่ได้ 47.06 ในกลุ่มที่ป้องกันได้พบสาเหตุการตายมารดา ส่วนหนึ่งเกิดจากการมีโรคประจำตัวตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด² ซึ่งความสำคัญของการเตรียมความพร้อมก่อนการมีบุตรเพื่อการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย กำเนิดบุตรที่มีสุขภาพแข็งแรง มีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการคัดกรอง พร้อมทั้งวางแผนการดูแลและส่งต่อ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ³

ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ส่วนหนึ่งเกิดจากไม่ได้รับการตรวจคัดกรองหรือตรวจวินิจฉัย ทำให้ไม่ได้รับการรักษาในระยะเริ่มแรก ซึ่งสาเหตุการตายส่วนหนึ่งมาจากภาวะแทรกซ้อนช่วงตั้งครรภ์ คลอด และ หลังคลอด อีกส่วนหนึ่งจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรมตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งพบว่ามีปัญหาในการวินิจฉัย การคัดกรองความเสี่ยงได้ช้า จึงส่งผลให้การส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลล่าช้า รวมถึงการไม่เข้ารับการรักษาต่อเนื่อง ส่งผลกระทบให้เกิดอันตรายแก่ทั้งมารดาและทารกในครรภ์ โดยหญิงตั้งครรภ์จะได้รับการคัดกรองความเสี่ยงเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกที่สถานบริการสาธารณสุข⁴ ซึ่งอาจล่าช้าเกินไปในการป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับมารดาและทารกในครรภ์ ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้เห็นความสำคัญเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์มากขึ้น จึงจัดทำนโยบายและ ยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569)⁵ ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิด และการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ และล่าสุดมีนโยบาย จัดทำโครงการสาวไทยแถมแดง มีลูกเพื่อชาติ ด้วยวิตามิน แสสนพิเศษ โดยให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่วางแผนจะมีบุตร รับประทานยาเม็ดวิตามินรวม เหล็กและกรดโฟลิกโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โรงพยาบาลรัฐที่มีคลินิกให้บริการอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม⁷ แต่หญิงวัยเจริญพันธุ์บางส่วนก็ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการ อีกทั้งการคัดกรองความเสี่ยงส่วนใหญ่จะเริ่มเมื่อหญิงวัยเจริญพันธุ์ตั้งครรภ์แล้ว และเข้ามารับบริการฝากครรภ์ในสถานบริการซึ่งอาจล่าช้าเกินไปในการให้การดูแลเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดแก่ทั้งมารดาและทารก

นอกจากนี้การให้บริการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ใน โรงพยาบาลของรัฐหลายแห่งยังไม่มีคลินิก รวมถึงแบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์จะมีเฉพาะในคลินิก

คู่รักคู่สมรสซึ่งจะให้บริการเฉพาะคู่รักคู่สมรสที่ที่พร้อมจะมีบุตรเท่านั้น โดยเน้นการตรวจเป็นคู่ ซึ่งจะตรวจความพร้อมในทุกด้านของคู่สมรส

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย รับผิดชอบ 4 จังหวัดได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการค้นหาความเสี่ยงในหญิงวัยเจริญพันธุ์ เพื่อให้การดูแล ส่งต่อ เตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ ตามนโยบายส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ และลดอัตราการตายมารดาจากสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ การตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ เป็นสิ่งที่สามารถเตรียมตัวและวางแผนล่วงหน้าได้ตั้งแต่ก่อนสมรสและตั้งครรภ์ โดยการขอรับความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำ การประเมินปัจจัยเสี่ยง การตรวจสุขภาพร่างกายทั่วไป และการตรวจทางห้องปฏิบัติการการเตรียมความพร้อมจึงเป็นเรื่องสำคัญจากการที่ผู้วิจัยได้ร่วมประชุมทบทวนสาเหตุการตายมารดา กับคณะทำงานทบทวนกรณีมารดาตาย ระดับเขตสุขภาพที่ 7 ได้วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การตายมารดาในพื้นที่บริการสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 7 ได้ค้นพบประเด็นสำคัญในการพัฒนาและเฝ้าระวังการตายมารดาจากสาเหตุที่ป้องกันได้โดยการ ออกทำงานเชิงรุก ค้นหา และคัดกรองเบื้องต้นในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนที่จะตั้งครรภ์ เพื่อค้นหา และคัดกรองสตรีวัยเจริญพันธุ์กลุ่มเสี่ยง ให้ได้รับคำแนะนำ การส่งเสริมสุขภาพ หากต้องการตั้งครรภ์ และเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ เพื่อลดความเสี่ยงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายที่อาจเกิดขึ้นหากมีการตั้งครรภ์ เนื่องจากการดูแลที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน เป็นการจัดการปัญหาที่ปลายเหตุ กล่าวคือจะมีการคัดกรองความเสี่ยงเมื่อมาฝากครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุข ซึ่งอาจล่าช้าเกินไป จากการประชุมจึงได้ขอเสนอให้มีการพัฒนาแบบคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นหญิงวัยเจริญพันธุ์ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่เป็นผู้ทำการสำรวจ และคัดกรอง เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นคนในพื้นที่ มีขอบเขตของกลุ่มประชากรในความรับผิดชอบชัดเจน มีความสัมพันธ์ที่ดี อีกทั้งมีความใกล้ชิดกับคนในพื้นที่ จึงมีความไวในการค้นหา เพื่อจะได้ช่วยให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ได้รับส่งต่อเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วและเหมาะสมต่อไป อีกทั้งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นของหญิงวัยเจริญพันธุ์ เพื่อใช้ในการสร้างแบบคัดกรองหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงหากตั้งครรภ์^{6,7,8,9,10}

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาแบบคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้น ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ รวมถึงการนำแบบคัดกรองไปใช้ เพื่อค้นหาหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่พร้อมตั้งครรภ์ ส่งเสริมความรู้ เตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ป้องกันการตั้งครรภ์ในโรคเรื้อรัง เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาจากสาเหตุที่ป้องกันได้ อีกทั้งสามารถติดตามส่งต่อความเสี่ยงหญิงวัยเจริญพันธุ์ไปยังหน่วยบริการเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาแบบคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นหญิงวัยเจริญพันธุ์ เขตสุขภาพที่ 7
2. เพื่อพัฒนาระบบและแบบคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 7
3. เพื่อทดลองใช้และประเมินผลการใช้แบบคัดกรองคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 7

4. เพื่อศึกษาผลการคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 7

รูปแบบและวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาดำเนินการในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนธันวาคม 2566 แบ่งเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

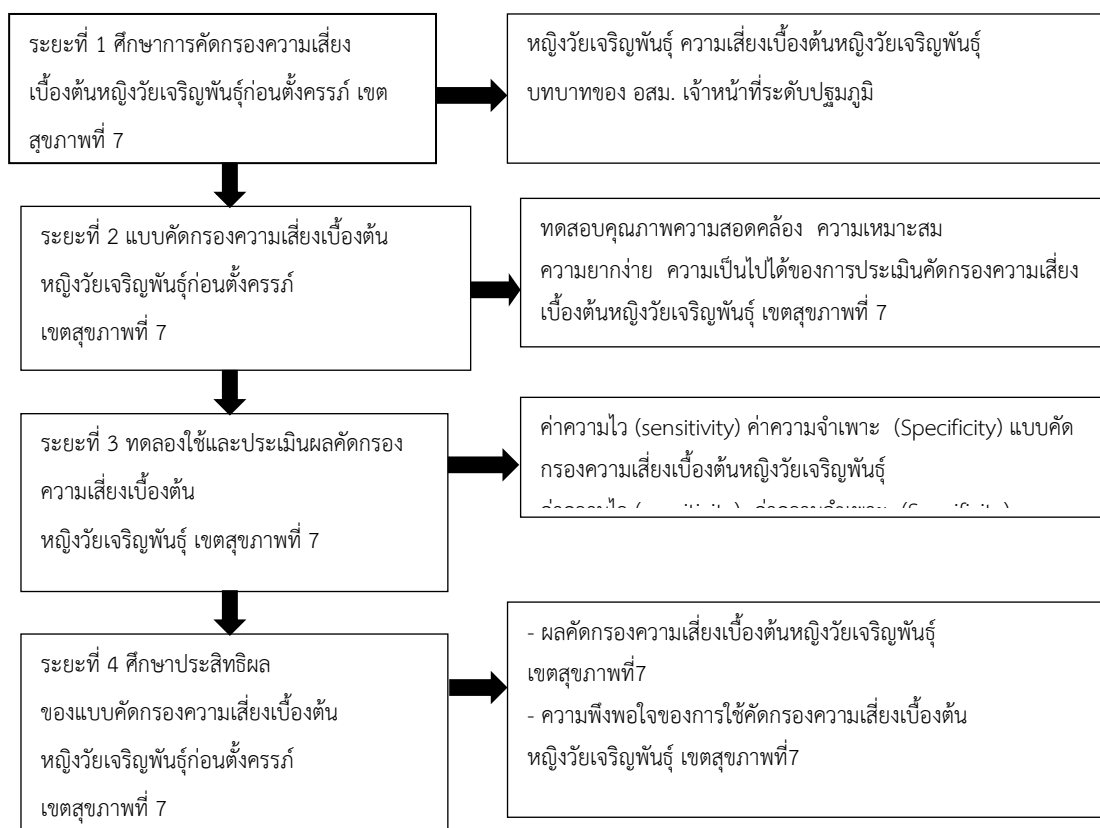
ระยะที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 7 จากการประชุมและทบทวนวรรณกรรม พบปัญหาเกี่ยวกับการให้บริการอนามัยเจริญพันธุ์ ปัจจัยเสี่ยงหญิงวัยเจริญพันธุ์ การให้คำปรึกษาก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์ แบบคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นหญิงวัยเจริญพันธุ์ และบทบาทของ อสม. เจ้าหน้าที่ระดับปฐมภูมิ

ระยะที่ 2 พัฒนาแบบคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 7 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาแบบคัดกรองฯ ทำให้ได้แบบคัดกรองฯ ที่มีคุณภาพ ความสอดคล้อง ความเหมาะสม ความง่าย และความเป็นไปได้ของการประเมินคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นหญิงวัยเจริญพันธุ์ เขตสุขภาพที่ 7

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผลการใช้แบบคัดกรองคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 7 ทราบค่าความไว (sensitivity) ค่าความจำเพาะ (Specificity) ของแบบคัดกรองฯ

ระยะที่ 4 ศึกษาประสิทธิผลของแบบการคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 7 ได้ผลการคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นหญิงวัยเจริญพันธุ์ เขตสุขภาพที่ 7

กรอบแนวคิดการวิจัย



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ หญิงไทยวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-49 ปี ในเขตพื้นที่บริการเขตสุขภาพที่ 7 มีประชากร จำนวน 1,578,094 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือหญิงไทยวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-49 ปี ในเขตพื้นที่บริการสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 7 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณด้วยสูตรของ Krejcie และ Morgan ซึ่งจะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 384 คน โดยมีวิธีการคำนวณ ดังนี้ (Krejcie and Morgan, 1970 อ้างใน อึ้งรุติ เอกะกุล, 2543)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 7 ได้มาจากผู้วิจัยและทีมวิจัยทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน นำไปปรับปรุงตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ และได้ปรับแบบคัดกรองฯ ซึ่งมี 2 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และส่วนที่ 2 แบบคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นหญิงวัยเจริญพันธุ์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกผลการคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 7
2. แบบสอบถามการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 7 ด้านความถูกต้อง (correct) ด้านความครบถ้วน (complete) ด้านความชัดเจน (clear) และง่ายต่อการนำไปใช้ (ease of use) แบบสอบถามเป็นแบบ scale วัด 4 ระดับและข้อเสนอแนะหรือความต้องการเกี่ยวกับการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนตั้งครรภ์

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม ผู้วิจัยได้คำนึงสิทธิของข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย โดยข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล และรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวม

ผลการศึกษา

1. แบบคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 7 โดยอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่ามีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 100 แสดงว่าแบบคัดกรองดังกล่าวมีความสามารถในการตรวจแยกบุคคลที่เป็นโรคได้ถูกต้อง จากกลุ่มที่ทราบแน่นอนว่าเสี่ยงสูงได้ร้อยละ 100 ค่าความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 85.08 แสดงว่าแบบคัดกรองดังกล่าวมีความสามารถในการคัดกรองแล้วให้ผลลบในคนที่ไม่ป่วยด้วยโรคนั้นๆ ได้อย่างถูกต้องร้อยละ 85.08และประสิทธิภาพ (Efficiency) ร้อยละ 94.79 แสดงว่าแบบคัดกรองดังกล่าวสามารถใช้คัดกรองโรคแล้วพบว่าผลการคัดกรองเป็นบวกในคนที่เสี่ยงสูง

และให้ผลคัดกรองเป็นเสี่ยงต่ำในคนที่ปกติ ร้อยละ 94.79 แสดงให้เห็นว่าแบบคัดกรองดังกล่าวมีความเหมาะสมในการนำไปใช้คัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนตั้งครรภ์ได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งหากมีการปรับปรุงให้มีค่าประสิทธิภาพสูงขึ้น จะยังมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ต่อไป มีรายละเอียดดังตารางที่ 1 ซึ่งจากการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 7 โดยอาสาสมัครสาธารณสุข มีรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ความไว (Sensitivity) ความจำเพาะ (Specificity) และประสิทธิภาพ (Efficiency) ของแบบคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 7 (N=384 คน)

การทดสอบ	ผลการทดสอบ		
ความไว (sensitivity)	$\frac{TP \times 100}{TP + FN}$	$= \frac{270 \times 100}{270 + 0}$	$= 100\%$
ความจำเพาะ (Specificity)	$\frac{TN \times 100}{TN + FP}$	$= \frac{97 \times 100}{97 + 17}$	$= 85.08\%$
ประสิทธิภาพ (Efficiency)	$\frac{TP + TN \times 100}{Total}$	$= \frac{270 + 97 \times 100}{384}$	$= 94.79\%$

ตารางที่ 2 ผลของการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 7 (N=384 คน)

ประสิทธิภาพของการพัฒนาแบบคัดกรองฯ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
TP (True Positive) คือคนที่เสี่ยงสูงที่เครื่องมือระบุถูกต้องว่าเสี่ยงสูง	270	70.31
FN (False Negative) คือคนที่เสี่ยงสูง ที่เครื่องมือระบุผิดว่าเสี่ยงต่ำ	0	0
FP (False Positive) คือ คนที่เสี่ยงต่ำที่เครื่องมือระบุผิดว่าเสี่ยงสูง	17	4.43
TN (True Negative) คือ คนที่เสี่ยงต่ำที่เครื่องมือ ระบุถูกต้องว่าเสี่ยงต่ำ	97	25.26
TP + FN คือ คนที่เสี่ยงสูงทั้งหมด	270	70.31
TN+FP คือ คนที่เสี่ยงต่ำทั้งหมด	114	29.69

2. หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ทำการส่งต่อเพื่อรับคำแนะนำ และดูแลต่อในหน่วยบริการตามศักยภาพ จำนวน 270 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 พบเสี่ยงสูงเนื่องจากมีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภูมิแพ้ ไทรอยด์ หอบหืด จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.4

สรุปผลการศึกษา

จากการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้มีการนำแบบคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 7 มาใช้ในการดำเนินงาน ซึ่งแบบคัดกรองนี้ผ่านการประเมินและทดลองใช้ มีคุณภาพสอดคล้องกับการประเมิน มีค่าความไว (sensitivity) ค่าความจำเพาะ (Specificity) ทำให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ได้รับการคัดกรอง

ความเสี่ยงตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ และเมื่อประเมินพบว่ามีความเสี่ยงสูงหากตั้งครรภ์ มีการส่งผลไปยังหน่วยบริการในพื้นที่เพื่อให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ได้รับการดูแลส่งเสริมการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพ ลดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหากตั้งครรภ์รวมถึงอัตราการตายในมารดาทารกจากสาเหตุที่ป้องกันได้ โดยเฉพาะการตั้งครรภ์ที่มีโรคร่วมทางอายุกรรม

อภิปรายผล

แบบคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 7 โดยอาสาสมัครสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้น เป็นเครื่องมือเบื้องต้นที่อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถนำไปใช้ในการค้นหากลุ่มเสี่ยงได้ ซึ่งพบว่าเครื่องมือดังกล่าวมีความไว (sensitivity) ร้อยละ 100 ค่าความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 85.08 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าแบบคัดกรองฯ ที่พัฒนามาจากความรู้เชิงวิชาการและมีการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ สามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 7 ได้ในระดับหนึ่ง ทำให้ผู้ปฏิบัติมีความมั่นใจในการคัดกรอง และส่งต่อหญิงวัยเจริญพันธุ์กลุ่มเสี่ยงสูง เนื่องจากมีแนวทางการคัดกรองความเสี่ยงที่ชัดเจน เกิดความรวดเร็วในการค้นหา และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหากหญิงวัยเจริญพันธุ์กลุ่มเสี่ยงสูงมีการตั้งครรภ์ นอกจากนี้แบบคัดกรองฯ ยังใช้ง่าย มีข้อคำถามไม่มาก และไม่ซับซ้อน ผู้ปฏิบัติงานที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขสามารถใช้คัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศุภิสรา วรโคตร, ผ่องศรี เถื่อนนำมา, นันทา ศรีนา และปราณี อีร์โสน (2554)⁸ ที่ศึกษาผลการพัฒนาแบบคัดกรองภาวะโลหิตจางเบื้องต้นในหญิงวัยเจริญพันธุ์โดยอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลจันทร์เพ็ญ อำเภอเต่างอย จังหวัดสกลนครที่ชี้ให้เห็นว่า การใช้การใช้แบบคัดกรองภาวะโลหิตจางแบบ Anemia Screening Form โดยอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นเครื่องมือเบื้องต้นที่สามารถค้นหาหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะโลหิตจางและช่วยให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ได้รับการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยและรักษาอย่างเหมาะสม จึงควรมีการศึกษาดูการใช้แบบคัดกรองภาวะเสี่ยงอื่นๆ ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ให้สามารถค้นหาหญิงวัยเจริญพันธุ์ หรือตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงได้รวดเร็วยิ่งขึ้น พร้อมทั้งมีการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยและรักษาอย่างเหมาะสมตามศักยภาพสถานบริการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีนโยบายส่งเสริมการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 7 ที่พัฒนาขึ้นในทุกจังหวัด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และส่งเสริมการตั้งครรภ์คุณภาพต่อไป
2. ควรมีการวิจัยและพัฒนา Application คัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนตั้งครรภ์ เขตบริการสุขภาพที่ 7 เป็นแบบอัตโนมัติเพื่อให้สามารถคัดกรองและดูแลได้อย่างรวดเร็ว

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. อัตราตายมารดาและสาเหตุการตายมารดา ปีงบประมาณ 2563-2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก:
<https://dashboard.anamai.moph.go.th>.
2. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7. รายงานตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2563-2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก:
<https://r7.moph.go.th/cpreg7/>.
3. ปภาวี ไชยรักษ์. คู่มือการเตรียมความพร้อมก่อนการใช้ชีวิตคู่และก่อนตั้งครรภ์ เพื่อรองรับสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2564.
4. กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนากิจการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ. นนทบุรี; 2559.
5. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนากิจการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๙) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก:
<http://202.29.80.118/datas/document/PolicyandStrategy/strategic/strategic-reproductive-59.pdf>.
6. จรรยา ชื่นเกษม กัลยา ชนะภัย และผดุง อารยะวิญญู. การพัฒนาชุดการคัดกรองเบื้องต้นเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อความพิการในระยะแรกเริ่ม โดยใช้ระบบออนไลน์. วารสารวิชาการหลักสูตรและการสอน มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร. 2564;13(36):31-39.
7. มาลินี นาคใหญ่ และอมรเทพ แสนคำ. การพัฒนาแอปพลิเคชันส่งเสริมการดูแลหญิงตั้งครรภ์. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. งานประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 12 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2564
8. ศุภิสรา วรโคตร ผ่องศรี เก่งนำมา นันทา ศรีนา และปราณี ชีโรโสภณ. ผลการพัฒนาแบบคัดกรองภาวะโลหิตจางเบื้องต้นในหญิงวัยเจริญพันธุ์โดยอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลจันทร์เพ็ญ อำเภอเต่างอย จังหวัดสกลนคร. การพยาบาลและการศึกษา. 2564;4(2):1-9.

9. สุภาพรณ อยู่ประเสริฐ. การศึกษาพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ เขตกรุงเทพมหานคร.[อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 26 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก:
https://mwi.anamai.moph.go.th/th/mwi-research/download?id=87182&mid=36865&mkey=m__document&lang=th&did=28110.
10. ศิริินภา แก้วพวง วรณิ เตียววิศเรศ และวรรณทนา ศุภสีมานนท์. อิทธิพลของการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ความรู้ และทัศนคติต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา. 2561;26(2):57-66.

ผลของโปรแกรมการป้องกันการสูญเสียการได้ยิน ต่อความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง ในบุคลากรโรงพยาบาลสุรินทร์

อรพรรณ แก้วพวง*,พริภา กุลรัตน์**

อารยา เรืองสำราญ***, ศิริศักดิ์ นามพรม****,ปะการัง ศรีมี*****

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการสูญเสียการได้ยิน ประชากรที่ศึกษาคือบุคลากรโรงพยาบาลสุรินทร์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่สัมผัสเสียงดัง จำนวน 113 คน สุ่มตัวอย่างได้ 45 คน แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มากกว่า 0.50 และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83, 0.81, 0.81 ตามลำดับ เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน ถึงวันที่ 29 ธันวาคม 2566 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และ Paired sample t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับอันตรายของเสียงดัง และวิธีการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง ก่อนและหลังดำเนินการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การดำเนินกิจกรรมในการศึกษาทุกขั้นตอนอาศัยการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย หัวหน้างาน/กลุ่มงาน ร่วมอภิปรายและแสดงความคิดเห็นในการเลือกวิธีการป้องกันที่ดีและเหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงานที่สุด เพื่อให้เกิดการแก้ไขที่ยั่งยืนในอนาคต ดังนั้นโครงการนี้สามารถนำไปใช้ส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูญเสียการได้ยินสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานสัมผัสเสียงดังในโรงพยาบาลอื่นที่มีปัญหาล้ำยกัน

คำสำคัญ: ความรู้; ความเชื่อด้านสุขภาพ; พฤติกรรมป้องกันการสูญเสียการได้ยิน

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลสุรินทร์

**แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลสุรินทร์

***นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลสุรินทร์

****พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลสุรินทร์

*****อาจารย์ สาขาส่งเสริมสุขภาพ คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

Corresponding author: อรพรรณ แก้วพวง Email: aurapan.205@gmail.com

The Effectiveness of a Behavioral Promoting Program of Prevention Noise Induce Hearing Loss of Knowledge Health Belief Model and Behavioral Prevention of Noise Induce Hearing Loss among Surin Hospital Personnel

Orapan Kaewpuang^{*a}, Pornwipha kulrat^{**}

Araya Ruangsamran^{***}, Sirisak Namprom^{****}, Pakarang Srimee^{*****}

Abstract

This quasi-experimental study the objective was to study the effects of hearing loss prevention programs. The study population was Surin Hospital personnel working in units exposed to loud noises. The questionnaire passed a content straightness check from 3 experts, all questions had a conformity index (IOC) greater than 0.50 and the alpha coefficient of Cronbach was analyzed with precisions of 0.83, 0.81, 0.81, respectively. Data were collected between November 1 and December 29, 2023. The statistics used in the data analysis were descriptive statistics and paired sample t-test, with a statistical significance level of 0.05.

The results of the study showed that the average score of knowledge about the dangers of loud noises and how to use hearing protection devices. The average of health beliefs scores and the average of preventive behavior scores. Hearing loss from loud noises before and after the implementation there was a statistically significant increase at the level of 0.05. Supervisors/work groups participate in discussions and opinions on how to choose the best protection method that is best suited to the operator. To achieve sustainable solutions in the future. Therefore, this project can be applied to promote protective behaviors. Hearing loss for personnel working with loud noises in other hospitals with similar problems.

Keywords: knowledge , health belief model , Behavioral prevention of noise induce hearing loss ; Surin Hospital Personnel ; noise induce hearing loss

* Public health academic expert, Surin Hospital

** Occupational medicine doctor, Surin Hospital

*** Practical Public Health Academician, Surin Hospital

**** Practical professional nurse, Surin Hospital

***** Lecturer, Division of Health Promotion, Faculty of Physical Therapy, Srinakharinwirot University

Corresponding author: Orapan Kaewpuang : aurapan.205@gmail.com

บทนำ

การทำงานสัมผัสเสียงดังเกิน 85 dBA เป็นระยะเวลา ทำให้เซลล์ขนในหูชั้นในถูกทำลายแบบถาวร หรือเรียกว่าภาวะสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง (Noise-Induced Hearing Loss) มีสาเหตุจากการได้รับสัมผัสเสียงดังในระยะเวลาสั้น ส่งผลให้ระดับการได้ยินลดลงทีละน้อยแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่สามารถรักษาได้ มีเพียงการแก้ไขโดยใช้เครื่องช่วยฟัง (สุกัญญา เหล่าแค, วันทนีย์ พันธุ์ประสิทธิ์, ดุสิต สุจิราวัฒน์ และ ภรณ์ วัฒนสมบูรณ์, 2564) ปัจจุบันมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูล WHO ปี พ.ศ. 2561 (WHO, 2018) พบว่าประชากรประมาณ 466 ล้านคนทั่วโลก มีภาวะสูญเสียการได้ยิน ซึ่งพบ 1 ใน 10 ของประชากร โดยเฉพาะในสถานประกอบการที่มีแหล่งกำเนิดเสียงดังในกระบวนการทำงาน จากสถิติทั่วโลกพบว่า ร้อยละ 16-24 พบการสูญเสียการได้ยินจากการประกอบอาชีพ และจากสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกาพบการสูญเสียการได้ยิน ร้อยละ 11 ของโรคจากการประกอบอาชีพทั้งหมด นอกจากนี้จากการสำรวจ National Health and Nutrition Survey (NHANES) ระหว่างปี 1999 ถึง 2004 ของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าประมาณร้อยละ 17 ของคนทำงานทั้งหมดจะทำงานสัมผัสเสียง (ศูนย์พัฒนาวิชาการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมจังหวัดสมุทรปราการ, 2563)

การสูญเสียการได้ยินส่งผลกระทบต่อทั้งด้านความปลอดภัยและคุณภาพชีวิต กล่าวคือบุคลากรที่สูญเสียการได้ยินอาจไม่ได้ยินเสียงสัญญาณเตือนอันตรายหรือการเคลื่อนไหวของเครื่องมือเครื่องจักร ทำให้ได้รับอันตรายขณะทำงานได้ และเนื่องจากความบกพร่องในการได้ยินทำให้เกิดปัญหาด้านการสื่อสารตามมา ซึ่งอาจเป็นเหตุให้แยกตัวจากสังคม ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน และครอบครัวแฉ่ง (สุกัญญา เหล่าแค, 2564) องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้วิเคราะห์และประมาณค่าใช้จ่ายซึ่งประกอบด้วย ค่ารักษาพยาบาล ค่าสูญเสียการผลิต ค่าสูญเสียการหยุดงาน ค่าเสียโอกาสจ้างงาน ค่าสูญเสียทางเศรษฐกิจและค่าใช้จ่ายอื่นๆ จากการสูญเสียการได้ยินของประชากรทั่วโลกในปี พ.ศ. 2561 มูลค่าประมาณ 750 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ (WHO, 2017)

อย่างไรก็ตาม การสูญเสียการได้ยินจากเสียงดังเนื่องจากการทำงานนั้น สามารถป้องกันได้ด้วยมาตรการต่างๆ เช่น การควบคุมด้านวิศวกรรม โดยใช้เครื่องมือเครื่องจักรที่เสียงเบามาทดแทน การปิดกั้น หรือปกคลุมแหล่งกำเนิดเสียง รวมถึงการควบคุมด้านบริหารจัดการ โดยลดเวลาการทำงาน หรือหมุนเวียนบุคลากรเพื่อลดเวลาการสัมผัสเสียงดัง เมื่อการควบคุมด้านวิศวกรรม และ/หรือการควบคุมด้านบริหารจัดการ ไม่สามารถลดระดับเสียงที่คนสัมผัสให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (ต่ำกว่า 85 dBA) การป้องกันโดยใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน จึงเป็นมาตรการที่จำเป็น (สุกัญญา เหล่าแค และคณะ, 2564)

จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับการป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง พบว่าการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยินมีความสำคัญในการป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง อัตราการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยินค่อนข้างต่ำเสี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยินจากการสัมผัสเสียงดังได้ พบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับอันตรายของเสียงดังและวิธีการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคประสาทหูเสื่อม การรับรู้ประโยชน์การใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน การรับรู้อุปสรรคในการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน และพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยินเพิ่มขึ้นร้อยละ 38.11, 28.28, 17.65, 42.62 และ 36.55

ตามลำดับ (สุกัญญา เหล่าแค และคณะ, 2564) โดยการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพิ่มการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียงได้ดีกว่าการสอนตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p > .05$ ส่งผลให้สมรรถภาพการได้ยินผิดปกติต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงเป็นรูปแบบหนึ่งของการสอนที่ควรนำไปใช้ในการป้องกันอันตรายจากเสียง เพื่อลดโอกาสหรือป้องกันการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินในคนงานที่สัมผัสเสียงดัง (รัชนิย ฐิตะพงษ์, 2564) สอดคล้องกับบุคลากรกลุ่มเสียงในโรงพยาบาลกลาง ร้อยละ 37.9 หลังจากที่มีมาตรการป้องกัน พบว่าไม่ใส่อุปกรณ์ป้องกัน ร้อยละ 11.5 จึงเพิ่มการสื่อสารและสร้างความตระหนักในการป้องกันตนเอง และสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอย่างถูกต้อง เพื่อให้มาตรการมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (เมธาวิ สถาวรานนท์ และคณะ, 2564) สอดคล้องกับเจ้าหน้าที่กลุ่มเสียงโรงพยาบาลตรัง พบว่าความถี่ของการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน ส่วนใหญ่ใช้บางครั้ง รองลงมาคือ ใช้ทุกครั้ง และไม่ใช่ ร้อยละ 45.3 , 37.5 และ 17.2 ตามลำดับ ลักษณะการใช้ อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน (ชนัญชิตา รักษ์ทอง, 2565)

นอกจากโรงพยาบาลแล้ว โรงงานส่วนใหญ่มีการนำเครื่องจักรมาใช้ ซึ่งก่อให้เกิดเสียงดัง อาจส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดการสูญเสียการได้ยินจากการสัมผัสเสียงดัง และสถานการณ์ในประเทศไทยมีอุบัติการณ์การสูญเสียการได้ยินจากเสียงดังเพิ่มขึ้นด้วย เมื่อพิจารณาถึงการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยินที่ช่วยในการลดเสียง พบว่าพนักงานส่วนใหญ่ไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกัน ซึ่งอาจส่งผลให้ได้รับอันตรายจากเสียงดังของเครื่องจักรได้ (มณีนีรัตน์ สอนม่วง และคณะ, 2564) ขัดแย้งกับการศึกษาการใช้ปลั๊กอุดหูขณะทำงานไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดการสูญเสียการได้ยิน ทั้งนี้อาจมีสาเหตุจากพนักงานส่วนใหญ่ได้รับการจัดให้มีช่วงเวลาพักบ่อยๆ มีการหมุนเวียนคนงานตลอดเวลาปฏิบัติงาน (ณัฐวัชร ด่านไพบูลย์, 2563) การสูญเสียการได้ยินอย่างถาวรจากการสัมผัสเสียงดัง เป็นปัญหาทั่วโลกโดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา สถานการณ์ในประเทศไทยมีอุบัติการณ์การสูญเสียการได้ยินจากเสียงดังเพิ่มขึ้น จึงมีหลายหน่วยงานให้ความสำคัญกับอันตรายจากการสัมผัสเสียงดังและมีการออกกฎหมายควบคุม (อัสสิทธิ์ รัตนารักษ์ และคณะ, 2560) นอกจากนี้การสูญเสียการได้ยินยังเกิดจากอายุที่มากขึ้น เป็นสาเหตุที่พบบ่อยของการสูญเสียการได้ยินของผู้สูงอายุทั่วโลก (ไชยพร โอภาสวัฒนา และนันทวรรณ อุทุมพฤษทรัพย์, 2561) และการสัมผัสเสียงดังร่วมกับสารทูลอื่น หรือตัวทำละลายผสม (Solvent Mixture) ส่งผลให้เกิดภาวะสูญเสียการได้ยินมากขึ้น (จิราพร ประกายรุ่งทอง และสุวัฒนา เกิดม่วง, 2560)

โรงพยาบาลสุรินทร์ ปี 2566 พบบุคลากรที่สูญเสียการได้ยินจากการทำงานสัมผัสเสียงดัง จำนวน 4 ราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และเป็นความเสี่ยงที่ยอมรับไม่ได้ เนื่องจากการสูญเสียการได้ยินถาวรไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีเพียงการแก้ไขโดยการใส่เครื่องช่วยฟังเท่านั้น จำเป็นต้องใช้มาตรการแก้ไขปัญหาย่างเร่งด่วน เพื่อป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดังในบุคลากรโรงพยาบาลสุรินทร์ จึงได้ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการสูญเสียการได้ยิน ต่อความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง ในบุคลากรโรงพยาบาลสุรินทร์ โดยจะนำข้อมูลไปปรับใช้ในกระบวนการทำงาน และพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการสูญเสียการได้ยิน ให้มีประสิทธิภาพ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker MH. กล่าวคือบุคคลจะกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรคเมื่อบุคคลเชื่อ

ว่ามีความเสี่ยงที่จะเกิดโรค จึงหลีกเลี่ยงภาวะคุกคามโดยเลือกวิธีปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับกับผลเสียที่เกิดขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

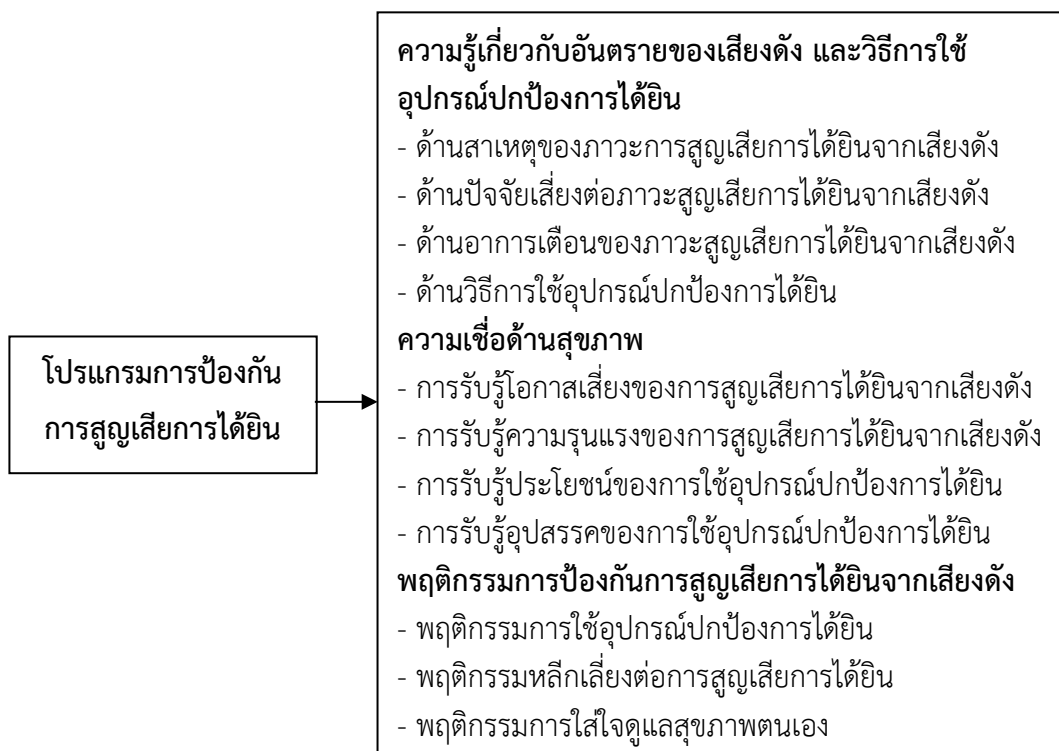
เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง ก่อนและหลังการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตามโปรแกรมการป้องกันการสูญเสียการได้ยิน ในบุคลากรโรงพยาบาลสุรินทร์

กรอบแนวคิดการวิจัย

ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) มาพัฒนาระดับความรู้ การรับรู้ของบุคคล และพฤติกรรมในการป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง ในบุคลากรกลุ่มเสี่ยงที่ปฏิบัติงานสัมผัสเสียงดัง ในโรงพยาบาลสุรินทร์ ดังแสดงในภาพที่ 1

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pre –post design) ดำเนินการในบุคลากรโรงพยาบาลสุรินทร์

ประชากรที่ศึกษา คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่สัมผัสเสียงดังในโรงพยาบาลสุรินทร์ ข้อมูลจากการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการทำงานในโรงพยาบาล (RAH.01) จำนวน 113 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่สัมผัสเสียงดังในโรงพยาบาลสุรินทร์ โดยมีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรสำหรับการวิจัยเชิงการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง ($\alpha=95\%$; $\beta=80\%$) และแทนค่าพหุคูณ (สุกัญญา เหล่าแค และคณะ, 2564) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 40 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง จึงได้คำนวณเพิ่มอีกร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 45 คน จากนั้นใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) และการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1. บุคลากรทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่สัมผัสเสียงดัง อย่างน้อย 7 ชม./วัน 2. ฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ 3.สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ตลอด จนสิ้นสุดโครงการ และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ 1.ย้ายไปปฏิบัติงานในหน่วยงานอื่นที่ไม่สัมผัสเสียงดังและไม่ต้องใช้อุปกรณ์ป้องกันการได้ยิน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยคำถาม 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน หน่วยงาน และโรคเกี่ยวกับหู

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับอันตรายของเสียงดัง และวิธีการใช้อุปกรณ์ป้องกันการได้ยิน ประกอบด้วย ด้านสาเหตุของภาวะการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง ด้านอาการเตือนของภาวะสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง และด้านวิธีการใช้อุปกรณ์ป้องกันการได้ยิน จำนวน 11 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกต้อง = 1 และ ตอบผิด = 0 เกณฑ์การแปลผลโดยนำค่าเฉลี่ย (Mean) ที่ได้มาแบ่งเป็นระดับความรู้ 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับต่ำ (Mean= ≤ 0.60) ความรู้ระดับปานกลาง (Mean=0.60-0.79) และความรู้ระดับสูง (Mean=0.80-1.00)

ส่วนที่ 3 ความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง การรับรู้ความรุนแรงของการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง การรับรู้ประโยชน์ของการใช้อุปกรณ์ป้องกันการได้ยิน และการรับรู้อุปสรรคของการใช้อุปกรณ์ป้องกันการได้ยิน จำนวน 13 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน ข้อความที่เป็นคำถามเชิงบวก (Positive Statement) ดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) ในขณะที่ข้อคำถามเชิงลบมีเกณฑ์การให้ค่าคะแนนในทิศทางตรงกันข้าม เกณฑ์การแปลผลโดยนำค่าเฉลี่ย (Mean) ที่ได้มาแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ การรับรู้ระดับต่ำมาก (Mean=1.00-1.80) การรับรู้ระดับต่ำ (Mean=1.81-2.60) การรับรู้ระดับปานกลาง (Mean=2.61-3.40) การรับรู้ระดับสูง (Mean=3.41-4.20) และการรับรู้ระดับสูงมาก (Mean=4.21-5.00)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง ประกอบด้วย พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน พฤติกรรมหลีกเลี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยิน และพฤติกรรมการใส่ใจดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 13 ข้อ ปฏิบัติ มีเกณฑ์การให้คะแนนข้อความที่เป็นคำถามเชิงบวก (Positive Statement) ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (1 คะแนน) ในขณะที่ข้อความเชิงลบมีเกณฑ์การให้ค่าคะแนนในทิศทางตรงกันข้าม เกณฑ์การแปลผลโดยนำค่าเฉลี่ย (Mean) ที่ได้มาแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมระดับต่ำ (Mean=1.00-1.66) พฤติกรรมระดับปานกลาง (Mean=1.67- 2.33) และพฤติกรรมระดับดี (Mean=2.34-3.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือผู้วิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือและควบคุมคุณภาพเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Content validity) โดยการนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในด้านสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม ได้ค่า IOC ทุกข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Try out) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้แก่ ความรู้เรื่องอันตรายของเสียงดังและวิธีการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง คำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบราคได้เท่ากับ 0.83, 0.81 และ 0.81 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน แล้วนำข้อมูลมาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS Statistics version 23.0 โดยวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired t-test ระดับความเชื่อมั่นที่ใช้ในการวิเคราะห์เท่ากับ 95%

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ องค์การแพทย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ หนังสือรับรองเลขที่ 52/2566 และผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดต่างๆ ของโครงการให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการยินยอม ปฏิเสธหรือขอยุติการเข้าร่วมงานวิจัย ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและจะถูกนำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.70 อายุเฉลี่ย 46 ปี อายุน้อยที่สุด 22 ปี และอายุมากที่สุด 60 สถานภาพสมรส ร้อยละ 66.70 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 40 ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉลี่ย 18 ปี ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมากที่สุด 40 ปี และน้อยที่สุด 1 ปี ส่วนระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบันเฉลี่ย 12 ปี ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบันมากที่สุด 34 ปี และน้อยที่สุด 1 ปี ส่วนชั่วโมงการทำงานสัมผัสเสียงดัง 2-3 ชั่วโมง/วัน (ร้อยละ 37.80) ทำงานสัมผัสเสียงดัง 4-5 ชั่วโมง/วัน (ร้อยละ 33.30) ทำงานสัมผัสเสียงดัง 6-7 ชั่วโมง/วัน (ร้อยละ 15.60) และทำงานสัมผัสเสียงดังน้อยกว่า 2 ชั่วโมง/วัน (ร้อยละ 13.30) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานใน

หน่วยงานโภชนาศาสตร์ ร้อยละ 22.20 หน่วยงานจ่ายกลาง ร้อยละ 17.80 หน่วยงานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมทางการแพทย์ ร้อยละ 13.30 หน่วยงานจ่ายกลางห้องผ่าตัด ร้อยละ 11.10 หน่วยงานกายอุปกรณ์, สิ่งแวดล้อมฯ, หน่วยงานซักฟอก ร้อยละ 8.90 หน่วยงานทันตกรรม ร้อยละ 6.70 และหน่วยงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ ร้อยละ 2.20 ตามลำดับ ซึ่งหน่วยงานทั้งหมดเป็นหน่วยงานที่บุคลากรต้องปฏิบัติงานสัมผัสเสียงดังอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ มีเพียงการป้องกันโดยสวมใส่อุปกรณ์ปกป้องการได้ยินเท่านั้น ส่วนใหญ่ไม่มีโรคเกี่ยวกับหู ร้อยละ 84.40 และมีโรคเกี่ยวกับหู ได้แก่ เคยได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะ ร้อยละ 6.70 หูน้ำหนวก ร้อยละ 4.40 เคยผ่าตัดหู ร้อยละ 2.20 และมีเสียงรบกวนในหู ร้อยละ 2.20

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับอันตรายของเสียงดัง และวิธีการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง ก่อนและหลังการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามโปรแกรมการป้องกันการสูญเสียการได้ยิน

คะแนนความรู้เฉลี่ยด้านสาเหตุของภาวะการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง ความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง ความรู้ด้านอาการเตือนของภาวะสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง ความรู้ด้านวิธีการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง การรับรู้ความรุนแรงของของการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง การรับรู้ประโยชน์ของการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน การรับรู้อุปสรรคของการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน พฤติกรรมหลีกเลี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยิน และพฤติกรรมใส่ใจดูแลสุขภาพตนเอง หลังการดำเนินงานสูงขึ้น

ตารางที่ 1 แสดงร้อยละคะแนนความรู้เกี่ยวกับอันตรายของเสียงดัง และวิธีการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง ก่อนและหลังการดำเนินงาน

ประเด็น	ก่อน (ร้อยละ)	หลัง (ร้อยละ)
ความรู้ด้านสาเหตุของภาวะการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง	69.44	87.22
ความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง	26.67	73.33
ความรู้ด้านอาการเตือนของภาวะสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง	67.40	85.19
ความรู้ด้านวิธีการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน	80.00	91.11
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง	46.22	65.89
การรับรู้ความรุนแรงของของการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง	37.11	63.11
การรับรู้ประโยชน์ของการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน	29.33	51.56
การรับรู้อุปสรรคของการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน	55.26	71.26
พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน	84.30	89.14
พฤติกรรมหลีกเลี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยิน	76.30	97.80
พฤติกรรมใส่ใจดูแลสุขภาพตนเอง	76.44	91.11

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสาเหตุของภาวะการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านอาการเตือนของภาวะสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง และคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านวิธีการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน ก่อนและหลังการดำเนินงาน

คะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่างด้านสาเหตุของภาวะการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จาก 0.69 (ระดับปานกลาง) ก่อนการดำเนินงานเป็น 0.87 (ระดับสูง) คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง จาก 0.27 (ระดับต่ำ) ก่อนการดำเนินงานเป็น 0.73 (ระดับปานกลาง) คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านอาการเตือนของภาวะสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง จาก 0.67 (ระดับปานกลาง) ก่อนการดำเนินงานเป็น 0.85 (ระดับสูง) และคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านวิธีการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน จาก 0.67 (ระดับปานกลาง) ก่อนการดำเนินงานเป็น 0.91 (ระดับสูง) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าหลังการดำเนินงานกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสาเหตุของภาวะการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านอาการเตือนของภาวะสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง และคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านวิธีการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน ก่อนและหลังการดำเนินงาน

ประเด็น	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ความรู้ด้านสาเหตุของภาวะการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง	0.69	0.24	0.87	0.17	-4.812	.000
ความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง	0.27	0.35	0.73	0.35	-8.698	.000
ความรู้ด้านอาการเตือนของภาวะสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง	0.67	0.33	0.85	0.24	-4.727	.000
ความรู้ด้านวิธีการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน	0.67	0.29	0.91	0.19	-3.162	.003

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของของการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน ก่อนและหลังการดำเนินงาน

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จาก 2.31 (ระดับต่ำ) ก่อนการดำเนินงานเป็น 3.29 (ระดับปานกลาง) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของของการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง จาก 1.86 (ระดับต่ำ) ก่อนการดำเนินงานเป็น 3.16 (ระดับปานกลาง) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน จาก 1.47 (ระดับต่ำมาก) ก่อนการดำเนินงานเป็น 2.58 (ระดับต่ำ) และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน จาก 2.76 (ระดับปานกลาง) ก่อนการดำเนินงานเป็น 3.56 (ระดับสูง) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าหลังการดำเนินงานกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของของการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยินก่อนและหลังการดำเนินงาน

ประเด็น	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง	2.31	0.71	3.29	0.54	-19.717	.000
การรับรู้ความรุนแรงของของการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง	1.86	0.65	3.16	0.76	-36.049	.000
การรับรู้ประโยชน์ของการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน	1.47	0.58	2.58	0.59	-35.456	.000
การรับรู้อุปสรรคของการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน	2.76	0.52	3.56	0.53	-27.760	.000

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

5. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหลีกเลี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยิน และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใส่ใจดูแลสุขภาพตนเอง ก่อนและหลังการดำเนินงาน

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จาก 2.31 (ระดับต่ำ) ก่อนการดำเนินงานเป็น 3.29 (ระดับปานกลาง) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหลีกเลี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยิน จาก 1.86 (ระดับต่ำ) ก่อนการดำเนินงานเป็น 3.16 (ระดับปานกลาง) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใส่ใจดูแลสุขภาพตนเอง จาก 1.47 (ระดับต่ำมาก) ก่อนการดำเนินงานเป็น 2.58 (ระดับต่ำ) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าหลังการดำเนินงานกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันการได้ยิน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหลีกเลี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยิน และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใส่ใจดูแลสุขภาพตนเอง ก่อนและหลังการดำเนินงาน

ประเด็น	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันการได้ยิน	2.31	0.71	3.29	0.54	-19.717	.000
พฤติกรรมหลีกเลี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยิน	1.86	0.65	3.16	0.76	-36.049	.000
พฤติกรรมการใส่ใจดูแลสุขภาพตนเอง	1.47	0.58	2.58	0.59	-35.456	.000

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการสูญเสียการได้ยิน ต่อความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง ในบุคลากรโรงพยาบาลสุรินทร์ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Study) ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผล ดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพด้วยโปรแกรมการป้องกันการสูญเสียการได้ยิน ประกอบด้วย 4 ประเด็น ได้แก่ อันตรายของเสียงดัง ความสำคัญของการทดสอบสมรรถภาพการได้ยิน การควบคุมป้องกันอันตรายจากเสียง และการใช้อุปกรณ์ป้องกันการได้ยิน พบว่าภายหลังการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสาเหตุของภาวะการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง ความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง ความรู้ด้านอาการเตือนของภาวะสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง และความรู้ด้านวิธีการใช้อุปกรณ์ป้องกันการได้ยิน มากกว่าก่อนการดำเนินงานทั้ง 4 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของบุคลากร รวมถึงวิทยากรเป็นแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ ซึ่งมีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัยในโรงพยาบาลเป็นอย่างดี ร่วมกับให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการออกแบบวิธีการสอน แสดงความเห็นต่อเนื้อหาการสอน ส่งผลให้การเรียนการสอนมีประสิทธิภาพบรรลุตามที่คาดหวัง สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา เหล่าแค และคณะ (2564) เรื่องประสิทธิภาพโครงการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันการได้ยินในคนงานโรงงานอุตสาหกรรมผลิตแบตเตอรี่ พบว่ากิจกรรมการสร้างความรู้โดยใช้สื่อเพาเวอร์พอยท์และวีดิทัศน์ การสาธิตและฝึกปฏิบัติการใช้อุปกรณ์ป้องกันการได้ยิน ทั้งปลั๊กอุดหูลดเสียงและที่ครอบหูลดเสียง ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เป็นสิ่งจำเป็น กระตุ้นให้บุคลากรสนใจ สามารถจดจำและเข้าใจเนื้อหาความรู้ และเมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า การเปลี่ยนแปลงความรู้ทุกประเด็นของผู้เข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นทุกด้าน ซึ่งแสดงว่ากิจกรรมดังกล่าวสามารถเปลี่ยนแปลงความรู้ของบุคลากรกลุ่มเป้าหมายให้ดีขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของดวงเดือน ฤทธิเดช และคณะ (2560) เรื่องผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับต่อพฤติกรรมป้องกันการป้องกันอันตรายจากเสียงของพนักงานบริษัทอุตสาหกรรมปิโตรเคมีแห่งหนึ่ง จังหวัดระยอง พบว่าหลังโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับผลการตรวจสมรรถภาพการได้ยินที่มีการเปรียบเทียบ 3 ปี ย้อนหลัง และให้ข้อมูลย้อนกลับ

เรื่องพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียงที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อทัศนคติ พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียงดัง มีแรงจูงใจคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองและเพิ่มขึ้นจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของนวิยา นันทพานิช และคณะ (2564) เรื่องการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้และปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันควบคุมโรคหูเสื่อมจากเสียงดังในโรงงานอุตสาหกรรมเหล็ก พบว่ากลไกการเรียนรู้โดยใช้เครือข่ายสามารถลดปัจจัยเสี่ยงโรคหูเสื่อมจากการทำงาน โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันของพนักงานได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ตลอดเวลาการปฏิบัติงาน เนื่องจากเครือข่ายสามารถผลักดันนโยบาย กระบวนการ แนวปฏิบัติให้พนักงานที่ทำงานสัมผัสเสียงดังเพียงระยะเวลาสั้นๆ และบุคคลภายนอกที่เข้าสู่พื้นที่โรงงานให้สวมอุปกรณ์ป้องกันเสียง ร้อยละ 100 เนื่องจากมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันเป็นประจำก่อนเริ่มปฏิบัติงาน ทำให้เกิดการรับรู้ เข้าใจ ตระหนักในสำคัญต่อการป้องกันอันตรายจากเสียงดัง สอดคล้องกับการศึกษาของรัชณี วิริยะพงษ์ (2564) เรื่องผลการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อระดับความรู้และสมรรถภาพการได้ยินในคนงานที่สัมผัสเสียงดัง พบว่าการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ช่วยเพิ่มการรับรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันอันตรายจากเสียง เพื่อลดโอกาสหรือป้องกันการสูญเสียการได้ยินในคนงานที่สัมผัสเสียงดังได้

2. หลังการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้วยโปรแกรมการป้องกันการสูญเสียการได้ยิน ผู้วิจัยอ้างอิงตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรค ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง การรับรู้ความรุนแรงของการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยินมากกว่าก่อนการดำเนินงานทั้ง 4 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ คือ กลุ่มเป้าหมายได้รับการอบรมให้ความรู้โดยใช้สื่อต่างๆ จากศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับแนวโน้มพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าเมื่อกลุ่มเป้าหมายได้รับการอบรมให้ความรู้ ทำให้เข้าใจและรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค รวมทั้งการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรค เมื่อบุคคลได้รับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง บุคคลนั้นจะพยายามหลีกเลี่ยงการเกิดโรค (ภณิศนันท์ ไชยดำ และคณะ, 2559) ขัดแย้งกับการศึกษาของเสกสรร ทองดีบ (2560) เรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการสูญเสียการได้ยินของผู้ประกอบอาชีพทำครกหิน จังหวัดพะเยา พบว่าระดับการรับรู้การป้องกันเสียงไม่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเนื่องจากการรับรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ผู้วิจัยมีข้อสังเกตว่าหากมีการรับรู้ในระดับสูง จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมป้องกันเสียงในระดับสูงเช่นกัน

3. หลังการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้วยโปรแกรมการป้องกันการสูญเสียการได้ยิน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน พฤติกรรมหลีกเลี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยิน และพฤติกรรมใส่ใจดูแลสุขภาพตนเอง สูงกว่าก่อนการดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่อาจส่งผลให้บุคลากรมีการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง หากบุคลากรมี

พฤติกรรมการป้องกันการสูญเสียการได้ยินอยู่ในระดับสูง จะลดโอกาสการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง การสวมใส่อุปกรณ์ปกป้องการได้ยินอย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอขณะปฏิบัติงาน จะสามารถลดระดับเสียงดังได้ หรือชะลอการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดังได้ (ชนัญชิตา รักษ์ทอง, 2565 และ ชนิดาภา มาตย์บัณฑิต, 2561) ขัดแย้งกับการศึกษาของณัฐวัชร ด่านไพบูลย์ (2563) เรื่องการสูญเสียการได้ยินของพนักงานโรงงานแปรรูปผลิตภัณฑ์จากไม้แห่งหนึ่งในจังหวัดลำปาง พบว่าการใช้ปลั๊กอุดหูขณะทำงานไม่พบความสัมพันธ์ต่อการเกิด การสูญเสียการได้ยิน ทั้งนี้อาจมีสาเหตุจากพนักงานส่วนใหญ่ได้มีการจัดให้มีช่วงเวลาพักบ่อยๆ มีการ หมุนเวียนคนงานตลอดระยะเวลาการปฏิบัติงานซึ่งเป็นแนวทางที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน ของโรงพยาบาลสุรินทร์ได้ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ ผู้วิจัยจึงใช้แบบสังเกตพฤติกรรม ชื่อ “รักษหู รักเพื่อน โรงพยาบาลสุรินทร์” ซึ่งเป็นแบบ Check List การปฏิบัติ โดยให้กลุ่มตัวอย่างจับคู่บัดดี้ ตรวจสอบการสวมใส่ อุปกรณ์ปกป้องการได้ยินตลอดระยะเวลาการทำงานสัมผัสเสียงดัง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การป้องกันการสูญเสียการได้ยินดีขึ้น โดยบุคคลจะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค บุคคลจะต้องรับรู้ต่อความเสี่ยงของ การเกิดโรค เมื่อเกิดการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยเลือกวิธีปฏิบัติที่คิด ว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุด เมื่อเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับการปฏิบัติและอุปสรรค ตลอดจนการได้รับ แรงจูงใจและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติที่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติของบุคคลนั้นๆ ด้วย ตามแนวความคิดแบบ แผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker M.H. (สุกัญญา เหล่าแค และคณะ, 2564)

นอกจากนี้ยังประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม ประกอบด้วย การแจ้งผลการตรวจวัดระดับเสียงในหน่วยงาน แจ้งผลการตรวจสมรรถภาพการได้ยินรายบุคคล และการอภิปรายกลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการสูญเสียการได้ยิน ความรุนแรงของ การสูญเสียการได้ยิน ประโยชน์และอุปสรรคในการสวมใส่อุปกรณ์ปกป้องการได้ยินขณะปฏิบัติงานสัมผัสเสียง ดัง รวมถึงร่วมกันแก้ไขปัญหาในการกำจัดอุปสรรค ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมโครงการ มีการรับรู้ดังกล่าวเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลโครงการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยินในคนงาน โรงงานอุตสาหกรรมผลิตแบตเตอรี่ (สุกัญญา เหล่าแค และคณะ, 2564) พบว่าการวิเคราะห์ข้อมูลรายด้านการ รับรู้ประโยชน์ของการสวมใส่อุปกรณ์ปกป้องการได้ยินอยู่ในระดับต่ำ และการรับรู้อุปสรรคของการสวมใส่ อุปกรณ์ปกป้องการได้ยินอยู่ในระดับสูง ซึ่งกลุ่มเป้าหมายรับรู้ประโยชน์ของการสวมใส่อุปกรณ์ปกป้องการได้ ยินค่อนข้างต่ำ เนื่องจากพบอุปสรรคในการสวมใส่อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน คือ เมื่อสวมใส่พูดคุยกับเพื่อน ร่วมงานได้ไม่สะดวก ไม่คล่องตัวในการทำงาน และรู้สึกระคายเคืองหรือแพ้วัสดุเมื่อสวมใส่ (สุกัญญา เหล่าแค และคณะ, 2564) แสดงว่าจำเป็นต้องเน้นประเด็นนี้ โดยให้ผู้เข้าร่วมโครงการสามารถแสดงความคิดเห็นในการ เลือกใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน เพื่อให้รู้สึกสบายขณะสวมใส่

โครงการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง ในบุคลากรกลุ่มเสียง โรงพยาบาลสุรินทร์ มีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง ส่งผล ให้บุคลากรมีความรู้ ทักษะ และมีพฤติกรรมสวมใส่อุปกรณ์ปกป้องการได้ยินในระดับที่ดีขึ้น เนื่องจากการ ดำเนินโครงการ เป็นการเสริมสร้างให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอันตรายจากเสียงดัง ความสำคัญ ของการทดสอบสมรรถภาพการได้ยิน การควบคุมป้องกันอันตรายจากเสียง และการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้

ยีน ตลอดจนการรับรู้ความรุนแรงของการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง การรับรู้ประโยชน์ของการใช้อุปกรณ์ป้องกันการได้ยิน และการรับรู้อุปสรรคของการใช้อุปกรณ์ป้องกันการได้ยิน อีกทั้งมีการกระตุ้นเตือนการปฏิบัติโดยการมีส่วนร่วมของเพื่อนร่วมงานตลอดระยะเวลาการทำงานสัมผัสเสียงดัง

ข้อเสนอแนะการวิจัย

โรงพยาบาลอื่นๆ สามารถนำโปรแกรมการป้องกันการสูญเสียการได้ยิน ซึ่งประยุกต์ใช้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ได้ โดยพิจารณาประเด็นดังนี้ 1) การเพิ่มระยะเวลาในการจัดกิจกรรม 2) การกระตุ้นเตือนการใช้อุปกรณ์ป้องกันการได้ยินให้หัวหน้างานหรือเพื่อนร่วมงานที่มีพฤติกรรมการใช้ อุปกรณ์ป้องกันการได้ยินที่ถูกต้องและสม่ำเสมอเป็นผู้สังเกตและสนับสนุนการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันการได้ยิน มีการติดตาม ประเมินผลเป็นระยะ กระตุ้นและส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูญเสียการได้ยินได้แบบยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เสียสละเวลาอันมีค่าเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัย และผู้บริหารโรงพยาบาลสุรินทร์ที่ให้ความสำคัญในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จนสำเร็จและบรรลุวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

สุกัญญา เหล่าแค, วันทนี พันธุ์ประสิทธิ์, ดุสิต สุจิรารัตน์ และ ภรณ์ วัฒนสมบุรณ์. (2564). **ประสิทธิผล**

โครงการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันการได้ยินในคนงานโรงงานอุตสาหกรรม
ผลิตแบตเตอรี่. วารสารสุขศึกษา. 44(1), 140-151.

Word Health Organization. (2018). Deafness and hearing impairment. สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2566, เข้าถึงได้จาก : <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>

ศูนย์พัฒนาวิชาการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมจังหวัดสมุทรปราการ. (2563). **แนวทางการเฝ้าระวังป้องกัน**
ภาวะสูญเสียการได้ยินจากเสียงดังจากการประกอบอาชีพ. กรมควบคุมโรค กระทรวง
สาธารณสุข.

Word Health Organization. (2017). Global costs of unaddressed hearing loss and cost-effectiveness of intervention: a WHO report . สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2566, เข้าถึงได้จาก : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254659/1/9789241512046-eng.pdf>

รัชนิยา ฐิตะพงษ์. (2564). **ผลการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อระดับความรอบรู้และสมรรถภาพการได้ยิน**
ในคนงานที่สัมผัสเสียงดัง. บทความวิจัย โรงพยาบาลเพชรบูรณ์. 1(1), 1-16.

เมธาวี สถาวรานนท์, อีระพัฏฐ์ จิตต์พลุกุศล, และ กษิณ บัวทองศรี. (2564). **ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการ**
สูญเสียการได้ยินของบุคลากรกลุ่มเสียงโรงพยาบาลกลาง. วชิรเวชสารและวารสารเวช
ศาสตร์เขตเมือง. 66(1), 59-68.

- ชนัญชิตา รักษ์ทอง. (2565). การศึกษาผลการตรวจสมรรถภาพการได้ยินของเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยง
โรงพยาบาลตรัง. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 30(1), 82-98.
- มณีนรัตน์ สนวนม่วง, พัทธนิษฐ์ คำธาร และ อารีย์ จอแย. (2564). ความชุกของการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินของพนักงานบริษัทแปรรูปอาหารแห่งหนึ่งในเขตอำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย.
วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มทร.สุวรรณภูมิ. 6(2), 1-12.
- ณัฐวัชร ด่านไพบูลย์. (2563). การสูญเสียการได้ยินของพนักงานโรงงานแปรรูปผลิตภัณฑ์จากไม้แห่งหนึ่งในจังหวัดลำปาง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต) ปทุมธานี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อัสสิทธิ์ รัตนรักษ์, มนัสวรา อินทรพิณฑุวัฒน์, กัมปนาท วังแสน และพรพรรณ สกุลคู. (2560). สถานการณ์การสูญเสียการได้ยินจากการสัมผัสเสียงดังในการประกอบอาชีพ ของประเทศไทยและต่างประเทศ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 10(1), 1-10.
- ไชยพร โอภาสวัฒนา, นัตววรรณ อุทุมพุกษ์พร. (2561). ประสาทหูเสื่อมตามอายุ. บทฟื้นฟูวิชาการ ภาควิชา
โสต สอ นาสิก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. 60(2), 1-11.
- จิราพร ประกายรุ่งทอง และสุวัฒนา เกิดม่วง. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูญเสียการได้ยินจากการทำงาน ในกลุ่มคนงานโรงงานอุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนรถยนต์ จังหวัดสุพรรณบุรี.
วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 35(3), 98-108.
- ดวงเดือน ฤทธิเดช, สุรินทร์ กลัมพากร และ เพ็ญพิศ สุวรรณอำไพ. (2560). ผลของโปรแกรมการ
ประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับต่อพฤติกรรมการ
ป้องกันอันตรายจากเสียงของพนักงานบริษัทอุตสาหกรรมปิโตรเคมีแห่งหนึ่ง จังหวัด
ระยอง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 31(1), 90-109.
- นวิยา นันทพานิช, สุกัญญา เทียงคำดี, ประมวล ขำสุวรรณ, เอกชัย อารมณสุข, ธันวพร ฉวีพูนเพิ่มสิน และ
พินทุสร ไตรสุธา. (2564). การสร้างเครือข่ายการเรียนรู้และปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมต่อ
การป้องกันควบคุมโรคหูเสื่อมจากเสียงดังในโรงงานอุตสาหกรรมเหล็ก. วารสารควบคุม
โรค. 47(1), 759-772.
- กณิศนันท์ ไชยดำ และ นิธิฤฎาญ์ จันทรา. (2559). ปัจจัยสัมพันธ์กับแนวโน้มพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์
คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ. การ
ประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยรังสิต. 1(1), 140-148.
- เสกสรร ทองดีบ. (2560). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการสูญเสียการได้ยินของผู้ประกอบ
อาชีพทำครกหิน จังหวัดพะเยา. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย. 13(3), 80-93.
- ชนิดาภา มาตย์บัณฑิต. (2561). พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียงของพนักงานในโรงอุตสาหกรรม
น้ำตาลทราย. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 1(1), 17-33

ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

วัชร แสนโห่ง

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุต่อความดันโลหิตและไขมันในเลือด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับ การวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง จำนวน 34 คน เลือกกลุ่ม ตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดใช้การสุ่มอย่างง่าย ระยะดำเนินการทดลอง 12 สัปดาห์ เก็บข้อมูล ทั่วไป พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รายด้านดังนี้ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยาผ่านการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบรากเท่ากับ 0.92 รายด้าน 0.88, 0.73, และ 0.73 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และ สถิติทดสอบที

ผลการศึกษาพบว่าหลังใช้โปรแกรมฯกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมพฤติกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมี ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระดับไขมันในเลือดแอลดีแอลลดลง อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมฯมาใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มประชากรโรคเรื้อรังที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ การป้องกันโรค โรคความดันโลหิต

Effects of Stroke Prevention Program among Elderly Hypertension

Wachara Sannong

Abstract : Quasi-experimental research with one group measuring results before and after the experiment. The objective is to study the results of stroke prevention program in the elderly on blood pressure and blood lipids. The sample consisted of 34 elderly people diagnosed with high blood pressure in a sub-district health promotion hospital. The sample was selected according to the specified characteristics using simple random sampling. A questionnaire was used as a tool to collect general information and stroke prevention behaviors. The following areas: diet, exercise, and medication were examined for validity and reliability. Cronbrach's alpha coefficient was 0.92, and 0.88, 0.73, and 0.73, respectively. The results of the study found that after using the program, the sample group had a higher mean total score for stroke prevention behavior than before using the program, at a statistical significance of .05. And it was found that the sample group's mean systolic and diastolic blood pressure and LDL blood lipid levels decreased at a statistical significance of .05. Therefore, the program should be used as a guideline for behavioral modification to prevent stroke and be applied to populations with chronic diseases that have similar characteristics.

Keywords : elderly, prevention ,Hypertension

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease Stroke) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกและประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองหรือที่เรียกว่า โรคอัมพาต/อัมพฤกษ์เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดโรคหนึ่งของระบบประสาท ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความพิการและการเสียชีวิตที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก พบว่าโรคหลอดเลือดสมอง ในปี 2563 มีประชากรที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน (ผู้ป่วยรายใหม่ 1 คนในทุก 3 วินาที) โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของการเสียชีวิตและอันดับ 3 ของความพิการ (World Stroke Organization : WSO)

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีตั้งแต่ 2560-2564 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ อัตราตายก็มีแนวโน้มสูงขึ้น ตั้งแต่ปี 2560-2564 พบอัตราตายต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 48, 47, 53 และ 53 ตามลำดับ ปี 2563 เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน (อัตราตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) เป็นเพศชาย 19,949 คน (ร้อยละ 58) มากกว่าเพศหญิง 14,956 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 23,817 คน (ร้อยละ 69) (กองโรคไม่ติดต่อ/สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค, 2565) องค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ประชากรในปี พ.ศ.2544-2643 จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ โดยคาดการณ์ว่าผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น เป็น 1.2 พันล้านคนในปี 2598 และ จะกลายเป็น 2 พัน ล้านคน ในปี 2593 จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (who) และสถานการณ์ประเทศไทยปัจจุบันกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรครั้งสำคัญ ทำให้ประเทศไทยเป็น”สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์”จึงทำให้มีอัตราป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น

จังหวัดอุดรธานีเป็นจังหวัดที่มีแนวโน้มของอัตราป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้น ปี พ.ศ 2564-2566 248.42, 249.60 และ 263.40 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2565) ซึ่งสอดคล้องกับอำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี พบว่ามีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานอัตราป่วยโรงพยาบาลเพ็ญ ตั้งแต่ปี พ.ศ 2563 – 2565 มีอัตราความป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 120.00, 160.00 และ 160.00 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแสน มีจำนวนป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทุกปี 2, 2 และ 3 คน ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตอยู่ในระดับสูงเป็นระยะเวลานานโดยไม่สามารถควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือควบคุมอาการของโรคที่ดีก็จะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หากผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้สูงอายุ เช่น หัวใจทำงานหนักขึ้น ผนังของหัวใจหนาขึ้น นำไปสู่การเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบตันหรือแตก เป็นอัมพาต หรืออาจเสียชีวิตได้

จากสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองที่มีแนวโน้มสูงขึ้นดังกล่าวได้มีการหาแนวทางเพื่อลดอัตราอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองการเข้าถึงบริการที่รวดเร็วเพื่อให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือด

กระบวนการสร้างความรับรู้ สร้างความตระหนักเพื่อให้เกิดการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แนวคิดต่างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ระหว่างปี 2560-2564 พบว่า โรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้ร้อยละ 80 โดยการควบคุมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สามารถควบคุมได้ เช่น ควบคุมดัชนีมวลกาย ควบคุมความดันโลหิต ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ควบคุมไขมันในเลือด งดการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ งดสูบบุหรี่และงดบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพิ่มการรับประทานแบบ Mediterranean Diet ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและพักผ่อนให้เพียงพอ (วนิดา ศรีพรหมษา, 2560) และจากผลงานวิจัย ตีพิมพ์เมื่อ 2020 วารสาร International Journal of Environment Research and Public Health โดยนักวิจัยชาวเกาหลีใต้ ได้ทำการศึกษาการฝึกออกกำลังกายด้วยยางยืดในผู้สูงอายุของประเทศเกาหลี จำนวน 27 คน (ชาย 13 คน หญิง 14 คน) โดยให้ 15 คนทำการฝึกออกกำลังกายด้วยยางยืด 60 นาที 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ลักษณะของโปรแกรมการฝึกจะเป็นแบบ Circuit training 19 ท่าฝึกโดยเริ่มจากส่วนบนของร่างกายไปจนถึงส่วนล่างของร่างกาย พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกออกกำลังกายด้วยยางยืดส่งผลให้มีความดันโลหิตลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ความอ่อนตัวและการทรงตัวดีขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนการฝึก และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน (Choi, H.M, Hurr,C,& Kim, S, 2020). ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการออกกำลังกายด้วยยางยืดมีประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง

โรคความดันโลหิตสูง เป็น “ฆาตรกรเงียบ” เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่มีอาการหรืออาการแสดงให้เห็นแต่มักตรวจพบโดยบังเอิญ ส่วนมากอาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูงในระดับปานกลางถึงระดับสูง เช่น ปวดศีรษะ เลือดกำเดาไหล เป็นต้น จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุไม่ตระหนักถึงอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง จากการดำเนินงานให้บริการคลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแสนต่อที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีความรู้และความเข้าใจ สัญญาณอันตรายของโรคหลอดเลือดสมองในระดับน้อย จากการทดสอบความรู้โดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มผู้ป่วยในคลินิกส่วนใหญ่สามารถตอบคำถามได้ถูกต้องน้อยกว่าร้อยละ 60 อีกทั้งยังไม่ทราบถึงวิธีปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาแนวทางป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิต ดังนั้นในการศึกษารั้งนี้ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค(Protection Motivation Theory) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self- efficacy theory) มาพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ทฤษฎีแรงจูงใจมีความเชื่อว่า แรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคจะกระทำได้ดีที่สุดเมื่อ 1) บุคคลเห็นว่าอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง หรือเสี่ยงต่ออันตราย 2) เชื่อว่าการตอบสนองโดยการปรับตัวเป็นวิธีที่ดีที่สุดจะกำจัดอันตรายนั้น 3) บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถปรับตัวเพื่อตอบสนองหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้อย่างสมบูรณ์ 4) ผลดีจากการตอบสนองด้วยการปรับตัวแบบไม่พึงประสงค์นั้นมีน้อย และอุปสรรคเกี่ยวกับการปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นมีต่ำ และทฤษฎีความสามารถของตน

เชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยานั้นขึ้นอยู่กับความคาดหวังในความสามารถของตนเองจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับสูงสุดและเป็นพื้นฐานที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามโดยแท้จริง ดังนั้นกิจกรรมในโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดดังกล่าวมาปรับใช้ในการสร้างโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือดลดลงอยู่ในระดับปกติ มีสุขภาพดี สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขโดยไม่เกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อเปรียบเทียบความดันโลหิต ไขมันในเลือดก่อนและหลังการทดลองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

สมมติฐานการวิจัย

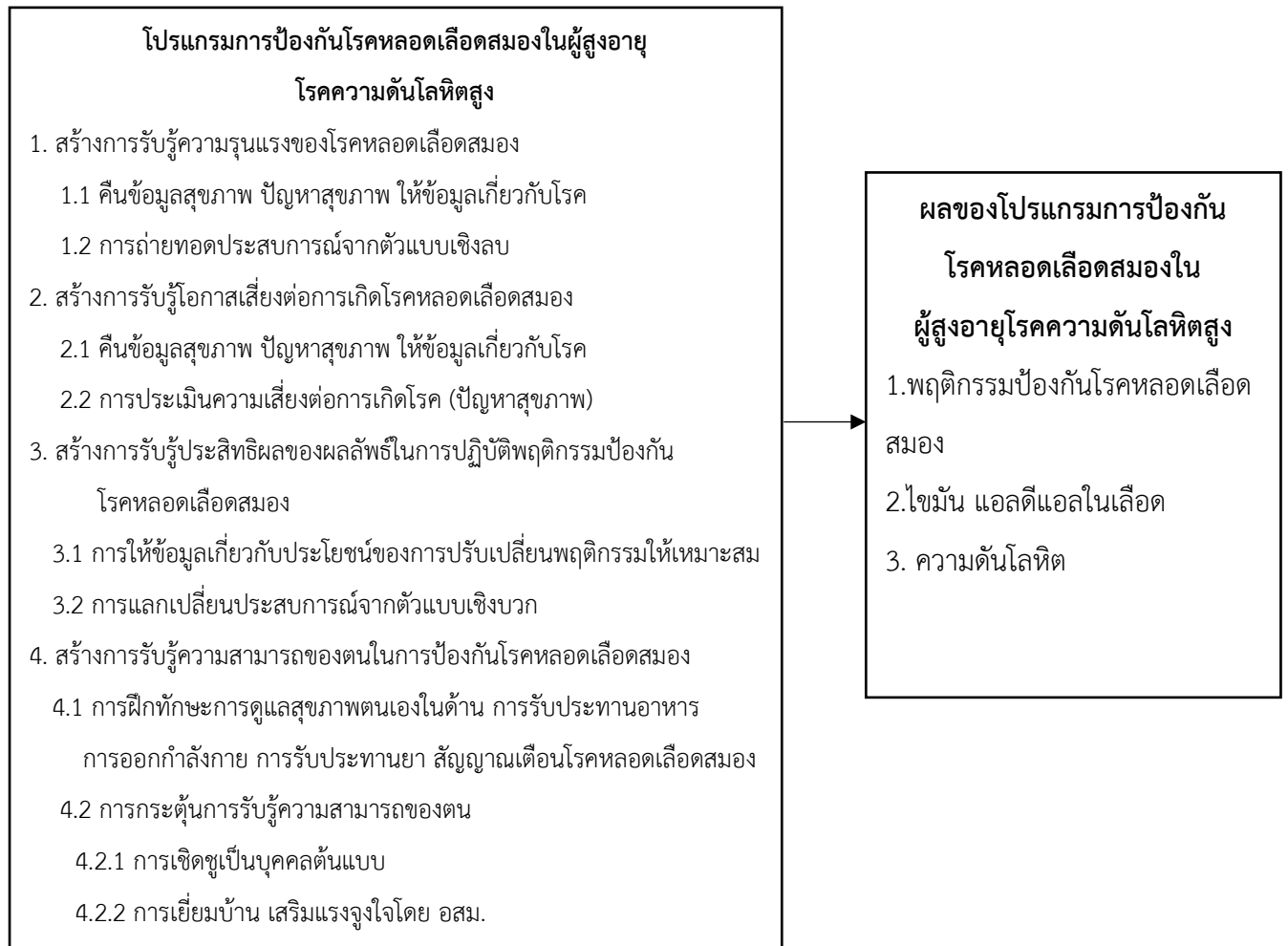
1. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองหลังใช้โปรแกรมฯความดันโลหิตและไขมันในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องและกรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค(Protection Motivation theory) ของโรเจอร์ (Rogers, 1975) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self- efficacy theory) ประกอบด้วย การสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สร้างการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสร้างการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและความดันโลหิต ไขมันในเลือดลดลง ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิด ดังภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดผล ก่อนและหลังทดลอง ระยะเวลา การศึกษาครั้งนี้ ตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2566- กุมภาพันธ์ 2567

ประชากรเข้าถึง คือ ผู้สูงอายุ 60 ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแสนตอ อำเภอฟะนง จังหวัดอุดรธานี มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแสนตอ ในช่วงเวลาทำการศึกษา กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบโดยใช้โปรแกรม G power กำหนดค่า $\alpha = 0.05$, power = 0.8 ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ได้จากการศึกษาของ ยุภาพร นาคกลิ้ง (2560) ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน เพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 34 คน กลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาโดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์คัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย (inclusion criteria) มีดังนี้

- 1) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป
- 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกสูงกว่า 140 มมปรอท และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงกว่า 90 มมปรอท และมีระดับไขมันแอลดีแอล (low density lipoprotein, LDL) สูงกว่า 100 มก./ดล.
- 3) สามารถสื่อสารโดยการ อ่าน เขียน และพูดภาษาไทยได้
- 4) กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัวอื่นที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมในโปรแกรม เช่น โรคเบาหวาน โรคไตวาย โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นต้น
- 5) ยินยอมและสมัครใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยตลอดระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การคัดออก (exclusion Criteria)

- 1) กลุ่มตัวอย่างที่ขอสละสิทธิ์ระหว่างการศึกษารวบรวม
- 2) กลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วยกะทันหันด้วยโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมในโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation theory) ของโรเจอร์ (Rogers, 1975) มาออกแบบในโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฯ รวมทั้งหมด 12 สัปดาห์ จัดกิจกรรม 6 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 3 ชั่วโมง ครั้งที่ 1,2,4,6 สถานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแสนต่อ ครั้งที่ 3 กิจกรรมเยี่ยมบ้าน ใช้เวลา 30 นาที / คน ครั้งที่ 5 กิจกรรมโทรถามยามใจ ใช้เวลาดำเนินการ 10-15 นาที / คน มีรายละเอียดของกิจกรรมในกลุ่มทดลองดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ใช้เวลาดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 3 ชั่วโมง “รู้ไว้ รักษาทัน อาการเตือนหลอดเลือดสมอง ” จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม 34 คน โดยการคืนข้อมูลสุขภาพ โดยการเปิดวิทัศน์ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยบรรยายสรุป และประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง โปรแกรม Thai CV risk score

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) “จัดฐานพัฒนาทักษะกินอาหารแบบแดชไดเอท ยึดเหยียดอย่างยืด พิชิตไขมันลดสโตรก” ใช้เวลาดำเนินการ 3 ชั่วโมง จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม 34 คน กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ตัวแบบเชิงลบ) 1.ให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเล่าประสบการณ์ พฤติกรรมก่อนป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จัดกลุ่มเพื่อ วิเคราะห์แลกเปลี่ยน

ร่วมกันให้ได้ปัญหาของผู้ป่วยคืออะไร พฤติกรรมอะไรบ้างที่จะต้องทำ พฤติกรรมที่ทำนั้นมีประโยชน์อะไร ผู้วิจัยสรุป แบ่งกลุ่ม 3 กลุ่มๆละ 10-12 คน ให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของตัวเอง ให้สรุปร่วมกัน 2 .กิจกรรมฝึกทักษะ จำนวน 3 ฐาน ใช้เวลาฐานละ 35 นาที

ฐานที่ 1 อาหาร “อาหารแดชไดเอท” ฝึกทักษะการคำนวณดัชนีมวลกาย คำนวณกิโลแคลอรี ด้วยมือถือ วิทยากร นักโภชนาการ

ฐานที่ 2 ออกกำลังกาย “ยืดเหยียดยางยืด พิชิตไขมัน ลดสโตรก” วิทยากร นักวิชาการ

ฐานที่ 3 การใช้ยา “ฉลาดใช้ยา” วิทยากร เภสัชกร

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3-4) “กิจกรรมเยี่ยมบ้าน”ร่วมกับ อสม ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 30-45 นาที/ คน ร่วมประเมินผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อสนับสนุนให้กำลังใจในการดูแลตนเอง การออกกำลังกาย “ยืดเหยียด ยางยืด พิชิตไขมัน”และให้คำแนะนำเมื่อพบว่าผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และตรวจสอบการลง สมุดคู่มือการดูแลตนเอง

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่5) “เพื่อนช่วยเพื่อน พร้อมทั้ง ตัวแบบเชิงบวก ”ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 3 ชั่วโมง เป็นกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่นความสามารถตัวเองและสนับสนุน ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการ ให้ตัวแบบที่ดี ที่มีผลความดัน โลหิตที่ดีที่มารับบริการที่คลินิกทุกเดือน และมีผลไขมันในเลือดดี) ในการเล่าประสบการณ์ที่ผ่านมาทำให้การ สามารถควบคุมความดันโลหิตและไขมันได้ดี ให้ผู้สูงอายุร่วมสรุป ตัวอย่างปฏิบัติตัวอย่างใดบ้าง จัดเป็นกลุ่มย่อย 3 กลุ่มๆละ 10-12 คน เล่าปัญหาของตัวเอง แล้วผู้สูงอายุร่วมกันแก้ไขปัญหาให้เพื่อนสมาชิกกลุ่ม ตัวแทนนำเสนอ

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่6-8) “โทรถามยามใจ” ใช้เวลาดำเนินการ 10-12 นาที / คน เพื่อติดตาม พฤติกรรม และสนับสนุนการกระตุ้นเตือนผ่านโทรศัพท์ และให้กำลังใจ ชื่นชมในกรณีทำกิจกรรมแล้วบรรลุ วัตถุประสงค์ เช่น ลดน้ำหนักหรือควบคุมน้ำหนักได้ดี

ครั้งที่ 6 (สัปดาห์ที่ 12) “บุคคลต้นแบบพิชิตสโตรก” ใช้เวลาดำเนินการ 3 ชั่วโมง เพื่อสนับสนุนให้ กำลังใจผู้สูงอายุ ดำเนินกิจกรรมดังนี้ ประเมินสุขภาพ ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต เจาะเลือดเพื่อ ส่งตรวจระดับไขมันในเลือด รับประทานอาหารร่วมกัน ให้รางวัลบุคคลต้นแบบ และสรุปโครงการวิจัย

2. สื่อการสอน สื่อบุคคล (ตัวแบบเชิงลบ,ตัวแบบเชิงบวก) ภาพนิ่ง แผ่นพับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือด สมอง ความดันโลหิตสูง

3. คู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากเอกสาร จากกองโรคไม่ติดต่อ กรมการควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง “ร่วมมือกัน ป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง”

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามเรื่อง ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยพัฒนาประยุกต์ตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation theory) ของ โรเจอร์ (Rogers, 1975) ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล เป็นลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 23 ข้อ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 70 ข้อ ข้อคำถามประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร จำนวน 46 ข้อ พฤติกรรมการรับประทานยา จำนวน 12 ข้อ และพฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามข้อปลายปิด คำถามทางบวกมีทั้งหมด 31 ข้อ คำถามทางลบมีทั้งหมด 39 ข้อ แบ่งพฤติกรรมการป้องกันตนเอง เป็น 3 ระดับตามแนวคิดของ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2007) ได้แก่

ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.67 - 5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองระดับมาก

ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.34 - 3.66 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.00 - 2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

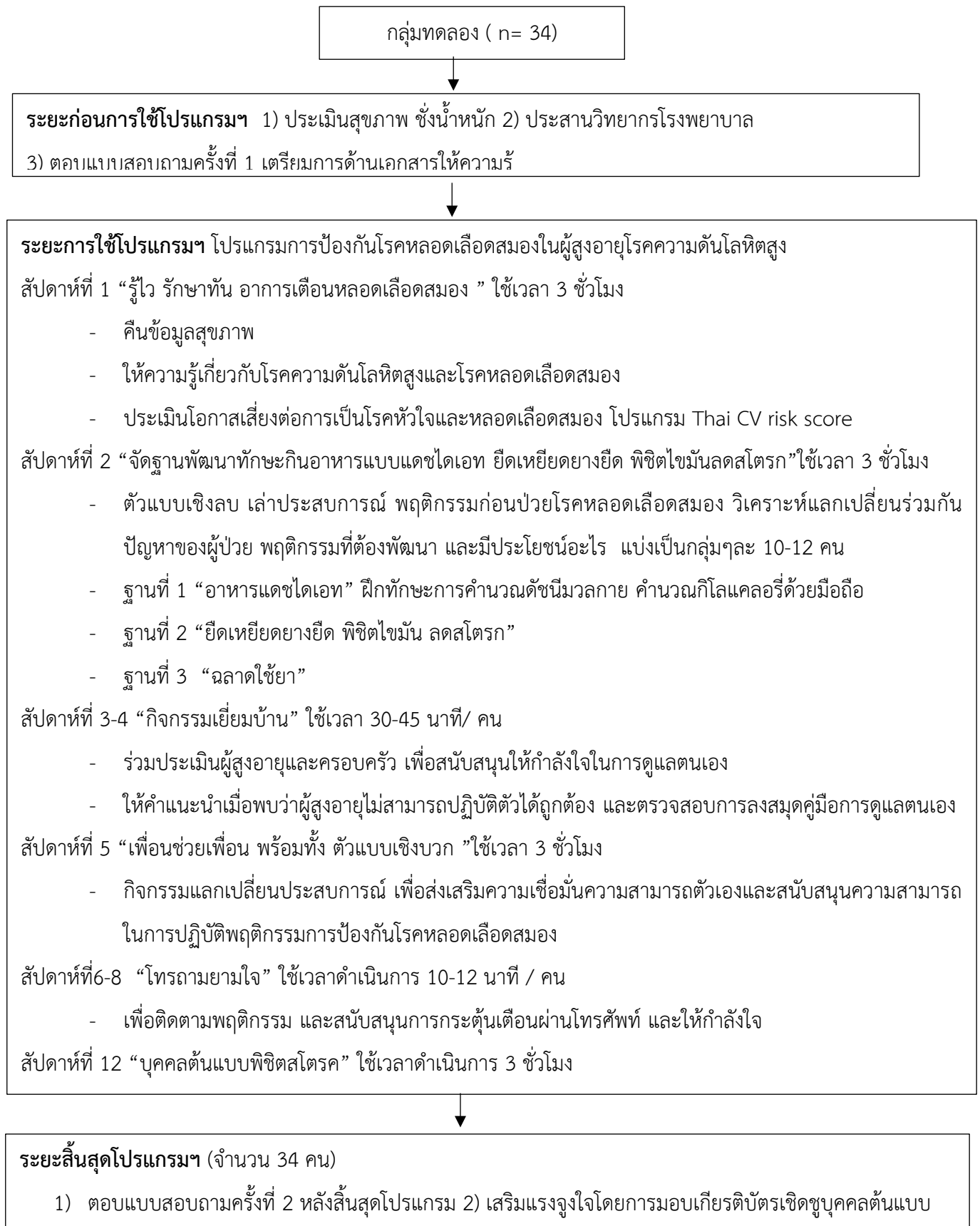
1). การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) แบบประเมินทั้งหมดโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์อายุรกรรม แพทย์เวชศาสตร์ชุมชน และพยาบาลเชี่ยวชาญผู้สูงอายุ ได้ค่า s-cvi เท่ากับ 0.99

2) ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) นำเครื่องมือทดลองไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาค (cronbach' s alpha coefficient) ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยแบบสอบถามส่วนที่ 2 ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.92 รายด้านประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา เท่ากับ 0.88, 0.73 และ 0.73 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนใช้โปรแกรมฯ ระยะใช้โปรแกรมฯและระยะหลังใช้โปรแกรมฯ โดยมีระยะเวลา 12 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for windows version IBM SPSS Statistics 27.0 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.5 ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบของความดันโลหิตและไขมันในเลือดในกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการทดลองใช้สถิติทดสอบ paired t-test



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิจัย พบว่าข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.4) โดยมีอายุเฉลี่ย 64.53 ปี (SD= 4.59) สถานภาพ คู่ มากที่สุด (ร้อยละ 73.50) จบการศึกษา ประถมศึกษา มากที่สุด (ร้อยละ 97.10) และมีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 73.50) รายได้เฉลี่ยต่อครอบครัว ส่วนมากเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 38.2) ญาติสายตรงเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 64.70) ส่วนมากไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 94.10) ออกกำลังกาย 1-2 ครั้ง / สัปดาห์ (ร้อยละ 67.60) ลักษณะงานที่ทำส่วนมาก ใช้แรงงานกลาง เช่น ทำงานบ้าน (ร้อยละ 79.40) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละข้อมูลทั่วไป (n=34)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	6	17.60
หญิง	28	82.40
อายุ		
60-69	30	88.24
70-79	4	11.76
Mean (S.D.) : 64.53 (4.59)		
สถานภาพ		
คู่	25	73.50
หม้าย	7	20.60
โสด	2	5.90
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	33	97.10
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	2.90
อาชีพ		
เกษตรกร	25	73.50
แม่บ้าน / พ่อบ้าน	7	20.60
รับจ้างทั่วไป	1	2.90
ค้าขาย	1	2.90
ความเพียงพอของรายได้		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	13	38.20
เพียงพอ เหลือเก็บ	12	35.30
ไม่เพียงพอ แต่ไม่เป็นหนี้	6	17.60
ไม่เพียงพอ เป็นหนี้	3	8.80

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละข้อมูลทั่วไป (n=34) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ญาติสายตรงเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง		
มี	22	64.70
ไม่มี	12	35.30
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	32	94.10
สูบ	2	5.90
การออกกำลังกาย		
ออกกำลังกาย 1-2 ครั้ง / สัปดาห์	23	67.60
ออกกำลังกาย 3-5 ครั้ง / สัปดาห์	8	23.50
ออกกำลังกายมากกว่า 5 ครั้ง / สัปดาห์	3	8.80
ลักษณะการทำงาน		
ใช้แรงปานกลาง เช่น ทำงานบ้าน	27	79.40
ใช้แรงมาก เช่น ทำสวน รับจ้าง	4	11.80
ใช้แรงน้อย เช่น งานจักสาน	3	8.80

2.ข้อมูลทางคลินิก พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ระหว่าง 140-159 มม.ปรอท มากที่สุด ร้อยละ 88.23 และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระหว่าง 90-99 มม.ปรอท มากที่สุด ร้อยละ 91.18 และไขมัน LDL มีค่าระหว่าง 100-130 และ 131 มล./ดล ขึ้นไป ร้อยละ 50 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลทางคลินิก

ข้อมูลทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
ค่าความดันโลหิต		
ความดันโลหิตซิสโตลิก (มม.ปรอท)		
140-159	30	88.23

ข้อมูลทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
มากกว่า 160	4	11.77
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)		
90-99	31	91.18
มากกว่า 100	3	8.82
ไขมัน LDL ในเลือด (มล /ดล)		
100-130	17	50.00
131 ขึ้นไป	17	50.00

3.เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและค่าความดันโลหิตไขมันในเลือด ก่อน และหลังการใช้โปรแกรมฯของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติ pair t-test

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯในกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังใช้โปรแกรมฯมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ดังตารางที่ 3 ด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร นอกจากนี้พบว่าหลังใช้โปรแกรมฯกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยความดันแอสโตลิก ค่าเฉลี่ยไขมันในเลือดแอลดีแอลน้อยกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตค่าเฉลี่ยไขมันในเลือด

	ก่อนใช้โปรแกรมฯ		หลังใช้โปรแกรมฯ		t	p
	(n=34)		(n=34)			
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง						
คะแนนรวม	3.65	0.24	4.37	0.22	22.83	.000
- ด้านการรับประทานอาหาร	3.45	0.36	4.27	0.26	17.34	.000
- ด้านการออกกำลังกาย	3.59	0.60	4.36	0.35	9.19	.000
- ด้านการรับประทานยา	4.47	0.29	4.76	0.15	10.01	.000
ข้อมูลทางคลินิก						
ความดันโลหิตซิสโตลิก (มม.ปรอท)	146.38	6.63	131.52	5.68	10.93	.000
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มมปรอท)	94.02	3.50	72.76	4.67	21.85	.000
ไขมัน LDL ในเลือด (มล /ดล)	144.94	40.96	119.75	28.19	4.07	.000

*** $p\text{-value} < .05$

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้โปรแกรมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก และค่าเฉลี่ยไขมันแอลดีแอลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยลดลงก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ดูคลิปวิดีโอเรื่องราว ระวังทัน อาการเตือนหลอดเลือดสมอง และได้ร่วมรับฟังการเล่าประสบการณ์พฤติกรรมตัวแบบเชิงลบก่อนการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นผู้ป่วยมีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างทำให้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบข้อมูล และข้อเท็จจริงในเรื่องอันตรายจากโรคเป็นการสร้างให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และคืนข้อมูลสุขภาพของตนเอง เช่น ค่าความดันโลหิต ค่าไขมันในเลือดได้ร่วมประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยโปรแกรม Thai CV risk score ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้ร่วมวิเคราะห์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันได้ปัญหาของตัวแบบเชิงลบคือพฤติกรรมอะไร และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่จำเป็นจะต้องปฏิบัติมีอะไร หลังจากนั้นได้แบ่งกลุ่มๆละ 10-12 คน เพื่อจะได้พัฒนาทักษะของกลุ่มตัวอย่างจัดเป็นฐาน 3 ฐาน ฐานที่ 1 “อาหารแดชไดเอท” เป็นอาหารลดความดันโลหิต และอาหารที่ควบคุมน้ำหนัก โดยการฝึกทักษะการคำนวณดัชนีมวลกายด้วยมือถือ คำนวณปริมาณพลังงานที่เหมาะสมในแต่ละวัน และร่วมวิเคราะห์อาหารตามโซนสี ฐานที่ 2 “ยืดเหยียดยางยืด พิซิตโซมัน ลดสโตรก” เป็นการออกกำลังกายเพื่อลดความดันโลหิตสูง ฐานที่ 3 “ฉลาดใช้ยา” เป็นการให้ความรู้เรื่องยา อาการข้างเคียงยา หลังจากพัฒนาทักษะ 3 ด้าน ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทายยา ให้กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันค้นหาปัญหาสุขภาพของตนเองจะต้องมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร โดยการตั้งเป้าหมายในการลดน้ำหนักของกลุ่มตัวอย่างกรณีมีค่าดัชนีมวลกายเกิน ติดตามเยี่ยมบ้าน “การบันทึกการดูแลสุขภาพตนเอง” เพื่อเป็นการให้กำลังใจและเตือนในการบันทึกน้ำหนัก ดัชนีมวลกายและความดันโลหิตเป็นรายสัปดาห์เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลง ส่วนการบันทึกการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มเป็นมื้อและบันทึกการออกกำลังกาย 30 นาที ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างมีการลงบันทึกอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ บันทึกกรณีมีความผิดปกติ เช่นอาการวิงเวียน หน้ามืด แล้วระบุวิธีแก้ไขลงในแบบบันทึก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ลงบันทึกการรับประทานอาหารด้วยตนเองและครบถ้วน มีส่วนน้อยที่ให้ผู้ดูแลในครอบครัวลงบันทึกให้ เนื่องจากมีข้อจำกัดในการเขียนหนังสือเช่นเขียนหนังสือไม่ถนัด สรุปผลการบันทึกอาหาร ส่วนมากมีการบันทึกอาหาร 2 อย่าง เช่น ข้าวสวย 2 ทัพพี ปลาป่น ไข่เจียว และกลุ่มตัวอย่างรับประทานผักเพิ่มขึ้นเป็น 2 ส่วนจากคำแนะนำ เช่น ผักกาดขาว ผักบุ้ง และรับประทานผลไม้ส่วนมากเป็นผลไม้รสไม่หวานจัดและเป็นผลไม้ที่หาซื้อได้ง่าย เช่นลง บันทึกกล้วย และแตงโม ส่วนเครื่องดื่มพบว่าส่วนมากกลุ่มตัวอย่างบันทึกเป็นน้ำดื่ม ด้านการออกกำลังกายโดยการออกกำลังกาย “ยืดเหยียดยางยืด พิซิตโซมัน ลดสโตรก” ส่วนมากกลุ่มตัวอย่างมีการบันทึกได้ครบ 30 นาที มีกลุ่มตัวอย่างบางคนลืมทำออกกำลังกายก็ได้ดูจากคู่มือและทำพร้อมกันไป และบางคนก็ให้ญาติช่วยเปิดคลิปจากคิวอาร์โค้ดที่อยู่ในคู่มือการที่ผู้วิจัยได้ออกแบบสื่อในการฝึกทักษะต่างๆทำให้กลุ่มตัวอย่างได้เลือกสื่อที่

เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ด้านการรับประทานยาในกลุ่มตัวอย่างส่วนมากได้บันทึกการรับประทานยาได้ถูกต้องครบถ้วน แต่มีบางคนลืมบันทึกผู้วิจัยก็ได้ให้สม.ลงติดตามเยี่ยมให้บ่อยขึ้นตามคัมที่อสม รับผิดชอบ และจากการดำเนินกิจกรรมได้ 1 เดือน ได้ติดตามผลจากคลินิกโรคความดันโลหิต มีจำนวน 5 รายที่ความดันโลหิตไม่ลงตามเกณฑ์ และอีก 3 รายมีน้ำหนักไม่ลดตามเกณฑ์เป้าหมายที่ตั้งไว้ได้มีกิจกรรม “เพื่อนช่วยเพื่อน” พร้อมทั้งเชิญตัวแทนเชิงบวกมาร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้รวมทั้งตัวอย่างทั้งหมด 34 คน เพื่อสร้างการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสร้างการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เสริมแรงใจโดยให้สม.ติดตามเยี่ยมบ้านทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความกระตือรือร้นและสนใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในครั้งนี้ทำให้เกิดทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น รวมทั้งมีการติดตาม “โทรถามยามใจ” เพื่อติดตามและให้กำลังใจและเชิดชูบุคคลต้นแบบด้านการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จึงทำให้คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการใช้โปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก ไขมันแอลดีแอลลดลงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ

ทั้งนี้เพราะมีการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 12 สัปดาห์ เพื่อ 1.สร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 2.สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3.สร้างการรับรู้ประสิทธิผลประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 4.สร้างการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดความรู้และเกิดทักษะ ผลงานวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พรชัย จุลเมตต์ และคณะ (2561) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวและถ่ายทอดประสบการณ์จริง เน้นย้ำในเรื่องโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงในการเกิดอันตรายจากโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูงทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ พันทิพพา บุญเศษ ลัมวิ ปิยะบัณฑิตกุล (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมกลุ่มในโปรแกรมฯ ได้มีการนำกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบชั่วคราวมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำให้กลุ่มเสี่ยงมีความเข้าใจในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงหรืออันตรายจากโรคหลอดเลือดสมองโดยเน้นการฝึกปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้านจึงส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษา ยุภาพร นาคกลิ้ง ปราณี ทัดศรี (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง

กำหนดกิจกรรมการให้ความรู้และจัดประสบการณ์ตรงในการสาธิตและการฝึกทักษะการเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาที่ถูกต้อง และใช้ตัวแบบผู้สูงอายุด้านบวกที่ควบคุมความดันโลหิตดีที่ประสบผลสำเร็จมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์

ด้วยกระบวนการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองทั้ง 4 องค์ประกอบ 1) การจัดประสบการณ์ตรง 2) การใช้ตัวแบบด้านบวก 3) การได้รับการพูดชักจูง กระตุ้นเตือน 4) การประเมินสถานะทางสรีระวิทยา ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติเพิ่มขึ้น จึงนำไปสู่การมีพฤติกรรมควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการรับประทานยาที่ถูกต้อง ส่งผลให้ค่าความดันโลหิตหลังการใช้โปรแกรมมีค่าความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่สถิติที่ ($p=.000$) และยังสอดคล้องกับการศึกษา Choi, H.M, Hurr,C,& Kim, S, (2020) ได้ทำการศึกษาการฝึกออกกำลังกายด้วยยางยืดในผู้สูงอายุของประเทศเกาหลี จำนวน 27 คน (ชาย 13 คน หญิง 14 คน) โดยให้ 15 คนทำการฝึกออกกำลังกายด้วยยางยืด 60 นาที 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ลักษณะของโปรแกรมการฝึกจะเป็นแบบ Circuit training 19 ท่าฝึกโดยเริ่มจากส่วนบนของร่างกายไปจนถึงส่วนล่างของร่างกาย พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกออกกำลังกายด้วยยางยืดส่งผลให้มีความดันโลหิตลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ความอ่อนตัวและการทรงตัวดีขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนการฝึก และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ได้พัฒนาในการศึกษานี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน หรือกลุ่มเสี่ยง เช่นกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
2. โปรแกรมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองนี้สามารถเพิ่มกิจกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อให้เกิดความยั่งยืนและการมีพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวทำให้เกิดความตระหนักในเรื่องการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดโรคความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงของบุคคลในครอบครัว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณองค์การบริหารส่วนตำบลสุเมธเส้า งบประมาณสนับสนุนโครงการวิจัยครั้งนี้

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจาก กรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รหัสโครงการ UDREC 5067 เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึง วัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการศึกษา ตามหลักจริยธรรมของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยลงนามสมัครใจ และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษา ข้อมูลการวิจัยได้นำเสนอในภาพรวม เพื่อประโยชน์ของการวิจัย และการปฏิบัติพยาบาลเท่านั้น และเก็บข้อมูลเป็นความลับ

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ อุดมพิทยารักษ์. (2557). โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ วารสารวิชาการ Veridian E-Journal, 7(1), 62-72
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). การทบทวนวรรณกรรม : สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบบริการการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. นนทบุรี: อาร์ต ควอลิไฟท์.
- กาญจนา จันทร์ไทย, อีรพร สิริอังกูร และขวัญนา ขวัญสถาพร. (2559). พัฒนารูปแบบเครือข่ายผู้บริหารการพยาบาลเพื่อการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ. วารสารการพยาบาลทหารบก. 19(1), 241-252.
- กันตินันท์ ทองแดง และยินดี พรหมศิริไพบุลย์. (2558). ผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดประดู่ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 3(2), 261-271.
- ขจรพรรณ คงวิวัฒน์. (2559). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จังหวัดกาญจนบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี.
- จริยาวัตร คมพัยค์, วารณี เอี่ยมสวัสดิกุล และปณิตดา ปรียทฤษ. (2559). ระบบบริการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. ใน *ประมวลสาระชุดวิชา นโยบายและระบบสุขภาพ ภาวะผู้นำแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลและบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน*. (หน่วยที่ 8, หน้า 1-75). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- จรีพร คงประเสริฐ และธิดารัตน์ อภิญา. (2558). คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- พันทิพา บุญเศษ, ถังวิ ปิยะบัณฑิตกุล. (2561). ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลห้วยบง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 21(2).
- ชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์. (2566). การศึกษาสถานการณ์ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา, 3(1), 1-14.
- ยุภาพร นาคกลิ้ง, ปราณิ ทัดศรี. (2560). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 6(1), 27-35.
- วรวิมล พัฒนโกรัตน์. (2558). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์, 29(1), 145-153.

- ศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง.(2566).แนวทางการประเมินศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง มาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข(Standard Stroke Center Certification :SSCC).กรุงเทพฯ :บริษัท ธนาเพรส จำกัด.สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป.พ.ศ.2555.กรุงเทพฯ:อ้วนน้ำพริ้นติ้ง.
- สุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล. (2558). เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: แดเน็กซ์อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2559). *รายงานประจำปี 2558*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- อานัติ วรรณะ,นิภา กิมสูงเนิน,และรัชนี้ นายจันทรา.(2564).การรับรู้และการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนในผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง.วารสารการพยาบาลและสุขภาพ,2(1), 30-44.
- Choi, H.M, Hurr, C,& Kim, S,(2020). Effects of Elastic Band Exercise on Functional Fitness and Blood Pressure Response in the Healthy Elderly. International Journal of Environmental Research and Public Health,17 (19), 7144. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197144>
- National Institute of Neurological Disorder and Stroke (NINDS). (2009). *Brain Basics: Preventing Stroke*. Retrieved from <https://www.ninds.nih.gov/Disorders /Patient-Caregiver-Education/Preventing-Stroke>
- World Health Organization. (2017). Stroke, Cerebrovascular accident . Retrieved from Blood Pressure Response in the Healthy Elderly. International Journal of Environmental

คำแนะนำสำหรับการเตรียมผลงานเพื่อลงตีพิมพ์

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี เป็นวารสารที่ตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิชาการวิจัยและบทความวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมร่วมสมัยทั้งในและต่างประเทศ โดยบทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์จะต้องไม่เป็นผลงานวิจัย วิชาการที่เคยได้รับการเผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ของวารสารอื่น บทความทุกบทความที่ตีพิมพ์ลงในวารสารฉบับนี้จะต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านต่อหนึ่งบทความ กองบรรณาธิการขอสงวนลิขสิทธิ์ในการแก้ไขต้นฉบับและการพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง โดยมีข้อเสนอแนะในการส่งบทความ ดังนี้

การเตรียมผลงานลงตีพิมพ์

1. ชื่อเรื่อง มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้อักษร ตัวหนา ขนาด 18 นิ้ว
2. ชื่อผู้วิจัย ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ต้องใส่คำนำหน้านาย/นางสาว) ใส่เฉพาะยศ (ถ้ามี) ใช้อักษร ขนาด 16 นิ้ว
3. หน่วยงานของผู้เขียน ระบุชื่อหน่วยงาน จังหวัด รหัสไปรษณีย์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
4. บทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 350 คำ และระบุคำสำคัญ จำนวนไม่เกิน 3 คำ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
5. บทนำ แสดงถึงความสำคัญและปัญหาของงานวิจัย การทบทวนงานวิจัยหรือเอกสารเกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของงานวิจัย
6. วิธีการศึกษา เรียบเรียงโดยแสดงวิธีการศึกษาตามขั้นตอน อธิบายวิธีการทดลองและแผนการทดลองที่ใช้ แสดงสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์และระบุสถานที่ศึกษาหรือสถานที่เก็บข้อมูล (สถานที่ทดลองหรือเก็บตัวอย่าง)
7. ผลการศึกษา แสดงผลการศึกษาร่วมอธิบาย โดยแสดงภาพหรือตารางผลการศึกษา และเขียนหมายเลขกำกับภาพหรือตารางให้ชัดเจน
8. ภาพประกอบ ควรแนบไฟล์ต้นฉบับพร้อมเขียนคำอธิบายภาพ และควรเขียนหมายเลขกำกับภาพเพื่อความสะดวกและง่ายต่อการเรียงข้อมูล
9. กิตติกรรมประกาศ (มีหรือไม่มีก็ได้) เรียบเรียงย่อหน้าเดียวแบบกระชับ ระบุแหล่งทุนวิจัย บุคคลและหน่วยงานที่ให้ความอนุเคราะห์หรือมีส่วนร่วมในงานวิจัย
10. เอกสารอ้างอิง เรียงลำดับเอกสารอ้างอิงตามตัวอักษรของนามสกุลผู้แต่งคนแรก ทั้งนี้ ผู้แต่งต้องตรวจสอบจำนวนเอกสารอ้างอิงให้ตรงกับเนื้อหา (ใช้รูปแบบการอ้างอิงของ APA (American Psychological Association))
11. เนื้อหาบทความทั้งหมด ใช้รูปแบบตัวอักษรขนาด 16 นิ้ว มาตรฐานกระดาษขนาด A 4 มีความยาวไม่เกิน 8-15 หน้า

Template
บทความวิจัย

ชื่อเรื่องบทความ (ภาษาไทย) (ขนาด 18) *

ชื่อเรื่องบทความ (ภาษาอังกฤษ) (ขนาด 18)

ชื่อผู้แต่งภาษาไทย (ชื่อผู้แต่ง - ภาษาอังกฤษ) (ขนาด 16) **

ชื่อผู้ร่วมบทความภาษาไทย (ชื่อผู้ร่วมบทความ - ภาษาอังกฤษ) (ขนาด 16) ***

บทคัดย่อ (ไม่เกิน 350 คำ)

(ขนาด 16).....

.....

คำสำคัญ : คำที่ 1, คำที่ 2,(ไม่เกิน 5 คำ)....

Abstract (ไม่เกิน 350 คำ)

(ขนาด 16).....

.....

Keywords: *Word 1, Word 2,(ไม่เกิน 5 คำ)....*

** ตำแหน่งผู้แต่ง สังกัด / ภาษาไทย (ขนาด 14)

ตำแหน่งผู้แต่ง สังกัด / ภาษาอังกฤษ

*** ตำแหน่งผู้ร่วมบทความ สังกัด / ภาษาไทย (ขนาด 14)

ตำแหน่งผู้ร่วมบทความ สังกัด / ภาษาอังกฤษ

บทนำ

(ขนาด 16).....

วัตถุประสงค์การวิจัย

(ขนาด 16).....

รูปแบบการพิมพ์บทความ

- ขนาดกระดาษ A4
- แบบอักษร TH SarabunPSK
- ความยาวไม่เกิน 15 หน้า (รวมภาพประกอบ)

วิธีการศึกษา

(ขนาด 16).....

ผลการศึกษา

(ขนาด 16).....

อภิปรายผล

(ขนาด 16).....

ข้อเสนอแนะ

(ขนาด 16).....

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

(ขนาด 16).....

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ถ้ามี)

(ขนาด 16).....

เอกสารอ้างอิง (ขนาด 16)

.....
.....
.....

รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

(รูปแบบการอ้างอิงที่นำมาใช้เป็นมาตรฐานในวารสาร ให้ใช้รูปแบบ APA (American Psychological Association) โดยประกอบด้วยการอ้างอิงในเนื้อหาและการอ้างอิงท้ายบทความ ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การอ้างอิงในเนื้อหา :

ให้อ้างอิงชื่อสกุลผู้แต่ง หรือชื่อเรื่องในกรณีที่ไม่มีปรากฏชื่อผู้แต่งโดยเขียนเป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น และต่อด้วยปี ค.ศ. ที่พิมพ์ ทั้งเอกสารที่เขียนเป็นภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ โดยมีรูปแบบดังนี้

(นามสกุลผู้เขียน, ปีพิมพ์: เลขหน้าที่ปรากฏ)

ตัวอย่างเช่น

- โสเกรตติสย่ำว่าการอ่านสามารถจุดประกายได้จากสิ่งที่นักอ่านรู้อยู่แล้วเท่านั้นและความรู้ที่ได้รับมาไม่ได้มาจากตัวหนังสือ (Manguel, 2003: 127)

- สุมาลี วีระวงศ์ (Weerawong, 2009: 37) กล่าวว่า การที่ผู้หญิงจะไปซื้อชักผู้ขายมาบ้านเรือนของตัวเองทุกๆ ที่เขายังไม่ได้มาสู่ขอนั้น เป็นเรื่องผิดขนบธรรมเนียมจารีตประเพณี

* เอกสารที่มีผู้แต่งมากกว่า 3 คน ในการอ้างอิงครั้งแรก ให้ระบุนามสกุลของผู้เขียนทุกคน และเมื่อมีการอ้างอิงในครั้งต่อไป ให้ระบุเพียงนามสกุลของผู้แต่งคนแรก ตามด้วย et al. เช่น

-ในขณะที่ Alraimi, Zo, & Ciganek (2015) ได้อธิบายว่า MOOC มีความสำคัญกับความเปิดกว้างเช่นเดียวกับ Alraimi et al. (2015) ได้อธิบายว่า ชื่อเสียงของสถาบันอุดมศึกษาจะเป็นภาพที่สะท้อนต่อคุณภาพ.....

2. การอ้างอิงท้ายบทความ :

การเขียนรายการอ้างอิงท้ายบทความเป็นการระบุข้อมูลบรรณานุกรมของเอกสารที่มีการอ้างอิงในเนื้อหา (ยกเว้นการสื่อสารส่วนบุคคล เช่น การสื่อสารผ่านอีเมล ข้อความส่วนตัว หรือการสัมภาษณ์ เนื่องจากไม่อาจสืบค้นย้อนหลังได้และเป็นการปกป้องผู้ให้ข้อมูลการวิจัยตามข้อกำหนดจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์) โดยรูปแบบของรายการอ้างอิงจำแนกตามประเภทของทรัพยากรสารสนเทศ โดยมีรายละเอียดดังนี้

- การระบุผู้แต่ง ให้ใช้นามสกุล ตามด้วยอักษรตัวแรกของชื่อต้นสำหรับหนังสือภาษาต่างประเทศ ส่วนเอกสารภาษาไทยที่เขียนโดยคนไทยให้ระบุนามสกุล และตามด้วยชื่อเต็ม

- เอกสารที่มีเนื้อหาเป็นภาษาไทย ให้วงเล็บชื่อเรื่องภาษาไทยต่อท้ายชื่อเรื่องภาษาอังกฤษเสมอ

- ใช้เครื่องหมาย & แทนคำว่า and ในการอ้างอิงเสมอ ทั้งในการอ้างอิงเอกสารภาษาไทยและเอกสารภาษาต่างประเทศ

- ทุกรายการที่ยาวเกิน 1 บรรทัด เมื่อขึ้นบรรทัดต่อไปให้เยื้องเข้าไปอีก 8 อักขระ โดยเริ่มที่ตำแหน่งที่ 9

3. หนังสือ

นามสกุลผู้เขียน, ชื่อผู้เขียน. \ (ปีพิมพ์). \ ชื่อหนังสือ \ (ครั้งที่พิมพ์). \ เมืองที่พิมพ์: \ สำนักพิมพ์.

ตัวอย่างเช่น

Weerawong, Sumalee. (2009). **The Thai Way of Life in Lilit Phra Lor (วิถีชีวิตไทยในลิลิตพระลอ)** (3rd ed.). Bangkok: Sataporn Books.

Tidd, J., Bessant, J., & Pavitt, K. (2001). **Managing Innovation** (2nd ed.). Chichester: John Wiley and Sons.

4. บทความหรือบทในหนังสือ

นามสกุลผู้เขียน, ชื่อผู้เขียน. \ (ปี). \ ชื่อบทความ \ ชื่อบรรณาธิการ, \ ชื่อหนังสือ, \ ครั้งที่พิมพ์. \ (จำนวนหน้า). \ เมืองที่พิมพ์: \ สำนักพิมพ์.

ตัวอย่างเช่น

Pakdeekham, Santi. (2005). Sri Ramadeba Nagara (ศรีรามเทพนคร : สร้อยนามหรือชื่อเมือง). **Damrong Journal**, 4(2): 156-171.

Shani, A., Sena, J., & Olin, T. (2003). Knowledge Management and New Product Development: A Study of Two Companies. **European Journal of Innovation Management**, 6(3): 137-149.

5. วิทยานิพนธ์

นามสกุลผู้เขียน, ชื่อผู้เขียน. \ (ปีการศึกษา). \ ชื่อวิทยานิพนธ์. \ ระดับปริญญา, \ มหาวิทยาลัย, \ เมือง, \ ประเทศ. ตัวอย่างเช่น

Saisingha, Sakchai. (1989). **The Payao School Sandstone Buddha Image (พระพุทธรูปหินทราย สกุลช่างพะเยา)**. Master's dissertation, Silpakorn University, Bangkok, Thailand.

Chuvichean, Praphat. (2009). **Wat Worachet Thepbamrung : A Model of Ayutthaya Art in 17th Century A.D (วัดวรเชษฐเทพบำรุง : แบบอย่างงานช่างของอยุธยาในพุทธศตวรรษที่ 22)**. Doctoral dissertation, Silpakorn University, Bangkok, Thailand.

6. สื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ

หนังสือออนไลน์ (online / e-Book)

นามสกุลผู้เขียน, ชื่อผู้เขียน. \ (ปีที่พิมพ์). \ ชื่อเรื่อง. \ [ประเภทของสื่อที่เข้าถึง]. \ สืบค้นเมื่อ \ เดือน \ วัน \ ปี \ จาก \ แหล่งข้อมูลหรือ URL

ตัวอย่างเช่น

De Huff, E. W. (2009). **Taytay's Tales: Traditional Pueblo Indian Tales**. [Online]. Retrieved January 8, 2010 from <https://digital.library.upenn.edu/women/dehuff/taytay/taytay.html>

Fine Arts Department. (2016). **The Buddha Images: Auspicious Treasures of the Front Palace Pay Homage to The Holy Icons that are Associated with Our Gracious Kings** (พระพุทธรูป ณ วังหน้า พระปฏิมาแห่งแผ่นดิน กราบบูชาพระพุทธปฏิมา ในพระมหากรุณาพระมหากษัตริยาธิราชเจ้า). [Online]. Retrieved July 5, 2019 from www.finearts.go.th/parameters/search/หนังสืออิเล็กทรอนิกส์/book/148.html?page=3

7. บทความจากวารสารออนไลน์ (online / e-journal)

นามสกุลผู้เขียน, \ชื่อผู้เขียน. \(\ปี\). \ชื่อบทความ. \ชื่อวารสาร, \ปีที่(\ฉบับที่): \หน้าที่ปรากฏ
บทความ. \[ประเภทของสื่อที่เข้าถึง\]. \สืบค้นเมื่อ\เดือน\วัน\ปี\จาก\แหล่งข้อมูลหรือ URL
ตัวอย่างเช่น

Kenneth, I. A. (2000). A Buddhist Response to The Nature of Human Rights. **Journal of Buddhist Ethics**, 8(3): 13-15. [Online]. Retrieved March 2, 2009 from <https://www.cac.psu.edu/jbe/twocont.html>

Webb, S. L. (1998). Dealing with Sexual Harassment. **Small Business Reports**, 17(5): 11-14. [Online]. Retrieved January 15, 2005 from BRS, File: ABI/INFORM Item: 00591201

8. ฐานข้อมูล

นามสกุลผู้เขียน, \ชื่อผู้เขียน. \(\ปีที่พิมพ์\). \ชื่อเรื่อง. \[ประเภทของสื่อที่เข้าถึง\]. \สืบค้นเมื่อ\เดือน\วัน\ปี\จาก\แหล่งข้อมูลหรือ URL
ตัวอย่างเช่น

Beckenbach, F., & Daskalakis, M. (2009). **Invention and Innovation as Creative Problem Solving Activities: A Contribution to Evolutionary Microeconomics**. [Online]. Retrieved September 12, 2009 from https://www.wiwi.uniaugsburg.de/vwl/hanusch/emaee/papers/Beckenbach_neupdf

9. การสัมภาษณ์

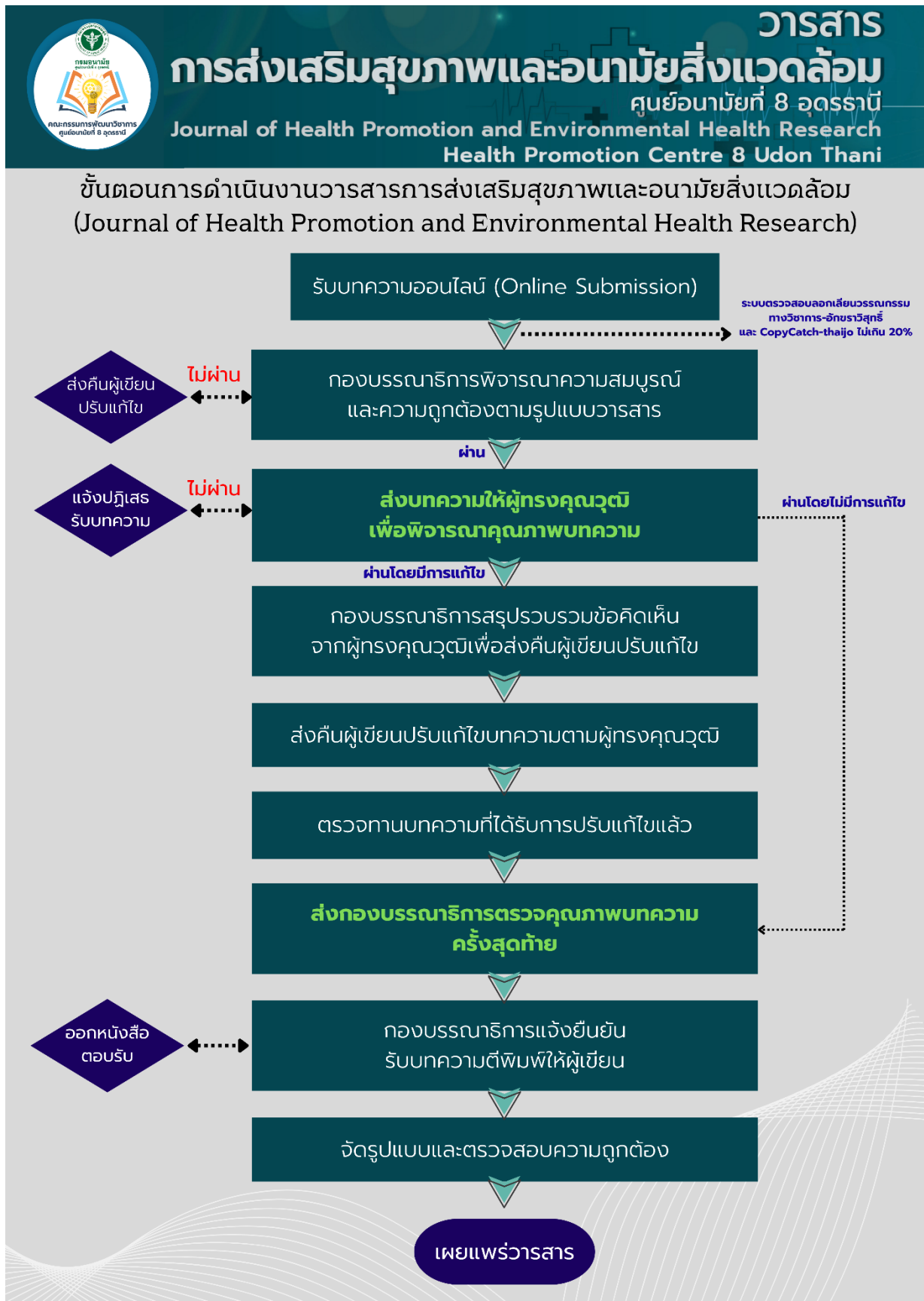
นามสกุลผู้ถูกสัมภาษณ์, \ชื่อผู้ถูกสัมภาษณ์. \ตำแหน่งหน้าที่. \สัมภาษณ์. \เดือน\วัน\ปีที่สัมภาษณ์.
ตัวอย่างเช่น

Boonmak, Ubon., ThaiPBS citizen journalist in Ubon Ratchathani. Interview, December 26, 2011.

* ตารางและภาพประกอบ ตารางและภาพประกอบควรจัดให้มีความสอดคล้องกับเนื้อหา

ตาราง : ให้ระบุตารางที่ตามลำดับที่ปรากฏในเนื้อหา

รายละเอียดเพิ่มเติม ติดต่อที่คณะกรรมการพัฒนาวิชาการ ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี โทร. 085-669-8896
คุณอริวัฒน์ กุลวงษ์





Facebook



Website

ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี กรมอนามัย

เลขที่ 582 หมู่ 12 ถ.อุดร-สามพร้าว ต.สามพร้าว

อ.เมืองอุดรธานี จ.อุดรธานี 41000

โทรศัพท์ : 0-4212-9587

โทรสาร : 0-4212-9588

อีเมล : hpc08@anamai.mail.go.th

Facebook : <https://www.facebook.com/hpc8.anamai>