



วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช
The Academic and Nursing Journal of Boromarajonani College of Nursing, Chakiraj

ISSN: 2985-1203

Vol.3 No.2
(July-December 2023)



ISSN: 2985-1203 ONLINE; ISSN: 2985-1203 PRINT



วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

The Academic and Nursing Journal of Boromarajonani College of Nursing, Chakiraj

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช จัดทำขึ้นเพื่อนำเสนอบทความทางวิชาการ หรือบทความวิจัยที่มีคุณภาพ ครอบคลุมเนื้อหาด้านวิชาการ การศึกษา การพยาบาล การสาธารณสุข และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ที่แสดงถึงประโยชน์ทั้งเชิงทฤษฎี และประโยชน์ในเชิงปฏิบัติการ เป็นเอกสารทางวิชาการที่สามารถใช้เป็นแหล่งอ้างอิงที่เชื่อถือได้ ที่นักวิจัยหรือผู้ที่สนใจสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดการวิจัยหรือสร้างองค์ความรู้ใหม่ หรือนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อนำเสนอบทความทางวิชาการ บทความวิจัยที่มีคุณภาพ ครอบคลุมเนื้อหาด้านวิชาการ การศึกษา การพยาบาล การสาธารณสุข และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ที่นักวิจัยหรือผู้ที่สนใจสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดการวิจัยหรือสร้างองค์ความรู้ใหม่ หรือนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในเชิงปฏิบัติได้
2. เพื่อเป็นสื่อกลางเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา การพยาบาล การสาธารณสุข และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อเป็นเอกสารทางวิชาการ ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับ วิจัยค้นคว้า ทางด้านวิชาการ การศึกษา การพยาบาล การสาธารณสุข และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ที่สามารถใช้เป็นแหล่งอ้างอิงที่เชื่อถือได้

Objectives

1. To present quality research articles covering academic, educational, nursing, public health and related sciences that show theoretical benefits. and benefits in practice
2. To serves as an exchange for sharing academic and research papers related to education and nursing.
3. To be an academic document That provides knowledge about academic and nursing research that can be used as a reliable reference.

กำหนดการออกวารสาร: ทุก 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ)

มกราคม - มิถุนายน กรกฎาคม - ธันวาคม

สำนักงาน: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

99 หมู่ 3 ต.ลาดบัวขาว อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี 70110

โทรศัพท์ 032-330479 – 82 โทรสาร 032-330483

Website: www.ckr.ac.th

Publish: each 6 months (2 per year)

January – June, July – December

Office: Boromarajonani College of Nursing, Chakiraj

99 Moo 3 Ladbuakhaw sub-district, Banpong district, Ratchaburi Province 70110 Tel. 032-330479-82,

Fax. 032-330483, Website: www.ckr.ac.th

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช (ISSN: 2730-3993 Print; 2985-1203 Online) เป็นวารสารที่มีคณะกรรมการ พิจารณา (Peer reviewers) ที่ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิหลายสาขา จากสถาบันต่างๆ ในการพิจารณาตรวจคุณภาพของบทความทุกเรื่องก่อนการพิมพ์ อย่างน้อย 3 ท่านต่อบทความ บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ในวารสาร ฯ ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียน วารสารวิชาการวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช หรือคณะกรรมการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทุกครั้ง

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี จักรีรัช

ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2566

ที่ปรึกษา

ผศ. ดร. คมวัฒน์ รุ่งเรือง

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

ดร.ประกริต รัชวัตร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช (เกษียณอายุราชการ)

บรรณาธิการ

ดร.จรัสศรี เพ็ชรคง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช (เกษียณอายุราชการ)

ผศ. ดร.พิมพ์ลดา อนันต์ศิริเกษม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

กองบรรณาธิการ

รศ. ดร.อัคราพร สี่ขวัญวงศ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ. ดร.นันทิยา วัฒนาย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ.ดร.พีระนันท์ จิระยิ่งมงคล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

ผศ. ดร.พิมพ์สุภาว จันทนะโสทธิ์

นักวิชาการอิสระ

ผศ. ดร.อัญชลีพร อมาตยกุล

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์ การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ
ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ (เกษียณอายุราชการ)

ผศ. ดร.มุกข์ดา ผดุงงาม

คณะพยาบาลศาสตร์ และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

ดร.ดวงแก้ว เตชะกาญจนเวช

คณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

ดร.ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

ดร.วัลลภ นาคศรีสังข์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

นางสาวพลอยประกาย ฉลาดล้ำ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

ฝ่ายจัดการวารสาร

นางรุจา แก้วเมืองฝาง

นางสาวปณณช เมธาบรรณันท์

นางสาวพรประภาสุผล

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

The Academic and Nursing Journal of Boromarajonani
College of Nursing, Chakriraj

Vol. 3 No.2 July – December 2023

CONSULTANTS

Komwat Rungruang, Ed.D. RN (Asst. Prof.)

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

Pragrit Rachawat, Ed.D. RN.

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

EDITOR

Jaratsri Petchkong PhD, RN

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

Phimlada Anansirikasem, Ed.D. RN. (Asst. Prof.)

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

EDITORIAL BOARD

Acharaporn Seeherunwong PhD, RN (Assoc. Prof.)

Faculty of Nursing, Mahidol University

Nantiya Watthayu Ph.D,RN. (Assoc.Prof.)

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

Peeranan Jirayingmongkhol, Ed.D. RN. (Asst. Prof.)

Faculty of Nursing, North Bangkok University

Pimsupa Chandanasotthi PhD, RN (Asst. Prof.)

Independent Academic

Anchaleeporn Amatayakul PhD, RN (Asst. Prof.)

Faculty of Nursing HRH Princess Chulabhorn College of Medical
Science, Chulabhorn Royal Academy

Mukda Phadungyam PhD, RN (Asst. Prof.)

Faculty of Nursing and Allied Health Science Phetchaburi Rajabhat
University

Duangkaew Dejakanchanavej PhD, RN

Princess Agrarajakumari College of Nursing, Chulabhorn Royal Academy

Sirikul Karuncharempanit PhD, RN

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

Wantanee Naksrisang PhD, RN

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

Ployprakay Chalardlon M.N.S., RN

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

Management Team

Ruja Kaeomaungfang M.N.S., RN

Pornprapa Sukpol B.A. (Marketing)

Punyanuch Metabavonnun B.A. (English)

OWNERSHIP

Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีค่ะ ท่านผู้อ่านวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2566 ในฉบับนี้ บทความวิจัยและบทความวิชาการของทางวารสารยังคงเป็นพื้นที่สำหรับแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการของบุคลากรสายสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการพยาบาลและการสาธารณสุข โดยบทความในฉบับนี้มีบทความที่มีเนื้อหาหลากหลาย และได้รับการพิจารณาผ่านการกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านต่อบทความ (double blind) ซึ่งฉบับนี้มีจำนวนบทความวิจัย 9 เรื่องและกรณีศึกษาจำนวน 2 เรื่อง ในปี พ.ศ. 2567 ทางวารสาร ฯ ต้องเข้ารับการประเมินคุณภาพจากศูนย์อ้างอิงดัชนีวารสารไทย (TCI) เพื่อคุณภาพของวารสาร จึงจำเป็นต้องทำงานอย่างเข้มข้นเพื่อให้ผลงานที่มีคุณภาพได้เข้าตีพิมพ์ในวารสาร เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านวิชาการให้กับบุคลากรสายสุขภาพต่อไป

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์ลดา อนันต์สิริเกษม)

บรรณาธิการ

สารบัญ

บทความวิจัย

- E000537 การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการบริโภคหวานของผู้ป่วยเบาหวานที่ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดเกินค่าปกติของชุมชนชายทะเลบ้านคลองช่อง
The study of relationship factors and sweet consumption behaviors of diabetic patients with mean accumulated blood sugar levels exceeding normal values of the Ban Khlong Chong seaside community
ปรีชา แยมเย็น, อีรพงศ์ จิตตินากุล
- E000538 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียน ในผู้ป่วยภายหลังได้รับการฉีดยาชา ผสมมอร์ฟีนเข้าช่องน้ำไขสันหลัง และยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน ในโรงพยาบาลบ้านโป่ง
Factors affecting the the incidence of nausea and vomiting in patients after receiving intrathecal injection of anesthetic with morphine and anti-nausea and vomiting drugs in Banpong Hospital
กานต์สิริ อุบลม่วง, หยาดฝน ยอดแก้ว
- E000540 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม
Factors related to against aedes aegypti larvae behaviors for dengue hemorrhagic fever prevention among village health volunteers Bang Khonthi District, Samut Songkhram Province
วรรณัน ประชานิยม, อีระพงษ์ จิตตินากุล
- E000545 ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือดสมองต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในเขตพื้นที่ชุมชน อำเภอเมืองราชบุรี
The effects of home nursing program intermediate care of patients with stroke on the occurrence of complications patients in the community area of Mueang Ratchaburi District
ปราณี เลี้ยวจันทร์บริบูรณ์
- E000552 ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญต่อความรู้ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19
The effects of competencies promotion program for triaging fast tract disease groups on knowledge and perceived self-efficacy of nurses, 19th Somdet Phra Sangkharat Hospital
ณัชชา แพทย์ชีพ, วาสนา ใจอารีย์, นิภา เชื้อทอง

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย

- E000553 ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อความรู้และพฤติกรรมการวางแผนจำหน่ายของพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี
Effects of the discharge planning program for stroke patients on knowledge and behavior in discharge planning of nurses, Chaokhunpaiboon Phanomthuan Hospital, Kanchanaburi Province

โสภิต ใจอารีย์

- E000560 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี
Caring for the elderly with long-term dependence in the epidemic situation of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Banlat District, Phetchaburi Province

ลดาวัลย์ เรืองอร่าม

- E000577 ผลของการจัดบริการพยาบาลทางไกลเพื่อสนับสนุนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืดกลุ่มติดบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม
The effect of providing tele-nursing to support self management behaviors in caregivers of the asthmatic elderly, home-bound groups Mueang Nakhonpathom Province

สุธาทิพย์ รุ่งเรืองอนันต์

- E000581 การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต
The quality improvement of nursing documents in the emergency and forensic unit, Somdejprapiyamaharajrommaneeeyaket Hospital

ปทุมวดี สุวรรรัตน์

กรณีศึกษา

- E000518 การพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ และมีการติดเชื้อดื้อยา
Nursing care for COVID-19 with ventilator-associated pneumonia and multidrug resistance

นิรากร ศรีพรหมมา

- E000566 กรณีศึกษาการพยาบาลผู้สูงอายุปอดอักเสบและมีการติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง
A case study of nursing care for an elderly patient with pneumonia and severe sepsis
สิริลักษณ์ นาคพาณิชย์, จุไรรัตน์ ดวงจันทร์

การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการบริโภคหวานของผู้ป่วยเบาหวาน
ที่ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดเกินค่าปกติของชุมชนชายทะเลบ้านคลองช่อง

The study of relationship factors and sweet consumption behaviors of
diabetic patients with mean accumulated blood sugar levels exceeding
normal values of the Ban Khlong Chong seaside community

ปรีชา แยมเย็น* ธีรพงศ์ ฐิติธนากุล**

Preecha Yamyen* Therapong Thitithanakul**

*สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางคนที

*Bang Khonthi District Public Health Office

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม

**Samut Songkhram Provincial Public Health Office

Corresponding author: Preecha Yamyen; E-mail: yaemyenpricha027@gmail.com

Received: October 2, 2023; Revised: December 16, 2023; Accepted: December 16, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการบริโภคหวานของผู้ป่วยเบาหวานที่ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดเกินค่าปกติ ของชุมชนชายทะเลบ้านคลองช่อง ตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดเกินค่าปกติ จำนวน 89 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ปัจจัยต่าง ๆ แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคหวานของผู้ป่วยเบาหวาน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .80 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ไค-สแควร์

ผลการวิจัย พบว่าปัจจัยการประกอบอาชีพและการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคหวานของผู้ป่วยเบาหวานที่ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดเกินค่าปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: พฤติกรรมการบริโภค, ผู้ป่วยเบาหวาน, ชุมชนชายทะเล

ABSTRACT

The purpose of this exploratory research was to study personal factors related to sweet flavor consumption behavior among diabetic patients whose average blood sugar levels exceed normal values of the seaside community of Ban Khlong Chong, Khlong Khon Subdistrict, Mueang District, Samut Songkhram Province. The sample group were 89 diabetic patients whose average blood sugar level exceeded normal values. The tools used to collect data included an interview form for various factors with the sweet consumption behavior of diabetic patients whose average blood sugar level exceeds 7 milligrams percent which has been checked for content validity by 5 experts and has an index of congruence (IOC) .80 and a confidence value equal to .75. Data were analyzed using chi-square statistics.

The results showed that occupational and exercise factors are significantly related to the behavior of consuming sweet foods in diabetic patients whose average blood sugar level exceeds normal values at the 0.05 level.

Keywords: consumption behavior, diabetic patients, seaside communities

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบได้ในประชากรทุกประเทศทั่วโลก ก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพเพราะไม่สามารถรักษาให้หายขาด สาเหตุของโรคเบาหวานเกิดจากพฤติกรรมการบริโภค กรรมพันธุ์ รวมถึงการดำรงชีวิตที่ขาดการออกกำลังกาย และภาวะอ้วน¹ สำหรับประเทศไทยพบว่ามีอุบัติการณ์และอัตราความชุกสูงขึ้นอย่างมาก ระบาดวิทยาของโรคเบาหวานมีประมาณการณ์ทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2528 ประมาณ 30 ล้านคน และในปีพ.ศ. 2565 มีผู้ป่วย 537 ล้านคน และคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 643 ล้านคนทั่วโลก มีการสูญเสียชีวิต 4 ล้านคนต่อปี² ที่ผ่านมาจากสถิติในประเทศไทยพบโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2538 ประมาณร้อยละ 2.40 ของประชากร³ โรคเบาหวานเป็นสาเหตุการป่วยอันดับแรกของคนไทย ในปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยเบาหวาน 3.30 ล้านคน คิดเป็น 25.10 ต่อแสนประชากร มีผู้เสียชีวิต 16,388 คน ค่ารักษาเฉลี่ยต่อปี 47,596 ล้านบาท⁴ ในปี พ.ศ. 2568 ผู้ป่วยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 3.70 ของประชากร³ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ทำให้ประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การส่งเสริมเพื่อควบคุมโรคนี้ประกอบไปด้วย การปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยลดอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล ลดอาหารที่มีไขมันมาก รับประทานผักและผลไม้เพิ่มขึ้น หลีกเลี่ยงผลไม้ที่มีรสหวาน การรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ และได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แนวทางในการรักษาโรคเบาหวานสอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model)⁵ ที่กล่าวว่าบุคคลจะแสวงหาแนวทางการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกัน การฟื้นฟูสุขภาพ การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นมากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น โดยการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวบุคคลจะต้องมีความรู้สึกลัวต่อโรคหรือรู้สึกลัวว่าโรคคุกคามตนและจะต้องมีความรู้สึกลัวว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ กลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานทุกคนจะถูกคาดหวังจากบุคลากรทางการแพทย์ ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมโรคให้อยู่ในระดับที่น่าพอใจ

จังหวัดสมุทรสงครามอยู่ในเขตสุขภาพที่ 5 ในปี พ.ศ. 2565⁶ พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 13,277 คน คิดเป็น 6,957 ต่อแสนประชากร พบผู้ป่วยเบาหวานที่ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดเกินค่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 57.74 ของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด และในอำเภอเมืองสมุทรสงคราม พบผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 7,118 คน เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดเกินค่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 60.15 ของผู้ป่วยเบาหวานที่รับการตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองช่อง ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง ฯ เป็นพื้นที่ชุมชนชายทะเล มีประชากรใน ความรับผิดชอบ 2,152 คน ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทางทะเลและรับจ้าง จากการสำรวจข้อมูลสุขภาพของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าการบริโภคอาหารของประชาชน เป็นอาหารที่ให้พลังงานสูง ขอบรสชาติเค็ม และ รสชาติหวานนำ ส่วนใหญ่ประชาชนจะดื่มน้ำอัดลมแทนน้ำเปล่า กาแฟสำเร็จรูปกาแฟกระป๋อง และขนมปังที่มีไส้หวาน นอกจากนี้ประชาชนนิยมรับประทานอาหารนอกบ้าน อาหารตามสั่ง อาหาร Fast food และอาหารตามตลาดนัด เนื่องจาก ราคาถูก รสชาติดี ไม่นิยมทำอาหารรับประทานเองที่บ้าน เนื่องจากไม่มีเวลา จึงน่าจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ประชาชนมีการ เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน และมีอัตราเพิ่มขึ้นทุกปี⁶ จากรายงานของ รพ.สต. พบว่าในปีพ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสม จำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ 7.89 ในจำนวนนี้พบผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดเกินค่าปกติ จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 62.35 เกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขไม่เกินร้อยละ 40 ซึ่งหากไม่มีการป้องกันในอนาคต ส่งผลทำให้ผู้ป่วย เบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นได้ ซึ่งพบว่าปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารของประชาชนในพื้นที่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การบริโภคหวานในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดได้ และนำผลการศึกษาที่ ได้มาเป็นแนวทางในการดำเนินงานแก้ไขสาเหตุได้ตรงจุด ก่อให้เกิดเจตคติที่ดี และเกิดพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม รวมถึง มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการบริโภคหวานของผู้ป่วยเบาหวานที่ระดับน้ำตาลเฉลี่ย สะสมในเลือดเกินค่าปกติของชุมชนชายทะเลบ้านคลองช่อง ตำบลคลองโคน อำเภอเมืองฯ จังหวัดสมุทรสงคราม

คำถามในการวิจัย

มีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถคุมระดับ น้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดได้

สมมติฐานในการวิจัย

ปัจจัยด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่ป่วย การออกกำลังกาย การได้รับการดูแลจากครอบครัว การ ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคหวานของผู้ป่วยเบาหวาน ที่ระดับ น้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดเกินค่าปกติ

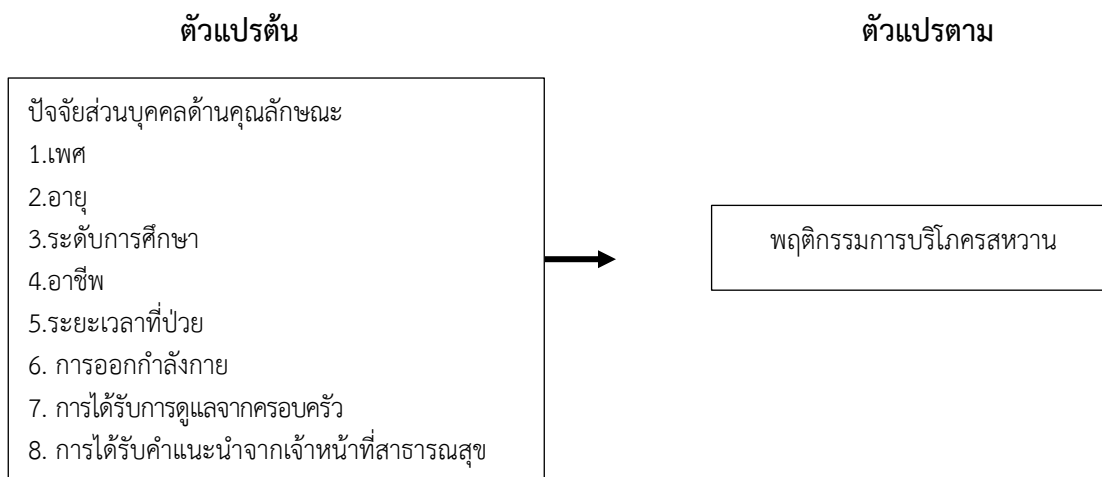
ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดเกินค่าปกติ 7 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ที่รับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองช่อง ตำบลคลองโคน อำเภอเมือง ฯ จังหวัด สมุทรสงคราม จำนวน 89 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาอาชีพ ระยะเวลาที่ป่วย การ ออกกำลังกาย การได้รับการดูแลจากครอบครัว การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแปรตามคือ พฤติกรรมการ บริโภคหวาน

ขอบเขตด้านระยะเวลา ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2566 – ตุลาคม 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคสหวาน

ประชากร /กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ จำนวน 89 คน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองช่อง หมู่ที่ 4 หมู่ที่ 5 และหมู่ที่ 7 ที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA_{1c}) 3 ครั้งเกิน 7 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive selection)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยเพศชายและหญิง ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองช่อง อย่างต่อเนื่อง
2. มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA_{1c}) 3 ครั้งเกิน 7 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์
3. สามารถพูดสื่อสารอ่านเขียนภาษาไทยได้สื่อสารโทรศัพท์ได้
4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยตลอดการศึกษา

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

1. มีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือเสียชีวิต
2. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่องตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โดยใช้แบบสัมภาษณ์ปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคสหวานของผู้ป่วยเบาหวานที่ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดเกิน 7 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา การประกอบอาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การออกกำลังกาย การดูแลจากครอบครัว การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

4(10)

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคสหวาน ใน 1 สัปดาห์ ได้แก่ ชนิด ปริมาณของอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน เช่น ข้าวขาว ข้าวกล้อง ราดหน้า กาแฟปรุงสำเร็จของ กาแฟกระป๋อง ก๋วยเตี๋ยว ขนมปังแผ่น ขนมปังมีไส้ ข้าวผัด ขนมหวาน น้ำหวานน้ำผลไม้ผสม น้ำอัดลมกระป๋อง อื่นๆ.....(ระบุ)

การแปรผลตามความรุนแรงของการบริโภคสหวาน เป็น 3 ระดับคือ

บริโภคทุกวัน	ระดับ 3
บริโภค 3-6 วัน	ระดับ 2
บริโภคน้อยกว่า 2 วัน	ระดับ 1

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นมา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุข 3 ท่าน ผู้อำนวยการ รพ.สต. 1 ท่าน และหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (index of item-objective congruence: IOC) โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .80 หลังจากนั้นนำเครื่องมือที่ปรับแก้ ทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนชายทะเลบ้านคลองโคน ที่ระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยในเลือดเกิน 7 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัก (Cronbach' s alpha coefficient) โดยมีค่าเท่ากับ .75

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม หมายเลข 17/2566 ลงวันที่ 28 มิถุนายน 2566 และผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าร่วมวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง การรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล การเสนอผลการวิจัยในภาพรวมของกลุ่ม และให้สิทธิตัดสินใจในการเข้าร่วมในงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมจะลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยได้นัดหมายผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยพร้อมด้วยอาสาสมัคร ล่วงหน้าและดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานทุกรายที่บ้านผู้ป่วย เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์เสร็จผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและนำมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมบริโภคสหวาน โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ไค-สแควร์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดเกินค่าปกติ อาศัยอยู่ในชุมชนชายทะเลบ้านคลองช่อง มีอายุสูงสุด 78 ปี อายุต่ำสุด 32 ปี อายุเฉลี่ย 61.32 ปี เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.04 โดยมีอายุอยู่ในช่วง 60 -70 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.38 การศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 100 ประกอบอาชีพประมง คิดเป็นร้อยละ 60.67 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 75.28 การได้รับ

5(10)

คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุก 2 เดือน คิดเป็นร้อยละ 39.32 และการได้รับการดูแลจากครอบครัว ทุก 3- 6 วัน คิดเป็นร้อยละ 48.31 และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.56 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 89)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	(ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	24	26.96
หญิง	65	73.04
อายุ (ปี)		
<50	18	20.22
50-60	18	20.22
60-70	31	34.84
≥70	22	24.72
$\bar{X}$ = 61.32, SD = 10.49, Max = 78, Min = 32		
การประกอบอาชีพ		
ประมง	54	60.67
รับจ้าง	11	12.35
แม่บ้าน (ไม่ได้ทำงาน)	10	16.85
ค้าขาย	8	8.98
อื่น ๆ	6	6.74
ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน (ปี)		
≤10	45	50.56
≥ 10	44	49.44
การศึกษา		
ประถมศึกษา	89	100.00
การออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	67	75.28
น้อยกว่า 3 วัน	22	24.72
การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
ทุกเดือน	32	35.95
ทุก 2 เดือน	35	39.33
การได้รับการดูแลจากครอบครัว		
ทุกวัน	30	33.70
ทุก 3-6 วัน	43	48.31
น้อยกว่า 3 วัน	16	17.99

2. ความสัมพันธ์ปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการบริโภคหวานของผู้ป่วยเบาหวานที่ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดเกินค่าปกติ

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการบริโภคหวานของกลุ่มประชากรตัวอย่างใน 1 สัปดาห์ พบว่า การประกอบอาชีพ และการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p = 0.001$) สำหรับปัจจัยด้านเพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการได้รับการดูแลจากครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคหวานของผู้ป่วยเบาหวานที่ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดเกินค่าปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p > 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกับพฤติกรรมการบริโภคหวานของผู้ป่วยเบาหวานที่ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดเกินค่าปกติ ($n = 89$)

ปัจจัย	พฤติกรรมการบริโภคหวานคน (ร้อยละ)			χ^2	p-value
	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 1		
อายุ (ปี)				0.698	0.995
< 50	8(8.99)	6(6.74)	4(4.49)		
50 - 60	9(10.11)	4(4.49)	5(5.62)		
60 - 70	14(15.73)	9(10.11)	8(8.99)		
≥ 70	11(12.36)	6(6.74)	5(5.62)		
เพศ				1.691	0.429
ชาย	9(10.11)	9(10.11)	6(6.74)		
หญิง	33(37.08)	16(17.98)	16(17.98)		
การประกอบอาชีพ				13.544	0.001*
ประมงชายฝั่ง	33(37.08)	14(15.73)	7(7.87)		
อาชีพอื่นๆ	9(10.11)	11(12.36)	15(16.85)		
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี)				5.319	0.070
< 10	26(29.21)	12(13.48)	7(7.87)		
> 10	16(17.98)	13(14.61)	15(16.85)		
การออกกำลังกาย				15.736	0.000*
อย่างน้อย 3 วัน	4(4.49)	6(6.74)	12(13.48)		
ไม่ออกกำลังกาย	38(42.70)	19(21.35)	10(11.24)		
การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				7.975	0.092
ทุกเดือน	15(16.85)	5(5.62)	12(13.48)		
ทุก 2 เดือน	18(20.23)	10(11.24)	7(7.87)		
มากกว่า 2 เดือน	9(10.11)	10(11.24)	3(3.37)		
การได้รับการดูแลจากครอบครัว					0.131
ทุกวัน	12(13.48)	6(6.74)	12(13.48)		
ทุก 3-6 วัน	23(25.84)	15(16.85)	5(5.62)	7.099	
น้อยกว่า 3 วัน	7(7.87)	4(4.49)	5(5.62)		

* $p < 0.05$

7(10)

อภิปรายผลการวิจัย

1. การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมกรรมการบริหารของหอผู้ป่วยเบาหวานที่ระดับ น้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดเกินค่าปกติ ของชุมชนชายทะเลบ้านคลองช่อง ผลการวิจัยพบว่า การประกอบอาชีพ และการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริหารของหอผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.001$)

ที่ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้ เนื่องจากลักษณะการประกอบอาชีพของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ทำอาชีพประมง ทำงานกลางแจ้งเป็นระยะเวลานานและต้องใช้กำลังในการลากอวน และสัมผัสกับแสงแดดตลอดเวลา ทำให้ร่างกายมีการสูญเสียน้ำเกลือแร่ออกจากร่างกาย ส่งผลให้ร่างกายอ่อนเพลีย และรู้สึกกระหาย โดยเฉพาะเมื่อร่างกายทำงานหนัก เกิดความเครียด ทำให้ร่างกายต้องการของหวาน เนื่องจากของหวานมีน้ำตาลสูง จะสามารถช่วยลดระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล และอะดรีนาลีน ที่จะหลั่งออกมาในเวลารู้สึกเครียดหรือร่างกายเกิดภาวะอ่อนเพลีย โดยอาหารที่กลุ่มตัวอย่างรับประทานส่วนใหญ่เน้น แป้งและน้ำตาล และเครื่องดื่มที่มีรสหวานเป็นหลัก โดยรับประทานอาหารเช้าสู่ร่างกายในรูปแบบ ข้าว น้ำตาล แป้ง ขนมปัง ผลไม้ ซึ่งคาร์โบไฮเดรตเหล่านี้จะถูกลดลงเป็นโมเลกุลที่เล็กลง กลายเป็นน้ำตาลโมเลกุลเดี่ยวหรือที่เรียกว่า กรูโคส และจะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด กระจายไปตามเซลล์ต่าง ๆ และนำไปใช้เป็นพลังงานของระบบอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ส่วนที่เหลือจะถูกกำจัดลงน้ำไปเก็บเอาไว้ในตับและกล้ามเนื้อ ที่เรียกว่า "ไกลโคเจน" อีกส่วนที่เหลือจากเก็บจะถูกตับแปรสภาพกักเก็บไว้เป็นพลังงานสำรองในรูปแบบของไขมัน ซึ่งไขมันเหล่านี้จะค่อย ๆ สะสมพอกพูนขึ้นได้ชั้นผิวหนังและตามอวัยวะภายในต่าง ๆ ส่งผลให้อ้วนขึ้น เมื่อร่างกายต้องใช้พลังงาน ร่างกายจะใช้พลังงานจากอาหารที่ทานเข้าไปก่อน จากนั้น มาใช้พลังงานไกลโคเจน เมื่อทั้งสองแหล่งนี้หมดลงก็จะดึงไขมันสะสมมาใช้ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตทำให้เกิดโรคอ้วน เนื่องจากคาร์โบไฮเดรตย่อยได้เร็ว เช่น แป้งขาว ขนมปัง น้ำตาล ขนมหวาน น้ำอัดลม หากรับประทานในปริมาณมากเกินไป คาร์โบไฮเดรตเหล่านี้ร่างกายดูดซึมได้ง่าย เมื่อดูดซึมง่ายก็จะทำให้มีน้ำตาล (กลูโคส) อยู่ในกระแสเลือดมาก เมื่อมีน้ำตาลมากขึ้น ร่างกายจะส่งสัญญาณไปที่ตับอ่อนให้เพิ่มระดับอินซูลินขึ้น เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด โดยการเร่งนำพลังงานไปใช้ในระบบเก็บเป็น ไกลโคเจน แต่ด้วยกลูโคสมีจำนวนมากและปริมาณกล้ามเนื้อมีจำนวนจำกัด จึงนำไปเก็บไว้ในรูปไขมันสะสมที่ทำได้ง่าย ทำให้มีภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดเกินความจำเป็นส่งผลให้ กลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

สำหรับผลการวิจัย ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างพบว่าไม่ออกกำลังกาย เป็นผลมาจากการประกอบอาชีพประมงทำให้ร่างกายเหนื่อยล้าจากการทำงาน ที่มีความเร่งรีบ แข่งกับการขึ้นและลงของระดับน้ำทะเล และการทำงานที่หนักรวมทั้งเกิดความเครียดในขณะทำงาน ทำให้ร่างกายต้องการของหวาน เนื่องจากของหวานมีน้ำตาลสูง จะสามารถช่วยลดระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล และอะดรีนาลีน ที่จะหลั่งออกมาในเวลารู้สึกเครียด เมื่อน้ำตาลเข้าสู่ร่างกายน้ำตาลจะถูกดูดซึมไปใช้ทำให้ร่างกายกระปรี้กระเปร่า นอกจากนี้การรับประทานอาหารรสหวาน จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างหลับง่ายกว่าคนปกติที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ที่ต้องใช้เวลาน้อยประมาณ 10 นาทีก็จะเริ่มหลับ ซึ่งไม่เป็นผลดีต่อร่างกายทำให้เกิดความเครียดและภาวะอารมณ์แปรปรวนตามมา¹⁰ นอกจากนี้ทำให้ต่อมหมวกไตได้เนื่องจากร่างกายหลังระดับฮอร์โมน คอร์ติซอล (Cortisol) ฮอโมนดีไฮโดรอีโอ (DHEA) มากเกินปกติ ทำให้ภาวะการเจ็บป่วยเดิมเพิ่มมากขึ้นการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดเป็นไปได้ยากและมีภาวะของโรคแทรกซ้อนตามมา¹¹

2. เพศ อายุ ระยะเวลาที่ป่วย การได้รับการดูแลจากครอบครัว การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริหารของหอผู้ป่วยเบาหวาน

จากผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ได้รับคำแนะนำ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ทั้งการประเมินด้านความรู้ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามทฤษฎีแบบแผน

(8/10)

ความเชื่อทางสุขภาพ (health belief model) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) เช่น ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ (perceived barriers) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (cuesta action) สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (internal cues) การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง สิ่งกระตุ้นภายนอก (external cues) การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลในครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยมีปัจจัยร่วม (modifying factors) ปัจจัยด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา⁵

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการบริโภคหวานของผู้ป่วยเบาหวานที่ระดับ น้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดเกินค่าปกติ ของชุมชนชายทะเลบ้านคลองช่อง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้ ผลการศึกษาพบว่า การประกอบอาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานหวาน รวมทั้งไม่ได้ออกกำลังกาย แต่เป็นการออกกำลังกายจากการทำงาน ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรต้องหาวิธีการที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทชีวิตต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาแบบอย่างมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อหาแนวทางแก้ไข หรือลดสาเหตุการรับประทานอาหารหวานในผู้ป่วยเบาหวานเพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามมา
2. ควรทำการวิจัยในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเพื่อนำผลเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่วิจัยมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดอัตราการป่วยใหม่ในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด; 2560.
2. Today News. เปิดสถิติวันโรคเบาหวานโลก คนไทยป่วย 300,000 คนต่อปี [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://workpointtoday.com/world-diabetes-day/>
3. King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes 1995-2025. Diabetes Care 1998;21(9):1414-31.
4. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กองโรคติดต่อ. ข่าวในรั้ว สธ. สถานการณ์โรคเบาหวาน [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/181256/>
5. กัลยาวิร อนุพันธ์จารย์. การพยาบาลอนามัยชุมชน: ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพเคร์ท เลวิน (health belief mode) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://myblogcomnurse.blogspot.com/2016/02/health-belive-model.html>
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม. Dashboard HDC ver.40 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://skm.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
7. สุรีย์ ธรรมิกบวร. ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2006 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nurse.ubu.ac.th/sub/knowledgedetail/PD.pdf>

8. สมาคมจิตวิทยาอเมริกัน. การแก้ไขความขัดแย้งทางสังคม Lewin, Kurt [อินเทอร์เน็ต]. 1997 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://th.sainte-anastasie.org/articles/psicologia/la-teora-de-campo-de-kurt-lewin.html>
9. Self-Monitoring. เกร็ดความรู้ด้านสุขภาพ: กินคาร์โบไฮเดรตเยอะทำให้อ้วนจริงหรือ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hpc.go.th/diet/?module=carbohydrate>
10. Jobsdb. ชีวิตการทำงาน: สัญญาณที่บอกถึงอาการเหนื่อยล้าจากการทำงานหนัก [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://th.jobsdb.com/th/career-advice/article/สัญญาณ-บอกอาการเหนื่อย>
11. w9wellness. ต่อมหมวกไตล้า: ต้นเหตุของอาการอ่อนเพลียเรื้อรัง นอนเท่าไรก็ไม่พอ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://w9wellness.com/adrenal-fatigue/ต่อมหมวกไตล้า>

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอุบัติเหตุการคลื่นไส้อาเจียน ในผู้ป่วยภายหลังได้รับการฉีดยาชา
ผสมมอร์ฟีนเข้าช่องน้ำไขสันหลัง และยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน ในโรงพยาบาลบ้านโป่ง

Factors affecting the the incidence of nausea and vomiting in patients after
receiving intrathecal injection of anesthetic with morphine and anti-nausea
and vomiting drugs in Banpong Hospital

กานต์สิริ อุบลม่วง* หยาดฝน ยอดแก้ว*

Kansiri Ubonmoung* Yadfon Yodkaew*

โรงพยาบาลบ้านโป่ง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

*Banpong Hospital Banpong District, Ratchaburi Province

Corresponding author: Kansiri Ubonmoung; Email: kansiri11@outlook.co.th

Received: October 6, 2023; Revised: November 21, 2023; Accepted: November 30, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วย ภายหลังได้รับการฉีดยาชาผสมมอร์ฟีน เข้าช่องน้ำไขสันหลัง และยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน ในโรงพยาบาลบ้านโป่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาชาผสมมอร์ฟีนเข้าช่องน้ำไขสันหลัง และยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน จำนวน 209 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ใบบันทึกการให้าระงับความรู้สึก และแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง .60 -1.00 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 38.27 โดยเกิดในห้องผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 12.44 ในห้องพักฟื้น คิดเป็นร้อยละ 12.92 เกิดภายหลังได้รับการระงับความรู้สึก 1 วัน คิดเป็นร้อยละ 20.10 โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำในห้องพักฟื้นมากจะมีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำน้อย เป็น 1.49 เท่า ASA Class ที่เพิ่มขึ้นทุก 1 Class มีความเสี่ยงสูงเป็น 2.17 เท่า กลุ่มอายุที่มากกว่า 50 ปี มีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่า 50 ปีเป็น 2.87 เท่า ผู้ที่เคยผ่าตัดและมีประวัติคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด มีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยผ่าตัดแต่ไม่มีประวัติคลื่นไส้อาเจียนเป็น 7.09 เท่า ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการประเมินความเสี่ยงการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด ให้กับผู้ป่วยก่อนได้รับการระงับความรู้สึกทุกราย

คำสำคัญ: การฉีดยาชาผสมมอร์ฟีนเข้าช่องน้ำไขสันหลัง, อุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด

ABSTRACT

The purpose of this descriptive research was to study the incidence of nausea and vomiting and factors influencing the occurrence of nausea and vomiting after receiving intrathecal injection of anesthetic mixed with morphine and anti-nausea and vomiting medication in Banpong Hospital. The sample consisted of 209 patients who received intrathecal injections of anesthesia mixed with morphine and medicine to prevent nausea and vomiting. The instruments used for data collection were anesthesia records and anesthesia complication assessment forms which was checked for content validity by 5 experts and obtained an index of consistency (IOC) between .60 -1.00. Analyze data using descriptive statistics and logistic regression analysis statistics.

The result showed that the incidence of nausea and vomiting after surgery was 38.27 %, with 12.44 % occurring in the operating room, 12.92 % occurring in the recovery room, and 20.10 % occurring after 1 day of anesthesia. Factors influencing postoperative nausea and vomiting include: Those who received a lot of fluid in the recovery room were at 1.49 times higher risk than those who received less fluid. Every 1 class of ASA Class increased the risk was 2.17 times. The age group over 50 years old had a 2.87 times higher risk than those younger than 50 years old. Patients who had surgery and had a history of nausea and vomiting after surgery The risk is 7.094 times higher than patients who have had surgery but have no history of nausea and vomiting. The data obtained from this study can be used as a guideline for assessing the risk of postoperative nausea and vomiting for all patients prior to anesthesia.

Keyword: spinal block with intrathecal morphine, postoperative nausea and vomiting

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาการคลื่นไส้อาเจียนภายหลังการผ่าตัด เป็นความรู้สึกไม่สุขสบายของผู้ป่วย และอาจนำไปสู่ความไม่พอใจต่อคุณภาพการบริการวิสัญญี โดยอาการคลื่นไส้อาเจียนเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดในห้องพักรักษาตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัด ร้อยละ 10-30¹ ส่งผลให้ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาในการอยู่ห้องพักรักษาตัวนานขึ้น เพิ่มความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย นอนพักไม่ได้และนำไปสู่ภาวะการขาดน้ำ รบกวนสมดุลเกลือแร่ในร่างกาย เพิ่มความเสี่ยงต่อการสำลักอาหารเข้าปอด² และอาจทำให้แผลผ่าตัดแยกหรือมีเลือดออกได้³ จากการสำรวจภาวะแทรกซ้อนของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2554 พบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนคลื่นไส้อาเจียน คิดเป็น 1:4 ของผู้ป่วยที่มารับการรับความรู้สึก⁴ ถึงแม้จะเป็นอุบัติการณ์ที่ไม่รุนแรง แต่ก็ส่งผลกระทบต่าง ๆ ตามมามากมายดังที่ได้กล่าวมาแล้ว โดยทั่วไปอาการคลื่นไส้อาเจียน พบบ่อยในเพศหญิงอายุน้อยกว่า 40 ปี ผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ และในผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาชาผสมยาประเภท opioid เข้าช่องน้ำไขสันหลัง ปัจจุบันได้มีการนำยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนตั้งแต่ในระหว่างการผ่าตัด จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยหลังได้รับการรับความรู้สึกในโรงพยาบาลบ้านโป่ง พบว่า อุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียนทั้งหมดในปีงบประมาณ 2565 มีจำนวน 439 ครั้ง จากผู้ป่วยที่มารับบริการวิสัญญีทั้งหมด 2,472 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.75 ในผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาชาผสมมอร์ฟีนเข้าช่องน้ำไขสันหลัง เพื่อเพิ่มระยะเวลาการระงับปวดให้นานขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนคลื่นไส้อาเจียนมากกว่าในผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาชาอย่างเดียว พบได้ตั้งแต่อาการเล็กน้อยจนถึงรุนแรง เชื่อว่าเป็นผลจาก opioid ในน้ำไขสันหลังลอยสูงขึ้นไปถึงศูนย์อาเจียนและ chemoreceptor trigger zone ที่อยู่บริเวณผิวของ floor ของช่อง Ventricle ที่ 4 อาการมักดีขึ้นเมื่อได้ยาด้าน

การอาเจียน⁵ ยาต้านการอาเจียนหรือยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนที่นิยมใช้ ได้แก่ metoclopramide หรือ ondansetron ให้ตั้งแต่ในระยะผ่าตัด กลุ่มงานวิสัญญี โรงพยาบาลบ้านโป่ง ได้ใช้ยา metoclopramide ให้ผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาชาผสมมอร์ฟีนทุกราย ซึ่งจากการศึกษาประสิทธิภาพของยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน สามารถลดอุบัติการณ์ของการคลื่นไส้อาเจียน ลงไปประมาณ ร้อยละ 20 – 40⁶ แต่ยังพบว่ามีอุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาชาผสมมอร์ฟีน ในปีงบประมาณ 2565 มีจำนวน 195 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 44.40 ของอุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียนทั้งหมด

ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับการฉีดยาชาผสมมอร์ฟีนและยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนชนิด metoclopramide ในโรงพยาบาลบ้านโป่ง เพื่อจะได้นำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนป้องกันลดภาวะอาการคลื่นไส้อาเจียนภายหลังได้รับการฉีดยาชาผสมมอร์ฟีนและเพิ่มคุณภาพในการบริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน ภายหลังที่ผู้ที่ได้รับการฉีดยาชาผสมมอร์ฟีน เข้าช่องน้ำไขสันหลัง และยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน ชนิด metoclopramide ในโรงพยาบาลบ้านโป่ง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน ภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับการฉีดยาชาผสมมอร์ฟีน เข้าช่องน้ำไขสันหลัง และยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน ชนิด metoclopramide ในโรงพยาบาลบ้านโป่ง

สมมุติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลขณะให้การระงับความรู้สึก ข้อมูลหลังการระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น มีอิทธิพลกับอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังได้รับการฉีดยาชาผสมมอร์ฟีนเข้าช่องน้ำไขสันหลัง

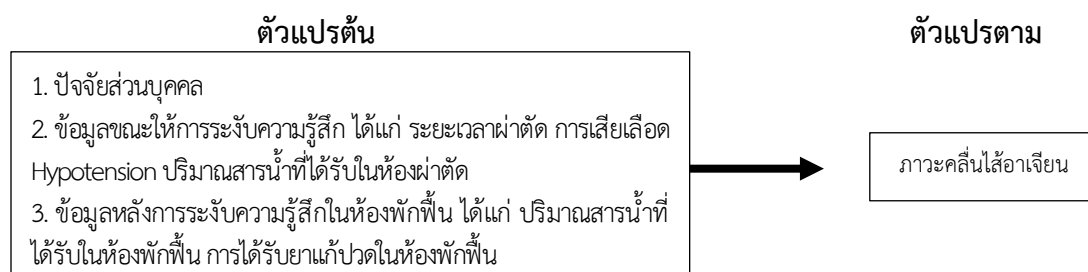
ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาชาผสมมอร์ฟีน เข้าช่องน้ำไขสันหลัง และยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนชนิด metoclopramide จำนวน 209 ราย

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลขณะให้การระงับความรู้สึก ข้อมูลหลังการระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น ตัวแปรตาม คือ ภาวะคลื่นไส้อาเจียน

ขอบเขตด้านเวลาและสถานที่ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนกันยายน 2565 ณ โรงพยาบาลบ้านโป่ง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยแบบ Retrospective descriptive research

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มารับการผ่าตัดที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาผสมมอร์ฟิน เข้าช่องน้ำไขสันหลัง และยาป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชนิด metoclopramide จำนวน 441 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มารับการผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาผสมมอร์ฟินเข้าช่องน้ำไขสันหลัง และยาป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชนิด metoclopramide คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 209 ราย โดยมีเกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ทำให้ผลการฉีดยาชาผสมมอร์ฟินเข้าช่องน้ำไขสันหลังไม่สำเร็จต้องให้การระงับความรู้สึกชนิดอื่นเพิ่มเติม 2) ผู้ป่วยที่ทำให้ผลการฉีดยาชาผสมมอร์ฟินเข้าช่องน้ำไขสันหลังเพื่อการทำผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับยาเพิ่มการบีบรัดตัวของมดลูกชนิด methergine และ 3) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่เข้าห้องพักฟื้นไม่ครบ 1 ชั่วโมง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบบันทึกข้อมูล 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลก่อนการระงับความรู้สึก จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง การประเมินความเสี่ยงในการระงับความรู้สึก (ASA Classes) โรคประจำตัว ประวัติสูบบุหรี่ ประวัติเมารถ/เรือ ประวัติคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัด ระยะเวลาในการงัดน้ำและอาหาร ประเภทการผ่าตัด

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลขณะให้การระงับความรู้สึก จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย ระยะเวลาผ่าตัด ปริมาณการเสียเลือด การเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ ปริมาณสารน้ำที่ได้รับขณะผ่าตัด

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลหลังการระงับความรู้สึก เก็บข้อมูลในห้องพักฟื้น จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย ปริมาณสารน้ำที่ได้รับขณะอยู่ในห้องพักฟื้น การได้รับยาแก้ปวดในห้องพักฟื้น

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนคลื่นไส้ อาเจียนของผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาชาผสมมอร์ฟินเข้าช่องน้ำไขสันหลัง และได้รับยาป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชนิด metoclopramide ทั้งในขณะให้การระงับความรู้สึกในห้องผ่าตัด หลังให้การระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้นและหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย 1 วัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และภาษาที่ใช้(Content Validity; IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คือ วิทยาลัยพยาบาลระดับเชี่ยวชาญ 1 ท่าน ระดับชำนาญการพิเศษ 2 ท่าน ระดับชำนาญการ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 ท่าน เท่ากับ .60 - 1.00 ส่วนการหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) นั้นเนื่องจากเครื่องมือการวิจัยนี้เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ได้จากใบบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก และแบบประเมินภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการปฏิบัติงานทางการแพทย์ ถูกควบคุมโดยจริยธรรมทางการแพทย์ ไม่มีประเด็นข้อแตกต่างทางวัฒนธรรม ความเชื่อ ทศนคติ เป็นไปตามมาตรฐานของการรักษาผู้ป่วยที่มารับการระงับความรู้สึก ซึ่งได้รับการบันทึกตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลมาใช้โดยไม่มีการดัดแปลง ดังนั้นจึงไม่มีการหาความเชื่อมั่นของแบบบันทึกข้อมูลนี้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ของโรงพยาบาลบ้านโป่ง หนังสือรับรองเลขที่ COA No.001-2023 ลงวันที่รับรอง 1 กุมภาพันธ์ 2566 โดยศึกษาจากใบบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก

4(13)

และแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี โรงพยาบาลบ้านโป่ง ของผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาชาผสมมอร์ฟีนเข้าช่องน้ำไขสันหลัง และยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนชนิด metoclopramide ในโรงพยาบาลบ้านโป่ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก และแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี ของโรงพยาบาลบ้านโป่ง สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาชาผสมมอร์ฟีนเข้าช่องน้ำไขสันหลัง และยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนชนิด metoclopramide ในโรงพยาบาลบ้านโป่ง มารับบริการในระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนกันยายน 2565 จำนวน 209 ราย หลังจากนั้นนำข้อมูลบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูล และเก็บรวบรวมข้อมูลทำดัชนีอ้างอิงรายการ เพื่อเตรียมข้อมูลนำเข้าโปรแกรมคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นเอกสารแล้วเสร็จ ผู้วิจัยดำเนินงานต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยต่อการคลื่นไส้อาเจียน โดยใช้สถิติ Chi-square test
3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียน โดยใช้สถิติ logistic regression

ผลการวิจัย

1. การศึกษาอุบัติการณ์การเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับการฉีดยาชาผสมมอร์ฟีนเข้าช่องน้ำไขสันหลังและยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนชนิด metoclopramide ในโรงพยาบาลบ้านโป่ง จำนวน 209 ราย มีรายละเอียดคุณลักษณะผู้ป่วย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 94.30 มีอายุเฉลี่ย 40 ปี BMI เฉลี่ย 28.52 โดยพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 69.90 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง และอยู่ใน ASA Class 2 ร้อยละ 73.68 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเบาหวานและความดันโลหิตสูงเท่ากับ ร้อยละ 18.18 และ 20.57 (ตามลำดับ) ในการตรวจสอบข้อมูลไม่พบผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวหอบหืด โรคปอด โรคหัวใจ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร้อยละ 22.00 พบผู้ป่วยที่มีประวัติสูบบุหรี่ ร้อยละ 0.96 ไม่พบผู้ป่วยที่มีประวัติเมารถ/เรือ พบผู้ป่วยเคยผ่าตัดและมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 4.30 ระยะเวลางดน้ำและอาหารเฉลี่ย 10 ชั่วโมง โดยเป็นผู้มารับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ร้อยละ 69.90 รองลงมาเป็น การผ่าตัดกระดูกและข้อ ร้อยละ 24.40 และการผ่าตัดเนื้อเรื้อรังร้อยละ 6.70 ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดเฉลี่ย 1 ชั่วโมง 20 นาที การเสียเลือดจากการผ่าตัดเฉลี่ย 310 มิลลิลิตร และได้รับสารน้ำในท้องผ่าตัดเฉลี่ย 1,432 มิลลิลิตร ได้รับสารน้ำในท้องพักฟื้นเฉลี่ย 455 มิลลิลิตร ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดในท้องพักฟื้นร้อยละ 6.20 ไม่ได้รับยาร้อยละ 93.80

ส่วนที่ 2 อุบัติการณ์การเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน จำนวน 80 รายคิดเป็นร้อยละ 38.27 ของผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาชาผสมมอร์ฟีนเข้าช่องน้ำไขสันหลัง และยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน ชนิด metoclopramide โดยเกิดในห้องผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 12.44 ในท้องพักฟื้นคิดเป็นร้อยละ 12.92 เกิดภายหลังได้รับการระงับความรู้สึก 1 วัน คิดเป็นร้อยละ 20.10 (โดยการศึกษารั้งนี้คณะผู้วิจัยไม่ได้แยกความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียน) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของอัตราอุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียน (n=209)

สถานที่	จำนวน	ร้อยละ
ห้องผ่าตัด	26	12.44
ห้องพักฟื้น	27	12.92
หอผู้ป่วยหลังรับความรู้สึก 1 วัน	42	20.10

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับการฉีดยาชาผสมมอร์ฟีนเข้าช่องน้ำไขสันหลังและยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนชนิด metoclopramide พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดที่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มดังนี้

1. ปัจจัยที่ได้จากข้อมูลทั่วไปและข้อมูลก่อนการรับความรู้สึก ได้แก่

1.1. อายุ เมื่อแบ่งช่วงอายุตามแบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน หลังได้รับการรับความรู้สึกแบบทั่วไป ของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย⁹ คือ อายุน้อยกว่า 50 ปี และอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี พบว่ากลุ่มอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.010)

1.2. ASA Class พบว่า ASA Class มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.008)

1.3. ประวัติคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดและมีอาการคลื่นไส้อาเจียน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.013)

1.4. ประเภทการผ่าตัด พบว่าประเภทการผ่าตัดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.044)

2. ปัจจัยหลังได้รับการรับความรู้สึก คือ ปริมาณสารน้ำที่ได้รับในห้องพักฟื้น พบว่าปริมาณสารน้ำที่ได้รับในห้องพักฟื้นมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.035) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยต่ออุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด โดยใช้สถิติ Chi-square

ตัวแปร	N	คลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด		p-value
		ไม่มี (%) (n=129)	มี (%) (n=80)	
เพศ				
ชาย	12	4.30	1.40	0.330
หญิง	197	57.40	36.80	
กลุ่มอายุ (ปี)				
ต่ำกว่า 50 ปี	154	66.90	33.10	0.010*
มากกว่า 50 ปี	55	42.30	57.70	
BMI group				
<= 18.5	1	100.00	0.00	0.538
18.5 - 22.9	23	65.20	34.80	
22.9 - 24.9	36	52.70	47.30	
24.9 - 29.9	84	66.70	33.30	
>=30	65	58.50	41.50	

ตัวแปร		N	คลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด		p-value
			ไม่มี (%) (n=129)	มี (%) (n=80)	
ASA	Class 1	4	100.00	0.00	0.008*
	Class 2	154	66.20	33.80	
	Class 3	51	45.10	54.90	
โรคประจำตัว	ไม่เป็นโรค	171	63.70	36.30	0.202
เบาหวาน	เป็นโรค	38	52.60	47.40	
ความดันโลหิตสูง	ไม่เป็นโรค	166	64.50	35.50	0.110
	เป็นโรค	43	51.20	48.80	
โรคอื่น ๆ	ไม่เป็นโรค	163	64.40	35.60	0.131
	เป็นโรค	46	52.20	47.80	
ประวัติสูบบุหรี่	ไม่สูบบุหรี่	207	61.30	38.70	0.263
	สูบบุหรี่	2	100.00	0.00	
ประวัติเมารถ/เรือ	ไม่เมารถ/เรือ	209	61.70	38.30	N/A
	เมารถ/เรือ	0	n/a	n/a	
ประวัติคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัด	ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน	200	63.50	36.50	0.013*
ระยะเวลา NPO	<= 9 ชั่วโมง	76	68.40	31.60	0.225
แบ่งช่วงเวลา (ชั่วโมง)	9 – 9.45 ชั่วโมง	29	58.60	41.40	
	9.45 – 11.30 ชั่วโมง	53	50.90	49.10	
	> 11.30 ชั่วโมง	51	64.70	35.30	
ประเภทการผ่าตัด	Gynecology	14	50.00	50.00	0.044*
	Obstetric	144	67.30	32.70	
	Orthopedic	51	49.00	51.00	
ระยะเวลาผ่าตัด	<= 1 ชั่วโมง	93	63.40	35.60	0.493
แบ่งกลุ่มตามเวลา (ชั่วโมง)	1 - 2 ชั่วโมง	89	62.90	37.10	
	2 - 3 ชั่วโมง	21	57.10	42.90	
	> 3 ชั่วโมง	6	33.30	66.70	
การเสียเลือด (ml)	<= 200	58	56.90	43.10	0.515
	200 - 400	119	65.50	34.50	
	400 - 600	23	52.20	47.80	
	> 600	9	66.60	32.40	

ตัวแปร	N	คลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด		p-value
		ไม่มี (%) (n=129)	มี (%) (n=80)	
การเกิด Hypotension				0.747
ไม่เกิด Hypotension	76	63.20	36.80	
เกิด Hypotension	133	60.90	39.10	
ปริมาณสารน้ำที่ ได้รับใน OR (ml)				0.520
<= 1000	44	59.10	40.90	
1000 - 2000	140	60.70	39.30	
> 2000	25	72.00	28.00	
ปริมาณสารน้ำที่ ได้รับใน RR (ml)				0.035*
<= 250	55	76.40	23.60	
250 - 500	85	52.90	47.10	
500 - 750	44	56.80	43.20	
> 750	25	68.00	32.00	
การได้รับยาแก้ปวดในห้องพักฟื้น				0.546
ไม่ได้รับยาแก้ปวด	196	62.20	37.80	
ได้รับยาแก้ปวด	13	53.80	46.20	

*p<.05

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับการฉีดยาชาผสมมอร์ฟีนเข้าช่องน้ำไขสันหลัง และยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนชนิด metoclopramide ในโรงพยาบาลบ้านโป่ง ผลจากการวิเคราะห์ พบว่าผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด โมเดลทำนายได้ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 88.40 สำหรับผู้ป่วยที่เกิดอุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด โมเดลทำนายได้ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 36.30 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงอำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับการฉีดยาชาผสมมอร์ฟีนเข้าช่องน้ำไขสันหลังและยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนชนิด metoclopramide ในโรงพยาบาลบ้านโป่ง

ผลสังเกต		อุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียน		ร้อยละที่ทำนายถูกต้อง
		ไม่มี	มี	
ขั้นที่ 1	อุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียน	ไม่มี	มี	
		114	15	88.40
		51	29	36.30
ร้อยละโดยรวม				68.40

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับการฉีดยาชาผสมมอร์ฟีนเข้าช่องน้ำไขสันหลังและยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนชนิด metoclopramide ในโรงพยาบาลบ้านโป่ง โดยมีตัวแปร 2 กลุ่มคือ ปัจจัยที่ได้จากข้อมูลทั่วไปและข้อมูลก่อนการระงับความรู้สึก ได้แก่ กลุ่มอายุ การประเมินความเสี่ยงในการระงับความรู้สึก การคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด และปัจจัยหลังได้รับการระงับความรู้สึก ได้แก่ ปริมาณสารน้ำที่ได้รับในห้องพักฟื้น โดยใช้สถิติ logistic regression ทั้งนี้ในการวิเคราะห์ Binary logistic regression รูปแบบของสมการในการทำนายความน่าจะเป็นที่จะเกิดอุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด (PONV) จะอยู่ในรูป

8(13)

$$P(\text{ponv} = 1) = \frac{1}{1+e^{-y}} \quad \dots\dots\dots \text{สมการที่ 1}$$

$$\text{โดยที่ } y = C + B_1x_1 + B_2x_2 + B_3x_3 + B_4x_4 \quad \dots\dots\dots \text{สมการที่ 2}$$

$x_1 \in \{1, 2\}$ คือตัวแปร กลุ่มอายุ

$x_2 \in \{1, 2, 3\}$ คือตัวแปร การประเมินความเสี่ยงในการระงับความรู้สึก

$x_3 \in \{0, 1\}$ คือตัวแปร ประวัติการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด (ASA Classes)

$x_4 \in \{1, 2, 3, 4\}$ คือตัวแปร ปริมาณสารน้ำที่ได้รับในห้องพักฟื้น

B_1, B_2, B_3, B_4 คือสัมประสิทธิ์ของตัวแปร x_n ตามลำดับ

C คือค่าคงตัวของสมการถดถอยโลจิสติกส์

ดังนั้น ค่า y หรือ log-odds ของ PONV จะอยู่ในรูป $y = -4.53 + 1.06x_1 + 0.77x_2 + 1.96x_3 + 0.40x_4$
โดยที่ความน่าจะเป็นที่จะเกิด PONV โดยแทนค่า y ลงในสมการที่ 1

จากสมการข้างต้นคณะผู้วิจัยพบว่ากลุ่มอายุที่มากกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี มีค่า log-odds ของอุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด (PONV) เพิ่มขึ้น 1.06 โดยที่ให้ตัวแปรอื่นคงที่ กลุ่มอายุที่มากกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี จะมีอัตราต่อรองของโอกาสในการเกิด PONV ต่อโอกาสไม่เกิด เป็น 2.87 เท่า

การประเมินความเสี่ยงในการระงับความรู้สึก (ASA Classes) ที่เพิ่มขึ้นทุก 1 Class จะทำให้ค่า log-odds ของ PONV เพิ่มขึ้น 0.77 โดยที่ให้ตัวแปรอื่นคงที่ ASA Class ที่เพิ่มขึ้น จะมีอัตราต่อรองของโอกาสในการเกิด PONV ต่อโอกาสไม่เกิด เป็น 2.17 เท่า

ประวัติคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดและมี PONV จะทำให้ค่า log-odds ของ PONV เพิ่มขึ้น 1.96 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดแต่ไม่มี PONV โดยที่ให้ตัวแปรอื่นคงที่ จะพบว่าผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดและมี PONV มีอัตราต่อรองของโอกาสในการเกิด PONV ต่อโอกาสไม่เกิดเป็น 7.09 เท่า

ปริมาณสารน้ำที่ได้รับในห้องพักฟื้น กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำในห้องพักฟื้นมากกว่า จะทำให้ค่า log-odds ของ PONV เพิ่มขึ้น 0.40 โดยที่ให้ตัวแปรอื่นคงที่ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำมากกว่า จะมีอัตราต่อรองของโอกาสในการเกิด PONV ต่อโอกาสไม่เกิดเป็น 1.49 เท่า

ค่าคงตัว (Constant) ในสมการ Regression มีค่าเท่ากับ -4.53 หมายความว่ากรณีที่ค่า log-odds ของผลลัพธ์เมื่อตัวแปรทำนายอื่นมีค่าเป็นศูนย์ มีอัตราต่อรองของโอกาสในการเกิด PONV ต่อโอกาสไม่เกิดเป็น 0.01 ค่าคงตัวมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แบบจำลองปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายความน่าจะเป็นที่จะเกิดอุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด ด้วยสถิติ binary logistic regression

Variables	B	S.E.	Wald	df	p-value	Exp(B)	95% C.I.	
							Lower	Upper
กลุ่มอายุ	1.06	.39	7.37	1	.007	2.87	1.341	6.156
การประเมินความเสี่ยงในการระงับความรู้สึก	.77	.33	5.361	1	.02	2.17	1.126	4.170
การคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด	1.96	.86	5.25	1	.022	7.09	1.327	37.928

Variables	B	S.E.	Wald	df	p-value	Exp(B)	95% C.I.	
							Lower	Upper
ปริมาณสารน้ำที่ได้รับใน ห้องพักฟื้น.	.40	.18	5.04	1	.025	1.49	1.052	2.119
ค่าคงตัว	-4.53	1.03	19.40	1	<.001	.011		

อภิปรายผล

1. อุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยภายหลังได้รับการฉีดยาชาผสมมอร์ฟินเข้าช่องน้ำไขสันหลัง และยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน ในโรงพยาบาลบ้านโป่ง พบได้ร้อยละ 38.27 ใกล้เคียงกับผลการศึกษาอุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาชาผสมมอร์ฟินเข้าช่องน้ำไขสันหลัง ร้อยละ 30.15 โดยสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตต่ำ⁷ แต่ในการศึกษานี้ การเกิดความดันโลหิตต่ำไม่มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ ซึ่งเกิดอุบัติการณ์มากที่สุดในหอผู้ป่วย ร้อยละ 20.10 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาอุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 15.90⁸ ในอุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียนเกิดขึ้นในหอผู้ป่วยมาก น่าจะเกิดจากระยะการออกฤทธิ์ของยา metoclopramide ที่ผู้ป่วยได้รับหลังจากฉีดยาชาผสมมอร์ฟินเข้าช่องน้ำไขสันหลังนั้น ออกฤทธิ์นาน 1-2 ชั่วโมง เมื่อผู้ป่วยกลับถึงหอผู้ป่วยและมีอาการคลื่นไส้อาเจียน แต่ไม่ได้แจ้งพยาบาล หรือพยาบาลไม่ได้เฝ้าระวังอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นพิเศษ จึงทำให้ไม่ได้รับยาเป็นระยะ จึงไม่สามารถป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ดีพอ ในผู้ป่วยบางรายโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีประวัติคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด จำเป็นต้องได้รับยาป้องกันรักษาอาการคลื่นไส้อาเจียนหลายชนิด เพื่อป้องกันและบรรเทาอาการอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งศัลยแพทย์หรือพยาบาลอาจไม่มีประสบการณ์ในการใช้ยาหลายชนิดเพื่อทำให้การดูแลรักษาอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ผลดี โรงพยาบาลบ้านโป่งได้มีการนำยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนมาใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาชาผสมมอร์ฟินเข้าช่องน้ำไขสันหลังทุกรายในห้องผ่าตัด แต่ยังพบภาวะแทรกซ้อนคลื่นไส้อาเจียนในอัตราที่สูง การป้องกันรักษาภาวะแทรกซ้อนนี้ด้วยยาชนิดอื่น เป็นการตัดสินใจของวิสัญญีแพทย์ผู้ควบคุมการให้ยาระงับความรู้สึก ไม่มีคำแนะนำที่เป็นระบบชัดเจน

นอกจากนี้พบว่ากลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี มีอุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียนมากกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่า 50 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p\text{-value} = 0.010$ และการประเมินความเสี่ยงในการระงับความรู้สึกมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} = 0.008$ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดมีอายุเฉลี่ยมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ (อายุเฉลี่ย 54.8 ปี) และผู้ป่วยที่จัดอยู่ใน การประเมินความเสี่ยงในการระงับความรู้สึก class 2 ขึ้นไปมีอุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียนมากกว่า⁴

สำหรับประวัติคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดและมีอาการคลื่นไส้อาเจียน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p\text{-value} = 0.013$ สอดคล้องกับการจัดระดับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด ซึ่งประวัติคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดเป็น 1 ในปัจจัย 4 ข้อในแนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย⁹

ประเภทการผ่าตัดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} = 0.044$ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนพบมากที่สุดในการผ่าตัดกระดูกและข้อ มากกว่าการผ่าตัดทางนิเวศและทางสูติกรรม⁴ แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด คือ การผ่าตัดเปิดหน้าท้อง ผ่าตัดนิเวศ¹⁰

ปริมาณสารน้ำที่ได้รับในห้องพักฟื้นมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p\text{-value} = 0.035$ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา ผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำมากกว่าในห้องพักฟื้นมีอุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียนมากกว่า¹¹ ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ไม่พบความสัมพันธ์การเกิดอุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียน ตัวแปรบางตัว เช่น ประวัติสูบบุหรี่มีจำนวนน้อยเกินไป จึงไม่สามารถยืนยันได้ว่า การไม่สูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียน ประวัติเมารถเมาเรือไม่ได้รับการสอบถามอย่างเป็นระบบในแบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก ไม่พบการบันทึกข้อมูลไว้ การได้รับยาแก้ปวดในห้องพักฟื้น จากผลการศึกษพบว่าการใช้กระบวนการระงับปวดที่ซับซ้อนมากขึ้น มีโอกาสเกิดอุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียนมากขึ้น⁴ แต่ในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ ระหว่างเวลาในการงดน้ำงดอาหารนั้น เนื่องจากผู้ป่วยทุกรายได้รับการนัดผ่าตัดล่วงหน้า จึงได้รับการงดน้ำและอาหารนาน เฉลี่ย 10 ชม. 27 นาที ไม่มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียน

2. การทดสอบสหสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระ โดยนำตัวแปรอิสระที่ได้มาหาความสัมพันธ์กันเองด้วย Correlation Matrix พบว่าตัวแปร ประเภทการผ่าตัด เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์สูงกับตัวแปรกลุ่มอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า $R = .66$ ที่ $p\text{-value} < 0.001$ ผู้วิจัยจึงได้ตัดตัวแปรนี้ทิ้ง นำตัวแปรอิสระที่ผ่านการทดสอบ มาสร้างโมเดลในการทำนายอุบัติการณ์การเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยใช้ Binary logistic regression พบว่ากลุ่มอายุที่มากกว่า 50 ปี มีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่า 50 ปีเป็น 2.87 เท่า ASA Class ที่เพิ่มขึ้นทุก 1 Class มีความเสี่ยงมากกว่าเป็น 2.17 เท่า ผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดและมีประวัติคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด มีความเสี่ยงมากกว่าผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดแต่ไม่มีประวัติคลื่นไส้อาเจียนเป็น 7.09 เท่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำในห้องพักฟื้นมากกว่า จะมีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำน้อยกว่าเป็น 1.49 เท่า ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี น่าจะเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดชนิดรีเวช และศัลยกรรมกระดูกและข้อซึ่งเป็นชนิดการผ่าตัดที่ใช้เวลาในการผ่าตัดนาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษความสัมพันธ์ของระยะเวลาการผ่าตัดกับอุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียน ผู้ป่วยกลุ่ม ASA Class มากกว่า 1 เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน^{4,12} อธิบายได้จากการเก็บข้อมูล ผู้ป่วยที่มี ASA Class 2 และ 3 คิดเป็นร้อยละ 73.70 และ 24.40 ตามลำดับ ซึ่งข้อมูลจำนวนมากจึงทำให้ผลการศึกษาเป็นดังนี้ กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเร่งให้สารน้ำในห้องพักฟื้น อาจจะเป็นเพราะมีระดับการขาดน้ำสูง มีภาวะความดันโลหิตต่ำในห้องพักฟื้นมาก่อน ซึ่งภาวะความดันโลหิตต่ำก็เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ ผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดและมีประวัติคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยภายหลังได้รับการฉีดยาชาผสมมอร์ฟีนเข้าช่องน้ำไขสันหลังและยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน ในโรงพยาบาลบ้านโป่งมากที่สุด เป็นไปตามแนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนสำหรับผู้ป่วยใหญ่ของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย⁹

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้พบข้อจำกัดในการศึกษา คือ เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง ข้อมูลที่ได้ อาจไม่ครบถ้วนสมบูรณ์และอุบัติการณ์ที่ได้ อาจน้อยกว่าความเป็นจริง และคณะผู้วิจัยไม่ได้แยกรายละเอียดของความรุนแรง จึงควรมีการศึกษาในลักษณะเก็บข้อมูลไปข้างหน้า ซึ่งสามารถเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนมากกว่า

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน

1. ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินความเสี่ยงของการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดก่อนได้รับการระงับความรู้สึกทุกราย

2. ผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง คือ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปี การประเมินความเสี่ยงในการระงับความรู้สึก (ASA Classes) Class 2 ขึ้นไป และมารับการผ่าตัดโดยใช้การระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาผสมมอร์ฟินทางช่องไขสันหลัง ควรให้ยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน 2 ชนิดขึ้นไป
3. ผู้ป่วยที่มีประวัติคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด ไม่ควรผสมมอร์ฟินในยาชาที่ฉีดเข้าทางช่องไขสันหลัง แต่ให้เพิ่มวิธีระงับปวดหลังผ่าตัดด้วยวิธี Nerve block หรือระงับปวดด้วยวิธีการผสมผสาน (multimodal analgesia) เพื่อลดการใช้ยาระงับปวดกลุ่ม opioids
4. การให้สารน้ำในท้องพักฟื้น ถ้าผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำเนื่องจากมีระดับการขาดน้ำสูงควรใช้ยาที่มีฤทธิ์ตีบหลอดเลือด เพื่อรักษาความดันโลหิตที่ลดลง ไม่ควรรักษาด้วยการให้สารน้ำจำนวนมาก เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกิน (hypervolemia) การได้รับสารน้ำในท้องพักฟื้นจะได้รับเพียงพอแล้วหรือไม่ ดูจากปริมาณปัสสาวะ การมีปัสสาวะ 0.5 มล./กก./ชม. ถือว่าไม่มีการขาดน้ำเพียงพอ ถ้าเป็นดังนี้ การให้สารน้ำในท้องพักฟื้น จะให้ในอัตรา 1-2 มล./กก./ชม. ผู้ป่วยจะได้รับสารน้ำเพียงพอ
5. อุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยภายหลังได้รับการฉีดยาชาผสมมอร์ฟินเข้าช่องน้ำไขสันหลังและยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน พบมากที่สุดในระยะหลังผ่าตัด 1 วันจึงควรแนะนำผู้ป่วยให้ทราบว่า ผู้ป่วยสามารถขอยาแก้คลื่นไส้อาเจียนได้ตลอด 24 ชม.แรกหลังได้รับการฉีดยาชาผสมมอร์ฟินเข้าช่องน้ำไขสันหลัง และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยควรให้ความสำคัญในการสอบถามอาการคลื่นไส้อาเจียนและดูแลให้ยาแก้อาการคลื่นไส้อาเจียนแก่ผู้ป่วยใน 24 ชม.แรกหลังได้รับการฉีดยาชาผสมมอร์ฟินเข้าช่องน้ำไขสันหลัง

เอกสารอ้างอิง

1. อรรถลักษณ์ รอดอนันต์. การดูแลผู้ป่วยในท้องพักฟื้น. ใน: อักษร พูลนิตพร และคณะ, (บรรณาธิการ). ตำราฟื้นฟูวิชาการ วิทยาลัยพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยวิทยาลัยแพทย์แห่งประเทศไทย; 2558. หน้า 399-09.
2. เบญจมาศ เกียรติเกษมศานต์. การดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน. ใน: วิมลรัตน์ ศรีราชและคณะ, (บรรณาธิการ). ก้าวไกลวิทยาลัย 40. กรุงเทพมหานคร: บริษัทนาเพรสจำกัด; 2562. หน้า 291-16.
3. ดุชกร วิไลรัตน์, ปฐมพร ปิ่นอ่อน. อุบัติการณ์ความรุนแรงและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอาการหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบที่ร่างกาย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่การศึกษาแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้า. วิทยาลัยสาร. 2560;43(2):117-24.
4. จิตติมา ชินะโชติ, พาวสุ ศรีธนาตล, นิชาภัทร สุขศรี, ชุณนา รุ่งจินดามัย. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงในการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนภายหลังการผ่าตัด. วิทยาลัยสาร. 2560;43(2):104-15.
5. วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์. การระงับปวดสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด. ใน: อังกาบ ปราการรัตน์, วรภา สุวรรณจินดา, (บรรณาธิการ). ตำราวิทยาลัยพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2548. หน้า 696-18.
6. Carlisle JB, Stevenson CA. Drugs for preventing postoperative nausea and vomiting. Cahrane Database Syst Rev. 2006;CD004125.
7. ชนิดา อนุวัจนวิทย์. การศึกษาผลการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลตราด. ว. ศูนย์การศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2555;29(2):123-32.
8. วรภัทร ปานเจริญ. การศึกษาผลของการใช้แนวทางการป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี. ว. โรคมะเร็ง. 2564;41(2):78-7.

9. อัมจิต วิทยาไพโรจน์. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการป้องกันและรักษาภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัด โดยราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. วิสัญญีสาร. 2564;47(4):374-9.
10. เมธาวิณ พันธิโก. การศึกษาผลการใช้แนวทางการป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัดในโรงพยาบาลโพธาราม [อินเทอร์เน็ต]. <https://he02.tci-thaijo.org; 2560> [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/view/123162>
11. พนาวรรณ จันทระเสนา, มานพ คณะโต, อรวรรณ แสงมณี. ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในมารดาผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลคัสสรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ว. การพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2556;1(3):105-16.
12. นิตยา ใจหาญ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแผนกวิสัญญีโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์. ว. วิชาการแพทย์ เขต 11. 2562;33(1):171-80.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย
เพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

Factors related to against aedes aegypti larvae behaviors for dengue hemorrhagic
fever prevention among village health volunteers Bang Khonthi District,
Samut Songkhram Province

วรรณัน ประชานิยม*, ธีระพงษ์ ฐิตินากุล**

Worranan Prachaniyom* Therapong Thitithanakul**

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกุ้ง อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม

*BangKung Subdistrict Health Promoting Hospital Bang Khonthi District, Samut Songkhram Province

**Samut Songkhram Provincial Public Health Office

Corresponding author: Worranan Prachaniyom; E-mail: kong2513_08@hotmail.com

Received: October 6, 2023; Revised: December 4, 2023; Accepted: December 4, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เก็บข้อมูลจาก อสม. จำนวน 13 ตำบล ในเขตความรับผิดชอบของอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 234 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามด้านความรู้ และพฤติกรรมการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.80 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75 และ.73 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์

ผลการศึกษา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ ($\chi^2 = 10.098, P = 0.039$) อาชีพ ($\chi^2 = 19.155, P = 0.001$) ระดับการศึกษา ($\chi^2 = 9.576, P = 0.048$) และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ($\chi^2 = 13.947, P = 0.007$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

คำสำคัญ: ความรู้, พฤติกรรมการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, โรคไข้เลือดออก

ABSTRACT

The objective of this research was to study factors related to the behavior of eliminating aedes mosquito breeding grounds to prevent dengue fever among village health volunteers (VHVs). Data was collected from 13 sub-district health volunteers in their area of responsibility of Bang Khonthi District Samut Songkhram Province, 234 people, instruments used in the research was a questionnaire on knowledge and behavior in eliminating breeding grounds for Aedes mosquitoes to prevent dengue fever which was checked for content validity by 5 experts, obtained an index of consistency (IOC) of 0.80 and a confidence value of .75 and .73, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and find relationships using chi-square statistics.

The results showed that the factors were related to the behavior of eliminating aedes mosquito breeding grounds. Statistically significant at 0.05 were factors such as age ($\chi^2 = 10.098$, $P = 0.039$) occupation ($\chi^2 = 19.155$, $P = 0.001$) education level ($\chi^2 = 9.576$, $P = 0.048$) and receiving information ($\chi^2 = 13.947$, $P = 0.007$)

Key word: Knowledge, behavior to eliminate aedes mosquito breeding grounds, village health volunteers, dengue fever

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลก (WHO) ปี พ.ศ. 2564 ระบุว่าผู้ติดเชื้อไวรัสเด็งกี่ก่อโรคไข้เลือดออกเฉลี่ยปีละ 390 ล้านคนทั่วโลกและมีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 2.50 ต่อปี โดยมีรายงานการแพร่ระบาดอย่างน้อย 129 ประเทศ ส่วนใหญ่ประเทศที่อยู่ในภูมิภาคเอเชีย และจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นมากกว่า 8 เท่าในระยะเวลา 20 ปี สถานการณ์ไข้เลือดออกในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566¹ พบว่า โรคไข้เลือดออกเป็นโรคประจำถิ่นที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและอาเซียน โดยตั้งแต่เดือนมกราคม - พฤษภาคม 2566 ประเทศไทยมีผู้ป่วยถึง 18,173 ราย มากกว่าปีที่แล้วถึง 4.20 เท่า เป็นการระบาดหนักสุดในรอบ 3 ปี และมีผู้เสียชีวิต 15 ราย เฉลี่ยมีผู้ป่วยสัปดาห์ละ 900 ราย เสียชีวิต สัปดาห์ละ 1 ราย พบอัตราป่วยสูงสุด คือ กรุงเทพมหานคร ๖ ภาคใต้ และภาคกลาง ในกลุ่มนักเรียนอายุ 5-14 ปี ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบาย เน้นการป้องกันและเฝ้าระวังก่อนเกิดโรค โดยเฉพาะพื้นที่ชุมชน โรงเรียน และ ศาสนสถาน พร้อมร่วมมือกับภาครัฐและเอกชนสร้างการรับรู้อันตรายของโรคไข้เลือดออกแก่ประชาชนเพื่อทำให้ปลอดโรค ปลอดภัยห่างไกลจากโรคไข้เลือดออก จึงดำเนินการ 3 กลยุทธ์² คือ 1) rebrand รณรงค์ป้องกันก่อนเกิดโรคปรับภาพลักษณ์ของหน่วยงานรัฐด้านนโยบายเชิงรุก 2) Rethink เปลี่ยนความคิดคนไทยให้รู้เท่าทันภัยร้ายของไข้เลือดออก เริ่มต้นจากการดูแลตนเอง และ 3) reconnect ผนึกกำลังภาครัฐและเอกชน พัฒนานวัตกรรมเพื่อสร้างความร่วมมือในการป้องกันการเสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออก

จังหวัดสมุทรสงครามผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วย 22 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 12.01 ต่อแสนประชากร ขณะที่ปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยรวม 127 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 69.28 ต่อแสนประชากร และในปี พ.ศ. 2566 นับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2566 จนถึงวันที่ 10 กรกฎาคม 2566 รับรายงานผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 62 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 32.73 ต่อแสนประชากร ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต³ สำหรับรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกของอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ในปีพ.ศ. 2564 พบว่า มีผู้ป่วย 2 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 6.44 ต่อแสนประชากร ขณะที่ปีพ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยรวม 29 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 93.41 ต่อแสนประชากร และในปี พ.ศ. 2566 นับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2566 จนถึง

วันที่ 10 กรกฎาคม 2566 มีผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 10 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 32.21 ต่อแสนประชากร และยังไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต³

จากสถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออก พบว่า แนวโน้มสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในปี พ.ศ. 2566 ภาพรวมมีการระบาดเพิ่มมากขึ้น ตั้งแต่เริ่มเข้าสู่ฤดูฝนที่ตกกระจายหลายพื้นที่ เกิดน้ำท่วมขังเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย พาหะนำเชื้อไวรัสสู่คนติดต่อกันสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากข้อมูลชี้ให้เห็นว่าการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ และการควบคุมโรคที่ดีที่สุดจึงอยู่ที่การป้องกันและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในชุมชน

ในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นหน้าที่ประชาชนทุกคน ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นบุคคลหนึ่งที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งจำเป็นต้องปฏิบัติตามมาตรการในช่วงก่อนเกิดการระบาด ระหว่างเกิดโรค และหลังโรคสงบ ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของพื้นที่⁴ ยังพบปัญหาการระบาดซ้ำซากในระดับตำบลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจก่อให้เกิด ความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตจากการทบทวนปัญหาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก บ่งบอกถึงการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ซึ่งมีบทบาทในเรื่องของการจัดการระบบสุขภาพของชุมชน และการเป็นต้นแบบด้านสุขภาพแก่ประชาชน ด้านป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จึงมีความสำคัญที่จะทำให้การดำเนินงานบรรลุผลตามนโยบายตามยุทธศาสตร์ระดับชาติ 20 ปี² เน้นการพัฒนาบุคลากร ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการทำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้วางแผนมาตรการในการป้องกัน และควบคุมโรคให้สอดคล้องกับพื้นที่เพื่อลดอุบัติการณ์ในการเกิดโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่อำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม ให้เกิดความสำเร็จและเกิดความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการทำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม

สมมุติฐานการวิจัย

1. คุณลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการทำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการทำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

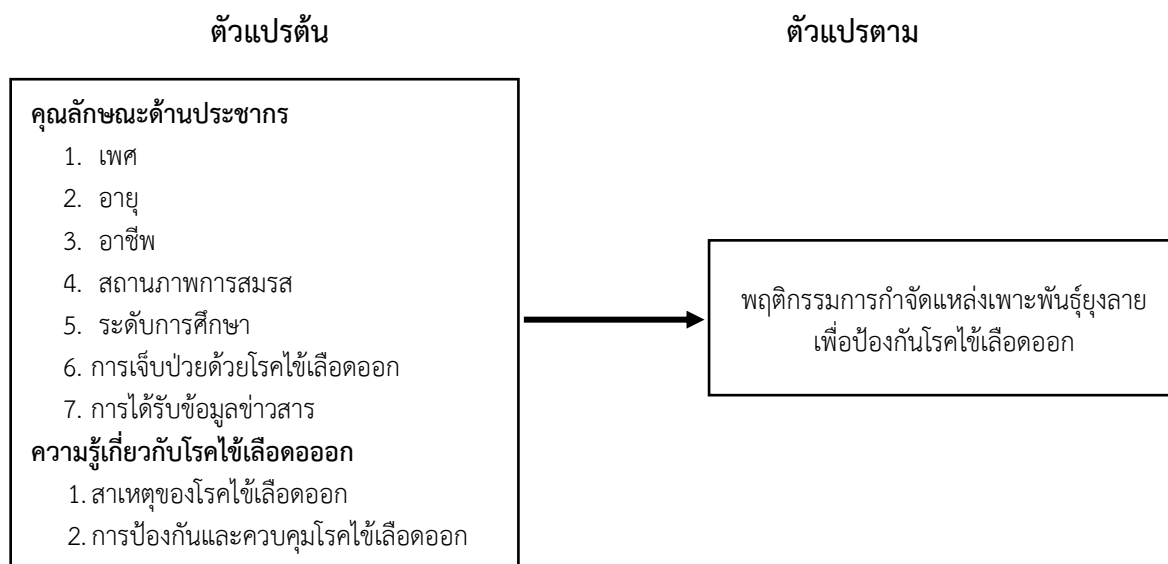
ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวนทั้งสิ้น 605 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวนทั้งสิ้น 234 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ คุณลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมในการทำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก

ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม - กันยายน 2566 อำเภอ
บางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research)

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ อำเภอบางคนที่ จังหวัด
สมุทรสงคราม ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลนภลัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวม 13 แห่ง จำนวน 605 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ อำเภอบางคนที่ จังหวัด
สมุทรสงคราม ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลนภลัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวม 13 แห่ง จำนวน 234 คน

การคำนวณขนาดของตัวอย่าง โดยใช้ตารางสำเร็จรูป เครซี่และมอร์แกน⁵ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้
ทั้งสิ้น 234 คน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรจากสถานบริการ 13 แห่ง ๆ ละ 18 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
โดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) ใช้วิธีจับฉลากไม่คืนที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยและเอกสาร
ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา การเจ็บป่วย
ด้วยโรคไข้เลือดออก และการได้รับข่าวสาร

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบ ถูกหรือผิด โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับความรู้ต่ำ ปานกลาง สูง แบ่งระดับโดยอิง เกณฑ์ของ Bloom⁶ ดังนี้

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ	60.00	มีความรู้ในระดับต่ำ
คะแนนร้อยละ	60.00 – 79.99	มีความรู้ในระดับปานกลาง
คะแนนร้อยละ	80.00 ขึ้นไป	มีความรู้ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น 3 ตัวเลือก คือ ทำทุกวัน ทำทุกสัปดาห์ และไม่ทำ โดยมี เกณฑ์การประเมิน การปฏิบัติในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย⁶ ดังนี้

ทำทุกวัน	หมายถึง	การปฏิบัติควบคุมโรคไข้เลือดออกครบทั้ง 7 ข้อทุกวัน
ทำทุกสัปดาห์	หมายถึง	การปฏิบัติควบคุมโรคไข้เลือดออกครบทั้ง 7 ข้อทุกสัปดาห์
ไม่ทำ	หมายถึง	การปฏิบัติควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่ครบทั้ง 7 ข้อใน 1 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุข 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index Item Objective Congruence: IOC) เท่ากับ .80

การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์ Cronhbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เท่ากับ .73 และแบบวัดความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม หนังสือรับรอง เลขที่ 21/2566 ลงวันที่ 18 สิงหาคม 2566 ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย การเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นตามความสมัครใจโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ การนำเสนอผลวิจัยในภาพรวม และเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น และผลการศึกษาจะนำเสนอเป็นภาพรวมไม่ระบุตัวบุคคลใด ๆ ทั้งสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง เมื่อได้รับการตอบกลับครบถ้วนแล้วจึงตรวจสอบข้อมูลเพื่อดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา การเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก และการได้รับข่าวสาร ข้อมูลด้านความรู้ และพฤติกรรมกรรมการจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ

2. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมกรรมการจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย โดยใช้สถิติ ไคสแควร์

5(12)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 67.10 มีอายุ 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.05 ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 37.61 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 54.27 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 35.89 ไม่เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 93.59 บริเวณรอบบ้านมีอากาศถ่ายเทได้สะดวก คิดเป็นร้อยละ 94.87 มีถังเก็บน้ำใช้ในห้องน้ำ คิดเป็นร้อยละ 26.50 การรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคไข้เลือดออก โดยรับข่าวสารจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คิดเป็นร้อยละ 52.82 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 234)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	157	67.10
ชาย	77	32.90
อายุ (ปี)		
20-30	5	2.14
31-39	14	5.98
40-49	36	15.38
50-59	75	32.05
60-70	63	26.92
≥70	41	17.53
Max = 84, Min = 22, $\bar{X}$ = 58.32, SD = 48.62		
การประกอบอาชีพ		
เกษตรกรรม	88	37.61
รับจ้าง	65	27.77
ค้าขาย	42	17.95
แม่บ้าน(ไม่ได้ทำงาน)	37	15.81
ราชการบำนาญ	2	0.86
สถานภาพการสมรส		
คู่	127	54.27
โสด	52	22.23
หม้าย	38	16.24
หย่า แยก	17	7.26
การศึกษา		
ประถมศึกษา	72	30.77
มัธยมศึกษาตอนต้น	43	18.38
มัธยมศึกษาตอนปลาย	84	35.89
อนุปริญญา/ปวส	12	5.13
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	23	9.83

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการเจ็บป่วย		
ไม่เคยป่วย	219	93.59
เคยป่วย	15	6.41
ลักษณะบริเวณรอบบ้าน		
อากาศถ่ายเทได้สะดวก	222	94.87
อากาศถ่ายเทได้สะดวก	222	94.87
อากาศถ่ายเทไม่สะดวก	7	2.99
มีถังเก็บน้ำใช้ในห้อง น้ำ	62	26.50
มีตุ่มน้ำรอบบ้าน	54	23.08
มีแอ่งน้ำขังรอบบ้าน	16	6.84
มีภาชนะที่มีน้ำขัง	13	5.56
บริเวณรอบบ้านมีป่าทึบ	3	1.28
การรับรู้ข่าวสาร		
รับข่าวสารจากกรพ.สต.	159	52.82
สื่อโทรทัศน์	56	18.60
ไม่เคยได้รับข่าวสาร	27	8.97

2. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ สถานภาพการสมรส การเจ็บป่วยโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แต่พบว่าปัจจัยด้านอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และการได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายของอาสาสมัครสาธารณสุข (n=234)

ปัจจัย	พฤติกรรมการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย(ร้อยละ)			χ^2	p-value
	กำจัดทุกวัน	กำจัดทุกสัปดาห์	ไม่กำจัด		
เพศ				2.189	0.335
ชาย	10(4.27)	52(22.22)	15(6.41)		
หญิง	30(12.82)	91(38.89)	36(15.39)		
อายุ (ปี)				10.098	0.039*
< 50	8(3.42)	31(13.25)	16(6.84)		
50-59	10(4.27)	43(18.38)	22(9.40)		
> 60	22(9.40)	69(29.49)	13(5.56)		
การประกอบอาชีพ				19.155	0.001*
เกษตรกร	14(5.98)	66(28.21)	8(3.42)		
รับจ้าง	8(3.42)	40(17.09)	17(7.26)		
ค้าขาย แม่บ้าน อื่นๆ	18(7.69)	37(15.81)	26(11.11)		

7(12)

ปัจจัย	พฤติกรรมกรรมการจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย(ร้อยละ)			χ^2	p-value
	กำจัดทุกวัน	กำจัดทุกสัปดาห์	ไม่กำจัด		
สถานภาพการสมรส				2.299	0.681
โสด	8(3.42)	31(13.25)	13(5.56)		
คู่	25(10.68)	78(33.33)	24(10.26)		
หม้าย หย่า แยก	7(2.99)	34(14.53)	14(5.98)		
การศึกษา				9.576	0.048*
ประถมศึกษา	16(6.84)	46(19.66)	10(4.27)		
มัธยมต้น มัธยมปลาย	17(7.26)	81(34.62)	28(11.97)		
อนุปริญญาปริญญาตรี ขึ้นไป	7(2.99)	16(6.84)	13(5.56)		
การเจ็บป่วย				3.007	0.222
เคยป่วย	4(1.71)	6(2.56)	5(2.14)		
ไม่เคยป่วย	36(15.39)	137(58.55)	46(19.66)		
การได้รับข้อมูลข่าวสาร				13.947	0.007*
1 ช่องทาง	22(9.40)	94(40.17)	26(11.11)		
2-3 ช่องทาง	14(5.98)	39(16.67)	12(5.13)		
ไม่เคยได้รับ	4(1.71)	10(4.27)	13(5.56)		

* $p < 0.05$

3. ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ความรู้ด้านสาเหตุการเกิดโรคไข้เลือดออก ความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยกับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง ($n=234$)

ความรู้ของโรคไข้เลือดออก	พฤติกรรมกรรมการจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (ร้อยละ)			χ^2	p-value
	กำจัดทุกวัน	กำจัดทุกสัปดาห์	ไม่กำจัด		
สาเหตุการเกิดโรค				5.728	0.220
ระดับสูง	8(3.42)	54(23.08)	14(5.98)		
ระดับปานกลาง	22(9.40)	65(27.78)	25(10.68)		
ระดับต่ำ	10(4.27)	24(10.26)	12(5.13)		
การป้องกันและควบคุมโรค				3.043	0.551
ระดับสูง	33(14.10)	113(48.29)	37(15.81)		
ระดับปานกลาง	5(2.14)	20(8.55)	7(2.99)		
ระดับต่ำ	2(0.85)	10(4.27)	7(2.99)		

* $p < 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. จากผลการวิจัยพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และการได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายป้องกันโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับผลการศึกษา อายุมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตตำบลเขวาสาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม⁷ แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี ด้านอายุ อาชีพและระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก⁸ เช่นเดียวกับผลการศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม.อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร พบว่าด้านอายุ และระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม.⁹ ส่วนด้านอาชีพและระดับการศึกษา ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษา ระดับการศึกษาและอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลเขวาสาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม⁷ ส่วนในด้านการได้รับข่าวสารโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายป้องกันโรคไข้เลือดออก มีความสอดคล้องกับผลการศึกษา พบว่าการปฏิบัติงานมากเนื่องจาก การสื่อสารสาธารณสุข การแจ้งสถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกให้แก่ชุมชนได้ทราบ เพื่อสร้างความตระหนักแก่ประชาชน มีความสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้ทันเวลา¹⁰ เช่นเดียวกับผลการศึกษา พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันตามการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 นั่นคือ ประชาชนที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกมากกว่าประชาชนที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก¹¹ ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษารับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ไม่ส่งผลต่อบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05¹²

2. ปัจจัยด้านเพศ สถานภาพการสมรส การเจ็บป่วยโรคไข้เลือดออก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายป้องกันโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ สถานภาพการสมรส การเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของ อสม. ที่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม.อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร⁹ เช่นเดียวกับผลการศึกษาลักษณะส่วนบุคคล ด้านเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตตำบลเขวาสาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม⁷ ส่วนในด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ตำบลป่าซาง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย พบว่าประชาชนที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 89.60 มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลางถึงดี¹³ และสอดคล้องกับผลการศึกษาประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของบุคคลในครอบครัวในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกลดลง ร้อยละ 57.00 (OR = 0.43, 95% CI: 0.24 - 0.76) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก¹⁴

3. ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย พบว่าปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษางานวิจัย พบว่าความรู้ความเข้าใจ ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองใหญ่ อำเภอบราสาท จังหวัดสุรินทร์¹⁵ เช่นเดียวกับการผลศึกษาความรู้กับทักษะในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ในภาพรวมไม่มีความสัมพันธ์กันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05¹⁶ ซึ่งมีความแตกต่างจากผลการความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.502$, $p\text{-value} < 0.005$)¹⁷ เช่นเดียวกับการผลการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01¹⁸ และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาความสามารถในการควบคุมโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. พบว่าอสม. มีความรู้ในระดับสูง โดยมีความรู้มากที่สุด คือ ภาชนะน้ำขังที่ยุงลายชอบวางไข่ คือ ภาชนะที่ผิวเรียบ มีน้ำใส และความชื้นที่เหมาะสม เช่น โอ่งน้ำ จานรองขาตู้ ยางรถยนต์เก่าที่มีน้ำขัง อ่างบัว¹⁹

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ปัจจัยด้าน อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และการได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ในการดำเนินงานเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกให้มีประสิทธิภาพ ควรมีการพัฒนา พื้นฟูความรู้อย่างถูกต้อง เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งควรเพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสาร เน้นประชาสัมพันธ์ การถ่ายทอดความรู้ให้ประชาชนในพื้นที่ได้อย่างรวดเร็ว จะช่วยแก้ไขปัญหาและควบคุมป้องกันโรคในชุมชนได้ดีขึ้นและสามารถลดอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลงได้

2. ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ไม่มีความสัมพันธ์ในพฤติกรรมปฏิบัติงานในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยรวม ถึงแม้ผลวิจัยจะเป็นเช่นนี้ แต่ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก นอกจากการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแล้ว ควรที่จะมีกิจกรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมปฏิบัติงานละปัจจัยเสริมเพื่อเป็นการกระตุ้นให้มีการปฏิบัติงานที่เข้มแข็งและยั่งยืนร่วมกันในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายให้มากขึ้น

3. การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายของอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มที่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางถึงดีมาก ทั้งที่การดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมโรคนี้นดำเนินการมาเป็นระยะเวลานาน แต่ก็ยังไม่ประสบความสำเร็จในระดับที่ดี ในการรณรงค์เพื่อป้องกันและควบคุมโรค ไม่ว่าจะเป็นการให้ความรู้ หรือการรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ควรเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้เกิดความร่วมมือ ร่วมใจกัน ในการแก้ปัญหาในชุมชน ก็จะส่งผลให้การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีประสิทธิภาพมากขึ้นอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยสนับสนุน ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมโรคติดต่อกระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์การจัดการโรคติดต่อฯ โดยแมลง พ.ศ.2566-2575. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2565.

2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี. กรุงเทพฯ ฯ: กระทรวง; 2556.
3. หน่วยระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม, [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 11 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://datariskcom-ddc.moph.go.th/>
4. วิภาวดี วุฒิเดช. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ระบาดซ้ำซาก อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 6 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/3216/3/61062113.pdf>
5. Krejcie & morgan. educational and psychological measurement, determining sample size for research activities. A. & m. University; 1970.
6. Bloom, Benjamin S, et al. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company; 1971.
7. ลักษณะ ชื่นบาน, ประจักษ์ บัวผัน, สุรัชย์ พิมพ์. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตตำบลเขวา อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. ว. วิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น 2564;21(3):218-29.
8. สถาพร วรเจริญ, สุพัฒน์ กองศรีมา. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 6 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://bitly.ws/34h6x>
9. สุรพล สิริปิยานนท์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดพิจิตร. ว.วิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2563;4(8):85-103.
10. ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ, ปัทมา รักเกื้อ. ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. ว. วิทยาศาสตร์สุขภาพ 2561;21(1):31-9.
11. สุจิตรา สุนธมัต, ณัฐวดี จันคำ, ภัทรวริน สามารถ, สุกัญญา แซ่หลิม. ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในหมู่บ้านบ่อดินสอพอง ตำบลสร้างโคก อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี. ใน: การประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติครั้งที่ 13 ประจำปี 2563; มหาวิทยาลัยหาดใหญ่. 2563. หน้า 775-90.
12. อนุรักษ์ เปื่องสูง. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. ว. อนามัยสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพชุมชน 2562;4(2):33-40.
13. แพรพรรณ จันทะนาเขต และสุทธิชัย ศิริินวล. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ตำบลป่าซาง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย [วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา; 2565.
14. ธนัญญา แสงคู่. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลท่าช้าง อำเภอบางกล่ำ จังหวัดสงขลา [วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2563.
15. วีระ กองสนั่น และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตตำบลหนองใหญ่ อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์. ว. วิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน 2563;1(3):39-43

16. วินัย พันอ้วน, จิตติมา กัตถุญญ, วันทนีย์ ขวพงษ์. ความรู้และทักษะในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน. [วิทยานพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2560.
17. สุทธิ พลรักษา. การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลวังม่วง อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น. ว. สภาการสาธารณสุขชุมชน 2564;3(1);101-12.
18. วรรัตน์ ทิพย์รัตน์, กนกวรรณ พรหมทอง, มนตรี รักภักดี. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย. ว. มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2564;40(5);71-84.
19. ไกรศิลป์ ศิริวิบูรณ์, ศิริรัตน์ กัญจา. การศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน. ว. โรงพยาบาลแพร่ 2564;29(1);129-38.

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือดสมอง
ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในเขตพื้นที่ชุมชน อำเภอเมืองราชบุรี

The effects of home nursing program intermediate care of patients with stroke
on the occurrence of complications patients in the community area of Mueang
Ratchaburi District

ปราณี เสี้ยจันทร์บริบูรณ์*

Pranee Sijanboriboon*

โรงพยาบาลราชบุรี

*Ratchaburi Hospital

Corresponding author: Pranee Sijanboriboon; Email: hhc13131505@gmail.com

Received: October 12, 2023; Revised: November 30, 2023; Accepted: December 5, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลที่บ้านตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ 1) ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ประเมินผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อวางแผนก่อนจำหน่าย 2) ขั้นตอนหลังจำหน่าย เป็นการออกเยี่ยมบ้านทั้งหมด 4 ครั้ง คือภายใน 2 สัปดาห์และทุก 2, 4 และ 6 เดือนตามลำดับ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง .67-1.0 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .843 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบที และไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า หลังจำหน่าย 6 เดือน กลุ่มทดลองเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบจากการสำลักและข้อติด พบภาวะติดเชื้ในทางเดินปัสสาวะร้อยละ 3.30 และแผลกดทับร้อยละ 3.30 ส่วนกลุ่มควบคุมเกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบจากการสำลักร้อยละ 6.70 มีอาการข้อติดร้อยละ 10.00 พบภาวะติดเชื้ในทางเดินปัสสาวะร้อยละ 13.30 และแผลกดทับร้อยละ 16.70

คำสำคัญ: โปรแกรมการพยาบาลที่บ้าน, ผู้ป่วยระยะกลาง, โรคหลอดเลือดสมอง, ภาวะแทรกซ้อน

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to compare complications in patients with mid-stage stroke between a group that received regular home nursing care and a group that received a home nursing program for intermediate care of patients with stroke. The sample group consisted of stroke patients admitted to Ratchaburi Hospital. Divided into an experimental group and a control group, each group had 30 patients. The research instrument were patient information record form and home nursing program for mid-term care of patients with stroke, consisting of 2 steps: 1) before the patient was discharged. Evaluate patients and families To plan before selling 2) steps after selling It is a total of 4 home visits, within 2 weeks, 2, 4, and 6 months, respectively. Passed a content validity check from 3 experts, obtained an index of consistency (IOC) between .67-1.0 and a confidence value of .843. Data were analyzed using percentages, means, standard deviations, t-test, and chi square test.

The results showed that 6 months after discharge, the experimental group had significantly fewer complications than the control group. The experimental group did not develop complications from pneumonia from aspiration and joint stiffness. 3.30% had urinary tract infections and 3.30% pressure ulcers. In the control group, 6.70% had complications from aspiration pneumonia, 10.00% had joint stiffness, and 13.30% had urinary tract infections. and pressure ulcers, 16.70%.

Keywords: home nursing program, intermediate care of patient, stroke, complications

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke, cerebrovascular disease) เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม เป็นโรคที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุทั่วโลก โรคนี้พบว่าเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญเป็นอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง รายงานจาก WHO^{1,2} พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคนในแต่ละปี และพบว่าโดยเฉลี่ยทุก ๆ 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน โดยในปี พ.ศ. 2563 โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย อุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ ในปี พ.ศ. 2563 อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 328.00 ต่อแสนประชากร ซึ่งมีแนวโน้มสูงมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญอันดับ 1 ในเพศหญิง และอันดับ 2 ในเพศชาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว³ นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยในหลายด้านทั้งจากตัวโรคเอง และผลจากการที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของระบบประสาท ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ อาการ อัมพฤกษ์ หรือการที่ผู้ป่วยมีแขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัดหรือมีปัญหาในการกลืนอาหาร สูญเสียความทรงจำและความสามารถในการคิด วิเคราะห์ ปัญหาด้านอารมณ์ และในบางรายอาจมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป⁴ ส่วนภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบประสาทที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับและภาวะข้อติด ซึ่งอาจจะเป็นภาวะที่เกิดขึ้นชั่วคราว หรือส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพิการถาวร ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจะขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่สมองขาดเลือด และขึ้นอยู่กับบริเวณสมองที่ได้รับผลกระทบ⁵ ปัจจุบันการรักษาโรคหลอดเลือดสมองมีการพัฒนาก้าวหน้าและทันสมัยมากขึ้น พยาบาลจึงต้องพัฒนาองค์ความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษาของแพทย์⁶ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากการดูแลตามแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลแล้ว ยังต้องมีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทีมนสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่วางแผนก่อนจำหน่าย ระหว่างการจำหน่ายและหลังการจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด ใฝ่ระวัง

ภาวะแทรกซ้อนและส่งผลต่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง อีกทั้งญาติได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมั่นใจ⁷ การพัฒนาการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย discharge planning การติดตามให้คำปรึกษาและเยี่ยมบ้านช่วงแรกหลังออกจากโรงพยาบาลนั้นมีความสำคัญอย่างมาก การมีทีมสุขภาพมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจากแบบแผนการดูแลแบบองค์รวมเชื่อมโยงกันในระบบเครือข่ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพปลอดภัย มีการฟื้นฟูสภาพที่ดี จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข⁸ ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 มีอัตราผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 53 ต่อแสนประชากร เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 58.00 มากกว่าเพศหญิง ซึ่งพบร้อยละ 42.00 โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 69.00 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในแต่ละปีตั้งแต่พ.ศ. 2560-2564 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ต่อแสนประชากรตามลำดับ

โรงพยาบาลราชบุรี เป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัด ขนาดจำนวน 850 เตียง มีผู้ป่วยหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลเขตบริการสุขภาพที่ 5 เข้ารับบริการ ในปี พ.ศ. 2563-2565 เท่ากับ 611, 718 และ 661 ราย เมื่อแพทย์จำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นระยะเปลี่ยนถ่ายการดูแลจากโรงพยาบาล กลับมาดูแลต่อที่บ้าน ซึ่งเป็นช่วงที่มีความสำคัญในการสร้างความมั่นใจให้ญาติ ครอบครัวในการดูแลหลังการจำหน่ายกลับบ้าน ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาแม้จะประสบความสำเร็จที่ระดับหนึ่ง แต่เมื่อเทียบกับสถานการณ์โรคที่เพิ่มอย่างต่อเนื่อง ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากขึ้น เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีโอกาสกลับมาโรงพยาบาลซ้ำเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่ายังมีจุดบกพร่องในการพยาบาลที่บ้าน และการดูแลของตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว ชุมชน และระบบสุขภาพ ล้วนแล้วแต่ส่งผลกระทบต่อ การปฏิบัติตามแผนการดูแลที่วางไว้ จึงต้องมีขั้นตอนการทบทวน วิเคราะห์ และสังเกตสถานการณ์ การประเมินผลหลังการปฏิบัติ สะท้อนข้อมูลที่ยังเป็นประเด็นที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติมกลับให้ครอบครัว ชุมชน ทีมสหวิชาชีพ การพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง บุคลากรทางการพยาบาลจึงต้องพัฒนาองค์ความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษาของแพทย์ และนำความรู้ที่ได้ประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย หลังการจำหน่ายได้อย่างถูกต้องและเป็นมาตรฐาน ตลอดจนใช้เทคโนโลยีให้เหมาะสมกับบริบทสถานการณ์โรคในปัจจุบัน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่มีความสามารถปฏิบัติกิจกรรมพึ่งตนเองได้มากที่สุด โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และทีมสหวิชาชีพ จากสถิติศูนย์ดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลราชบุรี ได้รับการส่งต่อเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปี พ.ศ. 2564 จำนวนทั้งหมด 344 ราย พบว่ามีผู้ป่วยค่า ADL น้อยกว่า 15 คิดเป็นร้อยละ 62.20 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ในแต่ละระดับสถานบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่อง เตรียมผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมได้ภายใต้บริบทและทรัพยากรที่เป็นไปได้ มีการจัดการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้านบนฐานความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วย เช่น การเคลื่อนย้าย การจัดสิ่งแวดล้อม การทำกายภาพบำบัด การให้อาหารทางสายยาง การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย การประสานงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามสภาพปัญหาผู้ป่วย สามารถประสานส่งต่อเพื่อการรักษาอย่างเหมาะสมแต่ยังพบปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อน การศึกษาที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยที่มีผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และการกลับมาโรงพยาบาลซ้ำ ได้แก่ ความรู้ ทักษะผู้ดูแล อายุที่เพิ่มขึ้น โรคเรื้อรังที่เป็นอยู่เดิม เช่น โรคเครียด โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ไสมันในเลือดสูง และพบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ และภาวะข้อติด ตามลำดับ⁹ ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองจึงมีความจำเป็นตั้งแต่การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยครอบครัว ผู้ดูแล มีการวางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การฝึกทักษะ

การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ความรู้เรื่องอาหารเรื่องการรับประทานยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์¹⁰ การประสานแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เครือข่ายชุมชนเพื่อขอความร่วมมือ ตลอดจนการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม การประสานเครือข่ายเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยมาตรวจตามนัด และการเปิดโอกาสการเข้าถึงการปรึกษาปัญหาสุขภาพร่วมการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมตามบริบทแต่ละครอบครัว ชุมชนนั้น ๆ การสอนของพยาบาลในรูปแบบเดิม คือ พยาบาล ในหอผู้ป่วยจะมีการสอนการทำหัตถการ สอนเรื่องการปฏิบัติตัว และให้คำแนะนำผู้ป่วยในการดูแลหลังจำหน่าย โดยการพูด ให้ข้อมูล และให้ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตาม ซึ่งพบว่าผู้ป่วยและญาติไม่สามารถจำ และปฏิบัติตามได้ทั้งหมด

ซึ่งจากเดิมโรงพยาบาลราชบุรีมีกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยหอผู้ป่วยมีการส่งเอกสารแบบบันทึกการจำหน่ายและการส่งต่อ (F-NUR-006R) มายังศูนย์ดูแลต่อเนื่อง และศูนย์ฯได้ส่งต่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามเยี่ยมบ้าน กรณีผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนเกินศักยภาพในพื้นที่ จะมีการปรึกษามายังศูนย์ ฯ เพื่อลงเยี่ยมบ้านพร้อมทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง การให้คำแนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะนำโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยยึดตามแนวทางหนังสือการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป¹¹ และนำผลของโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้ มาถ่ายทอดเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลที่บ้านตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำถามการวิจัย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้าน ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดภาวะแทรกซ้อน น้อยกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลที่บ้านตามปกติหรือไม่ อย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพศชายและหญิง ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) จำนวน 60 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (กลุ่มทดลอง) จำนวน 30 ราย และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลที่บ้านตามปกติ (กลุ่มควบคุม) จำนวน 30 ราย

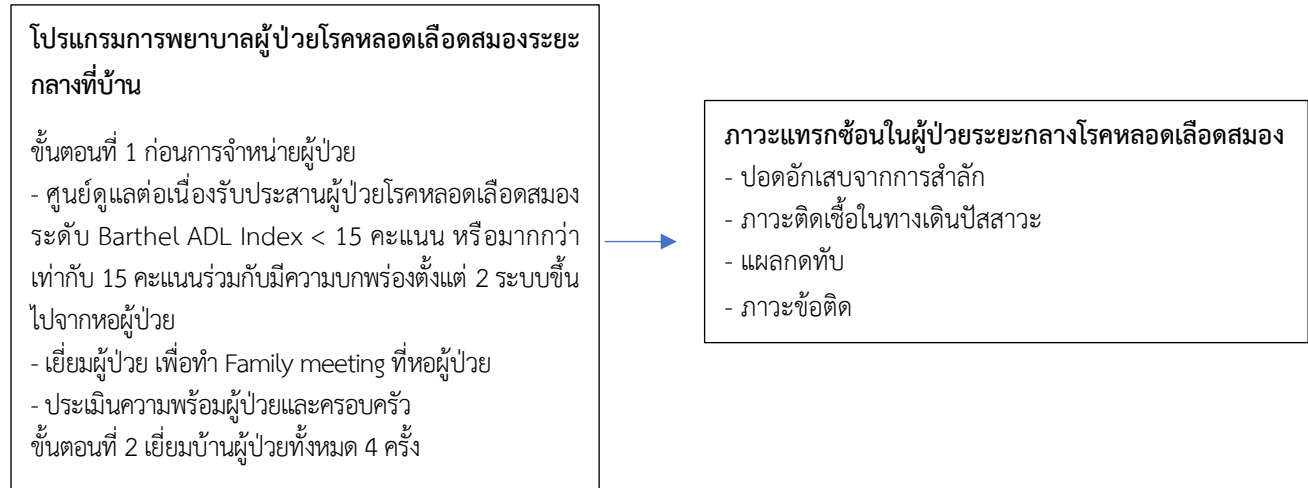
ขอบเขตด้านตัวแปร ประกอบด้วย ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ตัวแปรตาม คือ ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ และภาวะข้อติด

ขอบเขตด้านเวลา เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2566 ถึงวันที่ 1 กันยายน 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่มวัดผลหลังการทดลอง (two-group posttest only design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรีด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระหว่างเดือน มีนาคม 2566 ถึง กันยายน 2566

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี ด้วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโปรแกรม G* power โดยกำหนดค่า $\alpha = 0.5$, effect size = 0.5, Power = 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน เพื่อลดความเสี่ยงต่อการถอนตัวออกจากการวิจัย ผู้วิจัยจึงใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวม 60 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยชายและหญิงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งชนิดเส้นเลือดสมองตีบและเส้นเลือดสมองแตกเฉียบพลัน
3. ผู้ป่วยที่มีคะแนนแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน Barthel index น้อยกว่า 15 คะแนน หรือ กลุ่มที่มีคะแนนแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน Barthel index มากกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนน ร่วมกับมีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป (multiple impairment)

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

1. ภูมิลำเนาอยู่นอกเขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี
2. ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการดูแลที่บ้าน

5(13)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีจำนวน 2 ชุด ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วยก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับอนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาลโดยแพทย์ และขั้นตอนหลังจำหน่ายเป็นการออกเยี่ยมบ้านทั้งหมด 4 ครั้ง โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ก่อนจำหน่าย

1) ศูนย์ดูแลต่อเนื่องรับประสานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระดับ barthel ADL index < 15 คะแนน หรือมากกว่าเท่ากับ 15 คะแนนร่วมกับมีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไปจากหอผู้ป่วย และหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อวางแผนจำหน่าย

2) เยี่ยมผู้ป่วยเพื่อทำ family meeting ที่หอผู้ป่วย พร้อมทีมสหวิชาชีพ ทีมเฉพาะทางที่เกี่ยวข้องกับปัญหาผู้ป่วยแต่ละรายและครอบครัว

3) ประเมินความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัว โดยหอผู้ป่วยส่งแบบบันทึกการส่งต่อเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ศูนย์ดูแลต่อเนื่องเพื่อติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 หลังจำหน่าย ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาลโดยทำการเยี่ยมทั้งหมด 4 ครั้ง

ครั้งที่ 1 ภายใน 1 – 2 สัปดาห์หลังออกจากโรงพยาบาล

ครั้งที่ 2 ภายใน 1 – 2 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาล

ครั้งที่ 3 ภายใน 2 – 4 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาล

ครั้งที่ 4 ภายใน 4 – 6 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาล

โดยในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งจะมีการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (barthel index) ร่วมกับการประเมินภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ และภาวะข้อติด โดยทำการบันทึกข้อมูลลงในแบบจัดเก็บข้อมูลแบบจัดเก็บข้อมูลผลของโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยได้สร้างแบบบันทึกเก็บข้อมูลเพื่อรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบเก็บข้อมูล
2. กำหนดขอบเขตเนื้อหาของแบบเก็บข้อมูล ตามรายละเอียดของตัวแปร และข้อมูลเพิ่มเติมที่จำเป็น
3. นำแบบเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และการสาธารณสุขจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล แบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วย 4 ส่วนหลัก ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวผู้ป่วย จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัยโรคร่วมที่พบ คะแนน barthel index

ส่วนที่ 2 การวางแผนก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ประกอบด้วย คะแนน barthel index ข้อบ่งชี้ในการพยาบาลที่บ้าน การทำ family meeting ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ส่วนที่ 3 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วยข้อมูลการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 – 4 ซึ่งต้องประเมิน barthel index ความบกพร่องที่พบ และภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วย

ส่วนที่ 4 สรุปผลการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ประกอบด้วย คะแนน barthel index ความบกพร่องที่พบ และภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้สร้างแบบบันทึกข้อมูลโดยศึกษาแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัย และเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบเก็บข้อมูล และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องจำนวน 3 ท่าน โดยมีความเชี่ยวชาญด้านแพทยเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลราชบุรี อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย โรงพยาบาลราชบุรี แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำมีผล IOC ระหว่าง .67-1.0 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 ราย นำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .843

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี เลขที่โครงการ RBHEC 012/66 ลงวันที่ 29 มีนาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลเสียต่อกับกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นไว้เป็นความลับไม่สามารถสืบค้นถึงเจ้าของข้อมูลเป็นรายบุคคลได้และนำเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากการทำกิจกรรมประเมินผู้ป่วยตามระยะต่าง ๆ และข้อมูลการวินิจฉัยและการรักษาจากเวชระเบียนผู้ป่วย โรงพยาบาลราชบุรี ลงในแบบบันทึกข้อมูลที่จัดทำขึ้น โดยการเก็บข้อมูลจะเริ่มหลังจากงานวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ข้อมูลที่ถูกบันทึกทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับไม่สามารถระบุถึงตัวผู้ป่วยได้ และข้อมูลจะถูกทำลายทันทีหลังจากงานวิจัยเสร็จสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการวิเคราะห์จำแนกตามประเภทของสถิติได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ chi-square test
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลที่บ้านตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ t-test

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลราชบุรีด้วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ระหว่างเดือน มีนาคม 2566 ถึง กันยายน 2566 จำนวน 60 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลที่บ้านตามปกติ จำนวน 30 ราย และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 ราย ดังแสดงในตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มี

ข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกันโดยเป็นเพศชายร้อยละ 63.30 และ 60.00 วินิจฉัยโรคหลักหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน ร้อยละ 76.70 และ 83.30 มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง ร้อยละ 83.30 และ 70.00 โรคร่วมเบาหวาน ร้อยละ 16.70 และ 30.00 โรคร่วมไขมันในเลือด ร้อยละ 40.00 และ 36.70 โรคร่วมโรคหัวใจ ร้อยละ 10.00 และ 3.30 โรคร่วมจิตเวช ร้อยละ 3.30 และ 0.0 ผลการเปรียบเทียบลักษณะต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลที่บ้านตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในด้านเพศ การวินิจฉัยโรค โรคร่วมความดันโลหิตสูง โรคร่วมเบาหวาน โรคร่วมไขมันในเลือดสูง โรคร่วมหัวใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะของข้อมูลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลที่บ้านตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม=30)		กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (กลุ่มทดลอง = 30)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					1.000
ชาย	19	63.30	18	60.00	
หญิง	11	36.70	12	40.00	
การวินิจฉัยโรค					0.747
หลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน	23	76.70	25	83.30	
หลอดเลือดสมองแตก	7	23.30	5	16.70	
โรคร่วมความดันโลหิตสูง					0.360
ไม่เป็น	5	16.70	9	30.00	
เป็น	25	83.30	21	70.00	
โรคร่วมเบาหวาน					0.360
ไม่เป็น	25	83.30	21	70.00	
เป็น	5	16.70	9	30.00	
โรคไขมันในเลือดสูง					1.000
ไม่เป็น	18	60.00	19	63.30	
เป็น	12	40.00	11	36.70	
โรคหัวใจ					.612
ไม่เป็น	27	90.00	29	96.70	
เป็น	3	10.00	1	3.30	
โรคพาร์กินสัน					NA
ไม่เป็น	30	100.00	30	100.00	
เป็น	0	0.00	0	0.00	
โรคจิตเวช					NA
ไม่เป็น	29	96.70	30	100.00	
เป็น	1	3.30	0	0.00	

$p < 0.05$

8(13)

การศึกษาเปรียบเทียบด้านอายุและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่าย พบว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มีอายุเฉลี่ย 62.13 และ 59.57 ตามลำดับและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่าย 10.47 และ 8.97 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่าย(B) ของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม=30)		กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (กลุ่มทดลอง = 30)		P-value
	ค่าเฉลี่ย	Min – Max	ค่าเฉลี่ย	Min – Max	
อายุ	62.13±8.974	43 – 76	59.57±11.482	40 – 81	0.339
ความสามารถในการทำกิจวัตรก่อนจำหน่าย	10.47±6.474	40 – 81	8.97±5.875	37 – 40	0.351

$p < 0.05$

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลที่บ้านตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ดังนี้

2.1 ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ส่วนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีภาวะแทรกซ้อนจากการสำลัก คิดเป็นร้อยละ 6.70 ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.492$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของการเกิดภาวะแทรกซ้อนภาวะปอดอักเสบจากการสำลักระหว่าง กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลที่บ้านตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่ม	ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก		χ^2	df	p-value
	มี	ไม่มี			
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	2(6.70)	28(93.30)	.517	1	0.492
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม	0(00.00)	30(100.00)			

$p < 0.05$

2.2 ภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 3.30 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 13.30 ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.353$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของการเกิดภาวะแทรกซ้อนภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลที่บ้านตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่ม	ภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ		χ^2	df	p-value
	มี	ไม่มี			
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	4(13.30)	26(86.70)	.873	1	0.353
กลุ่มที่ได้รับการโปรแกรม	1(3.30)	29(96.70)			

$p < 0.05$

2.3 การเกิดแผลกดทับ พบว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดแผลกดทับ คิดเป็นร้อยละ 3.30 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เกิดแผลกดทับ คิดเป็นร้อยละ 13.30 ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.097$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของการเกิดภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลที่บ้านตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่ม	แผลกดทับ		χ^2	df	p-value
	มี	ไม่มี			
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	5(16.70)	25(83.30)	1.667	1	0.097
กลุ่มที่ได้รับการโปรแกรม	1(3.30)	29(96.70)			

$p < 0.05$

2.4 การเกิดข้อติด พบว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองไม่พบอาการข้อติด ส่วนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบอาการข้อติด คิดเป็นร้อยละ 10.00 ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.237$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของการเกิดภาวะแทรกซ้อนข้อติดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลที่บ้านตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่ม	ข้อติด		χ^2	df	p-value
	มี	ไม่มี			
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	3(10.00)	27(90.00)	1.404	1	0.237
กลุ่มที่ได้รับการโปรแกรม	0(0.000)	30(100.00)			

$p < 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของการเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดภาวะแทรกซ้อนภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับและภาวะข้อติด น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจ

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาแตกต่างกันระหว่างกลุ่มโรคเลือดสมองแตก และหลอดเลือดสมองตีบ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบมีภาวะแทรกซ้อนพบรวมมากกว่าโรคหลอดเลือดสมองแตก คือ ปอดอักเสบ ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต¹² และการประเมินภาวะแทรกซ้อนเป็นการประเมินจากอาการ และแบบประเมินซึ่งผู้วิจัยใช้ทำงานประจำ ไม่มีการยืนยันจากผลตรวจ lab ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายได้ดังนี้ เนื่องจากผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างมีประสิทธิภาพจนมั่นใจก่อนจำหน่ายกลับบ้านทุกราย ซึ่งเป็นตัวชี้วัดด้านการกลับมานอนรักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรคเดิม (re-admission) ของหอผู้ป่วยทุกแห่ง นอกจากนี้ยังมีระบบการส่งต่อสู่ชุมชนที่มีประสิทธิภาพ เช่น การกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ต้องส่งต่อเยี่ยมบ้าน มีแนวทางการส่งต่อเพื่อดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการสื่อสารทั้งในรูปแบบเอกสารและตัววาจา และช่องทางการขอคำปรึกษาผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลแก่บุคลากรหน่วยปฐมภูมิ ทางไลน์กลุ่มเยี่ยมบ้าน แต่ยังพบข้อจำกัดการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายของหอผู้ป่วย เนื่องจากจำนวนบุคลากรมีจำนวนจำกัด มีภาระงานมาก จำนวนผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น ให้ความสำคัญการบันทึกข้อมูล ทำให้ต้องทำงานที่แข่งขันกับเวลา ดังนั้นการให้ความรู้คำแนะนำกับผู้ป่วย และญาติก่อนการจำหน่ายจึงเป็นช่วงระยะเวลาสั้น ๆ ผู้ดูแลบางรายที่หอผู้ป่วย อาจไม่ใช่ผู้ดูแลหลักที่บ้าน และมุ่งเน้นในด้านการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเป็นหลักมากกว่าการดูแลครอบครัว อาจทำให้ไม่พบปัญหาและอุปสรรคที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัวหลังการจำหน่าย และขาดการประสานต่อข้อมูลการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายให้กับทีมสหวิชาชีพในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยเห็นปัญหา และช่องว่างการประสานงานดังกล่าวจึงเพิ่มวิธีการการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายโดยศูนย์ดูแลต่อเนื่องเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อทำ family meeting ที่หอผู้ป่วย พร้อมทีมสหวิชาชีพ ทีมเฉพาะทางที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนการดูแลร่วมกันช่วยเหลือแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของครอบครัว ตลอดจนหาแหล่งสนับสนุนจากชุมชนในการดูแลผู้ป่วย และครอบครัวแต่ละราย

ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีการใช้แนวคิดการวิจัยแบบมีส่วนร่วมของ Kemmis และ Mc Taggart (1998) ที่มีการพัฒนารูปแบบวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ระยะที่ 2 ระยะปฏิบัติการโดยใช้วงจรของ PAOR ที่มี 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการและการวางแผนจำหน่าย (planning) ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนดำเนินการวางแผนจำหน่าย (action) ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกตการณ์ (observation) และขั้นตอนที่ 4 ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติการ (reflection) นำไปสู่การพัฒนาแบบวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง¹³ ประกอบด้วย 1) การกำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาล อย่างชัดเจนให้มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ 2) การกำหนดบทบาทของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย 3) การประชุมเชิงปฏิบัติการระดมความคิดเห็นร่วมกันโดยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือขั้นตอนที่ 1 ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยศูนย์ดูแลต่อเนื่องรับประสานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการติดตามเยี่ยมเพื่อทำ family meeting ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว ขั้นตอนที่ 2 หลังจำหน่ายมีการติดตามเยี่ยมต่อเนื่องเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนจนครบ 4 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ภายใน 1-2 สัปดาห์โรงพยาบาล ครั้งที่ 2 ภายใน 1-2 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล ครั้งที่ 3 ภายใน 2 - 4 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล และครั้งที่ 4 ภายใน 4-6 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล มีการกำหนดระบายนัดหมายที่ชัดเจน เป็นการสร้างโอกาสอันดีในการที่ญาติ ครอบครัว ได้ซักถามและวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน สอดคล้องกับแนวคิดของ Naylor¹⁴ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแล (care giver engagement) และความรับผิดชอบร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ (accountability/clinician/Team) ทำให้เกิดความเชื่อมั่น ไว้วางใจ และศรัทธาในการให้บริการของบุคลากรสุขภาพ และใช้หลักการเยี่ยมบ้านโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง¹⁵ ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าหลังจำหน่าย 1 เดือน

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งสองกลุ่มไม่มีภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบ และไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับ แต่กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)¹⁶

นอกจากนี้พบว่าการพยาบาลที่บ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามปกติที่ผ่านมา เมื่อการรักษาเสร็จสิ้น แพทย์มีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะเปลี่ยนถ่ายการดูแล จากโรงพยาบาลกลับมาดูแลต่อที่บ้าน ซึ่งเป็นช่วงที่มีความสำคัญในการสร้างความมั่นใจให้ญาติ ครอบครัวในการดูแลหลังการจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งผลการดำเนินที่ผ่านมาแม้จะประสบความสำเร็จที่ระดับหนึ่ง แต่เมื่อเทียบกับสถานการณ์โรคที่เพิ่มอย่างต่อเนื่อง ภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่พบมากขึ้น เช่น ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ และภาวะข้อติด แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลที่บ้านตามปกติ ยังมีจุดบกพร่อง เนื่องจากขาดขั้นตอนการเตรียมก่อนจำหน่าย การวางแผนร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัวเพื่อประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และครอบครัว ปัญหาการติดตามเยี่ยมที่ไม่ต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงมีการแก้ไขจุดบกพร่องด้วยโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองติดต้นก่อนจำหน่ายกลับบ้านโรงพยาบาลบ้านหนองบัวลำภู พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก มีลักษณะทั่วไปแตกต่างกันเล็กน้อย ภายหลังปรับความแตกต่างดังกล่าว พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความพร้อมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) แต่การกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน ($p < 0.810$)

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดภาวะแทรกซ้อนภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับและภาวะข้อติด น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จึงควรมีการพัฒนาแนวทางการประเมินภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยต่อไป ซึ่งแม้ผลการดำเนินที่ผ่านมาจะประสบความสำเร็จที่ระดับหนึ่ง แต่ภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่พบมากขึ้น ผู้วิจัยจึงเห็นประโยชน์การนำไปใช้ของโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพ ชุมชน และภาคีเครือข่ายมีโอกาสได้มีส่วนร่วมในการรับรู้สถานการณ์ปัญหาตั้งแต่ก่อนการจำหน่าย ทำให้มีการวางแผนการพยาบาลร่วมกันระหว่างญาติ ผู้ดูแล ที่ตรงกับปัญหาผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่การดูแลที่บ้าน และการกำหนดระยะเวลานัดหมายเยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายที่ชัดเจน เป็นโอกาสอันดีที่ญาติ ครอบครัว ได้ซักถามและวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพเร็ว ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาหรือปรับปรุงแบบไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ
2. การพัฒนานวัตกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. ควรศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่าย ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตามระยะเวลาที่ได้รับการพยาบาลที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. Johnson W, Onuma O, Owolabi M, Sachdev S. Stroke: a global response is needed. Bull World Health Organ 2016;94:634–634A.
2. Coupland AP, Thapar A, Qureshi MI, Jenkins H, Davies AH, et al. The definition of stroke. Journal of the Royal Society of Medicine 2017;110(1):9-12.
3. สมศักดิ์ เทียมเก่า. สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง. ว. ประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย 2564;37(4):54-60.
4. ปรีดา อารยวิธานนท์. การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. สรรพสิทธิเวชสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2565];37:43-58. เข้าถึงได้จาก: <https://www.prd.go.th/th/content/category/detail/id/9/iid/130588>.
5. ภัทรา วัฒนพันธุ์. การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน. North-Eastern Thai Journal of Neuroscience 2020;12(1):31-43.
6. นันทกานต์ ปักซี่, ทิฏฐิ ศิริวิไล, เสน่ห์ ขุนแก้ว. การเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. ว. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2564;13(1):47-61.
7. สุทธิรัตน์ บุขดี. การพัฒนาระบบการบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. ว. สารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2565;19(1):193-06.
8. สำนักงานสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.prd.go.th/th/content/category/detail/id/9/iid/130588>.
9. อกันตริ กองทอง. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย. ว. สารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข 2565;1(3):1-17.
10. เมธิณี เกตวาธิมาตร. บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขาดเลือดในระยะวิกฤต. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2560;11(2):71-80.
11. นันทิยา ภูงามและชนิษฐา ทาพรมมา. การพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง หอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2565;7(4):1-14.
12. นลินี พสุคันธรักษ์, สายสมร บริสุทธิ และวันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพมหานคร. บริษัท ธนาเพลส จำกัด. 2559
13. ราตรี มณีขัติย์. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ว. อนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2565;4(3):86-4.
14. Naylor M, Shaid EC, Carpenter D, Gass B, Levine C, Li J, et al. Components of comprehensive and effective transitional Care. J Am Geriatr Soc [internet]. 2017 [cited 2021/11/9].65;1119-1125. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/315776473>
15. ชวินทร์ เลิศศรีมงคล, วิชุดา จิรพรเจริญ. เวชปฏิบัติครอบครัว ฉบับปรับปรุง. เชียงใหม่: ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2560
16. สุพิมล บุตรรัตน์. ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันก่อนจำหน่ายกลับบ้านโรงพยาบาลบ้านหนองบัวลำภู. ว. การพยาบาล สุขภาพและการศึกษา 2563;3(1):56-64.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ
ต่อความรู้ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาล
โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19

The effects of competencies promotion program for triaging fast tract
disease groups on knowledge and perceived self-efficacy of nurses, 19th
Somdet Phra Sangkharat Hospital

ณัฏชา แพทย์ชีพ* วาสนา ไจอารีย์* นิภา เชื้อทอง*

Natcha Patcheep* Watsana Chaiaree* Nipha Chueathong*

*โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี

19th Somdet Phra Sangkharat Hospital, Tha Muang District, Kanchanaburi Province

Corresponding author: Natcha Patcheep; Email: Nut_cha 2525@hotmail .com

Received: October 20, 2023; Revised: November 14, 2023; Accepted: November 23, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญต่อความรู้ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 32 คน เลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง .67–1.00 และความเชื่อมั่นโดยวิธีของลิฟวิงสตันด้านความรู้ เท่ากับ .60 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เท่ากับ .98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญของพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ประกอบด้วย 1) การบรรยายประกอบสื่อ 2) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วย และ 3) การคัดแยกผู้ป่วย พยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05

คำสำคัญ: สมรรถนะ, การคัดแยกผู้ป่วย, กลุ่มโรคสำคัญ, ความรู้, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ABSTRACT

The objectives of this quasi - experimental research one groups pre-posttest design article was to study the effective of the program of promotion competencies on knowledge and perceived self-efficacy of nurses of 19th Somdet Phra Sangkharat Hospital. The sample was 32 nurses by purposive sampling. The research instruments used in this study consisted of the personal data questionnaire, test, and self-efficacy questionnaire. The content validity by Index Item Objective Congruence was 0.67–1.0 and Livingston on knowledge was .60, the Cronbach's alpha coefficients of perceived self-efficacy questionnaire was .98. Data were analyzed using frequency percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

The results showed that: the program of promotion competencies of nurses of 19th Somdet Phra Sangkharat Hospital consisted of 1) media lectures 2) exchanging experiences in sorting patient types and 3) patient triage workshop. The effective of the program of promotion competencies on knowledge and perceived self-efficacy of nurses of 19th Somdet Phra Sangkharat Hospital show that after joining the program, the nurses had significantly higher mean knowledge scores than before joining the program ($p < 0.05$) and they had significantly higher mean perceived self-efficacy score than before joining the program ($p < 0.05$).

Keywords: competency, triage, fast tract disease groups, knowledge, perceived self-efficacy

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีความต้องการทางการแพทย์มีปริมาณมากขึ้น ประกอบกับปริมาณทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างจำกัด ซึ่งขบวนการแก้ไขปัญหาในภาพรวมสามารถทำได้หลายวิธี หนึ่งในนั้นคือการคัดกรอง (triage)¹ เพื่อให้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีอยู่ถูกใช้กับบุคคลที่ควรได้รับการช่วยเหลือด้วยบุคคลากรทางการแพทย์ได้ทันเวลา และสถานที่ที่เหมาะสม เพื่อลดการเสียชีวิต ลดความรุนแรงของโรค ลดความพิการ ลดความทรมาน ลดความไม่พอใจ และลดการร้องเรียน กระบวนการคัดกรอง (triage) เป็นกระบวนการจัดการทรัพยากร มีลักษณะสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1. กระบวนการคัดกรองใช้ในกรณีที่ทรัพยากรขาดแคลน 2. กระบวนการจัดสรรทรัพยากรในภาพย่อยเป็นรายบุคคล 3. กระบวนการที่ระบบหรือแบบแผนที่ชัดเจน ประเทศไทย สภาการพยาบาลได้นำระบบการคัดกรอง 3 ระดับคือ emergency (E), urgent (U), non urgent (N) มาให้บริการของห้องฉุกเฉิน และมีการประกาศใช้หลักเกณฑ์ในการคัดแยก เพื่อการคำนวณภาระงานการพยาบาลห้องฉุกเฉินในปี พ.ศ. 2545 โดยแบ่งคนไข้เป็น 4 ระดับคือ emergency urgent acute illness และ non acute illness จนกระทั่งถึงปัจจุบัน ได้เริ่มมีการปรับใช้ระบบคัดกรองที่แบ่งเป็น 5 ระดับความรุนแรง โดยอ้างอิงจากหลายหลากวิชาการ เช่น Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) ของประเทศแคนาดาและ Emergency Severity Index (ESI) ของสหรัฐอเมริกา และกระทั่งล่าสุดได้มีการปรับเป็น version 4 แต่อย่างไรก็ตามเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสมและเท่าเทียมกันในแต่ละโรงพยาบาล จึงได้นำมาสรุปเป็นกระบวนการคัดกรองของประเทศไทย (Thailand National Triage Guideline) ของแนวทาง MOPH ED TRIAGE ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2561) เพื่อให้เป็นแนวทางให้โรงพยาบาลในประเทศไทยนำไปใช้เพื่อดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และนำมาปรับปรุงด้วยกระบวนการวิจัยเพื่อให้กระบวนการคัดกรองนี้แม่นยำ และน่าเชื่อถือยิ่งขึ้นและเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช เป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญเป็นด่านแรกของโรงพยาบาล ให้บริการผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง มีบทบาทหน้าที่ในการประเมินอาการผู้ป่วยแรกรับ และคัดแยกประเภทผู้ป่วยทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ จัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความเร่งด่วน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล

รักษา ที่ทันตแพทย์ตามความเร่งด่วน และเหมาะสม ดังนั้นกระบวนการคัดแยกประเภทผู้ป่วย มีความสำคัญมากในการดูแลแรก รับ ในการประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วย แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยกำหนดให้ใช้เกณฑ์การประเมิน ของแนวทาง MOPH ED TRIAGE ของกรมการแพทย์¹ ที่เน้นการคัดกรองผู้ป่วยหนักหรือมีความเสี่ยงที่ต้องการดูแลเร่งด่วน และเน้นความสิ้นเปลืองในการ ทำงานลดความแออัดในห้องฉุกเฉิน ระบบการคัดแยกช่วยให้เจ้าหน้าที่พยาบาลมีแนวทางมาตรฐานการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ส่งผลให้สามารถคัดแยกผู้ป่วยและจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการตามความเร่งด่วน อัตราการไหลเวียนของผู้ป่วย รวดเร็วขึ้น เพิ่มคุณภาพและผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ลดความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน ลดอัตราการ ตายที่ไม่สมควรในห้องฉุกเฉิน ลดค่าใช้จ่ายและทรัพยากรขององค์กรที่ต้องนำมาใช้เกินความจำเป็น ลดการคลาดเคลื่อน ในการ คัดแยก²

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 ใช้มาตรฐานการคัดแยกผู้ป่วยระยะแรกเริ่ม ใช้เกณฑ์ระบบการคัดกรอง 3 ระดับคือ emergency (E) urgent (U) non urgent (N) ของสภาการพยาบาล ทั้งงานการ พยาบาลผู้ป่วยนอกและงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ต่อมา มีการปรับการประเมินเพื่อคัดแยกระดับความ รุนแรง ของ emergency severity index (ESI) version 4 เฉพาะงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช แบ่ง ประเภทผู้ป่วยเป็น 5 ระดับ ส่วนงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกแบ่งประเภทผู้ป่วยเป็น 3 ระดับ emergency (E) urgent (U) non urgent (N) พบปัญหาผู้ป่วยอาการทรุดลงที่งานผู้ป่วยนอก การสื่อสารระดับผู้ป่วยไม่ตรงกัน ได้มีการทบทวนในระบบด้านหน้า ของโรงพยาบาล ให้แบ่งประเภทผู้ป่วยเป็น 5 ระดับของ emergency severity index (ESI) version 4 เหมือนกัน ไปใน แนวทางเดียวกันระหว่างงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช และงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก เพื่ออำนวยความสะดวก การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ปัจจุบันได้มีการปรับใช้ตามแนวทาง MOPH ED TRIAGE ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2561) ได้พัฒนาสมรรถนะแก่พยาบาลวิชาชีพทั้ง 2 หน่วยงานเข้ารับการอบรมการคัดแยก กับโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา (โรงพยาบาลแม่ข่าย) เพื่อให้มีความรู้และทักษะ และสามารถถ่ายทอดให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ได้รับการอบรมได้ ระบบ การคัดกรองของโรงพยาบาล มีจุดคัดกรอง 2 จุด จุดที่ 1 อยู่ที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก มีพยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่คัดกรอง เบื้องต้น ในเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา 08.00 น. ถึง 16.00 น. จุดที่ 2 อยู่บริเวณหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและ นิติเวช พยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่ในการคัดแยก ตลอด 24 ชั่วโมง โดยปฏิบัติงานบริเวณหน้าห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่เวลา 8.00 น.ถึง 24.00 น. และหลังจากนั้น ตั้งแต่เวลา 24.00 น. ถึง 08.00 น. เข้าไปคัดแยกภายในห้องฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพ ที่ทำหน้าที่คัด กรองและคัดแยกทั้ง 2 หน่วยงาน ต้องมีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปีและผ่านการอบรมการคัดแยก นอกจากนี้ได้มี การพัฒนาเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น พนักงานเวรเปลและเจ้าหน้าที่ห้องบัตร ให้มีความรู้และความสามารถ ประเมิน ผู้ป่วยเบื้องต้นได้ระดับหนึ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับประเภทผู้ป่วย ป้องกันอาการทรุดลง หรือความล่าช้าใน การดูแลรักษาพยาบาล อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ปลอดภัย หรือเสียชีวิตลงได้

จากการทบทวนข้อมูลในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและงานการพยาบาล ผู้ป่วยนอก ผลลัพธ์การคัดแยกที่ถูกต้อง³ ปี พ.ศ. 2563-2565 คิดเป็นร้อยละ 82.42, 89.15, 87.28 ตามลำดับ พบว่ามีการ ประเมินความรุนแรงที่ต่ำกว่าความเป็นจริง (under triage)⁴ ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงมากขึ้น ต้องรอตรวจเป็นเวลานาน ปีพ.ศ. 2563-2565 คิดเป็นร้อยละ 8.35, 5.16 และ 6.80 ตามลำดับ และมีการประเมินความรุนแรงที่สูงกว่าความเป็นจริง (over triage)⁴ ทำให้เกิดความไม่เพียงพอในการจัดสรรทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด ปีพ.ศ. 2563-2565 คิดเป็นร้อยละ 9.23, 5.69 และ 5.92 ตามลำดับ และพบอุบัติการณ์ระดับรุนแรงปานกลาง-รุนแรงมาก (E-I) โดยแบ่งระดับความรุนแรงของความเสี่ยงทาง คลินิก ตามเกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรงของ The Nation Coordinating Council for Medication Error Reporting

And Prevention: NCCMER พบอุบัติการณ์ทางด้านการคลินิกของโรงพยาบาล ในกลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ 3S (stroke, STEMI, sepsis) และ trauma (head injury และ multiple trauma) ปี พ.ศ. 2563-2565 คิดเป็นร้อยละ 1.48, 0.46 และ 0.48 ตามลำดับ โดยแยกเป็นแต่ละโรคสำคัญดังนี้ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) พบอุบัติการณ์ระดับรุนแรง ปี พ.ศ. 2563 -2565 คิดเป็นร้อยละ 18.51, 8.69 และ 00.00 ตามลำดับ จากการทบทวนอุบัติการณ์ ผู้ป่วยได้รับมีอาการฉุกเฉินหนักได้สิ้นปี มีโรคประจำตัวเบาหวานและความดันโลหิตสูง เข้ารับการรักษาที่ผู้ป่วยนอก ให้ระดับความรุนแรง urgent หลังจากนั้นผู้ป่วยอาการทรุดลง และย้ายไปห้องฉุกเฉิน ทำการตรวจ EKG พบเป็น STEMI ให้ยา TNK และส่งต่อโรงพยาบาล พหลพลพยุหเสนา จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าการประเมินไม่ถูกต้อง ชักประวัติ ไม่ครอบคลุม ขาดการประเมินซ้ำ ขาดการดูแลต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลล่าช้า และอาการทรุดลง โรคบาดเจ็บหลายระบบ (multiple trauma) พบอุบัติการณ์ระดับรุนแรง ปี พ.ศ. 2563-2565 คิดเป็นร้อยละ 11.53, 2.38 และ 10.00 ตามลำดับ จากรายงานอุบัติการณ์พบว่า ขาดการประเมิน Primary survey (ABCDE) เพื่อการประเมินและค้นหาภาวะ life threatening และให้ระดับความรุนแรงต่ำกว่าความเป็นจริง (under triage) เป็นต้น ทำให้การรักษาล่าช้า ผู้ป่วยทรุดลง และเสียชีวิต โรคติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) พบอุบัติการณ์ระดับรุนแรง ปี พ.ศ. 2563-2565 คิดเป็นร้อยละ 3.06, 0.00 และ 1.25 ตามลำดับ ที่ผ่านมาพบว่าได้รับขาดการประเมิน SIRS criteria ทั้งที่พบจำนวน 2/4 ข้อและมี source infection ให้ระดับความรุนแรง urgent (under triage) เกิดการ delay treatment, delay DX ทำให้ผู้ป่วยทรุดลงและเสียชีวิต โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) พบอุบัติการณ์ระดับรุนแรง ปี พ.ศ. 2563-2565 คิดเป็นร้อยละ 0.57, 0.60 และ 00.00 ตามลำดับ จากการทบทวนอุบัติการณ์ 2 รายพบว่า ชักประวัติ onset ไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้เข้า stroke fast track เสียโอกาสในการได้ยา rt-PA และโรคบาดเจ็บที่ศีรษะ (head injury) พบอุบัติการณ์ระดับรุนแรง ปี พ.ศ. 2563-2565 คิดเป็นร้อยละ 0.16, 0.14 และ 0.14 ตามลำดับ จากการทบทวนอุบัติการณ์พบว่า ขาดการประเมินซ้ำ ขาดการดูแลต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลล่าช้าและอาการทรุดลง จากอุบัติการณ์ระดับรุนแรงดังกล่าว พบพยาบาลวิชาชีพให้ดูแลทางการพยาบาล ไม่เหมาะสม ขาดความรู้และทักษะในการคัดแยก ไม่ใช่เกณฑ์การแยกประเภทผู้ป่วย ชักประวัติไม่ครอบคลุม ขาดการเตรียมความพร้อมในภาวะฉุกเฉิน การประเมินล่าช้า ไม่ต่อเนื่อง และจากการตรวจเยี่ยมจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ⁵ ให้ความสำคัญในการคัดแยกคลาตเคลื่อนของผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งอยู่ในมาตรฐาน 9 safety⁵ จึงเป็นจุดเน้นของทีมบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ที่หน่วยงานต้องพัฒนาระบบคัดแยกให้มีประสิทธิภาพ ทางหน่วยงานได้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการคัดแยกกลุ่มโรคสำคัญ เพื่อเป็นแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยให้ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช และงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก สามารถนำมาเป็นเครื่องมือดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ จัดลำดับความสำคัญของการให้บริการตามความเร่งด่วน ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ลดอุบัติการณ์ระดับรุนแรง และผู้ป่วยปลอดภัย⁶

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญต่อความรู้ และการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนของพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19

สมมติฐานการวิจัย

1. พยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วย กลุ่มโรคสำคัญ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. พยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วย กลุ่มโรคสำคัญ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ขอบเขตการวิจัย

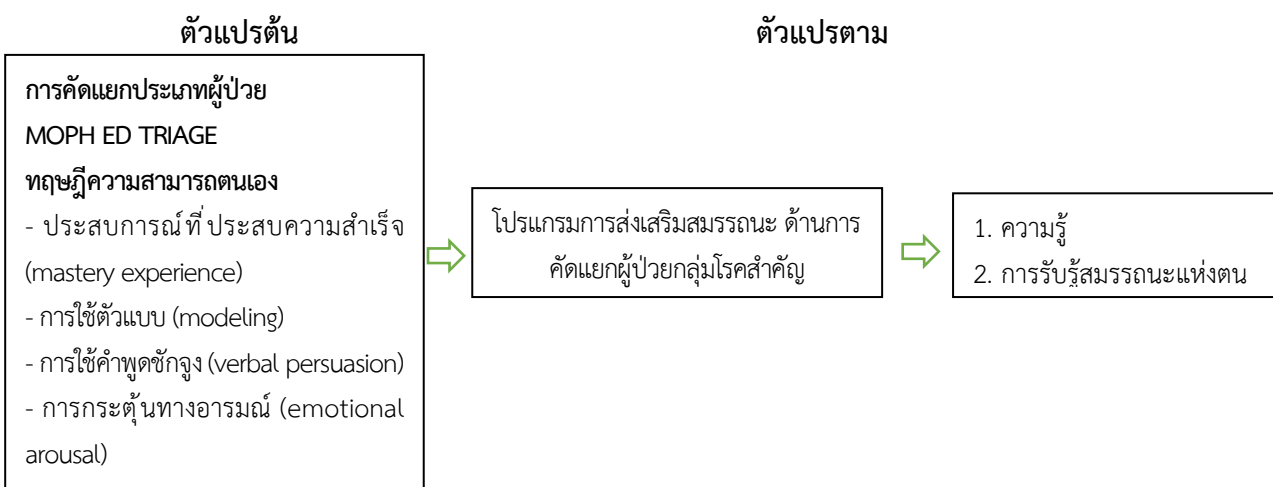
ขอบเขตด้านประชากร พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงาน 1 ปี ขึ้นไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 จังหวัดกาญจนบุรี

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้นคือ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ ตัวแปรตามคือ ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกกลุ่มโรคสำคัญ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการคัดแยกกลุ่มโรคสำคัญ

ขอบเขตด้านระยะเวลา และสถานที่ ศึกษาข้อมูลระหว่าง เดือนมีนาคม ถึง กันยายน 2566 โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ผู้วิจัยนำความรู้เรื่องการคัดแยกประเภทผู้ป่วย MOPH ED TRIAGE¹ และกลุ่มโรคสำคัญ 5 โรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (stroke)⁷ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI)⁸ ภาวะ sepsis⁹ โรคบาดเจ็บบนศีรษะ (head injury)¹⁰ โรคบาดเจ็บบนหลายระบบ (multiple trauma)¹¹ มาเป็นหลักในการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ โดยออกแบบกิจกรรมที่ทำให้พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และจัดการคัดแยกประเภทผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ด้วยการนำทฤษฎีความสามารถตนเอง (self – efficacy theory)¹² มาใช้ในการสร้างโปรแกรมพัฒนาตามแนวคิด Bandura¹³ ประกอบด้วย 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experience) 2) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) โดยการใช้ตัวแบบ (modeling) 3) การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) และ 4) การกระตุ้นอารมณ์ (emotional arousal) สรุปตามกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง (one group pretest- posttest)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช และงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 อำเภอนาทม จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 32 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วย ใช้เวลา 3 วัน กิจกรรมประกอบด้วย

วันที่ 1 การบรรยายประกอบสื่อ เนื้อหาประกอบด้วย

- 1) อุบัติการณ์ในโรคสำคัญ ในการคัดแยกผิดพลาด ระดับรุนแรง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง
- 2) ความรู้เรื่องการแยกประเภทผู้ป่วยตามแนวทาง MOPH ใช้เวลา 2 ชั่วโมง
- 3) ความรู้เรื่องโรคสำคัญ ได้แก่ stroke STEMI sepsis trauma (head injury และ multiple trauma) โดย PM (project management) แต่ละสาขา ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

- 4) แนวทางการคัดกรอง ของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

วันที่ 2 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานในการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

- 5) ทบทวนการทำงานเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วย 2 ชั่วโมง

6) การฝึกทักษะการตัดสินใจ โดยใช้การแสดงบทบาทสมมติจากกรณีอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจริง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันวิเคราะห์เหตุผลของการคัดแยกผู้ป่วย พิจารณาผลลัพธ์จากการคัดแยกและแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ใช้เวลา 5 ชั่วโมง

วันที่ 3 การคัดแยกผู้ป่วย

- 7) ฝึกปฏิบัติการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามสถานการณ์สมมติ ด้วยการฉายวิดีโอทัศน์กรณีศึกษาในการเกิดอุบัติการณ์ต่าง ๆ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

8) การแสดงผลการคัดแยกประเภทผู้ป่วยในช่วงที่ผ่านมาของโรงพยาบาล เพื่อฝึกความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลผ่านสื่อนำเสนอ ซึ่งกิจกรรมทั้งหมดอยู่ภายใต้สถานการณ์ที่เป็นจริง ที่กลุ่มตัวอย่างได้เผชิญซึ่งจะสะท้อนความสามารถของตนเอง ในการแยกประเภทผู้ป่วยตามที่ได้กำหนดไว้ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

- 9) แลกเปลี่ยนประสบการณ์คัดแยกผู้ป่วยที่มารับบริการ ในโรค STEMI มารับบริการ ได้รับการคัดแยกที่ถูกต้อง รวดเร็ว สามารถดูแลให้ผู้ป่วยเข้า fast track ได้อย่างรวดเร็วใช้เวลา 3 ชั่วโมง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา หน่วยงาน การเข้ารับการอบรมที่เกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ และประสบการณ์ในการทำงาน เป็นแบบสอบถามลักษณะตรวจสอบรายการ และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ด้านการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจาก แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วย MOPH ED.TRIAGE จำนวน 14 ข้อ ให้เลือกตอบว่าใช่ หรือไม่ใช่ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

โดยแปลผลดังนี้ 11 – 14 คะแนน หมายถึงความรู้อยู่ในระดับมาก 8 – 10 คะแนน หมายถึงความรู้อยู่ในระดับปานกลาง 0 – 7 คะแนน หมายถึงความรู้อยู่ในระดับน้อย

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญของพยาบาล จากแนวคิดของแบนดูรา¹⁴ (Bandura, 1986) ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 35 ข้อ แบ่งเป็น ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 20 ข้อ และด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ 15 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) โดยใช้มาตรวัดแบบของไลเคิร์ต (Likert's Scale) เกณฑ์การให้คะแนนแบ่ง เป็น 5, 4, 3, 2, 1 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ตามลำดับ เกณฑ์การแปลความหมาย อิงกลุ่มตามค่าของข้อมูลที่วัดได้ โดยนำค่าพิสัยมาแบ่งเป็น 5 ช่วงเท่ากัน ดังนี้ คะแนนค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึงความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึงความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึงความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึงความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย และค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึงความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมะเร็ง หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลมะเร็ง และหัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา การหาความตรงเชิงเนื้อหา ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index item objective congruence: IOC) ค่า IOC อยู่ระหว่าง .67-1.00

การหาความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ กับพยาบาลที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา และโรงพยาบาลทองผาภูมิ จำนวน 32 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (α) ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .98

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาล สมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ตามหนังสือรับรองเลขที่ IRB. No. 02-2566 ลงวันที่ 15 มีนาคม 2566 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการทำงานตามปกติ และผลการศึกษานำเสนอเป็นภาพรวมไม่ระบุตัวบุคคลใด ๆ ทั้งสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำข้อมูลเรียนให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 รับทราบเพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล และอธิบายรายละเอียดต่อหัวหน้าพยาบาล โดยประสานงานเพื่อขอความร่วมมือในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนด
2. ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญโดยผู้วิจัยอธิบายความเป็นมาของปัญหา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการ เข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ อธิบายกิจกรรมตามโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ สอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ
3. เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบทดสอบ และแบบสอบถามกับพยาบาลที่เข้าร่วมกิจกรรมก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติวิเคราะห์ ได้แก่ pair t- test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 96.90 มีอายุระหว่าง 51-60 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.50 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 44.72 (SD = 11.57) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 93.80 หน่วยงานผู้ป่วยนอก ร้อยละ 59.40 ระยะเวลาในการทำงาน 21 – 30 ปี ร้อยละ 34.40 ระยะเวลาในการทำงานเฉลี่ย 20.13 ปี (SD = 11.34) ระยะเวลาทำงานน้อยที่สุดคือ 1 ปี มากที่สุด คือ 39 ปี และส่วนใหญ่ไม่เคยอบรมเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ คิดเป็นร้อยละ 53.10 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=32)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	31	96.90
ชาย	1	3.10
อายุ (ปี)		
21 – 30	9	28.10
31 – 40	1	3.10
41 – 50	10	31.30
51 – 60	12	37.50
$\bar{X}$ = 44.72, SD = 11.57, Min = 26, Max = 60		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	30	93.80
ปริญญาโท	2	6.30
หน่วยงาน		
งานผู้ป่วยนอก	19	59.40
งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน	13	40.60
ระยะเวลาทำงาน (ปี)		
1 – 10	9	28.10
11 – 20	6	18.80
21 – 30	11	34.40
31 – 40	6	18.80
$\bar{X}$ = 20.13, SD = 11.34, Min = 1, Max = 39		
การอบรมที่เกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ		
ไม่เคย	17	53.10
เคย	15	46.90

2. ผลการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญต่อความรู้ของพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ ก่อนได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 11.28 ($\bar{x} = 11.28$, $SD = 1.44$) ในขณะที่หลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.97 ($\bar{x} = 11.97$, $SD = 1.53$) และคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p = .008$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญของพยาบาล (n=32)

ความรู้	N	$\bar{X}$	SD	t	df	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	32	11.28	1.44	-2.82*	31	0.008
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	32	11.97	1.53			

* $p < .005$

3. ผลการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ ก่อนได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 148.66 ($\bar{x} = 148.66$, $SD = 18.53$) และหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้นโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 161.22 ($\bar{x} = 161.22$, $SD = 13.67$) และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ(n=32)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	n	$\bar{X}$	SD	t	df	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	32	148.66	18.53	-3.51*	31	0.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	32	161.22	13.67			

* $p < .005$

จากการศึกษาพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 11.28 ($SD = 1.44$) และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 148.66 ($SD = 18.53$) และภายหลัง 2 สัปดาห์ที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 12.09 ($SD = 1.38$) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้นโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 162.69 ($SD = 14.55$) แสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อน 2 สัปดาห์ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญของพยาบาล

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	SD	t	df	p-value
ความรู้						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	32	11.28	1.44	-3.52*	31	0.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 สัปดาห์	32	12.09	1.38			
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	32	148.66	18.53	-5.38*	31	0.000
หลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 สัปดาห์	32	162.69	14.55			

* $p < .005$

อภิปรายผลการวิจัย

สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผลการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญของพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 จากผลการศึกษา พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมจำนวน 3 วัน ทั้งนี้กิจกรรมประกอบด้วย 1) การบรรยายประกอบสื่อในหัวข้อปฏิบัติการในโรคสำคัญในการคัดแยกผิดพลาดระดับรุนแรง ความรู้เรื่องการแยกประเภทผู้ป่วยตามแนวทาง MOPH ความรู้เรื่องโรคสำคัญ ได้แก่ stroke STEMI sepsis trauma (head injury และ multiple trauma) โดย PM (project management) ในแต่ละสาขา และแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 2) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานในการคัดแยกประเภทผู้ป่วย กิจกรรมประกอบด้วย การทบทวนการทำงานเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วย และการฝึกทักษะการตัดสินใจ โดยใช้การแสดงบทบาทสมมติจากกรณีอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจริง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันวิเคราะห์เหตุผลของการคัดแยกผู้ป่วย พิจารณาผลลัพธ์จากการคัดแยกและแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 3) การฝึกปฏิบัติคัดแยกผู้ป่วยในสถานการณ์ต่าง ๆ กิจกรรมประกอบด้วย การฝึกปฏิบัติการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามกรณีศึกษาจากอุบัติการณ์ การฝึกตรวจสอบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยผ่านสื่อนำเสนอเป็นการสะท้อนความสามารถในการแยกประเภทผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่าง และการฝึกคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่มารับบริการ ในโรค STEMI มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ทั้งนี้เป็นไปตามทฤษฎีความสามารถตนเอง (self – efficacy theory)¹³ ที่ระบุว่าความสามารถในตนเองจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับรู้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experience) มีการใช้ตัวแบบ (modeling) ประกอบกับการใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) และการกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) เมื่อผู้ป่วยได้รับการคัดแยกที่ถูกต้อง รวดเร็ว สามารถดูแลให้ผู้ป่วยเข้า fast track ได้อย่างรวดเร็ว จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลได้อย่างทันท่วงที สอดคล้องกับผลการศึกษาพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก พบว่าสมรรถนะด้านทักษะการประเมินอาการและการคัดกรองผู้ป่วย เป็นพฤติกรรมที่บ่งชี้สมรรถนะสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน¹⁵ และสอดคล้องกับผลการศึกษารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลน่าน พบว่าปัญหาและความต้องการในการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลแผนกฉุกเฉิน มี 2 ด้านคือ ด้านรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และ

2) ด้านคุณลักษณะและสมรรถนะพยาบาลผู้คัดแยก¹⁶ รวมถึงสอดคล้องกับผลการศึกษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในห้องฉุกเฉิน ประกอบด้วย 1) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในห้องฉุกเฉิน และ 2) ทีมการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ และผลการประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ในห้องฉุกเฉิน พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นนั้นมีความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบการดูแลไปใช้และด้านความง่ายในทางปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด และผลลัพธ์ทางคลินิกบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้โดยสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ¹⁷ จึงอาจสรุปได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นสามารถนำไปใช้เพื่อเพื่อสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญที่มารับบริการที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชได้

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ จากผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญก่อนได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 11.28 (SD = 1.44) หลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้นโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.97 (SD = 1.53) และภายหลัง 2 สัปดาห์ที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 12.09 (SD = 1.38) ในขณะที่ก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเท่ากับ 148.66 (SD = 18.53) หลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้นโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 161.22 (SD = 13.67) และภายหลัง 2 สัปดาห์ที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้นโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 162.69 (SD = 14.55) แสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สอดคล้องกับ แบนดูรา¹² ที่กล่าวว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้ความสามารถตนเอง เป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ให้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย การคัดแยกผู้ป่วยอย่างถูกต้องมีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยที่พยาบาลที่เป็นผู้ให้บริการด้านหน้าจำเป็นต้องคัดแยกได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้าการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน พยาบาลคัดแยกถูกต้อง ร้อยละ 67.50 คัดแยกไม่ถูกต้อง ร้อยละ 32.50 โดยคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์และต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 28.40 และ 4.10 ตามลำดับ ดังนั้นโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญของพยาบาลวิชาชีพจึงมีความสำคัญมาก¹⁸ เช่นเดียวกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ที่พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังทดลอง 12 สัปดาห์ และระยะติดตาม 16 สัปดาห์ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ¹⁹ และสอดคล้องกับผลการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลแผนกฉุกเฉินนั้น พยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินมีปัญหาและความต้องการในการคัดแยกผู้ป่วย 2 ด้านคือ ควรมีรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลผู้คัดแยกผู้ป่วย และเมื่อนำรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยไปใช้พบว่า พยาบาลมีคะแนนความรู้ภายหลังการฝึกอบรมเพิ่มขึ้น มีประสบการณ์จริงในการคัดแยกผู้ป่วย ผลการคัดแยกผู้ป่วยมีข้อผิดพลาดลดลง มีความรู้สึกมั่นใจ เห็นคุณค่าและตระหนักเรื่องการคัดแยกผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น และสมาชิกสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีความรู้ความเข้าใจเรื่องกระบวนการและหลักการ คัดแยกผู้ป่วยเพิ่มขึ้น มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันเพิ่มขึ้น¹⁶

ข้อเสนอแนะ

1. กลุ่มการพยาบาลควรส่งเสริมสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญอย่างต่อเนื่อง โดยจัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นการทำงาน อาทิ การประชุมเพื่อติดตามความรู้ใหม่ ๆ เกี่ยวกับกลุ่มโรคสำคัญ แนวทาง MOPH ED TRIAGE ของกรมการแพทย์ และทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วย การอบรมเชิงปฏิบัติการ การฝึกทักษะ การคัดแยกผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคสำคัญ ได้แก่ stroke STEMI sepsis trauma (head injury และ multiple trauma)
3. ในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษารูปแบบการวิจัยและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยสหวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน กลุ่มตัวอย่างควรมีจำนวนเพิ่มขึ้น เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ ควรเก็บตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความรู้และโอกาสจาก นพ.สมชาย ไวกิตานันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ตลอดจนพี่น้องร่วมวิชาชีพพยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 โรงพยาบาลทองผาภูมิ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ที่ช่วยสนับสนุนให้การวิจัยครบถ้วนสมบูรณ์ สร้างคุณประโยชน์แก่การบริการพยาบาล ขอขอบพระคุณอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้วิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. MOPH ED. Triage. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
2. เทพีรัตน์ เทศประสิทธิ์. การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลโชคชัย. ว. ศุภยอนามย์ที่ 9 2564;15(36):160-78.
3. รายงานผลตัวชี้วัด QA ประจำปี. โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19. กลุ่มงานการพยาบาล; 2565. (เอกสารไม่ตีพิมพ์)
4. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). ระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล Healthcare Risk Management System (HRMS) [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงวันที่ 15 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: sd19.thai-nrls.org
5. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). Patient safety Goals:SIMPLE Thailand 2018. นนทบุรี; 2561.
6. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ Hospital and Healthcare Standards ฉบับที่ 5. นนทบุรี; 2564.
7. ชนิกานต์ จารุพุดพิงค์, ตรึงตา พูลผลอานวยและอำพัน รุจนสุธี. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ความรู้สำหรับผู้ปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน. บริษัท อัลติเมท พรินต์ติ้ง จำกัด; 2564
8. ศูนย์หัวใจ โรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการุณย์. รู้จักการ รักษาทัน ภาวะกล้ามเนื้อขาดเลือดเฉียบพลัน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลศิริราช; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.siphospital.com/th/news/article/share/acute-coronary-syndrome>

9. อังคณา เกียรติมานะโรจน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลวาปีปทุม. ว. วิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2564; 5:27-43.
10. ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาพยาบาลด้านศัลยกรรม LINICALPRACTICE GUIDLINES IN SURGERY สาขา: ประสาทศัลยศาสตร์. บาดเจ็บที่ศีรษะ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.rcst.or.th/>
11. เสาวรส จันทมาศ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. ว. พยาบาลสงขลานครินทร์ 2565; 42:25-39.
12. Bandura, A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
13. Bandura, A. Social Learning Theory. New Jersey: Englewood Cliffs; 1997.
14. Bandura. A. Social foundations of thought and action: A Social Cognitive Theory; New Jersey: Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs; 1986.
15. วิปศยา คุ่มสพวรรณ, บุญพิชชา จิตต์ภักดี, กุลวดี อภิชาติบุตร. การพัฒนารอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2565;49:138-47.
16. พรรณพิมล สุขวงษ์, ปาณิสรา หลีค้วน, ทชา จงศิริฉัยกุล, พชรินทร์ ไชยบาล. รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลน่าน. ว. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2564;29:58-68.
17. เสาวรส จันทมาศ, กัญจนา ปุกคำ, สุมาลี พลจรัส, ประณีต ส่งวัฒนา. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. ว. พยาบาลสงขลานครินทร์ 2565;42:25-39.
18. กัลยารัตน์ หล้าธรรม, ชัยกณณ์ แพรขาว. การศึกษาคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษา ระดับชาติและนานาชาติ; 10 มีนาคม 2560; มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
19. พิชชานันท์ สงวนสุข, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2566]; 9(2):122-135. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/scnet/index>

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อความรู้และพฤติกรรมการ
วางแผนจำหน่ายของพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี
Effects of the discharge planning program for stroke patients on knowledge and
behavior in discharge planning of nurses, Chaokhunpaiboon Phanomthuan
Hospital, Kanchanaburi Province

โสภิต ใจอารีย์*

Sopit Jaiaree*

โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์พนมทวน อำเภอนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี

*Chaokhunpaiboon Phanomthuan Hospital, Phanomthuan District, Kanchanaburi Province

Corresponding author: Sopit Jaiaree; Email: Soraya2510@hotmail.com

Received: October 19, 2023; Revised: November 16, 2023; Accepted: November 21, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาล 2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการวางแผนจำหน่ายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาล และ 3) ศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 35 คัดเลือกแบบเจาะจง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน ถึงตุลาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาล แบบประเมินพฤติกรรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และความพึงพอใจของพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาล มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา .67-1.00 และค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เท่ากับ .83 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคด้านพฤติกรรม .94 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคทั้งฉบับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความพึงพอใจภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.48, SD = 0.56)

คำสำคัญ: โปรแกรม, การวางแผนจำหน่าย, โรคหลอดเลือดสมอง, ความรู้, พฤติกรรม

ABSTRACT

The objectives of this quasi - experimental research one group pre-post-design article was to 1) compare the mean knowledge scores before and after participating in the stroke patient discharge planning program for nurses. 2) compare the mean scores on discharge planning behavior before and after participating in the stroke patient discharge planning program and 3) study the satisfaction of nurses after participating in the discharge planning program for stroke patients. The sample group was 35 registered nurses. Data was collected between September - October 2023. Research instrument consisted of personal information questionnaires, knowledge test for nurses regarding discharge planning for stroke patients, behavioral assessment form for discharge planning for stroke patients and satisfaction of nurses after participating in the nurse discharge planning program for stroke patients. The questionnaire had a content validity index of .67-1.00 a reliability of knowledge test was .83. Cronbach's alpha coefficient for behavior was .94. Cronbach's alpha coefficient for the whole version was .90. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation and paired t-test.

The research results found that nurses who participated in the stroke patient discharge planning program had higher mean scores of knowledge and discharge planning behavior than before participating in the stroke patient discharge planning program statistically significant at the 0.05 level, overall satisfaction had the highest average score ($\bar{X}$ = 4.48, SD = 0.56)

Keyword: program, discharge planning, stroke, knowledge, behavior

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก พบผู้ป่วยจำนวน 80 ล้านคน ผู้เสียชีวิตประมาณ 5.50 ล้านคน และยังพบผู้ป่วยใหม่ถึง 13.70 ล้านคนต่อปี โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร¹ และยังพบว่า เป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย จากรายงานวารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย พบว่า โรคหลอดเลือดสมองยังพบเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย จากข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ในปี พ.ศ. 2563-2565 อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปเท่ากับ 328.01, 330.22 และ 330.72 ต่อแสนประชากรตามลำดับ² จากฐานข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2566³ รายงานว่าจังหวัดกาญจนบุรี พบรายงานยอดผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 892, 1081, และ 1,092 คนตามลำดับ คิดเป็น 149.92, 179.85, และ 179.93 ต่อแสนประชากร ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักจะอยู่ในสภาพอัมพาต อัมพาต หรืออยู่ในภาวะพึ่งพิงทำให้ต้องใช้เวลานานในการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ

โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์ พิษณุพน เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ในจังหวัดกาญจนบุรี ที่ต้องรองรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลใหญ่ เมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตและเข้าสู่ระยะการฟื้นฟู จากข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์ พิษณุพน พบจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2563 -2565 พบผู้ป่วย 100, 96 และ 117 รายตามลำดับ⁴ และจากการสอบถามการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์ พิษณุพน พบว่า แนวทางการให้ข้อมูลที่มีอยู่ยังไม่สอดคล้องกับปัญหาที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการ รูปแบบการให้ความรู้และการประเมินผู้ป่วยก่อนจำหน่ายไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถฟื้นฟูได้อย่างที่ควรจะเป็น ผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถฟื้นฟูได้อย่างที่ควรจะเป็น ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่แยลงและกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อน

2(10)

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นจำเป็นต้องมีการพัฒนาการให้ความรู้และการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่าย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดด้านสุขภาพของ Nutbeam⁵ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูล (access skill) 2. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ หรือทักษะทางปัญญา (cognitive skill) 3. ทักษะการสื่อสาร (communication skill) 4. ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) 5. ทักษะการจัดการตนเอง (self-management skill) และ 6. ทักษะการบอกต่อ (media literacy skill) จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้นำมาเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนพัฒนาโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD & P⁶ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาล ก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการวางแผนจำหน่ายของพยาบาล ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สมมุติฐานการวิจัย

1. พยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. พยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 35 คน

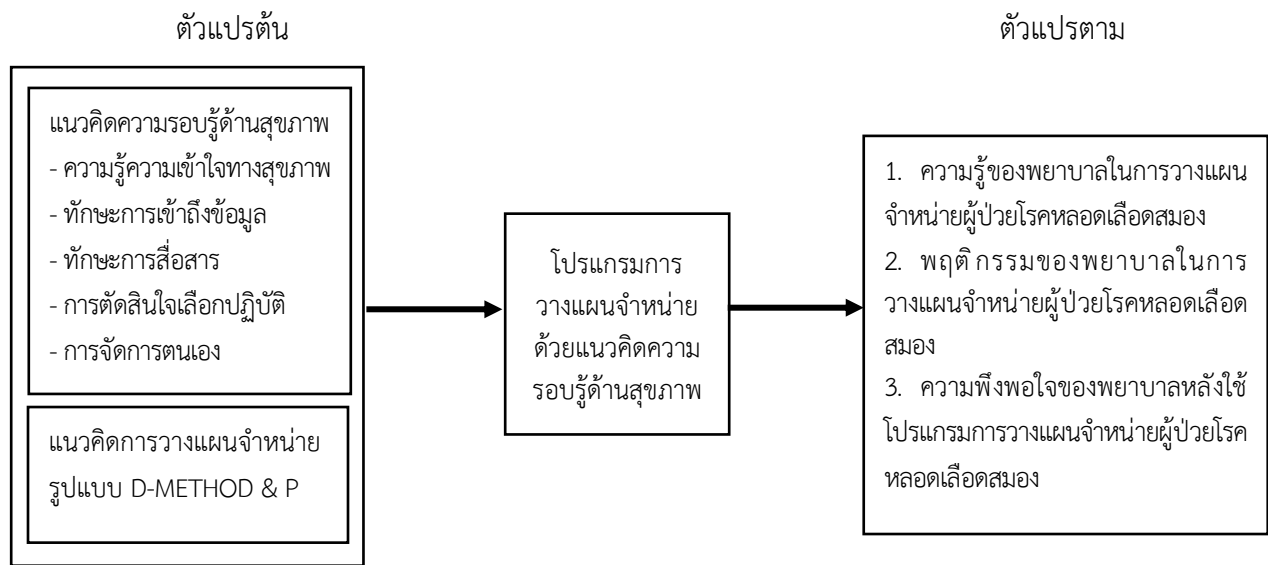
ขอบเขตด้านเนื้อหา ประกอบด้วย ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้ พฤติกรรมการวางแผนการจำหน่าย และความพึงพอใจ

ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี

กรอบแนวคิดที่ใช้ศึกษา

ผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam⁵ มาใช้ในการสร้างโปรแกรมพัฒนา ประกอบด้วย 1. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 2. ทักษะการเข้าถึงข้อมูล 3. ทักษะการสื่อสาร 4. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ 5. การจัดการตนเอง และ 6. การบอกต่อร่วมกับกรอบแนวคิดการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ DMETHOD P ด้วยโปรแกรมการช่วยเพิ่มความรู้และกำหนดพฤติกรรมที่ต้องพบการปฏิบัติการพยาบาลวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁵

3(10)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest- posttest)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงาน 1 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์ด้านการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์ พนมพวณ อำเภอพนมพวน จังหวัดกาฬจนบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (poposive selection) จำนวน 35 คน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ข้อ
2. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาล จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบข้อถูกเพียงข้อเดียว
3. แบบสอบถามพฤติกรรมกรวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของพยาบาล จำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วน (rating scale) 5 ระดับ โดยแต่ละข้อมีความหมายดังนี้
 - 5 หมายถึง พฤติกรรมกรวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกครั้ง
 - 4 หมายถึง พฤติกรรมกรวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกือบทุกครั้ง
 - 3 หมายถึง พฤติกรรมกรวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบ่อยครั้ง
 - 2 หมายถึง พฤติกรรมกรวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางครั้ง
 - 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมกรวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลหลังใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วน (rating scale) 5 ระดับ โดยแต่ละข้อมีความหมายดังนี้

4(10)

- 5 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายในระดับมากที่สุด
- 4 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายในระดับมาก
- 3 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายในระดับปานกลาง
- 2 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายในระดับน้อย
- 1 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายในระดับน้อยที่สุด

5. แบบแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การหาคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้ (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านพบว่าค่า IOC อยู่ระหว่าง .67 ถึง 1.00 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) คำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ .94

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี โครงการวิจัย EC.No. 20-2566 รับรองวันที่ 5 กันยายน 2566 อธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์การวิจัย การรักษาข้อมูลให้เป็นความลับการนำเสนอผลการวิจัยจะเสนอในภาพรวมพร้อมทั้งตอบข้อสงสัยของผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนที่จะลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์ พนมพวณ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และอธิบายรายละเอียดต่อหัวหน้าพยาบาล โดยประสานงานเพื่อขอความร่วมมือในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนด
2. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการวางแผนจำหน่ายก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย

วันแรก

กิจกรรมที่ 1 บรรยายความรู้เรื่อง สถานการณ์ปัจจุบัน โรคหลอดเลือดสมอง ระดับประเทศ เขต 5 จังหวัดกาญจนบุรี และของโรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์ พนมพวณ ในช่วง 3 – 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน และความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อสร้างทักษะทางปัญญา (cognitive skill) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

กิจกรรมที่ 2 อบรมเชิงปฏิบัติการ การเข้าถึงระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข³ และการเข้าถึงข้อมูลระบบฐานข้อมูลศูนย์คุณภาพ³ โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์ พนมพวณซึ่งเป็นฐานข้อมูลเชิงคุณภาพของโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงข้อมูล (access skill) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมจิตปัญญาเพื่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (communication skill) ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรม PDCA โดยการกำหนดเป้าหมาย วางแผน ปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ การติดตามตรวจสอบ และประเมินผลเพื่อเสริมทักษะการจัดการตนเอง (self-management skill) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

วันที่สอง

กิจกรรมที่ 1 ทบทวนการวางแผนจำหน่าย ตามแนวคิดของ Nutbeam⁵ และธัญพิมลและคณะ⁶ ด้วยการนำเวชระเบียนมาทบทวนการบันทึกทางพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อเป็นกรณีศึกษา และหาโอกาสพัฒนาแนว

ทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามแนวปฏิบัติ D-METHOD & P และออกแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 2 การแสดงบทบาทสมมติจากกรณีอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น โดยแสดงเหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี ผลเสีย พร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อฝึกทักษะการตัดสินใจ (decision skill) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 3 การแสดงผลการค้นหาข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระบวนการสาธารณสุขและการเข้าถึงข้อมูลระบบฐานข้อมูลศูนย์คุณภาพ⁴ โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์ พิณมทวน เพื่อฝึกความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล สถานการณ์การวางแผนการจำหน่ายและการลงบันทึกทางพยาบาลในแบบบันทึกที่ถูกต้อง เพื่อประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลผ่านสื่อแนะนำ (media literacy skill) ซึ่งกิจกรรมทั้งหมดอยู่ภายใต้สถานการณ์ที่เป็นจริงที่กลุ่มตัวอย่างได้เผชิญซึ่งจะสะท้อนความสามารถของตนเองในการตามที่ได้กำหนดไว้ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 4 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างนำแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปใช้จริง เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ หลังจากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้งและเมื่อได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งหมดมาวิเคราะห์ตามที่กำหนดแล้วนำคะแนนที่ได้ไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติวิเคราะห์ ได้แก่ paired t- test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 94.30 อายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 40.02 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 42.91 (SD = 10.58) ระยะเวลาในการทำงาน มากกว่า 20 ปี ร้อยละ 65.70 ระยะเวลาในการทำงานเฉลี่ย 13.59 ปี (SD= 9.53) ระยะเวลาทำงานน้อยที่สุดคือ 1 ปี มากที่สุด คือ 39 ปี ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=35)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	2	5.70
หญิง	33	94.30
อายุ (ปี)		
21 – 30	6	17.14
31 – 40	6	17.14
41 – 50	14	40.02
51 – 60	9	5.72
$\bar{X}$ = 42.91, SD= 10.58, min = 24, max = 60		
ระยะเวลาทำงาน (ปี)		
1-10	4	11.40
11-20	8	22.90
≥20	23	65.70

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาล ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 9.71 (SD= 0.62) หลังเข้าร่วมโปรแกรมพบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ เท่ากับ 9.91 (SD = 0.28) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อน-หลังเข้าโปรแกรม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาล (n=35)

ความรู้	$\bar{X}$	SD	t	df	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	9.71	.62	2.22	34	.033*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	9.91	.28			

*p< 0.05

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการวางแผนจำหน่ายของพยาบาล ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการวางแผนจำหน่ายเท่ากับ 70.91 (SD= 8.54) หลังเข้าร่วมโปรแกรมพบเท่ากับ 74.80 (SD= 4.30) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการวางแผนจำหน่ายของพยาบาลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=35)

พฤติกรรม	$\bar{X}$	SD	t	df	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	70.91	8.54	-4.01	34	.000*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	74.80	4.30			

*p< 0.05

4. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.48, SD = 0.56) โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากันสองข้อ คือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายตรงตามความคาดหวัง และโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเป็นระบบ มีขั้นตอนที่เหมาะสม ($\bar{X}$ = 4.84, SD = 0.38) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีความทันสมัย ($\bar{X}$ = 4.60, SD = 0.60) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

รายการ	$\bar{X}$	SD	ระดับความพึงพอใจ
1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายตรงตามความคาดหวัง	4.82	0.38	มากที่สุด
2. โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเป็นระบบ และมีขั้นตอนที่เหมาะสม	4.82	0.38	มากที่สุด
3. โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีความทันสมัย	4.60	0.60	มากที่สุด
4. โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย สามารถประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง	4.77	0.42	มากที่สุด
5. สามารถนำความรู้ความเข้าใจไปเผยแพร่/ถ่ายทอดให้แก่ผู้อื่นได้	4.71	0.45	มากที่สุด

7(10)

รายการ	$\bar{X}$	SD	ระดับความพึงพอใจ
6. มีความมั่นใจในการวางแผนการจำหน่ายมากขึ้น	4.71	0.45	มากที่สุด
7. ความรู้ที่ได้รับสามารถทวนสอบการปฏิบัติงานที่ผ่านมา	4.74	0.44	มากที่สุด
8. ได้รับความรู้ตรงตามความต้องการ ถูกต้อง ครบถ้วน	4.65	0.53	มากที่สุด
9. ความพึงพอใจในภาพรวมของโปรแกรมวางแผนจำหน่าย	4.48	0.56	มาก

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์ พิณพวน จังหวัดกาญจนบุรี พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าเฉลี่ยความรู้หลังการเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีอายุการปฏิบัติงานมากกว่า 20 ปี และจากข้อมูลเดิมการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะใช้ความรู้และประสบการณ์การเดิมที่ได้จากการศึกษาและการทำงานของตนเอง มีการพัฒนาความรู้ และทักษะในการปฏิบัติไม่เท่ากัน การจัดอบรมให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง จะทำให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้นสอดคล้องกับผลการศึกษาการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง (simulation based learning) เป็นวิธีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์โดยผู้เรียนมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ ผ่านสถานการณ์จำลองเสมือนอยู่ในสถานการณ์จริง มีการสรุปผลการเรียนรู้โดยใช้การสะท้อนคิดจากประสบการณ์ผ่านสถานการณ์จำลอง มีการเชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ ผู้เรียนต้องทำความเข้าใจ วิเคราะห์ความคิด ความรู้สึกต่อกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติในสถานการณ์จำลองและสรุปหลักการหรือแนวคิดที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ ซึ่งผลลัพธ์การเรียนรู้ดังกล่าว จะช่วยส่งเสริมทักษะการปฏิบัติการพยาบาล การให้เหตุผลทางการพยาบาล การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจทางการพยาบาล และทักษะที่ไม่ใช่การปฏิบัติการพยาบาล⁷

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาล พบว่าพฤติกรรมการวางแผนจำหน่ายหลังการเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับผลการศึกษาเปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่าหลังการทดลองมีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมระหว่างกลุ่มที่ได้รับแผนการจำหน่าย พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸

3 ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความพึงพอใจหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยรวมอยู่ในระดับมากมาก ($\bar{X}$ = 4.48, SD = 0.56) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายตรงตามความคาดหวัง และโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเป็นระบบและมีขั้นตอนที่เหมาะสม ($\bar{X}$ = 4.82, SD = 0.38) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีความทันสมัย ($\bar{X}$ = 4.60, SD = 0.60) อาจเกิดจากที่ผ่านมามีการอบรมเชิงปฏิบัติการด้วยการสร้างโปรแกรมการเรียนรู้อย่างเป็นรูปธรรมและขาดการติดตามประเมินผลการปฏิบัติ ซึ่งครั้งนี้ได้มีการกำหนดโปรแกรมที่ชัดเจน จึงส่งผลให้มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมนี้อยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องผลการศึกษาศึกษาการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ ปัจจัยสนับสนุนด้านนโยบายการบริหารจัดการและการติดตามประเมินผลจึงมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติตาม

8(10)

กระบวนการวางแผนจำหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ผู้บริหารควรมีการกำหนดนโยบาย และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย รวมถึงการกำหนดบทบาทของแต่ละวิชาชีพให้ชัดเจน และมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น พร้อมทั้งมีการทบทวนความรู้ให้พยาบาลวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นย้ำถึงความเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงในกระบวนการวางแผนจำหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด มีการจัดทำเอกสารทางวิชาการสำหรับนำไปใช้เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำเพื่อให้เกิดการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพเป็นไปในแนวทางเดียวกันและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น⁹ และสอดคล้องกับผลการศึกษา การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริง มีประสิทธิผล ทำให้ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลและสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการบริหารจัดการในการพัฒนาการให้บริการผู้ป่วย เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งในการสนับสนุน ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านผู้ให้บริการ การปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความพึงพอใจ พบว่า ร้อยละ 100 บุคลากรสามารถปฏิบัติตามแผนได้ และความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและการใช้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹⁰ และจากการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจผู้ให้บริการ จากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองการปฏิบัติตามแผนการดูแลสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลได้ร้อยละ 100 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล พบว่าโดยรวมระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากมีการกำหนดกิจกรรมที่ชัดเจนเป็นไปในแนวทางเดียวกัน เกิดความสะดวกในการนำไปใช้¹¹ และสอดคล้องกับการศึกษาการดำเนินงานตามแนวทางบูรณาการสหวิชาชีพต่อความพึงพอใจในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลและกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้รับจากการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ทำให้มีความรู้ สามารถปฏิบัติทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จัดทำขึ้นมีผลต่อความรู้และพฤติกรรม การวางแผนจำหน่ายของพยาบาล ร่วมกับแบบวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิด D-METHOD & P เป็นแนวทางในการปฏิบัติ¹²

ข้อเสนอแนะ

กลุ่มการพยาบาลควรส่งเสริมให้มีระบบการนิเทศ การวางแผนจำหน่ายอย่างต่อเนื่องโดยใช้วิธี การสังเกตและการติดตามประเมินผล การค้นหาโอกาสพัฒนา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน อาทิ หัวหน้าพาทำคุณภาพ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบพี่สอนน้อง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การฝึกทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับประสานงานกับทีมพัฒนาคุณภาพจัดอบรมให้ความรู้จากผู้เชี่ยวชาญ การสร้างโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและการวางแผนจำหน่ายโรคสำคัญของโรงพยาบาล ได้แก่ SEPSIS STEMI เป็นต้น เพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ในโรคอื่น ๆ ที่เป็นปัญหาสุขภาพของโรงพยาบาลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดีขอขอบคุณนายแพทย์ภัทรารุช โชคประกอบกิจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์พนมทวน ตลอดจนพี่น้องร่วมวิชาชีพพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์พนมทวน โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 โรงพยาบาลไทรโยค และโรงพยาบาลเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี ที่ช่วยสนับสนุนให้การวิจัยครบถ้วนสมบูรณ์ สร้างคุณประโยชน์แก่การบริการพยาบาล ขอขอบพระคุณอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้วิจัย จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. Learn about stroke [Internet]. [cited 2022 May 16]. Available from: <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-cam-paign/why-stroke-matters/learn-about-stroke>.
2. สมศักดิ์ เทียมเท่า. สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง. ว. ประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย 2564;37(3):54-60.
3. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานประจำปี [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
4. ระบบฐานข้อมูลศูนย์คุณภาพ โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์ พิณมทวน. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://drive.google.com/drive/u/0/my-drive.Planchaokhun>.
5. Nutbeam, D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine 2008; 67(12): 2072-8.
6. ธัญพิมล เกณสาครและคณะ. ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบอุดตัน. ว. วารสารพยาบาลทหารบก กรุงเทพฯ 2563;21(3):215-24.
7. วรลักษณ์ เต็มรัตน์. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพต่อการจัดการภาวะเร่งด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ยะลาโดยการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/18094/1/6210420037.pdf>
8. ยุพาพร หัตถโชติ. ผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้ความสามารถในกากิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลอุดร. ว. วิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2562;4 (7):136-42.
9. วาสนา กัณหา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://bit.ly/49Q0K32>
10. อวยพร จงสกุล. รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี. ว. แพทย์เขต 4-5 2563;39(3):454-71.
11. อกันตริ กองทอง. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย. ว. การพยาบาลสุขภาพและสาธารณสุข 2565;1(3):1-17.
12. คณินิจ ศรีชะโคตร และคณะ. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ว. สภาการพยาบาล 2565;37(3): 20-43.

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ
ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี
Caring for the elderly with long-term dependence in the epidemic situation
of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Banlat District, Phetchaburi Province

ลดาวัลย์ เรืองอร่าม*

Ladawan Ruangaram*

*โรงพยาบาลบ้านลาด อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี

*Banlat Hospital, Banlat District, Phetchaburi Province

Corresponding author: Ladawan Ruangaram; Email: meadaladawon@gmail.com

Received: October 26, 2023; Revised: December 17, 2023; Accepted: December 17, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมวิธีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการดูแล ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแล ปัญหาอุปสรรคและความต้องการความช่วยเหลือ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านจำนวน 155 คน อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นจำนวน 13 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ แบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการสนทนากลุ่มอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง .67-1.0 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80, .91, .86, .93 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านมีความสามารถในการดูแลในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.00 ($\bar{X}$ = 91.30, SD = 18.65) ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการเอื้อยเสริมพลังจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยสามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 56.10 ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ส่วนใหญ่มีปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัด ในการดูแลที่เป็นเรื่องยุ่งยากซับซ้อน ส่วนอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุได้พอสมควร และสามารถสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านสามารถดูแลผู้สูงอายุได้มากขึ้น

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว, ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน, อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ABSTRACT

This mixed methods research aims to study the ability to provide care, factors predicting the ability to care, problems, obstacles, and the need for assistance in taking care of elderly with long-term dependence during the outbreak of coronavirus disease 2019. The sample group consisted of 155 home care workers and 13 local care volunteers. The instruments used for data collection were Including knowledge, attitudes interviews towards caring for dependent elderly people, self-efficacy social support, ability to care for the elderly, In-depth interviews for elderly caregivers ,and group discussion points for local care volunteer groups which was checked for content validity by 3 experts and obtained an index of consistency (IOC) between .67 -1.00 and confidence values equal to .80, .91, .86, .93, and .90, respectively. Data analysis using descriptive statistics Stepwise multiple regression analysis and content analysis

It was found that elderly caregivers at home had a moderate level of caregiving ability at 60% ($\bar{X} = 91.3$, S.D. = 18.65), factors predicted to the ability to care for elderly include social support, knowledge of caring for elderly with long-term dependence, attitudes towards caring for elderly with long-term dependence, and empowerment visits from public health officials. Together they can predict 56.10% in the ability to care for the elderly with long-term dependence. Most elderly caregivers at home have complex obstacles and limitations in providing care as for local care volunteers, they were quite capable of taking care of the elderly with long-term dependence and could support elderly caregivers at home to take care of more elderly with long-term dependence at home.

Keywords: elderly with long-term dependence, elderly caregiver at home, local care volunteers, Coronavirus disease 2019

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประชากรทั่วโลกประมาณ 7.70 พันล้านคน มีประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ประมาณ 1,000 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรโลกทั้งหมด โดยทวีปเอเชียมีผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก จำนวน 586 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 58 ของประชากรสูงอายุมารวมทั้งโลก สำหรับประเทศไทยปัจจุบันมีประชากรทั้งหมด 66.50 ล้านคน มีผู้สูงอายุจำนวน 12.20 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.30 (aging society) จะเห็นได้ว่าแนวโน้มการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีอัตราการเกิดที่น้อยลง และวิวัฒนาการความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น รายงานขององค์การสหประชาชาติมีทิศทางสอดคล้องกับรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดในปี พ.ศ. 2578¹ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ร่างกายเสื่อมถอยลง จึงมีปัญหาด้านสุขภาพได้ง่าย นอกจากปัญหาด้านสุขภาพทางกายแล้ว งานวิจัยของต่างประเทศยังพบว่าในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมากด้วย ไม่ว่าผู้สูงอายุรายนั้นจะเป็นผู้ติดเชื้อหรือไม่ก็ตาม เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางทางด้านร่างกาย คือ มีโรคเรื้อรังมาก ภูมิคุ้มกันต่ำ จึงเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย และด้านจิตใจที่มีความเครียด วิตกกังวลง่าย การที่โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แพร่ระบาดในชุมชนเป็นวงกว้างกระจายไปทั่วประเทศ ซึ่งเชื่อกันว่าติดต่อกันได้ทางละอองฝอยของสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลาย ละอองจากการไอจามหรือการพูดคุยใกล้ชิดในระยะ 1-1.5 โดยหากมีการติดเชื้อในผู้สูงอายุจะมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าคนทั่วไป เนื่องด้วยสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง ภูมิคุ้มกันลดลงตามวัยโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่

มีโรคประจำตัว ทางรัฐบาลได้ขอความร่วมมือให้ประชาชนโดยเฉพาะผู้สูงอายุเก็บตัวอยู่ในบ้านให้มากที่สุด เพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น²

สถานการณ์การติดเชื้อโควิด-19 เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2564 มีผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรีติดเชื้อ จำนวน 1,901 คน และเสียชีวิต 109 คน สำหรับอำเภอบ้านลาด มีผู้สูงอายุติดเชื้อ จำนวน 319 คน เสียชีวิต 8 คน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ได้เร่งสร้างภูมิคุ้มกันด้วยการฉีดวัคซีนโควิด 19 ให้กับผู้สูงอายุ โดยได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 69.73 เข็มที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 61.41 และเข็มที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 4.45 เพื่อให้ผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว มีความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปีงบประมาณ 2564 อำเภอบ้านลาดมีผู้สูงอายุ จำนวน 10,211 คน แบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม คิดเป็นร้อยละ 97.87 กลุ่มติดบ้าน คิดเป็นร้อยละ 1.30 และกลุ่มติดเตียง คิดเป็นร้อยละ 0.83 โดยมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คิดเป็นร้อยละ 2.13³ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวเหล่านี้ ถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แต่เนื่องจากความจำเป็นในด้านการเว้นระยะห่างทางสังคมเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้บุคลากรทางด้านสุขภาพไม่สามารถเข้าไปให้บริการที่บ้านได้อย่างเหมาะสม เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้สูงอายุทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร ส่งผลให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือ ADL ลดลง ขณะเดียวกันผู้ดูแลผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจากเป็นช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งนี้หากผู้ดูแลผู้สูงอายุมีขีดความสามารถในการดูแลด้านอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ สุขอนามัย และการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว จะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ไม่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหา และความต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. เพื่อศึกษาระดับความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร ศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (ญาติและผู้รับจ้างดูแล) และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม ตัวแปรตาม คือ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว

ขอบเขตด้านเวลา ศึกษาวิจัยระหว่างเดือนเมษายน - มิถุนายน 2565

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

1. ปัจจัยส่วนบุคคล
2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง
3. ทักษะต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
4. การรับรู้ความสามารถของตนเอง
5. แรงสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวใน
สถานการณ์การแพร่ระบาดของ โรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (mixed methods research) ⁴

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (ญาติ และผู้รับจ้างดูแล) จำนวน 218 คน ในเขตอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี โดยกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น

1. การวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (ญาติและผู้รับจ้างดูแล) จำนวน 155 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากตารางคำนวณของเครจซี่และมอร์แกน⁵ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 144 คน ผู้วิจัยต้องการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างและป้องกันการสูญหายของข้อมูล

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (ญาติและผู้รับจ้างดูแล) จำนวน 15 คน คัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว อยู่ในระดับน้อย (คะแนนอยู่ระหว่าง 32-64 คะแนน จากคะแนนเต็ม 128 คะแนน) 15 ลำดับแรกและมีความสมัครใจ และ 2) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (care community) จำนวน 13 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพ 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพหลัก 6) รายได้ 7) รายจ่าย 8) จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในความดูแล 9) ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 10) โรคประจำตัว 11) การเยี่ยมเสริมพลังจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 12) การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ 13) การได้รับวัคซีนโควิด 19 และ 14) การได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านความรู้ เป็นแบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็นข้อความที่ถูกต้อง จำนวน 7 ข้อ ข้อความที่ไม่ถูกต้องจำนวน 5 ข้อ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนน แบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์⁶ คือ

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.00 (0-6 คะแนน) หมายถึง

มีความรู้ต่ำ

คะแนนร้อยละ 60.00-79.99 (7-9 คะแนน) หมายถึง

มีความรู้ปานกลาง

คะแนนร้อยละ 80.00 ขึ้นไป (10-12 คะแนน) หมายถึง

มีความรู้สูง

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทัศนคติ และการรับรู้ ประกอบด้วย 1) ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) การรับรู้ความสามารถของตนเอง และ 3) แรงสนับสนุนทางสังคม มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) ตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ประกอบด้วยคำถามด้านละ 10 ข้อ เป็นคำถามที่มีข้อความเชิงบวกทั้งหมด ใช้การประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด⁷ โดยแปลผล ดังนี้⁸

คะแนน 10.00-20.00 คะแนน	หมายถึง	มีทัศนคติ/รับรู้ในระดับน้อย
คะแนน 20.01-30.00 คะแนน	หมายถึง	มีทัศนคติ/รับรู้ในระดับปานกลาง
คะแนน 30.01-40.00 คะแนน	หมายถึง	มีทัศนคติ/รับรู้ในระดับมาก

จากนั้น วิเคราะห์ผลรายข้อเพื่อแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ และการรับรู้ออกเป็น 4 ระดับ ใช้วิธีอิงเกณฑ์ข้างต้น แปลผลดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.75 คะแนน	หมายถึง	มีทัศนคติ/รับรู้ในระดับน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 1.76-2.51 คะแนน	หมายถึง	มีทัศนคติ/รับรู้ในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 2.52-3.27 คะแนน	หมายถึง	มีทัศนคติ/รับรู้ในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 3.28-4.00 คะแนน	หมายถึง	มีทัศนคติ/รับรู้ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 4 ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว จำนวน 32 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) ตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ความสามารถน้อยที่สุด ความสามารถน้อย ความสามารถมาก และความสามารถมากที่สุด⁷ โดยแปลผลดังนี้⁸

คะแนน 32.00-64.00 คะแนน	หมายถึง	มีความสามารถน้อย
คะแนน 64.01-96.00 คะแนน	หมายถึง	มีความสามารถปานกลาง
คะแนน 96.01-128.00 คะแนน	หมายถึง	มีความสามารถมาก

จากนั้น วิเคราะห์ผลรายข้อเพื่อแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลออกเป็น 4 ระดับ ใช้วิธีอิงเกณฑ์ข้างต้น แปลผลดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.75 คะแนน	หมายถึง	มีความสามารถน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 1.76-2.51 คะแนน	หมายถึง	มีความสามารถน้อย
คะแนนเฉลี่ย 2.52-3.27 คะแนน	หมายถึง	มีความสามารถมาก
คะแนนเฉลี่ย 3.28-4.00 คะแนน	หมายถึง	มีความสามารถมากที่สุด

2. เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

2.1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน จำนวน 15 คน ประกอบด้วย 1) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ท่านมีปัญหาคืออะไรบ้าง และ 2) ท่านต้องการความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนอะไรบ้างเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุ เป็นไปอย่างมีคุณภาพ

2.2 แบบบันทึกประเด็นการสนทนากลุ่ม มีแนวคำถามในการสนทนา ดังนี้ 1) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ท่านปฏิบัติอย่างไร สามารถปฏิบัติได้มากน้อยเพียงใด และประสบปัญหาคืออะไรบ้าง และ 2) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ท่านต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องช่วยเหลือและสนับสนุนอะไรบ้าง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวทางสนทนากลุ่ม ตรวจสอบแก้ไขปรับปรุงเนื้อหาและภาษา การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และภาษาที่ใช้ (content validity) จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ และผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี มีค่า IOC อยู่ระหว่าง .67-1.00 จากนั้นทดลองใช้แบบสัมภาษณ์กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในอำเภอยาง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 ราย ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)⁹ มีค่าเท่ากับ .91, .86, .93 และ .90 ตามลำดับ สำหรับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใช้สูตร KR-20¹⁰ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการตรวจสอบและความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เลขที่ คมจ.พบ.004/2565 ลงวันที่ 24 มีนาคม 2565 และผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างถึงรายละเอียด วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการที่จะถอนตัวจากการเข้าร่วมในการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ พร้อมทั้งให้ความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่างว่าจะเก็บข้อมูลนี้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูล เพื่อปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับผลกระทบจากการเข้าร่วมวิจัย และผลงานวิจัยจะรายงานเป็นภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยประชุมชี้แจงผู้ช่วยนักวิจัย ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอบ้านลาด จำนวน 19 แห่ง ๆ ละ 1 คน โดยชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ การใช้แบบสัมภาษณ์และวิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างอย่างละเอียดใช้เวลาการสัมภาษณ์ประมาณ 45 นาทีต่อคน การเก็บรวบรวมข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง จำนวน 15 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยดำเนินการจัดประชุมเพื่อสนทนากลุ่ม (focus group) สำหรับอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นจำนวน 13 คน โดยมีผู้ช่วยนักวิจัยคอยบันทึกข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม และมีการบันทึกเสียงขณะดำเนินการสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม เพื่อทำนายความผันแปรของความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ๆ โดยใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหาตามขั้นตอนของ Crabtree & Miller¹¹ ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง และการสรุปและรายงานการวิจัย โดยนำเสนอผลการวิจัยเป็นลักษณะพรรณนา

ผลการวิจัย

1. การศึกษาปัญหา ความต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มผู้ดูแล ได้ประเด็นดังนี้

1. ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

1.1 ด้านการรับประทานอาหาร พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการเลือกอาหารแบ่งตามโซนเขียว เหลือง แดง การเตรียมอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการครบ 5 หมู่ และการจัดเมนูอาหารที่มีความหลากหลาย เนื่องจากยุ่งยาก ไม่มีเวลา และทำให้สิ้นเปลืองไม่คุ้มค่า เนื่องจากผู้สูงอายุรับประทานอาหารในแต่ละมื้อเพียงเล็กน้อย ดังตัวอย่างคำกล่าวที่ว่า “อาหารการกินบ้างก็ทำตามประสาที่ป่าทำได้ ก็ไม่ค่อยจะถูกหลักเท่าไร แล้วก็ไม่มีเวลาเพราะต้องคอยดูคนไข้ อีกอย่างคนไข้ก็กินไม่มากทำอาหารทุกมื้อมันก็สิ้นเปลือง” ผู้ดูแลที่บ้าน 3

1.2 ด้านการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหว พบว่าผู้สูงอายุจะไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการออกกำลังกาย และการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เนื่องจากผู้สูงอายุจะรู้สึกเมื่อยหรือเจ็บเวลาต้องออกกำลังกายหรือยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ดังตัวอย่างคำกล่าวที่ว่า “ผู้สูงอายุมักจะบ่นว่าเมื่อยและเจ็บเวลาให้ยืดเหยียดกล้ามเนื้อแขนขา ทำได้นิด ๆ หน่อย ๆ ก็เลิก” อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น 5

1.3 ด้านสุขอนามัย พบว่าส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้ดูแลสุขภาพในช่องปากเนื่องจากผู้สูงอายุไม่มีฟัน การดูแลสุขภาพสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์สำหรับผู้สูงอายุติดเตียงจะทำตอนอาบน้ำหรือเช็ดตัวให้ผู้สูงอายุเท่านั้น ดังตัวอย่างคำกล่าวที่ว่า “ป่าเห็นว่าแม่แก่ไม่มีฟันก็เลยไม่ได้อะไรมาก แคบอกให้บ้วนปากตอนตื่นนอน” ผู้ดูแลที่บ้าน 8 “เช็ดล้างตรงนั้น (อวัยวะสืบพันธุ์) ก็จะทำเฉพาะเวลาอาบน้ำนั่นแหละ” ผู้ดูแลที่บ้าน 12

1.4 ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม สำหรับผู้ดูแลที่บ้านให้ข้อมูลว่าไม่มีทักษะในเรื่องการรับฟังและให้คำแนะนำ แก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิต แต่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นส่วนใหญ่มีทักษะในการรับฟังและให้คำแนะนำแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิต ดังตัวอย่างคำกล่าวที่ว่า “ฉันเอาใจไม่ค่อยเป็นหรอกหมอ แล้วแม่แก่ก็ชอบเครียด บางทีอารมณ์ขึ้นเอาง่ายๆ เข้าหน้าไม่ติด ฉันก็ต้องปล่อยแกล้งพักหนึ่ง” ผู้ดูแลที่บ้าน 11 “พอคุณไข้เสร็จ เราก็จะชวนคนดูแลนั่งคุยกัน ให้กำลังใจเขา ก็บอกเขาว่าอันไหนทำได้แล้ว อันไหนยังไม่ได้ก็แนะนำไป” อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น 13

1.5 ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้อาศัยอยู่ในห้องส่วนตัว ส่งผลให้บางครั้งอาจถูกรบกวนจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในบ้าน การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ดูแลที่บ้านส่วนใหญ่จะมีปัญหาเกี่ยวกับการประเมินและเฝ้าระวังอาการผิดปกติของผู้สูงอายุ การกำจัดสิ่งของที่ใช้แล้วของผู้สูงอายุ เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป สำลี และผ้าก๊อชอย่างถูกวิธี การล้างมือตาม 7 ขั้นตอนอย่างถูกต้องก่อนและหลังการดูแลผู้สูงอายุ และการใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่ให้การดูแลผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าการติดอึดจึงจำเป็นต้องถอดบ้าง ดังตัวอย่างคำกล่าวที่ว่า “บางทีเด็ก ๆ มันเล่นกันเสียงดังอึกทึก ก็รบกวนแม่แก่เหมือนกัน” ผู้ดูแลที่บ้าน 4 “มันก็ดูยากนะว่าติดโควิดหรือไม่ติด ก็อย่างที่เขากล่าวว่าบางทีอาการมันก็ไม่ได้ตรงไปตรงมา หนูก็จะระวังเท่าที่ทำได้ เวลาลูกหลานเขามาเยี่ยมกันก็คอยบอกว่าอย่าเอาโควิดมาติดอย่าเข้าล่ะ” ผู้ดูแลที่บ้าน 1

2. ความต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ประกอบด้วย 1) การให้บริการตรวจสุขภาพและดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่บ้านเป็นประจำ 2) การสอนทักษะการดูแลผู้สูงอายุในเรื่องที่ยุงยาก ซับซ้อน 3) การสนับสนุนผ้าอ้อมสำเร็จรูป เครื่องวัดความดันโลหิตไว้ประจำบ้าน และสอนวิธีการใช้งาน และ 4) กำลังใจจากเจ้าหน้าที่เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเครียดที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาเป็นเวลานาน

7(14)

3. ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงบ้านผู้สูงอายุ ได้แก่ สุนัข ญาติไม่ต้องการให้อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเข้าบ้าน เนื่องจากเกรงว่าจะนำเชื้อโควิดมาติดผู้สูงอายุ และคนในบ้าน 2) ผู้สูงอายุบางรายมีปัญหาสุขภาพจิต แสดงอาการโวยวาย ใช้คำพูดหยาบคาย และไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล 3) เกิดความขัดแย้งระหว่างญาติผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเครียดและส่งผลต่อคุณภาพการดูแล 4) ญาติและผู้ดูแลผู้สูงอายุบางรายจะรอคอยให้อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเข้าไปดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง 5) ความวิตกกังวลของญาติเกี่ยวกับความเสี่ยงที่ตนเอง ผู้สูงอายุ และสมาชิกในบ้านจะได้รับเชื้อโควิด-19 จากอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น และ 6) ญาติผู้สูงอายุที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงมีโอกาสแพร่เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แก่ผู้สูงอายุ

4. ความต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุนของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ประกอบด้วย 1) การอบรมความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว 2) การสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิตแบบพกพา ปอทวัดไข้ และกระเป๋ายา 3) วัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ หน้ากากอนามัย ถุงมือ และแอลกอฮอล์ 4) การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย 5) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและญาติในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย 6) ความไว้วางใจและความมั่นใจในตัวอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นว่าจะไม่เป็นผู้แพร่เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 7) การเพิ่มค่าตอบแทนในการดูแลผู้สูงอายุตามความเหมาะสม และ 8) การต่อสัญญาจ้างเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

2. การศึกษาระดับความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 87.70 มีอายุเฉลี่ย 58.20 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 65.80 การศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.30 ประกอบอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 59.30 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,960.50 บาท มีรายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือน 6,200.70 บาท มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวซึ่งอยู่ในความดูแล จำนวน 1 คน ร้อยละ 85.30 ผู้สูงอายุได้รับวัคซีนโควิด 19 ครบ 2 เข็ม ร้อยละ 69.60 ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 52.40 โดยมีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 6.60 ปี ผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 71.50 ได้รับการเยี่ยมเสริมพลังจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรอบปีที่ผ่านมาจำนวน 1-3 ครั้งร้อยละ 77.40 ไม่เคยเข้ารับการอบรมเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 74.30 ผู้ดูแลได้รับวัคซีนโควิด 19 ครบ 2 เข็ม ร้อยละ 88.60 และครอบครัวของผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19 ในระดับปานกลางร้อยละ 72.30 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n = 155)

	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	19	12.30
	หญิง	136	87.70
อายุ (ปี)	≤30	22	14.10
	31-40	26	16.70
	41-50	28	18.00
	51-60	50	32.20

8(14)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
≥61	29	19.00
$\bar{X}$ = 58.20, SD = 9.20, Min = 17.00, Max = 76.00		
สถานภาพ		
โสด	102	65.80
คู่	38	24.60
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	15	9.60
การศึกษา		
ประถมศึกษา	104	67.30
มัธยมศึกษาตอนต้น	26	16.70
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	8	5.10
อนุปริญญา/ปวส.	9	5.80
ปริญญาตรีขึ้นไป	8	5.10
การประกอบอาชีพ		
ทำนา/ทำไร่	22	14.10
เลี้ยงสัตว์	13	8.30
รับจ้าง	15	10.00
ค้าขาย	10	6.70
อื่นๆ	3	1.60
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
≤5,000	15	9.60
5,001-10,000	89	57.40
10,001-15,000	19	12.20
15,001-20,000	21	13.50
≥20,001	11	7.30
$\bar{X}$ = 7,960.50, SD = 1,150.25, Min = 3,800.00, Max = 32,700.00		
รายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
≤5,000	29	18.70
5,001-10,000	79	50.90
10,001-15,000	24	15.40
15,001-20,000	13	8.30
≥20,001	10	6.70
$\bar{X}$ = 6,200.70, S.D. = 1,150.25, Min = 3,800.00, Max = 32,700.00		
จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในความดูแล		
1 คน	133	85.30
2 คน	22	14.70
การได้รับวัคซีนโควิด 19 ของผู้สูงอายุ		
ยังไม่ได้รับ	10	6.00
ได้รับ 1 เข็ม	11	7.10

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ได้รับ 2 เข็ม	108	69.60
ได้รับเข็มกระตุ้นแล้ว	26	16.90
ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ปี)		
≤3	33	21.20
3-5	27	17.40
6-10	81	52.40
$\bar{X}$ = 6.60, SD = 2.83, Min = 1.00, Max = 15.00		
โรคประจำตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
ไม่มี	111	77.50
มี	44	28.50
การเยี่ยมเสริมพลังจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรอบปีที่ผ่านมา (ครั้ง)		
1-3	120	77.40
≥3	35	22.60
การเข้ารับการอบรมเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ		
ไม่เคย	115	74.30
เคย	40	25.70
การได้รับวัคซีนโควิด 19 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
ยังไม่ได้รับ	5	3.20
ได้รับ 1 เข็ม	3	1.90
ได้รับ 2 เข็ม	137	88.60
ได้รับเข็มกระตุ้นแล้ว	10	6.30
การได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19 ของครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
ได้รับผลกระทบปานกลาง	112	72.30
ได้รับผลกระทบมาก	43	22.70

ส่วนที่ 2 ระดับความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงระดับความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		
ต่ำ (1-7 คะแนน)	17	11.00
ปานกลาง (8-9 คะแนน)	109	70.30
สูง (10-12 คะแนน)	29	18.70
$\bar{X}$ = 8.60 S.D. = 1.42 Min = 4.00 Max = 12.00		

ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง			
น้อย (10.00-20.00 คะแนน)	11	7.10	
ปานกลาง (20.01-30.00 คะแนน)	37	23.90	
มาก (30.01-40.00 คะแนน)	107	69.00	
$\bar{X}$ = 36.80, SD = 5.90, Min = 15.00, Max = 40.00			
การรับรู้ความสามารถของตนเอง			
น้อย (10.00-20.00 คะแนน)	24	15.50	
ปานกลาง (20.01-30.00 คะแนน)	40	25.80	
มาก (30.01-40.00 คะแนน)	91	58.70	
$\bar{X}$ = 36.28, SD = 6.31, Min = 18.00, Max = 38.00			
แรงสนับสนุนทางสังคม			
น้อย (10.00-20.00 คะแนน)	14	9.10	
ปานกลาง (20.01-30.00 คะแนน)	39	25.10	
มาก (30.01-40.00 คะแนน)	102	65.80	
$\bar{X}$ = 35.83, SD = 5.64, Min = 12.00, Max = 38.00			

จากตารางที่ 2 พบว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 70.30 ($\bar{X}$ = 8.60, SD = 1.42) มีทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 69.00 ($\bar{X}$ = 36.80, SD = 5.90) รับรู้ความสามารถของตนเองในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 58.70 ($\bar{X}$ = 36.28, SD = 6.31) ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 65.80 ($\bar{X}$ = 35.83, SD = 5.64)

ส่วนที่ 3 การศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จากการศึกษาพบว่าตัวแปรอิสระที่มีอำนาจทำนายความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 4 ตัวแปรเรียงลำดับอำนาจในการทำนายจากมากไปน้อย ได้แก่ 1) แรงสนับสนุนทางสังคม (β = .479) 2) ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (β = .418) 3) ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (β = .366) และ 4) การเยี่ยมเสริมพลังจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (β = .287) โดยที่ตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 56.1 (R^2 = .561) และสามารถเขียนสมการทำนาย $y = a + bx$ ได้ดังนี้ $HG = 32.264 + (.473)SK + (.250)SA + (2.524)SS + (1.119)HC$ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรอิสระซึ่งมีอำนาจในการทำนายความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว

ตัวแปรอิสระ	b	β	t	p-value
ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (SK)	.473	.418	11.216	.000
ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (SA)	.250	.366	5.076	.001
แรงสนับสนุนทางสังคม (SS)	2.52	.479	5.539	.000 ¹¹⁽¹⁴⁾

ตัวแปรอิสระ	b	β	t	p-value
การเยี่ยมเสริมพลังจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (HC)	1.119	.287	4.712	.005
Constant = 32.264, R = .749, R ² = .561				

*p<.005

การอภิปรายผล

1. การศึกษาปัญหาอุปสรรค และความต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19 พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านมีความต้องการความช่วยเหลือและสนับสนุนสอดคล้องผลการศึกษาศึกษาการสนับสนุนความต้องการการดูแลที่เป็นญาติพบว่าการสนับสนุนความต้องการเกี่ยวกับการดูแลในผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้ป่วย ควรประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านจิตสังคม ด้านจิตวิญญาณ และด้านการปฏิบัติการพยาบาล ต้องให้ความสำคัญกับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ดูแลเหล่านั้นมีการดำเนินชีวิตของตนเองไปพร้อมกับการดูแลผู้ป่วยที่เรียกว่าเป็นการ “ใช้ชีวิตที่ได้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัว”¹² นอกจากนี้พบว่าปัญหาอุปสรรคของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 สอดคล้องกับผลการศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมีภาระงานมาก ขาดความเข้าใจในการดำเนินงาน ขาดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ขั้นตอนในการดำเนินงานมีความยุ่งยากวิธีการเบิกจ่ายงบประมาณยังไม่ชัดเจน ผู้ช่วยเหลือดูแลบางคนขาดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยกระบวนการ care management ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น¹⁹ เช่นเดียวกับการข้อเสนอในการทำงานขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงควรประสานความร่วมมือกันจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่มีความชัดเจน และเสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมด้วยการเสริมสร้างความรู้ ทักษะ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงแบบองค์รวม²⁰

2. การศึกษาระดับความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19 พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง หากพิจารณาถึงผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีอายุเฉลี่ยมากถึง 58.20 ปี ซึ่งเป็นวัยใกล้เคียงการเป็นผู้สูงอายุ ดังนั้นในการดูแลอาจจะทำได้ไม่คล่องตัวเท่าที่ควรเหมือนกับวัยหนุ่มสาว สอดคล้องกับผลการศึกษาศึกษาการสนับสนุนความต้องการการดูแลที่เป็นญาติ ที่พบว่าญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงในวัยกลางคนและกำลังเข้าสู่ผู้สูงอายุ¹² เช่นเดียวกับผลการศึกษาศถานการณ์ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวในจังหวัดขอนแก่น พบว่าผู้ดูแลมากกว่าครึ่งเป็นผู้สูงอายุการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ๓ มากที่สุด เนื่องจากมีการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ได้รับการสนับสนุนและกำลังใจจากสมาชิกในครอบครัว อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีกำลังในการดูแลผู้สูงอายุได้มากขึ้น¹³ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาศึกษาการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนของครอบครัว และการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี¹⁴ และผลการศึกษาศึกษาการได้รับความรักความผูกพันในครอบครัว และการช่วยเหลือดูแลจากครอบครัวเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวมแบบปกติใหม่ (New Normal) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ๓ ซึ่งการมีความรู้จะ

ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง¹⁵ เช่นเดียวกับผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเป็นหนึ่งในหลายปัจจัยที่ทำนายสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี ทศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวๆ ซึ่งการมีทัศนคติที่ดีจะส่งผลให้มีความตั้งใจและใส่ใจต่อการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น¹⁴ สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยทัศนคติของผู้ดูแลสามารถทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน การเยี่ยมเสริมพลังจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวๆ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการเยี่ยมเสริมพลังจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรอบปีที่ผ่านมามีจำนวน 1-3 ครั้งมากถึงร้อยละ 77.40¹⁶ ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน¹⁷ เป็นแนวคิดแบบพลวัต มีการให้ การรับ การแลกเปลี่ยน การมีปฏิสัมพันธ์กัน การวางเป้าหมายในการทำงานร่วมกัน ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ เกิดความตระหนัก เป็นการสร้างความเข้มแข็งให้บุคคล ดังนั้น การที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการเยี่ยมเสริมพลังจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น เช่นเดียวกับผลการศึกษารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล ควรเป็นรูปแบบที่มีการแก้ปัญหาและลดอุปสรรคต่าง ๆ ร่วมกับการเสริมสร้างกำลังใจและเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล¹⁸

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการส่งเสริมและสนับสนุนบทบาทของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยเฉพาะการเพิ่มพูนศักยภาพการดูแลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้สามารถเป็นที่พึ่งของผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้อย่างแท้จริง รวมทั้งควรกำหนดแนวทางที่ชัดเจนในการจ่ายค่าตอบแทนแก่อาสาสมัครบริบาล

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวโดยครอบครัว เปรียบเทียบระหว่างครอบครัวในเขตเมืองและครอบครัวในเขตชนบท

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. การดูแลผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/known/15/741>.
2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2563.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ ประจำปีงบประมาณ 2564 รอบที่ 1. เอกสารอัดสำเนา; 2564.
4. ภัทรวดี มากมี. การออกแบบการวิจัยสำหรับการวิจัยแบบผสมวิธี Research Design for Mixed Method Research. ว. สมาคมนักวิจัย 2559;21(2):19-31.
5. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement 1970;30(3):607-10.

6. Bloom BS. Human characteristics and school learning. New York: Mc Graw-Hill Book; 1976.
7. อัจศรา ประเสริฐสิน. เครื่องมือการวิจัยทางการศึกษาและสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: อัจศราประเสริฐสิน; 2563.
8. Best JW. Research in Education. (3 rd ed). New Jersey: Prentice hall Inc; 1986.
9. Cronbach LJ. Educational Psychology. New York: Harcourt Brace Jevanovich; 1977.
10. บุญชัย เมฆแก้ว. รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาชุดช่วยวิเคราะห์ข้อมูลแบบเรียลไทม์หาค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบ (KR-20). พังงา: วิทยาลัยชุมชนพังงา; 2562.
11. Crabtree BF, Miller WL. Doing qualitative research: multiple strategies. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1992.
12. ศากุล ช่างไม้. การสนับสนุนความต้องการการดูแลที่เป็นญาติ. ว. มหาวิทยาลัยคริสเตียน 2559;22(3):425-35.
13. ศิราณี ศรีหาภาค. สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดขอนแก่น. ว. ศูนย์อนามัยที่ 9 2563;15(32):44-62.
14. นิพนธ์ สุวรรณภูมิ. ปัจจัยทำนายสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี. ว. วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2564;23(2):71-84.
15. วรินทร์ลดา จันทวีเมือง. พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวมแบบปกติใหม่ (New Normal) ของสมาชิกครอบครัวในชุมชนที่เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล เขตเทศบาลนครสงขลา. ว. วิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย 2564;16(1):137-53.
16. นิษชาธิ์ พิริยจรัสชัย และศิริพันธุ์ สาสัตย์. ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. ว. พยาบาลทหารบก 2561;19(5):231-40.
17. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. J Advanced Nursing 1995;21(6):1201-10
18. สายใจ จารุจิตร. รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล. ว. วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2562; 30(1):54-68
19. นัทธมน หรีอินทร์. ผลการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กระบวนการ care management อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น. ว. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2563;3(1):55-69.
20. ประภาพร เมื่องแก้ว. รูปแบบการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในเขตพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท: กรณีศึกษาจังหวัดพิษณุโลก. ว.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2564;13(2):30-44.

ผลของการจัดบริการพยาบาลทางไกลเพื่อสนับสนุนพฤติกรรมจัดการตนเอง
ของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืดกลุ่มติดบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม
The effect of providing tele-nursing to support self management behaviors
in caregivers of the asthmatic elderly, home-bound groups
Mueang Nakhonpathom Province

สุธาทิพย์ รุ่งเรืองนันต์*

Sutatip Rungreunganun*

*กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลนครปฐม

*Community nursing department, Nakhonpathom Hospital

Corresponding author: Sutatip Rungreunganun; Email: sutatip1613@gmail.com

Received: November 14, 2023; Revised: December 12, 2023; Accepted: December 12, 2023

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืดกลุ่มติดบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม และจำนวนครั้งของอาการโรคหืดกำเริบก่อนและหลังได้รับการพยาบาลทางไกล กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืดกลุ่มติดบ้าน ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม จำนวน 20 คน โดยทำการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการจัดบริการพยาบาลทางไกลเพื่อสนับสนุนพฤติกรรมจัดการตนเอง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของเคอรี่ 2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหืด และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง ระหว่าง .67-1.0 ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .86 และ .83 ตามลำดับ ดำเนินการทดลองตามโปรแกรมระหว่างเดือนกรกฎาคม-กันยายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่า หลังได้รับการพยาบาลทางไกล ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด กลุ่มติดบ้าน มีความรู้เกี่ยวกับโรคหืด และพฤติกรรมจัดการตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลทางไกล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) สำหรับจำนวนครั้งของอาการโรคหืดกำเริบ ต่ำกว่าก่อนได้รับการพยาบาลทางไกล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$)

คำสำคัญ: การจัดบริการพยาบาลทางไกล, พฤติกรรมจัดการตนเอง, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุโรคหืด

ABSTRACT

This research was a quasi-experimental research, one-group pre-test & post-test design. The objective was to compare asthmatic knowledge, self-management behaviors in caregivers of the asthmatic elderly, home-bound groups Mueang Nakhonpathom Province and the number of asthma exacerbation before and after providing tele-nursing to support self-management behaviors. The samples consisted of 20 caregivers of the asthmatic elderly, home-bound groups who lived in Mueang Nakhonpathom Province and were selected by purposive sampling. The instrument of research included 1) A program for tele-nursing to support the self-management behaviors by applying Creer's self-management concept. 2) Questionnaire of asthmatic knowledge 3) Questionnaire of self-management behaviors of caregivers's asthmatic elderly. Passed a content validity check from 3 experts, obtained an index of consistency (IOC) between .67-1.0 and a confidence value of .86 and .83. The experiment was carried out according to the program between July - September 2023. Data were analyzed by averaging, standard deviation and paired t-test statistics.

The results found that: the caregivers of the asthmatic elderly, home-bound groups had significantly higher asthmatic knowledge and self-management behaviors than before providing tele-nursing program (p-value < 0.01) and the numbers of asthma exacerbation after providing tele-nursing program were significantly lower than before using tele-nursing program (p-value < 0.01).

Keywords: tele-nursing, self management behaviors, caregiver, asthmatic elderly

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหืด (asthma) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของโรคหืดในผู้ใหญ่ ร้อยละ 6.90 ผู้ป่วยโรคส่วนใหญ่ต้องมารักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการหอบที่รุนแรงไม่ต่ำกว่าปีละ 1 ล้านคน และร้อยละ 5.00 ของผู้ป่วยโรคหืดจะเสียชีวิตจากอาการของโรค¹ เมื่อมีอายุมากขึ้น ยิ่งมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ผลกระทบเมื่อผู้ป่วยโรคหืดมีอาการกำเริบ จะรบกวนการดำเนินชีวิตทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่า ร้อยละ 25.00 หากผู้ป่วยมีอาการโรคหืดกำเริบจนต้องมารักษาที่ห้องฉุกเฉิน ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องหยุดงานหรือหยุดเรียนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง² จากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลนครปฐม ปี พ.ศ. 2564 - 2565 พบว่าผู้ป่วยหืด ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ โดยผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการที่กำเริบต้องมารักษาที่ห้องฉุกเฉินมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 145 และ 201 ราย นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคหืดรายใหม่ที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคปอดมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 41 เป็น 70 ราย³ เมื่อมีอายุมากขึ้นยิ่งมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุโรคหืดที่ผ่านมา มีการให้ความรู้ คำแนะนำการปฏิบัติตัวในขณะที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคปอด และมีการติดตามเยี่ยมบ้านในรายที่มีปัญหาเรื่องการปฏิบัติตัวหรือมีอาการโรคหืดกำเริบบ่อยครั้ง พบปัญหาสำคัญเรื่องเทคนิคการสูดพ่นยาไม่ถูกต้อง การรับประทานยาไม่ถูกต้อง การสัมผัสกับปัจจัยกระตุ้น และมีโรคร่วม⁴ รวมทั้งมีการจัดการตนเองที่ไม่ดี เมื่อเกิดภาวะหืดกำเริบเฉียบพลัน^{5,6} จะเห็นได้ว่า ความรุนแรงของโรคหืดส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของตัวผู้ป่วยเองและจากการเอาใจใส่จากผู้ดูแล⁷ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลขาดความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องเมื่อมีอาการ⁸ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ซึ่งเป็นกลุ่มที่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ แต่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความลำบากในการเคลื่อนไหว เนื่องจากสภาพร่างกายที่เสื่อมตามอายุ หรือมีปัญหาด้านสุขภาพ/โรคประจำตัว จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแล ช่วยเฝ้าระวังทางสุขภาพ ดังนั้นการสอนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยใช้หลักการการจัดการตนเอง (self-management) จึงเป็นกุญแจสำคัญที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น

2(15)

สามารถควบคุมอาการของโรคได้⁹ ซึ่งการใช้เทคโนโลยีในการให้ความรู้ด้านสุขภาพ (tele health) เป็นอีกทางเลือกที่สะดวก ไม่ซับซ้อน สามารถเฝ้าระวังอาการ และภาวะฉุกเฉินของโรคได้รวดเร็ว¹⁰ จึงจำเป็นต้องเพิ่มทักษะและความเชื่อมั่นของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเอง รวมถึงมีการกำหนดเป้าหมาย และประเมินผลความก้าวหน้าของการบรรลุเป้าหมายร่วมกัน¹¹

จากแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข เน้นการผลักดันการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสู่ยุคดิจิทัล โดยการใช้การแพทย์ทางไกล ช่วยให้ประชาชนรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของโรค เกิดความตระหนัก และร่วมมือในการดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น¹² ซึ่งจากลักษณะของโรคหืดที่เป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เมื่อมีสิ่งกระตุ้น ผู้สูงอายุมีอาการหอบเหนื่อย ทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมและต้องพึ่งพาผู้อื่น การนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการและความรุนแรงของโรค ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล¹³ ซึ่งองค์ประกอบของ Tele-health ที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ให้มีพฤติกรรมในการจัดการตนเองที่ดี ควรประกอบด้วย การสอนการเฝ้าระวังและประเมินอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง มีการแจ้งเตือน และสามารถสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการทางสุขภาพได้¹⁴ ประกอบกับในปี พ.ศ.2566 กองการพยาบาล ได้กำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในชุมชน โดยนำระบบการพยาบาลทางไกล (tele-nursing) มาใช้สนับสนุนการจัดการตนเองให้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ตามแนวคิดการจัดการตนเองของแครีย์ (Creer)¹⁵ โดยพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนครอบคลุมทั้ง 6 ขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การกำหนดเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูลเฝ้าระวังและสังเกตความผิดปกติ การประเมินและประมวลข้อมูลการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลของความเจ็บป่วย การตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรค การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนตนเองจากการปฏิบัติตามเป้าหมายที่กำหนดไว้¹⁶ โดยใช้ LINE application เป็นช่องทางสื่อสาร ช่วยให้การจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลบรรลุเป้าหมายได้มากขึ้น สามารถควบคุมความรุนแรงของโรค เกิดกระบวนการจัดการตนเองที่บ้าน ส่งผลให้มีพฤติกรรมที่ดีในระยะยาว

ในประเทศไทย พบมีงานวิจัยที่นำระบบบริการสุขภาพทางไกล มาใช้ในการจัดการตนเอง ส่วนใหญ่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถควบคุมหรือลดผลกระทบของโรคได้^{10,17} ส่วนงานวิจัยเกี่ยวกับโรคหืด ส่วนใหญ่ทำในกลุ่มผู้ป่วยที่มาับการรักษาที่คลินิกโรคหืดในโรงพยาบาล^{18,19} มีงานวิจัยที่นำโปรแกรมการจัดการโรคหืดผ่านสมาร์ทโฟนแอปพลิเคชันมาใช้ แต่ศึกษาเฉพาะเรื่องการใช้ยาสูดเพื่อควบคุมอาการเท่านั้น²⁰ ซึ่งยังไม่ครอบคลุมความรู้และพฤติกรรมในการจัดการตนเองที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดควรทราบ ตามแนวทางการรักษาโรคหืดสำหรับผู้ใหญ่ในประเทศไทย 2565 ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัย ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน โรงพยาบาลนครปฐม จึงสนใจที่จะทำการศึกษาเรื่อง “ผลของการจัดบริการพยาบาลทางไกล เพื่อสนับสนุนพฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด กลุ่มติดบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม” โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแครีย์ (Creer)¹⁵ เพื่อเป็นการนำร่องให้เกิดต้นแบบในการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านกลุ่มอื่นๆต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหืด และพฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด กลุ่มติดบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลทางไกล เพื่อสนับสนุนพฤติกรรมในการจัดการตนเอง

2. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนครั้งของอาการโรคหืดกำเริบในผู้สูงอายุโรคหืด กลุ่มติดบ้านอำเภอเมือง จังหวัด นครปฐม ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลทางไกลเพื่อสนับสนุนพฤติกรรมจัดการตนเอง

สมมติฐาน

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด กลุ่มติดบ้าน หลังได้รับการพยาบาลทางไกลเพื่อสนับสนุนพฤติกรรมจัดการตนเองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหืด และพฤติกรรมจัดการตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลทางไกล
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด กลุ่มติดบ้าน หลังได้รับการพยาบาลทางไกลเพื่อสนับสนุนพฤติกรรมจัดการตนเอง มีจำนวนครั้งของอาการโรคหืดกำเริบต่ำกว่าก่อนได้รับการพยาบาลทางไกล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการพยาบาลทางไกล (tele-nursing) มาใช้ให้บริการทางการพยาบาลและการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล²¹ ภายใต้ขอบเขตของการปฏิบัติงาน โดยใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล การวางแผนทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลของการพยาบาล ผ่านการใช้เทคโนโลยีและเครื่องมือดิจิทัล ซึ่งสอดคล้องกับประกาศสภาการพยาบาลเรื่อง แนวทางการพยาบาลทางไกล ร่วมกับนำแนวคิดการจัดการตนเองของแครีย์ (Creer)¹⁵ มาใช้สนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืดสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ เพื่อป้องกัน ลดภาวะเสี่ยง บรรเทาอาการของโรคไม่ให้อาการรุนแรง โดยพยาบาลเป็นผู้สนับสนุน ส่งเสริม ให้ความรู้และทักษะในการจัดการสุขภาพตนเอง ครอบคลุมทั้ง 6 ขั้นตอน ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน (goal setting) การเก็บรวบรวมข้อมูล (information collection) การประมวลผลและประเมินผลข้อมูล (information processing and evaluation) การตัดสินใจ (decision making) การลงมือปฏิบัติ (action) และการสะท้อนตนเอง (self-reaction) ตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในชุมชน¹⁶

ตัวแปรต้น

โปรแกรมการจัดบริการพยาบาลทางไกล เพื่อสนับสนุนพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด กลุ่มติดบ้านประยุกต์แนวคิดของแครีย์ (Creer, 2000)

1. การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน
2. การรวบรวมข้อมูลเผื่อระวังและสังเกตความผิดปกติของตนเอง
3. การประเมินและประมวลผลข้อมูลอาการ
4. การตัดสินใจอย่างเหมาะสมในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรค
5. การลงมือปฏิบัติในการจัดการตนเองในการควบคุมโรค
6. การสะท้อนตนเองจากการปฏิบัติ

ตัวแปรตาม

ผลการจัดบริการพยาบาลทางไกลเพื่อสนับสนุนพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด กลุ่มติดบ้าน

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหืด
2. พฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเอง
 - 2.1 ด้านการใช้ยา
 - 2.2 ด้านการจัดการเมื่ออาการกำเริบ
 - 2.3 ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น
 - 2.4 ด้านการออกกำลังกาย
 - 2.5 ด้านการรับประทานอาหาร
 - 2.6 ด้านการจัดการความเครียด
3. จำนวนครั้งของอาการโรคหืดกำเริบ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (the one group pre-test post-test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด กลุ่มติดบ้าน ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 45 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหืด (asthma) รหัส ICD-10 คือ J459 และมารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคปอด โรงพยาบาลนครปฐม 1 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารโดยใช้ application line ได้ 3) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการ

ส่วนเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุโรคหืดกลุ่มตัวอย่างมีอาการโรคหืดกำเริบ ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) ย้ายที่พักอาศัยออกจากอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ในระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด กลุ่มติดบ้าน ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม คำนวณขนาดตัวอย่าง ด้วยวิธีการวิเคราะห์กำลังการทดสอบ (power analysis) โดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.4 กำหนดค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง (effect size) เท่ากับ 0.50 ค่าความน่าจะเป็นของการเกิดความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 (alpha) เท่ากับ 0.05 และค่ากำลังการทดสอบ (power of test) 0.70 คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 20 คน โดยทำการเลือกแบบเจาะจง (purposive selection)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมการจัดการบริการพยาบาลทางไกลเพื่อสนับสนุนพฤติกรรม的自我จัดการตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด กลุ่มติดบ้าน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแครีย์ (Creer) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ให้กลุ่มเป้าหมายประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและพฤติกรรม的自我จัดการตนเอง (pre-test) ผ่าน google form และตั้งเป้าหมายการจัดการตนเอง คือ ควบคุมอาการโรคหืดกำเริบได้ ไม่ต้องมาพบยาหรือนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูล ให้กลุ่มเป้าหมายบันทึกและส่งผลการบันทึกพฤติกรรม的自我จัดการตนเองของผู้ป่วย ทุก 1 สัปดาห์ และแบบประเมินการควบคุมโรคหืด ทุก 4 สัปดาห์ ผ่าน google form

ขั้นตอนที่ 3 การประมวลและประเมินผลข้อมูล ร่วมกันทบทวนข้อมูลพฤติกรรม的自我จัดการตนเองที่บันทึกประจำสัปดาห์ และผลการประเมินการควบคุมโรคหืดทุกเดือน เพื่อวางแผนให้การพยาบาลให้เหมาะสมกับความรู้แรงของโรค

ขั้นตอนที่ 4 การตัดสินใจ สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจภายใต้ข้อมูลที่ประเมินในแต่ละสัปดาห์/เดือน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมโรคได้อย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 5 การลงมือปฏิบัติ ตามโปรแกรมจัดการบริการพยาบาลทางไกล ประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคหืด 2) พฤติกรรม的自我จัดการตนเอง ประกอบด้วย การใช้ยา การจัดการเมื่ออาการกำเริบ การปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการจัดการความเครียด ผู้วิจัยให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด ผ่านทาง LINE application และทางโทรศัพท์

ขั้นตอนที่ 6 การสะท้อนตนเอง ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินผลการควบคุมโรคหืดและพฤติกรรม การจัดการตนเองว่า เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดหรือไม่ โดยผู้วิจัยให้การช่วยเหลือ สนับสนุน เมื่อกลุ่มตัวอย่างประสบ ปัญหาในการจัดการตนเอง และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข

1.2 แผนการพยาบาลสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง สำหรับพยาบาลชุมชน และแบบบันทึก พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยประยุกต์จากแนวทางการจัดเก็บตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการ พยาบาล ปีงบประมาณ 2566

1.3 แบบประเมินการควบคุมโรคหืด (asthma control questionnaires) ตามโครงการพัฒนาระบบการ ให้บริการผู้ป่วยโรคหืดตามโปรแกรม Easy Asthma Clinic

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุโรคหืด ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาป่วยเป็นโรคหืด และยาที่ผู้ป่วยใช้ในปัจจุบัน 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหืด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 12 ข้อ โดยประยุกต์ใช้ข้อมูลการให้ความรู้ แก่ผู้ป่วยโรคหืด ตามแนวทางการรักษาโรคหืดสำหรับผู้ใหญ่ในประเทศไทย 2565 ประกอบด้วย สาเหตุของการเกิดโรค สิ่ง กระตุ้นการเกิดโรค การสูดพ่นยาและผลข้างเคียงของยา การออกกำลังกาย วิธีสังเกตอาการเพื่อประเมินตนเองก่อนมีอาการ หอบกำเริบ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และการได้รับวัคซีน⁸ เป็นชนิดเลือกตอบ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 6 ด้าน จำนวน 26 ข้อ ได้แก่ ด้านการใช้ยา 9 ข้อ ด้านการจัดการเมื่ออาการกำเริบ 3 ข้อ ด้านการ ปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น 5 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 3 ข้อ ด้านการรับประทานอาหาร 3 ข้อ ด้านการจัดการ ความเครียด 3 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติ บ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้งและไม่ปฏิบัติเลย โดยใช้เกณฑ์การแปลผล ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
4.50 – 5.00	ปฏิบัติเป็นประจำ (7 วันต่อสัปดาห์)	5	1
3.50 – 4.49	ปฏิบัติบ่อยๆครั้ง (5-6 วันต่อสัปดาห์)	4	2
2.50 – 3.49	ปฏิบัติบางครั้ง (3-4 วันต่อสัปดาห์)	3	3
1.50 – 2.49	ปฏิบัตินานๆครั้ง (1-2 วันต่อสัปดาห์)	2	4
1.00 – 1.49	ไม่ปฏิบัติเลย (0 วันต่อสัปดาห์)	1	5

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกจำนวนครั้งของอาการโรคหืดกำเริบในผู้สูงอายุโรคหืด โดยประสานกับศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลนครปฐม เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนับจากการมาตรวจรักษาหรือพ่นยาที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ใน ระยะเวลา 3 เดือน หลังได้รับการพยาบาลทางไกล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ อายุรแพทย์โรคปอด แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และ พยาบาลวิชาชีพหัวหน้างานพยาบาลที่บ้านและชุมชน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลนครปฐม แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective-Item Congruence; IOC) มีค่าระหว่าง .67 – 1.00

1. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหืด นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด กลุ่มติดบ้าน ในโรงพยาบาลแห่งอื่นในจังหวัดนครปฐม จำนวน 20 คน แล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ ดังนี้

1.1 ค่าความยากง่ายของแบบสอบถามความรู้ เลือกข้อคำถามที่มีความยากง่ายระหว่าง .20 - .80

1.2 ค่าอำนาจจำแนก (discrimination) ของแบบทดสอบความรู้ โดยใช้สหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (point biserial correlation) เลือกข้อที่มีอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป ได้ข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 12 ข้อ

1.3 ค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สูตร KR-20 (Kuder-Richardson formula20) ได้ค่าความเชื่อมั่น = .86

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง นำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha-coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น = .83

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลนครปฐม NPH-REC No.025/2023 ลงวันที่ 5 กรกฎาคม 2566 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ ซึ่งข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น โดยไม่มีผลกระทบต่อสิทธิการเข้ารับบริการของผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมองค์ความรู้ โดยสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลแบบ E-LEARNING ของกองการพยาบาล

1.2 จัดทำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดบริการพยาบาลทางไกล เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด กลุ่มติดบ้าน

1.3 รวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ขณะผู้ป่วยมาตรวจรักษาตามนัดที่คลินิกโรคปอด โรงพยาบาลนครปฐม ผู้วิจัยอธิบายความเป็นมาของปัญหา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

1.4 ผู้วิจัยโทรศัพท์สร้างสัมพันธ์ภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมให้ add LINE application กับพยาบาลผู้วิจัย ใช้เป็นช่องทางการสื่อสารระหว่างกัน

1.5 ผู้วิจัยส่ง link แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหืด และพฤติกรรมการจัดการตนเอง (pre-test) ที่สร้างด้วย google form ให้กับกลุ่มตัวอย่าง ทำการประเมินทาง LINE application.

2. ขั้นตอนดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการจัดบริการพยาบาลทางไกลเพื่อสนับสนุนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด กลุ่มติดบ้าน เริ่มดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม – กันยายน 2566 เป็นเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมแต่ละสัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมสัปดาห์ที่ 1 – 6

1. ผู้วิจัยส่งข้อมูลความรู้โรคหืดและการสนับสนุนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ผ่านระบบ LINE application ในรูปแบบ Infographic และ VDO โดยส่งครั้งละ 1 เรื่อง วันเว้นวัน ประกอบด้วยหัวเรื่องดังนี้

- | | |
|-----------------------|-----------------------------------|
| 1) ระงับโรคหืด | 9) อาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล |
| 2) รู้เท่าทันโรคหืด | 10) วิธีป้องกันเมื่อเป็นโรคหืด |
| 3) สัญญาณอาการโรคหืด | 11) วิธีดูแลปอดให้แข็งแรง |
| 4) โรคหืด...ควบคุมได้ | 12) PM 2.5 กับผู้ป่วยโรคหืด |

7(15)

- | | |
|---|--|
| 5) รู้วิธีพ่นยา...รักษาโรคหืด | 13) การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคหืด |
| 6) วิธีใช้ยาสูดพ่นชนิด MDI | 14) อาหารบำรุงปอด |
| 7) วิธีใช้ยาสูดพ่นชนิด Accuhaler | 15) อาหารที่ผู้ป่วยโรคหืดควรหลีกเลี่ยง |
| 8) ข้อควรระวังในการใช้ยาสูดพ่นรักษาโรคหืด | 16) วัคซีนกับผู้ป่วยโรคหืด |

2. ผู้วิจัยโทรศัพท์ถึงกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 2, 4, 6 เพื่อประเมินการควบคุมโรคหืด และกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้กำหนดและทบทวนเป้าหมายของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอาการโรคหืดกำเริบ พร้อมทั้งติดตามการส่งข้อมูลผลการบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเอง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผ่านระบบ Google form

กิจกรรมสัปดาห์ที่ 7 – 11

ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามและกระตุ้นเตือนกลุ่มตัวอย่าง ในสัปดาห์ที่ 7, 9 และ 11 เพื่อทบทวนผลการบันทึกข้อมูลพฤติกรรมจัดการตนเอง และผลการประเมินการควบคุมโรคหืด ว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ พร้อมทั้งติดตามความก้าวหน้าการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองที่บ้าน หากพบปัญหาในการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างสามารถขอคำปรึกษาผ่านทาง LINE application โดยให้ฝึกปฏิบัติซ้ำในด้านที่ยังทำไม่ได้ จนเกิดความมั่นใจ

กิจกรรมสัปดาห์ที่ 12

ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันทบทวนข้อมูลพฤติกรรมจัดการตนเองที่บ้านที่ประจำสัปดาห์ และติดตามการประเมินการควบคุมโรคหืด ผู้วิจัยสรุปแนวทางการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหืดให้ทราบ พร้อมทั้งเสริมแรง กล่าวชมเชยเพื่อให้เกิดกำลังใจในการจัดการตนเองต่อไป

3. **ขั้นหลังการทดลอง** หลังได้รับบริการพยาบาลทางไกล ผู้วิจัยส่ง link แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหืด และแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเอง (post-test) ที่สร้างด้วย google form ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืดทำการประเมินทาง LINE application และติดตามจำนวนครั้งของอาการโรคหืดกำเริบ ในระยะเวลา 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคหืดและผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ
2. วิเคราะห์คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหืด โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหืด พฤติกรรมจัดการตนเอง และจำนวนครั้งของอาการโรคหืดกำเริบ ระหว่างก่อนและหลังได้รับบริการพยาบาลทางไกลเพื่อสนับสนุนพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืดกลุ่มติดบ้าน โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้สูงอายุโรคหืดกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 72 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75.00 โดยเป็นผู้ที่มีสถานภาพหม้าย คิดเป็นร้อยละ 60.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.00 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 75.00 มีระยะเวลาป่วยเป็นโรคหืด ในช่วง 16 - 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00 ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืดกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80.00 มีอายุเฉลี่ย 48 ปี มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 50.00

จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.00 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็น ร้อยละ 60.00 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 5,001 - 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50.00 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร ธิดา คิดเป็นร้อยละ 70.00 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 16 – 20 ปี จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.00

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด กลุ่มติดบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลทางไกล

2.1 การเปรียบเทียบความรู้โรคหืดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า หลังได้รับการพยาบาลทางไกลผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความรู้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80.42 เป็น 100 โดยก่อนได้รับการพยาบาลทางไกลผู้ดูแลผู้สูงอายุตอบคำถามความรู้เกี่ยวกับโรคหืดได้ถูกต้อง จำนวน 7 ข้อ หลังได้รับการพยาบาลทางไกลผู้ดูแลผู้สูงอายุตอบคำถามความรู้เกี่ยวกับโรคหืด ได้ถูกต้อง 12 ข้อ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืดที่ตอบคำถามความรู้เกี่ยวกับโรคหืดได้ถูกต้อง ก่อนและหลังการได้รับบริการพยาบาลทางไกล (n = 20)

ข้อคำถาม	ผู้ที่ตอบคำถามถูกต้อง จำนวน (ร้อยละ)	
	ก่อน	หลัง
1. โรคหืดเป็นที่เกิดจากการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม	16 (80.00%)	20 (100%)
2. อาการหืดกำเริบ จะทำให้มีอาการไอ หายใจลำบาก แน่นหน้าอก หายใจเสียงดังวี๊ด เพราะหลอดลมตีบ	20 (100%)	20 (100%)
3. โรคหืดเป็นโรคที่สามารถควบคุมอาการได้ โดยการใช้ยาหลีกเลี่ยงสัมผัสสิ่งกระตุ้น เช่น ไรฝุ่น เกสรดอกไม้	18 (95.00%)	20 (100%)
4. การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหืดได้มากที่สุด	16 (80.00%)	20 (100%)
5. การเลี้ยงสุนัข แมว ไว้ในบ้าน ไม่ก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยโรคหืด	13 (65.00%)	20 (100%)
6. ผู้ป่วยโรคหืดไม่จำเป็นต้องออกกำลังกาย เพราะทำให้เหนื่อยขึ้น	12 (60.00%)	20 (100%)
7. การฝึกหายใจด้วยการห่อปาก ช่วยลดอาการหอบเหนื่อยได้	16 (80.00%)	20 (100%)
8. หากลิ้มพ่นยา ให้เว้นครั้งที่ลิ้ม พ่นยาครั้งต่อไป เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า	13 (65.00%)	20 (100%)
9. ยาพ่นที่เป็นสเตียรอยด์หลังจากพ่นยาเสร็จ ควรบ้านปากหรือกลั้วคอทุกครั้ง เพื่อลดการเกิดเชื้อราในช่องปากและเสียงแหบ	20 (100%)	20 (100%)
10. การรักษาโรคหืด ควรมาพบแพทย์เฉพาะเวลาที่มีอาการหอบ	15 (75.00%)	20 (100%)
11. เมื่อมีอาการเหนื่อยมาก ผู้ป่วยสามารถโทรศัพท์ขอความช่วยเหลือได้ที่เบอร์ฉุกเฉิน 1669	20 (100%)	20 (100%)
12. ผู้ป่วยโรคหืดจำเป็นต้องได้รับวัคซีนป้องกันโรค เช่น โควิด-19 ไข้หวัดใหญ่ เป็นประจำทุกปี	13 (65.00%)	20 (100%)
ภาพรวม	80.42	100

2.2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด พบว่า มีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม ก่อนได้รับการพยาบาลทางไกล อยู่ในระดับปฏิบัติบางครั้ง ($\bar{X} = 3.47$, $SD = 0.202$) หลังได้รับการพยาบาล

ทางไกล อยู่ในระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง ($\bar{X} = 3.85$, $SD = 0.095$) หากพิจารณาโดยรวมเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด มีพฤติกรรมจัดการตนเองเพิ่มขึ้นจากระดับปฏิบัติบ่อยครั้งเป็นปฏิบัติเป็นประจำ จำนวน 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการเมื่ออาการกำเริบและด้านการรับประทานอาหาร และเพิ่มขึ้นจากระดับปฏิบัติบางครั้งเป็นปฏิบัติบ่อยครั้ง จำนวน 1 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด มีพฤติกรรมจัดการตนเองก่อนและหลังได้รับการพยาบาลทางไกลอยู่ในระดับเดิมคือ ได้แก่ปฏิบัติบ่อยครั้ง จำนวน 1 ด้าน ได้แก่ ด้านการใช้จ่าย และปฏิบัติบางครั้ง จำนวน 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และด้านการจัดการความเครียด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด กลุ่มติดบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลทางไกล จำแนกเป็นรายด้าน

พฤติกรรมจัดการตนเอง	ก่อน			หลัง		
	$\bar{X}$	SD.	ระดับ	$\bar{X}$	SD.	ระดับ
ด้านการใช้จ่าย	3.54	0.178	บ่อยครั้ง	3.59	0.120	บ่อยครั้ง
ด้านการจัดการเมื่ออาการกำเริบ	4.00	0.780	บ่อยครั้ง	4.77	0.244	เป็นประจำ
ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น	3.23	0.495	บางครั้ง	3.48	0.120	บางครั้ง
ด้านการออกกำลังกาย	3.03	0.717	บางครั้ง	4.07	0.352	บ่อยครั้ง
ด้านการรับประทานอาหาร	3.87	0.606	บ่อยครั้ง	4.60	0.278	เป็นประจำ
ด้านการจัดการความเครียด	3.13	0.512	บางครั้ง	3.35	0.229	บางครั้ง
รวม	3.47	0.202	บางครั้ง	3.85	0.095	บ่อยครั้ง

3. ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหืด พฤติกรรมจัดการตนเอง และจำนวนครั้งของอาการโรคหืดกำเริบ ระหว่างก่อนและหลังได้รับการพยาบาลทางไกล รายละเอียดดังนี้

3.1 ด้านความรู้ พบว่า หลังการให้บริการพยาบาลทางไกล ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืดมีความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$) โดยพบว่าก่อนได้รับการพยาบาลทางไกล ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืดมีความรู้เฉลี่ย 9.65 คะแนน หลังได้รับการพยาบาลทางไกล ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืดมีความรู้เฉลี่ย 12.00 คะแนน

3.2 ด้านพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด พบว่า หลังการให้บริการพยาบาลทางไกล ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืดมีพฤติกรรมจัดการตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$) โดยก่อนได้รับการพยาบาลทางไกลมีพฤติกรรมจัดการตนเองอยู่ในระดับปฏิบัติบางครั้ง ($\bar{X} = 3.46$, $SD = 0.09$) หลังได้รับการพยาบาลทางไกล ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืดมีพฤติกรรมจัดการตนเองอยู่ในระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง ($\bar{X} = 3.84$, $SD = 0.20$)

3.3 จำนวนครั้งของอาการโรคหืดกำเริบในผู้สูงอายุโรคหืด พบว่า หลังการให้บริการพยาบาลทางไกล จำนวนครั้งของอาการโรคหืดกำเริบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$) โดยก่อนได้รับการพยาบาลทางไกลมีอาการกำเริบเฉลี่ย 1 ครั้ง ($\bar{X} = 1.00$, $SD = 1.02$) หลังได้รับการพยาบาลทางไกลมีอาการกำเริบเฉลี่ย 0.25 ครั้ง ($\bar{X} = 0.25$, $SD = 0.44$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหืด พฤติกรรมการจัดการตนเอง และจำนวนครั้งของอาการโรคหืดกำเริบ ระหว่างก่อนและหลังได้รับการพยาบาลทางไกล (n = 20)

	ก่อน		หลัง		t	df	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ความรู้เกี่ยวกับโรคหืด	9.65	1.84	12.00	0.00	5.702	19	0.000*
พฤติกรรมการจัดการตนเอง	3.46	0.09	3.84	0.20	8.772	19	0.000*
จำนวนครั้งของอาการโรคหืดกำเริบ	1.00	1.02	0.25	0.44	-4.265	19	0.000*

*p < .01

อภิปรายผล

1. การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด กลุ่มติดบ้าน อำเภอมือง จังหวัดนครปฐม ระหว่างก่อนและหลังได้รับการพยาบาลทางไกล ผลการวิจัย พบว่าหลังได้รับการพยาบาลทางไกล ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด กลุ่มติดบ้าน มีความรู้เกี่ยวกับโรคหืด สูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลทางไกล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการจัดการบริการพยาบาลทางไกลที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหืดตามแนวทางการรักษาโรคหืดสำหรับผู้ใหญ่ในประเทศไทย 2565 ครอบคลุมทั้งเรื่องสาเหตุของการเกิดโรค สิ่งกระตุ้นการเกิดโรค การสูดพ่นยาและผลข้างเคียงของยา การออกกำลังกาย การสังเกตอาการก่อนมีอาการหอบกำเริบ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และการได้รับวัคซีน⁹ ในการให้ความรู้แต่ละครั้ง ใช้วิธีการสื่อสารผ่าน LINE application และโทรศัพท์เป็นรายบุคคล ทำให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว และเปิดทบทวนได้บ่อยครั้งตามต้องการ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหืดเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยผลของโปรแกรมการจัดการโรคหืดผ่านสมาร์ตโฟนแอปพลิเคชันที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหืดมีคะแนนความรู้โรคหืดดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม¹⁴ ส่งผลช่วยเพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคให้ได้ตามเป้าหมาย มีภาวะสุขภาพดีขึ้น เช่น อาการหายใจลำบากลดลง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันลดลง²²

นอกจากนี้ผลการวิจัยยัง พบว่าหลังได้รับการพยาบาลทางไกล ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืดกลุ่มติดบ้าน มีพฤติกรรมการจัดการตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลทางไกล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้¹⁹ และสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการภาวะหืดกำเริบเฉียบพลัน สูงกว่าก่อนได้รับการดูแล¹⁹ ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้ดำเนินการตามกระบวนการพยาบาลสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองตามแนวคิดของเครียร์ ทั้ง 6 ขั้นตอน โดยช่วยเหลือและสนับสนุนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ผลกระทบที่จะเกิดจากโรค และทักษะในการคิด แก้ไขปัญหา วางแผนจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องด้วยตนเอง โดยใช้ LINE application และเยี่ยมทางโทรศัพท์ เป็นช่องทางสื่อสารช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ และสนับสนุนให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจะโทรศัพท์พูดคุยกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อร่วมกันตั้งเป้าหมาย และกำหนดเป้าหมายการจัดการสุขภาพตนเอง เป็นการกำหนดความคาดหวังให้เกิดความพยายามในการปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ คือ ต้องการควบคุมอาการโรคหืดให้ได้ จะได้ไม่ต้องไปนอนโรงพยาบาล ผู้ดูแลรู้จักเฝ้าระวังและสังเกตอาการแสดงของโรคหืดกำเริบ มีการประเมินการเกิดอาการทั้งกลางวันและกลางคืน รวมทั้งมีการประมวลข้อมูลอาการในแต่ละวัน โดยบันทึกข้อมูล

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในแต่ละวัน ส่งรายงานผลการบันทึกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และประเมินการควบคุมโรคหืด ทุก 4 สัปดาห์ ผ่าน google form ตามแนวปฏิบัติของสมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย มองเห็นความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหาและตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเอง นอกจากนี้ การประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองจากข้อมูลที่บ้านที่เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทำให้ผู้ดูแลมองเห็นผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ และการเสริมแรงให้กำลังใจตนเองเมื่อทำได้ตามเป้าหมาย ทำให้เกิดความภูมิใจในตนเอง และส่งผลให้ปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดี^{23,24} ดังจะเห็นจากผลการวิจัยครั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับการพยาบาลทางไกล ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืดมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองโดยรวม เพิ่มขึ้น 1 ระดับ คือ จากระดับปฏิบัติบางครั้ง ($\bar{X} = 3.47$, $SD = 0.202$) เป็นระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง ($\bar{X} = 3.85$, $SD = 0.095$) เมื่อวิเคราะห์ข้อโดยรวมเป็นรายด้าน ระหว่างก่อนและหลังได้รับการพยาบาลทางไกล พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืดมีระดับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น ในด้านการจัดการเมื่ออาการกำเริบ ด้านการรับประทานยา และด้านการออกกำลังกาย ทั้งนี้จากการสอบถาม พบว่า เป้าหมายของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืดทุกคน ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยไปนอนโรงพยาบาล เมื่อมีอาการโรคหืดกำเริบ จะลองพ่นยาก่อน (พ่นซ้ำ มากกว่า 3 ครั้ง) จนอาการไม่ดีขึ้น จึงพาไปโรงพยาบาล ส่วนเรื่องการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุโรคหืด กลุ่มติดบ้าน มีข้อจำกัดด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน เข้าใจว่าไม่จำเป็นต้องออกกำลังกาย บางคนออกกำลังกาย แต่ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งพยาบาลจะให้ข้อมูล ทบทวนการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นรายบุคคล รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ดูแลทำการประเมินการควบคุมโรคหืดทุกเดือน เพื่อเฝ้าระวังและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เมื่อปฏิบัติประจำและต่อเนื่อง ส่งผลให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

ในขณะที่ระดับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองไม่เปลี่ยนแปลงในด้านการใช้ยา ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และด้านการจัดการความเครียด ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลนครปฐมได้นำแนวทางการรักษาโรคหืดแบบง่าย ๆ (Easy Asthma Guideline) มาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืด โดยผู้ป่วยทุกคนที่มาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคปอด จะต้องพบทีมสหวิชาชีพให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว สอนและทบทวนการใช้ยาควบคุมหืด (controller) และยาบรรเทาอาการ (reliever) ตามแนวทางของสมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย ปี 2565⁸ ส่วนในกรณีพบผู้ป่วยยุ่งยาก ซ้ำซ้อน เช่น re-admit บ่อย สุดท้ายไม่ถูกต้อง มีปัญหาปัจจัยแวดล้อมที่บ้าน ๆ จะมีกระบวนการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับพยาบาลงานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมิน ค้นหา แก้ไขความเสี่ยงที่จะเกิดอาการโรคหืดกำเริบ ซึ่งเป็นการปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ ด้วยเหตุนี้จึงส่งผลให้ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของระดับพฤติกรรมในประเด็นนี้

2. การเปรียบเทียบจำนวนครั้งของอาการโรคหืดกำเริบในผู้สูงอายุโรคหืดระหว่างก่อนและหลังได้รับการพยาบาลทางไกล ผลการวิจัย พบว่าหลังได้รับการพยาบาลทางไกล จำนวนครั้งของอาการโรคหืดกำเริบของผู้สูงอายุโรคหืดกลุ่มติดบ้าน ต่ำกว่าก่อนได้รับการพยาบาลทางไกล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการให้บริการพยาบาลทางไกล เพื่อสนับสนุนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เน้นการให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืดสามารถจัดการตนเองได้ด้วยการให้ความรู้ ประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย ทุกสัปดาห์ และประเมินการควบคุมโรคหืด ทุกเดือน ผ่าน google form รวมทั้งผู้วิจัยจะโทรศัพท์เพื่อร่วมกันทบทวนข้อมูลพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองที่บ้านที่ประจำสัปดาห์ รวมทั้งทบทวนวิธีการสูดพ่นยาชนิดที่ใช้อยู่เป็นระยะๆ ซึ่งมีความสำคัญต่อการเกิดอาการกำเริบได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง คือ อายุ 71 - 80 ปี (ร้อยละ 50.00) ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ที่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ แต่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความลำบากในการเคลื่อนไหว จึงจำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวช่วยเหลือ สนับสนุนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ กล่าวคือ สามารถควบคุมอาการ

โรคหืดได้ ซึ่งจะเห็นจากผลการวิจัยที่พบว่าหลังได้รับการพยาบาลทางไกล ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด มีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการจัดการอาการกำเริบเพิ่มขึ้นจากระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง ($\bar{X} = 4.00$, $SD = 0.780$) เป็นปฏิบัติเป็นประจำ ($\bar{X} = 4.77$, $SD = 0.244$) ซึ่งทุกระยะของโปรแกรมการจัดการบริการพยาบาลทางไกล มีการสนับสนุนความรู้ ควบคู่กับการทบทวนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการยอมรับและมองเห็นประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ มีความรู้ ทักษะและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม จึงเป็นเหตุให้จำนวนครั้งของอาการโรคหืดกำเริบต่ำกว่าก่อนได้รับการพยาบาลทางไกล ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับโปรแกรมการจัดการโรคหืดผ่านสมาร์ทโฟน แอปพลิเคชัน มีคะแนนการควบคุมอาการโรคหืดดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม²⁰ และ ผู้ป่วยโรคหืดที่ควบคุมไม่ได้กลุ่มทดลอง มีการควบคุมอาการและคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁵

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.1 นำรูปแบบของโปรแกรมการจัดการบริการพยาบาลทางไกล เพื่อสนับสนุนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด กลุ่มติดบ้าน โดยใช้แนวคิดของแครีเยอร์ (Creer) ไปขยายผลและประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ได้ เช่น ผู้ป่วยโรคหืดในช่วงอายุอื่น ๆ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอาการโรคหืดกำเริบบ่อย และกลุ่มผู้ป่วย Chronic Obstructive Pulmonary Disease

1.2 ควรทบทวนความรู้เพื่อสนับสนุนพฤติกรรมการจัดการตนเองเป็นระยะ ๆ ให้ครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าใจ การจัดการเมื่ออาการกำเริบ การปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด เพื่อให้เกิดความคงทนของพฤติกรรม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาติดตามผลการประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง และการควบคุมอาการโรคหืดในระยะยาว เช่น 6, 12 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมในระยะยาว

2.2 ควรทำการศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดในด้านที่ยังไม่เกิดการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ด้านการเข้าใจ ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และด้านการจัดการความเครียด เพื่อค้นหาสาเหตุที่แท้จริง ทำให้การพยาบาลที่บ้านได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Boonsawat W, Charoenphan P, Kaiboonsri S, et al. Prevalence of asthma Symptoms in adult in 4 cities of Thailand. Joint scientific meeting the Thoracic Society of Thailand, the Malaysia Thoracic Society and the Singapore Thoracic Society. Bangkok Thailand; 2002.
- Boonsawat W, editors. Improvement of health service systems in Contracting Unit for Primary Care. Bangkok: Bulletin Company Limited; 2011.
- ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลนครปฐม. ข้อมูลผู้ป่วยโรคหืด ปี 2564 – 2565; 2566.
- นุชนารถ โตเหมือน. Proactive regular ICS/LABA Management in Asthma. ประชุมวิชาการโรงพยาบาลนครปฐม เรื่องการพัฒนาอย่างยั่งยืน เพื่อระบบการบริการโรคไม่ติดต่อแบบองค์รวม; วันที่ 17 มีนาคม 2566; โรงพยาบาลนครปฐม. นครปฐม; 2566.

5. จิรสุดา ทะเรรัมย์, นรลักษณ์ เอื้อกิจ. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ป่วยใหญ่. ว. การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561;36(3):221-32.
6. ณัฐกร พิชัยจิต, เพชรไสว ลิมตระกูล. ระบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหืด คลินิกโรคหืดโรงพยาบาลห้วยเม็ก อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์. ว. การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2564; 39(1):118-27.
7. สินีนาฏ เนาวสุวรรณ, กิตติพร เนาวสุวรรณ. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหืด. ว. การพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา 2560;18(1):28-38.
8. สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคหืดสำหรับผู้ใหญ่ในประเทศไทยปี 2565 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tac.or.th/wp-content/uploads/2022/แนวทางการรักษาโรคหืดในประเทศไทย-TAC-2022-TK-edited.pdf>.
9. อารีย์ เสนีย์. โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. ว. พยาบาลทหารบก 2557;15(2):129-34.
10. ณัฐภัสสร เต็มขุนทด และคณะ. ผลของการติดตามสุขภาพทางไกลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ดี. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง 2564;65(ฉบับเพิ่มเติม):75-90.
11. กองการพยาบาล. รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผดุงดูแล. กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิสัย; 2564.
12. กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล (Digital Health) กระทรวงสาธารณสุขปี 2564-2568. [อินเทอร์เน็ต]. กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ict.moph.go.th/upload_file/files/97c2287c8f04e13f81fec13e431e7a5e.pdf.
13. ปัทมาพร ชนะมาร. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจังหวัดมหาสารคาม [วิทยานิพนธ์ดุสิตบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม; 2561.
14. ธมลวรรณ ศรีกลิ่น, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, อรวรรณ ศรียุคตศุทธ. ผลของโปรแกรมการจัดการโรคหืดผ่านสมาร์ตโฟนแอปพลิเคชันต่อความรู้การใช้ยาสูดและการควบคุมอาการในผู้ป่วยโรคหืด. ว. พยาบาลศาสตร์ 2564;39(2):50-63.
15. Creer TL. Self-management of chronic illness. in Boekaerts M, Pintrich PR, Zeidner M. (Eds.). Handbook of self-regulation. California: Academic; 2000.
16. กองการพยาบาล. แนวทางการจัดเก็บตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
17. กรรณิการ์ ยิ่งยืน, นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. นวัตกรรมเพื่อการจัดการตนเองผ่านระบบสุขภาพทางไกลสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง. ศรีนครินทร์เวชสาร 2559;31(6): 365-71.
18. ภรณ์พรชสร พุฒวิชัยดิษฐ์, ยุทธกรานต์ ชินโสตร. ประสิทธิภาพของการพัฒนาแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการเสริมพลังในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ. ว. อนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2562;4(3):71-85.
19. ชลศักดิ์ สุชัยยะ, อัมพรพรรณ อีรานูตร. ผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการภาวะหืดกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหืดต่อการกลับมารักษาซ้ำและพฤติกรรมปฏิบัติตัว. ว. พยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2563;43(4):48-58.
20. ธมลวรรณ ศรีกลิ่น, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, อรวรรณ ศรียุคตศุทธ. ผลของโปรแกรมการจัดการโรคหืดผ่านสมาร์ตโฟนแอปพลิเคชันต่อความรู้การใช้ยาสูดและการควบคุมอาการในผู้ป่วยโรคหืด. ว. พยาบาลศาสตร์ 2564;39(2):50-63.

14(15)

21. International Council of Nurses. Tele-nursing fact sheet. Geneva : International Council of Nurses (ICN); (2001).
22. ชดช้อย วัฒนะ. การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค. ว. วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2558;26(ฉบับเพิ่มเติม):117-27.
23. จันจิรา วิทยำรุง, ปัทมา สุริต. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้พฤติกรรม การจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้: การทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม. ว. พยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2563;43(4):36-47.
24. ภรณ์ทิพย์ ศรีสุข, นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมอาหารคาร์โบไฮเดรตและส่งเสริมการออกกำลังกายผ่านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. ว. การแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2565;30(1):12-23.
25. พรทิพย์ แก้วสิงห์, ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, จินดารัตน์ ชัยอาจ, ชมพูนุท ศรีรัตน์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการควบคุมอาการและคุณภาพชีวิตของผู้เป็นโรคหืดที่ควบคุมไม่ได้: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม. Pacific Rim International Journal of Nursing Research 2564;25(3):375-88.

การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล
งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต
The quality improvement of nursing documents in the emergency and
forensic unit, Somdejprapiyamaharajrommaneeyaket Hospital

ปทุมวดี สุรรัตน์*

Patumwadee Surarat*

โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต จังหวัดกาญจนบุรี

*Somdejprapiyamaharajrommaneeyaket Hospital, Kanchanaburi Province

Corresponding author: Patumwadee Surarat; Email: s_au2012@hotmail.com

Received: November 12, 2023; Revised December 8, 2023; Accepted: December 8, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนามีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต โดยใช้แนวทางกระบวนการ FOCUS-PDCA ของ Deming ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 9 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แนวคำถามในการประชุมกลุ่ม และแบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1.0 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการ FOCUS-PDCA ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุงคุณภาพ 2) การสร้างทีมให้รู้และเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ 3) การสร้างความกระจำในกระบวนการที่ทำอยู่ปัจจุบัน 4) การทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ 5) การเลือกกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง 6) วางแผนในการปรับปรุง 7) การปฏิบัติตามแผน 8) การตรวจสอบผลการปฏิบัติและ 9) การดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง หลังจากดำเนินการ 1 เดือน พบว่าคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 56.26 เป็นร้อยละ 86.41

คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพ, บันทึกทางการพยาบาล, ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ABSTRACT

This developmental research aimed to improve the quality of nursing recording. Nursing work for emergency accident patients and forensic medicine Somdej Phra Piyamaharaj Ramamaniyakhet hospital. Using Deming's FOCUS-PDCA process approach, the sample group is 9 professional nurses. The research instrument was a personal information recording form, focus group guideline, and nursing recording quality assessment form. Passed a content validity check from 3 experts, obtained an index of consistency (IOC) = 1.0 and a confidence value of .88. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results showed that the FOCUS-PDCA process consists of 9 steps as follows: 1) find 2) organize 3) clarify 4) understand 5) select 6) plan 7) implement 8) check and 9) act. After 1 month of operation, it was the quality of nursing recordings increased from 56.26 percent to 86.41 percent.

Keywords: quality Improvement, nursing documentation, emergency and accidents patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นหนึ่งในกระบวนการที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โดยพยาบาลจะบันทึกข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยร่วมกับวางแผนการพยาบาลให้ผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพการพยาบาลและเป็นหลักฐานทางกฎหมายในการให้บริการของพยาบาลวิชาชีพได้ รวมทั้งใช้สื่อสารเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง¹ บันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นหลักฐานสำคัญในการสะท้อนการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับ และสามารถใช้ในการสื่อสารระหว่างบุคลากรพยาบาลและทีมสุขภาพ ดังนั้นการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพจึงมีความสำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งต้องครอบคลุมปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย²

หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เป็นหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการเจ็บป่วยกะทันหัน ที่มีผลต่อชีวิตหรือการทำงานต่ออวัยวะสำคัญ ซึ่งจำเป็นต้องบริการตรวจและรักษาอย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรืออาการเจ็บป่วย การบาดเจ็บรุนแรง เป็นหน่วยงานด่านหน้าที่ให้บริการผู้ป่วยทั้งในและนอกโรงพยาบาล เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง³ การปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลต้องมีความรู้และความสามารถในการตัดสินใจอย่างเร่งด่วน เพื่อให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยก่อนอาการทรุดลง⁴ การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญในการสื่อสารระหว่างทีมพยาบาล การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ดี สามารถนำไปใช้เป็นสื่อกลางในการวางแผนการรักษาพยาบาล การปฏิบัติการรักษาพยาบาลและการติดตามประเมินผลการพยาบาลได้ นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ต่อพยาบาลทั้งในแง่กฎหมายและคุณภาพของการปฏิบัติงานอีกด้วย

การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หมายถึง การบันทึกกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล ที่พยาบาลได้กระทำกับผู้ป่วยเพื่อสื่อสารกับทีมพยาบาล ตลอดระยะของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย สะท้อนให้เห็นการไขกระบวนการพยาบาลทุกขั้นตอน รวมทั้งการบันทึกปัญหาของผู้ป่วยและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น⁴ วิธีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีหลายรูปแบบ ดังนี้ 1) การบันทึกแบบบอกเล่าเรื่องราว (narrative charting) เป็นรูปแบบการบันทึกการพยาบาลแบบบรรยายข้อมูลตามสิ่งที่พยาบาลสังเกตได้และกิจกรรมที่พยาบาลทำเป็นประจำ มีข้อดีคือเป็นรูปแบบการบันทึกที่ง่าย สะดวก รวดเร็ว มีข้อจำกัด คือ เป็นการบันทึกตามที่พยาบาลเห็น ไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูล ไม่มีการประเมินผลการปฏิบัติ ไม่มีความต่อเนื่อง

การบันทึกมักจะไม่สมบูรณ์ และไม่สะท้อนการตัดสินใจของพยาบาล 2) การบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา (problem oriented charting) เป็นรูปแบบการบันทึกการพยาบาลที่เน้นปัญหาเป็นหลัก ข้อดีคือ มีโครงสร้างชัดเจน สะดวกต่อการค้นหาข้อมูลได้ง่ายรวดเร็ว แก่พยาบาลผู้ป่วยได้ตรงประเด็น และทีมสุขภาพรับรู้ปัญหาผู้ป่วยตรงกัน มีข้อจำกัด คือ ต้องเก็บข้อมูลเป็นระบบจึงจะบันทึกได้ถูกต้อง 3) การบันทึกแบบชี้เฉพาะ (focus charting) เป็นรูปแบบการบันทึกการพยาบาลที่บอกให้ทราบถึงปัญหาของผู้ป่วยหรือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ข้อดี คือ บันทึกเป็นระบบ ชี้ให้เห็นถึงปัญหาได้ 4) การบันทึกแบบซีบีอี (charting by exception: CBE) เป็นรูปแบบการบันทึกการพยาบาลที่บันทึกเฉพาะข้อมูลที่ผิดปกติของผู้ป่วยหรือสิ่งที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ ข้อดีคือบันทึกได้สะดวก รวดเร็ว ลดภาระของการบันทึก ข้อจำกัดคือการบันทึกชนิดนี้จะต้องมีการบันทึกข้อมูลปกติของผู้ป่วยควบคู่กันไป 5) การบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล (charting by nursing process) เป็นรูปแบบการบันทึกการพยาบาลที่สะท้อนถึงการใช้กระบวนการพยาบาล เป็นการบันทึกที่มีรูปแบบและสะท้อนถึงการใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ มีการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล จนถึงวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การบันทึกต้องมีการวิเคราะห์ข้อมูล จัดกลุ่มข้อมูล และมีการระบุปัญหาหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มีการบันทึกการวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหา และผลของการปฏิบัติการพยาบาล ข้อดีคือชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน มีความต่อเนื่อง มองปัญหาผู้ป่วยในทิศทางเดียวกัน สะท้อนคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล และติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วย เพราะมีการประเมินผลการพยาบาลที่ชัดเจน นำไปปรับแก้ให้การพยาบาลที่เหมาะสม ข้อจำกัด คือ ไม่เหมาะสำหรับบันทึกผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ และ 6) การบันทึกโดยใช้แผนการจัดการดูแลผู้ป่วย (clinical pathway, care map charting) เป็นการบันทึกที่ใช้สำหรับการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบการจัดการรายกรณีข้อดีคือ บันทึกได้สะดวก รวดเร็ว ไม่ต้องรอแพทย์สั่ง ข้อจำกัดคือไม่เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่เป็นหลายโรค เนื่องจากต้องทำแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยในแต่ละโรค⁵

ลักษณะของการบันทึกทางการพยาบาลที่ดีในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินนั้น สำนักการพยาบาลได้กำหนดเกณฑ์ในการบันทึกไว้ ควรมีการบันทึกข้อมูลการให้บริการดูแลรักษาพยาบาล ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลตามหลัก 4 C นั่นคือ 1) มีความถูกต้อง (correct) 2) มีความครบถ้วน (complete) 3) มีความชัดเจน (clear) 4) ได้ใจความ (concise) นอกจากนี้ต้องเป็นการบันทึกที่ต่อเนื่อง ตามกระบวนการพยาบาล และชี้ให้เห็นความก้าวหน้าของการให้การพยาบาล⁶ ถึงแม้จะมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการบันทึกทางการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังคงพบปัญหา ที่เกิดขึ้นในการบันทึกทางการพยาบาล ได้แก่ การบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลเนื้อหาไม่ครอบคลุม ไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะการประเมินผู้ป่วยแรกรับ และการบันทึกการจำหน่าย ส่วนใหญ่มีการบันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับปัญหาด้านร่างกาย แต่ไม่ครอบคลุมด้านจิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคม และมีการบันทึกไม่ครบถ้วน ไม่ต่อเนื่อง ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ อาจมาจากความผิดพลาดในการจัดการเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล เช่น ไม่มีการกำหนดวัตถุประสงค์ ไม่มีการวางระบบบันทึกทางการพยาบาล ไม่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบ การออกแบบไม่สอดคล้องกับบริบท เน้นแบบฟอร์มไม่ใช้การเรียนรู้จากประสบการณ์⁷

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่าบันทึกทางการพยาบาลมีความสำคัญและจำเป็นต้องมีการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล เพื่อให้งานผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ ตามมาตรฐาน องค์กรสุขภาพใดที่มีปัญหาเรื่องการบันทึกทางการพยาบาลที่ไม่มีคุณภาพ มีความจำเป็นที่จะต้องหาแนวทางการแก้ไขปัญหการบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement: CQI) เป็นวิธีการพัฒนาคุณภาพชนิดหนึ่งที่น่าสนใจ ครั้งแรกโดย ดับเบิลยู เอ็ดวาร์ด⁸ โดยการนำวงจรพีดีซีเอ (PDCA) มาใช้ต่อมาได้มีการประยุกต์วงจร PDCA ให้มีความชัดเจนและเพิ่มขึ้นตอนมากขึ้น รวมทั้งได้เปลี่ยนชื่อเป็น FOCUS-PDCA⁸ ซึ่งใน FOCUS-PDCA ประกอบด้วย 9 ขั้นตอนในการพัฒนา

คุณภาพ ดังนี้ 1) ค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง (find) 2) สร้างทีมใหม่และเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ (organize) 3) สร้างความกระจ่างในกระบวนการที่ทำอยู่ในปัจจุบัน (clarify) 4) ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ (understand) 5) เลือกกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง (select) 6) วางแผนการปรับปรุง (plan) 7) ปฏิบัติตามแผน (do) 8) ตรวจสอบผลการปฏิบัติ (check) และ 9) ดำเนินการเพื่อให้เกิดผลที่ดีขึ้นและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (act) ที่ผ่านมามีการนำ FOCUS-PDCA มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อาทิเช่น ผลการศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี พบว่าผลลัพธ์ที่ได้จากการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้ FOCUS -PDCA ทำให้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลภายหลังการพัฒนามีคุณภาพดีกว่าก่อนการพัฒนา⁹

งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต โดยทำการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในปีพ.ศ. 2564-2565 พบว่า ความครบถ้วนสมบูรณ์และความถูกต้องของบันทึกทางการแพทย์พยาบาล คิดเป็นร้อยละ 47 และร้อยละ 50 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด คือ ต้องมากกว่าร้อยละ 80¹⁰ ทั้งนี้ พบประเด็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลดังนี้ 1) การประเมินสภาพผู้ป่วยไม่มีการประเมินระดับความรู้สึกตัว ทำให้การจำแนกประเภทผู้ป่วยไม่ถูกต้อง การบันทึกอาการและอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลขาดความครบถ้วน ไม่สมบูรณ์ 2) การวินิจฉัยทางการแพทย์ มีการบันทึกเฉพาะปัญหาทางด้านร่างกาย ขาดการบันทึกปัญหาทางด้านจิตใจ และทางด้านสังคม ส่วนการวินิจฉัยปัญหาทางกาย ไม่มีการบันทึกขอวินิจฉัยทางการแพทย์ หรือมีการบันทึกขอวินิจฉัยทางการแพทย์แต่ไม่สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพผู้ป่วย 3) การบันทึกการวางแผนการพยาบาล ไม่มีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาล หรือกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่สอดคล้องกับขอวินิจฉัยทางการแพทย์ 4) การบันทึกกิจกรรมการพยาบาล มีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ไม่สัมพันธ์กัน วัดและประเมินผลไม่ได้ 5) การบันทึกการประเมินผลการพยาบาล ขาดการบันทึกผลการพยาบาลโดยเฉพาะในรายที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และไม่มีการลงสัญญาณชีพผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่ได้มาตรฐาน อาการอาจทรุดลงและไม่ปลอดภัยในขณะส่งต่อ หรือเมื่อกลับบ้าน¹⁰

จากปัญหาที่พบและความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหน่วยงาน เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน จึงได้นำแนวคิดวงจร FOCUS-PDCA ของดับเบิลยู เอ็ดวาร์ด⁹ มาใช้เป็นแนวทางในการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ซึ่งแนวคิดนี้จะช่วยให้ทีมบุคลากรพยาบาลได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้บรรลุตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด เกิดผลลัพธ์ที่ดี ทำให้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของหน่วยงานเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพและปลอดภัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหา ในการบันทึกการพยาบาลของพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต
2. เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต
3. เพื่อศึกษาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต

สมมติฐานการวิจัย

คุณภาพการบันทึกทางพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต มีคุณภาพเพิ่มขึ้นกว่าเดิม หลังจากใช้แนวคิด FOCUS-PDCA

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน 9 ราย

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้นคือ การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางพยาบาลตามแนวคิด FOCUS-PDCA ตัวแปรตาม คือ คุณภาพการบันทึกทางพยาบาล

ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ เก็บรวบรวมข้อมูล เดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2566 ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต โดยใช้กรอบแนวคิด FOCUS-PDCA ของเดมมิง⁸ ซึ่งประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง 2) สร้างทีมใหญ่และเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ 3) สร้างความกระจ่างในกระบวนการที่ท่ายู่ในปัจจุบัน 4) ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ 5) เลือกกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง 6) วางแผนการปรับปรุง 7) การปฏิบัติตามแผน 8) การตรวจสอบผลการปฏิบัติและ 9) การดำเนินการเพื่อให้เกิดผลที่ดีขึ้นและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ที่ได้จากการวิจัยนี้จะทำให้การบันทึกทางพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต ได้คุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานการบันทึกทางพยาบาลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research & Development) โดยดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาในการบันทึกการพยาบาลของพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต โดยแบ่งเป็น 2 วิธีการ ได้แก่ ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน และสารสนเทศกลุ่ม ดังนี้

วิธีที่ 1 การสนทนากลุ่ม ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต จังหวัดกาญจนบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 9 คน

วิธีที่ 2 การศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษากิจงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 702 ฉบับ เป็นแบบบันทึกทางพยาบาลของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษากิจงานการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ด้วยอุบัติเหตุ หรือมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินเท่านั้น โดยใช้เกณฑ์การสุ่มตรวจเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2557)¹¹ คือ ร้อยละ 5

5(14)

ของจำนวนเวชระเบียน และไม่ควรต่ำกว่า 40 ฉบับ โดยจากสถิติปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการด้วยอาการ อุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินเฉลี่ยใน 1 เดือน จำนวน 702 ราย ดังนั้นจำนวนเวชระเบียน ร้อยละ 5 ของ 702 ฉบับ เท่ากับ 35 ฉบับ ซึ่งตามเกณฑ์ไม่ควรต่ำกว่า 40 ฉบับ โดยการจับสลากเลขบัตรประจำตัวผู้ป่วยนอก (hospital number)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวทางสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาสาเหตุและการวางแผนทางในการแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ทางการพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตามกรอบแนวคิด FOCUS-PDCA ของเดมมิง⁸ 9 ขั้นตอน จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย 1) การบันทึกประวัติและประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ ไม่ครบถ้วนถูกต้องตามกระบวนการพยาบาลเกิดจากสาเหตุใดบ้าง สาเหตุเกิดจากผู้บันทึก วิธีการบันทึก แบบฟอร์มการบันทึก บุคลากรทางการแพทย์ อื่น ๆ และการรบกวนในระหว่างการบันทึก 2) แนวทางแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไม่ครบถ้วน ตามกระบวนการพยาบาล มีวิธีแก้ไขอะไรบ้าง 3) ปัญหาอุปสรรคและขอเสนอแนะเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล มีอะไรบ้าง

2. เวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 40 ฉบับ โดยประเมินผลตามเกณฑ์ของสำนักการพยาบาล⁶ จำนวน 4 ข้อคือ บันทึกครบถ้วน บันทึกไม่ครบถ้วน ไม่บันทึก ไม่จำเป็นต้องบันทึก และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 1) กรณีที่มีการบันทึกครบถ้วน ให้ 1 คะแนน
- 2) กรณีที่มีการบันทึกไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ไม่ชัดเจน ไม่ได้ใจความ ให้ 0 คะแนน
- 3) กรณีที่ไม่มีการบันทึกให้ 0 คะแนน

4) กรณีที่ประเมินแล้วเห็นว่าหัวข้อเรื่องที่ผู้ประเมินเห็นว่า ไม่มีสวนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องบันทึกให้ระบุ NA (Not Applicable) ดังนั้นเวชระเบียนแต่ละฉบับจึงมีคะแนนรวมไม่เท่ากัน เกณฑ์การตัดสินคะแนนที่ได้รับจากการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล นำไปแปลผลโดยใช้ คะแนนดังกล่าว เปรียบเทียบกับคะแนนเต็มไม่รวมข้อที่ระบุ NA โดยคิดเป็นร้อยละ โดยสภาการพยาบาล กำหนดเกณฑ์การตัดสินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีความสมบูรณ์มากกว่าร้อยละ 80.00

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แนวทางสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาสาเหตุและการวางแผนทางในการแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ทางการพยาบาลโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมในการใช้ภาษา และการจัดลำดับเนื้อหา ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย นายแพทย์ชำนาญการ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลวิทยาลัยบรมราชชนนีจักรีรัช จำนวน 1 ท่าน และหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.0 หลังจากได้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยได้แก้ไขและปรับปรุงให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน หน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 9 คน ตามแนวทางสนทนากลุ่ม โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง พร้อมขออนุญาตบันทึกเสียงหรือจดข้อมูลตามแนวคำถามที่ได้เตรียมไว้ ระหว่างทำกลุ่มสนทนาผู้วิจัยจับประเด็นของข้อมูล และจดบันทึกสรุปสั้น ๆ พร้อมกับการบันทึกเทปการสนทนา การสนทนากลุ่มสิ้นสุดลงเมื่อข้อมูลอิ่มตัว (saturated data) โดยพิจารณาจากการที่ไม่มีข้อมูลใหม่มาเพิ่มเติมจากที่มีอยู่เดิม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดเทปแบบคำต่อคำ

2. ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาเรียบเรียง จัดกลุ่มเนื้อหา (Content Analysis) ถอดรหัส ความหมาย (codification) หรือให้ความหมายกับข้อมูลจำแนกและจัดระบบข้อมูล และสรุปผลการสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาสาเหตุและการวางแผนงานในการแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (Trustworthiness) โดยผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสอดคล้องและการตีความของผู้วิจัยโดยใช้แนวทางของ Lincoln & Guba¹² ประกอบด้วย 1) การตรวจสอบความเชื่อถือได้ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลตรวจสอบข้อมูลโดยสอบถามกลับไปยังผู้ให้ข้อมูลในประเด็นต่าง ๆ และการสร้างความเป็นกันเองกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีการแสดงออกที่เป็นธรรมชาติ 2) ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยในการศึกษาอย่างมีขั้นตอน ได้แก่ การนำเสนอข้อมูลอย่างละเอียด ครบถ้วนและครอบคลุม ตรงตามข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล และการถอดรหัสและการตรวจสอบอย่างเป็นขั้นตอน 3) ยืนยันผลการวิจัยที่ได้จากข้อมูลและการตรวจสอบซ้ำโดยกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล

ระยะที่ 2 การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต ผู้วิจัยได้นำผลสรุปในระยะที่ 1 มาพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลตามกรอบแนวคิด FOCUS-PDCA ของเดมมิง⁸

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน หน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 9 คน แบ่งเป็น 2 ทีม คือ 1) ทีมพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล จำนวน 3 คน ประกอบด้วยผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพประจำงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชอีก 2 คน ที่มีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช อย่างน้อย 5 ปี และเป็นสมาชิกทีมตรวจเวชระเบียนของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต รวม 3 คน และ 2) ทีมผู้ปฏิบัติ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขตที่ จำนวน 6 คน หลังจากนั้นนำแบบบันทึกทางการพยาบาล ไปประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ใน และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 3 การศึกษาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต จังหวัดกาญจนบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) จำนวน 9 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 7 ข้อประกอบด้วย เพศ อายุ วุฒิการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ประสบการณ์การทำงานในหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วย ประสบการณ์อบรม ประชุมสัมมนาเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

7(14)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ใช้แบบประเมินของอภิวิน ชาวดง (2558)¹³ มีทั้งหมด 46 ข้อ ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 4 ข้อ 2) การรวบรวมข้อมูลแรกรับ จำนวน 13 ข้อ 3) การประเมินอาการ จำนวน 12 ข้อ 4) การวินิจฉัยพยาบาลและวางแผนการพยาบาล จำนวน 4 ข้อ 5) กิจกรรมการพยาบาล จำนวน 3 ข้อ 6) ประเมินผล จำนวน 3 ข้อ 7) สรุปการจำหน่าย จำนวน 7 ข้อ

การแปลผลคะแนนใช้วิธีการตามเกณฑ์ของสำนักการพยาบาล⁶ โดยกำหนดใช้เกณฑ์การตรวจสอบ 4 ข้อคือ บันทึกครบถ้วน บันทึกไม่ครบถ้วน ไม่บันทึก ไม่จำเป็นต้องบันทึก และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 1) กรณีที่มีการบันทึกครบถ้วน ให้ 1 คะแนน
- 2) กรณีที่มีการบันทึกไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ไม่ชัดเจน ไม่ได้ใจความ ให้ 0 คะแนน
- 3) กรณีที่ไม่มีการบันทึกให้ 0 คะแนน

4) กรณีที่ประเมินแล้วเห็นว่าหัวข้อเรื่องที่ผู้ประเมินเห็นว่า ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องบันทึกให้ระบุ NA (Not Applicable) ดังนั้นเวชระเบียนแต่ละฉบับจึงมีคะแนนรวมไม่เท่ากัน เกณฑ์การตัดสินคะแนนที่ได้รับจากการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล นำไปแปลผลโดยใช้ คะแนนดังกล่าว เปรียบเทียบกับคะแนนเต็มไม่รวมข้อที่ระบุ NA โดยคิดเป็นร้อยละ โดยสภาการพยาบาล กำหนดเกณฑ์การตัดสินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีความสมบูรณ์มากกว่าร้อยละ 80.00

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้วิจัยใช้แบบประเมินของอภิวิน ชาวดง¹³ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ฉบับ ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ครอนบาคเท่ากับ .88

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี เลขที่ 26/2566 ลงวันที่ 2 ตุลาคม 2566 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการศึกษา วิธีเข้าร่วมการวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับและการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการแต่อย่างใด ข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับและนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวมวิชาชีพ และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะแจ้งขอออกจากการเข้าร่วมการวิจัย ก่อนที่โครงการวิจัยจะสิ้นสุดลงได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ
2. ข้อมูลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล นำมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้โมเดล FOCUS-PDCA

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสภาพปัญหา ในการบันทึกการพยาบาลของพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต พบว่า ความครบถ้วนสมบูรณ์ และความถูกต้องของบันทึกทางการแพทย์พยาบาล คิดเป็นร้อยละ

8(14)

56.26 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด คือ ต้องมากกว่าร้อยละ 80 และพบปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลดังนี้ 1) การประเมินสภาพผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ทำให้การจำแนกประเภทผู้ป่วยไม่ถูกต้อง 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล มีการบันทึกเฉพาะปัญหาทางด้านร่างกาย ขาดการบันทึกปัญหาทางด้านจิตใจ และทางด้านสังคม มีการบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แต่ไม่สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพผู้ป่วย 3) การบันทึกการวางแผนการพยาบาล ไม่มีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาล และไม่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 4) การบันทึกกิจกรรมการพยาบาล ไม่ครบถ้วน ไม่สัมพันธ์กัน วัดและประเมินผลไม่ได้ 5) การบันทึกการประเมินผลการพยาบาล ขาดการบันทึกผลการพยาบาลโดยเฉพาะในรายที่ผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลง และไม่มีการลงสัญญาณชีพผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. พัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิตุลาธิราชมณเฑียรเขต ตามกรอบแนวคิด FOCUS-PDCA ของเดมมิง⁹ ขึ้นตอน ดังนี้

2.1 ขั้นตอนการค้นหาคะบวนการในการปรับปรุงคุณภาพ โดยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลจากเวชระเบียน ระหว่างวันที่ 3 - 15 ตุลาคม 2566 จำนวน 40 ฉบับ เฉพาะผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกราย โดยใช้แบบประเมินของอภิวัน ชาวดง¹³ พบว่าผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลจากเวชระเบียนก่อนการพัฒนา ผลการประเมินการบันทึกทางการพยาบาลที่ครบถ้วนทุกข้อที่ ตรวจสอบคิดเป็นร้อยละ 56.26 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ ที่สภาการพยาบาลกำหนด คือ มากกว่า ร้อยละ 80.00

2.2 สร้างทีมให้รู้และเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ ผู้วิจัยจึงจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน 2 คน ซึ่งเป็นสมาชิกทีมตรวจเวชระเบียน โรงพยาบาล จำนวน 1 คน และเป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลจำนวน 1 คน รวมผู้วิจัยด้วยเป็นจำนวนทั้งหมด 3 คน

2.3 สร้างความกระจ่างในกระบวนการที่ทำอยู่ในปัจจุบัน ผู้วิจัยได้ประชุมร่วมกับทีม และได้นำเสนอปัญหาเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลที่ได้จากการตรวจสอบก่อนการพัฒนาและกระบวนการบันทึกทางการพยาบาลตามรูปแบบการบันทึก โดยใช้กระบวนการพยาบาล (nursing process record) ที่ได้ปฏิบัติในปัจจุบัน ซึ่งครอบคลุมทั้ง 4 ระยะ คือ ระยะแรกรับ ระยะให้การพยาบาล ระยะหลังให้การพยาบาลและระยะหลังการจำหน่ายผู้ป่วย โดยมีการกำหนดรูปแบบของเนื้อหาและหลักฐานที่ต้องใช้ในการบันทึก

2.4 ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ โดยผู้วิจัยได้ประชุมร่วมกันกับทีมผู้เกี่ยวข้องเพื่อระดมสมอง โดยการใช้แนวคำถามปัญหาเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลที่ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ ทำให้ทราบถึงสาเหตุของปัญหาการบันทึกที่ไม่ครบถ้วน จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และจัดกลุ่มสาเหตุของปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลซึ่งมีสาเหตุดังนี้ คือ 1) สาเหตุที่เกิดจากผู้บันทึก เช่น มีภาระงานมาก ไม่ใส่ใจและเอกสารเยอะ 2) สาเหตุที่เกิดจากวิธีการบันทึก เช่น ข้อมูลไม่ครบ และมีความซับซ้อน 3) สาเหตุที่เกิดจากแบบฟอร์มการบันทึก เช่น แบบบันทึกมีช่องว่างและรายละเอียดไม่เพียงพอ เป็นต้น

2.5 เลือกกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง โดยผู้วิจัย ทีมพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลและทีมพยาบาลผู้บันทึก ได้จัดประชุมระดมสมอง โดยแบ่งเป็น 2 รุ่น ๆ ละครั้งวัน เพื่อหาสาเหตุของปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งหาแนวทางการแก้ไขร่วมกัน เช่น สาเหตุที่เกิดจากตัวผู้บันทึก แก้ไขโดยจัดอบรมให้ความรู้ พร้อมทั้งจัดทำแนวทางและตัวอย่างการบันทึกเพื่อให้การบันทึกมีคุณภาพและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

2.6 วางแผนในการปรับปรุง ผู้วิจัยประชุมร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางในการแก้ไข ดังนี้

1) จัดอบรมพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช โดยประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรม และความพึงพอใจ พบว่าความรู้ก่อนอบรมร้อยละ 52.00 หลังการอบรมเพิ่มเป็น ร้อยละ 91.00 และผลการประเมินความพึงพอใจต่อการอบรม คิดเป็นร้อยละ 92.00

2) จัดการประชุมเพื่อทำข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับบันทึกทางการพยาบาล โดยสรุปผลได้ดังนี้

2.1) บันทึกทางการพยาบาลเฉพาะผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกราย ยกเว้นผู้ป่วยทั่วไป หรือผู้ป่วยที่มาใช้บริการอื่น ๆ

2.2) พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่คัดกรอง ต้องมีการลงบันทึกให้ครอบคลุมเกี่ยวกับการประเมินแรกรับ บันทึกการประเมินอาการ บันทึกการประเมินสภาพปฏิกิริยา และบันทึกการประเมินสภาพทฤษฎี เป็นต้น

3) จัดทำแนวทางการบันทึกทางการพยาบาล เพื่อสื่อสารให้พยาบาลทุกคนได้รับทราบ และมีการจัดทำตัวอย่างการบันทึก เพื่อให้เข้าใจและนำไปปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

2.7 นำไปปฏิบัติ ผู้วิจัยและทีมที่เกี่ยวข้อง ได้ให้พยาบาลวิชาชีพได้ทดลองปฏิบัติเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ โดยมีการติดตามและคอยให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง พบว่าบางหัวข้อไม่ได้บันทึก เช่น ปัญหาด้านจิตใจและสังคมเศรษฐกิจ เนื่องจากไม่มีปัญหา ในหัวข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้ระบุว่าไม่จำเป็น เนื่องจากไม่พบปัญหาในด้านนี้

2.8 ตรวจสอบผลการปฏิบัติ เมื่อสิ้นสุดตามระยะเวลาที่กำหนด ทีมพัฒนาคุณภาพ บันทึกทางการพยาบาล ได้ดำเนินการตรวจสอบประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ของงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เมื่อ 10 พฤศจิกายน 2566 โดยการสุ่มตรวจเวชระเบียนจำนวน 80 ฉบับ โดยใช้แบบประเมินของอภิวัน ชาวดง¹³ พบว่า คุณภาพการบันทึกก่อนการพัฒนา คิดเป็นร้อยละ 56.26 และหลังการพัฒนาเพิ่มเป็นร้อยละ 86.41

2.9 ยืนยันผลการดำเนินการเพื่อให้เกิดผลที่ดีและนำข้อมูลไปปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่องได้ ผู้วิจัยและทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลร่วมกันพิจารณาผลลัพธ์ที่ได้จากการพัฒนาว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด โดยการนำผลที่ได้จากการตรวจสอบมาพิจารณาร่วมกับทีมพัฒนา คุณภาพมาวิเคราะห์ผล ซึ่งผลของการวิเคราะห์ ดังแสดงในตารางที่ 1, 2

3. การศึกษาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 อายุอยู่ในช่วง 20 -30 ปีคิดเป็นร้อยละ 66.67 การศึกษาในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 100 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 83.33 และไม่เคยเข้ารับการอบรม ประชุม สัมมนาเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 83.33

3.2 เปรียบเทียบผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต ก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพ พบว่าการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลก่อนการพัฒนา คิดเป็นร้อยละ 56.26 หลังการพัฒนาคิดเป็นร้อยละ 86.41 การประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลที่ครบถ้วนน้อยที่สุด คือ การประเมินผลการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 81.67 รองลงมาคือ การวินิจฉัยทางการพยาบาลและวางแผนการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 82.54 แต่พบว่าหลังการพัฒนาส่วนใหญ่ร้อยละของคะแนนการบันทึกมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต ก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพ

ข้อตรวจสอบ	การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	
	ก่อนการพัฒนา (ร้อยละ)	หลังการพัฒนา (ร้อยละ)
1. ข้อมูลทั่วไป	73.13	98.75
2. ข้อมูลแรกรับ	58.08	86.72
3. ข้อมูลการประเมินสภาพปฐมภูมิ	56.00	88.55
4. ข้อมูลการประเมินสภาพทุติยภูมิ	52.50	85.72
5. ข้อมูลการวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล และวางแผนการพยาบาล	55.63	82.54
6. ข้อมูลกิจกรรมการพยาบาล	47.54	85.00
7. ข้อมูลการประเมินผลการพยาบาล	41.67	81.67
8. ข้อมูลการจำหน่ายผู้ป่วย	57.15	82.86
ภาพรวม	56.26	86.41

3.3 เปรียบเทียบผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ก่อนและหลังการพัฒนา จากการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาล พบว่าก่อนการ พัฒนาคิดเป็นร้อยละ 36.10 หลังการพัฒนาคิดเป็นร้อยละ 85.47 จะเห็นได้ว่าคุณภาพการบันทึก ทางการพยาบาลมีคุณภาพเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาคุณภาพและผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ก่อนและหลังการพัฒนา

การบันทึกตามกระบวนการพยาบาล	การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	
	ก่อนการพัฒนา (ร้อยละ)	หลังการพัฒนา (ร้อยละ)
1. ข้อมูลการประเมินสภาพผู้ป่วย	54.76	87.82
2. ข้อมูลการวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล และวางแผนการพยาบาล	55.63	82.54
3. ข้อมูลกิจกรรมการพยาบาล	47.54	85.00
4. ข้อมูลการประเมินผลการพยาบาล	41.67	81.67
5. การบันทึกข้อมูลทุกข้อ	36.14	85.47

อภิปรายผล

การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ตามแนวคิด FOCUS -PDCA โดยจากการประเมินคุณภาพก่อนการพัฒนาได้ร้อยละ 56.26 และหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็น 86.41 เมื่อเปรียบเทียบการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ตามเกณฑ์ที่สภาการพยาบาลกำหนด (2556) คือมากกว่าร้อยละ 80 ซึ่งผลการบันทึกที่มีความครบถ้วนมากที่สุดคือการบันทึกข้อมูลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 98.75 และผลการประเมินที่ครบถ้วนต่ำที่สุดคือ การประเมินผลการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 81.67 เมื่อพิจารณาถึงข้อบกพร่อง พบว่าส่วนใหญ่พยาบาลจะขาดการประเมินผลการพยาบาลเกี่ยวกับข้อมูลที่บ่งชี้ผลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการทางด้านจิตใจ

สังคมและเศรษฐกิจ ผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังการพัฒนามีคะแนนทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 86.41 และผ่านเกณฑ์ที่กำหนด แสดงว่าผลการพัฒนาบรรลุตามเป้าหมาย คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลต้องมากกว่าร้อยละ 80 สอดคล้องกับผลการศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัด นนทบุรี โดยการใช้แนวคิด FOCUS –PDCA ผลลัพธ์คือ การพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพระหว่างก่อนและหลังพบว่า หลังการพัฒนาได้ผลลัพธ์ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาจากร้อยละ 51.65 เป็นร้อยละ 88.43⁸

การพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA เป็นการเปิดโอกาสให้ทีมพยาบาลในหน่วยงานได้มีส่วนร่วม ในการค้นหาปัญหาและ สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ไม่ครบถ้วนและครอบคลุม สอดคล้องกับวิธีการการระดมสมองซึ่งเป็นวิธีการที่ทำให้สมาชิกในทีม ได้ร่วมกัน แสดงความคิดเห็นเพื่อนำความคิดเห็นทั้งหมดมาวิเคราะห์และสรุปความคิดเห็นร่วมกัน วาวิธีที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุดและเป็นการยอมรับจากสมาชิกในทีม ทำให้ได้รับความร่วมมือจากทุกคนในการพัฒนาคุณภาพ¹⁴ นอกจากนี้ได้มีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ซึ่งการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพจะช่วยให้พยาบาลในทีมมีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ครบถ้วนมากขึ้น เช่นเดียวกับการเรียนรู้แบบการรับรู้และเข้าใจตามทฤษฎีเกสตัลต์ ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เน้นความสำคัญของกระบวนการทางสติปัญญาของบุคคล มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ เกิดจากความรู้อย่างเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ แล้วสามารถสรุปหรือสร้างความคิดรวบยอด ซึ่งนำไปใช้ในการแก้ปัญหาได้¹⁵

ลักษณะของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ดีในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินนั้น สำนักการ พยาบาลได้กำหนดเกณฑ์ในการบันทึกไว้คือ ควรมีการบันทึกข้อมูลการให้บริการดูแลรักษาพยาบาลได้ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล⁶ นอกจากนี้ควรมีการบันทึกตามหลัก 4 C นั่นคือ 1) มีความถูกต้อง (correct) โดยเป็นการบันทึกในสิ่งที่ตรงตามความเป็นจริงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย 2) มีความครบถ้วน (complete) โดยบันทึกครอบคลุมปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์สังคมและเศรษฐกิจ รวมทั้งครอบคลุมการพยาบาลทุกมิติ ทั้งการดูแลรักษา การป้องกัน การส่งเสริม และการฟื้นฟูสุขภาพ 3) มีความชัดเจน (clear) กล่าวคือมีการบันทึกข้อมูลด้วยตัวอักษร ตัวเลขที่ชัดเจน อ่านง่ายไม่มีรอยลบ 4) ได้ใจความ (concise) เป็นการบันทึกที่กะทัดรัด สั้น ได้ใจความ ตรงประเด็นตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย อ่านแล้วเข้าใจง่าย นอกจากนี้ต้องเป็นการบันทึกที่ต่อเนื่อง ตามกระบวนการพยาบาล และชี้ให้เห็นถึงความก้าวหน้าของการให้การพยาบาล⁶

โดยรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในครั้งนี้ ทางหน่วยงานได้เลือกรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต ทางทีมได้เลือกรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นจุดเด่นของรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล คือ มีการบอกวัน เวลา เริ่มต้นและสิ้นสุดของปัญหาชัดเจน การวินิจฉัยปัญหาจะสะท้อนถึงความรู้ของพยาบาลในการวิเคราะห์และตัดสินใจ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลไปในทิศทางเดียวกัน มีการประเมินผลทางการพยาบาลชัดเจน สะท้อนให้เห็นการปฏิบัติงานโดยใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งข้อเด่นมีความเหมาะสมสำหรับการนำมาใช้ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาลทั้งหมด 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลทางการพยาบาล โดยกำหนดเนื้อหาข้อบันทึกให้ครบถ้วน ตรงตามเป้าหมายของหน่วยงาน⁵ และสอดคล้องกับคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล¹⁶ โดยมีเนื้อหาทั้งสิ้นจำนวน 46 ข้อ และนำมาจัดหมวดหมู่ บรรจุในขั้นตอน

การบันทึกตามรูปแบบการบันทึกที่ได้กำหนดร่วมกัน ทำให้ได้แบบบันทึกทางการพยาบาลใหม่ที่ได้ปรับปรุงและทันสมัย สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการบันทึกทางการพยาบาลในหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชได้จริง และเป็นที่ยอมรับของพยาบาลในหน่วยงานและทีมบุคลากรในทีมสุขภาพอื่น ๆ ได้เป็นอย่างดี ทำให้ได้บันทึกทางการพยาบาล ที่มีความเหมาะสมทั้งรูปแบบและเนื้อหา ส่งผลให้บันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลหลังการพัฒนาคุณภาพ มีคะแนนคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นร้อยละ 86.41 สอดคล้องกับผลการศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี โดยการใช้แนวคิด FOCUS –PDCA ผลลัพธ์ คือ การพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพระหว่างก่อนและหลังพบว่า หลังการพัฒนาได้ผลลัพธ์ ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาจากร้อยละ 51.65 เป็นร้อยละ 88.43⁸ เช่นเดียวกับการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบันทึก ทางการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพ โฟกัส ฟิตซีเอ (FOCUS-PDCA) พบว่าสามารถสร้างแบบประเมินอาการผู้ป่วยในรูปแบบตรวจสอบข้อเพื่อช่วยให้การบันทึกผลที่ได้ จากการประเมินผู้ป่วยในระยะแรกรับและระยะจำหน่าย รวมทั้งพัฒนาแนวทางในการบันทึกในแบบประเมินที่ได้สร้างขึ้น ภายหลังนำแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาไปใช้พบว่าคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 35.02 เป็น ร้อยละ 86.28¹⁴ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยออโรปิติกส โรงพยาบาลนครพิงค์จังหวัดเชียงใหม่¹⁷ โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพโฟกัส ฟิตซีเอ พบว่า กระบวนการโฟกัส ฟิตซีเอ ช่วยในการปรับปรุงการบันทึกทางการพยาบาล โดยช่วยให้พยาบาลสามารถระบุสาเหตุของการบันทึกทางการพยาบาลที่ไม่สม บูรณ์และเลือกแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา มีการพัฒนาแนวทางในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลและอบรมให้ พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ พบว่าหลังจากการดำเนินการ 1 เดือน ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล พบว่าคุณภาพการ บันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น จากเดิมร้อยละ 41.64 เป็นร้อยละ 83.70

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาติดตามการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง แล้วนำผลลัพธ์ที่ได้มา เพื่อพิจารณา ปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน
2. ควรนำแนวคิด FOCUS-PDCA ไปพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ของกลุ่มการพยาบาลให้ครอบคลุม เช่น งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก งานการพยาบาลผู้ป่วยใน เพื่อเป็นการพยาบาลเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กร เพื่อให้ ครอบคลุมและสามารถประเมินผลลัพธ์ได้

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความรู้และโอกาสจากคุณชัชชชา เพ็งเกร็ด หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาล สมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต จังหวัดกาญจนบุรี ตลอดจนทีมผู้บริหาร พยาบาล ผู้ร่วมงานและแพทย์ประจำการทุก ๆ ท่าน และอาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ที่ให้คำแนะนำแก่ผู้วิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Urquhart C, Currell R, Grant MJ, Hardiker, NR. Nursing record systems: Effects on nursing practice and healthcare outcomes. The Cochrane Database of systematic Reviews [Internet]. 2018 [cited 2023 May 4]; 5: Available from: <https://doi.org/10.1002/146518 58.CD002099.pub3>.

2. Bowmann G, Thompson D, Sutton T. Nurses attitudes towards the nursing process. Journal of Advanced Nursing 1983;8(2);125-129.
3. กรมการแพทย์. คู่มือแนวทางจัดการห้องฉุกเฉิน(GUIDELNE FOR ER SERVICE DELIVERY) [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึง 4 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://49.231.15.21/crhfile_load/upload_files/TEAF256211050831184234.pdf
4. Azevedo OA, Cruz D. Quality indicators of the nursing process documentation in clinical practice. Revista brasileira de Enfermagem [Internet]. 2021 [cited 2023 May 4]; 74: Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1355>.
5. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาล&แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษรจำกัด; 2554.
6. สำนักการพยาบาล. การประกันคุณภาพการพยาบาล: การประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์; 2554.
7. ยุวดี เกิดสัมพันธ์. บันทึกทางการพยาบาล: วิธีการมุ่งสู่ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์. เชียงใหม่: สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี; 2554.
8. Deming, as cited in McLaughlin & Kaluzny, 1999 Komlumlird, U. The development of a nursing record model in a neonatal intensive care unit of Samutsakhon hospital. [Master Thesis of Nursing Science]. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2012. (in Thai).
9. อรวรรณ ณ ลำปาง. การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบางกรวย. ว. วิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข 2564;1(3);31-44.
10. กลุ่มการพยาบาล. สรุปผลงานประจำปี 2556. โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต จังหวัดกาญจนบุรี; 2556.
11. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน). คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน; 2557.
12. Lincoln YS, Guba EG. Qualitative Research Guidelines Project. [Internet]. 1985 [cited 2023 May 11] Available from: <http://www.qualres.org/HomeTria-3692.html>
13. อภิวัน ชาวดง. การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558.
14. บุญใจ ศรีสถิตยนากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ด. (พิมพ์ครั้งที่5). กรุงเทพฯ: แอนดไออนอินเทอร์เน็ต; 2553.
15. จุฑารัตน เอื้ออำนวย. จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
16. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน). คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน; 2563
17. วิทวดี สุวรรณศรวล และคณะ. การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. ว. พยาบาลสาร 2559;3(2);128-136.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์
กับการใช้เครื่องช่วยหายใจและมีการติดเชื้อดื้อยา
Nursing care for COVID-19 with ventilator-associated pneumonia
and multidrug resistance

นิรากร ศรีพรหม*

Niraporn Sripromma*

*งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาลนครปฐม

*Department of Infection control Nakhon Pathom Hospital

Corresponding author: Niraporn Sripromma; Email: niraporn280819@gmail.com

Received: October 2, 2023; Revised: November 9, 2023; Accepted: November 23, 2023

บทคัดย่อ

โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดจากเชื้อ SAR-CoV-2 ที่มีการระบาดไปทั่วโลก เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ และมีอัตราการตายสูง เนื่องจากการแพร่กระจายเชื้อได้อย่างรวดเร็ว และเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจได้ง่ายและรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการตายสูง อีกทั้งผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมักต้องได้รับการช่วยเหลือโดยการใช้เครื่องช่วยหายใจ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบ และการติดเชื้อดื้อยา ดังนั้นบทบาทพยาบาล ในเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การแก้ไขภาวะวิกฤต การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพ และการวางแผนการจำหน่ายที่ถูกต้องและรวดเร็ว จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายจากโรคและลดภาวะแทรกซ้อน ที่จะเกิดขึ้นตามมา

คำสำคัญ: โรคโควิด-19, ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ, การติดเชื้อดื้อยา

ABSTRACT

COVID-19 is an emerging infectious disease caused by the SAR-CoV-2 virus that has spread throughout the world. It is an important public health problem. Because the infection spreads quickly and complications in the respiratory system can easily and severely cause patients to have a high death rate. In addition, patients with severe symptoms often need to be assisted by the use of a ventilator. This causes a risk of pneumonia and drug-resistant infections. Therefore, the role of nurses in preventing the spread of infection crisis resolution prevention of complications, rehabilitation, health promotion and distribution planning accurate and fast. This will give the patient a chance to recover from the disease and reduce complications that will occur as a result.

Key word: COVID-19, ventilator associated pneumonia, multidrug resistance

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดจากไวรัสโคโรนา (coronavirus) ที่มีการระบาดทั่วโลก เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญและมีอัตราการตายสูง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อการทำงานของปอด การดำเนินชีวิต จากภาวะหลังติดเชื้อโรคโควิด-19 (long COVID) ทั้งนี้ผู้ติดเชื้อที่เป็นผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ติดเชื้อในวัยอื่น 1.10 เท่า (OR 1.10; 95%CI=1.03-1.17)¹ และผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเกิดอาการที่รุนแรงสูงกว่า ซึ่งมีรายงานว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคโควิด-19 เกิดการติดเชื้อในปอดมากขึ้น และอาการของโรคโควิด-19 รุนแรงขึ้น (OR 1.08; p<0.001)² ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 จึงมีความสำคัญทุกขั้นตอน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การแก้ไขภาวะวิกฤต การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ การพยาบาลระยะฟื้นฟูและการวางแผนการจำหน่าย

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อในปอดมากขึ้น และทำให้อาการของโรคโควิด-19 รุนแรงขึ้น การพยาบาลเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคโควิด-19 คือ การจัดท่านอนคว่ำ (prone position) เพื่อลดการกดทับของปอดและทำให้ปอดขยายตัว ส่งผลให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนได้มากขึ้น ควรทำภายใน 28 วัน ซึ่งจะช่วยเพิ่ม SpO₂, F_iO₂ และ ROX index สามารถลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจ และลดอัตราการตายได้อย่างมีนัยสำคัญ³ ทั้งนี้ผู้ป่วยรายนี้มีการดำเนินของโรครุนแรงและได้รับการบำบัดรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ และมีภาวะแทรกซ้อน คือ ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator associated pneumonia: VAP) ซึ่งเป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบมากเป็นอันดับสองในหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลทั่วโลก⁴ สาเหตุเกิดจากการได้รับเชื้อจุลินทรีย์เข้าสู่ปอดผ่านทางเดินหายใจ โดยการสูดหายใจเอาฝอยละอองที่ปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์หรือการสำลัก เชื้อจุลินทรีย์ก่อโรคที่พบมาก ได้แก่ acinetobacter baumannii ร้อยละ 28.29 ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเชื้อดื้อยาต้านจุลินทรีย์ ร้อยละ 69.71 ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้อัตราการตายในผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มสูงขึ้น การติดเชื้อดื้อยาส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและโรงพยาบาล จากรายงานของศูนย์เฝ้าระวังการดื้อยาต้านจุลินทรีย์แห่งชาติ พบการติดเชื้อดื้อยาจำนวน 87,751 ครั้ง และในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิต 38,481 ราย วันนอนในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 46 วัน ค่าใช้จ่ายค่ายาต้านจุลินทรีย์เพิ่มขึ้น 2,539-6,084 ล้านบาท⁵ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่เกิดปอดอักเสบจากเชื้อดื้อยามีความยากในการหายเครื่องช่วยหายใจ คือ ต้องใช้ระยะเวลาในการหายเครื่องช่วยหายใจมากกว่าผู้ป่วยไม่ติดเชื้อดื้อยาเฉลี่ย 5.80 วัน⁶ การปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ และการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เป็นปัญหาสำคัญ เมื่อรับเชื้อแล้วผู้ป่วยอาจแสดงอาการหรือไม่แสดงอาการก็ได้แต่ยังสามารถแพร่กระจายเชื้อได้ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อสู่ผู้ป่วยรายอื่น และบุคลากรทางการแพทย์ และยังมีผู้ป่วยอีกมากที่หลังจากรับเชื้อแล้วมีโอกาสเข้าสู่ภาวะวิกฤต ซึ่งต้องได้รับการดูแลเฉพาะที่สำคัญ เช่น การจัดท่านอนคว่ำ ซึ่งพยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้และทักษะ อีกทั้งต้องป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาในห้องผู้ป่วยวิกฤตมากขึ้น และมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยาที่ทำให้การดูแลรักษามีความซับซ้อน เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้น ในการดูแลจึงต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต รวมถึงการพยาบาลต่อเนื่องในการฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังภาวะหลังติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่อาจเกิดขึ้นได้

ดังนั้นการพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 จึงมีความสำคัญทั้งในด้านการป้องกัน การดูแลรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลสุขภาพในระยะยาว เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต และสามารถฟื้นฟูสภาพได้กลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อค้นหาระบบการพยาบาลรายกรณีศึกษาโรคโควิด-19 ที่มีภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจและการติดเชื้อดื้อยา

วิธีการดำเนินการ

1. เลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีปัญหาการติดเชื้อซับซ้อน ได้แก่ การเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ และมีการติดเชื้อดื้อยา ห้องผู้ป่วยหนักโรคติดเชื้อ และให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย
2. วางแผนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยใช้หลัก D-METHOD
3. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เวชระเบียนผู้ป่วยในระบบ Panasia

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 75 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ โรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง 20 ปี และเคยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี ประมาณ 10 ปีก่อน ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ รับประทานยาลดไข้ อาการทุเลา 12 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล หายใจเหนื่อย จึงมาโรงพยาบาล ตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยวิธี RT-PCR for COVID พบ COVID positive รับไว้รักษาในห้องผู้ป่วยหนักโรคติดเชื้อ วันที่ 29 กันยายน 2565 เวลา 20.40 น. สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 38.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้งต่อนาที หายใจ 26 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดงปลายนิ้ว 93 เปอร์เซ็นต์ ความดันโลหิต 146/72 mmHg น้ำหนัก 65 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร ให้การช่วยเหลือโดยการให้ออกซิเจน อัตราการไหลสูง oxygen

high flow) 60 ลิตรต่อนาที ออกซิเจน 60 เปอร์เซ็นต์ อาการเหนื่อยลดลง หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดงปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ ความดันโลหิต 140/73 mmHg ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที

วันที่ 3 ตุลาคม 2565 เวลา 10.10 น. หายใจเหนื่อย มีไข้สูง อุณหภูมิ 38.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 108 ครั้งต่อนาที หายใจ 28 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดงปลายนิ้ว 92 เปอร์เซ็นต์ ความดันโลหิต 150/75 mmHg ผลการตรวจรังสีทรวงอกพบ atelectasis at right lower lobe แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ตรวจเพาะเชื้อในเสมหะ เลือด และปัสสาวะ และให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ คือ meropenam ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง

วันที่ 7 ตุลาคม 2565 หายใจเหนื่อยมากขึ้น มีไข้สูง อุณหภูมิ 38.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที หายใจ 26 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดงปลายนิ้ว 96 เปอร์เซ็นต์ ความดันโลหิต 171/92 mmHg ผลการตรวจรังสีทรวงอกพบ patchy infiltration both lung ผล arterial blood gas พบ PH 7.465, pCO₂ 28.40, pO₂ 155.40, HCO₃ 20.60 ผลเพาะเชื้อในเสมหะ พบเชื้อ acinetobacter baumannii (CRAB_MDR) แพทย์เพิ่มยาปฏิชีวนะ คือ colistin 150 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง

การพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ภาวะเนื้อเยื่อปอดออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลการตรวจ RT-PCR for COVID-19 พบ COVID-19 positive
2. อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดงปลายนิ้ว 92 เปอร์เซ็นต์
3. ผลการตรวจรังสีทรวงอก พบ atelectasis at right lower lobe

วัตถุประสงค์การพยาบาล ภาวะเนื้อเยื่อปอดออกซิเจนลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที หายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100-140/60-90 มิลลิเมตรปรอท
2. ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดงปลายนิ้วเท่ากับ 95-100 เปอร์เซ็นต์
3. หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ รูปแบบการหายใจสม่ำเสมอ ไม่ใช้กล้ามเนื้อ sternocleidomastoid muscles และกล้ามเนื้อ trapezius muscles ช่วยในการหายใจ

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นของการใส่ท่อช่วยหายใจ วิธีการ ข้อดี และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือตามแผนการรักษา
2. ประเมินสภาพผู้ป่วย อัตราการหายใจ ชีพจร ความดันโลหิต และค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดงปลายนิ้ว
3. ให้การพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ดังนี้
 - 1) ปรับตั้งการทำงานของเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยตรวจสอบและบันทึกการปรับเครื่องช่วยหายใจให้ตรงตามแผนการรักษา

2) ประเมินสภาพผู้ป่วยหลังใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ หายใจเหนื่อย การหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ กระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ ระดับความรู้สึกตัวลดลง และการฟังเสียงปอด เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

3) ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ พร่องออกซิเจน ได้แก่ ซึมลง กระสับกระส่าย หายใจลำบาก ซีดเขียวที่อวัยวะส่วนปลาย ถ้ามีอาการผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์

4) ตรวจวัดสัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัว ของออกซิเจนในเลือดทุก 1 ชั่วโมง เมื่อสัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัว อยู่ในระดับปกติจึงตรวจวัดทุก 4 ชั่วโมง หรือตามความเหมาะสม

5) ดูแลข้อต่อต่าง ๆ ของเครื่องช่วยหายใจให้แน่น อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่หัก พับ งอ และไม่ตึงรั้ง

6) ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการดูดเสมหะก่อนให้อาหาร หรือเมื่อมีข้อบ่งชี้

7) จัดท่านนอนคว่ำ (prone position) วันละ 16 ชั่วโมง เพราะการนอนคว่ำทำให้หัวใจกดไปอยู่ด้านหน้ามากกว่าด้านหลัง ทำให้เนื้อปอดด้านหลังมีโอกาสแลกเปลี่ยนออกซิเจนได้มากขึ้น ส่งผลให้ระดับออกซิเจนในเลือดจะสูงขึ้น การระบายเสมหะดีขึ้น โดยการพยาบาลผู้ป่วยในการจัดท่านนอนคว่ำ ดังนี้

1) อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นในการจัดท่านนอนคว่ำ ข้อดี และภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น

2) ประเมินสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง หรือตามสภาพผู้ป่วย

3) ดูแลอุปกรณ์ที่ติดตัวผู้ป่วยไม่ให้ตึงรั้ง หรือกดทับขณะจัดท่านนอนคว่ำ

4) ประเมินการตอบสนองของการจัดท่านนอนคว่ำเมื่อผู้ป่วยนอนคว่ำครบ 2 ชั่วโมง โดยติดตามค่า SpO_2/FiO_2 ratio และ PaO_2 ถ้าภาวะออกซิเจนแย่ง ให้รายงานแพทย์เพื่อ พิจารณาให้หยุดการนอนท่าคว่ำ

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ผิวหนังอุ่น ปลายมือปลายเท้าแดงดี
2. หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ
3. อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ชีพจร 78-90 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 109/70-128/68 mmHg
4. ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดงปลายนิ้วเท่ากับ 97-99 เปอร์เซนต์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ มากกว่า 2 วัน
2. ผลการตรวจรังสีทรวงอกพบ patchy infiltration both lung
3. ผล arterial blood gas พบ PH 7.465, pCO_2 28.4, pO_2 155.4, HCO_3 20.6
4. ผลเพาะเชื้อในเสมหะ พบ เชื้อ acinetobacter baumannii (CRAB_MDR)

วัตถุประสงค์การพยาบาล ภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจลดลง และไม่มีการแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลากรทางการแพทย์

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของปอดอักเสบ เช่น ไข้ ไอ หายใจลำบาก เสมหะมาก
2. ฟังเสียงปอดปกติ
3. ผลการตรวจรังสีทรวงอก ไม่พบ infiltration เพิ่มขึ้น
4. ไม่มีบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อโรคโควิด-19 หลังให้การพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น อาการไข้ หายใจลำบาก เสมหะมาก
2. ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก aseptic technique และ sterile technique
3. ให้การพยาบาลตามหลักการป้องกันที่เป็นมาตรฐาน (standard precautions) ได้แก่ การล้างมือด้วยน้ำยาทำลายเชื้อทุกครั้งก่อนและหลังที่ให้การดูแลผู้ป่วย หรือสัมผัสสิ่งแวดล้อมห้องผู้ป่วย
4. ให้การพยาบาลโดยยึดหลักการแยก (isolation precautions) โดยการแยกผู้ป่วย แยกอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ต่าง ๆ ไว้ในห้องผู้ป่วย และใช้อุปกรณ์ประเภทใช้แล้วทิ้ง หากเป็นอุปกรณ์ที่ต้องนำกลับมาใช้ใหม่ต้องแยกใส่ภาชนะที่มีฝาปิด ส่งทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้อ
5. ทำความสะอาดห้องและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยวันละครั้ง หรือเมื่อมีความจำเป็น โดยพื้นห้องและห้องน้ำทำความสะอาดด้วยน้ำยาทำลายเชื้อระดับสูง (high level disinfectant) สำหรับอุปกรณ์อื่น เช่น เตียง โต๊ะ ตู้ข้างเตียง เช็ดทำความสะอาดด้วยน้ำยาทำลายเชื้อระดับกลาง (intermediated level disinfectant)
6. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และอธิบายถึงความจำเป็นในเรื่องการงดเยี่ยม
7. ดูแลให้ยาต้านจุลชีพตามแผนการรักษา
8. ให้การพยาบาลตามแนวทางการป้องกันการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยประยุกต์ให้ง่ายกับการจดจำและนำไปปฏิบัติ คือ WHAPO Bundle ประกอบด้วย
 - 1) W: Wean patient (การหย่าเครื่องช่วยหายใจ) ได้แก่ การประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และหย่าเครื่องช่วยตาม weaning protocol
 - 2) H: Hand hygiene (การทำความสะอาดมือ)
 - 3) A: Aspiration prevention (การป้องกันการสำลัก) ได้แก่ การจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา และตรวจวัดความดันลมในกระเปาะท่อช่วยหายใจ (cuff pressure) อย่างสม่ำเสมอทุก 8 ชั่วโมง
 - 4) P: Prevent contamination (การป้องกันการปนเปื้อนของชุดวงจรสายเครื่องช่วยหายใจ) ได้แก่ การเทน้ำที่ค้างอยู่ในท่อช่วยหายใจทิ้งเป็นระยะ โดยระวังไม่ให้น้ำไหลย้อนสู่ผู้ป่วย
 - 5) O: Oral care (การทำความสะอาดช่องปาก) โดยการทำความสะอาดช่องปากทุก 4 ชั่วโมง สลับกับการแปรงฟันทุก 12 ชั่วโมง

ประเมินผลการพยาบาล

1. ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.8-37.5 องศาเซลเซียส หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ไอลดลง เสมหะลดลง
2. ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดงปลายนิ้วเท่ากับ 97-99 เปอร์เซ็นต์
3. เสียงปอดปกติ
4. ผลการตรวจรังสีทรวงอกพบ decrease infiltration

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ภาวะติดเชื้อดื้อยา

ข้อมูลสนับสนุน

ผลเพาะเชื้อในเสมหะ พบ เชื้อ acinetobacter baumannii (CRAB_MDR)

วัตถุประสงค์การพยาบาล ภาวะติดเชื้อดื้อยาลดลง และป้องกันการติดเชื้อซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส
2. ผลเพาะเชื้อในเสมหะไม่พบเชื้อชนิดอื่น หรือการติดเชื้อในตำแหน่งอื่น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น อาการไข้
2. ปฏิบัติตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ที่นำมาประยุกต์ให้กับการจดจำและนำไปปฏิบัติ คือ

PIWTE Bundle ประกอบด้วย

- 1) P: Personal protective equipment (การสวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล)
 - 2) I: Isolation precaution (การแยกผู้ป่วยและการแยกของใช้ของผู้ป่วย)
 - 3) W: Waste management (การจัดการขยะและผ้าเปื้อน)
 - 4) T: Transfer (การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเมื่อมีความจำเป็น)
 - 5) E: Education (การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ)
3. ทำความสะอาดมือตามข้อบ่งชี้ของการล้างมือ 5 กิจกรรม (5 moments) คือ ก่อนสัมผัสผู้ป่วย ก่อนทำกิจกรรมสะอาดหรือปราศจากเชื้อ หลังสัมผัสกับสารคัดหลั่ง หลังสัมผัสผู้ป่วย และหลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยก่อนสัมผัสผู้ป่วย
4. ดูแลกำกับให้ได้รับการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม (environment cleaning) อย่างน้อยวันละครั้ง ตามแนวปฏิบัติในการทำสะอาด และการทำลายเชื้อพื้นผิวสิ่งแวดล้อม ตามระดับการสัมผัสและการปนเปื้อน ได้แก่ พื้นผิวสิ่งแวดล้อมบริเวณที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา โดยหลังจากทำความสะอาดด้วยน้ำและสารขัดล้างแล้ว ให้เช็ดตามด้วยน้ำยาทำลายเชื้อระดับต่ำ โดยใช้โซเดียมไฮโปคลอไรท์โดยใช้ความเข้มข้น 1: 100 (500-615 parts/million[ppm]) ในการทำลายเชื้อพื้นผิว ทั้งนี้หลังจากทำความสะอาดบริเวณที่เปื้อนเปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่ง ผ้าที่ใช้ทำลายเชื้อพื้นผิวสิ่งแวดล้อมนั้น ควรมีการแยกกัน และใช้ผ้า 1 ผืนในการทำสะอาดบริเวณที่ดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ไม่ควรใช้ผ้าปนกัน เตรียมสารขัดล้างไว้ใช้วันต่อวัน อีกทั้งไม่ฉีดพ่นน้ำยาทำลายเชื้อบริเวณที่ให้การดูแลผู้ป่วย และไม่ควรใช้วิธีการกวาดฝุ่นบนพื้น เพราะจะทำให้เกิดการฟุ้งกระจาย

5. ติดตามผลเพาะเชื้อในเสมหะตามการรักษา

ประเมินผลการพยาบาล

1. ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.8-37.5 องศาเซลเซียส
2. ผลเพาะเชื้อในเสมหะไม่พบเชื้อชนิดอื่น หรือการติดเชื้อในตำแหน่งอื่น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในระยะวิกฤต

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล
2. ญาติไม่สามารถเข้าเยี่ยมได้เนื่องจากเป็นโรคติดต่อต้องงดเยี่ยม

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล สามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล
2. ผู้ป่วยและญาติบอกว่า เข้าใจแผนการรักษา และยอมรับอาการได้

7(10)

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับญาติและผู้ป่วย เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย และระบายความรู้สึก
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การรักษาพยาบาลที่ได้รับ และแผนการรักษาต่อไป
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ การปฏิบัติตัว ตลอดจนการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
4. ติดตามประสานงานให้ญาติได้มีโอกาสพูดคุยกับแพทย์ เรื่องแนวทางการรักษา และการพยากรณ์โรค
5. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบายของร่างกาย โดยการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานตามความเหมาะสม และกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่สามารถทำได้พร้อมกันเพื่อหลีกเลี่ยงการรบกวนผู้ป่วย
6. เปิดโอกาสให้ญาติได้ดูแลผู้ป่วยผ่านทางกล้องวงจรปิดเป็นระยะ
7. ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติเป็นระยะ

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 อาจเกิดการติดเชื้อโคโรนาไวรัสเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่รู้ว่าจะติดเชื้อโคโรนาได้อย่างไร”
2. ผู้ป่วยถอดหน้ากากอนามัย ช่วงที่ญาติมารับกลับบ้าน

วัตถุประสงค์การพยาบาล ไม่เกิดการติดเชื้อโคโรนาไวรัส

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยบอกวิธีปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโคโรนา-19 ได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ ความสามารถ ความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงพฤติกรรมปฏิบัติตามแผนการรักษา
2. ให้ข้อมูลเรื่องโรค สาเหตุการเกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษา การปฏิบัติตัวที่บ้าน และการสังเกตภาวะหลังติดเชื้อโรคโควิด-19 (long COVID)
3. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลังติดเชื้อโรคโควิด-19 (long COVID) ได้แก่
 - 1) การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ ไอมาก เหนื่อยง่าย
 - 2) ควรไปรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ภายใน 1- 3 เดือน
 - 3) ควรออกกำลังกายเบา ๆ เช่น การเดิน
 - 4) มาตรวจตามนัดเพื่อรับการฟื้นฟูสภาพปอด และรับยารักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยบอกวิธีการปฏิบัติตัว และอาการที่ต้องเฝ้าระวังได้อย่างถูกต้อง

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 75 ปี รับไว้รักษาในโรงพยาบาล วันที่ 29 กันยายน 2565 เวลา 20.40 น. วินิจฉัยโรคโควิด-19 (COVID-19) เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักโรคติดเชื้อ สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 38.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้งต่อนาที หายใจ 26 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดงปลายนิ้ว 93 เปอร์เซ็นต์ ความดันโลหิต

8(10)

146/72 mmHg ให้การช่วยเหลือโดยการให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูง (oxygen high flow) 60 ลิตรต่อนาที ออกซิเจน 60 เปอร์เซ็นต์ อาการเหนื่อยลดลง หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดงปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ ความดันโลหิต 140/73 mmHg ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที วันที่ 3 ตุลาคม 2565 เวลา 10.10 น. หายใจเหนื่อย มีไข้สูง อุณหภูมิ 38.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 108 ครั้งต่อนาที หายใจ 28 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดงปลายนิ้ว 92 เปอร์เซ็นต์ ความดันโลหิต 150/75 mmHg ผลการตรวจรังสีทรวงอกพบ atelectasis at right lower lobe แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ ตรวจเพาะเชื้อในเสมหะ เลือด และปัสสาวะ และให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง วันที่ 7 ตุลาคม 2565 หายใจเหนื่อยมากขึ้น มีไข้สูง อุณหภูมิ 38.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที หายใจ 26 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดงปลายนิ้ว 96 เปอร์เซ็นต์ ความดันโลหิต 171/92 mmHg ผลการตรวจรังสีทรวงอกพบ patchy infiltration both lung ผล Arterial blood gas พบ PH 7.465, pCO₂ 28.4, pO₂ 155.4, HCO₃ 20.6 ผลเพาะเชื้อในเสมหะ พบเชื้อ acinetobacter baumannii (CRAB_MDR) แพทย์เพิ่มยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง โดยพยาบาลได้ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแล เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การดูแลในภาวะวิกฤต การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย และถอดเครื่องช่วยหายใจได้ในวันที่ 28 ตุลาคม 2565 ตลอดจนฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการป้องกันและเฝ้าระวังอาการหลังติดเชื้อโควิด-19 ในระยะยาว ได้แก่ การสังเกตอาการผิดปกติ การรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัดเพื่อรับการฟื้นฟูสภาพปอด และการรับยารักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้ใน วันที่ 5 พฤศจิกายน 2565 และจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ไม่พบว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อซ้ำ และไม่ได้กลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยอาการหลังติดเชื้อโรคโควิด-19 ภายในระยะเวลา 3 เดือน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ได้รับการจัดท่านอนคว่ำ (prone position) ตั้งแต่เริ่มมีการติดเชื้อ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ปอดขยายตัวได้ดี และลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจ เพราะการนอนคว่ำจะทำให้หัวใจกดไปอยู่ด้านหลังมากกว่าด้านหลัง ทำให้เนื้อปอดด้านหลัง มีโอกาสแลกเปลี่ยนออกซิเจนได้มากขึ้น ส่งผลให้ระดับออกซิเจนในเลือดจะสูงขึ้น การระบายเสมหะดีขึ้น
2. ควรมีการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence base practice) และจัดทำเป็นชุดการดูแล (bundle of care) สำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

เอกสารอ้างอิง

1. Zhou Y, Yang Q, Chi J, Dong B, Lv W, Shen L, et al. Comorbidities and the risk of severe or fatal outcomes associated with coronavirus disease 2019: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Infectious Disease 2020;99:47-56.
2. Wang X, Zhang H, Du H, Ma R, Nan Y, Zhang T. Risk factors for COVID-19 in patients with hypertension. Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology 2021:1-9.
3. Stephan E, Jie L, Miguel I, Yonatan P, Ivan P, Bairbre M, et al. Awake prone positioning for COVID-19 acute hypoxemic respiratory failure: a randomised, controlled, multinational, open-label meta-trial. Lancet Respir Med 2021;9(12):1387- 95.

4. Noorifard M, Farahani RH, Hazrati E. The Incidence of Ventilator Associated Pneumonia and Risk Factors in ICU. *Acta Medica Iranica* 2020;58(9):439-44.
5. ภาณุมาศ ภูมาศ วิษณุ, ธรรมลิขิตกุล ภูษิต, ประคองสาย ดวงรัตน์โพธิ์, อาท รื้อไพบูลย์, สุปล ลิ้มวัฒนานนท์. ผลกระทบด้านสุขภาพและเศรษฐศาสตร์จากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 31 กรกฎาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3699>
6. Bickenbach J, Schoneis D, Marx G, Marx N, Lemmen S, Dreher M., Impact of multidrug- resistant bacteria on outcome in patients with prolonged weaning. *BMC Pulmonary Medicine* 2018;18(141):1-8.

กรณีศึกษาการพยาบาลผู้สูงอายุปอดอักเสบและมีการติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง
A case study of nursing care for an elderly patient with pneumonia
and severe sepsis

สิริลักษณ์ นาคพานิชย์* จุไรรัตน์ ดวงจันทร์**

Sireeluk Nakpanit* Churairat Duangchan**

โรงพยาบาลบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี

*Banleam hospital, Phetchaburi Province

**วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**Prachomkiao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Sireeluk Nakpanit; Email: sireeluk7180@gmail.com

Received: October 30, 2023; Revised: December 3, 2023; Accepted: December 3, 2023

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงมากโดยเฉพาะการติดเชื้อในกระแสเลือด เนื่องจากร่างกายเสื่อมถอยร่วมกับมีภูมิต้านทานต่ำ ผู้สูงอายุติดเตียงรายนี้มีประวัติการสำลักอาหาร ทำให้เกิดโรคปอดอักเสบและเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง หากไม่ได้รับการรักษาพยาบาลที่ทัน่วงทีและเหมาะสมแล้ว อาจนำไปสู่ภาวะช็อกและเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล 3 ระยะ ได้แก่ (1) ระยะวิกฤต (2) ระยะกึ่งวิกฤต และ (3) ระยะฟื้นฟู ร่วมกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ในระยะฟื้นฟูนี้ ผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่พบการกลับเข้ารักษาซ้ำ

กรณีศึกษาสามารถนำไปเป็นแนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุปอดอักเสบและ การติดเชื้อในกระแสเลือดตามแนวคิดของโดนาปีเดียนโมเดล ในด้าน 1) โครงสร้าง: การจัดแยกโซนสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ใน ระยะวิกฤต จัดหาเครื่องควบคุมการให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงเครื่อง และพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย 2) กระบวนการ: ให้การดูแลแบบองค์รวม การวางแผนการดูแลล่วงหน้า การเพื่อติดตามเฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสเลือด และการวางแผนจำหน่าย และ 3) ผลลัพธ์: การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการ กลับเข้ารับรักษาซ้ำ เพื่อการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผลลัพธ์ทางการ พยาบาลที่ดี

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ปอดอักเสบ, การติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง, การพยาบาล

ABSTRACT

The elderly persons are at a higher risk of developing infections and highly susceptible to complications, especially severe sepsis due to their gradually changing and decreasing immunity. In the case study mentioned, an elderly bedridden person has a history of food choking, resulting in pneumonia and severe sepsis. If they do not receive timely and appropriate nursing care, it can lead to septic shock and even death. The elderly patient received holistic care that was patient-centered and collaborated with the family in nursing care plan using the nursing process into three periods, (1) critical care, (2) semi-critical care, and (3) recovery period with advanced care plan. In the recovery period, caregivers were trained in necessary skills for discharge planning, resulting in no complications or re-admissions.

This case study can be used as a guideline for developing a nursing service system to care for elderly patients with pneumonia and severe sepsis based on the Donabedian Model. In terms of: 1) *Structure*: zoning for critically ill patients, providing high-flow oxygen delivery systems, and enhancing nursing capabilities in patient care. 2) *Process*: comprehensive care, proactive care planning, surveillance for severe sepsis, and discharge planning. 3) *Outcome*: assessing patient satisfaction, complication rates, and readmission rates for nursing that effectively addresses individual patient issues and ensures good nursing outcomes.

Keywords: elderly, pneumonia, severe sepsis, nursing care.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุมักเกิดปัญหาด้านสุขภาพได้ง่ายเพราะเมื่ออายุเพิ่มขึ้นสภาพร่างกายและการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายเสื่อมถอยลงไป จึงมีแนวโน้มเจ็บป่วยได้ง่ายและเรื้อรัง โรคปอดอักเสบในผู้สูงอายุ (pneumonia in elderly) เป็นกระบวนการอักเสบของถุงลมปอดทำให้เนื้อปอดแข็งและมีหนองในถุงลมปอด ซึ่งสาเหตุหลัก 2 กลุ่ม คือการติดเชื้อ *K. pneumoniae* และ *P. aeruginosa* และที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ เช่น การสำลักอาหาร ปอดอักเสบที่เกิดในผู้สูงอายุรุนแรงถึงขั้นชีวิต เนื่องจากสภาพร่างกายและอวัยวะอ่อนแอ รวมทั้งการอวัยวะในการกลืน และมีภูมิคุ้มกันต่ำ¹ หากมีโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด หรือระบบทางเดินหายใจล้มเหลว ดังนั้นปอดอักเสบในผู้สูงอายุจึงน่ากลัวกว่าในคนทั่วไป เนื่องจากอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ทำให้การรักษาเป็นไปอย่างยากลำบาก²

ปอดอักเสบนับเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของเด็กเล็กและผู้สูงอายุ ในประเทศไทยโรคปอดอักเสบเป็น 5 ลำดับแรกของโรคทางเดินหายใจที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในทุกปี และมีแนวโน้มอัตราการตายจากโรคนี้เพิ่มสูงขึ้น³ ข้อมูลจากระบบรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง. 506) กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบรายงานผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 114,544 ราย อัตราป่วย 172.47 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 114 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.10⁴ ปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมของผู้สูงอายุ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีโรคประจำตัวเรื้อรัง มีการดูแลสุขภาพที่เสื่อมถอยลงร่วมกับมีภูมิต้านทานต่ำ จึงมีแนวโน้มทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคปอดอักเสบมากขึ้น และมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนเช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด หรือระบบทางเดินหายใจล้มเหลวสูงมาก

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉินที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากผลของภาวะนี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดการตอบสนอง ต่อการอักเสบทั่วร่างกาย มีการทำลายเนื้อเยื่อและ การทำงานของอวัยวะสำคัญล้มเหลว จนนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด นับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ทั้งหมดมีประมาณ 79,088 ราย และเสียชีวิตประมาณ 23,352 รายต่อปี โดยมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 35.35⁵ ซึ่งสูงกว่าตัวชี้วัดที่กำหนดคือ ไม่เกินร้อยละ 26⁶ ข้อมูลสถิติโรงพยาบาลบ้านแหลมพบผู้ป่วยติด

(17)

เชื้อในกระแสเลือด และเสียชีวิตตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562-2565 ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 พบร้อยละ 21.05, 36.00, 48.14, และ 27.90 และ 5 อันดับแรกที่มีการส่งตัวเพื่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า โดยมีสาเหตุของโรคติดเชื้อที่ทำให้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอันดับ 1 คือ โรคปอดอักเสบ ในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 16 ราย จากทั้งหมด 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.65⁵

ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงป่วยด้วยโรคปอดอักเสบและมีการติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง มีโอกาสเกิดภาวะหายใจล้มเหลว และเสียชีวิตได้สูง การวางแผนการดูแลจึงมีความสำคัญเนื่องจากญาติมีความสับสน ลังเลใจ ส่วนหนึ่งต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาใส่ท่อช่วยหายใจ ส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชน แต่ส่วนหนึ่งเห็นว่าผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ไม่ต้องการใส่ท่อช่วยหายใจจะทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน ทำให้ญาติไม่สามารถตัดสินใจในการวางแผนดูแลผู้ป่วยพยาบาลต้องให้ข้อมูลวางแผนร่วมกันในทุกระยะโดยวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning)⁷ สุดท้ายตัดสินใจให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเครื่องควบคุมการให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูง (high-flow nasal cannula) เพื่อป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจ จนกลับมาหายใจได้เองตามปกติ ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ ให้อาาปฏิชีวนะอย่างรวดเร็ว มีการเฝ้าระวังและการประเมินซ้ำเป็นระยะ ทำให้อาการดีขึ้นตามลำดับ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เมื่อพ้นภาวะวิกฤตแล้ว พยาบาลก็ยังเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการเตรียมให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านตามปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนโดยการวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD อีกทั้งกรณีศึกษาเป็นผู้สูงอายุติดเตียง การกลับไปอยู่บ้านจึงเน้นเรื่องการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เช่น ป้องกันการสำลักอาหาร ป้องกันการเกิดแผลกดทับ ป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ซึ่งล้วนเป็นสาเหตุโรคติดเชื้อทำให้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้ง่าย และหากญาติสามารถประเมินอาการช่วงแรกที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้ผู้ป่วยจะได้รับการแก้ไขทันเวลาจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายได้มาก

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ ที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง แบบองค์รวมในศักยภาพโรงพยาบาลชุมชน

วิธีดำเนินการศึกษา

1. คัดเลือกกรณีศึกษา จำนวน 1 ราย ที่มีความซับซ้อนยุ่งยากในการดูแลรักษาพยาบาลที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบและติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง
2. ขออนุญาตผู้ป่วย ครอบครัวและญาติเพื่อขอทำเป็นกรณีศึกษา
3. รวบรวมข้อมูล ได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แพ้มประวัติผู้ป่วย ปรีक्षाแพทย์ผู้รักษา ประเมินปัญหาความต้องการการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (functional health pattern) 11 แบบแผนของกอร์ดอน⁸ เป็นแบบในการประเมินความครอบคลุมวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care) การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) การวางแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามหลัก D-METHOD และติดตามเยี่ยมบ้าน
4. ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ทฤษฎีตำราทางวิชาการ งานวิจัย

5. สรุปและอภิปรายผลการศึกษา จัดทำเป็นเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ตรวจสอบแก้ไข และจัดพิมพ์เป็นบทความเผยแพร่นวารสาร

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

หญิงไทย อายุ 92 ปี รูปร่างสมส่วน ผิวขาว สถานภาพสมรส หม้าย จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ศาสนาพุทธ สืบทอดการรักษาเบิกได้

อาการสำคัญ: มีไข้สูง หายใจเหนื่อยหอบมาก 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน: 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีสำลักอาหาร ขณะญาติป้อนอาหาร 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้สูง หายใจเหนื่อยหอบมาก จึงเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อรับผู้ป่วยจากบ้านมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต: มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง เกาต์ ไไขมันในเลือดสูง ประมาณ 15 ปี รับการรักษาประจำที่โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร เป็นผู้ป่วยติดเตียงมา 3 ปี

ประวัติครอบครัว: ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในบ้านของตนเองกับบุตรสาวอีก 3 คน ฐานะดี ไม่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ เป็นหม้ายสามีเสียชีวิต มีบุตร 10 คน เสียชีวิต 1 คน ตั้งแต่หลังคลอดได้ 10 วัน เหลือ 9 คน บุตรสาวที่ดูแลผู้ป่วย 1 คน เคยป่วยเป็นมะเร็งเต้านมแต่รักษาหายแล้ว บุตรคนอื่น ๆ แข็งแรงดี

2. สภาพทั่วไปแรกพบและการตรวจร่างกายขณะรับไว้ในความดูแล

แรกพบผู้ป่วยซึม พูดคุยสับสน ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ กระสับกระส่ายเป็นบางครั้ง หายใจเหนื่อยหอบมาก ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ สัญญาณชีพแรกพบ อุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 122 ครั้ง/นาที หายใจ 30 ครั้ง/นาที SpO₂ 88 % on O₂ mask with bag 10 LMP ความดันโลหิต 123/71 mmHg MAP 88 mmHg SOS score = 5

การตรวจร่างกาย

ระบบทางเดินหายใจ: พบการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ (accessory muscles of respiration) เพื่อช่วยหายใจ ฟังปอดพบเสียง coarse crepitation at lower both lung ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว

ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ: แขนทั้งสองข้างสามารถเคลื่อนไหวแขนทั้งสองข้างสามารถเคลื่อนไหวได้แต่ต้านแรงได้ไม่เต็มที่ ขาทั้ง 2 ข้างสามารถเคลื่อนไหวในแนวราบ ไม่มีแรงยก กำลังกล้ามเนื้อแขน 2 ข้าง เกรด 4 ขาทั้ง 2 ข้าง เกรด 2

ระบบประสาท: Glasgow coma scale E₄V₄M₅ pupil 2 mm RTL BE ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้ป่วยซึม พูดคุยสับสน ทำตามสั่งไม่ได้

ระบบทางเดินปัสสาวะ: ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ปัสสาวะออกดี สีเหลืองใส ไม่พบแผลกดทับ

3. แบบแผนพฤติกรรมสุขภาพ จากการประเมินภาวะสุขภาพตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 ดังนี้

3.1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ: ผู้ป่วยก่อนติดเตียง สุขภาพแข็งแรงดี มีอาชีพทำนา ทำสวนมะพร้าว และค้าขายมาก่อน ติดเตียงมาประมาณ 3 ปี รับรู้ว่าตนเองชราภาพ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องอาศัยบุตรในการดูแล ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีฐานะดี ไม่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ ขณะนอนโรงพยาบาลรับรู้ว่าเป็นผู้ป่วยหนัก ไม่อยากทรมาน

3.2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร: ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ บุตรผู้ดูแลช่วยป้อนอาหารให้ครบ 3 มื้อ ดื่มนมสลับกับรับประทานขนมหรือผลไม้ เป็นอาหารระหว่างมื้อ ขณะนอนโรงพยาบาลในช่วงแรกซึม ไม่มีแรงกลืน แพทย์ให้ดื่มน้ำและอาหาร พ้นจากช่วงวิกฤตเริ่มรับประทานอาหารเหลวและอาหารอ่อนได้ตามลำดับ ไม่มีสำลักอาหาร ไม่คลื่นไส้ อาเจียน

3.3 การขับถ่าย: ขับถ่ายบนเตียง ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ญาติจะเปลี่ยนผ้าอ้อมให้ทุก 4 ชั่วโมงและทุกครั้งหลังถ่าย อุจจาระ ถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง ท้องผูกหรือท้องเสียบ้างนาน ๆ ครั้ง ขณะนอนโรงพยาบาลใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ปัสสาวะ ออกได้เองประมาณ 40-60 ซีซีต่อชั่วโมง สีเหลืองใส ในวันที่ 4 ขณะที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับยาระบายก่อนนอน สามารถถ่ายอุจจาระได้เอง ลักษณะอุจจาระไม่แข็ง

3.4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย: ผู้ป่วยติดเตียงประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (barthel activity of daily index; ADL) 2 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน) สามารถล้างหน้าได้และกลืนอุจจาระได้มี ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ แขนพ้อมีกำลังจับไม้กั้นเตียง เหนียวตัวได้บ้าง ขาไม่มีแรง เคลื่อนที่ได้ในแนวราบ ต้องมีญาติช่วยในการออกกำลังกาย (passive exercise) ขณะนอนโรงพยาบาลช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ซึมอ่อนเพลีย ADL = 0 คะแนนต้องช่วยเหลือกิจกรรมประจำวันทั้งหมด รวมทั้งช่วยเหลือและกระตุ้นการทำ passive exercise

3.5 การพักผ่อนนอนหลับ: ผู้ป่วยติดเตียงหลับช่วงกลางวันเป็นพัก ๆ วันละ 1-2 ชั่วโมง ช่วงกลางคืนหลับได้ 7-8 ชั่วโมง บางวันถ้ากลางวันหลับมาก กลางคืนจะนอนไม่หลับ ต้องรับประทานยานอนหลับประมาณ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ขณะนอนโรงพยาบาลได้รับยานอนหลับก่อนนอน ผู้ป่วยหลับกลางวัน 2-3 ชั่วโมง ช่วงกลางคืนหลับได้ 7-8 ชั่วโมง

3.6 สติปัญญาและการรับรู้: ก่อนป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยมีการรับรู้ พูดคุยได้ปกติ ไม่มีอาการหลงลืม ขณะป่วย 2 วันแรกในระยะวิกฤต ซึม พูดคุยสับสน สื่อสารไม่ได้ หลังจากพ้นภาวะวิกฤต รู้สึกตัวดี สามารถพูดคุยโต้ตอบพอรู้เรื่อง แต่ยังมีสับสนบ้างในบางครั้ง

3.7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์: ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นคนขยัน สามารถเลี้ยงดูบุตร 9 คน และส่งเรียน บุตรทุกคนมีอาชีพและสามารถเลี้ยงดูตนเองได้

3.8 บทบาทและสัมพันธภาพ: มีบุตร 10 คน เสียชีวิต 1 คน อีก 9 คน รักใคร่กันดี ผู้ป่วยเป็นที่รักของบุตรญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน มีบุตรสาว 3 คนอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นประจำ บุตรคนอื่นมาเยี่ยมเป็นบางครั้งและช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่าย บุตรทุกคนมีความรักและห่วงใยผู้ป่วย ขณะผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลมีบุตรที่ผลัดเปลี่ยนกันดูแล 4 คน

3.9 เพศและการเจริญพันธุ์: ผู้ป่วยเพศหญิง วัยสูงอายุ หมดประจำเดือนตอนอายุ 53 ปี เต้านมปกติคลำไม่พบก้อน ไม่มีมดลูกหย่อน

3.10 การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด: ปกติเป็นคนอารมณ์ดี ช่วงติดเตียงต้องพึ่งพาบุตรมีอาการหงุดหงิดบ้างเป็นบางครั้ง ขณะนอนโรงพยาบาลมีอาการหงุดหงิด รำคาญ ดึงสายออกซิเจนออกบ่อยครั้ง หลังจากอธิบายสภาพอาการของผู้ป่วยและความจำเป็นของการให้ออกซิเจน ผู้ป่วยเชื่อฟังทำตามมากขึ้น เมื่อถึงระยะฟื้นฟูได้ย้ายเข้าไปพักในห้องพิเศษ ผู้ป่วยอารมณ์ดีขึ้น สิ้นสุดสิ้นขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลดี

3.11 ความเชื่อ: นับถือศาสนาพุทธ ไปวัดทำบุญในวันสำคัญทางศาสนา เชื่อเรื่องผลบุญ ผลกรรม ผู้ป่วยบอกกับบุตรไว้ว่า เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต อยากเสียชีวิตแบบไม่ต้องทุกข์ทรมาน ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ เจาะคอ หรือปั๊มหัวใจ

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ตรวจพิเศษ (24 ส.ค.2566)

- 4.1 การตรวจภาพถ่ายรังสีปอด พบ interstitial infiltrate Lt lung
- 4.2 ผล EKG พบ sinus tachycardia rate = 110 bpm no STT change
- 4.3 Complete blood count พบ WBC = 34,500 cell/mm³ Neutrophil = 88% Lymphocyte = 9%
- 4.4 เคมีในเลือด (blood chemistry) พบ BUN = 32 mg/dl, eGFR = 55.68 ml/min/1.73m², potassium = 5.1 mmol/L, AST = 215 u/L, ALT = 209 u/L

5. การวินิจฉัยโรค ปอดอักเสบและติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง (pneumonia with severe sepsis)

5(17)

สรุปอาการและการรักษาเมื่อเข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

วันที่ 24 สิงหาคม 2566 เวลา 04.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตามตอบรู้เรื่อง E₄V₅M₆ pupil 2 mm RTL BE มีไข้ หายใจเหนื่อยหอบ อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส ชีพจร 122 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 158/95 mmHg ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (O₂ saturation) 94% room air lung poor air entry SIRS = 2, SOS score = 4 blood lactate 1.2 mmol/L ได้รับการรักษา 0.9% NSS 1000 cc IV load then 80 cc/hr พ่น berodual (2:2) 1 NB 3 dose stat then ทุก 6 ชั่วโมงสลับกับ ventolin (1:3) NB ทุก 6 ชั่วโมง on O₂ mask with bag 10 LMP take hemoculture 2 ชุด ให้ยา ceftriazone 2 gms ทางหลอดเลือดดำ ตรวจ EKG พบ sinus tachycardia rate 110 bpm no STT change ย้ายเข้าแผนกผู้ป่วยในเวลา 05.10 น. อาการก่อนย้ายรู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อยหอบลดลง อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/62 mmHg O₂ saturation 98% ขณะ on O₂ mask with bag 10LMP SOS score = 2

สรุปอาการและการรักษาที่ได้รับขณะรับไว้ในความดูแลที่แผนกผู้ป่วยใน

วันที่ 24 สิงหาคม 2566 เวลา 09.00 น. ผู้ป่วยซึม พูดคุยสับสน ทำตามสั่งไม่ได้ Glasgow Coma Scale E₄V₄M₅ pupil 2 mm RTL BE มีไข้ หายใจเหนื่อยหอบมากใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 122 ครั้ง/นาที หายใจ 30 ครั้ง/นาที O₂ saturation 88 % ขณะ on O₂ mask with bag 10 LMP ความดันโลหิต 123/71 mmHg MAP 88 mmHg SOS score 5 ฟังปอดพบ coarse crepitation at lower both lung แพทย์วางแผนใส่ท่อช่วยหายใจส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลพระจอมเกล้าแต่ญาติปฏิเสธ ผู้ป่วยจึงได้รับการรักษาด้วยเครื่อง high-flow nasal cannula set temp 36 flow 40 Lit/min F_iO₂ 0.6 พ่นยา berodual (2:2) 1 NB ทุก 2-4 ชั่วโมง ให้ยา ceftazidime 2 gms ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ได้รับ 0.9% NSS 1000 cc IV drip 80 cc/hr แพทย์ให้ดื่มน้ำและอาหารยกเว้นยา

วันที่ 25 สิงหาคม 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีขึ้น Glasgow Coma Scale E₄V₅M₆ ไข้ลดลง หายใจเหนื่อยหอบลดลง ไข้ไม่สูงในลำคอ ไม่สามารถขับออกเองได้ สัญญาณชีพอุณหภูมิ 37.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26-28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 145/88 mmHg ค่า O₂ saturation 97-99 % ฟังปอด พบ coarse crepitation both lung สามารถลด O₂ HFNC Temp 36 Flow 30 F_iO₂ 0.4 พ่นยา berodual (2:2) 1 NB ทุก 6 ชั่วโมง เริ่มรับประทานอาหารเหลวและยาได้

วันที่ 26-27 สิงหาคม 2566 ผู้ป่วยดีขึ้น ไม่มีไข้ หายใจเหนื่อยหอบเป็นพัก ๆ อัตราการหายใจ 24-26 ครั้ง/นาที ไข้ไม่สูงเสมหะสีขาวใส ไอเอาเสมหะออกได้บางครั้ง ค่า O₂ saturation 98-100 % ฟังปอดพบ coarse crepitation both lung สามารถ try wean O₂ HFNC เป็น O₂ mask with bag 10 LPM พ่นยา berodual (2:2) 1 NB ทุก 8 ชั่วโมงเริ่มรับประทานอาหารอ่อนได้

วันที่ 28 สิงหาคม 2566 รู้สึกตัวดี ไม่มีไข้ หายใจเหนื่อยหอบลดลง อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/85 mmHg ค่า O₂ saturation 97-99 % ฟังปอดไม่พบเสียงผิดปกติ เปลี่ยน O₂ mask with bag 10 LPM เป็น O₂ cannula 3 LPM ค่า O₂ saturation เท่ากับ 98-100% แพทย์อนุญาตให้พักห้องพิเศษได้

วันที่ 29 สิงหาคม 2566-1 กันยายน 2566 รู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 36.8-37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 84-90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 118/77-139/87 mmHg ค่า O₂ saturation 97-100 % หายใจไม่เหนื่อยหอบ ฟังปอดไม่พบเสียงผิดปกติ สามารถ off O₂ ในวันที่ 31 สิงหาคม 2566 หยุดยา ceftazidime เนื่องจากได้รับยาปฏิชีวนะครบ 7 วันตามแผนการรักษา และหยุดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ดี ไม่มีอาการอาหารจําหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 1 กันยายน 2566 เวลา 13.00 น.

6(17)

6. การพยาบาล แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

6.1 การพยาบาลในระยะวิกฤต

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากการติดเชื้อในปอด

ข้อมูลสนับสนุน

- 1) ญาติบอกว่าผู้ป่วยตัวร้อน นอนซึมหายใจเหนื่อยหอบมาก ไอมีเสมหะอยู่ในลำคอ
- 2) อุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 122 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ
- 3) ค่า O₂ saturation เท่ากับ 88 %
- 4) ภาพถ่ายรังสีปอดพบ interstitial infiltrate Lt Lung ฟังปอดมีเสียง coarse crepitation at lower both lung

วัตถุประสงค์: เพื่อป้องกันการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนและลดการติดเชื้อที่ปอด

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที
- 2) ปลายมือ ปลายเท้าไม่เขียว
- 3) ลักษณะการหายใจปกติไม่มีการหายใจเร็วแรงลึก ไม่มีอาการหายใจลำบาก ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ หรือหายใจหิวอากาศ ไม่มีภาวะ cyanosis
- 4) ค่า O₂ saturation >95%.

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ได้แก่ รูปแบบการหายใจ การเคลื่อนไหวของทรวงอก แรงในการขับเสมหะ สัญญาณชีพของผู้ป่วย O₂ saturation เสี่ยงหายใจเพื่อเป็นข้อมูลให้แพทย์พิจารณาในการใช้ เครื่อง high flow nasal cannula (HFNC)

- 2) จัดท่านั่งศีรษะสูง (semi-seated position) ประมาณ 45 องศา เพื่อให้ทางเดินหายใจเปิดโล่ง ช่วยทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซมีประสิทธิภาพ

- 3) เตรียมอุปกรณ์ และเซตเครื่อง HFNC เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนที่มีความเข้มข้นสูงจากเครื่องตามแผนการรักษา Temp 36 Flow 40 lit/min F_{O₂} 0.6 เติมน้ำใน water tap ¼ และตรวจดูระดับน้ำอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งอธิบายความจำเป็นและเหตุผลในการใช้ HFNC ให้ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบเพื่อให้ความร่วมมือในการรักษาดูแลผู้ป่วย⁹ ดูแลการหย่าออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง (HFNC weaning) เมื่อผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการรักษา ภายหลังใช้ไปแล้วประมาณ 48 ชั่วโมง จึงเปลี่ยนเป็นการบำบัดด้วยออกซิเจนแบบอื่น¹⁰

- 4) ดูแลทำความสะอาดปากฟัน เพื่อลดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ แนะนำให้ผู้ป่วยปิดปากให้สนิทเวลาหายใจ และไม่ควรดึงท่อช่วยหายใจทางจมูก (nasal prong) ออกเพื่อให้ได้รับออกซิเจนเพียงพอ มีการถ่างขยายหลอดลมปอด ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซมีประสิทธิภาพ¹¹

- 5) ประเมินและติดตามสัญญาณชีพ O₂ saturation โดยติดเครื่องติดตาม (monitor) ไว้ตลอดเวลา บันทึกทุก 15 นาทีติดต่อกัน 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อเฝ้าระวังอาการสามารถให้การพยาบาลได้ทันทั่วทั้งที่และรายงานแพทย์ทราบเมื่อพบความผิดปกติ

7(17)

6) ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะให้เมื่อมีเสมหะอยู่ในลำคอหรือในปาก เพื่อป้องกันเสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจและป้องกันการสำลัก ทำกายภาพบำบัดทรวงอก (chest physical therapy) ด้วยการเคาะปอดติดต่อกัน 3-5 นาทีเพื่อให้เสมหะระบายออกได้สะดวก¹²

7) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาพ่น berodual (2:2) 1 NB ทุก 2 - 4 ชั่วโมง เพื่อลดการหดเกร็งของหลอดลม และสังเกตอาการข้างเคียงของยา Berodual เช่น กระสับกระส่าย หัวใจเต้นเร็ว

การประเมินผล: วันที่ 2 ของการรักษาด้วยเครื่อง HFNC ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบลดลง อัตราการหายใจ 24-26 ครั้งต่อนาที ปลายมือ ปลายเท้าไม่เขียว สามารถ try wean O₂ HFNC เป็น O₂ mask with bag 10 LPM ไม่มีการหายใจเร็วแรงลึก ไม่มีอาการหายใจลำบาก ไม่พบการใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจหรือหายใจหิวอากาศ ค่า O₂ saturation 98-100 %

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อก เนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

- 1) ซีมลง Glasgow Coma Scale E4V4M5 = 13 กระสับกระส่ายเป็นบางครั้ง
- 2) อุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 122 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 30 ครั้ง ต่อนาที ความดันโลหิต 123/ 71 mmHg MAP = 88 mmHg ค่า O₂ saturation เท่ากับ 88% ขณะได้รับ O₂ mask with bag 10 LPM

3) WBC = 34,500 cell/mm³ neutrophil = 88%, lymphocyte = 9 %, SIRS = 4, SOS score = 5

4) I/O, Intake = 2,200 cc, urine output = 1,500 cc

วัตถุประสงค์: ป้องกันภาวะช็อก และปลอดภัยจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) รู้สึกตัวดี Glasgow Coma Scale = 15
- 2) ไม่มีอาการแสดงของช็อก ได้แก่ กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น
- 3) ปัสสาวะออกมากกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง
- 4) อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศา เซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง ต่อนาที อัตราการหายใจ 16- 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 mmHg

5) SOS score น้อยกว่า 4 คะแนน

6) ค่า blood lactate น้อยกว่า 2 mmol/L

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วย
- 2) ตรวจจับสัญญาณชีพโดยติดเครื่องติดตามไว้ตลอดเวลา บันทึกทุก 15 นาทีติดต่อกัน 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อเฝ้าระวังภาวะช็อกและรายงานแพทย์เพื่อให้การพยาบาลอย่างทันทั่วถึง

3) ประเมินคะแนน SOS score เพื่อการเฝ้าระวังภาวะช็อกถ้า SOS score มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ต้องรายงานแพทย์และประเมิน SOS score ทุก 15 นาทีติดต่อกัน 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจน SOS score น้อยกว่า 4 คะแนน และถ้าอยู่ในเกณฑ์ปกติประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมง

4) ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อและลดการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้ป่วย ได้แก่ การล้างมือ ก่อนและหลังให้การพยาบาล

- 5) ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1000 cc IV drip 80 cc/hr ตามแผนการรักษาผ่านเครื่องควบคุมอัตราการไหลของสารน้ำทางหลอดเลือดดำ (Infusion pump)
- 6) ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อลดการติดเชื้อคือ ceftazidime 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ประเมินการแพ้ยาเช่น ผื่นคัน แดงหน้าอก และอาการข้างเคียงจากยา เช่น ปวดบวมที่ผิวหนัง ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน สังเกตการอักเสบของหลอดเลือดดำ (phlebitis) เป็นต้น
- 7) ดูแลให้ O₂ ตามแผนการรักษา และตรวจสอบอุปกรณ์การให้ O₂ ให้พร้อมใช้อย่างสม่ำเสมอ
- 8) ดูแลเช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำอุณหภูมิปกติ และ ให้ยาลดไข้ paracetamol (500mg) 1 เม็ด บดละลายน้ำรับประทานทุก 4-6 ชั่วโมง เมื่ออุณหภูมิมากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส
- 9) บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินการทำงานของไต ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 cc/hr ต้องรายงานแพทย์
- 10) แนะนำญาติสังเกตอาการผิดปกติที่ควรแจ้งให้พยาบาลทราบ เช่น ชี้นิ้วลง กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น

การประเมินผล: รู้สึกตัวดี ไม่ซึม Glasgow Coma Scale E₄V₅M₆ pupil 2 mm RTL BE ไม่มีกระสับกระส่าย เหงื่อออก อุณหภูมิ 36.5-37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 78-104 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24-26 ครั้งต่อนาที ค่า O₂ saturation เท่ากับ 98-100% ความดันโลหิต 116/74-152/87 mmHg ปัสสาวะออก 40-60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง SOS score = 0-2 คะแนน ค่าBlood lactate = 1.8 mmol/L ผล hemoculture ไม่พบเชื้อ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1.3 ญาติมีความกังวลในการวางแผนการรักษา เนื่องจากภาวะความเจ็บป่วยที่รุนแรงของผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

- 1) ญาติบอกผู้ป่วยอาการหนักมากกว่าเดิม เหนื่อยหอบมากกลัวต้องใส่ท่อช่วยหายใจ เจาะคอ อยากนำผู้ป่วยไปรักษาโรงพยาบาลศิริราช เพราะผู้ป่วยมีประวัติการรักษาอยู่ที่นั่นด้วย
- 2) แพทย์วางแผนการใส่ท่อช่วยหายใจถ้าการหายใจล้มเหลว
- 3) ญาติบอกผู้ป่วยเคยบอกไม่ต้องการใส่ท่อช่วยหายใจ เจาะคอ ถ้าจะเสียชีวิต ก็ไม่ยากทุกข์ทรมาน
- 4) บุตรทั้ง 4 คน สิ้นหัวใจตักกังวลสอบถามอาการของมารดาที่พยาบาลเจ้าของไข้หลายครั้ง

วัตถุประสงค์: ลดความวิตกกังวลของญาติ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และแนวทางการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ญาติคลายความวิตกกังวล สิ้นหัวใจตักดีขึ้น
- 2) ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
- 3) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และแนวทางการรักษา
- 4) สามารถตัดสินใจวางแผนการดูแลรักษาบันทึกแผนการรักษาที่ชัดเจนตาม advance care planning

ในขณะเป็น

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติโดยการพูดคุย ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร เปิดโอกาสให้ญาติได้พูดคุยระบายความรู้สึก สิ่งที่กำลังใจ หรือลังเลใจและสอบถามข้อสงสัยต่าง ๆ รับฟังด้วยความตั้งใจ ตอบคำถามและอธิบายเพิ่มเติม

ในประเด็นต่าง ๆ เช่นการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพ รวมทั้งให้คำปรึกษา ให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนตามความเป็นจริง เช่น พยาธิสภาพของโรค การดำเนินโรค แผนการรักษา ตลอดจนการประสานให้ทีมแพทย์ผู้รักษา เพื่อพูดคุยกับญาติเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา¹³

2) แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง พร้อมทั้งอธิบายเหตุผลในการทำกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ และให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลและมีท่าที่เป็นกันเองเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและสัมพันธภาพที่ดี

3) แนะนำและสอนวิธีการให้การดูแลผู้ป่วยที่ญาติสามารถทำได้เพื่อให้ญาติมีส่วนร่วมในการ ดูแลเช่น การเช็ดตัว การป้อนอาหารเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกอุ่นใจ มั่นใจในการดูแลมากขึ้น เปิดโอกาสให้ญาติเฝ้าดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษามากขึ้น

4) วางแผนการรักษาล่วงหน้า advance care planning บันทึกลงในเวชระเบียน พร้อมให้คำแนะนำต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วย เช่น การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรแจ้งพยาบาล

การประเมินผล: ญาติมีความรู้ ความเข้าใจในแนวทางการรักษาพยาบาล ได้ข้อตกลงให้ผู้ป่วยรักษาต่อที่รพ. บ้านแหลม ให้การรักษาเต็มที่ เช่น O₂ HFNC ยาปฏิชีวนะ ยากระตุ้นความดันโลหิตกรณีเกิดภาวะช็อก ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ การช่วยฟื้นคืนชีพ บันทึก advance care planning ในเวชระเบียน ญาติให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ช่วยสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ แล้วมาแจ้งพยาบาล พุดคุยรับฟังคำแนะนำดี มีสีหน้าสดชื่นขึ้น

6.2 การพยาบาลในระยะกึ่งวิกฤต

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากปอดอักเสบติดเชื้อ

ข้อมูลสนับสนุน

- 1) ญาติบอกผู้ป่วยยังหายใจเหนื่อย ไอเป็นพักๆ มีเสมหะสีขาวใส
- 2) อัตราการหายใจ 24-26 ครั้ง ต่อนาที
- 3) ฟังปอดมีเสียง coarse crepitation both lung ค่า O₂ saturation เท่ากับ 98% ขณะได้รับ O₂ Mask with bag 10 LPM

- 4) ผลภาพถ่ายทางรังสีปอดพบ interstitial infiltration Lt Lung

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องในการหายใจ
- 2) อัตราการหายใจไม่เกิน 16-20 ครั้งต่อนาที
- 3) ค่า O₂ saturation มากกว่า 95%
- 4) ฟังปอดไม่พบเสียงผิดปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินลักษณะการหายใจ และภาวะพร่องออกซิเจน เช่น ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ เยื่อเมือกหนังมีลักษณะซีดเขียว วัดระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด O₂ saturation และบันทึกสัญญาณชีพ (vital signs) ทุก 4 ชั่วโมง ติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อจะได้ให้การพยาบาลได้ทันทั่วทั้งที่และรายงานแพทย์ทราบเมื่อพบความผิดปกติ

2) จัดให้นอนศีรษะสูง fowler's position นอนหายใจ ศีรษะสูงประมาณ 30-40 องศา งอเข่าเล็กน้อย เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน ปอดขยายตัวได้อย่างเต็มที่ รวมทั้งเน้น bed rest เพื่อลดกิจกรรม ลดการใช้ออกซิเจน

3) ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะให้เมื่อมีเสมหะอยู่ในลำคอหรือในปาก เพื่อป้องกันเสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจและป้องกันการสำลัก ทำกายภาพบำบัดทรวงอกเพื่อให้เสมหะระบายออกได้สะดวก

4) ดูแลให้ได้รับ O₂ mask with bag 10 LPM ตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการขาดออกซิเจนและตรวจสอบอุปกรณ์ให้ออกซิเจน และข้อต่อสายต่าง ๆ ให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่รั่วหรือเกิดแผลกดทับ¹³

5) พ่นยาขยายหลอดลม berodual (2:2) NB ทุก 8 ชั่วโมงและเมื่อมีอาการเหนื่อยหอบมากพ่นซ้ำได้ตามความจำเป็นทุก 2 ชั่วโมง เพื่อช่วยขยายหลอดลม พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น กระสับกระส่าย หัวใจเต้นเร็ว

6) ให้แก๊สละลายเสมหะ acetylcysteine 1 ซองผสมน้ำครึ่งแก้วประมาณ 100 มิลลิลิตร รับประทาน 3 เวลา หลังอาหารตามแผนการรักษา

7) สอนฝึกการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลม ให้ผู้ป่วยวางมือบริเวณหน้าท้องแล้วกำหนดลมหายใจ โดยหายใจเข้าทางจมูกท้องป่อง หายใจออกทางปากผ่อนลมหายใจยาว ๆ จนท้องแฟบ

8) สอนการไอที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพโดยหายใจเข้าออกลึก ๆ 2 ครั้ง หายใจเข้าลึกสุดนับ 1 -2 -3 จากนั้นไอออกมาแรง ๆ

9) แนะนำญาติให้ป้อนน้ำอุ่นบ่อย ๆ เพื่อให้เสมหะอ่อนตัวลง และไอขับออกมาได้ง่าย

การประเมินผล: ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบลดลงอัตราการหายใจ 20-24 ครั้งต่อนาที ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจนสามารถเปลี่ยน O₂ mask with bag 10 LPM เป็น O₂ cannula 3 LPM ค่า O₂ saturation เท่ากับ 98-100% ฟังปอด พบ lung clear

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะพร่องสารน้ำและสารอาหาร เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย ข้อมูลสนับสนุน

1) ญาติบอกผู้ป่วยอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย รับประทานอาหารได้น้อยลง

2) ในช่วงวิกฤตหายใจเหนื่อยหอบมาก แพทย์ให้งดน้ำงดอาหารไว้ 1 วัน มีอาการอ่อนเพลีย

3) ตรวจร่างกายพบ ริมฝีปากแห้ง ไม่พบ skin turgor ไม่มีบวม

4) เคยมีประวัติสำลักอาหาร

5) ผลการตรวจ electrolyte ดังนี้ sodium 143 mmol/L, potassium 5.1 mmol/L, chloride 112 mmol/L, carbondioxide 20 mmol/L

วัตถุประสงค์: ไม่เกิดภาวะพร่องสารน้ำและสารอาหาร และอาการสำลัก

เกณฑ์การประเมินผล

1) Normal skin turgor โดยใช้นิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือจับผิวหนังยกขึ้นแล้วปล่อยพบว่าผิวหนังกลับสู่สภาพปกติภายใน 4-5 วินาที

2) ปริมาณสารน้ำทุกอย่างที่ผู้ป่วยได้รับและขับออกจากร่างกายมีความสมดุลกัน (intake/output balance) รับประทานอาหารได้น้อยครั้งของอาหารที่จัดให้ ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ไม่เบื่ออาหาร

3) ผลการตรวจ electrolyte อยู่ในเกณฑ์ปกติ sodium 135-145 mmol/L potassium 3.5-5.0 mmol/L, chloride 98-108 mmol/L, carbondioxide 20-30 mmol/L

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินภาวะ malnutrition ของผู้ป่วย skin turgor อาการบวมบริเวณร่างกาย ปากและผิวหนังแห้ง
 - 2) ดูแลการรักษาความสะอาดปากและฟันเพื่อให้ปากสะอาด ช่วยลดอาการปากแห้ง และ ลดรสขมหรือรสไม่ดีขึ้น ๆ ทำให้ความรู้สึกริอยากอาหารเพิ่มขึ้น
 - 3) ทดสอบการกลืน โดยใช้รูปแบบ (modified water swallowing test) มีการประเมิน ดังนี้¹⁴
 - 1) ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานน้ำ 3 และ 10 มิลลิลิตร โดยใช้กระบอกฉีดยา แล้วสังเกตอาการผิดปกติ เช่น อาการไอ อาการหอบเหนื่อย และความสามารถในการกลืนของผู้ป่วย
 - 2) แนะนำให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลาย 2 ครั้ง
 - 3) Step diet โดยเริ่มอาหารเหลวใส เหลวและอาหารอ่อน
 - 4) ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆแต่บ่อยครั้ง จัดอาหารให้เป็นช่วงเวลา มีเวลาได้พักในขณะรับประทานอาหาร แนะนำให้ญาตินำอาหารที่ผู้ป่วยชอบมาป้อนผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยรู้สึกเบื่ออาหาร โดยอาหารนั้นต้องไม่ขัดกับแผนการรักษาและให้ความรู้ญาติในเรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่า เช่น ผักและผลไม้ หลีกเลี่ยงขนมหวาน
 - 5) ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1000 cc IV drip 60 cc/hr เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา
 - 6) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา medroxyprogesterone (500) 1 tab po prn for รับประทานไม่ได้และสังเกตอาการข้างเคียง เช่น มีน้ำคั่ง เท้าบวม คลื่นไส้ นอนไม่หลับ
 - 7) บันทึกปริมาณน้ำเข้าออกทุก 8 ชั่วโมงสังเกต สี ลักษณะและปริมาณปัสสาวะถ้าปริมาณ fluid intake มากกว่า fluid output ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง มีสีเข้มเป็นข้อมูลสนับสนุนว่า มีภาวะขาดน้ำ และติดตามค่าผลเลือด electrolyte หากพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบเพื่อวางแผนการรักษา
- การประเมินผล: ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น มีละประมาณครึ่งถ้วย ดื่มนมสำหรับผู้ป่วยระหว่างมื้อประมาณ 100 มิลลิลิตร ไม่มีอาการสำลัก ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน normal skin turgor ปริมาณสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับและขับออกจากร่างกายมีความสมดุลกัน ค่าผลเลือด electrolyte อยู่ในเกณฑ์ปกติ

6.3 ระยะฟื้นฟู

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดผิวหนังถูกทำลาย (skin breakdown) เนื่องจากผู้ป่วยติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

ข้อมูลสนับสนุน

- 1) ญาติให้ข้อมูลว่าผู้ป่วยติดเตียงมาประมาณ 3 ปี ไม่มีโรคทางสมอง แก่แล้วไม่มีแรงจึงติดเตียง
 - 2) motor power แขน 2 ข้างเกรด 4 ขา 2 ข้างเกรด 2 มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL= 0) มีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์
 - 3) ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามแบบประเมิน The Braden scale for Predicting Pressure Sore ได้ 10 คะแนนซึ่งอยู่ในระดับความเสี่ยงสูง
- วัตถุประสงค์: ป้องกันการเกิดผิวหนังถูกทำลาย (skin breakdown)
- เกณฑ์การประเมินผล ไม่พบแผลกดทับบริเวณผิวหนัง ไม่พบรอยแดงหรือรอยฟกช้ำตามปุ่มกระดูก

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมิน สภาพผิวหนังผู้ป่วยโดยเฉพาะ ผิวหนังบริเวณข้อมือ ข้อเท้า (หากมีการ restrained) ตำแหน่งผิวหนังที่เกิดการกดทับน้ำหนัก ได้แก่ ศีรษะ หัวไหล่ สันเท้า ก้นกบ ปุ่มกระดูกต่าง ๆ และ รอบบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ของผู้ป่วย ทุก 4 ชั่วโมง และทุกครั้งที่พบความผิดปกติของผิวหนัง พร้อมทั้งรายงานแพทย์กรณีเกิดแผล

2) ประเมิน The Braden scale for Predicting Pressure Sore และลงบันทึกทุกเวรทุกวันในแบบบันทึกทางการพยาบาล

3) ดูแลทำความสะอาดผิวหนังโดยใช้น้ำอุณหภูมิปกติหลีกเลี่ยงการใช้น้ำอุ่นเพราะผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุมีผิวหนังบางและแห้ง น้ำอุ่นจะทำให้ผิวแห้งมากขึ้น ฉีกขาดง่ายและไม่ควรเช็ดตัวแรง ทำความสะอาดผิวหนังด้วยความนุ่มนวล

4) การทำความสะอาดผิวหนังหลังการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ควรเช็ดทำความสะอาดทันที โดยใช้แผ่นสำลีชุบน้ำและเช็ดทำความสะอาดอย่างนุ่มนวล ซับบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และบริเวณก้นให้แห้ง ตรวจสอบบริเวณขาหนีบอวัยวะสืบพันธุ์และก้น พิจารณาทาโลชั่นหรือวาสลีนให้ความชุ่มชื้นผิวหนัง สารที่มีคุณสมบัติเคลือบผิวหนัง เพื่อป้องกันการสัมผัสกับความเปียกชื้น และเปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูปเมื่อผู้ป่วยขับถ่าย

5) จัดที่นอนลม alpha bed ให้ผู้ป่วยเพื่อลดแรงกด กระจายกดทับ และลดการเสียดสีระหว่างผิวหนังกับที่นอน

6) ดูแลที่นอน ผ้าปูที่นอนให้สะอาดแห้งและเรียบตึงอยู่เสมอ เพื่อลดการเสียดสีระหว่างผิวหนังกับที่นอน และใช้ผ้าขาวเตียงรองในการยกหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเสียดสี

7) ดูแลพลิกตะแคงตัว และเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมงโดยจัดให้ตะแคงซ้าย ตะแคงขวา นอนหงาย ใช้หมอนรองหรือผ้าหนุน ๆ รองบริเวณที่กดทับหรือปุ่มกระดูกเพื่อป้องกันการเสียดสีและลดแรงกดทับ และสอนสาธิตให้ญาติที่ดูแลปฏิบัติตาม¹⁵

การประเมินผล: ผู้ป่วยไม่มีผิวหนังถูกทำลาย ไม่พบรอยแดงหรือรอยฟกช้ำตามปุ่มกระดูก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบและการติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1) ผู้ป่วยติดเตียงมาประมาณ 3 ปีมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว รับประทานอาหารเองไม่ได้ ญาติต้องป้อนก่อนมาโรงพยาบาลครั้งนี้ ญาติป้อนอาหารแล้วผู้ป่วยสำลักอาหาร

2) สอบถามญาติการดูแลเมื่อต้องกลับไปอยู่บ้าน เกี่ยวกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ญาติยังตอบคำถามไม่ได้ทั้งหมด

3) แพทย์วางแผนมีการใช้ออกซิเจนที่บ้าน home oxygen

วัตถุประสงค์: ญาติมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1) ญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในเรื่องการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบได้อย่างถูกต้องทั้งหมด และบอกอาการผิดปกติที่ควรรับมาพบแพทย์และสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินความรู้ เตรียมความพร้อมของญาติก่อนกลับบ้านตามหลักของ D-METHOD เช่น การป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบ การติดเชื้อในกระแสเลือด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การใช้เครื่องผลิตออกซิเจนไฟฟ้าที่จะนำไปใช้ที่บ้าน เป็นต้น

2) เปิดโอกาสให้ญาติได้ซักถามข้อสงสัย เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ด้วยความตั้งใจและให้ข้อมูลที่ละเอียดน้อย ๆ เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจของญาติเป็นระยะ

3) วางแผนร่วมกับญาติในการดูแลผู้ป่วย สอน และฝึกทักษะที่จำเป็นให้กับผู้ดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ดังนี้

1) การจัดทำศีรษะสูงขณะป้อนอาหาร ป้อนทีละน้อย ๆ ช้า ๆ เมื่อผู้ป่วยมีอาการไอให้หยุดป้อน เพื่อป้องกันการสำลักและเกิดปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร (aspiration pneumonia)

2) การพลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการนอนนาน (hypostatic pneumonia) และป้องกันการเกิดแผลกดทับ

3) การทำความสะอาดร่างกาย อวัยวะสืบพันธุ์ เปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูปหลังผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระทุกครั้ง และเมื่อเปียกชื้นหลังขับถ่ายปัสสาวะทุก 4 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งล้วนเป็นสาเหตุของโรคติดเชื้อที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดได้

4) ประสานส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดมาสอนญาติทำ passive exercise เพื่อป้องกันข้อติดแข็ง และการเคาะปอดเพื่อลดการคั่งของเสมหะ และปอดขยายตัวได้ดีขึ้น

5) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบโดยการหลีกเลี่ยงการใกล้ชิดผู้ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เช่น ญาติที่เป็นหวัดหรือสูบบุหรี่ห้ามเข้าเยี่ยม จัดสถานที่นอนของผู้ป่วยให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่มีฝุ่น ควัน หมั่นดูแลรักษาความสะอาดของปากฟันอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ล้างมือก่อนและหลังดูแลผู้ป่วย

4) แนะนำการรับประทานยากลับบ้านตามคำสั่งแพทย์ แนะนำการสังเกตอาการแพ้ยาและอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ญาติสามารถประเมินและมารับการรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งเน้นย้ำการแจ้ง แสดงบัตรแพทย์ทุกครั้งไปรับการตรวจรักษา

5) แนะนำการเลือกอาหารที่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วย เช่น งดอาหารรสเค็ม โซเดียมสูง อาหารไขมันสูง สัตว์ปีก ยอดผัก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่

6) สอน สาธิตการใช้เครื่องผลิตออกซิเจน เพื่อความพร้อมเมื่อผู้ป่วยต้องการใช้เครื่องผลิตออกซิเจนที่บ้าน

7) แนะนำให้ติดต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่บ้าน เพื่อขอรับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่เป็นประจำ

8) อธิบายให้เห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง และการตรวจตามนัดเพื่อการรักษาพยาบาลที่

ต่อเนื่อง

9) แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรรับมาพบแพทย์ เช่น ผู้ป่วยซึมลง ใช้สუნัข หายใจเหนื่อยหอบมาก หายใจลำบาก เป็นต้น

10) แนะนำแหล่งที่จะขอความช่วยเหลือเมื่อออกจากโรงพยาบาล เช่น รพ.สต. ใกล้บ้าน การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669¹⁶

การประเมินผล: ญาติรับฟังคำแนะนำดี สนใจซักถามและสามารถตอบคำถามได้ถูกต้องทั้งหมดและปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง

7. สรุปกรณีศึกษา

หญิงไทย อายุ 92 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ มีไข้สูง หายใจเหนื่อยหอบมาก ญาติจึงเรียก EMS รับผู้ป่วยมาโรงพยาบาล สัญญาณชีพขณะรับไว้ดูแลในหอผู้ป่วยในอุณหภูมิ 38.1 C ชีพจร 122 ครั้ง/นาที หายใจ 30 ครั้ง/นาที SpO₂ 88 % ขณะ on O₂ mask with bag 10 LMP ความดันโลหิต 123/71 mmHg MAP 88 mmHg SOS score = 5 ตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจพบ coarse crepitation at lower both lung ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ blood lactate 1.8 mmol/L WBC = 34,500 cell/mm³ neutrophil = 88% lymphocyte = 9 % film chest ผล interstitial infiltrate Lt Lung ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น pneumonia with severe sepsis แพทย์พิจารณาให้นอนพักรักษาในโรงพยาบาลบ้านแหลม แผนกผู้ป่วยในได้รับการรักษาด้วยออกซิเจน high-flow nasal cannula (HFNC) เป็นเวลา 2 วัน IV fluid 0.9% NSS 1,000 cc v drip 80cc/hr ceftazidime 2 gms. ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมงเป็นเวลา 7 วัน beradual 2:2 NB ทุก 2-8 ชั่วโมงเป็นเวลา 4 วัน ระหว่างรับไว้ในความดูแลผู้ป่วยมีปัญหาภาวะพร่องออกซิเจน เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ญาติมีความวิตกกังวลสูงต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย มีความลังเลใจ ที่จะนำผู้ป่วยไปรักษายังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าแต่เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ จึงต้องมีการวางแผนการดูแลหากผู้ป่วยมีอาการทรุดลง มีการวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD เพื่อให้ญาติมีความรู้และความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ได้รับการแก้ไขไปจนอาการของผู้ป่วยดีขึ้น แพทย์พิจารณาเห็นว่าผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลต่อที่บ้านได้ จึงอนุญาตให้กลับบ้านในวันที่ 1 กันยายน 2566 รวมระยะเวลาที่นอนพักรักษาตัว 8 วัน ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีอาการปกติไม่กลับเป็นซ้ำ

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากกรณีศึกษาผู้ป่วยสูงอายุปอดอักเสบและมีการติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงรายนี้ มีความยุ่งยากและซับซ้อนในการดูแล ต้องใช้ความรู้ ความสามารถปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องตัดสินใจหรือแก้ปัญหาอย่างยากซับซ้อนในภาวะวิกฤตตามมาตรฐานวิชาชีพด้านการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามได้รับการดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสม จึงได้นำกรณีศึกษานี้มาเป็นแนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุปอดอักเสบที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลชุมชนตามแนวคิดคุณภาพการดูแล (quality of care) ของ Donabedian¹⁷ มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่

1) ด้านโครงสร้าง (structure) มีการจัดแยกโซนสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต มีเครื่องให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูง high-flow nasal cannula (HFNC) ที่ใช้ในช่วงที่มีการระบาดของโควิด 19 มาใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในหอผู้ป่วยในการใช้เครื่อง HFNC และการพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤต การจัดทำคู่มือเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้องตามมาตรฐาน

2) ด้านกระบวนการ (process) ใช้ holistic nursing care และ nursing process ในการดูแลทุกระยะ ตั้งแต่ระยะวิกฤต ถึงวิกฤตจนถึงระยะฟื้นฟู การให้ญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) การใช้ SOS score เพื่อติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วย sepsis การวางแผนจำหน่ายในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง

3) ด้านผลลัพธ์ (outcome) มีการติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาล เช่น การใช้กระบวนการพยาบาลในทุกระยะ ตั้งแต่ระยะวิกฤต ถึงวิกฤตจนถึงระยะฟื้นฟู อัตราการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะสุดท้าย อัตราการเข้ารับการรักษ

ซ้ำภายใน 28 วัน อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษาเฉพาะกรณี ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการจัดทำจากกองทุนศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.บุญทิพย์ สิริธรรังศรี กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สภาสถาบันบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ขอบคุณ อาจารย์นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา นักวิชาการพยาบาลเชี่ยวชาญ ที่ช่วยให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้กรณีศึกษานี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งขอบคุณ กรณีศึกษาและญาติที่เสียสละเวลาในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เพื่อการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพการบริการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กำธร มาลาธรรม, พรทิพย์ มาลาธรรม, และสุรางค์ สิงหนาท. โรคติดเชื้อในผู้สูงอายุ. งามาธิบดีพยาบาลสาร 2550; 13(3):272-7.
2. Osman M, Manosuthi W, Kaewkungwal J, Silachamroon U, Mansanguan C, Kamolratanakul S, et al. Etiology, clinical course, and outcomes of pneumonia in the elderly: A retrospective and prospective cohort study in Thailand. Am J Trop Med Hyg 2021;104(6):2009-16.
3. สถาบันวัคซีนแห่งชาติ. ผนึกกำลังเตรียมความพร้อมประเทศไทยสู่การป้องกันโรคปอดอักเสบหลังโควิด 19 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 25 ส.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://nvi.go.th/2022/11/11/pnews-2565-pneu-1/>
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คาดการณ์โรค 8 โรคสำคัญ ปี 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 25 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ddc.moph.go.th/uploads/publish/1305720220831091702.pdf>
5. Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ปีงบประมาณ 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 25 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
6. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 25 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/KPI-Template-66.1.pdf>
7. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 25 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nationalhealth.or.th/th/node/3584>
8. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก (พิมพ์ครั้งที่ 25). กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร; 2564.
9. Drake, MG. High-flow nasal cannula oxygen in adults: An evidence-based assessment. Ann Am Thorac Soc. 2018;15(2):145-55.
10. Parke, RL, McGuinness, SP. Pressures delivered by nasal high flow oxygen during all phases of the respiratory cycle. Respir Care 2013;58(10):1621-4.
11. Vega, ML, Pisani, L. Nasal high flow oxygen in acute respiratory failure. Pulmonology 2021;27(3):240-7.
12. ธนรัตน์ พรศิริรัตน์, สุรัตน์ ทองอยู่. การพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะพร่องออกซิเจนและได้รับการรักษาด้วย High Flow Nasal Cannula. เวชบัณฑิตยสาร 2563;13(1):60-8.

13. สำนักกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือสำหรับประชาชน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี; 2556.
14. ภัทรา วัฒนพันธุ์. การประเมินผู้ป่วยภาวะกลืนลำบาก. ศรีนครินทร์เวชสาร 2557;29(เพิ่มเติม),9-12.
15. จิณพิชญ์ชา มะมม. บทบาทพยาบาลกับแผลกดทับ: ความท้าทายในการป้องกันและการดูแล. ว. วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2555;20(5):478-90.
16. อีระ ศิริสมุทร, กิตติพงศ์ พลเสน, และพรทิพย์ วชิรดิolk. ความรู้ ทักษะ และเหตุผลที่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศไทย. ว. วิจัยระบบสาธารณสุข 2561;12(4):668-80.
17. Ayanian, JZ, Markel, H. Donabedian's lasting framework for health care quality. N Engl J Med 2016;375(3):205-

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการขอเรียนเชิญผู้สนใจส่งบทความวิจัย และบทความวิชาการ เกี่ยวกับการศึกษา การพยาบาล การสาธารณสุข และสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อลงเผยแพร่ในวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิจักรีราช โดยเรื่องที่ส่งต้องเป็นผลงานใหม่ ไม่เคยลงตีพิมพ์เผยแพร่ในสื่อสิ่งพิมพ์ที่ใดมาก่อน และจัดเตรียมรูปเล่มตามต้นฉบับและหลักเกณฑ์ ดังนี้

1. ระบุ ชื่อบทความ ชื่อ – นามสกุลจริงผู้นิพนธ์ ทุกคนรวมถึง ตำแหน่งและสถานที่ของผู้นิพนธ์ต้นฉบับอย่างชัดเจน (ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) สถานที่ปฏิบัติงาน และ e-mail address
2. บทความวิจัย และ บทความวิชาการ ต้องมีบทคัดย่อภาษาไทย และ บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) ความยาวไม่เกิน 300 คำ
3. บทความมีความยาวไม่เกิน 15 หน้ากระดาษขนาด A4 โดยบันทึกบทความในรูปแบบไฟล์ word นามสกุล .doc หรือ .docx พร้อมกับแนบไฟล์ pdf. เพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฯ ได้ที่กองบรรณาธิการวารสาร วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนิจักรีราช ทาง e-mail jaratsri@ckr.ac.th
4. การอ้างอิงและบรรณานุกรม ใช้การอ้างอิงแบบ Vancouver Style
5. บทความที่ไม่ผ่านการพิจารณาให้ตีพิมพ์ ทางกองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้นิพนธ์ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืนผู้นิพนธ์ต้นฉบับ

6. คำแนะนำในการเขียนและการพิมพ์

6.1 ขนาดและการตั้งค่าหน้ากระดาษ

ขนาดของกระดาษที่ใช้ในการพิมพ์กำหนดให้มีขนาดมาตรฐาน A4 โดยกำหนดการตั้งค่าหน้ากระดาษ ดังนี้

ริมขอบกระดาษด้านบน	1.5 นิ้ว	ริมขอบกระดาษด้านล่าง	1 นิ้ว
ริมขอบกระดาษด้านซ้าย	1.5 นิ้ว	ริมขอบกระดาษด้านขวา	1 นิ้ว

ระยะห่างระหว่างบรรทัด หนึ่งช่วงบรรทัดของเครื่องคอมพิวเตอร์ 8 point จัดหน้าเป็นแบบ 1 คอลัมน์

6.2 ตัวอักษร ภาษาไทยและภาษาอังกฤษใช้ตัวอักษรแบบ TH SarabunPSK ความยาวโดยรวมของบทความไม่ควรเกิน 15 หน้ากระดาษ คำศัพท์ ให้ใช้ศัพท์บัญญัติของราชบัณฑิตยสถาน

6.3 รูปแบบในการพิมพ์

- ชื่อเรื่อง ภาษาไทย ขนาด 18 point, กำหนดตรงกลาง, ตัวหนา
- ชื่อเรื่อง ภาษาอังกฤษ (ตัวอักษรพิมพ์ใหญ่) ขนาด 18 point, กำหนดตรงกลาง, ตัวหนา
- ชื่อผู้เขียน (ทุกคน)
 - ชื่อผู้เขียน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point, กำหนดตรงกลาง
 - ชื่อหน่วยงานของผู้เขียน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point, กำหนดตรงกลาง
 - ชื่อหน่วยงานของผู้เขียน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point, กำหนดตรงกลาง

บทคัดย่อ

- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ขนาด 14 point, กำหนดขีดขอบ, ตัวธรรมดา
- ข้อความบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point, กำหนดขีดขอบ, ตัวธรรมดา
- ย่อหน้า 0.5 นิ้ว
- ผู้เขียนต้องตรวจสอบความถูกต้องทางไวยากรณ์และการใช้ภาษาของบทคัดย่อเอง

คำสำคัญ (Keyword) ให้พิมพ์ต่อจากส่วนของบทคัดย่อ (Abstract) ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 2-5 คำ ใช้ตัวอักษรภาษาไทย หรือ ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point

รายละเอียดบทความ

- หัวข้อใหญ่ ขนาด 16 point, กำหนดขีดซ้าย, ตัวหนา (ไม่ลำดับเลข)
- หัวข้อรอง ขนาด 16 point , กำหนดขีดซ้าย, ตัวหนา
- ตัวอักษร ขนาด 16 point, กำหนดขีดขอบ, ตัวธรรมดา
- ย่อหน้า 0.5 นิ้ว

ส่วนประกอบของประเภทบทความ

- บทความทางวิชาการ ประกอบด้วย บทนำ, เนื้อหา, บทสรุป และเอกสารอ้างอิง
- บทความวิจัย ประกอบด้วย ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา, วัตถุประสงค์การวิจัย, สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี), ขอบเขตของการวิจัย (ถ้ามี), กรอบแนวคิดการวิจัย (ถ้ามี), วิธีดำเนินการวิจัย (ประกอบด้วยหัวข้อย่อย ได้แก่ ชนิดของการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย, อภิปรายผลการวิจัย, ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี ในกรณีที่ต้องการเขียนกิตติกรรมประกาศเพื่อขอบคุณบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) และเอกสารอ้างอิง

รูปภาพ ตาราง และ สมการ

การนำเสนอรูปภาพและตารางสามารถนำเสนอต่อจากข้อความที่กล่าวถึงหรืออาจนำเสนอภายหลังจากจบหัวข้อหรือนำเสนอใบหน้าใหม่ ขนาดของรูปภาพและตารางไม่ควรเกินกรอบของการตั้งค่านำกระดาษที่กำหนดไว้ได้ ภาพประกอบหรือตารางให้บอกแหล่งที่มาให้ชัดเจนและไม่ละเมิดลิขสิทธิ์ของผู้อื่น โดยพิมพ์ห่างจากขอบภาพประกอบหรือเส้นค้นใต้ตาราง 1 บรรทัด (ใช้ตัวอักษรขนาด 14 point, ตัวธรรมดา) ทั้งรูปภาพและตารางจะต้องมีคำอธิบายโดยคำอธิบายของรูปภาพให้พิมพ์ไว้ใต้รูปภาพและอยู่ชิดซ้ายของหน้ากระดาษ หากรูปภาพใดถูกแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ให้มีการระบุคำอธิบายของแต่ละส่วนโดยอาศัยตัวอักษรภาษาไทยในวงเล็บเรียงตามลำดับเช่น (ก) และ (ข) โดยการเรียงลำดับรูปภาพและตารางให้แยกการเรียงลำดับออกจากกัน ตารางข้อมูลที่นำลงตีพิมพ์ ต้องพิมพ์ด้วย Word เพื่อความคมชัดของตาราง

การเขียนสมการให้เขียนไว้กลางคอลัมน์และมีการระบุลำดับของสมการโดยใช้ตัวเลขที่พิมพ์อยู่ในวงเล็บ เช่น (1), (2) เป็นต้น

การพิมพ์อ้างอิงที่แทรกในเนื้อหาของบทความ

- ในกรณีที่มีการอ้างอิงแทรกในเนื้อเรื่อง ให้ใช้การอ้างอิงในส่วนเนื้อเรื่องแบบการอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) โดยใส่ตัวเลขตามลำดับการอ้างอิงหลังชื่อผู้เขียน หรือหลังข้อความที่อ้างอิง แบบ Vancouver

- การอ้างอิงแทรกในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้หมายเลขที่สอดคล้องกับที่ได้อ้างอิงมาก่อนแล้วในเนื้อหา

การพิมพ์เอกสารอ้างอิงท้ายบทความ

- เอกสารอ้างอิงทุกลำดับจะต้องมีการอ้างอิงหรือกล่าวถึงในบทความ และผู้เขียนต้องรับผิดชอบความถูกต้องของเอกสารที่นำมาอ้างอิง

- การอ้างอิงท้ายเล่มเป็นการนำรายการอ้างอิงในเนื้อหา มารวบรวมไว้ในส่วนท้ายของผลงานวิชาการ ภายใต้หัวข้อ เอกสารอ้างอิง (References) โดยจัดเรียงตัวเลขตามลำดับ 1, 2, 3, 4,..... ซึ่งตัวเลขต้อง สอดคล้องกับ ลำดับตัวเลขของการอ้างอิงในเนื้อหา

- การจัดพิมพ์เอกสารอ้างอิงท้ายบทความจะแตกต่างกันตามชนิดของเอกสารที่นำมาอ้างอิง โดยให้จัดพิมพ์ตามรูปแบบการเขียนบรรณานุกรมแบบ Vancouver (รายละเอียดท้ายเอกสาร)

เมื่อกองบรรณาธิการวารสารวิชาการ ตอบรับบทความแล้วจะพิจารณาสรรหาผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อประเมินคุณภาพของบทความ กรณีผลการประเมิน “ผ่านอย่างมีเงื่อนไข” ขอให้ผู้เขียนบทความแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เมื่อดำเนินการเรียบร้อยแล้วให้ส่งบทความฉบับแก้ไขจำนวน 1 ฉบับ พร้อมไฟล์ (Microsoft Word) ทั้งนี้ขอให้แนบบทความและผลการประเมินฉบับเดิมกลับมายังกองบรรณาธิการ เพื่อจัดส่งให้แก่ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาประเมินคุณภาพบทความอีกครั้ง

บทความที่ผ่านการประเมินและแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว กองบรรณาธิการจะตรวจความถูกต้องของการใช้ภาษาและการเขียนรายการอ้างอิงหลังจากนั้นจะส่งให้ผู้เขียนแก้ไขให้ถูกต้อง จึงจะสามารถตีพิมพ์ลงในวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช บทความที่ได้รับการตีพิมพ์เรียบร้อยแล้ว ผู้เขียนบทความจะได้รับวารสารวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช 1 ฉบับ

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. วิจารณ์ พานิช. การสร้างการเรียนรู้สู่ศตวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ: ส. เจริญการพิมพ์; 2556.
2. ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทรสุข, ศุภกิจ เจริญสุข. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเล่มที่1 (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก, 2556.
3. กิรดา ไกรนุวัตร และรักษนก คชไกร.(บรรณาธิการ).การพยาบาลชุมชน. กรุงเทพฯ:โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
4. ประสงค์ ตูจันดา. บทนำและประวัติทางการแพทย์เกี่ยวกับทารกแรกเกิด. ใน: ประพุทธ ศิริบุญย์ อรุณ บัญประกอบ. (บรรณาธิการ). ทารกแรกเกิด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2533. หน้า 1-6.
5. Rosdahl CB. Textbook of basic nursing 11th ed. China: Wolter Kluwer; 2017.
6. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, (editors). The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002; 93-113.

7. กาญจนา ใจเย็น. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.
8. Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic American [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002
9. สาคร อินทโธ. การดูแลผู้สูงอายุไ้วยาระยะสุดท้าย: บทบาททำทหายพยาบาลชุมชนในสังคมผู้สูงอายุ. วารสารสภาการพยาบาล 2563;35(2):5-14.
10. นิชา เจริญศรี,วรลักษณ์ เลิศธรรม,บัณฑิต พรหมรักษา,ลำไย วงศกร,สุฐิตา เดนพรม, พรทิพย์ ปิ่นล่อ, และคนอื่น ๆ. สปีชีร์และการด้อย่าต้านจุลชีพของเชื้อ Enterococci ที่พบในสิ่งส่งตรวจจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.ว. เทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2557;26:117-28.
11. Post JL, Deal B, Hermanns M. Implementation of a flipped classroom: Nursing students' Perspectives. J Nurs Educ Pract 2015;5(6):25-30.
12. Wisting, L, Bang, L, Skrinvanrhaug T, et al. Psychological barriers to optimal insulin therapy: More concerns in adolescent females than males. BMJ Open Diab Res Care 2016; 23;4(1):1-7.doi: 10.1136/bmjdr-2016- 000203
13. สุภามาศ ผาติประจักษ์, สมจิต หนูเจริญกุล, นพวรรณ เปียชื่อ. ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. รามาธิบดีเวชสาร. [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2557];20:97-110. เข้าถึงได้จาก: <http://www.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/19200>
14. Sengupta D, Chattopadhyay MK. Metabolism in bacteria at low temperature: a recent report.J Biosci. [Internet]. Jun 2013; 38(2): 409-12. [cited 2013 Aug 23] Available from: <http://www.ias.ac.in/jbiosci/jun2013/409.pdf>
15. สำนักงานสถิติแห่งชาติและยูนิเซฟ. ผลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยปี 2555. [ออนไลน์]. 2557 [สืบค้นเมื่อ 2559 กรกฎาคม 1]; สืบค้นจาก: URL: http://www.unicef.org/Thailand/tha/media_22564.htm
16. World Health Organization. Health topics of breastfeeding. [online]. 2016 [cited 2016 July 1]; Available from: URL: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>

แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีราช

- ชื่อเรื่อง
(ภาษาไทย).....
(ภาษาอังกฤษ).....
- ข้อมูลผู้เขียนทุกคน (ระบุชื่อ สกุล คำนำนานาม คุณวุฒิสูงสุดทางการศึกษา ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน)
ชื่อ สกุล (ภาษาไทย).....
ชื่อ สกุล (ภาษาอังกฤษ).....
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน (ภาษาไทย).....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ หมายเลขโทรศัพท์ และ E-mail address.....
- สิ่งที่ส่งมาด้วย
ต้นฉบับที่ส่งเป็น file ข้อมูล .docx
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ไม่เคยตีพิมพ์มาก่อน หรือไม่ได้ส่งให้วารสารชื่ออื่นเพื่อตีพิมพ์

ลงชื่อ(เจ้าของผลงาน)
()

หมายเหตุ กรณีเป็นงานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ให้ระบุชื่อปริญญา สาขาเฉพาะทาง และชื่อมหาวิทยาลัยด้วย

ใบสมัครสมาชิการวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

ข้าพเจ้า (นาย,นาง, นางสาวนามสกุล.....
ที่อยู่ที่ต้องการให้ส่งวารสาร
.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....มือถือ..... E-mail.....
ขอสมัครเป็นสมาชิการวารสารประเภท ☐ สมาชิก 1 ปี ราคา 300 บาท
☐ สมาชิก 2 ปี ราคา 500 บาท
โปรดระบุฉบับที่ต้องการเริ่มต้นรับ.....
☐ มกราคม – มิถุนายน 25.... ☐ กรกฎาคม – ธันวาคม 25....
พร้อมได้ส่ง ☐ ณาณัติ สั่งจ่ายในนาม ฝ่ายจัดการวารสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช หรือ
☐ โอนเงิน ธนาคารกรุงไทย สาขาบ้านโป่ง ชื่อบัญชี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช
บัญชีเลขที่ 706-1-44527-0
เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

ลายมือชื่อผู้สมัคร

.....
วันที่...../...../.....

ส่งใบสมัครที่

ฝ่ายจัดการวารสารวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

99 ม. 3 ต. ลาดบัวขาว อ. บ้านโป่ง จ. ราชบุรี 70110

หรือส่งเอกสารทาง e-mail: jaratsri@ckr.ac.th

หมายเหตุ หากมีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ในการส่งวารสาร หรือเปลี่ยนชื่อ นามสกุล โปรดแจ้งให้ฝ่ายจัดการ
วารสารทราบด้วย

**** กรุณาถ่ายสำเนาณณัติ หรือสำเนาการโอนเงิน มาที่ e-mail: r@ckr.ac.th**



สำนักงาน: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
99 หมู่ 3 ต. ลาดบัวขาว อ. บ้านโป่ง จ. ราชบุรี 70110
โทรศัพท์ 032-330479-82 โทรสาร 032-330483
Website: www.ckr.ac.th