



THE MEDICAL JOURNAL OF

MUKDAHAN HOSPITAL

วารสารการแพทย์โรงพยาบาลมุกดาหาร

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2569

Vol. 1 No. 1 January - June 2026

ISSN xxxxxxxxxx (Online)





THE MEDICAL JOURNAL OF

MUKDAHAN HOSPITAL

วารสารการแพทย์โรงพยาบาลมุกดาหาร

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2569
Vol. 1 No. 1 January - June 2026

ISSN xxxxxxxxxx (Online)





วารสารการแพทย์โรงพยาบาลมุกดาหาร
The Medical Journal of Mukdahan Hospital
ISSN (Online) :

ลิขสิทธิ์ โรงพยาบาลมุกดาหาร 24 ถนนพิทักษ์พนมเขต อำเภอเมืองมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร 49000

วัตถุประสงค์

วารสารการแพทย์โรงพยาบาลมุกดาหาร จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม และเผยแพร่ ผลงานวิจัยทางการแพทย์ นิพนธ์ต้นฉบับ บทความวิชาการ งานวิจัยทั่วไป ตลอดจนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลหรือวิทยาศาสตร์สุขภาพ แนวปฏิบัติจากงานวิจัย และบทความอื่น ๆ เพื่อเป็นช่องทางการเผยแพร่ผลงานวิชาการทางการแพทย์แก่ผู้ที่สนใจ

กำหนดการออกเผยแพร่

วารสารโรงพยาบาลมุกดาหาร กำหนดออกและตีพิมพ์เผยแพร่ ปีละ 2 ฉบับ

ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน

ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม

บทความที่พิมพ์เผยแพร่ในวารสารการแพทย์โรงพยาบาลมุกดาหารเป็นลิขสิทธิ์ของโรงพยาบาลมุกดาหาร ซึ่งวารสารนี้จัดทำและเผยแพร่บทความในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Online) ในระบบฐานข้อมูลวารสารอิเล็กทรอนิกส์กลางของประเทศไทย ThaiJO (Thai Journals Online) และเว็บไซต์โรงพยาบาลมุกดาหาร เท่านั้น

บรรณาธิการ

ที่ปรึกษา

แพทย์หญิงนภาพร เกียรติดำรง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรงพยาบาลมุกดาหาร

บรรณาธิการ

แพทย์หญิงพัชรารัตน์ ศรีดาพันธ์ รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ

กองบรรณาธิการ

แพทย์หญิงปานวาด อุธิโย	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สาขาจักษุแพทย์
นายแพทย์อลงกต สุพร	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สาขาอายุรกรรม
นางทิพากร เชาว์จันทร์กุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
	สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือด
นางสาวณัฏฐ์วศา แสนภิรมย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
	สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

นางรวิวรรณ ห้วยทราย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน
ผศ.สุทิน เสารแก้ว	คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี การพยาบาลและการผดุงครรภ์
ผศ.วรรณมน ปาพรม	มหาวิทยาลัยนครพนม วิทยาลัยพยาบาลนครพนม สาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น
นายวุฒิชัย สมกิจ	วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

เงื่อนไขและจริยธรรมในการตีพิมพ์

บทความความจะได้รับการพิจารณาแบบ Blind review หรือ การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญแบบปกปิดข้อมูล บทความจะต้องผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ (reviewer) ซึ่งผู้เชี่ยวชาญท่านนั้นจะไม่ทราบผลการพิจารณาของท่านอื่น ผู้รับผิดชอบบทความจะต้องตอบข้อสงสัยและคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญทุกประเด็น ส่งกลับให้บรรณาธิการพิจารณาอีกครั้งว่ามีความเหมาะสมในการเผยแพร่ในวารสารหรือไม่

กำหนดกฎเกณฑ์การรับบทความวารสารทางการแพทย์โรงพยาบาลมุกดาหาร

ผลงานวิชาการที่เปิดรับ ผลงานวิจัยทางการแพทย์ นิพนธ์ต้นฉบับ บทความวิชาการ งานวิจัยทั่วไป องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลหรือวิทยาศาสตร์สุขภาพ แนวปฏิบัติจากงานวิจัย และบทความอื่นๆ

การเตรียมต้นฉบับ

- การพิมพ์ ให้จัดพิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Word จัดหน้ากระดาษ A4 และเว้นระยะห่างจากขอบกระดาษบนและซ้าย 1.5 นิ้ว ขอบกระดาษล่างและขวา 1 นิ้ว ระยะห่างระหว่างหัวข้อกับเนื้อหา 1.5 บรรทัด ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 บรรทัด ใส่เลขหน้าด้านล่างบริเวณกึ่งกลางตั้งแต่หน้าแรกเรียงไปตามลำดับ
 - รูปแบบตัวอักษรภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษรแบบ TH SarabunPSK ดังนี้
 - ชื่อเรื่องใช้ตัวอักษรขนาด 18 pt. ตัวหนา
 - ชื่อผู้รับผิดชอบใช้ตัวอักษรขนาด 14 pt. ตัวปกติ ชื่อหน่วยงานที่สังกัด ชิดขอบทางด้านขวา
 - หัวข้อหลักและหัวข้อย่อยใช้ตัวอักษรขนาด 16 pt. ตัวหนา
 - เนื้อหาทุกส่วนใช้ตัวอักษรขนาด 16 pt. ตัวปกติ
 - คำสำคัญ (Keywords) ให้ครอบคลุมเนื้อหาในบทความนั้นไม่เกิน 5 คำ
 - บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษจะต้องมีความยาวไม่เกินอย่างละ 300 คำ โดยคำสะกดภาษาไทยและคำทับศัพท์ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์สำนักงานราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 สรุปเนื้อหาหลักของบทความอย่างกระชับ ครอบคลุม ตั้งแต่ความเป็นมา วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีศึกษา ผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ
-

4. ตาราง รูปภาพ ลายเส้น และแผนภูมิ ให้ผู้นิพนธ์บทความคัดเลือกเฉพาะที่จำเป็น และมีการกล่าวถึงเท่านั้น สกุลไฟล์เป็นรูปแบบ JPEG ภาพประกอบที่นำมาใช้จะต้องไม่ละเมิดลิขสิทธิ์ และคัดลอกผลงานของผู้อื่น ภาพจะต้องมีความคมชัดแสดงถึงรายละเอียดต่าง ๆ อย่างครบถ้วน เรียงลำดับให้สอดคล้องกับเนื้อเรื่อง ชื่อตารางให้อยู่ด้านบนของตาราง ส่วนชื่อรูปภาพ แผนภูมิ และกราฟให้อยู่ด้านล่าง พร้อมทั้งคำอธิบายสั้น ๆ ที่สื่อความหมายได้สาระครบถ้วน

5. รูปแบบการอ้างอิงบรรณานุกรม ใช้การอ้างอิงแบบ Vancouver style

6. ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์หรือในสัตว์ทดลอง และรายงานผู้ป่วยต้องระบุให้ชัดเจนในส่วนวิธีการว่าได้ผ่านความเห็นชอบโดยคณะกรรมการประจำสถาบันวิจัยนั้น ๆ และมีหลักฐานชัดเจนให้พิจารณา

7. บทความความจะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น หากตรวจสอบพบว่าการคัดลอกละเมิดลิขสิทธิ์ผู้อื่น ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์แต่เพียงผู้เดียว

บรรณาธิการแถลง

วารสารการแพทย์โรงพยาบาลมุกดาหาร ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 พุทธศักราช 2569 ฉบับนี้ถือเป็นฉบับปฐมฤกษ์ของโรงพยาบาลมุกดาหาร เป็นก้าวแรกของความมุ่งมั่นในการสร้างพื้นที่ทางวิชาการสำหรับเผยแพร่ความรู้ทางด้านการแพทย์ การพยาบาล และสาธารณสุข ในยุคที่องค์ความรู้ทางการแพทย์มีการเปลี่ยนแปลงและมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว วารสารฉบับนี้จึงถูกจัดทำขึ้นด้วยความมุ่งมั่น เพื่อเป็นพื้นที่ในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการที่มีคุณค่าอันจะนำไปสู่การพัฒนาความรู้และการประยุกต์ใช้ในอนาคต

ในโอกาสนี้ กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารฉบับนี้จะเป็นจุดเริ่มต้นของการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ทางวิชาการอย่างสร้างสรรค์พร้อมทั้งเป็นแหล่งอ้างอิงทางวิชาการที่น่าเชื่อถือ เป็นประโยชน์ต่อผู้อ่าน และได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในอนาคต

แพทย์หญิงพัชรารัตน์ ศรีดาพันธ์

บรรณาธิการวารสารการแพทย์โรงพยาบาลมุกดาหาร

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด Phlebitis ในทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร	1
ณัฐชานันท์ ผิวเรืองนนท์, เพชรสมร มีธรรม, ศิริลักษณ์ มิระสิงห์	

ผลการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการให้นมมารดาในทารกแรกเกิดระยะวิกฤต โรงพยาบาลมุกดาหาร	15
สาณินันท์ ตรีเพ็ชร์, เอื่องอ้อย วรรณมาศ, เพชรสมร มีธรรม	

ผลของการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรม สุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลมุกดาหาร	30
ขวัญฤดี สาธูภาค, เพชรสมร มีธรรม	

ผลการพัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร	44
ศิริลักษณ์ มิระสิงห์, เพชรสมร มีธรรม, ณัฐชานันท์ ผิวเรืองนนท์	

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคไขสันหลังอักเสบจากแอนติบอดีต่อไมอีลินโอลิโกเดนโดรไซต์ไกลโคโปรตีน : กรณีศึกษา แพทย์หญิงภัคจิรา ธรรมเจียรกุล, นายแพทย์อนุวรรตน์ บุญส่ง	59
---	----

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในถุงดีที่มีโรคร่วม : กรณีศึกษา 2 ราย	69
จินตนา นิมพิศุทธิ์	

การพยาบาลผู้ป่วยสงสัยวัณโรคปอดที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อร่วมกับภาวะการหายใจ ล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลมุกดาหาร : กรณีศึกษา 2 ราย	91
สุรางค์วดี ตั้งดำรงวัฒน์	

เรื่องเล่าคุณภาพ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	114
วนิดา จันนวงค์ และเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยพิเศษ	

ภัยเงียบหลังเกษียณ Stroke	115
วนิดา จันนวงค์	

ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด Phlebitis ในทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร

ณัฐชานันท์ ผิวเรืองนนท์¹

เพชรสมร มีธรรม²

ศิริลักษณ์ มิระสิงห์³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด Phlebitis โรงพยาบาลมุกดาหาร 2) เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิด Phlebitis หลังการใช้แนวพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด Phlebitis ในทารกแรกเกิดป่วย 3) เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด Phlebitis ในทารกแรกเกิดป่วย

วิธีการวิจัย : เป็นการวิจัยและพัฒนา คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 7 คน ระหว่างเดือนมีนาคม 2568 ถึง มกราคม 2569 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปทารก แบบประเมินความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล วิเคราะห์ ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Mann - Whitney U test

ผลการวิจัย : พบว่าความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิด Phlebitis ส่วนใหญ่อยู่ในระดับง่ายมาก ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าอยู่ระดับมากทั้งโดยรวมและรายด้าน ผลลัพธ์ด้านทารก พบว่าระดับความรุนแรง Phlebitis หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30) ระดับความรุนแรงของ Phlebitis ในกลุ่มทดลองมีระดับความรุนแรงของ Phlebitis ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($U = 210.00, Z = -4.32, p < .001$)

สรุป : สามารถอธิบายได้ว่าหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด Phlebitis ในทารกแรกเกิดป่วยที่พัฒนาขึ้น กลุ่มทดลองมีระดับความรุนแรงของการเกิด Phlebitis ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

คำสำคัญ : Phlebitis, ทารกแรกเกิด

¹ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร

² หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร

³ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร

วันรับบทความ
23 ธันวาคม 2568

แก้ไขบทความ
8 มีนาคม 2569

ตอบรับตีพิมพ์
16 มีนาคม 2569

Outcome of the development of practice Guideline for Preventing Phlebitis In Sick Neonates, Mukdahan Hospital

Nutchanant Phewruangnont

Petchsamorn Meetham

Sirilak Mirasing

Abstract

Objectives: This developmental research aimed to (1) examine the incidence of Phlebitis after implementing the developed nursing practice guideline for Phlebitis prevention among hospitalized sick neonates at Mukdahan Hospital; (2) develop a nursing practice guideline for the prevention of Phlebitis in sick neonates admitted to the neonatal unit; and (3) evaluate the level of satisfaction of professional nurses regarding the application of the developed guideline.

Methods: The study was conducted from March 2025 to January 2026. The samples consisted of 60 sick neonates selected through purposive sampling and equally assigned to an experimental group (n = 30) and a control group (n = 30), along with seven professional nurses participating in the evaluation phase. Research instruments included a general infant information form, a competency assessment form for professional nurses regarding the use of the guideline, and a nurse satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics frequency, percentage, mean, and standard deviation—and the Mann-Whitney U test.

Results: Professional nurses demonstrated a high level of competency in applying the developed nursing practice guideline, while their overall and domain-specific satisfaction levels were rated as high. Regarding neonatal outcomes, the severity of Phlebitis in the experimental group was significantly lower than in the control group ($U = 210.00$, $Z = -4.32$, $p < .001$).

Conclusions: The findings indicate that the application of the developed nursing practice guideline effectively reduced the severity of Phlebitis among sick neonates, demonstrating its potential as a practical and beneficial approach for clinical use.

Keywords: Phlebitis, Neonates

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะเจ็บป่วยนั้นเป็นความท้าทายอย่างยิ่งสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลผู้ซึ่งต้องให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างใกล้ชิด การเกิดภาวะ Phlebitis หรือการอักเสบของหลอดเลือดดำจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในทารกแรกเกิดป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ¹ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อทารกต้องได้รับการรักษาด้วยการให้สารน้ำผ่านหลอดเลือดดำส่วนปลาย (Peripheral Intravenous Catheter: PIV) เป็นระยะเวลานาน ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา เช่น ความเจ็บปวด การติดเชื้อ การเสียหายของเนื้อเยื่อ ส่งผลให้ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลนานขึ้น

ในประเทศไทย จากรายงานของชมรมพยาบาลผู้ให้สารน้ำแห่งประเทศไทย พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยผู้ใหญ่และเด็ก ร้อยละ 2.7-6.7^{3,4} ซึ่งอัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบค่อนข้างสูงกว่ามาตรฐานของชมรมพยาบาลผู้ให้สารน้ำ ที่กำหนดอัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบควรต่ำกว่าร้อยละ 5.2⁴ และพบมีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลาย ได้แก่ การส่งเสริมการปฏิบัติของพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการจัดการสายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลาย การให้ความรู้ การจัดทำคู่มือ การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ การสร้างตัวแบบ การนิเทศติดตามการปฏิบัติ การเตือน การใช้สติ๊กเกอร์สีกำหนดวันเปลี่ยนชุดให้สารน้ำ การจัดระบบการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การให้ข้อมูลย้อนกลับ การสร้างบรรยากาศและวัฒนธรรมองค์กร สนับสนุนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ใหญ่ ยังไม่พบมีการศึกษาในทารกแรกเกิด ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบเกิดจากการอักเสบของผนังหลอดเลือดดำ ขณะที่ผู้ป่วย ได้รับสารน้ำผ่านทางเข็มโดยมีเข็มพลาสติกอยู่ภายในหลอดเลือดตลอดเวลาที่ให้สารน้ำ หรือเกิดภายหลังถอดเข็มให้สารน้ำ 48 ชั่วโมง ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบเกิดได้หลายปัจจัย ได้แก่ 1) ผนังหลอดเลือดอักเสบจากการใช้วัสดุ 2) หลอดเลือดดำอักเสบจากยาและสารน้ำ ยาบางชนิดทำให้หลอดเลือดดำอักเสบ เช่น ยาฆ่าเชื้อ สารอาหารหรือสารน้ำที่มีความเข้มข้นสูง และ 3) หลอดเลือดดำอักเสบจากการติดเชื้อซึ่ง พบน้อยที่สุด เกิดจากการไม่ใช้หลักปลอดเชื้อและการทำความสะอาดผิวหนังไม่เพียงพอ⁴ อาการของหลอดเลือดดำอักเสบที่พบคือ ผิวหนังบริเวณรอบตำแหน่งเข็มที่ให้สารน้ำมีลักษณะ บวม แดง หรือซีด ตามแนวลำหลอดเลือด ซึ่งส่งผลให้เกิดความเจ็บปวด หากมีภาวะหลอดเลือดดำอักเสบเกิดขึ้น จะไม่สามารถให้สารน้ำหรือยาได้ เนื่องจากผนังของหลอดเลือดต้องใช้ระยะเวลาในการหายจากภาวะการอักเสบประมาณ 3 สัปดาห์ ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล อาจทำให้การรักษาต้องใช้ระยะเวลายาวนาน จำนวนวันนอนโรงพยาบาลนานขึ้น มีค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลต่อครอบครัวทารกแรกเกิดทั้งด้านสภาพจิตใจของบิดา มารดา ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร ด้านสภาพเศรษฐกิจเรื่องค่าใช้จ่าย และนอกจากนี้ยังเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกแรกเกิดเสียชีวิต ซึ่งการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบถือเป็นความเสี่ยงทางคลินิกที่พยาบาลสามารถป้องกันได้

หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยโรงพยาบาลมุกดาหาร ดูแลทารกป่วยตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 1 เดือน ร้อยละ 85 ของทารกได้รับสารน้ำ สารอาหารและยาทางหลอดเลือดดำ จากสถิติในปี 2565-2567 พบอุบัติการณ์การเกิด Phlebitis ที่มีความรุนแรงระดับ 2 ร้อยละ 2.31, 1.98 และ 2.09 ความรุนแรงระดับ 3 ร้อยละ 0.12, 0.05 และ 0.07 ตามลำดับ² ซึ่งตำแหน่งคือบริเวณข้อมือด้านใน ข้อพับแขน ข้อเท้าขาส่วนล่าง ข้อเท้าขาด้าน

ใน และหลังเท้า ซึ่งแนวปฏิบัติเดิมที่มีใช้ปฏิบัติยังส่งผลกระทบให้เกิดอุบัติการณ์ของ Phlebitis รวมถึงส่งผลกระทบคือ ทารกต้องได้รับการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น วันนอนในโรงพยาบาลมากขึ้น เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น

ดังนั้นการพัฒนาแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานและเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน จึงจะทำให้ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด Phlebitis ในทารกแรกเกิดที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์การเกิด Phlebitis ในทารกแรกเกิด อีกทั้งยังช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดตามมา เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด การเกิดลิ่มเลือดอุดตัน และการบาดเจ็บของผิวหนัง จะส่งผลดีต่อสุขภาวะทางกายและจิตใจของทารกแรกเกิด รวมถึงช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของทารกแรกเกิด และเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และระบบสุขภาพโดยรวม นอกจากนี้ผลการศึกษายังสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยเด็กอายุอื่นๆ ที่มีความจำเป็นต้องใส่สายสวนหลอดเลือดดำได้อย่างกว้างขวาง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด Phlebitis ในทารกแรกเกิดป่วย
2. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิด Phlebitis หลังการใช้แนวพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด Phlebitis ในทารกแรกเกิดป่วย
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด Phlebitis ในทารกแรกเกิดป่วย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพ PDCA เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาล และใช้การออกแบบแบบกึ่งทดลอง (Two-group quasi-experimental design) ในการเปรียบเทียบกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ กับ กลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ

ประชากร

พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลทารกแรกเกิดป่วยที่ได้รับสารน้ำสารอาหารทางหลอดเลือดดำ ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร และทารกแรกเกิดป่วยที่ได้รับสารน้ำสารอาหารทางหลอดเลือดดำ ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร ดำเนินการศึกษาช่วงเดือนมีนาคม 2568-มกราคม 2569

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วย G*Power จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันที่ใช้ G*Power ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้ Effect size (d) = 0.8, α = 0.05, Power ($1-\beta$) = 0.9 ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ได้ คือ 25 ราย/กลุ่ม ทั้งนี้มีการเผื่อจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 20% เพื่อป้องกันการสูญหายซึ่งจะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างประมาณ 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มๆละ 30 ราย รวมทั้งหมด 60 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี purposive sampling เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณลักษณะที่ผู้วิจัยกำหนด ซึ่งในงานวิจัยมีการกำหนดเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกได้ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

- ทารกแรกเกิดป่วยที่ต้องคาสายสวนหลอดเลือดดำ ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ได้รับยา/สารอาหารเข้มข้นทางหลอดเลือดดำ
- มารดาหรือผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

- ทารกที่เสียชีวิตระหว่างทำการวิจัย หรืออาการทรุดลงต้องย้ายไป NICU
- มารดาหรือผู้ปกครองไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หรือถอนตัวขณะร่วมการวิจัย

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) เพื่อพัฒนาคุณภาพของการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิด Phlebitis ในทารกแรกเกิดป่วยโรงพยาบาลมุกดาหาร ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีประยุกต์ใช้ทฤษฎี PDCA ในงานวิจัย โดยอ้างอิงจากงานวิจัยและบทความวิชาการที่เกี่ยวข้อง วงจร PDCA หรือวงจรเดมมิง เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่ได้รับการยอมรับในวงการสุขภาพ โดยมีขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Plan)

1. ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ
 - สรรวจอุบัติเหตุการเกิด Phlebitis ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด
 - สัมภาษณ์พยาบาลผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการป้องกัน Phlebitis
 - ทบทวนแนวปฏิบัติเดิมที่ใช้อยู่ในหน่วยงาน
2. ทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์
 - ศึกษาแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานสากล
 - ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน Phlebitis ในทารกแรกเกิด
 - วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์
3. ร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล
 - จัดทำร่างแนวปฏิบัติโดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์
 - กำหนดเกณฑ์การประเมินและการบันทึกผล
 - จัดทำแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทาง

ระยะที่ 2 การดำเนินการ (Do)

1. ตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ
 - ส่งร่างแนวปฏิบัติให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านตรวจสอบ
 - ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ
2. เตรียมความพร้อมบุคลากร
 - จัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน
 - สาธิตและฝึกปฏิบัติตามแนวทางใหม่
 - จัดทำคู่มือและสื่อการสอนประกอบ

3. ทดลองใช้แนวปฏิบัติ

- นำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วย จำนวน 30 ราย
- ระยะเวลาทดลอง 3 เดือน
- มีพยาบาลพี่เลี้ยงคอยให้คำแนะนำ

ระยะที่ 3 การตรวจสอบ (Check)

1. ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ

- ประเมินอัตราการเกิด Phlebitis
- ประเมินความถูกต้องในการปฏิบัติตามแนวทาง
- ประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน

2. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

- เปรียบเทียบอัตราการเกิด Phlebitis กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่กับกลุ่มใช้แนวปฏิบัติเดิม
- วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ
- รวบรวมข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติงาน

ระยะที่ 4 การปรับปรุง (Act)

1. ปรับปรุงแนวปฏิบัติ

- วิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนของแนวปฏิบัติ
- ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติ
- จัดทำแนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์

2. จัดทำมาตรฐานและเผยแพร่

- กำหนดเป็นมาตรฐานการปฏิบัติของหน่วยงาน
- จัดทำคู่มือฉบับสมบูรณ์
- เผยแพร่แนวปฏิบัติสู่หน่วยงานอื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

- เพศ
- อายุปัจจุบัน (วัน)
- อายุครรภ์เมื่อแรกเกิด (สัปดาห์)
- น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)
- โรคประจำตัว/ภาวะแทรกซ้อน
- การวินิจฉัยโรคเมื่อแรกรับ

2. แบบประเมินความสามารถการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ

- การเลือกขนาดเข็มที่เหมาะสมกับเส้นเลือด
- การเลือกบริเวณตำแหน่งที่จะแทงเข็ม โดยเลือกเส้นที่ปลอดภัย
- การเตรียมผิวหนังให้สะอาดก่อนแทงเข็ม

- การตรึงสายให้อยู่กับที่ด้วยวิธีปลอดภัย
 - การติดพลาสติกบริเวณที่แทงเข็มด้วยวิธีที่ปลอดภัยและสามารถตรวจได้ง่าย
 - การเปลี่ยนถุงมือทุกครั้งที่แทงเข็ม
 - การบันทึกวันเวลาที่ใส่ พร้อมลงชื่อผู้ใส่
 - การตรวจและบันทึกลักษณะของเส้นเลือดและผิวหนังรอบๆ ทุก 2 ชั่วโมงในทารกที่ได้สารน้ำทั่วไป
- ส่วนทารกที่ได้รับสารอาหารที่มีความเข้มข้นตรวจและบันทึกลักษณะของเส้นเลือดและผิวหนังรอบๆ ทุก 1 ชั่วโมงและทุกครั้งที่ทำกิจกรรมกับทารก

- การปรับเวลาในการใช้บริเวณแทงเส้นตามชนิดของสารน้ำ ยา สารอาหารทางหลอดเลือดดำ
- พิจารณาผูกยึดแขน ขา ด้วยวิธีที่ปลอดภัยที่ปรับขึ้นใหม่ เพื่อความปลอดภัยของการหลุดของเข็มที่แทงเส้น

3. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ (5 ระดับ)

- ความสะดวกในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ
- ความรวดเร็วในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ
- ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติฯไปใช้จริง
- ความเชื่อมั่นว่าแนวปฏิบัติฯ จะช่วยป้องกันการเกิด Phlebitis ได้
- ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติฯ โดยรวม

การรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งระยะ

ระยะที่ 1 ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติ

- การทบทวนวรรณกรรม รวม 18 เรื่อง (1a =8, 2a=10)
- การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ
- การพัฒนาร่างแนวปฏิบัติ
- การตรวจสอบโดย ผู้เชี่ยวชาญ

ระยะที่ 2 ระยะการนำไปใช้และประเมินผล

- การอบรมบุคลากร
- การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้
- การประเมินผล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย กุมารแพทย์จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพการพยาบาลเฉพาะทางการผดุงครรภ์ จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤต จำนวน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพการพยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด จำนวน 1 คน เป็นผู้พิจารณาดังนี้

1.1 แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิด Phlebitis ในทารกแรกเกิดป่วย ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.98

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2. แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ 3. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน แล้วนำผลการพิจารณาและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาแก้ไขให้ถูกต้องเหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.96, 0.98 และ 0.98

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและปรับปรุงแก้ไขแล้ว ผู้วิจัยนำ 1) แบบประเมินความเสี่ยงการเกิด Phlebitis 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 3) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ 4) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างทั้งพยาบาลวิชาชีพและทารกแรกเกิดป่วยที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ ดังนี้

2.1 แบบประเมินความสามารถการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพจำนวน 7 คน นำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.97

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ ไปใช้ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพจำนวน 7 คน นำมาหาความเชื่อมั่น โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.96

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมุกดาหาร เลขที่ MEC 29/68 วันที่รับรอง 26 กุมภาพันธ์ 2568 วันหมดอายุวันที่รับรอง 25 กุมภาพันธ์ 2569 โดยผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มในการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มของบุคลากร 2) กลุ่มของบิดา/ มารดาทารกแรกเกิดป่วย และ 3) กลุ่มของหน่วยงานเพื่อขอข้อมูลของทารกแรกเกิดป่วย ซึ่งคณะผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยดำเนินการขอความยินยอมแก่กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพ และบิดาหรือมารดาของทารกแรกเกิดป่วย และลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งต่อการปฏิบัติงานและการรักษาโรค ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบของการสรุปผลการวิจัยเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ไปใช้เพื่อป้องกันการเกิด Phlebitis ในทารกแรกเกิดป่วย วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าร้อยละ
2. ข้อมูลทารกและผลลัพธ์การดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนด วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test
3. ความพึงพอใจจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นทารกเพศหญิงร้อยละ 56.7 กลุ่มควบคุมเป็นทารกเพศชาย ร้อยละ 53.3 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ 2.5 – 4.0 กิโลกรัม ร้อยละ 86.7 และ 80.0 ตามลำดับ อายุครรภ์มารดาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ครบกำหนดคลอด 37-40 สัปดาห์ ร้อยละ 83.3 และร้อยละ 93.3

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตำแหน่งหลังมือซ้าย ร้อยละ 56.7 และ 66.7 รองลงมาคือตำแหน่งหลังมือขวา ร้อยละ 36.7 และ 20.0 ตามลำดับ โดยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 36.7 และ 20.0 และได้รับยา Ampicillin และ Gentamicin ทางหลอดเลือดดำ ร้อยละ 63.3 และ 80.0 สารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำส่วนใหญ่ที่ทั้งสองกลุ่มได้รับ คือ 10%D/W ร้อยละ 76.7 จำนวนวันที่ให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มากที่สุดอยู่ในช่วง 2-3 วัน ร้อยละ 73.3 และ 86.7 ตามลำดับ ซึ่งวันที่เกิดภาวะ Phlebitis หลังจากให้สารน้ำและยาทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเกิดในช่วงวันที่ 2-3 ร้อยละ 46.7 และ 56.7 โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเกิดภาวะ Phlebitis ระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรุนแรงของการเกิดระดับ 0-1 ร้อยละ 93.3 และ 40.0 มีระดับความรุนแรงของการเกิดระดับ 2-3 ร้อยละ 6.7 และ 60.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

เปรียบเทียบระดับความรุนแรง Phlebitis หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าระดับความรุนแรงของ Phlebitis ในกลุ่มทดลองมีระดับความรุนแรงของ Phlebitis ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($U = 210.00$, $Z = -4.32$, $p < .001$) (ตารางที่ 2)

ผลประเมินความสามารถการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ พบว่าความสามารถการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ในภาพรวมมีความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ในระดับง่ายมาก มีเพียงการเลือกบริเวณตำแหน่งที่จะแทงเข็ม โดยเลือกเส้นที่ปลอดภัย ตาม Model และการพิจารณาผูกยึดแขน ขา ด้วยวิธีที่ปลอดภัยที่ปรับขึ้นใหม่ เพื่อความปลอดภัยของการหลุดของเข็ม ในระดับง่าย (ตารางที่ 3)

ผลประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ในภาพรวมมีความพึงพอใจมากที่สุด (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1. จำนวน ร้อยละ ของระดับการเกิด Phlebitis กลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30)

ระดับการเกิด Phlebitis	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับ 0-1	28	93.3	12	40.0
ระดับ 2-3	2	6.7	18	60.0

ตารางที่ 2. เปรียบเทียบระดับความรุนแรง Phlebitis หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง(n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30)

	n	Mean Rank	Sum of Rank	Mann-Whitney U	Z	p-value
กลุ่มทดลอง	30	22.00	660.00	210.00	-4.32	< 0.001*
กลุ่มควบคุม	30	39.00	117.00	-	-	-
รวม	60	-	-	-	-	-

* p-value < .05

ตารางที่ 3 ผลประเมินความสามารถการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ (n = 7)

ตามแนวปฏิบัติฯ	ร้อยละความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติไปใช้				
	ยากมาก	ยาก	ปานกลาง	ง่าย	ง่ายมาก
การเลือกขนาดเข็มที่เหมาะสมกับเส้นเลือด					100
การเลือกบริเวณตำแหน่งที่จะแทงเข็ม โดยเลือกเส้นที่ปลอดภัยตามModel			42.9	57.1	
การเตรียมผิวหนังให้สะอาดก่อนแทงเข็ม					100
การตรึงสายให้อยู่กับที่ด้วยวิธีปลอดภัย โดยใช้วัสดุที่พัฒนาขึ้น					100
การติดพลาสติกบริเวณที่แทงเข็มด้วยวิธีที่ปลอดภัยและสามารถตรวจได้ง่าย					100
การเปลี่ยนถุงมือทุกครั้งที่แทงเข็ม					100
การบันทึกวันเวลาที่ใส่ พร้อมลงชื่อผู้ใส่					100
การตรวจและบันทึกลักษณะของเส้นเลือดและผิวหนังรอบๆ ทุก2 ชั่วโมงและทุกครั้งที่ทำกิจกรรมกับทารก					100
การปรับเวลาในการเช็คบริเวณแทงเส้นตามชนิดของสารน้ำ คือ สารน้ำทั่วไปปรับเวลาทุก2 ชั่วโมง สารอาหารทางหลอดเลือดดำปรับเวลาทุก 1 ชั่วโมง				100	
การพิจารณาผูกยึดแขน ขา ด้วยวิธีที่ปลอดภัยที่ปรับขึ้นใหม่ เพื่อความปลอดภัยของการหลุดของเข็ม			28.6	71.4	

ตารางที่ 4. จำนวนและร้อยละความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (N=7)

ความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ
ความสะดวกในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ระดับมากที่สุด (คะแนน 5)	7	100
ความรวดเร็วในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ระดับมากที่สุด (คะแนน 5)	3	42.9
ระดับปานกลาง (คะแนน 3)	4	57.1
ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริง ระดับมากที่สุด (คะแนน 5)	7	100
ความเชื่อมั่นว่าแนวปฏิบัติ จะช่วยป้องกันการเกิด Phlebitis ได้ ระดับมากที่สุด (คะแนน 5)	7	100
ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ โดยรวม ระดับมากที่สุด (คะแนน 5)	7	100

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรง Phlebitis หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30) พบว่า ระดับความรุนแรงของ Phlebitis ในกลุ่มทดลองมีระดับความรุนแรงของ Phlebitis ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($U = 210.00, Z = -4.32, p < .001$) สามารถอธิบายได้ว่า หลังการแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด Phlebitis ในทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหารที่พัฒนาขึ้นกลุ่มทดลองมีระดับความรุนแรงของการเกิด Phlebitis ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด Phlebitis ในทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร ส่งผลทำให้ระดับความรุนแรงของการเกิด Phlebitis น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างเห็นได้ชัด โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับความรุนแรงการเกิด Phlebitis ในระดับความรุนแรง ระดับ 0-1 ร้อยละ 93.3 และ 40.0 มีระดับความรุนแรงของการเกิดระดับ 2-3 ร้อยละ 6.7 และ 60.0 ตามลำดับ อันเนื่องมาจากการให้สารน้ำ ยาทางหลอดเลือดดำ และสารอาหารทางหลอดเลือดดำของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ต้องมีการแทงเข็มเข้าสู่หลอดเลือด และค้างเข็มไว้ในหลอดเลือดเป็นเวลานาน ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีระยะเวลาการค้างเข็มไว้ในหลอดเลือดดำที่เท่ากัน คือ 2-3 วัน ร้อยละ 73.3 และ 86.7 ตามลำดับ ซึ่งถือว่าการค้างเข็มไว้นานจึงมีความเสี่ยงที่เข็มจะกระทบกับผนังหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดบาดเจ็บ ระคายเคือง และเกิดการอักเสบ และทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบหลังจากมีการให้สารน้ำ ยา เกิดในช่วงวันที่ 2-3 ร้อยละ 46.7 และ 56.7

ซึ่งจากการศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิด Phlebitis มีหลายปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านเทคนิค (Mechanical Related Phlebitis) คุณสมบัติการเลือกใช้วัสดุตัวเข็ม ขนาด (Catheter size) ควรใช้เข็มที่มีขนาดเล็ก เนื่องจากเข็มที่มีขนาดใหญ่จะทำให้เนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บได้มากกว่าวัสดุที่ใช้

ควรเลือกใช้เข็มที่ทำจาก Polyurethane ซึ่งจะมีลักษณะความอ่อนนุ่มเพื่อลดการเสียดสีต่อผนังหลอดเลือด และคุณสมบัติของเข็มมีความต้านทานต่อเชื้อโรค ดีกว่าเข็มที่ทำจาก Polytetrafluoroethylene มีรายงานวิจัยเกี่ยวกับการเลือกใช้เข็มชนิด Polyurethane ทำให้มีอุบัติการณ์หลอดเลือดดำอักเสบน้อยกว่าเข็มชนิด Polytetrafluoroethylene ประมาณครึ่งหนึ่ง ตำแหน่งการแทงเข็มและขนาดของหลอดเลือด มีผลต่อการเกิด Phlebitis ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการแทงเข็มหลังมือซ้าย ร้อยละ 57.6 และ 66.7 รองลงมาคือหลังมือขวา ร้อยละ 36.7 และ 20.0 ตามลำดับ ซึ่งจะเริ่มแทงจากหลังมือและแทงขึ้นไปทางส่วนบนของแขน หลีกเลี่ยงการแทงเข็มบริเวณที่มีการเคลื่อนไหวของข้อ เช่น ข้อมือ ข้อพับบริเวณ ข้อศอก เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเกิด Phlebitis ทางเทคนิคกลไก (Mechanical Phlebitis) และเกิดสารละลายหรือยาแทรกซึมอยู่ในเนื้อเยื่อ (Infiltration) การเลือกใช้วัสดุปิดเข็มกับผิวหนังด้วยวิธีปราศจากเชื้อบริเวณที่แทงเข็มจะช่วยป้องกันไม่ให้เชื้อโรคเข้าสู่กระแสเลือดได้ ควรใช้ Transparent Semipermeable Membrane (TSM) ได้แก่ Tegaderm ขนาด 4x4 เซนติเมตร ปิดบริเวณเข็มกับข้อต่อ (Hup) และบริเวณรอยต่อของหลอดเลือดเข็มกับผิวหนังผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด 2) ปัจจัยด้านคุณสมบัติทางเคมี (Chemical Related Phlebitis) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิด Phlebitis ได้แก่ ชนิดของสารน้ำที่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ได้รับ 10%D/W ร้อยละ 76.70 ซึ่งมีความเข้มข้น (Osmolality) 505 mOsm/L ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิด Phlebitis ในระดับปานกลาง^{4,6} การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด Hypertonic (Osmolality > 600 mOsm/L) จะทำให้ผนังหลอดเลือดดำชั้นในสุดบอบช้ำ โดยเฉพาะถ้า ได้รับสารละลายในอัตราที่เร็วผ่านทางหลอดเลือดขนาดเล็ก นอกจากนี้การได้รับยาปฏิชีวนะ ยาเหล่านี้อาจจะคายเคืองต่อหลอดเลือดดำ โดยยาปฏิชีวนะที่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับ คือ Ampicillin และ Gentamicin ร้อยละ 63.3 และ 80.0 นอกจากนี้ความเสี่ยงของการเกิด Phlebitis จากชนิดของสารน้ำที่มีความเป็น กรด-ด่าง (pH) และความเข้มข้น (Osmolality) และสารละลาย Isotonic อาจกลายเป็นสารละลาย Hypertonic เมื่อผสมยาบางชนิด เช่น กลีโอส แร่ ยา ปฏิชีวนะ และสารอาหาร แม้กระทั่งการผสมยาที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดการไม่เข้ากัน เกิดการตกตะกอน เป็นการเพิ่มความเสี่ยงของการเกิด Phlebitis 3) ปัจจัยด้านการติดเชื้อแบคทีเรีย (Bacterial Related Phlebitis) ส่งผลทำให้เกิดแบคทีเรียเข้าสู่กระแสเลือด เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งอาจเกิดได้จากการปนเปื้อนของสารน้ำ ชุดให้สารน้ำ เข็มที่คาไว้นาน การอักเสบของหลอดเลือดบริเวณที่แทงเข็ม จากการไม่ล้างมือ ไม่ใช้เทคนิคปลอดเชื้อ ซึ่งในกลุ่มทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด Phlebitis ในทารกแรกเกิดป่วย ร้อยละ 100 จึงไม่เกิดภาวะการติดเชื้อแบคทีเรียเข้าสู่กระแสเลือด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Danski และคณะ ที่ศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนเฉพาะที่และปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนปลายในทารกแรกเกิด พบว่า ร้อยละ 63.15 มีภาวะแทรกซ้อนเป็นการซึมและรั่วไหลของสารน้ำ ร้อยละ 69.98 มีภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ และร้อยละ 17.84 มีการอุดตัน ส่วนปัจจัยเสี่ยงพบว่า การติดเชื้อ น้ำหนัктารก ยา ชนิดของสารน้ำ การผสมสารละลาย การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ การให้เลือด ซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิด Phlebitis ภาวะแทรกซ้อนภายใน 48 ชั่วโมงหลังการใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

ดังนั้นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด Phlebitis ในทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร สามารถทำให้เกิดประสิทธิผลในการเปลี่ยนแปลงระดับความรุนแรงของการเกิด Phlebitis ได้ เนื่องจากแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด Phlebitis ในทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร ที่พัฒนาขึ้น มีพื้นฐานมาจากการศึกษา ทบทวนวรรณกรรม การเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล งานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถเชื่อถือได้ และผู้วิจัยได้พัฒนาปรับปรุง ให้มีความเหมาะสมกับทารกที่เข้ามารับบริการในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร นำมาเป็นฐานในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด Phlebitis ในทารกแรกเกิดป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยของปาจริย์ ศักดิ์วัลลภ⁷ เรื่องผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบ จากการได้รับยานอร์อิพิเนเฟริน กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติชุดเดิมกับกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นมีระดับความรุนแรงหลอดเลือดดำอักเสบน้อยกว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) และประเมินความสามารถการนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ในการเฝ้าระวังยาที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ ทางการพยาบาลที่ดีและเพิ่มคุณภาพของพยาบาล ในส่วนของหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร นำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้จะช่วยในการประเมิน ป้องกัน และลดระดับความรุนแรงของการเกิด Phlebitis ในทารกแรกเกิดป่วย ที่มารับบริการ ช่วยป้องกันความเจ็บปวดจาก Phlebitis ในทารกแรกเกิดป่วย ทารกแรกเกิดได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย มีมาตรฐาน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจาก Phlebitis ในทารกแรกเกิดป่วย บิดามารดาพึงพอใจกับการดูแลและบริการ ซึ่งเป็นไปตามบริบทของสถาบันได้

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

สามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด Phlebitis ในทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร มาใช้ในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับสารน้ำ สารอาหาร ยา เลือดและส่วนประกอบของเลือด เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของการเกิด Phlebitis ได้

ด้านการศึกษา

นำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด Phlebitis ในทารกแรกเกิดป่วย มาสอน และให้ความรู้แก่นักศึกษาพยาบาล พยาบาลจบใหม่ในการดูแลและเป็นตัวอย่างในการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการออกแบบการปฏิบัติพยาบาล

ด้านการวิจัย

ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด Phlebitis ในทารกแรกเกิดป่วย มาปรับใช้ในหน่วยงานที่ดูแลทารกที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เนื่องจากแต่ละที่อาจมีอุปกรณ์ และปัจจัยที่เอื้ออำนวยแตกต่างกัน และการศึกษาผลลัพธ์ของ แนวปฏิบัติฯ ควรมีการปรับปรุงแนวปฏิบัติฯ ทุก 1-2 ปี เพื่อให้สอดคล้องกับการศึกษาใหม่ๆ เนื่องจากในแต่ละปีมีการพัฒนาผลิตภัณฑ์ชนิดใหม่ที่เหมาะสมกับทารกมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. วิลาวรรณย์ ปิยะมโนธรรม, วงกต ผู้ซื้อตรง, ศศิธร เทียนทอง, มงคล ขำสวัสดิ์. การลดการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการแทงเข็มผิวหนังบริเวณแขนในผู้ป่วยเด็กห่อผู้ป่วยกุมารเวชกรรม. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและการกีฬา 2564;6(1):33-43.
 2. งานเวชสถิติ โรงพยาบาลมุกดาหาร. สถิติอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย, 2567.
 3. ชมรมเครือข่ายพยาบาลผู้ให้สารน้ำแห่งประเทศไทย. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก:
<https://thaiivnetwork-innt.org/เอกสารภาคผนวก-แนวทางกา/>
 4. วิลวลย์ วโรฬาร. หลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยเด็กการป้องกันและการดูแล. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2560; 28(1):16-26.
 5. Macklin D. Phlebitis: A painful complication of peripheral V catheterization that maybe prevent. American Journal of Nursing 2003; 103(2):55-60.
 6. Tagalakis V, KahnSR, Libman M, Blostein M. The epidemiology of peripheral vein infusion thrombophlebitis: A critical review. The American Journal of Medicine 2002;113(2):146-151.
 7. ปาจริย์ ศักดิ์วาทีสกุล, อุษณีย์ ศิริวงศ์พรหม. ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบจากการได้รับ ยานอร์อีพีนเฟริน. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน 2562;25(2):92-108.
 8. Danski MTR, Oliveira GLR, Pedrolo E, Vayego SA, Lind J. Incidence of local complications and risk factors associated with peripheral intravenous catheter in neonates. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2016;50(1):22-28.
doi:10.1590/S0080-623420160000100003
-

ผลการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการให้นมมารดาในทารกแรกเกิดระยะวิกฤต โรงพยาบาลมุกดาหาร

สาธิตันท์ ตรีเพ็ชร¹
เอื้องอ้อย วรณมาศ²
เพชรสมร มีธรรม³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : 1) พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการให้นมมารดาในทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 2) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการให้นมมารดาในทารกแรกเกิดระยะวิกฤต และ 3) ศึกษาความพึงพอใจของมารดาต่อโปรแกรมการส่งเสริมการให้นมมารดาในทารกแรกเกิดระยะวิกฤต

วิธีวิจัย : เป็นการวิจัยและพัฒนา ศึกษาในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2569 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยมารดาของทารกแรกเกิดระยะวิกฤตจำนวน 80 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง และแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 ราย และกลุ่มควบคุม 40 ราย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดจำนวน 7 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการส่งเสริมการให้นมมารดาในทารกแรกเกิดระยะวิกฤต และ 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารก และแบบประเมินพฤติกรรมของมารดาในการให้นมทารกแรกเกิดระยะวิกฤต การพัฒนาโปรแกรมแบ่งเป็น 3 ระยะ ตามวงจรการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาจากบริบทของหน่วยงานและทบทวนวรรณกรรม ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการให้นมมารดาในทารกแรกเกิดระยะวิกฤต และระยะที่ 3 การประเมินผลของโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ Paired samples t-test และ Independent samples t-test

ผลการวิจัย : พบว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นชื่อว่า Mukdahan NICU Mom's Milk Boost Program ซึ่งพัฒนาตามวงจรคุณภาพ ภายหลังการอบรมพยาบาลมีคะแนนความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพยาบาลสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนของโปรแกรมได้อย่างถูกต้องครบถ้วน มารดามีทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และร้อยละ 86.5 ของมารดามีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับสูงมาก อัตราการได้รับนมมารดาในช่วง 24 ชั่วโมงก่อนจำหน่ายเท่ากับร้อยละ 90.7 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการให้นมมารดาของมารดาในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากการวิจัยพบว่า โปรแกรมการส่งเสริมการให้นมมารดาในทารกแรกเกิดระยะวิกฤตมีประสิทธิภาพในการเพิ่มอัตราการได้รับนมมารดาในทารกแรกเกิดระยะวิกฤต และควรส่งเสริมให้มีการใช้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสนับสนุนให้มารดาสามารถให้นมมารดาแก่ทารกต่อเนื่องที่บ้าน

คำสำคัญ : การพัฒนาโปรแกรม, การส่งเสริมการให้นมมารดา, ทารกแรกเกิดระยะวิกฤต

¹ หอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก โรงพยาบาลมุกดาหาร

² หอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก โรงพยาบาลมุกดาหาร

³ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมุกดาหาร

วันรับบทความ

12 ธันวาคม 2568

แก้ไขบทความ

6 มีนาคม 2569

ตอบรับตีพิมพ์

10 มีนาคม 2569

Outcome the development of a program to promote breastfeeding in critical neonates Mukdahan Hospital

Sapinun Treepet
Aungoiy wanamas
Petchsamorn Meetham

Abstract

Objectives: This research aimed to: (1) develop a breastfeeding promotion program for critically ill neonates, (2) evaluate the effects of the program, and (3) assess maternal satisfaction toward the program.

Methods: This developmental research was conducted from March 2025 to January 2026. The participants consisted of 80 mothers of critically ill neonates selected by purposive sampling and divided into an experimental group (n = 40) and a control group (n = 40). In addition, seven professional nurses participated in the implementation of the program. The research instruments included: (1) the breastfeeding promotion program for critically ill neonates, and (2) data collection tools consisting of a maternal and neonatal demographic questionnaire and a maternal breastfeeding behavior assessment form. The program was developed in three phases based on the quality improvement cycle: Phase 1, situation analysis and problem identification within the clinical context; Phase 2, program development; and Phase 3, program implementation and evaluation. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics including paired samples t-test and independent samples t-test.

Results: The developed program, named the Mukdahan NICU Mom's Milk Boost Program, significantly improved nurses' knowledge, attitudes, and satisfaction regarding breastfeeding promotion after training ($p < .001$), and nurses were able to correctly implement all program procedures. Mothers in the experimental group demonstrated significantly higher breastfeeding attitudes ($p < .001$) and reported very high satisfaction, with 86.5% rating the program at the highest level. The rate of breast milk feeding during the last 24 hours before discharge was 90.7%. In addition, the mean breastfeeding behavior score among mothers in the experimental group was significantly higher than that of the control group ($p < .001$).

Conclusions: The findings suggest that the breastfeeding promotion program effectively increases breast milk feeding among critically ill neonates. The program should be implemented in NICU and continued after discharge for sustained breastfeeding at home.

Keywords: program development, breastfeeding promotion, critically ill neonates.

บทนำ

การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาเป็นมาตรการด้านสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการลดการติดเชื้อเพิ่มภูมิคุ้มกัน และลดอัตราการตายของทารกแรกเกิด โดยเฉพาะทารกที่อยู่ในภาวะวิกฤตซึ่งมีความเปราะบางสูง งานวิจัยทั่วโลกยืนยันว่านมมารดามีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อภาวะลำไส้เน่า (Necrotizing Enterocolitis: NEC) และลดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงอื่นๆ ของทารกแรกเกิด^{1,2,3}

นมมารดาสามารถลดความเสี่ยง NEC ได้ถึงร้อยละ 50-70 และช่วยลดการอักเสบ เพิ่มภูมิคุ้มกัน และส่งเสริมการทำงานของลำไส้^{1,3} สถิติโรงพยาบาลมุกดาหาร ปี พ.ศ. 2565-2567 พบว่า ทารกแรกเกิดในภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษานอกระบบหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม มีอัตราเพิ่มขึ้นต่อเนื่องเป็นร้อยละ 21.9, 26.6 และ 34.4 ตามลำดับ ขณะเดียวกัน อุบัติการณ์ NEC อยู่ที่ร้อยละ 9.9, 11.5 และ 10.4 ซึ่งสูงกว่ารายงานระดับนานาชาติที่พบประมาณร้อยละ 7-10^{4,5,6} การส่งเสริมการให้นมมารดาในทารกวิกฤตยังเผชิญปัญหาหลายประการ เช่น ความพร้อมของมารดา ความเครียด ขาดแนวปฏิบัติที่เป็นระบบ และข้อจำกัดของสภาพแวดล้อมใน NICU^{7,8,9} อีกทั้งอัตราการได้รับนมมารดาของทารกแรกเกิดในภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษานอกระบบหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ในปี 2565-2567 เท่ากับร้อยละ 52.2, 57.3 และ 55.1 อัตราการได้รับนมมารดาเมื่อจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมของทารกแรกเกิดในภาวะวิกฤตในปี 2565-2567 เท่ากับ ร้อยละ 25.2, 25.6 และ 29.2 ซึ่งยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานระดับนานาชาติ ซึ่งควรมากกว่าร้อยละ 80¹⁰

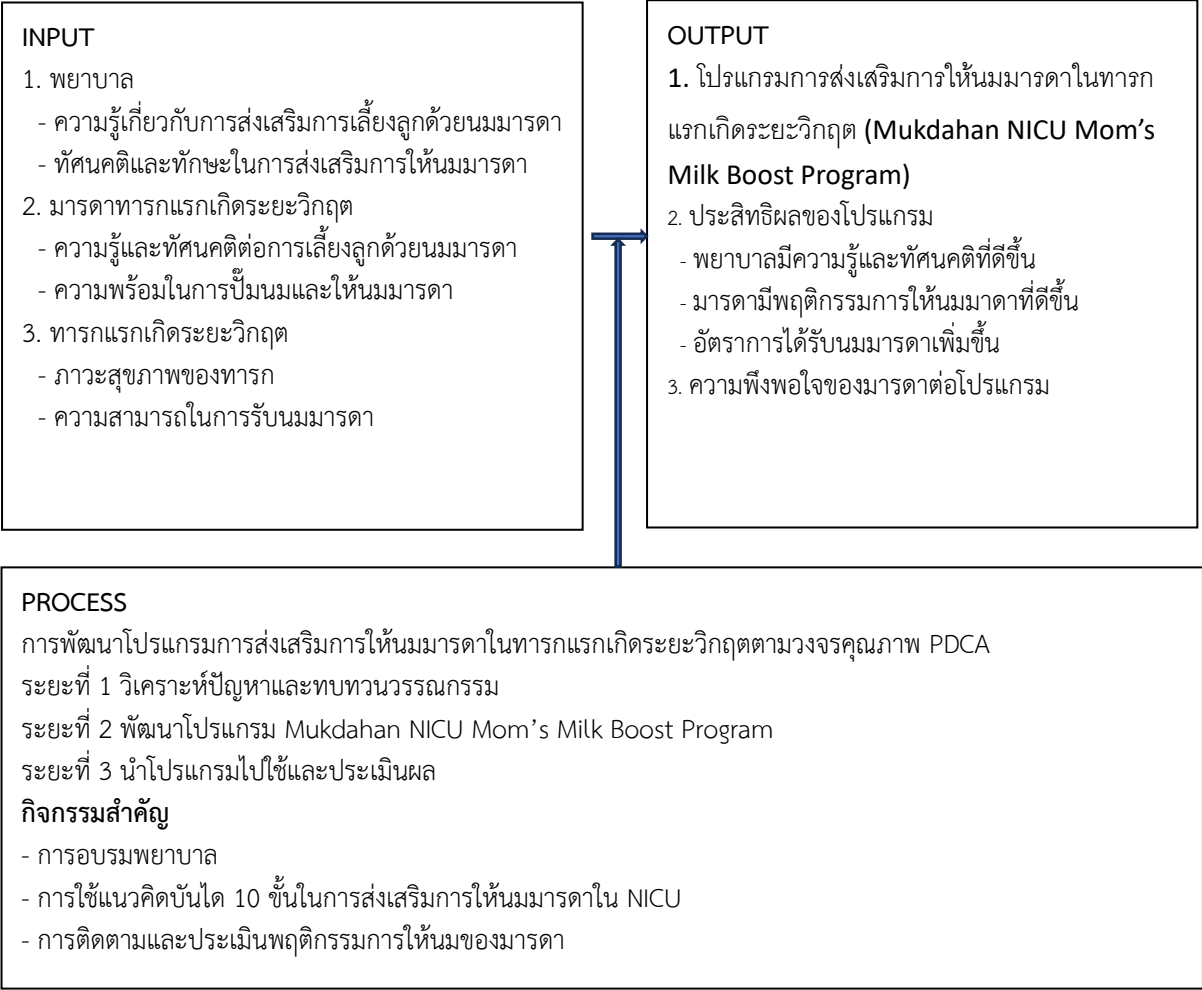
ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญนี้ จึงพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการให้นมมารดาในทารกแรกเกิดระยะวิกฤต เป็นการวิจัยและพัฒนาโดยใช้วงจรปรับปรุงคุณภาพร่วมกับประยุกต์ ใช้บันได 10 ขั้น ที่สร้างโดย Diane Spatz ซึ่งมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนที่สุด^{11,12,13} มีงานวิจัยรองรับทั้งทฤษฎีและประสิทธิผลของการนำไปใช้ในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต^{13,14,15} ซึ่งมีความเป็นไปได้ที่จะนำมาปรับใช้กับทารกแรกเกิดระยะวิกฤต การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาจากบริบทของหน่วยงานและการทบทวนวรรณกรรม ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการให้นมมารดาในทารกแรกเกิดระยะวิกฤต และระยะที่ 3 การประเมินผลของโปรแกรม ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการให้นมมารดาในทารกแรกเกิดระยะวิกฤตที่เหมาะสมในบริบทของโรงพยาบาลมุกดาหาร จึงมีความสำคัญต่อการลดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มคุณภาพการดูแล และยกระดับผลลัพธ์สุขภาพของทารกแรกเกิดอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการให้นมมารดาในทารกแรกเกิดระยะวิกฤต
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการให้นมมารดาในทารกแรกเกิดระยะวิกฤต
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของมารดาต่อโปรแกรมการส่งเสริมการให้นมมารดาในทารกแรกเกิดระยะวิกฤต

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบ โดยประยุกต์ ทฤษฎีระบบ ร่วมกับวงจรการพัฒนาคุณภาพ (PDCA)¹⁶ ตามแนวคิดของเดมिंग (Deming Cycle)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพ PDCA เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการให้นมมารดาในทารกแรกเกิดระยะวิกฤต และใช้การออกแบบแบบกึ่งทดลอง (Two-group quasi-experimental design) ในการเปรียบเทียบกลุ่มที่ใช้โปรแกรมฯ กับ กลุ่มที่ไม่ใช้โปรแกรมฯ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร มี 2 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 2) มารดาและทารกแรกเกิดระยะวิกฤต ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม 1) พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลทารกแรกเกิดระยะวิกฤต หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร จำนวน 7 คน และ 2) มารดาและทารกแรกเกิดระยะวิกฤต ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร ระหว่างเดือน มีนาคม 2568 - มกราคม 2569 จำนวน 80 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 ราย กลุ่มควบคุม 40 ราย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1¹⁷ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05, power=0.8, effect size=0.5 พบว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คือ 68 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 คน และกลุ่มควบคุม 34 คน เพื่อ dropout rate กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 ได้กลุ่มตัวอย่างประมาณ 80 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน รวมทั้งสิ้น 80 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลทารกแรกเกิดระยะวิกฤต ในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม
2. มารดาและทารกแรกเกิดระยะวิกฤต ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม
3. อายุ 18 ปี ขึ้นไป
4. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ
5. ไม่มีข้อห้ามในการให้นมมารดาและไม่ได้รับยาที่ผ่านทางน้ำนม
6. ผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. มารดามีข้อจำกัดไม่สามารถให้นมแก่ทารกได้ ได้แก่ มารดาที่มีการติดเชื้อเอชไอวี ติดสารเสพติด รวมทั้งมารดาที่ได้รับยาที่ผ่านทางน้ำนมและมีผลต่อลูก
2. ทารกที่มีข้อจำกัดไม่สามารถรับนมมารดาได้ ได้แก่ ภาวะกาแลคโตซีเมีย (Galactosemia)
3. ทารกที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการดูดกลืน คือ ปากแหว่ง เพดานโหว่
4. ผู้ปกครองไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการส่งเสริมการให้นมมารดาในทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 2) คู่มือบันได 10 ขั้น 3) ภาพพลิกบันได 10 ขั้น เครื่องมือทั้ง 3 ชุด ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูลสำหรับพยาบาล มี 4 ชุด สร้างโดยผู้วิจัย และผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.98 ประกอบด้วย

1) แบบประเมินความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาในทารกแรกเกิดระยะวิกฤต พัฒนาจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบเลือกตอบถูก-ผิด ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (KR 20) เท่ากับ 0.99

2) แบบสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการให้นมมารดาในทารกแรกเกิดระยะวิกฤต เป็นแบบสำรวจรายการ (Checklist) ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (KR 20) เท่ากับ 0.97

3) แบบสอบถามทัศนคติของพยาบาลในการส่งเสริมการให้นมมารดาในทารกแรกเกิดระยะวิกฤต ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินทัศนคติของ Iowa Infant Feeding Attitude Scale¹⁸ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.76

4) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล ต่อโปรแกรมการส่งเสริมการให้นมมารดาในทารกแรกเกิดระยะวิกฤต ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.96

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูลสำหรับมารดาและทารกแรกเกิดระยะวิกฤต กำหนดได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดา และทารกแรกเกิดระยะวิกฤต สร้างโดยผู้วิจัย และผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ตรวจสอบค่า CVI เท่ากับ 0.9

2) แบบสอบถามทัศนคติของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาในทารกแรกเกิดระยะวิกฤต ดัดแปลงมาจากแบบประเมินทัศนคติของ Iowa Infant Feeding Attitude Scale ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชเท่ากับ 0.88

3) แบบประเมินความพึงพอใจของมารดาต่อโปรแกรมการส่งเสริมการให้นมมารดาในทารกแรกเกิดระยะวิกฤต ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ตรวจสอบค่า ความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.83

4) แบบบันทึกบันได 10 ขั้น การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาในทารกแรกเกิดระยะวิกฤต และแบบบันทึกปริมาณน้ำนมซึ่งเป็นแบบบันทึกที่ใช้ในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขออนุมัติโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมุกดาหาร เลขที่ MEC 28/68 ได้รับอนุมัติ 26 กุมภาพันธ์ 2568

วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) โดยใช้วงจรการพัฒนาคุณภาพด้วย กระบวนการ Plan Do Check Act ในทุกระยะ แบ่ง เป็น 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาจากบริบทของหน่วยงานและจากการทบทวนวรรณกรรม แล้วผู้วิจัยร่างโปรแกรม

ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการให้นมมารดาในทารกแรกเกิดระยะวิกฤต นำผลการวิเคราะห์ปัญหามาพัฒนาตามวงจรปรับปรุงคุณภาพ ได้โปรแกรมชื่อ “Mukdahan NICU Mom’s Milk Boost Program”

ระยะที่ 3 ประเมินผลของโปรแกรมฯ พบปัญหาและนำมาพัฒนาตามวงจรปรับปรุงคุณภาพ และดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูลหลังจากนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ เริ่มจากการจัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาล ประเมินความรู้ ทักษะ ความพึงพอใจ ก่อน-หลังอบรม และสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติในส่วนมารดาทารกแรกเกิดระยะวิกฤต เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เริ่มเข้าร่วมการวิจัยจนจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ประเมินติดตาม โดยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับมารดาและทารกแรกเกิดระยะวิกฤต

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและความพึงพอใจของมารดาโดยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจง ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ

2. แบบสอบถามความรู้ ทักษะ ความพึงพอใจของพยาบาล และแบบสอบถามทัศนคติของมารดา เป็นแบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง โดยใช้สถิติ Paired -test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการให้นมมารดาในทารกแรกเกิดระยะวิกฤต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ มีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 7 คน มีอายุ 23- 59 ปี และมีประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดระยะวิกฤต มากกว่า 10 ปี จำนวน 4 คน (ร้อยละ 57.1) มีประสบการณ์ในการดูแลมากกว่า 5 ปี จำนวน 1 คน (ร้อยละ 14.3) และน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 2 คน (ร้อยละ 28.6)

ข้อมูลทั่วไปของมารดาทารกแรกเกิดระยะวิกฤต กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 28.4 ปี และกลุ่มควบคุมมีอายุ เฉลี่ย 28.3 ปี ระดับการศึกษาของกลุ่มทดลองจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. มากที่สุด ร้อยละ 58.3 ส่วน กลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. มากที่สุด คือ ร้อยละ 50.0 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ได้ประกอบอาชีพ/เป็นแม่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 50.0 กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 21,833.3 บาท และกลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 17,583.3 บาท กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีประสบการณ์การดูแลทารกแรกเกิดระยะวิกฤตเป็นส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 58.3 และร้อยละ 75.0 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต้องการให้นมแม่ร้อยละ 100

ข้อมูลทั่วไปของทารก พบว่ากลุ่มทดลองเป็นเพศชาย 31 คน (ร้อยละ 77.5) เป็นเพศหญิง 9 คน (ร้อยละ 22.5) และกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย 29 คน (ร้อยละ 72.5) เป็นทารกเพศหญิง 11 คน (ร้อยละ 27.5) กลุ่ม

ทดลองมีอายุครรภ์เฉลี่ย 33.2 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมมีอายุครรภ์เฉลี่ย 32.6 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 1,760.0 กรัม และกลุ่มควบคุมมีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 1,662.9 กรัม

ข้อมูลการบันทึกติดตามผลการใช้บันได 10 ขั้น เมื่อใช้โปรแกรม “Mukdahan NICU Mom’s Milk Boost Program” พบว่า มารดาได้รับคำแนะนำเรื่องการบีบน้ำนมอย่างต่อเนื่องเมื่อหลังคลอด 1-3 วัน โดยสามารถบีบเก็บน้ำนมได้เฉลี่ยวันละ 8 ครั้ง การบริหารจัดการน้ำนมแม่ พบว่า มารดาได้รับคำแนะนำครั้งแรกหลังคลอด 1 วัน สามารถบีบน้ำนมมารดานำเคลือบช่องปากลูกครั้งแรกได้ในวันที่ 1-3 หลังคลอด ทารกแรกเกิดระยะวิกฤต ได้ดูดเต้าเปล่าครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 5 วัน ทารกทุกรายได้รับการชั่งน้ำหนักก่อนและหลังดูดนมแม่ทุกครั้ง มารดาทุกรายได้รับการเตรียมตัวเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาจนจำหน่าย แต่ไม่มีมารดาได้ฝึกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยการ Rooming in จากไม่มีห้อง อัตราการได้รับนมมารดาเมื่อจำหน่ายร้อยละ 90.7 ทารกทุกรายได้รับการติดตามการได้รับนมมารดาหลังจำหน่ายในวันที่ 3 วันที่ 7 และวันที่ 30 โดยมีอัตราการได้รับนมมารดาต่อเนื่องเท่ากับ ร้อยละ 84.6, 86.5 และ 88.4

ผลของการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการให้นมมารดาในทารกแรกเกิดระยะวิกฤต ซึ่งพัฒนาตามวงจรการพัฒนาคุณภาพ (PDCA) ได้โปรแกรมชื่อ “Mukdahan NICU Mom’s Milk Boost Program” ทบทวนโปรแกรมฯ โดยใช้บันได 10 ขั้น ประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูลนมมารดาในเด็กป่วย 2) การกระตุ้นการหลั่งน้ำนมและดูแลให้มีน้ำนมอย่างต่อเนื่อง 3) การบริหารจัดการนมมารดา 4) การทำความสะอาดช่องปากด้วยนมมารดาและการให้นมมารดาแก่ทารก 5) การส่งเสริมการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ 6) การให้ทารกดูดเต้าเปล่า 7) การเปลี่ยนผ่านสู่การให้นมจากเต้า 8) การวัดปริมาณน้ำนมมารดาที่ทารกได้รับ 9) การเตรียมความพร้อมของมารดาและทารกก่อนกลับบ้าน และ 10) การติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาหลังจำหน่าย พร้อมจัดอบรมให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมฯ คือ แผนการสอนเรื่องการส่งเสริมการให้นมมารดาในทารกแรกเกิดระยะวิกฤต เป็นการสอนแบบบรรยายและสาธิต เรื่องบันได 10 ขั้น การส่งเสริมการให้นมมารดาในทารกแรกเกิดระยะวิกฤต โดยเปรียบเทียบโปรแกรมฯเดิม กับโปรแกรมฯใหม่ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบโปรแกรมฯเดิม กับโปรแกรมฯใหม่

ประเด็นการพัฒนา	โปรแกรมฯเดิม	โปรแกรมฯใหม่ “Mukdahan NICU Mom’s Milk Boost Program”
1. แนวคิดในการดำเนินงาน	การส่งเสริมการให้นมมารดา ดำเนินการตามแนวปฏิบัติทั่วไป ของหน่วยงาน ไม่มีรูปแบบที่เป็น ระบบ	พัฒนาโปรแกรมโดยใช้ ทฤษฎีระบบร่วมกับ วงจรการพัฒนาคุณภาพ (PDCA) ตาม แนวคิด Deming และแนวคิด 10 Steps Breastfeeding in NICU ถ้าคะแนนความรู้ และหรือการปฏิบัติต่ำกว่า 80% ให้เสริม ความรู้และการปฏิบัติในเรื่องนั้นๆ ใหม่ พร้อมประเมินซ้ำ
2. การให้ความรู้มารดา	ให้คำแนะนำเป็นครั้งคราวตาม สถานการณ์ ไม่มีรูปแบบมาตรฐาน	จัดโปรแกรมให้ความรู้เชิงระบบ ครอบคลุม การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาในทารกวิกฤต
3. การกระตุ้นน้ำนม	ให้คำแนะนำการปั๊มนมทั่วไป	มีแนวทางกระตุ้นการหลั่งน้ำนมอย่างเป็น ระบบ และติดตามปริมาณน้ำนม
4. การบริหารจัดการ น้ำนมมารดา	ไม่มีระบบจัดการน้ำนมแม่ที่ชัดเจน	มีระบบการจัดการน้ำนมมารดาเช่น สมุด เก็บ
5. การดูแลช่องปาก ทารก	ไม่ได้ใช้การดูแลช่องปากด้วยนม มารดาอย่างเป็นระบบ	มีการทำความสะอาดช่องปากด้วยนม มารดา (Oral care with breast milk)
6. การสัมผัสเนื้อแนบ เนื้อ	ดำเนินการตามความเหมาะสมของ ผู้ป่วย	ส่งเสริม Skin-to-Skin Contact อย่างเป็น ระบบ
7. การฝึกดูดเต้า	ไม่มีขั้นตอนการฝึกดูดเต้าอย่าง ชัดเจน	มีการฝึกดูดเต้าเปล่าและการเปลี่ยนผ่านสู่ การดูดเต้า
8. การติดตามปริมาณ น้ำนม	ไม่มีการวัดและบันทึกอย่าง ต่อเนื่อง	มีแบบฟอร์มบันทึกและติดตามปริมาณน้ำนม ที่ทารกได้รับ
9. การเตรียมความ พร้อมก่อนจำหน่าย	ให้คำแนะนำทั่วไปก่อนกลับบ้าน	มีโปรแกรมเตรียมความพร้อมมารดาและ ทารกก่อนจำหน่าย
10. การติดตามหลัง จำหน่าย	ไม่มีระบบติดตามอย่างเป็น ทางการ	มีระบบติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา หลังจำหน่าย
11. การพัฒนา ศักยภาพพยาบาล	ไม่มีการอบรมเฉพาะด้าน	จัดการอบรมและฝึกปฏิบัติตามโปรแกรม 10 ขั้น
12. รูปแบบการพัฒนา	ไม่มีการประเมินและปรับปรุง อย่างเป็นระบบ	ใช้ วงจร PDCA (Plan-Do-Check-Act) ในการพัฒนาและปรับปรุงโปรแกรม

การประเมินผลของโปรแกรมการส่งเสริมการให้นมมารดาในทารกแรกเกิดระยะวิกฤต

ด้านความรู้ของพยาบาลในการส่งเสริมการให้นมมารดาในทารกแรกเกิดระยะวิกฤต พบว่าคะแนนความรู้ของพยาบาลหลังได้รับการอบรมสูงกว่าก่อนได้รับการอบรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วนทุกขั้นตอน หลังได้รับการอบรม (ตารางที่ 2)

ด้านทัศนคติของพยาบาลในการส่งเสริมการให้นมมารดาในทารกแรกเกิดระยะวิกฤต พบว่า พยาบาลมีทัศนคติในการใช้โปรแกรม “Mukdahan NICU Mom’s Milk Boost Program” สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังตารางที่ 2

ความพึงพอใจของพยาบาลหลังได้รับการอบรมให้ความรู้ ตามโปรแกรม “Mukdahan NICU Mom’s Milk Boost Program” สูงกว่าก่อนได้รับการอบรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทัศนคติ ความพึงพอใจของพยาบาล ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม “Mukdahan NICU Mom’s Milk Boost Program”

คะแนน	n	Min	Max	Pair-simple t Test			
				Mean	S.D.	t	p
ความรู้ของพยาบาล							
ก่อนการอบรม	7	8	15	11.35	2.34	18.81	<.001
หลังการอบรม	7	18	20	18.79	1.96		
ทัศนคติของพยาบาล							
ก่อนการอบรม	7	56	85	71.01	5.8	16.476	<.001
หลังการอบรม	7	78	88	83.6	1.9		
ความพึงพอใจของพยาบาล							
ก่อนการอบรม	7	40	50	46.8	2.9	6.138	<.001
หลังการอบรม	7	47	50	49.1	0.7		

ทัศนคติของมารดาทารกแรกเกิดระยะวิกฤต หลังได้รับโปรแกรม “Mukdahan NICU Mom’s Milk Boost Program” สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p<.001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนทัศนคติของมารดาทารกแรกเกิดระยะวิกฤต ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม “Mukdahan NICU Mom’s Milk Boost Program”

คะแนนทัศนคติ	n	Min	Max	Pair-simple t Test			
				Mean	S.D.	t	p
ก่อนได้รับการส่งเสริมตามรูปแบบ	40	59	77	66.29	4.28	9.060	<.001
หลังได้รับการส่งเสริมตามรูปแบบ	40	87	98	76.09	5.92		

คะแนนความพึงพอใจของมารดาทารกแรกเกิดระยะวิกฤต หลังได้รับการส่งเสริมตามโปรแกรม “Mukdahan NICU Mom’s Milk Boost Program” พบว่า ร้อยละ 76.5 ประเมินความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 25 คะแนน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 คะแนนความพึงพอใจของมารดาทารกแรกเกิดระยะวิกฤต

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ
ความพึงพอใจระดับน้อย	-	-
ความพึงพอใจระดับปานกลาง	-	-
ความพึงพอใจระดับสูง	9	22.5
ความพึงพอใจระดับสูงมาก	31	77.5

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดระยะวิกฤตของมารดาโดยรวม ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองอยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน (mean=40.91, SD=3.31) และ (mean=43.25, SD=11.72) ตามลำดับ ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดระยะวิกฤตของมารดาโดยรวม หลังได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มควบคุมอยู่ใน ระดับปานกลาง (mean=40.91, SD=331) กลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูง (mean=76.08, SD=6.02) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ช่วงคะแนน และระดับพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดระยะวิกฤตของมารดา ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดระยะวิกฤต	กลุ่มทดลอง (n=40)				กลุ่มควบคุม (n=40)			
	mean	S.D.	Rang	ระดับ	mean	S.D.	Range	ระดับ
ก่อนการทดลอง	43.27	11.73	27-62	ต่ำ	40.93	3.32	30-43	ต่ำ
หลังการทดลอง	76.09	6.03	63-86	สูง	57.93	8.79	45-76	ปานกลาง

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดระยะวิกฤตของมารดา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนทดลองมารดาของทารกแรกเกิดระยะวิกฤตกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (1-0.66, $p = .514$) ส่วนหลังทดลอง มารดาที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนพฤติกรรมสูงกว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.09$, $p < 0.001$) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดระยะวิกฤตของมารดาหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดระยะวิกฤต	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มควบคุม (n=40)		df	t	p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.			
ก่อนการทดลอง	43.27	11.73	40.93	3.32	12.76	0.67	0.513
หลังการทดลอง	76.09	6.03	57.93	8.79	22	5.09	<.001

*p<0.05

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรม “Mukdahan NICU Mom’s Milk Boost Program” เพื่อลดภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิดระยะวิกฤต จากการวิเคราะห์ปัญหาจากบริบทของหน่วยงานและทบทวนวรรณกรรม ที่มีผลต่อการส่งเสริมการให้นมมารดาในทารกแรกเกิดระยะวิกฤตตามบันได 10 ขั้น ที่ใช้ในโรงพยาบาลมุกดาหาร พบว่ามีด้านพยาบาลที่มีประสบการณ์ น้อยกว่า 1 ปี ไม่เคยผ่านการอบรมและฝึกปฏิบัติเรื่องนมมารดาจึงจัดอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ ซึ่งสามารถผ่านเกณฑ์ทุกคน จัดทำคู่มือคำแนะนำการส่งเสริมการให้นมมารดาในทารกแรกเกิดระยะวิกฤตสำหรับพยาบาล ด้านมารดาทารกแรกเกิดระยะวิกฤตไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของบุตร มีการแนะนำความรู้ สาธิต และฝึกปฏิบัติเรื่องการบริหารจัดการนมมารดาเสริมพลังอำนาจให้มารดา และครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{19,20} ซึ่งในการวิจัยนี้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทุกขั้นตอน จนเกิดผลสำเร็จคืออัตราการได้รับนมมารดาเมื่อจำหน่าย ร้อยละ 90.7

นอกจากนี้ผลจากการใช้โปรแกรมฯ ยังไม่พบอัตราการเกิดภาวะลำไส้เน่า พบการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะหลังเพียงร้อยละ 3.6 ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมว่า นมมารดาสามารถลดอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะท้ายในกลุ่มทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยมากได้ ร้อยละ 5^{21,10}

ด้านประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ จากผลการวิจัยพบว่าปริมาณน้ำนมมารดาที่บีบเก็บหลังคลอดวันที่ 3-5 ได้น้ำนมเฉลี่ย 553.5 มล. ซึ่งน้อยกว่าเกณฑ์ที่ควรบีบได้คือ 750 มล. ถึงแม้ปริมาณน้ำนมที่บีบได้จะน้อยกว่าเกณฑ์ปกติ แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่น้ำหนัก 1,600–1,800 กรัม จึงทำให้ปริมาณน้ำนมเพียงพอต่อความต้องการของทารก อัตราการได้รับนมมารดาเมื่อจำหน่ายของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับร้อยละ 84.6 หลังจำหน่ายวันที่ 30 เท่ากับ ร้อยละ 82.4 ซึ่งเป็นตัวชี้วัดว่ามารดามีความรู้ ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดี อาจกล่าวได้ว่าถ้าโปรแกรมฯ ไปปฏิบัติตามต่อเนื่อง อัตราการได้รับนมมารดาจะมีแนวโน้มสูงขึ้น

จากการนำโปรแกรมฯ มาใช้โดยมีการประเมินความรู้ของพยาบาลในการส่งเสริมการให้นมมารดาในทารกแรกเกิดระยะวิกฤต พบว่า คะแนนความรู้ของพยาบาลหลังรับการอบรมสูงกว่าก่อนได้รับการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ดังนั้นการอบรมตาม โปรแกรม “Mukdahan NICU Mom’s Milk Boost Program” ส่งเสริมให้พยาบาล มีความรู้และทักษะในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาในทารกแรกเกิดระยะวิกฤตสูงขึ้น สอดคล้องกับ การศึกษาของ ประชุมพร สุวรรณรัตน์²² ที่พบว่า การฝึกอบรมเป็นกระบวนการจัดการเพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถของบุคลากรในการปฏิบัติงาน

ความพึงพอใจของพยาบาลที่เข้าร่วมในโปรแกรมฯ พบว่า คะแนนความพึงพอใจหลังรับการอบรมสูงกว่า ก่อนได้รับการอบรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องการศึกษาของ นิตยา ศรีญาณลักษณ์²³ การเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาในการช่วยการกระตุ้นดูดกลืนทารกแรกเกิดระยะวิกฤต ทำให้ทารกมีการดูดกลืนดีขึ้น มารดามีความหวัง และความสุขมากขึ้นส่งผลให้พยาบาลรู้สึกพึงพอใจ^{24,25}

ทัศนคติของพยาบาลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา พบว่าทัศนคติหลังรับการอบรมสูงกว่าก่อนได้รับการอบรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งทัศนคติเชิงลบเกิดจากการขาดความรู้ที่ทันสมัย ขาดทักษะในการดูแลและให้คำปรึกษาเรื่องการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา เมื่อมีการจัดอบรมเรื่องบันได 10 ขั้น ทำให้พยาบาลมีทัศนคติที่ดีขึ้นและนำไปสู่การปฏิบัติงานส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาที่ดีด้วย²²

มารดาหลังได้รับการส่งเสริมตามโปรแกรมฯ ส่งผลให้มีทัศนคติ สูงกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เนื่องจากการมีความรู้ ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดามากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญญา พลดเปื้อง²⁶ ซึ่งพบว่าทัศนคติเชิงบวกของหญิงตั้งครรภ์ที่มีต่อการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์ ทำให้มีการเตรียมความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาหลังคลอดได้เป็นอย่างดี และพบว่าความพึงพอใจของมารดาอยู่ในระดับสูงมากร้อยละ 77.5

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและหลากหลายมากขึ้น เพื่อเพิ่มความเที่ยงตรงภายนอก (external validity) และทำให้ผลลัพธ์สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่หลากหลายได้มากขึ้น
2. การติดตามผลในระยะยาว (Long-term follow-up) เพื่อให้เข้าใจผลของโปรแกรมอย่างครอบคลุมมากขึ้น
3. การศึกษาด้านความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขควรประเมินต้นทุน-ประสิทธิผลของโปรแกรม เช่น ค่าใช้จ่ายที่ลดลงจากการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

เอกสารอ้างอิง

1. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129(3):e827–41. doi:10.1542/peds.2011-3552
 2. Underwood MA. Human milk for the premature infant. *Pediatr Clin North Am* 2013;60(1):189–207. doi:10.1016/j.pcl.2012.09.008
 3. Sullivan S, Schanler RJ, Kim JH, et al. An exclusively human milk-based diet reduces NEC in extremely premature infants. *J Pediatr*. 2010;156(4):562–7. doi:10.1016/j.jpeds.2009.10.040
 4. Neu J, Walker WA. Necrotizing enterocolitis. *N Engl J Med*. 2011;364:255–64. doi:10.1056/NEJMra1005408
 5. Battersby C, Longford N, Costeloe K, Modi N. Incidence and outcomes of NEC in the UK. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2018;103:F328–32. doi:10.1136/archdischild-2017-313880
 6. Quigley M, Embleton ND, McGuire W. Formula versus donor breast milk for preterm or low birth weight infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;7:CD002971. doi:10.1002/14651858.CD002971.pub5
 7. Briere CE, McGrath J, Cong X, Cusson R. Factors influencing breastfeeding success in critically ill infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2015;44(1):68–81. doi:10.1111/1552-6909.12544
 8. Maastrup R, et al. Breastfeeding support in NICU: barriers and facilitators. *Int Breastfeed J* 2018;13:20. doi:10.1186/s13006-018-0164-7
 9. Spear ML, et al. Mother's experiences providing breast milk in NICU. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2020;45(2):110–7. doi:10.1097/NMC.0000000000000593
 10. National Statistical Office, National Health Security Office and United nations Children's Fund. Multiple indicator cluster survey 2015- 2016 Bangkok NSO and UNICEF, 2016.
 11. Spatz DL. Beyond BFHI: the Spatz 10-step and breastfeeding resource nurse models to Improve human milk and breastfeeding outcomes. *J Perinat Neonat Nur*. [Internet]. 2018 [Cited 2017 April]; 32(2): p. 164-74. Available from: <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000339>
 12. Spatz DL. The use of human milk and breastfeeding in the neonatal intensive care unit. In: Wambach K, Riordan J, editors. *Breastfeeding and human lactation*. 5th ed. Burlington (MA): Jones & Bartlett Learning; 2016. p. 469-521.
 13. Edwards TM, Spatz DL. An innovative model for achieving breastfeeding success in infants with complex surgical anomalies. *J Perinat Neonat Nur*. [Internet]. 2010 Jul 1
-

-
14. [Cited 2019 April 30]; 24(3): 246-53. Available from: <https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e3181e8d517>
 15. Khorana M, Thavonvattana S, Wittayasooporn J, Tipakornrojanakit C, editors. The summary of 5th International conference on breastfeeding sick babies and knowledge management. Bangkok: Toklal Printing; 2019.
 16. Matayaboon D, Klunklin P, Urharmnuay M. Good practices: developmental care for preterm infants. Nursing Journal. 2017;44(3):165-73.
 17. Deming WE. The new economics for industry, government, education 2nd ed. MIT Press, 2000. ISBN 0-262-54116-5. 22. OCLC 44162616.
 18. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A-G. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods. 2009;41(4):1149–1160. doi:10.3758/BRM.41.4.1149
 19. Puapornpong P. A tool for measuring the breastfeeding attitude [Internet]. 2019 [cited 2019 May 10]. Available from: <http://www.guruobgyn.com>
 20. Meedya S, Fahy K, Kable A. Factors that 19 positively influence breastfeeding duration to 6 months a literature review. Women and Birth. [Internet], 2010 [cited 2019 May 10]. Available from: [http:// dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2010.02.002](http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2010.02.002)
 21. Danthes D. Effects of breastfeeding promoting program for working pregnant women on attitude and intention to exclusive breastfeed- Ing. (Thesis of Advanced Midwifery). Chonburi Burapha University, 2017
 22. UNICEF Data. Neonatal mortality. [Internet]. 2018 [cited 2019 March 17]. Available from: [https://data.unicef.org/topic/child-survival/ neonatal-mortality/](https://data.unicef.org/topic/child-survival/neonatal-mortality/) (in Thai)
 23. Suwanrat P, Kritcharoen S, Chatchawet W. Promoting breastfeeding in the delivery room as perceived by nurses. PNUJR 2017;8(3):14-26.
 24. Sriyanlunk N. Nursing Administration. Non- thaburi: Praboromchanok Institute. 2012.
 25. Jaafar SH, Ho JJ, Lee KS. Rooming-in for new mother and Infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. Cochrane Database Syst. Rev. [Internet]. 2016 [cited 2019 April 30]. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cder/>
 26. Taweepoon W, Khunlantheurinadee S. Effects of maternal preparation program on perceived self-efficacy, infant-care behavior of mothers and preterm infant health status. Journal of Nursing and Health Care 2018;36(1):136-44. (in Thai)
 27. Plodpluang U, Srichan A, Kaewpraphan S. Effect of breastfeeding promotion based on familial support program to knowledge, attitude and behavior of postpartum mothers and familiar's members. Research Journal Phranakhon Rajabhat: Science and Technology 2016;11(2):41-52.
-

ผลของการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลมุกดาหาร

ขวัญฤดี สารภาค¹

เพชรสมร มีธรรม²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ และประเมินผลของโปรแกรมฯ ดังกล่าว

วิธีการวิจัย: เป็นการวิจัยและพัฒนา การศึกษาระหว่าง พฤษภาคม 2568 ถึง กุมภาพันธ์ 2569 กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุจำนวน 300 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง และสุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 150 คน และกลุ่มควบคุม 150 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรม HEART-3 Program แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ แบบบันทึกข้อมูลทางสุขภาพ และแบบประเมินความพึงพอใจ การพัฒนาโปรแกรมดำเนินตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพ 3 ระยะ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test, Independent t-test และ Chi-square ขณะที่ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย: ได้โปรแกรมชื่อ HEART-3 Program (Hypertension Elderly Activation & Resilience Training) ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การเสริมสร้างความรู้โรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำทางด้านสุขภาพ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) โดยค่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นเป็น 155.78 ± 12.46 คะแนน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็น 101.49 ± 9.13 คะแนน ความรู้เกี่ยวกับโรคเพิ่มขึ้นเป็น 16.03 ± 1.28 คะแนน ค่าความดันโลหิตขณะบีบตัวและขณะคลายตัวลดลงเป็น 132.1 ± 10.57 และ 85.3 ± 6.82 มม.ปรอท ตามลำดับ และอัตราการควบคุมความดันโลหิตสูงขึ้นเป็นร้อยละ 86.0 ซึ่งมีผลแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

สรุป: โปรแกรม HEART-3 Program มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง

คำสำคัญ: โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความดันโลหิตสูง

¹ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมุกดาหาร

² หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร

วันรับบทความ

28 กุมภาพันธ์ 2569

แก้ไขบทความ

6 มีนาคม 2569

ตอบรับตีพิมพ์

13 มีนาคม 2569

The Effects of a Health Promotion Program Development and Self-Efficacy Perception on Health Behaviors Among Older Adults with Uncontrolled Hypertension Mukdahan Hospital

Khanrudee Sathupak
Petchsamorn Meetham

Abstract

Objectives: This study aimed to develop a health promotion program to enhance self-efficacy and health behaviors among older adults with uncontrolled hypertension and to evaluate the effectiveness of the developed program.

Methods: This developmental research was conducted from May, 2025 to February 2026. The sample consisted of 300 older adults diagnosed with uncontrolled hypertension. Participants were selected through purposive sampling and then randomly assigned into two groups: an experimental group (n = 150) and a control group (n = 150). The research instruments included the HEART-3 Program, a demographic questionnaire, a self-efficacy assessment scale, a health behavior assessment scale, a health record form, and a satisfaction questionnaire. The program was developed through a three-phase quality development process. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including paired t-test, independent t-test, and chi-square test. Qualitative data were analyzed using content analysis.

Results: The HEART-3 Program (Hypertension Elderly Activation & Resilience Training) consisted of three key components: hypertension knowledge enhancement, health behavior promotion, and adherence to health recommendations. After the intervention, the experimental group demonstrated significantly improved health behaviors compared with the control group ($p < .05$). The mean self-efficacy score increased to 155.78 ± 12.46 , health behavior scores increased to 101.49 ± 9.13 , and knowledge scores increased to 16.03 ± 1.28 . In addition, systolic and diastolic blood pressure levels decreased to 132.1 ± 10.57 mmHg and 85.3 ± 6.82 mmHg, respectively. The rate of hypertension control increased to 86.0%, with statistically significant difference. ($p < .05$)

Conclusion: The HEART-3 Program was effective in promoting health, enhancing self-efficacy, improving health behaviors, and increasing blood pressure control among older adults with uncontrolled hypertension.

Keywords: health promotion program, self-efficacy, hypertension, older adults

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง Non-communicable Diseases: NCDs) และเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก ที่เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึง 7.5 ล้านคน และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1 พันล้านคนทั่วโลก คาดว่าในปี 2568 จะมีผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน¹ เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหัวใจและหลอดเลือดโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ซึ่งส่งผลกระทบต่ออัตราป่วย อัตราตาย และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ² ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตร้อยละ 19.0 ของการเสียชีวิตทั่วโลก ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และมลภาวะอากาศ การศึกษาระบุว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการจัดการโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง³

ประเทศไทยเผชิญกับสถานการณ์โรค NCDs ที่รุนแรงเป็นอย่างมาก โรคNCDs 4 โรคหลัก ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นสาเหตุการเสียชีวิต 400,000 รายต่อปี หรือมากกว่า 1,000 รายต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 74.0 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศ จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยปี 2562-2563 พบว่า ความชุกโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทย ร้อยละ 25.7 เพศหญิงร้อยละ 24.6 เพศชายร้อยละ 26.80 ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีเพียงร้อยละ 51.5 ที่ได้รับการวินิจฉัย ร้อยละ 47.9 ที่ได้รับการรักษา และร้อยละ 22.70 ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้⁴

ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จากการป่วยเป็นโรคนี้เป็นเวลานาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังถึงผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัวและพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีระดับความดันโลหิตลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁵

การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง นับว่าเป็นสิ่งสำคัญในการแก้ไขปัญหาการรับรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการจัดการโรคเรื้อรัง การรับรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อการปรับปรุงผลลัพธ์ทางสุขภาพ⁶ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ด้านสุขภาพแบบ Transformative Learning ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีระดับการรับรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ⁷ และระดับความดันโลหิตดีขึ้น^{8,9}

สถิติของโรงพยาบาลมุกดาหารในช่วงปี พ.ศ. 2565–2567¹⁰ แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มปัญหาที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 9,770 ราย 10,121 ราย เป็น 14,215 ราย

ตามลำดับ โดยในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุถึง 6,713 ราย 7,325 ราย และ 13,145 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.7, 72.4 และ 74.6 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีภาวะโรคสูงและเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการติดตามผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงในปี 2567 พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 10,887 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 76.6 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ได้ ซึ่งสูงกว่ามาตรฐานสากลที่ควรควบคุมได้อย่างน้อยร้อยละ 50¹¹

สาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ คือการขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ในการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็น เช่น การควบคุมอาหารลดเค็ม การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การรับประทานยาตามแผนการรักษา และการจัดการความเครียด ตามทฤษฎีของ Bandura¹² ระบุว่า self-efficacy เป็นตัวกำหนดพฤติกรรม การยึดมั่นและความสำเร็จในการจัดการโรคเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยหลายฉบับที่แสดงว่า self-efficacy มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ¹³

ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพที่เน้นการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง จึงเป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตตลอดจนลดภาระของระบบบริการสุขภาพของจังหวัดมุกดาหารในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลมุกดาหาร
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลมุกดาหาร

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพ PDCA เพื่อพัฒนาและประเมินผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และใช้การออกแบบแบบกึ่งทดลอง (Two-group quasi-experimental design) ในการเปรียบเทียบกลุ่มที่ใช้โปรแกรมฯ กับ กลุ่มที่ไม่ใช้โปรแกรมฯ

ประชากร

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ที่มารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมุกดาหาร ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2568 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2569

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ 300 ราย แบ่ง 2 กลุ่มๆละ 150 ราย โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power 3.1¹⁴ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = 0.05$ power=0.8, effect size=0.5 สัดส่วนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีความดันโลหิตไม่อยู่ในเกณฑ์ควบคุมจากข้อมูลปี 2567 เท่ากับ $N = 10,887$ ราย และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (d) = 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 269 ราย และเมื่อเผื่อการสูญเสียตัวอย่างร้อยละ 10 จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 300 ราย แบ่ง 2 กลุ่มๆละ 150 ราย

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่มารับบริการที่มารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมุกดาหาร ในช่วงระยะเวลาการศึกษา
2. อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
3. ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงจากแพทย์
4. มีประวัติการรักษาต่อเนื่อง มีค่าความดันโลหิตบิบัติ ตั้งแต่ 140 มม.ปรอท ขึ้นไป หรือความดันโลหิตคลายตัวตั้งแต่ 90 มม.ปรอท ขึ้นไป
5. รักษาด้วยยาลดความดันโลหิตมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือนติดต่อกัน
6. ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ได้อย่างสม่ำเสมอ
7. สื่อสารภาษาไทยได้ หรือมีผู้ดูแลที่สามารถสื่อสารและให้ความช่วยเหลือได้
8. ไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญาที่ส่งผลต่อการให้ข้อมูลหรือการเข้าร่วมกิจกรรม
9. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยลงนามในหนังสือยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงจากโรคความดันโลหิตสูง

1. โรคหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย
2. โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
3. โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการทางระบบประสาท
4. ผู้ป่วยที่มีความพิการทางร่างกายที่รุนแรงซึ่งไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้
5. ผู้ป่วยที่ถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยระหว่างดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรม HEART-3 Program ระยะเวลา 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที
2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ
3. แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.88
4. แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 15 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.89
5. แบบบันทึกข้อมูลทางด้านสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ค่าความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลอง การควบคุมความดันโลหิต และการปรับเปลี่ยนการใช้ยา
6. แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ ประมาณค่า 5 ระดับมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.89

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับความดันโลหิต และความพึงพอใจ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมใช้ Paired t-test
3. การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังการใช้โปรแกรมฯใช้ Independent t-test
4. การเปรียบเทียบสัดส่วนของค่าความดันโลหิต การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การใช้ยา ใช้ Chi-square test กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95.00 และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$
5. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ด้านพฤติกรรม ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธี Triangulation

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมุกดาหาร เลขที่ MEC 28/68 ได้รับอนุมัติ 7 พฤษภาคม 2568

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.5 (อายุระหว่าง 60-92 ปี) โดยร้อยละ 74.7 มีอายุระหว่าง 60-70 ปี มีสถานภาพสมรสร้อยละ 76.6 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 55.3 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 83.8 มีรายได้เฉลี่ย 5,500.9 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 62.2 เป็นโรคความดันโลหิตสูงมาแล้ว 3-5 ปี ร้อยละ 40.9 ได้รับยาลดความดันโลหิตชนิด ACE inhibitor และ ARB ร้อยละ 59.7 มีโรคประจำตัวร่วม ได้แก่ เบาหวานร้อยละ 56.6 ไขมันในเลือดสูงร้อยละ 43.3 ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.3 กิโลกรัม/เมตร²

ข้อมูลทั่วไปด้านสุขภาพ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 110.3 ± 9.9 คะแนน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 13.2 ± 1.2 คะแนน) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 22.9 ± 2.1 คะแนน) ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 24.6 ± 2.2 คะแนน) และด้านการนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 24.3 ± 2.2 คะแนน)

ข้อมูลทั่วไปด้านพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 87.7 ± 12.2 คะแนน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ และการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 18.8 ± 1.9 คะแนน) ด้านการควบคุมอาหารและโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 13.3 ± 1.3 คะแนน) ด้านการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ด้านการติดตามตรวจสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 19.6 ± 1.8 คะแนน) และด้านการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 13.6 ± 1.3 คะแนน)

ปัญหาและอุปสรรค จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มกับผู้ป่วยจำนวน 150 คน พบปัญหาหลัก 2 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้ พบว่าผู้ป่วยขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะค่าระดับความดันโลหิต และภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น 2) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม的自我ควบคุมอาหาร

1. การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

จากการวิเคราะห์ปัญหาและทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยและทีมงานได้ร่วมกันพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญ โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการได้โปรแกรม HEART-3 Program (Hypertension Elderly Activation & Resilience Training) ที่พัฒนาขึ้นมีระยะเวลา 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ซึ่งประกอบด้วย

3 องค์ประกอบ ได้แก่ การเสริมสร้างความรู้โรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำทางด้านสุขภาพ โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การบรรยาย และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งโปรแกรม HEART-3 พัฒนาบนพื้นฐานของทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura และแนวคิด Health Promotion Model ของ Pender ซึ่งเน้นการส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลและการสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบโปรแกรมเดิมกับโปรแกรมใหม่ที่พัฒนา

หัวข้อการพัฒนา	โปรแกรมเดิม	ปัญหาที่พบ	โปรแกรมใหม่
1. การเสริมสร้างความรู้โรคความดันโลหิตสูง	ให้คำแนะนำทั่วไปในช่วงการตรวจรักษา เน้นการบรรยาย	ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่เพียงพอ	จัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การบรรยาย และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์
2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ให้คำแนะนำเรื่องอาหาร ออกกำลังกาย และการลดปัจจัยเสี่ยง	ขาดการสร้างแรงจูงใจและการติดตามพฤติกรรม	ใช้แนวคิด Self-efficacy เพื่อส่งเสริมการตั้งเป้าหมายพฤติกรรมสุขภาพ
3. การปฏิบัติตามคำแนะนำทางด้านสุขภาพ	เน้นการรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด	ผู้ป่วยบางรายไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง	มีการติดตามพฤติกรรม การให้กำลังใจ และการเสริมแรงเชิงบวก

2. ผลของโปรแกรม HEART-3 Program และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

การประเมินผลของโปรแกรม HEART-3 Program ในกลุ่มทดลอง จำนวน 150 คน พบว่า ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้โปรแกรม 105.3 ± 10.4 คะแนน เป็น 155.8 ± 12.5 คะแนน ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้โปรแกรม 89.7 ± 8.8 คะแนน เป็น 101.5 ± 9.13 คะแนน ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้โปรแกรม 11.2 ± 3.4 คะแนน เป็น 16.0 ± 1.3 คะแนน และด้านความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 89.6 ± 8.0 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน

ผลลัพธ์ของโรค ในกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าความดันโลหิตบีบตัวลดลงจากก่อนการใช้โปรแกรม 156.9 ± 14.1 มม.ปรอท เป็น 132.1 ± 10.57 มม.ปรอท ค่าความดันโลหิตคลายตัวลดลงจากก่อนการใช้โปรแกรม 96.6 ± 8.7 มม.ปรอท เป็น 83.4 ± 6.2 มม.ปรอท อัตราการควบคุมความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้โปรแกรมร้อยละ 0 เป็น ร้อยละ 86.0 อัตราการปรับเปลี่ยนการใช้ยาลดลงจากก่อนการใช้โปรแกรมร้อยละ 58.8 เป็นหลังการใช้โปรแกรม ร้อยละ 23.0

การเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความรู้เกี่ยวกับโรค

การรับรู้ความสามารถของตนเอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ย 105.3 ± 10.4 อยู่ในระดับปานกลาง แต่หลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 155.8 ± 12.5 อยู่ในระดับสูง โดยมีค่า $t = 11.44$ และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ แสดงว่าโปรแกรมสามารถเพิ่มความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนใช้โปรแกรม คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 90.7 ± 8.8 อยู่ในระดับปานกลาง หลังใช้โปรแกรมคะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 101.5 ± 9.1 อยู่ในระดับสูง โดยมีค่า $t = 9.80$ และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ สะท้อนว่าโปรแกรมฯ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างชัดเจน

ความรู้เกี่ยวกับโรค ก่อนใช้โปรแกรม ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ย 10.1 ± 4.4 อยู่ในระดับต่ำ หลังใช้โปรแกรมคะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 16.0 ± 1.3 อยู่ในระดับสูง โดยค่า $t = 10.30$ และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้ช่วยเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความพึงพอใจต่อโปรแกรม ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับสูง โดยคะแนนเฉลี่ย 89.6 ± 8.0 สะท้อนว่าเนื้อหา รูปแบบกิจกรรม และกระบวนการดำเนินโปรแกรมตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ดี (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความรู้เกี่ยวกับโรค ก่อน-หลัง การใช้โปรแกรมฯ (กลุ่มทดลอง $n = 150$)

ตัวแปร	ก่อนใช้โปรแกรมฯ			หลังใช้โปรแกรมฯ			t	p-value
	mean	S.D.	ระดับ	mean	S.D.	ระดับ		
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	105.3	10.4	ปานกลาง	155.8	12.5	สูง	11.44	<.001*
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	90.7	8.8	ปานกลาง	101.5	9.1	สูง	9.80	<.001*
ความรู้เกี่ยวกับโรค	10.1	4.4	ต่ำ	16.0	1.3	สูง	10.30	<.001*
ความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ	-	-	-	89.6	8.0	สูง	-	-

*p-value < 0.05

การเปรียบเทียบผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ผลการประเมินโรค ก่อน-หลัง การใช้ HEART-3 Program และการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

เมื่อเปรียบเทียบผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ผลการประเมินโรค ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการใช้โปรแกรม HEART-3 Program พบว่า กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ที่ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร ($p < 0.05$) โดยผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความรู้เกี่ยวกับโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน ทั้งยังมีค่าความดันโลหิตบีบตัว และคลายตัวต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ผลการประเมินโรค ก่อน-หลังการใช้โปรแกรม HEART-3 Program (n = 150)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง(n = 150)		กลุ่มควบคุม(n = 150)		t	p-value
	ก่อนใช้โปรแกรมฯ (mean±S.D.)	หลังใช้โปรแกรมฯ (mean±S.D.)	ก่อนใช้โปรแกรมฯ (mean±S.D.)	หลังใช้โปรแกรมฯ (mean±S.D.)		
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	105.3±10.4	155.8±10.5	105.8±10.2	110.9±11.0	9.13	<.001*
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	89.7±8.8	101.5±9.1	90.6±8.2	95.8±8.6	8.80	<.001*
ความรู้เกี่ยวกับโรค	11.1±3.4	16.0±1.3	11.9±1.1	13.0±1.16	8.32	<.001*
ความดันโลหิตบีบตัว (มม.ปรอท)	155.8±14.0	132.1±10.6	156.2±14.1	152.6±13.7	5.77	<.001*
ความดันโลหิตคลายตัว (มม.ปรอท)	95.8±9.5	85.3±8.4	93.9±8.4	92.3±8.3	4.41	<.001*

การเปรียบเทียบผลการประเมินโรค ก่อน-หลังการใช้โปรแกรมฯ และการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

พบว่า อัตราการควบคุมความดันโลหิตได้ ในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 86.0 ในขณะที่กลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 36.6 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อัตราการปรับเปลี่ยนการใช้ยาในกลุ่มทดลองลดลงจากร้อยละ 58.8 เป็นร้อยละ 23.0 เทียบกับกลุ่มควบคุมที่ลดลงจากร้อยละ 50.3 เป็นร้อยละ 47.1 ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.213$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลการประเมินโรค ก่อน-หลัง การใช้โปรแกรมฯ (n=300)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=150)		กลุ่มควบคุม (n=150)		Chi-square	p-value
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง		
อัตราการควบคุมความดันโลหิต (%)	0	86	0	36.6	15.08	<.001*
อัตราการปรับเปลี่ยนการใช้ยา (%)	58.8	23.0	50.3	47.1	1.21	0.213

*p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

การวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมสุขภาพของตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีปัญหาหลักด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึ่งอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของ Aekplakorn W⁴ ที่ระบุว่าประเทศไทยประสบปัญหาการถดถอยในแนวโน้มการควบคุมความดันโลหิต และ Sornlorm K¹⁵ ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงป้องกันต่อความดันโลหิตสูง

ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาในการออกกำลังกายและการจัดการความเครียดซึ่งอยู่ในระดับต่ำ ขณะที่การปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความตระหนักในการรักษาตามแพทย์แต่ขาดทักษะในการดูแลตนเองเชิงป้องกัน ปัญหาที่พบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกจึงสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรม ที่ต้องครอบคลุมทั้งความรู้และทักษะการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Garcia-Cardenas¹⁶ ที่เน้นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตในการจัดการโรคความดันโลหิตสูง

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นคือ HEART-3 Program ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การเสริมสร้างความรู้โรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำทางด้านสุขภาพ ที่ใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยมีระยะเวลารวมสามสัปดาห์ กระบวนการพัฒนาที่ใช้การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญ ช่วยให้โปรแกรมมีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชนและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง การผสมผสานกิจกรรมที่หลากหลายตั้งแต่การบรรยาย การสาธิต จนถึงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สอดคล้องกับหลักการของการศึกษาผู้ใหญ่ที่เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ และการกำหนดเป้าหมายส่วนบุคคลที่ช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งโปรแกรมนี้อัดคล้องกับแนวคิดของ ฝิลาयर สุขเจริญ⁶ ที่ใช้แบบจำลองความรอบรู้ด้าน สุขภาพแบบการเรียนรู้เปลี่ยนแปลง และการศึกษาของ Sun T¹⁷ ที่พัฒนาการโปรแกรมพฤติกรรมสุขภาพดิจิทัลครอบคลุมการปฏิบัติตามใบสั่งออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และการติดตามความดันโลหิต

การศึกษาผลของโปรแกรม HEART-3 Program แสดงให้เห็นประสิทธิภาพของโปรแกรมในการปรับปรุงการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{6,17,18} ที่พบว่าแบบจำลองความรอบรู้ด้าน สามารถปรับปรุงความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ การที่กลุ่มทดลองสามารถควบคุมความดันโลหิตได้มากกว่ากลุ่มควบคุมควบคุม แสดงให้เห็นถึงผลกระทบที่ชัดเจนของโปรแกรม อย่างไรก็ตามการที่อัตราการปรับเปลี่ยนการใช้ยาที่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญนั้นอาจสืบเนื่องมาจากระยะเวลาติดตามผลที่ยังไม่เพียงพอสำหรับการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้¹⁹ ที่เน้นความจำเป็นในการติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินผลกระทบที่แท้จริง

ข้อเสนอแนะ

ควรดำเนินการศึกษาติดตามผลในระยะยาว (Longitudinal Study) อย่างน้อย 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และระดับความดันโลหิต รวมถึงอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และควรพัฒนาโปรแกรมในรูปแบบดิจิทัล เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและประเมินประสิทธิผลเปรียบเทียบกับรูปแบบกิจกรรมกลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

1. ณัฐชิวรรณ พันธมุง, ศิริพร ใจดี, สุภาวดี คำแก้ว. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลสาธารณสุข 2562;33(2):45-58.
2. World Health Organization. Hypertension [internet]. 2023[cited 20 April 2025]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
3. Taheri Soodejani M. Non-communicable diseases in the world over the past century: a secondary data analysis. Front Public Health 2024;12:1436236. doi:10.3389/fpubh.2024.1436236.
4. Aekplakorn W, Chariyalertsak S, Kessomboon P, Assanangkorncha S, Taneepanichskul S, Goldstein A, et al. Trends in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in the Thai population, 2004 to 2020. BMC public health 2024;24:3149.
5. จุฑารัตน์ ศิริพัฒน์, สุทธิพร มูลศาสตร์, ฉันทนา จันทวงศ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในบุคคลที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง. วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ 2561;37(1):42-57. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/181717>.
6. ฝายพร สุขเจริญ, ณัฏฐ์ ศกุนต์พงษ์, จิตภา โปลกฤต, สุรีย์พร ชุ่มแดง. ผลกระทบของแบบจำลองความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบการเรียนรู้เปลี่ยนแปลงสำหรับผู้สูงอายุไทยที่มีความดันโลหิตสูง. BMC Research Notes 2567;17(1):278.
7. ธวัศรา พรสุข. การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. วารสารส่งเสริมสุขภาพ 2567;41(4):234-247
8. สำราญ วงศ์อ่อน, การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพัฒนาสุขภาพชุมชน 2564;28(3):189-202
9. อุษณีย์ นาคได้. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วารสารเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2567;34(3):189-202
10. โรงพยาบาลมุกดาหาร. รายงานสถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปี 2565-2567. มุกดาหาร; 2567.
11. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Himmelfarb CD, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APHA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for high blood pressure prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: A report of the American college cardiology/ American heart association task force on clinical practice guidelines. Hypertension 2018;71(6):e13-e115. doi:10.1161/HYP.0000000000000065
12. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman; 1997.
13. Warren-Findlow J, Seymour RB, Brunner Huber LR. The association between self-efficacy and hypertension self-care. J Community Health. 2012;37:15-24. doi:10.1007/s10900-011-9410-6.

14. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A-G. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods*. 2009;41(4):1149-1160. doi:10.3758/BRM.41.4.1149.
 15. Sornlorm K, Thi WM. Health literacy and high blood pressure among Myanmar migrant workers in Northeastern Thailand. *PLOS ONE* 2024;19(4): e0302057
 16. Garcia-Cardenas V, Armour C, Hughes J, Carrera S, Benrimoj S, Berbatis C. Lifestyle management of hypertension: Britemational Society of Hypertension position paper endorsed by the World Hypertension League and European Society of Hypertension, *Hypertens*. 2024;41(12):1968-2008.
 17. Sun T, Xu X, Ding Z, Xie H, Ma L, Zhang J, et al. Development of a Health Behavioral Digital Intervention for Patients With Hypertension Based on an Intelligent Health Promotion System and WeChat: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth* 2024;12:e53006. doi: 10.2196/53006
 18. Han H, Delva S, Greeno RV, Negoita S, Cajita M, Will W. A health literacy-focused intervention for Latinos with hypertension. *Health Literacy Research and Practice*. 2018;2(1):e21–e25. doi: 10.3928/24748307-20180108-02
 19. Katz ME, Mszar R, Grimshaw AA, Gunderson CG, Onuma OK, Lu y, et al. Digital health interventions for hypertension management in US populations experiencing health disparities: A systematic review and meta-analysis, *JAMA Netw Open* 2024; 7(2):e2356070. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.56070.
-

ผลการพัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร

ศิริลักษณ์ มิระสิงห์¹

เพชรสมร มีธรรม²

ณัฐชานันท์ ผิวเรืองนนท์³

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: ทารกแรกเกิดป่วยเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกของการรักษา ความแปรปรวนของกระบวนการดูแลอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้และระยะเวลาดอนโรงพยาบาลที่ยาวนาน การพัฒนาระบบบริการอย่างเป็นระบบจึงมีความสำคัญต่อการยกระดับคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ทางคลินิก

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิดป่วยในโรงพยาบาลมุกดาหาร ประเมินผลลัพธ์ของระบบที่พัฒนา และศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบดังกล่าว

วิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงพัฒนาโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ร่วมกับกรอบการประเมิน CIPP และแนวคิด Structure–Process–Outcome ของ Donabedian ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม 2568 ถึงมกราคม 2569 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยทารกแรกเกิดป่วย 72 ราย แบ่งเป็นก่อนพัฒนา 36 ราย และหลังพัฒนา 36 ราย และพยาบาลวิชาชีพ 17 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ ระบบดูแลที่พัฒนาขึ้น (Clinical Pathway และ Care Bundle) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก แบบประเมินความสอดคล้องต่อแนวปฏิบัติ และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล (Cronbach's $\alpha = 0.89$) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบก่อน–หลังโดยใช้ Independent t-test และ Chi-square test

ผลการศึกษา: ภายหลังการพัฒนาระบบ อัตราภาวะแทรกซ้อนลดลงจากร้อยละ 26.7 เป็นร้อยละ 10.0 (Risk Ratio = 0.375; 95% CI 0.110–1.279) ระยะเวลาดอนโรงพยาบาลลดลงเฉลี่ย 2.6 วัน (95% CI –4.00 ถึง –1.20; Cohen's $d = 0.96$) และความสอดคล้องต่อ Clinical Pathway เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 62 เป็นร้อยละ 91 ($p < .001$) พยาบาลมีความพึงพอใจต่อระบบในระดับมากที่สุด (Mean = 4.42 ± 0.38)

สรุป: การพัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิดป่วยโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมร่วมกับกรอบการประเมินเชิงระบบ สามารถเพิ่มคุณภาพกระบวนการดูแล ลดภาวะแทรกซ้อน และลดระยะเวลาดอนโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญเชิงคลินิก ส่งผลให้ระบบมีศักยภาพในการดำเนินงานอย่างยั่งยืน และสามารถประยุกต์ใช้ในบริบทหน่วยบริการระดับเดียวกันได้

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบบริการ, ทารกแรกเกิดป่วย, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, CIPP, คุณภาพการพยาบาล

¹ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร

² หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร

³ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร

วันรับบทความ

28 กุมภาพันธ์ 2569

แก้ไขบทความ

6 มีนาคม 2569

ตอบรับตีพิมพ์

13 มีนาคม 2569

Outcome of the development of the care system for sick newborns at Mukdahan Hospital

Sirilak Mirasing
Petchsamorn Meetham
Nutchanant Phewruangnont

Abstract

Background: Sick newborns are highly vulnerable to early complications, and variations in care processes may contribute to preventable morbidity and prolonged hospitalization. Strengthening system-level neonatal care through structured quality improvement is essential to enhance clinical outcomes and sustainability.

Objective: To develop a structured care system for sick newborns at Mukdahan Hospital, evaluate its clinical and process outcomes, and assess nurses' satisfaction following implementation.

Methods: A developmental research study using participatory action research (PAR) integrated with the CIPP evaluation framework and Donabedian's Structure–Process–Outcome model was conducted from March 2025 to January 2026. The sample included 72 sick newborns (36 pre-intervention and 36 post-intervention) and 17 registered nurses. The intervention comprised a standardized clinical pathway and evidence-based care bundles. Data collection instruments included a neonatal clinical outcome record form, a clinical pathway compliance audit tool, and a nurse satisfaction questionnaire (Cronbach's alpha = 0.89). Descriptive statistics were applied. Independent t-tests and Chi-square tests were used to compare pre- and post-intervention outcomes. Effect sizes and 95% confidence intervals (CI) were reported.

Results: After system implementation, the complication rate decreased from 26.7% to 10.0% (Risk Ratio 0.375; 95% CI 0.110–1.279). The mean length of hospital stay was reduced by 2.6 days (95% CI –4.00 to –1.20), with a large effect size (Cohen's d = 0.96). Clinical pathway compliance improved from 62% to 91% ($p < .001$). Nurses reported very high satisfaction with the developed system (Mean 4.42 ± 0.38).

Conclusions: The development of a structured neonatal care system using PAR and systematic evaluation frameworks improved care processes and demonstrated clinically meaningful reductions in hospital stay and complications. This model may serve as a sustainable and scalable approach for neonatal quality improvement in similar healthcare settings.

Keywords: Sick newborn care, Neonatal quality improvement, Participatory action research, Clinical pathway, Health system development

บทนำ

ทารกแรกเกิดป่วยเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางสูงและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างรวดเร็วในระยะเริ่มต้นของการรักษา แม้ในปัจจุบันอัตราการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทั่วโลกจะมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่การเสียชีวิตในช่วง 28 วันแรกหลังคลอดยังคงเป็นสัดส่วนที่สำคัญของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยพบว่าการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดคิดเป็นเกือบครึ่งหนึ่งของการเสียชีวิตเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทั่วโลก สะท้อนให้เห็นว่าคุณภาพของระบบบริการสุขภาพในระดับสถานพยาบาล โดยเฉพาะการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงหรือภาวะวิกฤต ยังคงเป็นปัจจัยสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว¹ องค์การอนามัยโลกได้เน้นความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิดที่ป่วยหรือมีความเสี่ยง มาตรฐานการดูแลทารกป่วยในสถานพยาบาล โดยระบุว่า การดูแลที่ไม่เป็นมาตรฐานหรือมีความแปรปรวนของกระบวนการปฏิบัติ อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ เช่น ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ภาวะหายใจผิดปกติ และภาวะระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ ซึ่งล้วนส่งผลต่อการเพิ่มอัตราการเจ็บป่วย ระยะเวลานอนโรงพยาบาลและต้นทุนทางสุขภาพที่สูงขึ้น^{2,3}

โรงพยาบาลมุกดาหารเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 350 เตียง ทำหน้าที่เป็นศูนย์รับส่งต่อทารกแรกเกิดป่วยในพื้นที่ จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2565–2567 พบว่ามีทารกแรกเกิดที่ส่งต่อเข้ารับการรักษารายวัน 66, 53 และ 33 รายตามลำดับ เมื่อประเมินอาการแรกเริ่ม พบภาวะแทรกซ้อนสำคัญ ได้แก่ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำจำนวน 50, 48 และ 30 ราย ภาวะหายใจผิดปกติจำนวน 66, 50 และ 33 ราย และภาวะระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติจำนวน 18, 11 และ 6 รายตามลำดับ⁴ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความไม่เสถียรทางคลินิกของทารกเมื่อแรกเริ่ม และบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลที่มีมาตรฐานและสอดคล้องกันในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติ

จากการวิเคราะห์ช่องว่างของระบบ พบว่ากระบวนการดูแลยังขาดแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ขาดการใช้ Clinical Pathway และ Care Bundle อย่างเป็นระบบ รวมทั้งยังไม่มีระบบติดตามและประเมินผลลัพธ์ที่ชัดเจนตามกรอบคุณภาพบริการสุขภาพ แนวคิด Structure–Process–Outcome ของ Donabedian อธิบายว่า การพัฒนาโครงสร้าง และกระบวนการดูแล ที่เหมาะสม จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอย่างเป็นระบบ ขณะเดียวกันการพัฒนาระบบให้เกิดความยั่งยืนจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในหน่วยงาน ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ซึ่งส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกัน การสะท้อนผล และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

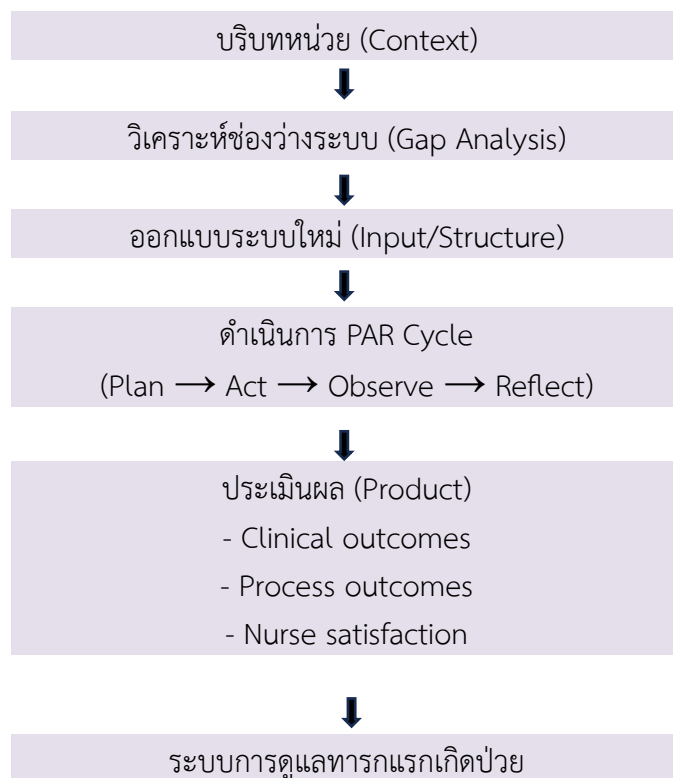
ดังนั้น การพัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิดป่วยในโรงพยาบาลมุกดาหารจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อยกระดับมาตรฐานการดูแล ลดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาอนโรงพยาบาล และเพิ่มคุณภาพการให้บริการอย่างยั่งยืน อันจะส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิดป่วยในโรงพยาบาลมุกดาหาร
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิดป่วยของโรงพยาบาลมุกดาหาร
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิดป่วยในโรงพยาบาลมุกดาหาร

กรอบแนวคิด

ใช้กรอบแนวคิดแบบบูรณาการ PAR⁵ (Participatory action research : PAR) + CIPP⁶ (Context, Input, Process, Product) ภายใต้โครงสร้างคุณภาพ Donabedian⁷ (Structure–Process–Outcome Model) เป็นแนวคิดหลักที่ใช้ในการวิจัย โดยการวิจัยนี้บูรณาการ 3 กรอบแนวคิด ได้แก่



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

จากผังดังกล่าวอธิบายได้ดังนี้

ระยะที่ 1 Context Evaluation (CIPP – C)

การวิเคราะห์บริบทและปัญหาเดิมของระบบดูแลทารกแรกเกิดป่วย ประกอบด้วย

- อุบัติการณ์ทารกป่วยในหอผู้ป่วย
- อัตราภาวะแทรกซ้อนสำคัญ คือ Respiratory failure, sepsis, hypothermia, hypoglycemia

- ระยะเวลาในโรงพยาบาล
- ปัญหาการส่งต่อ / การสื่อสาร
- ความครบถ้วนของแนวปฏิบัติเดิม
- ความพร้อมด้านบุคลากรและทรัพยากร

ผลลัพธ์ระยะนี้ได้ช่องว่างของระบบ (System Gap) เพื่อใช้วางแผนพัฒนา

ระยะที่ 2 Input Evaluation (CIPP – I)

การออกแบบระบบดูแลใหม่ (Structure) สอดคล้องกับแนวคิด Donabedian ด้าน Structure ได้แก่

- การพัฒนาคู่มือ/Clinical Pathway
- การจัดทำ Checklist / Care bundle
- การพัฒนาศักยภาพพยาบาล (training/competency)
- การจัดระบบสื่อสาร SBAR
- การจัดสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์
- การกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพ

ผลลัพธ์ระยะนี้ ได้ระบบการดูแลทารกแรกเกิดป่วยฉบับพัฒนา

ระยะที่ 3 Process (PAR Cycles + CIPP – P)

ในระยษนี้ใช้วงจร PAR เป็นกลไกขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงวงจร PAR ประกอบด้วย

1. Plan

- ประชุมทีมสหสาขา
- ออกแบบแนวปฏิบัติ
- กำหนด KPI

2. Act

- ทดลองใช้ระบบในหอผู้ป่วย
- ใช้ Care bundle และ Clinical pathway

3. Observe

- เก็บข้อมูลผลลัพธ์ทารก
- Audit การปฏิบัติตามแนวทาง

4. Reflect

- วิเคราะห์ผล
- ปรับปรุงระบบ
- เริ่มรอบใหม่

ดำเนินการ 2 รอบ เพื่อให้ระบบมีเสถียรภาพ

ระยะที่ 4 Product Evaluation (CIPP – P)

เป็นการประเมินผลลัพธ์ของระบบใหม่ โดยวัด 3 มิติหลัก

1. ผลลัพธ์ด้านทารก (Clinical Outcomes)
อัตราภาวะแทรกซ้อนลดลง
ระยะเวลานอนลดลง
2. ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ (Process Outcomes)
ความสอดคล้องต่อ Clinical pathway (% compliance)
ความครบถ้วนของการบันทึก
3. ผลลัพธ์ด้านบุคลากร (Nursing Outcomes)
ความพึงพอใจของพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Study design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research) การวิจัยดำเนินการในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2569 โดยใช้การเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

สถานที่ศึกษา (Study setting)

การศึกษานี้ดำเนินการในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย SNB และ NICU โรงพยาบาลมุกดาหาร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Participants)

กลุ่มทารกแรกเกิด

ประชากรคือทารกแรกเกิดป่วยที่ส่งต่อเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมุกดาหาร กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยทารกแรกเกิดป่วยจำนวน 72 ราย โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธี purposive sampling แบ่งเป็น กลุ่มก่อนพัฒนาระบบจำนวน 36 ราย กลุ่มหลังพัฒนาระบบ จำนวน 36 ราย

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

1. ทารกแรกเกิดที่ส่งต่อเข้ารับการรักษานใน SNB หรือ NICU โรงพยาบาลมุกดาหาร
2. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน SNB และ NICU

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

1. ทารกที่ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นก่อนสิ้นสุดการรักษา
 2. พยาบาลวิชาชีพย้ายออกจาก NICU
-

พยาบาล

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 17 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย จำนวน 10 คน และ NICU จำนวน 10 คน ที่มีส่วนร่วมในการใช้ระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น

การพัฒนาระบบการดูแล (Intervention)

ระบบการดูแลทารกแรกเกิดป่วยได้รับการพัฒนาโดยใช้กระบวนการ PAR ซึ่งประกอบด้วยวงจร Plan – Act – Observe – Reflect

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิดขณะที่ยังต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมุกดาหารที่พัฒนาขึ้น (CVI=0.84) ประกอบด้วย Clinical Pathway และ Care Bundle สำหรับการดูแลทารกแรกเกิดป่วย 2) แนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย (New born Fast Track) เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมุกดาหาร ที่พัฒนาขึ้น (CVI=0.88)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา และข้อมูลของทารกป่วย (CVI=0.88) 2) แบบบันทึกด้านพยาบาล (IOC= 0.80) ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก ใช้เก็บข้อมูลภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาในโรงพยาบาล และข้อมูลทั่วไปของทารก 3) แบบประเมินความสอดคล้องต่อแนวปฏิบัติ (Clinical pathway compliance checklist) (CVI=0.98) และ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิดป่วยในโรงพยาบาลมุกดาหาร ที่พัฒนาขึ้น มีลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบ Likert มี 5 ระดับ คือ 5 คะแนน เท่ากับ พึงพอใจมากที่สุด 4 คะแนน เท่ากับ พึงพอใจมาก 3 คะแนน เท่ากับ พึงพอใจปานกลาง 2 คะแนน เท่ากับ พึงพอใจน้อยและ 1 คะแนน เท่ากับ พึงพอใจน้อยที่สุด การแปลผลคะแนนดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง ความเป็นไปได้ในการนำระบบไปใช้อยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง ความเป็นไปได้ในการนำระบบไปใช้อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง ความเป็นไปได้ในการนำระบบไปใช้อยู่ในระดับสูง ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่า Cronbach's alpha = 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)

ข้อมูลก่อนการพัฒนาระบบเก็บจากเวชระเบียนของทารกแรกเกิดป่วยในช่วงก่อนดำเนินการพัฒนาระบบ ส่วนข้อมูลหลังการพัฒนาระบบเก็บจากทารกที่ได้รับการดูแลตามระบบใหม่ รวมทั้งเก็บข้อมูลความสอดคล้องต่อ Clinical Pathway และความพึงพอใจของพยาบาลหลังการใช้ระบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล (Statistical analysis)

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติ โดยใช้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ
3. ใช้ Independent t-test สำหรับตัวแปรเชิงต่อเนื่อง คือ ระยะเวลานอนโรงพยาบาล
4. ใช้ Chi-square test สำหรับตัวแปรเชิงจัดหมวดหมู่ คือ อัตราภาวะแทรกซ้อน
5. รายงาน effect size และ ช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% confidence interval) เพื่อแสดงนัยสำคัญเชิงคลินิกของผลการศึกษา กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมุกดาหาร เลขที่ MEC 27/68 วันที่รับรอง 26 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการวิจัย (Results)

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยทารกแรกเกิดป่วยที่ถูกส่งต่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร จำนวน 72 ราย แบ่งเป็นกลุ่มก่อนพัฒนาระบบจำนวน 36 ราย และกลุ่มหลังพัฒนาระบบจำนวน 36 ราย

ข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิดพบว่าไม่แตกต่างกัน โดยอายุครรภ์เฉลี่ยของกลุ่มก่อนพัฒนาเท่ากับ 37.2 ± 1.8 สัปดาห์ และกลุ่มหลังพัฒนาเท่ากับ 37.5 ± 1.6 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ยเท่ากับ $2,720 \pm 420$ กรัม และ $2,680 \pm 390$ กรัม (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา (n=36) Mean $\pm$ SD.	หลังพัฒนา (n=36) Mean $\pm$ SD.	p-value
อายุครรภ์ (สัปดาห์)	37.2 $\pm$ 1.8	37.5 $\pm$ 1.6	0.42
น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)	2,720 $\pm$ 420	2,680 $\pm$ 390	0.67
เพศชาย_จำนวน(ร้อยละ)	20 (55.6)	13 (36.1)	0.09
เพศหญิง_จำนวน(ร้อยละ)	16 (44.4)	23 (63.9)	

2. ผลของการพัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิดป่วย

หลังการพัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิดป่วยโดยใช้ Clinical Pathway และ Care Bundle พบว่าอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารกลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนการพัฒนาระบบ ภาวะอุณหภูมิกายต่ำลดลงจากร้อยละ 83.3 เป็นร้อยละ 50.0 ภาวะหายใจผิดปกติลดลงจากร้อยละ 100 เป็นร้อยละ 66.7 และภาวะระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติลดลงจากร้อยละ 25.0 เป็นร้อยละ 11.1 ผลการวิเคราะห์พบว่า ภาวะอุณหภูมิกายต่ำและภาวะหายใจผิดปกติลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิดก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแล

ภาวะแทรกซ้อน	ก่อนพัฒนา (n=36) จำนวน (ร้อยละ)	หลังพัฒนา (n=36) จำนวน (ร้อยละ)	Risk Ratio	95% CI	p-value
ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ	30 (83.3)	18 (50.0)	0.60	0.42–0.86	<0.01
ภาวะหายใจผิดปกติ	36 (100.0)	24 (66.7)	0.67	0.52–0.86	<0.01
ภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ	9 (25.0)	4 (11.1)	0.44	0.15–1.29	0.12

3. การเปรียบเทียบระยะเวลาอนโรงพยาบาล

พบว่า ภายหลังกการพัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิดป่วย ระยะเวลาอนโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดลดลงอย่างชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนการพัฒนาระบบ โดยกลุ่มก่อนพัฒนามีระยะเวลาอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 9.4 ± 3.2 วัน ในขณะที่กลุ่มหลังพัฒนามีระยะเวลาอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 6.8 ± 2.1 วัน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระยะเวลานอนโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแล

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา (n = 36) Mean±SD.	หลังพัฒนา (n = 36) Mean±SD.	ค่าเฉลี่ย ค ว า ม แตกต่าง	95% CI	Effect size (Cohen's d)	p - value
ระยะเวลานอน โรงพยาบาล (วัน)	9.4 ± 3.2	6.8 ± 2.1	-2.6	-4.00, -1.20	0.96	<0.01

4. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบการดูแลทารกแรกเกิดป่วยที่พัฒนาขึ้น

พยาบาลวิชาชีพจำนวน 17 คน มีความพึงพอใจต่อระบบในระดับมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.42 ± 0.38

รายข้อ พบรายการที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ระบบช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลทารกแรกเกิดป่วย (Mean = 4.48 ± 0.34) รองลงมา คือ แนวทาง Clinical Pathway มีความชัดเจน เข้าใจง่าย (Mean = 4.47 ± 0.35) และ ระบบช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่อง (Mean = 4.46 ± 0.36) (ตารางที่ 4)

รายด้าน พบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย (Mean = 4.46 ± 0.35) รองลงมาคือ ด้านความชัดเจนของแนวปฏิบัติ (Mean = 4.44 ± 0.37) และ ด้านความสะดวกในการใช้งาน (Mean = 4.36 ± 0.42) ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

จำแนกตามหน่วยงาน พบว่าพยาบาลวิชาชีพในหน่วย NICU มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยเท่ากับ 4.46 ± 0.36 ในขณะที่พยาบาลวิชาชีพในหน่วย SNB มีคะแนนเฉลี่ย 4.40 ± 0.40 ซึ่งทั้งสองหน่วยงานมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 4 คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบการดูแลทารกแรกเกิดป่วยที่พัฒนา
รายชื่อ (n = 17)

ข้อที่	รายการประเมิน	Mean	SD.	ระดับ
1	แนวทาง Clinical Pathway มีความชัดเจน เข้าใจง่าย	4.47	0.35	มากที่สุด
2	แนวทาง Care Bundle ครอบคลุมการดูแลทารกแรกเกิดป่วย	4.41	0.39	มากที่สุด
3	ระบบที่พัฒนาช่วยให้การประเมินอาการทารกเป็นระบบมากขึ้น	4.44	0.37	มากที่สุด
4	ระบบช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติการพยาบาล	4.38	0.41	มาก
5	ระบบช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่อง	4.46	0.36	มากที่สุด
6	การบันทึกข้อมูลตาม Clinical Pathway ทำได้สะดวก	0.45	0.43	มาก
7	ระบบช่วยให้การตัดสินใจทางคลินิกมีความมั่นใจมากขึ้น	4.43	0.38	มากที่สุด
8	ระบบช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลทารกแรกเกิดป่วย	4.48	0.34	มากที่สุด
9	ระบบสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงได้	4.39	0.40	มาก
10	ความพึงพอใจโดยรวมต่อระบบที่พัฒนา	4.42	0.38	มากที่สุด

ตารางที่ 5 คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบการดูแลทารกแรกเกิดป่วยที่พัฒนา
จำแนกตามด้าน (n = 17)

ด้านที่ประเมิน	จำนวนข้อ	Mean	SD.	ระดับ
ด้านความชัดเจนของแนวปฏิบัติ	3	4.44	0.37	มากที่สุด
ด้านความสะดวกในการใช้งาน	3	4.36	0.42	มาก
ด้านประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย	3	4.46	0.35	มากที่สุด
ด้านความพึงพอใจโดยรวม	1	4.42	0.38	มากที่สุด
รวม	10	4.42	0.38	มากที่สุด

ตารางที่ 6 คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบการดูแลทารกแรกเกิดป่วยที่พัฒนา จำแนกตามหน่วยงาน (n = 17)

หน่วยงาน	จำนวน (คน)	Mean	SD.	ระดับความพึงพอใจ
SNB	10	4.40	0.40	มากที่สุด
NICU	7	4.46	0.36	มากที่สุด
รวม	17	4.42	0.38	มากที่สุด

อภิปรายผล (Discussion)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิดป่วยในโรงพยาบาลมุกดาหาร และประเมินผลลัพธ์ของระบบที่พัฒนาขึ้นโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ร่วมกับการรอบการประเมิน CIPP และแนวคิดคุณภาพบริการสุขภาพของ Donabedian

ผลการศึกษาพบว่าภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำและภาวะหายใจผิดปกติของทารกแรกเกิดลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังการพัฒนาระบบการดูแล ซึ่งอาจอธิบายได้จากการใช้แนวทางการดูแลที่มีขั้นตอนชัดเจนผ่าน Clinical Pathway และ Care Bundle ที่ช่วยให้บุคลากรสามารถประเมินและดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับแนวคิดของ Donabedian ที่ระบุว่าการพัฒนาโครงสร้างและกระบวนการบริการสุขภาพสามารถนำไปสู่การปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้⁷ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่เน้นการพัฒนาระบบบริการสำหรับทารกแรกเกิดป่วย โดยเฉพาะการใช้แนวปฏิบัติที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์และการติดตามตัวชี้วัดคุณภาพในสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง⁸

ในด้านผลลัพธ์ทางคลินิก การศึกษานี้พบว่าระยะเวลานอนโรงพยาบาลของทารกลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังการพัฒนาระบบ โดยลดลงเฉลี่ย 2.6 วัน และมีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบการดูแลสามารถช่วยปรับปรุงผลลัพธ์ของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญเชิงคลินิก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยด้านการพัฒนาคุณภาพการดูแลใน NICU ซึ่งรายงานว่าการนำแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานมาใช้ร่วมกับกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องสามารถลดภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาอนโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดได้^{9,10}

ในด้านกระบวนการดูแล พบว่าความสอดคล้องต่อ Clinical Pathway เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนหลังการพัฒนาระบบ สะท้อนให้เห็นว่าการกำหนดแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานและมีเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก

สามารถลดความแปรปรวนของการปฏิบัติงานในหน่วยบริการได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Profit และคณะ ที่พบว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยและการใช้แนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานใน NICU มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น¹¹

ในส่วนของความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจต่อระบบในระดับมากที่สุด สะท้อนว่าระบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งระบุว่าการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการพัฒนาระบบจะช่วยเพิ่มการยอมรับของผู้ใช้และทำให้การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างยั่งยืน¹²

โดยสรุป ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิดป่วยที่บูรณาการการมีส่วนร่วมของบุคลากร การใช้แนวปฏิบัติที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ และการประเมินผลอย่างเป็นระบบ สามารถช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลทารกแรกเกิดป่วยในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ควรศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของทารกแรกเกิดป่วย เช่น การเจริญเติบโต พัฒนาการของทารก และอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ เพื่อประเมินผลกระทบของระบบการดูแลในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Newborn mortality. Geneva: WHO; 2023.
 2. World Health Organization. Standards for improving the quality of care for small and sick newborns in health facilities. Geneva: WHO; 2020.
 3. United Nations Children’s Fund (UNICEF). Levels and trends in child mortality. New York: UNICEF; 2023.
 4. โรงพยาบาลมุกดาหาร. รายงานสถิติประจำปี 2568. มุกดาหาร: โรงพยาบาลมุกดาหาร; 2568.
 5. Kemmis S, McTaggart R. Participatory action research: communicative action and the public sphere. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. The SAGE handbook of qualitative research. 4th ed. Thousand Oaks: Sage; 2011. doi:10.4135/9781483348858.
 6. Stufflebeam DL, Zhang G. The CIPP evaluation model: how to evaluate for improvement and accountability. New York: Guilford Press; 2017. doi:10.4324/9781315086545.
 7. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Q. 2005;83(4):691–729. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00397.
 8. World Health Organization. Standards for improving the quality of care for small and sick newborns in health facilities. Geneva: WHO; 2020.
 9. Sharma D, Murki S, Kulkarni D, Pawale D, Vardhelli V, Anne RP, et al. The impact of a quality improvement project to reduce admission hypothermia on mortality and morbidity in very low birth weight infants. Eur J Pediatr. 2020;179:1851–1858. doi:10.1007/s00431-020-03711-7.
 10. Yip WY, Quek BH, Fong MCW, Thilagamangai, Ong SSG, Lim BL, et al. A quality improvement project to reduce hypothermia in preterm infants on admission to the neonatal intensive care unit. Int J Qual Health Care. 2017;29(7):922–928. doi:10.1093/intqhc/mzx131.
-

11. Profit J, Etchegaray J, Petersen LA, Sexton JB, Hysong SJ, Mei M, et al. Neonatal intensive care unit safety culture varies widely. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2012;97:F120–F126. doi:10.1136/archdischild-2011-300635.
 12. Baum F, MacDougall C, Smith D. Participatory action research. J Epidemiol Community Health. 2006;60:854–857. doi:10.1136/jech.2004.028662.
-

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคไขสันหลังอักเสบจากแอนติบอดีต่อไมอีลินโอลิโกเดนโดรไซต์ไกลโคโปรตีน : กรณีศึกษา

แพทย์หญิงภัคจิรา ธรรมเจียรกุล¹

นายแพทย์อนุวรรตน์ บุญส่ง²

บทคัดย่อ

รายงานผู้ป่วยชายอายุ 24 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ให้ประวัติอ่อนแรงขาทั้งสองข้าง 12 วัน อาการมากขึ้นเริ่มจากสามารถเดินไปได้แบบช้า ๆ จนกระทั่งยกขาไม่ได้ ร่วมกับปัสสาวะไม่ออก 8 วัน จำเป็นต้องใส่สายสวนปัสสาวะ ตรวจร่างกายพบ motor power grade 0 at both lower extremities เป็นลักษณะ upper motor neuron lesion ร่วมกับ impaired pinprick sensation up to T4 dermatome level จึงตรวจ MRI whole spine พบ long segmental T2 hyperintense lesion involving spinal cord at C2 to L1 levels และพบ anti-myelin oligodendrocyte glycoprotein antibodies (anti-MOG Ab) ในเลือด วินิจฉัยเป็น โรคไขสันหลังอักเสบจากแอนติบอดีต่อไมอีลินโอลิโกเดนโดรไซต์ไกลโคโปรตีน (Anti-Myelin Oligodendrocyte Glycoprotein Transverse Myelitis) เริ่มรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ทางหลอดเลือดดำ 5 วัน อาการไม่ตอบสนองต่อการรักษาจึงได้รับการเปลี่ยนถ่ายพลาสมา (Plasma exchange) ทั้งหมด 5 ครั้ง จากนั้นขาทั้งสองข้างเริ่มยกลอยได้ ผู้ป่วยได้รับยาสเตียรอยด์กินต่อเนื่องและค่อย ๆ ลดยาลงในเวลา 3 เดือน ติดตามหลังเริ่มการรักษา 1 เดือนกลับมาเดินได้และสามารถถอดสายสวนปัสสาวะได้ มีนัดติดตามที่ 6 เดือน ตรวจ anti-MOG antibodies อีกครั้งเพื่อประเมินโอกาสในการกลับเป็นซ้ำ

¹ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป โรงพยาบาลมุกดาหาร

² อายุรแพทย์เฉพาะทางระบบประสาท หน่วยงานอายุรกรรม
โรงพยาบาลมุกดาหาร

วันรับบทความ

28 พฤศจิกายน 2568

แก้ไขบทความ

1 มีนาคม 2569

ตอบรับตีพิมพ์

10 มีนาคม 2569

Anti-Myelin Oligodendrocyte Glycoprotein Antibodies associated Transverse Myelitis Patient : A Case Study

Pakjira Thamthiankul

Anuwat Boonsong

Abstract

A 24-year-old male without an underlying disease presented with progressive paraparesis for 12 days with urinary disturbance requiring a Foley catheter for 8 days. His significant neurological deficit included motor power grade 0 of both lower extremities, which is upper motor neuron type, and impairment of pinprick sensation up to T4 dermatome. MRI imaging of his whole spine showed a long segmental hyperintense lesion in T2-weighted image involving spinal cord at C2 to L1 levels. Many tests were done to find the cause of transverse myelitis in this patient. At last, anti-myelin oligodendrocyte glycoprotein antibodies (anti-MOG Ab) were found in his serum. The initial treatment of intravenous high-dose steroid for 5 days had not improved his motor power, so plasmapheresis was arranged for 5 times in 10 days, resulting in improvement of his motor power of right and left legs to grade II and IV, respectively. Then a prednisolone taper followed. 1 month after the treatment, the patient had visited OPD, walking normally, and the Foley catheter was removed. At 6 months, anti-MOG antibodies test will be repeated for evaluation of risk of disease relapse.

บทนำ

Transverse Myelitis

ภาวะไขสันหลังอักเสบ เป็นภาวะที่เกิดจากการอักเสบของไขสันหลังที่ไม่ได้มีมาแต่กำเนิด ซึ่งทำให้มีอาการอ่อนแรง การรับรู้ความรู้สึกผิดปกติ และปัสสาวะอุจจาระผิดปกติ แบบเฉียบพลันหรือกึ่งเฉียบพลัน โดยเป็นการอ่อนแรงขาทั้งสองข้างหรือแขนขาทั้งหมด และมีลักษณะ upper หรือ lower motor neuron lesion ขึ้นกับระดับของไขสันหลังที่มีพยาธิสภาพ โดยพบมากที่สุดที่ไขสันหลังระดับอก การรับรู้ความรู้สึกผิดปกติสามารถเป็นแบบเจ็บปวดมากผิดปกติหรือความรู้สึกลดลงผิดปกติได้ ส่วนอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติเป็นได้ตั้งแต่กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ ปัสสาวะไม่ออก ท้องผูก หรือภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ อาจมีอาการปวดหลังได้ในบางราย นอกจากนี้สามารถทำให้เกิดการหายใจล้มเหลวได้หากมีพยาธิสภาพที่ไขสันหลังส่วนคอระดับที่ 3 ถึง 5 ซึ่งควบคุมกล้ามเนื้อกระบังลม^{1,2}

สาเหตุการเกิดภาวะไขสันหลังอักเสบมีหลายหลาย ส่วนใหญ่ไม่พบสาเหตุแน่ชัด ส่วนสาเหตุที่สามารถระบุได้ในปัจจุบันแบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ได้แก่

1. การเกิดตามหลังการติดเชื้อ เช่น enteroviruses, West Nile virus, herpes viruses, HIV, human T-cell leukemia virus type I (HTLV-1), Zika virus, neuroborreliosis (Lyme), Mycoplasma และ Treponema pallidum
2. การอักเสบจากภูมิคุ้มกันต่อระบบประสาทส่วนกลาง เช่น multiple sclerosis (MS), neuromyelitis optica (NMO), acute disseminated encephalomyelitis (ADEM) และ myelin oligodendrocyte glycoprotein-associated disease (MOGAD)
3. กลุ่มอาการอักเสบทั่วร่างกาย เช่น ankylosing spondylitis, antiphospholipid syndrome, Behcet disease, mixed connective tissue disease, rheumatoid arthritis, sarcoidosis, scleroderma, Sjögren syndrome และ systemic lupus erythematosus

โรคไขสันหลังอักเสบพบได้น้อยประมาณ 1 ในล้านคนต่อปี สามารถพบได้ทุกช่วงอายุ โดยพบมากในช่วงอายุ 10 ถึง 19 ปี และ 30 ถึง 39 ปี พบในเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน โดยพบในเพศหญิงมากกว่าสำหรับ multiple sclerosis

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะไขสันหลังอักเสบ มีดังนี้

1. อาการอ่อนแรง การรับรู้ความรู้สึกผิดปกติ และปัสสาวะ/อุจจาระผิดปกติที่อธิบายด้วยพยาธิสภาพบริเวณไขสันหลัง
2. MRI พบ T2 hyperintense signal
3. ไม่พบหลักฐานของภาวะไขสันหลังถูกกดทับ
4. อาการเป็นทั้งสองข้างของร่างกาย
5. การดำเนินโรคถึงจุดที่แย่ที่สุด (nadir) ในช่วง 4 ชั่วโมงถึง 21 วัน

การรักษาทำได้โดยการให้สเตียรอยด์ขนาดสูงทางหลอดเลือดดำโดยเร็วที่สุดตั้งแต่วินิจฉัย ไม่จำเป็นต้องรอผลเลือดเพิ่มเติม ได้แก่ methylprednisolone หรือ dexamethasone เป็นเวลา 3 ถึง 5 วัน และทำการเปลี่ยนถ่ายพลาสมา (plasma exchange) เพิ่มเติมหากไม่ตอบสนองต่อสเตียรอยด์ ตามด้วยการให้ prednisolone กินต่อเนื่องแบบค่อย ๆ ลดลง นอกจากนี้มีการให้ยากดภูมิคุ้มกันเพิ่มเติม เช่น cyclophosphamide mycophenolate และ rituximab สำหรับภาวะไขสันหลังอักเสบจากบางสาเหตุที่กลับเป็นซ้ำ โดยยังมีการศึกษาไม่เพียงพอสำหรับโรคไขสันหลังอักเสบชนิด MOGAD

การวินิจฉัยแยกโรคควรนึกถึงอันดับแรก คือ ภาวะไขสันหลังถูกกดเบียด เช่น หมอนรองกระดูกสันหลังปลิ้น กระดูกสันหลังหักยุบ กระดูกสันหลังเสื่อม และฝีติดเชื้อในโพรงกระดูกสันหลัง รวมถึงแยกโรคจากสาเหตุทางหลอดเลือด ทางเมแทบอลิซึม เนื้องอก และการฉายรังสี

ผู้ป่วยส่วนมากมักมีอาการดีขึ้นภายใน 1 ถึง 3 เดือนและดีขึ้นต่อเนื่องเมื่อทำกายภาพบำบัดจนกระทั่งหายสนิทภายในเวลา 3 เดือนถึง 2 ปี พบว่าโอกาสที่จะหายสนิทหรืออาการดีขึ้นบางส่วนหรือไม่ดีขึ้นเลยมีพอ ๆ กัน โดยผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงอย่างสมบูรณ์ เป็นเร็ว และมี spinal shock มักมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี นอกจากนี้โรคไขสันหลังอักเสบสามารถกลับเป็นซ้ำได้แต่พบไม่บ่อย

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ อาการปวดเรื้อรัง ข้อติด ภาวะซึมเศร้า และเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

Anti-myelin oligodendrocyte glycoprotein antibodies associated disease (MOGAD)

หนึ่งในสาเหตุที่พบได้ไม่บ่อยของภาวะไขสันหลังอักเสบ คือการมีภูมิคุ้มกันต่อ myelin oligodendrocyte glycoprotein ซึ่งเป็นไกลโคโปรตีนบนผิวของปลอกหุ้มเส้นประสาทที่อยู่ในระบบประสาทส่วนกลาง เมื่อมีการสร้างแอนติบอดีมาจับทำให้เกิดภาวะระบบประสาทส่วนกลางอักเสบหรือเส้นประสาทตาอักเสบได้ เรียกรวมว่า myelin oligodendrocyte glycoprotein-associated disease (MOGAD) พบได้พอกันในเพศชายและหญิง พบในเด็กประมาณ 3 ในล้านคนและในผู้ใหญ่ประมาณ 2 ในล้านคน โดยพบมากที่สุด在孩子 (35%) และพบในผู้ใหญ่ตอนต้นถึงกลางเป็นอันดับสอง³

การวินิจฉัย MOGAD เป็นการวินิจฉัยที่เกิดขึ้นหลังแยกโรคอื่นออกไป โดยควรมีทั้งอาการทางคลินิกแบบ typical phenotypes ร่วมกับการตรวจพบ anti-MOG antibodies ในเลือดหรือน้ำไขสันหลัง โดยน้ำไขสันหลังอาจตรวจได้ลักษณะของการอักเสบคือมีเม็ดเลือดขาวสูงกว่าปกติและเป็นชนิดลิมโฟไซต์เด่น (Lymphocytic pleocytosis)

Typical phenotypes ได้แก่ ภาวะการอักเสบเฉียบพลันของเส้นประสาทตา หรือไขสันหลัง หรือสมอง หรือร่วมกันหลายส่วน ทั้งแบบเกิดครั้งเดียวหรือเกิดซ้ำ โดยการอักเสบของเส้นประสาทตา (MOG-ON) มักเกิดขึ้นภาวะเดียว ไม่เกิดร่วมกับสมองหรือไขสันหลัง และ MRI พบ long segmental involvement of optic nerve⁴ ส่วนการอักเสบของไขสันหลัง (MOG-associated myelitis) มาด้วยอาการทางคลินิกของภาวะไขสันหลังอักเสบที่ไต่กล่าวก่อนหน้านี้และ MRI มักพบเป็น longitudinally extensive transverse

myelitis ที่ไขสันหลังส่วนใดก็ได้ตั้งแต่ medulla จนถึง conus medullaris โดยพบเป็น linear central T2 hyperintensity in sagittal plane และเป็น H pattern in axial plane³

การตรวจพบ anti-MOG antibodies ในเลือดมีความสำคัญมากกว่าในน้ำไขสันหลังเนื่องจาก แอนติบอดีส่วนมากสร้างจากนอกเยื่อหุ้มไขสันหลัง ซึ่งจะนับว่า positive เมื่อ titer>1:20 และพบว่ามี positive predictive value โดยรวมประมาณ 72% ในขณะที่ titer>1:1000 จะมี positive predictive value 100% ในการวินิจฉัย MOGAD แต่ควรระมัดระวัง false positive ในผู้ป่วยที่มาด้วย atypical phenotypes โดยเฉพาะเมื่อตรวจพบ anti-MOG antibodies positive low titer⁵

สำหรับการรักษา MOGAD เนื่องจากพบได้น้อยและยังมีการศึกษาน้อยกว่า multiple sclerosis และ neuromyelitis optica จึงแนะนำให้รักษาด้วยสเตียรอยด์ขนาดสูงทางหลอดเลือดดำหรือการเปลี่ยนถ่ายพลาสมา ยังมีการศึกษาไม่มากพอสำหรับการใช้ยากดภูมิคุ้มกันที่ได้กล่าวไปก่อนหน้านี้² นอกจากนี้การตรวจ anti-MOG antibodies ซ้ำที่ 6 เดือนหลังการรักษาอาจช่วยบอกโอกาสในการกลับเป็นซ้ำได้

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยใส่อายุ 24 ปี ภูมิลำเนาจังหวัดมุกดาหาร อาชีพทำไร่ไถ่ อพยพจาการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2

อาการสำคัญ

ขาทั้งสองข้างอ่อนแรงมากขึ้นมา 12 วัน

ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน

12 วันก่อน ผู้ป่วยเริ่มอ่อนแรงขาทั้งสองข้าง เดินลำบากต้องช่วยพยุง อาการค่อยเป็นค่อยไป ไม่ได้เป็นเฉียบพลัน ไม่ได้เป็น ๆ หาย ๆ ไม่ได้สังเกตอาการขา แขนทั้งสองข้างมีแรงปกติ พูดชัดดี ไม่มีหน้าเบี้ยว ไม่มีหนังตาตก ไม่มีไข้ ไม่ปวดศีรษะ ไม่ปวดหลัง ไม่มีอาการไข้หวัดหรืออาเจียนถ่ายเหลวมาก่อน ไม่ได้ฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่หรือวัคซีนอื่นมาหลายปี

8 วันก่อน ปัสสาวะไม่ออก มาพบแพทย์ตรวจเบื้องต้นไม่พบนิ่วในทางเดินปัสสาวะ ไม่พบไตบวมน้ำ ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ ตรวจปริมาณปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะได้ 1200 มิลลิลิตร จากนั้นนัดติดตามเป็นผู้ป่วยนอก แพทย์ให้ถอดสายสวน ต่อมาปัสสาวะไม่ออกได้ใส่สายสวนใหม่ รวม 3 ครั้ง

1 วัน ผู้ป่วยอ่อนแรงมากขึ้นจนเดินไม่ได้ จึงมาพบแพทย์

ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต

ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติแพ้ยา สูบบุหรี่ 10 มวนต่อวันมา 10 ปี เคยดื่มสุราหนัก ปัจจุบันดื่มเฉพาะตามงานสังคม มีประวัติ 3 สัปดาห์ก่อนเกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์รักษาตัวที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งเป็นเวลา 1 คืน เป็นแผลลอกจากที่ข้อศอก ไม่มีบาดเจ็บที่หลังหรือศีรษะ

ประวัติครอบครัว

ไม่มีคนในครอบครัวมีอาการคล้ายกัน ไม่มีประวัติโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงในครอบครัว ไม่มีประวัติวัณโรคในครอบครัว

การตรวจร่างกายแรกพบ

Vital signs: T 38.2°C, P 96 bpm, BP 126/68 mmHg, RR 20/min

General appearance: Young male, good conscious, not pale, no jaundice, no dyspnea, no pitting edema

Cardiovascular system: Normal S1 and S2, no murmur, no heaving, no thrills, regular pulses

Respiratory system: Normal chest contour, no retraction, normal breath sounds, no adventitious sounds

Abdomen: No distention, normal bowel sounds, soft, not tender, no guarding or rigidity, no rebound tenderness, no hepatosplenomegaly, no palpable mass, no CVA tenderness

Musculoskeletal system: No stepping, no tenderness along spine

Skin: No serpiginous lesion

Neurological system:

- E4V5M6, pupils 3 mm RTLBE, no nystagmus, full EOM, no facial palsy, no ptosis
- Motor power : Right and left upper extremities grade V, right and left proximal and distal lower extremities grade 0
- No muscle atrophy, normotonia, hyperreflexia 3+ both knees
- Babinski dorsiflexion both feet
- Impaired pinprick sensation up to T4 dermatome
- Normal sphincter tone
- Stiff neck negative

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Complete blood count: Hb 13.3 g/dL, Hct 40.5 %, WBC 11,380/uL, N 69%, L 17%, Plt 227,000/uL

Chemistry: BUN 17.4 mg/dL, Cr 0.8 mg/dL, eGFR 125 mL/min/1.7m², Na 138 mmol/L, K 3.74 mmol/L, Cl 101 mmol/L, HCO₃ 30 mmol/L, Ca 9.2(9.6) mg/dL, P 4.23 mg/dL, Mg 1.88 mg/dL

Liver function test: Alb 3.5 g/dL, Glb 3.7 g/dL, AST 116 IU/L, ALT 58 IU/L, ALP 88 IU/L, TB 0.52 mg/dL, DB 0.15 mg/dL

Urinalysis: Clear yellow, pH 7.0, Sp.gr 1.015, Squamous epithelium not seen, WBC 3-5/HPF, RBC 10-20/HPF, (WBC 5-10 at previous hospital, before antibiotics)

MRI Whole Spine (รูปที่ 1):

Long segmental T2 hyperintense lesion involving spinal cord at C2 to L1 levels

Lumbar Puncture:

Open pressure 25 cmH₂O

Close pressure 17 cmH₂O

WBC 189 cells/mm²

RBC 22 cells/mm²

Lymphocyte 56%, PMN 6%,

Eo 31%, Monocyte 7%

Protein 75 mg/dL, Glucose 57 mg/dL

Others:

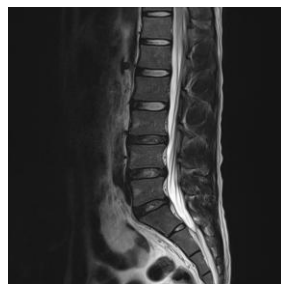
- Meningitis/encephalitis 15 panel: not detected all
 - CSF PCR for TB: negative
 - Serum and CSF Cryptococcal Ab: negative
 - anti-HIV: negative, VDRL: non-reactive
 - ANA: negative, anti-dsDNA: negative
 - Serum anti-MOG Ab: positive low titer (<1:100)
 - CSF anti-MOG Ab: negative
 - Serum and CSF anti-NMO Ab: negative
 - Oligoclonal band: not detected in serum and CS
-



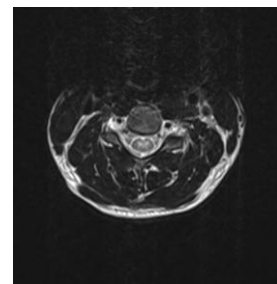
[B] Cervical part



[C] Thoracic part



[D] Lumbar part



[E] H pattern in axial plane

[A] MRI Whole Spine: Long segmental T2 hyperintense lesion (C2 to L1)

รูปที่ 1 MRI

การดำเนินโรค

ผู้ป่วยรายนี้เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลและได้รับการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ขนาดสูงทางหลอดเลือดดำ คือ Methylprednisolone 1000 mg IV OD เป็นเวลา 5 วัน ตามด้วยยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทาน Prednisolone 80 มิลลิกรัมต่อวัน (1 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน) หลังเริ่มยา 7 วันติดตาม motor power ขาขวาและขาซ้าย grade 0 และ I ตามลำดับ หลังเริ่มยา 12 วันติดตาม motor power ยังคงพอเดิม จึงได้รับการเปลี่ยนถ่ายพลาสมา (Plasma exchange) ทั้งหมด 5 ครั้งในระยะเวลา 10 วัน จากนั้นตรวจติดตาม motor power ขาขวาและขาซ้าย grade II และ IV ตามลำดับ ระหว่างนี้ได้รับยาสเตียรอยด์อยู่ตลอดโดยหลังเริ่มยา 10 วันและ 14 วันแพทย์ได้ปรับลดระดับยาเป็น 50 มิลลิกรัมต่อวันและ 40 มิลลิกรัมต่อวันตามลำดับ หลังเริ่มการรักษา 4 สัปดาห์ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตรวจ motor power ขาขวาและขาซ้าย grade III และ IV ตามลำดับ ยังไม่สามารถถอดสายสวนปัสสาวะได้ หลังจากนั้น 1 เดือนมาพบแพทย์ ตามนัดสามารถเดินได้มั่นคงมากขึ้นและถอดสายสวนปัสสาวะออกได้ มีนัดติดตามที่ 6 เดือนตรวจ anti-MOG antibodies อีกครั้งเพื่อประเมินโอกาสในการกลับเป็นซ้ำ

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยชายอายุน้อย ไม่มีโรคประจำตัว มาด้วยขาสองข้างอ่อนแรง ชาตั้งแต่ระดับอกลงไป และการควบคุมปัสสาวะผิดปกติ โดยเฉพาะมีปัสสาวะอุจจาระผิดปกติ ทำให้นึกถึงพยาธิสภาพที่ไขสันหลัง การตรวจร่างกายพบ motor of lower extremities grade 0 ในลักษณะ upper motor neuron lesion และ impaired pinprick sensation up to T4 dermatome ช่วยสนับสนุนว่าพยาธิสภาพอยู่ที่ไขสันหลังระดับประมาณอก

สำหรับการหาพยาธิสภาพที่ไขสันหลังจำเป็นต้องแยกภาวะการการถูกกดเบียดหรือ spinal cord compression ออกก่อนเป็นอันดับแรก โดยเลือกตรวจเป็น MRI whole spine พบ Long segmental T2 hyperintense lesion involving spinal cord at C2 to L1 levels บ่งบอกว่าเป็นภาวะไขสันหลังอักเสบ (transverse myelitis) ซึ่งภาวะดังกล่าวเกิดได้จากหลายสาเหตุ ในผู้ป่วยรายนี้ไม่พบประวัติที่บ่งบอกถึงความเสี่ยงใด การตรวจน้ำไขสันหลังพบลักษณะ lymphocyte pleocytosis ร่วมกับตรวจเพิ่มเติมหาสาเหตุทั้งสามกลุ่มที่กล่าวไปในบทนำ ได้แก่ ตรวจหาการติดเชื้อในระบบประสาท ภูมิคุ้มกันต่อระบบประสาทส่วนกลาง และโรคความผิดปกติหลายระบบ ซึ่งผลตรวจเบื้องต้นยังไม่พบสาเหตุ และเนื่องจากการรอจนได้การวินิจฉัยที่แน่นอนจะทำให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดี ร่วมกับภาวะไขสันหลังอักเสบส่วนมากมีวิธีการรักษาใกล้เคียงกัน ผู้ป่วยจึงได้เริ่มรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ขนาดสูงทางหลอดเลือด ต่อมาอาการยังไม่ดีขึ้น จึงได้รับการเปลี่ยนถ่ายพลาสมาด้วยข้อบ่งชี้จากการไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ตามแผนการรักษา MOGAD ระหว่างนั้นได้เก็บเลือดและน้ำไขสันหลังตรวจเพิ่มเติมหา anti-MOG antibodies ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบได้น้อยมาก ผลพบว่า serum anti-MOG Ab: weakly positive โดยคาดว่าอธิบายได้จากการเก็บสิ่งส่งตรวจหลังจากได้รับการรักษาไปแล้วส่วนหนึ่ง ผลสรุปว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้นเป็นลำดับและกลับมาเดินได้สะดวกเมื่อตรวจติดตามไปเป็นระยะเวลา 3 เดือน

สรุป

รายงานผู้ป่วยฉบับนี้กล่าวถึงผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ด้วยอาการขาอ่อนแรงสองข้างร่วมกับปัสสาวะผิดปกติ ซึ่งเป็นอาการที่ควรวินิจฉัยแยกโรคกับพยาธิสภาพที่ไขสันหลังเสมอ เมื่อตรวจร่างกายพบการรับรู้สึกผิวหนังลดลงมีจุดตัดเป็นระดับชัดเจน และพบกล้ามเนื้ออ่อนแรงแบบ upper motor neuron lesion เท่ากันที่ขาสองข้าง ยิ่งช่วยสนับสนุนรอยโรคที่ไขสันหลัง โดยสรุปผู้ป่วยรายนี้มีลักษณะทางคลินิกเข้าได้ พบลักษณะภาพ MRI ที่จำเพาะ ตรวจน้ำไขสันหลังพบ lymphocyte pleocytosis และ anti-MOG Ab positive จึงวินิจฉัยเป็น anti-MOG antibodies associated transverse myelitis ได้รับการรักษาด้วย IV high dose steroid อาการไม่ดีขึ้น จึงทำการเปลี่ยนถ่ายพลาสมา อาการอ่อนแรงดีขึ้น หลังติดตามการรักษาที่ 1 เดือนผู้ป่วยเดินได้สะดวกและถอดสายสวนปัสสาวะได้ มีนัดติดตาม anti-MOG antibodies ที่ระยะ 6 เดือนเพื่อประเมินการกลับเป็นซ้ำต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Simone CG, Emmady PD. Transverse Myelitis. [Updated 2022 Nov 15]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559302/>
 2. Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J, eds. Harrison's principles of internal medicine. 20th ed. McGraw Hill; 2018. Accessed April 19, 2020.
 3. Longbrake E. Myelin Oligodendrocyte Glycoprotein-Associated Disorders. Continuum (Minneap Minn). 2022 1;28(4):1171-1193. doi: 10.1212/CON.0000000000001127.
 4. Padungkiatsagul T, Chen JJ, Jindahra P, Akaishi T, Takahashi T, Nakashima I, et al. Differences in clinical features of myelin oligodendrocyte glycoprotein antibody-associated optic neuritis in white and asian race. Am J Ophthalmol. 2020 219:332-340. doi: 10.1016/j.ajo.2020.07.008.
 5. Sechi E, Buciuc M, Pittock SJ, Chen JJ, Fryer JP, Jenkins SM, et al. Positive predictive value of Myelin oligodendrocyte glycoprotein autoantibody testing. JAMA Neurol. 2021 1;78(6):741-746. doi: 10.1001/jamaneurol.2021.0912.
-

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีที่มีโรคร่วม : กรณีศึกษา 2 ราย

จินตนา นัมพิศุทธิ์¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัด และมีโรคร่วม

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย โดยศึกษาประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน เปรียบเทียบตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน การวิเคราะห์ข้อมูล จากพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาโดยการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ทั้งใน ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และระยะดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการวางแผนจำหน่าย โดยดำเนินการศึกษาในช่วง วันที่ 15 พฤศจิกายน 2568 ถึง 15 มกราคม 2569

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาที่ 1 หญิงไทยอายุ 66 ปี มีประวัติเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไตเรื้อรังระยะที่ 3 รับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลมุกดาหาร และควบคุมอาการเจ็บป่วยได้ดี มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวด จุกเสียดแน่นท้อง คลื่นไส้ไม่อาเจียน เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน แพทย์วินิจฉัย Acute Cholecystitis ได้รับการผ่าตัด Open Cholecystectomy รวมระยะเวลาผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลเป็นเวลา 13 วัน กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 83 ปี มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจขาดเลือด รับการรักษาที่ โรงพยาบาลมุกดาหาร และควบคุมอาการเจ็บป่วยได้ดี มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้อง เหนื่อย หายใจไม่ อิ่ม เป็นก่อนโรงพยาบาลมา 1 ชั่วโมง แพทย์วินิจฉัย Acute Cholecystitis ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด Open Cholecystectomy รวมระยะเวลาผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 16 วัน

สรุป : ผลลัพธ์การพยาบาลเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ทั้งด้านความปลอดภัย การฟื้นฟูร่างกาย การลดภาวะแทรกซ้อน และความพร้อมก่อนจำหน่าย สะท้อนถึงประสิทธิผลของการพยาบาลแบบองค์รวม และการใช้บทบาทพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมสูงอายุที่มีความซับซ้อน

คำสำคัญ : นิ่วในถุงน้ำดี, การผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบเปิด

¹ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร

วันรับบทความ

21 มกราคม 2569

แก้ไขบทความ

6 มีนาคม 2569

ตอบรับตีพิมพ์

13 มีนาคม 2569

Nursing care for cholecystectomy with underlying disease : 2 case study

Jintana Nimpisut

Abstract

Objective: To compare nursing care outcomes in patients with gallstone disease undergoing open cholecystectomy who had underlying comorbidities.

Methods: This study employed a comparative case study design involving two patients with gallstone disease and comorbid conditions. Data were obtained from inpatient medical records and analyzed using Gordon's 11 Functional Health Patterns framework. The analysis focused on pathophysiology, clinical manifestations, surgical treatment, nursing problems, and nursing diagnoses across the preoperative, postoperative, and continuing care phases, including discharge planning. The study was conducted between November 15, 2025 and January 15, 2026.

Results: Case 1 A 66-year-old Thai female with diabetes mellitus, hypertension, and stage 3 chronic kidney disease. She presented with abdominal pain and nausea for one day before admission and was diagnosed with acute cholecystitis. The patient underwent open cholecystectomy with a hospital stay of 13 days.

Case 2 A 83-year-old Thai male with hypertension and ischemic heart disease. He presented with abdominal pain, dyspnea, and fatigue for one hour before admission and was diagnosed with acute cholecystitis. The patient underwent open cholecystectomy with a hospital stay of 16 days.

Conclusion: The nursing care outcomes achieved the planned goals in terms of patient safety, postoperative recovery, complication prevention, and discharge readiness. The findings highlight the importance of holistic nursing care and the critical role of nurses in managing complex surgical patients with comorbidities, particularly among older adults.

Keywords: gallstones, cholecystectomy, surgical nursing, comorbidity

ปัญหาและความสำคัญ

โรคนิ่วในถุงน้ำดี เป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยทั่วโลก มีความชุกในประชากรผู้ใหญ่อยู่ที่ประมาณร้อยละ 10–20 และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตามการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ รวมถึงการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง¹ ผู้ป่วยที่มีอาการหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากนิ่วในถุงน้ำดีจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิด หรือการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง² ความท้าทายสำคัญไม่ได้จำกัดอยู่ที่เทคนิคการผ่าตัดเท่านั้น แต่เกี่ยวข้องกับลักษณะของผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรค ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ การติดเชื้อแผลผ่าตัด การหายใจของแผลลำช้า ความไม่คงที่ของระบบไหลเวียนโลหิต และการฟื้นตัวล่าช้า³ สถานการณ์ดังกล่าวทำให้บทบาทของการพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินความเสี่ยง การเฝ้าระวังอาการ และการดูแลแบบองค์รวมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยสูงสุดและเกิดผลลัพธ์การรักษาที่ดี

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ มีอุบัติการณ์การเกิดนิ่วในถุงน้ำดี ร้อยละ 6 โดยพบในหญิงมากกว่าชายใน อัตราส่วน 1.5:1 ส่วนใหญ่พบในอายุมากกว่า 40 ปี ในคนอายุ 70 ปี พบได้ประมาณร้อยละ 15-30⁴ งานวิจัยในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดถุงน้ำดีจำนวนมากเป็นผู้สูงอายุ และมีโรคร่วมอย่างน้อยหนึ่งโรค ซึ่งส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและระยยะเวลานอนโรงพยาบาล⁵ นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดในบริบทของระบบบริการสุขภาพไทยยังต้องเผชิญกับข้อจำกัดด้านทรัพยากร การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจึงมีบทบาทสำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมการฟื้นตัวเร็ว และลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมเรื้อรัง⁵

จากข้อมูลสถิติของหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ในช่วงปี พ.ศ. 2566–2568 จำนวน 345, 372 และ 386 ราย จำนวนผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดถุงน้ำดี มีจำนวน 209, 227 และ 224 รายตามลำดับ⁶ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีที่มีโรคร่วมดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยการพยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญ และการตัดสินใจทางคลินิกอย่างรอบคอบ ตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ตลอดจนการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพและการวางแผนจำหน่ายอย่างปลอดภัย และเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัด และมีโรคร่วม เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมแบบองค์รวมต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดและมีโรคร่วม กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยนิวโมไนน้าติที่ได้รับการผ่าตัด ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร จากเวชระเบียน โดยศึกษาเวชระเบียนระหว่างวันที่ 15 พฤศจิกายน 2568 – 15 มกราคม 2569 จำนวน 2 ราย โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแล 11 แบบแผนของ Gordon⁷ และการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล⁸

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การวิเคราะห์ข้อมูล และการวิเคราะห์เปรียบเทียบ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง จากผู้ป่วยนิวโมไนน้าติ ที่มีโรคร่วมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบเปิด 2 ราย โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เลือกกรณีศึกษา โดยได้กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่เป็นผู้ป่วยนิวโมไนน้าติที่มีโรคร่วมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบเปิด อยู่โรงพยาบาลอย่างน้อย 3 วัน ที่นอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 15 พฤศจิกายน 2568 – 15 มกราคม 2569
2. เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนกรณีศึกษาที่สนใจ ที่มีความซับซ้อนของพยาธิสภาพของโรค การรักษา และการปฏิบัติการพยาบาล
3. ดำเนินการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตลอดจนปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ และ ศัลยแพทย์
4. ดำเนินการวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา วางแผนการพยาบาล นำสู่การพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
เพศ	หญิง	ชาย
อายุ	66 ปี	83 ปี
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
ระดับการศึกษา	มัธยมศึกษาต้น	ปริญญาตรี
สถานภาพสมรส	คู่	คู่
อาชีพ	ผู้สูงอายุไม่ได้ทำงาน	ผู้สูงอายุเกษียณไม่ได้ทำงาน
สิทธิการรักษา	บัตรประกันสุขภาพ	จ่ายตรง
วันที่เข้ารับการรักษา	1 พฤษภาคม 2568	17 มิถุนายน 2568
วันที่จำหน่ายในโรงพยาบาล	14 พฤษภาคม 2568	3 กรกฎาคม 2568
การวินิจฉัยโรค	Acute Cholecystitis	Acute Cholecystitis
	U/D DM, HT, CKD	U/D HT, IHD
การผ่าตัด	Open cholecystectomy	Open cholecystectomy

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาครั้งที่1	กรณีศึกษาครั้งที่2
อาการสำคัญ ที่มาโรงพยาบาล	ปวดจุกเสียดแน่นท้อง คลื่นไส้ไม่อาเจียน เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน	ปวดท้อง เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม เป็นก่อน โรงพยาบาลมา 1 ชั่วโมง
ประวัติการเจ็บป่วย ปัจจุบัน	1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการ ปวดแน่นท้องเป็นๆหายๆ ขับถ่าย อุจจาระลำบาก รับการรักษาที่คลินิก แพทย์เฉพาะทาง ตรวจพบว่ามีก้อนในถุง น้ำดี แพทย์จึงนัดเพื่อรับการผ่าตัด 1 วันก่อนมีอาการปวดจุกเสียดแน่นท้อง คลื่นไส้ไม่อาเจียน จึงมาโรงพยาบาลก่อน วันนัด	3 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการ ปวดแน่นท้องปวดเป็นๆหายๆ ถ่าย อุจจาระเหลว พบแพทย์เฉพาะทางที่ คลินิก สงสัยเป็นนิ่วในถุงน้ำดี จึงส่ง ต่อมาที่โรงพยาบาลมุกดาหาร แพทย์นัด นอนโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจเพิ่ม 1 ชั่วโมง ปวดท้อง เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม จึงมาโรงพยาบาลก่อนวันนัด
ประวัติการเจ็บป่วย ในอดีต และโรค ประจำตัว	โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และ CKD stage 3 รับ ยาที่โรงพยาบาลมุกดาหารต่อเนื่อง ได้รับ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเรื่องโรคไต	โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาด เลือด รับประทานยาที่โรงพยาบาลมุกดาหาร ต่อเนื่อง และสามารถควบคุมอาการได้
ประวัติการแพ้ยา	ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร	ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร
อาการแสดงแรกเริ่ม	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Pain score 2 คะแนน น้ำหนัก 53 กิโลกรัม ส่วนสูง 142 ซม. สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37.0°ซ ซีพจร 82 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 116/57 มม.ปรอท	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Pain score 2 คะแนน น้ำหนัก 62 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 ซม. สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37.1°ซ ซีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความ ดันโลหิต 106/94 มม.ปรอท
ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	Hct 34% Platelet 254,000/ mm ³ , WBC 13,900 cel/mm ³ , PMN 94%, BUN 10 mg/dl Cr 0.57 mg/dl, Total Bilirubin 2.5 mg/dl, Direct Bilirubin 1.9 mg/dl, SGOT 161 U/L, SGPT 114 U/L, Alkaline phosphatase 150 U/L, PT 12.8 sec PTT 22.2 sec INR 1.0	Hct 33.5% Platelet 257,000/ mm ³ , WBC 7,450 cel/mm ³ , PMN 64%, BUN 9 mg/dl, Cr 0.67 mg/dl, Total Bilirubin 1.2 mg/dl, Direct Bilirubin 0.6 mg/dl, SGOT 20 U/L, SGPT 14U/L, Alkaline phosphatase 70 U/L, PT 12.1 sec, PTT 21.2 sec INR1.0
ระยะเวลานอน โรงพยาบาล	13 วัน	16 วัน

ตารางที่ 3 ข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 66 ปี โรคประจำตัว DM, HT, CKD stage 3 ดัชนีมวลกาย 26.3 kg/m ² (อ้วน) ผู้ป่วยมีการรับรู้และเข้าใจภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง และการนอนโรงพยาบาลมีผลกระทบต่อครอบครัว	ผู้ป่วยชายไทยอายุ 83 ปี โรคประจำตัว HT, IHD ดัชนีมวลกาย 21.5 kg/m ² (ปกติ) ผู้ป่วยมีการรับรู้และเข้าใจภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง และการนอนโรงพยาบาลมีผลกระทบต่อครอบครัว
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	ผู้ป่วยไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ จะพยายามเลือกอาหารเฉพาะโรค วันละ 3 มื้อ ดื่มน้ำและอาหารวันผ่าตัด หลังผ่าตัดครบ 24 ชั่วโมงเริ่มจิบน้ำ	ผู้ป่วยไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ ลูกจะเตรียมอาหารไว้ให้บางส่วน หลังผ่าตัด ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรกทำให้ต้องได้รับอาหารทางสายยาง
3. การขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ	ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระลำบาก ก่อนมาโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ ปัสสาวะได้ปกติ วันละ 4-5 ครั้ง ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะในวันผ่าตัด หลังผ่าตัด 3 วันสามารถถอดสายสวนปัสสาวะ	ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระไม่ทุกวัน ปัสสาวะวันละ 5-6 ครั้ง มีปัสสาวะตอนกลางคืน ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะขณะผ่าตัดและต้องคาสายสวนปัสสาวะหลังผ่าตัด
4. กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย	ทำกิจวัตรได้ด้วยตนเอง ไม่ได้ออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบ หลังผ่าตัดช่วยเหลือตนเองได้บ้าง แต่ยังคงอาศัยคนช่วยพยุงเวลาลุกนั่งหรือเดิน เพราะยังมีอาการปวดแผล	ทำกิจวัตรได้ด้วยตนเอง ไม่ได้ออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบ หลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง บางกิจกรรมที่ต้องอาศัยคนช่วย เพราะยังมีอาการปวดแผล
5. การพักผ่อนนอนหลับ	นอนหลับพักผ่อนที่บ้านได้ตอนกลางคืน วันละ 5-6 ชั่วโมง ขณะอยู่โรงพยาบาลนอนไม่ค่อยหลับเพราะกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด	นอนหลับพักผ่อนที่บ้านได้ตอนกลางคืน วันละ 4-5 ชั่วโมง กลางวันมีหลับเป็นช่วงๆ ขณะอยู่โรงพยาบาลนอนไม่ค่อยหลับ มีความกลัว กังวลและไม่คุ้นเคยกับเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ ที่มีเสียงดัง
6. สถิติปัญญา และการรับรู้	ผู้ป่วยจบชั้นมัธยม อ่านออกเขียนได้ลงชื่อยินยอมการผ่าตัดด้วยตนเอง	ผู้ป่วยจบชั้นปริญญาตรี ปัจจุบันเขียนไม่ค่อยถนัด แต่สามารถลงชื่อยินยอมการผ่าตัดด้วยตนเอง
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ผู้ป่วยคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจากสภาพร่างกายเมื่อสูงอายุ และโรคประจำตัวที่เป็นอยู่	ผู้ป่วยคิดว่าส่วนหนึ่งเกิดจากอายุมากขึ้นและจากโรคประจำตัวที่เป็นอยู่

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
8. บทบาทและสัมพันธภาพครอบครัว	ผู้ป่วยมีบทบาทแม่ เป็นผู้สูงอายุในครอบครัว การเจ็บป่วยครั้งนี้มีลูกชายและลูกสะใภ้มาดูแล	ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นพ่อ และเป็นผู้สูงอายุในครอบครัว การเจ็บป่วยครั้งนี้มีลูกสาวมาดูแล
9. เพศและการเจริญพันธุ์	พฤติกรรมทางเพศเหมาะสม แต่งงานมีบุตร ไม่ได้ทำหมัน หมดประจำเดือนเมื่ออายุประมาณ 52 ปี	พฤติกรรมทางเพศเหมาะสม แต่งงานมีบุตร ไม่ได้ทำหมัน
10. การปรับตัวและการเผชิญ ความเครียด	ปกติเมื่อมีความเครียด จะพูดคุยกับสามี การเจ็บป่วยครั้งนี้มีความวิตกกังวล แต่คิดว่าตนเองจะหายเพราะหมอมั่นใจ	ปกติไม่ค่อยมีความเครียด การเจ็บป่วยครั้งนี้ปรับตัวได้ ให้ความร่วมมือดีแต่ยังกังวลในการผ่าตัด
11. ความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อเรื่องกรรมดี กรรมชั่ว เข้าวัดสม่ำเสมอ	เชื่อในศาสนาพุทธและสิ่งศักดิ์สิทธิ์

การวิเคราะห์

ด้านการรับรู้และการดูแลสุขภาพ ทั้งสองรายมีการรับรู้และเข้าใจภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง ให้ความร่วมมือในการรักษา การนอนโรงพยาบาลส่งผลกระทบต่อครอบครัว สะท้อนความกังวลด้านบทบาทและภาระการพึ่งพิง ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นผู้สูงอายุ มีโรคเรื้อรังหลายโรคและภาวะอ้วน ขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นผู้สูงอายุ มีโรคหัวใจร่วม ทำให้ทั้งสองรายจัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

ด้านโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร ผู้ป่วยรายที่ 1 สามารถปฏิบัติตามข้อจำกัดด้านอาหารของโรคเรื้อรังได้ดี ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีข้อจำกัดในการเลือกอาหารจากภาวะสูงอายุ และหลังผ่าตัดต้องได้รับอาหารทางสายยาง ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการไม่เพียงพอ

ด้านการขยับถ่าย ผู้ป่วยรายที่ 1 มีอาการขยับถ่ายอุจจาระลำบากก่อนเข้ารับการรักษา สะท้อนการเคลื่อนไหวของลำไส้ที่ลดลงจากภาวะเจ็บป่วย ขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 อยู่ในระยะวิกฤตหลังผ่าตัด ต้องคาสายสวนปัสสาวะ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและความไม่สุขสบาย

ด้านกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย ผู้ป่วยทั้งสองรายสามารถช่วยเหลือตนเองได้ก่อนผ่าตัด แต่หลังผ่าตัดต้องพึ่งพาผู้อื่นบางกิจกรรม เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหว

ด้านการพักผ่อนและการนอนหลับ ผู้ป่วยทั้งสองรายมีการนอนหลับลดลงขณะอยู่โรงพยาบาล โดยผู้ป่วยรายที่ 2 มีปัญหาเด่นชัดกว่า จากความวิตกกังวลและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

ด้านสติปัญญา การรับรู้ตนเอง บทบาทครอบครัว และความเชื่อ ผู้ป่วยทั้งสองรายมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ยอมรับการเจ็บป่วย มีครอบครัวสนับสนุน และใช้ความเชื่อทางศาสนาเป็นกลไกในการเผชิญปัญหา

การเปรียบเทียบผู้ป่วยตามหลักกระบวนการพยาบาล

ตาราง 4 การเปรียบเทียบผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดและมีโรคร่วม

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. แบบแผนสุขภาพ	
ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 66 ปี โรคประจำตัวคือ DM, HT, CKD stage 3 ดัชนีมวลกาย 26.3 kg/m ² (อ้วน)	ผู้ป่วยชายไทยอายุ 83 ปี โรคประจำตัว คือ HT, IHD ดัชนีมวลกาย 21.5 kg/m ² (ปกติ)
การวิเคราะห์ ผู้ป่วยทั้งสองรายมีสาเหตุการเกิดนิ่วในถุงน้ำดีแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยรายที่ 1 เพศหญิง เกิดจากปัจจัยด้านโรคเมตาบอลิก และภาวะอ้วน ผู้ป่วยรายที่ 2 เพศชาย เกิดจากปัจจัยด้านอายุและการเสื่อมของอวัยวะ ทั้งสองกรณีจะมีกลไกปลายทางร่วมกันคือการคั่งของน้ำดีและการตกผลึกของคอเลสเตอรอล	
2. พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง	
มีอาการปวดแน่นท้องเป็นๆหายๆ ร่วมกับขับถ่ายอุจจาระลำบาก	มีอาการปวดแน่นท้องเป็นๆหายๆ ร่วมกับขับถ่ายอุจจาระเหลว
การวิเคราะห์ ผู้ป่วยทั้งสองรายมีอาการปวดแน่นท้องเป็นๆ หายๆ จากการบีบตัวของถุงน้ำดีในขณะที่มีนิ่วอุดกั้น ส่งผลให้เกิดแรงดันภายในถุงน้ำดีและอาการปวดแบบ biliary colic ¹ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ร่วมกับการไหลของน้ำดีเข้าสู่ลำไส้ลดลง ส่งผลให้อุจจาระลำบาก ขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีการไหลของน้ำดีเข้าสู่ลำไส้ไม่สม่ำเสมอและมากเกินไปเป็นบางครั้ง ทำให้เกิดการกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้และอุจจาระเหลวจากฤทธิ์ของกรดน้ำดี ² แสดงให้เห็นว่านิ่วในถุงน้ำดีสามารถก่อให้เกิดอาการทางระบบทางเดินอาหารที่หลากหลาย เน้นความสำคัญของการประเมินอาการแบบองค์รวมในการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละราย	
3. การรักษา	
ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบเปิด	
การวิเคราะห์ การผ่าตัดถุงน้ำดีมี 2 วิธี ³ ได้แก่ 1.การ ผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง 2.การผ่าตัดแบบส่องกล้อง ทั้งสองรายนี้รักษาโดยการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิด เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม และมีลักษณะของโรคที่ซับซ้อน การเลือกวิธีการผ่าตัดดังกล่าวช่วยให้ศัลยแพทย์สามารถเห็นโครงสร้างทางกายวิภาคได้ชัดเจน ลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของทางเดินน้ำดี และภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด ¹ แม้ว่าการผ่าตัดแบบเปิดจะเพิ่มภาระการดูแลหลังผ่าตัดและความเสี่ยงด้านการฟื้นตัวที่ช้ากว่า แต่สามารถให้ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยที่เหมาะสมในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง เมื่อได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิดและเป็นระบบ ³	

ตาราง 4 การเปรียบเทียบผู้ป่วยในในฤกษ์น้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดและมีโรคร่วม (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
4. ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
ระยะก่อนการผ่าตัด	ระยะก่อนการผ่าตัด
1. วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และกลัวการผ่าตัด 2. ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด 3. ใฝ่ระวังอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน	1. วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และกลัวการผ่าตัด 2. ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด 3. ใฝ่ระวังอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูง
ระยะหลังผ่าตัด	ระยะหลังผ่าตัด
4. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 5. เสี่ยงต่อภาวะ Hypo- Hyperglycemia จากโรคเบาหวาน 6. ใฝ่ระวังภาวะ Hypertension Crisis จากโรคความดันโลหิตสูง 7. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ 8. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก 9. เสี่ยงต่อการเกิดท้องอืดเนื่องจากการเคลื่อนไหวน้อย 10. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย เนื่องจากการเจ็บป่วยหลังผ่าตัด	4. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 5. ใฝ่ระวังภาวะ Hypertension Crisis จากโรคความดันโลหิตสูง 6. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ 7. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก 8. มีภาวะพร่องออกซิเจนจากการหายใจล้มเหลว 9. เสี่ยงต่อการเกิดท้องอืดเนื่องจากการเคลื่อนไหวน้อย 10. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย เนื่องจากการเจ็บป่วยหลังผ่าตัด
ระยะดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟู	ระยะดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟู
11. ใฝ่ระวังการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 12. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล 13. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง 14. ใฝ่ระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ	11. ใฝ่ระวังการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 12. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล 13. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง 14. ใฝ่ระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ
ระยะเตรียมจำหน่าย	ระยะเตรียมจำหน่าย
15. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลจากการพร่องการดูแลตนเอง เรื่องความรู้ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 16. เตรียมความพร้อมจำหน่ายตามหลัก METHOD	15. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลจากการพร่องการดูแลตนเอง เรื่องความรู้ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 16. เตรียมความพร้อมจำหน่ายตามหลัก METHOD

ตาราง 4 การเปรียบเทียบผู้ป่วยนิวในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดและมีโรคร่วม (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
4. ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)	
การวิเคราะห์ ผู้ป่วยทั้งสองรายเป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาดูแลด้วยการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิด ส่งผลให้เกิดการตอบสนองต่อความเครียดจากการผ่าตัดและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่คล้ายคลึงกัน ตามแนวคิดพยาธิสรีรวิทยาของการผ่าตัด² ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบร่วมกัน ได้แก่ ความวิตกกังวลและการขาดความรู้ก่อนผ่าตัด อาการปวดแผลและไข้หลังผ่าตัด ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากยาระงับความรู้สึก การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ การเคลื่อนไหวลดลง และความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญปัญหา¹¹ และหลักการพยาบาลฟื้นฟูในผู้ป่วยสูงอายุ¹² อย่างไรก็ตามผู้ป่วยทั้งสองรายมีความแตกต่างด้านโรคร่วมและความรุนแรงหลังผ่าตัด ส่งผลให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยรายที่ 1 มีปัญหาเด่นด้านการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิต ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อความไม่คงที่ของระดับน้ำตาลและความดันโลหิต ขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะวิกฤตหลังผ่าตัดมากกว่า มีปัญหาด้านระบบหายใจและสมดุลอิเล็กโทรไลต์ ความแตกต่างดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า แม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยวิธีเดียวกัน แต่การพยาบาลจำเป็นต้องปรับแผนการดูแลรักษาพยาบาลตามปัจจัยเสี่ยงเฉพาะราย เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและผลลัพธ์การรักษาที่เหมาะสม	
5. การปฏิบัติการ ทางการพยาบาล	
5.1 ระยะก่อนผ่าตัด	
1. เยี่ยมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด 2. สร้างสัมพันธภาพ บอกจุดมุ่งหมายของการเยี่ยม ศึกษาประวัติจากบันทึกรายงานผู้ป่วยในเวชระเบียน 3. ชักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติม 3.1 ประเมินลักษณะการปวดท้อง การเคลื่อนไหว ของลำไส้ การกดเจ็บ 3.2 ประเมินภาวะขาดน้ำ และการเสียสมดุลของ เกลือแร่ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3.3 ดูแลการได้รับสารน้ำ ตามแผนการรักษา คือ Acetar 1000 ml rate 80 ml/hr และติดตามค่า น้ำตาลในเลือด DTX ทุก 6 ชั่วโมง 3.4 ชักประวัติโรคประจำตัว การแพ้ยา และอาหาร ประวัติการผ่าตัด การดื่มสุรา สูบบุหรี่ สารเสพติด	1. เยี่ยมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด 2. สร้างสัมพันธภาพ บอกจุดมุ่งหมายของการเยี่ยม ศึกษาประวัติจากบันทึกรายงานผู้ป่วยในเวชระเบียน 3. ชักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติม 3.1 ประเมินลักษณะการปวดท้อง การเคลื่อนไหว ของลำไส้ การกดเจ็บ 3.2 ประเมินภาวะขาดน้ำ และการเสียสมดุลของ เกลือแร่ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3.3 ดูแลการได้รับสารน้ำ ตามแผนการรักษา คือ Acetar 1000 ml rate 80 ml/hr 3.4 ชักประวัติโรคประจำตัว การแพ้ยา และอาหาร ประวัติการผ่าตัด การดื่มสุรา สูบบุหรี่ สารเสพติด

ตาราง 4 การเปรียบเทียบผู้ป่วยในในกรณีที่ได้รับ การผ่าตัดและมีโรคร่วม (ต่อ)

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
5. การปฏิบัติการ ทางพยาบาล (ต่อ)	
5.1 ระยะก่อนผ่าตัด	
4. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลของการผ่าตัด วิธีการผ่าตัด 5. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึง การรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย 6. แจ้งผู้ป่วยและญาติทราบถึงเวลาที่ผู้ป่วยจะไปห้องผ่าตัด เวลาโดยประมาณที่จะออกจากห้องผ่าตัด 7. แนะนำการปฏิบัติตัวของญาติต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัด และอาการหลังผ่าตัด 8. ให้ข้อมูลที่สำคัญก่อนผ่าตัด เช่น การงดน้ำงดอาหาร การทำความสะอาดของร่างกายทั่วไปก่อนผ่าตัด ถอดฟันปลอม เลนส์เทียม ของมีค่าต่างๆก่อนไปห้องผ่าตัด การใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ งดใช้เครื่องสำอาง ตัดเล็บให้สั้นไม่ทาสีเล็บ 9. แนะนำการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัด และ สาธิตวิธีการทำให้ผู้ป่วยฝึกหัดทำ ก่อนผ่าตัด ในเรื่องของการหายใจเข้าเต็มที่ช้าๆ และหายใจออกยาว ๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังขาทั้ง 2 ข้าง การพลิกตะแคงตัวเพื่อเปลี่ยนท่านอน 10. ประเมินสภาพด้านจิตใจ ระดับความวิตกกังวล	4. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลของการผ่าตัด วิธีการผ่าตัด 5. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึง การรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย 6. แจ้งผู้ป่วยและญาติทราบถึงเวลาที่ผู้ป่วยจะไปห้องผ่าตัด เวลาโดยประมาณที่จะออกจากห้องผ่าตัด 7. แนะนำการปฏิบัติตัวของญาติต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัด และอาการหลังผ่าตัด 8. ให้ข้อมูลที่สำคัญก่อนผ่าตัด เช่น การงดน้ำงดอาหาร การทำความสะอาดของร่างกายทั่วไปก่อนผ่าตัด ถอดฟันปลอม เลนส์เทียม ของมีค่าต่างๆก่อนไปห้องผ่าตัด การใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ งดใช้เครื่องสำอาง ตัดเล็บให้สั้นไม่ทาสีเล็บ 9. แนะนำการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัด และ สาธิตวิธีการทำให้ผู้ป่วยฝึกหัดทำ ก่อนผ่าตัด ในเรื่องของการหายใจเข้าเต็มที่ช้าๆ และหายใจออกยาว ๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังขาทั้ง 2 ข้าง การพลิกตะแคงตัวเพื่อเปลี่ยนท่านอน 10. ประเมินสภาพด้านจิตใจ ระดับความวิตกกังวล
การวิเคราะห์ ผู้ป่วยทั้งสองรายมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง พยาบาลดูแลให้ได้รับยาความดันโลหิตสูงและเผื่อระวังผลข้างเคียงจากยา แต่ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความดันโลหิตสูง 192/97 มม.ปรอท ดูแลให้ Nicardipine 2 มก. ทางหลอดเลือดดำ stat และ ตรวจระดับน้ำตาล DTX 229 มก./ดล. ดูแลให้ RI 4 U ได้ผิวหนัง ผู้ป่วยทั้งสองรายมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการผ่าตัดและไม่เคยดมยาสลบมาก่อน มีการนำเครื่องมือประเมินความวิตกกังวลมาใช้และให้การพยาบาลตามระดับความวิตกกังวล ผู้ป่วยได้รับการให้ข้อมูล และคำแนะนำจากพยาบาล แพทย์วิสัญญี จนคลายกังวล สามารถเข้ารับการผ่าตัดได้ตามแผนการรักษา ซึ่งประเมินภาวะวิตกกังวลเป็นการประเมินตามความรู้สึกส่วนบุคคล การใช้แบบประเมินที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นมาตรฐานจะช่วยให้การประเมินได้ถูกต้องตรงกับปัญหาผู้ป่วย¹³	

ตาราง 4 การเปรียบเทียบผู้ป่วยนิวในอุ้งน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดและมีโรคร่วม (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
5. การปฏิบัติการ ทางพยาบาล (ต่อ)	
5.2 ระยะหลังผ่าตัด	
1. ประเมินและเฝ้าระวังอาการ - ประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด โดยวัดทุก 15 นาที X 4 ครั้ง/ ทุก 30 นาที X 2 ครั้ง/ ทุก 1 ชม. X 1 ครั้ง/ ถ้า Stable ทุก 2 ชม. จนครบ 24 ชม. 2. ด้านการหายใจและออกซิเจน จัดทำนอนศีรษะสูง 30–45 องศา ส่งเสริมการหายใจลึกและการไออย่างมีประสิทธิภาพ ดูแลการให้ออกซิเจน 3. ด้านการควบคุมความปวด ประเมินระดับความปวด Pain score ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา 4. การพยาบาลด้านการควบคุมโรคร่วม เฝ้าระวัง Hypo-/Hyperglycemia เฝ้าระวัง Hypertensive crisis ให้ยาตามแผนการรักษา 5. ด้านสารน้ำ โภชนาการ และระบบทางเดินอาหาร เพื่อให้ร่างกายได้รับพลังงานเพียงพอและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากระบบทางเดินอาหาร บันทึก Intake–Output เฝ้าระวังอาการท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน เริ่มจิบน้ำตามแผนการรักษา ประเมินภาวะขาดสารอาหารและเกลือแร่ 6. ด้านแผลผ่าตัดและการป้องกันการติดเชื้อ ประเมินแผลผ่าตัดทุกเวร เปลี่ยนแผลเมื่อแผลเปื้อน เฝ้าระวังไข้และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดูแลสายสวนปัสสาวะด้วยหลักปราศจากเชื้อ สอนการล้างมือแก่ผู้ป่วยและญาติ 7. ด้านการเคลื่อนไหวและฟื้นฟูสมรรถภาพ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ช่วยเหลือขณะลุกเดินเพื่อลดการพลัดตกหกล้ม 8. ด้านจิตใจและครอบครัว รับฟังความกังวลและให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เสริมแรงทางบวกและให้กำลังใจ	1. ประเมินและเฝ้าระวังอาการ - ประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด โดยวัดทุก 15 นาที X 4 ครั้ง/ ทุก 30 นาที X 2 ครั้ง/ ทุก 1 ชม. X 1 ครั้ง/ ถ้า Stable ทุก 2 ชม. จนครบ 24 ชม. 2. ด้านการหายใจและออกซิเจน จัดทำนอนศีรษะสูง 30–45 องศา ส่งเสริมการหายใจลึกและการไออย่างมีประสิทธิภาพ ดูแลการให้ออกซิเจน 3. ด้านการควบคุมความปวด ประเมินระดับความปวด Pain score ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา 4. การพยาบาลด้านการควบคุมโรคร่วม เฝ้าระวัง Hypertensive crisis เฝ้าระวังอาการเจ็บหน้าอก ใจสั่น ECG ผิดปกติ ให้ยาตามแผนการรักษา 5. ด้านสารน้ำ โภชนาการ และระบบทางเดินอาหาร เพื่อให้ร่างกายได้รับพลังงานเพียงพอและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากระบบทางเดินอาหาร บันทึก Intake–Output เฝ้าระวังอาการท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ดูแลการให้อาหารทางสายยาง เฝ้าระวังการสำลัก ประเมินภาวะขาดสารอาหารและเกลือแร่ 6. ด้านแผลผ่าตัดและการป้องกันการติดเชื้อ ประเมินแผลผ่าตัดทุกเวร เปลี่ยนแผลเมื่อแผลเปื้อน เฝ้าระวังไข้และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดูแลสายสวนปัสสาวะด้วยหลักปราศจากเชื้อ สอนการล้างมือแก่ผู้ป่วยและญาติ 7. ด้านการเคลื่อนไหวและฟื้นฟูสมรรถภาพ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ช่วยเหลือขณะลุกเดินเพื่อลดการพลัดตกหกล้ม 8. ด้านจิตใจและครอบครัว รับฟังความกังวลและให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เสริมแรงทางบวกและให้กำลังใจ

ตาราง 4 การเปรียบเทียบผู้ป่วยในในอุ้งน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดและมีโรคร่วม (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
5. การปฏิบัติการ ทางกายภาพ (ต่อ)	
5.2 ระยะหลังผ่าตัด	
การวิเคราะห์ ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิด ซึ่งก่อให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ การอักเสบหลังผ่าตัด การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนตามกลไก surgical stress response การพยาบาลระยะหลังผ่าตัดจึงมีเป้าหมายร่วมคือ ความปลอดภัย การลดภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความแตกต่างด้านโรคร่วมและความรุนแรงหลังผ่าตัดทำให้การพยาบาลต้องปรับเฉพาะราย² การพยาบาลที่เหมือนกันของผู้ป่วยทั้งสองรายนี้ คือ (1) การเฝ้าระวังอาการและสัญญาณชีพ อาการปวดระดับความรู้สึกตัว และสัญญาณการติดเชื้อ เนื่องจากการผ่าตัดแบบเปิดเพิ่มความเสี่ยงต่อเลือดออก การติดเชื้อ และความไม่คงที่ของระบบไหลเวียน เพราะการประเมินเชิงรุกและต่อเนื่องจะช่วยให้ตรวจพบภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่ระยะต้นและลดอัตราเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์¹⁴ (2) การควบคุมความปวดเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวทั้งสองราย จากแนวคิด ERAS ระบุว่า การควบคุมความปวดที่เหมาะสมช่วยให้หายใจลึก เคลื่อนไหวเร็ว และลดภาวะแทรกซ้อนทางปอด¹⁵ (3) การป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดและการติดเชื้อจากสายสวน ผู้ป่วยทั้งสองรายมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากแผลและการคาสายสวนปัสสาวะ การพยาบาลจึงต้องใช้เทคนิคปลอดเชื้อ ประเมินแผลอย่างสม่ำเสมอ และถอดสายสวนออกเมื่อไม่จำเป็น จาก CDC ชี้ว่าการปฏิบัติตามแนวทางป้องกัน SSI อย่างเคร่งครัดลดอัตราการติดเชื้อได้อย่างมีนัยสำคัญ¹⁶ และ(4) การฟื้นฟูสมรรถภาพและการเคลื่อนไหวเร็วทั้งสองรายต้องได้รับการส่งเสริมให้ลุกนั่งและเดินเร็วตามศักยภาพเพื่อลดปวดแผล ลิ่มเลือดอุดตัน และกล้ามเนื้อลีบ จาก ERAS สนับสนุนว่าการเคลื่อนไหวเร็วช่วยลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลและเพิ่มคุณภาพการฟื้นตัว¹⁴ การพยาบาลที่แตกต่างกันของผู้ป่วยทั้งสองราย คือ ผู้ป่วยรายที่ 1 มี DM, HT, CKD stage 3 การพยาบาลหลังผ่าตัดให้ความสำคัญการควบคุมเมตาบอลิก และสมดุลสารน้ำ ได้แก่ การติดตามระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อป้องกันภาวะ hypo/hyperglycemia การเฝ้าระวังความดันโลหิต และการจัดการสารน้ำ ยา อย่างระมัดระวังเนื่องจากไตเรื้อรัง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานและไตเรื้อรังมีความเสี่ยงต่อแผลหายช้า และการติดเชื้อสูง ต้องเน้นการประเมินแผลและการปรับการพยาบาลเฉพาะราย¹² ผู้ป่วยรายที่ 2 มี HT, IHD และภาวะวิกฤตหลังผ่าตัดที่ยังไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ทันที การพยาบาลหลังผ่าตัดให้ความสำคัญกับระบบหายใจและหัวใจ ได้แก่ การเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจน การดูแลทางเดินหายใจ การติดตามความอิ่มตัวของออกซิเจน และการสังเกตอาการหัวใจขาดเลือดหรือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ รวมถึงการจัดการสารเกลือแร่ จากการศึกษาว่าผู้ป่วยที่มี IHD และภาวะวิกฤตหลังผ่าตัดมีความเสี่ยงต่อเหตุการณ์หัวใจและระบบหายใจสูง การเฝ้าระวังเชิงรุกช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนรุนแรง²	

ตาราง 4 การเปรียบเทียบผู้ป่วยนิวในอุ้งน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดและมีโรคร่วม (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
5. การปฏิบัติการ ทางพยาบาล (ต่อ)	
5.3 ระยะดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟู	
1. การประเมินและเฝ้าระวังต่อเนื่อง (Focused assessment) ประเมินสัญญาณชีพทุก 2- 4 ชั่วโมง ประเมินแผล ประเมินระดับปวดและผลกระทบ ประเมินระดับน้ำตาลในเลือด ประเมินสมดุลสารน้ำ และประเมินการขับถ่าย 2. การควบคุมความปวดและส่งเสริมการเคลื่อนไหว (Pain-Mobility bundle) ให้ยาแก้ปวดตามแผน และประเมินซ้ำ สอนการประคบแผลเวลาถูกนั่ง ไอ จาม วางแผนลุกเดินแบบขึ้นบันได ส่งเสริมการบริหารขา/ข้อเท้า และเปลี่ยนท่าทุก 2 ชม. 3. การควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตในระยะฟื้นฟู (Chronic disease stabilization) จัดเวลาอาหารและยาให้สอดคล้องกับแผน วัดความดันก่อนให้ยาควบคุมความดัน และเฝ้าระวังอาการปวด ความวิตกกังวลที่ทำให้ความดันโลหิตสูง 4. โภชนาการและการทำงานของลำไส้ ประเมินการทานอาหาร เสี่ยงลำไส้ แนะนำอาหารย่อยง่าย ไขมันต่ำ ร่วมกับแนวทางอาหารเฉพาะโรค ป้องกันท้องผูก เพิ่มใยอาหารตามเหมาะสม ส่งเสริมการเคลื่อนไหว พิจารณายาระบาย 5. การป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดและการติดเชื้อปัสสาวะ ทำแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ ดูแลสายสวนปัสสาวะ ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ประเมินความพร้อมถอดสายเมื่อไม่จำเป็น 6. การฟื้นฟู ADL และเตรียมกลับบ้านตั้งแต่วินาที ฟื้นฟู ประเมินความสามารถ ADL รายวัน วางแผนให้ญาติฝึกช่วยเหลือที่จำเป็น สอนการดูแลแผล การรับประทานยา การควบคุมโรคประจำตัว และอาการผิดปกติ	1. การประเมินและเฝ้าระวังระบบหัวใจและปอดแบบเน้นย้ำ (Cardio-resp surveillance) เฝ้าระวังการหายใจ การไอมีเสมหะ ฟังปอด ติดตามความอึดตัวของออกซิเจน และประเมินความต้องการออกซิเจนต่อเนื่อง เฝ้าระวังอาการเจ็บแน่นหน้าอกใจสั่น เหนื่อยผิดปกติ ชีพจรเร็ว/ไม่สม่ำเสมอ เฝ้าระวังเกลือแร่ โดยเฉพาะโพแทสเซียม 2. การฟื้นฟู การหายใจ (Pulmonary rehabilitation) จัดท่า semi-Fowler's เปลี่ยนท่าเป็นระยะ ส่งเสริม deep breathing ใช้ incentive spirometry และไออย่างมีประสิทธิภาพ กระตุ้นให้ลุกเดินเร็ว 3. การควบคุมความปวดแบบคำนึงถึงหัวใจ (Pain with cardiac consideration) เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะกระตุ้นหัวใจเกินจากอาการปวด หรือภาวะเครียด ประเมินอาการปวดสม่ำเสมอ ให้ยาแก้ปวดตามแผน เลือกใช้วิธีลดปวดร่วม เช่น การจัดท่า ประคบแผล เฝ้าระวังผลของความปวดต่อ hemodynamic 4. โภชนาการและทางเดินอาหาร ประเมินอาการแน่นท้อง เสี่ยงลำไส้ การผายลม การขับถ่ายอุจจาระ ส่งเสริมการเคลื่อนไหวและปรับอาหารตาม step diet 5. การป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดและการติดเชื้อปัสสาวะ ทำแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ ดูแลสายสวนปัสสาวะ ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ประเมินความพร้อมถอดสายเมื่อไม่จำเป็น 6. การฟื้นฟู ADL แบบค่อยเป็นค่อยไป ภายใต้ข้อจำกัดหัวใจ ปอด วางแผนกิจกรรมเป็นช่วงสั้นๆ ให้ญาติช่วยเฉพาะกิจกรรมที่เสี่ยงล้ม/เหนื่อยมาก

ตาราง 4 การเปรียบเทียบผู้ป่วยในในถิ่นน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดและมีโรคร่วม (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
5. การปฏิบัติการ ทางพยาบาล (ต่อ)	
5.3 ระยะดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟู	
การวิเคราะห์ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้มีความคล้ายคลึงกัน คือ การเน้นการควบคุมอาการปวด การป้องกันติดเชื้อ การส่งเสริมการลุกเดิน ฟื้นฟู ADL ดูแลโภชนาการ และมีการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ตาม METHOD ตั้งแต่ระยะฟื้นฟู รวมทั้งส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุ เรื่องโรคเพื่อลดการติดเชื้อซ้ำ จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายแตกต่างกัน คือ ในผู้ป่วยรายที่ 1 ติดตามด้านโรคเมตาบอลิก โรคไต การหายของแผลและการติดเชื้อ เนื่องจากมีโรคร่วมคือ DM, HT, CKD และการจัดการอาการท้องผูก รายที่ 2 ติดตามเรื่องระบบหัวใจ ปอด และเกลือแร่ จากโรคร่วม คือ IHD เคยมีอาการพร่องออกซิเจน และการเพิ่มกิจกรรมแบบค่อยเป็นค่อยไปด้วย โดยการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด	
5.4 ระยะเตรียม จำหน่าย	
1) การประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย (Discharge Readiness Assessment) ช่วยลดการเกิดปัญหาหลังจำหน่ายและ readmission ประเมินสัญญาณชีพ ความปวด แผลผ่าตัด การหายใจ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน - ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลแผล การรับประทานยา อาหารและกิจกรรมที่เหมาะสม อาการผิดปกติ - ประเมินบทบาทผู้ดูแลในครอบครัว ความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ และทรัพยากร 2) กิจกรรมการพยาบาลตามหลัก M-E-T-H-O-D 2.1 M: Medication (การใช้ยา) - อธิบายชื่อยา ขนาด วิธีใช้ เวลา และผลข้างเคียงที่ควรเฝ้าระวัง แนะนำไม่หยุดยาเอง และนำยาทั้งหมดไปพบแพทย์ทุกครั้ง 2.2 E: Environment (สิ่งแวดล้อม) เพื่อลดความเสี่ยงการหกล้มในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด แนะนำจัดบ้านให้ปลอดภัย จัดพื้นที่พักผ่อนใกล้ห้องน้ำในช่วงแรก	1) การประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย (Discharge Readiness Assessment) ช่วยลดการเกิดปัญหาหลังจำหน่ายและ readmission ประเมินสัญญาณชีพ ความปวด แผลผ่าตัด การหายใจ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน - ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลแผล การรับประทานยา อาหารและกิจกรรมที่เหมาะสม อาการผิดปกติ - ประเมินบทบาทผู้ดูแลในครอบครัว ความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ และทรัพยากร 2) กิจกรรมการพยาบาลตามหลัก M-E-T-H-O-D 2.1 M: Medication (การใช้ยา) - อธิบายชื่อยา ขนาด วิธีใช้ เวลา และผลข้างเคียงที่ควรเฝ้าระวัง แนะนำไม่หยุดยาเอง และนำยาทั้งหมดไปพบแพทย์ทุกครั้ง 2.2 E: Environment (สิ่งแวดล้อม) เพื่อลดความเสี่ยงการหกล้มในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด แนะนำจัดบ้านให้ปลอดภัย จัดพื้นที่พักผ่อนใกล้ห้องน้ำในช่วงแรก

ตาราง 4 การเปรียบเทียบผู้ป่วยนิวในอุ้งน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดและมีโรคร่วม (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
5. การปฏิบัติการ ทางพยาบาล (ต่อ)	
5.4 ระยะเตรียม จำหน่าย	
2.3 T: Treatment (การรักษา การดูแลต่อเนื่อง) แนะนำการดูแลแผลผ่าตัด รักษาแผลให้สะอาดและแห้ง 2.4 H: Health (การส่งเสริมสุขภาพ) เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูร่างกาย ส่งเสริมการออกกำลังกายตามศักยภาพ แนะนำพักผ่อนเพียงพอ 2.5 O: Outpatient (การติดตามต่อเนื่อง) แจ้งวันนัดพบแพทย์ นัดตัดไหม ตรวจแผล แนะนำการติดต่อโรงพยาบาลเมื่อมีปัญหา ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหากผู้ป่วยต้องการการดูแลต่อเนื่อง 2.6 D: Diet (อาหาร) เพื่อลดอาการแน่นท้อง ป้องกันปัญหาทางเดินอาหาร แนะนำอาหาร ย่อยง่าย ไขมันต่ำ ปรับอาหารตามโรคเบาหวานและไต รับประทานอาหารเป็นเวลา ดื่มน้ำพอเพียง 3) การทบทวนความเข้าใจ (Teach-back) เพื่อเพิ่มความมั่นใจและความถูกต้องในการดูแลตนเองที่บ้าน ให้ผู้ป่วยหรือญาติอธิบายซ้ำ 4) อาการผิดปกติที่ต้องกลับมาพบแพทย์ทันที เช่น มีไข้สูง หนาวสั่น แผลแดง บวม ร้อน มีหนอง ปวดท้องรุนแรง ระดับน้ำตาลในเลือดหรือระดับความดันโลหิตผิดปกติควบคุมไม่ได้ มีอาการบวม ปัสสาวะออกน้อย	2.3 T: Treatment (การรักษา การดูแลต่อเนื่อง) แนะนำการดูแลแผลผ่าตัด รักษาแผลให้สะอาดและแห้ง เฝ้าระวังอาการแน่นหน้าอก เหนื่อย และใจสั่น 2.4 H: Health (การส่งเสริมสุขภาพ) เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูร่างกาย ส่งเสริมการออกกำลังกายตามศักยภาพ แนะนำพักผ่อนเพียงพอ 2.5 O: Outpatient (การติดตามต่อเนื่อง) แจ้งวันนัดพบแพทย์ นัดตัดไหม ตรวจแผล แนะนำการติดต่อโรงพยาบาลเมื่อมีปัญหา ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหากผู้ป่วยต้องการการดูแลต่อเนื่อง 2.6 D: Diet (อาหาร) เพื่อลดอาการแน่นท้อง ป้องกันปัญหาทางเดินอาหาร แนะนำอาหาร ย่อยง่าย ไขมันต่ำ รสจืด รับประทานอาหารเป็นเวลา ดื่มน้ำพอเพียง 3) การทบทวนความเข้าใจ (Teach-back) เพื่อเพิ่มความมั่นใจและความถูกต้องในการดูแลตนเองที่บ้าน ให้ผู้ป่วยหรือญาติอธิบายซ้ำ 4) อาการผิดปกติที่ต้องกลับมาพบแพทย์ทันที เช่น มีไข้สูง หนาวสั่น แผลแดง บวม ร้อน มีหนอง ปวดท้องรุนแรง แน่นหน้าอก หายใจลำบาก ระดับความดันโลหิตผิดปกติควบคุมไม่ได้
การวิเคราะห์ การพยาบาลระยะจำหน่ายของผู้ป่วยทั้งสองรายเหมือนกันในแกนของการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ การให้ความรู้แบบเป็นระบบ การยืนยันความเข้าใจ (teach-back) อาการผิดปกติ และการนัดติดตาม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด transitional care และทฤษฎี stress-coping ที่ลดความวิตกกังวลและเพิ่มความร่วมมือ¹⁶ ความแตกต่างของโรคร่วมทำให้องค์กรการสอนและระบบสนับสนุนต่างกัน โดยผู้ป่วยรายที่ 1 เน้นการจัดการโรคเบาหวาน โรคไต และแผลผ่าตัด ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 เน้นการเฝ้าระวังเรื่องหัวใจ ปอดและการทำกิจกรรมแบบค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งอธิบายได้ด้วยทฤษฎี self-care ของ Orem ที่มุ่งเน้นการลดช่องว่างความสามารถในการดูแลตนเองเฉพาะราย¹⁸	

ตาราง 4 การเปรียบเทียบผู้ป่วยนิวในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดและมีโรคร่วม (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
6. การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น เข้าใจเหตุผลในการรักษาให้ความร่วมมือในการรักษา การผ่าตัดสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่มีอาการปวดแน่นท้อง ปวดแผลเล็กน้อย ระดับความปวด 3 คะแนน รับประทานอาหารได้ ไม่มีการติดเชื้อ สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.5°ซ ซีฟจร 70 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/73 มม.ปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99% ก่อนจำหน่ายเน้นเรื่องการมาตรวจตามนัด หากมีอาการผิดปกติ ให้รีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัด	ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น เข้าใจเหตุผลในการรักษาให้ความร่วมมือในการรักษา การผ่าตัดสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่มีอาการปวดแน่นท้อง ปวดแผลเล็กน้อย ระดับความปวด 4 คะแนน รับประทานอาหารได้ ไม่มีการติดเชื้อ สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 37.3°ซ ซีฟจร 96 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต 137/77 มม.ปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99% ก่อนจำหน่ายเน้นเรื่องการมาตรวจตามนัด หากมีอาการผิดปกติ ให้รีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัด
การวิเคราะห์ จากการประเมินผลการพยาบาลก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยทั้งสองรายมีผลลัพธ์การพยาบาลเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยสะท้อนถึงประสิทธิภาพของการดูแลแบบองค์รวมและการพยาบาลเชิงรุกอย่างเป็นระบบดังนี้ 1. ผลลัพธ์การพยาบาลด้านร่างกาย (Physiological outcomes) ผู้ป่วยทั้งสองรายมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะติดเชื้อของแผลผ่าตัด และมีความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ แสดงถึงการฟื้นตัวของระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจที่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด สอดคล้องกับเป้าหมายการพยาบาลด้านความปลอดภัยและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พบว่ามีความแตกต่างเล็กน้อยในระดับความปวด โดยผู้ป่วยรายที่ 1 มีระดับความปวด 3 คะแนน ขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีระดับความปวด 4 คะแนน ซึ่งยังอยู่ในระดับที่ยอมรับได้และไม่รบกวนการทำกิจกรรมพื้นฐาน 2. ผลลัพธ์การพยาบาลด้านอาการและการทำกิจกรรม (Functional outcomes) ผู้ป่วยทั้งสองรายสามารถรับประทานอาหารได้ ไม่มีอาการผิดปกติของระบบทางเดิน ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการส่งเสริมการฟื้นฟูการหายใจ การออกกำลังกาย 3. ผลลัพธ์การพยาบาลด้านจิตใจและพฤติกรรม (Psychosocial & behavioral outcomes) ผู้ป่วยทั้งสองรายมีสีหน้าสดชื่น แสดงถึงการลดลงของความวิตกกังวล เข้าใจเหตุผลและให้ความร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยรายที่ 2 หลังได้รับการอธิบายและการให้กำลังใจ พบว่าสีหน้าผ่อนคลายและมีความมั่นใจมากขึ้น สะท้อนผลลัพธ์ของการพยาบาลด้านการสื่อสาร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการเสริมพลังผู้ป่วย 4. ผลลัพธ์การพยาบาลด้านความรู้และการเตรียมความพร้อมจำหน่าย (Knowledge & discharge readiness) ผู้ป่วยทั้งสองรายมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังจำหน่าย การมาตรวจตามนัด และสัญญาณอันตรายที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด แสดงถึงความพร้อมในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญของความสำเร็จในการวางแผนจำหน่าย	

อภิปรายผล

การศึกษากรณีผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดที่มีโรคร่วมจำนวน 2 ราย พบว่าผลลัพธ์การพยาบาลโดยรวมเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ทั้งด้านความปลอดภัย การฟื้นตัวทางร่างกาย การลดภาวะแทรกซ้อน และความพร้อมก่อนจำหน่าย สะท้อนถึงประสิทธิผลของการพยาบาลแบบองค์รวมและการใช้บทบาทพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมสูงอายุที่มีความซับซ้อน

พบว่าผู้ป่วยทั้งสองรายมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเป็นไปด้วยดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ แผลผ่าตัดสะอาด ไม่พบการติดเชื้อ และสามารถรับประทานอาหารได้ก่อนจำหน่าย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) ที่ระบุว่าการควบคุมความปวดอย่างเหมาะสม การส่งเสริมการเคลื่อนไหวเร็ว และการฟื้นฟูโภชนาการอย่างเป็นขั้นตอน ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยศัลยกรรม¹⁵

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยทั้งสองราย พบว่าผลลัพธ์การพยาบาลมีความแตกต่างกันเล็กน้อยในบางประเด็น โดยผู้ป่วยรายที่ 2 ซึ่งมีอายุสูงกว่าและมีโรคหัวใจขาดเลือด มีระดับความปวดหลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยรายที่ 1 เล็กน้อย และต้องการการฝึกฟื้นฟูด้านการหายใจและการเคลื่อนไหวอย่างใกล้ชิดมากกว่า อย่างไรก็ตาม ระดับความปวดดังกล่าวยังอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้และไม่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการฟื้นฟู สอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่าผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคร่วมด้านหัวใจมักมีการฟื้นตัวช้ากว่า และต้องการการเฝ้าระวังและการพยาบาลเฉพาะรายมากขึ้น¹²

ผลการประเมินก่อนจำหน่ายพบว่าผู้ป่วยทั้งสองรายมีความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา การดูแลตนเอง หลังผ่าตัด และการมาตรวจตามนัด มีสีหน้าผ่อนคลาย ความวิตกกังวลลดลง และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี ผลดังกล่าวสะท้อนถึงประสิทธิภาพของการพยาบาลด้านการสื่อสาร การให้ข้อมูล และการเสริมพลังผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญปัญหาของ Lazarus และ Folkman ที่อธิบายว่าการได้รับข้อมูลที่ชัดเจนและการสนับสนุนทางอารมณ์ช่วยลดความเครียดและเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย¹¹ นอกจากนี้การวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบตามหลัก M-E-T-H-O-D และการใช้แนวคิดการดูแลต่อเนื่อง (transitional care) ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายและการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Naylor และคณะ ที่พบว่าการดูแลต่อเนื่องอย่างมีระบบช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลและลด readmission ในผู้ป่วยสูงอายุ¹⁷

ผลการศึกษาายังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ko-lam และคณะ ที่ระบุว่าปัจจัยด้านอายุ โรคร่วม และการดูแลหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล โดยการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและการฟื้นฟูที่เหมาะสมสามารถช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและส่งเสริมผลลัพธ์การรักษาที่ดีได้ แม้ว่าการศึกษานี้เป็นเพียงกรณีศึกษา 2 ราย แต่ผลที่ได้แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลเชิงรุกและการปรับการดูแลตามบริบทเฉพาะรายมีบทบาทสำคัญต่อผลลัพธ์การพยาบาลในผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีที่มีโรคร่วม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติการพยาบาล ควรส่งเสริมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีที่มีโรคร่วมโดยใช้การประเมินเชิงลึกและการพยาบาลแบบเฉพาะราย (individualized care) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายระบบ เพื่อคาดการณ์ความเสี่ยง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการฟื้นฟูหลังผ่าตัดแบบเร่งรัด (ERAS) ที่มุ่งเน้นความปลอดภัยและการฟื้นตัวอย่างมีประสิทธิภาพ
 2. ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาระบบและคุณภาพการพยาบาล ควรพัฒนาแนวทางหรือแบบแผนการพยาบาลในรูปแบบ clinical pathway หรือ care map สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีที่มีโรคร่วม ครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด ระยะฟื้นฟู และระยะจำหน่าย พร้อมกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลที่ชัดเจน เพื่อใช้ติดตามและพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง
 3. ข้อเสนอแนะต่อการให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัว ควรพัฒนาเอกสารหรือสื่อการสอนที่เข้าใจง่าย เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ครอบคลุมการดูแลแผล การใช้ยา การรับประทานอาหาร การทำกิจกรรม และสัญญาณอันตรายหลังผ่าตัด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
 4. ข้อเสนอแนะต่อการวิจัยในอนาคต ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากขึ้น หรือการศึกษาวิจัยเชิงเปรียบเทียบ เพื่อยืนยันผลลัพธ์การพยาบาลและประสิทธิผลของแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีที่มีโรคร่วม รวมถึงการศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวหลังจำหน่าย เช่น คุณภาพชีวิต การกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย
-

เอกสารอ้างอิง

1. Lammert F, Gurusamy K, Ko CW, Miquel JF, Mendez-Sanchez N, Portincasa P, et al. Gallstones. Nat Rev Dis Primers 2. 2016; 16024 <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.24>
 2. Pisano M, Allievi N, Gurusamy K, Borzellino G, Cimbanassi S, Boerna D, et al. 2020 World Society of Emergency Surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis. World Journal of Emergency Surgery, 2020; 15:61. <https://doi.org/10.1186/s13017-020-00336-x>
 3. Stinton LM, Shaffer EA. Epidemiology of gallbladder disease: Cholelithiasis and cancer. Gut and Liver 2012;6(2), 172–187. <https://doi.org/10.5009/gnl.2012.6.2.172>
 4. Panpimanmas S, Manmee C. Risk factors for gallstone disease in a Thai population. Journal of Epidemiology 2009;19(3):116–121. <https://doi.org/10.2188/jea.je20080019>
 5. Ko-lam W, Sandhu T, Paiboonworachai S, Pongchairerks P, Chotorosniramit A, Chotorosniramit N, et al. Predictive factors for a long hospital stay in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. International Journal of Hepatology 2017; 5497936. <https://doi.org/10.1155/2017/5497936>
 6. โรงพยาบาลมุกดาหาร. สถิติผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงดีที่มีโรคร่วม ปี 2566–2568. มุกดาหาร: โรงพยาบาลมุกดาหาร; 2568.
 7. Gordon M. Manual of nursing diagnosis. 13th ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2014
 8. สุปรานี เสนาดีชัย. กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561
 9. อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ และคณะ. การประเมินทางเศรษฐศาสตร์การผ่าตัดผ่านกล้องเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดแบบเปิดในการรักษานิ่วในถุงน้ำดี [อินเทอร์เน็ต]; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก:
https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Research/Attach/25640705131439PM_%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%20MIS%2020210119.pdf
 10. Camilleri M. Bile acid diarrhea: Prevalence, pathogenesis, and therapy. Gut and Liver 2015; 9(3):332–339. <https://doi.org/10.5009/gnl1439>
 11. Lazarus R S, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York; Springer; 1984
 12. Hinkle JL, Cheever KH. (2018). Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 14th ed. Pennsylvania: Wolters Kluwer; 2018
 13. จิราพร คำแก้ว, สิริพรรณ พัฒนาฤดี, ณัฐดา อารีเปี่ยม. การจัดการความปวดของผู้ใหญ่หลังผ่าตัดช่องท้องแผนกศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. ธรรมชาติเวชสาร 2558;15(1):80-91.
-

14. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? JAMA 1988;260(12):1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
 15. Ljungqvist O, Scott M, Fearon KCH. (). Enhanced recovery after surgery: A review. JAMA Surgery 2017;152(3):292–298. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.091>
 16. Berrios-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW, Leas B, Stone EC, Kelz RR, et al. Centers for Disease Control and Prevention guideline for the prevention of surgical site infection, 2017. JAMA Surgery 2017;152(8):784–791. doi: 10.1001/jamasurg.2017.0904.
 17. Naylor MD, Aiken LH, Kurtzman ET, Olds DM, Hirschman KB. The importance of transitional care in achieving health reform. Health Affairs 2011;30(4):746–754. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0041>
 18. Orem DE. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001
-

รายงานผู้ป่วย

การพยาบาลผู้ป่วยสงสัยวัณโรคปอดที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ร่วมกับภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลมุกดาหาร : กรณีศึกษา 2 ราย

สุรางค์วดี ตั้งดำรงวัฒน์¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อร่วมกับภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและสงสัยวัณโรคปอด

วิธีการศึกษา : กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมุกดาหาร ศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2569 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2569 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล ใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน และ FANCAS วิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบ พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง การรักษา ประเมินปัญหาทางการพยาบาล กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา : กรณีศึกษารายที่ 1 เพศชาย อายุ 65 ปี เป็นโรควัณโรคปอดเมื่อ 5 ปีก่อน รักษาครบ ครั้งนี้มีอาการไอมีเสมหะ ก่อนมาโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ วินิจฉัยปอดอักเสบ การหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน septic shock และสงสัยวัณโรคปอด ได้รับการรักษาในห้องแยกโรคแรงดันลบของหอผู้ป่วยวิกฤติ ดูแลรักษาพยาบาลตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่สงสัยวัณโรคปอด ผลตรวจภาพรังสีทรวงอกพบฝ้าที่ปอดด้านซ้ายและน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดด้านซ้าย รักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ ยาปฏิชีวนะ ยากระตุ้นความดันโลหิต และการรักษาประคับประคอง ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น จำหน่ายกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 14 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2 เพศชาย อายุ 89 ปี เป็นโรควัณโรคกระดูกสันหลังเมื่อ 9 ปีก่อนรักษาครบ มีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง ไตเรื้อรังระยะ 3 ครั้งนี้มีอาการไอมีเสมหะ เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและรับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน วินิจฉัยปอดอักเสบ การหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน septic shock และสงสัยวัณโรคปอด ได้รับการรักษาในห้องแยกโรคแรงดันลบของหอผู้ป่วยวิกฤติ ดูแลรักษาพยาบาลตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่สงสัยวัณโรคปอด ผลตรวจภาพรังสีทรวงอกพบฝ้าที่ปอดด้านขวา รักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ ยาปฏิชีวนะ ยากระตุ้นความดันโลหิต และการรักษาประคับประคอง ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น จำหน่ายกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 9 วัน

สรุป : การดูแลรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยปอดอักเสบ การหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน มีภาวะ septic shock ที่สงสัยวัณโรคปอด ทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตได้

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วย, วัณโรค, ปอดอักเสบ, septic shock, การหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

¹ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร

วันรับบทความ

27 กุมภาพันธ์ 2569

แก้ไขบทความ

6 มีนาคม 2569

ตอบรับตีพิมพ์

13 มีนาคม 2569

Nursing Care for Suspected Pulmonary Tuberculosis Patients with Septic Shock and Acute Respiratory Failure at Mukdahan Hospital: Two Case Studies

Surangwadee Tangdamrongwat

Abstract

Objective : To examine nursing care for patients with septic shock complicated by acute respiratory failure and suspected pulmonary tuberculosis.

Methods : This study employed a case study design involving two patients admitted to Mukdahan Hospital. The cases were selected purposively and data were collected from inpatient medical records between February 14 and February 28, 2026. Data collection instruments included a structured data recording form. Patient health status was assessed using Gordon's 11 Functional Health Patterns and the FANCAS framework. Data were analyzed through comparison of pathophysiology, clinical manifestations, medical treatment, nursing problems, nursing diagnoses, nursing interventions, and nursing outcomes.

Results : Case 1 A was a 65-year-old male with a history of pulmonary tuberculosis treated five years previously. He presented with productive cough for one week prior to admission. The patient was diagnosed with pneumonia, septic shock, acute respiratory failure, and suspected pulmonary tuberculosis. He was admitted to a negative-pressure isolation room in the intensive care unit and managed according to the clinical guidelines for patients with suspected pulmonary tuberculosis. Chest radiography revealed left lung infiltration with left pleural effusion. Treatment included endotracheal intubation, antibiotic therapy, vasopressor administration, and supportive care. The patient's condition improved and he was discharged after 14 days of hospitalization.

Case 2 A 89-year-old male with a history of spinal tuberculosis treated nine years previously and underlying diseases including hypertension and stage 3 chronic kidney disease. He presented with productive cough, dyspnea, and orthopnea for three days prior to admission and was referred from a community hospital with endotracheal intubation. He was diagnosed with pneumonia, septic shock, acute respiratory failure, and suspected pulmonary tuberculosis. The patient was admitted to a negative-pressure isolation room in the intensive care unit and managed according to clinical guidelines for suspected pulmonary tuberculosis. Chest radiography showed right lung infiltration. Treatment included mechanical ventilation, antibiotics, vasopressors, and supportive management. The patient's condition improved and he was discharged after 9 days of hospitalization.

Conclusion: Effective nursing care for patients with pneumonia complicated by septic shock and acute respiratory failure with suspected pulmonary tuberculosis can reduce complications and mortality. Early recognition, prompt treatment, continuous monitoring, and evidence-based nursing management play crucial roles in improving patient outcomes.

Keywords: nursing care, pulmonary tuberculosis, pneumonia, septic shock, acute respiratory failure.

บทนำ

วัณโรคยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก แม้จะมีแนวทางรักษามาตรฐานและยาที่มีประสิทธิภาพ แต่ภาระโรครยังสูงและมีแนวโน้มซับซ้อนขึ้นจากปัจจัยร่วม เช่น การเข้าถึงการวินิจฉัยที่ล่าช้า การติดเชื้อร่วม ภาวะดื้อยา และโรคเรื้อรัง โดยรายงานวัณโรคโลกขององค์การอนามัยโลกสะท้อนว่าการเจ็บป่วยจากวัณโรคยังอยู่ในระดับสูงในหลายภูมิภาคและยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสำคัญจากโรคติดเชื้อที่ป้องกันและรักษาได้ หากตรวจพบและรักษาอย่างทันท่วงที¹ อีกทั้งยุทธศาสตร์ End TB ของ WHO กำหนดเป้าหมายลดอัตราการป่วยและอัตราตายอย่างมากภายในปี 2030–2035 ซึ่งชี้ให้เห็นความจำเป็นของการพัฒนาระบบบริการและคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง²

ภาวะ sepsis และภาวะ septic shock เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก เป็นภาวะที่อวัยวะในร่างกายทำงานผิดปกติหรือล้มเหลวจากการตอบสนองที่ผิดปกติของร่างกายต่อการติดเชื้อ³ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วย sepsis ประมาณ 750,000 คนต่อปี โดยร้อยละ 15 ของผู้ป่วยจะเกิดภาวะ septic shock มีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 50⁴ สำหรับประเทศไทย ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะ severe sepsis หรือ septic shock ที่มาจากบ้านหรือชุมชน ร้อยละ 32.47⁵ แม้ว่าปัจจุบันจะมียาต้านจุลชีพที่ดีขึ้น และมีความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตก็ตาม

ภาวะหายใจล้มเหลว หมายถึง ภาวะที่ระบบหายใจไม่สามารถทำหน้าที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซหรือระบายอากาศให้อยู่ในระดับปกติ ทำให้ออกซิเจนในเลือดแดงลดลง (Hypoxemia: $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$ หรือ $< 8.0 \text{ kPa}$) หรือมีการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (Hypercapnia: $\text{PaCO}_2 > 50 \text{ mmHg}$ หรือ $> 6.0 \text{ kPa}$ และ $\text{pH} < 7.3$) หรือเกิดทั้งสองภาวะร่วมกัน อาจเกิดเฉียบพลันในระยะเวลาที่รวดเร็วเป็นชั่วโมงจนถึงเป็นวัน หรือเกิดแบบเรื้อรังในระยะเวลาเป็นสัปดาห์จนถึงเป็นเดือน หรือเป็นปี หรือเกิดแบบเฉียบพลันในผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลว แบบเรื้อรังอยู่ก่อน ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวจะมีอาการของภาวะพร่องออกซิเจนหรือภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง ส่งผลให้ระบบการทำงานของอวัยวะในร่างกายผิดปกติ จะส่งผลทำให้ระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกายผิดปกติ และทำให้เสียชีวิตในที่สุด⁶

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะ sepsis และภาวะ septic shock เสียชีวิต ได้แก่ การวินิจฉัยล่าช้า การเริ่มให้ยาต้านจุลชีพช้ากว่า 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย⁷ การเริ่มให้การรักษาผู้ป่วย การส่งเลือด ตรวจเพาะเชื้อและการส่งตรวจระดับของแลคเททในซีรัมล่าช้า⁸ การได้รับการรักษานอกห้องผู้ป่วยวิกฤตเกิน 6 ชั่วโมง⁹ มีความรู้เกี่ยวกับการประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดไม่เพียงพอ¹⁰ การประเมินอาการผู้ป่วย การเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง และการรายงานแพทย์ยังไม่ได้ตามมาตรฐาน¹¹ ส่งผลให้ผู้ป่วย septic shock เกิดอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ และทำให้เสียชีวิตในที่สุด^{12,13}

ในประเทศไทยสถิติจากกระทรวงสาธารณสุขพบอัตราการตายจากโรคปอดอักเสบ ร้อยละ 53.3, 49.6 ในปี 2562 และ 2563 ตามลำดับ อุบัติการณ์การเกิดเพิ่มขึ้นตามอายุ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและสรีรวิทยาของระบบการหายใจและระบบภูมิคุ้มกัน โดยพบว่าโรคปอดอักเสบร้อยละ 50-80 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบที่เกิดขึ้นนอกโรงพยาบาล (Community Acquired Pneumonia; CAP) และพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี นอกจากนี้ยังพบ ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจ น้ำหนักตัวหรือสมรรถนะร่างกายที่แย่ลง โดยประมาณร้อยละ 20-30 จำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และประมาณร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นปอดอักเสบชนิดรุนแรง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการเสียชีวิตสูง

การปฏิบัติตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะ septic shock ร่วมกับการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันตามแนวปฏิบัติ นั้นสามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลงได้ โดยแนวปฏิบัติที่ได้รับการอ้างอิงมากที่สุด คือ the Surviving Sepsis Campaign (SSC guidelines) ค.ศ. 2016 และมีการปรับปรุงแนวปฏิบัติล่าสุดในปี ค.ศ. 2021 ที่ให้ความสำคัญกับการรักษาผู้ป่วยเบื้องต้น โดยมีการศึกษาพบว่า การวินิจฉัยผู้ป่วยได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก การรักษาผู้ป่วยเบื้องต้น การรักษาอย่างรวดเร็วด้วยยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย¹⁴ เป็นขั้นตอนที่สำคัญเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต

โรงพยาบาลมุกดาหาร¹⁵ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (ระดับ A+) จากรายงานจำนวนสถิติปี 2566–2568 พบผู้ป่วยวัณโรคปอด และหายใจล้มเหลว จำนวน 10, 18 และ 17 ราย ผู้ป่วย sepsis จำนวน 546, 571 และ 490 ราย และมีอัตราการตายจาก sepsis ร้อยละ 28.6, 26.3 และ 26.1 ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนความรุนแรงของปัญหาและความจำเป็นในการยกระดับคุณภาพการดูแลแบบวิกฤต โดยเฉพาะการดูแลแบบ bundle และการเฝ้าระวังเชิงรุกให้ทันเวลา¹⁶ การปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดอัตราการตาย⁶ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาผู้ป่วย septic shock ร่วมกับการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและสงสัยวัณโรคปอด เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตให้มีคุณภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อร่วมกับภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และสงสัยวัณโรคปอด

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี (Case study) ย้อนหลัง โดยการเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในผู้ป่วย septic shock ร่วมกับภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและสงสัยวัณโรคปอด จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมุกดาหาร โดยศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วย ในวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2569 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2569 เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน 2) การวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา โดยใช้แนวคิดแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน¹⁷ แนวคิดทฤษฎีการประเมินแบบ FANCAS¹⁸ และกระบวนการทางการพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลในการประเมินปัญหาทางการพยาบาล กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล นำมาวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล และการวางแผนจำหน่ายตาม D-METHOD¹⁹

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมุกดาหาร เลขที่ MEC 20/69 วันที่รับรอง 11 กุมภาพันธ์ 2569

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วย septic shock ร่วมกับภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและสงสัยวัณโรคปอด กรณีศึกษา 2 ราย ได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของ Gordon แนวคิดทฤษฎีการประเมินแบบ FANCAS มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และใช้กระบวนการพยาบาลตาม Nursing Process การวางแผนจำหน่ายตาม D-METHOD ดังนี้

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลด้านการเจ็บป่วยและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 65 ปี สถานภาพสมรสคู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย อาชีพทำนา	ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 89 ปี สถานภาพสมรสคู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย อาชีพทำนา
วันที่เข้ารับการรักษา	1 มกราคม 2569 เวลา 09.44 น.	13 มกราคม 2569 เวลา 18.49 น.
จำหน่าย	15 มกราคม 2569 เวลา 14.00 น.	22 มกราคม 2569 เวลา 14.00 น.
รวมระยะวันนอนโรงพยาบาล	14 วัน	9 วัน

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ไอเสมหะขาวขุ่น หอบเหนื่อย กินได้น้อย ก่อนมา 1 วัน	เหนื่อยมากขึ้น ไม่มีไข้ เจ็บแน่นหน้าอก เวลาไอ ก่อนมา 3 วัน
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	1 สัปดาห์ก่อนไอแห้งๆ 4 วันก่อน ไอเสมหะขาวขุ่น หอบเหนื่อย กินได้น้อย 1 วันก่อนเหนื่อยมากขึ้น แน่นหน้าอก แบบหายใจไม่อิ่ม ตัวร้อนๆ ญาติจึงนำส่ง โรงพยาบาล	1 สัปดาห์ก่อน ไอ มีเสมหะ เหนื่อยเพลีย ไม่ได้ไปรับการรักษา 3 วันก่อน เหนื่อยมากขึ้น เจ็บแน่น หน้าอกเวลาไอ ไม่มีไข้บวม ไม่มีไข้ อาการไม่ทุเลา ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล ชุมชน แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อ โรงพยาบาลมุกดาหาร
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	เคยเป็นวัณโรคปอด รักษาครบ 5 ปี ก่อน	ความดันโลหิตสูง ไตเรื้อรังระยะที่ 3 รักษาที่ โรงพยาบาลชุมชน เคยเป็นวัณโรคกระดูกสันหลัง รักษาครบ เมื่อ 9 ปีก่อน
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิสโรโรคประจำตัวของสมาชิกใน ครอบครัว	ปฏิสโรโรคประจำตัวของสมาชิกใน ครอบครัว
ประวัติการแพ้ยา ประวัติการใช้ สารเสพติด	ไม่เคยมีประวัติการแพ้ยา ประวัติการสูบบุหรี่ มาแล้ว 20 ปี ปฏิสโรติ่มสุรา/การใช้สารเสพติด	ไม่เคยมีประวัติการแพ้ยา ปฏิสโรประวัติการสูบบุหรี่/ติ่มสุรา/การ ใช้สารเสพติด

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลด้านการเจ็บป่วยและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2
การวินิจฉัยครั้งแรก	Pneumonia, Septic shock, Acute Respiratory failure with R/O Pulmonary tuberculosis	Pneumonia, Sepsis, Septic shock with Old TB
การตรวจร่างกาย	น้ำหนัก 60 กก. ส่วนสูง 165 ซม. BMI 22.0 กก./ตร.ม. E4V5M6 อุณหภูมิ 36.0°ซ ซีพจร 144 ครั้ง/นาที หายใจ 40 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 104/59 มม.ปรอท MAP 71 มม.ปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจน 94% พบ Suprasternal retraction และ subcostal retraction เสียงปอด crepitation left lung	น้ำหนัก 40.65 กก. ส่วนสูง 168 ซม. BMI 14.4 กก./ตร.ม. E4VtM6 อุณหภูมิ 37.7°ซ ซีพจร 122 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 141/74 มม.ปรอท MAP 95 มม.ปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจน 98% (ใส่ท่อช่วยหายใจ) เสียงปอด Crepitation Both Lung
ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	CBC: WBC 31,210 cell/mm ³ , Neutrophil 90%, Hct 42.5%	CBC: WBC 9,780 cell/mm ³ , Neutrophil 41%, Hct 24.3%

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2
	BUN 14.4, Cr 0.8 mg/dl, GFR 99.0 Na 128.8 mmol/L, K 3.74 mmol/L, Cl 92.7 mmol/L, TCO2 9 mmol/L, Lactate 1.8 mmol/L, Mg 1.74 ระดับน้ำตาลปลายนิ้วได้ 96 mg% Sputum culture: no growth PCR for TB: Negative ABG: pH 7.48 pCO₂ 30 pO₂ 153 EKG: Sinus tachycardia Chest X-ray: left lung infiltration with left pleural effusion	BUN 36.5, Cr 1.82 mg/dl, GFR 25.6 Na 137.3 mmol/L, K 3.94 mmol/L, Cl 107 L, TCO2 5 mmol/L Lactate 8.7 mmol/L ABG: pH 7.26 pCO₂ 37 pO₂ 383 Sputum culture: no growth PCR for TB: Negative - EKG: Normal Sinus Rhythm - Chest X-ray: RUL infiltration

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลด้านการเจ็บป่วยและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2
แผนการรักษา ของแพทย์	รับไว้หอผู้ป่วยวิกฤต ห้องแยกโรคแรงดันลบ ใส่ endotracheal tube ใส่เครื่องช่วยหายใจ (PCV mode: IP14 RR 14 PEEP 5 FIO2 0.4) ใส่สายสวนปัสสาวะ Fentanyl 50 mcg IV Ceftazidime 2 g IV drip q 8 hr. Clindamycin 600 mg IV q 8 ชั่วโมง	รับไว้หอผู้ป่วยวิกฤต ห้องแยกโรคแรงดันลบ ใส่ endotracheal tube ใส่เครื่องช่วยหายใจ (PCV mode: IP 16 RR 16 PEEP5 FIO2 0.4) ใส่สายสวนปัสสาวะ Fentanyl 50 mcg IV Ceftazidime 2 g IV drip q 8 hr.
	หลังใส่ท่อช่วยหายใจ ความดันโลหิต 79/53 มม.ปรอท ให้ NSS 1,000 ml IV drip in 1 hr. จากนั้น NSS IV drip 100 mL/hr. Norepinephrine 4 mg in D5W 250mL IV 10 mL/hr. (titrate)	ต่อมาความดันโลหิต 82/50 มม.ปรอท ให้ NSS 500 ml IV ทันที จากนั้น NSS 1000 ml iv 80 mL/hr. Norepinephrine 4 mg in D5W 250mL IV 10 mL/hr.
	Vitamin B1 100mg IV q 8 hr. Hydrocortisone 100 mg IV q 8 hr. 50% Magnesium sulfate 1g in D5W 100 mL IV วันละ 1 ครั้ง ต่อเนื่อง 3 วัน Elixir KCL 30 ml PO	Vitamin B1 100mg IV q 8 hr. Hydrocortisone 100 mg IV q 8 hr.
	วันที่ 4 ถอดท่อช่วยหายใจ ให้ HHFNC วันที่ 6 ให้ O2 Cannula แพทย์ทำการเจาะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด โดย ultrasound guide ได้น้ำลักษณะ ขุ่น สีเหลือง ปริมาณ 50 mL	วันที่ 3 ของการนอนโรงพยาบาล มีภาวะ น้ำเกิน intake 2550 ml/output 170 ml Cr 1.8 ได้รับ Furosemide IV 40 mg ทันที วันที่ 4 ถอดท่อช่วยหายใจ ให้ HHFNC
การวินิจฉัย สุดท้าย	Pneumonia Septic shock Acute Respiratory failure Hypomagnesemia Hypokalemia	Pneumonia Septic shock Acute Respiratory failure Essential hypertension Chronic kidney disease stage 4

ตาราง 2 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนภาวะสุขภาพของกอร์ดอนกับกรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยอายุ 65ปี รับรู้การเจ็บป่วยวิกฤตสามารถดูแลตนเองได้ มีภรรยาเป็นผู้ดูแลขณะพักรักษา	ผู้ป่วยอายุ 89 ปี รับรู้การเจ็บป่วยวิกฤตไม่สามารถดูแลตนเองได้เต็มที่ มีลูกสาวเป็นผู้ดูแลขณะพักรักษา
	การวิเคราะห์ กรณีศึกษารายที่1 มีศักยภาพในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษาได้มากกว่า ส่วนกรณีศึกษารายที่2 เสี่ยงต่อการรับรู้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ต้องใช้การสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	รับประทานอาหารปกติเป็นเวลา ครบ 3 มื้อ รูปร่างสมส่วน ท่าทางอ่อนเพลีย	รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา รูปร่างผอม ท่าทางอ่อนเพลีย
	การวิเคราะห์ กรณีศึกษารายที่1 ไม่มีปัญหาโภชนาการ แต่มีความเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการไม่เพียงพอระหว่างการเจ็บป่วย กรณีศึกษารายที่2 มีภาวะทุโภชนาการรุนแรง ทำให้ความสามารถในการทนต่อภาวะการเจ็บป่วยวิกฤตต่ำกว่า	
3. การขับถ่าย	ก่อนการเจ็บป่วยขับถ่ายอุจจาระปกติวันละ 1 ครั้ง ขับถ่ายปัสสาวะเองได้ไม่แสบขัด ขณะเจ็บป่วยใส่สายสวนปัสสาวะไว้	ก่อนการเจ็บป่วยขับถ่ายอุจจาระปกติวันละ 1 ครั้ง ขับถ่ายปัสสาวะเองได้ไม่แสบขัด ขณะเจ็บป่วยใส่สายสวนปัสสาวะไว้
	การวิเคราะห์ ปัจจัยด้านอายุและภาวะโภชนาการของกรณีศึกษารายที่ 2 ทำให้มีความเสี่ยงต่อภาวะไตวายเฉียบพลันและการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะสูงกว่า	
4. กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	ก่อนการเจ็บป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ ขณะเจ็บป่วยมีอาการหอบเหนื่อย ปฏิบัติกิจกรรมที่เตียง	ก่อนการเจ็บป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามวัย ไม่ได้ออกกำลังกาย ขณะเจ็บป่วยมีอาการหอบเหนื่อย ปฏิบัติกิจกรรมที่เตียงโดยมีพยาบาลคอยช่วยเหลือ
	การวิเคราะห์ กรณีศึกษารายที่ 2 มีปัจจัยด้านอายุและภาวะโภชนาการต่ำกว่าส่งผลให้เสี่ยงต่อการฟื้นตัวช้า และมีความเสี่ยงต่อภาวะ functional decline หลังจำหน่ายสูงกว่า	
5. การพักผ่อนนอนหลับ	นอนหลับ วันละ 6-7 ชั่วโมง นอนหลับช่วงกลางวันบ้างบางวัน	นอนหลับวันละ 6-7 ชั่วโมง นอนหลับช่วงกลางวัน ตื่นนอนกลางดึกบ้าง
	การวิเคราะห์ กรณีศึกษารายที่2 คุณภาพการนอนของ ต่ำกว่าเนื่องจาก มี sleep fragmentation และนอนกลางวันเป็นหลัก เมื่อเข้าสู่ภาวะวิกฤตจึงมีความเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) และการฟื้นตัวช้า	

ตาราง 2 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนภาวะสุขภาพของกอร์ดอนกับกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
6. สถิติปัญหาและการรับรู้	การรับรู้และการตัดสินใจเหมาะสม	การรับรู้และการตัดสินใจช้าตามวัย
	การวิเคราะห์ ทั้งสองรายไม่มีความผิดปกติทางสถิติปัญหา กรณีศึกษารายที่ 2 มีความเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลันและการรับรู้บกพร่องมากกว่าจากอายุมากกว่า	
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	รับรู้ตนเอง และคุณค่าในตนเองว่ามีความสำคัญต่อสมาชิกในครอบครัว พึ่งพาตนเองได้	รับรู้ตนเอง และคุณค่าในตนเอง พึ่งพาตนเองได้น้อย
	การวิเคราะห์ กรณีศึกษารายที่ 1 มีรับรู้ตนเอง และคุณค่าในตนเองที่มั่นคงกว่ากรณีศึกษารายที่ 2 มีความเสี่ยงต่อการสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	
8. บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	เป็นหัวหน้าครอบครัว ไม่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว	เป็นสมาชิกของครอบครัว ไม่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว
	การวิเคราะห์ กรณีศึกษารายที่ 1 อาจเผชิญความเครียดจากการสูญเสียบทบาทผู้นำชั่วคราว กรณีศึกษารายที่ 2 อาจมีความเปราะบางทางจิตใจจากการพึ่งพาผู้อื่น การพยาบาลจึงควรครอบคลุมมิติทางจิตสังคมควบคู่กับการดูแลด้านร่างกาย	
9. เพศและการเจริญพันธุ์	สถานภาพสมรส อาศัยอยู่กับภรรยา ไม่พบปัญหาด้านเพศและการเจริญพันธุ์	สถานภาพสมรส อาศัยอยู่กับภรรยา ไม่พบปัญหาของวัยทองของผู้ชายสูงอายุ
	การวิเคราะห์ ภาวะเจ็บป่วยรุนแรงอาจส่งผลต่อภาพลักษณ์ตนเอง บทบาทในชีวิตคู่ และความใกล้ชิดทางอารมณ์ โดยเฉพาะในกรณีศึกษารายที่ 1 ซึ่งยังอยู่ในวัยที่มีบทบาททางเพศชัดเจนกว่า กรณีศึกษารายที่ 2 ความมั่นคงทางอารมณ์จากคู่สมรส	
10. การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นดี ปรับตัวกับการเจ็บป่วยในครั้งนี้ได้ แต่ยังกังวลเกี่ยวกับอาการเหนื่อย และอาการหายใจหอบ	มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นดี กังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่เป็น เนื่องจากตนเองก็มีอายุมาก
	การวิเคราะห์ ความแตกต่างด้านอายุและภาวะร่างกายส่งผลต่อรูปแบบการเผชิญความเครียด กรณีศึกษารายที่ 1 แสดงการปรับตัวเชิงบวกและมีความกังวลจากอาการเฉียบพลัน กรณีศึกษารายที่ 2 มีความกังวลจากวัยและความรุนแรงของโรค	
11. ค่านิยมและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามวาระสำคัญทางศาสนาตามประเพณีทุกครั้ง	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามวาระสำคัญทางศาสนาตามประเพณีบางครั้ง
	การวิเคราะห์ ทั้งสองรายมีความเชื่อทางศาสนาที่ชัดเจน ซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องทางจิตวิญญาณต่อการเผชิญภาวะวิกฤต กรณีศึกษารายที่ 2 มีข้อจำกัดด้านร่างกายที่ส่งผลต่อการปฏิบัติศาสนกิจ อาจทำให้เกิดความเปราะบางทางจิตวิญญาณมากกว่า	

ตาราง 3 เปรียบเทียบภาวะสุขภาพตามแบบแผน FANCAS กับกรณีศึกษา 2 ราย

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1.ด้านความสมดุลของน้ำ (Fluid balance)	
- มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ - เสี่ยงต่อไตวายเฉียบพลันและอวัยวะล้มเหลวหลายระบบจากภาวะ septic shock	- เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ - เสี่ยงต่อไตวายเฉียบพลันและอวัยวะล้มเหลวหลายระบบจากภาวะ septic shock
วิเคราะห์ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความคล้ายคลึงกันจาก sepsis จะกระตุ้นกระบวนการอักเสบและการแข็งตัวของเลือด ทำให้เกิดการอักเสบทั่วร่างกาย มีผลให้เกิดการบาดเจ็บของผนังหลอดเลือด หลอดเลือดเกิดการขยายตัวและมีการรั่วของสารน้ำออกนอกเส้นเลือด ส่งผลให้ร่างกายขาดสารน้ำ ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง ทำให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ และส่งผลให้เกิดความดันโลหิตต่ำและช็อกได้	
2. การหายใจ (aeration)	
- มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลงจากการติดเชื้อในปอด	- มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลงจากการติดเชื้อในปอด
วิเคราะห์ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความคล้ายคลึงกัน จากการติดเชื้อในปอด เมื่อมีการอักเสบทำให้สารน้ำ/หนองเข้าไปในถุงลม ทำให้ถุงลมมีการยืดหยุ่นต่ำ ไม่สามารถขยายตัวได้ เกิด Ventilation/Perfusion mismatch ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือดอย่างรุนแรง	
3. โภชนาการ (nutrition)	
- ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในปอดและ sepsis ได้รับการรักษาด้วย Hydrocortisone ซึ่งเป็นสเตียรอยด์ - ใส่ endotracheal tube ใส่เครื่องช่วยหายใจ - มีภาวะ Hypokalemia - มีภาวะ Hypomagnesemia	- ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในปอดและ sepsis ได้รับการรักษาด้วย Hydrocortisone ซึ่งเป็นสเตียรอยด์ - ใส่ endotracheal tube ใส่เครื่องช่วยหายใจ - มี ภาวะ Volume Overload ได้ รับ ยา Furosemide IV 40 มิลลิกรัม
วิเคราะห์ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีภาวะโภชนาการเสี่ยงสูงจาก hypermetabolic response ในภาวะ sepsis และการพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ แต่กลไกความเสี่ยงแตกต่างกัน โดยกรณีศึกษารายที่ 1 มีการเสียสมดุลเกลือแร่จากการได้รับสเตียรอยด์และภาวะวิกฤต ส่งผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อและหัวใจ ขณะที่กรณีศึกษารายที่ 2 มีปัญหา volume overload และได้รับยาขับปัสสาวะ ซึ่งอาจทำให้เกิดการสูญเสียเกลือแร่และส่งผลต่อสมดุลโภชนาการและการหายใจ	

ตาราง 3 เปรียบเทียบภาวะสุขภาพตามแบบแผน FANCAS กับกรณีศึกษา 2 ราย

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
4.ด้านการติดต่อสื่อสาร (community)	
- ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลจากการขาดความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองที่เหมาะสม	- ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลจากการขาดความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองที่เหมาะสม
วิเคราะห์ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย และครอบครัวมีความวิตกกังวลจากการขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลที่เหมาะสม สะท้อนถึงช่องว่างด้าน health literacy ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการรักษา และการฟื้นตัว แต่ในรายที่ 2 มีความซับซ้อนมากกว่าเนื่องจากอายุสูงและภาวะพึ่งพาผู้อื่น ทำให้จำเป็นต้องเน้นการสื่อสารเชิงระบบและการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลมากกว่ารายที่ 1	
5.ด้านการทำกิจกรรม (activity)	
- การสูญเสียระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองจากการเจ็บป่วยวิกฤติและการใช้เครื่องช่วยหายใจ	- การสูญเสียระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองจากการเจ็บป่วยวิกฤติและการใช้เครื่องช่วยหายใจ
วิเคราะห์ ในกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีปัญหาการติดเชื้อ ปอดอักเสบ การหายใจล้มเหลว septic shock ด้านการหายใจ จำเป็นต้องให้จำกัดกิจกรรมเพื่อลดการใช้ออกซิเจน แต่มีความแตกต่างด้านอายุและความเปราะบางทางสรีรวิทยาทำให้กรณีศึกษารายที่ 2 มีความเสี่ยงต่อภาวะ functional decline ระยะยาวมากกว่า การพยาบาลจึงต้องบูรณาการการฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่ระยะวิกฤต โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการสูญเสียความสามารถถาวร	
6.ด้านการกระตุ้น (stimulation)	
- มีภาวะติดเชื้อที่ปอด - มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด - มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ - มีภาวะการหายใจล้มเหลวนับปล้น - มีภาวะ Electrolyte imbalance	- มีภาวะติดเชื้อที่ปอด - มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด - มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ - มีภาวะการหายใจล้มเหลวนับปล้น - มีภาวะ Volume Overload
วิเคราะห์ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับสิ่งกระตุ้นทางพยาธิสภาพอย่างรุนแรงจากภาวะติดเชื้อในปอด และ septic shock ซึ่งในกรณีศึกษาที่ 1 มีความผิดปกติทางเมตาบอลิกเด่นชัดจาก การเสียสมดุลเกลือแร่ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อความผิดปกติของระบบประสาทและหัวใจ ขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 มี hemodynamic burden จาก volume overload ซึ่งเพิ่มภาระต่อระบบหัวใจและปอดมากกว่า การพยาบาลจึงต้องปรับวิธีการของการเฝ้าระวังตามลักษณะสิ่งกระตุ้นที่แตกต่างกัน	

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะวิกฤติ
2. ระยะดูแลต่อเนื่อง
3. ระยะจำหน่าย

ตาราง 5 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะวิกฤติ

กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
วินิจฉัยการพยาบาล 1. ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากพยาธิสภาพที่ปอด	
ข้อมูลสนับสนุน - ใส่ท่อช่วยหายใจ ใส่เครื่องช่วยหายใจ (PCV mode: IP14 RR 14 PEEP 5 FIO2 0.4) - CXR: infiltration left lung, left pleural effusion	ข้อมูลสนับสนุน - ใส่ท่อช่วยหายใจ ใส่เครื่องช่วยหายใจ (PCV mode: IP 16 RR 16 PEEP5 FIO2 0.4) - Chest X-ray: RUL infiltration
วัตถุประสงค์ เพื่อให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนและมีการแลกเปลี่ยนก๊าซ อย่างเพียงพอ เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีอาการหอบเหนื่อย R < 25 ครั้ง/นาที > 10 ครั้ง/นาที O2 saturation ≥ 95%	
กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินสภาพการหายใจ สังเกตอาการและอาการแสดงของการหายใจที่ไม่มีประสิทธิภาพ ประเมินสัญญาณชีพ และประเมิน SOS score ทุก 1 ชั่วโมง 2. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา กรณีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ดูแลการตั้งเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษาและบันทึกการเปลี่ยนแปลงสังเกตการทำงานของเครื่อง ventilator เช่น VT FIO2 อัตราการหายใจ mode ของ ventilator การใช้ PEEP และการตั้งสัญญาณเตือน โดยผู้ป่วยควรมีระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน มากกว่า 95% 3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง 3.1 ดูดเสมหะเท่าที่จำเป็น โดยประเมินจากการฟังเสียงปอด ใช้การดูดเสมหะเทคนิคปลอดเชื้อ เวลาที่ใช้ไม่เกิน 10-15 วินาที เลือกขนาดของสายดูดเสมหะให้เหมาะสม คือ มีขนาด 1/2 หรือ 2/3 ของท่อช่วยหายใจ 3.2 ฝักระวังน้ำที่ตกค้างจากเครื่องช่วยหายใจไหลเข้าสู่ท่อช่วยหายใจ 3.3 เปลี่ยนท่าผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อให้เสมหะไหลออกได้ดี 4. ลดการใช้ออกซิเจน โดยการวางแผนให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบ จัดกิจกรรมการพยาบาลที่สามารถปฏิบัติพร้อมกันได้มาปฏิบัติในคราวเดียว	

ตาราง 5 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะวิกฤติ (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ) 5. จัดท่าที่ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนก๊าซ ได้แก่ ท่านอนหงายศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้กะบังลมหย่อนตัว จะเพิ่มปริมาตรในช่องอกและปอดสามารถขยายตัว ประเมินผลการจัดท่าจากค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 6. การประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และถอดท่อช่วยหายใจ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ลักษณะการหายใจไม่หอบเหนื่อย ลักษณะการเคลื่อนไหวของทรวงอกไม่ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ ความสามารถในการไอและขับเสมหะ ลักษณะปริมาณเสมหะ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะค่าโพแทสเซียม และปอดสามารถขยายตัวได้ดีโดยจากค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน และผลตรวจผลการวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง 7. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา เช่น ยาปฏิชีวนะ ยาขยายหลอดลม ยาละลายเสมหะ และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ผลการวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง ผลตรวจเพาะเชื้อ และภาพรังสีทรวงอก	
การประเมินผล สามารถถอดท่อช่วยหายใจ ในวันที่ 4 ของการรักษา ความอิ่มตัวของออกซิเจน 95-98% ใช้ HHFNC ต่อ ไม่มีอาการหอบเหนื่อย	การประเมินผล สามารถถอดท่อช่วยหายใจ ในวันที่ 4 ของการรักษา ความอิ่มตัวของออกซิเจน 95-98% ใช้ HHFNC ต่อ ไม่มีอาการหอบเหนื่อย
วิเคราะห์ เมื่อเปรียบเทียบทั้งสองกรณีพบว่า ผู้ป่วยทั้งสองรายมีปัญหาทางการพยาบาลหลักในระยะวิกฤตเหมือนกัน คือ ภาวะพร่องออกซิเจนจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากพยาธิสภาพของปอด ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจ แต่อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยที่แตกต่างกัน ได้แก่ รายที่ 1 มี ภาวะสมดุลของเกลือแร่ผิดปกติ (Hypokalemia และ Hypomagnesemia) ซึ่งอาจส่งผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อและหัวใจ รายที่ 2 มี โรคร่วมเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน ถึงแม้ผู้ป่วยทั้งสองรายจะมีปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกัน แต่จากการได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมและการพยาบาลอย่างใกล้ชิดในระยะวิกฤต ทำให้ผู้ป่วยทั้งสองรายสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ภายในวันที่ 4 ของการรักษา และมีค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนอยู่ในเกณฑ์ปกติ แสดงถึงประสิทธิภาพของการดูแลรักษาและการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะวิกฤตดังกล่าว	

ตาราง 5 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะวิกฤติ (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
วินิจฉัยการพยาบาล 2. ผู้ป่วยมีภาวะ ปอดอักเสบ และ septic shock	
ข้อมูลสนับสนุน SBP 84-110 มม.ปรอท, DBP 69-85 มม.ปรอท, MAP 62-74 มม.ปรอท CBC: WBC 31,210 cell/mm ³ , Neutrophil 90%	ข้อมูลสนับสนุน BP 82/50 มม.ปรอท, MAP 62 มม.ปรอท CBC: WBC 9,780 cell/mm ³ , Neutrophil 41%, Hct 24.3% Lactate 8.7 mmol/L
วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและพ้นจากภาวะ septic shock เกณฑ์การประเมินผล SBP≥90 มม.ปรอท, MAP ≥65 มม.ปรอท, NEWS score ≤4 คะแนน, ความอิ่มตัวของออกซิเจน ≥95% Pulse rate 60 - 90 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ > 36°ซ ถึง <37.5°ซ	
กิจกรรมการพยาบาล 1. ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ดังนี้ 1.1 ประเมินอาการผู้ป่วยเมื่อแรกเริ่ม โดยใช้ QSOFA score และ SOS score 1.2 ประเมินภาวะ sepsis ตามแบบประเมิน KKH Sepsis protocol หากประเมินพบว่า ผู้ป่วยเข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ sepsis ให้รายงานแพทย์ภายใน 15 นาที และเจาะตรวจค่า lactate 1.3 ติดตามประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตามระดับคะแนนของ SOS score ที่ประเมินได้เมื่อแรกเริ่ม หากผู้ป่วยมีค่าคะแนน SOS score มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน ให้ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ อาการ และอาการแสดงทุก 15 นาที ในช่วงแรก ประเมินทุกๆ 30 นาที ในช่วงที่ 2 แล้วเป็นทุกๆ 2-4 ชั่วโมง เมื่ออาการเริ่มคงที่ เพื่อดูแลให้ MAP มากกว่าหรือเท่ากับ 65 มม.ปรอท หาก MAP น้อย กว่าหรือเท่ากับ 65 มม.ปรอท ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือด แล้วปรับเพิ่มขนาดครั้งละ 0.02 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมต่อนาที จนได้ระดับความดันโลหิต ตามต้องการ 1.4 การส่งเลือดเพาะเชื้อ ส่งตรวจภายใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย 1.5 การบริหารยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาหลังการวินิจฉัยภายใน 1 ชั่วโมง พร้อมกับเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาปฏิชีวนะ เช่น การแพ้อย่างรุนแรงเฉียบพลัน 1.6 การบริหารจัดการสารน้ำเพื่อป้องกันภาวะเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำชนิดคริสตัลลอยด์ เช่น NSS ประเมินผู้ป่วยที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับสารน้ำรวดเร็ว เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ โรคหัวใจ โรคไตเรื้อรัง และประเมินภาวะน้ำเกิน เช่น อาการบวมของใบหน้า มือเท้า เสียงหายใจครืดคราดฟองปอดมีเสียงกรอบแกรบมีเสมหะเป็นฟอง	

ตาราง 5 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะวิกฤติ

กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ) 2. ส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซอย่างมีประสิทธิภาพ โดยดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา จัดทำให้อุณหภูมิร่างกาย 30 องศา ประเมินสัญญาณชีพ สังเกตอาการเหนื่อยหอบเขียวหรือซีดตามปลายมือปลายเท้า ชีพจร สับสน และค่า SpO2 ทุก 15 นาที 3. ลดปัจจัยจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ใช้เทคนิคปลอดเชื้อในการพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน 4. ติดตามอาการของการติดเชื้อ ได้แก่ วัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง หากมีไข้สูงและหนาวสั่น ดูแลให้ยาลดไข้ก่อน เมื่อผู้ป่วยร้อนหรือมีเหงื่อจากการออกฤทธิ์ของยาแล้วจึงเช็ดตัวเพื่อลดไข้ และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหาการติดเชื้อต่างๆ ตามแผนการรักษา เช่น การตรวจนับเม็ดเลือด โดยดูจากเม็ดโลหิตขาว (WBC) และนิวโทรฟิล (neutrophil) และการตรวจเพาะเชื้อต่างๆ 5. ใส่สายสวนปัสสาวะ ประเมินและจดบันทึกปัสสาวะทั้งลักษณะ สี จำนวนปัสสาวะของผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง โดยดูแลให้ปัสสาวะออกมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไต หากมีอาการผิดปกติ ให้อย่างน้อยแพทย์	
การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัยและพ้นจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	
วิเคราะห์ เมื่อเปรียบเทียบทั้งสองกรณีพบว่า ผู้ป่วยทั้งสองรายมีลักษณะทางคลินิกที่สอดคล้องกับภาวะ septic shock จากปอดอักเสบ และต้องได้รับการรักษาตามแนวทาง Surviving Sepsis Campaign ได้แก่ การให้สารน้ำ การให้ยาปฏิชีวนะอย่างรวดเร็ว และการใช้ vasopressor อย่างไรก็ตาม มีความแตกต่างที่สำคัญได้แก่ รายที่ 1 มี ภาวะติดเชื้อรุนแรงมากจากค่า WBC สูงและมีภาวะสมดุลเกลือแร่ผิดปกติ ซึ่งต้องได้รับการแก้ไข รายที่ 2 มี ค่า lactate สูงมากและมีโรคร่วมเรื้อรัง ได้แก่ โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และความดันโลหิตสูง ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูงกว่า ถึงแม้ว่าผู้ป่วยทั้งสองรายจะมีปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกัน แต่จากการได้รับการประเมินผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว การให้สารน้ำ การให้ยาปฏิชีวนะ และการใช้ vasopressor อย่างเหมาะสมตามแนวทางการรักษา septic shock และการพยาบาลอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวจากภาวะ septic shock ได้อย่างปลอดภัย	

ตาราง 5 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะวิกฤติ (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
วินิจฉัยการพยาบาล 3. มีภาวะ Electrolyte imbalance	วินิจฉัยการพยาบาล กรณีศึกษารายที่ 2 ไม่มีปัญหาข้อนี้
ข้อมูลสนับสนุน ค่า Magnesium 1.47 mmol/L ค่า Potassium 3.74 mmol/L วัตถุประสงค์ เพื่อรักษาภาวะสมดุลของเกลือแร่ของร่างกาย	
เกณฑ์การประเมินผล ค่า Magnesium 0.7-2.2 mmol/L ค่า Potassium 3.5-5.1 mmol/L	
กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลให้ 50% Magnesium sulfate 4 ml in D5W 100 mL IV วันละ 1 ครั้ง ต่อเนื่อง 3 วัน 2. ดูแลให้ Potassium elixir (20 mEq/15ml) STAT 30 ml 3. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรายงานแพทย์เมื่อพบค่าผิดปกติ 4. สังเกตอาการอาการผิดปกติ หากมีอาการรายงานแพทย์ทราบ	
การประเมินผล ค่า Magnesium 2.12 mmol/L ค่า Potassium 4 mmol/L	
วิเคราะห์ เมื่อเปรียบเทียบทั้งสองกรณี พบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความผิดปกติของสมดุลเกลือแร่จากการเจ็บป่วยเฉียบพลันและการตอบสนองต่อการรักษา ขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 แม้ไม่พบความผิดปกติของสมดุลเกลือแร่ในระยะแรก แต่มีปัจจัยเสี่ยงจากโรคไตเรื้อรัง ซึ่งอาจส่งผลต่อสมดุลความผิดปกติของสมดุลเกลือแร่ได้ ดังนั้นการเฝ้าระวังและติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างใกล้ชิดจึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยวิกฤติ	

ตาราง 6 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง

กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
วินิจฉัยการพยาบาล กรณีศึกษารายที่ 1 ไม่มีปัญหาข้อนี้	วินิจฉัยการพยาบาล 4. มีภาวะน้ำเกิน Volume overload
	ข้อมูลสนับสนุน - Lung Crepitation Both Lung - intake 2550 ml/output 170 ml, Cr 1.8
	วัตถุประสงค์ เพื่อแก้ภาวะน้ำเกิน Volume overload
	เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีอาการหอบเหนื่อย เสียงปอด ไม่มีเสียง Crepitation
	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินสัญญาณชีพ อาการ ไอ หอบเหนื่อย และ ประเมินความอึดตัวของออกซิเจน ให้ออกซิเจน nasal canula 3 LPM จัดท่านอนศีรษะสูง 2. ให้ Lasix 40 mg. IV ทุก 12 hr. วัด intake และ output ของสารน้ำ 3. การฟังเสียงปอด และสังเกตอาการข้างเคียงจาก ยาขับปัสสาวะ
	การประเมินผล ประเมิน intake 330 ml/output 1400 ml การฟังเสียงปอด: No crepitation
วิเคราะห์ เมื่อเปรียบเทียบทั้งสองกรณีพบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่พบภาวะน้ำเกิน เนื่องจากการทำงานของระบบไตและสมดุลสารน้ำยังอยู่ในระดับที่สามารถควบคุมได้ ขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำเกินมากกว่าเนื่องจากมีโรคร่วมคือ โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการขับน้ำออกจากร่างกายลดลงเมื่อได้รับสารน้ำเพื่อรักษาภาวะ septic shock จึงทำให้เกิดการคั่งของสารน้ำในร่างกายและเกิดภาวะ volume overload ได้ ดังนั้น การประเมินภาวะสมดุลสารน้ำอย่างใกล้ชิด การติดตามปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย รวมทั้งการเฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน เช่น เสียงผิดปกติในปอดหรืออาการหายใจลำบาก จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมเกี่ยวกับไต	

ตาราง 6 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
วินิจฉัยการพยาบาล 5. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวล เนื่องจากการเจ็บป่วยที่รุนแรงจนเกิดอาการช็อก	
ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยและภรรยาแสดงสีหน้ากังวล ภรรยาสอบถามอาการ และลูกๆร้องไห้	ข้อมูลสนับสนุน ญาติถามว่าอาการหนักแค่ไหน จะหายหรือไม่ และมีน้ำตาไหลขณะสอบถาม
วัตถุประสงค์ เพื่อลดความวิตกกังวล เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติ ไม่มีสีหน้าวิตกกังวล	
กิจกรรมการพยาบาล 1. ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวและการดูแลขณะพักรักษาอาการของโรค แผนการดูแลรักษา และผลความก้าวหน้าในการดูแลเป็นระยะ 2. แนะนำอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษที่ใช้กับผู้ป่วย	กิจกรรมการพยาบาล 1. ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวและการดูแลขณะพักรักษาอาการของโรค แผนการดูแลรักษา และผลความก้าวหน้าในการดูแลเป็นระยะ 2. แนะนำอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษที่ใช้กับผู้ป่วย
การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติบอกว่าเข้าใจแนวทางการรักษา ไม่มีสีหน้าวิตกกังวล	การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติบอกว่าเข้าใจแนวทางการรักษา ลดความกังวล สีหน้าสดชื่นขึ้น
วิเคราะห์ เมื่อเปรียบเทียบทั้งสองกรณีพบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวของทั้งสองรายมีความวิตกกังวลจากความรุนแรงของโรคและความไม่แน่นอนของผลการรักษา อย่างไรก็ตาม รูปแบบการแสดงออกของความวิตกกังวลมีความแตกต่างกัน โดยครอบครัวของผู้ป่วยรายที่ 1 แสดงอารมณ์ผ่านการร้องไห้ของบุตรและการสอบถามอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ญาติของผู้ป่วยรายที่ 2 แสดงความวิตกกังวลผ่านการตั้งคำถามเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคและโอกาสในการหายจากโรค การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง การสื่อสารที่ชัดเจน และการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากทีมสุขภาพ มีบทบาทสำคัญในการช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าใจแนวทางการรักษาและปรับตัวต่อสถานการณ์ของโรคได้ดีขึ้น	

ตาราง 7 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะจำหน่าย

กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
วินิจฉัยการพยาบาล 6. ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลหลังกลับบ้านเนื่องจากขาดความรู้เรื่องการฟื้นฟูร่างกายหลังจากหายจากการเจ็บป่วย	
ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยสอบถามว่าต้องอยู่โรงพยาบาลอีกกี่วัน กลับบ้านแล้วต้องปฏิบัติอย่างไรบ้าง	ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยและลูกสาวสอบถามว่าต้องนอนโรงพยาบาลกี่วัน และเมื่อกลับบ้านต้องปฏิบัติตัวอย่างไรเพราะคุณพ่ออายุมากแล้ว
วัตถุประสงค์ เพื่อลดความกังวล และสามารถดูแลฟื้นฟูร่างกายที่บ้านได้ เกณฑ์การประเมินผล - ผู้ป่วยเข้าใจและตอบคำถามการดูแลฟื้นฟูร่างกายเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง - ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง	วัตถุประสงค์ เพื่อลดความกังวล และสามารถดูแลฟื้นฟูร่างกายที่บ้านได้ เกณฑ์การประเมินผล - ผู้ป่วยเข้าใจและตอบคำถามการดูแลฟื้นฟูร่างกายเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง - ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง
กิจกรรมการพยาบาล 1. การวางแผนจำหน่าย D-METHOD คือ D-Disease ให้ข้อมูลเป็นโรคปอดอักเสบและมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อและมีภาวะเกลือแร่ต่ำ M- Medicine แนะนำยาที่ผู้ป่วยได้รับ E-Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้าน T-Treatment รับประทานยาต่อเนื่อง H-Health แนะนำการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพ O-Out patient แนะนำมาติดตามอาการตามนัด D-Diet แนะนำรับประทานอาหารให้ตรงเวลา ครบ 3 มื้อ เพิ่มผักสีเขียว ผลไม้ที่ทำได้ง่าย	กิจกรรมการพยาบาล 1. การวางแผนจำหน่าย D-METHOD คือ D-Disease ให้ข้อมูลเป็นโรคปอดอักเสบและมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อและมีภาวะเกลือแร่ต่ำ M- Medicine แนะนำยาที่ผู้ป่วยได้รับ E-Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้าน T-Treatment รับประทานยาต่อเนื่อง H-Health แนะนำการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพ O-Out patient แนะนำมาติดตามอาการตามนัด D-Diet แนะนำรับประทานอาหารให้ตรงเวลา ครบ 3 มื้อ เพิ่มผักสีเขียว ผลไม้ที่ทำได้ง่าย
การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติ เข้าใจเรื่องการดูแลตนเองและการดูแลฟื้นฟูร่างกายที่บ้านได้ถูกต้อง	
วิเคราะห์ เมื่อเปรียบเทียบทั้งสองกรณีพบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลหลังกลับบ้าน เนื่องจากการเจ็บป่วยที่รุนแรงและความไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง ลักษณะความกังวลมีความแตกต่างกันเล็กน้อย โดยผู้ป่วยรายที่ 1 กังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังกลับบ้าน ขณะที่ครอบครัวของผู้ป่วยรายที่ 2 มีความกังวลเพิ่มขึ้นจากปัจจัยด้านอายุของผู้ป่วย การใช้หลัก D-METHOD ในการวางแผนจำหน่าย ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่ครบถ้วน มีความเข้าใจ และสามารถลดความวิตกกังวลลงได้	

อภิปรายผล

จากการศึกษากรณีผู้ป่วย 2 รายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ปอดอักเสบร่วมกับภาวะ sepsis และ septic shock ร่วมกับภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ผู้ป่วยทั้งสองรายมีอาการสำคัญ ได้แก่ ไอมีเสมหะเหนียวหอบ และมีภาวะการทำงานของระบบหายใจและระบบไหลเวียนโลหิตผิดปกติ ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงที่อาจนำไปสู่ภาวะภาวะ sepsis และ septic shock

ผู้ป่วยรายที่ 1 มีประวัติวัณโรคปอดในอดีต จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดพยาธิสภาพของระบบทางเดินหายใจและมีโอกาสเกิดการติดเชื้อซ้ำได้ง่าย โดยผลการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบฝ้าที่ปอดด้านซ้ายร่วมกับน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด ซึ่งเป็นลักษณะที่พบได้ในผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรง ส่งผลให้เกิดภาวะการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงและเกิดภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน จำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อช่วยพยุงการหายใจ รวมทั้งได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ยากระตุ้นความดันโลหิต และการแก้ไขความผิดปกติของสมดุลเกลือแร่ ได้แก่ Hypomagnesemia และ Hypokalemia เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและกล้ามเนื้อ ผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับและสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ภายในระยะเวลา 14 วัน

ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และมีประวัติวัณโรคกระดูกสันหลังในอดีต ซึ่งปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบฝ้าที่ปอดด้านขวา สอดคล้องกับภาวะปอดอักเสบที่เป็นสาเหตุของภาวะ sepsis ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ยากระตุ้นความดันโลหิต และการรักษาประคับประคองอื่น ๆ รวมทั้งได้รับยาขับปัสสาวะเพื่อแก้ไขภาวะน้ำเกินจากการทำงานของไตที่ลดลง หลังจากได้รับการรักษาและการดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยสามารถพ้นภาวะวิกฤตและจำหน่ายกลับบ้านได้ภายในระยะเวลา 9 วัน

เมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยทั้งสองรายพบว่า แม้จะมีความแตกต่างกันด้านอายุ โรคร่วม และภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา แต่ทั้งสองรายได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางมาตรฐานสำหรับผู้ป่วย sepsis และ septic shock ซึ่งเน้นการประเมินอาการอย่างรวดเร็ว การให้ยาปฏิชีวนะอย่างทันเวลาที่ การให้สารน้ำเพื่อฟื้นฟูระบบไหลเวียนโลหิต และการใช้ยากระตุ้นความดันโลหิตเมื่อมีความดันโลหิตต่ำ รวมทั้งการดูแลระบบทางเดินหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลว การดำเนินการรักษาอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องดังกล่าวมีส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยทั้งสองรายสามารถพ้นจากภาวะวิกฤตได้

การเข้าถึงบริการทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว การได้รับการรักษาที่เหมาะสมตามมาตรฐาน และการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะบทบาทของพยาบาลในการประเมินอาการ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤต ลดความรุนแรงของโรค และเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และให้ความสำคัญกับการสื่อสารและการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล และส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาและการดูแลต่อเนื่อง
2. ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบบริการ ควรมีการพัฒนาระบบ fast track sepsis หรือแนวทางการดูแลผู้ป่วย sepsis ในโรงพยาบาล เพื่อให้ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถให้การดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
3. ข้อเสนอแนะในการศึกษาหรือการวิจัยในอนาคต ควรมีการศึกษารูปแบบหรือแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยปอดอักเสบและ septic shock เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2024 [internet]. 2024 [cited 2025 Dec 30]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240101532>.
2. World Health Organization. The End TB strategy [internet]. 2015 [cited 2025 Dec 30]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HTM-TB-2015.19>.
3. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. (2016). The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). JAMA 2016;315(8):801–810. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0287>.
4. Dugar, S., Choudhary, C., & Duggal, A. (2020). Sepsis and septic shock: Guideline-based management. Cleveland Clinic Journal of Medicine 2020;87(1):53–64. <https://doi.org/10.3949/ccjm.87a.18143>.
5. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานตัวชี้วัดด้านสาธารณสุข: อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (Severe sepsis/Septic shock); 2563. <https://hdc.moph.go.th>
6. ธนรัตน์ พรศิริรัตน์, ยุพิน พูลกำลัง. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดแรงดันบวกแบบใช้หน้ากากช่วยหายใจ. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล; 2561
7. Thompson K, Venkatesh B, Finfer S. Sepsis and septic shock: Current approaches to management. Internal Medicine Journal 2019;49(2):160–170. <https://doi.org/10.1111/imj.14199>.
8. Seymour CW, Gesten F, Prescott HC, Friedrich ME, Iwashyna TJ, Phillips GS, et al. Time to treatment and mortality during mandated emergency care for sepsis. The New England Journal of Medicine 2017;376(23):2235–2244. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1703058>.

9. Mohr NM, Wessman BT, Bassin B, Elie-Turenne MC, Ellender TJ, Emlet LL. Boarding of critically ill patients in the emergency department. *Critical Care Medicine* 2020;48(8):1180–1187. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004384>.
10. จิตยา วาระนัง. การพัฒนาระบบการประเมินและการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2562;37(3):10–18.
11. แสงสม เพิ่มพูน. การพัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังและการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข* 2563;34(2):85–96.
12. Capan M, Hoover S, Ivy JS, Miller KE, Arnold R. Time-critical clinical pathways to improve sepsis management. *Journal of Healthcare Quality* 2018; 40(3):43–150. <https://doi.org/10.1097/JHQ.000000000000101>.
13. กิ่งกาญจน์ หาญล่ายวง. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยวิกฤต. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2563;38(2):45–53.
14. Thompson K, Venkatesh B, Finfer S. Sepsis and septic shock: Current approaches to management. *Internal Medicine Journal* 2019;49(2):160–170. <https://doi.org/10.1111/imj.14199>.
15. โรงพยาบาลมุกดาหาร. สถิติผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อร่วมกับภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ปี 2566 – 2568. *มุกดาหาร:โรงพยาบาลมุกดาหาร*; 2568.
16. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Medicine* 2021;47(11):1181–1247. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06506-y>.
17. Gordon M. *Manual of nursing diagnosis*. 13th ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2014
18. Urden LD, Stacy KM, Lough ME. *Critical care nursing: Diagnosis and management* (8th ed.). Elsevier; 2018
19. สุปรานี เสนาดีสัย. *กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561

เรื่องเล่าคุณภาพ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

วนิดา จันนวงศ์¹

และเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยพิเศษ 2

รูปแบบ: ประเภทเรื่องเล่า

วัตถุประสงค์: เพื่อให้เรื่องเล่าที่พบจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยพิเศษ

การเจ็บป่วยและความตายเป็นเรื่องปกติที่มนุษย์ทุกคนต้องพบ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยได้รับการรักษาไปตามพยาธิสภาพของโรค เมื่อการเจ็บป่วยทุเลาก็กลับไปใช้ชีวิตตามปกติ แต่ในกรณีการเจ็บป่วยได้ดำเนินมาถึงระยะสุดท้าย ควรดูแลแบบองค์รวม 4 มิติ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิในการดูแลชีวิตให้เป็นไปตามที่ตนต้องการ มีสิทธิรับรู้การเจ็บป่วยและแนวทางการรักษา โดยแพทย์ พยาบาลหรือบุคลากรสาธารณสุข ต้องอธิบายให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจในการวางแผนการรักษาของตนดังเช่นผู้ป่วยรายนี้

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 42 ปี การวินิจฉัยโรค มะเร็งลำไส้ หลังการผ่าตัดได้รับยาเคมีบำบัดครบ 8 ครั้ง ครั้งนี้มีอาการแน่นท้อง ทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้อาเจียน ตรวจพบมะเร็งแพร่กระจาย และลำไส้อุดตัน ผู้ป่วยรายนี้แม้อายุน้อยแต่ยอมรับความเจ็บป่วยของตน ขอรับการดูแลแบบประคับประคอง ทีมให้การดูแลเข้าพูดคุยและวางแผนการดูแล ผู้ป่วยแจ้งความประสงค์ไม่รับการผ่าตัด ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ และไม่กดนอนหัวใจหัวใจเมื่อหัวใจหยุดเต้น มีความประสงค์ขอพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยพิเศษจนกว่าจะถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ขอให้อาหารทางเส้นเลือดและยาแก้ปวดมอร์ฟีน แม้ผู้ป่วยสีหน้าดูอ่อนเพลียแต่แววตาสดใส ไม่ก้าวร้าว พยายามทำกิจกรรมช่วยเหลือตนเอง แสดงความขอบคุณทุกครั้งทีทีมให้การพยาบาล ครอบครัวแวะมาดูแลให้กำลังใจสม่ำเสมอ ทั้งมารดา บุตรชาย และสามี เมื่ออาการของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายแพทย์ให้ยาแก้ปวดมอร์ฟีนหยดทางน้ำเกลือตลอดเวลาเพื่อให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยยังแจ่มใสบอกว่าคงใกล้ถึงเวลาของตนเองแล้ว แต่สบายใจที่ได้ตัดสินใจการรักษาเอง ขอเพียงจากไปอย่างสงบและมีความสุขท่ามกลางคนที่รักอย่างพร้อมหน้ากัน รวมพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 25 วัน

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

1. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างมีคุณภาพ
2. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวสามารถเข้าถึงระบบบริการ ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม รวมทั้งได้รับการเตรียมความพร้อม เลือกลงหนทางการจัดการตามแผนที่วางไว้ และครอบครัวได้ดูแลหลังความสูญเสีย
3. บุคลากรด้านการพยาบาลมีการประสานการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ

¹ พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยพิเศษ 2 โรงพยาบาลมุกดาหาร

วันรับบทความ

26 ธันวาคม 2568

แก้ไขบทความ

6 มีนาคม 2569

ตอบรับตีพิมพ์

13 มีนาคม 2569

เรื่องเล่าคุณภาพ

ภัยเงียบหลังเกษียณ Stroke

วนิดา จันนวงศ์¹

รูปแบบ : ประเภทรายาน

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) คือ ภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยงอย่างเฉียบพลัน ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดในสมองตีบอุดตันหรือแตก ทำให้เซลล์สมองได้รับความเสียหายและตาย ส่งผลให้การทำงานของสมองผิดปกติไป เช่น แขนขาอ่อนแรง พูดลำบาก หรือสูญเสียการทรงตัว หรือกลุ่มอาการแสดงที่เรียกว่า BEFAST ส่งผลให้เกิดความพิการและเสียชีวิต

หลังเกษียณอายุราชการ ทุกท่านมีความหวังต้องการพักผ่อน ใช้ชีวิตในแบบที่เราต้องการ แต่เมื่อมีการเจ็บป่วยอาจไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ดังเช่นข้าราชการท่านหนึ่ง ไม่มีโรคประจำตัว ดูแลตนเองมาตลอด ต้องการทำอาชีพรองหลังเกษียณอายุราชการ จึงปรับปรุงบ้านเปิดเป็นร้านอาหารอีสานร่วมกับภรรยา ต่อมามีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งเนื่องจากภรรยาติดการพนัน มีปัญหาการเงิน สุดท้ายต้องปิดร้าน เกิดความเครียดปวดศีรษะเป็นบางครั้ง แต่ไม่ไปรับการรักษา ต่อมาทราบว่าล้มในห้องน้ำ ญาติที่ทราบอาการติดต่อรถฉุกเฉินมารับไปโรงพยาบาล สุดท้ายเสียชีวิตในวัย 62 ปี

ดังนั้นการเตรียมตัวสำหรับชีวิตหลังเกษียณ ท่านที่วางแผนอะไรไว้ ควรวางแผนเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองไว้อย่างเหมาะสม เพราะมีโอกาสเกิดความเจ็บป่วยในภายหลังได้

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

เรื่องเล่าเกี่ยวกับโรค stroke สามารถเป็นกรณีศึกษาสำหรับผู้สนใจ

¹พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าพิเศษ 2 โรงพยาบาลมุกดาหาร

วันรับบทความ
26 ธันวาคม 2568

แก้ไขบทความ
6 มีนาคม 2569

ตอบรับตีพิมพ์
13 มีนาคม 2569