

วารสาร

สาธารณสุขมูลฐานภาคใต้



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



SOUTHERN REGIONAL PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL
<https://hss.moph.go.th/webs/phcsn> E-mail : southern.phc@gmail.com
ISSN 0857-7293 ปีที่ 38 ฉบับที่ 3 ประจำเดือน เมษายน - มิถุนายน 2567



ที่ปรึกษาพิเศษ

นพ.สุระ วิเศษศักดิ์
นพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ
นพ.สามารถ ธีระศักดิ์

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ผู้ทรงคุณวุฒิ

รศ.ดร.ปัญญา เลิศไกร
รศ.ดร.นัยนา หนูนิล
ผศ.ดร.คุณณีย์ สุวรรณคง
ดร.ภก.คชาพล นิมเคช
ดร.วิเชียร ไทยเจริญ
ดร.ชัยณรงค์ แก้วจันทน์
ดร.ไพสิฐ บุญยะกวี
ดร.สุรชาติ โกยกุลย์
ดร.จามจุรี แซ่หลู่
ดร.เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช
ดร.ภาวดี เหมทานนท์
ดร.รัถยานภิก รัชตะวรรณ (พละศึก)
ดร.บุญรวม จิตต์สามารถ
ดร.มัทริกา จินากุล
ดร.ภญ.ศรีสุดา ศิลาโชติ
ดร.มัลลิกา คงแก้ว
ดร.พ.ต.หญิง เบญจมาภรณ์ ฮั่วเจียม
ดร.ลัญจกร นิลกาญจน์
ดร.วาสนี วงศ์อินทร์
ดร.อัมไพวรรณ บุญแก้ววรรณ

มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
มหาวิทยาลัยทักษิณ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี
ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา
โรงพยาบาลปากพนัง
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
โรงพยาบาลค่ายวิหิราษฎร์ นครศรีธรรมราช
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง

บรรณาธิการ

นายรุจ เรืองพุทธ

ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้
จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นายสุรเชษฐ์ เขตทอง

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

กองบรรณาธิการ

นางสาวชกลร ภูสกุลสุข

รองผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้
จังหวัดนครศรีธรรมราช

นายสมชาย ลีสิน
นางรุจิรา เพชรสงค์
นายศุภกานต์ สุภวิบูลาสน์
จ.อ.ศุภกรณ์ ขวัญใจ
นายธนา คักดีสุปรีชา

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

คำแนะนำการเตรียมและหลักเกณฑ์การจัดทำและส่งต้นฉบับ วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้

SOUTHERN REGIONAL PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL

วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ เป็นวารสารรองรับการเผยแพร่บทความวิจัย และบทความวิชาการ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ของหน่วยงานต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข, หน่วยงานราชการอื่นที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุข, องค์กรเอกชน, ตลอดจนภาคีเครือข่ายต่างๆ

การจัดทำต้นฉบับ

1. บทความวิจัย ความยาว 10-12 หน้ากระดาษขนาด A4 ใช้ตัวพิมพ์ TH SarabunPSK ขนาด 16 Point และต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสือใดมาก่อน

- 1.1 ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 17
- 1.2 ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์
- 1.3 มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ต่อบทคัดย่อ
- 1.4 กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3-5 คำ)
- 1.5 การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16
- 1.6 การใช้ตัวเลข คำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น

ให้เรียงลำดับสาระดังนี้

บทคัดย่อ (ภาษาไทย)/บทคัดย่อ (Abstract)/ บทนำ /วัตถุประสงค์วิจัย/สมมติฐาน (ถ้ามี)/กรอบแนวคิดการวิจัย/ระเบียบวิธีวิจัย (ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง/เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย/การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ/การเก็บรวบรวมข้อมูล/การวิเคราะห์ข้อมูล)/จริยธรรมวิจัย/ผลการวิจัย/อภิปรายผล/การนำผลการวิจัยไปใช้/ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป/เอกสารอ้างอิง

2. บทความวิชาการ

- 2.1 ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 17
- 2.2 ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์
- 2.3 มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ต่อบทคัดย่อ
- 2.4 กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3-5 คำ)
ให้เรียงลำดับสาระดังนี้
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)/บทคัดย่อ (Abstract)/บทนำ/เนื้อเรื่อง/สรุป/ข้อเสนอแนะ/เอกสารอ้างอิง

3. การเขียนเอกสารอ้างอิงของบทความวิจัยและบทความทางวิชาการ ทั้งภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ให้จัดเรียงตามลำดับ อักษร ชื่อผู้แต่ง โดยใช้รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ APA (American Psychological Association) ไม่เกิน 10-15 เรื่อง

3.1 กรณีอ้างอิงจากหนังสือให้เขียนตามรูปแบบ

ชื่อ // นามสกุลผู้แต่ง// (ปีที่พิมพ์)// ชื่อหนังสือ// (ครั้งที่พิมพ์)// สถานที่พิมพ์: /สำนักพิมพ์.

ไพรัช รัชยพงษ์ และกฤษณะ ช่างกล่อม. (2541). การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศแห่งชาติ เพื่อการศึกษา. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.

3.2 กรณีอ้างอิงจากวารสารให้เขียนตามรูปแบบ

ชื่อ // นามสกุลผู้แต่ง// (ปี, เดือนที่วารสารออก) // ชื่อบทความ // ชื่อวารสาร/ปีที่ (ฉบับที่) , / เลขหน้า ของบทความ

จุมพล พุฒภัทรชีวิน และรัตนา ตุงคสวัสดิ์. (2542). วิวัฒนาการและทางเลือกของนโยบายการศึกษา ของรัฐบาลไทย. วารสารเศรษฐศาสตร์. 27 (2), 98-106.

3.3 กรณีพิมพ์อ้างอิงจากอินเทอร์เน็ต (Internet) ให้เขียนตามรูปแบบ

ชื่อ // นามสกุลผู้แต่ง// (ปีที่จัดทำ) // ชื่อเรื่องของเอกสาร // คั่นเมื่อ/เดือน,/วัน,/ปี,/ จาก/URL ของเว็บไซต์ที่เข้าถึง

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (2545). จรรยาบรรณนักวิจัย. คั่นเมื่อ พฤษภาคม 3, 2556, จาก <http://www/nrct.go.th-research.ehties.html>

4. การส่งเรื่องต้นฉบับให้นำส่งไฟล์ Word ทาง Email : southern.phc@gmail.com ดังนี้

- สำหรับตีพิมพ์ผลงานไม่เกิน 12 หน้า (Summary Paper)

5. การทำหนังสือนำส่ง

5.1 หน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลศูนย์ ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือเทียบเท่า

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ลงนามโดยนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดหรือเทียบเท่า

5.2 หน่วยงานการศึกษา ลงนามโดยคณบดีขึ้นไป

5.3 หน่วยงานภาคเอกชน/ภาคีเครือข่าย ลงนามโดยผู้บริหารองค์กรที่สังกัด

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

13 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000

โทร 075 – 446354, 446005 โทรสาร 075 – 446291 <http://phcsn.hss.moph.go.th>

Email : southern.phc@gmail.com โทรมือถือ 081-3705370

6. กำหนดเผยแพร่ (ปีละ 4 ครั้ง)

ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ตุลาคม – ธันวาคม

ฉบับที่ 2 ประจำเดือน มกราคม – มีนาคม

ฉบับที่ 3 ประจำเดือน เมษายน – มิถุนายน

ฉบับที่ 4 ประจำเดือน กรกฎาคม - กันยายน

7. สิทธิของกองบรรณาธิการ

ในกรณีที่บรรณาธิการ หรือผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งได้รับเชิญให้เป็นผู้ตรวจบทความวิจัยหรือบทความทางวิชาการ มีความเห็นว่าควรแก้ไขต้นฉบับ ทางกองบรรณาธิการจะส่งต้นฉบับให้ผู้เขียนพิจารณา จัดการแก้ไขให้ก่อนตีพิมพ์ ทั้งนี้กองบรรณาธิการจะยึดถือความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเกณฑ์

8. กองบรรณาธิการจะไม่ส่งต้นฉบับคืนให้ ไม่ว่าบทความวิจัยหรือบทความวิชาการนั้นจะได้รับการลงพิมพ์หรือไม่

9. ต้นฉบับจะต้องมีชื่อผู้เขียน ผู้เรียบเรียงหรือผู้แปล โดยแจ้งชื่อ นามสกุลจริง ตำแหน่งผู้เขียนบทความ สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์หรืออีเมล ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

U T U R R N A R I K A S

วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ ฉบับนี้เป็นปีที่ 38 ฉบับที่ 3 ประจำเดือน เมษายน – มิถุนายน 2567 เป็นช่วงเวลาที่ยกย่องสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รอคอย หลังจากสภาผู้แทนราษฎรได้พิจารณางบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. 2567 เป็นที่เรียบร้อย โดยมีงบประมาณสำหรับจ่ายเป็นค่าป่วยการ อสม. เพิ่มจาก 1,000 บาทต่อคนต่อเดือน เป็น 2,000 บาทต่อคนต่อเดือน ตามมติที่ประชุมคณะรัฐมนตรีในเดือนมีนาคม 2566 ที่ผ่านมา เพื่อเป็นขวัญกำลังใจให้กับ อสม. ในการปฏิบัติงานดูแลประชาชนและชุมชนในช่วงมีการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ผ่านมา โดยเริ่มจ่ายย้อนหลังตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 คาดว่า อสม. จะได้รับคนละ 8,000 บาท ในเดือนพฤษภาคม 2567 นี้ นับเป็นข่าวดีของ อสม. ทั่วประเทศที่รัฐบาลได้เห็นถึงศักยภาพและความสำคัญของอสม. ในการปฏิบัติหน้าที่อย่างเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพประชาชนตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

วารสารฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความเพียรพยายามของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จึงขอขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาเสียสละเวลาอ่านบทความวิชาการ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นคุณูปการต่อการยกระดับมาตรฐานทางวิชาการให้กับงานวิจัย เจ้าของผลงานวิจัยที่ทุ่มเทความรู้ ความสามารถในการดำเนินการวิจัย เพื่อให้งานวิจัยมีมาตรฐานทางวิชาการ กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารฉบับนี้จะ เป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัย และการเผยแพร่ผลงานสู่วงกว้างมากขึ้น และยินดีรับข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคุณภาพของวารสารต่อไปในอนาคต

สารบัญ

งานวิจัย - ผลงานวิชาการ - บทความวิชาการ

- พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลคูสิด อำเภอลำพูน จังหวัดนครศรีธรรมราช 8
- ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดในโรงพยาบาลลิซล 18
- การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจากภาวะปอดอักเสบ 30
- การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการผ่าตัดเท้าและมีโรคร่วม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย 42
- การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ หอผู้ป่วยพิเศษ 5 ศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย 54
- การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยกที่มีโรคร่วม หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรมชาย 5 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย 68
- การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก (Nursing care of septic shock patient) โรงพยาบาลลำพูน จ.จังหวัดนครศรีธรรมราช: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย 79
- ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้ และทักษะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช 89
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดทำบัญชีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตรัง 99
- การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก : กรณีศึกษา 2 ราย 108
- ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอด ระยะ 2 ชั่วโมงแรก ในมารดาคลอดปกติต่อความรู้ และทักษะของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช 122
- การวิเคราะห์สถานการณ์การติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ โรงพยาบาลระนอง 134



พฤติกรรมกำรป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ของเจ้าหน้าที่องค์กำรบริหารส่วนตำบลดุสิต อำเภอกำพรณรอำ จังหวัดนครศรีธรรมรอำ
Preventive behaviors for the prevention of coronavirus disease 2019 of
Staff Dusit Subdistrict Administrative Organization
Tham Phannara District Nakhon Si Thammarat Province

ฉันทนอำ ธรรมชอำติ

Chantana Thammachat

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะขัวญ

องค์กำรบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมรอำ

Ban Koh Khwan Health Promoting Hospital

Nakhon Si Thammarat Provincial Administrative Organization

บทคัดย่อ

กำรศึกษำครั้งนี้เป็นกำรศึกษำเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษำปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกำรป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่องค์กำรบริหารส่วนตำบลดุสิต อำเภอกำพรณรอำ จังหวัดนครศรีธรรมรอำ ทุกคน จำนวน 40 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 6 ส่วน คือ ลักษณะส่วนบุคคล, ความรู้, ทัศนคติ, แรงสนับสนุนทางสังคม, กำรรับรู้ และพฤติกรรมกำรป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนำ หาคำร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หำความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแคว์ (X^2)

ผลการวิจัยพบว่าเจ้าหน้าที่องค์กำรบริหารส่วนตำบลดุสิต อำเภอกำพรณรอำ จังหวัดนครศรีธรรมรอำ ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 70.00), ทัศนคติเกี่ยวกับโรคอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.50), แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 70.00), กำรรับรู้ความรุนแรงโอกาสเสี่ยง ประโยชน์ และอุปสรรคของกำรปฏิบัติเพื่อป้องกันกำรเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.00) และมีพฤติกรรมกำรป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ำพรวม อยู่ในระดับมำก ($\bar{X} = 4.46$, $SD = 0.412$) ระดับความรู้, ระดับทัศนคติ, แรงสนับสนุนทางสังคม และระดับกำรรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกำรป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญที่ $P < 0.05$

คำสำคัญ : ความรู้, ทัศนคติ, แรงสนับสนุนทางสังคม, กำรรับรู้, พฤติกรรมกำรป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

This study is a cross-sectional survey study aiming to study factors associated with the prevention behavior of the coronavirus disease 2019. The sample consisted of 40 officers of Dusit Subdistrict Administrative Organization, Tham Phannara District, Nakhon Si Thammarat Province. The data were collected by using a questionnaire which consisted of 6 parts: personal characteristics, knowledge, attitude and social support, perception and behavior to prevent coronavirus disease 2019. The data were analyzed by descriptive statistics, calculated the percentage, the mean and the mean standard deviation, including analyzing the correlation of the data with Chi-Square statistics.

The results showed that most of the officers of Dusit Subdistrict Administrative Organization, Tham Phannara District, Nakhon Si Thammarat Province had knowledge about the coronavirus infection 2019 at a moderate level (70 percent), attitude about the disease was at a moderate level (52.50 percent), social support was at a moderate level (70.00 percent), perception severity risks benefits and barriers to practice to prevent infection with the 2019 coronavirus was at a moderate level (65.00 percent), and behaviors prevention of coronavirus infection 2019 overall was very good ($\bar{X} = 4.36$, $SD = 0.412$). Knowledge level, attitude level, social support and awareness level about coronavirus disease 2019 were significantly related to coronavirus disease prevention behavior at $P < 0.05$.

Keywords : Knowledge, Attitude, Social Support, Perception, Behaviors prevention of Coronavirus 2019.

บทนำ

การแพร่ระบาดของไวรัส COVID-19 ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2563 ส่งผลกระทบต่อทุกภาคส่วน ทั้งในประเทศ และต่างประเทศทำให้เศรษฐกิจหลายภาคส่วน ต้องหยุดชะงักส่งผลกระทบต่อภาคธุรกิจในวงกว้าง ขาดรายได้ และต้องลดรายจ่ายด้วยการลดจำนวนคนงานหรือชั่วโมงทำงาน ลูกจ้างจำนวนมากสูญเสียรายได้และบางส่วนต้องออกจากงาน ส่งผลให้ฐานะทางการเงินของทั้งธุรกิจและประชาชนย่ำแย่ ทำให้มีการใช้มาตรการล็อกดาวน์เพื่อเป็นการยับยั้งและป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัส COVID-19 ด้วยเหตุนี้ทำให้ผู้คนไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมของผู้คนในหลายด้าน โรคติดต่ออุบัติใหม่ส่วนใหญ่มีความซับซ้อนและยากต่อการจัดการ หากขาดระบบเครื่องมือป้องกันควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพแล้วโรคเหล่านี้อาจก่อเกิดความสูญเสียต่อชีวิตและสุขภาพของประชาชน และอาจส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจอย่างมหาศาล ซึ่งในแต่ละประเทศย่อมมีมาตรการการรับมือที่แตกต่างกันตามความรุนแรงของการแพร่ระบาด โดยในประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และเนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มีมาตรการค้นพบยารักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้นเป้าหมายหลักในการควบคุมโรค คือการป้องกันไม่ให้ผู้ติดเชื้อแพร่เชื้อไปยังบุคคลอื่น รวมไปถึงการป้องกันตัวเองจากเชื้อโรคของประชาชน (อภิวัตติ์ อินทเจริญ และคณะ, 2564)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 (COVID-19) พบว่า ประชาชนในจังหวัดภูเก็ตมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 0.77$) และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 0.89$) (จันทิมา ท้าวหาญ และพรธณวดี ขาวจริง, 2564), ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านจำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกัน ($X^2 = 4.57$, $p = 0.033$) และความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ($r = 0.231$, $p < 0.01$) (บงกช โมระสกุล และพรศิริ พันธสี, 2564) และความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้กับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) (ธานี กล่อมใจ และคณะ, 2564) ส่วนด้านความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่า ความรู้กับทัศนคติ ($r_s = 0.49$) ความรู้กับพฤติกรรม ($r_s = 0.47$) และทัศนคติกับพฤติกรรม ($r_s = 0.79$) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (ตรีชชนก พันธุ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา, 2564) และความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 11.064$, $p = 0.001$)

และทัศนคติการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 23.234, p < 0.001$) (วิชชัย ยืนยาว และเพ็ญญา บุญเสริม, 2563) สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนอำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ($\beta = 0.223, p < 0.01$) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค ($\beta = 0.174, p = 0.05$) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรค ($\beta = 0.167, p < 0.05$) และการศึกษาประถมศึกษา ($\beta = 0.129, p = 0.01$) (ชาวลิต เลื่อนลอย, 2565) ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคจากไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไวรัสโคโรนา 2019 ทัศนคติในการป้องกันตัวเองจากโรคไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับที่ต่ำและการรับรู้ ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับปานกลาง (นาริเมะห์ แวปูเตะ และคณะ, 2564) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติการควบคุม และป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ พบว่า ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการควบคุม และป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.022$ ($r = 0.208$) และ $p < 0.001$ ($r = 0.530$) ตามลำดับ (ปรีชา โนภาค และคณะ, 2565) และการรับรู้และการตอบสนองทางพฤติกรรมของประชาชนในช่วงการระบาดของโควิด 19 พบว่า หลังจากการแนะนำของรัฐบาลเกี่ยวกับความห่วงใยทางสังคม ทำให้ประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้ด้วยตนเองในระดับสูง โดยเฉพาะมาตรการล้างมือให้บ่อยขึ้นด้วยสบู่และน้ำ การใช้เจล

ล้างมือ และการปิดจุกและปากเมื่อจามหรือไอ (Atchison et al, 2020)

สถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดนครศรีธรรมราช วันที่ 26 กันยายน 2565 พบผู้ป่วยติดเชื้อรวม 129,306 ราย เสียชีวิตสะสม 594 ราย แยกเป็นปี 2563, 2564, 2565 ถึงปัจจุบัน พบผู้ป่วยติดเชื้อ จำนวน 16, 48,636, 80,654 ราย เสียชีวิต 1, 337, 256 ราย เสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 6.25, 0.69, 0.32 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2566) อำเภอถ้ำพรรณรา พบผู้ป่วยติดเชื้อรวม จำนวน 3,424 ราย เสียชีวิตสะสม 5 ราย เสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 0.15 ปี 2563 ไม่พบผู้ติดเชื้อ และเสียชีวิต ปี 2564, 2565 ถึงปัจจุบันพบผู้ป่วยติดเชื้อ จำนวน 241, 3,183 ราย เสียชีวิต 1, 4 ราย เสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 0.41, 0.13 เมื่อจำแนกเป็นรายตำบล ตำบลคูสิตพบผู้ป่วยติดเชื้อรวมมากที่สุด จำนวน 1,435 ราย เสียชีวิตสะสม 3 ราย เสียชีวิตคิดเป็น ร้อยละ 0.21 ปี 2564, 2565 ถึงปัจจุบันพบผู้ป่วยติดเชื้อ จำนวน 106, 1,329 ราย เสียชีวิต 1, 2 ราย เสียชีวิตคิดเป็น ร้อยละ 0.94, 0.15 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะขวัญ ตำบลคูสิต พบผู้ป่วยติดเชื้อสะสม จำนวน 1,005 ราย เสียชีวิตสะสม 3 ราย เสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 0.30 ปี 2564, 2565 ถึงปัจจุบันพบผู้ป่วยติดเชื้อ จำนวน 78, 927 ราย เสียชีวิต 1, 2 ราย เสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 1.28, 0.22 เมื่อเปรียบเทียบรายงานผู้ป่วยติดเชื้อ และการเสียชีวิตพบว่ามียอดราที่สูงมากที่สุดของอำเภอถ้ำพรรณรา

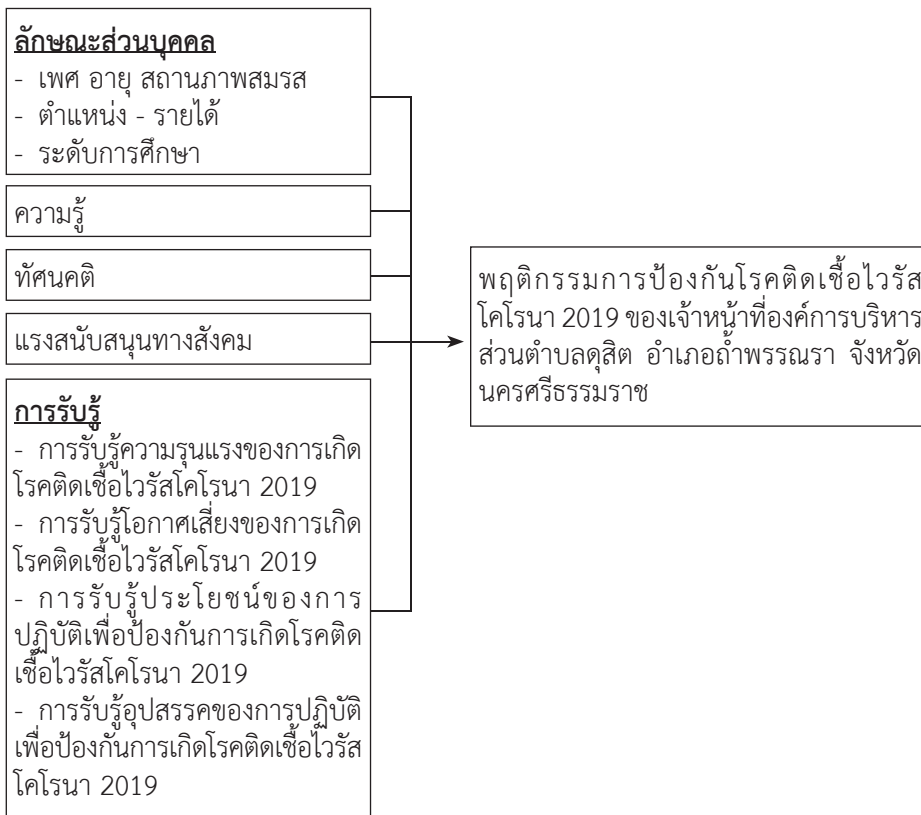
จากการเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อ และการติดเชื้อในพื้นที่ของประชาชนทุกกลุ่มวัย สถานศึกษา โรงเรียน วัด และสถานที่ราชการต่างๆ ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลคูสิต อำเภอถ้ำพรรณรา เป็นหน่วยงานราชการส่วนท้องถิ่นที่มีประชาชนมาติดต่อราชการเป็นจำนวนมากต่อวัน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลคูสิต อำเภอถ้ำพรรณรา จังหวัดนครศรีธรรมราชเพื่อที่จะได้นำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้องของเจ้าหน้าที่เพื่อให้เป็นแบบอย่างให้กับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะ ทักษะ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลคูสิต อำเภอลำพูน จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลคูสิต อำเภอลำพูน จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลคูสิต อำเภอลำพูน จังหวัดนครศรีธรรมราช ทุกคน (ข้าราชการ, ลูกจ้างทั่วไป, ลูกจ้างภารกิจ และคณะบริหาร) จำนวน 40 คนซึ่งมีคุณสมบัติ

เกณฑ์คัดเข้า คือ 1. ปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อยเป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป, 2. อายุ 20 ปีขึ้นไป, 3. สามารถอ่านออก เขียนภาษาไทยได้ดี และสมัครใจ

และ 4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย(ตอบแบบสอบถาม)

เกณฑ์คัดออก คือ 1. ไม่สะดวกใจให้ข้อมูลหรือยกเลิกการสมัครใจเข้าโครงการ และ 2. ไม่อยู่ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล

การสร้างและปรับปรุงเครื่องมือศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประยุกต์จากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย (สุภาภรณ์ วงษ์, 2563) การศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยนเรศวร ปี 2564 นำแบบสอบถามไปทดสอบในกลุ่มเจ้าหน้าที่ (ข้าราชการ, ลูกจ้างทั่วไป, ลูกจ้างภารกิจ และคณะบริหาร) ที่องค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอถ้าพรรณรา จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 40 ชุด หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 พัฒนาคุณภาพของเครื่องมือก่อนใช้ในงานวิจัย โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นที่ปรึกษาวิจัย จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ผู้สอนมหาวิทยาลัย (เชี่ยวชาญด้านวิจัย), สาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ) และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (Content Validity) และนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67 – 1 ปรับแก้และนำไปใช้เก็บตัวอย่างที่องค์การบริหารส่วนตำบลคูสีต อำเภอถ้าพรรณรา จังหวัดนครศรีธรรมราช

เครื่องมือศึกษา ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล, ความรู้, ทักษะคิด, แรงสนับสนุนทางสังคม, การรับรู้ความรุนแรง และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019 แปลความหมายแบ่งเป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) คือ

- ความรู้ระดับสูง คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป
 - ความรู้ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-79
 - ความรู้ระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60
- ทัศนคติเกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019 แปลความหมายแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของลิเคิร์ท (Likert, 1967) คือ
- ทัศนคติระดับสูง คะแนนร้อยละ 80 – 100
 - ทัศนคติระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60 - 79.99
 - ทัศนคติระดับต่ำ คะแนนร้อยละ 0 - 59.99

แรงสนับสนุนทางสังคม, การรับรู้ และพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แปลความหมายแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) คือ

- ระดับสูง คะแนนร้อยละ 84 – 100
- ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60 – 83.99
- ระดับต่ำ คะแนนร้อยละ 0 - 59.99

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตามเอกสารรับรอง เลขที่ WUEC-22-376-01 วันที่ 19 ธันวาคม 2565 มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่เสนอต่อนายกองค์การบริหารส่วนตำบลคูสีต
2. แจกแบบสอบถามวันประชุมประจำเดือนขององค์การบริหารส่วนตำบลคูสีต
3. ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยกับกลุ่มเป้าหมายและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามในแต่ละส่วน ครบทั้ง 6 ส่วน
4. นัดเก็บแบบสอบถามในวันถัดไปด้วยตัวเอง
5. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคิดเลขและคอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูปเป็นจำนวน, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ด้วยไคสแควร์ (χ^2) ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05

ผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลคูสีต อำเภอถ้าพรรณรา จังหวัดนครศรีธรรมราช สามารถสรุปผลการศึกษาได้ ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

แจกแบบสอบถามจำนวน 40 ฉบับ ได้รับการตอบกลับแบบสอบถามจำนวน 40 ฉบับ คิดเป็น ร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.00) อายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี (ร้อยละ 40.00) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 57.50) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 85.00) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 40.00) ตำแหน่งข้าราชการส่วนท้องถิ่น (ร้อยละ 50.00) และระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน 1-5 ปี (ร้อยละ 62.50)

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 70.00) รองลงมา คือ ระดับสูง (ร้อยละ 20.00) และมีคะแนนความรู้ เฉลี่ย 10.65 คะแนน (คะแนนเต็ม 15 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 7 คะแนน คะแนนสูงสุด 13 คะแนน

ส่วนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กลุ่มตัวอย่างมีทักษะเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.50) รองลงมา คือ ระดับสูง (ร้อยละ 47.50) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทักษะคิด เฉลี่ย 50.80 คะแนน (คะแนนเต็ม 65 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 41 คะแนน คะแนนสูงสุด 60 คะแนน

ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 70.00) รองลงมา คือ ระดับสูง

(ร้อยละ 22.50) คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ย 46.27 คะแนน (คะแนนเต็ม 60 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 33 คะแนน คะแนนสูงสุด 58 คะแนน

วิเคราะห์รายด้าน แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ด้าน อารมณ์/ความรู้สึกภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.10$, $SD = 0.59$), ด้านการประเมินคุณค่าภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.69$, $SD = 0.718$) , ด้านทรัพยากรที่ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.79$, $SD = 0.673$) และด้านข้อมูลข่าวสารที่ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.79$, $SD = 0.673$)

ส่วนที่ 5 ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.00) และระดับสูง (ร้อยละ 35.00) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้เฉลี่ย 53.38 คะแนน (คะแนนเต็ม 15 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 44 คะแนน คะแนนสูงสุด 64 คะแนน

วิเคราะห์รายด้านระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค, การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรค อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 67.50, 67.50 และ 65.00 ตามลำดับ) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง และต่ำ เท่ากัน (ร้อยละ 37.50)

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=40)

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (40 คะแนน ขึ้นไป)	35	87.50
ระดับปานกลาง (31-39 คะแนน)	5	12.50
(Mean = 44.65, Median = 45, Min 38, Max = 50)		

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 72.50) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 27.50) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 เฉลี่ย 44.65 คะแนน (คะแนนเต็ม 50 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 38 คะแนน คะแนนสูงสุด 50 คะแนน

ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ระดับ	ระดับพฤติกรรม		df	X ² (Sig.)
	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)		
ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019			1	84.463 (0.020)
ระดับสูง	1(2.50)	8(20.00)		
ระดับปานกลาง	4(10.00)	27(67.50)		
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019			1	5.221 (0.022)
ระดับสูง		22 (55.00)		
ระดับปานกลาง	5(12.50)	13(32.50)		
แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019			1	5.867 (0.015)
ระดับสูง	2(5.00)	14(35.00)		
ระดับปานกลาง	3(7.50)	18(45.00)		
การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019			1	9.587 (0.02)
ระดับสูง	1(2.50)	20(50.00)		
ระดับปานกลาง	4(10.00)	15(37.50)		

จากตารางที่ 2 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ ระดับความรู้, ระดับทัศนคติ, ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม

และระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 (P = 0.020, 0.022, 0.015 และ 0.02) ตามลำดับ

อภิปรายผล

ผลการศึกษาด้านความสัมพันธ์ ระหว่างระดับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด 19 พบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค อย่างมีนัยสถิติ ($P = 0.020$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ธวัชชัย ยืนยาว, และเพ็ญญา บุญเสริม ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะคิดต่อพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หญิงในจังหวัดสุรินทร์ ปี 2563 พบว่า ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 11.064, p=0.001$), กัมปนาท โคตรพันธ์ และนิยม จันทร์นวล ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดมุกดาหาร ปี 2565 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.522, p\text{-value} < 0.001$) และดรญชนก พันธุ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา ศึกษาความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของประชาชนในตำบลปรุใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ปี 2564 พบว่า ความรู้กับพฤติกรรมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติ ($r_s = 0.47$)

ผลการศึกษาด้านความสัมพันธ์ระหว่างระดับทักษะคิดเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่าระดับทักษะคิดเกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสถิติ (0.022) สอดคล้องกับการศึกษาของธวัชชัย ยืนยาว, และเพ็ญญา บุญเสริม ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะคิดต่อพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หญิงในจังหวัดสุรินทร์ ปี 2563 พบว่า ทักษะคิดการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

(COVID-19) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 23.234, p < 0.001$), Clark, Davila, Regis, & Kraus ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติ ป้องกันโรคโควิด-19: กรณีสอบสวนโรค ปี 2563 พบว่า การเชื่อว่า การดูแลสุขภาพ ปฏิบัติตามข้อควรระวัง จะมีผลในการหลีกเลี่ยง COVID-19 ความเชื่อมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ, ดรญชนก พันธุ์สุมา และ พงษ์สิทธิ์ บุญรักษา ศึกษาความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ของประชาชนในตำบลปรุใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ปี 2564 พบว่า ทักษะคิดกับพฤติกรรมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติ ($r_s = 0.79$)

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างระดับแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าระดับแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสถิติ (0.015) สอดคล้องกับผลวิจัยของปรีชา โนภาค และคณะ (2565). พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ ($r = 0.530$) และพรทิวา คงคุณ และคณะ (2564) พบว่า ผู้จำหน่ายอาหารจังหวัดนครราชสีมาการรับรู้และการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก ($M=3.97, SD=0.40$ และ $M=3.65, SD=0.82$ ตามลำดับ) พฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง ($M=1.26, SD=0.25$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.01(r=.363)$

ผลการศึกษาด้านความสัมพันธ์ระหว่างระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญ (0.02) สอดคล้องกับการศึกษาของชาวลิท เลื่อนลอย ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ($\beta = 0.223, p < 0.01$) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค ($\beta = 0.174, p = 0.05$) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรค ($\beta = 0.167, p < 0.05$), ฮุดา แวะหะยี ศึกษาการรับรู้ความรุนแรงและพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของวัยรุ่น ในเขตตำบลสะเตงนอก อำเภอเมือง จังหวัดยะลา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันของโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.01), นาริมะห์ แวปูเตะ และคณะ ศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคจากไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกัน โรคไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลาในระดับปานกลาง เป็นไปในทิศทางเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.546$), Atchison et al. (2020) ศึกษาการรับรู้และการตอบสนองทางพฤติกรรมของประชาชนในช่วงการระบาดของโควิด-19 พบว่า หลังจากการแนะนำของรัฐบาลเกี่ยวกับความห่วงใยทางสังคมทำให้ประชาชนมีการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมที่ปฏิบัติได้ด้วยตนเองในระดับสูง โดยเฉพาะมาตรการล้างมือให้บ่อยขึ้นด้วยสบู่และน้ำ การใช้เจลล้างมือและการปิดจมูกและปากเมื่อจามหรือไอ

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษา พบว่า ระดับความรู้, ระดับทัศนคติ, ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม และระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในฐานะผู้ศึกษาจะนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการ

ปรับปรุงรูปแบบการจัดการโรคโควิด-19 ของหน่วยงาน โดยการพัฒนาแนวทางการให้สุขศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ดังนี้

1. ตั้งเป้าหมายร่วมกันของการให้สุขศึกษา
2. ระดมสมองโดยการประชุมกลุ่มเพื่อหาแนวทางในการไปถึงเป้าหมาย โดยการใช้ทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรม
3. ออกแบบกิจกรรมให้สุขศึกษาด้วยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ และนำแนวทางที่ได้มาวางแผน ออกแบบ และทดลองใช้
4. พัฒนา และนำไปใช้ตามแผนที่วางไว้นำเนื้อหา และรูปแบบกิจกรรมการให้สุขศึกษากับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ มาใช้ในการให้สุขศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลคูสิด อำเภอถ้ำพรรณรา จังหวัดนครศรีธรรมราช ให้สุขศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในที่ประชุมหมู่บ้าน, ให้ความรู้แก่นักเรียนในโรงเรียน, ให้ความรู้ที่มาร่วมกิจกรรมวันพระที่วัด, ให้ความรู้ในที่ประชุมประจำเดือนของหน่วยงานราชการในพื้นที่, facebook, line, แจกแผ่นพับแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัยในพื้นที่ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และแจกแผ่นพับทุกครัวเรือนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบอื่น เช่น รูปแบบเชิงทดลอง การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมหรือการประชาคม เพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมการตระหนักในชุมชน การได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐภาคเอกชนเกี่ยวกับความรู้ และทรัพยากร ช่วยให้การปฏิบัติงานป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. ควรมีการศึกษาวิจัยผลการดำเนินงานตามนโยบาย กลยุทธ์ของภาครัฐในแนวทางการปฏิบัติป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เอกสารอ้างอิง

- กัมปนาท โคตรพันธ์ และนิยม จันทน์นวล. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดมุกดาหาร. วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. การประชุมวิชาการระดับชาติ มอช. วิจัย ครั้งที่ 16. 148-160
- จันทิมา ห้าวหาญ และพรรณวดี ขาจริง. (2563). ความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 (COVID-19) ของประชาชนในจังหวัดภูเก็ต. นวัตกรรมทางสังคมของชุมชนในยุคของการเปลี่ยนแปลงโลกท่ามกลางวิกฤต โควิด-19. วารสารวิชาการระดับชาติครั้งที่ 11 ปีการศึกษา 2563. 169-178
- ชาวลิต เลื่อนลอย. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนอำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา, 2(1), 18-33
- ดร.ณชนก พันธุ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา. (2564). ความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของประชาชนในตำบล ปราณใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศรีนครินทร์เวชสาร, 36(5), 597-604.
- ธวัชชัย ยืนยาว, และเพ็ญญา บุญเสริม. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หญิงในจังหวัดสุรินทร์. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 35(3), 555-564.
- นารีระห์ แพบูเตะ และคณะ. (2564). พฤติกรรมการป้องกันโรคจากไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 3(2), 31-39.
- ปรีชา โนภาค และคณะ. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค แร่สนับสนุนทางสังคมและการปฏิบัติการควบคุม และป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 30(2). 269-279
- พรทิศา คงคุณ และคณะ (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้จำหน่ายอาหาร จังหวัดนราธิวาส. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 8(3). 133-146
- อภิชาติ อินทเจริญ และคณะ. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์จังหวัดสงขลา. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 3(2), 19-30.
- ศูดา แวหะยี. (2563). การรับรู้ความรุนแรงและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของวัยรุ่นในเขตตำบลสะเตงนอก อำเภอเมือง จังหวัดยะลา. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 6(4), 158-168.
- Atchison, C. J., Bowman, L., Vrinten, C., Redd, R., Pristera, P., Eaton, J. W., & Ward, H. (2020). Perceptions and behavioural responses of the general public during the covid-19 pandemic: A cross-sectional survey of uk adults. London: Imperial College London.
- Best, John W. 1977. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall, Inc.
- Bloom, B.S. (1975). Taxonomy of Education. New York:David McKay Company.
- Clark, C., Davila, A., Regis, M., & Kraus, S. (2020). Predictors of covid-19 voluntary compliance behaviors: An international investigation. Global transitions, 2, 76-82.
- Likert, R. (1967). The Method of Constructing and Attitude Scale. In Reading in Fishbein, M (Ed.), Attitude Theory and Measurement (pp. 90-95). New York: Wiley & Son.

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดในโรงพยาบาลสิชล

The Results of Care for Patients after Receiving Total Hysterectomy at Sichon Hospital

พฤกษากัทร คันธะ, มณฑิรา ชาญณรงค์
Preeksaphat Kantha, Montira Channarong
โรงพยาบาลสิชล
Sichon Hospital

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Retrospective Case control Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดในโรงพยาบาลสิชล โดยศึกษาในเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564-2566 กลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวนประชากรทุกราย (Census) จำนวน 232 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางหน้าท้อง จำนวน 206 ราย และกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางช่องคลอด 26 ราย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือได้ค่า CVI .93 วิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้ สถิติ independent t-test และ Fisher's exact test

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 49.43 ± 10.02 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย $26.46 \pm 4.84 \text{ kg/m}^2$ มีประวัติการผ่าตัดในช่องท้องหรืออุ้งเชิงกราน ร้อยละ 61.2 ประวัติการคลอดบุตร ร้อยละ 75 การวินิจฉัยโรค ที่พบมากที่สุด คือ Myoma uteri ร้อยละ 44.8 รองลงมาคือ Adenomyosis และ Prolapse uteri ร้อยละ 26.7 และ 11.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการผ่าตัดน้อยกว่า 2 ชั่วโมง ร้อยละ 76.7 มีจำนวนเลือดที่สูญเสียน้อยกว่า 500 ซีซี ร้อยละ 83.6 การได้รับเลือดระหว่างผ่าตัด ร้อยละ 14.7 และมีการผ่าตัดร่วม ร้อยละ 78.4 ด้านผลลัพธ์การดูแลรักษาพบว่า ผู้ป่วยมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.61 ± 3.67 วัน ประเภทการจำหน่ายแบบ improve ร้อยละ 100 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังผ่าตัด คิดเป็น ร้อยละ 92.2 และ 94.8 ตามลำดับ และพบว่า ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ประเภทการจำหน่าย และภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังผ่าตัดโดยภาพรวม ไม่แตกต่างกันระหว่างทั้งสองกลุ่มในทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบผลการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่าง และหลังผ่าตัดในประเด็นย่อยพบว่า มีความแตกต่างกันระหว่างสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องจะมีการเสียเลือด และการบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียงระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดมีภาวะเลือดออก และการติดเชื้อแผลผ่าตัด ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางหน้าท้อง และทางช่องคลอดที่ไม่แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตาม ควรพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางหน้าท้อง

คำสำคัญ : ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย, การผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางหน้าท้อง, การผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางช่องคลอด

Abstract

This study was a retrospective cohort study that aimed to study the results of care for patients after receiving total hysterectomy at Sichon Hospital. By studying the medical records of patients who had a total hysterectomy from the year 2021-2023, the sample consisted of 232 patients in the entire population (Census), divided into groups that received a total abdominal hysterectomy amount 206 pregnant women and 26 women who had a total vaginal hysterectomy. Using a data recording form developed based on literature review and validated through quality assessment of the tool with a CVI value of 0.93. The results of care for both groups of patients were analyzed using an independent t-test and Fisher's exact test.

The results of the study found that the patients had an average age of 49.43 ± 10.02 years, an average body mass index of $26.46 \pm 4.84 \text{ kg/m}^2$, 61.2% had a history of abdominal or pelvic surgery, 75% had a history of childbirth. The most common diagnosis was Myoma Uteri at 44.8 %, followed by Adenomyosis and Prolapse Uteri at 26.7% and 11.2%, respectively. Most had experienced an operation time of less than two hours, and 76.7% had an amount of blood loss less than 500 cc. approximately 83.6%. Patients received blood during surgery 14.7% and had joint surgery 78.4%. Regarding the results of care, it was found that patients had an average length of hospital stay of 5.61 ± 3.67 days, and the type of discharge improved by 100%. Most patients did not develop any complications during and after surgery accounting for 92.2% and 94.8%, respectively. The study found that the length of hospital stays, and complications during and after surgery was no statistical difference between the two groups. When comparing the results of complications during and after surgery, it was found that there was a statistically significant difference between the two groups ($P < 0.05$). In Patients who undergo abdominal hysterectomy will have blood loss and injury to nearby organs during surgery and after surgery there was postoperative bleeding and surgical wound infection. On the other hand, patients who had vaginal hysterectomies did not experience such complications.

The results of this study demonstrate the results of patient care after receiving total abdominal hysterectomy and vaginal hysterectomy are not different. However, guidelines for caring for patients should be developed to be more efficient to reduce the length of hospital stay and reduce complications during and after surgery in total abdominal hysterectomy

Keywords : Results of patients care, Total abdominal hysterectomy, Total vaginal hysterectomy

บทนำ

การผ่าตัดมดลูก เป็นหัตถการทางนรีเวชที่พบบ่อยทั่วโลก เป็นอันดับที่ 2 รองมาจากการผ่าตัดคลอด ซึ่งการผ่าตัดมดลูกสามารถทำได้ 3 วิธี ได้แก่ การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด และการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Alamelu et al., 2023) และปัจจุบันมีการพัฒนาการผ่าตัดมดลูกโดยใช้หุ่นยนต์อีกด้วยสำหรับโรงพยาบาลสิชล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (S) ให้บริการรักษาโดยการผ่าตัดมดลูกมาอย่างยาวนาน เฉลี่ยปีละ 60 ราย สหุติแพทย์มีการผ่าตัดมดลูก 2 วิธี ได้แก่ การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง และการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด ยังไม่มีการผ่าตัดผ่านกล้อง และการผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ โดยสามารถแบ่งประเภทการผ่าตัดเป็น 3 ประเภทตามเนื้อเยื่อที่ตัด ได้แก่ การตัดออกทั้งมดลูกและปากมดลูก (Total hysterectomy) การตัดออกเฉพาะมดลูกคงเหลือปากมดลูกไว้ (Supracervical hysterectomy) และการตัดมดลูกรวมทั้ง uterosacral; ligament, cardinal ligament และส่วนบนของช่องคลอดออก (Radical hysterectomy) (พัชรี เรื่องเจริญ, 2562)

จากสถิติการผ่าตัดมดลูกในโรงพยาบาลสิชลพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดออกทั้งหมด (Total hysterectomy) ซึ่งการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด เป็นการตัดออกทั้งมดลูกและปากมดลูก สามารถใช้วิธีการผ่าตัดทางหน้าท้อง และการผ่าตัดทางช่องคลอด ขึ้นอยู่กับขนาดของมดลูก และพยาธิสภาพของโรค ทั้งนี้จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด พบว่า การเสียเลือดระหว่างผ่าตัด และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ในกลุ่มผ่าตัดทางช่องคลอดน้อยกว่ากลุ่มผ่าตัดทางหน้าท้อง (Tiwari et al., 2022) ระยะเวลาการผ่าตัด ภาวะช็อคหลังผ่าตัด อาการปวดหลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในการผ่าตัดทางช่องคลอดน้อยกว่าการผ่าตัดทางหน้าท้อง (Alamelu et al., 2023) นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ ช่วงเวลาการผ่าตัด และข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัด ส่วนระยะเวลาการผ่าตัดนานกว่า 94 นาที ภาวะช็อคที่มีฮีโมโกลบินต่ำมากกว่า 2 g/dl และ ASA class III เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะ

แทรกซ้อนหลังผ่าตัด (Kaya et al., 2021) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่อาจจะเกิดขึ้นได้หลังผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางหน้าท้อง ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด (intraoperative complication) เช่น การบาดเจ็บต่อกระเพาะปัสสาวะ (bladder injury) พบได้บ่อยที่สุด ร้อยละ 1-2 การบาดเจ็บต่อลำไส้ พบร้อยละ 0.1-1 โดยลำไส้ที่บาดเจ็บบ่อย คือลำไส้เล็ก การบาดเจ็บต่อท่อไต พบร้อยละ 0.1-0.5 ภาวะเลือดออกโดยเฉพาะส่วนของ uterine artery และ ovarian artery และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (post-operative complication) เช่น การเสียเลือดจากการผ่าตัด การติดเชื้อ ได้แก่ แผลติดเชื้อ การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ และปอดอักเสบติดเชื้อ เกิดรอยทะลุระหว่างกระเพาะปัสสาวะและช่องคลอด (vesicovaginal fistula) พบได้น้อยประมาณร้อยละ 0.1-0.2 และการปวดแผลเรื้อรังเนื่องจากการบาดเจ็บของ ilioinguinal nerve และ iliohypogastric nerve โดยเฉพาะกรณีลงแผลแบบ Pfannenstiel incision (พัชรี เรื่องเจริญ, 2562)

จากสถิติการผ่าตัดมดลูกที่ผ่านมาของโรงพยาบาลสิชล พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด และยังไม่มีความปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดที่ชัดเจน ทั้งการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางหน้าท้อง และการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางช่องคลอด ถึงแม้การศึกษาที่ผ่านมาจะพบว่าการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดจัดเป็นหนึ่งในประเภทการผ่าตัดมดลูกแบบแผลเล็ก (Minimal invasive type) ให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าและมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการผ่าตัดประเภทอื่น การผ่าตัดทางช่องคลอดมีข้อได้เปรียบในเรื่องของเวลาฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่สั้นกว่า และมีความเจ็บปวดน้อยกว่าการผ่าตัดทางหน้าท้อง กลับมาทำงานได้เร็ว ลดต้นทุน อัตราการเจ็บป่วยลดลง (Pillarisetty, 2023) แต่การผ่าตัดทางหน้าท้องยังเป็นวิธีที่สูติแพทย์ใช้ในการผ่าตัดมากที่สุดในโรงพยาบาลสิชล ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดในโรงพยาบาลสิชล โดยศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดออกทั้งหมดทางช่องคลอด และกลุ่มที่ได้รับการ

ผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางหน้าท้อง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน และนำผลที่ได้มาพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

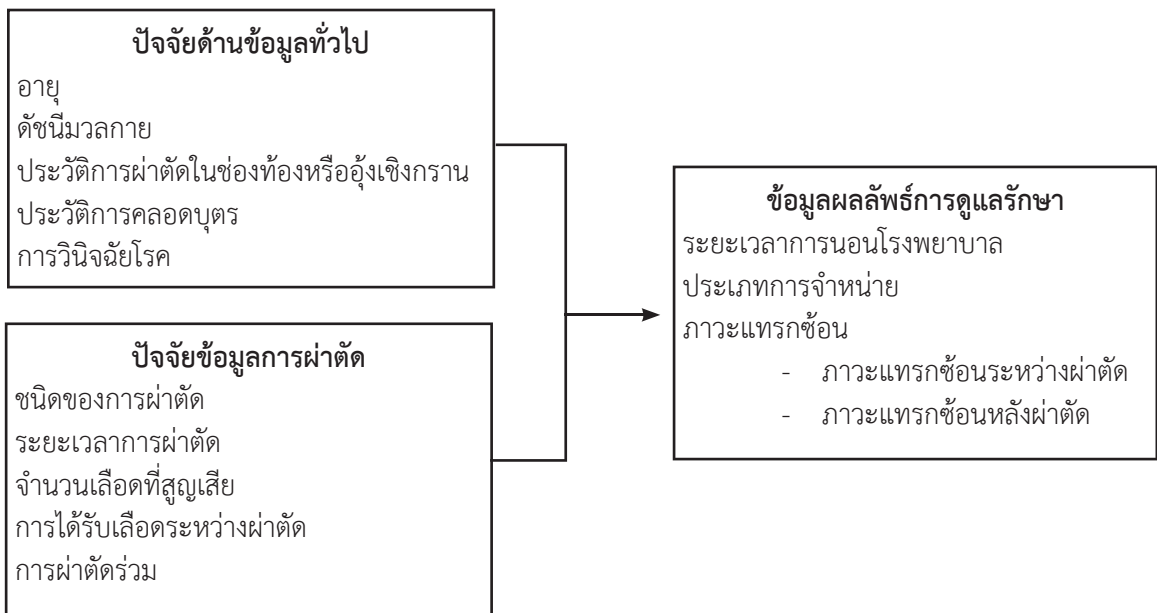
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางหน้าท้องและทางช่องคลอด ในโรงพยาบาลสิทธิ จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด ระหว่างการผ่าตัดทางหน้าท้อง และการผ่าตัดทางช่องคลอด

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดระหว่างการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด และการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง ผู้วิจัยใช้แนวคิดเกี่ยวกับผลลัพธ์การดูแลรักษาของโดนาเบเดียน (Donabedian, 1980)

โดยแบ่งผลลัพธ์การดูแลรักษาออกเป็น 3 ประเภท คือ ผลลัพธ์ทางโครงสร้าง ผลลัพธ์ทางกระบวนการ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ โดยที่ราชวิทยาลัยสูติแพทย์และนรีเวช (Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG), 2018) แนะนำให้วัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ 1) การบรรเทาอาการ: วัดจากอาการปวด เลือดออกผิดปกติ และคุณภาพชีวิต 2) การฟื้นตัว: วัดจากรยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน และแผลผ่าตัด 3) คุณภาพชีวิต: วัดจากสุขภาพกาย สุขภาพจิต และความสัมพันธ์ และ 4) ผลข้างเคียง: วัดจากอาการวิหจริตประจำเดือน ภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล และภาวะกระเพาะปัสสาวะอ่อนแอ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังในเวชระเบียนผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงใช้กรอบการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่สามารถประเมินได้จากเวชระเบียนผู้ป่วยเท่านั้น ได้แก่ รยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ประเภทการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังผ่าตัด ซึ่งมีความแตกต่างกันระหว่างการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง และทางช่องคลอด



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Retrospective Case control Study) โดยศึกษาในเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด ทั้งแบบผ่าตัดทางหน้าท้องและผ่าตัดทางช่องคลอด

ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด ในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2566 จำนวน 240 ราย เนื่องจากจำนวนประชากรมีน้อย จึงใช้ประชากรทุกราย (Census) เป็นกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก เป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา เกณฑ์การคัดออก เป็นผู้ที่ได้รับการบาดเจ็บช่องท้องร่วมด้วย ผู้ป่วยที่มีการบันทึกเวชระเบียนไม่ครบตามข้อมูลที่ต้องการศึกษา และผู้ป่วยที่ไม่สิ้นสุดการรักษา ในโรงพยาบาลสิชล ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 232 ราย แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางหน้าท้อง 206 ราย และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางช่องคลอด 26 ราย

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

แบบบันทึกข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด เพื่อให้สามารถตอบวัตถุประสงค์การวิจัยได้ครอบคลุม โดยมีข้อมูลดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย ประวัติการผ่าตัดในช่องท้องหรืออุ้งเชิงกราน ประวัติการคลอดบุตร การวินิจฉัยโรค และชนิดของการผ่าตัด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรักษาและผ่าตัด ได้แก่ ระยะเวลาการผ่าตัด จำนวนเลือดที่สูญเสีย การได้รับเลือดระหว่างผ่าตัด การผ่าตัดร่วม

ส่วนที่ 3 ข้อมูลผลลัพธ์การดูแลรักษา ได้แก่ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ประเภทการจำหน่าย และการเกิดภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัด ได้แก่ การเสียเลือด และการบาดเจ็บ

ต่ออวัยวะข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ การได้รับเลือดหลังผ่าตัด การติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ และปอดอักเสบติดเชื้อ เกิดรอยทะเลาะระหว่างกระเพาะปัสสาวะและช่องคลอด (vesicovaginal fistular) และการปวดแผลเรื้อรังเนื่องจากการบาดเจ็บของ ilioinguinal nerve และ iliohypogastric nerve

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลทั้ง 3 ส่วน ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางสูติกรรม จำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรมจำนวน 1 ท่าน และปรับแก้ตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า CVI (Content Validity Index) .93

การรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อโครงสร้างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ และผ่านการอนุญาตให้ใช้ข้อมูลในเวชระเบียนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่เวชระเบียนผู้ป่วย เพื่อค้นหาเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด ทั้ง Total vaginal hysterectomy และ Total abdominal hysterectomy ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564-2566

2. ผู้วิจัยนำเวชระเบียนมาค้นหาข้อมูลและบันทึกข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลในระบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ตามเกณฑ์คัดเลือก และคัดออกจากการศึกษา

3. ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลกับเวชระเบียนอีกครั้ง พร้อมใส่รหัสข้อมูล ตามแนวทางก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการผ่าตัด และข้อมูลผลลัพธ์การดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลในรูปแบบของ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องคลอด และกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบอิสระต่อกัน (independent t-test) และการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact test)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 158/2566 ลงวันที่ 28 พฤศจิกายน 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป จากข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด จำนวน 232 ราย พบว่าเป็นการผ่าตัดแบบผ่าตัดทางหน้าท้อง จำนวน 206 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.8 และผ่าตัดทางช่องคลอด จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.2 ผู้ป่วยทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 49.43 ± 10.02 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย $26.46 \pm 4.84 \text{ kg/m}^2$ มีประวัติการผ่าตัดในช่องท้องหรืออุ้งเชิงกราน ร้อยละ 61.2 ประวัติการคลอดบุตร ร้อยละ 75 การวินิจฉัยโรคที่พบมากที่สุด คือ Myoma uteri ร้อยละ 44.8 รองลงมาคือ Adenomyosis และ Prolapse uteri ร้อยละ 26.7 และ 11.2 ตามลำดับ ส่วนระยะเวลาการผ่าตัด ส่วนใหญ่มีระยะเวลาไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง ร้อยละ 76.7 โดยมีจำนวนเลือดที่สูญเสียเฉลี่ย 324.57 ± 289.71 และส่วนใหญ่มีจำนวนเลือดที่สูญเสียน้อยกว่า 500 ร้อยละ 83.6 การได้รับเลือดระหว่างผ่าตัด พบร้อยละ 14.7 และการผ่าตัดร่วม พบร้อยละ 78.4 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง 232 ราย

ข้อมูลจำนวนร้อยละ	การผ่าตัดทางหน้าท้อง N=206 (88.8%)		การผ่าตัดทางช่องคลอด N=26 (11.2%)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ, mean \pm SD	46.94 \pm 7.24		69.15 \pm 6.73	
ดัชนีมวลกาย, mean \pm SD	26.87 \pm 4.82		23.17 \pm 3.59	
ประวัติการผ่าตัดในช่องท้องหรืออุ้งเชิงกราน				
ไม่มี	84	40.8	6	23.1
มี	122	59.2	20	76.9
ประวัติการคลอดบุตร				
ไม่มี	54	26.2	4	15.4
มี	152	73.8	22	84.6
การวินิจฉัยโรค				
Adenomyosis	62	30.1	0	0
Endometriosis	18	8.7	0	0
Ovarian cyst/tumor	16	7.8	0	0
Myoma uteri	104	50.5	0	0
Prolapse uteri	0	0	26	100

ข้อมูลจำนวนร้อยละ	การผ่าตัดทางหน้าท้อง N=206 (88.8%)		การผ่าตัดทางช่องคลอด N=26 (11.2%)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
other	6	2.9	0	0
ระยะเวลาการผ่าตัด				
น้อยกว่า 2 ชม	156	75.7	22	84.6
มากกว่า 2 ชม	50	24.3	4	15.4
จำนวนเลือดที่สูญเสีย, mean \pm SD	342.62 \pm 293.93		181.54 \pm 207.53	
น้อยกว่า 500	170	82.5	24	92.3
500-1000	30	14.6	2	7.7
มากกว่า 1000	6	2.9	0	0
การได้รับเลือดระหว่างผ่าตัด				
ไม่มี	174	84.5	24	92.3
มี	32	15.5	2	7.7
การผ่าตัดร่วม				
ไม่มี	50	24.3	0	0
มี	156	75.7	26	100

2. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทั้งการผ่าตัดทางหน้าท้องและการผ่าตัดทางช่องคลอด พบว่า ผู้ป่วยมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.61 ± 3.67 วัน โดยมีระยะเวลา 3-5 วันมากที่สุด ร้อยละ 67.2 ประสิทธิภาพการจำหน่าย พบว่า ร้อยละ 100 มีประสิทธิผล improve ส่วนใหญ่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังผ่าตัด คิดเป็น ร้อยละ 92.2 และ 94.8 ตามลำดับ โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด ได้แก่ การเสียเลือด ร้อยละ 6.1 และ

การบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง (ระหว่างการผ่าตัด) ได้แก่ การบาดเจ็บกระเพาะปัสสาวะ ร้อยละ 1.7 ส่วนภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ได้แก่ ภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด ร้อยละ 2.5 และ การติดเชื้อแผลผ่าตัด, ภาวะโพแทสเซียมต่ำ และ ภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 0.9 เท่ากัน ส่วนการติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน, การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ, ปอดอักเสบติดเชื้อ และรอยทะลุระหว่างกระเพาะปัสสาวะและช่องคลอด (vesicovaginal fistular) ไม่พบในกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 0) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด

ข้อมูลผลลัพธ์	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล, mean \pm SD	5.61 \pm 3.67	
ประสิทธิผลการจำหน่าย		
Improve	232	100
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด		
ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด	214	92.2

ข้อมูลผลลัพธ์	จำนวน	ร้อยละ
เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด	18	7.8
การเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด (14 ราย)	14	6.1
การบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง	4	1.7
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด		
ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	220	94.8
เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	12	5.2
ภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด	6	2.5
การติดเชื้อแผลผ่าตัด	2	0.9
ภาวะโพแทสเซียมต่ำ	2	0.9
ภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับหัวใจเต้นช้า	2	0.9

3. ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องคลอด และกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง พบว่า ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ประเภทการจำหน่าย และภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังผ่าตัด ในภาพรวม ไม่แตกต่างกันระหว่างทั้งสองกลุ่มในทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบผลการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังผ่าตัดในประเด็นย่อย พบว่า มีความแตกต่างกัน

ระหว่างสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นพบในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้องมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องคลอด ได้แก่ ระหว่างการผ่าตัด พบการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด ร้อยละ 87.5 และการบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง ร้อยละ 12.5 ส่วนภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พบภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด ร้อยละ 60 และการติดเชื้อแผลผ่าตัด ร้อยละ 20 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องคลอด และกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง

ข้อมูลผลลัพธ์	การผ่าตัดมดลูก		P-value
	ทางหน้าท้อง	ทางช่องคลอด	
ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล, mean ± SD	5.55 ± 3.87	6.08 ± 1.23	0.494 ^t
ประเภทการจำหน่าย			
Improve	206 (100)	26 (100)	หาค่าไม่ได้
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด			0.701 ^f
ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	189 (91.3)	26 (100)	
เกิดภาวะแทรกซ้อน	18 (8.7)	0 (0)	
การเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด	14 (87.5)	0 (0)	0.000 ^f
การบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง	4 (12.5)	0 (0)	

ข้อมูลผลลัพธ์	การผ่าตัดมดลูก		P-value
	ทางหน้าท้อง	ทางช่องคลอด	
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด			0.661 ^f
ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	194 (94.2)	24 (92.3)	
เกิดภาวะแทรกซ้อน	12 (5.8)	2 (7.7)	
ภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด	6 (60.0)	0 (0)	
การติดเชื้อแผลผ่าตัด	2 (20.0)	0 (0)	0.045 ^f
ภาวะโพแทสเซียมต่ำ	0 (0)	2 (100)	
ภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับหัวใจเต้นช้า	2 (20.0)	0 (0)	

Statistical use: t=Independent t-test, f=Fisher exact test

สรุปและอภิปรายผล

จากข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด จำนวน 232 ราย ส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางหน้าท้อง จำนวน 206 ราย เป็นการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นก้อนเนื้อในมดลูก (Myoma uteri) ร้อยละ 44.8 เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่แทรกตัวไปในกล้ามเนื้อมดลูก (Adenomyosis) ร้อยละ 26.7 เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่นอกมดลูก (Endometriosis) ร้อยละ 7.8 และก้อนเนื้อหรือถุงน้ำที่รังไข่ (Ovarian cyst/tumor) ร้อยละ 6.9 ส่วนการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางช่องคลอด จำนวน 26 ราย เป็นการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะมดลูกหย่อน (Prolapse uteri) ร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45 รองลงไปคือ ได้รับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้อง ร้อยละ 41 และได้รับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 9.8 (Harvey et al., 2022) ซึ่งปัจจุบันการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดผ่านกล้องได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้น และจำนวนการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องลดลง แต่สำหรับโรงพยาบาลสิชลยังไม่มีการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องหรือการผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ทั้งนี้เนื่องจากการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางหน้าท้อง และการผ่าตัดทางช่องคลอด มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดที่แตกต่างกัน โดยพิจารณาจากขนาดของมดลูกหรือก้อนเนื้อในมดลูก

หากมีขนาดใหญ่ควรเลือกวิธีการผ่าตัดออกทางหน้าท้อง โดยการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดจัดเป็นหนึ่งในประเภทการผ่าตัดมดลูกแบบแผลเล็ก (Minimal invasive type) ให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าและมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการผ่าตัดประเภทอื่น การผ่าตัดทางช่องคลอดมีข้อได้เปรียบในเรื่องของเวลาฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่สั้นกว่า และมีความเจ็บปวดน้อยกว่าการผ่าตัดทางหน้าท้อง กลับมาทำงานได้เร็ว ลดต้นทุน อัตราการเจ็บป่วยลดลง (Pillarisetty, 2023) แต่การผ่าตัดทางหน้าท้องยังเป็นวิธีที่สูติแพทย์ใช้ในการผ่าตัดมดลูกที่สุดในโรงพยาบาลสิชล

สำหรับข้อมูลลักษณะทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 49.43 ± 10.02 ปี โดยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง มีอายุเฉลี่ย 46.94 ± 7.25 ปี ซึ่งน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดที่มีอายุเฉลี่ย 69.15 ± 6.73 ปี อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้น กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันจะอ่อนแอลงตามธรรมชาติ ส่งผลให้ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะมดลูกหย่อนนอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในช่วงวัยหมดประจำเดือนยังส่งผลให้เนื้อเยื่อหย่อนคล้อยอีกด้วย ผู้ป่วยที่มีภาวะมดลูกหย่อน ส่วนใหญ่จะไม่มีคามผิดปกติของมดลูกร่วมด้วย แพทย์จึงจะพิจารณาผ่าตัดผู้ป่วยที่มีภาวะมดลูกหย่อนทางช่องคลอด ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด ส่วนใหญ่มีภาวะอ้วนระดับที่ 1 ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยรวม 26.46 ± 4.84 kg/m² อธิบายได้ว่า

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดมดลูกมีอายุเฉลี่ย 46-69 ปี ซึ่งเมื่ออายุมากขึ้น มวลกล้ามเนื้อโครงร่างส่วนใหญ่จะลดลง เนื่องจากการลดฮอร์โมนอนุมูลอิสระซึ่งส่งผลให้กล้ามเนื้อหลายส่วนของร่างกายลดการทำงาน การลดปริมาณกล้ามเนื้อทำให้เราใช้พลังงานน้อยลงในระหว่างกิจกรรมประจำวัน และยังลดความสามารถในการเผาผลาญพลังงานอีกด้วย นอกจากนี้เมื่ออายุมากขึ้นระบบย่อยอาหารและการดูดซึมอาหารอาจทำงานช้าลง ทำให้มีการสร้างเสริมไขมันในร่างกายมากขึ้นเนื่องจากอาหารที่บริโภคเข้าไปไม่ได้ถูกใช้งานหรือไม่ได้ถูกเผาผลาญพลังงานจึงส่งผลให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดมดลูกส่วนใหญ่มีภาวะอ้วน นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติการผ่าตัดในช่องท้องหรืออุ้งเชิงกราน ได้แก่ การผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การผ่าตัดทำหมัน การขูดมดลูกและการผ่าตัดเปิดหน้าท้องทางศัลยกรรม และมีประวัติการคลอดบุตร มาก่อน การผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางหน้าท้อง และทางช่องคลอด ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาน้อยกว่า 2 ชั่วโมง มีจำนวนเลือดที่สูญเสียน้อยกว่า 500 ซีซี และได้รับเลือดระหว่างผ่าตัด 32 ราย ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับเลือดส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง จำนวน 32 ราย มีการเสียเลือดตั้งแต่ 300-2390 ซีซี ผู้ป่วยจำนวน 182 ราย หรือ ร้อยละ 78.4 มีการผ่าตัดอื่นๆ ร่วมด้วย โดยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด จำนวน 156 คน จะมีการผ่าตัดร่วม ได้แก่ การผ่าตัดรังไข่และท่อหน้าไข่ออก (Salpingo-oophorectomy) ข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง ร่วมกับการเลาะพังผืด การผ่าตัดซ่อมแซมกระเพาะปัสสาวะ การผ่าตัดไส้ติ่ง และบางรายมีการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด ร่วมกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ส่วนในผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางช่องคลอด จะมีการผ่าตัดเย็บซ่อมแซมผนังช่องคลอดทั้งส่วนหน้าและส่วนหลังให้กระชับเพื่อเสริมความแข็งแรงให้กับกล้ามเนื้อที่พุงอุ้งเชิงกราน (Anterior – Posterior Vaginal Repair)

สำหรับข้อมูลผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดในการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินด้วย ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ประสิทธิภาพการจำหน่าย และการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยพบว่า ผู้ป่วยมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย

5.61 ± 3.67 วัน ไม่มีการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดในโรงพยาบาลสิชล ผู้ป่วยทุกรายจำหน่ายโดยประภท improve ภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่เกิดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางหน้าท้อง ภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดที่เกิดขึ้น ได้แก่ การเสียเลือด และการบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง (ระหว่างการผ่าตัด) ส่วนภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่เกิดขึ้น ได้แก่ ภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด และการติดเชื้อแผลผ่าตัด การศึกษาที่ไม่พบรายงานการติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ปอดอักเสบติดเชื้อ และรอยทะลุระหว่างกระเพาะปัสสาวะและช่องคลอด (vesicovaginal fistular) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบทั้งระหว่างและหลังผ่าตัดเกิดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางช่องท้อง และสามารถให้การดูแลรักษาพยาบาลภาวะแทรกซ้อนจนผู้ป่วยอาการดีขึ้นสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ ทั้งนี้เนื่องจากการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องเป็นการผ่าตัดเปิดหน้าท้องขนาดใหญ่ จึงทำให้เสี่ยงต่อการบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง และมีการติดเชื้อได้มากกว่า ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนานกว่าการผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด ทำให้เกิดการเสียเลือดได้มากกว่าการผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด ซึ่งโดยภาพรวมผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดในโรงพยาบาลสิชล มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5-6 วัน ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการจำหน่ายแบบอาการดีขึ้น และส่วนใหญ่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่าง และหลังผ่าตัด

สำหรับผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องคลอด และกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง พบว่า ไม่มีความแตกต่างระหว่างทั้งสองกลุ่มในทางสถิติ ทั้งระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ประสิทธิภาพการจำหน่าย และการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังผ่าตัดโดยภาพรวม โดยระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางหน้าท้อง เท่ากับ 5.55 ± 3.87 และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางช่องคลอดเท่ากับ 6.08 ± 1.23 ส่วนประสิทธิภาพการจำหน่ายพบว่า ผู้ป่วยทุกรายที่

ศึกษาได้รับการจำหน่ายแบบอาการทุเลา Improve ผลการศึกษาชี้แตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่าการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางหน้าท้องจะมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานกว่าการผ่าตัดมดลูกแบบ minimal invasive surgery ทั้งการผ่าตัดทางช่องคลอด และการผ่าตัดผ่านกล้อง (Casarin et al., 2023) เนื่องจากความรุนแรงของการผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องจะมากกว่าการผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด แม้ว่าโดยทั่วไปการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องจะมีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานกว่าการผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด แต่ก็ยังมีบางกรณีที่มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลอาจไม่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับความซับซ้อนของการผ่าตัด สุขภาพของผู้ป่วย ประสิทธิภาพของการผ่าตัด และการดูแลหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกผ่านทางหน้าท้องสามารถฟื้นตัวได้เร็วทำให้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลไม่แตกต่างกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด นอกจากนี้การเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังผ่าตัดโดยภาพรวมในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด ทั้งนี้เนื่องจากความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ดีของทีมแพทย์และพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย การมีสูติแพทย์ที่มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยและดำเนินการผ่าตัดอย่างรอบคอบ รวมทั้งการพิจารณาตัดสินใจเลือกวิธีการหรือช่องทางการผ่าตัดมดลูกที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและปัจจัยของผู้ป่วย จะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ นอกจากนี้การประเมินภาวะสุขภาพก่อนการผ่าตัด เพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างและหลังผ่าตัด พร้อมทั้งดำเนินการเฝ้าระวังและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยต่อภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งการดูแลและการรักษาที่เหมาะสมหลังผ่าตัดมีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การให้คำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติหลังผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก

ความเจ็บปวด และการติดตามการดูแลที่เป็นไปตามแผนการรักษาช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนได้ถึงแม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกจะไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน แต่เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุดระหว่างผ่าตัด ได้แก่ การเสียเลือดระหว่างผ่าตัด และการบาดเจ็บต่อกระเพาะปัสสาวะส่วนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุดหลังผ่าตัด ได้แก่ การเกิดภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด และการติดเชื้อแผลผ่าตัด พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างสองกลุ่ม โดยผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งระหว่างและหลังผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางหน้าท้อง เนื่องจากการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ต้องผ่าตัดเปิดหน้าท้องขนาดใหญ่และดึงลำไส้และอวัยวะอื่นๆ ออกเพื่อให้สามารถเข้าถึงมดลูก จึงทำให้เสี่ยงต่อการบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง และมีการติดเชื้อได้มากกว่า นอกจากนี้การผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องยังใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนานกว่าการผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด ทำให้เกิดการเสียเลือดได้มากกว่าการผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด

ข้อเสนอแนะ

ควรนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดในกรณีที่มีวิธีการผ่าตัดแตกต่างกัน ทั้งการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางหน้าท้อง และการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดทางช่องคลอด เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดต้นทุน และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ควรมีการทำวิจัยครั้งต่อไปเกี่ยวกับการติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดในระยะยาว เพื่อนำผลที่ได้มาวางแผนการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- พัชรีย์ เรืองเจริญ. (2562). การตัดมดลูกทางหน้าท้อง. (Abdominal hysterectomy). <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/topic-review/6074/>
- Alamelu, D. N., Bharathi, K. R., Sridhar, D., Vijayalakshmi, S., & BHARATHI, K. (2023). Comparative Study of Vaginal Hysterectomy and Total Abdominal Hysterectomy in Non-descent Uterus in a Rural Tertiary Care Center. *Cureus*, 15(3): e36017. doi: 10.7759/cureus.36017. eCollection 2023 Mar. PMID: 37050998
- Casarin, J., Ghezzi, F., Pinelli, C., Laganà, A. S., Ambrosoli, A., Longo, M., & Cromi, A. (2023). Hysterectomy for Non-Prolapsed Uterus in Elderly Patients: Predictors of Prolonged Hospital Stay. *Gynecologic and obstetric investigation*, 88(2), 91–97. <https://doi.org/10.1159/000528392>
- Donabedian, A. (1980). Explorations in quality assessment and measurement. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Harvey, S. V., Pfeiffer, R. M., Landy, R., Wentzensen, N., & Clarke, M. A. (2022). Trends and predictors of hysterectomy prevalence among women in the United States. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 227(4), 611-e1.
- Kaya, A. C., Radosa, M. P., Zimmermann, J. S. M., Stotz, L., Findekle, S., Hamza, A., Sklavounos, P., Takacs, F. Z., Wagenpfeil, G., Radosa, C. G., Solomayer, E. F., & Radosa, J. C. (2021). Intraoperative and postoperative complications of gynecological laparoscopic interventions: incidence and risk factors. *Archives of gynecology and obstetrics*, 304(5), 1259–1269. <https://doi.org/10.1007/s00404-021-06192-7>
- Pillarisetty, L. S., & Mahdy, H. (2023). Vaginal Hysterectomy. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. PMID: 32119369
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2018). Hysterectomy. RCOG Green-top Guideline No. 41. <https://www.rcog.org.uk/media/u32b3nkv/ca4-15072010.pdf>
- Tiwari KD, Dangal G, Karki A, Pradhan HK, Shrestha R, Bhattachan K, Bharati S. (2022). Clinical Outcome of Non-descent Vaginal Hysterectomy Versus Abdominal Hysterectomy. *J Nepal Health Res Counc*; 20(2): 326-330. doi: 10.33314/jnhrc.v20i02.3924.PMID: 36550708
- Whiteman MK, Hillis SD, Jamieson DJ, Morrow B, Podgornik MN, Brett KM, Marchbanks PA. (2008). Inpatient hysterectomy surveillance in the United States, 2000-2004. *Am J Obstet Gynecol*. 2008; 198:34–37.

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจากภาวะปอดอักเสบ (Nursing care of Pneumonia with Sepsis)

ศิริพร ปานนิล
Siriporn Pannil
โรงพยาบาลระนอง
Ranong Hospital

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: โรคปอดอักเสบ (pneumonia) พบได้มากในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ถ้าอาการรุนแรงหรือไม่ได้รักษาทันทั่วที่สามารถเพิ่มระดับความรุนแรงส่งผลให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจพยาธิสภาพของโรค แนวทางการรักษาเป็นอย่างดี นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้ครอบคลุม ในแต่ละระยะของการดำเนินของโรคจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจากภาวะปอดอักเสบ กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย

วิธีดำเนินงาน: เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระนอง ช่วงเดือน สิงหาคม-กันยายน 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ประเมินปัญหาทางการพยาบาลด้วยแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้การพยาบาลและประเมินผลลัพธ์การพยาบาล 3 ระยะ ระยะแรกรับ ระยะระหว่างการดูแล และระยะจำหน่าย

ผลลัพธ์: ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยเป็นเพศชาย อายุ 82 ปี มีประวัติเป็น ความดันโลหิตสูง ฤกษ์ลมโป่งพอง ต่อมลูกหมากโตหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง เบาหวาน มีประวัติสูบบุหรี่ มาด้วย 3 วัน ไอมีเสมหะสีขาว ใช้ 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล หายใจหอบเหนื่อย พ่นยา 3 ครั้งไม่ดีขึ้น แพทย์ให้การรักษาจากการตรวจร่างกาย ฟังเสียงหายใจพบเสียงหวีดแห้งๆ ในหลอดลม วางแผนการรักษาโดยให้ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ได้รับยาปฏิชีวนะ ยาขับปัสสาวะ ใช้น้ำพ่นขยายหลอดลมทุก 4 ชั่วโมง จนอาการดีขึ้น ให้การฟื้นฟูสภาพและจำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 8 วัน ผู้ป่วยรายที่ 2 เพศหญิง อายุ 92 ปี มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง เบาหวาน อัลไซเมอร์ เส้นเลือดสมองตีบ ปัจจุบันเป็นผู้ป่วยติดเตียง มาด้วย 7 วัน ไออ่อนเพลียวันนี้ หายใจเหนื่อย ญาตินำส่งโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการให้ออกซิเจนชนิดแรงดันบวก แพทย์ให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ จนผู้ป่วยมีอาการคงที่พ้นภาวะวิกฤต ให้การฟื้นฟูสภาพและจำหน่ายกลับบ้าน รวมเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 12 วัน

สรุป : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดจากภาวะปอดอักเสบ จากการที่พยาบาลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวมร่วมกับสหวิชาชีพ จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยพ้นภาวะวิกฤต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต

คำสำคัญ : โรคปอดอักเสบ, การพยาบาล, ติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract

Background : Pneumonia is a common disease in the aging population, a non-communicable disease. It can lead to Multi-Organ Dysfunction, and death if diagnosis or treatment is delayed. Nurses must have knowledge and understanding of the pathology of the disease, treatment guidelines. Apply the nursing process to comprehensive care for patients and families. At each stage of the disease progression will keep the patient safe, prevent complications.

Objective : To study and compare nursing care for pneumonia patients with sepsis through two case studies.

Method : Two case pneumonia with sepsis in Ranong Hospital were purposive conducted between August to September 2023. Data were collected from inpatient medical records. Taking history from patients and relatives. Compare nursing activities Related textbooks and research documents Comparative data were analyzed according to disease progression. Causes, risk factors Condition assessment Treatment received and nursing process. The concept of Gordon's 11 functional health patterns was used as a guide to assess a patient problem, define a nursing diagnosis, plan for nursing care and evaluate nursing care outcomes throughout critical care, discharge planning and continuous care phases.

Results : Case1, male 82 years old has co-morbidities Diabetic history High blood pressure, Benign Prostatic Hyperplasia and chronic obstructive pulmonary disease. 5 days ago he had cough with white sputum. Then 3 hours before came to hospital he had high fever and dyspnea. He received bronchodilator inhaler 3 dose but was not improving. He received a symptom assessment, history, physical examination for breathing sound and received admit at the male medicine ward for antibiotics, antidiuretic. He received bronchodilator inhaler every 4 hour until improve. He had received rehabilitation before discharge. Total treatment was 8 days. Case2, female 92 years old has co-morbidities HT DM Alzheimer CVA with bed ridden. 7 days before came to hospital she had fever weakness and dyspnea. She was treated with positive pressure and antibiotics until improved. Then, she had received rehabilitation before discharge. Total treatment was 12 days.

Conclusion : The patients were successfully treated for pneumonia with septic shock. The nurses should have knowledge and skills in pneumonia patient with septic shock care. Applying nursing process for holistic care, and working with a multidisciplinary team can save the patient with a life-threatening medical condition, prevent complications, a reduce mortality rate

Keywords : Pneumonia, Nursing care, Sepsis

บทนำ

โรคปอดอักเสบเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศกำลังพัฒนา การติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดจากการสูดละอองเชื้อโรคเข้าปอด รองลงมาเป็นการสูดสูดสำลักควันหรือสารเคมี อุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบเพิ่มขึ้นตามอายุ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและสรีรวิทยาของระบบการหายใจ พบว่าโรคปอดอักเสบร้อยละ 50-80 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบที่เกิดนอกโรงพยาบาล และพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปี นอกจากนี้ยังพบปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ด้วย เช่นโรคทางระบบการหายใจ (Asthma, COPD) ภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง (congestive heart failure (CHF) โรคหัวใจอื่นๆ น้ำหนักตัว หรือสมรรถนะร่างกายที่แย่ง เป็นต้น ผู้ป่วยปอดอักเสบ ที่พบนอกโรงพยาบาลจะถูกวินิจฉัยว่าเป็นปอดอักเสบชุมชน (community acquired pneumonia, CAP) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยปอดอักเสบชุมชน ประมาณร้อยละ 20-30 จำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและประมาณร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นปอดอักเสบชุมชนชนิดรุนแรงซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 30-40 ดังนั้น จึงถือว่าเป็นโรคปอดอักเสบมีอัตราตายสูงที่สุดเมื่อเทียบกับการติดเชื้อที่อวัยวะอื่นๆ (กรมการแพทย์, 2566)

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) คือโรคที่มีการอักเสบของเนื้อปอดซึ่งประกอบไปด้วย หนองปอด และเนื้อเยื่อโดยรอบ โดยเชื้อโรคที่เข้าสู่ปอดและทำให้เกิดการอักเสบของถุงลมปอดและเนื้อเยื่อโดยรอบได้แก่ เชื้อไวรัส เชื้อแบคทีเรีย และเชื้อรา ซึ่งเชื้อที่พบจะแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอายุและสภาพแวดล้อมที่เกิดโรค เช่น ได้รับเชื้อจากที่ชุมชนทั่วไป หรือจากภายในโรงพยาบาล เชื้อแบคทีเรียที่พบมักได้แก่ streptococcus pneumoniae เชื้อ Haemophilus Influenzae type b, เชื้อ chlamydia pneumoniae เชื้อ legionella app. และเชื้อ Mycoplasma pneumoniae ส่วนเชื้อไวรัสได้แก่ เชื้อ Respiratory Syncytial virus (RSV), เชื้อ influenza หรือเชื้อไข้หวัดใหญ่ และเชื้อราจากมูลนกหรือซากพืชซากสัตว์ซึ่งเกิดจากติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนกลาง อาจเกิดได้จากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส

และเชื้อราส่วนใหญ่มักเกิดจากเชื้อแบคทีเรียอาการสำคัญคือ ไข้ ไอ หายใจเหนื่อย หายใจเร็วถ้าเป็นมาก จะมีอาการหายใจลำบาก หายใจใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง (chest retraction) จมูกบาน (nasal flaring) ฟังเสียงปอดได้ยินเสียงกรอบแกรบ หรือเหมือนเสียงขี้ผง (fine หรือ medium crepitation) หรืออาจได้ยินเสียงที่เกิดจากอากาศพยายามจะผ่านหลอดลมที่มีสารน้ำหรือมูก (rhonchi)

พยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบจะเริ่มขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง หลังการติดเชื้อ และแสดงอาการภายใน 4-5 วัน โดยผู้ป่วยจะมีอาการไข้ ไอ หอบเหนื่อย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ในรายที่มีอาการรุนแรงหรือรักษาไม่ทันท่วงที่การอักเสบของปอดจะไปขัดขวางการแลกเปลี่ยนก๊าซ ผู้ป่วยจะเกิดภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรง ซึ่งเรียกอาการนี้ว่าภาวะอาการหัวใจล้มเหลว

ในประเทศไทย จากสถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่าอัตราผู้ป่วยปอดอักเสบเสียชีวิตจากปอดอักเสบเพิ่มขึ้น 42.1, 43.8 และ 45.3 ตามลำดับ และจากสถิติโรงพยาบาลระนอง พบว่ามีผู้ป่วยปอดอักเสบเพิ่มขึ้นทุกปี จากปี พ.ศ. 2564 จำนวน 778 คน ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 975 คน และในปี พ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้นเป็น 1,369 คน และผู้ป่วยที่เสียชีวิต ด้วยโรคปอดอักเสบ ในปี พ.ศ. 2564-2566 พบจำนวน 118 ราย, 121 ราย และ 157 ราย ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าค่าใช้จ่ายรักษาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเฉลี่ยต่อราย เพิ่มขึ้นทุกปี จากปี พ.ศ. 2564 จำนวน 44,103 บาทต่อราย เพิ่มขึ้นเป็นในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 66,759 บาท และค่าใช้จ่ายในปี พ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 192,569 บาท ตามลำดับ (ทิฏฐิ ศิริวิสัย, วิมล อ่อนเสียง, 2560) จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคผู้ป่วยที่มาด้วยโรคปอดอักเสบ จึงต้องได้รับการประเมิน และรักษาอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วย เป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย ถ้ารักษาไม่ทันท่วงที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตได้ ฉะนั้นพยาบาลจะต้องประเมินอาการอย่างรวดเร็วและวางแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อจะช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัยได้ตั้งนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อนำมาพัฒนาแนวทาง

ในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบ ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย

ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัย ติดเชื้อในกระแสเลือดและมีโรคร่วม 2 ราย ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลระนอง ในปีพ.ศ 2566 ช่วงศึกษาตั้งแต่วันที่ 22 สิงหาคม ถึงวันที่ 7 กันยายน 2566 ในรายที่ 1 วันที่ 30 สิงหาคม 2566 ถึงวันที่ 7 กันยายน 2566 รายที่ 2 วันที่ 22 สิงหาคม 2566 ถึงวันที่ 3 กันยายน 2566 โดยศึกษาการให้พยาบาลในระยะแรกเริ่ม ระยะระหว่างการดูแล และระยะเตรียมจำหน่าย

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับอนุญาตให้ดำเนินการศึกษาจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลระนองและแพทย์เจ้าของไข้ และได้รับการยินยอมเข้าร่วมการศึกษาจากผู้ป่วย

วิธีการดำเนินงาน

การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ โรงพยาบาลระนอง ในช่วงเดือน สิงหาคม-กันยายน 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ผู้ป่วยใน 2) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกตการวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์เปรียบเทียบ แบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง การรักษา 3) แบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผน ของกอร์ดอน เพื่อให้ได้ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนำมาวางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบ ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ข้อมูลส่วนบุคคลกรณีผู้ป่วย 2 ราย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 82 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลระนองเมื่อวันที่ 30 สิงหาคม 2566 เวลา 19.07 น. มาด้วยอาการ 3 วัน ไอมีเสมหะสีขาว มีไข้ 3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล หายใจหอบเหนื่อย พนยา 3 ครั้ง ไม่ดีขึ้น ญาตินำส่งโรงพยาบาล อาการแรกเริ่มที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 38.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 96/66 มิลลิเมตรปรอท แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Pneumonia with Sepsis with Congestive Heart Failure ได้รับเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ ให้ออกซิเจน Mask with bag10LMP ส่งตรวจทางรังสีทรวงอก ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ยาพ่นขยายหลอดลม Berodual 1 nebuler ทุก 4 ชั่วโมง ให้สารน้ำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 40 มิลลิลิตร ต่อชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำ ยาปฏิชีวนะ Cef-3 ขนาด 2 กรัม วันละครั้ง ทางหลอดเลือดดำให้ยาขับปัสสาวะ ร่วมกับยารับประทานทางปาก คือ ยา Paracetamol ขนาด 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง เวลาปวดศีรษะ หรือมีไข้ ยา Flumucil ขนาด 200 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 ซอง ละลายน้ำ 1 แก้ว วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เช้า กลางวัน เย็น ยา Theodur รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เช้า เย็น ยา Rulid ขนาด 150 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เช้า เย็น ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามแผนการรักษา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ ผู้ป่วยไม่มีไข้ ไม่มีอาการหอบเหนื่อย พยาบาลได้เตรียมความพร้อมเรื่องการปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยได้รับการจำหน่าย ในวันที่ 7 กันยายน 2566 เวลา 15.00 น. รวมเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 8 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 92 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลระนอง เมื่อวันที่ 22 สิงหาคม 2566 เวลา 15.20 น. ปัจจุบันเป็นผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยมาด้วยอาการ มีไข้ ซึม ลืมตาเมื่อเรียก ผู้ป่วยมีอาการสับสน มีหายใจหอบเหนื่อย ไอมีเสมหะ ฟังปอดได้ยินเสียง Rhonchi อุณหภูมิร่างกาย 38.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 122 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 155/79

มิลลิเมตรปรอท ดูแลให้ออกซิเจนชนิดแรงดันบวก เก็บตัวอย่างเลือด เสมหะ และปัสสาวะส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่งตรวจเอกซเรย์ทรวงอก ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็น Pneumonia with Sepsis ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 80 มิลลิลิตร ต่อชั่วโมง ยาปฏิชีวนะ Cef-3 ขนาด 2 กรัม วันละครั้ง ทำการดูเสมหะในลำคอและปอด พบเสมหะสีเหลืองข้น ปริมาณพอควรให้ยาพ่นขยายหลอดลม Berodual 1 nebuler พ่นทุก 4 ชั่วโมง ดูแลทางเดินหายใจ ดูแลพลิกตัวผู้ป่วยทุก 2-4 ชั่วโมง ภายหลังให้การพยาบาล 5 วัน ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ไม่มีไข้ อาการหายใจเหนื่อยลดลง ไม่หอบ ไอมีเสมหะเป็นบางครั้ง ปริมาณเสมหะในปอดลดลง แพทย์เริ่มให้อาหารทางสายยาง Blenderized diet 30 mL (1:1) 4 feed รับประทานอาหารได้

ดี ไม่พบอาการสำคัญ ผลเพาะเชื้อเสมหะพบ *Krepsilla pneumonia* ปรับเปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น Fortum (ceftazidime) 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง Azithromycin 500 mg ทางหลอดเลือดดำวันละ 1 ครั้ง ภายหลังให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องอีก 7 วัน พบว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตื่นได้ด้วยตนเองยังคงมีอาการหายใจเหนื่อยในบางครั้ง ไม่หอบ ไม่มีไข้ ไม่มีเสมหะในลำคอ ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 96% แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ โดยใส่ NGTube พยาบาลเตรียมความพร้อมสอนเรื่องการให้อาหารทางสายยาง ส่งเรียนทำอาหารปั่นและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านได้ในวันที่ 3 กันยายน 2566 เวลา 12.00 น. รวมเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 12 วัน

ตาราง 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	- โรคประจำตัว เป็น Hypertension ต่อมลูกหมากโต หัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง และ COPD 10 ปี รับการรักษาด้วยยาจากโรงพยาบาลระนอง ไม่เคยขาดยา	โรคประจำตัว เป็น อัลไซเมอร์ และ TIA รักษาโรงพยาบาลศิริราชและชุมพร 8 ปี ตรวจพบก้อนที่ปอดแต่ไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	- สมาชิกในครอบครัวสุขภาพดีไม่มีโรคประจำตัว	- สามีเป็นโรคเบาหวานรักษาตัวโรงพยาบาลชุมพร
ประวัติการแพ้ยา	- ไม่มีประวัติแพ้ยา	- ไม่มีประวัติแพ้ยา
ประวัติการผ่าตัด	ปฏิเสธประวัติการผ่าตัด	- เคยผ่าตัดคลอด เมื่อ 40 กว่าปีก่อน
แผนการรักษาของแพทย์	- ให้ออกซิเจน Mask with bag 10LPM - ให้ Lasix 20 mg V วันละ 1 ครั้ง - ให้ Dexamethasone 4 mg ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง - ยาปฏิชีวนะให้ Ceftriaxone 2 mg ทางหลอดเลือดดำวันละ 1 ครั้ง	- ให้ออกซิเจนชนิดแรงดันบวก (HFNC) - ให้ออกซิเจนชนิดแรงดันบวก (HFNC) - ให้ ยา ปฏิ ชี ว ณะ เริ่ม แรก ให้ Ceftriaxone 2 mg ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง ต่อมาเปลี่ยนเป็น Ceftazidime 2 mg ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง เพิ่มยาปฏิชีวนะ

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
	<ul style="list-style-type: none"> - เจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจน้ำตาลก่อนมื้ออาหารและก่อนนอน - ยาพ่นขยายหลอดลม Berodual 1 nebule พ่นทุก 4 ชั่วโมง 	<ul style="list-style-type: none"> Azithromycin 500 mg ทางหลอดเลือดดำวันละ 1 ครั้ง - ยาพ่นขยายหลอดลม Berodual 1 nebule พ่นทุก 4 ชั่วโมง - ใส่ Nasogastric tube และ feed Blenderized diet (1:1) 300 ซีซี วันละ 4 feed
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	<ul style="list-style-type: none"> - WBC 16,890 cell/mm³, Neutrophil 82% (30ส.ค66) - PT19.8min, PTT28.3min, INR1.7 (30ส.ค66) Blood gas : Ph 7.162, pCo2 100.1%, Po2 48.4 (30ส.ค66) Chest x-ray: 1) Right patchy infiltration with blunt costophrenic angle 2) Cardiomegaly 	<ul style="list-style-type: none"> - WBC 11,830 cell/mm³, Neutrophil 82% (22ส.ค66) - PT13.1min, PTT26.7min, INR1.1 (22ส.ค66) Blood gas: pCo2 54%, Po2 48.4 (22ส.ค66) Chest x-ray: 1) Right Middle Lobe and Left Lower Lobe Patchy infiltration 2) Rt upper lung infiltration advice pleural tapping for release ญาติปฏิเสธ Best supportive care
รวมระยะเวลาในโรงพยาบาลเพื่อรักษา	8 วัน	12 วัน

วิเคราะห์ความต่าง

การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนสามารถนำมาเขียนปัญหาทางการพยาบาลให้ครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลสรุปและประเมินผลลัพธ์ ทางการ

พยาบาลโดยในผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 เคยมีประวัติถุงลมโป่งพองเมื่อเกิดปอดอักเสบจะทำให้โรครุนแรงเพิ่มขึ้นและนำไปสู่ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ ในขณะที่ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 เกิดปอดอักเสบจากการติดเชื้อรวมผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ และติดเชื้อ พยาบาลต้องเน้นถึงความสำคัญ ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

ตารางที่ 2 แบบแผนสุขภาพที่ผิดปกติที่พบในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

การประเมินสภาพ โดยใช้แบบแผนของกอร์ดอนเป็นกรอบแนวคิด Gordon ในแบบแผนที่พบปัญหาและผลการตรวจพิเศษอื่นๆ ดังแสดงในตารางที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยรับทราบว่าเป็นโรคติดเชื้อในกระแสเลือดและมีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง โรคถุงลมโป่งพอง และโรคสมองเสื่อม รักษาโรงพยาบาล..... โดยรับประทานยาสม่ำเสมอ	แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยรับทราบว่าเป็นโรคติดเชื้อในกระแสเลือดและมีโรคประจำตัว คือ ต่อมลูกหมากโต รักษาโรงพยาบาลท่าศาลา โดยรับประทานยาสม่ำเสมอ
แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญ สารอาหาร อ่อนเพลีย ไม่มีแรง	แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญ สารอาหาร อ่อนเพลีย กินได้น้อย ไม่มีแรง Na 132 mmol/L
แบบแผนที่ 3 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย มีอาการเหนื่อยง่าย หายใจหอบ ลูกเดินก็เหนื่อย มีประวัติเป็นโรคเรื้อรังมานานโรคถุงลมโป่งพอง	แบบแผนที่ 3 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย ทำกิจกรรมเองได้น้อยต้องมีคนอื่นช่วย ลงจากเตียงล้มก้น กระแทก มีผลกดทับที่สะโพกขวา

วิเคราะห์ : เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้และการดูแลสุขภาพพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสม กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นโรค COPD หายใจหอบเหนื่อย รักษาต่อเนื่อง และมาตามนัดทั้งสองราย สำหรับแบบแผนที่ 2 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยรายที่ 2 จะมีปัญหาแบบแผนนี้มากกว่ารายที่ 1 เป็นปัญหาหรับประทานอาหารได้น้อย สัมพันธ์กับการตรวจร่างกาย ผู้ป่วยผอม และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบว่ามีภาวะ Hyponatremia

และในแบบแผนที่ 3 ผู้ป่วยทั้งสองราย มีความเสี่ยงแบบแผนนี้ เนื่องจาก รายที่ 1 เป็นผลกระทบจากพยาธิสภาพของโรคที่ปอดทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบเหนื่อยง่าย มีความทนต่อการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันและออกกำลังกายได้น้อย มีโอกาสเกิดภาวะร่างกายขาดออกซิเจนได้สูง ในผู้ป่วยรายที่ 2 ทำกิจกรรมเองได้น้อย ต้องมีคนอื่นช่วยลงจากเตียง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ป่วย 2 ราย

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
1. การพยาบาลผู้ป่วยระยะแรกรับ	1. มีการติดเชื้อในร่างกาย 2. ผู้ป่วยมีภาวะหายใจไม่มีประสิทธิภาพ 3. เสี่ยงต่อภาวะ การหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน 4. มีภาวะเสียสมดุลอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากมีไข้สูง	1. มีการติดเชื้อในร่างกาย 2. ผู้ป่วยมีภาวะหายใจไม่มีประสิทธิภาพ 3. เสี่ยงต่อภาวะ การหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน 4. มีภาวะเสียสมดุลอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากมีไข้สูง

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
2. การพยาบาลผู้ป่วยระยะระหว่าง การดูแล	1. ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง 2. เสี่ยงต่อการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของถุงลม 3. วิดกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย	1. ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง 2. เสี่ยงต่อการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของถุงลม 3. วิดกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย
3. การพยาบาลผู้ป่วยระยะจำหน่าย กลับบ้าน	1. ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการกลับเป็นซ้ำ และการควบคุมโรคเมื่อออกจากโรงพยาบาล	1. ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการกลับเป็นซ้ำ และการควบคุมโรคเมื่อออกจากโรงพยาบาล

การพยาบาล

จากข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้างต้นนำมาสู่การวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล (Nursing

Process) ในจากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน จึงสามารถนำมาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเป็น 3 ระยะดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะที่ 1 คือ การพยาบาลผู้ป่วยระยะแรก รับ 1. มีการติดเชื้อในร่างกาย 2. ผู้ป่วยมีภาวะหายใจไม่มีประสิทธิภาพ	1. ประเมินสัญญาณชีพแรกรับและ SOS score เพื่อประเมินความรุนแรง 2. ประเมินสัญญาณชีพตามแนวทางประเมินผู้ป่วย ตามค่าคะแนน New score รายงานแพทย์เมื่อค่าคะแนนเพิ่มขึ้น 3. ชักประวัติค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อ 4. ติดตามอาการ และอาการแสดงของการติดเชื้อที่รุนแรงเกี่ยวกับ สับสน ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงหายใจเร็วขึ้น R มากกว่า 20 ครั้ง ผิวน้ำปลายเป็นจ้ำเขียวขุ่นลูกตั่ง ปลายมือ ปลายเท้าเย็น ซีด Capillary refilling > 3 second Urine out put น้อยกว่า 0.5 mL/kg /hr Platelet count น้อยกว่า 100,000/mm ³ SBP น้อยกว่า 90 mmHg หรือ MAP น้อยกว่า 65 5. ประเมินการหายใจ ภาวะพร่อง Oxygen ภาวะ Cyanosis จัดทำนอนศีรษะสูง Clear airway ให้ Oxygen ตามความเหมาะสม 6. ติดตามสัญญาณชีพและวัดค่า Oxygen saturation Keep Spo ₂ มากกว่าหรือเท่ากับ 95 % 7. ติดตามผลการตรวจเลือด, sputum, X-ray

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ระยะที่ 2 คือ การพยาบาลผู้ป่วยระยะระหว่างการดูแล</p> <p>1. เสี่ยงต่อภาวะ การหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน</p>	<p>1. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15-30 นาที จนคงที่แล้วประเมินทุก 1 ชั่วโมง เฝ้าระวัง</p> <p>1.1 ประเมินการหายใจ ลักษณะการหายใจ ไม่ใช่กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ ดูแลทางเดินหายใจโล่ง</p> <p>1.2 จัดท่าเคาะปอด ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เช่น การดูดเสมหะ</p> <p>1.3 ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ</p> <p>1.4 ติดตามอาการและอาการแสดง ของภาวะการหายใจล้มเหลว</p> <p>1.5 ติดตามและประเมินผล CBC</p> <p>1.6 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ</p> <p>1.7 ดูแลให้ได้รับยาตามการรักษา เช่น ยาขยายหลอดลม ยาฆ่าเชื้อ</p> <p>1.8 Record I/O keep Urine Out Put มากกว่า 25-30 mL/Kg/hr</p>
<p>มีภาวะเสียสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากมีไข้สูง</p>	<p>1. ดูแลให้สารน้ำอิเล็กโทรไลต์ อย่างเพียงพอตามแผนการรักษา</p> <p>2. ประเมินติดตามผล Electrolyte BUN Cr</p> <p>3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องให้อาหารทางสายยาง (NG-tube) ขณะให้อาหารควรดูแลให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30-45 องศา</p> <p>4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอโดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากกว่า 1,500-2,000 ซีซี หากไม่มีข้อจำกัดโดยให้จิบน้ำบ่อย</p> <p>5. ดูแลเช็ดตัวลดไข้และให้ยาลดไข้ ตามแผนการรักษา</p> <p>7. ประเมิน BMI และส่งปรึกษานักโภชนาการ</p>
<p>ระยะที่ 3 คือ การพยาบาลผู้ป่วยระยะจำหน่ายกลับบ้าน</p> <p>ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคและการควบคุมโรคเมื่อออกจากโรงพยาบาล</p>	<p>1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยพูดคุยซักถามตลอดจนรับฟังปัญหาต่างๆ ด้วยความเต็มใจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไว้วางใจ ทั้งนี้ การสนับสนุนของครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญเข้ามาดูแลผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน</p> <p>2. ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบและให้ความรู้ญาติ/ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินของโรคและความรู้ในการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม</p> <p>3. ดูแลจากสิ่งแวดล้อมไม่ให้มีการแพร่กระจายเชื้อ อากาศถ่ายเทสะดวก จัดวางสิ่งของให้เป็นระเบียบและใกล้พอที่ผู้ป่วยสามารถหยิบใช้ได้</p> <p>4. สำหรับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อและเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ แนะนำให้ผู้ป่วยสวมใส่หน้ากากอนามัยหรือผ้าปิดปากและจมูก เวลาไอ จาม และอาจจะแยกผู้ป่วยและของใช้ต่างๆ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ</p>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยควรเริ่มต้นที่ผู้ป่วยรับไว้ในโรงพยาบาล โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมทั้งผู้ป่วยและญาติมีบทบาทร่วมวางแผนให้เหมาะสม กับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา อาการข้างเคียง การปฏิบัติตัว การออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตดูแลตนเองได้อย่างปกติ</p>
<p>ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. การปฏิบัติตัว สักเกตอาการผิดปกติอื่น เช่น อาการไอ เหนื่อยหอบมากขึ้น เสมหะมาก เปลี่ยนสี มีไข้ควรรีบมาพบแพทย์ 2. การรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ควรหยุดยาเอง หากอาการไม่ดีขึ้นให้รีบกลับมาพบแพทย์ 3. หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค เช่น การอยู่ในบริเวณที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และสถานที่แออัด 4. ควรมาพบแพทย์ตามนัด
	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ อาการเหนื่อยหอบ และความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ 2. ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย 3. สอนให้ผู้ป่วยไออย่างมีประสิทธิภาพ ประคองทรวงอก ขณะหายใจเข้าแล้วหายใจออกโดยแรง เพื่อขับเสมหะออก 4. ปรึกษานักกายภาพบำบัด ร่วมดูแลผู้ป่วย <p>การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยควรเริ่มต้นที่ผู้ป่วยรับไว้ในโรงพยาบาล โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมทั้งผู้ป่วยและญาติมีบทบาทร่วมวางแผนให้เหมาะสม กับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา อาการข้างเคียง การปฏิบัติตัว การออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตดูแลตนเองได้อย่างปกติ โดยสรุปคำแนะนำผู้ป่วยที่กลับบ้านที่ต้องการพบแพทย์มีดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การปฏิบัติตัว สักเกตอาการผิดปกติอื่น เช่น อาการไอ เหนื่อยหอบมากขึ้น เสมหะมาก เปลี่ยนสี มีไข้ควรรีบมาพบแพทย์ 2. การรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ควรหยุดยาเอง หากอาการไม่ดีขึ้นให้รีบกลับมาพบแพทย์ 3. หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค เช่น การอยู่ในบริเวณที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และสถานที่แออัด 4. ควรมาพบแพทย์ตามนัด

อภิปรายผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่มาด้วยอาการสำคัญคือไข้ หายใจหอบ วินิจฉัยปอดอักเสบ (Pneumonia) และมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock) ทั้ง 2 ราย แต่เมื่อตรวจเพาะเชื้อค้นหา source infection พบว่า รายที่ 1 พบการติดเชื้อในกระแสเลือด ในขณะที่รายที่ 2 พบการติดเชื้อในทางเดินหายใจ เมื่อประเมิน qSOFA score มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 2 ข้อ เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย sepsis กรณีศึกษา รายที่ 1 พบอวัยวะล้มเหลว 3 ระบบ คือระบบหายใจ มี Respiratory failure/ระบบหัวใจและหลอดเลือด ค่าความดันโลหิตต่ำ 85/43 mmHg/ระบบเลือด Platelet 87000/ul รักษาโดยการให้สารน้ำอย่างเพียงพอแล้ว ความดันโลหิตยังต่ำ จำเป็นต้องให้ Vasopressor (On Levophed (4:250) vein drip) Serum lactate level ≥ 2 mmol/L (8.50 mmol/L) ถือได้ว่าเข้าเกณฑ์ มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 พบอวัยวะล้มเหลว 3 ระบบ คือระบบหายใจ Respiratory failure ระบบหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตต่ำ 83/48 mmHg /ระบบไต Creatinine 2.91 mg/dL รักษาโดยการให้สารน้ำอย่างเพียงพอแล้ว ความดันโลหิตยังต่ำ จำเป็นต้องให้ Vasopressor (On Levophed (4:250) vein drip) Serum lactate level 21.70 mmol/L ถือได้ว่าเข้าเกณฑ์ มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้ ปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยจึงเป็นไปตามอวัยวะที่ล้มเหลว (Organ Dysfunction) ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับความทุกข์ทรมานจากการฟื้นคืนสภาพภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีอายุ 85 ปี และมีเชื้อมีการติดเชื้อในกระแสเลือด พบเชื้อ Acinetobacter baumannii รักษาโดยให้ยาฆ่าเชื้อรวมการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 12 วัน ในขณะที่รายที่ 1 พบเชื้อ Numerous Pseudomonas aeruginosa มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเท่านั้น แต่เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงและเบาหวาน มาประมาณ 10 ปี ซึ่ง มีภาวะไตเสื่อมอยู่แล้ว เมื่อเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จึงส่งผลกระทบต่อให้ไตเสียหายที่ จากการศึกษากลับ 2 ราย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อทุกรายไม่ให้

เกิดภาวะติดเชื้อและตามมาด้วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

สรุป

โรคปอดอักเสบเป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อในกระแสเลือด การติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อกเป็นภาวะวิกฤตที่เป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย มีอัตราการเสียชีวิตสูง ซึ่งการติดเชื้อในร่างกายมีผลกระทบต่ออวัยวะภายใน ร่างกายในระยะแรก ร่างกายมีกลไกการปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุล การดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและรวดเร็ว จะส่งผลให้ผู้ป่วยจะคืนสู่สภาวะปกติ แต่ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่เหมาะสมอวัยวะต่างๆ จะทำงานล้มเหลว และอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ พยาบาลซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อนำสู่การปฏิบัติตาม CPG Sepsis และการดูแลต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังอาการ จำเป็นต้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุพยาธิสรีรวิทยา ภาวะช็อก การประเมินสภาพผู้ป่วย การรายงานแพทย์เมื่ออาการผิดปกติ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิต ตลอดจนป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะช็อกเป็นเวลานาน และลดระยะเวลาในการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล จากการศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยไม่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่สำคัญ

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลจึงต้องมีสมรรถนะในการประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงอย่างเป็นองค์รวม เพื่อนำมาวางแผนให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบต่อเนื่องตั้งแต่แรกเริ่มจนจำหน่าย รวมทั้งควรได้เข้าร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการประเมินความต้องการครอบคลุมทุกด้าน เพื่อนำมาวางแผนจำหน่ายให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ส่งต่อข้อมูลเพื่อการเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแล สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ไม่กลับมารักษาซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์.(2562). โรคปอดอักเสบ (Pneumonia). [ออนไลน์]. เข้าถึงจาก <https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/01/8.-one-page-pneumonia-edit-8-10-61.pdf> .วันที่สืบค้น 2 สิงหาคม 2563.
- จริยา พันธุ์วิทยากุลจิราพร มณีพราย.(2561) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต. ว. กองการพยาบาล.
- ทิฏฐิศรีวิสัยวิมล อ่อนเส็ง.(2560)ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ:ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉิน ว.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์.
- ปราณี ทุไฟเราะ.(2556).การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจนจากความผิดปกติในการแลกเปลี่ยนและขนส่งออกซิเจน.,บรรณานุกรม.
- เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา และพรพรณิภา สืบสุข.(2555). การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ. ,บรรณานุกรม.การพยาบาลอายุรศาสตร์ 2. .
- เวชสถิติ รพ. ระนอง.(2565).ข้อมูลผู้ป่วยปอดอักเสบ .โรงพยาบาลระนอง
- วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์.(2550). โรคปอดอักเสบ ใน วิทยา ศรีมาตา (บรรณานุกรม). ตำราอายุรศาสตร์ 1 (หน้า 341-344; พิมพ์ครั้งที่ 5 ปรับปรุงแก้ไข). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข.(2560). KPI3 อัตราตายผู้ป่วยปอดอักเสบและติดเชื้อในกระแสเลือด แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง.(2562). การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ. [ออนไลน์]. เข้าถึงจาก https://rng.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11. วันที่สืบค้น 2 สิงหาคม 2563.
- สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย.(2558).แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอักเสบในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2558).กรุงเทพฯ: กราฟฟิคดีไซน์.
- อภิชาติ คณิตทรัพย์ ใน ณรงค์กร ช้ายโพธิ์กลางและคณะ(2561).ปอดอักเสบในผู้สูงอายุ. อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ อัมพรพรรณ ธีรานูตร. (2542). โรคปอดอักเสบ: การดูแลตนเองและการฟื้นฟูสมรรถภาพ.ขอนแก่น: ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.



การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการผ่าตัดเท้าและมีโรคร่วม แผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย
“Nursing care of foot amputations in Diabetic Patients and underlying Diseases in
Outpatient department at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital :
Two comparative case Studies”

สุพิศ ประดู่

Supit Pradoo

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

บทคัดย่อ

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการผ่าตัดเท้าและมีโรคร่วม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 รายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า กรณีศึกษา 2 ราย วิธีดำเนินงาน เป็นศึกษาเชิงพรรณนากรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า 2 รายที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โดยศึกษาประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วย ในการซักประวัติผู้ป่วยและญาติ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ การวางแผนการพยาบาลตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน จากพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาพยาบาลแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลรวมถึงการวางแผนจำหน่าย

ผลการศึกษา : กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทยอายุ 57 ปี สถานะสมรส อาชีพแม่บ้าน ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง BP = 130/ 80 mmHg หลังตัดเล็บโดนเนื้อบริเวณนิ้วเท้าที่ 4 ข้างซ้าย แผลเป็นสีด้ามมีหนอง แพทย์ให้ Amputated นิ้วที่ 4 ของเท้าซ้าย จากนั้นหลังจำหน่ายแพทย์นัดให้ล้างแผลทุกวัน ระดับน้ำตาลไม่ปกติ FBS อยู่ในช่วง 170 - 280 mg/dl HbA1c = 8.5 แพทย์ปรับเพิ่มยา glipizide 1 tab oral ac เป็น glipizide 1 tab oral bid ac ระดับน้ำตาลในเลือดหลังปรับยาอยู่ในช่วง 170- 210 mg/dl ผู้ป่วยเข้าใจในสภาพแผลผ่าตัดนิ้วเท้าจากโรคเบาหวานตามการรับรู้จากแพทย์พยาบาลแนะนำมาทำแผลทุกวันอย่างต่อเนื่อง แผลหายดีในระยะเวลา 1 สัปดาห์หลังผ่าตัด

กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงไทยอายุ 68 ปี สถานะสมรส อาชีพทำสวน ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง BP = 140/ 90 mmHg มาพบแพทย์ด้วยมีแผลอักเสบ discharge สีเหลืองมีกลิ่น ที่บริเวณนิ้วหัวแม่เท้าด้านขวา ปวดแผลเล็กน้อย แพทย์ให้ตัดนิ้วเท้าด้านขวา เพื่อควบคุมภาวะติดเชื้อ ได้รับการรักษาด้วยยาแก้อักเสบ 3 วัน แผลดี ไม่บวมแดง มีอาการเท้าชาเป็นบางครั้ง จำหน่ายกลับบ้านนัดผู้ป่วยมารับการพยาบาลเพื่อรักษาแผลผ่าตัดนิ้วเท้าขวา อย่างต่อเนื่องแผลหายดีในระยะเวลา 1 สัปดาห์

สรุป : กรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวานทั้ง 2 รายมีความแตกต่างกันด้วยอายุและเศรษฐฐานะมีแผลที่ถูกตัดนิ้วเท้า แต่ต่างตำแหน่ง การให้พยาบาลควบคุมระดับน้ำตาลเหมือนกัน และให้การพยาบาลดูแลแผลที่ได้อย่างต่อเนื่องทั้ง 2 ราย ส่งผลให้ผู้ป่วยคลายความกังวลมีความอดทนจนแผลดีขึ้นเป็นลำดับและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

คำสำคัญ : ผู้ป่วยเบาหวาน, การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการผ่าตัดเท้าและมีโรคร่วม

Abstract

This Nursing care of foot amputations in Diabetic Patients and underlying Diseases in Outpatient department at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital: Two comparative case. Studies Objective: To study nursing care of diabetic patients with foot wounds, 2 case studies. Method: This is a descriptive case study of nursing care of two diabetic patients with foot wounds treated in Outpatient department at Maharat Nakhon Si Thammarat Hospital by studying patient history from patient medical records and patient history. Observe the relative symptoms of symptoms that can be analyzed by comparing data from nursing according to the concept of the health model of Gordon's health model concept from pathology and showing medical treatment for foot wounds in hospitals, diabetes, problems and nursing diagnoses, including whether it is normal.

Results of the study : Case study 1: Thai woman, 57 years old, marital status, Housewife, diagnosed with diabetes and high blood pressure. BP = 130/ 80 mmHg. After cutting her nail, it hit the skin on the left 4th toe. The scar was black with pus. The doctor gave me an amputated 4th toe of my left foot. Then after discharge the doctor made an appointment to wash the wound every day. Blood sugar levels are not normal. FBS is in the range 170 - 280 mg/dl HbA1c = 8.5 The doctor increases the medication glipizide 1tab oral ac to glipizide 1tab oral bid ac. Blood sugar levels after adjusting the medication are in the range 170- 210 mg/dl. The patient understands the condition of the diabetic toe surgery wound according to the perception from the doctor and nurse who recommends that the wound be dressed every day continuously. The wound healed well within 1 week after surgery.

Case study 2 : Thai woman, 68 years old, marital status, Housewife, diagnosed with diabetes and high blood pressure, BP = 140/ 90 mmHg, came to see the doctor with an inflamed wound, yellowish discharge with an odor. On the right big toe area slight wound pain. Doctors had my right toe amputated. to control infection Received treatment with anti-inflammatory drugs for 3 days. The wound is fine, no swelling or redness. There is sometimes numbness in the feet. Discharged to take home an appointment for the patient to receive nursing care for treatment of the right toe surgery wound. Continuously, the wound healed within 1 week.

Conclusion : Both case studies of diabetic patients were conducted with age and economic background and wounds that were a direct result of different locations. Giving nurses control over sugar levels is the same. and continue to provide good nursing care for the wound Both steps are performed continuously to relieve the patient of the need to suffer more to return to a normal, happy life.

Keywords : Diabetic patients, Nursing care of foot amputations in Diabetic Patients and underlying Diseases.

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก (Division of Non-Communicable Diseases, 2023) การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลที่เท้า ซึ่งพบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายและเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม ส่งผลให้เกิดอาการชาบริเวณปลายเท้า การรับรู้ความรู้สึกลดลง ทำให้มีผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานได้ง่ายกว่าคนปกติ และจากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลที่เท้ามีการติดเชื้อมากถึงร้อยละ 50 และเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานต้องตัดขาเมื่อตราสูงขึ้นไปถึงร้อยละ 84 ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มักมาจากพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลที่เท้าไม่เหมาะสม จึงทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นที่ขาหรือเท้าในผู้ป่วยเบาหวานหมายถึงกลุ่มของอาการที่เกิดจากระบบประสาทส่วนปลายเสื่อม (neuropathy) การขาดเลือด (ischemia) และการติดเชื้อ (infection) ทำให้เกิดการเกิดบาดเจ็บของเนื้อเยื่อการฉีกขาดหรือเกิดแผลนำไปสู่การตัดขาและเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน (Division of Non-Communicable Diseases, 2023; ซลิตา อนุกุล, 2558) พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดการสูญเสียขาและเท้ามากที่สุดหากไม่นับรวมการสูญเสียจากอุบัติเหตุจากสถิติของสหพันธ์เบาหวานโลก พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงที่จะถูกตัดขามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นเบาหวานถึง 25 เท่า และพบประมาณ 85% ที่ทำให้มีการสูญเสียขาจากเบาหวาน (International Diabetes Federation, 2023; สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการผ่าตัดเท้าเป็นปัญหาสำคัญ ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ คุณภาพชีวิต เศรษฐกิจ คนในครอบครัว และสังคม ตลอดจนส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการทางการแพทย์ (มันัสดา คำรินทร์, 2563; ปภาดา มหัทธนะประดิษฐ์, 2560) ซึ่งพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทเป็นผู้ค้นหาปัญหาและร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติ

ทำให้ผู้ป่วยสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีศักยภาพสูงในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการผ่าตัดเท้าและมีโรคร่วม จากข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการผ่าตัดเท้าและมีโรคร่วม ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาทั้งโรคหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนทางไต ตา ปลายประสาทและเท้า เป็นต้น ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้าส่งผลให้ต้องตัดเท้า ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะทุพพลภาพมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี สถิติปี พ.ศ.2564-2566 จำนวน 515, 589 และ 609 ตามลำดับ ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการผ่าตัดเท้าและมีโรคร่วม เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไต เป็นต้น เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวมีความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษาและดูแลเป็นอย่างมาก อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายกรณีมีความสำคัญ พยาบาลมีหน้าที่ในการเฝ้าระวัง ติดตาม และประเมินผล ให้ครอบคลุมทุกมิติ โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนการดูแลของ Gordon ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ ด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณ ตามมาตรฐานการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการผ่าตัดเท้าและมีโรคร่วม เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 รายที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โดยวิเคราะห์กรณีศึกษาเปรียบเทียบกับข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกระยะตั้งแต่ระยะวิกฤตฉุกเฉินก่อนตรวจ ขณะตรวจ หลังการตรวจ รับการรักษาในโรงพยาบาล และระยะฟื้นฟูผู้ป่วยได้รับการจำหน่าย

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 หญิงไทยอายุ 57 ปี สถานะสมรส อาชีพแม่บ้าน ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานเมื่อปี 2550 และมีโรคความดันโลหิตสูงเมื่อปี 2560 มาตรวจตามนัด ต่อมาเมื่อปี 2564 หลังตัดเล็บโดนเนื้อบริเวณนิ้วเท้าที่ 4 ข้างซ้าย มีการรักษาแผลเรื่อยมาที่คลินิกเป็นเวลานาน 2 ปีแผลไม่ดีขึ้น แผลมีขอบซิดและเป็นขุยมีเนื้อตาย แต่ไม่มีบวมแดง ไม่มี discharge ซึม รับประทานยาไม่ขาด การควบคุมอาหารปฏิบัติได้บ้างบางครั้ง ระดับน้ำตาลขึ้นๆ ลงๆ FBS อยู่ในช่วง 170 – 280 mg/dl HbA1c = 10.5 แพทย์ได้ปรับเพิ่มยาจาก glipizide 1 tab oral ac ปรับเพิ่มเป็น glipizide 1 tab oral bid ac ระดับน้ำตาลในเลือดหลังปรับยาอยู่ในช่วง 170- 210 mg/dl ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120/80 – 140/100 mmHg รับประทานยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล แผลที่เท้าปวดบวมแดง มีความวิตกกังวล จึงมาพบแพทย์ แพทย์บอกแผล DM foot ลามถึงกระดูกต้องได้รับการ debridement และ amputation หากไม่ทำจะแพร่เชื้อเข้ากระแสเลือดได้ ผู้ป่วยจึงตัดสินใจรับการรักษาโดย amputation หลังจำหน่ายผู้ป่วยเข้าใจในสภาพแผล DM ตามการรับรู้จากแพทย์พยาบาลแนะนำมาทำแผลทุกวันอย่างต่อเนื่องแผลหายดีภายในเวลา 1 สัปดาห์

กรณีศึกษาที่ 2 หญิงไทยอายุ 68 ปี สถานะสมรส อาชีพแม่บ้าน ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานเมื่อปี 2559 มาพบแพทย์ด้วยอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย มีอาการขาที่เท้า แนนหน้าอกไม่ร้าวไปอวัยวะส่วนอื่นๆ มีขาที่ปลายเท้าปวดน่อง ไม่มีตะคริว ไม่มีขาอ่อนแรงไม่มีอาการวิงเวียนศีรษะ ไม่มีอาการปวดศีรษะ ปี 2562 พบว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120/80 – 156/90 มิลลิเมตรปรอท มาพบแพทย์รับยาไม่ต่อเนื่องที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ปี 2564 ขณะผู้ป่วยขับรถจักรยานยนต์ ถูกเหล็กสตัดรทเกี่ยว ทำให้มีแผลที่บริเวณหัวแม่เท้าข้างขวา มีความวิตกกังวลค่อนข้างสูงกลัวแผลลุกลามเนื่องจากต้องทำงาน มีภาระต้องดูแลหลาน 1 คนอายุ 4 ขวบ ส่วนสามีไปทำงานต่างจังหวัด แพทย์ได้แจ้งให้ทราบว่าแผล DM foot อาจติดเชื้อเข้ากระแสเลือดต้องได้รับการ debridement และ amputation ผู้ป่วยจึงตัดสินใจรับการรักษาโดย amputation และหลังจำหน่ายผู้ป่วยเข้าใจในสภาพแผล DM ตามการรับรู้จากแพทย์ พยาบาลได้แนะนำให้ทำแผลทุกวันอย่างต่อเนื่อง แผลหายดีภายในเวลา 1 สัปดาห์ ผู้ศึกษาได้ทำกรณีศึกษาการให้การพยาบาลและดูแลแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการผ่าตัดเท้าและมีโรคร่วม จำนวน 2 ราย โดยวิเคราะห์และเปรียบเทียบการวางแผนการพยาบาลตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพของ Gordon ดังนี้

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เพศ	หญิง	หญิง
อายุ	57 ปี	68 ปี
สถานภาพ	สมรส	สมรส
อาชีพ	แม่บ้าน	แม่บ้าน
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	มาตรวจตามนัดและมีแผลที่บริเวณนิ้วเท้าที่ 4 ข้างซ้าย	มาตรวจตามนัดและมีแผลที่บริเวณหัวแม่เท้าข้างขวา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดเพื่อรับยาต่อเนื่อง และทำแผลเรื้อรังที่บริเวณนิ้วที่ 4 เท้าซ้าย	ผู้ป่วยมาตรวจคลินิกเบาหวานแต่รับยาไม่ต่อเนื่องและทำแผลเรื้อรังที่บริเวณหัวแม่เท้าข้างขวา แผลบวมแดงเล็กน้อย มีอาการเท้าชาเป็นบางครั้ง
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/ ในครอบครัว	บิดาเป็นโรคเบาหวาน มารดาเป็นโรคคลื่นหัวใจรั่ว พี่ชายเป็นโรคเบาหวาน เสียชีวิตทั้งสามคนแล้ว	ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีตบิดามารดาพี่น้องไม่พบการป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคติดต่อใดๆ
ประวัติแพ้ยาแพ้อาหาร	ปฏิเสธการแพ้ยาแพ้อาหาร	แพ้ยา Cotrimoxazole
ประวัติการใช้สารเสพติด	ปฏิเสธการใช้สารเสพติด	ปฏิเสธการใช้สารเสพติด
การวินิจฉัยโรค	DM uncontrol with HT with DM Foot	DM with HT with DM Foot
การผ่าตัด	Ray's amputation left 4 th toe	Ray's amputation right 1 st toe
อาการแรกเริ่ม	รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพแรกเริ่ม ความดันโลหิต 140/100 มม.ปรอท ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส น้ำหนัก 100 กก. ส่วนสูง 160 ซม. BMI 39.06 มีแผลเรื้อรังที่บริเวณนิ้วที่ 4 เท้าซ้าย บ่นปวดแผล pain score=2 คะแนน	รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพแรกเริ่ม ความดันโลหิต 156/83 มม.ปรอท ชีพจร 72 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส น้ำหนัก 70 กก. ส่วนสูง 155 ซม. BMI 29.16 มีแผลเรื้อรังที่บริเวณหัวแม่เท้าข้างขวาบวมแดงรอบแผล บ่นปวดแผล pain score=3 คะแนน
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	Blood Sugars 155 mg%, BUN 19 mg/dl Cr 1.26 mg/dl, eGFR 47, Albumin Urine Negative, HbA1c 10.5	Blood Sugars 203 mg%, BUN 17 mg/dl Cr 1.57 mg/dl, eGFR 99, Albumin Urine Negative, Sodium 141 mmol/L, Potassium 3.9 mmol/L, Chloride 105 mmol/L, Serum ketone Negative

จากการเปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษา 2 รายจากทั้งประวัติเจ็บป่วยในอดีตปัจจุบันและอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลจะเห็นได้ว่ากรณีศึกษารายที่ 1 มีอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลคือมาตรวจตามนัดเพื่อรับยาต่อเนื่องและทำแผลเรื้อรังที่เท้าขวาซึ่งผู้ป่วยทำแผลมาเป็นเวลา 2 ปียังไม่หาย ส่วนรายที่ 2 มาตรวจคลินิกเบาหวานรับยาไม่ต่อเนื่อง และมีแผลเรื้อรังที่หัวแม่เท้าข้างขวา

ซึ่งผู้ป่วยรายที่ 1 มีประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน 2 คนคือบิดาและพี่ชายต่างจากรายที่ 2 ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเรื้อรังใดๆ เลย อาการแรกเริ่มพบว่ารายที่ 1 ปกติดีแต่มีค่าน้ำตาลในเลือดปกติ 155 mg%, ส่วนรายที่ 2 มีอาการของภาวะ Hyperglycemia ค่าน้ำตาลในเลือดสูงคือ mg% ร่วมกับความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามแนวคิดแบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	รับทราบ เข้าใจเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วยของตนเองที่มีแผลบริเวณนิ้วเท้าที่ 4 เท้าซ้าย	รับทราบ เข้าใจเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วยของตนเองที่มีแผลบริเวณนิ้วเท้าที่ 1 เท้าขวา
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	รับประทานอาหารตรงตามเวลา ประกอบอาหารรับประทานเองเป็นส่วนใหญ่ ชอบอาหารรสจืด ดื่มน้ำวันละ 4-5 แก้ว	รับประทานอาหารพื้นบ้านชอบอาหารหวานมันเค็ม
3. การขับถ่ายอุจจาระ, ปัสสาวะ	ถ่ายอุจจาระ 2-3 วัน/ครั้ง ปัสสาวะออกปกติ วันละ 5-6 ครั้ง สีเหลืองใส ไม่มีตะกอน	ขับถ่ายอุจจาระทุกวัน ปัสสาวะวันละ 5-6 ครั้งต่อวัน
4. กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ตามปกติ ออกกำลังกายด้วยการทำงานบ้านเล็กน้อยทุกวัน	ไม่ค่อยออกกำลังกายเนื่องจากกลัววิงเวียนหน้ามืด มีแผลที่เท้าขวา
5. การพักผ่อนนอนหลับ	การพักผ่อนนอนหลับปกติ วันละ 6-8 ชั่วโมง โดยไม่ต้องใช้ยา	นอนหลับวันละ 8 ชั่วโมงไม่มีปัญหาในการนอน
6. สถิติปัญญาและการรับรู้	รู้ตัวรู้เรื่องดีอ่านออกเขียนได้การศึกษาจบม. 3	รู้ตัวรู้เรื่องดีอ่านออกเขียนได้การศึกษาจบปวช.
7. การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์	รับรู้ภาวะการเจ็บป่วยของตนเองว่าเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง กังวลว่าแผลที่เท้าไม่มีโอกาสหายเพราะแพทย์แจ้งว่าแผลจะหายช้า	รับรู้ภาวะการเจ็บป่วยแต่มีความท้อแท้กังวลกับการเจ็บป่วยและมีภาวะแทรกซ้อนในการเจ็บป่วยครั้งนี้กลัวไม่หาย
8. บทบาทและสัมพันธภาพ	อาศัยอยู่กับสามี มีบุตรสาว 3 คน แต่งงานแยกครอบครัวไปอยู่ต่างจังหวัด ครอบครัวรักใคร่กันดี	มีบุตรชาย 2 คนปัจจุบันอยู่กับหลานอายุ 4 ปีสามีไปทำงานต่างจังหวัดกลับบ้านเดือนละ 1 ครั้งต้องดูแลหลาน
9. เพศและการเจริญพันธุ์	ผู้ป่วยแสดงออกถึงเพศหญิงอย่างเหมาะสมแต่งงานมีบุตรปกติ	ผู้ป่วยแสดงออกถึงเพศหญิงอย่างเหมาะสมแต่งงานมีบุตรปกติ
10. การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด	เมื่อมีปัญหาจะปรึกษาเพื่อนบ้านและบุตรและจะพยายามพึ่งตนเองไม่ทำตัวเป็นภาระต่อผู้อื่น	มีความเครียดเรื่องหลานนานๆ ครั้งแต่ไม่นานจะพูดคุยกับเพื่อนๆ เพื่อให้หายเครียด

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
11. ความเชื่อและค่านิยม	นับถือศาสนาพุทธเข้าวัดทำบุญตามเทศกาลสำคัญ และเชื่อว่าการเจ็บป่วยต้องรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน	นับถือศาสนาพุทธเข้าวัดทำบุญตามเทศกาลสำคัญ และเชื่อว่าการเจ็บป่วยต้องรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบและวิเคราะห์ การศึกษาผู้ป่วย 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. สาเหตุหรือปัจจัยการเกิดโรค	มีประวัติเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	มีประวัติเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
	บทวิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีประวัติเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แตกต่างกันด้านอายุ และเศรษฐกิจ การให้ความรู้และการให้คำแนะนำ การรักษา การปฏิบัติตน เพื่อคลายความวิตกกังวลจึงมีความแตกต่างกัน	
2. สาเหตุหรือปัจจัยของการเกิดแผลที่เท้า	แผลบริเวณนิ้วที่ 4 เท้าซ้าย จากการตัดเล็บโดนเนื้อ	แผลบริเวณนิ้วหัวแม่เท้าขวาจากอุบัติเหตุถูกเหล็กสตาาร์ทรถจักรยานยนต์เกี่ยว
	บทวิเคราะห์ แผลที่เท้าเหมือนกันแต่ตำแหน่งต่างกัน การให้การพยาบาลมีความแตกต่างกัน แผลกรณีศึกษาที่ 1 มีหนังแข็งห่อหุ้มปากแผลจำนวนมาก การทำแผลต้องขูดเอาหนังแข็งออก ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 แผลที่หัวแม่เท้ายังไม่มีการลุกลาม จึงทำการล้างแผลอย่างต่อเนื่อง	
3. ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล	3 วัน	7 วัน
	บทวิเคราะห์ สภาวะโรคการเกิดก่อนหลัง ระยะเวลาในการรักษาต่างกัน	
4. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด	1. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนจากภาวะโลหิตจาง	
	บทวิเคราะห์ ภาวะโลหิตจาง เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือ โรคไตเรื้อรังร่วมด้วยปัจจัยหนึ่งที่สำคัญและสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจางในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือการทำงานของไตบกพร่อง การระบุงการมีภาวะโลหิตจาง และการมีโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็วดังนั้นการป้องกันเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต่อการดำเนินของโรคดังกล่าว และผลแทรกซ้อนที่รุนแรงที่ตามมา พยาธิสภาพส่วนใหญ่ของโรคไตเรื้อรัง คือ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง โดยสรุปสาเหตุโรคไตเรื้อรังที่พบบ่อย คือ โรคไตจากเบาหวาน โรคเบาหวานจะมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ น้ำตาลที่สูงในเลือดจะมีผลเสียต่ออวัยวะต่างๆ ในร่างกายและรวมทั้งท่อไต โรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตสูงมีผลทำลายหลอดเลือดขนาดเล็กภายในไต ทำให้ไตเสื่อมลงซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น	

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะหลังผ่าตัด	<p>1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด</p>	
	<p>บทวิเคราะห์ การผ่าตัด เป็นการกระตุ้นภาวะเครียดของร่างกาย ส่งผลให้ร่างกายหลั่ง Catabolic hormone และยับยั้งการทำงานของอินซูลิน ทำให้ระดับน้ำตาลสูงขึ้น แม้ว่าในผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานก็ตาม การควบคุมน้ำตาลในช่วงผ่าตัด สามารถลดการเกิด surgical site infection ได้ทั้งผู้ป่วยที่เป็นและไม่เป็นโรคเบาหวาน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการควบคุมเป็นอย่างดี โดยควรควบคุมให้อยู่ในระดับที่น้อยกว่า 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตร แต่ไม่ควรต่ำกว่า 40-80 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เนื่องจากภาวะ hypoglycemia เป็นภาวะที่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการควบคุมเรื่องภาวะ hypoglycemia และhyperglycemia แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีอีกเสบวมแดง</p>	
	<p>2. ไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดแผลผ่าตัด</p>	
	<p>บทวิเคราะห์ พยาธิสรีรวิทยาของความเจ็บปวดหลังผ่าตัด การผ่าตัดเป็นสิ่งเร้าเชิงกลทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อและเส้นประสาทโดยตรง เมื่อเนื้อเยื่อได้รับอันตรายจะปล่อยสารเคมี เช่น โพรสตาแกลนดิน อีทู ฮิสตามีน เป็นต้น ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นจะเป็นเฉพาะที่บริเวณเนื้อเยื่อผ่าตัด สารเคมีเหล่านี้จะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดให้ไวต่อการกระตุ้น ทำให้เนื้อเยื่อไวต่อการเจ็บปวดมากขึ้น เมื่อปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดจะนำส่งไปตามใยประสาทขนาดเล็ก คือใยประสาทเอเดลตา และใยประสาทซีไปยังไขสันหลัง เข้าสู่ระบบควบคุมประตู่ในบริเวณคอร์ซอลลอรัน จะมีการปรับสัญญาณประสาทบริเวณเอสจี โดยสัญญาณประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่จะกระตุ้นการทำงานของเอสจีที่ทำหน้าที่ขัดขวางการทำงานของซีเซลล์ ดังนั้นจึงไม่สามารถส่งต่อสัญญาณประสาทได้ ส่วนใยประสาทขนาดเล็กจะยับยั้งเอสจีที่ซีเซลล์จึงส่งสัญญาณประสาทไปด้านตรงข้ามของไขสันหลังและนำขึ้นสู่สมองที่ระดับไขสันหลังนั้นนอกจากจะมีการปรับเปลี่ยนสัญญาณตามระบบควบคุมประตู่แล้วยังเกิดรีเฟล็กซ์ มีผลให้กล้ามเนื้อลายหดตัว หลอดเลือดตีบตัว ระบบทางเดินอาหารและระบบการขับถ่ายปัสสาวะมีการทำงานลดลง การหดตัวของกล้ามเนื้อและหลอดเลือดทำให้การไหลเวียนของเลือดลดลง กล้ามเนื้อได้รับออกซิเจนน้อยลง จึงมีการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน เกิดกรดแลคติกและเกิดภาวะความเป็นกรดเฉพาะที่กรดแลคติกจะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกของกล้ามเนื้อทำให้เกิดความเจ็บปวดกล้ามเนื้อ ความเจ็บปวดกล้ามเนื้อที่รุนแรงขึ้นจะทำให้มีรีเฟล็กซ์ที่ไขสันหลังมากขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่องกันไป สัญญาณประสาทจากไขสันหลังจะนำไปสู่สมองโดยทางเดินประสาทแลเทอรอลสไปโนธาลามิก ซึ่งนำสัญญาณไปยังธาลามัส สัญญาณประสาทของความเจ็บปวดจะไปกระตุ้นที่ประสาทอัตโนมัติในไฮโปธาลามัส โดยจะเร่งการทำงานของประสาทซิมพาเทติกให้หลังอิมเป็นพรีนเพิ่มมากขึ้น มีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ</p>	

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<p>ความดันโลหิตและอัตราการหายใจเพิ่มมากขึ้น หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว ปลายมือปลายเท้าเย็น คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออก ถ้าความเจ็บปวดรุนแรงมากจะไปกระตุ้นการทำงานของประสาทพาราซิมพาเธติก ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตลดลง หลอดเลือดหัวใจส่วนปลายขยายตัวผู้ป่วยจึงอาจมีอาการช็อคได้ เมื่อธาลามัสรับรู้ความเจ็บปวดแล้วจะส่งสัญญาณประสาทต่อไปยังเปลือกสมอง ซึ่งจะบอกถึงความรุนแรง ลักษณะและตำแหน่งของความเจ็บปวด และกระตุ้นร่างกายทางอารมณ์ รวมทั้งการตอบสนองต่อความเจ็บปวดโดยการเกิดปฏิกิริยาทางจิต เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานและเร้าให้เกิดอารมณ์ เช่น ความกลัว วิตกกังวล ความเศร้า ความโกรธ อารมณ์เหล่านี้จะกระตุ้นระบบควบคุมส่วนกลาง ให้เปิดประตูในระบบควบคุมประตูในระดับไขสันหลัง ทำให้ความรู้สึกรุนแรงขึ้น การเกิดปฏิกิริยาทางจิตขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ระดับความสนใจต่อสิ่งเร้ารอบข้าง ความวิตกกังวล การคาดหมายล่วงหน้า ความกลัว และประสบการณ์ความเจ็บปวดในอดีต ผู้ป่วยที่มีความสนใจต่อสิ่งรอบข้าง จดจ่อต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งมากจะเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวดทำให้ความเจ็บปวดลดลงส่วนผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล ความกลัว ความรู้สึกไม่แน่นอนต่ออนาคต การคาดหมายล่วงหน้า และประสบการณ์ความเจ็บปวดในอดีต จะเพิ่มปฏิกิริยาทางจิตทำให้ความเจ็บปวดรุนแรงขึ้นด้วย นอกจากนี้ปฏิกิริยาทางจิตจะไปกระตุ้นระบบการเคลื่อนไหวให้หนีหรือสู้กับความเจ็บปวด สำหรับผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลแผลหลังผ่าตัดที่เท้าจากพยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและความกลัวลง มีประสบการณ์ที่ดีจากสิ่งรอบข้าง สามารถเบี่ยงเบนความเจ็บปวด เพิ่มความสุขสบายให้ผู้ป่วยได้</p>	
	<p>3. มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากขาดความรู้และมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน</p>	
	<p>บทวิเคราะห์ การรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมมีประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานพบว่ามีประโยชน์เนื่องจากกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกายรวมถึงกล้ามเนื้อหัวใจจะทำงาน โดยเฉพาะการออกกำลังกายที่มีการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ (เช่น กล้ามเนื้อขา, สะโพก, ต้นแขน เป็นต้น) จะยิ่งเพิ่มการเผาผลาญน้ำตาลในร่างกายได้ดียิ่งขึ้น การบริโภคอาหารให้เหมาะสม เพื่อชะลอการเสื่อมของไตเพิ่มขึ้น เช่น ผักที่มีปริมาณ โปแตสเซียมน้อย รับประทานโปรตีนคุณภาพ คือ เนื้อปลา ไข่ขาว ลดอาหารประเภทที่มีโปรตีนสูง จำกัดการรับประทานเกลือหรืออาหารที่มีรสเค็ม และที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง สำหรับผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ยังขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเรื่องการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในโรคเบาหวาน</p>	

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<p>4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะไตเสื่อม เนื่องจากขาดความรู้ การชะลอความเสื่อมของไต</p>	
	<p>บทวิเคราะห์ ไตเสื่อมจากเบาหวานที่เกิดจากการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งระดับน้ำตาลที่สูงเรื้อรังทำให้ระดับกลูโคสสูงขึ้นจะสร้างความเสียหายให้กับเส้นเลือดฝอยในไตเนื่องจากความหนืดของน้ำตาลที่ผสมในเลือด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการไหลเวียนของเลือดซึ่งเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้เส้นเลือดแดงขนาดเล็กที่ไตเสื่อม มีความดันและความเร็วเลือดที่เพิ่มสูงขึ้นเกิดการหนาตัวของเส้นเลือดการทำงานของไตจึงเสื่อมลง เริ่มพบการรั่วของสารต่างๆ ออกมาพร้อมกับปัสสาวะ ได้แก่ โปรตีนชนิดอัลบูมิน นอกจากนี้แล้วระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโปรตีนที่สำคัญในร่างกายหลายชนิด เช่น อัลบูมิน ฮีโมโกลบิน โดยมีการเพิ่มโมเลกุลของน้ำตาลเข้าไปในโครงสร้างของโปรตีนเรียกว่า ไกลโคซิลเลชั่น เป็นกระบวนการปรับเปลี่ยนโครงสร้างโปรตีนอย่างถาวร ทางทางแพทย์จึงได้นำกระบวนการเกิดไกลโคซิลเลชั่นของฮีโมโกลบินเพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือดในระยะ 2-3 เดือนที่ผ่านมา และใช้ในการปรับระดับน้ำตาลระดับน้ำตาลในเลือดสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสื่อมของไตจากเบาหวานภาวะไตเสื่อมจากเบาหวานสามารถเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยเบาหวานทุกคนโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมานานกว่า 5 ปี ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และค่าอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 60 มิลลิลิตรต่อนาที สำหรับผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นเบาหวานมาเกินกว่า 5 ปี และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะเสื่อมของไตมีค่าอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 60 มิลลิลิตรต่อนาที คือ มีค่า estimate Glomerular Filtration Rate อยู่ระหว่าง 33-47 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีค่าอัตราการกรองของไตปกติคือ คือ มีค่า estimate Glomerular Filtration Rate อยู่ระหว่าง 99 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร</p>	
	<p>5. เสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าซ้ำ เนื่องจากสูญเสียการรับรู้สึกของเส้นประสาทส่วนปลายบริเวณเท้าทั้งสองข้างและขาดความรู้ในการดูแลเท้า</p>	
	<p>บทวิเคราะห์ ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้และพฤติกรรม การดูแลเท้าที่ดีจะช่วยป้องกันการเกิดแผลที่เท้าซึ่งจะลดการตัดเท้าได้ร้อยละ 85 การดำเนินการป้องกันการภาวะแทรกซ้อน ที่เท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควรให้ความสำคัญในเรื่องการส่งเสริมแนะนำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถดูแลตนเองได้ ทั้งเรื่องการตรวจเท้าอย่างสม่ำเสมอและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การดูแลเท้าผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดแผลได้แก่ การสำรวจเท้าถึงความผิดปกติ การทำความสะอาดเท้าโดยการเช็ดเท้าให้แห้งทุกครั้ง การทาโลชั่นเพื่อความชุ่มชื้นแก่ผิว การดูแลเล็บ การหนาตัวของผิวหนังที่เป็น สาเหตุของการเกิดแผล การสวมถุงเท้าเพื่อป้องกันการเสียดสี และการสวมรองเท้าที่เหมาะสม พยาบาลควรเพิ่มองค์ความรู้ เรื่องปัจจัย</p>	

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<p>ที่ส่งผลให้แผลที่เท้าหายช้าและภาวะแทรกซ้อนของเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน รวมทั้งนำองค์ความรู้มาประยุกต์เพื่อวางแผนติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานและสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานดูแลเท้าให้เหมาะสม เพื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานจะได้มีสุขภาพเท้าที่ดี สำหรับผู้ป่วยทั้ง 2 ราย หลังจากอธิบายให้เข้าใจเกี่ยวกับการดูแลเท้า ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถบอกการดูแลเท้าได้ถูกต้องมีความมั่นใจมากขึ้น</p>	
	<p>6. วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพตนเองหลังผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดนี้ไว้เท้าเมื่อกลับไปอยู่บ้าน</p> <p>บทวิเคราะห์ ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวานและโรคร่วม เช่น โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไตเสื่อม เป็นต้น เมื่อสอบถามสามารถตอบได้ถูกต้อง ทบทวนการปฏิบัติตัวได้ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วย ให้คำแนะนำญาติตระหนักถึงการดูแลผู้ป่วยที่มีการฟื้นฟูหายช้า และเตรียมพร้อมแหล่งสนับสนุนเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วย ทั้งขณะนอนโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีผู้ดูแล และได้เตรียมการจำหน่ายตั้งแต่แรก รับ ทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูเร็วแม้ในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย จะมีโรคประจำตัวร่วมด้วยก็ตาม</p>	

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาและเปรียบเทียบกรณีผู้ป่วยทั้ง 2 รายพบว่ามีความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลโดยเฉพาะเรื่องของอายุและเศรษฐกิจในรายที่ 1 จะมีความพร้อมกว่าผู้ป่วยรายที่ 2 แต่ด้วยการเกิดโรคเบาหวานนานกว่าและการรักษาระดับน้ำตาลไม่คงที่ก็ส่งผลให้แผลลุกลามเรื้อรังที่มีความต่างการเกิดโรคและสาเหตุของการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าด้วยลักษณะและตำแหน่งของแผล หากผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเอาใจใส่ในการเข้ารับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องแล้วผลดีขึ้นและหายดีและไม่เสียเวลา การให้ความรู้การดูแลรักษาแผลเบาหวานที่ดีที่สุดคือการป้องกันไม่ให้เกิดแผลหรือหากเกิดแผลขึ้นแล้วการดูแลรักษาจะมีความยุ่งยากซับซ้อนมากต้องอาศัยวิทยาการสมัยใหม่ในการดูแลผู้ป่วยหลายด้านแต่สิ่งหนึ่งที่ทำให้ผลดีโดยง่ายคือความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพโดยมีการดูแลแบบองค์รวมพยาบาลผู้ดูแลแผลผู้ป่วยเบาหวานควรมีเทคนิคการดูแลแผลแบบพิเศษมาใช้เพื่อช่วยควบคุมการติดเชื้อและส่งเสริมกระบวนการรักษาของแผลทำให้แผลหายเร็ว

สามารถลดวันนอนลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดการถูกตัดขา ลดอัตราการตายลดการเกิดแผลซ้ำ ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการผ่าตัดเท้าและมีโรคร่วม นำรูปแบบการบันทึกไปขยาย ต่อยอด ในการทำวิจัยศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการผ่าตัดเท้าและมีโรคร่วมที่มีผลต่อการฟื้นฟูในครั้งต่อไป ว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรือต้องรับการรักษา เช่นการเจ็บป่วยด้วยการผ่าตัดเท้าหรือนิ้วเท้าหลายครั้ง

เอกสารอ้างอิง

- ชลิตา อนุกุล. (2558). การดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีแผลที่เท้าโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี: ประสบการณ์ของ Enterostomal Therapist Nurse โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระบรมราชชนนี; 21(1):78-86.
- ปภาดา มหัทธนะประดิษฐ์. (2560). ความรู้ในการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานเขตพื้นที่อำเภอภูแก้ว จังหวัดอุดรธานี. ศรีนครินทร์เวชสาร. 31(1): 520-525.
- มนัสดา คำรินทร์. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม; 17 (1)(มกราคม - เมษายน): 139-148.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติ: การป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า (Clinical Practice Guideline: Prevention and management of Diabetic Foot Complications). กรุงเทพมหานคร: บริษัทนวิธรรมดากการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด.
- สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. นนทบุรี.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. พิมพ์ครั้งที่3. ปทุมธานี: รมเย็นมีเดีย.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข. (2558). แนวทางการตรวจคัดกรองและ ดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- American Diabetes Association. (2022). Standards of medical care in diabetes-2022. Diabetes Care 2022; Suppl 1: S11-63.
- International Diabetes Federation. (2023). Diabetes fact sheet. [cited 2024 December 1]. Available from: [http:// www.idf.org/webdata /docs/Background_info_AFR. pdf.](http://www.idf.org/webdata/docs/Background_info_AFR.pdf)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
หอผู้ป่วยพิเศษ 5 ศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย
“Nursing Care of Coronary Artery Disease Patient after Coronary Artery Bypass Graft
Surgery in Specialized Surgery Ward 5 Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital :
Two comparison case studies”

ภาวดี วงศ์พิพันธ์
Pawadee Wongpipan
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงพยาบาลต้องใช้ข้อเท็จจริงที่เฉพาะให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยจะป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

รูปแบบการศึกษา : เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) เปรียบเทียบกรณีศึกษา (case study) จำนวน 2 ราย รายที่ 1 เข้ารับการรักษาระหว่างวันที่ 11 กันยายน พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 23 กันยายน พ.ศ. 2566 รายที่ 2 เข้ารับการรักษาระหว่างวันที่ 5 ธันวาคม พ.ศ.2566 ถึงวันที่ 14 ธันวาคม พ.ศ.2566

ผลการศึกษา กรณีศึกษาที่ 1 ชายไทยอายุ 66 ปี เจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อย ขาบวม นอนราบไม่ได้ การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ 3 เส้น ได้รับการผ่าตัด ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ สรุปลักษณะการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย ผู้ป่วยชายไทย มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อย ขาบวม นอนราบไม่ได้ ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 3 เส้น หลังผ่าตัด อาการทั่วไปดีขึ้น หัวใจเต้นปกติ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ รวมเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล 12 วัน กรณีศึกษาที่ 2 ชายไทย อายุ 70 ปี เจ็บแน่นหน้าอกด้านซ้าย การวินิจฉัยหลอดเลือดหัวใจตีบ 3 เส้น ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ สรุปลักษณะการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย ผู้ป่วยชายไทยมีเจ็บแน่นหน้าอกด้านซ้าย ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 3 เส้น มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง หลังผ่าตัด อาการทั่วไปดีขึ้น หัวใจเต้นปกติ ภาวะปอดอักเสบดีขึ้น ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ รวมเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล 9 วัน

พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีประเด็นที่เหมือนกัน คือ อาการแสดง จำนวนเส้นเลือดที่ตีบ มีโรคร่วม แต่มีความแตกต่างกันในด้านอายุ การตั้ง setting เครื่องพุงการทำงานของหัวใจ การหยาเครื่องช่วยหายใจ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

สรุป : การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า พยาบาลเป็นผู้ที่มีความสำคัญ ต้องประเมินปัญหาผู้ป่วยได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกทั้งที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจวายและที่เกิดจากการใช้เครื่องพุงการทำงานของหัวใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและกลับบ้านได้เร็ว

คำสำคัญ : การพยาบาล, โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ, การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

Abstract

Patients with coronary artery disease after coronary artery bypass graft surgery are at high risk of death. Nurses must use specific knowledge appropriate to the patient's condition to prevent complications. The purpose of this study was to comparative study; nursing care for patients with coronary artery disease after coronary artery bypass graft surgery.

The study design: this is a descriptive study comparing 2 case studies. Case study 1 received treatment between 11 September 2023 and 23 September 2023. Case study 2 received treatment between 5 December 2023 and 14 December 2023.

The study Results: Case study 1: Thai man, 66 years old, with chest pain, fatigue, swollen legs, unable to lie down, diagnosed with 3 coronary artery disease, received surgery. Perform coronary artery bypass Summary of medical treatment symptoms from admission until discharge Thai man patient Had chest pain, tiredness, swollen legs, unable to lie down. Had 3 coronary artery bypass surgery. After surgery, general symptoms improved, had normal heartbeat, had controlled blood sugar levels. Total time spent in hospital: 12 days. Case study 2: Thai man, 70 years old, with chest pain on the left side. Diagnosed with 3 coronary artery stenosis, coronary artery bypass surgery was performed. Summary of medical treatment symptoms from admission until discharge A Thai male patient has chest pain on the left side. Had 4 coronary artery bypass surgery. Had high blood sugar levels. After surgery, general symptoms improved, had normal heartbeat, pneumonia condition improved and had controlled blood sugar levels Total time spent in hospital: 9 days.

It was found that both patients had the same issues, namely symptoms, number of narrowed arteries, and co-morbidities, but there were differences in age, and setting of heart support devices. Weaning off the ventilator, blood sugar control, and preparation before discharge.

Conclusion: This study shows that Nurses are important people. Patient problems must be able to be assessed at an early stage, both those causing the heart attack and those resulting from the use of a heart support device. It will help the patient be safe and return home quickly.

Keywords : Nursing Care, Coronary artery disease, Coronary Artery Bypass Graft Surgery

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular disease) เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุด และเป็นปัญหาสำคัญของภาวะสุขภาพทั่วโลก องค์การอนามัยโลก พบผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจจำนวน 7.2 ล้านคน หรือคิดเป็น 12.2% ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้เพิ่มเป็น 23 ล้านคนต่อปี (World Health Organization, 2015) และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของคนไทยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกกลุ่มวัย สาเหตุเกิดจากหลอดเลือดไปเลี้ยงที่หัวใจตีบตัน ขาดความยืดหยุ่น เนื่องจากการสะสมของไขมัน โปรตีน ที่บริเวณผนังด้านในของหลอดเลือด ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ คือ อายุ เพศ ประวัติครอบครัว ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด

ภาวะอ้วน โดยโรคนี้มักเป็นโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ความเสี่ยงจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีความเครียดหรือไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย การรักษาของแพทย์ (Department of Disease Control Ministry of Public Health, 2022)

อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อจำแนกตามอายุและเพศแล้ว พบว่า ในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยพบในช่วงอายุ 60-79 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 19.7 เพศหญิง ร้อยละ 12.6 และช่วงอายุ มากกว่า 80 ปี พบเป็น เพศชายร้อยละ 31.1 เพศหญิง ร้อยละ 25.4 (American Heart Association, 2019) โรคนี้เกิดจากการมีลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดหัวใจอย่างเฉียบพลัน ซึ่งลิ้มเลือดเหล่านี้เกิดจากการที่ร่างกายมีภาวะไขมันมากเกินไปจนพอกเป็นตะกรัน

(plaque) เกาะอยู่ตามผนังของหลอดเลือด เมื่อรวมเข้ากับเซลล์เม็ดเลือดขาวที่มากัดกินก็ทำให้เกิดเป็นกลุ่มเซลล์ที่ไม่สามารถดูดกลับเข้าไปในร่างกายได้ แต่กลับฝังตัวอยู่ในผนังหลอดเลือดแทน เมื่อเวลาผ่านไป ตะกรันนี้จะแตกตัวหรือปริออก หลอดเลือดจะพยายามซ่อมแซมตัวเองจนเกิดลิ้มเลือดไปอุดกั้นหลอดเลือด ถ้าเป็นการแตกตัวของหลอดเลือดแขนงเล็ก ผู้ป่วยจะมีเพียงอาการเจ็บหน้าอก แต่ถ้าลิ้มเลือดนี้อุดตันหลอดเลือดขนาดใหญ่ก็อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ การรักษาหลอดเลือดหัวใจตีบตันมีหลายวิธี ได้แก่ การรักษาด้วยยา การถ่างขยายหลอดเลือดแดงโดยใส่สายสวน และการผ่าตัดหัวใจ โดยเน้นวิธีให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจโดยเร็วที่สุด (Roffi M, et al. 2015)

สำหรับโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary Artery Disease: CAD) เป็นโรคเรื้อรังซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ ปัจจุบันพบว่าอัตราการป่วยและอัตราการตายมีแนวโน้มสูงขึ้น จากสถิติของโรงพยาบาลพบว่า จำนวนผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ปี 2564 - 2566 จำนวน 2,767 ราย 2,745 ราย และ 3,439 ราย ตามลำดับ และเข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ปี 2564 - 2566 จำนวน 6 ราย 12 ราย และ 24 ราย ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นทุกปี

ผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass graft: CABG) เป็นวิธีการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นการทำให้มีหลอดเลือด นำเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ใหม่ (myocardial revascularization) โดยการนำหลอดเลือดมาทำเป็นทางเชื่อม ระหว่างหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ตากับหลอดเลือดส่วนล่างของบริเวณที่ตีบตัน จึงสามารถลดอัตราการเสียชีวิตที่ทันใจได้ เพิ่มอัตราการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตในระยะยาว (Claes J, et al., 2017) ซึ่งการผ่าตัดมีความยุ่งยากซับซ้อนและอาจเกิดภาวะวิกฤตถึงแก่ชีวิตได้ทุกขั้นตอนของการผ่าตัดทีมผ่าตัดต้องมีความชำนาญและประสบการณ์เฉพาะทางด้านหัวใจ

เป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะนำไปสู่ผลการผ่าตัดรักษาที่ประสบผลสำเร็จ เป็นวิธีการผ่าตัดที่มีประโยชน์มาก ส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้เร็ว ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจในการรักษาพยาบาล

ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีโอกาสเกิดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ทุกขณะ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด (Martin & Turkelson, 2006) ได้แก่ 1) ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง (Low Cardiac Output) 2) ภาวะหัวใจถูกกด (Cardiac Tamponade) 3) ภาวะหัวใจวาย (Congestive Heart Failure) 4) ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ (Arrhythmias) เป็นต้น พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ พยาธิสรีรวิทยาและการรักษาด้วยวิธีต่างๆ เพื่อรวบรวมข้อมูลวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยในแต่ละรายตามมาตรฐานการพยาบาล ตั้งแต่การเตรียมก่อนผ่าตัด การพยาบาลในขณะที่ผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตลอดจนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ซึ่งพยาบาลต้องวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนการดูแล 11 แบบแผนของ Gordon ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ตามมาตรฐานการพยาบาล

ดังนั้นผู้ศึกษาเห็นความสำคัญของการพยาบาล โดยพยาบาลต้องมีการประเมิน วางแผน วินิจฉัย ปฏิบัติการพยาบาล และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาล ตามมาตรฐานและได้รับการฟื้นฟูสภาวะสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วย มีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น ลดความพิการ ลดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมให้หายจากการเจ็บป่วยเร็วขึ้น พึงพาผู้อื่นน้อยลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

วิธีการศึกษา มีขั้นตอน ดังนี้

1. เลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่เข้ามาได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษ 5 ศัลยกรรม จำนวน 2 ราย
2. รวบรวมข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา และการประเมินสภาพ
3. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ห้องผ่าตัด และแผนการรักษาของแพทย์
4. ศึกษาค้นคว้าเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ปรึกษาพยาบาลผู้ชำนาญเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ รวมถึงขอคำปรึกษาชี้แนะจากอายุรแพทย์โรคหัวใจและศัลยแพทย์ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย
5. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ นำมาวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยมุ่งเน้นการดูแลครอบคลุมองค์รวม 4 มิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
6. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล ที่วางไว้ และประเมินผลการพยาบาล
7. สรุปผลการพยาบาล และให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว
8. นำข้อมูลที่ได้มาเรียบเรียง เพื่อจัดทำรายงานการดูแลผู้ป่วย
9. เผยแพร่ผลงานวิชาการ

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้รับการอนุมัติรับรองยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เลขที่โครงการวิจัย : 008/2567 วันที่รับรอง : 17 มกราคม 2567

ขอบเขตการศึกษา

รูปแบบการศึกษา : เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) เปรียบเทียบกรณีศึกษา (case study) จำนวน 2 ราย รายที่ 1 เข้ารับการรักษาระหว่างวันที่ 11 กันยายน พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 23 กันยายน

พ.ศ. 2566 รายที่ 2 เข้ารับการรักษาระหว่างวันที่ 5 ธันวาคม พ.ศ.2566 ถึงวันที่ 14 ธันวาคม พ.ศ.2566

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นชายไทยคู่อายุ 66 ปี อยู่โรงพยาบาลระหว่างวันที่ 11 กันยายน พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 23 กันยายน พ.ศ. 2566 ประวัติการเจ็บป่วย 9 เดือนที่แล้ว มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ปวดแน่นหน้าอกกร้าวไปบริเวณคอ ญาตินำส่ง รพ.ท่าศาลา ส่งตัวต่อโรงพยาบาลค่ายชิวราษฎร์ ได้รับการรักษาโดยการฉีดสีสวนหัวใจ ผลเป็น Triple Vessel Disease แพทย์โรงพยาบาลค่ายชิวราษฎร์ ส่งต่อโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พบแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อรักษาโดยการผ่าตัด CABG

อาการสำคัญ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล หายใจเหนื่อย เจ็บแน่นหน้าอก โรคประจำตัว เป็นโรคหัวใจมานาน 5 ปี ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและเบาหวานมานาน 8 ปี รักษาไม่ต่อเนื่อง ชอบอาหารหวาน ควบคุมอาหารไม่ได้ เป็นผู้ปรุงอาหารเอง ไม่ชอบออกกำลังกาย ตรวจร่างกาย รู้สึกตัวดี ไม่เจ็บหน้าอก เสียงการเต้นของหัวใจชัดเจน สม่่าเสมอไม่ได้ยินเสียง murmur การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ 3 เส้น ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ สรุปอาการการรักษาพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย ผู้ป่วยชายไทยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเหนื่อย ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 3 เส้น หลังผ่าตัด อาการทั่วไปดีขึ้น หัวใจเต้นปกติ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ รวมเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล 12 วัน

ผู้ป่วยรายที่ 2 ชายไทยคู่ อายุ 70 ปี เข้ารับการรักษาระหว่างวันที่ 5 ธันวาคม พ.ศ.2566 ถึงวันที่ 14 ธันวาคม พ.ศ.2566 1 ปีที่แล้ว มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเหนื่อยตอนทำงาน เป็นๆหายๆ ไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน ทำ Echocardiogram ผล TVD With LM Stenosis แพทย์นัดมาทำผ่าตัด CABG

อาการสำคัญ คือผู้ป่วยมาตามแพทย์นัด เพื่อทำผ่าตัด มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกด้านซ้าย หายใจเหนื่อยเล็กน้อย มีโรคประจำตัว เป็นโรคหัวใจมานาน 5 ปี ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและเบาหวานมานาน 7 ปี

รับการรักษาต่อเนื่อง ตีมีสุราทุกวัน วันละ 2 ถึง 3 แก้ว
สูบบุหรี่ 10 มวนต่อวัน นาน 30 ปี ไม่ชอบออกกำลังกาย
การตรวจร่างกาย รู้สึกตัวดี ไม่เหนื่อยไม่เจ็บหน้าอก เสียง
การเต้นของหัวใจชัดเจน สม่่าเสมอไม่ได้ยินเสียง murmur
ปอดมี crepitation sound แขน ขา 2 ข้างออกแรงยก
ได้ปกติ การวินิจฉัยหลอดเลือดหัวใจตีบ 3 เส้น ได้รับการ
ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ฝักรูปอาการการรักษา
พยาบาลตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย ผู้ป่วยชายไทยมีเจ็บ

แน่นหน้าอกด้านซ้าย ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
3 เส้น มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง หลังผ่าตัด อาการทั่วไป
ดีขึ้น หัวใจเต้นปกติ ภาวะปอดอักเสบดีขึ้น ควบคุมระดับ
น้ำตาลในเลือดได้ รวมเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล 9 วัน

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาจากกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย
เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลความเจ็บป่วยทั้ง 2 กรณี ดังตาราง

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	66 ปี	70 ปี
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	มาตามแพทย์นัด เพื่อทำผ่าตัด มีอาการเจ็บ แน่นหน้าอกด้านซ้าย หายใจเหนื่อยเล็กน้อย	มาตามแพทย์นัด เพื่อทำผ่าตัด มีอาการเจ็บ แน่นหน้าอกด้านซ้าย หายใจเหนื่อยเล็กน้อย
ประวัติการเจ็บป่วย ปัจจุบัน/ในครอบครัว	9 เดือนที่แล้ว ขณะนอนหลับ ตื่นเข้าห้องน้ำ มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ญาตินำส่ง รพ.Diagnosis Congestive Heart failure ได้รับการรักษาจนอาการทุเลากลับบ้านได้ยา ไปรับประทาน 6 เดือนต่อมา ปวดแน่นหน้าอก ร้าวไปบริเวณคอ หายใจเหนื่อย ญาตินำ ส่ง รพ.ท่าศาลา ส่งตัวต่อรพ. ค่ายวชิราวุธ ได้รับการรักษาโดยการฉีดยาสีสวนหัวใจ ผลเป็น Triple Vessel Disease ส่งต่อ รพ.มหาสาร นครศรีธรรมราช แพทย์นัดมาทำผ่าตัด CABG วันที่ 13 ก.ย. 2566	1 ปีที่แล้ว มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อย ตอนทำงาน เป็นๆหายๆ ไปรักษา ที่โรงพยาบาลเอกชน ทำ Echocardiogram ผล TVD With LM Stenosis แพทย์นัดมาทำ ผ่าตัด CABG วันที่ 5 ธ.ค. 2566
ประวัติการเจ็บป่วยใน อดีต/ในครอบครัว	เป็นโรคหัวใจล้มเหลวมา 1 ปี รักษาโดย ตลอด มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และไขมันใน เลือดสูง แต่ไม่รักษา	เป็นโรคหัวใจมานาน 5 ปี ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและเบาหวานมานาน 7 ปี รับ การรักษาต่อเนื่อง
ประวัติแพ้ยาแพ้อาหาร	ปฏิเสธการแพ้ยาแพ้อาหาร	ปฏิเสธการแพ้ยาแพ้อาหาร
ประวัติการใช้สารเสพติด	สูบบุหรี่วันละ 15 มวน ติดต่อกัน ทุกวันมา 30 ปี ไม่ดื่มสุรา	ดื่มสุราทุกวันวันละ 2 ถึง 3 แก้ว สูบบุหรี่ 10 มวนต่อวัน นาน 30 ปี
การวินิจฉัยโรค	Triple vessel disease	Triple Vessel Disease

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามแนวคิดแบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	วิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพเจ็บป่วย กลัวการทำหัตถการฉีดยาและสวนหัวใจ มีประวัติการตรวจร่างกายและรับทราบมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และไขมันในเลือดสูง แต่ไม่รักษา เนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติมี สีหน้ากังวล และซักถามเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นและการรักษาที่จะได้รับ	วิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพเจ็บป่วยกลัวการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	ไม่ได้คุมอาหาร ชอบอาหารหวานมัน รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ต้มกาแฟสำเร็จรูปวันละ 3 ซอง ก่อนออกไปตัดยางกลางคืน, รุ่งเช้าและเที่ยง สับบุหรี่ปันละ 15 มวน ติดต่อกันทุกวันมา 30 ปี ไม่ดื่มสุรา	ไม่ได้คุมอาหาร ชอบรับประทานอาหารหวานมัน รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ต้มสุรารูทุกวันวันละ 2 ถึง 3 แก้ว สับบุหรี่ปันละ 10 มวน ต่อวัน เป็นเวลานานกว่า 30 ปี
3. การขับถ่ายอุจจาระ, ปัสสาวะ	ขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะได้ปกติ	ขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะได้ปกติ
4. กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	อาชีพทำสวนยาง ไม่ได้ออกกำลังกาย	ไม่ชอบออกกำลังกาย
5. การพักผ่อนนอนหลับ	ปกติเข้านอนเวลา 20.00 น ตื่นนอนเวลา 05.00 น. ขณะอยู่โรงพยาบาลบ่นนอนไม่หลับจากมีความวิตกกังวลและสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย	พักผ่อนได้ปกติ กลางคืนนอนประมาณสี่ทุ่ม ตื่นประมาณหกโมงเช้า ขณะอยู่โรงพยาบาลบ่นนอนไม่หลับจากมีความวิตกกังวลและสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย
6. สถิติปัญญาและการรับรู้	มีการรับรู้ที่ดี เข้าใจในการสื่อสาร	มีการรับรู้ที่ดี เข้าใจในการสื่อสาร
7. การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์	มีสีหน้ากังวลและซักถามเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นและการรักษา	มีสีหน้ากังวลและซักถามเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นและการรักษา
8. บทบาทและสัมพันธภาพ	เป็นหัวหน้าครอบครัวมีบุตร 3 คน ครอบครัวรักใคร่กันดี บุตรคนที่ 1 และบุตรคนที่ 2 แต่งงานแยกครอบครัวไปอยู่ต่างจังหวัด ผู้ป่วยอยู่กับบุตรคนที่ 3	เป็นหัวหน้าครอบครัวมีบุตร 1 คน ครอบครัวรักใคร่กันดี บุตรแต่งงานแยกครอบครัวไปอยู่ต่างจังหวัด ผู้ป่วยอยู่กับภรรยา
9. เพศและการเจริญพันธุ์	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา
10. การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด	เวลาที่มีความเครียดปรับตัวโดยการพูดคุยกับภรรยาและบุตรสาวคนที่ 3 ซึ่งพักอยู่บ้านเดียวกัน	เวลาที่มีความเครียดปรับตัวโดยการพูดคุยกับภรรยา ซึ่งพักอยู่บ้านเดียวกัน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
11. ความเชื่อและค่านิยม	มีความเชื่อวิถีพุทธ	มีความเชื่อวิถีพุทธ

ตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบ: ปัญหาทางการพยาบาลข้อวินิจฉัย และแผนการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
ระยะวิกฤต	ระยะวิกฤต	ระยะวิกฤต
<p>1) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลงจากการหยุดหัวใจขณะผ่าตัด</p> <p>2) มีโอกาสเกิดเลือดออกมากจากช่องทรวงอก เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาป้องกัน การแข็งตัวของเลือดขณะผ่าตัด</p> <p>3) มีโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจถูกบีบอัด เนื่องจากเยื่อหุ้มหัวใจมีความ ยืดหยุ่นลดลง</p> <p>4) มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เนื่องจากมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย</p> <p>5) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง</p>	<p>1) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลงจากการหยุดหัวใจขณะผ่าตัด</p> <p>2) มีโอกาสเกิดเลือดออกมากจากช่องทรวงอก เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาป้องกัน การแข็งตัวของเลือดขณะผ่าตัด</p> <p>3) มีโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจถูกบีบอัด เนื่องจากเยื่อหุ้มหัวใจมีความ ยืดหยุ่นลดลง</p> <p>4) มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เนื่องจากมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย</p> <p>5) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง</p>	<p>- ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะหัวใจวายร่วมกับภาวะปอดอักเสบ ทำให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง ต้องใส่เครื่องพองการทำงานของหัวใจ มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำและสูงง่ายจึงต้องเฝ้าระวัง และสังเกตอาการใกล้ชิด</p> <p>- ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะหัวใจวายหายใจหอบเหนื่อยร่วมกับมีภาวะปอดอักเสบ มี และมี pulmonary congestion หย่าเครื่องช่วยหายใจได้ยากเนื่องจากมีประวัติสูบบุหรี่เป็นเวลานานติดต่อกัน</p> <p>- ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลไม่แตกต่างกันแต่ข้อมูลสนับสนุนของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างกันซึ่งพยาบาลจะต้องค้นหาได้แก่ การตีบของหลอดเลือดหัวใจ อาการหอบเหนื่อย ความผิดปกติ ของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น</p>
ระยะต่อเนื่อง	ระยะต่อเนื่อง	ระยะต่อเนื่อง
<p>6) ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดแผลผ่าตัด</p> <p>7) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด</p>	<p>6) ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดแผลผ่าตัด</p> <p>7) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด</p>	<p>- ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีข้อวินิจฉัยและแผนการพยาบาลไม่ต่างกันประเด็นสำคัญของการพยาบาลระยะนี้จะเป็นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจาก</p>

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
8) พร่องกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อย	8) พร่องกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อย	การรักษาเช่น การเกิดภาวะติดเชือบริเวณแผลผ่าตัด ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด และพร่องกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อย
ระยะจำหน่าย	ระยะจำหน่าย	ระยะจำหน่าย
9) วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพตนเองหลังผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเมื่อ กลับไปอยู่บ้าน	9) วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพตนเองหลังผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเมื่อ กลับไปอยู่บ้าน	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยรายที่ 1 มีปัจจัยเสี่ยงคือ มีกิจกรรมทางกายน้อย ชอบอาหารรสหวาน ควบคุมอาหารไม่ได้ เป็นผู้ปรุงอาหารเอง ไม่มีผู้ดูแลเฉพาะ มีการรับรู้น้อยต้องให้คำแนะนำหลายครั้งอีกทั้งบุตรสาวที่จะดูแลต่อเนื่องมาเยี่ยมไม่สม่ำเสมอ - ผู้ป่วยรายที่ 2 มีปัจจัยเสี่ยง คือ ต้มสุรา มีกิจกรรมทางกายน้อย ชอบอาหารมันและรสเค็ม แต่ดูแลตนเองได้ดีแม้จะเป็นผู้สูงอายুর่วมกับมีผู้ดูแลเฉพาะ - ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายตามรูปแบบ METHOD ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1) ความรู้เกี่ยวกับยาที่ได้รับ 2) แนะนำให้รู้จักแหล่งช่วยเหลือในชุมชน 3) แนะนำครอบครัวประเมินอาการเบื้องต้น เช่น หายใจหอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก ใจสั่น ให้รีบมาพบแพทย์ การดูแลบาดแผลและแผลขาที่เลาะเส้นเลือดไปใช้ การคล่าชีจรด้วยตนเอง 4) กรณีเกิดเหตุฉุกเฉินให้ไปรับการรักษาที่สถานีนอนามัย และสอนการช่วยฟื้นคืนชีพแก่ญาติ 5) เน้นควบคุมเบาหวาน ลดอาหารไขมันสูงและรสเค็ม งดดื่มสุรา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
		ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเดินต่อเนื่องไม่เกิน 30 นาทีหากรู้สึกเหนื่อยให้หยุดพัก เป็นต้น ในผู้ป่วยรายที่ 1 ให้คำแนะนำเพิ่มเรื่อง ควรมีผู้ดูแลเฉพาะ ผู้ดูแลควรเป็นผู้ปรุงอาหารที่ไม่หวาน และนำแผ่นพับให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลไปทบทวนที่บ้านเพื่อให้มั่นใจในการดูแล ซึ่งพยาบาลต้องโน้มน้าวใจ กระตุ้นแนะนำแนวทางเพื่อส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ และวางแผนจำหน่ายโดยยึดการให้คำแนะนำและปรับพฤติกรรม เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบกรณีศึกษาตามรายประเด็นศึกษา

ประเด็น	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
ระยะวิกฤต 1. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	ชายไทยคู่อายุ 66 ปี โรคประจำตัว เป็นโรคหัวใจมานาน 5 ปี ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูงและเบาหวานมานาน 8 ปี รักษาไม่ต่อเนื่อง ชอบอาหารหวาน ควบคุมอาหารไม่ได้ เป็นผู้ปรุงอาหารเอง ไม่ชอบออกกำลังกาย	ชายไทยคู่ อายุ 70 ปี โรคประจำตัว เป็นโรคหัวใจมานาน 5 ปี ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูงและเบาหวานมานาน 7 ปี รับการรักษาต่อเนื่อง ดื่มน้ำสุราทุกวัน วันละ 2 ถึง 3 แก้ว สูบบุหรี่ 10 มวนต่อวัน นาน 30 ปี ไม่ชอบออกกำลังกาย	- ผู้ป่วยรายที่ 1 รับประทานอาหารหวานเป็นประจำ ซึ่งเป็นสาเหตุนำมาสู่โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตั้งแต่อายุยังน้อย การรับประทานอาหารเป็นสิ่งแวดล้อมในครอบครัว ดังนั้นต้องแนะนำครอบครัวและผู้ป่วยเรื่องลดอาหารหวาน เช่น ขนมหวาน ทุเรียน ปรุงอาหารไม่ควรเติมน้ำตาล เป็นต้น การออกกำลังกายโดยการเดินทำงานบ้าน หากรู้สึกเหนื่อยให้หยุด และเป็นโรคหัวใจตั้งแต่อายุยังน้อยเป็นผลมาจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารหวานมาก มีกิจกรรมทางกายน้อย จึงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Claes J, et al., 2017) พยาบาลควรเน้นการรับประทานอาหารที่ไม่หวานจัดทั้งครอบครัวเนื่องจากส่วนใหญ่ครอบครัวจะรับประทานอาหารเหมือนกัน

ประเด็น	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
			<p>- ผู้ป่วยรายที่ 2 ต้มสุราและสูบบุหรี่มานานเนื่องจากสารนิโคติน มีผลโดยตรงทำให้หลอดเลือดหดเกร็ง และชอบรับประทานอาหารรสหวานและไขมันสูง ทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึง 2 ถึง 3 เท่า พยาบาลต้องเน้นการดูแลสุขภาพตั้งแต่อายุน้อย ควรให้เลิกดื่มสุรา ลดอาหารทะเล อาหารหมักดอง อาหารหวานหรือเค็มจัด แนะนำให้ออกกำลังกายโดยการเดินซึ่งไม่ควรเกิน 30 นาทีหรือรู้สึกเหนื่อยให้หยุด</p> <p>ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างกันเรื่อง อายุ ซึ่งผู้ป่วยที่อายุมาก มีการลดลงของคอลลาเจนในหัวใจทำให้หัวใจมีความยืดหยุ่นและการบีบตัวลดลง มีผลให้ปริมาณเลือดที่บีบออกจากหัวใจน้อยลง</p>
<p>2.พยาธิสภาพอาการ และอาการแสดง</p>	<p>เจ็บแน่นหน้าอก หายใจเหนื่อย ขาบวมนอนราบไม่ได้ พบ ST depress Lead II, III, AVF EF ร้อยละ 35.37 ผล CAG หลอดเลือดหัวใจตีบ 3 เส้น มีหัวใจโต CHF และpulmonary congestion</p>	<p>เจ็บแน่นหน้าอกด้านซ้าย หายใจหอบเหนื่อย พบ ST depress, V3-V6 EF ร้อยละ 42.27 ผล CAG หลอดเลือดหัวใจตีบ 4 เส้น มีหัวใจโต CHF และpulmonary congestion</p>	<p>- ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีพยาธิสภาพและอาการแสดงที่ไม่แตกต่างกัน มีโอกาสเกิดการเสียชีวิตได้สูงเนื่องจากหลอดเลือดเส้นซ้ายอุดตันส่งผลให้เลือดด้านข้างซ้ายและด้านหลังน้อยลง มีอาการเจ็บหน้าอกและคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ มีภาวะ CHF และ pulmonary congestion ค่าการบีบตัวหัวใจต่ำกว่า ร้อยละ 50 ทำให้เกิดหัวใจวายต้องใส่เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจ และอยู่ในความดูแลของแพทย์และพยาบาลตลอดเวลาพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ประเมินอาการเจ็บแน่นหน้าอก และให้การดูแลที่เหมาะสม ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนด้านหน้า</p>

ประเด็น	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
3. การรักษา	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการผ่าตัด CABG จำนวน 3 เส้น - ใช้เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจ - ได้รับการประเมินภาวะเสียเลือด - ใช้เครื่องช่วยหายใจ - ได้ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด - ได้รับความเสี่ยงและส่วนประกอบของเลือด - ได้รับยาต้านจุลชีพเพื่อรักษาภาวะปอดอักเสบ 	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการผ่าตัด CABG จำนวน 3 เส้น - ใช้เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจ - ได้รับการประเมินภาวะเสียเลือด - ใช้เครื่องช่วยหายใจ - ได้ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด - ได้รับความเสี่ยงและส่วนประกอบของเลือด 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการผ่าตัด CABG จำนวน 3 เส้น มีภาวะหัวใจวายหลังผ่าตัด ใช้เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจตั้ง augmentation 100 percent frequency ratio 1:1 ต่อมาหัวใจบีบตัวดีขึ้น ปรับลด frequency ratio เป็น 1:2 และ 1:3 จากนั้นลด augmentation ถึงร้อยละ 50 และ off เครื่องได้ใน 1 วัน มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหลังได้ยาอาการดีขึ้น มี pulmonary congestion ได้ยาต้านจุลชีพ ฟันฟูสภาพปอดหายใจดีขึ้นใส่ท่อช่วยหายใจ 3 วัน มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงใช้เวลา 2 วัน จึงควบคุมระดับน้ำตาลได้ - ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการผ่าตัด CABG จำนวน 3 เส้น มีภาวะหัวใจวาย หลังผ่าตัดใช้เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจตั้ง augmentation 100 percent frequency ratio 1:1 มีความดันโลหิตต่ำลดปรับเครื่องได้เข้าร่วมกับมีภาวะ หัวใจเต้นผิดจังหวะหลังได้ยารักษาอาการดีขึ้น หัวใจเต้นเป็นปกติใน 2 วัน ถอดเครื่องพยุงการทำงานของหัวใจได้ใน 2 วัน เอาท่อช่วยหายใจออกได้ใน 1 วัน มีระดับน้ำตาลในเลือดแปรปรวน ได้ยาควบคุม 3 วัน จึงควบคุมระดับน้ำตาลได้
4. ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	<p>การพยาบาลระยะวิกฤต</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง 2. มีอาการเจ็บหน้าอก 3. เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ 4. มีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจถูกบีบอัด 	<p>การพยาบาลระยะวิกฤต</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง 2. เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ 3. มีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจถูกบีบอัด 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะหัวใจวาย หายใจหอบเหนื่อยร่วมกับมีภาวะปอดอักเสบ มี และมีภาวะ pulmonary congestion หย่าเครื่องช่วยหายใจได้ยาก เนื่องจากมีประวัติสูบบุหรี่เป็นเวลานานติดต่อกัน - ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะหัวใจวาย ร่วมกับภาวะปอดอักเสบ ทำให้ปริมาณ

ประเด็น	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
	<p>5. ระดับน้ำตาลในเลือดแปรปรวน</p> <p>6. ปวดแผลผ่าตัดและแผลที่เลาะเส้นเลือดไปใช้</p> <p>7. มีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์</p> <p>8. มีโอกาสเลือดออกง่ายหยุดยาก</p> <p>9. มีโอกาสเกิดภาวะขาดเลือดที่แขนขา</p> <p>10. วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้</p>	<p>4. ระดับน้ำตาลในเลือดแปรปรวน</p> <p>5. ปวดแผลผ่าตัดและแผลที่เลาะเส้นเลือดไปใช้</p> <p>6. มีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์</p> <p>7. มีโอกาสเลือดออกง่ายหยุดยาก</p> <p>8. มีโอกาสเกิดภาวะขาดเลือดที่แขนขา</p> <p>8. กลัวเจ็บและเสียชีวิตในห้องผ่าตัด</p>	<p>เลือดออกจากหัวใจต่อหน้าที่ลดลง ต้องใส่เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจ มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำและสูงง่าย จึงต้องเฝ้าระวัง และสังเกตอาการใกล้ชิด โดยที่รายที่ 2 มีพยาธิสภาพของปอดดีกว่า สามารถหายาเครื่องช่วยหายใจได้เร็วกว่าผู้ป่วยรายที่ 1</p> <p>- ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลไม่แตกต่างกัน แต่ข้อมูลสนับสนุนของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างกันซึ่งพยาบาลจะต้องค้นหาได้แก่ อาการผิดปกติ ของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ รวมทั้ง การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเรื่องการออกกำลังกาย การดูแลบาดแผลผ่าตัดและแผลขาข้างที่เลาะเส้นเลือดไปใช้ การสังเกตอาการหน้ามืดใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก บาดแผลมีหนองให้มาพบแพทย์ เป็นต้น</p>
<p>ระยะฟื้นฟู</p> <p>5. การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง</p>	<p>การพยาบาลระยะฟื้นฟู</p> <p>1. พร้อมความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน</p> <p>2. กังวลอาการหลังผ่าตัด</p>	<p>การพยาบาลระยะฟื้นฟู</p> <p>1. พร้อมความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน</p> <p>2. กังวลอาการหลังผ่าตัด</p>	<p>ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายตามรูปแบบ METHOD (Claes J, et al., 2017) ดังนี้</p> <p>1) ความรู้เกี่ยวกับยาที่ได้รับ 2) แนะนำให้รู้จักแหล่งช่วยเหลือในชุมชน 3) แนะนำครอบครัวประเมินอาการเบื้องต้น 4) กรณีเกิดเหตุฉุกเฉินให้ไปรับการรักษาที่สถานีนามัย และสอนการช่วยฟื้นคืนชีพแก่ญาติ 5) เน้นควบคุมเบาหวาน ลดอาหารไขมันสูงและรสเค็ม งดดื่มสุรา ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ในผู้ป่วยรายที่ 2 ให้คำแนะนำเพิ่มเรื่อง การปรุงอาหารที่ไม่หวาน มันและเค็ม และนำแผ่นพับให้</p>

ประเด็น	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
			ผู้ป่วยและผู้ดูแลไปพบแพทย์ที่บ้าน เพื่อให้มั่นใจในการดูแล ซึ่งพยาบาลต้องโน้มน้าว จูงใจ กระตุ้นแนะนำแนวทางเพื่อส่งเสริมให้เกิดการรับรู้และวางแผนจำหน่ายโดยยึดการให้คำแนะนำและปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

อภิปรายผล

ผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เป็นวิธีการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีประสิทธิภาพ จึงสามารถลดอัตราการเสียชีวิตทันทีทันใดได้ เพิ่มอัตราการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตในระยะยาว ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีโอกาสเกิดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ทุกขณะ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด (Martin & Turkelson, 2006) ได้แก่ 1) ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง (Low Cardiac Output) 2) ภาวะหัวใจฉุกกุด (Cardiac Tamponade) 3) ภาวะหัวใจวาย (Congestive Heart Failure) 4) ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ (Arrhythmias) เป็นต้น พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ พยาธิสรีรวิทยาและการรักษาด้วยวิธีต่างๆ เพื่อรวบรวมข้อมูลวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยในแต่ละรายตามมาตรฐานการพยาบาล ตั้งแต่การเตรียมก่อนผ่าตัด การพยาบาลในขณะที่ผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตลอดจนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเน้นให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและให้ครอบครัวมีส่วนร่วม

สรุป

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะหัวใจวายและใส่เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจ พยาบาลต้องค้นหา

ปัญหาให้ครอบคลุมในปัญหาที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะหัวใจวายและปัญหาจากการใช้เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจ หากพยาบาลให้การดูแล เผื่อระวังอาการอย่างใกล้ชิด รวมถึงถึงรายงานอาการอย่างรวดเร็วและให้การรักษาอย่างเหมาะสมก็ไม่จำเป็นต้องตั้ง setting เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจในระดับที่สูงกับผู้ป่วยทุกราย และให้ความสำคัญเรื่อง ภาวะขาดเลือดที่แขนขา (limb ischemia) ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ และประสบการณ์ในการใช้เครื่องเป็นอย่างดี จึงทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเน้นให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและให้ครอบครัวมีส่วนร่วม

ข้อเสนอแนะ

- 1) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ความสามารถในการวินิจฉัยปัญหาและวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม สามารถสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะวิกฤตได้อย่างรวดเร็ว
- 2) พยาบาลจะต้องมีบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เพื่อควบคุมอาการของโรค ป้องกันการกลับเป็นซ้ำและการเกิดภาวะแทรกซ้อน
- 3) ควรจัดให้มีการสอนสุขศึกษาแก่ผู้ป่วย และมีคู่มือการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านและติดตามการรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

- โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. (2566). รายงานสถิติประจำปี 2564-2566. นครศรีธรรมราช : โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช.
- American Heart Association. (2019). AHA statistical update: heart disease and stroke statistics, 2019 Update: A report from the American Heart Association. Retrieved November 25, 2023. from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161>
- Claes J, Buys R, Budts W, et al. (2017). Longer-term effects of home-based exercise interventions on exercise capacity and physical activity in coronary artery disease patients: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Preventive Cardiology*; 24(3): 244-56. doi: 10.1177/2047487316675823.
- Department of Disease Control Ministry of Public Health. (2022). Department of Disease Control joined the campaign for World Heart Day on 29 September 2022. Retrieved November 25, 2023. From <https://www.hfocus.org/content/2022/09/26061>. (In Thai)
- Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F, et al. (2015). ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J* 2016; 37: 267-315.
- World Health Organization. (2015). Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva: WHO.
- Office of Policy and Strategy. (2017). Ministry of Public Health Public Health Statistics. Retrieved February 2, 2024 From http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistic_255.pdf.
- Suwanno, J. (2018). Association of Risk Level and Major Adverse Cardiovascular Events in Patients with Non-ST Elevation Myocardial Infarction. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 29(1), 6-28. (in Thai)
- The Heart Association of Thailand. (2020). Thai Acute Coronary Syndromes Guideline 2020. Bangkok: Phli Samut prakan: Next step Design Limited Partnership. (in Thai)

การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยกที่มีโรคร่วม หอผู้ป่วยพิเศษ
อายุรกรรมชาย 5 โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย
(Nursing care of Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) patients with
underlying Disease in Special Medical Ward 5 Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital
: Two comparative case studies)

Suchanaree Kingrat

Suchanaree Kingrat

โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช
Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยกที่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, โรคอ้วน, โรคไตเรื้อรัง เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือด เป็นปัจจัยที่เสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อีกทั้งการสูบบุหรี่ ความเครียด การไม่ออกกำลังกายและภาวะอ้วนลงพุง ก็เป็นปัจจัยที่เสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเช่นกัน

วัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ กลไกการเกิดโรค พยาธิสรีรวิทยา ความรุนแรงของโรคและการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยกที่มีโรคร่วม แต่ละระยะ

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยกที่มีโรคร่วม ทั้งสองราย มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บหน้าอกมาก หายใจเหนื่อย วินิจฉัยโรคเป็น NSTEMI with Diabetes mellitus, Hypertension, Congestive heart failure, Dyslipidemia ได้รับการรักษาโดยวิธีการฉีดสตีเวนหัวใจ และได้รับยาผู้ป่วยรายที่ 1 และผู้ป่วยรายที่ 2 ควบคุมอาการได้ จำหน่ายกลับไปดูแลต่อที่บ้านและนัดติดตามอาการเป็นระยะ

การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยกที่มีโรคร่วมมีความยุ่งยากซับซ้อน มีอาการอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ง่าย ซึ่งพยาบาลมีหน้าที่ในการเฝ้าระวัง ติดตามและประเมินผล ให้ครอบครัวทุกมิติ โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนการดูแลของ Gordon ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ให้ครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ ด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณ ตามมาตรฐานการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยกที่มีโรคร่วม

Abstract

Patients with non-ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) and underlying disease such as diabetes, hypertension, obesity, chronic kidney disease, etc., which patients with diabetes, hypertension, hyperlipids resulting in changes in blood vessel walls. It is a risk factor for myocardial infarction. In addition, smoking, stress, lack of exercise and abdominal obesity, it is also a risk factor for myocardial infarction.

The purpose of this study was to comparative study; Disease mechanism, Pathophysiology, Severity of disease and nursing care for patients with non-ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) with underlying disease and comorbidities at each stage.

The results of the study found that two with non-ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) and underlying disease came to the hospital with symptoms of severe chest pain and shortness of breath. The diagnosis was NSTEMI with Diabetes mellitus, Hypertension, Congestive heart failure, Dyslipidemia. The first patient and the second patient were treated by cardiac catheterization and received medication. Their symptoms were controlled, planning for continuous care from hospital to home and periodic follow-up appointments.

Nursing care of non-ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) with underlying Disease is complicated. There are signs and symptoms that change at any time and is easily at risk of death. Nurses have duty to monitor, follow up and evaluate to cover all dimensions. It uses Gordon’s care model framework to assess the patient’s health status. To cover the physical, mental, emotional, social and spiritual aspects, including the physical, mental, emotional, social and spiritual aspects. according to nursing standards. To keep patient’s safety and have a good quality of life.

Keywords : Myocardial infarction patient, Nursing care of Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) patients with underlying Disease.

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรโลก จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2566) ซึ่งโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก (Non ST Segment Elevation Myocardial Infarction : NSTEMI) เป็นหนึ่งในโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) ที่เป็นสาเหตุ 5 อันดับแรกของการตายของคนไทย และอุบัติการณ์การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เป็นผลมาจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ อันเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบตัน (กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยกที่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, โรคอ้วน, โรคไตเรื้อรัง เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือด เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อโอกาสที่เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Diabetes impact on Thailand, 2017) การสูบบุหรี่

ความเครียด การไม่ออกกำลังกายและภาวะอ้วนลงพุง ก็เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อโอกาสที่จะเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเช่นกัน (Korakotkamjon, 2020) เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวมีความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษาและดูแลเป็นอย่างมาก อีกทั้งมีอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา มีภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ง่าย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายกรณีมีความสำคัญ (เกรียงไกร เสงร์ศรี, 2566) พยาบาลมีหน้าที่ในการเฝ้าระวัง ติดตาม และประเมินผล ให้ครอบคลุมทุกมิติ โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนการดูแลของ Gordon ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) การรับรู้และการดูแลสุขภาพ 2) โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร 3) การขับถ่าย 4) กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย 5) แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ 7) การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์ 8) บทบาทและสัมพันธภาพ 9) เพศและการเจริญพันธุ์ 10) การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด และ 11) ความเชื่อ

อุบัติการณ์ของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จากสถิติของประเทศไทย ปี พ.ศ.2561-2563 พบอัตราผู้ป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 515.91, 535 และ 527.32 ตามลำดับ อีกทั้งอัตราการเสียชีวิตในปี 2565 ของคนไทยด้วยโรค

หัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากถึง 70,000 ราย หรือเฉลี่ย ชั่วโมงละ 8 คน (Division of Non Communicable Diseases Ministry of Public Health, 2019) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยก เป็นโรคที่พบได้บ่อย และมีอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูงเป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตและเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็ว (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2566) ซึ่งพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่พบภาวะแทรกซ้อนตามมา โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีศักยภาพสูงในการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จากสถิติแผนกอายุรกรรม ปี พ.ศ.2562-2566 พบว่าอันดับ 1 ใน 5 โรคที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมคือผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยก (NSTEMI) โดยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี สถิติปี พ.ศ.2564-2566 จำนวน 1027, 938 และ 1044 ตามลำดับ

ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยก ที่มีโรคร่วม จำนวน 2 ราย เพื่อให้เห็นความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละรายตั้งแต่ ปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ ระยะเวลาของการเกิดอาการ ความรุนแรงของโรค และการดูแลรักษาพยาบาล โดยนำทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดการประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน มาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยก ที่มีโรคร่วมทั้ง 2 ราย เพื่อพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยก ที่มีโรคร่วมให้มีคุณภาพและเป็นแนวทางในการจัดทำมาตรฐานในการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยก ที่มีโรคร่วมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ กลไกการเกิดโรค พยาธิสรีรวิทยา ความรุนแรงของโรคและการพยาบาลผู้ป่วย

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยก ที่มีโรคร่วม แต่ละระยะ

วิธีการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยกที่มีโรคร่วม ที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรมชาย 5
2. รวบรวมข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยาและการประเมินสภาพผู้ป่วย
3. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ห้องปฏิบัติการสวนหลอดเลือดหัวใจ และแผนการรักษาของแพทย์
4. ศึกษาค้นคว้าเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ปรึกษาพยาบาลผู้ชำนาญเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยกที่มีโรคร่วม รวมถึงขอคำปรึกษาชี้แนะจากอายุรแพทย์โรคหัวใจ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย
5. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ นำมาวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยมุ่งเน้นการดูแลครอบคลุมองค์รวม 4 มิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
6. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ และประเมินผลการพยาบาล
7. สรุปผลการพยาบาล และให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว
8. นำข้อมูลที่ได้มาเรียบเรียง เพื่อจัดทำรายงานการดูแลผู้ป่วย
9. เผยแพร่ผลงานวิชาการ
10. จัดทำรูปเล่ม

จริยธรรมการวิจัย

การครั้งนี้ได้รับการอนุมัติรับรองยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เลขที่โครงการวิจัย : 009/2567 วันที่รับรอง : 22 มกราคม 2567

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราช จำนวน 2 ราย เป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STไม่ยกที่มีโรคร่วมหนึ่งโรคขึ้นไป ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง เนื่องจากเป็นโรคที่เป็นปัจจัยต่อความรุนแรงของภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจ

ขาดเลือด ดำเนินการศึกษา ผู้ป่วยรายที่ 1 ระหว่างวันที่ 23-29 พฤศจิกายน 2566 ผู้ป่วยรายที่ 2 ระหว่างวันที่ 20 พฤศจิกายน -3 ธันวาคม 2566

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาจากกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลความเจ็บป่วยทั้ง 2 กรณี ดังตาราง

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	71 ปี	84 ปี
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	30 นาทีก่อนมารพ. มีอาการเจ็บหน้าอกมาก ปวดร้าวไปไหล่ซ้าย ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น	1 ชั่วโมงก่อนมา รพ. เจ็บแน่นหน้าอกมาก ปวดร้าวไปกราม หายใจเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	ก่อนมารพ. 30 นาที ขณะนั่งดูทีวี มีอาการเจ็บแปล็บๆ ในอกมากและเจ็บร้าวไปไหล่ซ้ายทะลุไปหลัง ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ไม่เคยมีอาการมาก่อน ญาตินำส่งรพ. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG พบ ST depress V3-V6, ได้ยาขยายหลอดเลือดหัวใจ (Isosorbide Dinitrate 1tab อมใต้ลิ้นได้รับ 2 dose) on oxygen mask 5 lit per min รับประทานยา 5 และรับย่ายาตีกลีพิเศษ อายุรกรรมชาย 5	ก่อนมารพ. 1 ชั่วโมง ขณะนอนพักมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกมากเหมือนถูกบีบรัด และเจ็บปวดร้าวไปกราม หายใจเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม นอนราบไม่ได้ ญาตินำส่งรพ. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG พบ ST depress V4-V6, ได้ยาขยายหลอดเลือดหัวใจ (Isosorbide Dinitrate 1tab อมใต้ลิ้น 2 dose), on oxygen mask 5 lit per min รับประทานยา 5 และรับย่ายาตีกลีพิเศษ อายุรกรรมชาย 5
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/ในครอบครัว	2 ปีที่แล้วเคยตรวจกับหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พบเป็นเบาหวานและมีความดันโลหิตสูง ได้รับคำแนะนำให้ไปโรงพยาบาลแต่ไม่ได้รับการรักษา เนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติ บุคคลในครอบครัวมีสุขภาพแข็งแรงทุกคน	2 ปีที่แล้ว ป่วยนอนรักษาใน รพช. ด้วยโรคหัวใจแต่ไม่ได้รับการต่อ เนื่องจากสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ มีบุตร 7 คน บุตรชายคนที่ 2 เป็นโรคไตและโรคเบาหวาน, บุตรชายคนที่ 3 เป็นโรคความดันโลหิตสูง คนที่ 4 เป็นลมเสียชีวิต ส่วนคนอื่นๆ มีสุขภาพแข็งแรง
ประวัติแพ้ยาแพ้อาหาร	ปฏิเสธการแพ้ยาแพ้อาหาร	ปฏิเสธการแพ้ยาแพ้อาหาร

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ประวัติการใช้สารเสพติด	สูบบุหรี่ติดต่อกัน (เกือบตลอดเวลา)	ดื่มเหล้าวันละ 1 แก้ว มานานกว่า 50 ปี สูบบุหรี่ วันละ 1-2 ซอง นานกว่า 50 ปี และเปลี่ยนเป็นสูบบุหรี่เส้นประมาณ 2 ปี
การวินิจฉัยโรค	NSTEMI with Diabetes mellitus, Hypertension, Dyslipidemia.	NSTEMI with Hypertension, Congestive heart failure, Dyslipidemia.

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามแนวคิดแบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	1. วิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพเจ็บป่วยกลัวการทำให้ผลการดีดสีและสวนหัวใจมีประวัติการตรวจร่างกายและรับทราบมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและไขมันในเลือดสูงแต่ไม่รักษาเนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติ	1. วิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพเจ็บป่วยการกลัวการทำให้ผลการดีดสีและสวนหัวใจมีประวัตินอนโรงพยาบาลและตรวจร่างกายรับทราบว่า เป็นโรคหัวใจความดันโลหิตสูงสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ จึงไม่รักษา
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	2. ไม่ได้คุมอาหาร ชอบอาหารหวานมัน รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ดื่มน้ำกาแฟสำเร็จรูปวันละ 2 ซอง ตอนเช้าและตอนเที่ยง สูบบุหรี่ติดต่อกันเกือบตลอดเวลา ไม่ดื่มสุรา	2. ไม่ได้คุมอาหาร ชอบอาหารรสเค็ม รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา สูบบุหรี่วันละ 1-2 ซอง มากกว่า 30 ปี เพิ่งเปลี่ยนสูบบุหรี่เส้นมา 2 ปี ดื่มเหล้าขาวเวลาออกไปทำงานวันละ 1 แก้ว มานานกว่า 30 ปี
3. การขับถ่ายอุจจาระ, ปัสสาวะ	3. ขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะได้ปกติ	3. ถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะได้ปกติระหว่างดูแลรักษาได้รับยาขับปัสสาวะเพื่อรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว ปัสสาวะมากกว่าปกติและเกิดภาวะโปตัสเซียมสูง ท้องผูกไม่อุจจาระมา 3 วัน ได้รับยาระบาย
4. กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	4. อาชีพทำนาไม่ได้ออกกำลังกาย	4. อาชีพข้าราชการบำนาญ ไม่ได้ออกกำลังกาย
5. การพักผ่อนนอนหลับ	5. ปกติเข้านอนประมาณ 18.00 น. ตื่นนอนประมาณ 4.00 น. ขณะอยู่โรงพยาบาลบ่นนอนไม่หลับจากความวิตกกังวลและสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย	5. ปกติเข้านอนกลางคืนทำงานกลางวัน เข้านอนประมาณ 22.00 น. ตื่นประมาณ 4.00 น. ขณะอยู่โรงพยาบาลนอนไม่หลับจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยและมีความกลัววิตกกังวล
6. สติปัญญาและการรับรู้	6. มีการรับรู้ที่ดี เข้าใจในการสื่อสาร	6. มีการรับรู้ที่ดี เข้าใจในการสื่อสาร
7. การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์	7. มีสีหน้ากังวลและซักถามเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นและการรักษา	7. มีสีหน้ากังวลและซักถามเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นและการรักษา

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
8. บทบาทและสัมพันธ์ภาพ	8. เป็นหัวหน้าครอบครัวมีบุตร 3 คน ครอบครัวรักใคร่กันดี บุตรคนที่ 1 และบุตรคนที่ 2 แต่งงานแยกครอบครัวไปอยู่ต่างจังหวัด ผู้ป่วยอยู่กับบุตรคนที่ 3	8. เป็นหัวหน้าครอบครัว ภรรยาป่วยเสียชีวิตมา 5 ปี มีลูก 4 คน แยกย้ายไปมีครอบครัว ผู้ป่วยอยู่กับบุตรคนที่ 2
9. เพศและการเจริญพันธุ์	9. ไม่พบปัญหา	9. ไม่พบปัญหา
10. การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด	10. เวลาที่มีความเครียดปรับตัวโดยการพูดคุยกับภรรยาและบุตรสาวคนที่ 3 ซึ่งพักอยู่บ้านเดียวกัน	10. เวลาที่มีความเครียดปรับตัวโดยการโทรศัพท์คุยกับบุตรคนที่ 1 ซึ่งแต่งงานมีครอบครัวอยู่ไม่ไกลกันและทำหน้าที่ดูแลน้องๆ คนอื่นๆ
11. ความเชื่อและค่านิยม	11. มีความเชื่อวิถีพุทธ	11. มีความเชื่อวิถีพุทธ

ตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบ: ปัญหาทางการแพทย์ของข้อวินิจฉัย และแผนการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
ระยะวิกฤต	ระยะวิกฤต	ระยะวิกฤต
1. เจ็บหน้าอกเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง 2. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด 3. อาจเกิดภาวะช็อกเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง 4. มีภาวะของเสียคั่งเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ 5. วิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	1. เจ็บหน้าอกเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง 2. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด 3. อาจเกิดภาวะช็อกเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง 4. มีภาวะของเสียคั่งเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ 5. วิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	มีข้อวินิจฉัยแผนการพยาบาลที่ไม่ต่างกันเนื่องจากประเด็นสำคัญของการพยาบาลระยะนี้คือผู้ป่วยปลอดภัยลดการตายเพิ่มของกล้ามเนื้อหัวใจให้มีเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจการทำงานของหัวใจคืนสู่ภาวะปกติต้องเฝ้าระวังและติดตามอาการใกล้ชิดที่ต่างกันคือ ภาวะแทรกซ้อนของโรคร่วมของผู้ป่วยซึ่งกรณีศึกษาที่ 1 เป็นโรคเบาหวานมีภาวะ hyperglycemia จากผลของกระบวนการสร้างกลูโคสในเลือดที่เพิ่มขึ้นร่วมกับการต้านอินซูลินของอวัยวะส่วนปลาย กรณีศึกษาที่ 2 เป็นโรคหัวใจล้มเหลวร่วม มีภาวะโรคไตวายระยะสุดท้าย ได้รับการรักษาโดยทำ Hemodialysis ทั้ง 2 รายได้รับการแก้ไขโดยปรับยาจนผู้ป่วยอาการดีขึ้น

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
ระยะต่อเนื่อง	ระยะต่อเนื่อง	ระยะต่อเนื่อง
<p>1. กลัววิตกกังวล นอนไม่หลับจากสิ่งคุกคามชีวิต เช่น สิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย การเจ็บป่วย การดำเนินของโรค</p> <p>2. ภาวะเลือดออกจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด</p> <p>3. โรคร่วมความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไชมัน</p>	<p>1. กลัว วิตกกังวล นอนไม่หลับจากสิ่งคุกคามชีวิตเช่นสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย การเจ็บป่วย การดำเนินของโรค</p> <p>2. ภาวะเลือดออกจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด</p> <p>3. โรคร่วม ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไชมัน หัวใจล้มเหลว</p>	<p>พบว่ามิชชั่นวินิจฉัยการพยาบาลทั้ง 2 รายเหมือนกันในประเด็นสำคัญของการพยาบาลระยะนี้จะเป็นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา เช่น ภาวะเลือดออกจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด และการให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล เข้าใจภาวะโรคแผนการรักษา และการปฏิบัติตัวให้ ความรู้ด้วยการสอน ชี้แนะแนวทางให้ผู้ป่วยได้รับรู้ปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงของการเกิดโรคการป้องกันการเกิดโรค และให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการให้ญาติร่วมกับผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ครอบคลุมปัญหาดังกล่าว จนอาการดีขึ้นปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน</p>
ระยะจำหน่าย	ระยะจำหน่าย	ระยะจำหน่าย
<p>พร้อมความรู้ในการปฏิบัติตัว เมื่อกลับบ้าน</p>	<p>พร้อมความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน</p>	<p>ในการวางแผนจำหน่ายให้เน้นย้ำการให้คำแนะนำและการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับซ้ำ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายตามรูปแบบ DMETHOD ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ความรู้เกี่ยวกับยาที่ได้รับ 2) แหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชน เช่น รพสต., รพช. 3) การประเมินอาการเบื้องต้นเช่น หายใจหอบใจสั่น เจ็บหน้าอก ให้รีบมาพบแพทย์ 4) ล้างไตตามแพทย์นัด 5) เน้นควบคุมโรคเบาหวาน ลดอาหารไขมันสูง ลดเค็ม

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
		<p>6) การเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยรายที่ 1 ด้วยเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคของผู้ป่วย ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 การต้องเลิกสุรา และบุหรี่อย่างเด็ดขาด</p> <p>7) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น เดินต่อเนื่องประมาณ ไม่เกิน 30 นาทีแต่หากรู้สึกเหนื่อย ให้หยุดพักและการให้คำแนะนำญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแล</p>

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบกรณีศึกษาตามรายประเด็นศึกษา

ประเด็น	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
1. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค	ชายไทยคู่อายุ 71 ปีมีประวัติเป็นโรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยทราบการเจ็บป่วยแต่ไม่ได้รับการรักษา ไม่ดื่มสุรา แต่สูบบุหรี่ ไม่ควบคุมอาหาร ชอบอาหารหวาน มัน ไม่ได้ออกกำลังกายพักผ่อนน้อย นอนกลางวันทำงานกลางคืน นอนวันละ 4-5 ชั่วโมง	ชายไทยคู่อายุ 84 ปีมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไขมันหัวใจล้มเหลวขาดการรักษาสูบบุหรี่ วันละ 1-2 ซอง และดื่มเหล้าขาวนานกว่า 30ปี ชอบรับประทาน อาหารมันเค็ม ไม่ได้ออกกำลังกายพักผ่อนน้อย นอนกลางคืนวันละ 4-5 ชั่วโมง	<p>1) อายุและเพศเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อโอกาสที่เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น เพศชายจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าเพศหญิง (Suwanno, 2018) ซึ่งผู้ป่วยรายที่ 1 มีอายุ 71 ปี และผู้ป่วยรายที่ 2 มีอายุ 84 ปี อีกทั้งเป็นเพศชายทั้งสองคนจึงมีความเสี่ยงจากอายุที่เพิ่มขึ้น</p> <p>2) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือด เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อโอกาสที่เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การสูบบุหรี่ ความเครียด การไม่ออกกำลังกาย และภาวะอ้วนลงพุงเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อโอกาสที่จะเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเช่นกัน (Korakotkamjon, 2020) ทั้ง 2 รายมีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ โรคประจำตัว พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและพฤติกรรมการนอน ที่ต่างกัน</p>

ประเด็น	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
			แต่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเช่นเดียวกัน ผู้ป่วยรายที่ 1 และผู้ป่วยรายที่ 2 สูบบุหรี่เป็นประจำ จึงมีความเสี่ยงสูงเพราะบุหรี่มี สารนิโคติน ทำให้หัวใจเต้นเร็ว หลอดเลือดแดง ตีบตัวและคาร์บอนมอนอกไซด์ จับเป็นคราบเกาะภายในหลอดเลือด ทำให้ค่อยุๆ ตีบ ตัน (Hangrasmee, 2016)
2.พยาธิสภาพ อาการ และ อาการแสดง	30 นาทีก่อนมา รพ.เจ็บหน้าอกมาก ปวดร้าวไปไหล่ซ้ายและปวดทะลุไปหลัง ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็นหายใจเหนื่อย EKG พบ ST depress V3-V6, Troponin t =114mg/L, pain score = 9	1ชม.ก่อนมา รพ.มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกมากปวดร้าวไปกรามใจสั่น เหงื่อออกหายใจหอบเหนื่อยหายใจไม่อิ่มนอนราบไม่ได้ EKG พบ ST depress V4-V6, Troponin t =171mg/L, pain score = 8	จาก EKG และTroponin t ทั้ง 2 ราย มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดเอสทีไมยกและรายแรกมีภาวะhyperglycemia (Diabetes impact on Thailand, 2017) รายที่ 2 มีภาวะไตวายเรื้อรัง และทั้ง 2 รายเกิดอาการเจ็บปวดจากพยาธิสรีรวิทยาของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีการรับ-ส่งกระแสความเจ็บปวดผ่านไปตามไขสันหลัง จึงส่งผลให้มีอาการปวดร้าวไปยัง ส่วนต่างๆ ได้ ในรายที่ 1 ร้าวไปแขนและไหล่ (Shoulder pain) ส่วนรายที่ 2 ปวดไปกราม
3.การรักษา	-Enoxaparin 0.6 ml scq 12 hr x 5 day -ASA (81) 1x1 per oral pc -Atorvastatin (40) 1x 1 per oral pc เย็น	-ASA(81mg) 1x1 per oral pc -Enalapril (5mg) 1x2 per oral pc, -Carvedilol (12mg) ¼ x 2 per oral pc,	ทั้ง 2 รายได้รับการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปพร้อมๆกับแก้ไขภาวะแทรกซ้อนจากโรคร่วม อย่างถูกต้องรวดเร็วตามมาตรฐานการรักษาของสมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย (The Heart Association of Thailand, 2020)
4.ปัญหาและการวินิจฉัย ทางการพยาบาล	ได้รับการดูแลตามแผนการพยาบาลทั้งหมด10แผนสามารถแก้ไขให้ดีขึ้นตามแผนการพยาบาล	ได้รับการดูแลตามแผนการพยาบาลทั้งหมด10แผนสามารถแก้ไขให้ดีขึ้นตามแผนการพยาบาล	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการดูแลตามกระบวนการพยาบาลทั้งในระยะวิกฤตระยะการดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย ที่ถูกต้องต่อเนื่อง จนกระทั่งอาการคงที่ และจำหน่ายกลับบ้านอย่างปลอดภัยกระบวนการพยาบาลเป็นวิธีที่ช่วยให้พยาบาล

ประเด็น	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
			ปฏิบัติงานตามแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ในสถานการณ์ที่ยุงยาก ซับซ้อน เนื่องจากเป็นกระบวนการที่ต้องมีการคิดอย่างเป็นเหตุผลรวบรวมข้อมูลต่างๆ เข้าด้วยกันและทำการตัดสินใจเพื่อช่วยแก้ไขปัญหามาตามความต้องการของผู้ป่วย

อภิปรายผล

จากการศึกษาเปรียบเทียบพบว่าทั้ง 2 ราย มีความต่างกันในเรื่องนี้ ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคได้แก่ อายุ โรคประจำตัว พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและพฤติกรรม การนอน 2) อาการและอาการแสดง 3) ภาวะแทรกซ้อน ขณะดูแล 4) การให้ยาขณะรับการรักษา และมีความคล้ายกัน/ไม่ต่างกัน ในประเด็น 1) การวินิจฉัยโรค 2) การทำหัตถการ (ฉีดสีและสวนหัวใจ) 3) ปัญหาข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่สำคัญ ในระยะวิกฤต ระยะการดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย และพบว่าพยาบาลผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดไม่พบ ST ยกขึ้น ที่มีโรคร่วม จะมีอาการและอาการแสดงที่รุนแรงและเฉียบพลัน ซึ่งโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยก เป็นโรคที่พบได้บ่อย และมีอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูงเป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตและเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็ว (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2566)

ดังนั้นพยาบาลต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด สามารถประเมินอาการและการเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อนจากโรค การใช้ยา ผลทางห้องปฏิบัติการ การใช้เครื่อง และติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และวางแผนให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบครอบคลุมตามปัญหาที่เกิดขึ้นทุกระยะของการดูแลได้รวดเร็วช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขทันที่ที่จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย นอกจากนี้ในการวางแผนจำหน่ายการเน้นย้ำให้ผู้ป่วยได้รับรู้ปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงของการเกิดโรคและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดย

การให้ญาติมีส่วนร่วมจะช่วยในการป้องกันและลดภาวะเสี่ยงของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซ้ำ

สรุป

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วย เสียชีวิตอย่างกะทันหัน พยาบาลต้องมีสมรรถนะในการคัดกรอง การซักประวัติประเมินอาการเจ็บหน้าอกอย่างรวดเร็ว และให้การดูแลที่เหมาะสมตั้งแต่เริ่มแรก โดยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และสามารถแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นได้ เข้าระบบ Fast tract MI มีการเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือให้พร้อมใช้ พยาบาล ต้องมีความรู้ในการบริหารยาละลายลิ่มเลือดการสังเกตภาวะแทรกซ้อน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ มีการเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมในการช่วยเหลือผู้ป่วย ประสานการส่งต่อไปยังแผนกต่างๆ พยาบาลส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับอาการ และอาการแสดง การดูแลรักษาที่ได้รับ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ให้ข้อมูลที่จำเป็นอย่างถูกต้องครบถ้วน รวมทั้งการพยาบาลด้านจิตใจ ลดความหวาดกลัว ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดไม่พบ ST ยกขึ้นที่มีโรคร่วม พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ความสามารถในการวินิจฉัยปัญหาและวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม สามารถสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะวิกฤตได้อย่างรวดเร็ว



2. พยาบาลจะต้องมีบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เพื่อควบคุมอาการของโรค ป้องกันการกลับเป็นซ้ำและการเกิดภาวะแทรกซ้อน

3. ควรจัดให้มีการสอนสุขศึกษาแก่ผู้ป่วย และมีคู่มือการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านและติดตาม

การรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการส่งเสริมป้องกัน และฟื้นฟูเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ

4. สนับสนุนการพัฒนากระบวนการ FAST PASS อย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลส่งต่อผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2566) บริการข้อมูล summary/ข้อมูล การตาย. ระบบบริการข้อมูลสถิติชีพประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 20 ต.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://vitalstat.moph.go.th/>
- เกรียงไกร เสงี่ยม. (2566). มาตรฐานการรักษากลับมาเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 5). นนทบุรี: สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการรักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ฝังในร่างกาย. ค้นเมื่อ 25 มีนาคม 2567, จาก http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/Device_Guideline.pdf
- Arunsaeng, P. (2015). Cardiovascular Nursing. Khon kaen: Khungnana vithaya Printing Co.Ltd. (in Thai)
- Diabetes impact on Thailand. (2017).The Diabetes Epidemic and Its Impact on Thailand. Retrieved February 2, 2024 From <https://www.changingdiabetes Thailand.com/diabetes-impact>.
- Division of Non-Communicable Diseases Ministry of Public Health. (2019). Annual Report No1.Bangkok: Aksorn Graphic and design Publishing Printing Co.Ltd. (in Thai)
- Harnyoot, O. (2015). Nursing Process and Implications. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 15(3), 137-143. (in Thai)
- Hengrasmee, K. (2017). Coronary Heart Disease. Retrieved February 2, 2024 form <https://www.hiso.or.th/his/picturereport Health/report>.
- Jamsomboon, K. (2018). Interpretation of ECG Results and Nursing Care for Patients with Heart Disease. Bangkok: Sukhumvit Printing Co.Ltd.(in Thai)
- Korakotkamjon, P. (2020). Knowledge Cardiovascular Risk and Health Behaviors among Patients with Diabetes and Hypertension in Mueang Chiang Rai District. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing, 31(1),46-61. (in Thai)
- Office of Policy and Strategy. (2017). Ministry of Public Health Public Health Statistics. Retrieved February 2, 2024 Form http://bps.moph.go.th/new_bps/sites /default/ files /health statistic 255.pdf.
- Suwanno, J. (2018). Association of Risk Level and Major Adverse Cardiovascular Events in Patients with Non-ST Elevation Myocardial Infarction. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing, 29(1), 6-28. (in Thai)
- The Heart Association of Thailand. (2020). Thai Acute Coronary Syndromes Guideline 2020. Bang Phli Samut prakan: Next step Design Limited Partnership. (in Thai)

“การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก (Nursing care of septic shock patient) โรงพยาบาลถ้ำพรรณรา จังหวัดนครศรีธรรมราช: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย”

รัชดาพร มาศกุล

Ratchadaporn Massakul

โรงพยาบาลถ้ำพรรณรา จังหวัดนครศรีธรรมราช

Tham Phannara Hospital Nakhon Si Thammarat Province

บทคัดย่อ

ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤตคุกคามต่อชีวิตที่สำคัญ เกิดจากกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกายอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง ทำให้เกิดภาวะช็อก (Septic shock) นำไปสู่ภาวะที่มีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multiple organ dysfunction)

วัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ กลไกการเกิดโรค พยาธิสรีรวิทยา ความรุนแรงของโรคและการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินวางแผนการพยาบาล การจัดการดูแล และการฟื้นฟูสภาพสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อกที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลถ้ำพรรณรา จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทยอายุ 57 ปี ให้ประวัติว่า 1 วันก่อนมา มีไข้ ปวดเมื่อยตามตัว คลื่นไส้ไม่อาเจียน ปัสสาวะแสบขัด ผู้ป่วยไปรับการรักษาที่คลินิกได้รับการฉีดยาฆ่าเชื้อและยาแก้คลื่นไส้อาเจียน ให้กลับบ้าน แต่อาการไม่ทุเลา 1 ชม. ก่อนมา มีไข้ ปวดเมื่อยตามตัว อ่อนเพลียมาก ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลถ้ำพรรณรา ผู้ป่วยมีอาการง่วงซึมปลุกตื่น (Drowsiness) สัญญาณชีพปกติ แพทย์รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยใน การวินิจฉัยโรค Pyelonephritis with sepsis ให้ยาต้านจุลชีพ ผู้ป่วยความดันโลหิตต่ำ BP 60/40 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้ยาเพิ่มความดันโลหิต ให้สารน้ำทางหลอดเลือด ใส่สายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย ปัสสาวะออกคาสาย แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ และส่งตัวรักษาต่อที่ รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช รับไว้ในหอผู้ป่วยอายุกรรมชาย 1 วันสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ และพักรักษาตัวรวม 5 วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทยอายุ 40 ปี ให้ประวัติว่า 3 วันก่อนมารพ. มีไข้ หนาวสั่น ปวดท้องน้อยด้านซ้าย ปัสสาวะปกติ ผู้ป่วยไปซื้อยากินเอง ได้รับยา Paracetamol, Brufen, Diclofenac, Ciprofloxacin, Buscopan จนกระทั่ง 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการคลื่นไส้อาเจียนเป็นเศษอาหาร 4 ครั้ง เวียนศีรษะ ไม่มีอาการถ่ายเหลว ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลถ้ำพรรณรา ผู้ป่วยมีอาการง่วงซึมปลุกตื่น (Drowsiness) ความดันโลหิตต่ำเล็กน้อย BP 89/60 มิลลิเมตรปรอท แพทย์รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยใน การวินิจฉัยโรค Pyelonephritis with septic shock แพทย์ให้ plasil 10 mg vine stat ให้ยาต้านจุลชีพ ให้ยาเพิ่มความดันโลหิต ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ใส่สายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยมีอาการหน้าซีด เหงื่อออกตัวเย็น ชาปลายมือปลายเท้า คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ 87/60 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ปรับเพิ่มขนาดยาเพิ่มความดันโลหิต ให้ออกซิเจน cannular 3 LPM และส่งต่อโรงพยาบาลทุ่งสงเพื่อรักษาการักษาต่อเนื่อง อยู่ รพ.ทุ่งสง 7 วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก มีอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และเสี่ยงต่อชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลมีหน้าที่ในการเฝ้าระวัง ติดตาม และประเมินผลให้ครอบคลุม ทุกมิติ โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนการดูแลของ Gordon ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยประกอบด้วยด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณตามมาตรฐานการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก, การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก



Nursing care of septic shock patient

Tham Phannara Hospital Nakhon Si Thammarat Province: Two comparative case studies

Abstract

Sepsis is a life-threatening crisis caused by a severe and persistent inflammatory process in the body. Causes septic shock, leading to multiple organ dysfunction.

The purpose of this study was to comparative study; Disease mechanism, Pathophysiology, Severity of disease and nursing care for patients with sepsis who are in shock. Nursing care of septic patients with shock who are screened at the outpatient department and admitted to the inpatient ward. Tham Phannara Hospital Nakhon Si Thammarat Province

The results of the study found that case study number 1, a Thai man aged 57 years, gave a history that 1 day before coming, he had a fever and pain. Nausea, not vomiting burning sensation when urinating. The patient went for treatment at the clinic and received antibiotics and medicine to treat nausea and vomiting and was sent home, but the symptoms did not subside. 1 hour before coming he had a fever, pain, very tired, so relatives took me to Tham Phannara Hospital. The patient has symptoms of drowsiness and normal vital signs. The doctor admitted him for treatment in the inpatient ward. Diagnosis Pyelonephritis with sepsis give antibiotic drug. Patients with low blood pressure BP 60/40 mmHg. The doctor gave medicine to increase blood pressure. Give fluids intravenous, retained foley catheter. The patient is restless. Urine comes out in the stream, Intubation and refer to Maharat Nakhon Si Thammarat Hospital Admitted to the male medical ward, the endotracheal tube was able to be removed for 1 day and stayed for a total of 5 days, the doctor allowed him to go home

Case study number 2, a Thai man aged 40 years, gave a history that 3 days before coming to the hospital he had fever, chills, pain in the left lower abdomen, normal urination. The patient went to buy medicine to take himself Paracetamol, Brufen, Diclofenac, Ciprofloxacin, Buscopan until 3 Hours before coming to the hospital Had nausea and vomited 4 times, dizziness, no symptoms of diarrhea. After that, relatives took him to Tham Phannara Hospital, The patient has symptoms of drowsiness and slightly low blood pressure, BP 89/60 mmHg. The doctor admitted him for treatment in the inpatient ward, Diagnosis Pyelonephritis with septic shock and gave plasil 10 mg vine stat, antibiotic drug, increase blood pressure drug, intravenous fluids, retained foley,s catheter. The patient has a pale face, cold sweat, Numbness of the hands and feet, nausea, vomiting, low blood pressure 87/60 mmHg. The doctor increased the dose of blood pressure drug on oxygen canular 3 LPM and refer to Thung Song Hospital for continued treatment. Stayed at Thung Song Hospital for 7 days. The doctor allowed him to go home.

Nursing of septic patients with shock had symptoms and signs that could change over time and risk the patient's life. Nurses had a duty to monitor, follow up, and evaluate results to cover all dimensions, using Gordon's care model framework to assess the patient's health condition including physical, mental, emotional, social and spiritual aspects according to nursing standards in order for the patient. It is safe and has a good quality of life.

Keywords : Septic patients with shock, Nursing care of septic patients with shock, Referral

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤตคุกคามต่อชีวิตที่สำคัญ (Rhodes, et al., 2017) ที่เกิดจากกระบวนการอักเสบ ที่เกิดขึ้นในร่างกายอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง จนทำให้เกิดภาวะช็อก (Septic shock) นำไปสู่ภาวะที่มีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multiple organ dysfunction) ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงถึง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อทั้งหมด (Dellinger, et al., 2013) ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตเป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากอวัยวะต่างๆ ทำงานล้มเหลว เนื้อเยื่อต่างๆทั่วร่างกายขาดออกซิเจนจนทำให้เสียชีวิตตามมา (Beth & Elizabeth 2018) และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง ขึ้นอยู่กับอายุ แหล่งการติดเชื้อ ชนิดเชื้อที่เป็นสาเหตุ และสุขภาพเดิมของผู้ป่วย (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560) ประเทศไทยพบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตประมาณ 175,000 รายต่อปี และผู้ป่วยเหล่านี้เสียชีวิตประมาณ 45,000 รายต่อปี คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 32.03 หรืออาจสรุปได้ว่ามีผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต 1 ราย ทุก 3 นาที และผู้ป่วยเหล่านี้เสียชีวิต 5 ราย ในทุก 1 ชั่วโมง (กองบริหารการสาธารณสุข, 2566) สมาคมเวชบำบัด วิกฤตทั้งในยุโรปและอเมริกา (Dellinger, et al., 2013) ได้กำหนด Surviving Sepsis Campaign (SSC) ในปี 2004, 2008 และ 2012 และประกาศใช้เป็นแนวปฏิบัติในการดูแลและจัดการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย และเพิ่มความตระหนักของทีมผู้ดูแล ถึงความรุนแรง ปรับปรุงการวินิจฉัยและการรักษา มุ่งเน้น การรับรู้อาการของภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตตั้งแต่วินิจฉัย (รัฐภูมิ ขามพูนท, 2561) และมุ่งเน้น กระบวนการจัดการแบบเร่งด่วน มีการกำหนดเป้าหมายของการรักษาในระยะ 6 ชั่วโมงแรก (Early goal direct therapy: EGDT) ได้แก่ การให้ยาปฏิชีวนะ การแก้ไขความบกพร่องของการไหลเวียนโลหิต การควบคุมความดันในหลอดเลือดดำ ส่วนกลาง ความ อิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย และค่าความดันโลหิตเฉลี่ยให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด

สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายใน การลดอัตราการเสียชีวิตจาก ภาวะการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงน้อยกว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย ได้กำหนดตัวชี้วัดการได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อก่อน ให้ยาปฏิชีวนะมากกว่าร้อยละ 90 และได้รับยาปฏิชีวนะ หลังการวินิจฉัยโรคภายใน 60 นาทีมากกว่าร้อยละ 90 (กองบริหารการสาธารณสุข, 2566) การมีช่องทางด่วนสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสโลหิต (Septic Fast Tract) ร่วมกับการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยมีองค์ประกอบ 3 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น 2) การรักษาการติดเชื้อและฟื้นฟูระบบไหลเวียนเลือดอย่างรวดเร็วร่วมกับการรักษาแบบประคับประคองของอวัยวะต่างๆ และ 3) การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ การประสานและการเฝ้าติดตามอย่างต่อเนื่อง (รัฐภูมิ ขามพูนท, 2561) การกำกับให้ดำเนินการตามแนวปฏิบัติครบถ้วน ทันเวลาสามารถลดอัตราการตายลงได้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญ ในสหสาขาวิชาชีพในการคัดกรอง ประเมิน ดูแล เฝ้าระวังต่อเนื่อง ไม่ให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต (นันทรัตน์ จำเริญวงศ์, สุพรรณิการ์ ปิยะรักษ์, ชยธิดา ไชยวงศ์, 2563)

โรงพยาบาลถ้าพรรณรา จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อกปีงบประมาณ 2564-2566 จำนวน 7, 13 และ 7 ราย มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 0, 2.27 และ 0 (เป้าหมาย < 26) (ข้อมูลทางสถิติ โรงพยาบาลถ้าพรรณรา จังหวัดนครศรีธรรมราช, 2566) ทางโรงพยาบาลได้มีการใช้ Sepsis fast tract, Protocol severe sepsis และ Septic shock ตั้งแต่ พ.ศ. 2562 เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ผู้ศึกษาตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ซึ่งเป็นภาวะที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบอื่นๆ ที่รุนแรงรวมทั้งภาระค่าใช้จ่ายของรัฐและครอบครัวที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก จึงได้ศึกษาการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต โดยใช้

ศาสตร์ทางการแพทย์ ซึ่งเป็นการบูรณาการทางวิทยาศาสตร์ 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลเพื่อช่วย ให้มีการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยมีปลอดภัยและสามารถกลับไปดูแลรักษาต่อเองที่บ้านได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษากลไกการเกิดโรค พยาธิสรีรวิทยา ความรุนแรงของโรคและการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก และเพื่อเปรียบเทียบกลไกการเกิดโรค พยาธิสรีรวิทยา ความรุนแรงของโรคและการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก จำนวน 2 ราย

วิธีการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก ที่เข้ามารับการรักษาใน โรงพยาบาล ถ้าพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. รวบรวมข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยาและการประเมินสภาพผู้ป่วย
3. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์
4. ศึกษาค้นคว้าเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ปรึกษาพยาบาลผู้ชำนาญเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก รวมถึงขอคำปรึกษาชี้แนะ จากอายุรแพทย์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย
5. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ นำมาวางแผน ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยมุ่งเน้นการดูแล แบบองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ
6. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล ที่วางไว้ และประเมินผลการพยาบาล
7. สรุปผลการพยาบาล และให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว

8. นำข้อมูลที่ได้มาเรียบเรียง เพื่อจัดทำรายงานการดูแลผู้ป่วย

9. เผยแพร่ผลงานวิชาการ

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จากผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต ที่มีภาวะช็อกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถ้าพระพรหมและส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 2 ราย ผู้ป่วยรายที่ 1 ระหว่างวันที่ 17 - 22 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยรายที่ 2 ระหว่างวันที่ 28 สิงหาคม - 4 กันยายน 2566

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จะเก็บรักษาเป็นความลับ นำเสนอเป็นภาพรวมไม่ชี้เฉพาะ และไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ ต่อบุคคล

ผลการศึกษา

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทยอายุ 57 ปี ให้ประวัติว่า 1 วันก่อนมา มีไข้ ปวดเมื่อยตามตัว คลื่นไส้ไม่อาเจียน ปัสสาวะแสบขัด ผู้ป่วยไปรับการรักษาที่คลินิกได้รับการฉีดยาฆ่าเชื้อและยาแก้คลื่นไส้อาเจียน ให้กลับบ้าน แต่อาการไม่ทุเลา 1 ชม.ก่อนมา มีไข้ ปวดเมื่อยตามตัว อ่อนเพลียมาก ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลถ้าพระพรหม ผู้ป่วยมีอาการง่วงซึมปลุกตื่น (Drowsiness) สัญญาณชีพปกติ แพทย์รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยใน การวินิจฉัยโรค Pyelonephritis with sepsis ให้ยาต้านจุลชีพ ผู้ป่วยความดันโลหิตต่ำ 60/40 mmHg แพทย์ให้ยาเพิ่มความดันโลหิต ให้สารน้ำทางหลอดเลือดใสสายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย ปัสสาวะออกคาสาย แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ และส่งตัวรักษาต่อที่ รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช รับไว้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 วันสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ และพักรักษาตัวรวม 5 วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทยอายุ 40 ปี ให้ประวัติว่า 3 วันก่อนมารพ. มีไข้ หนาวสั่น ปวดท้องน้อยด้านซ้าย ปัสสาวะปกติ ผู้ป่วยไปซื้อยากินเอง ได้รับยา Paracetamol, Brufen, Diclofenac, Ciprofloxacin, Buscopan จนกระทั่ง 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการคลื่นไส้อาเจียนเป็นเศษอาหาร 4 ครั้ง เวียนศีรษะ ตาลาย ไม่มีอาการถ่ายเหลว ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลถ้า พรรณรา ผู้ป่วยมีอาการง่วงซึมปลุกตื่น (Drowsiness) ความดันโลหิตต่ำเล็กน้อย BP 89/60 มิลลิเมตรปรอท แพทย์รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยใน การวินิจฉัยโรค Pyelonephritis with septic shock แพทย์ให้ plasil10

mg vine stat ให้ยาต้านจุลชีพ ให้ยาเพิ่มความดันโลหิต ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ใส่สายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยมีอาการหน้าซีด เหงื่อออกตัวเย็น ชาปลายมือปลายเท้า คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ 87/60 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ปรับเพิ่มขนาดยาเพิ่มความดันโลหิต ให้ออกซิเจน cannular 3 LPM และส่งต่อโรงพยาบาลทุ่งสงเพื่อรักษา การรักษาต่อเนื่อง อยู่ รพ.ทุ่งสง 7 วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

จากผลการศึกษาจากกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลความเจ็บป่วยทั้ง 2 กรณี ดังตาราง

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	57 ปี	40 ปี
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	1 วันก่อนมา รพ. ไม่มีแรง อ่อนเพลียมาก	3 ชั่วโมงก่อนมารพ. เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	1 วันก่อนมา มีไข้ ปวดเมื่อยตามตัว คลื่นไส้ไม่อาเจียน ปัสสาวะแสบขัด ไปคลินิกได้รับการฉีดยาฆ่าเชื้อและยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน อาการไม่ทุเลา 1 ชม. ก่อนมา มีไข้ ปวดเมื่อยตามตัว อ่อนเพลียมาก ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล	3 วันก่อนมารพ. มีไข้ หนาวสั่น ปวดท้องน้อยด้านซ้าย ปัสสาวะปกติ ผู้ป่วยไปซื้อยากินเอง ได้รับยา Paracetamol, Brufen, Diclofenac, Ciprofloxacin, Buscopan อาการไม่ทุเลา 3 ชั่วโมงก่อนมา คลื่นไส้อาเจียนเป็นเศษอาหาร 4 ครั้ง เวียนศีรษะ ตาลาย ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต / ในครอบครัว	เคยผ่าตัดกระดูกทับเส้นประสาทที่ รพ.มหาราช 2 ปีที่ผ่านมา มารดาเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน ภรรยาเป็นโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง	มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงรักษาไม่ต่อเนื่องมาตั้งแต่ ปี 2562 มีประวัติเป็นนิ่วในไตเมื่อ 1 ปีก่อน ปัจจุบันบิดาเป็นโรคความดันโลหิตสูง
ประวัติแพ้ยาแพ้อาหาร	ปฏิเสธการแพ้ยาแพ้อาหาร	ปฏิเสธการแพ้ยาแพ้อาหาร
ประวัติการใช้สารเสพติด	ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา	สูบบุหรี่วันละ 5-10 มวน ไม่ดื่มสุรา
การวินิจฉัยโรค	Acute Pyelonephritis with Septic shock	Acute Pyelonephritis with Septic shock

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามแนวคิดแบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยรู้ว่ามีการติดเชื้อจากการป่วยเป็นโรคกรวยไตอักเสบ มีอาการอ่อนเพลีย ต้องดื่มน้ำมากๆ ไม่อั้นปัสสาวะ	รับทราบเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง รู้ว่ามีการติดเชื้อจากการป่วยเป็นโรคกรวยไตอักเสบ
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	รับประทานอาหารได้ครบ 3 มื้อ ชอบรับประทานอาหารรสจัด ของหมักดอง ไม่ดื่มกาแฟ	ไม่ได้คุมอาหาร ชอบอาหารหวานมัน รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา มีอาการคลื่นไส้หลังรับประทานอาหาร
3. การขับถ่ายอุจจาระ, ปัสสาวะ	ขับถ่ายอุจจาระได้ ควบคุมระบบการขับถ่ายปัสสาวะลำบาก สอนปัสสาวะด้วยตัวเอง ทุก 4 ชั่วโมง มาประมาณ 1 เดือน	ขับถ่ายอุจจาระทุกวัน ปัสสาวะวันละ 5-6 ครั้ง ต่อวัน ไม่มีอาการปวดท้องน้อยหรือแสบขัด
4. กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย	ปกติทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง จากภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีไข้ มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องนอนบนเตียงใช้เครื่องช่วยหายใจ มีผลกระทบต่อการทำกิจกรรม มีภรรยา และลูกคอยดูแล	ปกติทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ขณะอยู่ รพ. มีภรรยา และลูกคอยดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน
5. การพักผ่อนนอนหลับ	ปกติไม่มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ แต่ครั้งนี้นี้พักผ่อนน้อยเนื่องจากเปลี่ยนสถานที่พยาบาลได้จัดบริเวณที่พักให้เงียบสงบ และช่วยลดและบรรเทาอาการปวดท้อง	ปกติเข้านอนเวลา 20.00 น. ตื่นนอนเวลา 05.00 น. ขณะอยู่โรงพยาบาลบนนอนไม่หลับ จากมีความวิตกกังวลและสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย
6. สถิติปัญญาและการรับรู้	ผู้ป่วยมีความรู้การรับรู้ที่ดี มีการรู้สถิติแม้ว่าต้องมีการใช้เครื่องมือพิเศษในการรักษา มีการรับรู้ต่อภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เช่นเหนื่อย หายใจเองไม่ได้ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ	รู้ตัว รู้รู้ที่ดี เข้าใจในการสื่อสารอ่านออกเขียนได้การศึกษาจบปวช. มีการรับรู้ต่อภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เช่นหายใจเหนื่อย ต้องหายใจโดยใช้ออกซิเจน
7. การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์	มีความกังวล ปกติแข็งแรงดี การเจ็บป่วยครั้งนี้รู้สึกว่ารุนแรง แต่มีความหวังว่าจะหายเนื่องจากต้องดูแลครอบครัวอยู่	รับรู้ภาวะการเจ็บป่วยแต่มีความท้อแท้กังวลกับการเจ็บป่วยและมีภาวะแทรกซ้อนในการเจ็บป่วยครั้งนี้กลัวไม่หาย
8. บทบาทและสัมพันธภาพ	ผู้ป่วยเป็นบิดาและเป็นผู้นำครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวดี มีความรักใคร่ภรรยาและบุตรคอยดูแลตลอดเวลา	เป็นหัวหน้าครอบครัวมีบุตร 1 คน ครอบครัวรักใคร่กันดี ขณะอยู่ในโรงพยาบาล มีภรรยา คอยดูแล
9. เพศและการเจริญพันธุ์	ไม่มีปัญหาเรื่องนี้ มีบุตร 2 คน	ไม่มีปัญหาเรื่องนี้ มีบุตร 1 คน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
10. การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด	ผู้ป่วยสีหน้ากังวลขณะเข้ามารับการรักษาและเครียดเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงพยาบาลได้ให้การดูแลตามมาตรฐานและกระบวนการพยาบาล ให้ภรรยาและบุตรคอยดูแล และสามารถปรึกษาแพทย์ได้ ผู้ป่วยคลายความกังวลให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาจนสามารถฟื้นภาวะวิกฤตได้	ผู้ป่วยสีหน้ากังวลขณะเข้ามารับการรักษาและเครียดเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงพยาบาลได้ให้การดูแลตามมาตรฐานและกระบวนการพยาบาล ให้ภรรยาและบุตรคอยดูแล และสามารถปรึกษาแพทย์ได้ ผู้ป่วยคลายความกังวลให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาจนสามารถฟื้นภาวะวิกฤตได้
11. ความเชื่อและค่านิยม	นับถือศาสนาพุทธเข้าวัดทำบุญตามเทศกาลสำคัญ และเชื่อว่าการเจ็บป่วยต้องรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน	นับถือศาสนาพุทธเข้าวัดทำบุญตามเทศกาลสำคัญ และเชื่อว่าการเจ็บป่วยต้องรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบและวิเคราะห์ การศึกษาผู้ป่วย 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
แผนการพยาบาลระยะวิกฤต	1) มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต	1) มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต
	<p>บทวิเคราะห์ ภาวะ severe sepsis และ septic shock เป็นภาวะที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง ซึ่งต้องการการคัดกรอง วินิจฉัย และดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ มี 3 ข้อ ได้แก่ 1) ความถูกต้อง รวดเร็ว ในการวินิจฉัย การรักษาที่ช้า หรือเริ่มให้การรักษาเมื่อเกิด Multiple organs dysfunction แล้ว จะทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้นอย่างมาก โดยผู้ป่วย septic shock ที่มีการทำงานของ organs dysfunction ระบบจะมีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 20 หากมี organs dysfunction เพิ่มขึ้นเป็น 2,3 หรือ 4 ระบบ อัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 40, 60 และ 80 ตามลำดับ 2) ความรวดเร็วและเหมาะสมในการให้สารน้ำโดยเฉพาะใน 1-2 ชั่วโมงแรกของการรักษา การให้สารน้ำที่ไม่เพียงพอเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อัตราการเสียชีวิตและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงขึ้นและ 3) ความรวดเร็วในการให้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมและครอบคลุมเชื้อซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในผู้ป่วยได้ง่ายขึ้นและการประเมินผลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี, ค่าระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนจากปลายนิ้ว (SpO₂) 95-100%</p>	

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<p>2) ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนอากาศลดลงเนื่องจากภาวะหายใจล้มเหลว</p> <p>บทวิเคราะห์ ภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) หมายถึง ภาวะที่ระบบหายใจไม่สามารถทำงานได้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย (metabolic demand) เนื่องจากระบบหายใจเสื่อมสมรรถภาพ ไม่สามารถทำหน้าที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซหรือระบายอากาศให้อยู่ในระดับปกติได้ทำให้ออกซิเจนในเลือดแดงลดลง (Hypoxemia, PaO₂ < 60 mmHg หรือ < 8.0 kPa) หรือมีการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (Hypercapnia, PaCO₂ > 50 mmHg หรือ > 6.0 kPa และ pH < 7.3) หรือเกิดทั้งสองภาวะร่วมกัน ความรุนแรงและอัตราการตายของภาวะหายใจล้มเหลวขึ้นกับสาเหตุของภาวะหายใจล้มเหลว เช่น โรคหอบหืด ถุงลมโป่งพอง ปอดอักเสบ การติดเชื้อรุนแรง เป็นต้น การรักษาภาวะหายใจล้มเหลวทำได้ด้วย การใช้เครื่องช่วยหายใจ (Mechanical Ventilation) เพื่อประคับประคองระบบหายใจของผู้ป่วย ร่วมกับรักษาสาเหตุ ลดการทำงานของระบบหายใจ รอเวลาให้ระบบหายใจฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติ จนสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ส่งผลให้ลดอัตราการตายของผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยในกรณีศึกษาที่ 1 แพทย์ให้การดูแลระบบทางเดินหายใจโดยใช้ท่อช่วยหายใจส่งผลให้มีการแลกเปลี่ยนอากาศที่มีประสิทธิภาพและป้องกันการขาดออกซิเจนได้</p>	<p>2) ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนอากาศลดลงเนื่องจากภาวะหายใจล้มเหลว</p>
<p>แผนการพยาบาลระยะต่อเนื่อง</p>	<p>3) มีไข้ เนื่องจากมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ</p> <p>บทวิเคราะห์ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Urinary Tract Infection: UTI) คือโรคหรือภาวะที่เกิดจากอวัยวะในระบบทางเดินปัสสาวะเกิดการอักเสบจากการติดเชื้อ ซึ่งเกือบทั้งหมดเป็นการติดเชื้อแบคทีเรียโดยจะมีอาการหรือไม่มีอาการก็ได้ การติดเชื้อจะเกิดขึ้นที่ใดก็ได้ เช่น ไต กระเพาะปัสสาวะ หรือท่อปัสสาวะ และสามารถแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นได้อาจเป็นแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรังสาเหตุของโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สำคัญคือแบคทีเรียซึ่งส่วนใหญ่แล้วเป็นแบคทีเรียที่อาศัยอยู่ในลำไส้ของเรา โดยกลไกการติดเชื้อคือแบคทีเรียดังกล่าวมีการเคลื่อนที่จากลำไส้มาปนเปื้อนบริเวณส่วนนอกของรูขุมขนจากนั้นเข้าสู่บริเวณช่องเปิดของท่อปัสสาวะและเคลื่อนขึ้นไปตามท่อปัสสาวะ เข้าสู่กระเพาะปัสสาวะ ท่อไต และไตทำให้เกิดการติดเชื้อ นอกจากนั้นแบคทีเรียที่ก่อให้เกิดการติดเชื้ออาจมาจากกระแสเลือดในผู้ที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดนำมาก่อน โดยปกติร่างกายจะมีกลไกในการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะที่สำคัญคือการไหลของน้ำปัสสาวะออกสู่นอกร่างกายในปริมาณที่เหมาะสม และสม่ำเสมอ เป็นการช่วยขับเอาเชื้อแบคทีเรียที่ปนเปื้อนออกสู่นอกร่างกายผู้ป่วยทั้ง 2 รายใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ มีโอกาสติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะเพิ่มขึ้น การรักษาทั้ง 2 ราย ต้องใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อช่วยฆ่าเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพส่งผลให้ลดจำนวนวันในการนอนโรงพยาบาล</p>	<p>3) มีไข้ เนื่องจากมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ</p>

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<p>4) ผู้ป่วยมีภาวะไตวายเฉียบพลัน</p> <p>บทวิเคราะห์ ภาวะไตวายเฉียบพลัน คือ ภาวะที่มีการสูญเสียการทำงานของไตในช่วงเวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน เป็นผลให้เกิดการคั่งของของเสียและการควบคุมสมดุลกรดต่าง รวมทั้งปริมาณน้ำและเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่อาจมีอันตรายถึงชีวิตได้ สาเหตุของภาวะไตวายเฉียบพลันมีได้หลายสาเหตุ ได้แก่ 1) ความผิดปกติของการไหลเวียนโลหิตในร่างกาย เช่น ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตต่ำจนเกิดภาวะช็อก ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากการติดเชื้อเสียเลือดจำนวนมาก หรือขาดน้ำอย่างรุนแรงจากท้องเสีย ผู้ป่วยใช้เกลือดอกในภาวะช็อก หรือภาวะหัวใจวาย เป็นต้น 2) การได้ยาหรือสารพิษต่อไต ยาที่พบบ่อย ได้แก่ ยาปฏิชีวนะ ยาแก้ปวดชนิด (NSAIDS) ยาชุด ยาสมุนไพรที่ไม่ได้มาตรฐาน หรือการได้รับสารทึบแสง ซึ่งยาเหล่านี้ มีผลต่อการทำงานของไต โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมอยู่เดิม อาจทำให้มีภาวะไตวายเฉียบพลันซ้ำซ้อนได้ 3) ภาวะไตอักเสบ ซึ่งอาจเกิดจากโรคของโกลเมอรูลัส (glomerular disease) หรือจากการติดเชื้อ ซึ่งอาจเกิดที่ไตเองหรือบริเวณอื่นของร่างกายก็ได้ 4) การอุดตันของทางเดินปัสสาวะ เช่น นิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ ต่อมลูกหมากโต เป็นต้น ส่วนอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน ส่วนใหญ่จะรู้สึกกระหายน้ำ ปัสสาวะน้อยกว่า 400 ซีซีต่อวัน น้อยกว่าคนปกติ 3 เท่า อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียนจากการที่มีของเสียสะสมในร่างกาย หายใจลำบาก แขนขาบวม หอบ เนื่องจากคั่งของสารน้ำในร่างกาย หากภาวะไตวายเฉียบพลันนั้นมีสาเหตุมาจากภาวะขาดน้ำอาจมีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ อาทิ เหนื่อยง่ายหรืออ่อนเพลีย ซึ่งจากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่บริเวณกรวยไต และเกิดภาวะช็อกมีอาการหายใจเหนื่อย อ่อนเพลีย โดยแนวทางการดูแลของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย แพทย์จะทำการรักษาโดยการแก้ไขภาวะช็อกและการให้สารน้ำ</p>	<p>4) ผู้ป่วยมีภาวะไตวายเฉียบพลัน</p>
<p>แผนการพยาบาล ระยะก่อนจำหน่าย</p>	<p>5. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเรื่องโรคและการเจ็บป่วย</p> <p>บทวิเคราะห์ ผู้ป่วยต้องได้รับการวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เป้าหมายคือ 1. เตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัย 2. เตรียมผู้ป่วยให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันอย่างมีประสิทธิภาพโดยเร็วที่สุด โดยให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุของ การเกิดโรค การป้องกันการเกิดโรค อาการและอาการแสดงหรือการดำเนินของโรคที่ควรต้องรับมาโรงพยาบาลก่อนที่โรครุนแรงจะมากขึ้น พยาบาลต้องให้ความมั่นใจกับผู้ป่วย (Reassurance) โดยการตรวจร่างกายอย่างเอาใจใส่ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยได้เข้าใจอาการที่เกิดขึ้นว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากอาการทางกายไปยังปัญหาทางจิตใจที่มีอยู่ และสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยกลับไปทำงานได้ดังเดิม</p>	<p>5. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเรื่องโรคและการเจ็บป่วย</p>

อภิปรายผล

จากการศึกษาและเปรียบเทียบกรณีผู้ป่วยทั้ง 2 รายพบว่ามีความแตกต่างของปัญหาทางการพยาบาลในผู้ป่วยทั้ง 2 รายพบปัญหาที่เหมือนกัน คือ 1) มีภาวะช็อก เนื่องจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต 2) มีไข้ เนื่องจากการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 3) ผู้ป่วยมีภาวะไตวายเฉียบพลัน และ 4) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เรื่องโรคและการเจ็บป่วย เนื่องจาก ผู้ป่วยรายที่ 1 มีการติดเชื้อที่รุนแรงกว่า ผู้ป่วยรายที่ 2 ส่งผลต่อการมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นมากกว่า โดยพบปัญหาที่แตกต่างกัน คือ ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนอากาศลดลง เนื่องจากภาวะหายใจล้มเหลว

การศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตซึ่งมีทั้งภาวะช็อกจากการติดเชื้อและมีภาวะหายใจล้มเหลว มีการประเมินความรุนแรงและปฏิบัติ ตามแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด CPG Sepsis fast

เอกสารอ้างอิง

- กองบริหารการสาธารณสุข. (2566). คู่มือสำหรับประชาชนเรื่อง เชื้อฟิส (Sepsis). สืบค้นเมื่อ 16 ธันวาคม 2566 จาก : <https://phdb.moph.go.th/main/index/download list/53/2>
- คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. (2560). คู่มือแนวทางการรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis/septic shock (internet). สืบค้นเมื่อ 16 ธันวาคม 2566 จาก <http://www2.si.mahidol.ac.th/km/knowledge assets/Siriraj knowledge/ sepsis/3545>
- นันทรัตน์ จำเริญวงศ์, สุพรรณนิการ์ ปิยะรักษ์, ชยธิดา ไชยวงษ์. (2563). การประเมินและการพยาบาล ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแส เลือด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและ การสาธารณสุข ภาคใต้;7(3):319-29.
- รัฐภูมิ ชามพูนท. (2561). Septic Fast Track. ใน: ดุสิต สถาวร, ครรชิต ปิยะเวทวิรัตน์, สหตล ปญญถาวร, บรรณาธิการ. ICU Everywhere. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; หน้า 128-137.
- Beth MM, Elizabeth B. (2018). Managing sepsis and septic shock: Current guidelines and definitions. AJN;118(2):34-9.
- Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal SM, et al. (2013). Surviving sepsis campaign: international guidelines for the management of severe sepsis and septic shock. Crit Care Med; 41(2):580-637.
- Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, et al. (2017). Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. Intensive Care Med; 43(3):304-77.
- Rungthanakiat, P., Promtuang, S., & Paengbuddee, C. (2019). Development of the Care Model for Patients with Septicemia using Fast Track System at Surin Hospital. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice.6(2), 36-51. (in Thai)

ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้ และทักษะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

(The effects of knowledge and Skill of Using Discharge planning in Cerebrovascular Disease Patients Development Program on knowledge and Skill Using Discharge Planning among Registered Nurses who worked at the Inpatient Department, Chawang Crown Prince Hospital, Nakhon Si Thammarat Province)

รัชดา เจนวนิชยารักษ์

Ratchada Janwittayarak

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง

Chawang Crown Prince Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง จำนวน 15 คน โปรแกรมประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการฝึกทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้กิจกรรมรายบุคคล คนละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที โปรแกรมและเครื่องมือประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้ และแบบประเมินทักษะ ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI = 0.74, 0.70 และ 0.80 ตามลำดับ ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือกับพยาบาลวิชาชีพที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ซึ่งประกอบด้วย 1) แบบประเมินความรู้การวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้การทดสอบ KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81 2) แบบสังเกตการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คำนวณโดยใช้ Interrater reliability ได้ค่าความตรง เท่ากับ 1 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และ Wilcoxon Matched-pair Signed rank Test

ผลการศึกษาพบว่า การแจกแจงลำดับที่ความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในหลังได้รับโปรแกรมมีความแตกต่างก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผลการศึกษาค้นครั้งนี้ เป็นการเพิ่มความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน เกี่ยวกับการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

คำสำคัญ : แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, โรคหลอดเลือดสมอง, พยาบาลวิชาชีพ

Abstract

A quasi-experimental one-group pre-post-test design was used to test the effects of knowledge and skill of using discharge planning in the cerebrovascular disease Patients Development Program on knowledge and skill using discharge planning among registered nurses working in the inpatient department, Chawang Crown Prince Hospital, Nakhon Si Thammarat Province. Purposive sampling was used to select 15 registered nurses (RNs) who worked at the inpatient department on inclusion criteria. The program consisted of knowledge about cerebrovascular disease and skill training for using discharge

planning guidelines for patients with cerebrovascular disease. Total activities were used for individuals 2 times per person and 30 minutes each time. The programs and instruments, including the knowledge questionnaire and the skill evaluation scale, were validated by three experts equal to 0.74, 0.70, and 0.80, respectively. The reliability of the instruments was examined with thirty RNs as the same sample size consisted of 1) the knowledge questionnaire was examined with Kuder-Richardson (KR-20) equal to 0.81 and 2) the skill evaluation scale examined with interrater reliability equal to 1. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon Matched-pair Signed rank Test.

The findings revealed significant differences in the mean ranks of knowledge and skills of RNs who worked in the inpatient department after receiving the program ($p < .01$).

The results of this study are to increase the knowledge and skills of RNs working in the inpatient department about using discharge planning in cerebrovascular disease to improve the efficiency of continuous patient care.

Keywords : Discharge planning in cerebrovascular disease guideline, Cerebrovascular disease, Registered nurses

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน หรือ acute stroke เป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับสอง และการพิการเป็นอันดับสามทั่วโลก โดยผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองกว่า 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน สำหรับประเทศไทยสาเหตุการตายของคนไทย พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2565) จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นปัญหาสำคัญ เพราะสามารถเกิดได้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย ซึ่งผู้ป่วยด้วยโรคนี้จะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (กองบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง, 2565) สำหรับโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 และเป็นโรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพ HA/DHSA พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน จากข้อมูลในปี 2563-2565 เป็นจำนวน 78, 116 และ 130 ตามลำดับ (ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง, 2566) จากการทบทวน case ตามมิติคุณภาพ พบว่ามีมิติด้าน effective ได้แก่ อัตราการ recurrent อัตราการขาดนัด ขาดยา และอัตราผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการฟื้นฟูสมรรถนะยังผ่านเกณฑ์ในระดับต่ำ (ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระ

ยุพราชฉวาง, 2566) เมื่อทบทวนตาม patient care process ยังพบปัญหาในกระบวนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่กระบวนการเข้ารับ การเข้าถึงบริการ (access & entry) จนถึงกระบวนการดูแลผู้ป่วยและการดูแลต่อเนื่อง และเมื่อหา root cause ในเชิงลึก พบว่า ปัจจัยด้านบุคลากรและสมรรถนะของบุคลากร มีความสำคัญ เป็นการสะท้อนการทำงานของทีม โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรหลักในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลหัวหน้างานผู้ป่วยใน มีบทบาทในการควบคุมกำกับและติดตามการทำงานของทีมพยาบาล ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ ทำให้เล็งเห็นว่า พยาบาลผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะที่เฉพาะเจาะจง เนื่องจากพยาบาลมีประสบการณ์ในการทำงานแตกต่างกัน มีการย้ายเข้า ย้ายออก และมีการหมุนเวียนในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ยังขาดการวางแผนการจำหน่ายที่ชัดเจน จากการทบทวนวรรณกรรม พบงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายทางการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมาก เช่น โปรแกรมวางแผนจำหน่ายทางการพยาบาลต่อความรู้และการบรรลุเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลภาชี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (ปกานิน ศรีแสง, 2563) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมเพื่อการจำหน่ายออกจากโรง

พยาบาล ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น (ปริมล หงส์ศรี, 2560) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละรายมีความบกพร่องทางพยาธิสภาพและมีเป้าหมายทางการรักษาที่แตกต่างกัน พยาบาลผู้ดูแลจำเป็นต้องให้ความรู้และฝึกทักษะเฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคล

สำหรับโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง มีแนวโน้มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาเพิ่มมากขึ้นทุกปี แม้นว่าทางทีม PCT ได้มีการกำหนดแนวทางและวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามรูปแบบ D-METHOD โดยยึดแนวคิดของกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2539) อย่างไรก็ตามพบว่ารูปแบบการให้ความรู้และการประเมินผู้ป่วยก่อนจำหน่ายตาม D-METHOD ยังมีปัญหาในกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ยังไม่สามารถนำสู่การปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกัน การให้ข้อมูลก่อนจำหน่ายยังไม่สอดคล้องกับปัญหาที่ผู้ป่วยต้องการ การให้ความรู้ยังขาดการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ประกอบกับในบางครั้งการให้ความรู้และคำแนะนำอยู่ภายใต้เวลาที่จำกัด ส่งผลให้ผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จากการทบทวนทฤษฎี พบว่า มีทฤษฎีเกี่ยวกับสมรรถนะ นั่นคือ ความสามารถหรือศักยภาพของมนุษย์จะแบ่งออกเป็น 3 ประการ ได้แก่ ความรู้ (knowledge) ทักษะ (skills) และพฤติกรรมที่พึงปรารถนา (attributes) (McClelland, 1970) นำไปสู่การเพิ่มความรู้และทักษะของพยาบาล

ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของสมรรถนะพยาบาลในการวางแผนการจำหน่ายโรคหลอดเลือดสมอง จึงพัฒนาโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อความรู้ และทักษะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในชั้น เพื่อให้การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการแจกแจงลำดับที่ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้

แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. เพื่อเปรียบเทียบการแจกแจงลำดับที่ทักษะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย

1. การแจกแจงลำดับที่ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในหลังได้รับโปรแกรมมีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อนได้รับโปรแกรม ($p < .01$)

2. การแจกแจงลำดับที่ทักษะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในหลังได้รับโปรแกรมมีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อนได้รับโปรแกรม ($p < .01$)

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อ ความรู้ และทักษะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้ และทักษะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน การใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2566-มกราคม 2567

นิยามศัพท์

1. โปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง โปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ในเรื่องความรู้โรคหลอดเลือดสมอง บูรณาการแนวคิดสมรรถนะ และมาตรฐานการวางแผน

การจำหน่ายนำไปสู่การสร้างโปรแกรม ซึ่งประกอบไปด้วย 1) ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง พยาธิสภาพของโรค ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค อาการของโรค การวินิจฉัย การรักษา การป้องกัน 2) ทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ความถูกต้อง ตามรูปแบบการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง D-METHOD

2. ความรู้การใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลต่อความเข้าใจในพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค อาการของโรค การวินิจฉัย การรักษา การป้องกัน

3. ทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความสามารถของพยาบาลในการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามรูปแบบ D-METHOD

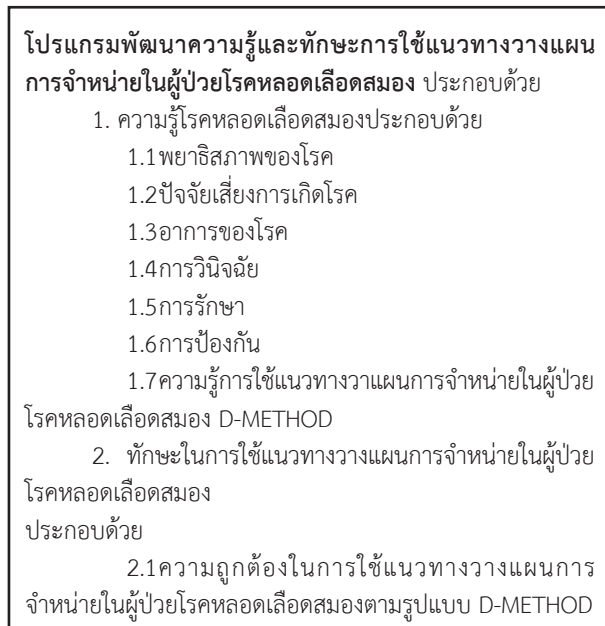
4. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหออผู้ป่วยใน หมายถึง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่ปฏิบัติงานในหออผู้ป่วยหญิงและหอ

ผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช และเป็นผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ระดับปริญญาตรีหรือ เทียบเท่า จากมหาวิทยาลัยหรือวิทยาลัยพยาบาลที่สภาการพยาบาลรับรอง มีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่ง หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ที่ยังไม่หมดอายุ

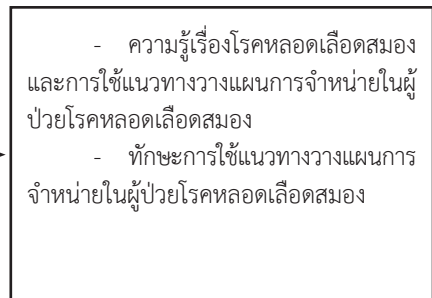
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากบูรณาการแนวคิด competency ของ David C. McClelland (1999) อธิบายได้ว่า สมรรถนะหรือความสามารถของบุคคลประกอบไปด้วย 3 ประการ ได้แก่ ความรู้ (knowledge) ทักษะ (skills) และ พฤติกรรมที่พึงปรารถนา (attributes) บูรณาการร่วมกับ การทบทวนวรรณกรรม และมาตรฐานการวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามรูปแบบ D-METHOD นำไปสู่การพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังรูปที่ 1

ตัวแปรต้น



ตัวแปรตาม



รูปที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดทฤษฎี สู่กรอบแนวคิดการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ การวิจัยแบบกึ่งทดลองหนึ่งกลุ่มแบบวัดก่อนและหลัง (quasi-experimental one group pre post-test design) ประกอบไปด้วย 2 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหญิงและหอผู้ป่วยชายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง จำนวน 15 คน

กลุ่มตัวอย่าง (sample size)

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมดจำนวน 15 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) กำหนด เกณฑ์การคัดเลือกได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพที่มีหน้าที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหญิงและหอผู้ป่วยชาย 2) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารเข้าใจได้ด้วยภาษาไทย และ 3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย กำหนดเกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ไม่ใช่พยาบาลวิชาชีพ 2) สื่อสารและไม่เข้าใจภาษาไทย 3) ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และ 4) ขณะดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถทำตามแนวทางของโปรแกรมได้

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิด Competency ของ David C. McClelland การทบทวนวรรณกรรมและมาตรฐานการวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามรูปแบบ D-METHOD โปรแกรมประกอบด้วย 1) ความรู้โรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย พยาธิสภาพของโรค ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค อาการของโรค การวินิจฉัย การรักษา การป้องกัน และความรู้การใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง D-METHOD 2) ทักษะความถูกต้องในการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามรูปแบบ D-METHOD โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเป็นรายบุคคล คนละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที

ส่วนที่ 2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

2.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา หน่วยงานที่ปฏิบัติ (ปัจจุบัน) ตำแหน่งที่ปฏิบัติ ประสิทธิภาพการทำงาน (ปี) และประสิทธิภาพการทำงานที่อื่น

2.2) แบบประเมินความรู้โรคหลอดเลือดสมอง มีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ข้อ คือ ใช่ และ ไม่ใช่ โดยคำตอบที่ถูกต้องได้รับคะแนน 1 และข้อไม่ถูกต้องได้รับคะแนน 0 คะแนนรวม 20 คะแนน โดยคะแนนที่แสดงถึงระดับความรู้ที่เพียงพออย่างน้อยร้อยละ 80 สะท้อนได้ว่าพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการให้ความรู้การใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกิจกรรมที่ปฏิบัติถือว่าผ่านเกณฑ์

2.3) แบบประเมินทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบไปด้วยการประเมินทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามรูปแบบ D-METHOD ที่ถูกต้อง โดยผู้วิจัยออกแบบประเมินทักษะโดยการสังเกต ทบทวนเวชระเบียน โดยเป็นแบบcheck list จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ปฏิบัติถูกต้อง ปฏิบัติไม่ถูกต้องและไม่ปฏิบัติ โดยถ้าปฏิบัติถูกต้อง ให้ 1 คะแนน ถ้าปฏิบัติไม่ถูกต้องและไม่ปฏิบัติ ให้ 0 โดยคะแนนที่แสดงถึงทักษะที่เพียงพออย่างน้อยร้อยละ 80 สะท้อนได้ว่าพยาบาลมีทักษะเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการให้ความรู้การใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ถือว่าผ่านเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การหาค่าความตรง (validity) ของโปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่าย แบบประเมินความรู้ และแบบสังเกตทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่าย ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาประยุกต์ปรับปรุงให้เหมาะสม ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่

อายุรแพทย์ทั่วไป อาจารย์พยาบาล และ พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญการทำวิจัย ได้ค่าความตรงของโปรแกรมการ ได้ค่าความตรงของโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง CVI=.74 แบบประเมินความรู้โรคหลอดเลือดสมอง CVI=.70 แบบประเมินทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าความตรง CVI=.8

2. การหาความเที่ยง (reliability) โดยไปทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่ ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง กับกลุ่มตัวอย่างตัวอย่าง จำนวน 30 แบบประเมินความรู้โรคหลอดเลือดสมอง ใช้การทดสอบ KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81 และแบบประเมินทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ Interrater reliability ได้ค่าความตรง เท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการ จริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยออกหนังสือรับรองการทำวิจัยในมนุษย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช รหัสโครงการ NSTPH 145/2566 ลงวันที่ 29 เดือนพฤศจิกายน 2566 ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง เมื่อผู้อำนวยการอนุมัติ ได้ดำเนินการตามโครงการ โดยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษา ประโยชน์ที่จะได้รับ โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิเข้าร่วมโดยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา ความดีความชอบใดๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง จะถูกเก็บไว้เป็นความลับให้เป็นรหัส และมีการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ ลงนามในเอกสารยินยอม เข้าร่วมการวิจัย

การรวบรวมข้อมูล

กระบวนการรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการ และระยะ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรม ดำเนินกิจกรรมแบบรายบุคคล ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

ระยะเตรียมการ

เมื่อโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยดำเนินการทำใบบันทึกข้อความเพื่อขออนุญาตทำกิจกรรม เก็บข้อมูล และหลังจากได้รับอนุญาต ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะดำเนินการ

ผู้วิจัยเข้าชี้แจงพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายขั้นตอนการทำกิจกรรม เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ เริ่มดำเนินการทดลองตามโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายแบบรายบุคคล โดยใช้เวลทั้งหมด 30 นาที ต่อครั้งต่อคน

1.1 ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความรู้โรคหลอดเลือดสมอง

1.2 ให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย พยาธิสภาพของโรค ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค อาการของโรค การวินิจฉัย การรักษา การป้องกัน และความรู้การใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง D-METHOD

ขั้นตอนที่ 2 ทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลา 30 นาที ต่อคนต่อครั้ง

2.1 ประเมินทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการสังเกตและตรวจสอบเวชระเบียน

2.2 สอนการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบรายบุคคล

2.3 ใช้สถานการณ์จำลอง ในการฝึกทักษะของพยาบาลในใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบรายบุคคล

2.4 ประเมินทักษะของพยาบาลการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายโดยการสังเกต และตรวจสอบเวชระเบียนจากสถานการณ์จริง

ขั้นตอนที่ 3 ระยะการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 หลังจากได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะทำการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ได้รับการประเมินแบบประเมินความรู้โรคหลอดเลือดสมอง และประเมินทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยใช้การสังเกตการณ์และการตรวจสอบเวชระเบียน จากการปฏิบัติงานจริง โดยกลุ่มตัวอย่าง 1 คน ทำการสังเกต และติดตามเวชระเบียน 3 ครั้ง และนำผลครั้งที่ 3 มาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (F) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้ Wilcoxon Matched-pair Signed rank Test

3. การเปรียบเทียบทักษะก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้ Wilcoxon Matched-pair Signed rank Test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็น เพศหญิง (n= 15) ร้อยละ 100 ร้อยละ 13.3 กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 31.73 ปี (S.D.= 11.75) อายุน้อยสุด 22 ปี และมากที่สุด 59 ปี ประสบการณ์ทำงานส่วนใหญ่ช่วง 1-3 ปี (n=7)

ร้อยละ 46.7 รองลงมามากกว่า 10 ปี (n=5) ร้อยละ 33.3 โดยส่วนใหญ่ทำงานหอผู้ป่วยในหญิง (n=9) ร้อยละ 60 และทำงานในหอผู้ป่วยในชาย (n=6) ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่ตำแหน่งระดับปฏิบัติการ (n= 10) ร้อยละ 66.7 รองลงมาระดับชำนาญการ (n=5) ร้อยละ 33.3 ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี (n= 13) ร้อยละ 93.3 ส่วนใหญ่ประสบการณ์การทำงานจากอุบัติเหตุฉุกเฉินตั้งแต่ต้น (n=12) ร้อยละ 80 และประวัติการศึกษาเฉพาะทางด้านส่วนใหญ่ด้านเวชปฏิบัติทั่วไป (n= 7) คิดเป็นร้อยละ 46.7 ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การทำงานที่อื่น (n=9) ร้อยละ 60

2. ความรู้หลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน (n=15)

การแจกแจงลำดับที่ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การทดสอบ Wilcoxon Matched-pair Signed rank Test ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n= 15)

Time	กลุ่มทดลอง (n= 15)		Z	p
	Mean Rank	Sum of Ranks		
Before	0.00	0.00	-1.732	.001**
After	8.00	120.00		

**p< .01

3. ทักษะหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน (n=15)

การแจกแจงลำดับที่ทักษะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

การพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก่อนได้รับโปรแกรม (p< .01) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การทดสอบ Wilcoxon Matched-pair Signed rank Test ทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมการพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(n=15)

Time	กลุ่มทดลอง (n= 15)		Z	p
	Mean Rank	Sum of Ranks		
Before	0.00	0.00	-1.719	.001**
After	8.00	120.00		

**p< .01

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถเพิ่มความรู้ และทักษะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในสามารถอภิปรายได้ดังนี้

เนื่องจากผู้วิจัยออกแบบการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (adult learning) การจัดกิจกรรมแบบยืดหยุ่น เพื่อตอบ

สนองต่อข้อจำกัดเรื่องเวลา เน้นเรียนรู้แบบ face-to-face ชี้ให้เห็นประเด็นสำคัญ เปิดโอกาสให้มีการแบ่งปัน และรับฟังความคิดเห็น นอกจากนี้ในการฝึกทักษะ มีการลองฝึกทำจากสถานการณ์จำลอง ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Smith (1982) กล่าวว่า การเรียนรู้ของผู้ใหญ่ ที่ได้ผลดีที่สุดนั้น ต้องให้ผู้เรียนมีความรู้สึกว่าการเรียนนั้นมีประโยชน์ เนื้อหาต้องสัมพันธ์กับประสบการณ์ และสามารถใช้ประโยชน์ได้

อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้โปรแกรมมีการออกแบบการฝึกทักษะจากสถานการณ์จำลอง ที่มีความคล้ายคลึงกับงานประจำที่ทำ สอดคล้องแนวคิดของ Cherrington (1995) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ที่ได้ประโยชน์ กล่าวคือ การที่บุคคลได้รับการกระตุ้นให้ได้ลงมือกระทำ หรือฝึกลงมือทำด้วยตนเอง นอกเหนือจากการบอกกล่าว จะช่วยให้ลดการหลงลืม และสามารถปฏิบัติงานนั้นได้ผลดี

นอกจากนี้การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาความรู้ และทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นสมรรถนะสำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาจากแนวความคิดสมรรถนะของ David C. McClelland (1999) มุ่งเน้นที่ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมที่พึงปรารถนา สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ ของ Bloom (1968) ที่สรุปไว้ว่า เมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงจนเกิดความชำนาญ และ การที่บุคคลได้เกิดการเรียนรู้ทั้งในด้านความคิด ความเข้าใจ จะนำไปสู่การปฏิบัติจนเกิดความชำนาญมากขึ้น มีความคล้ายคลึงกับการวิจัยของ สุรางค์ ช่างเหล็ก (2564) ที่มีการพัฒนาความรู้และทักษะพยาบาลวิชาชีพ ในการประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ผลการวิจัยพบว่าความรู้หลังการพัฒนา มีค่ามัธยฐานของพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และทักษะของพยาบาลวิชาชีพในการประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่าหลังการอบรมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาแบบ cohort study เพื่ออ้างความรู้และทักษะของพยาบาล รวมทั้งการศึกษาในพยาบาลที่อยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. มีการพัฒนาโปรแกรมเพิ่มเติมเพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะของพยาบาลในกลุ่มโรคสำคัญและโรคที่มีความเสี่ยงสูง ตามโรคยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราชที่อนุญาตให้ศึกษาวิจัย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และขอขอบพระคุณทีมสหวิชาชีพ ที่สำคัญคือกลุ่มตัวอย่าง ที่ให้ความร่วมมือ และทำให้การดำเนินงานวิจัยประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

- กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. (2539). การควบคุมคุณภาพการพยาบาล เล่ม 5 (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กองบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง. (2565). คู่มือหลักเกณฑ์การจัดตั้งและการปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- ปภาณิน ศรีแสง. (2563). ผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายทางการพยาบาลต่อความรู้และการบรรลุเป้าหมายในการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลภาชี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 4(7), 29-39.
- ปริมล หงส์ศรี. (2560). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมเพื่อการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 44(4), 93-104.
- ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง. (2566). ข้อมูลคุณภาพประจำปี2566. นครศรีธรรมราช: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง.



- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2565). สถานการณ์และแนวโน้มสุขภาพและการแพทย์ฉุกเฉิน (ระดับโลกและประเทศไทย). กรุงเทพฯ: ระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (Information Technology for Emergency Medical System – ITEMS).
- สุรางค์ ช่างเหล็ก. (2564). ผลของการพัฒนาความรู้และทักษะพยาบาลวิชาชีพในการประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลโพธิ์พิสัยจังหวัดหนองคาย.วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา, 4(2), 3-14.
- Bloom, B.S. (1968). Mastery learning. UCLA-CSEIP Evaluation Comment. Los Angeles. University of California at Los Angeles. Retrieved from <https://www.google.com/search?q=bloom+taxonomy>
- Cherington, David J. (1995). The Management of Human Resource. Englewood Cliffs: Prentice Hall International.
- McClelland, D.C (1999). Identifying competencies with behavioral-event interviews. Retrieved from www.eiconsortium.org/research/business_case_forei.htm.
- Smith, R.M. (1982). Learning How to Learn: Applied Theory for adult. Chicago: Follet Publishing Company.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดทำบัญชีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตรัง

นิสากร วีระกุล

Nisakhon Weerakun

โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง

Kantang District Hospital, Trang Province

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลและความรู้เกี่ยวกับคุณภาพของการจัดทำบัญชีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตรัง ใช้รูปแบบการวิจัยแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่รับผิดชอบการจัดทำบัญชีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตรัง จำนวน 95 คน ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอจำนวนและร้อยละ สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลและความรู้เกี่ยวกับคุณภาพการจัดทำบัญชีด้วย Chi-Square test ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 65.3 และคุณภาพการจัดทำบัญชีระดับปานกลาง ร้อยละ 49.5 ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลและความรู้เกี่ยวกับคุณภาพของการจัดทำบัญชีพบว่า ปัจจัยด้านความรู้ เพศ และประสบการณ์การผ่านการอบรมฯ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการจัดทำบัญชีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Chi-square test เท่ากับ 34.073 6.424 และ 4.810 ($p < 0.05$) ตามลำดับ การศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอว่าหน่วยงานที่รับผิดชอบบุคลากรควรมีการจัดอบรมและนิเทศเกี่ยวกับการจัดทำบัญชีและการเงินอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บุคลากรมีความรู้ที่ทันสมัยอยู่เสมอ ทั้งควรมีโปรแกรมการจัดทำบัญชีและการเงินที่เสถียรทันสมัย

คำสำคัญ : ความรู้, คุณภาพ, การจัดทำบัญชี

Factors Relating to The Accounting of Health Promoting Hospital in Trang Province

Abstract

This research aimed to analyze the relationship between personal characteristic factors, and knowledge with the accounting preparation among public health officers working in Subdistrict Health Promoting Hospital, Trang Province. This study was a cross-sectional research design and the sample group consisted of 95 personnel responsible for preparing accounting in Sub-district Health Promoting Hospitals, Trang Province. The simple random sampling technique was used to select the sample. Data collection was done with the questionnaire. Data analysis used descriptive statistics to present numbers and percentages, whereas analyzing relationships among personal factors, knowledge with the quality of accounting preparation with the Chi-Square test. The results of this study found that the majority of the sample had moderate knowledge level (88.8 %), and the quality of the accounting preparation was moderate level (49.5%). As for the relationship between personal characteristic factors and knowledge with the quality of accounting preparation, It was found that knowledge, gender and the training experience factors were associated with the quality of accounting preparation with statistical significance at Chi-square test was 34.073, 6.424 and 4.810 ($p < 0.05$), respectively. This study

recommended that the stakeholders responsible for personnel should provide continuous training and supervision regarding accounting preparation so that personnel always have up-to-date knowledge. There should also be a stable, up-to-date financial and accounting program.

Keywords : Knowledge, Quality accounting, Preparation

บทนำ

ปัจจุบันมีการยกระดับสถานือนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งนับว่าเป็นจุดเปลี่ยนระบบสาธารณสุขครั้งสำคัญ ที่จะพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยให้ครอบคลุมทั่วถึงต่อประชาชนมากขึ้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยบริการสาธารณสุข ที่มีหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งในด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ (มลฑิรา สายวารี, เพ็ญมาศ สุคนธ์จิตต์ และกิตติพร เนาว์สุวรรณ, 2563) เมื่อมีการพัฒนามากขึ้นระบบการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงจำเป็นต้องพึ่งพาเทคโนโลยีมากขึ้น แม้แต่การจัดทำระบบบัญชีและการเงินของสถานบริการ เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการให้บริการต่อประชาชน (ปราโมทย์ คำภูเงิน, 2562)

การบริหารจัดการด้านบัญชีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในปัจจุบันนี้ใช้ระบบบัญชีหน่วยงานย่อยซึ่งเป็นภาระต่อเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน เนื่องจากระบบบัญชีไม่ครอบคลุมมากนัก อาจทำให้การรายงานข้อมูลต่อแม่ข่ายมีความคลาดเคลื่อน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการระบบการควบคุมภายใน ด้านการบริหารจัดการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามหลักนิติธรรม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการบริหารจัดการด้านการเงินการบัญชีและการพัสดุ ตลอดจนการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ และมติคณะรัฐมนตรีได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

แต่ยังพบว่า คุณภาพของการปฏิบัติงานตามระบบการจัดทำบัญชีล่าช้ากว่าข้างต้นนั้น บุคลากรที่รับผิดชอบหน้าที่ในการจัดทำยังมีความรู้เกี่ยวกับการจัดบัญชีไม่เหมาะสม แต่ต้องปฏิบัติหน้าที่ตามภาระงานที่ถูก

กำหนดไว้ใน รพ.สต. และยังพบว่าส่วนใหญ่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดบัญชีและการเงินในระดับน้อย จึงส่งผลต่อคุณภาพในการจัดทำรายงานบัญชี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกนกพร บุญธรรม (2563) และกชิรา สติธธารังกุล และรัตชนิดา โพธิ์แก้ว (2565) พบว่าการจัดทำรายงานบัญชีที่มีความคลาดเคลื่อนของข้อมูลส่งต่อความโปร่งใสในการปฏิบัติงานขององค์กร และจะทำให้ระบบรายงานล่าช้ากระทบต่อการจัดสรรงบประมาณต่อไป ทั้งนี้แนวทางการแก้ไขปัญหาล่าช้าเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง และรวดเร็วได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรถูกดำเนินการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ปราโมทย์ คำภูเงิน, 2562)

จังหวัดตรัง เป็นจังหวัดหนึ่งที่แบ่งเขตการปกครองเป็น 10 อำเภอ มีสถานือนามัยที่ได้รับการยกฐานะเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งสิ้น 125 แห่ง มีอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่เฉลี่ยแห่งละ 4 คน และมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแห่งละ 1 คน ได้รับการแต่งตั้งเป็นเจ้าหน้าที่การเงินโดยออกคำสั่งโดยสาธารณสุขอำเภอ จากผลการดำเนินงานหน่วยการตรวจสอบภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2565 ที่ผ่านมายังพบว่า ปัญหาการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่การเงินในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดตรัง ภาพรวม คือการปฏิบัติไม่ถูกต้องตามระเบียบ ได้แก่ การรับเงิน การจ่ายเงิน การจัดเก็บรักษาเงิน การนำฝาก/การนำส่งเงิน การตรวจสอบ การรายงานการจัดเก็บเอกสารและการจัดทำบัญชีไม่ครอบคลุม ตามระเบียบกระทรวงการคลัง เช่น การบันทึกบัญชีโดยไม่มีหลักฐานจ่าย หรือมีหลักฐานการจ่ายแต่ไม่สมบูรณ์ มีการรับเงินแล้วไม่ออกใบเสร็จรับเงิน ไม่จัดทำทะเบียนคุมใบเสร็จรับเงิน ไม่ได้บันทึกรายการในบัญชีไม่รายงาน การตรวจสอบตัวเงิน พร้อมเอกสารหลักฐานทางการเงิน มีการเก็บเงินสดไว้เกินอำนาจการเก็บรักษาเงิน การนำฝาก/นำส่ง

เงินเกินกำหนดระยะเวลาตามที่กรมสรรพากรและระเบียบกำหนด ขาดการควบคุมตรวจสอบและการจัดเก็บเอกสารหลักฐานไม่เป็นระบบ ยากแก่การตรวจสอบ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง, 2565)

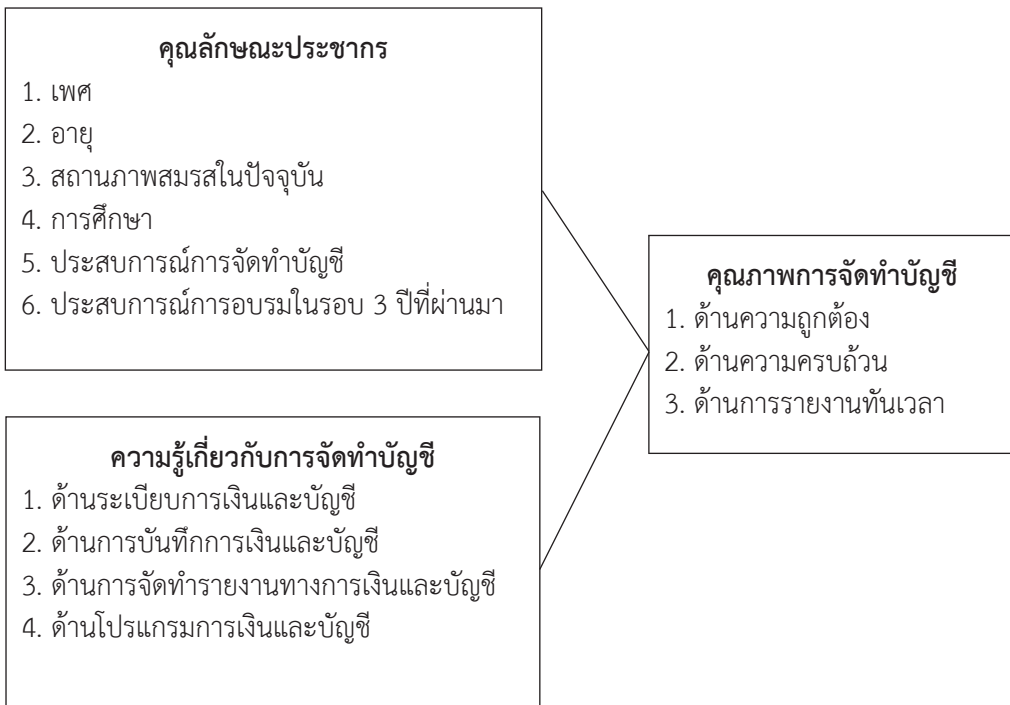
จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติหน้าที่เจ้าหน้าที่การเงินของโรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง จึงมีความสนใจที่จะวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพในการจัดทำบัญชีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตรัง ตลอดจนปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตรัง โดยคาดว่าจะผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจในเชิงบริหาร อีกทั้งเป็นข้อมูลสนับสนุนในการปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีหน้าที่รับผิดชอบ

ขอการจัดทำบัญชีให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป และสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนพัฒนาเจ้าหน้าที่การเงินในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตรัง

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อประเมินระดับความรู้และคุณภาพของการจัดทำบัญชีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตรัง
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับความรู้ และคุณภาพในการจัดทำบัญชีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตรัง

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยบุคลากรที่รับผิดชอบในการจัดทำบัญชีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตรัง จำนวน 125 แห่ง (125 คน) กลุ่มตัวอย่างคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการจัดทำบัญชีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตรัง จำนวน 125 แห่ง (125 คน) ซึ่งผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ เครซี่ และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 95 คน โดยจำแนกเป็นรายสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตามสัดส่วน การศึกษาครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการดำเนินการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เลขจริยธรรมเลขที่ 045/2566 ลงวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ ประสพการณ์การทำงานด้านบัญชีและการเงิน และ ประสพการณ์การผ่านการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำบัญชีและการเงินในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา คำตอบเป็นแบบเลือกตอบ (Check list) จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับความรู้ในการจัดทำบัญชี มีลักษณะเป็นคำถามเลือกตอบ (Check list) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ด้านระเบียบการเงินและบัญชีจำนวน 10 ข้อ ความรู้ด้านการจัดทำการเงินและบัญชี จำนวน 4 ข้อ ความรู้ด้านการจัดทำบัญชีจำนวน 6 ข้อ และความรู้ด้านโปรแกรมการเงินและบัญชีจำนวน 4 ข้อ โดยผู้ตอบสามารถเลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ซึ่งผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การให้ข้อที่ตอบถูกได้คะแนน 1 คะแนน ตอบผิด ได้คะแนน 0 คะแนน และ กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ฯ เป็น 3 ระดับ คือ ระดับความรู้ต่ำ ปานกลาง และสูง โดยอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80.00 - 100.00 มีความรู้การจัดทำบัญชีระดับมาก

คะแนนร้อยละ 60.00 - 79.99 มีความรู้การจัดทำบัญชีระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละ 0.00 - 59.99 มีความรู้การจัดทำบัญชีระดับน้อย

ส่วนที่ 3 คุณภาพของการจัดทำบัญชี ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ ความถูกต้องของการจัดทำบัญชีจำนวน 5 ข้อ ความครบถ้วนของข้อมูล จำนวน 5 ข้อ และความทันเวลา จำนวน 3 ข้อ ซึ่งข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เช่น มีการปฏิบัติระดับมากที่สุด มีการปฏิบัติระดับมาก มีการปฏิบัติระดับปานกลาง มีการปฏิบัติระดับน้อย และมีการปฏิบัติระดับน้อยที่สุด ซึ่งผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์คุณภาพของการจัดทำบัญชีฯตามเกณฑ์ของ Best (1977) เป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80.00 - 100.00 หมายถึงคุณภาพของการจัดทำบัญชีระดับดี

คะแนนร้อยละ 60.00 - 79.99 หมายถึงคุณภาพของการจัดทำบัญชีระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละ 0.00 - 59.99 หมายถึงคุณภาพของการจัดทำบัญชีระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (Index of consistency: IOC) พิจารณาเหมาะสมของเนื้อหาได้ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.85 หลังจากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้เครื่องมือวิจัยมีความถูกต้องสมบูรณ์ก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะที่คล้ายคลึงกันจำนวน 30 คน แล้วนำมาตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นแบบประเมินความรู้การจัดการเงินและบัญชีด้วยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน โดยใช้สูตรKR.-20 ความเชื่อเท่ากับ 0.84 ส่วนแบบสอบถามด้านคุณภาพการจัดรายงานการเงินและบัญชีด้วยวิธีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

ผลการศึกษา

ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.6 อายุ 31-50 ปี ร้อยละ 46.3 มีสถานภาพไม่โสด (สมรส/ หม้าย/หย่า/แยก) ร้อยละ 81.1 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 88.4 ประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 54.7 และไม่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำบัญชีในรอบ 3 ปี ร้อยละ 72.6

ด้านระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดทำบัญชี พบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ความรู้เกี่ยวกับการจัดทำบัญชีในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.3 เมื่อพิจารณาข้อคำถามรายข้อในแต่ละด้านพบว่าด้านระเบียบบัญชีและการเงินส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการรับเงินจากผู้พึงชำระเงินให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องมีการออกใบเสร็จรับเงินให้แก่ผู้ชำระทุกครั้งที่มีการรับเงิน ร้อยละ 100.0 และพบว่าด้านการจัดทำรายงานทางบัญชีและการเงินส่วนใหญ่มีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับเอกสารสำหรับแนบรายงานการเกณฑ์คงค้าง ได้แก่ สำเนาสมุดคู่ฝากธนาคาร รายงานเงินคงเหลือประจำวัน ณ วันสิ้นเดือน ร้อยละ 82.1

ด้านคุณภาพการจัดทำรายงานการเงินและบัญชี พบว่าส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพการจัดทำบัญชีระดับปานกลาง ร้อยละ 49.5 แต่เมื่อพิจารณารายข้อแต่ละพบว่าด้านความถูกต้องส่วนใหญ่มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกใบเสร็จรับเงินถูกต้องตามที่ระเบียบกำหนดเป็นประจำ ร้อยละ 70.5 แต่มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดทำทะเบียนคุมเช็คให้เป็นปัจจุบันระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 48.4 ด้านความครบถ้วนมีการปฏิบัติมากที่สุดเกี่ยวกับการแนบเอกสารรายงานสถานะเงินคงเหลือประจำวัน (407) ณ วันสิ้นเดือน ร้อยละ 69.5 ด้านความทันเวลาส่วนใหญ่ส่งรายงานทางการเงินให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทันภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป ร้อยละ 74.7

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากรกับระดับคุณภาพของการจัดทำบัญชี ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะประชากรกับระดับคุณภาพของการจัดทำบัญชี พบว่า ปัจจัยด้านเพศและด้านประสบการณ์ผ่านการอบรมในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพของการจัดทำบัญชีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Chi-Square เท่ากับ 6.424 และ 4.810 ($p < 0.05$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากรกับระดับคุณภาพการจัดทำบัญชีของ รพ.สต. ในจังหวัดตรัง

ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล	ระดับคุณภาพการจัดทำบัญชี			ค่าสถิติ
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับดี	
เพศ				Chi-Square =6.424
ชาย	26.1	40.6	33.3	$p < 0.05$
หญิง	11.5	26.9	61.5	
อายุ				Chi-Square =3.353
น้อยกว่า 30 ปี	33.3	22.2	44.4	$p > 0.05$
31 - 50 ปี	27.3	34.1	38.6	
51 ปีขึ้นไป	14.3	42.9	42.9	
สถานภาพสมรสปัจจุบัน				Chi-Square =.423
โสด	27.8	33.3	38.9	$p > 0.05$
ไม่โสด	20.8	37.7	41.6	

ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล	ระดับคุณภาพการเจ้าหน้าที่		ระดับดี	ค่าสถิติ
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง		
ระดับการศึกษา				Chi-Square =2.935
ต่ำกว่าปริญญาตรี	42.9	28.6	28.6	p>0.05
ปริญญาตรี	21.4	36.9	41.7	
สูงกว่าปริญญาตรี	0.0	50.0	50.0	
ประสบการณ์ในงานบัญชีและการเงิน				
น้อยกว่า 2 ปี	30.0	35.0	35.0	Chi-Square =7.863
3-5 ปี	21.7	56.5	21.7	p>0.05
มากกว่า 6 ปี	19.2	28.8	51.9	
ประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการจัดทำบัญชีและการเงินในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา				Chi-Square =28.168
เคยอบรม	3.8	11.5	84.6	p<0.05
ไม่เคยอบรม	29.0	46.4	24.6	

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้กับระดับคุณภาพการเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. ในจังหวัดตรัง
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการเจ้าหน้าที่ของเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. จังหวัดตรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Chi-square test เท่ากับ 57.386 ($p<0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้กับระดับคุณภาพการเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. ในจังหวัดตรัง

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับคุณภาพการเจ้าหน้าที่		ระดับดี	ค่าสถิติ
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง		
ระดับความรู้				Chi- Square=
ระดับน้อย	30.0	60.0	10.0	34.073
ระดับปานกลาง	31.3	39.6	29.2	p<0.05
ระดับมาก	0.0	14.8	85.2	

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$

อภิปรายผล

1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคุณภาพการจัดทำบัญชีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. จังหวัดตรัง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะประชากรประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพปัจจุบัน ประสบการณ์การทำงาน และประสบการณ์การผ่านการอบรมกับระดับคุณภาพการจัดทำบัญชีและการเงินของ รพ.สต. ในจังหวัดตรังพบว่ามีความสัมพันธ์ด้านเพศเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการจัดทำบัญชีและการเงินของ รพ.สต. ในจังหวัดตรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Chi-Square = 6.424 $p < 0.05$ ซึ่งอธิบายได้ว่าการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการเงินหรืองบประมาณซึ่งมีความละเอียดอ่อน ความแตกต่างด้านเพศเพศมีความสำคัญกับการทำงาน โดยเฉพาะเพศหญิงจะคุณลักษณะจำเพาะของความรับผิดชอบและความละเอียดในการทำงานเกี่ยวกับตัวเลข (ประวีณา เงินทิพย์, 2563) และเมื่อพิจารณาจากการศึกษานี้ยังพบว่าเพศหญิงที่เคยผ่านอบรมสามารถจัดทำบัญชีและการเงินได้ในระดับดี ร้อยละ 61.5 ทั้งนี้เป็นผู้ที่เคยผ่านการอบรม ร้อยละ 57.7 แต่เพศชายเพียงร้อยละ 33.3 เท่านั้นที่สามารถจัดทำบัญชีและการเงินได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโซซิดา ไพโรจน์ และธนกร สิริสุคันธา (2564) และการศึกษาของรินภา ทุงจันทร์ (2561) ก็ยังพบว่าเพศหญิงสามารถทำงานได้คุณภาพได้ดีและมีความอดทนกับการทำงานเกี่ยวกับงบประมาณเช่นกัน

ส่วนปัจจัยด้านประสบการณ์การผ่านอบรมฯ ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ระดับคุณภาพการจัดทำบัญชีของ รพ.สต. ในจังหวัดตรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ Chi-Square เท่ากับ 28.168 ($p < 0.05$) เช่นกัน ซึ่งพบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ที่ผ่านอบรมฯ สามารถจัดทำบัญชีและการเงินมีคุณภาพ ระดับมากร้อยละ 84.6 ซึ่งอธิบายได้ว่าการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการการเงินฯ มีผลต่อความรู้และความสามารถของบุคลากรทำให้สามารถปฏิบัติงานด้านการจัดการการเงินฯ ได้อย่างมีคุณภาพ จึงกล่าวได้ว่าการอบรมเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมีระบบ เพื่อให้บุคคลได้เกิดความรู้

ความเข้าใจ ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง กระทั่งเปลี่ยนพฤติกรรมไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด ตลอดจนพัฒนาความสามารถจนเกิดทักษะและความชำนาญ (ณัฐชนน นานันต์ศิย, และกุลวดี ลิ้มอุสันโน, 2563) ทั้งนี้การอบรมบุคลากรสามารถพัฒนาขีดความสามารถของตนเองเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงานให้ดียิ่งขึ้น และสร้างผลสำเร็จได้ดียิ่งขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โซซิดา ไพโรจน์ และธนกร สิริสุคันธา (2564) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการอบรมมาก่อนจะมีประสบการณ์และสามารถนำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน พยายามปฏิบัติงานให้ดีขึ้นลดปัญหาความผิดพลาดในการปฏิบัติงานขององค์กรน้อยลงและยังสอดคล้องกับการคำอธิบายของ อรอนงค์ ดิสโร (2567) ได้อธิบายว่าผู้ที่ผ่านการอบรมใดๆ มาก่อนจะสามารถนำประสบการณ์ที่ได้รับจากการอบรมมาออกแบบความคิดในการจัดการปฏิบัติงานได้ดี

2. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้กับระดับคุณภาพการจัดทำบัญชีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ในจังหวัดตรัง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าระดับความรู้ฯ มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพการทำการบัญชีเงินของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. จังหวัดตรังอย่างมีนัยสำคัญทาง Pearson Chi-Square = 34.073 ($p < 0.05$) ซึ่งอธิบายได้ว่าเมื่อบุคลากรที่รับผิดชอบในการจัดทำบัญชีและการเงินมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการเงินฯ ที่ดีย่อมทำให้บุคลากรเหล่านี้มีความสามารถในการจัดการการเงินฯ ที่ดีได้ เช่นกัน จากการศึกษาพบว่าบุคลากรที่มีความรู้เหมาะสมส่วนใหญ่อ้อยละ 79.4 มีการจัดการการเงินฯ ได้อย่างมีคุณภาพ ความรู้ที่ทันสมัยและปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับการเงินจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ควรส่งเสริมให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องต้องมีความรู้อยู่เสมอ (สรินยา สุภัทรานนท์, 2563) เพราะว่าการจัดทำรายงานการเงินฯ ที่ถูกต้อง สมบูรณ์ทำให้องค์กรทราบถึงผลการดำเนินงานแบบปัจจุบัน ข้อมูลแบบนี้จึงมีประโยชน์ต่อการนำมาวางแผนหรือนำมาตัดสินใจในการทำกิจกรรมอื่นๆ ได้ (ศิษย์วัช มั่นเศรษฐวิทย์ ฐานกุล กุฎิกัตติ และนิรันดร์เกียรติ ลีวคุณูปการ, 2563) และข้อมูลสถานะการเงินที่กล่าวมาสามารถประเมินผลจากข้อมูลเหตุการณ์ในอดีต ปัจจุบันและอนาคตซึ่งอาจจะอยู่

ในรูปของรายงานซึ่งจะช่วยให้การบริหารงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถพยากรณ์เหตุการณ์ที่คาดว่าจะเกิดในอนาคตได้อย่างมีทิศทาง ตลอดจนสร้างความเชื่อมั่นในการออกแบบกิจกรรมต่างๆ ได้ดีมากขึ้น (Krupička, 2020) ซึ่งสภาวิชาชีพบัญชีในพระบรมราชูปถัมภ์ (สภาวิชาชีพบัญชี ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557) ได้อธิบายไว้ว่าความรู้ความสามารถเหล่านี้เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงสมรรถภาพในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะข้อมูลรายงานทางการเงิน ที่ถือเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เจ้าหน้าที่บัญชีและการเงินสามารถประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงานส่งผลต่อความสำเร็จขององค์กร หากองค์กรปราศจากบุคคลที่มีความรู้ความสามารถแล้ว การพัฒนาองค์กรให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายคงเป็นไปได้ยาก

ข้อเสนอแนะที่ได้จากศึกษาในครั้งนี้

1. จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการอบรมสร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับการจัดทำบัญชีในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา ทำให้ทักษะการจัดทำรายงานอาจ

จะคลาดเคลื่อน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรมีการนิเทศงานกำกับเพื่อกระตุ้นและเพิ่มทักษะการจัดทำรายงานให้ถูกต้อง ตลอดจนจัดให้มีการฝึกอบรมฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องเช่นกัน

2. พบว่ามีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานจัดทำรายงานการเงินบ่อยครั้ง จึงควรกำหนดภาระรับผิดชอบงานเกี่ยวกับจัดทำรายงานบัญชีและการเงินให้เหมาะสม ไม่ควรเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานนี้บ่อยจนมีผลกระทบต่อความเชื่อมั่นทางการเงิน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาในครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อแสวงหาข้อมูลและปัญหาเชิงลึกเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการจัดทำบัญชี
2. ควรศึกษาประเด็นของทัศนคติต่องานจัดทำรายงานบัญชีและการเงินด้วยเพื่อจะได้ข้อมูลที่สามารถอธิบายความคลาดเคลื่อนของผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงานได้

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2566). ข้อบังคับ/ เงินบำรุงและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทน [Internet] [เข้าถึงเมื่อ 2566 สิงหาคม 12]. เข้าถึงได้จาก/Chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/ http://auditer.hss.moph.go.th/web_Audit/upload1/maintenance/01.pdf.

กนกพร บุญธรรม. (2563). คุณลักษณะนักบัญชียุคดิจิทัลที่มีต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงานของนักบัญชีสำนักงานบัญชีคุณภาพ ในประเทศไทย วารสารวิชาการและวิจัยมหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 13(2), 240-253.

กชिरา สติธำรงกุล และรัตชนิดา โพธิ์แก้ว. (2565). ปัญหาการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก. จาก <http://www.tako.moph.go.th/librarybook/web/files/23d1939c78bcb60f6eeb47f387b104fb.pdf>

กุลนิดา สายนุ้ย (2553). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสร้างเสริมสุขภาพ), มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

มลฑิรา สายวารี เพ็ญมาศ สุนทรจิตต์ และกิตติพร เนาว์สุวรรณ (2563). องค์ประกอบและตัวบ่งชี้ความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา. ราชวดีสาร, 10(1), 72-79.

โชษิตา ไพโรจน์ และชนกร สิริสุคันธา. (2564). หลักสูตรฝึกอบรม การรับรู้ความสามารถของตนเองและแรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้รับการฝึกอบรมในสถาบันพัฒนาฝีมือแรงงาน 10 ลำปาง. 3,17-40.

ธมลวรรณ วงษ์ภูธร. (2561). คุณภาพ ปัญหาและแนวทางแก้ไขในการจัดทำบัญชีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสระแก้ว. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัย ระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 9. 2561. 676-86

- ประวีณา เงินทิพย์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานบัญชีและการเงินของกรมทรัพยากรน้ำบาดาล (ปริญญาโท สาขาบัญชีมหาบัณฑิต คณะบัญชี). มหาวิทยาลัยศรีปทุม ปทุมธานี.
- ปราโมทย์ คำภูเงิน. (2562). แนวทางการจัดการเงินบำรุงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม, 1(1), 29-42.
- สรินยา สุภัทรานนท์ (2563). คุณภาพข้อมูลรายงานทางการเงินและการเติบโตของกิจการ: การตรวจสอบเชิงประจักษ์ของบริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทยวารสารศิลปศาสตร์และวิทยาการจัดการ. วารสารศิลปศาสตร์และวิทยาการจัดการ, 7(2), 4-13.
- ศิษย์ธวัช มั่นเศรษฐวิทย์, ฐานกุล ภูมิภักดี, และนิรันดร์เกียรติ ลีวคุณุปกการ. (2563). การจัดการงานการเงิน และบัญชีของผู้ประกอบการธุรกิจขนาดกลางและขนาดย่อมเพื่อเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารศึกษาศาสตร์ปริทัศน์, 35(2), 1-9.
- รินภา หงจันทร์. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของบุคลากรสายสนับสนุน มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม (วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตร์บัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- สาธารณสุขจังหวัดตรัง. (2565). รายงานประจำปี. จาก <http://www.tro.moph.go.th/board/board2565/doc/01/Report.pdf>.
- ณัฐชนน น่านิรติศัย, และกุลวดี ลีมอัสโน, 2563. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพรายงานทางการเงินตามมาตรฐานการรายงานทางการเงินสำหรับกิจการที่ไม่มีส่วนได้เสียสาธารณะของวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม ในเขตพัฒนาพิเศษเฉพาะกิจ. จาก <https://incbaa.kku.ac.th/img/files/articles/32b28-11.c11-159.pdf>
- สภาวิชาชีพบัญชีในพระบรมราชูปถัมภ์. (2557). มาตรฐานการศึกษาระหว่างประเทศ ฉบับที่ 2 การพัฒนาทางวิชาชีพ ระยะเริ่มแรก – ความรู้ ความสามารถเชิงเทคนิค (ฉบับปรับปรุง). จาก <http://www.fap.or.th>.
- อรอนงค์ ดิสโร. (2567). ทักษะวิชาชีพบัญชีและมาตรฐานการปฏิบัติงานบัญชีที่มีอิทธิพลต่อการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชีภาครัฐของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ. (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
- Bloom, B.S. (1971). Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill Book Company.
- David, W, Y. (2022). Management Accounting in Healthcare Organizations. <https://www.researchgate.net/publication/362504130>
- Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. Psychological measurement. (30), 607-610.
- Krupička, J. (2020). The management accounting practices in healthcare: The case of Czech Republic hospitals, European Financial and Accounting Journal, 15(1), 53-66,
- Best, J. W. (1977). Research in Education. (3rd edition). New York: Prentice Hall;
- Bloom, B. S. (1971). Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก : กรณีศึกษา 2 ราย (Nursing care of cataract surgery patients : Two case studies)

ชิตชนก ถาวรนุรักษ์
Chitchanok Thawornnurak
โรงพยาบาลระนอง
Ranong Hospital

บทคัดย่อ

ต้อกระจกเป็นสาเหตุสำคัญของตาบอดอันดับหนึ่งของโลก และมีสาเหตุส่วนใหญ่จากต้อกระจกซึ่งสามารถรักษาให้หายขาดได้ หากได้รับการตรวจคัดกรองและรักษาพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วมเปรียบเทียบ จำนวน 2 ราย ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลระนอง การเก็บรวบรวมข้อมูลได้จากแบบบันทึกทางการพยาบาล แบบบันทึกการทบทวนจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน และการซักประวัติจากญาติ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เปรียบเทียบ แบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะการวางแผนจำหน่าย ช่วงเดือน มกราคม 2567 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2567

ผลการศึกษา : พบว่าปัญหาของผู้ป่วยที่เหมือนกัน คือ 1) วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด 2) เสี่ยงต่อความไม่พร้อมในการผ่าตัด 3) เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มเดินชนสิ่งของเนื่องจากมีภาวะสายตาเลือนราง 4) ปวดตาเนื่องจากมีแผลผ่าตัด 5) เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อภายในลูกตา 6) เสี่ยงต่อภาวะ Hyperglycemia, Hypoglycemia 7) ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดทักษะในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

สำหรับปัญหาและความต้องการที่แตกต่างกัน กรณีที่ 1 คือ 1) เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากใช้เวลาในการผ่าตัดนาน 40 นาที หลังเปิดตามีเยื่อตาแดงเล็กน้อยต้องช้ยาหยอดตา ส่วนกรณีที่ 2 ไม่มีปัญหาใช้เวลาในการผ่าตัดนาน 20 นาที หลังเปิดตาไม่พบอาการผิดปกติ

สรุปผลการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกมีภาวะแทรกซ้อนและสาเหตุที่แตกต่างกัน ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการประเมิน การวินิจฉัยภาวะเสี่ยงตั้งแต่แรกเริ่ม ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่ถูกต้อง เหมาะสม ควบคู่กับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การพยาบาล, ต้อกระจก, การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก

Abstract

Cataracts are the number one cause of blindness in the world. and is most commonly caused by cataracts which can be completely cured If you receive proper screening and medical treatment. The purpose of this study was to study the nursing outcomes of cataract surgery patients with diabetes and high blood pressure. Compare 2 cases in the female surgery ward. Ranong Hospital. Data collection was from nursing records. Form for reviewing inpatient medical records and history taking from relatives Data analysis by comparative analysis, health patterns, pathology, signs and symptoms Treatment and nursing diagnosis are divided into 3 phases: preoperative nursing; Postoperative period and distribution planning period from January 2024 to February 2024.

Results of the study: It was found that the problems of patients were the same : 1) anxiety about surgery 2) risk of being unprepared for surgery 3) risk of accidents, falls, walking and hitting objects due to low vision. 4) Eye pain due to surgical wounds 5) Risk of infection inside the eye 6) Risk of Hyperglycemia, Hypoglycemia 7) Patients and caregivers lack the skills to take care of themselves when they return home.

For different problems and needs, Case 1 is 1) at risk of infection because the surgery takes 40 minutes. After opening the eyes, there is a slight redness of the conjunctiva, requiring use of eye drops. As for Case 2, there is no problem, it takes time. During the surgery for 20 minutes after opening the eyes, no abnormal symptoms were found.

Summary of the results of this study found that Cataract surgery patients have different complications and causes. Therefore, nurses need to have competency in assessment. Diagnosis of risk conditions from the beginning Collaborate with a multidisciplinary team to resolve complications correctly and appropriately, along with using evidence-based nursing practices. To provide effective nursing care for cataract surgery patients.

Keywords : Nursing, Cataract, Nursing for cataract surgery patients

บทนำ

ต้อกระจกเป็นสาเหตุสำคัญของตาบอดอันดับหนึ่งของโลก (จिरตมา ฌณีพงษ์, 2563) องค์การอนามัยโลก ประเมินว่าประชากรทั่วโลก 6,000 ล้านคน มีคนตาบอดประมาณ 35-40 ล้านคน ซึ่งเป็นผลมาจากโรคต้อกระจกถึงร้อยละ 45 (ณวัฒน์ วัฒนชัย ใน: ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย, 2559) ในประเทศไทยคนตาบอดเกิดจากโรคต้อกระจกพบได้ร้อยละ 51 (สุภรัตน์ จริยโกศล. ใน: วิศนิตันติเสวี, สุภรัตน์ จริยโกศล, วรณภรณ์ พุกษากร, สุภณัฐ อภิญญาวิสิสุข, และปัจฉิมา จันทรินทร์, 2561) สถานการณ์ประเทศไทยมีความชุกตาบอด 0.59% โดยมีสาเหตุอันดับ 1 จากต้อกระจกร้อยละ 51.6 (ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2557) โดยต้อกระจกเกิดจากการขุ่นของเลนส์แก้วตา ส่วนมากเป็นในผู้สูงอายุถึงร้อยละ 96 (สมสงวน อัญญคุณ และคณะ, 2556) สาเหตุของการเกิดต้อกระจก ส่วนใหญ่เกิดจากความเสื่อมของเลนส์แก้วตาตามอายุ หรือสาเหตุอื่น เช่นมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง คอเลสเตอรอลสูง นอกจากนี้ รังสีอัลตราไวโอเล็ต การดื่มแอลกอฮอล์

การใช้ยากลุ่มสเตียรอยด์ ยาลดความชื้นบางชนิดเป็นเวลานาน หรือเคยได้รับบาดเจ็บ การติดเชื้อบริเวณตา เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดต้อกระจกได้ (ปริยา จารุจินดา, 2565) โดยมีรายงานว่าผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคต้อกระจกได้ 2-4 เท่าของผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน เมื่อต้อกระจกเป็นมากขึ้น จักษุแพทย์จะพิจารณาเรื่องการผ่าตัด และใส่เลนส์ตาเทียม ซึ่งปัจจุบันวิธีผ่าตัดมีหลายรูปแบบ วิธีที่นิยมทำผ่าตัดคือการสลายต้อกระจกโดยใช้คลื่นเสียงที่มีความถี่สูง (Ultrasound) เข้าไปสลายต้อกระจกผ่านท่อขนาดเล็กที่สอดเข้าไปในดวงตาโดยเปิดปากแผลประมาณสองถึงสามมิลลิเมตร คลื่นเสียงที่มีความถี่สูงจะทำให้เลนส์ที่ขุ่นมัวแตกออกเป็นชิ้นเล็กๆ และดูดเศษเลนส์ที่กลายเป็นชิ้นเล็กๆ ออกมาทางท่อขนาดเล็กที่สอดเข้าไป จากนั้นแพทย์จะแทนที่เลนส์ธรรมชาติด้วยเลนส์ตาเทียมถาวร (intraocular lens หรือเรียกย่อว่า IOL) การผ่าตัดทำโดยการหยอดยาเฉพาะที่เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บ หรือ อาจฉีดยาเฉพาะที่เพื่อทำให้เกิดอาการชาและป้องกันไม่ให้ดวงตามีการเคลื่อนไหว วิธีนี้เรียกว่า “Phacoemulsification” (วัฒนา ศรีจันทร์, 2556)

การผ่าตัดต่อกระจก เป็นการผ่าตัดที่มีความปลอดภัยสูง และมีผลข้างเคียงน้อย โดยผลแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ post-operative endophthalmitis (การติดเชื้อหลังการผ่าตัด) expulsive suprachoroidal hemorrhage (ภาวะเลือดออกในชั้น suprachoroidal) bullous keratopathy (กระจกตาบวม) cystoid macular edema (ศูนย์กลางจอประสาทตาบวม) จอประสาทตาหลุดลอกและเลนส์แก้วตาเทียมหลุด (ลักษณะพร กรุ้งไกรเพชร, 2561)

ซึ่งการศึกษาพบว่าผู้ที่ เป็นโรคเบาหวานจะมีความเสี่ยงในการผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากการผ่าตัดจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงต่อระบบสมดุลในร่างกาย มีการหลั่งฮอร์โมนหลายชนิดที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาล และมีผลต่อเนื่องกับการหายของแผลและการติดเชื้อ (อยุทธิณี สิงห์โกวิท, 2564) ดังนั้น หากต้องผ่าตัด ผู้ป่วยต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติก่อนผ่าตัด เพราะหากมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงส่งผลให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย และมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา เช่น ม่านตาอักเสบ กระจกเลนส์ขุ่น จุดภาพชัดบวมแบบซิสต์ (cystoid macular edema) ลูกตาติดเชื้อ (endophthalmitis) นอกจากนี้ยังพบภาวะเบาหวานขึ้นจอตาเป็นมากขึ้นหลังผ่าตัดต่อกระจก (Chuang J, et al, 2002)

จากสถิติโรงพยาบาลระนอง ในช่วงปีงบประมาณ 2564- 2566 ผู้ป่วยโรคต่อกระจกได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมจำนวน 241, 287 และ 301 รายตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดมีภาวะโรคร่วมเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวน 47, 56 และ 65 ราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลระนอง, 2564-2566) การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มีโรคประจำตัว จำเป็นที่จะต้องให้การพยาบาลที่มีความยุ่งยากและซับซ้อนมากขึ้น เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา ผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงความสำคัญด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคต่อกระจก ได้ทำการศึกษาปัญหาและวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย เพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์

ในการดูแลผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มีภาวะโรคร่วม เพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดและเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกที่มีโรคร่วมให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกที่มีโรคร่วม เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

เป็นการรายงานการศึกษาผู้ป่วย (Case Study) ผู้ป่วยต่อกระจก 2 ราย ที่ได้รับการผ่าตัดและมีโรคร่วมเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลระนอง ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่มกราคม ถึงกุมภาพันธ์ 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้จากแบบบันทึกทางการพยาบาล แบบบันทึกการทบทวนจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การซักประวัติจากญาติ การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบ 11 แบบแผนของกอร์ดอน พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะการวางแผนจำหน่าย

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

การศึกษาค้นคว้าผ่านการพิจารณาแบบแยกเว้นการพิจารณา (Exemption Review Report) จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลระนอง เลขที่ COE_RNH.EC.020/2567 ผู้วิจัยได้ดำเนินการการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโดยการขออนุญาตผู้ป่วยและญาติ โดยขอความยินยอมด้วยวาจาได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยและข้อมูลส่วนตัวทุกอย่างจะเป็นความลับ โดยการนำเสนอผลงานเป็นภาพรวมไม่มีการแสดงชื่อหรือสัญลักษณ์ที่ระบุตัวตน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 53 ปี มารับการรักษาที่คลินิกจักษุ โรงพยาบาลระนอง ด้วยอาการสำคัญคือ 3 เดือนก่อนมา ตาซ้ายมัวมองเห็น ภาพไม่ชัด มีอาการปวดเคืองตาเป็นบางครั้ง วันนี้มาตามนัดเพื่อทำผ่าตัดต้อตรางค์ แกร็บ ความดันโลหิต 129/71 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส ตรวจวัดระดับการมองเห็น (Visual acuity test : VA) ตาข้างขวา 10/200 Ph NI ความดันลูกตา 11 มิลลิเมตรปรอท ตาข้างซ้าย 2FC Ph NI ความดันลูกตา 11 มิลลิเมตรปรอท จากประวัติการเจ็บป่วย ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง รับการรักษาที่โรงพยาบาลระนอง รับประทานยาสม่ำเสมอ จักษุแพทย์วินิจฉัยเป็นโรคต้อกระจกร่วมกับมีเบาหวานขึ้นจอประสาทตาทั้ง 2 ข้าง เตรียมความพร้อมในการผ่าตัด โดยวัดเลนส์ ล้างท่อน้ำตา ตรวจระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ 273 mg% รายงานแพทย์เจ้าของไข้รับทราบ ให้ RI 4 unit sc ติดตามระดับน้ำตาลในกระแสเลือดซ้ำก่อนนอนและเช้าวันผ่าตัด พบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด ขณะผ่าตัดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัดตาซ้าย ปิดตาด้วย eye pad ครอบ eye child ใช้เวลาผ่าตัด 40 นาที หลังผ่าตัด มีอาการปวดตาพอทนได้ pain score 3 คะแนน วันที่ 1 หลังผ่าตัดส่งผู้ป่วยพบจักษุแพทย์เพื่อเปิดตา มีเยื่อぶตาแดงเล็กน้อย ไม่พบเลือดออกในช่องหน้าม่านตา เลนส์แก้วตาเทียมอยู่ในเปลือกหุ้มแคปซูลด้านหลังดี ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดตา ตรวจวัดระดับการมองเห็น (Visual acuity test : VA) ตาซ้าย 20/70 Ph same ความดันลูกตา 17 มิลลิเมตรปรอท เพิ่มยา Hista oph หยอดตาข้างซ้าย วันละ 4 ครั้ง เนื่องจากเยื่อぶตาแดงเล็กน้อย หลังหยอดตา อาการทุเลา แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมอยู่ โรงพยาบาล 2 วัน และนัดผู้ป่วยมาตรวจตามนัด 1 สัปดาห์หลังการผ่าตัด

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 45 ปี มารับการรักษาที่คลินิกจักษุ โรงพยาบาลระนอง ด้วยอาการสำคัญคือ 4 เดือนก่อนมา ตาซ้ายมัวมองเห็น

ภาพไม่ชัด มัวลงเรื่อยๆ ไม่มีอาการปวดตา วันนี้มาตามนัดเพื่อทำผ่าตัดต้อตรางค์ แกร็บ ความดันโลหิต 157/92 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 102 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ตรวจวัดระดับการมองเห็น (Visual acuity test : VA) ตาข้างขวา 20/70 Ph 20/50 ความดันลูกตา 14 มิลลิเมตรปรอท ตาข้างซ้าย HM ความดันลูกตา 10 มิลลิเมตรปรอท จากประวัติการเจ็บป่วย ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำจืดน้อย จังหวัดระนอง รับประทานยาสม่ำเสมอ จักษุแพทย์วินิจฉัยเป็นโรคต้อกระจกตาซ้าย ถึงระยะต้อกระจกสุกต้องผ่าตัด เตรียมความพร้อมในการผ่าตัด โดยวัดเลนส์ ล้างท่อน้ำตา ตรวจระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเช้าวันผ่าตัด ได้ 78 mg% ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด ขณะผ่าตัดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัดตาซ้าย ปิดตาด้วย eye pad ครอบ eye child ใช้เวลาผ่าตัด 20 นาที หลังผ่าตัด ไม่มีอาการปวดตา วันที่ 1 หลังผ่าตัดส่งผู้ป่วยพบจักษุแพทย์เพื่อเปิดตา ไม่พบเลือดออกในช่องหน้าม่านตา เลนส์แก้วตาเทียมอยู่ในเปลือกหุ้มแคปซูลด้านหลังดี ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดตา ตรวจวัดระดับการมองเห็น (Visual acuity test : VA) ตาซ้าย 5/200 Ph same อาการทุเลา แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมอยู่ โรงพยาบาล 2 วัน และนัดผู้ป่วยมาตรวจตามนัด 1 สัปดาห์หลังการผ่าตัด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและผลการวิเคราะห์ของกรณีศึกษา

หัวข้อ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	ผลการวิเคราะห์
เพศ	หญิง	หญิง	จากกรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัย ต้อกระจก ที่มีโรคร่วม ซึ่งทั้ง 2 รายเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จึงมีโอกาสเกิดต้อกระจกจากความเสื่อมตามวัยและต้อกระจกจากโรคประจำตัว พบว่าส่วนใหญ่เกิดในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สาเหตุมาจากความเสื่อมของเลนส์แก้วตาตามอายุ และสาเหตุอื่นๆ เช่น มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง คลอเลสเตรอลสูง เป็นต้น โดยมีรายงานว่าผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคต้อกระจกได้ 2- 4 เท่าของผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน (ลักษณะพร กรุณาเพชร, 2561) ได้รับการผ่าตัด Phacoemulsification with IOL เหมือนกัน ส่วนที่แตกต่างกันคือ กรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ร่วมกับภาวะต้อกระจก ทำให้ต้อกระจกนิ่ม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด ใช้เวลารักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลา 2 วัน การมองเห็นหลังผ่าตัด VA ตาซ้าย 20/70 กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยมีโรคเบาหวาน และความดันโลหิตแต่ไม่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด ใช้เวลารักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล 2 วัน
อายุ	53 ปี	45 ปี	
การวินิจฉัยของแพทย์	Posterior Subcapsular Cataract with Proliferative Diabetic Retinopathy	Senile Cataract	
อาการสำคัญที่มารักษาที่โรงพยาบาล	ตาซ้ายมัวมองเห็นภาพไม่ชัด เป็นมา 3 เดือน	ตาซ้ายมัวมองเห็นภาพไม่ชัด ตามัวลงเรื่อยๆ ไม่มีอาการปวดตา เป็นมา 4 เดือน	
โรคประจำตัว	เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง (10 ปี)	เบาหวาน ความดันโลหิตสูง (10 ปี)	
Fundus	Moderate NPDR	ไม่มี	
Lens	NS 1-1.5 + PSC	Senile Cataract	
VA ตาซ้าย	ก่อนผ่าตัด 2FC ph NI หลังผ่าตัด 20/70 ph same	ก่อนผ่าตัด HM หลังผ่าตัด 5/200 ph same	
ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด	Proliferative Diabetic Retinopathy Left Eye	Blindness Left Eye	
FBS	วันAdmit 273 mg% ก่อนผ่าตัด 117 mg%	วันAdmit 105 mg% ก่อนผ่าตัด 78 mg%	
การผ่าตัด	Phacoemulsification with IOL	Phacoemulsification with IOL	
ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด	ไม่มี	ไม่มี	
ปัญหาหลังผ่าตัด	ไม่มี	ไม่มี	
ระดับความปวดตา	หลังผ่าตัด NRS 3 คะแนน	ไม่ปวดตา	
จำนวนวันนอน	2 วัน	2 วัน	

2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

กรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพ ทั้ง 11 แบบแผนของ Gordon ได้นำมาเป็นแนวทางในการตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จากการประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยต่างร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณที่

เกี่ยวข้องกับสุขภาพของคน ทั้งคนที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะสมดุล การพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยที่ผ่าตัดต่อกระดูกตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะวางแผนจำหน่าย เปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบทฤษฎีและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดและระยะวางแผนจำหน่ายของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล			การพยาบาล
ระยะการดูแล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
ระยะก่อนการผ่าตัด	1. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม และ เดินชนสิ่งของ เนื่องจากมีภาวะสายตาเลือนราง	1. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัด ตกหกล้มและเดินชนสิ่งของ เนื่องจากมีภาวะสายตาเลือนราง	1. แนะนำสถานที่ภายในหอผู้ป่วย 2. ปรับระดับเตียงเพื่อให้ขึ้นลงได้สะดวก ล็อคล้อเตียง ป้องกันการเลื่อนของเตียง 3. อนุญาตให้ญาติเฝ้าได้ 1 คน 4. ดูแลจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมปลอดภัย 5. แนะนำ เปิดไฟหริที่หัวเตียงผู้ป่วยไว้ ประเมินผลการพยาบาล : กรณีศึกษาทั้ง 2 รายไม่เกิดอุบัติเหตุ
	2. วิดกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนผ่าตัด และการมองเห็นหลังผ่าตัด	2. วิดกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนผ่าตัดและการมองเห็นหลังผ่าตัด	1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย/ผู้ดูแล และตรวจเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ 2. ประเมินระดับความวิตกกังวลและความสามารถในการดูแล ตนเองของผู้ป่วย พร้อมทั้งเปิดโอกาส ให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย 3. อธิบายเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ขั้นตอนการผ่าตัดอย่างง่ายๆ รวมทั้งการปฏิบัติตัวก่อน และขณะรับการผ่าตัด 4. ให้คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก ประเมินผลการพยาบาล : กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย วิตกกังวล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล			การพยาบาล
ระยะการดูแล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
	3. เสี่ยงต่อการไม่พร้อมในการผ่าตัด	3. เสี่ยงต่อการไม่พร้อมในการผ่าตัด	<p>1. ประเมินสภาพของผู้ป่วย ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินสภาพด้านร่างกาย - ตรวจสอบชื่อ-สกุลให้ตรงกับเวชระเบียน และแผนการรักษา โรคประจำตัว การใช้ยา การแพ้ยา การผ่าตัดในอดีตและการใช้ยาละลายลิ่มเลือด เพื่อป้องกันภาวะเลือดหยุดยาก <p>2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ชนิดการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดได้และการป้องกัน</p> <p>3. ตรวจสอบผลการตรวจต่างๆ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด ≤ 200 mg%7 ระดับความดันโลหิต การอยู่ระหว่าง 90/60-140/90 มม.ปรอท และค่า systolic ≤ 220 หรือค่า diastolic ≤ 110 มม.ปรอท8</p> <p>4. ทำความสะอาดร่างกายโดยอาบน้ำ สระผม ฟอกหน้า โกนหนวด ตัดเล็บก่อนและเข้าวันผ่าตัด</p> <p>5. ประเมินการอักเสบติดเชื้อทุกส่วนภายในร่างกาย เช่น ตา กุ้งยิง แผลอักเสบที่อื่น หรือการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ถ้ามีความพิจารณาเลื่อนผ่าตัด</p> <p>6. ตรวจสอบกำลังเลนส์แก้วตาเทียม (Power IOL) พร้อมตรวจสอบค่าต่างๆ ตามมาตรฐาน</p> <p>7. ให้ฝึกนอนคลุมโปงเพราะขณะผ่าตัดจะใช้ผ้าสะอาดคลุมปิดส่วนต่างๆ ของร่างกายเหลือเพียงแต่ตาข้างที่จะผ่าตัดเพราะถ้าไม่ฝึกมาก่อนอาจทำให้เครียด หายใจไม่สะดวกและไม่ให้ความร่วมมือขณะผ่าตัดได้</p> <p>ประเมินผล : การพยาบาล : กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พร้อมในการผ่าตัดและผ่าตัดได้ทั้ง 2 ราย</p>

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล			การพยาบาล
ระยะการดูแล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
	4. มีโอกาสเกิดภาวะ Hypo - Hyperglycemia	4. มีโอกาสเกิดภาวะ Hypo - Hyperglycemia	<p>1. ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดเช้าวันผ่าตัดทุกราย โดยตรวจ DTX ควรอยู่ระหว่าง 70-200 mg%9</p> <p>2. แนะนำผู้ป่วยสังเกตอาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ดังนี้ จะมีอาการสั่น เหงื่อออกมาก ตัวเย็น ชีต หิว กระวนกระวาย ความรู้สึกตัวลดลง สับสน อาจหมดสติได้</p> <p>3. แนะนำสังเกตอาการภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ดังนี้ มีอาการปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ หอบ ระดับความรู้สึกตัวลดลงและหมดสติได้</p> <p>ประเมินผล:การพยาบาล:กรณีศึกษารายที่ 1 ระดับน้ำตาลในเลือด 273 mg% ให้ RI 4 unit sc กรณีศึกษารายที่ 1 ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดซ้ำก่อนนอนและเช้าวันผ่าตัด ผลอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 2 ระดับน้ำตาลในเลือดเช้าวันผ่าตัดผลอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ 78 mg% ผลลัพธ์ผ่าตัดได้ทั้ง 2 ราย ไม่มีภาวะ Hypo - Hyperglycemia</p>
ระยะผ่าตัด	1. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดยาเฉพาะที่	1. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดยาเฉพาะที่	<p>1. ชักประวัติการมีโรคประจำตัว เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคตับจะทำให้การกำจัดยาออกจากร่างกายทำได้ยาก ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดแดงตีบ Hyperthyroid ไม่ควรใช้ยาชาที่มีส่วนผสมของ Epinephrine ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่มีโรคตับและ Hyperthyroid</p> <p>2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 5 นาที และสังเกตอาการข้างเคียงของการได้รับยาชา เช่น ตื่นเต้น กระสับกระส่าย คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ง่วงซึม หวานนอน ชัก เกร็ง หมดสติ ความดันโลหิตอาจต่ำหรือสูงกว่าปกติ</p>

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล			การพยาบาล
ระยะการดูแล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
			<p>3. เตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ยา และทีมช่วยเหลือ เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล : ผู้ป่วยไม่มีอาการแพ้ยา ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86 ครั้ง/นาทีหายใจ 18 ครั้ง/นาที</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล : ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดยาเฉพาะที่ ทั้ง 2 ราย</p>
	2. ความเสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดเลนส์	2. ความเสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดเลนส์	<p>1. ตรวจสอบผู้ป่วย ตาข้างที่จะผ่าตัด และขนาดของเลนส์ตั้งแต่ขั้นตอนการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด</p> <p>2. Mark site โดยพยาบาลตึกผู้ป่วยในก่อนส่งผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด</p> <p>3. ตรวจสอบซ้ำ ในขั้นตอนการรับผู้ป่วยที่ห้องผ่าตัด และในขั้นตอนการผ่าตัดในห้องผ่าตัดให้ถูกต้อง ตรงกันกับผู้ป่วยและเวชระเบียน</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล : ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตาข้างซ้ายและใส่เลนส์ทั้ง 2 ราย</p>
	3. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการใช้เครื่องมือผ่าตัด	3. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการใช้เครื่องมือผ่าตัด	<p>1. แนะนำผู้ป่วยนอนนิ่งๆ ห้ามลุกขึ้นนั่งขณะผ่าตัด ห้ามไอจาม ขยับร่างกาย หรือส่ายหน้าไปมา ถ้ามีอาการผิดปกติเช่น เจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อย หายใจไม่สะดวก หรืออาการรบกวนอื่น ให้แจ้งแพทย์ให้รับทราบ โดยพูด แจ้งให้แพทย์รับรู้เพื่อที่แพทย์จะได้หยุดการผ่าตัดก่อนช่วยเหลือในลำดับต่อไป เพราะเครื่องมือผ่าตัดอยู่ในตาผู้ป่วย</p> <p>2. ตรวจสอบเครื่องมือผ่าตัดให้พร้อมใช้งานอยู่เสมอ</p> <p>3. ส่งเครื่องมือผ่าตัดให้ถูกต้องตามเทคนิค และตามลำดับขั้นตอนการผ่าตัดด้วยความนุ่มนวล</p>

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล			การพยาบาล
ระยะการดูแล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
			4. จัดสภาพแวดล้อมให้มีแสงสว่างเพียงพอ ประเมินผลการพยาบาล : กระจกตาและเนื้อเยื่อข้างเคียงไม่ได้รับบาดเจ็บ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ นอนหงายราบได้ดีตลอดระยะการผ่าตัด
	4. เสี่ยงต่อการปนเปื้อนเชื้อโรคขณะการผ่าตัด	4. เสี่ยงต่อการปนเปื้อนเชื้อโรคขณะการผ่าตัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมตามแผนการรักษาให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ 2. จัดสิ่งแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดตามมาตรฐาน 3. จัดเตรียมเครื่องมือให้พร้อมและเพียงพอ โดยเป็นชนิด Single use และผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อ 4. ควบคุมและรักษาสภาวะปลอดเชื้อ ความชื้น และแรงดันของห้องผ่าตัดตามเกณฑ์มาตรฐาน ป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโรคไปสู่แผลผ่าตัด 5. ช่วยผ่าตัดด้วย Sterile technique ประเมินผลการพยาบาล: อุปกรณ์และเครื่องมือผ่าตัดพร้อมใช้งาน สภาพแวดล้อมห้องผ่าตัดอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด
ระยะหลังผ่าตัด	1. ปวดตาเนื่องจากมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหลังผ่าตัด	1. ปวดตาเนื่องจากมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหลังผ่าตัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดท่านอนผู้ป่วยไม่นอนทับบริเวณตาข้างที่ผ่าตัด 2. ประเมินอาการปวดโดยการสอบถามสังเกตสีหน้า ทำทางโดยใช้ pain scale 3. ดูแลให้ได้รับยาลดปวดตามแผนการรักษา 4. ดูแลให้นอนพัก จำกัดกิจกรรม <p>ประเมินผลการพยาบาล : กรณีศึกษารายที่ 1 NRS 3 คะแนน ประคบเย็นให้กรณีศึกษารายที่ 2 ไม่มีอาการปวด</p>

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล			การพยาบาล
ระยะการดูแล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
	2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อภายในลูกตา	2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อภายในลูกตา	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนะนำวิธีการทำความสะอาดใบหน้า ให้นำน้ำเข้าตาข้างที่ ผ่าตัด 2. ให้การพยาบาลทุกขั้นตอน ด้วยวิธีปลอดเชื้อ ล้างมือให้สะอาดทุกครั้ง 3. แนะนำสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดได้ เช่น ปวดตาอย่างรุนแรง กินยาแก้ปวดแล้วไม่ดีขึ้น มีอาการน้ำตาไหลมากผิดปกติ 4. เช็ดตา sterile ดูแลให้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา <p>ประเมินผลการพยาบาล : กรณีศึกษารายที่ 1 หลังเปิดตาเยื่อตาบวมเล็กน้อย หยอด Hista oph qid pc และใช้เวลาในการผ่าตัดนาน 40 นาที</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 2 หลังเปิดตาเยื่อตาปกติ ใช้เวลาผ่าตัด 20 นาที ไม่มีการติดเชื้อในลูกตาทั้ง 2 ราย</p>
	3. เสี่ยงต่อภาวะความดันภายในลูกตาสุง	3. เสี่ยงต่อภาวะความดันภายในลูกตาสุง	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำนอนให้ผู้ป่วยไม่นอนทับตาข้างที่ ผ่าตัด 2. หลีกเลี่ยงการไอจามแรงๆ การก้มศีรษะต่ำกว่าเอว 3. หลีกเลี่ยงการเบ่งถ่ายอุจจาระ การสั่งหน้ามากๆ ขณะแปร่งฟัน <p>ประเมินผลการพยาบาล : กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ภาวะความดันในลูกตาปกติ</p>
ระยะวางแผนการจำหน่าย	1. ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน เช่น การเช็ดตา การหยอดตา การเก็บรักษายา และการรับประทานยา	: ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน เช่น การเช็ดตา การหยอดตา การเก็บรักษายา และการรับประทานยา	<ol style="list-style-type: none"> 1. เตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม สอนญาติให้สามารถเช็ดตาและหยอดตาอย่างถูกวิธี แนะนำวิธีการรับประทานยาและการเก็บรักษาอย่างถูกวิธีเมื่อกลับบ้าน 2. ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว หลังการผ่าตัด หากผู้ป่วยไม่มีความสามารถในการรับรู้ให้เน้นการให้คำแนะนำญาติผู้ดูแลและโทรศัพท์ติดตามอาการทุกวัน

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล			การพยาบาล
ระยะการดูแล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
			<p>3. กรณีผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลที่เหมาะสม แพทย์ควรพิจารณาให้อยู่โรงพยาบาลจนกว่าจะมั่นใจว่าปลอดภัย</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล : หลังการสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลทั้ง 2 ราย สาธิตย้อนกลับได้ และเช็ดตาได้ถูกต้อง</p>
	2. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน	2. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน	<p>1. ประเมินความพร้อมในการปฏิบัติตัวและทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล</p> <p>2. สอน สาธิต การเช็ดตา การหยอดอย่างถูกวิธี</p> <p>3. สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น ปวดตามาก มีขี้ตา ตามัวลง</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล : หลังการสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลทั้ง 2 ราย สาธิตย้อนกลับได้ และเช็ดตาได้ถูกต้อง ตอบวันมาพบแพทย์ตามนัดได้</p>
	3. การพยาบาลเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน	3. การพยาบาลเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน	<p>1. ขณะอาบน้ำให้ใช้ขันตักรดจากไหล่ลงมา ระวังอย่าให้น้ำกระเด็นเข้าตา</p> <p>2. แนะนำเวลาแปรงฟัน ค่อยๆ แปรง ไม่สั้นศีรษะไปมา</p> <p>3. สามารถรับประทานอาหารได้ทุกอย่าง หลีกเลี่ยงอาหารแข็ง เหนียว ที่ต้องออกแรงเคี้ยวมากๆ</p> <p>4. ไม่ควรให้ท้องผูก ดังนั้นพยายามรับประทานผัก ผลไม้ เป็นประจำ</p> <p>5. แนะนำผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการยกของหนัก การออกกำลังกายประเภทกระโดด เล่นโยคะ</p> <p>6. สระผมได้ถ้านศีรษะ โดยให้ผู้อื่นสระให้ไม่ให้เกาแรงและระมัดระวังไม่ให้น้ำกระเด็นเข้าตาข้างที่ผ่าตัด</p> <p>7. ใช้สายตาได้ตามปกติ เช่น ดูโทรทัศน์หรืออ่านหนังสือ แต่ถ้าเมื่อยตาก็ให้หยุดพัก</p>

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล			การพยาบาล
ระยะการดูแล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
			<p>เน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการใช้ผ้าปิดตา และที่ครอบตา</p> <p>8. สอนผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการเช็ดตา หยอดตา ป้ายตา ให้ถูกต้องตามเทคนิคปลอดเชื้อ</p> <p>9. แนะนำเรื่องการรับประทานยา และใช้ยาหยอดตา ยาป้ายตา ตามแผนการรักษา</p> <p>10. แนะนำให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ทันที ได้แก่ ปวดตามากผิดปกติ ถึงแม้รับประทานยาแก้ปวดที่ได้รับจากโรงพยาบาลแล้วก็ไม่ทุเลา</p> <p>11. มาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง ประเมินผลการพยาบาล : หลังการสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลทั้ง 2 ราย ตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและสาธิตการย้อนกลับได้ถูกต้องทุกหัวข้อ</p>

ข้อเสนอแนะจากการทำกรณีศึกษา

จากกรณีศึกษาผู้ป่วย ทั้ง 2 ราย มีโรคร่วมคือเบาหวานและความดันโลหิตสูง อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลคล้ายกัน ได้แก่ ตามัวมองเห็นภาพไม่ชัด ไม่มีอาการปวด กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคต้อกระจก ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดต้อกระจกและเปลี่ยนเลนส์ตาเทียม (Phacoemulsification with IOL) เหมือนกันทั้งสองราย หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีความสามารถในการมองเห็นดีขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สอนแนะนำ ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัย เรื่องผลของการให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดโรคต้อกระจก พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยหลังให้ความรู้สูงกว่าก่อนให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังให้ความรู้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติการเช็ดตา หยอดตา และปิดที่ครอบตาอยู่ในระดับมากร้อยละ 93.33 นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ย คะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังให้ความรู้สูง

กว่าก่อนให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังให้ความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสามารถการปฏิบัติการเช็ดตา หยอดตา และปิดที่ครอบตาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 93.33 โดยการใช้กิจกรรมการให้ความรู้ เป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดโรคต้อกระจกมีความรู้ดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องทำให้ดวงตาของผู้ป่วยผ่าตัดโรคต้อกระจกปลอดภัย ไม่เกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัด (เพียงใจ บุญมาดี, 2566) นอกจากนี้ การพยาบาลแบบองค์รวมผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีความเสี่ยงสูงในโรงพยาบาลโสตฯ: กรณีศึกษา 2 ราย โดยให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลครอบคลุมองค์รวม ร่วมกับการวางแผนจำหน่ายแบบ DEMETHOD ส่งผลให้ผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน กลับเข้าสู่สังคมได้ปกติและได้รับความช่วยเหลือจากชุมชนและภาคีเครือข่ายสุขภาพ (เปี่ยมศรี คำทวี, 2565)

ข้อเสนอแนะการศึกษาต่อ

1. ควรมีรูปแบบการให้สุขศึกษาการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระจก ควรใช้สื่อวีดิทัศน์ ประกอบการสอนโดยให้ผู้ป่วยและญาติดูสื่อวีดิทัศน์ก่อน แล้วพยาบาลให้คำแนะนำเพื่อทวนสอบความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติซ้ำก่อนจำหน่าย เนื่องจากสื่อวีดิทัศน์ประกอบด้วยภาพและเสียงในการปฏิบัติ ทำให้ง่ายต่อการจดจำ ส่งผลให้ลดภาวะวิตกกังวลและโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มีภาวะโรคร่วมคือเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาเทียมควรมีการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ในกรณีพบว่าผู้ป่วยบกพร่องเรื่องการรับรู้ ควรเพิ่มช่องทางให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่ายและเร็วขึ้น เช่น การโทรศัพท์ติดตามอาการ การเพิ่มช่องทางติดต่อผ่านแอปพลิเคชัน เช่น ไลน์ ไลน์แอด ไลน์แอด ไลน์แอด เป็นต้น นอกจากนี้ มีการส่งต่อข้อมูลไปยังสถานบริการใกล้บ้าน ได้แก่ รพ.สต. ใกล้บ้าน เพื่อเยี่ยมติดตามอาการหลังจำหน่ายภายใน 1 สัปดาห์

เอกสารอ้างอิง

- จิรดา มณีพงษ์. (2563). กรณีศึกษา: การพยาบาลองค์กรวมในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกที่มีความเสี่ยงสูงโรงพยาบาลภาพสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 5(2): 13.
- จักรี หิรัญแพทย์. (2557). Lens and Cataract .สืบค้นจาก. <https://www.scribd.com/document/22143465/Lens-and-Cataract>
- ณวัฒน์ วัฒนชัย. (2559). ต่อกระจก. ใน: ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย, บรรณาธิการ. ตาดีได้ตา ร้ายไม่เสีย. กรุงเทพฯ: SuperPixel, 100-2.
- เปี่ยมศรี คำทวี. (2565). การพยาบาลแบบองค์กรวมในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกที่มีความเสี่ยงสูงโรงพยาบาลยโสธร: กรณีศึกษา 2 ราย. ยโสธรเวชสาร, 24(1), 125-132.
- พรศิริ พันธสี.(2555).กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ : การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ : บริษัทพิมพ์อักษร จำกัด.
- เพียงใจ บุญมาดี. (2566). ผลของการให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดโรคต่อกระจก. วารสารโรงพยาบาลกลาง. 38 (1): 27-35.
- ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2557). จักษุจุฬา. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- ลักษณะพร กรุงไกรเพชร. (2561). ต่อกระจกในผู้ป่วยเบาหวาน. บุรพาเวชสาร, 95-103.
- ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลระนอง(2562-2565) รายงานผู้ป่วยต่อกระจก.ระนอง.ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลระนอง
- สมสงวน อัญญคุณ และคณะ. (2566). โรคตาที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : วิทอินดีไซน์.
- สุภรัตน์ จริยโกศล. (2561). การป้องกันภาวะผิดปกติทางตา. ใน วิศนี ต้นดีเสวี, สุภรัตน์ จริยโกศล, วรณภรณ์ พลุกษากร, สุภณัฐ อภิญาวาสีสสุข, และปัจฉิมา จันทเรนทร์, บรรณาธิการ. ตำราชักษุวิทยา. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี, 552-70.
- เสาวนิตย์ กมลวิทย์ และปิ่นอนงค์ รัตน์ปทุมวงศ์. (2557). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด โรงพยาบาลระนอง.วารสารกองการพยาบาล, 23-40.
- อยุทธิณี สิงห์โกวินท์.(2564). โรคเบาหวานกับการผ่าตัด. สืบค้นจาก https://www.phyathai.com/article_detail/3564/th/โรคเบาหวานกับการผ่าตัด
- Chung J, Kim MY, Kim HS, et al. (2002). Effect of cataract surgery on the progression of diabetic retinopathy. J Cataract Refract Surg 2002, 28, 626-30.
- Gordon M. (1991). Nurseing diagnosis: Process and application. New York: McGraw-Hill.

ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรก
ในมารดาคลอดปกติต่อความรู้ และทักษะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอด
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

(The effects of knowledge and Skill of Using the Monitoring Postpartum Hemorrhage Development Guidelines 2 hours after delivery among Normal vaginal on knowledge and Skill among Registered nurses in the Labour Department, Chawang Crown Prince Hospital, Nakhon Si Thammarat Province)

สุชาดา ไชยรัตน์
Suchada Chairat
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง
Chawang Crown Prince Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรก ในมารดาคลอดปกติต่อความรู้ และทักษะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง จำนวน 10 คน โปรแกรมประกอบด้วยให้ความรู้การใช้แนวทางการเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอด และทักษะการใช้แนวทางการเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยให้กิจกรรมรายบุคคล คนละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที โปรแกรมและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้และแบบประเมินทักษะ ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ .75, .71 และ .80 ตามลำดับ ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือกับพยาบาลวิชาชีพที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน แบบประเมินความรู้คำนวณโดยใช้การทดสอบ KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 ส่วนแบบประเมินทักษะคำนวณโดยใช้ Interrater reliability ได้ค่าความตรงเท่ากับ 1 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และ Wilcoxon Matched-pair Signed rank Test

ผลการศึกษาพบว่าก่อนได้รับการพัฒนาตามโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 16.00$, S.D. = .471) และทักษะอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 7.50$, S.D. = 1.958) ส่วนหลังได้รับการพัฒนาตามโปรแกรม ความรู้อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 20.00$, S.D. = .000) และทักษะอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 10.00$, S.D. = .000) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะก่อนและหลังได้รับการพัฒนาตามโปรแกรมพบว่าความรู้และทักษะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นั่นคือความรู้และทักษะหลังได้รับการพัฒนาสูงกว่าก่อนได้รับการพัฒนา

ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่จบใหม่และปฏิบัติงานห้องคลอด เพื่อให้มีความรู้และทักษะในการเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอด

คำสำคัญ : แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรก, มารดาคลอดปกติ, การตกเลือดหลังคลอด

Abstract

A quasi-experimental one-group pre-post-test design was used to test The effects of knowledge and Skill of Using the Monitoring Postpartum Hemorrhage Development Guidelines 2 hours after delivery among Normal vaginal delivery on knowledge and Skill among Registered nurses in the Labour Department, Chawang Crown Prince Hospital, Nakhon Si Thammarat Province. Purposive sampling was

used to select 10 registered nurses (RNs) who worked at the labour department on inclusion criteria. The program consisted of knowledge and skill of using the monitoring postpartum hemorrhage development guidelines 2 hours after delivery for normal vaginal delivery. Total activities were used for individuals 2 times per person and 30 minutes each time. The programs and instruments, including the knowledge questionnaire and the skill evaluation scale, were validated by three experts equal to .75, .71, and .80, respectively. The reliability of the instruments was examined with thirty RNs as the same sample size consisted of 1) the knowledge questionnaire was examined with Kuder-Richardson (KR-20) equal to 0.81 and 2) the skill evaluation scale examined with interrater reliability equal to 1. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon Matched-pair Signed rank Test.

The findings revealed that the knowledge and skill of the samples before receiving the program at a moderate level ($\bar{X} = 16.00$, S.D. = .471; $\bar{X} = 7.50$, S.D. = 1.958, respectively). Meanwhile, the knowledge and skill of the samples after receiving the program are at a good level. Moreover, comparing knowledge and skill scores before and after receiving the program revealed that there are significant differences in the mean ranks of knowledge and skills at the level .01. Thus, knowledge and skill scores after development are higher than those before development.

The results of this study can be used to apply the program to newly registered nurses to increase knowledge and skills for monitoring postpartum hemorrhage.

Keywords : Monitoring Postpartum Hemorrhage Development Guidelines 2 hours after delivery, Normal labour, Postpartum Hemorrhage

บทนำ

แม้ว่าแนวโน้ม อัตราการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย ทั่วโลก ระหว่างปี 2000 ถึง 2020 พบว่าลดลงประมาณร้อยละ 34 แต่การตกเลือดหลังคลอดยังเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลกมากที่สุด (World Health Organization [WHO], 2023) สำหรับประเทศไทยพบแนวโน้มสถานการณ์มารดาตาย ในปี พ.ศ. 2564-2566 เท่ากับ 47.7, 25.9 และ 16.39 ต่อการเกิดมีชีพต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งสาเหตุหลักเกิดจากการตกเลือด (กรมอนามัย, 2565; กระทรวงสาธารณสุข, 2566) การตกเลือดหลังคลอดโดยทั่วไปจะประเมินจากปริมาณการสูญเสียเลือดหลังคลอดเป็นเกณฑ์ ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเล็กน้อย (Mild PPH) สูญเสียเลือดตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไป ระดับรุนแรง (Severe PPH) สูญเสียเลือดตั้งแต่ 1,000 มิลลิลิตรขึ้นไป และระดับ

รุนแรงมาก (Very severe or major PPH) สูญเสียเลือดตั้งแต่ 2,500 มิลลิลิตรขึ้นไป (Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program, 2012) สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญและพบได้บ่อยมี 4 สาเหตุหลัก ได้แก่ 1) Tone คือ มดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) 2) Trauma คือ การฉีกขาดของช่องคลอด (Laceration of the genital tract) 3) Tissue คือ การมีเศษรก/เนื้อเยื่อหรือรกค้าง และ 4) Thrombin คือ ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด (Murray & McKinney, 2014) ซึ่งสาเหตุเหล่านี้มีปัจจัยเสี่ยงทั้งที่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้และไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้

สำหรับโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวางเป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 ซึ่งมีสูตินรีเวชแพทย์ และเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในการรับบริการส่งต่อจากโรงพยาบาลข้างเคียง พบอัตราการตกเลือดหลังคลอดตั้งแต่ปี 2564-2566 คิดเป็น 0.6, 1.7, และ 2.10 ต่อ 1000

ประชากร ตามลำดับ (ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง, 2566) จากการทบทวน case ที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด พบว่า มีการรับมารดาส่งต่อจาก รพ.ลูกชาย ส่วนใหญ่เป็นเคส preterm CPD P/S Prolong ในระยะที่ 1 และเศษรกค้างส่งมาเพื่อล้างรก ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด จะเห็นได้ว่า แม้นว่าผลลัพธ์ทางคลินิกเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดคือไม่เกิน 3 ต่อ 1000 ประชากร แต่ผลการดำเนินงานยังมีแนวโน้มที่สูงขึ้นทุกปี (ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง, 2566) สอดคล้องงานวิจัยของ วรณช บัญสอน (2566) ซึ่งยังพบปัญหาว่ามีมารดาหลังคลอดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด และมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จากการที่พยาบาลไม่สามารถประเมินและวินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้ จึงได้ทำงานวิจัยเรื่องการพัฒนาแนวทางการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดขึ้น ผลการศึกษาหลังการใช้แนวปฏิบัติ พบว่า พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติได้ตามแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดได้ ร้อยละ 100 ไม่พบอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด และปริมาณการสูญเสียเลือดหลังใช้แนวปฏิบัติ (\bar{X} =207.30, SD=84.48)

จากข้อมูลข้างต้น สืบเนื่องจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง เป็นโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ HA มีการควบคุมกำกับโดยคณะกรรมการที่มนำทางคลินิก (PCT) ได้มีการพัฒนาวางระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงตั้งแต่กระบวนการเข้ารับ การเข้าถึงบริการ (access & entry) จนถึงกระบวนการดูแลผู้ป่วย และส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยหลังคลอด แต่เนื่องด้วยพยาบาลมีการย้ายเข้าและย้ายออก ซึ่งพยาบาลที่ดูแลมารดาในระยะหลังคลอดจำเป็นต้องมีความรู้ ความสามารถในการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด และมีทักษะทางการพยาบาล ในการดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อป้องกัน ภาวะตกเลือดในระยะหลังคลอด จากการทบทวนปัญหาเชิงลึกพบว่า เกิดจากการประเมินการหดตัวของมดลูกและการส่งต่อข้อมูลความเสี่ยง ต่อการตกเลือดหลังคลอด และการไม่ปฏิบัติตามแนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรก

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลหัวหน้างาน มีบทบาทสำคัญในการกำกับติดตาม ผู้ปฏิบัติงาน เล็งเห็นความสำคัญของสมรรถนะพยาบาลจึงได้มีแนวคิดพัฒนาความรู้และทักษะโดยการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติ โดยบูรณาการแนวคิดสมรรถนะของ McClelland (1999) นั่นคือ ความสามารถหรือศักยภาพของมนุษย์ จะแบ่งออกเป็น 3 ประการ ได้แก่ ความรู้ (knowledge) ทักษะ (skills) และพฤติกรรมที่พึงปรารถนา (attributes) ซึ่งได้อธิบายไว้ว่า เมื่อบุคคลมีความรู้ความเข้าใจ เกิดการเรียนรู้ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงจนเกิดเป็นความชำนาญ และเมื่อใดที่บุคคลได้เกิดการเรียนรู้ทั้งในด้านความคิด ความเข้าใจ ท้ายที่สุดจะนำไปสู่การปฏิบัติงานเกิดความชำนาญมากขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยได้บูรณาการร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับแนวทางการเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาที่คลอดปกติ นำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมความรู้และทักษะของพยาบาลในการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด เพื่อให้การดูแลมารดาหลังคลอดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและลดความเสี่ยงไม่พึงประสงค์ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนทักษะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมมีความแตกต่างกัน

2. คะแนนทักษะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมมีความแตกต่างกัน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติต่อ ความรู้ และทักษะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติ ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้ และทักษะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอด การใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ตั้งแต่ เดือนธันวาคม 2566 - กุมภาพันธ์ 2567

นิยามศัพท์

1. โปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรก ในมารดาคลอดปกติ หมายถึง โปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับมารดาตกเลือดหลังคลอด บูรณาการแนวคิดสมรรถนะมาตรฐานแนวทางในการเฝ้าระวัง นำไปสู่การสร้างโปรแกรม ซึ่งประกอบไปด้วย

1.1 ความรู้การใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติ หมายถึง สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาของการเกิดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค อาการของโรค การวินิจฉัย การรักษา การป้องกัน และการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติ

1.2 ทักษะการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติ หมายถึง ความสามารถของพยาบาลในการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดา

คลอดปกติ ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และแม่นยำ

2. ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การตกเลือดหลังการคลอดทารก มีจำนวนปริมาณเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตร หรือร้อยละ 1 ของน้ำหนักตัวมารดา รวมถึงความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ลดลงมากกว่า ร้อยละ 10 จากก่อนคลอด

3. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอด หมายถึง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการและพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่ปฏิบัติงานห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช และเป็นผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จากมหาวิทยาลัยหรือวิทยาลัยพยาบาลที่สภากาชาดไทยรับรอง มีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่ง หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ที่ยังไม่หมดอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดสมรรถนะของ McClelland (1999) นั่นคือ ความสามารถหรือศักยภาพของมนุษย์จะแบ่งออกเป็น 3 ประการ ได้แก่ ความรู้ (knowledge) ทักษะ (skills) และพฤติกรรม ที่พึงปรารถนา (attributes) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาที่คลอดปกติ นำไปสู่การพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลในการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดต่อไปต่อไป ดังภาพที่ 1

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม

โปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติ ประกอบด้วย

1. ความรู้เกี่ยวกับภาวะตกเลือดหลังคลอดประกอบด้วย
 - 1.1 พยาธิสรีรวิทยาของการเกิด
 - 1.2 ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค
 - 1.3 อาการของโรค
 - 1.4 การวินิจฉัย
 - 1.5 การรักษา
 - 1.6 การป้องกัน
 - 1.7 การใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติ
2. ทักษะในการใช้ แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติ

- ความรู้เกี่ยวกับภาวะตกเลือดหลังคลอดและการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอด
- ทักษะการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอด

ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดทฤษฎี สู่กรอบแนวคิดการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติ

ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองหนึ่งกลุ่มแบบวัดก่อนและหลัง (quasi-experimental one group pre post-test design) ประกอบไปด้วย 2 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานปฏิบัติงานห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง จำนวน 10 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมดจำนวน 10 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพที่มีหน้าที่ปฏิบัติงานห้องคลอด 2) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารเข้าใจได้ด้วยภาษาไทย และ 3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

วิจัย กำหนดเกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ไม่ใช่พยาบาลวิชาชีพ 2) สื่อสาร และไม่เข้าใจภาษาไทย 3) ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และ 4) ขณะดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถทำตามแนวทางของโปรแกรมได้

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติผู้วิจัยสร้างขึ้นแนวคิด สมรรถนะของ McClelland (1970) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางการเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอด ระยะ 2 ชั่วโมงแรก ในมารดาที่คลอดปกติ โปรแกรมประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วย พยาธิสรีรวิทยาของการเกิด ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค อาการของโรค การวินิจฉัย การรักษา การป้องกัน และ ความรู้การใช้ แนวทางเฝ้าระวัง

การตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติ 2) การสอนทักษะในการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติ คนละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที

ส่วนที่ 2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่งที่ปฏิบัติ การศึกษา ประสบการณ์ทำงานจากหน่วยงานอื่น ประวัติการศึกษาเฉพาะทางเพิ่มเติม

2.2 แบบประเมินความรู้การเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติ มีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ ใช่ และ ไม่ใช่ โดยคำตอบที่ถูกต้อง ได้รับคะแนน 1 และ ข้อไม่ถูกต้อง ได้รับคะแนน 0 คะแนนรวม 20 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนน (Bloom, 1971) ดังนี้

คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-11 คะแนน) หมายความว่า ระดับความรู้ต่ำ

คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 (12-15 คะแนน) หมายความว่า ระดับความรู้ปานกลาง

คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (16-20 คะแนน) หมายความว่า ระดับความรู้ดี

2.3 แบบประเมินทักษะการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติ ประกอบไปด้วยการประเมินทักษะการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติที่ถูกต้อง โดยผู้วิจัยออกแบบการประเมินทักษะโดยการสังเกตแบบ check list จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ปฏิบัติถูกต้อง ปฏิบัติไม่ถูกต้อง และไม่ปฏิบัติ โดยถ้าปฏิบัติถูกต้อง ให้ 1 คะแนน ถ้าปฏิบัติไม่ถูกต้องและไม่ปฏิบัติ ให้ 0

เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนน (Best, 1981) ดังนี้
คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-5 คะแนน) หมายความว่า ระดับทักษะต่ำ

คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 (6-7 คะแนน) หมายความว่า ระดับทักษะปานกลาง

คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (8-10 คะแนน) หมายความว่า ระดับทักษะดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การหาค่าความตรง (validity) โปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติ ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ สูตินรีแพทย์ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการทำวิจัย ได้ค่าความตรงของโปรแกรม $CVI=.75$ แบบประเมินความรู้ $CVI=.71$ แบบประเมินทักษะการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติ ได้ค่าความตรง $CVI=.80$

2. การหาความเที่ยง (reliability) โดยไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยแบบประเมินความรู้ ใช้การทดสอบ KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81 และแบบประเมินทักษะการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติ โดยใช้ Interrater reliability ได้ค่าความตรง เท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยออกหนังสือรับรองการทำวิจัยในมนุษย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช รหัสโครงการ NSTPH 143/2566 ลงวันที่ 29 เดือนพฤศจิกายน 2566 จากนั้นผู้วิจัยได้ทำบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง และดำเนินการตามโครงการโดย แนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษา โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิเข้าร่วมโดยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการศึกษาพิจารณาความคิดเห็นความชอบใดๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับให้เป็นรหัส และมีการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่ม

ตัวอย่างเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กระบวนการรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการ และระยะการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมดำเนินกิจกรรมแบบรายบุคคล ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการ

เมื่อโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครศรีธรรมราช ผู้วิจัยดำเนินการทำใบบันทึกข้อความเพื่อขออนุญาตทำกิจกรรม เก็บข้อมูล และหลังจากได้รับอนุญาตผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ระยะดำเนินการ

ผู้วิจัยเข้าชี้แจงพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายขั้นตอนการทำกิจกรรม เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ เริ่มดำเนินการทดลองตามโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การให้ความรู้เรื่องการเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติ แบบ face-to-face โดยใช้เวลาทั้งหมด 30 นาที ต่อครั้งต่อคน

1.1 ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความรู้การเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติ

1.2 ให้ความรู้การเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติ ประกอบด้วย พยาธิสรีรวิทยาของการเกิด ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค อาการของโรค การวินิจฉัย การรักษา การป้องกัน และความรู้การใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติ

ขั้นตอนที่ 2 ทักษะการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติ ใช้เวลา 30 นาที ต่อคนต่อครั้ง

2.1 ประเมินทักษะการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติ โดยการสังเกต และตรวจสอบเวชระเบียน

2.2 สอนการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติ แบบรายบุคคล ใช้สถานการณ์จำลองในการฝึกทักษะของพยาบาลในการใช้การใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติ แบบรายบุคคล

2.3 ประเมินทักษะของพยาบาลในการใช้การใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติโดยการสังเกต และตรวจสอบเวชระเบียนจากสถานการณ์จริง

3. ระยะการวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากได้รับโปรแกรม จะทำการเก็บข้อมูลเป็นรายบุคคล โดยทำการประเมินการเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติ ทันทีหลังจากให้ความรู้ และประเมินทักษะการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติ โดยผู้วิจัยใช้การสังเกตการณ์ และการตรวจสอบเวชระเบียน จากการปฏิบัติงานจริง โดยกลุ่มตัวอย่าง 1 คน ทำการสังเกต และติดตามเวชระเบียน 3 ครั้ง และนำผล ครั้งที่ 3 มาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนความรู้และทักษะใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percent) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติใช้ Wilcoxon Matched-pair Signed rank Test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง (n= 10) ร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 37.00 ปี (S.D.= 10.55) อายุน้อยสุด 26 ปี และมากที่สุด 57 ปี ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 11.70 ปี (n=7) (S.D.= 10.63) ประสบการณ์ทำงานน้อยสุด 1 ปี และมากที่สุดคือ 33 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตำแหน่งระดับชำนาญการ (n= 6) ร้อยละ 60 รองลงมาระดับปฏิบัติการ (n=4) ร้อยละ 40 ทั้งหมดจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (n= 10) ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การทำงานจากที่อื่น (n=7) ร้อยละ 70 และส่วนใหญ่ไม่มีประวัติศึกษาเฉพาะ (n= 7) ร้อยละ 70

2. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ และคะแนนทักษะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอด ระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติ

ผลการศึกษาพบว่าก่อนได้รับการพัฒนาตามโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 16.00$, S.D. = .471) และทักษะอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 7.50$, S.D. = 1.958) ส่วนหลังได้รับการพัฒนาตามโปรแกรม ความรู้อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 20.00$, S.D. = .000) และทักษะอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 10.00$, S.D. = .000) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ และคะแนนทักษะของพยาบาลวิชาชีพและการแปลผล ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอด ระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติ (n=10)

Item	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
คะแนนความรู้ก่อน	15	17	16.00	.471	ระดับความรู้ปานกลาง
คะแนนความรู้หลัง	20	20	20.00	.000	ระดับความรู้ดี
คะแนนทักษะก่อน	2	9	7.50	1.958	ระดับทักษะปานกลาง
คะแนนทักษะหลัง	10	10	10.00	.000	ระดับทักษะดี

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอด ระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอด

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรก ในมารดาคลอดปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นั่นคือความรู้หลังได้รับการพัฒนาสูงกว่าก่อนได้รับการพัฒนา ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติ (n= 10)

ความรู้ก่อนและหลัง	กลุ่มทดลอง (n= 10)		Z	p
	Mean Rank	Sum of Ranks		
Negative rank	0.00	0.00	-1.485	.003**
Positive rank	5.50	55.00		

**p < .01

4. ผลการเปรียบเทียบคะแนนทักษะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอด

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนทักษะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรก ในมารดาคลอดปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นั่นคือทักษะหลังได้รับการพัฒนาสูงกว่าก่อนได้รับการพัฒนา ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบทักษะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอด (n=10)

ทักษะการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกก่อนและหลัง	กลุ่มทดลอง (n= 10)		Z	p
	Mean Rank	Sum of Ranks		
Negative rank	0.00	0.00	-1.525	.002**
Positive rank	5.52	55.20		

**p < .01

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้และทักษะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรก ในมารดาคลอดปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นั่นคือความรู้และทักษะหลังได้รับการพัฒนาสูงกว่าก่อนได้รับการพัฒนา จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ดังนี้

เนื่องจากผู้วิจัยออกแบบการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรง (Experiential Learning Theory) นั่นคือการออกแบบกระบวนการสร้างความรู้ ทักษะ และเจตคติด้วยการนำเอาประสบการณ์เดิมมาบูรณาการเพื่อสร้างการเรียนรู้ใหม่ๆ (Visaggi and Young, 2020) โดยมีจุดเด่น คือการทบทวนประสบการณ์เดิม และนำสู่การลงมือทำ ได้รับรู้ถึงความรู้ใหม่ที่ได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมจากแนวความคิดสมรรถนะของ McClelland (1999) ที่มุ่งเน้นความรู้ และทักษะ นำไปสู่พฤติกรรมที่พึงปรารถนา เมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงจนเกิดความชำนาญ และการที่บุคคลได้เกิดการเรียนรู้ทั้งในด้านความคิด ความเข้าใจ จะนำไปสู่การปฏิบัติจนเกิดความชำนาญมากขึ้น ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลผู้คลอด สอดคล้องการศึกษาของทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ (2560) ได้กล่าวถึงบทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด และได้ให้ข้อคิดเห็นว่า พยาบาลผู้ดูแลมารดาในระยะหลังคลอด ควรได้ทบทวนความรู้เกี่ยวกับภาวะตกเลือดหลังคลอด แนวปฏิบัติและบทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด และนำแนวปฏิบัติในการดูแลมารดาหลังคลอดไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน เพื่อการดูแลมารดาในระยะหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น นอกจากนี้มีงานวิจัยศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือด 2 ชั่วโมง หลังคลอดต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด และภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด พบว่าการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง มีอุบัติการณ์ตกเลือดหลังคลอด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$) เมื่อวิเคราะห์ relative risk regression พบว่าการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล

เพื่อป้องกันการตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอด ลดการตกเลือดหลังคลอดได้ร้อยละ 77 (RR 0.23, 95% CI 0.07-0.71, $p=0.01$) (สุทธิพร พรหมจันทร์, นื่องขวัญ สมุทรจักร, และจรรยา แก้วใจบุญ, 2564) ซึ่งผู้วิจัยได้เสนอข้อคิดเห็นว่าพยาบาลจะต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเองอยู่เสมอ นำแนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือนวัตกรรมทางการพยาบาล มาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลมารดาหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ดังนั้นสมรรถนะทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอดจึงต้องมีความรู้ ความสามารถ และทักษะเฉพาะในการดูแลและให้การพยาบาลแก่ผู้คลอด (American College of Nurse-Midwives [ACNM], 2012) คล้ายคลึงกับการศึกษาของ ทิพย์ภาภรณ์ แยมใส, นवलวรรณ ปูว้าง, และอรพิมพ์ อุษษา (2563) ได้พัฒนารูปแบบและประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย โดยทำการทดสอบความรู้เกี่ยวกับการทำคลอดปกติ และประเมินทักษะการทำคลอดปกติ ผลการวิจัย พบว่าสมรรถนะของกลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการทำคลอดปกติ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) และได้เสนอแนะให้มีการประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลห้องคลอดอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการพยาบาลผู้คลอด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมไปใช้ในพยาบาลที่อยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อเพิ่มความรู้และทักษะการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติ
2. ควรนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับพยาบาลจบใหม่ที่ปฏิบัติงานห้องคลอดเพื่อเพิ่มความรู้และทักษะการใช้แนวทางเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกในมารดาคลอดปกติ

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มระยะเวลาในการดำเนินการอบรม ทักษะและความรู้
2. ควรเพิ่มระยะเวลาการประเมินผล จากก่อน และหลัง เพิ่มการวัดผลระยะติดตาม เพื่อประเมิน ความรู้และทักษะของพยาบาลผู้คลอดแบบต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการ พยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง จังหวัด นครศรีธรรมราช ที่อนุญาตให้ศึกษาวิจัย ขอขอบคุณผู้ทรง คุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และขอ ขอบพระคุณทีมสหวิชาชีพ ที่สำคัญคือกลุ่มตัวอย่าง ที่ให้ ความร่วมมือ และทำให้การดำเนินงานวิจัยประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2565). สถิติสาธารณสุขอัตราส่วนการตายมารดา. กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). วิเคราะห์สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 1.1. Retrieved from <https://hpci.anamai.moph.go.th/kpr/kpr2566/report66/1.1/>
- ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. (2560). การตกเลือดหลังคลอด: บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน. สมาคมสถาบัน อุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย, 6(2), 146-157.
- ทิพย์ภรณ์ ไยมใส, นवलวรรณ ปู่วัง, และอรพิมพ์ อุปษา. (2563). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาล วิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาล ในระยะคลอดงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน, 3(2), 111-126.
- วรรณช บุญสอน. (2566). การพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรก หลังคลอด. Journal of environmental and community health, 8 (2), 205-211.
- ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง. (2566). ข้อมูลคุณภาพประจำปี 2566. นครศรีธรรมราช: โรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชฉวาง.
- สุทธิพร พรหมจันทร์, น้องขวัญ สมุทรจักร, และ จรรยา แก้วใจบุญ. (2564). ผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอด. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ, 22(2), 69-81.
- American College of Nurse-Midwives. (2011). Standards for the Practice of Midwifery. Silver Spring, MD: American College of Nurse-Midwives.
- Best, J.W. (1981). Research in education. 3rd ed. Englewood cliffs, New Jersey:Prentice. Hall Inc.
- Bloom, B.S. (1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company.
- McClelland, D. C (1999). Identifying competencies with behavioral-event interviews. Retrieved from www.eiconsortium.org/research/business_case_forei.htm.
- Murray, S. S. & McKinney, E. S. (2014). Pain management during childbirth. In Foundation of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing. 6th ed., (pp. 278-282). United States of America: Saunders Elsevier.



Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program. (2012). Primary postpartum hemorrhage. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline. Retrieved from www.health.qld.gov.au/qcg.

Visaggi, C. & Young, J. (2020). Experiential Learning Theory. Senior Faculty Associates for Signature Experiences. Retrieved from <https://myexperience.gsu.edu/faculty/resources/theory/>

World Health Organization. (2023). Maternal mortality. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.

การวิเคราะห์สถานการณ์การติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ โรงพยาบาลระนอง (Situational Analysis of Catheter-associated Urinary Tract Infections of Ranong Hospital)

อุไรลักษณ์ มงคล
Urailug Monkon
โรงพยาบาลระนอง
Ranong Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ ทบทวนสาเหตุของการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ และศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ โรงพยาบาลระนอง ศึกษาโดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยติดเชื้อปี 2566 จำนวน 10 ราย สัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างกับบุคลากรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย จำนวน 52 คน ประเมินความรู้และการปฏิบัติกับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 52 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า

1. อุบัติการณ์การติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ 1.59 ครั้ง/1000 วันคาสายสวนปัสสาวะ
2. ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันการเกิดการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ มีดังนี้ 1.ด้านโครงสร้าง

ได้แก่มีแนวทางการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะที่ชัดเจน แต่เข้าถึงยาก อัตรากำลังไม่เพียงพอ มีการจัดอบรม พัฒนาบุคลากรเรื่องการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ แต่หน่วยงานยังขาดการทบทวนหาสาเหตุของการติดเชื้อ ขาดการสื่อสารกันในหน่วยงาน 2. ด้านกระบวนการ ได้แก่ หน่วยงานยังไม่มีมีการประเมินความจำเป็นหรือข้อบ่งชี้ในการคาสายสวนปัสสาวะอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยบางรายคาสายสวนปัสสาวะโดยไม่มีข้อบ่งชี้ ขาดการลงบันทึกทางการแพทย์ การล้างมือล้างแบบแรงรีบไม่ครบขั้นตอน ไม่ครบหลัก 5 moment โดยเฉพาะขั้นตอนก่อนการสัมผัสผู้ป่วย การตรึงสายสวนปัสสาวะ การเทปสายสวน และการทำความสะอาดอวัยวะก่อนการคาสายสวนปัสสาวะ 3. ด้านผลลัพธ์ ได้แก่ หน่วยงานไม่ทราบอุบัติการณ์การติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ และไม่ได้นำข้อมูลมาทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างชัดเจน ไม่ได้ประเมินอัตราการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ หน่วยงานทราบผลกระทบของการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะแต่ยังไม่ปฏิบัติตามแนวทาง CAUTI BUNDLE

3. ข้อเสนอแนะในการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ มีดังนี้ 1. ด้านโครงสร้าง ได้แก่ ควรกำหนดนโยบายและสื่อสารนโยบายแก่หน่วยงานให้ทั่วทั้งองค์กร ต้องการให้ปรับปรุงแนวทางให้สั้นๆ เข้าใจง่าย และเข้าถึงง่าย ควรจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมตามเกณฑ์ของผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ จัดอบรมหรือจัดทำโครงการลดการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะเฉพาะที่หน่วยงาน หรือจัดทำสื่ออื่นๆ สนับสนุนให้บุคลากรมีความรู้เพิ่ม ทุกหน่วยงานควรจะมีการทบทวนหาสาเหตุของการติดเชื้อทุกเดือน มีการนิเทศควบคุมกำกับโดยหัวหน้าหอ/หัวหน้างาน มีการสนับสนุนอุปกรณ์เพิ่ม 2. ด้านกระบวนการ ได้แก่ ควรมีการประเมินการปฏิบัติโดยหัวหน้าหน่วยงานหรือหัวหน้าเวรที่ต้องการที่แขวนแอลกอฮอล์ที่เพียงพอสำหรับเข้าถึงได้ง่าย ต้องการโลชั่น ป้องกันมือแห้ง ต้องการผู้เชี่ยวชาญมาช่วยในการกำหนดแนวทางการถอดสายสวนปัสสาวะ ต้องการให้มีเครื่องมือ/อุปกรณ์อย่างเพียงพอ 3. ด้านผลลัพธ์ ได้แก่ ให้นำเสนอข้อมูลอุบัติการณ์แก่ผู้เกี่ยวข้อง หัวหน้าหน่วยงานควรร่วมประเมินติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง และนำเสนอข้อมูลผลกระทบแก่ผู้เกี่ยวข้องทราบ

ผลการศึกษาค้นคว้านี้ สำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ ที่มุ่งพัฒนาคุณภาพ คณะกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล สามารถใช้ข้อมูลนี้ในการพัฒนาคุณภาพลดการเกิดการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ และมีความจำเป็นอย่างยั้งที่ต้องพัฒนาความรู้ ส่งเสริมการปฏิบัติที่ถูกต้อง จัดหาและสนับสนุนอุปกรณ์ให้

เพียงพอ รวมทั้งนิเทศควบคุมกำกับ เพื่อให้สามารถลดการติดเชื้อให้ลดลง

Abstract

This descriptive research objective was to study the situation of managing, including the problems, obstacles, and suggestions for managing the infection that occurred from urinary catheter placement. Ranong hospital from urinary catheter placement by review of the medical records of 10 infected patients in 2023. Structured interviews with 52 personnel caring for patients. Knowledge assessment and practice questions with 52 professional nurses. So, the data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The finding show that:

1. The incidence of infection from urinary catheter placement is estimated to be 1.59 times/1000 catheter days.

2. Problems and obstacles in preventing infection from Urinary catheters are as follows: 1. Structure aspect: There are clear guidelines for preventing infection from inserting a urinary catheter but it's hard to reach. The manpower is not enough. Also training and development personnel regarding prevention of infection from urinary catheter use, but the agency still lacks a review of the cause of the infection. Then still lacks communication within the agency. 2. Regarding the process, the agency has not continuously assessed the necessity or indication for inserting a urinary catheter, which causes some patients to have no indication for inserting a urinary catheter, resulting in the catheter not being removed. There is still a lack of nursing records. There is a hasty hand washing that does not complete the 5 moment principle, especially the steps before touching the patient, fixing the urinary catheter, pouring urine, and cleaning the organs before inserting the urinary catheter. 3. Results include: the agency does not know the incidence of infections from urinary catheters and did not clearly use the data for quality development activities. The agency does not estimate rates. Following guidelines for preventing infection from urinary catheter placement. Then the agency is aware of the impact of infections from urinary catheters but does not follow the CAUTI BUNDLE guidelines.

3. Suggestions for preventing infections from urinary catheter placement are as follows: 1. Structural aspects include setting a policy and communicating the policy to departments throughout the organization. Want to improve the guidelines to make them easier to understand. Personnel should be arranged appropriately according to the criteria for patients with urinary catheters who want to organize training or create a project to reduce the incidence of infections from urinary catheters only at the unit or create other media and support personnel to have more knowledge. Every department should have a monthly review to find the cause of infection. There should also be supervision and supervision by the dormitory supervisor and additional equipment should be supported as well 2. Process aspects include: There should be a performance evaluation where the department head or shift supervisor needs an alcohol hanger on the bed for easy access, they need lotion to prevent dry hands, they need an expert to help determine guidelines for disconnecting the urine

tube, and they want to have adequate tools or equipment. 3. Results include presentation of incident data to those involved. The head of the department should participate in evaluating and monitoring compliance with the guidelines and presenting information on the impacts to those involved.

The results in this research for nursing executives, quality development teams, and infection prevention and control committees in hospitals, they can use this information to improve quality and reduce the incidence of urinary catheter infections. It is especially important to develop knowledge and promote correct practice. Also include providing and supporting adequate equipment and including supervision and control so that infection can be reduced to a minimum.

บทนำ

ปัจจุบันอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (Catheter-associated urinary tract infection: CAUTI) ของเครือข่ายความปลอดภัยสุขภาพแห่งชาติ (National Healthcare Safety Network: NHSN) พบว่า ร้อยละ 70-80 ของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในโรงพยาบาลเป็นการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) (Lo et al., 2014) อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) ที่รายงานไปยังสมาคมการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลระหว่างประเทศ (International Nosocomial Infection Control Consortium: INICC) ในปี 2012-2017 จาก 45 ประเทศทั่วโลก คือ 2.2 – 6.7 ครั้งต่อ 1,000 วันคาสายสวนปัสสาวะ (Rosenthal et al., 2020) ส่วนอัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) ที่รายงานไปยังเครือข่ายความปลอดภัยสุขภาพแห่งชาติ (NHSN) ในปี 2013 คือ 0.1 – 5.3 ครั้งต่อ 1,000 วันคาสายสวนปัสสาวะ (Dudeck et al., 2015) การศึกษาของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2556-2557 ของโรงพยาบาล 40 แห่งทั่วประเทศ พบอัตราการเกิด CAUTI เฉลี่ย 4.6 ครั้งต่อ 1,000 วันคาสายสวนปัสสาวะ (Unahalekhaka, Lueang-a-papong & Chitreecheur, 2014) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในปี พ.ศ. 2558-2559 ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคเหนือ พบอัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) 2.37 ครั้งต่อ 1,000 วันคาสายสวนปัสสาวะ (Kotikula, & Chaiwarith, 2018) ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในระบบอื่น

ของร่างกายหรือเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดตามมา ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น และอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (NHSN, 2022) นอกจากนี้การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) ทำให้ผู้ป่วยวิกฤตต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น 17.7 วัน มีโอกาสเสียชีวิตได้มากถึง ร้อยละ 26 (Rosenthal et al., 2020) จากข้อมูลของสมาคมการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลระหว่างประเทศ (INICC) และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย พบว่า การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) ในหอผู้ป่วยวิกฤตมีโอกาเสียชีวิตจากการติดเชื้อ CAUTI ร้อยละ 24 (Unahalekhaka et al., 2014) นอกจากนี้การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1,000 เหรียญสหรัฐ ต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) ในแต่ละครั้ง (Hollenbeak, & Schilling, 2018) เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทย พบว่า มูลค่าการใช้จ่ายเพิ่มขึ้น 8,895.47 บาท ต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) แต่ละครั้ง (Unahalekhaka et al., 2014)

อุบัติการณ์การติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะของโรงพยาบาลระนอง ยังพบว่าอัตราการติดเชื้อยังมีแนวโน้มขึ้นๆ ลงๆ ถึงแม้ทางโรงพยาบาลจะมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ และมีการจัดทำชุดการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI bundle) สนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ให้มือเพียงพอ

ได้แก่ อุปกรณ์ที่ใช้เกี่ยวกับระบบทางเดินปัสสาวะ จัดทำแบบประเมินติดตามกำกับปฏิบัติตามแนวทาง แต่พบว่ายังขาดการค้นหาสาเหตุเชิงลึกของการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ เพื่อให้ทราบปัญหาที่แท้จริงและนำไปสู่การวางแผนการแก้ปัญหาได้ตรงประเด็น

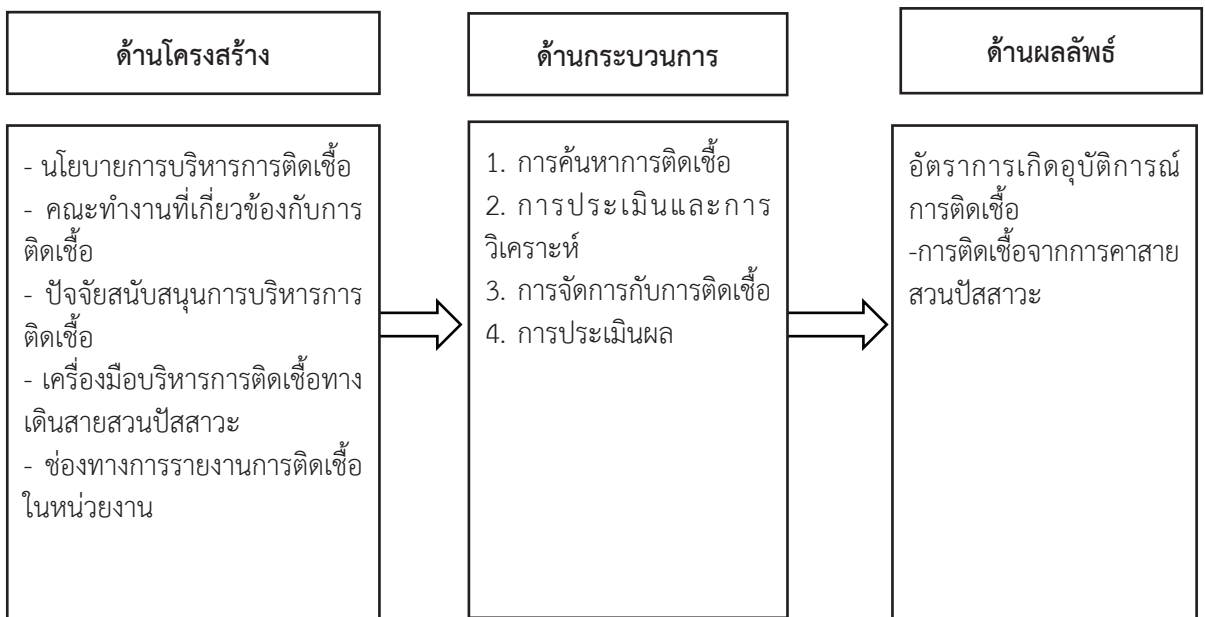
ดังนั้นผู้ศึกษามีความสนใจศึกษาปัญหาเพื่อนำมาสู่การวิเคราะห์สถานการณ์การเกิด CAUTI เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ โดยจะทำการศึกษาจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยเกิดที่เกิดการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ และประเมินความรู้ สอบถามการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล สัมภาษณ์ปัญหาอุปสรรคข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงาน โดยสิ่งที่ได้จากการศึกษานี้จะนำมาใช้วางแผนพัฒนาคุณภาพ เพื่อลดการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ ส่งผลให้ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล ลดการติดเชื้อดื้อยา และลดอัตราการเสียชีวิต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ
2. เพื่อศึกษาทบทวนสาเหตุของการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ
3. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ โรงพยาบาลระนอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ของการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ โรงพยาบาลระนอง โดยศึกษาทั้งข้อมูลการติดเชื้อ การวิเคราะห์สาเหตุ ศึกษาปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะของการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ โรงพยาบาลระนอง โดยการใช้กรอบแนวคิดของโดนาเบดีอัน (Donabedian, 2003) เป็นการประเมินคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพโดยจะต้องอาศัยองค์ประกอบที่สัมพันธ์กัน 3 องค์ประกอบหลักคือ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็น การวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อศึกษาสถานการณ์การติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ ทบทวนสาเหตุของการติดเชื้อ ค้นหาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ โรงพยาบาลระนอง ทำการศึกษาจากบุคลากรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ หัวหน้าหอ/หัวหน้างาน ตัวแทนคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาลหรือผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 52 คน ซึ่งทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน มกราคม - กุมภาพันธ์ 2567 และทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 – กันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือกลุ่มบุคลากรสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะโรงพยาบาลระนองทั้งหมด 13 หอ และเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ ปี 2566 ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 – กันยายน 2566 เพื่อค้นหาสาเหตุ และปัจจัยของการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ โรงพยาบาลระนอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทางสุขภาพ ของหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะและมีพฤติกรรมการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะปี 2566 ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 52 คน ประกอบด้วย

1. ผู้บริหารโรงพยาบาล ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 13 คน
2. ตัวแทนคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยทั้ง 13 หอ จำนวน 13 คน
3. ตัวแทนพยาบาลวิชาชีพในแต่ละหอผู้ป่วย หอละ 1 คน รวม จำนวน 13 คน
4. ตัวแทนผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ปฏิบัติงานในแต่ละหอผู้ป่วย หอละ 1 คน รวม จำนวน 13 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

โรงพยาบาลระนอง ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 13 หอ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล นัดหมายเวลาเพื่อสัมภาษณ์ปัญหาอุปสรรคข้อเสนอแนะ แจกแบบวัดความรู้อย่างแบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล ให้เวลาตอบแบบสอบถามภายใน 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามด้วยตนเอง นัดสัมภาษณ์บุคลากรศัลยกรรมชาย อายุรกรรมชาย อายุรกรรมหญิง และทำการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ โรงพยาบาลระนอง ในปี 2566 จำนวน 10 ราย

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

1.2 แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ ผู้ศึกษาดัดแปลงมาจาก จิตติมา เกษสิมา (2566)

1.3 แบบวัดความรู้ของบุคลากรพยาบาล เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ ผู้ศึกษาได้ดัดแปลงมาจาก จิตติมา เกษสิมา (2566)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์

สถานการณ์การติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ

2.1 แบบสัมภาษณ์ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ เป็นแบบสัมภาษณ์บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ และดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ เป็นรายบุคคล และรายกลุ่ม ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากแนวคิดของโดนาปีเดียนและจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยคำถาม 3 ส่วน คือด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์

2.2 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติ การป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ มีลักษณะเป็นแบบ ตรวจสอบรายการ (Check list) ประกอบด้วยการสัมภาษณ์การปฏิบัติตามชุดการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ มีจำนวน 6 หัวข้อหลักและ

33 ข้อย่อยลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบโดยคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ คือ

1. ปฏิบัติทุกครั้ง 3 คะแนน
2. ปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน
3. ไม่เคยปฏิบัติเลย 1 คะแนน

ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนน โดยอิงเกณฑ์ของเบสต์ (Best, 1977) ดังนี้

- คะแนนร้อยละ 0 - 59.99 ระดับต่ำ
คะแนนร้อยละ 60 - 79.99 ระดับปานกลาง
คะแนนร้อยละ 80 - 100 ระดับสูง

2.3 แบบวัดความรู้ของบุคลากรพยาบาล เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ เป็นแบบวัดความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ คะแนนเต็ม 15 คะแนน โดยข้อคำถามมีคำตอบให้เลือก 4 คำตอบ

ตอบถูกได้ 1 คะแนน

ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

การแบ่งระดับความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับความรู้ต่ำ ปานกลาง สูง แบ่งระดับโดยอิงเกณฑ์ของ (Bloom, 1971) ดังนี้

- คะแนนร้อยละ 0 - 5 ระดับต่ำ
คะแนนร้อยละ 6 - 10 ระดับปานกลาง
คะแนนร้อยละ 11 - 15 ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ พยาบาลป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล แบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ สำหรับบุคลากรพยาบาล ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.99 แบบวัดความรู้เรื่องการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะสำหรับบุคลากรพยาบาล ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.0 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ ผู้ศึกษานำไปทดลอง

สัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยเหลือคนไข้ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลพังงา เพื่อนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง ด้านความชัดเจนของภาษาที่ใช้ในการสัมภาษณ์และความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้นับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมในมนุษย์จากคณะจริยธรรมในมนุษย์โรงพยาบาลระนอง เลขจริยธรรม : COA RNH. EC.008/2567 29 มกราคม 2567 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธิตำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่โรงพยาบาลจะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์การติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ โรงพยาบาลระนอง นำเสนอข้อมูลดังนี้

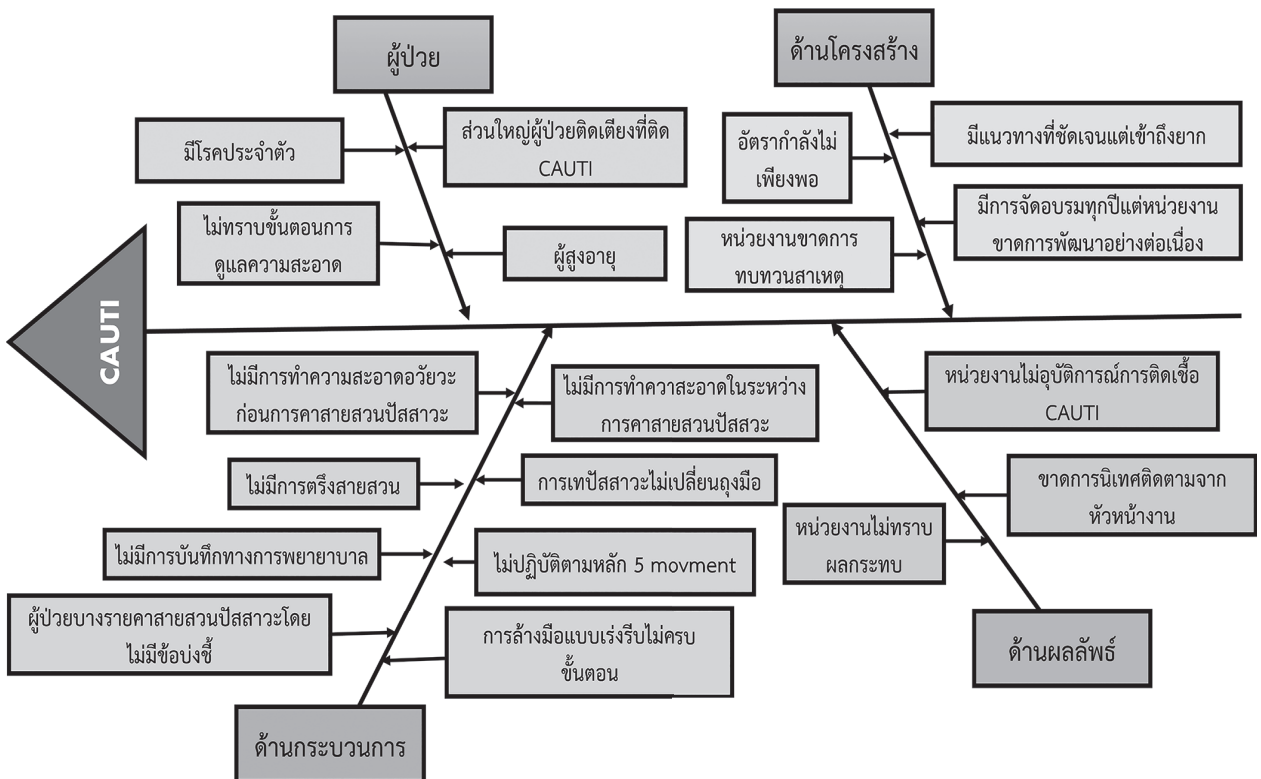
1. สถานการณ์การติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ โรงพยาบาลระนอง ปี 2566 พบอุบัติการณ์ 1.59 ครั้ง/1000 วันคาสายสวนปัสสาวะ กลุ่มประชากรที่เกิดการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52 มีอายุ มากกว่า 60 ปี ร้อยละ 60 เกิดที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และอายุรกรรมหญิงมากที่สุด คือ ร้อยละ 40 รองลงมาคือหอศัลยกรรมชาย ร้อยละ 20 ปัญหาที่พบ ได้แก่ ไม่ได้ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ของผู้ป่วยภายหลังการคาสายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 80 ขาดการประเมินความจำเป็นหรือข้อบ่งชี้

ในการคาสายสวนปัสสาวะอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยบางรายที่ไม่มีข้อบ่งชี้ในการคาสายสวนปัสสาวะ ไม่ได้ถอดสายสวนปัสสาวะออก คิดเป็นร้อยละ 91 เชื้อก่อโรคที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ คือ Enterococcus faecalis ร้อยละ 20 E.coli และ E.coli ESBL ร้อยละ 16

ผลกระทบของการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ พบว่าค่ายาปฏิชีวนะที่ใช้ในการรักษาเฉลี่ย

ต่อการติดเชื้อ 1 ครั้ง คิดเป็น 6,636.36 บาท ระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาล เฉลี่ย 40.09 วัน อยู่ระหว่าง 6-90 วัน ผลการรักษาหาย คิดเป็นร้อยละ 72.73 เสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 18.18 ส่งต่อ คิดเป็นร้อยละ 9.09

2. ผลการทบทวนหาสาเหตุของการเกิดการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ ตามแผนภูมิแก๊งปลาสรุปได้ดังนี้



ภาพที่ 2 ผลการทบทวนหาสาเหตุของการเกิดการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ

3. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ

3.1 ข้อมูลทั่วไป ผลการวิจัยเป็นบุคคลากรสุขภาพ เพศหญิง ส่วนใหญ่จบการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 96.92 รองลงมาคือ ปริญญาโท ร้อยละ 3.07 อยู่ในช่วงอายุ 26 - 30 ปี มากที่สุดร้อยละ 27.72

อายุเฉลี่ย 40.6 ปี อายุน้อยที่สุด 23 ปี มากที่ 58 ปี ประสบการณ์การทำงานอายุเฉลี่ยมากกว่า 10 ปี สูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.61 น้อยกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.39 ได้รับการอบรมการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่คาสายสวนปัสสาวะร้อยละ 50.76 ไม่ได้รับการอบรมร้อยละ 35.29

3.2 การวัดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะพบว่า คะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการป้องกันการ

ติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 12.5 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 7/ 15 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 15/15 คะแนน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระนอง (N = 52)

คะแนนความรู้	จำนวน	ร้อยละ	ระดับความรู้
11-15	42	80.77	สูง
6-10	10	19.23	ปานกลาง
0-5	0	0	ต่ำ

Rang = 7-15 Median= 12.5 Mean: 10.98 Mode = 12.5 SD= 2.36

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะของกลุ่มบุคลากรพยาบาลจำแนกตามการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ (n = 52 คน)

คะแนนการปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ	ระดับความรู้
80-100	5	9.61	ดี
60-79.9	47	90.39	ปานกลาง
0-59.9	0	0	ต่ำ

Rang = 70 - 82 Median= 80 Mean: 82.5 Mode = 80 SD= 10-29

4. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ ด้านโครงสร้าง (structure) ประกอบด้วย

ประเด็น	ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
1. นโยบายการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ	มีนโยบายการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะของโรงพยาบาลที่ชัดเจน แต่ขาดการสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทราบ	ควรมีการสื่อสารนโยบายแก่หน่วยงานให้ทั่วทั้งองค์กร
2. คู่มือแนวทางการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ	มีแนวทางการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ เข้าถึงยากเป็นแบบกระดาษ บางหน่วยงานต้องเดินไปเปิดในตู้เอกสาร บางหน่วยงานติดบอร์ดไว้เข้าถึงได้ยาก จำไม่ได้	มีแนวทางที่ชัดเจน แต่ต้องการแนวทางการดูแลสายสวนปัสสาวะเป็นแบบสแกน คิวอาร์โค้ดมากกว่าการเดินไปเปิดดูสามารถเปิดดูได้ทุกที่เมื่อต้องการใช้งาน

ประเด็น	ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
3. การจัดอัตรากำลังสำหรับดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	อัตรากำลังไม่เพียงพอในหอผู้ป่วยสามัญโดยอัตราเวรเช้า : เวรบ่าย : เวรดึก ที่จัดจริง 3 : 2 : 2 ต่อผู้ป่วย 20 คน ซึ่งเฉลี่ยเวรเช้า 1 : 10 ไม่นับรวมหัวหน้าเวร ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นและภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือการติดเชื้อ	ควรจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมตามเกณฑ์การประกันคุณภาพการพยาบาล กองการพยาบาล (2551) คือ พยาบาลวิชาชีพ : พยาบาลเทคนิค : จำนวนผู้ป่วยในหอสามัญ 1 : 1.5 - 2 : 24 หรือพยาบาลต่อผู้ป่วย 1 : 8
4. การพัฒนาบุคลากรเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ	มีการพัฒนาบุคลากรเรื่องการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะแยกจากการอบรมประจำปี มี CAUTI ทีมรายนี้อยู่เฉพาะ	ต้องการอบรมหรือจัดทำโครงการลดการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะที่หน่วยงาน หรือจัดทำสื่ออื่นๆ สนับสนุนให้บุคลากรมีความรู้เพิ่ม
5. การทบทวนหาสาเหตุของการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ	หน่วยงานยังไม่มีทบทวนหาสาเหตุของการติดเชื้อร่วมกัน ทีม ICWN เป็นผู้นำทบทวนในการประชุมหน่วยงาน	ทุกหน่วยงานควรจะทบทวนหาสาเหตุของการติดเชื้อในการประชุมหน่วยงานทุกเดือน โดยสามารถให้ ICWN เป็นที่ปรึกษาในการนำเสนอ
6. การนิเทศ ควบคุมการปฏิบัติตามแนวทาง	หัวหน้าหน่วยงาน ไม่มีการนิเทศ ควบคุมกำกับ การปฏิบัติตามแนวทางเนื่องจากเป็นหัวหน้างานใหม่ ไม่เข้าใจหลักการนิเทศ	การนิเทศ ควบคุมกำกับโดยหัวหน้าหอ/หัวหน้างานตามแบบนิเทศการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะของงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
7. สภาพแวดล้อมในหน่วยงาน	ระยะห่างระหว่างเตียงไม่เหมาะสม เตียงต่ำ ไม่มีอุปกรณ์สำหรับแขวนถุงปัสสาวะ ทำให้ปลายถุงปัสสาวะละพื้น	จัดทำอุปกรณ์สำหรับแขวนถุงปัสสาวะอาจทำนวัตกรรมในหน่วยงาน เว้นระยะห่างเตียงให้ได้ตามมาตรฐานคือ 1 เมตร
8. เครื่องมือ/อุปกรณ์และงบประมาณ	เครื่องมือ อุปกรณ์ไม่เพียงพอ ได้แก่ แอลกอฮอล์ แขนรับในการล้างมือ	ควรเพิ่มเครื่องมือ อุปกรณ์ ได้แก่ แอลกอฮอล์ แขนรับในการล้างมือ

ด้านกระบวนการ (Process) ประกอบด้วย

ประเด็น	ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
1. การประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ	หน่วยงานยังไม่มีประเมินการปฏิบัติตามแนวทาง	ควรมีการประเมินโดยหัวหน้าหน่วยงานหรือหัวหน้าเวร
2. การทำความสะอาดมือ	พบปัญหามือแห้ง หน่วยงานมีการล้างมือแต่ล้างมือไม่ครบทุกขั้นตอน ไม่ครบตามหลัก 5 moment โดยเฉพาะ moment ก่อนสัมผัสผู้ป่วย ทำได้ต่ำกว่าเกณฑ์มาก	ต้องการที่แขวนแอลกอฮอล์ที่เพียงพอให้เข้าถึงได้ง่าย ต้องการโลชั่นป้องกันมือแห้ง
3. การใส่สายสวนปัสสาวะเลือกขนาดสายสวนที่เหมาะสม	พบว่าไม่มีปัญหาเรื่องการใส่สายสวนปัสสาวะ	ไม่มี
4. การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ก่อนการใส่สายสวนปัสสาวะ	ไม่ได้มีการฟอกอวัยวะสืบพันธุ์ก่อนมีการใส่สายสวนปัสสาวะ	กำหนดแนวทางการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ก่อนการใส่สายสวนปัสสาวะตามแนวทาง CAUTI BUNDLE
5. การยึดตรึงสายสวนปัสสาวะ	มีการยึดตรึงสายสวนปัสสาวะ/ไม่มีการประเมินซ้ำเนื่องจากผู้ป่วยเคลื่อนย้ายทำให้มีการเลื่อนหลุดจากบริเวณที่ยึดตรึง	กำหนดแนวทางยึดตรึงสายสวนปัสสาวะให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน
6. การดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ให้หักพับงอ แขนงในตำแหน่งที่เหมาะสม	การดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ให้หักพับงอ แขนงในตำแหน่งที่เหมาะสมแต่เพียงนอนผู้ป่วยต่ำทำให้ปลายถุงปัสสาวะสัมผัสพื้น	ต้องการให้มีเครื่องมือ/อุปกรณ์ป้องกันถุงปัสสาวะสัมผัสพื้น
7. การทาสายสวนปัสสาวะ	ไม่มีการทาสายสวนปัสสาวะ ปริมาณปัสสาวะในถุงมากกว่า ¾ ของถุงปัสสาวะ	กำหนดแนวทางการทาสายสวนปัสสาวะในทุกเวรและเมื่อพบว่าปริมาณปัสสาวะในถุงเกิน ¾ ของถุงปัสสาวะ
8. การดูแลความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำสบู่ เช้า/เย็น หลังขับถ่าย	ไม่ได้ฟอกอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำสบู่ เช้า/เย็น เป็นบางครั้ง หลังขับถ่าย ฟอกทุกครั้ง	กำหนดแนวทาง. การดูแลความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำสบู่ เช้า/เย็น หลังขับถ่ายทุกครั้ง
9. การพิจารณาถอดสายสวนปัสสาวะ	ยังไม่มีแนวทางการถอดสายสวนปัสสาวะ	จัดทำแนวทางการถอดสายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

ด้านผลลัพธ์ (Outcome) ประกอบด้วย

ประเด็น	ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
1. อุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	หน่วยงานไม่ทราบอุบัติการณ์การติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะและไม่ได้นำข้อมูลมาทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างชัดเจน	นำเสนอข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้อง
2. อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ	หน่วยงานไม่ได้ทราบอัตราการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ	หัวหน้าหน่วยงานควรร่วมประเมินติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง
3. ผลกระทบของการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ	หน่วยงานไม่ทราบผลกระทบของการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ	นำเสนอข้อมูลผลกระทบแก่ผู้เกี่ยวข้องทราบ

การอภิปรายผล

ด้านโครงสร้างของการวิเคราะห์สถานการณ์การติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ ยังไม่มีนโยบายป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะที่ชัดเจน มีแนวทางการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ แต่ยังไม่ชัดเจน จำไม่ได้ อัตราค่าลงในหน่วยงานไม่เพียงพอ ทำให้อัตราการติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้น มีการจัดอบรมประจำปีเรื่องการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ เจ้าหน้าที่ไม่ได้เข้าอบรมหรือเข้าได้น้อย ดังนั้นควรมีการจัดอบรมเฉพาะภายในหน่วยงาน หน่วยงานไม่มีการทบทวนหาสาเหตุของการติดเชื้อร่วมกัน ทีม ICWN ทุกหน่วยงาน เป็นผู้นำทบทวนในการประชุมหน่วยงาน หัวหน้าหน่วยงานไม่มีการนิเทศควบคุมกำกับการปฏิบัติตามแนวทางเนื่องจากเป็นหัวหน้างานใหม่ไม่เข้าใจหลักการนิเทศ หัวหน้าหน่วยงานบางหน่วยงานยังไม่เข้าใจเรื่องการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUIT BUNDLE) ดัชนีการศึกษารูทีนา ประดิษฐ์ (2559) พบว่าการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออยู่ในระดับมาก เป็นผลจากการนิเทศงาน สอนงาน ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ เช่น เครื่องมือ อุปกรณ์ป้องกันการจัดอาคารสถานที่เหมาะสม

ด้านกระบวนการของการวิเคราะห์สถานการณ์การติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ พบว่า หน่วยงานขาดการล้างมือให้ครบตามหลักการป้องกันการติดเชื้อ

ล้างแบบแรงรีบไม่ครบขั้นตอน ไม่ครบตามหลัก 5 moment เพราะภาระงานที่มาก แรงรีบ ปัญหาการฟอกอวัยวะสืบพันธุ์ก่อนการใส่สายสวนปัสสาวะ ปัญหาเรื่องการตรึงสายสวนปัสสาวะด้วยพลาสติก ขาดการตรวจสอบการยึดตรึงหน้าขา/หน้าท้องเพื่อป้องกันการเลื่อนเข้าออก ปัญหาการเทปสวาระ มีปริมาณปัสสาวะในถุงกว่า ¾ ของปริมาณปัสสาวะในถุง ขาดการบันทึกทางการพยาบาล ขาดการอธิบายถึงวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เข้า - เย็นและหลังการขับถ่าย และยังไม่มีความรู้ของถอดสายสวนปัสสาวะที่ชัดเจน การประเมินความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะอยู่ในระดับ สูง 80.77 แต่คะแนนปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 90.39 อาจเป็นเพราะภาระงานที่มากเกินไปเมื่อเทียบกับอัตราค่าลงในแต่ละเวร และพบว่าภาระงานที่มากทำให้ต้องปฏิบัติงานด้วยความเร่งรีบ (ชนิษฐา คงเกิดลาภ, และคณะ, 2564)

ด้านผลลัพธ์ของการวิเคราะห์สถานการณ์การติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ พบว่าหน่วยงานไม่ทราบอุบัติการณ์การติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ ไม่มีการประเมินการปฏิบัติตามแนวทาง ไม่ทราบผลกระทบของการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ ส่งผลให้หน่วยงานไม่ได้มีการทบทวนหาสาเหตุของการติดเชื้อ และค้นหากิจกรรมพัฒนาคุณภาพลดเพื่อการติดเชื้อ ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อจากการ

คาสายสวนปัสสาวะ พบ 1.59 ครั้ง/1000 วันคาสายสวนปัสสาวะ สอดคล้องกับการศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) ในปี พ.ศ. 2558-2559 ของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคเหนือ พบอัตราการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ 2.37 ครั้งต่อ 1,000 วันคาสายสวนปัสสาวะ (Kotikula, & Chaiwarith, 2018) ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในระบบอื่นของร่างกาย และเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดตามมา ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น และอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (NHSN, 2022) ซึ่งเมื่อนำมาวิเคราะห์พบว่าอัตราการติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับความซับซ้อนของการให้บริการ เมื่อสรุปผลการทบทวนสาเหตุของการติดเชื้อทั้งจากการทบทวนเวชระเบียนและสัมภาษณ์บุคลากรพบว่า บุคลากรไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางได้อย่างครบถ้วน อาจเนื่องจากขาดการนิเทศ ควบคุมกำกับ การปฏิบัติตามแนวทาง อัตรากำลังที่ไม่เหมาะสมกับภาระงานที่เร่งรีบ ขาดการสนับสนุนอุปกรณ์ ก่อให้เกิดผลกระทบของการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1,000 เหรียญสหรัฐต่อการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) ในแต่ละครั้ง (Hollenbeak, & Schilling, 2018) เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น 8,895.47 บาทต่อการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) ในแต่ละครั้ง (Unahalekhaka et al., 2014)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. หัวหน้าหน่วยงานควรมีการนิเทศและติดตามการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ มีการกำหนดมาตรฐานในการปฏิบัติเพื่อการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ การดูแลขณะคาสายสวนปัสสาวะ เพื่อลดอุบัติการณ์ติดเชื้อ
2. การให้ความรู้หรือการทบทวนความรู้ในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่มีภาระงานมาก ควรเลือกวิธีการให้ความรู้ที่ใช้เวลาน้อยเข้าใจง่าย เพื่อหลีกเลี่ยงการรบกวนเวลาในการปฏิบัติงาน

3. การนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยหรือทักษะใหม่ๆ มาปรับใช้ในการให้ความรู้ เช่น สื่อมัลติมีเดีย เพื่อให้ศึกษาด้วยตนเอง แต่ควรมีการติดตาม ประเมินผลลัพธ์ของสื่อที่นำมาใช้ เพื่อนำไปพัฒนาให้เหมาะสมในการให้ความรู้ครั้งต่อไป

4. ควรมีการทบทวนความรู้และมีกิจกรรมเพิ่มพูนทักษะในด้านการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะให้กับบุคลากรในหน่วยงานที่ยังไม่ได้รับการอบรมโดยภาพรวมพบมากถึงร้อยละ 35.29 เพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง

5. ควรสนับสนุนให้แต่ละหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานมีแกนนำที่ดำเนินกิจกรรมการควบคุมการติดเชื้อ CAUTI อย่างจริงจัง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยทั้ง 3 ท่าน ได้แก่ นางเบญจวรรณ นครพัฒน์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ นางสาวทัศนีย์ ตันติมงคลวัฒน์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลพังงา และนางสาวสมฤดี ชัยเวช หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต, หัวหน้าหอผู้ป่วย และบุคลากรทางการพยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย อายุรกรรมหญิง กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมหญิง ศัลยกรรมชาย หน่วยงานพิเศษ หลังคลอด รุ่งอรุณ หลอดเลือดสมอง

เอกสารอ้างอิง

- ชนิษฐา คงเกิดลาภ, อะเคื้อ อุนหเลขกะ และนงเยาว์ เกษตร์ภิบาล. (2564). การปฏิบัติและอุปสรรคในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรม. พยาบาลสาร, 48(3), 104-114.
- Best, John W. 1977. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Bloom, Benjamin S. et al. (1971). Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company.
- Donabedian, A. (2003). An introduction to quality assurance in healthcare. Oxford: Oxford University Press.
- Dudeck et al., (2015) National Healthcare Safety Network (NHSN) report, data summary for 2013, device-associated module. American Journal of Infection Control, 43(3), 206-221
- Hollenbeak, & Schilling, (2018) The attributable cost of catheter-associated urinary tract infections in the United States: A systematic review. American Journal of Infection Control, 46(7), 751- 757.
- Kotikula, & Chaiwarith, (2018), Epidemiology of catheter-associated urinary tract infections at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Northern Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health, 49(1), 113-122.
- Lo et al., (2014). Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute care hospitals: 2014 update. Infection Control and Hospital Epidemiology, 35(5), 464-479.
- Rosenthal et al, (2020). International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary of 45 countries for 2012-2017: Device-associated module. American Journal of Infection Control, 48, 423-432.
- Unahalekhaka, Lueang-a-pamong, & Chitreecheur, (2014). Prevention of multidrug resistant organism infections in intensive care units. Nonthaburi: Health Systems Research Institute.
- Unahalekhaka et al., (2014). Epidemiology an evidence-based practice guideline in prevention of hospital-associated infections. Chiang Mai: Mingmuang.

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจด้านนโยบายการพัฒนางานสาธารณสุข
2. เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการและผลงานความก้าวหน้าของงานสาธารณสุขมูลฐาน และระบบบริการสุขภาพ ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท
3. เพื่อเป็นสื่อในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในด้านต่างๆ ที่จะนำไปสู่การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน การพัฒนาชนบท และระบบบริการสุขภาพ
4. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขของศูนย์วิชาการสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นๆ
5. เพื่อเป็นสื่อสัมพันธ์สร้างความร่วมมือ และความเข้าใจระหว่างศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราชกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตบทความ :

- บทความวิชาการและผลงานวิจัยเกี่ยวกับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและพัฒนาชนบท
- ผลงานความก้าวหน้าและประสบการณ์การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน
- บทความแปลหรือเรียบเรียงจากภาษาต่างประเทศ หรือเกี่ยวกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ที่เหมาะสม ในงานสาธารณสุข และการบริการด้านสุขภาพ
- บทความอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม

สำนักงาน :

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
13 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000
โทร 075 – 446354, 446005 โทรสาร 075 – 446291 <http://phcsn.hss.moph.go.th>
facebook : ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
Email : southern.phc@gmail.com มือถือ 081-3705370

ลิขสิทธิ์ :

ต้นฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ ถือเป็นลิขสิทธิ์ของศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช และผลงานวิจัยของผู้เขียนต้องมาจากการบูรณาการนิพนธ์ของท่านโดยจริงแท้

ความรับผิดชอบ :

เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ทั้งนี้ ไม่รวมความผิดพลาด อันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์

กำหนดการส่งต้นฉบับ :

- ฉบับที่ 1 ประจำปี เดือน ตุลาคม – ธันวาคม
- ฉบับที่ 2 ประจำปี เดือน มกราคม – มีนาคม
- ฉบับที่ 3 ประจำปี เดือน เมษายน – มิถุนายน
- ฉบับที่ 4 ประจำปี เดือน กรกฎาคม – กันยายน



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
13 ถนนพัฒนาการคูยาง ตำบลโนนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000
โทรศัพท์ 075-446354, 075-446005 โทรสาร 075-446291

<https://hss.moph.go.th/webs/phcsn> Facebook: ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
Line ID : 0813705370