วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย
Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice

ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2569 Vol.13 No.1 January-June 2026

❖ *บทความวิจัย*

- ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการหายใจลำบากและได้รับการรักษาด้วยหน้ากากช่วยหายใจแรงดันบวกในห้องกู้ชีพ — พงษ์ลัดดา ปาระลี สุนทราพร วันสุพงศ์ นิภา อุดรจรัส รัชนี สะตะ ปริวัฒน์ ภู่เงิน
- ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบมีโครงสร้างระยะอาการกำเริบเฉียบพลันต่อผลลัพธ์ที่คัดสรรในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง — เสน่ห์ พุฒธิ ณัฐนันท์ วรสุข อนุศร การะเกษ ชุติมา กางการ วรรณี ทิพย์มณี รวงทอง ชาติศรี
- การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยชุมชนมีส่วนร่วม — รัตติกาล เรืองฤทธิ์ สุพัสจี เดชทิพย์พรพงศ์ กมลชนก ภิบาล มาลี คำคง มุขรินทร์ ทองหอม
- ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวช โรงพยาบาลสกลนคร — ปาริชาติ ขุนศรี

❖ *รายงานกรณีศึกษา*

- การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำและการใส่สายสวนหลอดเลือดสมองเพื่อลากลิ่มเลือด: กรณีศึกษา — สุภาพร ศรีพนม
- ผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสูญเสียการรู้คิดเล็กน้อยร่วมกับโรคไตเรื้อรัง : รายงานกรณีศึกษา — พวงเพชร จันทร์บุตร เสน่ห์ พุฒธิ เยาวลักษณ์ มัคคะน้อย นวินตา หลักคำพันธ์
- การพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติแต่กำเนิดของทางเดินหายใจในปอดที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป: กรณีศึกษา — ดวงเนตร ลิตุ
- การประยุกต์ใช้แนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีบริเวณขั้วตับ : กรณีศึกษา — อรทัย แก้วจรัสวิไล สุชิรา ชัยวิบูลย์ธรรม

ISSN 3057-1561 (Online)

สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย)

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice

สารบัญ

ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2569

บทความวิจัย

ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการหายใจลำบากและได้รับการรักษาด้วยหน้ากากช่วยหายใจแรงดันบวกในห้องกู้ชีพ 5

พงษ์ลัดดา ปาระลี สุนทราพร วันสุพงศ์ นิภา อุดรจรัส รัชนี สะตะ ปริวัฒน์ ภู่เงิน

ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบมีโครงสร้างระยะอาการกำเริบเฉียบพลันต่อผลลัพธ์ที่คัดสรรในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 21

เสน่ห์ พุฒธิ ณัฐนันท์ วรสุข อนุศร การะเกษ ชุติมา กางการ วรรณี ทิพย์มณี รวงทอง ชาติศรี

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยชุมชนมีส่วนร่วม 38

รัตติกาล เรืองฤทธิ์ สุพัสจี เดชทิพย์พรพงศ์ กมลชนก ภิบาล มาลี คำคง มุขรินทร์ ทองหอม

ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมก้าวร้าว ในผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวช โรงพยาบาลสกลนคร 60

ปาริชาติ ขุนศรี

รายงานกรณีศึกษา

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำและการใส่สายสวนหลอดเลือดสมองเพื่อลากลิ่มเลือด: กรณีศึกษา 74

สุภาพร ศรีพนม

ผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสูญเสียการรู้คิดเล็กน้อยร่วมกับโรคไตเรื้อรัง : รายงานกรณีศึกษา 92

พวงเพชร จันทร์บุตร เสน่ห์ พุฒธิ เยาวลักษณ์ มัคคะน้อย นวินดา หลักคำพันธ์

การพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติแต่กำเนิดของทางเดินหายใจในปอดที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป: กรณีศึกษา 103

ดวงเนตร ลิตุ

การประยุกต์ใช้แนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีบริเวณขั้วตับ : กรณีศึกษา 122

อรทัย แก้วจรัสวิไล สุชิรา ชัยวิบูลย์ธรรม

Content

Vol.13 No.1 January-June 2026

Research Article

Effectiveness of Implementing of Clinical Nursing Practice Guideline for Dyspnea in Congestive Heart Failure Patients with Noninvasive Positive Pressure Ventilation Therapy in Resuscitation Room 5

Pongladda Paralee Suntaraporn Wunsupong Nipa Udonjarut Ratchanee Sata Pariwat Phungoen

Effects of a Structured-nursing Acute Exacerbation Intervention Program for Selected Outcomes in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease 21

Sane Putti Nattanan Worasuk Anusorn Karaket Chutima Kangkan Wannee thipmanee Ruangthong Chatsri

Development of a Community-Participatory Health Modification Model for NCDs High-Risk 38

Rattikarn Roungrit Supussajee Detthippornpong Kamonchanok Phibal Malee Kumkong Mukkarin Thonghom

The Effectiveness of Cognitive Behavioral Treatment (CBT) to Reduce Aggressive Behaviors in Amphetamine Induced Psychosis at Sakon Nakhon Hospital 60

Parichat Khunsri

Case Study

Application of Orem's Theory in Nursing Care for Patients with Ischemic Stroke Receiving Thrombolytic Drugs and Mechanical Thrombectomy: A Case Study 74

Supaporn Sripanom

Outcomes of Holistic Healthcare for Elderly Patients with Mild Cognitive Impairment and Chronic Kidney Disease: A Case Report 92

Paungpech jantabood Sane Putti Yaowalak Mukkanoi Nawinda Lukkumpun

Nursing Care for a Child with Congenital Pulmonary Airway Malformation (CPAM) Undergoing General Anesthesia: A case study 103

Duangned Litu

Implementation of the Enhanced Recovery After Surgery Protocol with Orem's Self-Care Theory in Nursing Care for a Patient with Perihilar Cholangiocarcinoma: A Case Study 122

Orathai Kaewjaladvilai Suchira Chaiviboontham

ISSN: 3057 - 1561 (Online)

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์นี้ เป็นวารสารที่มีการควบคุมคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ดำเนินการโดย สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย) ร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย โดยการสนับสนุนของสภาการพยาบาล

วัตถุประสงค์ (Aims):

1. เป็นแหล่งรวบรวมและตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานทางวิชาการที่ได้จากการปฏิบัติการพยาบาลและการวิจัยเชิงพัฒนาคุณภาพของการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เช่น กรณีศึกษา วิธีการปฏิบัติใหม่ นวัตกรรม การจัดการเชิงระบบ การบริหารความเสี่ยง และงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติ

2. เป็นศูนย์กลางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสร้างความร่วมมือและเชื่อมโยงเครือข่ายการพัฒนานวัตกรรมและการปฏิบัติตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ของพยาบาลในระดับชาติและนานาชาติ

ขอบเขต (Scope):

ประเภทของบทความต้นนิพนธ์ (original articles) ในวารสารนี้ รวมถึง รายงานวิจัย (Research report) โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาการปฏิบัติ (capstone project) การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic reviews) การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (development of practice guidelines) รายงานกรณีศึกษา (case report) และบทความวิชาการ (academic article) ทั้งนี้ ยังรวมถึงบทความปกิณกะ (miscellaneous) และอื่น ๆ

กำหนดการออกวารสาร

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์นี้ มีกำหนดออกวารสารเป็นราย 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ)

- มกราคม-มิถุนายน
- กรกฎาคม-ธันวาคม

การตีพิมพ์เผยแพร่

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย จัดพิมพ์ 2 ฉบับต่อปี

ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน

ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม

ISSN 3057-1529 (Print), ISSN 3057-1561 (Online)

- ตีพิมพ์วารสารเป็นรูปเล่ม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง ปี พ.ศ. 2565
- ตีพิมพ์เป็นวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Journals) เท่านั้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 เป็นต้นไป

ช่องทางการติดต่อกองบรรณาธิการ

ติดต่อ: รองศาสตราจารย์ ดร. จิณพิชญ์ชา สาธิยมาศ (บรรณาธิการ)

โทรศัพท์: 081-9556655

E-mail: tjnmp.2023@gmail.com

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา	รศ.ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ	นายกสภาการพยาบาล
	ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ	อดีตนายกสภาการพยาบาล
	ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนุเจริญกุล	บรรณาธิการวารสาร Pacific Rim International journal of Nursing
	รศ.ดร.เรณู พุกบุญมี	อดีตนายกสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย)
	รศ.ดร.วรรณภา ศรีธัญรัตน์	บรรณาธิการวารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย (พ.ศ. 2557-2564)
	รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
บรรณาธิการ	รองศาสตราจารย์ ดร.จิณพิชญ์ชา สาธิยมาศ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	พว.บำเหน็จ แสงรัตน์	โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
	รองศาสตราจารย์ ดร.นพวรรณ เปียซื่อ	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
กองบรรณาธิการ	รองศาสตราจารย์ ดร.โสเพ็ญ ชูนวล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	รองศาสตราจารย์ ดร.กันตพร ยอดไชย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยนุช ชูโต	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
	รองศาสตราจารย์ ดร.วันชัย เลิศวัฒนาวิลาศ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
	รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธ์ ศิริพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
	ศาสตราจารย์ ดร. สายฝน เอกวรางกูร	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
	รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
	ศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์	มหาวิทยาลัยบูรพา
	ศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ อารีเอื้อ	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	รองศาสตราจารย์ ดร.ชัจคเณศ์ แพรขาว	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญญพร บรรณสาร	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
	รองศาสตราจารย์ ดร.รุ้งนภา ผาณิตรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารีราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
	รองศาสตราจารย์ ดร.จิณพิชญ์ชา สาธิยมาส	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
	พว.ศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
	พว.คมเนตร สกุลธนะศักดิ์	โรงพยาบาลศรีสะเกษ
	พว.พัชรี ประไพพิณ	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
	พว.จินตนา พรรณเนตร	โรงพยาบาลแหลมฉบัง
	พว.กัญจนา ปุกคำ	กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
	พว.สุทธิพันธ์ ถนอมพันธ์	โรงพยาบาลนครพิงค์
	Mr. Alan Guter	อาจารย์อิสระ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทบรรณาธิการ
วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย

สวัสดีสมาชิกทุกท่าน สำหรับวารสารฉบับนี้เป็นฉบับปีที่ 13 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน 2569) ซึ่งทางสมาคมฯ เพิ่งผ่านพ้นการจัดประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 1/2569 ในหัวข้อ “เสริมศักยภาพพยาบาลสู่การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพด้วยปัญญาประดิษฐ์” เมื่อเดือนมีนาคมที่ผ่านมา ซึ่งได้รับความสนใจจากพยาบาลทั่วประเทศเป็นอย่างดี สมาคมฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าองค์ความรู้ด้าน AI จะช่วยยกระดับการทำงานของทุกท่านให้ก้าวทันยุคสมัยดิจิทัล วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย ยังคงมุ่งเน้นการรักษาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน TCI โดยบทความทุกเรื่องผ่านการกลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อยสามท่านอย่างละเอียด เพื่อให้สมาชิกสามารถนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติได้อย่างมั่นใจ โดยในฉบับนี้มีบทความที่น่าสนใจรวมทั้งสิ้น 8 เรื่อง แบ่งเป็นบทความวิจัย 4 เรื่อง และรายงานกรณีศึกษา 4 เรื่อง บทความวิจัยที่น่าสนใจ เช่น 1) ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการหายใจลำบากและได้รับการรักษาด้วยหน้ากากช่วยหายใจแรงดันบวกในห้องกู้ชีพ 2) ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบมีโครงสร้างระยะอาการกำเริบเฉียบพลันต่อผลลัพธ์ที่คัดสรรในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3) การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยชุมชนมีส่วนร่วม 4) ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวช โรงพยาบาลสกลนคร ในฉบับนี้ยังมีรายงานกรณีศึกษาที่มีคุณค่าทางคลินิก เช่น 1) การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำและการใส่สายสวนหลอดเลือดสมองเพื่อลากลิ่มเลือด: กรณีศึกษา 2) ผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสูญเสียการรู้คิดเล็กน้อยร่วมกับโรคไตเรื้อรัง : รายงานกรณีศึกษา 3) การพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติแต่กำเนิดของทางเดินหายใจในปอดที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป: กรณีศึกษา 4) การประยุกต์ใช้แนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีบริเวณขั้วตับ : กรณีศึกษา

ขณะเดียวกัน ในปีนี้ สมาคมมีเว็บไซต์ใหม่ที่รูปลักษณ์และความสะดวกในการใช้งาน จึงขอเชิญชวนพยาบาลทุกท่านเข้าร่วมเป็นสมาชิกและเข้าถึงข่าวสารของสมาคม และขอรับคำปรึกษาผลงานได้ ผ่านทาง https://apnathai.org/th/

ท้ายที่สุดนี้ บรรณาธิการขออำนวยพรให้สมาชิกทุกท่านมีสุขภาพแข็งแรง มีพลังใจที่เข้มแข็งในการปฏิบัติหน้าที่อันทรงคุณค่าเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างยั่งยืนต่อไปครับ

รองศาสตราจารย์ ดร.จิณพิชญ์ชา สาธิยมาส
บรรณาธิการวารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย

บทความวิจัย

ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการหายใจลำบากและได้รับการรักษาด้วยหน้ากากช่วยหายใจแรงดันบวกในห้องกู้ชีพ

พงษ์ลัดดา ปาระลี[1] (พย.ม.) สุนทราพร วันสุพงศ์[2] (พย.บ.)
นิภา อุดรจรัส[2] (พย.ม.) รัชนี สะตะ[1] (พย.ม.)
ปริวัฒน์ ภู่เงิน[3] (พ.บ.)

บทคัดย่อ: วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการหายใจลำบากและได้รับการรักษาด้วยหน้ากากช่วยหายใจแรงดันบวกในห้องกู้ชีพ รูปแบบการวิจัย: วิจัยเชิงปฏิบัติการ วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการหายใจลำบากและได้รับการรักษาด้วยหน้ากากช่วยหายใจแรงดันบวกในห้องกู้ชีพและได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติฯ จำนวน 32 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง แบบบันทึกผลลัพธ์การพยาบาล และแนวปฏิบัติฯ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบแบบจับคู่ที และการทดสอบลำดับที่มีเครื่องหมายของวิลค็อกซัน ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 66.87±2.42 ปี มีอาการสำคัญนำมาโรงพยาบาล ได้แก่ หายใจลำบาก ร้อยละ 28.13 แน่นหน้าอกและหายใจลำบาก ร้อยละ 21.88 และเหนื่อยเพลีย ร้อยละ 15.63 มีค่าสัญญาณชีพแรกรับและก่อนจำหน่ายออกจากห้องกู้ชีพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความดันโลหิตซิสโตลิค อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว ($p < 0.05$) มีอัตราความสำเร็จในการรักษาด้วยหน้ากากช่วยหายใจแรงดันบวก ร้อยละ 90.62 และมีคะแนนความทนต่อการรักษาด้วยหน้ากากช่วยหายใจแรงดันบวกเฉลี่ย 3.65±0.11 คะแนน ข้อเสนอแนะ: การพยาบาลฉุกเฉินตามแนวปฏิบัติฯ ช่วยส่งเสริมให้กิจกรรมการพยาบาลเป็นไปในแนวทางเดียวกันภายใต้มาตรฐานวิชาชีพและส่งเสริมผลลัพธ์ทางการพยาบาลด้านสรีรวิทยาและอาการทางคลินิกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ห้องกู้ชีพที่ดีขึ้น

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2569; 13(1): 05-20

คำสำคัญ: ภาวะหัวใจล้มเหลว ห้องกู้ชีพ หน้ากากช่วยหายใจแรงดันบวก แนวปฏิบัติการพยาบาล อาการหายใจลำบาก

---

[1]พยาบาลชำนาญการ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: pongpar@kku.ac.th
[2]พยาบาลชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น
[3]รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
วันที่รับบทความ 31 ตุลาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความ 9 กุมภาพันธ์ 2569 วันที่ตอบรับบทความ 22 กุมภาพันธ์ 2569

Research Article

Effectiveness of Implementing of Clinical Nursing Practice Guideline for Dyspnea in Congestive Heart Failure Patients with Noninvasive Positive Pressure Ventilation Therapy in Resuscitation Room

Pongladda Paralee[1] (M.N.S.) Suntaraporn Wunsupong[2] (B.N.S)
Nipa Udonjarut[2] (M.N.S.) Ratchanee Sata[1] (M.N.S.)
Pariwat Phungoen[3] (M.D.)

Abstract: Purpose: to study the nursing outcomes of congestive heart failure (CHF) patients who received nursing care according to clinical nursing practice guidelines (CNPG) for dyspnea in CHF patients with noninvasive positive pressure ventilation (NIPPV) therapy in the resuscitation room, emergency department (ED). Design: Action research. Methods: Thirty-two congestive heart failure patients with dyspnea who were treated with NIPPV in ED and received nursing care according to CNPG were included in this study. The study tools included a demographic data record form, nursing outcome record form, and the CNPG for dyspnea in CHF patients with NIPPV therapy in ED. Descriptive statistic, paired t-test, and Wilcoxon matched-pairs signed-rank test were used for data analysis. Results: The average age of participants were 66.87±2.42 years. The most chief complaints were dyspnea (28.13%), chest pain and dyspnea (21.88%) and fatigue (15.63%). Participants who received nursing care according to CNPG had statistically significant improvements in vital signs (systolic blood pressure, heart rate, respiratory rate, and oxygen saturation) before dispose from ED compare to vital signs in admission to ED, ($p < .05$). The successful rate of NIPPV therapy was 90.62%, and the average mask compliance score was 3.65±0.11. Recommendations: Performing emergency nursing according to CNPG promoted standardized nursing care and enhanced better nursing outcome including physiological and clinical parameter in CHF patients in ED.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2026; 13(1): 05-20

Keywords: Congestive heart failure, Resuscitation room, Non-invasive positive pressure ventilation, Clinical nursing practice guideline, Dyspnea

[1]*Registered nurse, Professional Level, Srinagarind Hospital, Khon Kaen; Corresponding author, E-mail: pongpar@kku.ac.th*
[2]*Registered nurse, Senior Professional Level, Srinagarind Hospital, Khon Kaen*
[3]*Associate Professor, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen*
Received October 31, 2025; Revised February 9, 2026; Accepted February 22, 2026

ความเป็นมาและความสำคัญ

อาการหายใจลำบาก (dyspnea) เป็นอาการทางคลินิกที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure) ซึ่งเกิดจากตัวรับรู้หลอดเลือดฝอยที่บริเวณเนื้อเยื่อปอดใกล้กับหลอดลมฝอยปอดและถุงลมถูกกระตุ้นจากการคั่งของน้ำที่ปอดเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคหัวใจล้มเหลว[1] และเป็นอาการสำคัญนำมาโรงพยาบาลที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินซึ่งในระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วยแบบ 5 ระดับ (Emergency severity index: ESI) ถูกจัดระดับการคัดแยกเป็น ESI-I หรือ ESI-II คือผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตคุกคามต่อชีวิตในระบบหัวใจและหลอดเลือดและระบบหายใจ[2]

จากรายงานของสมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกา (American Heart Association) ในปี พ.ศ. 2562 พบสถิติผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั่วโลกสูงถึง 56.2 ล้านคน[3] ในปี พ.ศ. 2561-2562 พบความชุกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของประเทศไทยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.1 เป็นร้อยละ 0.2 โดยมีอัตราการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.2 เป็นร้อยละ 1.5[4] และในปี พ.ศ. 2565-2567 พบสถิติผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมารับบริการที่ห้องกู้ชีพ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 1.99 (310 ราย) เป็นร้อยละ 2.10 (329 ราย) และร้อยละ 2.53 (391 ราย) ตามลำดับ[5]

ปัจจุบันการรักษาอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยหน้ากากช่วยหายใจแรงดันบวก (noninvasive positive pressure ventilation: NIPPV) เป็นวิธีการรักษาที่สามารถลดอาการหายใจลำบากได้ดีและมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการใส่ท่อช่วยหายใจ เช่น การบาดเจ็บของทางเดินหายใจส่วนต้น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การสำลัก เป็นต้น[6] และการรักษาภาวะหายใจล้มเหลวหรืออาการหายใจลำบากด้วย NIPPV จะมีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จได้นั้นต้องอาศัยความรู้ทักษะและประสบการณ์ของบุคลากรทางการแพทย์และรูปแบบการจัดการ แนวทาง หรือแนวปฏิบัติที่อธิบายบทบาทของแต่ละสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นต้น ในการดูแลผู้ป่วยขณะได้รับการรักษาด้วย NIPPV[7] ได้อย่างชัดเจน

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับแนวทางหรือแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการรักษาด้วย NIPPV โดยเฉพาะในบริบทของห้องกู้ชีพหรือห้องฉุกเฉิน พบว่ายังไม่มีแนวทางหรือแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์หรือการเผยแพร่ผ่านบทความวิชาการ มีเพียงแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย NIPPV ที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โดยรูปแบบการพยาบาลประกอบด้วย การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ลดความวิตกกังวล และส่งเสริมความสุขสบายขณะได้รับการรักษาด้วย NIPPV[8] ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นโดยไม่ได้จำเพาะเจาะจงเฉพาะการให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ปัจจุบันห้องกู้ชีพมีการนำ NIPPV มาประยุกต์ใช้ในการรักษาอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับการรักษาแบบใช้ยาคือยาขับปัสสาวะและยาขยายหลอดเลือดดำมากขึ้น ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในทุกขั้นตอนของแผนการรักษาทั้งในด้านการบริหารยาตามแผนการ

รักษา และขั้นตอนของการรักษาด้วย NIPPV ได้แก่ การเตรียมผู้ป่วย เตรียมอุปกรณ์ ช่วยแพทย์ในขั้นตอนการใส่หน้ากากช่วยหายใจ การพยาบาลผู้ป่วยขณะได้รับการรักษาด้วย NIPPV การติดตามการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ และการเฝ้าระวังและติดตามอาการผู้ป่วยระหว่างได้รับการรักษาที่ห้องกู้ชีพ อย่างไรก็ตามขั้นตอนการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย NIPPV เช่น การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการรักษา ความถี่ในการเฝ้าระวังและติดตามการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษา ยังไม่มีการกำหนดรูปแบบหรือแบบแผนที่ชัดเจน ผู้วิจัยและหน่วยงานจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการหายใจลำบากและได้รับการรักษาด้วย NIPPV ที่ห้องฉุกเฉิน (ฉบับที่ 1) ขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเตรียมผู้ป่วย ประเมิน เฝ้าระวัง และติดตามผลลัพธ์การรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการรักษาด้วย NIPPV อย่างต่อเนื่องและเป็นไปในทิศทางเดียวกันตามมาตรฐานวิชาชีพระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และประกาศนำร่องใช้เมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ.2564 พบว่าแนวปฏิบัติฯ ดังกล่าวมีเนื้อหาบางประเด็นที่ยังไม่ครอบคลุมบริบทของห้องกู้ชีพ ซึ่งเป็นอีกประเด็นสำคัญที่ช่วยส่งเสริมความสำเร็จในการรักษาด้วย NIPPV คือ 1) การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย NIPPV ที่ห้องกู้ชีพมากกว่า 2 ชั่วโมง[9] และ 2) การติดตามผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิกที่สำคัญ ได้แก่ ความทนต่อการรักษาด้วย NIPPV และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วย NIPPV[10-11]

จากเนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการหายใจลำบากและได้รับการรักษาด้วย NIPPV ที่ห้องฉุกเฉิน (ฉบับที่ 1) ที่ยังขาดรูปแบบการพยาบาลประเด็นสำคัญในบริบทของห้องกู้ชีพที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยร่วมกับหน่วยงานได้พัฒนาและปรับปรุงแนวปฏิบัติฯ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้เนื้อหาของแนวปฏิบัติฯ มีความครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทห้องกู้ชีพมากยิ่งขึ้น สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ห้องกู้ชีพให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ช่วยส่งเสริมอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการหายใจลำบากด้วย NIPPV ที่ห้องกู้ชีพ และผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาผลการนำใช้แนวปฏิบัติฯ ด้านผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย (patient-related outcome) เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการหายใจลำบากและได้รับการรักษาด้วยหน้ากากช่วยหายใจแรงดันบวกในห้องกู้ชีพ

1. ผลลัพธ์ผู้ป่วยด้านสรีรวิทยา ได้แก่ ความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และค่าความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว

2.ผลลัพธ์ผู้ป่วยด้านอาการทางคลินิก ได้แก่ ความทนต่อการรักษาด้วย NIPPV และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วย NIPPV

3. อัตราความสำเร็จในการรักษาด้วย NIPPV

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยดำเนินการในระยะการศึกษาผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการหายใจลำบากและได้รับการรักษาด้วยหน้ากากช่วยหายใจแรงดันบวกในห้องกู้ชีพที่ผู้วิจัยและหน่วยงานได้พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์

ประชากร

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการหายใจลำบากและได้รับการรักษาด้วย NIPPV ที่ห้องกู้ชีพ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกจากประชากรเข้าร่วมการศึกษาด้วยการสุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าการศึกษาที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 32 ราย มีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมการศึกษา (inclusion criteria): 1) อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี 2) มีอาการหายใจลำบากและได้รับการวินิจฉัยโรคภาวะหัวใจล้มเหลวจากแพทย์ 3) มีระดับความรุนแรงของโรคหัวใจล้มเหลวตามเกณฑ์สมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์คในระดับ 3 (class III) และ 4 (Class IV) 4) ได้รับการรักษาด้วย NIPPV ที่ห้องกู้ชีพ 5) ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการหายใจลำบากและได้รับการรักษาด้วย NIPPV ในห้องกู้ชีพ และ 6) เข้ารับบริการในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม ถึงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ.2567

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria): 1) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนบำบัดชนิดอื่น ๆ ก่อนการรักษาด้วย NIPPV เช่น O_2 cannula, O_2 mask with reservoir bag, high flow nasal cannula O_2 therapy, การใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น 2) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการรักษาแบบใช้ยาแล้วอาการทุเลาและไม่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนบำบัด 3) สตรีมีครรภ์ และ 4) ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

จากงานวิจัยในอดีตเรื่องผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ noninvasive ventilation ต่อผลลัพธ์ที่คัดสรร โดย Pimpun[9] พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 66 ราย จำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 ราย กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ NIV ใน 4 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นจะได้รับการพยาบาลตามปกติของหอผู้ป่วย และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติของหอผู้ป่วย พบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการเกิดความล้มเหลวในการรักษาด้วย NIPPV ร้อยละ 3 และกลุ่มควบคุมมีอัตราการเกิดความล้มเหลวในการรักษาด้วย NIPPV ร้อยละ 36.36 จากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ใน พ.ศ. 2565 พบว่ามีผู้ป่วยมารับบริการเฉลี่ยเดือนละ 30-60 ราย ผู้วิจัยนำผลการศึกษาดังกล่าวมาประยุกต์ใช้เพื่อคำนวณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้โดยมีวิธีกำหนดขนาดตัวอย่างเป็นการประมาณสัดส่วนของประชากร สุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ (systematic sampling) และเลือกตัวอย่างแบบไม่ใส่คืน กำหนดให้ค่าประมาณมีความคลาดเคลื่อนไปจากค่าจริง 5% และมีระดับความน่าเชื่อถือที่ 95% สามารถคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

จากสูตร $n = \frac{NZ^2pq}{Nd^2 + Z^2pq}$

เมื่อ n คือขนาดตัวอย่าง, N คือขนาดประชากร, d คือความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่า, Z คือค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากการแจกแจงปกติมาตรฐานแบบทิศทางเดียว, p คือสัดส่วนของตัวแปรที่สนใจศึกษา โดยเป็นค่าที่ได้จากงานวิจัยในอดีต, และ q คือ 1-p[12]

จากข้อมูลข้างต้นจะได้ N = 360, d = 0.05, Z = 1.645, p = 0.97 และ q = 0.03

แทนค่าตัวแปรในสูตรจะได้

$$n = \frac{(360)(1.645^2)(0.97)(0.03)}{(360)(0.05^2) + (1.645^2)(0.97)(0.03)}$$

$$n = 28.92$$

เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจากข้อมูลแฟ้มเวชระเบียนที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยได้พิจารณาคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม 10% ของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงสุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษาจำนวนทั้งหมด 32 ราย

เครื่องมือในการวิจัย

1) แบบบันทึกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ อายุ เพศ สิทธิการรักษาพยาบาล อาการสำคัญนำมาโรงพยาบาล ระดับการคัดแยกประเภทผู้ป่วย โรคประจำตัว และระยะเวลาที่ได้รับบริการที่ห้องกู้ชีพ เก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียน

2) แบบบันทึกผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการหายใจลำบากและได้รับการรักษาด้วย NIPPV พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยและการทบทวนวรรณกรรม[6,8,10-11,13] ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจำแนกเป็น 2.1) ผลลัพธ์ผู้ป่วยด้านสรีรวิทยา ได้แก่ ความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และค่าความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว[6,8,11,13] 2.2) ผลลัพธ์ผู้ป่วยด้านอาการทางคลินิก ได้แก่ ความทนต่อการรักษาด้วย NIPPV กำหนดเกณฑ์คะแนนแบบมาตรวัดเรียงลำดับ (ordinal scale) ดังนี้ 1 คะแนน (worse) คือทนไม่ได้และผู้ป่วยถอดหน้ากากช่วยหายใจออก 2 คะแนน (mild) คือทนได้เล็กน้อยสามารถใส่หน้ากากช่วยหายใจได้แต่ต้องได้รับคำแนะนำให้ใส่หน้ากากช่วยหายใจอย่างต่อเนื่อง 3 คะแนน (good) คือทนได้ดีรู้สึกไม่สุขสบายเล็กน้อยแต่ไม่ต้องการถอดหน้ากากช่วยหายใจออก และ 4 คะแนน (excellent) คือทนได้ดีมากให้ความร่วมมือในการใส่หน้ากากช่วยหายใจและไม่ถอดหน้ากากช่วยหายใจออกด้วยตนเอง[10] และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วย NIPPV ได้แก่ ผื่นแดง/ ผิวหนังแดง/ หรือแผลบริเวณฐานจมูก การเลื่อนตำแหน่งของหน้ากากช่วยหายใจ คัดจมูก จมูกแห้ง ตาแห้ง ระคายเคืองตา แน่นท้อง คลื่นไส้ และอาเจียน[8,10-11] และ 2.3) อัตราความสำเร็จในการรักษาด้วย NIPPV โดยกลุ่มตัวอย่างต้องไม่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจภายใน 4 ชั่วโมง[8]

3) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการหายใจลำบากและได้รับการรักษาด้วย NIPPV ในห้องกู้ชีพ พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยและหน่วยงานตามกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของซูคัพ[14] ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (evidence-triggered phase) ระยะที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-supported phase) ระยะที่ 3 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ (evidence-observed phase) นำแนวปฏิบัติไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอุบัติเหตุและ

ฉุกเฉิน จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลหัวหน้าห้องกู้ชีพ 1 ท่าน ได้ความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.98 และประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติโดยใช้ AGREE II ได้คะแนนเท่ากับ 94.64% และระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน (evidence-based phase) โดยรายละเอียดของแนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วย 1) การประเมินข้อห้ามในการใช้ NIPPV เพื่อรักษาอาการหายใจลำบาก 2) การเตรียมผู้ป่วยก่อนเริ่มการรักษาอาการหายใจลำบากด้วย NIPPV 3) การเตรียมอุปกรณ์ขั้นตอนการช่วยแพทย์ใส่หน้ากากช่วยหายใจและการประเมินอาการผู้ป่วยข้างเตียงหลังการรักษาด้วย NIPPV ในระยะ 5-10 นาทีแรก 4) การเฝ้าระวังและติดตามอาการผู้ป่วยหลังการรักษาอาการหายใจลำบากด้วย NIPPV ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ความทนต่อการรักษาด้วย NIPPV และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วย NIPPV 5) การพยาบาลเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย NIPPV มากกว่า 2 ชั่วโมง ที่ห้องกู้ชีพ 6) การประเมินข้อบ่งชี้ในการยุติการรักษาด้วย NIPPV ภายหลังได้รับการรักษา 30-60 นาที และ 7) การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับการอนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมฯ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ในการเข้าถึงและเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการนำใช้แนวปฏิบัติฯ ต่อพยาบาลห้องฉุกเฉิน

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ขอความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษาโดยวาจาและลงลายมือชื่อภายหลังเมื่ออาการหายใจลำบากทุเลาลง

3. เก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลที่พัฒนาขึ้น โดยแบ่งระยะการเก็บข้อมูลออกเป็น 2 ระยะ

3.1 ระยะก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ ข้อมูลที่เก็บรวบรวม ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และสัญญาณชีพแรกรับที่ห้องกู้ชีพ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทันทีที่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

3.2 ระยะหลังใช้แนวปฏิบัติฯ ข้อมูลที่เก็บรวบรวม ได้แก่ สัญญาณชีพก่อนจำหน่ายออกจากห้องกู้ชีพ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วย NIPPV ที่ห้องกู้ชีพ คะแนนความทนต่อการรักษาด้วย NIPPV ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วย NIPPV และอัตราความสำเร็จของการรักษาด้วย NIPPV โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนก่อนจำหน่ายกลุ่มตัวอย่างออกจากห้องกู้ชีพ

จริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE661605 รับรองวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2567 และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาคือผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการหายใจลำบากและได้รับการรักษาด้วย NIPPV ที่ห้องกู้ชีพ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในช่วงเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลไม่มีผลกระทบต่อกระบวนการดูแลรักษาและการพยาบาลตามมาตรฐานที่ผู้ป่วยควรได้รับที่ห้องกู้ชีพ ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่างได้ การขอความยินยอมของ

กลุ่มตัวอย่างเป็นการขอความยินยอมโดยวาจาในเบื้องต้นและลงลายมือชื่อในภายหลัง ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลแบบภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 อายุ วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 เพศ สิทธิการรักษาพยาบาล ระดับการคัดแยกประเภทผู้ป่วย โรคประจำตัว และอาการสำคัญนำมาโรงพยาบาล วิเคราะห์ด้วยความถี่และร้อยละ

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ผู้ป่วยด้านสรีรวิทยาก่อนและหลังการพยาบาลตามแนวปฏิบัติฯ ได้แก่ ความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และค่าความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว ด้วยสถิติ paired t-test (กรณีข้อมูลมีการแจกแจงปกติ) และ Wilcoxon matched-pairs signed-rank test (กรณีข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ)

3. วิเคราะห์ผลลัพธ์ผู้ป่วยด้านอาการทางคลินิก ได้แก่ ความทนต่อการรักษาด้วย NIPPV ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วย NIPPV ที่ห้องกู้ชีพ อัตราการพักหน้ากากช่วยหายใจ และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วย NIPPV ด้วยความถี่และร้อยละ

4.วิเคราะห์อัตราความสำเร็จในการรักษาด้วย NIPPV ด้วยความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.6 เพศหญิง 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.4 อายุเฉลี่ย 66.87±2.42 ปี ระดับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีนครินทร์ (Srinagarind emergency severity index: SESI) ซึ่งใช้เกณฑ์มาตรฐานเดียวกันกับเครื่องมือคัดแยกประเภทผู้ป่วยของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[2] ประกอบด้วย SESI-I จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ12.5 และ SESI-II จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.5 กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว 1 โรค จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.13 มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค จำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 84.38 มีอาการสำคัญนำมาโรงพยาบาล 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) หายใจลำบาก จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.13 2) แน่นหน้าอกและหายใจลำบาก จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.88 และ 3) เหนื่อยเพลีย จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.63 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 32)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (mean±S.D.) (ปี)	66.87±2.42	
เพศ		
ชาย	21	65.62
หญิง	11	34.38
สิทธิการรักษาพยาบาล		
จ่ายตรงกรมบัญชีกลาง	17	53.125
บัตรทอง	9	28.125
องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	4	12.5
ประกันสังคม	2	6.25
ระดับการคัดแยกประเภทผู้ป่วย		
SESI-I	4	12.5
SESI-II	28	87.5
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	4	12.5
มีโรคประจำตัว 1 โรค	1	3.12
มีโรคประจำตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 2 โรค	27	84.38
อาการสำคัญนำมาโรงพยาบาล		
หายใจลำบาก	9	28.125
แน่นหน้าอก หายใจลำบาก	7	21.875
เหนื่อยเพลีย	5	15.625
เหนื่อยเพลีย หายใจลำบาก	4	12.5
แน่นหน้าอก	2	6.25
เหนื่อยเพลีย นอนราบไม่ได้	2	6.25
ไอ หายใจลำบาก	1	3.125
ไอ นอนราบไม่ได้	1	3.125
ขาบวม	1	3.125

2. ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการหายใจลำบากและได้รับการรักษาด้วย NIPPV ที่ห้องกู้ชีพ

2.1 ผลลัพธ์ด้านสรีรวิทยา

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยสัญญาณชีพแรกรับและก่อนจำหน่ายออกจากห้องกู้ชีพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยพบสัญญาณชีพก่อนจำหน่ายออกจากห้องกู้ชีพ ได้แก่ 1) ความดันโลหิตซิสโตลิค (systolic blood pressure: SBP) ลดลง 15.66 มิลลิเมตรปรอท (millimeters of mercury: mmHg) ($p = .001$) 2) อัตราการเต้นของหัวใจ (heart rate: HR) ลดลง 7 ครั้งต่อนาที ($p = .014$) 3) อัตราการหายใจ (respiratory rate: RR) ลดลง 6 ครั้งต่อนาที ($p < .001$) และ 4) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว (oxygen saturation: O_2 sat) เพิ่มขึ้น 2% ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสัญญาณชีพแรกรับและก่อนจำหน่ายออกจากห้องกู้ชีพ (n = 32)

	สัญญาณชีพแรกรับ	สัญญาณชีพก่อนจำหน่าย	สถิติทดสอบ	p-value
SBP (mmHg)[a]	151.86 (29.90)	136.22 (18.54)	t (31) = 3.54	.001*
DBP (mmHg)[b]	84 (72.27-97.75)	80 (66.75-90.75)	W = 358	.077
PR (ครั้งต่อนาที)[b]	89 (78.5-108.75)	82 (70.5-97.25)	W = 392	.014*
RR (ครั้งต่อนาที)[b]	28 (26.5-31.5)	22 (20-24)	W = 497	< .001*
O_2 sat (%)[b]	98 (93.25-98.75)	100 (99-100)	W = 9.5	< .001*

[a] วิเคราะห์โดยใช้สถิติ paired t-test แสดงค่า mean (S.D.)

[b] วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Wilcoxon matched-pairs signed-rank test แสดงค่า median (IQR)

2.2 ผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิก

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความทนต่อการรักษาด้วย NIPPV ที่ห้องกู้ชีพ เฉลี่ย 3.65±0.11 คะแนน ได้รับการรักษาด้วย NIPPV ที่ห้องกู้ชีพมากกว่า 2 ชั่วโมง จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.88 ได้รับการพักหน้ากากช่วยหายใจเป็นเวลา 15 นาที และได้รับออกซิเจนบำบัดด้วย O_2 mask with reservoir bag 10 LPM ระหว่างพักหน้ากากช่วยหายใจ จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.87 และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วย NIPPV จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.12 โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นคือเกิดรอยแดงรอบฐานหน้ากากช่วยหายใจ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิก (n = 32)

ผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
คะแนนความทนต่อการรักษาด้วย NIPPV		
ทนได้เล็กน้อย (2 คะแนน)	2	6.25
ทนได้ดี (3 คะแนน)	6	18.75
ทนได้ดีมาก (4 คะแนน)	24	75
ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วย NIPPV ที่ห้องกู้ชีพ		
น้อยกว่า 2 ชั่วโมง	9	28.12
มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ชั่วโมง	23	71.88
อัตราการพัก NIPPV กรณีได้รับการรักษาด้วย NIPPV มากกว่า 2 ชั่วโมง (n = 23)		
ได้รับการพัก NIPPV	14	60.87
ไม่ได้รับการพัก NIPPV	9	39.13

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิก (n = 32)

ผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วย NIPPV ที่ห้องกู้ชีพ		
เกิด	1	3.12
ไม่เกิด	31	96.88

2.3 อัตราความสำเร็จในการรักษาอาการหายใจลำบากด้วย NIPPV ที่ห้องกู้ชีพ

กลุ่มตัวอย่างมีอัตราความสำเร็จในการรักษาอาการหายใจลำบากด้วย NIPPV ที่ห้องกู้ชีพ จำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.62 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 อัตราความสำเร็จในการรักษาอาการหายใจลำบากด้วย NIPPV ที่ห้องกู้ชีพ (n = 32)

อัตราความสำเร็จในการรักษาอาการหายใจลำบากด้วย NIPPV ที่ห้องกู้ชีพ	จำนวน	ร้อยละ
สำเร็จ	29	90.62
ไม่สำเร็จ	3	9.38

อภิปรายผล

1. ผลลัพธ์ผู้ป่วยด้านสรีรวิทยา

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามแนวปฏิบัติฯ ช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาอาการหายใจลำบากด้วย NIPPV อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพบว่าสัญญาณชีพก่อนจำหน่ายออกจากห้องกู้ชีพ ได้แก่ ความดันโลหิตซิสโตลิก อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และค่าความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้วดีขึ้นกว่าสัญญาณชีพแรกรับหลังได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติฯ ทั้งนี้เนื่องจากการรักษาอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวด้วย NIPPV เป็นการรักษาแบบไม่ใช้ยาที่ช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพการทำงานของปอดและหัวใจให้ดีขึ้น

1.1 ความดันโลหิตซิสโตลิก

แรงดันบวกจากการทำงานของ NIPPV มีผลทำให้แรงดันในช่องอก (intrathoracic pressure: ITP) เพิ่มขึ้น โดยแรงดันในช่องอกที่เพิ่มขึ้นนั้นมีผลทำให้แรงดันในห้องหัวใจเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะหัวใจห้องบนขวา (right atrium) และหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricle) ส่งผลให้เลือดจากร่างกายที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ (venous return) ห้องบนขวาลดลง และปริมาตรเลือดขณะหัวใจคลายตัว (preload) ลดลง นอกจากนี้แรงดันในหัวใจห้องล่างซ้ายที่เพิ่มขึ้นมีผลทำให้แรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย (total peripheral resistance) หรือแรงต้านของหัวใจขณะหัวใจบีบตัว (afterload) ลดลง ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวหรือ SBP จึงลดลง[15] สอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่า SBP ลดลง 15.66 mmHg (p = .001) และผลการศึกษาในอดีตของ Paralee et al[16] พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการรักษาด้วย NIPPV ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่า SBP ก่อนจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉินลดลงแตกต่างจากสัญญาณชีพแรกรับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .020 และ .013 ตามลำดับ)

1.2 อัตราการเต้นของหัวใจ

เมื่อหัวใจมี preload และ afterload ลดลงจากกลไกการทำงานของ NIPPV ส่งผลให้หัวใจมีความสามารถในการบีบตัว (contractility) เพื่อสูบฉีดเลือดออกจากห้องหัวใจไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ดีขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจจึงลดลงตามกลไกของ Frank-Starling[15] โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอัตราการเต้นของหัวใจก่อนจำหน่ายออกจากห้องกู้ชีพลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .014$) ผลการศึกษาของ Yaman et al[10] พบว่าผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวภายหลังได้รับการรักษาด้วย NIPPV 2 ชั่วโมง และได้รับกิจกรรมการพยาบาลเฉพาะโรคตามกำหนดมีอัตราการเต้นของหัวใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .002$) และผลการศึกษาในอดีตของ Paralee et al[16] พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการรักษาด้วย NIPPV และได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติฯ มีอัตราการเต้นของหัวใจก่อนจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉินลดลงแตกต่างจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการรักษาด้วย NIPPV และได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .025$)

1.3 อัตราการหายใจและค่าความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว

การรักษาอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวด้วย NIPPV เป็นวิธีการรักษาที่ช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพการทำงานของปอดให้ดีขึ้น โดยแรงดันบวกจากการทำงานของ NIPPV ช่วยส่งเสริมการถ่างขยายของถุงลมปอด (alveolar) ในระยะสิ้นสุดการหายใจออก (positive end expiratory pressure: PEEP) ทำให้ระยะเวลาการสัมผัสของถุงลมปอดกับหลอดเลือดฝอยปอดเพื่อแลกเปลี่ยนออกซิเจน (oxygenation) นานขึ้นและช่วยลดงานของการหายใจ (work of breathing)[6] ส่งผลให้อัตราการหายใจลดลงและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วเพิ่มขึ้น ซึ่งผลการศึกษาพบว่าก่อนจำหน่ายออกจากห้องกู้ชีพกลุ่มตัวอย่างมีอัตราการหายใจลดลง 6 ครั้งต่อนาที และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วเพิ่มขึ้น 2% แตกต่างจากอัตราการหายใจและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วแรกรับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Yaman et al[10] พบว่าผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวหลังได้รับการรักษาด้วย NIPPV 2 ชั่วโมง และได้รับกิจกรรมการพยาบาลเฉพาะโรคตามกำหนดมีอัตราการหายใจลดลงและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาของ Paralee et al[16] พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการรักษาด้วย NIPPV ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอัตราการหายใจก่อนจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉินลดลงและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วเพิ่มขึ้นแตกต่างจากแรกรับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามแนวปฏิบัติฯ โดยพยาบาลมีการเฝ้าระวังและติดตามอาการและสัญญาณชีพขณะได้รับการรักษาด้วย NIPPV ที่ห้องกู้ชีพอย่างต่อเนื่องทุก 15-30 นาที จนถึงระยะจำหน่ายออกจากห้องกู้ชีพ ทำให้พยาบาลผู้ดูแลหรือพยาบาลเจ้าของไข้มองเห็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพที่ดีขึ้นหรือสามารถค้นหาความผิดปกติที่เป็นข้อบ่งชี้ในการยุติการรักษาด้วย NIPPV ได้เร็วขึ้น โดยไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งการศึกษาของ Ergan et al[11] ได้แนะนำความถี่ในการประเมินอาการ ได้แก่ ความสุขสบาย ความทนต่อการรักษาด้วย NIPPV อาการหายใจลำบาก และสัญญาณชีพของผู้ป่วยที่ได้

รับการรักษาด้วย NIPPV อย่างต่อเนื่องทุก 30 นาที โดยเฉพาะในระยะ 6–12 ชั่วโมงแรก หลังได้รับการรักษาด้วย NIPPV

2. ผลลัพธ์ผู้ป่วยด้านอาการทางคลินิก

2.1 ความทนต่อการรักษาด้วย NIPPV

ความทนต่อการรักษาอาการหายใจลำบากด้วย NIPPV นั้นต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินประสบการณ์ การเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มการรักษาหรือได้รับข้อมูลแนวทางการรักษาและการปฏิบัติตัวก่อนเริ่มการรักษาด้วย NIPPV ย่อมมีความเข้าใจในแนวทางและแผนการรักษาและให้ความร่วมมือในแผนการรักษาในขั้นตอนต่าง ๆ[17] การศึกษาของ Yaman et al[10] พบว่าผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวที่ได้รับการรักษาด้วย NIPPV และได้รับกิจกรรมการพยาบาลเฉพาะโรค ได้แก่ การจัดการหน้ากากช่วยหายใจ การประเมินการแจ้งเตือนของเครื่องช่วยหายใจ การจัดการการรั่วของหน้ากากช่วยหายใจ การประเมินลักษณะการหายใจ การจัดท่า การเตรียมอุปกรณ์ประเมินค่าก๊าซในเลือดแดง และการเตรียมและช่วยแพทย์ทำหัตถการ มีคะแนนความทนต่อการรักษาด้วย NIPPV ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกอยู่ในระดับทนได้เล็กน้อย 2.1±1.02 คะแนน และเมื่อได้รับกิจกรรมการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง พบว่าคะแนนความทนต่อการรักษาด้วย NIPPV ในระยะ 24 และ 48 ชั่วโมง มีแนวโน้มสูงขึ้นเป็น 2.4 ± 1.88 และ 2.8 ± 1.81 คะแนน ตามลำดับ เมื่อประเมินบริบทของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้พบว่าเป็นผู้ป่วยห้องกู้ชีพที่มีอาการหายใจลำบากจากภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งอยู่ในระยะวิกฤตคุกคามต่อชีวิตและอยู่ในระยะ1–2 ชั่วโมงแรก เมื่อได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการรักษาด้วย NIPPV ตามแนวปฏิบัติฯ ย่อมส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษาและประสบความสำเร็จในการรักษาด้วย NIPPV โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความทนต่อการรักษาด้วย NIPPV อยู่ในระดับดีถึงดีมาก 3.65±0.11 คะแนน

2.2 ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วย NIPPV

กลุ่มตัวอย่างที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วย NIPPV ในการศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาด้วย NIPPV ที่ห้องกู้ชีพมากกว่า 2 ชั่วโมง และไม่ได้รับการพักหน้ากากช่วยหายใจตามคำแนะนำของแนวปฏิบัติฯ เนื่องจากสถานการณ์ความแออัดที่ห้องกู้ชีพ โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นคือรอยแดงบริเวณสันจมูกใต้ฐานรอบหน้ากากช่วยหายใจคิดเป็นร้อยละ 3.12 ซึ่งสันจมูกเป็นตำแหน่งของผิวหนังที่บอบบางและมีโอกาสเกิดการบาดเจ็บจากแรงกดทับ (pressure injury) ของหน้ากากช่วยหายใจได้มากที่สุด[18] โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บจากแรงกดทับของหน้ากากช่วยหายใจ ได้แก่ ความเหมาะสมของขนาดหน้ากากช่วยหายใจ การจัดท่า การรั่วของหน้ากากช่วยหายใจ ระยะเวลาที่ได้รับการใส่หน้ากากช่วยหายใจ และแรงดันจากการตั้งค่าของเครื่องช่วยหายใจ[19-20] ซึ่งแนวทางในการป้องกันการเกิดการบาดเจ็บจากแรงกดทับจากการรักษาด้วย NIPPV นั้น สามารถทำได้โดยการพักหน้ากากช่วยหายใจทุก 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 15 นาที[8,20] เพื่อลดแรงกดของหน้ากากช่วยหายใจบนผิวหนังบริเวณสันจมูก และระหว่างพักหน้ากากช่วยหายใจผู้ป่วยควรได้รับออกซิเจนบำบัดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนระหว่างพักหน้ากากช่วยหายใจ ซึ่งในการศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาด้วย NIPPV ที่ห้องกู้ชีพมากกว่า 2 ชั่วโมง ร้อยละ 71.88 ได้รับการพักหน้ากากช่วยหายใจ ร้อยละ 60.87 และระหว่างพักหน้ากากช่วยหายใจได้รับออกซิเจนบำบัดเป็น O_2

mask with reservoir bag ซึ่งเป็นออกซิเจนบำบัดที่สามารถให้สัดส่วนของออกซิเจนในอากาศที่หายใจเข้า (fraction of inspired oxygen) ได้ 90–100% เมื่อเปิดอัตราไหลที่ 12–15 ลิตรต่อนาที[21] และกลุ่มตัวอย่างไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจนระหว่างพักหน้ากากช่วยหายใจ ผลการศึกษาของ Yaman et al[10] พบว่าผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวที่ได้รับการรักษาด้วย NIPPV เป็นเวลา 24 ชั่วโมง มีอัตราการเกิดปัญหาผิวหนังเป็นรอยแดง (erythema) จากการใส่หน้ากากช่วยหายใจ ร้อยละ 15 และมีอัตราการเกิดปัญหาผิวหนังเป็นรอยแดงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 60 เมื่อได้รับการรักษาด้วย NIPPV เป็นเวลา 48 ชั่วโมง จะเห็นได้ว่าระยะเวลาการใส่หน้ากากช่วยหายใจที่เพิ่มขึ้นมีผลทำให้อัตราการเกิดปัญหาผิวหนังเป็นรอยแดงสูงขึ้น ดังนั้นการพักหน้ากากช่วยหายใจทุก 2 ชั่วโมง ตามแนวปฏิบัติฯ จึงเป็นอีกหนึ่งวิธีที่ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้านการบาดเจ็บจากแรงกดทับจากการรักษาด้วย NIPPV ได้ และในการศึกษาของ Pimpun et al[8] ในการศึกษานำร่องการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการช่วยหายใจชนิดไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ได้มีการนำแผ่นปิดแผลแบบไฮโดรคอลลอยด์ (hydrocolloid dressing) มาติดบริเวณฐานหน้ากากช่วยหายใจเพื่อลดแรงกดของหน้ากากช่วยหายใจและช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับบนใบหน้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่เกิดแผลกดทับบริเวณฐานหน้ากากช่วยหายใจจากการรักษาด้วย NIPPV ร้อยละ 100

3. อัตราความสำเร็จของการรักษาอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวด้วย NIPPV ที่ห้องกู้ชีพ

การศึกษานี้พบอัตราความสำเร็จในการรักษาด้วย NIPPV ร้อยละ 90.62 โดยความสำเร็จของการรักษาอาการหายใจลำบากด้วย NIPPV ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวนอกจากจะเป็นผลมาจากการรักษาตามแผนการรักษาแล้ว การได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติฯ โดยเฉพาะในขั้นตอนการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย การประเมินประสบการณ์การรักษาด้วย NIPPV ของผู้ป่วย การให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวขณะได้รับการรักษาด้วย NIPPV และการพยาบาลข้างเตียงในระยะ 5–10 นาทีแรกหลังได้รับการรักษาด้วย NIPPV ยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมความร่วมมือของผู้ป่วยในการรักษาด้วย NIPPV และส่งผลให้เกิดความสำเร็จในการรักษา โดยผลการศึกษาในอดีตของ Paralee et al[16] พบว่าอัตราความสำเร็จของการรักษาด้วย NIPPV ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการหายใจลำบากและได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติฯ ที่ห้องฉุกเฉินเท่ากับ ร้อยละ 96.3 ซึ่งสูงกว่าผลการศึกษาในครั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามเกณฑ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วยในระดับฉุกเฉินวิกฤต (SESI-I) ร้อยละ 12.5 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างของการศึกษาในอดีตที่มีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับ SESI-I เพียงร้อยละ 3.7 นอกจากนี้การศึกษาของ Pimpun et al[8] ยังพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะหายใจล้มเหลว โรคไตเรื้อรัง และโรคปอดติดเชื้อที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการช่วยหายใจชนิดไม่ใส่ท่อช่วยหายใจมีอัตราความสำเร็จของการรักษาด้วย NIPPV เท่ากับร้อยละ 100[8] ซึ่งอัตราความสำเร็จของการรักษาด้วย NIPPV ที่แตกต่างกัน อาจเป็นผลมาจากการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษาและบริบทของการศึกษาที่แตกต่างกันระหว่างหอผู้ป่วยในและห้องกู้ชีพ ซึ่งบริบทของหอผู้ป่วยในนั้นผู้ป่วยจะได้รับการเฝ้าระวังและติดตามอาการอย่างต่อเนื่องและมองเห็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของอาการ สามารถรายงานแพทย์เพื่อประเมินอาการและวางแผนการรักษาเพื่อป้องกันการ

เกิดอาการทรุดลง[22] การรักษาภาวะหายใจล้มเหลวด้วย NIPPV ในหอผู้ป่วยในจึงเป็นการรักษาในรูปแบบของการป้องกันอาการทรุดลง ซึ่งจะแตกต่างจากบริบทของห้องกู้ชีพที่ผู้ป่วยมักจะมารับบริการด้วยอาการที่มีภาวะวิกฤตคุกคามต่อชีวิตและยังไม่ได้รับการประเมินรักษาเบื้องต้นมาก่อน รูปแบบของการรักษาอาการหายใจลำบากที่ห้องกู้ชีพจึงเป็นการรักษาเพื่อพยุงชีพและแก้ไขภาวะคุกคามต่อชีวิต[23] จึงเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้อัตราความสำเร็จของการรักษาด้วย NIPPV ในการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาในอดีตที่ผ่านมา

ข้อเสนอแนะ

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในห้องกู้ชีพตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการหายใจลำบากและได้รับการรักษาด้วยหน้ากากช่วยหายใจแรงดันบวกในห้องกู้ชีพช่วยส่งเสริมผลลัพธ์ทางการพยาบาลด้านสรีรวิทยาและอาการทางคลินิก จึงควรมีการกำกับและติดตามการนำใช้แนวปฏิบัติฯ อย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมให้กิจกรรมการพยาบาลเป็นไปในแนวทางเดียวกันภายใต้มาตรฐานวิชาชีพและส่งเสริมคุณภาพและผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น นอกจากนี้ควรมีการขยายผลประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติฯ ในหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น หอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม เป็นต้น หรือประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติฯ และศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ๆ ที่มีโอกาสได้รับการรักษาด้วย NIPPV ในห้องกู้ชีพ เช่น โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น พร้อมทั้งมีการศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานปกติเพื่อให้เห็นถึงความแตกต่างของผลลัพธ์ทางการพยาบาลจากการใช้แนวปฏิบัติฯ อย่างชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

1. Zanza C, Saglietti F, Tesauro M, et al. Cardiogenic pulmonary edema in emergency medicine. Adv Respir Med. 2023; 91(5): 445-63. doi: 10.3390/arm91050034.
2. Department of medical services, Ministry of public health. MOPH ED. Triage. Bangkok: Division of medical technical and academic affairs, Department of medical services, Ministry of public health; 2024. Thai.
3. Martin SS, Aday AW, Almarzooq ZI, et al. 2024 Heart disease and stroke statistics: A report of US and global data from the American Heart Association. Circulation. 2024; 149(8): e347-913. doi: 10.1161/CIR.0000000000001209.
4. Jiampo P, Tangkittikasem T, Boonyapiphat T, et al. Real-world heart failure burden in Thai patients. Cardiol Ther. 2024; 13(2): 281-97. doi: 10.1007/s40119-024-00355-8.
5. Medical Records & Statistic Department, Srinagarind Hospital. The statistic of congestive heart failure patients at Srinagarind hospital in 2022-2024. Khon Kaen: Srinagarind Hospital; 2025. Thai.
6. Masip J. Noninvasive Ventilation in Acute Heart Failure. Curr Heart Fail Rep. 2019; 16(4): 89-97. doi: 10.1007/s11897-019-00429-y.
7. Elena B, Tommaso P, Gianluca F, et al. The importance of education and training for noninvasive ventilation: suggestions from the literature. Egypt J Intern Med. 2019; 31(4): 435-41. doi: 10.4103/ejim.ejim_45_19.
8. Pimpun P, Theeranut A, So-ngern A. Development of nursing practice guidelines for promoting patients with successful noninvasive ventilation: A pilot study. J Nurs Sci Health. 2020; 43(1): 109-17. Thai.

9. Pimpun P. Effects of clinical nursing practice guidelines on selected outcome among patients with noninvasive ventilation [dissertion]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2019. 97p. Thai.
10. Yaman O, Aygun M, Erten H. Noninvasive ventilation with nursing perspective: Impacts on patient tolerance, short-term adverse effects, and nursing workload. Niger J Clin Pract. 2021; 24(2): 177-85. doi: 10.4103/njcp.njcp_133_20.
11. Ergan B, Nasilowski J, Winck JC. How should we monitor patients with acute respiratory failure treated with noninvasive ventilation? Eur Respir Rev Off J Eur Respir Soc. 2018; 27(148): 170101-17. doi: 10.1183/16000617.0101-2017.
12. Juntachum W. Nursing Research: Sampling and Sample Size Determination. Khon Kaen; 2002.
13. Duan J, Wang S, Liu P, et al. Early prediction of noninvasive ventilation failure in COPD patients: derivation, internal validation, and external validation of a simple risk score. Ann Intensive Care. 2019; 9(1): 108. doi: 10.1186/s13613-019-0585-9.
14. Soukup SM. The Center for advanced nursing practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. Nurs Clin North Am. 2000; 35(2): 301-9.
15. Di Cristo A, Segreti A, Tetaj N, et al. Hemodynamic effects of positive airway pressure: A cardiologist's overview. J Cardiovasc Dev Dis. 2025; 12(3): 97-109. doi: 10.3390/jcdd12030097.
16. Yildiz M, Çelik D, Akoglan F, et al. Structured practices increasing patient compliance to noninvasive mechanical ventilation therapy: Example of best practice. Anatol Curr Med J. 2022; 4(2): 126-32. doi: 10.38053/acmj.1032396.
17. Paralee P, Sumritrin S, Lartham K, et al. Nursing outcomes of noninvasive positive pressure ventilation therapy in congestive heart failure patient with dyspnea in emergency room. Nurs Sci J Thai. 2023; 41(4): 73-85. Thai.
18. Liu X, Li H, Wang L, et al. Incidence and risk factors of noninvasive ventilation device-related pressure skin injuries: A retrospective study. Health Sci Rep. 2025; 8(5): e70635. doi: 10.1002/hsr2.70635.
19. Brill AK, Pickersgill R, Moghal M, et al. Mask pressure effects on the nasal bridge during short-term noninvasive ventilation. ERJ Open Res. 2018; 4(2): 00168-2017.doi: 10.1183/23120541.00168-2017.
20. Pickham D, Ballew B, Ebong K, et al. Evaluating optimal patient-turning procedures for reducing hospital-acquired pressure ulcers (LS-HAPU): Study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2016; 17(1): 190-7. doi: 10.1186/s13063-016-1313-5.
21. Batool, Grag. Appropriate use of oxygen delivery devices. Open Anesthesiol J. 2017; 11: 35-8. doi: 10.2174/1874321801711010035.
22. Donnelly N, Fry M, Elliott R, et al. The role of the ward nurse in recognition and response to clinical deterioration: a scoping review. Contemporary nurse. 2024; 60: 1-30. doi: 10.1080/10376178. 2024. 2413125.
23. Duhalde H, Baath C, Hommel A, et al. Emergency Nurses' Perceptions of Nursing Care in an Emergency Department: A Phenomenographic Study. Journal of Emergency Nursing. 2025; 51(5): 840-9. doi: 10.1016/j.jen.2025.03.018.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบมีโครงสร้างระยะอาการกำเริบเฉียบพลันต่อผลลัพธ์ที่คัดสรรในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เสน่ห์ พุฒธิ[1] พว., พยม. (การพยาบาลผู้ใหญ่), อพย (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)
ณัฐนันท์ วรสุข [2] พว., วทม.(สุขศึกษา) ปร.ด
อนุศร การะเกษ[3] พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่) อพย.(การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)
ชุติมา กางการ[4] วพย.
วรรณี ทิพย์มณี[5] พยบ.
รวงทอง ชาติศรี[5] พยบ.

บทคัดย่อ: การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลตามโปรแกรมการให้การพยาบาลระยะหอบกำเริบเฉียบพลัน กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา กลับบ้านและกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 76 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 38 คน ซึ่งกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามแนวทางมาตรฐานของโรงพยาบาล ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามแนวทางมาตรฐานของโรงพยาบาลร่วมกับโปรแกรมการให้การพยาบาลระยะหอบกำเริบเฉียบพลัน ประเมินผลลัพธ์ 2 ด้านประกอบไปด้วย ผลลัพธ์ด้านการปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) เครื่องมือในการดำเนินงานวิจัยคือ โปรแกรมการให้การพยาบาลระยะหอบกำเริบเฉียบพลัน 2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกจำนวนครั้งที่เกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลันและแบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test (X^2) Mann Whitney U test ผลการศึกษา ผลลัพธ์ด้านการปฏิบัติการพยาบาลพบว่า กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตามแนวทาง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบว่า จำนวนของการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและ การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน พบว่า การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจึงสำคัญที่ช่วยลดการกับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2569; 13(1): 21-37

คำสำคัญ: โปรแกรมการพยาบาล; โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง; อาการกำเริบเฉียบพลัน; ผลลัพธ์ที่คัดสรร

---

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ
[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยชินวัตร; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: nattanan.w@siu.ac.th
[3]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราษีไศล จ.ศรีสะเกษ
[4]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ
[5]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ
วันที่รับบทความ 22 กุมภาพันธ์ 2569 วันที่แก้ไขบทความ 19 เมษายน 2569 วันที่ตอบรับบทความ 3 พฤษภาคม 2569

ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบมีโครงสร้างระยะอาการกำเริบเฉียบพลัน
ต่อผลลัพธ์ที่คัดสรรในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Research Article

Effects of a Structured-nursing Acute Exacerbation Intervention Program for Selected Outcomes in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Sane Putti[1] RN., MNS. (Adult Nursing) Dip.APMSA (Adult and Gerontological Nursing)
Nattanan Worasuk [2]RN., MS. (Health Education) Ph. D
Anusorn Karaket [3] RN., MNS. (Adult Nursing) Dip.APMSA (Adult and Gerontological Nursing)
Chutima Kangkan[4], R.N
Wannee thipmanee[5],R.N
Ruangthong Chatsri[5],R.N

Abstract: This quasi-experimental research aimed to examine the effects of nursing practice using an acute exacerbation care program for patients admitted and readmitted within 28 days to the Department of Medical Nursing, Phukhieo Chalermprakiat Hospital. A total of 76 patients were recruited and divided into two groups: 38 in the control group and 38 in the experimental group. The control group received routine nursing care according to the hospital's standard guidelines, whereas the experimental group received the same standard care in combination with the acute exacerbation nursing care program. Outcomes were evaluated in two domains: nursing practice outcomes and patient outcomes. Research instruments consisted of (1) the acute exacerbation nursing care program and (2) data collection tools, including a general information form, a record of acute exacerbation episodes, and a readmission record within 28 days. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test and Mann Whitney U test The results revealed that nursing practice outcomes in the experimental group showed a statistically significant higher adherence to care guidelines compared to the control group group ($p < .05$). Regarding patient outcomes, the number of acute exacerbation episodes was lower in the experimental group than in the control group. A difference in 28-day readmission rates was observed between the experimental group and the control group. Therefore, continuity of care provided at home is essential in reducing hospital readmissions within 28 days after discharge.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2026; 13(1): 21-37

Keywords: program nursing; chronic obstructive pulmonary disease; acute exacerbation; selected outcomes

[1]*Registered nurse, Senior Professional Level, Phukhieo Chalermprakiat Hospital, Chaiyaphum*
[2]*Assistant Professor, Faculty of Nursing, Shinawatra University; Corresponding author E-mail: nattanan.w @siu.ac.th*
[3]*Registered nurse, Senior Professional Level, Rasisalai Hospital, Srisaket*
[4]*Registered nurse, Senior Professional Level, Chaiyaphum Hospital, Chaiyaphum*
[5]*Registered nurse, Senior Professional Level, Phukhieo Chalermprakiat Hospital, Chaiyaphum*
Received February 22, 2026; Revised April 19, 2026; Accepted May 3, 2026

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นปัญหาของระบบบริการสุขภาพที่สำคัญ กระทรวงสาธารณสุข มีการกำหนดนโยบายตัวชี้วัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2568 ประเด็น ลดป่วย ลดตาย ตัวชี้วัด อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(ผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไป) < 80 ครั้งต่อ 100 รายสัมพันธ์กับการจัดการอาการหอบกำเริบเฉียบพลันเพื่อลดอัตราการกับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 เป็นหน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์[1-2] เขตสุขภาพที่ 9 ระยะ 3 ปี พ.ศ. 2566 ถึง 2568 โดยเฉพาะการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non- Communicable Diseases: NCDs) ซึ่งโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีความสำคัญจำเป็นต้องแก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วน กระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากต้องใช้เงินจำนวนมากในการรักษาและมีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน[1-4] จึงได้จัดทำแนวทางการจัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคุณภาพ เพื่อให้เหมาะสมกับศักยภาพของโรงพยาบาลแต่ละระดับโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ เป็นโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งข้อมูลที่ผ่านมาพบว่า 1 ใน 5 ของกลุ่มโรคสำคัญในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม คือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงจำเป็นต้องมีการดูแลและแก้ไขปัญหาในการดูแลสุขภาพอย่างมีประสิทธิผล ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้านอย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดภาวะการกำเริบเฉียบพลันและอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน[1-4]

ภาวะหอบกำเริบเฉียบพลันเป็นภาวะวิกฤตและรุนแรงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ส่งผลทำให้ร่างกายสามารถเกิดภาวะหายใจล้มเหลวได้ที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล[5-10] ในปัจจุบันพบผู้ป่วยที่เกิดอาการหายใจล้มเหลวจากอาการหอบกำเริบเฉียบพลันในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี องค์การอนามัยโลกได้พบผู้ป่วยเสียชีวิตจากอาการหอบกำเริบเฉียบพลันติดอันดับที่ 3 ของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังทั่วโลก จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) ของประเทศไทยในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาพบว่าประชากรป่วยเป็นโรคปออุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปีมีอัตราการเสียชีวิตปีละประมาณเกือบ 20,000 คนต่อปี และมีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันถึง 134 ครั้งต่อ 100 ราย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ M1 ที่ดูแลประชากรประมาณ 3 แสนคนครอบคลุม 4 อำเภอ จากการทบทวนระบบรายงานของโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2565 ถึง 2567 พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยพบว่ามีจำนวน 359, 451 และ 559 คน ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยมีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจำนวน 46, 58 และ 64 คน ตามลำดับ และพบอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภายใน 28 วันเพิ่มมากขึ้น จำนวน 68, 88 และ 102 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 14.87, 17.19 และ 19.75 ตามลำดับ ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดให้น้อยกว่าร้อยละ 4 นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันแล้วมีภาวะหายใจล้มเหลวมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น 31, 40 และ 58 คน ตามลำดับ

และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาประมาณ 10 ล้านบาทต่อปี ซึ่งส่งผลให้โรงพยาบาลต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น[11-15]

จากการศึกษาสาเหตุการเสียชีวิตและการเกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลันส่วนใหญ่เกิดจากความรุนแรงของโรคที่ทำให้เกิดภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลวจากสาเหตุดังกล่าวทำให้ทั่วโลกได้มีการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันอย่างต่อเนื่องเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโดยการมุ่งเน้นการสร้างกลไกในการลดอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยได้ออกแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพได้พัฒนาให้ครอบคลุมผู้ป่วย[3] และโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติได้มีการพัฒนาการดูแลตามแนวทางที่ผ่านมา แต่จากสถิติยังพบผู้ป่วยที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันและอัตราการเสียชีวิตยังสูงขึ้นจากสถิติข้างต้นที่กล่าวมา จากสถิติเหล่านี้สะท้อนว่าการดูแลผู้ป่วยยังไม่ประสบผลสำเร็จในการลดอัตราการเสียชีวิต และอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันลงได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษานำร่องเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของโรงพยาบาล โดยศึกษาเวชระเบียน ข้อมูลผู้ป่วย และแนวทางการดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยในกลุ่มงานอายุรกรรม จากการทบทวนประเด็นปัญหาพบว่า มี 4 ประเด็นสำคัญหลักที่ส่งผลทำให้ผลลัพธ์ไม่ตรงตามเป้าหมายที่วางไว้คือ 1) ด้านการประเมินผู้ป่วย พบว่าพยาบาลยังขาดการประเมินที่ครอบคลุม 2) ด้านศักยภาพพยาบาลยังขาดการให้ความรู้และทักษะที่สามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถป้องกันและจัดการอาการหอบกำเริบเฉียบพลันได้ พร้อมยังขาดการกำกับติดตามประเมินอาการขณะจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านในประเด็นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ต่อเนื่องและยั่งยืน 3) โรงพยาบาลยังขาดแนวทางการดูแลผู้ป่วย ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่เป็นแนวทางเดียวกันและมีความหลากหลายแล้วแต่กลวิธีของแต่ละบุคคล 4) ขาดการปรึกษาทีมร่วมดูแลที่ครอบคลุมทุกสาขาวิชาชีพซึ่งประกอบไปด้วยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก นักกายภาพบำบัด นักสุขภาพจิต นักโภชนากรและเภสัชกร

จากประเด็นดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมในการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน โดยใช้แนวคิดการพัฒนาการพยาบาลบนหลักฐานเชิงประจักษ์ และทฤษฎีบลูมเป็นพฤติกรรมที่พยาบาลนำมาใช้ในความสามารถของการเรียนรู้และแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เพื่อมุ่งเน้นถึงบทบาทของพยาบาลในแผนกอายุรกรรมให้เกิดความชัดเจนทั้งในประเด็น ด้านการประเมินผู้ป่วย ด้านการให้ความรู้ทักษะและการติดตามพฤติกรรม ด้านแนวทางการดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติการพยาบาลและการปรึกษาทีมสหสาขาอย่างครบถ้วน เพื่อให้มีการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นระบบอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะการป้องกัน จัดการอาการหอบกำเริบเฉียบพลันได้และติดตามการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน เพื่อนำผลการศึกษานี้ไปพัฒนาระบบบริการทำให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์

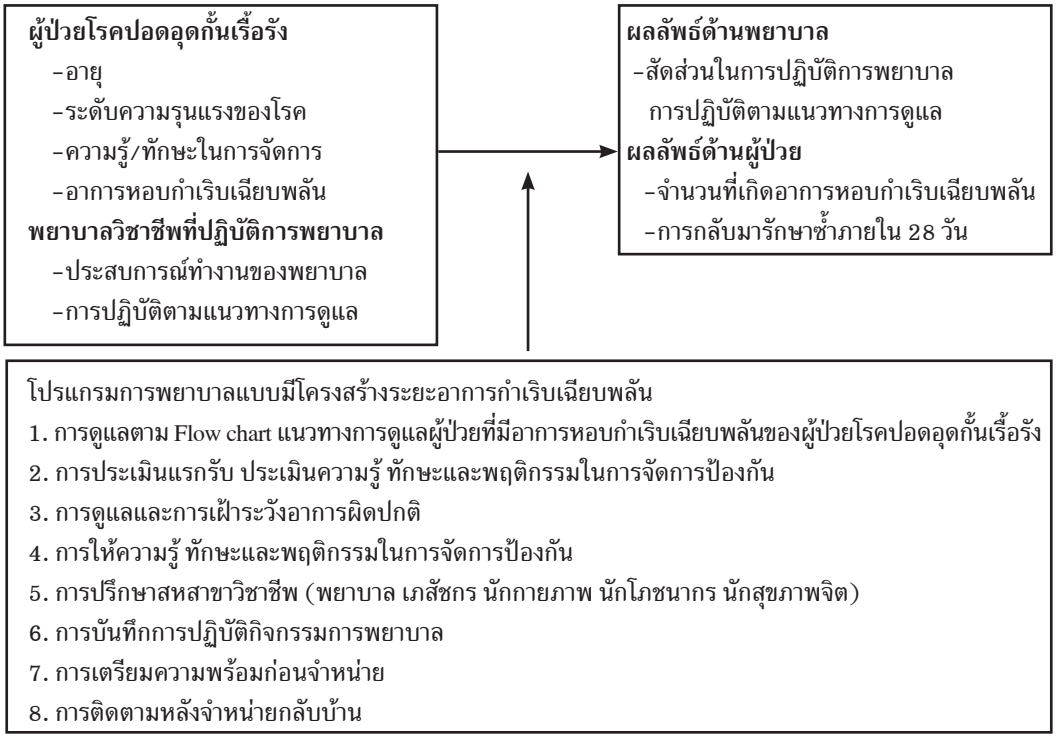
เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลตามโปรแกรมการพยาบาลแบบมีโครงสร้างระยะอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อผลลัพธ์การดูแลด้านการพยาบาลและด้านผู้ป่วยดังนี้

1) เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบมีโครงสร้างระยะอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2) เพื่อศึกษาจำนวนครั้งของการเกิดภาวะหอบกำเริบเฉียบพลันและการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ก่อนและหลังจำหน่ายของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดในการทำวิจัยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม[10] ได้เสนอทฤษฎีการเรียนรู้ไว้ดังนี้พื้นฐานของผู้เรียนเป็นหัวใจในการเรียน ผู้เรียนแต่ละคนจะเข้าชั้นเรียนด้วยพื้นฐานที่จะช่วยให้ผู้เรียน ประสบความสำเร็จในการเรียนรู้ต่างกัน ถ้าผู้เรียนมีพื้นฐานที่คล้ายคลึงกัน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนจะไม่แตกต่างกัน พร้อมกับมีคุณลักษณะของแต่ละคน เช่น ความรู้ที่จำเป็นก่อนเรียน แรงจูงใจในการเรียน และคุณภาพของการสอน เป็นสิ่งที่ปรับปรุงได้ เพื่อให้แต่ละคนและทั้งกลุ่มมีระดับการเรียนรู้ที่สูงขึ้น โดยมีผลลัพธ์ที่ได้คือกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร และพฤติกรรมใหม่นี้เป็นผลมาจากประสบการณ์หรือการฝึกฝน[2,6,8,10] พร้อมกับเป็นพฤติกรรมที่พยาบาลนำมาใช้ในความสามารถของการเรียนรู้และแก้ปัญหาต่าง ๆ ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย โดยเรียงลำดับจากระดับต้นไปสูง คือ 1) ความรู้ความจำ 2) ความเข้าใจ 3) การนำไปใช้ 4) การวิเคราะห์ 5) การสังเคราะห์ 6) การประเมินค่า ส่วนด้านผู้ป่วยมีการนำมาใช้ในการเรียนรู้เข้าใจจนถึงการประเมินค่าในโรคที่ตนเองเป็นอยู่เพื่อป้องกันและจัดการกับอาการหอบกำเริบเฉียบพลันขณะกับไปรักษาตัวต่อยอยู่ที่บ้าน



วิธีดำเนินการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (two group pre and post-test design) โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันที่ได้เข้ารับการรักษาที่กลุ่มงานอายุรกรรมโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ดำเนินการศึกษาในช่วงวันที่ 15 มกราคม พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. พยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม

กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากประชากรมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีประสบการณ์การทำงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมอย่างน้อย 2 ปี 2) มีความยินยอมร่วมในการเข้างานวิจัย ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 40 คน

2. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันที่ได้เข้ารับการรักษาที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 1,206 ราย

กลุ่มตัวอย่างกำหนดลักษณะคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความรุนแรงของโรคระดับ E ตามเกณฑ์ของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยและอายุ 40 ปีขึ้นไป 2. ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะดี สามารถอ่านพูดฟังเขียนได้ดี 3. ไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียง 4. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาและเข้าร่วมวิจัย 5. มีค่าคะแนนความเหนื่อยขณะปัจจุบันไม่เกิน 3 คะแนน ไม่มีอาการเหนื่อยหอบรุนแรง 6. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Two independent samples study) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power; $1-\beta$) เท่ากับ 0.80 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size; Cohen's d) เท่ากับ 0.50 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง โดยใช้การทดสอบแบบสองด้าน (two-tailed test) และกำหนดอัตราส่วนกลุ่มทดลองต่อกลุ่มควบคุมเท่ากับ 1:1 ผลการคำนวณพบว่าต้องใช้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 68 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษา 10%[16] เป็น 76 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 38 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 38 คน เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวทางมาตรฐานการพยาบาลเดิมของโรงพยาบาล โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมในวันที่ 15 มกราคม 2568 ถึง 15 พฤษภาคม 2568 และกลุ่มทดลองจำนวน 38 คน เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมในการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในช่วงวันที่ 16 พฤษภาคม 2568 ถึง 15 กันยายน 2568

เครื่องมือในการวิจัย

1. โปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. แบบรวบรวมข้อมูลการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โปรแกรมการให้การพยาบาลระยะหอบกำเริบเฉียบพลันประกอบไปด้วย 8 ขั้นตอนดังนี้ 1.การดูแลตาม Flow chart แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2.การประเมินแรกรับ ประเมินความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการจัดการป้องกัน 3.การดูแลและการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ 4.การให้ความรู้ทักษะและพฤติกรรมในการจัดการป้องกัน 5.การปรึกษาสหสาขาอาชีพ (พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพ นักโภชนากร นักสุขภาพจิต) 6.การบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล 7.การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย 8.การติดตามหลังจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งด้านพุทธิพิสัยของบลูมเป็นพฤติกรรมที่พยาบาลนำมาใช้ในความสามารถของการเรียนรู้และแก้ปัญหาต่าง ๆ ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย โดยเรียงลำดับจากระดับต้นไปสูง คือ 1) ความรู้ความจำ 2) ความเข้าใจ 3) การนำไปใช้ 4) การวิเคราะห์ 5) การสังเคราะห์ 6) การประเมินค่า ส่วนด้านผู้ป่วยมีการนำมาใช้ในการเรียนรู้เข้าใจจนถึงการประเมินค่า ในโรคที่ตนเองเป็นอยู่เพื่อป้องกันและจัดการกับอาการหอบกำเริบเฉียบพลันขณะกลับไปรักษาตัวต่ออยู่ที่บ้าน[13-9,11-3]

การตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมในการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พัฒนาโดยใช้แนวคิดการพัฒนาการพยาบาลบนหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice model) ซึ่งสังเคราะห์จากงานวิจัยจำนวน 18 เรื่องและสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน เพื่อมุ่งเน้นบทบาทของพยาบาลในแผนกอายุรกรรมให้เกิดความชัดเจนทั้งในประเด็น ด้านการประเมินผู้ป่วย ด้านการให้ความรู้ทักษะและการติดตามพฤติกรรม ด้านแนวทางการดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติการพยาบาลและการปรึกษาทีมสหสาขาอย่างครบถ้วน เพื่อให้มีการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นระบบอย่างมีประสิทธิภาพ ความรู้และทักษะการป้องกัน จัดการอาการหอบกำเริบเฉียบพลันได้และติดตามการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ซึ่งประกอบด้วย 1) Flow chart แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) แบบประเมินความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการจัดการป้องกัน 3) แบบบันทึกการดูแลและการเฝ้าระวังอาการ ผู้ป่วยจำนวนครั้งที่เกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลันและการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน[3-9] ประเมินคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์อายุรกรรมจำนวน 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลด้านปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 1 ท่านและพยาบาลประจำคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องทางด้านเนื้อหาโดยรวม (S-CVI) เท่ากับ 1 ภายหลังผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ได้นำมาปรับปรุงและแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 10 ราย เพื่อประเมินความชัดเจนของเนื้อหาและการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง และนำมาปรับให้มีความเหมาะสมและครอบคลุมมากที่สุดก่อนที่จะนำไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง

2. แบบรวบรวมข้อมูลการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันใน

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการศึกษาจากแนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องและครอบคลุมให้เกิดความสอดคล้องกับเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และประเมินคุณภาพ โดยการหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index; CVI) โดยผู้เชี่ยวชาญชุดเดิมได้ค่าความสอดคล้องทางด้านเนื้อหาโดยรวม (S-CVI) เท่ากับ 1 (การหาค่า CVI ทำเฉพาะกับ «แบบประเมินและโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่» ส่วนเครื่องมือคัดกรองมาตรฐาน (mMRC, CAT, Borg score) เป็นเครื่องมือสากลที่นำมาใช้โดยไม่ต้องหา CVI) ซึ่งประกอบด้วยแบบบันทึกจำนวน 3 อย่างได้แก่

2.1 แบบเก็บข้อมูลแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นแบบบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้เก็บข้อมูลที่พยาบาลวิชาชีพบันทึกไว้ขณะให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม ประกอบไปด้วย 5 ส่วน คือ

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบไปด้วย เพศ อายุ การสูบบุหรี่ ประวัติการเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน[2,6,8,17-19]

2) แบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยแรกรับ ประกอบไปด้วย แบบประเมินเกี่ยวกับลักษณะอาการและความเป็นอยู่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อมารับการรักษาในโรงพยาบาล

1. การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม โดยใช้แบบสอบถามอาการหายใจลำบาก (Modified Medical Research Council Dyspnea Scale: mMRC) โดยประเมินอาการหายใจลำบากขณะทำกิจกรรมโดยแบ่งตามความรุนแรงค่าคะแนน 0-4 คะแนน[6-1]

2. แบบประเมิน CAT (COPD Assessment Test) เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตตัดค่าคะแนนที่ 10 คะแนน ถ้า < 10 คะแนนมีคุณภาพชีวิตที่ดีและถ้า >10 คุณภาพชีวิตต่ำ[1-6]

3. แบบประเมิน Borg Score คือแบบประเมินความเหนื่อยขณะปัจจุบัน เป็นการประเมินความเหนื่อยล้าขณะปัจจุบันคะแนน 0 -10 คะแนน 0 หมายถึงไม่เหนื่อยเลย 1-10 หมายถึงมีความเหนื่อยเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และระดับ 10 หมายถึงเหนื่อยมากที่สุดจนจะขาดใจ โดยแบ่งช่วงคะแนนความเหนื่อยออกเป็น 3 ช่วง 1-3 คะแนนระดับเล็กน้อยสามารถทำกิจกรรมได้ไม่เหนื่อย 4-7 คะแนนระดับเหนื่อยปานกลางทำกิจกรรมหนัก ๆจะเหนื่อย 8-10 คะแนนเหนื่อยมากขณะพัก[6-1]

4. การแบ่งความรุนแรงของอาการกำเริบตามลักษณะอาการทางคลินิกได้ 3 ระดับ 1. รุนแรงน้อย มีอัตราการหายใจ 20-30 ครั้ง/นาที ไม่ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ ระดับความรู้สึกตัวปกติ มีภาวะพร่องออกซิเจนดีขึ้นหลังจากแก้ไขด้วยการให้ออกซิเจน cannula 2. กึ่งวิกฤตมีอัตราการหายใจมากกว่า 30 ครั้ง/นาที ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ ระดับความรู้สึกตัวปกติ มีภาวะพร่องออกซิเจนดีขึ้นหลังจากแก้ไขด้วยการให้ออกซิเจน mask with bag 3. วิกฤต มีอัตราการหายใจมากกว่า 35 ครั้ง/นาทีใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว มีภาวะพร่องออกซิเจนที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมกับมีภาวะเลือดเป็นกรด[6-1]

5. การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามค่า FEV1 หลังให้ยาขยายหลอดลม โดยผู้ป่วยทุกรายต้องมีค่า FEV1/FVC หลังให้ยาขยายหลอดลม <0.7 ระดับรุนแรงน้อย ค่าFEV1 >80%

ของค่ามาตรฐาน ระดับรุนแรงปานกลาง ค่าFEV1 ระหว่าง 50% ถึง < 80% ของค่ามาตรฐาน ระดับรุนแรงมาก ค่าFEV1 ระหว่าง 30% ถึง < 50% ของค่ามาตรฐาน ระดับรุนแรงมากที่สุด ค่าFEV1 <30% ของค่ามาตรฐาน[6-1]

3) แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งประเมินตามขั้นตอนการพยาบาลตามขั้นตอนโดยประกอบด้วย 1) การประเมินการปฏิบัติของพยาบาลที่ประเมินแรกรับ 2) การประเมินการปฏิบัติของพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วย 3) การปรึกษาทีมสหวิชาชีพครบถ้วนทั้ง 5 สหสาขาก่อนจำหน่าย 4) การแบบบันทึกจำนวนครั้งที่เกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลันและการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน 5) การแบบบันทึกการปฏิบัติของพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาล โดยให้ความรู้และทักษะทั้งหมด 8 เรื่องประกอบไปด้วย 1.การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น 2.การสงวนพลังงาน 3. การเลือกรับประทานอาหาร 4. การฝึกผ่อนคลายความเครียด 5.การฝึกบริหารการหายใจ 6. การฝึกการไออย่างถูกวิธี 7. การฝึกการออกกำลังกาย และ 8. การฝึกการพ่นยาที่ถูกต้องให้กลับผู้ป่วยก่อนจำหน่าย[2,6,8,19]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูล วิธีดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (two group pre and post-test design) โดยเปรียบเทียบ ผลลัพธ์ด้านพยาบาล สัดส่วนในการปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติตามแนวทางการดูแล ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย จำนวนที่เกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อนและตามด้วยเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง ซึ่งกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานและได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบมีโครงสร้างระยะอาการกำเริบเฉียบพลัน โดยมีโปรแกรมได้แก่ 1.การดูแลตาม Flow chart แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปออุดกั้นเรื้อรัง 2.การประเมินแรกรับ ประเมินความรู้ทักษะและพฤติกรรมในการจัดการป้องกัน 3.การดูแลและการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ 4.การให้ความรู้ทักษะและฤติกรรมในการจัดการป้องกัน 5.การปรึกษาสหสาขาวิชาชีพ (พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพ นักโภชนากร นักสุขภาพจิต) 6.การบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล 7.การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย 8.การติดตามหลังจำหน่ายกลับบ้าน

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัยผลของการใช้โปรแกรมการให้การพยาบาลระยะหอบกำเริบเฉียบพลันต่อผลลัพธ์ที่คัดสรรในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยปกปิดรายชื่อผู้ให้ข้อมูลเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผ่านการพิจารณาวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เลขที่ 02/2568 วันที่ 15 มกราคม พ.ศ. 2568 ถึง 15 มกราคม พ.ศ. 2569

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง ในตัวแปรต่อเนื่องและใช้สถิติ Chi-square test (X^2) โดยวัดผลหลังการทดลองและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้Chi-square test และ Mann Whitney U test ในแต่ละกลุ่ม และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

ผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้การพยาบาลระยะหอบกำเริบเฉียบพลันต่อผลลัพธ์ที่คัดสรรในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (พยาบาลวิชาชีพ)

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ 40 คน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พยาบาลวิชาชีพกลุ่มละ 20 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 100 มีอายุระหว่าง 24-32 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 100 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม 2-5 ปี ร้อยละ 50 (10 คน) มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 50 (10คน) จากการเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพไม่มีความแตกต่างกันของทั้งสองกลุ่มตัวอย่าง ($P > .05$)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง)

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ใช้ในขั้นตอนทดลองใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 76 คน โดยแบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 38 คน กลุ่มทดลองเป็นเพศชายร้อยละ 92.10 (35คน) เพศหญิงร้อยละ 7.90 (3คน) ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายร้อยละ 89.47 (34คน) เพศหญิงร้อยละ 10.53 (4คน) กลุ่มทดลองมีอายุ 40-60 ปี ร้อยละ 21.06 (8คน) อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 78.94 (30คน) กลุ่มควบคุมมีอายุ 40-60 ปี ร้อยละ 26.31 (10คน) อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 73.69 (28 คน) ระดับการศึกษาร้อยละ 100 มีระดับการศึกษาประถมศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การสูบบุหรี่กลุ่มทดลองปัจจุบันยังสูบบุหรี่ ร้อยละ 57.89 (22 คน) และมีประวัติเคยสูบแต่เลิกแล้วร้อยละ 21.05 (8 คน) กลุ่มควบคุมปัจจุบันยังสูบบุหรี่ ร้อยละ 47.36 (18คน) และมีประวัติเคยสูบแต่เลิกแล้วร้อยละ 18.42 (7 คน) จำนวนปีในการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 100 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ประวัติการเกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลันและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้งในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 100 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับ E ตามสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยร้อยละ 100 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากการเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่มีความแตกต่างกันของทั้งสองกลุ่มตัวอย่าง ($P > .05$)

ส่วนที่ 3 ผลของการปฏิบัติการพยาบาลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบมีโครงสร้างระยะอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตารางที่ 1 ผลของการปฏิบัติการพยาบาลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบมีโครงสร้างระยะอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม n=76

รายการกิจกรรมการพยาบาลตามโปรแกรมการพยาบาล	กลุ่มควบคุม (n=38)%	กลุ่มทดลอง (n=38)%	X^2	p-value
1.การดูแลตาม Flow chart มาตรฐาน	10(26.31)	38 (100)	44.33	.001*
2.การประเมินแรกรับ	10(26.31)	38 (100)	44.33	.001*
3.การดูแลตามแนวทางการเฝ้าระวัง	8 (21.05)	38 (100)	49.57	.001*
4.การให้ความรู้และทักษะการป้องกันอาการกำเริบ	8 (21.05)	38 (100)	49.57	.001*
5.การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ (5 สหวิชาชีพ)	12(31.57)	38 (100)	39.52	.001*
6.การบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล	12(31.57)	38 (100)	39.52	.001*
7.การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย	9(23.68)	38 (100)	46.89	.001*
8.การติดตามหลังจำหน่ายกลับบ้าน	7 (18.42)	38 (100)	52.36	.001*

** p-value < .05*

ผลด้านพยาบาลลักษณะทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพการศึกษาผลด้านการพยาบาลภายใต้โปรแกรมการพยาบาล พบว่ามีการทำกิจกรรมการพยาบาลตามโปรแกรมการพยาบาลตามมาตรฐาน 8 กิจกรรม ได้แก่ 1. การดูแลตาม Flow chart มาตรฐาน ร้อยละ 26.31(จำนวน 10 คน) 2. การประเมินแรกรับร้อยละ 26.31(จำนวน 10 คน) 3. การดูแลตามแนวทางการเฝ้าระวังร้อยละ 21.05(จำนวน 8 คน) 4. การให้ความรู้และทักษะการป้องกันอาการกำเริบร้อยละ 21.05(จำนวน 8 คน) 5. การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ 5 สหวิชาชีพร้อยละ 31.57(จำนวน 12 คน) 6. การบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลการร้อยละ 31.57(จำนวน 12 คน) 7. การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายร้อยละ 23.68(จำนวน 9 คน) 8. การติดตามหลังจำหน่ายกลับบ้านร้อยละ 18.42(จำนวน 7 คน) ซึ่งกลุ่มทดลองทั้ง 8 กิจกรรมการพยาบาลตามโปรแกรมการพยาบาลมีการปฏิบัติครบถ้วนสมบูรณ์ร้อยละ 100(จำนวน 38 คน) ทุกกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ส่วนที่ 4 ผลของจำนวนครั้งของการเกิดภาวะหอบกำเริบเฉียบพลันและการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ก่อนและหลังจำหน่ายของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 2 แสดงผลของจำนวนครั้งของการเกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลันของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง n=76

จำนวนครั้งของการเกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลันต่อวัน	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	Z	Sig.(2-tailed)
กลุ่มควบคุม ก่อน Admit (28 วัน)	36.71	1395.00	654.00	-	
กลุ่มทดลอง ก่อน Admit (28 วัน)	40.29	1531.00		-715	.474*
กลุ่มควบคุม หลัง admit (28 วัน)	55.79	2120.00	65.00	-	
กลุ่มทดลอง หลัง admit (28 วัน)	21.21	806.00		-6.883	.000*

** p-value < .05*

ผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U-test พบว่า หลังได้รับการดูแลตามแนวทางมาตรฐาน จำนวนครั้งของการเกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลันในกลุ่มควบคุมมีจำนวนของการเกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลันต่อวัน ก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน และระหว่างกลุ่มก่อน Admit ของกลุ่มควบคุมและทดลอง ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p >.05 และเมื่อพิจารณาหลังการ ทดลอง พบว่ากลุ่มทดลอง มีจำนวนครั้งของการเกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลันต่อวันน้อยกว่ากลุ่มควบคุม มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05 ดังตารางที่ 2

ส่วนที่ 5 ผลของการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตารางที่ 3 แสดงผลของการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันของลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม n=76

กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน (n=76)	กลุ่มควบคุม (n=38)% แนวทางตามมาตรฐาน	กลุ่มทดลอง (n=38)% ได้รับโปรแกรม+แนวทางตามมาตรฐาน
เกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลันและกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน	9(23.68)	0
ไม่เกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลันและไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน	29(76.32)	38(100)

ผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้โปรแกรมการให้การพยาบาลระยะหอบกำเริบเฉียบพลัน กลุ่มทดลองมีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน น้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำร้อยละ 23.68 (จำนวน 9 คน) ในขณะที่กลุ่มทดลองไม่มีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน สะท้อนให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมการพยาบาลดังกล่าวมีประสิทธิผลในการลดการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่าการใช้โปรแกรมการให้การพยาบาลระยะหอบกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลร่วมกับแนวทางมาตรฐาน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามแนวทางมาตรฐานเพียงอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลครบถ้วนมากกว่ากลุ่มควบคุม มีจำนวนครั้งของการเกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลันลดลง และมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้การพยาบาลระยะหอบกำเริบเฉียบพลันมีผลลัพธ์ที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลครบตามแนวทาง ด้านจำนวนครั้งของอาการหอบกำเริบเฉียบพลันที่ลดลง และอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันที่ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการพยาบาลที่ใช้แนวทางเชิงระบบมีโครงสร้างระยะอาการกำเริบเฉียบพลันเป็นขั้นตอนในการดูแล มีการประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุม มีทักษะและความรู้ที่สูงขึ้นตามแนวคิดของบลูม[10] ในการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน การติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย และการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการของตนเองได้ดียิ่งขึ้น ลดการเกิดภาวะหอบกำเริบซ้ำ และลดความจำเป็นในการกลับมารักษาในโรงพยาบาล[2,6,8,18] ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามกระบวนการวิจัยตั้งแต่การศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยนำมาวิเคราะห์เพื่อแก้ไขปัญหาโดยใช้วิธีการตั้งคำถามตามแนวคิดของบลูมซึ่ง แบ่งออกเป็น 6 ระดับ ได้แก่ความจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินค่า จึงทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะเข้าใจมากขึ้นจัดการอาการหอบกำเริบเฉียบพลันได้

การอภิปรายนี้สอดคล้องกับแนวคิดของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยที่เน้นการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยใช้การบูรณาการระหว่างพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เภสัชกร และนักสุขภาพจิต ซึ่งมีส่วนช่วยในการพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มสมรรถนะของผู้ป่วยและลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ ผลลัพธ์ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2023) ที่ระบุว่าการให้การพยาบาลที่ครอบคลุมด้านการประเมิน การให้ความรู้ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และการติดตามผลต่อเนื่องภายหลังการจำหน่ายสามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำและภาวะหอบกำเริบเฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญ[3-5]

ผลลัพธ์ที่พบจึงชี้ให้เห็นว่า บทบาทของพยาบาลในกระบวนการดูแลแบบองค์รวมภายใต้โปรแกรมการพยาบาลระยะหอบกำเริบเฉียบพลัน มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการลดอัตราการเกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลันและการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน อีกทั้งยังช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาของโรงพยาบาล และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิผล[2,6,8,19]

บทวิจารณ์ผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมการให้การพยาบาลระยะหอบกำเริบเฉียบพลันมีประสิทธิผลในการลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแนวทางมาตรฐาน พบว่ากลุ่มทดลองไม่กลับมารักษาซ้ำ ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีอัตราสูงถึงร้อยละ 23.68 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการพยาบาลเชิงรุกโดยใช้โปรแกรมที่ออกแบบอย่างเป็นระบบและครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ทักษะการดูแลตนเอง และการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย มีส่วนสำคัญในการป้องกันการเกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลันซ้ำและลดภาระการกลับมารักษาในโรงพยาบาล

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลตามแบบจำลองการตัดสินใจทางคลินิก (Clinical Decision-Making Model) โดยกรอบแนวคิดของ Bloom โดยการนำเอาปัญหาของผู้ป่วย การให้ความรู้และทักษะ ความจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินค่า การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ที่เน้นการใช้ข้อมูลทางคลินิกและการสังเกตอาการของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบเพื่อวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมเฉพาะราย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัย[20] ที่ระบุว่าการให้ความรู้และการสนับสนุนด้านการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วย COPD สามารถลดการเกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลันและลดการกลับมารักษาซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งโปรแกรมดังกล่าวยังส่งเสริมสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการให้การพยาบาลเชิงรุก (Proactive Nursing Care) ซึ่งรวมถึงการประเมินภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การให้คำปรึกษา และการติดตามผลหลังการจำหน่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการดูแลตนเองมากขึ้น ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และสามารถสังเกตอาการเตือนของการหอบกำเริบได้ทันท่วงที[21] อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการ เช่น การเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลแห่งเดียวและการติดตามผลในระยะเวลาเพียง 28 วัน อาจยังไม่ครอบคลุมผลระยะยาวของโปรแกรมการพยาบาล ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปควรขยายพื้นที่ศึกษาให้ครอบคลุมโรงพยาบาลหลายแห่ง และเพิ่มระยะเวลาการติดตามผลเพื่อประเมินผลต่อเนื่องในด้านคุณภาพชีวิต การใช้บริการสาธารณสุข และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ

โดยสรุป การวิจัยครั้งนี้ตอกย้ำถึงความสำคัญของการพยาบาลเชิงรุกและการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะหอบกำเริบเฉียบพลัน การนำโปรแกรมดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานบริการพยาบาลจะช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ลดภาระงานของบุคลากร และเพิ่มประสิทธิผลของระบบบริการสุขภาพโดยรวม[19,21]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การประยุกต์ใช้ในงานบริการพยาบาล

หน่วยงานพยาบาล โดยเฉพาะกลุ่มงานการพยาบาลอายุรกรรม ควรนำโปรแกรมการให้การพยาบาลระยะหอบกำเริบเฉียบพลันไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะต่าง ๆ ของการรักษา โดยเฉพาะในช่วงภาวะหอบกำเริบเฉียบพลัน ซึ่งเป็นช่วงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำสูง โปรแกรมนี้สามารถใช้เป็นแนวทางมาตรฐานในการวางแผนการพยาบาล การประเมินผู้ป่วย การให้ความรู้ และการติดตามต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย เพื่อเพิ่มคุณภาพ

การดูแล ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2. การพัฒนาองค์ความรู้และสมรรถนะของพยาบาล

ควรจัดอบรมพยาบาลให้มีความรู้และทักษะในการใช้โปรแกรมการพยาบาลดังกล่าวอย่างถูกต้องและเป็นระบบ โดยเฉพาะทักษะการประเมินภาวะหอบกำเริบเฉียบพลัน การให้คำปรึกษาและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้โปรแกรมมีประสิทธิผลมากขึ้น

3. การขยายผลในระดับนโยบายและเครือข่ายบริการสุขภาพ

โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปเป็นต้นแบบในการพัฒนา “แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบบูรณาการ” ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลถึงชุมชน รวมทั้งสามารถนำไปใช้ในโรงพยาบาลระดับ M1–F2 ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน เพื่อยกระดับมาตรฐานการพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับประเทศ

4. การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว

ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล การเรียนรู้ทักษะการจัดการอาการ และการติดตามภายหลังจำหน่าย เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลและลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการหอบกำเริบซ้ำ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาด้วยกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่และหลากหลาย

ควรทำการวิจัยในพื้นที่หรือโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อยืนยันความถูกต้องและความทั่วไปใช้ได้ (generalizability) ของผลการวิจัย รวมถึงเพิ่มขนาดตัวอย่างให้มากขึ้น เพื่อให้การวิเคราะห์เชิงสถิติและผลลัพธ์มีความแม่นยำยิ่งขึ้น

2. การวิจัยระยะยาว (Longitudinal Study)

ควรมีการติดตามผลในระยะยาว เช่น 3 เดือน หรือ 6 เดือน หลังจำหน่าย เพื่อประเมินผลต่อเนื่องของโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง อัตราการเกิดอาการหอบกำเริบ และการกลับมารักษาซ้ำในระยะยาว

3. การศึกษาปัจจัยร่วมที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำ

ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อการกลับมารักษาซ้ำ เช่น ระดับความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง และภาวะร่วมอื่น ๆ เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

4. การพัฒนาและทดสอบนวัตกรรมทางการพยาบาลร่วมกับเทคโนโลยี

ควรต่อยอดการวิจัยโดยพัฒนา “นวัตกรรมเทคโนโลยีสนับสนุนการติดตามผู้ป่วย” เช่น การใช้ระบบติดตามผ่านโทรศัพท์มือถือ หรือแอปพลิเคชันที่เชื่อมต่อกับพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการติดตามภายหลังจำหน่ายและลดภาระงานของบุคลากร

เอกสารอ้างอิง

1. Strategy and Planning Division (SPD) Office of the Permanent Secretary (OPS) Ministry of Public Health (MOPH) 2018.Available from: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/09/Ebookmoph20.pdf

2. Detailed Performance Indicators of the Ministry of Public Health for Fiscal Year. 2026. Available from: https://sbo.moph.go.th/sbo/file/PA/2569/%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%A5%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%AD%E0%B8%B5%E0%B8%A2%E0%B8%94%E0%B8%95%E0%B8%B1%E0%B8%A7%E0%B8%8A%E0%B8%B5%E0%B9%89%E0%B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%94%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%97%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%87%E0%B8%AA%E0%B8%B2%E0%B8%98%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%82%20%E0%B8%9B%E0%B8%B5%E0%B8%87%E0%B8%9A69.pdf
3. Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage. COPD Thai guideline. 1st ed. Bangkok: Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage; 2025. Thai.
4. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: 2025 report. 2025.
5. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Western Pacific Region. Commun Dis Intell. 2025.
6. Putti S. The effects of the Isan language video learning media on knowledge and skills to manage acute exacerbation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. J Nurs Sci Health. :(3)43 ;2020 96-84. Thai.
7. Teeranuch A, Surit P, Methakanjanasak N, et al. Effect of the first-aid workshop on knowledge, attitudes and practice skills of working-age people. Khon Kaen: Faculty of Nursing, Khon Kaen University; 2017. Thai.
8. Putti S, Kongkasem P. The development of education and skill on behavior to prevent acute exacerbation and readmission within 28 days in patients with chronic obstructive pulmonary disease in a hospital. JRTAN. 12-402 :(1)25 ;2024. Thai.
9. Press VG, Kelly CA, Kim JJ, et al. Virtual teach-to-goal adaptive learning of inhaler technique for inpatients with asthma or COPD. J Allergy Clin Immunol Pract. 9-1032 :(4)5 ;2017.e1. doi: 10.1016/j.jaip.2016.11.018
10. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives: handbook I: cognitive domain. New York: David McKay; 1976.
11. Tantalanukul S, Isarangura P, Fongkerd S. Self-care to enhance quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Boromarajonani Coll Nurs Uttaradit J. 51-140 :(2)9 ;2020. Thai.
12. Tipkanjanaraykha K, Charoenchit L. The nurse role for symptom management of older adults with chronic obstructive pulmonary disease: A case study. JHNR. 25-12 :(3)38 ;2022. Thai.
13. Chosivasakul K, Piaseu N. Outcome of empowerment in patient with complex chronic kidney disease stage 3: Case report. TJNMP. 99-87 :(1)6 ;2019. Thai.
14. The Thai Nursing and Midwifery Council. Announcement of the Thai Nursing and Midwifery Council on the scope and competencies of advanced practice nurses in various fields [Internet]. Bangkok: The Council; 2008 [cited 2025 Feb 18]. Available from: https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/H014.pdf
15. Thongprasit S, Noonil N, Sonpaveerawong J. Medication behavior of patients with chronic obstructive pulmonary disease at home, Thasala District, Nakhon Si Thammarat Province. PNUJR. 80-71 :(3)10 ;2019. Thai.

16. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. ;1970 10-607 :(3)30.
17. Sungmontorn K, Krajaiklang S, Wansaen P. The development of care model for patients with chronic obstructive pulmonary disease in Surin Hospital. MJSBH. 42-327 :(2)36 ;2021. Thai.
18. Shrestha A, Singh SB, Khanal BK, et al. Health literacy and knowledge of chronic diseases in Nepal. Health Lit Res Pract. 4)2 ;2018): e30-221. doi: 01-20181025-24748307/10.3928.
19. Putti S. Roles of Advanced Practice Nurses for Self-Management Support in New Older Patients of Chronic Obstructive Pulmonary Disease with an Acute Exacerbation: A Case Study.2025. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/apnj/article/view/270928
20. Haemwichaiwat R, Klinhorm W, Rakkittiku T, et al. The effects of nursing service program and Telenursing for elderly patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease at Chronic Obstructive Pulmonary Disease clinic, Lampang Hospital. Journal of Khon Kaen Provincial Health Office. 2025;7(3):e276968
21. Definition of a COPD self-management intervention: International Expert Group consensus.2016. https://publications.ersnet.org/content/erj/48/1/46.

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยชุมชนมีส่วนร่วม

รัตติกาล เรืองฤทธิ์[1] พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
สุพัสจี เดชทิพย์พรพงศ์[2] พย.ด. (การพยาบาลนามัยชุมชน)
กมลชนก ภิบาล[3](การพยาบาลผู้ใหญ่)
มาลี คำคง[4](การพยาบาลผู้ใหญ่)
มุขรินทร์ ทองหอม[5] พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

บทคัดย่อ: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วมสำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบดังกล่าว ดำเนินการ 2 ระยะ; 1) พัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย และ 2) ทดสอบประสิทธิผล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แนวทางการสัมภาษณ์ แบบวัดความรู้ และ พฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ค่า CVI 0.91–0.95 ค่าความเชื่อมั่น KR–20 = 0.82, Cronbach's alpha = 0.88–0.91 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธี Content Analysis สถิติเชิงพรรณนา และ สถิติ Paired t–test ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นขับเคลื่อนผ่านกระบวนการ "PROMISE" ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก; P–Positive reinforcement, O–Optimum การสร้างตระหนักรู้ในปัญหายอมรับในสุขภาพของตัวเอง ส่งเสริมให้เกิด self–care, R–Result–based management, I–Individual or Clieny Center ส่งเสริมให้เกิด self–regulation, M–Motivation, S–Self–esteem, E–Empowerent ส่งเสริมให้เกิด self–efficacy ภายใต้กลไกการมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบของชุมชน ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 19.30$, $p < .001$) และมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นในทุกด้าน ($t = 5.97–7.71$, $p < .001$) สำหรับผลลัพธ์ทางคลินิกพบความเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตลดลง ($t = 3.45$, $p < .05$) น้ำหนักตัวและเส้นรอบเอวลดลง ($t = 4.36 – 4.46$, $p < .001$) ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ($t = 7.09$, $p < .05$) และระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($t = 5.65$, $p < .01$) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้เป็นต้นแบบในการจัดการสุขภาพโดยชุมชนเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2569; 13(1): 38–59

คำสำคัญ: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ; โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง; ชุมชนมีส่วนร่วม; ประชากรกลุ่มเสี่ยง

[1,5]อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ จังหวัดพัทลุง
[2]อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ จังหวัดพัทลุง; ผู้รับผิดชอบหลัก, E–mail: Supussajee.d@tsu.ac.th
[3–4]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ จังหวัดพัทลุง
วันที่รับบทความ 16 เมษายน 2569 วันที่แก้ไขบทความ 9 มิถุนายน 2569 วันที่ตอบรับบทความ 14 มิถุนายน 2569

Research Article

Development of a Community-Participatory Health Modification Model for NCDs High-Risk

Rattikarn Roungrit[1] M.N.S
Supussajee Detthippornpong[2] PhD
Kamonchanok Phibal[3] M.N.S
Malee Kumkong[4] M.N.S
Mukkarin Thonghom[5] M.N.S

Abstract: This participatory action research aimed to develop a Community-Participatory Health Behavior Modification Model for NCD-high-risk individuals and to evaluate the effectiveness of the model. The study was conducted in two phases: 1) model development through community participation with 20 stakeholders, and 2) effectiveness testing among 50 NCD-high-risk participants. Research instruments demonstrated content validity (CVI = 0.91-0.95) and reliability (KR-20 = 0.82, Cronbach's alpha = 0.88-0.91). Qualitative data were examined via content analysis, while quantitative outcomes were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests. The findings revealed that the developed model, driven by the 'PROMISE' process, consists of five pivotal components: Positive reinforcement combined with Optimum state to encourage participant self-care; Result-based management; Individual or client-centered approaches promoting self-regulation; Motivation; and Self-esteem and Empowerment fostering participant self-efficacy. Observation and evaluation, integrated within a systematic community participation mechanism, were conducted. Following the intervention, participants demonstrated significantly higher mean scores in knowledge ($t = 19.30$, $p < .001$) and all dimensions of preventive behaviors ($t = 5.97-7.71$, $p < .001$). Clinical outcomes significantly improved, including reductions in systolic blood pressure ($t = 3.45$, $p < .05$), body weight and waist circumference ($t = 4.36-4.46$, $p < .001$), fasting blood sugar ($t = 7.09$, $p < .05$), and HbA1c ($t = 5.65$, $p < .01$). The developed model serves as a sustainable community-based prototype for health behavior modification.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2026; 13(1): 38-59

Keywords: Health Behavior Modification; NCDs; Community Participation; At-risk Population

[1,5]*Lecturer, Faculty of Nursing, Thaksin University, Phatthalung*
[2]*Lecturer, Faculty of Nursing, Thaksin University, Phatthalung (Coresponding Author), E-mail: Supussajee.d@tsu.ac.th*
[3-4]*Asstant. Professor. Faculty of Nursing, Thaksin University, Phatthalung*
Received April 16, 2025; Revised June 9, 2026; Accepted June 14, 2026

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญทั้งระดับโลกและประเทศไทย องค์การอนามัยโลกระบุว่า NCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั่วโลก หรือราว 41 ล้านคนต่อปี โรคสำคัญได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน ซึ่งสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม (WHO, 2024) สำหรับประเทศไทย NCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง โดยมีผู้เสียชีวิตประมาณ 400,000 คนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมดนอกจากนั้น ภาระโรคยังสูงจากการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ พฤติกรรมเสี่ยง และการเกิดโรคร่วมหลายโรคในบุคคลเดียว โดยเฉพาะในช่วงปี พ.ศ.2551-2563 พบว่าความชุกของ NCDs ในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งความต้องการการดูแลระยะยาวที่เพิ่มขึ้น[1-2]

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพจากระบบตั้งรับสู่ระบบเชิงรุกมาตั้งแต่ พ.ศ. 2545[3] ต่อมา พ.ศ. 2563-2568 ได้ขับเคลื่อนนโยบายผ่านแผนยุทธศาสตร์ชาติเน้น "ความรอบรู้ด้านสุขภาพ" และ "การจัดการสุขภาพโดยชุมชน"[4-5] กลุ่มเป้าหมายหลักในการคัดกรอง คือ กลุ่มเสี่ยง NCDs ซึ่งหมายถึงประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรม (เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ หรือบริโภคอาหารไม่เหมาะสม) และกลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารระหว่าง 100-125 มก./ดล. (Pre-diabetes) ผู้ที่มีความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120-139/80-89 มม.ปรอท (Pre-hypertension) รวมถึงผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (BMI ≥ 25 กก./ม.^{2}) หรืออ้วนลงพุง[4,6] จากการศึกษาล่าสุดพบว่า แม้กลุ่มเสี่ยงบางกลุ่มจะมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในเกณฑ์ดี แต่ยังมีข้อจำกัดอย่างมากในการแปลงความรู้ไปสู่การปฏิบัติ โดยเฉพาะด้านการจัดการความเครียด การรับประทานยา และการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ[5] ข้อมูลสถิติการคัดกรองสะท้อนแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง โดยผลการสำรวจสุขภาพล่าสุดระบุอุบัติการณ์ภาวะอ้วนที่ยังคงสูงกว่าร้อยละ 42[6] นอกจากนี้ ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) ในปี พ.ศ.2566-2567 พบว่าสัดส่วนกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ที่เพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 8 ต่อปี ซึ่งสัมพันธ์กับการเข้าถึงระบบคัดกรองดิจิทัลที่ง่ายขึ้น ภายใต้ระบบบริการสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยบูรณาการการคัดกรอง ป้องกัน และติดตามโรคเรื้อรังในบริการปฐมภูมิ รวมถึงการจัดตั้ง NCDs Clinic[5]

อย่างไรก็ตาม คุณภาพของการดูแลยังขึ้นกับความพร้อมของบุคลากร ความต่อเนื่องของการดูแล และการสื่อสารกับผู้ป่วย ขณะเดียวกัน แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พ.ศ. 2568 เน้นการดูแลเฉพาะบุคคล การตั้งเป้าหมาย HbA1c ที่ยืดหยุ่น และการส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัวและชุมชน ซึ่งพบว่าสามารถช่วยลด HbA1c และเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ[5] ซึ่งการพัฒนาระบบบริการสุขภาพดังกล่าวของประเทศไทยนั้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อน จะเห็นได้จากการพัฒนาหลักสูตรเฉพาะทางของพยาบาลด้านการจัดการโรคเรื้อรัง (Nurse Case Manager: NCM) ในสถาบันการศึกษา ซึ่งเป็นหลักสูตรที่ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย เพื่อมาตรฐานการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพและ

เป็นที่ยอมรับในระดับสากล[7] จากการศึกษาพบว่า การจัดการรายกรณีโดยพยาบาลที่เน้นการสนับสนุนการจัดการตนเอง ช่วยลดระดับ HbA1c ได้อย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้[8-9] สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการจัดการโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ที่พบว่า การทำงานเชิงรุกร่วมกับเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในบทบาทผู้ช่วยผู้จัดการรายกรณี สามารถเพิ่มอัตราการควบคุมความดันโลหิต (Control rate) ได้อย่างยั่งยืนและลดอัตราการเข้ารับการรักษาฉุกเฉิน[7,10] นอกเหนือจากการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พยาบาลยังมีบทบาทเชิงรุกในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นแกนหลักในการออกแบบกระบวนการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน เพื่อส่งเสริมทักษะการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง การให้คำปรึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทางไกลโดยใช้สื่อดิจิตัล การสร้างแรงจูงใจและจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานที่มีข้อจำกัดด้านเวลา พบว่า กลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีพัฒนาการด้านสุขภาพที่ดีขึ้น[9,11-12]

อย่างไรก็ตาม องค์ความรู้ในปัจจุบันยังขาดงานวิจัยเชิงติดตามระยะยาว รวมทั้งงานวิจัยที่บูรณาการปัจจัยทางสังคม ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องวิถีชีวิต วัฒนธรรม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของประชากรกลุ่มเสี่ยงเห็นได้จากการศึกษาอุปสรรคและปัจจัยส่งเสริมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพในผู้ใหญ่ชาวมุสลิมที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม[10-13] นอกจากนั้นยัง พบว่า ชาวมุสลิมยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายโดยเฉพาะในสตรีมุสลิม พบอุปสรรคเรื่องเครื่องแต่งกายที่ต้องปกปิดมิดชิด (Hijab) และความต้องการพื้นที่ออกกำลังกายที่แยกส่วนจากบุรุษเพื่อความเป็นส่วนตัวตามหลักศาสนา ซึ่งส่งผลให้การเข้าถึงกิจกรรมทางกายในพื้นที่สาธารณะทำได้ยาก[11] และความเชื่อในเรื่องความเชื่อเรื่อง สภาวะที่ถูกกำหนดโดยพระเจ้า หากขาดความเข้าใจที่ถูกต้องอาจนำไปสู่ทัศนคติแบบโชคชะตากำหนด (Fatalism) ทำให้กลุ่มเสี่ยงลดความกระตือรือร้นในการป้องกันโรค อย่างไรก็ตาม การใช้ผู้นำศาสนาเป็นผู้ส่งเสริมความรู้เรื่อง “การดูแลรักษาร่างกายที่เป็นอามานะห์ (ของฝากจากพระเจ้า)” พิสูจน์แล้วว่าช่วยเพิ่มความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีขึ้น[10-11]

กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter for Health Promotion)[12] เป็นกรอบทิศทางสากลที่ WHO เน้นการสร้างเสริมสุขภาพผ่าน 5 กลยุทธ์หลัก ได้แก่ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Build Healthy Public Policy) 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย (Create Supportive Environments) 3) การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills) และ 5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (Reorient Health Services) โดยสามารถประยุกต์ใช้ในการจัดการโรค NCDs ยุคปัจจุบัน เนื่องจากเน้นกระบวนการเพิ่มอำนาจ (Empowerment) ให้ประชาชนสามารถควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพของตนเองได้[13] มีการศึกษาที่มีการประยุกต์ใช้กฎบัตรออตตาวา พบว่าการใช้กลยุทธ์ตามกฎบัตรออตตาวาที่เน้นการมีส่วนร่วมและการปรับสิ่งแวดล้อมให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต สามารถลดระดับน้ำตาลและพฤติกรรมเสี่ยงได้ดีกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว[13-14]

นอกจากนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนจำเป็นต้องส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้

ด้านสุขภาพซึ่งต้องอาศัยกลไกทางจิตวิทยาในการสนับสนุน มีการศึกษาพบว่าว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนจำเป็นต้องส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งต้องอาศัยกลไกทางจิตวิทยาในการสนับสนุน การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในฐานะทักษะทางปัญญาและสังคมที่ช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ประกอบการตัดสินใจจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพในชีวิตประจำวัน โดยมีกลไกทางจิตวิทยาหลักคือ 3-Self ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) การกำกับตนเอง (Self-Regulation) และการดูแลตนเอง (Self-Care) เป็นตัวทำนายและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ภายใต้รูปแบบการบริหารจัดการโปรแกรมแบบ PROMISE (Positive Reinforcement, Result-based Management, Optimism, Motivation, Individual Center และ Self-esteem) เพื่อสร้างความภาคภูมิใจและแรงจูงใจที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน โดยมีการศึกษาที่แนวคิด PROMISE Model ในการการพัฒนาความรอบรู้และผลลัพธ์ทางคลินิกในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม[15] นอกจากนั้น กลไกการกำกับตนเอง (Self-Regulation) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ตามแนวคิด 3-Self เป็นปัจจัยหลักที่ช่วยให้กลุ่มเสี่ยงสามารถควบคุมปริมาณอาหารและคงระดับการออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่องแม้จะสิ้นสุดการติดตามผลระยะยาว ซึ่งช่วยชะลอการพัฒนาไปสู่โรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ[16] ในด้านการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการความเครียดโดยใช้กรอบแนวคิด 3-Self ผลการศึกษาพบว่าบุคคลที่มีทักษะการกำกับตนเองสูงจะมีพฤติกรรมการจัดการความเครียดที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อโรค NCDs ในประชากรวัยผู้ใหญ่[7]

ชุมชนบ้านคลองนุ้ย ต.ตะโหมด จ.พัทลุงเป็นชุมชนที่มีความหลากหลายทางวัฒนะธรรม โดยมีทั้งไทยพุทธและไทยมุสลิมอาศัยอยู่ด้วยกัน จึงมีความต้องการรูปแบบการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs ที่มีความเฉพาะเจาะจงกับบริบทของพื้นที่ ดังนั้น รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้ซึ่งเป็นการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR)[17] ที่ดึงศักยภาพของชุมชนมาเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อน (Community-led model) โดยมุ่งเน้นการแก้ปัญหาที่รูปแบบเดิมเข้าไม่ถึง เช่น การจัดการความเครียดเชิงรุกและการสร้างแรงจูงใจที่สอดคล้องกับวิถีพหุวัฒนธรรม เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืนมากกว่าการรักษาตามมาตรฐานทั่วไป นอกจากนั้นชุมชนที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมสูง (Multicultural Community) ที่มีทั้งชาวไทยพุทธและไทยมุสลิมอาศัยอยู่ร่วมกัน ซึ่งส่งผลให้ปัจจัยกำหนดสุขภาพมีความซับซ้อนมากกว่าพื้นที่ทั่วไป รูปแบบบริการแบบเดิมมักละเลยความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรม (Cultural Sensitivity) เช่น ข้อจำกัดในการเลือกอาหารฮาลาลที่ดีต่อสุขภาพ อุปสรรคเรื่องเครื่องแต่งกายและการแยกพื้นที่ออกกำลังกายของสตรีมุสลิม รวมถึงความเชื่อเรื่องโชคชะตาตามหลักศาสนา[10] การศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการพัฒนาโปรแกรมในพื้นที่ที่มีเป็นพหุวัฒนาธรรมที่เหมาะสมกับบริบททางสังคม และสามารถนำ

ไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่พหุวัฒนธรรมอื่น ๆ ของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยได้นำกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter for Health Promotion) เป็นกรอบทิศทางสากลที่ WHO เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมาเป็นฐานคิด ร่วมกับแนวคิด PROMISE Model เป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรมที่มีความเฉพาะกับชุมชนที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม เพื่อส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืนของกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs[12-13,18]

วัตถุประสงค์

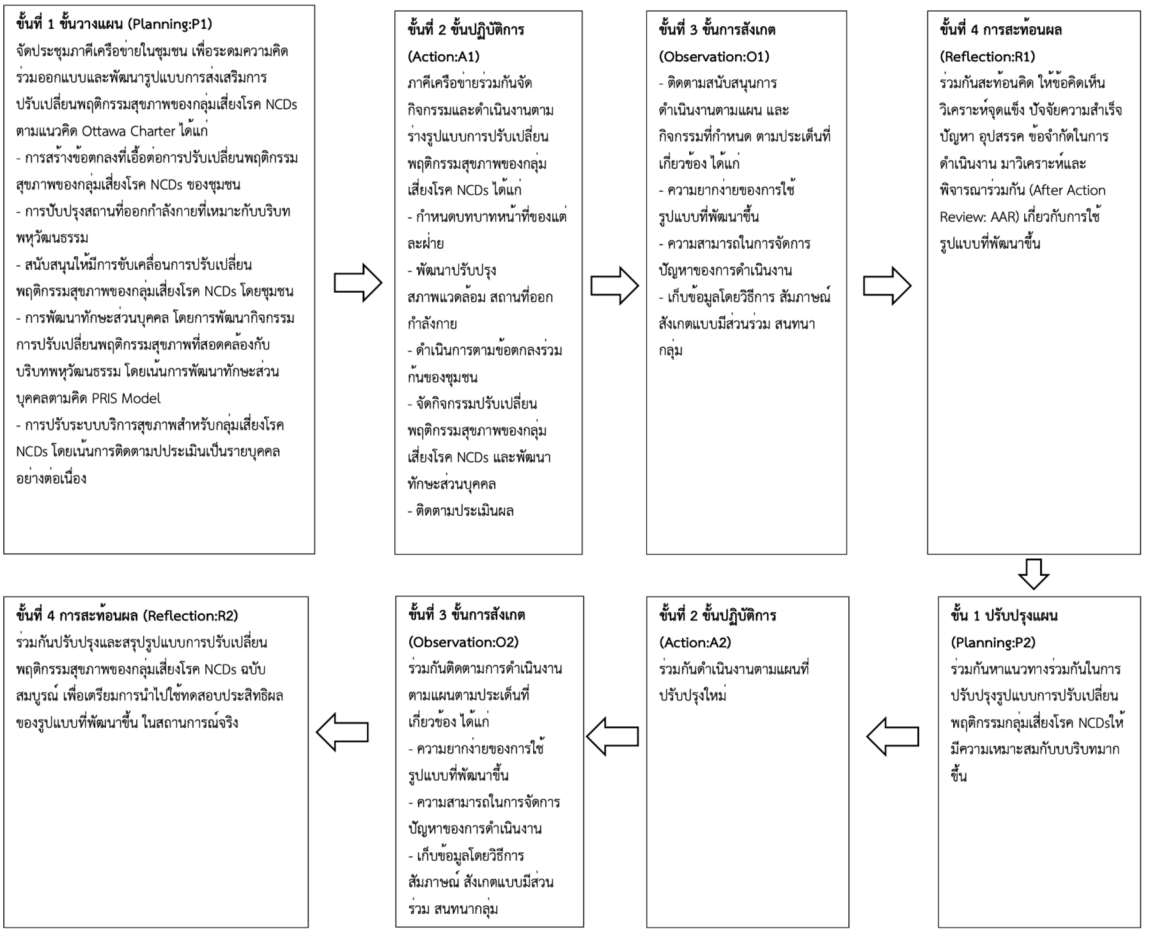
1. เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยชุมชนมีส่วนร่วม

2. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยชุมชนมีส่วนร่วม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ได้สังเคราะห์กรอบแนวคิดจากการบูรณาการกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter)[12], รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม PROMISE (3-Self)[14] และกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) เพื่อใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพกลุ่มเสี่ยง NCDs ในบริบทพหุวัฒนธรรมของตำบลคลองนุ้ย อำเภอตะโหมด จังหวัดพัทลุง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวิถีชีวิตและความเชื่อของชาวไทยพุทธและชาวไทยมุสลิมอาศัยอยู่ร่วมกัน ปัจจัยกำหนดสุขภาพเชิงวัฒนธรรมเหล่านี้เปรียบเสมือนโจทย์สำคัญที่นำไปสู่การบูรณาการสามแนวคิดหลักเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพที่มีความจำเพาะ โดยใช้กลยุทธ์ตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) เป็นฐานคิดในการกำหนดทิศทางเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน (Strengthen Community Action) ผ่านการดึงพลังภาคีเครือข่ายและผู้นำศาสนาเข้ามามีส่วนร่วม ควบคู่ไปกับการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills) เพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่กลุ่มเสี่ยง

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้โครงสร้าง PROMISE Model ร่วมกับแนวคิด 3-Self ซึ่งเน้นการขับเคลื่อนพฤติกรรมผ่านกลไกทางจิตวิทยา 5 ระยะ เริ่มต้นจากการสร้างการรับรู้ปัญหา (Perception) และการกระตุ้นความตระหนัก (Raising awareness) เพื่อนำไปสู่การปฏิสัมพันธ์ที่เสริมพลังอำนาจ (Interaction & Empowerment) ขั้นตอนนี้เป็นหัวใจสำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) และทักษะการกำกับตนเอง (Self-Regulation) ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มเสี่ยงสามารถออกแบบแผนการดูแลตนเอง (Self-Care) ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตพหุวัฒนธรรมของตนได้อย่างยั่งยืน โดยกระบวนการทั้งหมดนี้ถูกดำเนินงานภายใต้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) 4 ขั้นตอน ตั้งแต่การร่วมวางแผน การปฏิบัติการสังเกตการณ์ไปจนถึงการสะท้อนผลร่วมกับคนในพื้นที่ เพื่อให้มั่นใจว่ารูปแบบการจัดการสุขภาพนี้ได้รับความร่วมมือและเกิดความเป็นเจ้าของจากสมาชิกในชุมชนอย่างแท้จริง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research :PAR) ดำเนินการวิจัย 2 ระยะ คือ 1) ระยะพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยชุมชนมีส่วนร่วม และ 2) ระยะทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยชุมชนมีส่วนร่วม ระยะเวลาการวิจัย ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2569 พื้นดำเนินการวิจัย หมู่ 5 บ้านคลองนุ้ย ตำบลตะโหมด อำเภอตะโหมด จังหวัดพัทลุง กำหนดพื้นที่ดำเนินการวิจัยแบบเจาะจง พื้นที่พหุวัฒนธรรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังที่ผ่านการคัดกรองโรคเรื้อรังประจำปีงบประมาณ 2568 ของจังหวัดพัทลุง กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มตามระยะเวลาของการศึกษา

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยชุมชนมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน เลือกแบบเจาะจง โดยเลือกจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs ได้แก่ บุคลากรผู้ให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ้านคลองนุ้ย ตำบลตะโหมด อำเภอตะโหมด จังหวัดพัทลุง ผู้แทนจากองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังขององค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ตัวแทนผู้ประกอบการร้านค้า ตัวแทนชมรมผู้ออกกำลังกาย สมาชิกในครอบครัวของกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs ร่วมกับ Snow Ball Sampling เก็บข้อมูลจนข้อมูลอิ่มตัว

ระยะที่ 2 ระยะทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรค NCDs โดยชุมชนมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรค NCDs จากการคัดกรองสุขภาพประชากรอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ้านคลองนุ้ย ตำบลตะโหมด อำเภอตะโหมด จังหวัดพัทลุง ประเมินผลในกลุ่มเป้าหมายกลุ่มเดียวทดสอบสองครั้ง (The one-group Pre-test post-test Design) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ G*Power กำหนดค่า Effect Size เท่ากับ 0.50 อำนาจการทำนาย เท่ากับ 0.80 ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 37 คน และป้องกันการสูญหายและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยร้อยละ 10 รวมเป็น 50 คน[19] คัดเลือกเข้ากลุ่มโดยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ้านคลองนุ้ย อำเภอตะโหมด จังหวัดพัทลุง 2) ได้รับการประเมินว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs โดยมีระดับความดันโลหิต 120-139/80-89 มม.ปรอท มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FBS) 100-125 มก./ดล. ดัชนีมวลกาย (BMI) ≥ 25 กก./ม.^{2} หรือรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐาน 3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ 4) ไม่มีความบกพร่องทางการได้ยินหรือการสื่อสารที่รุนแรง 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแล้ว (เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด หรือโรคไตเรื้อรัง) 2) มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือมีข้อจำกัดทางกายที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (เช่น การออกกำลังกายเบื้องต้น) ได้ 3) มีความบกพร่องด้านสติปัญญาหรือการรับรู้ที่ไม่สามารถทำตามขั้นตอนของโปรแกรม 3-Self PROMISE Model ได้ 4) มีแผนการที่จะย้ายที่อยู่ออกจากพื้นที่ตำบลคลองนุ้ยภายในระยะเวลา 6 เดือนนับจากเริ่มการศึกษา

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่

1. ระยะพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยชุมชนมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 1) เครื่องมือสำหรับบันทึกข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง ผู้วิจัยใช้เครื่องบันทึกเสียงในขณะที่สัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม โดยการได้รับอนุญาตจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย กล้องถ่ายรูป ผู้วิจัยใช้กล้องถ่ายรูปเพื่อบันทึกภาพ กิจกรรมและบรรยากาศของการดำเนินการวิจัย รวมทั้งบริบทของพื้นที่ 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) แนวทางการสัมภาษณ์

เชิงลึก แนวทางการสนทนากลุ่ม และแบบบันทึกพฤติกรรมของผู้ร่วมวิจัย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังที่พัฒนาโดย Wagner[20] ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเบาหวาน (Case Manager) 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 1 คน และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน

2. ระยะทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรค NCDs โดยชุมชนมีส่วนร่วม เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่

2.1 แบบประเมินความรู้การป้องกันโรค NCDs ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ศาสนา โรคประจำตัว สมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัวของสมาชิกในครอบครัว

2) แบบประเมินความรู้การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย ประเด็นความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 20 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับแบบ Likert Scale คะแนนรวม 0-20 คะแนน แบ่งระดับความรู้ แบ่งเป็นระดับต่ำ ปานกลาง พอใช้ และระดับสูง

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย พฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 ด้าน ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารลดหวาน/มัน/เค็ม การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด จำนวน 20 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับแบบ Likert Scale แบ่งเป็นคะแนนเชิงลบ และคะแนนเชิงบวก ให้ค่าคะแนนระดับ 0-4 คะแนน นำคะแนนมารวมกันโดยมีค่าคะแนนรวมต่ำสุด เท่ากับ 0 คะแนน และค่าคะแนนรวมสูงสุด เท่ากับ 80 คะแนน จึงได้แบ่งระดับพฤติกรรมจากค่าคะแนนรวม แบ่งเป็น พฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่เหมาะสม ต้องปรับปรุง เหมาะสม และ เหมาะสมมาก

2.3 แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ 1) ดัชนีมวลกาย 2) ความยาวรอบเอว 3) ระดับความดันโลหิต และ 4) ระดับน้ำตาลในเลือด

2.4 แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานใน 10 ปีข้างหน้า แบบมีค่า FCBS คะแนนรวม 23 คะแนน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ & สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, 2566)

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิคนเดิมที่ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในระยะที่ 1 โดยค่า (Content Validity Index: CVI) อยู่ระหว่าง 0.91 – 0.95 ค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) โดยใช้สูตร KR-20 เท่ากับ 0.82 หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบทดสอบที่ได้ปรับปรุงแล้วจากข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน มาทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบัค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.88 และ 0.91 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์โรคเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยทำงานร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขและภาคีชุมชน เพื่อสร้าง

ความเข้าใจปัญหาร่วมกัน จากนั้นร่วมกันพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และสังเคราะห์ร่างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรค NCDs โดยชุมชนมีส่วนร่วม การตรวจสอบ ปรับปรุง ร่วมกับผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และทดลองใช้ในชุมชน พร้อมเก็บข้อมูลสะท้อนผล (AAR) เพื่อปรับให้เหมาะสมกับบริบทจริง ตรวจความน่าเชื่อถือของข้อมูลยืนยันด้วยการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) จากหลายแหล่งข้อมูล และการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member Check) เพื่อให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมและเชื่อถือได้

ระยะที่ 2 ทดลองใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรค NCDs ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 50 คน ตามเกณฑ์การคัดเข้าร่วมโครงการ วัดผลก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) รูปแบบการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรค NCDs โดยชุมชนมีส่วนร่วม 2) แบบประเมินความรู้การป้องกันโรค NCDs และ 3) แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรค NCDs

จริยธรรมการวิจัย

โครงการได้รับเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ COA No. TSU 2025_440 ลงวันที่ 17 ธันวาคม 2568 จากมหาวิทยาลัยทักษิณ และได้รับคำยินยอมจากผู้มีส่วนได้เสียในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังในพื้นที่บ้านคลองนุ้ย ตำบลตะโหมด อำเภอตะโหมด จังหวัดพัทลุง จำนวน 20 ในการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแล ฯในระยะที่ 1 และ กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2 การทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม ใช้เวลา ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังจำนวน 50 กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ณ รพ.สต. บ้านคลองนุ้ย ตำบลตะโหมด อำเภอตะโหมด จังหวัดพัทลุง ระยะเวลาในการทดลอง 8 สัปดาห์ วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติดังนี้ หาค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ค่าเฉลี่ยของข้อมูล ใช้ค่าสถิติ paired t-test ใช้ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานใน 10 ปีข้างหน้า โดย Diabetes Risk Score (DRS) และผลลัพธ์ทางสุขภาพก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยชุมชนมีส่วนร่วม ผลการศึกษา ประกอบด้วย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน พบว่า กลุ่มเสี่ยงและประชาชนในชุมชนมีพฤติกรรมและปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหลายมิติ ได้แก่ (1) พฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม แม้กลุ่มเสี่ยงรับรู้ว่าควรลดอาหารหวานและเค็ม แต่ยังขาดความรู้เชิงลึกเกี่ยวกับอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง โดยเฉพาะอาหารที่มีโซเดียมและไขมันสูง เช่น อาหารที่ใช้กะทิและบูดู รวมถึงการบริโภคอาหารสำเร็จรูปและอาหารกระป๋อง (2) การขาดกิจกรรมทางกาย พบว่า ผู้ชายมีการออกกำลังกายบ้าง แต่ผู้หญิงมีข้อจำกัดจากปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม รวมถึงการขาดพื้นที่และการสนับสนุนในการออกกำลังกาย (3) การรับรู้ความเสี่ยงการเกิดโรคค่อนข้างน้อย ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้ขาดความตระหนักและไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (5) ปัจจัยทางสังคมและชุมชนขาดความร่วมมือและข้อตกลงด้านสุขภาพไม่มีระบบติดตามและสนับสนุนกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่องโดยการดูแลมักเน้นเฉพาะผู้ป่วย (6) ข้อจำกัดด้านระบบบริการและกลไก การดำเนินงานยังเน้นการให้ความรู้เป็นหลัก ขาดรูปแบบการกระตุ้นพฤติกรรมที่หลากหลาย และไม่มีระบบคืนข้อมูลสุขภาพให้ชุมชนเพื่อใช้วางแผน

2. ผลการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรค NCDs โดยชุมชนมีส่วนร่วม ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน ประกอบด้วย เทศบาลตำบลเขาหัวช้าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองนุ้ย และ อสม. ในพื้นที่ 2) การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่โดยองค์การบริหารส่วนตำบลสนับสนุนงบประมาณในการปรับปรุงพื้นที่ในบริเวณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นพื้นที่สำหรับออกกำลังกาย และพบปะของกลุ่มเป้าหมาย 3) กำหนดรูปแบบกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs และ 4) การติดตามประเมินผล

รูปแบบกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs โดยให้พยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองนุ้ย และ อสม.เป็นผู้รับผิดชอบหลัก ประกอบด้วย หลัก 7 ประการของ PROMISE Model และเชื่อมโยงกับ 3-Self โดยมีระยะเวลา 8 สัปดาห์ ได้แก่

สัปดาห์ที่ 1 P-Positive Reinforcement, O-Optimum ให้มีการรับรู้ปัญหา และสร้างความตระหนักรู้ ยอมรับในปัญหาสุขภาพของตัวเอง ส่งเสริมให้เกิด Self-care กิจกรรมดำเนินการ ได้แก่ คัดกรองสุขภาพ คืนข้อมูลสุขภาพ ประเมินความรู้ ให้ความรู้เรื่องโรค NCDs แจกสมุดบันทึกสุขภาพ ฝึกปฏิบัติการคำนวณพลังงานจากที่ได้รับและพลังงานที่ใช้ไปในแต่ละวัน ให้รางวัล กล่าวชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบคำถาม หรือปฏิบัติได้ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 2 R-Result-based Management , I-Individual or Client Center ส่งเสริมให้เกิด Self-regulation กิจกรรมดำเนินการ คือให้กลุ่มตัวอย่างกำหนดระยะเวลาที่จะไปถึงเป้าหมายของการปรับเปลี่ยนพติกรรมสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก BMI เส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด เลือกวิธีการออกกำลังกายที่ตัวเองถนัด รวมทั้งการรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด บันทึกกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 4,6 M-Motivation, S-Self-esteem, E-Empowerment ส่งเสริมให้เกิด Self-efficacy สร้างแรงจูงใจ และสร้างคุณค่าให้ตัวเอง จัดกิจกรรมย่องครัว 2 ครั้ง โดยแบ่ง อสม 5 กลุ่มย่อย ดูแลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มละ 10 ครัวเรือน ย่องครัวเพื่อติดตามการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร แลกเปลี่ยนปัญหาและอุปสรรค และความสำเร็จ และเสริมกำลังใจโดย อสม สนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงส่งภาพเมนูอาหาร ในกลุ่มไลน์สมาชิกกลุ่มเสี่ยง เพื่อเพิ่มแรงจูงใจทางสังคม

สัปดาห์ที่ 8 การประเมินผล (Evaluation) โดยพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองนุ้ย และ อสม กิจกรรมดำเนินการ ได้แก่ ติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพ คืนข้อมูลสุขภาพรายบุคคล ประเมินความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อ หลังเข้าร่วมโครงการ ติดตามการเป้าหมายรายบุคคล เสริมกำลังใจ และตั้งเป้าหมายรายบุคคลต่อเนื่อง

ระยะที่ 2 ระยะทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรค NCDs โดยชุมชนมีส่วนร่วม การประเมินผลสามารถประเมินได้ในเดือนที่ 2 ของการทดลอง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างจะมีรอบของการตรวจสุขภาพประจำปี ในเดือนมีนาคม จึงตกลงร่วมกันให้มีการประเมินผลการเข้าร่วมกิจกรรมไปพร้อมกัน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรค NCDs จากการคัดกรองสุขภาพประชากร อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 50 คน ตามเกณฑ์การคัดเข้าร่วมโครงการ วัดผลก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) ความรู้ในการป้องกันโรค NCDs 3) พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรค NCDs และ 4) ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ โดยก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น 3 ประการของสถิติ Pired t-test พบว่า 1) ตรวจสอบความเป็นอิสระของข้อมูล 2) ตรวจสอบระดับของตัว และ 3) ตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูล ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Paired t-test

ตัวแปร	สถิติทดสอบ(Shapiro-Wilk)	p-value	ผลการทดสอบ
ความรู้เรื่อง NCDs	0.973	.281	แจกแจงปกติ
พฤติกรรมการป้องกันโรค	0.981	.467	แจกแจงปกติ
ระดับความดันโลหิต (SBP)	0.977	.352	แจกแจงปกติ
ดัชนีมวลกาย (BMI)	0.969	.193	แจกแจงปกติ

จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้มาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 รายในตำบลคลองนุ้ย ซึ่งแต่ละรายได้รับการเก็บข้อมูลแยกจากกันตามรหัสที่กำหนดไว้ จึงถือว่าข้อมูลมีความเป็นอิสระต่อกันตามข้อตกลง ตัวแปรตามทั้งหมด ได้แก่ คะแนนความรู้ คะแนนพฤติกรรม และค่าดัชนีทางคลินิก เช่น ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย ตัวแปรตามทั้งหมดเป็นข้อมูลเชิงปริมาณระดับอัตราส่วน (Ratio Scale) เป็นข้อมูลเชิงปริมาณที่มีค่าต่อเนื่อง จึงผ่านข้อตกลง และเมื่อทดสอบความเป็นปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk พบว่าค่าความแตกต่างของตัวแปรมีการแจกแจงแบบปกติ ($p > .05$) จึงสามารถใช้สถิติ Paired t-test ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.00 และเพศชาย ร้อยละ 24.00 โดยมีอายุเฉลี่ย 46.72 ปี (SD = 5.41) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40–45 ปี ร้อยละ 40.00 รองลงมาคือช่วงอายุ 46–50 ปี ร้อยละ 24.00 และช่วงอายุ 51–55 ปี ร้อยละ 20.00 ศาสนาอิสลาม ร้อยละ 90 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 10 ด้านระดับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.00 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 40.00 และระดับอุดมศึกษา ร้อยละ 4.00 สำหรับอาชีพพบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 62.00 รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 20.00 และค้าขาย ร้อยละ 14.00 โดยกลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,750 บาท (SD = 3,420) ด้านภาวะสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 84 ขณะที่ร้อยละ 16 มีภาวะไขมันในเลือดสูง นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.00 มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรค NCDs เช่น เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=50)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
– ชาย	12	24.0
– หญิง	38	76.0
อายุ ($\overline{X}$ = 46.72, SD = 5.41)		
– 40–45 ปี	20	40.0
– 46–50 ปี	12	24.0
– 51–55 ปี	10	20.0
ระดับการศึกษา		
– ประถมศึกษา	28	56.0
– มัธยมศึกษา	20	40.0
– อุดมศึกษา	2	4.0
อาชีพ		
– เกษตรกรรม	31	62.0
– รับจ้างทั่วไป	10	20.0
– ค้าขาย	7	14.0
ภาวะสุขภาพ		
– ไม่มีโรคประจำตัว	42	84.0
– ไขมันในเลือดสูง	8	16.0
ประวัติครอบครัวเป็น NCDs	29	58.0
ศาสนา		
– ศาสนาอิสลาม	45	90
– ศาสนาพุทธ	15	10

2. ความรู้ในการป้องกันโรค NCDs

จากการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลองใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรค NCDs โดยชุมชนมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 19.30, $p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้การป้องกันโรค NCDs ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกร (N = 50)

ระยะการทดลอง	Mean	SD	Mean diff	SD diff	t	*p*-value
ก่อนการทดลอง	12.20	2.60	5.40	1.98	19.30	.001**
หลังการทดลอง	17.60	1.80				

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

หมายเหตุ df =49

3. พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรค NCDs

พฤติกรรมการป้องกันโรค NCDs ประกอบด้วย การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารลดหวาน/มัน/เค็ม การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด จากการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรค NCDs สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในด้านการบริโภคอาหารลดหวาน/มัน/เค็ม (t = 6.19, p < .01) การออกกำลังกาย (t = 7.71, p < .01) และการจัดการความเครียด (t = 6.29, p < .01) ส่วนพฤติกรรมการงดสูบบุหรี่และการงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (N = 50)

ระยะเวลาการทดลอง	พฤติกรรม	Mean	S.D.	Mean df.	SD df.	t	p-value
ก่อนการทดลอง	ด้านการงดสูบบุหรี่	3.76	0.71	0.02	0.31	0.46	.648
หลังการทดลอง		3.78	0.66				
ก่อนการทดลอง	ด้านการงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	3.90	0.39	0.02	0.18	0.79	.433
หลังการทดลอง		3.92	0.35				
ก่อนการทดลอง	ด้านการรับประทานอาหาร	2.48	0.56	0.42	0.48	6.19**	.001
หลังการทดลอง		2.90	0.50				
ก่อนการทดลอง	ด้านการออกกำลังกาย	3.12	0.52	0.48	0.44	7.71**	.001
หลังการทดลอง		3.60	0.46				
ก่อนการทดลอง	ด้านการจัดการความเครียด	3.48	0.50	0.32	0.36	6.29**	.001
หลังการทดลอง		3.80	0.42				

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

หมายเหตุ df =49

4. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาจากตัวชี้วัดทางคลินิก ประกอบด้วย ระดับความดันโลหิต น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว ระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ย และความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานใน 10 ปีข้างหน้า จากการศึกษาพบว่า ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองใช้รูปแบบ PROMISE กลุ่มตัวอย่างมีผลลัพธ์ทางคลินิกและดัชนีชี้วัดความเสี่ยงด้านสุขภาพลดลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยค่าความดันโลหิตตัวบน (SBP) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 3.45$, $p < .01$) ในส่วนของตัวชี้วัดด้านสัดส่วนร่างกายพบว่า น้ำหนักตัว และเส้นรอบเอว ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 4.46$, $p < .01$ และ $t = 4.36$, $p < .01$ ตามลำดับ) ส่งผลให้ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลงจากระดับเริ่มแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 1.96$, $p = .05$) นอกจากนี้ ระดับน้ำตาลในเลือดจากการเจาะปลายนิ้วลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 7.09$, $p < .01$) สอดคล้องกับระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ย (HbA1c %) ที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 5.65$, $p < .01$) สำหรับค่าความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) และคะแนนประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า (DRS) แม้จะมีค่าเฉลี่ยลดลงแต่เมื่อทดสอบทางสถิติแล้วไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.25$, $p = .803$ และ $t = 1.03$, $p = .308$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcomes) ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (N=50)

ระยะเวลาการทดลอง	ตัวชี้วัดทางคลินิก	Mean	SD	Mean diff	SD diff	t	p-value
ก่อนการทดลอง	SBP (mmHg)	126.60	11.88	3.12	6.49	3.45	.001**
หลังการทดลอง		123.48	10.56				
ก่อนการทดลอง	DBP (mmHg)	77.48	9.82	0.20	5.62	0.25	.803
หลังการทดลอง		77.28	7.10				
ก่อนการทดลอง	น้ำหนักตัว (kg)	63.87	14.61	2.26	2.99	4.46	.001**
หลังการทดลอง		61.60	14.83				
ก่อนการทดลอง	เส้นรอบเอว (cm)	86.34	13.86	4.11	5.57	4.36	.001**
หลังการทดลอง		82.22	11.51				
ก่อนการทดลอง	BMI (kg/m^2)	27.58	10.16	2.58	7.80	1.96	.050*
หลังการทดลอง		25.00	5.48				
ก่อนการทดลอง	ระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (mg%)	133.57	35.11	32.40	27.00	7.09	.001**
หลังการทดลอง		101.17	13.09				
ก่อนการทดลอง	ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c %)	8.61	1.54	1.72	1.80	5.65	.001**
หลังการทดลอง		6.89	1.20				
ก่อนการทดลอง	ความเสี่ยงเบาหวาน 10 ปี (DRS)	12.80	2.50	11.20	0.20	1.03	.308
หลังการทดลอง		1.60	2.70				

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

หมายเหตุ df =49

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs การพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs พบว่า การดำเนินการโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน (PAR) กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter for Health Promotion) ร่วมกับ 3-Self PROMISE Model ในระยะ การศึกษาสถานการณ์ พบว่า สถานการณ์มี 6 ประเด็น ได้แก่ 1) พฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม 2) การขาดกิจกรรมทางกายเนื่องจากข้อจำกัดจากปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม รวมทั้งขาดการสนับสนุนในการออกกำลังกาย 3) ขาดการรับรู้ความเสี่ยง 4) ข้อจำกัดด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 5) ขาดความร่วมมือ ข้อตกลงด้านสุขภาพและระบบติดตาม 6) ขาดรูปแบบการกระตุ้นพฤติกรรมที่หลากหลาย และไม่มีระบบคืนข้อมูลสุขภาพให้ชุมชน แสดงให้เห็นว่า การเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่ได้เกิดจากปัจจัยส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลจากปัจจัยหลายมิติทั้งด้านบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีความเชื่อมโยงกันอย่างซับซ้อน โดยเฉพาะการขาดการรับรู้ความเสี่ยงและการขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชน ส่งผลให้ประชาชนไม่เห็นความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แม้ว่าจะมีภาวะเสี่ยงอยู่แล้วก็ตาม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาระดับประเทศของประเทศไทยที่พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุดของประชาชนไทยคือการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ภาวะน้ำหนักเกิน และการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ โดยมีสาเหตุสัมพันธ์กับฐานะเศรษฐกิจ ข้อจำกัดของชุมชน และสภาพแวดล้อมทางสังคม

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว พยาบาลเวชปฏิบัติในฐานะแกนนำหลัก ร่วมกับภาคีเครือข่ายจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs ในชุมชน โดยนายกเทศบาลตำบลเขาหัวช้าง เป็นประธานคณะกรรมการดำเนินงาน ผู้มีหน้าที่สนับสนุนงบประมาณ และสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ ร่วมกับ ใหญ่บ้านคลองนุ้ย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองนุ้ย ในฐานะรองประธาน พยาบาลเวชปฏิบัติเป็นเลขาคณะทำงาน ร่วมกับ อสม. ในพื้นที่ มีหน้าที่ติดตามดูแล สนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงโรค NCDs มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งติดตามประเมินผลภาวะสุขภาพ คณะกรรมการดำเนินงานร่วมกับ กลุ่มเสี่ยงโรค NCDs และสมาชิกในครอบครัวร่วมกันกำหนดรูปแบบกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs โดยปรับใช้โปรแกรม 3-Self PROMISE (1) ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย 1) การสร้างการรับรู้ปัญหา ความตระหนัก การยอมรับในปัญหาสุขภาพของตัวเอง การให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน รวมทั้งการฝึกปฏิบัติในด้านการเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การให้รางวัล การชมเชยเมื่อสามารถปฏิบัติได้ เป็นการส่งเสริมให้เกิดความสามารถในการดุแลตนเอง 2) ส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรค NCDs มีการกำหนดเป้าหมายของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นรานบุคคล โดยใช้ตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางคลินิกเป็นเกณฑ์ ได้แก่ ได้แก่ น้ำหนัก BMI เส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดจากการเจาะปลายนิ้ว ลงบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพ เป็นการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการกำกับตนเอง และ 3) ส่งให้กลุ่มเสี่ยงโรค NCDs สร้างแรงจูงใจ และสร้างคุณค่าให้กับตัวเอง เชื่อมั่นว่า

ตัวเองสามารถทำได้ รวมทั้งมีการเสริมสร้างพลังใจจาก พยาบาลและ อสม. โดยการเยี่ยมบ้านผ่านกิจกรรม “ย่องครัว” และจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs ร่วมให้กำลังใจกันและกัน ให้รางวัลสำหรับผู้ชนะในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตน

2. ผลการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรค NCDs โดยชุมชนมีส่วนร่วม ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ด้านความรู้และพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค NCDs เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 19.30$, $p < .001$) และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก ตัวชี้วัดทางสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยความดันโลหิตตัวบน (SBP), น้ำหนักตัว, เส้นรอบเอว, ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 รวมถึงดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตาม ค่าความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) และคะแนนประเมินความเสี่ยงโรคเบาหวาน (DRS) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผล

ผลการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs โดยชุมชนมีส่วนร่วม จากการศึกษาสถานการณ์ในพื้นที่พหุวัฒนธรรมตำบลคลองนุ้ย สะท้อนว่า ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและความเสี่ยงโรค NCDs ไม่ได้เกิดขึ้นจากปัจจัยระดับบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่มีความสัมพันธ์อย่างลึกซึ้งกับปัจจัยเชิงโครงสร้าง สิ่งแวดล้อม และค่านิยมทางสังคมและวัฒนธรรมในพื้นที่ ความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในครั้งนี้ จึงขึ้นอยู่กับกลไกการมีส่วนร่วมและการขับเคลื่อนเชิงระบบโดยชุมชน ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) โดยผ่านกลไกการขับเคลื่อนและการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่พหุวัฒนธรรมตำบลคลองนุ้ย ความโดดเด่นของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ในการศึกษานี้ คือ การจัดตั้งคณะกรรมการร่วมระดับตำบล ซึ่งเป็นการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานหลัก ได้แก่ เทศบาลตำบลเขาหัวช้าง, รพ.สต. คลองนุ้ย, แกนนำ อสม. และผู้นำชุมชน เข้ามาร่วมเป็นผู้นำและจัดการอุปสรรคเชิงระบบที่เป็นช่องว่างในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะในสองมิติสำคัญ คือ 1) การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ละเอียดอ่อนต่อวัฒนธรรมที่เป็นอุปสรรคของการขาดกิจกรรมทางกายในสตรีมุสลิมเนื่องจากข้อจำกัดทางสังคมและไม่มีพื้นที่ที่เหมาะสม ได้รับการแก้ไขโดย เทศบาลตำบลเขาหัวช้าง ได้จัดสรรงบประมาณพัฒนาสิ่งแวดล้อมและปรับปรุงลานออกกำลังกายภายใน รพ.สต. คลองนุ้ย ให้มีความเป็นส่วนตัวและเหมาะสมกับเพศสภาวะตามหลักศาสนาอิสลาม ทำให้กลุ่มเป้าหมายสามารถออกกำลังกายได้อย่างสะดวกใจและสม่ำเสมอขึ้น 2) การปฏิรูปมาตรการทางสังคมด้านอาหารพหุวัฒนธรรม คณะกรรมการร่วมได้ช่วยผลักดันให้เกิด “ข้อตกลงสุขภาพตำบลคลองนุ้ย” ในการลดโซเดียมและไขมันสูงในอาหารจัดเลี้ยงงานบุญพุทธและงานสมาคมมุสลิม รวมถึงการที่แกนนำชุมชนร่วมกัน

รณรงค์ปรับปรุงสูตรอาหารท้องถิ่นที่เป็นที่นิยมแต่แฝงความเสี่ยงสูง เช่น อาหารประเภทแกงกะทิ และการลดเกลือในสูตรน้ำบูดูดั้งเดิม โดยไม่สูญเสียอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรม รวมถึงการขอความร่วมมือร้านค้าปรับลดโซเดียมในอาหารและลดระดับความหวานในเครื่องดื่ม เช่น ชา กาแฟ

การขับเคลื่อนเชิงระบบนี้สะท้อนว่า พฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยการจัดปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม และสร้างความเป็นเจ้าของร่วมกันในชุมชน สอดคล้องอย่างยิ่งกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการของที่ศึกษาในบริบทพหุวัฒนธรรมภาคใต้ และชี้ชัดว่า การปรับพฤติกรรมสุขภาพจะได้ผลลัพธ์ที่ลุ่มลึกและคงอยู่ถาวรเมื่อผู้นำศาสนาและภาคีชุมชนมีบทบาทนำในการประยุกต์ใช้ค่านิยมความเชื่อเพื่อขจัดข้อจำกัดทางกายภาพและวิถีชีวิตดั้งเดิม[10] และสอดคล้องกับการศึกษา ที่ยืนยันว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มมุสลิมจะได้รับความร่วมมือสูงสุดเมื่อกลไกของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมและจัดการมาตรฐานการรับประทานอาหารสุขภาพตามหลักศาสนาด้วยตนเอง[11]

การบูรณาการยุทธศาสตร์ 5 ประการของกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) เข้ากับกระบวนการ PROMISE ในการพัฒนารูปแบบ ผู้วิจัยได้นำยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพระดับสากลมาบูรณาการเข้ากับกระบวนการ PROMISE (3-Self) ภายใต้วงจร PAR อย่างเป็นรูปธรรมและมีความกระชับ โดยสนับสนุนให้มีการสร้างข้อตกลงที่ดีต่อสุขภาพของคนในชุมชน ในการปรับปรุงสัดส่วนเกลือ น้ำตาล และไขมันในอาหารจัดเลี้ยงและร้านค้าชุมชน แสดงให้เห็นถึงการสร้างการรับรู้และตระหนักถึงปัญหาร่วมกันระดับนโยบาย การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เทศบาลตำบลเขาหัวช้างสนับสนุนงบประมาณปรับปรุงลานออกกำลังกายและจุดพบปะในรพ.สต. ที่เอื้อต่อสตรีมุสลิมและผู้สูงอายุ เป็นการกระตุ้นและอำนวยความสะดวกต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางกายภาพในชุมชน[21-22] การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง การจัดตั้งกิจกรรม “ย่องครัว” โดย อสม. แบ่งเป็น 5 กลุ่มย่อย ดูแลกลุ่มเสี่ยงกลุ่มละ 10 ครัวเรือน เพื่อประเมินพฤติกรรมการปรุงอาหารและการบริโภคของครอบครัวร่วมกัน เป็นการกระตุ้นปฏิสัมพันธ์และส่งเสริมพลังอำนาจระดับครอบครัว การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลโดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ (Workshop ครั้งที่ 1) ที่สอนกลุ่มเสี่ยงนับคาร์โบไฮเดรต คำนวณค่าดัชนีน้ำตาล (GI) ในอาหารท้องถิ่น คำนวณพลังงานที่ได้รับและการเผาผลาญจากการออกกำลังกาย เพื่อพัฒนาทักษะความรอบรู้และการดูแลตนเองเชิงลึก ในการเฝ้าระวังสังเกตพฤติกรรมตนเองด้วยระบบ 3-Self)[10] การปรับระบบบริการสุขภาพ รพ.สต. คลองนุ้ย ปรับเปลี่ยนระบบบริการเชิงรุกโดยใช้พยาบาลเวชในฐานะผู้ประสานงานหลักซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ที่สภาการพยาบาลกำหนด ทำหน้าที่ประสานงานร่วมกับ อสม. เพื่อคืนข้อมูลสุขภาพรายบุคคล และติดตามผ่านสมุดบันทึกและระบบโทรศัพท์/Line อย่างใกล้ชิด เพื่อการประเมินผลลัพธ์อย่างยั่งยืน[7,-23]

ผลการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs โดยการประยุกต์ใช้โปรแกรม PROMISE และ 3-Self พบว่า ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มและมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์นี้เกิดจากการออกแบบกิจกรรมตามหลักการ PROMISE Model ที่สามารถกระตุ้นกระบวนการทางจิตวิทยาภายในและบูรณาการกับกลไก 3-Self

ได้อย่างเป็นระบบตามทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ P - Positive Reinforcement, , O-Optimum การตรวจคัดกรองความเสี่ยงและคืนข้อมูลตัวเลขสุขภาพจริงรายบุคคล สอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ที่ระบุว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) จะกระตุ้นจิตสำนึกและเป็นแรงขับเร้าให้เริ่มปรับพฤติกรรม[24] นอกจากนี้ การให้รางวัลและการกล่าวชมเชย เมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง ทำหน้าที่เป็นแรงเสริมเชิงบวก (Positive Reinforcement) ช่วยลดแรงต้านและเพิ่มเจตคติที่ดีในการดูแลตนเอง ส่งเสริมให้เกิด Self-Care ในระยะเริ่มต้น[23] R-Result-based Management การชี้ให้เห็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคหลอดเลือดสมอง หรือไตวาย ช่วยกระตุ้นกลุ่มเป้าหมายให้เคลื่อนพฤติกรรมจากขั้นเตรียมใจ (Contemplation) สู่ขั้นลงมือทำ ตาม แบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM) ส่วน M - Motivation , S-Self-esteem, E-Empowerment การประเมินอย่างเป็นมิตรผ่านกิจกรรม “ย่องครัว” โดย อสม. คอยแนะนำการปรุงอาหารและสนับสนุนกลุ่มเสี่ยงอย่างใกล้ชิดถึงบ้าน สอดคล้องกับทัศนะด้านการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) และแรงจูงใจภายนอก (Extrinsic Motivation) ภายใต้ทฤษฎีการกำหนดเป้าหมายในตนเอง (Self-Determination Theory: SDT) ในการประคองพฤติกรรมและเปลี่ยนผ่านสู่แรงจูงใจภายในที่ต้องการมีสุขภาพที่ดีอย่างแท้จริง[20] การติดตามประเมินผลเป็นระยะอย่างกัลยาณมิตร (1, 2 เดือน) ผ่านระบบโทรศัพท์และ Line ช่วยประคับประคองพฤติกรรมให้คงอยู่จนแปรสภาพเป็นวิถีชีวิตถาวร สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem’s Self-Care Deficit Theory) ที่สนับสนุนความสามารถในการควบคุมและดูแลสุขภาพตนเองอย่างเป็นเอกเทศ (Autonomy) และยั่งยืน[25] ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนว่า คะแนนความรู้และพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้นอย่างโดดเด่น เป็นผลจากการที่รูปแบบวิจัยสามารถกระตุ้นจิตวิทยาและพัฒนาระบบควบคุมพฤติกรรมได้อย่างเป็นขั้นเป็นตอน สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaleawsak และ Thitikunpatthanawadee[15] ที่พบว่าโปรแกรมพฤติกรรมบำบัด 3-Self ช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรังในวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในส่วนของ ค่า DBP ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ (77.48 mmHg) การปรับพฤติกรรมระยะสั้นจึงตอบสนองต่อ SBP ที่ไวต่อปริมาตรเลือดได้เร็วกว่า ในขณะที่ DBP สะท้อนถึงแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย ซึ่งต้องอาศัยระยะเวลาที่ยาวนานกว่า 12 สัปดาห์ในการปรับปรุงความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือด ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาทางคลินิกของ Wathanasit et al.[26]นอกจากนี้ค่า DRS ก็ไม่ได้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากแบบประเมินความเสี่ยงโรคเบาหวานของคนไทยมีโครงสร้างการถ่วงน้ำหนักคะแนนส่วนใหญ่ไปที่ตัวแปรคงที่ ได้แก่ อายุและประวัติพันธุกรรม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58 มีประวัติครอบครัวเป็น NCDs แม้สัดส่วนร่างกายจะลดลง แต่หากยังไม่ข้ามเกณฑ์ช่วงคะแนน ก็จะไม่ส่งผลให้คะแนนรวม DRS ลดลงในระยะเวลาที่สั้น สอดคล้องกับ Thongsom et al.[27] ที่รายงานว่า Thai Diabetes Risk Score มีความไวต่ำ (Low Sensitivity) ในการใช้ประเมินผลการปรับพฤติกรรมสุขภาพระยะสั้นในระดับชุมชน

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิ ควรนำรูปแบบกิจกรรมในโปรแกรม PROMISE โดยเฉพาะการสร้างระบบคืนข้อมูลสุขภาพสู่ชุมชนให้เป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงานในการเยี่ยมบ้านของทีมสหวิชาชีพและ อสม. เพื่อรักษาแรงจูงใจของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง

2. องค์การบริหารส่วนตำบลควรประยุกต์ใช้ข้อค้นพบเชิงคุณภาพที่กล่าวถึงอุปสรรคทางกายภาพและสภาพแวดล้อม เพื่อจัดสรรงบประมาณพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเชิงป้องกัน เช่น การปรับปรุงพื้นที่สีเขียวหรือลานกีฬาชุมชนที่ปลอดภัย และสนับสนุนชมรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ

3. ควรมีการออกแบบการวิจัยเชิงพรรณนาหรือเชิงทดลองแบบสุ่ม (Randomized Controlled Trials) เพื่อติดตามประสิทธิผลระยะยาว ในกรอบระยะเวลา 1-3 ปี รวมถึงการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เพื่อเป็นข้อมูลเชิงลึกประกอบการตัดสินใจขยายผล การใช้โมเดลรูปแบบนี้ในระดับเขตสุขภาพและระดับชาติต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Inter-Agency Task Force on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. Prevention and control of noncommunicable diseases in Thailand: The case for investment [Internet]. 2021 [cited 2026 May 17]. Available from: https://www.who.int/thailand/publications/i/item/prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-in-thailand-the-case-for-investment.
2. Thansa K. Trends and disparities in non-communicable diseases among Thai older adults: Analysis of National Health Examination Surveys, 2008-2020. Interprof J Health Sci. 2025; 23(2): IJHS-0813. Thai.
3. National Health Security Office. National Health Security Act, B.E. 2545 (A.D. 2002). Bangkok: National Health Security Office; 2002. Thai.
4. Division of Non Communicable Diseases, Department of Disease Control. National strategic plan for prevention and control of non-communicable diseases (2023-2027). Bangkok: Ministry of Public Health; 2023. Thai.
5. Bhoothookngoen P, Junsuwan N, Kanchanachitra C. Prevalence of noncommunicable diseases and social determinants of health in Thailand. Thai J Public Health. 2024; 54(2): 132-46. Thai.
6. Bawornthip P, McFarland K, Khamkhong M, et al. Health literacy and uptake of healthy diet and exercise among adults with prehypertension in rural Thailand. Health Promot Int. 2025; 40(3): daaf089. doi: 10.1093/heapro/daaf089.
7. Nursing Division, Ministry of Public Health. Standard of nursing care for chronic disease management. Nonthaburi: Nursing Division; 2023. Thai.
8. Rattanadachakul R, Rerkluenrit J, Koshakri R. Effects of a self-management support program delivered through telehealth services on self-management behaviors to deley renal impairment in public health volunteers with type 2 diabetes. J. Public Health Dev. 2025; 23(3): 165-178. doi:10.55131/jphd/2025/230313

9. Sonsnan W, Tipwong A, Passara R, et al. Health literacy and health-promotion behavior in the prevention of non-communicable disease among people in Sammut Songkhram province. J. Adv. Appl. Sci. 2025; 12(6);136-140.
10. Sookprasert N. Using the results of a health promostion program Sufficiency along with the Muslim way of disease control behavior and blood sugar levels of diabetic patients, Muslims who control blood sugar levels did not use it. J. Environ. Community Health. 5(3): 11-16. Thai.
11. WHO. Health Determinants, Promotion and Prevention. (Internet). 1986 (cited 2026 May 26). Avialable from https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference
12. Thipsawat S. Intervention for prevention of type 2 diabetes mellitus among prediabetes: A review of the literature. SAGE Open Nurs. 2023; 9: 23779608231175581.
13. Ckkakorn C, Laeheem K, Promsaka Na Sakolnakorn T, et al. Muslim Women and Health Lifestyle in Deep South of Thailand. SRJ. 2565; 9(2): 219-223. Thai
14. Pengpid S, Peltzer K, Jayasvasti I, et al. Two-year results of a community-based randomized controlled lifestyle intervention trial to control prehypertension and/or prediabetes in Thailand: A brief report. Int J Gen Med. 2019; 12: 131-5.
15. Chaleawsak N, Thitikunpatthanawadee S. Nutrition literacy and Health Promotion in Teenage via 3 Self: PROMISE Model. FAA Journal. 16(1): 1-13. Thai.
16. Sukkasem P, et al. Impact of self-regulation and self-efficacy on dietary habits and physical activity among pre-diabetes adults. Thai J Nurs. 2023; 72(2): 10-22. Thai.
17. Kemmis S, McTaggat R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.
18. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. 2024 [cited 2026 May 17]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases.
19. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
20. Wagner EH. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness?. Eff Clin Pract. 1998; 1(1): 2-4.
21. Nusen C. The Community Participation for Health Behaviors Modification Program On Risk for Non-communicable diseases in Roi-E. J. Res. Health Innov. Dev. 2(3): 131-145. Thai.
22. Sittisart V, Nawamawat J, RungChay A, et al. The Effectiveness of a Community Involvement Program on Health Promoting Behaviors among People at Risk of Non-Communicable Diseases. JONAE. 2022. 14(4), 15-26. Thai
23. Thailand Nursing and Midwifery Council. Regulations on specialized nursing practice and standards. Bangkok: Thailand Nursing and Midwifery Council; 2023. Thai.
24 Maiyaem J, Siritham T, Boonchod C, et al. The Application of Health Belief Model on Food Consumption among Pre – Hypertension Group in Khlong Hoi khong District, Songkhla Province. JPHRI. 2023; 1(3): 16-27. Thai.

25. Orem DE. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
26. Wathanasit A, et al. Clinical blood pressure responsiveness in prehypertensive community-dwelling adults: A 12-week behavioral trial. J Health Res. 2024; 38(2): 112-20.
27. Thongsom T, et al. Limitations of the Thai diabetes risk score in capturing short-term lifestyle changes in pre-diabetic populations. Thai J Nurs Counc. 2023; 38(4): 88-102. Thai.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวช โรงพยาบาลสกลนคร

ปาริชาติ ขุนศรี[1], พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

บทคัดย่อ: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีภาวะจิตเวชร่วม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีภาวะจิตเวชร่วมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสกลนคร จำนวน 34 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 17 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมด้วยวิธีตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหากับวัตถุประสงค์ (index of item objective congruence : IOC) ของเครื่องมือ มีค่าเท่ากับ 1และแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 ดำเนินการทดลองเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ paired t-test และ independent t-test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ($p < .001$) และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสามารถช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีภาวะจิตเวชร่วมได้อย่างมีประสิทธิผล

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2569; 13(1): 60-73

คำสำคัญ: การบำบัดความคิดและพฤติกรรม; ผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีน; ภาวะจิตเวชร่วม; พฤติกรรมก้าวร้าว

---

[1]*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหอผู้ป่วยใจสว่าง โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: nuparin16@gmail.com*

วันที่รับบทความ 30 เมษายน 2569 วันที่แก้ไขบทความ 18 มิถุนายน 2569 วันที่ตอบรับบทความ 20 มิถุนายน 2569

Research Article

The Effectiveness of Cognitive Behavioral Treatment (CBT) to Reduce Aggressive Behaviors in Amphetamine Induced Psychosis at Sakon Nakhon Hospital

Parichat Khunsri[1], M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing)

Abstract: This quasi-experimental research employed a two-group pretest-posttest design. The purposes of this study were to compare aggressive behavior among patients with amphetamine use disorder and comorbid psychiatric conditions before and after receiving a cognitive behavioral therapy program and to compare aggressive behavior between the experimental and control groups. The sample consisted of 34 patients with amphetamine use disorder and comorbid psychiatric conditions receiving treatment at Sakon Nakhon Hospital. Participants were selected using purposive sampling and assigned to either an experimental group or a control group, with 17 participants in each group. The research instruments included a cognitive behavioral therapy program The quality of the program was checked using the index of item objective congruence (IOC) method, and its value was equal to 1 and an aggressive behavior assessment scale with a reliability coefficient of .90. The intervention was conducted over a period of six weeks. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Paired t-test and independent t-test were used to compare mean scores. The results revealed that, after participating in the cognitive behavioral therapy program, the experimental group demonstrated significantly lower aggressive behavior scores compared to the pre-intervention period ($p < .001$). In addition, the experimental group showed significantly lower aggressive behavior scores than the control group ($p < .001$). These findings suggest that the cognitive behavioral therapy program was effective in reducing aggressive behavior among patients with amphetamine use disorder and comorbid psychiatric conditions.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2026; 13(1): 60-73

Keywords: cognitive behavioral therapy; amphetamine use disorder; psychiatric comorbidity; aggressive behavior

---

[1]*Professional Nurse with Specialization, Head Nurse of Jai Sawang Ward, Sakon Nakhon Hospital, Sakon Nakhon; Corresponding author, E-mail: nuparin16@gmail.com*

Received April 30, 2025; Revised June 18, 2026; Accepted June 20, 2026

ความเป็นมาและความสำคัญ

สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence : SMI-V) จากรายงานข้อมูลกรมสุขภาพจิต ปี 2567 จากสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวช SMI-V ตั้งแต่ปี 2564 - 2567 คาดการณ์อัตราการเพิ่มขึ้น เมื่อสิ้นปี 2567 จะมีจำนวนผู้ป่วยสูงถึง 29,608 คน ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง หากมีการใช้ยาฉีดชนิดออกฤทธิ์เนิ่น จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ทั้งปี 2567 คาดการณ์จะลดลงเหลือ 19,245 คน ผู้ป่วยสะสมจะลดลงเหลือ 55,706 คน โดยปัจจุบันพบผู้ป่วยจิตเวชก่อความรุนแรงเพิ่มขึ้น และพบผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อ ความรุนแรงเพิ่มขึ้นจากปี 2565 - 2566 จำนวน 27,518 คน และ 42,851 คน ตามลำดับ การก่อความรุนแรงส่งผลกระทบ ต่อสังคม พบเหยื่อที่เกิดจากความรุนแรงจากผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 445 คน และส่งผลให้มีผู้เสียชีวิต 165 คน[1] การใช้สารเสพติด ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยใน เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ซึ่งการใช้สารเสพติดและสุขภาพจิตมีความเกี่ยวข้องกัน ผู้ป่วยจิตเวชมีสาเหตุมาจากการใช้สารเสพติดจำนวนมาก โดยเฉพาะสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท สารกระตุ้นประสาท และสุรา สารเสพติดเหล่านี้ ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต แต่ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงในบางกลุ่ม จากการสำรวจพบว่าคนไทยกว่า 6 ล้านคน เคยใช้สารเสพติดอย่างน้อยหนึ่งชนิดในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดจากการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอาการจิตเวชรุนแรง และเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงมีโอกาสสูงที่จำทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น หลงผิดหรือมีความคิดทำร้ายผู้อื่นซึ่งอาจนำไปสู่การก่อคดีร้ายแรงในชุมชน ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อลดโอกาสกำเริบซ้ำ[2]

หอผู้ป่วยใจสว่าง โรงพยาบาลสกลนคร มีสถิติผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวชที่เข้ารับการบำบัดในปี 2566-2568 จำนวน 109,182 และ 152 คน รวม 443 คน จากผู้ป่วยทั้งหมด 1,477 คนและลงรายงานระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล เรื่องการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ในปี 2566 - 2568 พบการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว 18, 31 และ 34 ครั้ง ตามลำดับ ซึ่งโดยเฉลี่ยมักพบพฤติกรรมก้าวร้าวจากผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวชอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง[3] สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในจำนวนผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวชพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 10 เท่า[4] จากการวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ระหว่างจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวชหอผู้ป่วยใจสว่าง ร่วมกับทีมนำทางคลินิกของโรงพยาบาลสกลนคร พบว่า สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความผิดปกติในการรับรู้ กระบวนความคิดและอารมณ์ที่แปรปรวน ควบคุมตนเองไม่ได้ ทีมพยาบาลจิตเวชจึงต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยให้มีการประเมินและป้องกันความเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายหรือการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยและบุคลากรทางการพยาบาล สำหรับแนวทางในการดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของโรงพยาบาลสกลนครนั้น มีระบบการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ โดยใช้แบบประเมินเฝ้าระวังความเสี่ยง “SAVE” (Suicide, Accident, Violence, Escape : SAVE Precaution) กรณีพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงให้ติดสติ๊กเกอร์สีแดงที่ป้ายชื่อตัวอักษร “V” เน้นการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย ลดสิ่งกระตุ้นการจำกัดพฤติกรรมโดยการ

ผูกยึด การฉีดยาสงบระงับอาการ เพื่อสงบระงับอาการทางจิตและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดต่าง ๆ จนสามารถกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้านได้ จะเห็นได้ว่าการดูแลในปัจจุบันเน้นในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้อื่นในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการ แต่ยังไม่มีแนวทางสำหรับให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ไขปัญหาการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวโดยพฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดขึ้นมานั้นเป็นผู้ใช้สารแอมเฟตามีนเพศชายร้อยละ 73 และเพศหญิงร้อยละ 27 โดยมีพฤติกรรมก้าวร้าวแตกต่างกันออกไป พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นการแสดงออกทางด้านความคิด การพูด ท่าทาง การแสดงออกของพฤติกรรมและการกระทำที่รุนแรงขาดความยับยั้งชั่งใจ ไม่เป็นมิตรและรุกรานผู้อื่น เพื่อระบายความโกรธความเครียดของตนเอง[5] ผลกระทบของพฤติกรรมก้าวร้าวจากการใช้สารแอมเฟตามีน มีผลกระทบด้านร่างกายทำให้เกิดการทำงานของอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มมากขึ้น ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น หน้าแดง ก้าวร้าวได้ง่าย ชกต่อย ทำร้ายร่างกาย และมีอารมณ์รุนแรงและผลต่อพฤติกรรม สารแอมเฟตามีนจะกระตุ้นสมอง ส่วนที่ควบคุมความก้าวร้าว และความกระวนกระวายใจ มีลักษณะความก้าวร้าวที่เกิดบ่อยที่สุดในด้านร่างกาย ได้แก่ ทะเลาะวิวาท การทำร้ายตนเอง ทุบตี ขว้างปา[6] ด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว พูดก่อกวน การข่มขู่ การด่าทอ เมื่อใช้แอมเฟตามีนติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน และใช้ปริมาณมาก ๆ จะทำให้เกิดอาการประสาทหลอน หวาดระแวง คลุ้มคลั่ง มีอาการทางจิต จะมีพฤติกรรมก้าวร้าวตามมาได้ตลอด ผลกระทบด้านสังคม เป็นผลจากครอบครัวที่ให้การเลี้ยงดูอย่างไม่สม่ำเสมอ ขาดความอบอุ่น ส่งผลทำให้หันไป ใช้สารแอมเฟตามีน จึงเกิดปัญหาสังคมต่าง ๆ ตามมา และยังก่อ ให้เกิดการสูญเสียสัมพันธภาพกับผู้อื่นจากพฤติกรรมก้าวร้าว การก่ออาชญากรรม[7] ส่วนผลกระทบด้านครอบครัว พบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวต่อครอบครัวที่พบมากที่สุด ได้แก่ ด้านจิตใจอารมณ์ ดุด่าด้วยคำหยาบคาย ด้านการเงินทรัพย์สิน ได้แก่ ขโมยเงินหรือทรัพย์สินของสมาชิกในครอบครัว[8] การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านการรู้คิด การคิดบิดเบือนจากความเป็นจริง การตีความหมายผิด ส่งผลให้การตัดสินใจ ในการแสดงพฤติกรรมบกพร่อง ปัจจัยด้านการรับรู้ เป็นการรับรู้และแปลความผิด ปัจจัยด้านประสาทวิทยาจากการที่สมองได้รับความกระทบกระเทือนทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ง่าย และปัจจัยด้านวัฒนธรรมเกิดจากการเลียนแบบวัฒนธรรม สังคมที่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวบ่อย ๆ จะทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวได้ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งเกิดจากความคิด ความรู้สึก ความเชื่อที่จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกไป มีการรับรู้พฤติกรรมก้าวร้าว มีการคิด ตัดสินใจ และแปลผลออกมา ในการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว[9] จากข้อมูลจะเห็นว่ามีแนวโน้มผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดสูงขึ้นและมีความเสี่ยงก่อความรุนแรงมีอาการทางจิตที่เด่นชัด คือ พูดคนเดียว เอะอะโวยวาย หูแว่ว ประสาทหลอน อาละวาด ทำร้ายตนเอง ทำร้ายคนในครอบครัวและทำลายทรัพย์สินมากขึ้น ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดที่เป็นปัญหา คือ มีการใช้ยาเสพติดมากกว่าหนึ่งชนิดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้การบำบัดรักษามีความยากและความซับซ้อนมากขึ้น กลุ่มผู้ติดและกลุ่มผู้ติดรุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[10] นำมาสู่ปัญหาการเกิดโรคร่วมทางจิตเวช ที่แสดงให้เห็นว่ามีความชุกของ

comorbidity สูงและมีผลกระทบต่อการดำเนินโรค มีผลให้การรักษาสารเสพติดและการรักษาโรคจิตเวชยากมากขึ้น เกิดการไม่ร่วมมือในการรักษา (non-compliance)[11] สารแอมเฟตามีนส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้อีก เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้แบบลงมือกระทำ (operant- conditioning) จากการเรียนรู้การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำ ๆ ความคิดยับยั้งชั่งใจ ความคิดตัดสินใจแย่ลง สมองส่วนคิดทำงานผิดปกติไปจากเดิม (cognitive deficit model) ผู้ใช้สารแอมเฟตามีนจึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาได้ตลอดเวลาทั้งในขณะใช้และหยุดใช้แอมเฟตามีน ในปัจจุบันการลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวช สามารถทำได้หลายวิธี เช่น ในระยะฟื้นฟูสภาพการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) เป็นการปรับความคิดอัตโนมัติทางลบ ซึ่งสามารถลดพฤติกรรม ก้าวร้าวโดยการปรับเปลี่ยนความคิด ส่งผลให้สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้นาน และยั่งยืน[12] สำหรับการใช้ยาเป็นการลดพฤติกรรมก้าวร้าวนั้น สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง ใช้ระยะเวลาสั้น แต่สามารถเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวขึ้นมาใหม่ได้อีก[13] โปรแกรมการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีข้อดีตรงที่สามารถไปปรับเปลี่ยนที่ความคิด และส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก้าวร้าวตามมา เป็นการควบคุมพฤติกรรมควบคู่กับควบคุมอารมณ์และการปรับเปลี่ยนที่ความคิดในระดับลึก จะสามารถปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบได้ ซึ่งจะส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อารมณ์ ในด้านบวกตามมา ใช้ระยะเวลาสั้น แต่ทำให้เกิดการลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ในระยะยาว คงอยู่ได้นาน และไม่มีผลกระทบด้านค่าใช้จ่าย[9] การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ใช้แอมเฟตามีนให้ได้ผลดีที่สุด จะต้องใช้ในระยะฟื้นฟูสภาพแล้ว (rehabilitation) ซึ่งจะต้องมุ่งเป้าหมายเดียวในการปรับเปลี่ยน ความคิดและพฤติกรรมนั้น และจะต้องได้รับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมอย่างน้อย 2–3 เดือนขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง จึงจะมีประสิทธิภาพในระยะยาวและยั่งยืน[14] และ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสามารถที่จะนำมาใช้ในผู้ใช้แอมเฟตามีนได้ ทั้งในผู้ที่เริ่มใช้และผู้ที่กลับมาเสพซ้ำ[15]

โปรแกรมการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy: CBT) เป็นรูปแบบการบำบัดพฤติกรรมรูปแบบหนึ่งที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence base) ว่าใช้ได้ผลดีในการบำบัดและลดการติดซ้ำในผู้ใช้สุราและสารเสพติด โดยมุ่งให้ความสำคัญกับความคิดที่บิดเบือนไม่ถูกต้อง และพฤติกรรมการเสพยาและสารเสพติดที่ผิดปกติ ซึ่งการบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและ ฤติกรรม และฝึกทักษะในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ดีมากขึ้น[16] ภายในโปรแกรมประกอบด้วยการฝึกการผ่อนคลาย (relaxation) ให้มีอารมณ์โกรธลดลง มีการให้ความรู้เกี่ยวกับสภาวะของอารมณ์ ช่วยให้ผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวช ได้เข้าใจถึงอารมณ์ ที่สัมพันธ์กับความคิดของตนเองเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้าต่าง ๆ เช่น โกรธ โมโห มีการฝึกการสำรวจอารมณ์ของตนเอง และผลกระทบของอารมณ์ที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ เมื่อเข้าใจสภาวะอารมณ์ของตนเองแล้วก็จะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของความคิดใหม่ (cognitive restructuring) ซึ่งประกอบด้วยการให้ผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวช สังเกตกระบวนการคิดของตนเอง โดยเน้นไปที่ความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง ความเชื่อ

ในระดับลึก (core belief) ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ (automatic thoughts) ความคิดที่จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว นำไปสู่ความคิดด้านบวกและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม[17] จากการศึกษาของ[9] พบว่าผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนหลังได้รับโปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 และการศึกษา[16] พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($p<.001$) การศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนนั้น มีความสอดคล้องกับความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการนำโปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมาใช้ในการเลิกสารแอมเฟตามีนเท่านั้น ยังไม่พบการนำมาใช้ในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นว่าโปรแกรมการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวช ในหอผู้ป่วยใจสว่าง โรงพยาบาลสกลนคร ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพ และเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลจิตเวช ที่มีความสำคัญที่จะช่วยป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวชได้ และช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการตอบสนอง เมื่อมีความโกรธเกิดขึ้น โดยการตระหนักรู้ในความรู้สึก ความคิดและอารมณ์ของตนเอง ทำให้ไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรงตามมาช่วยให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการเรียนรู้ปรับปรุงพฤติกรรม สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

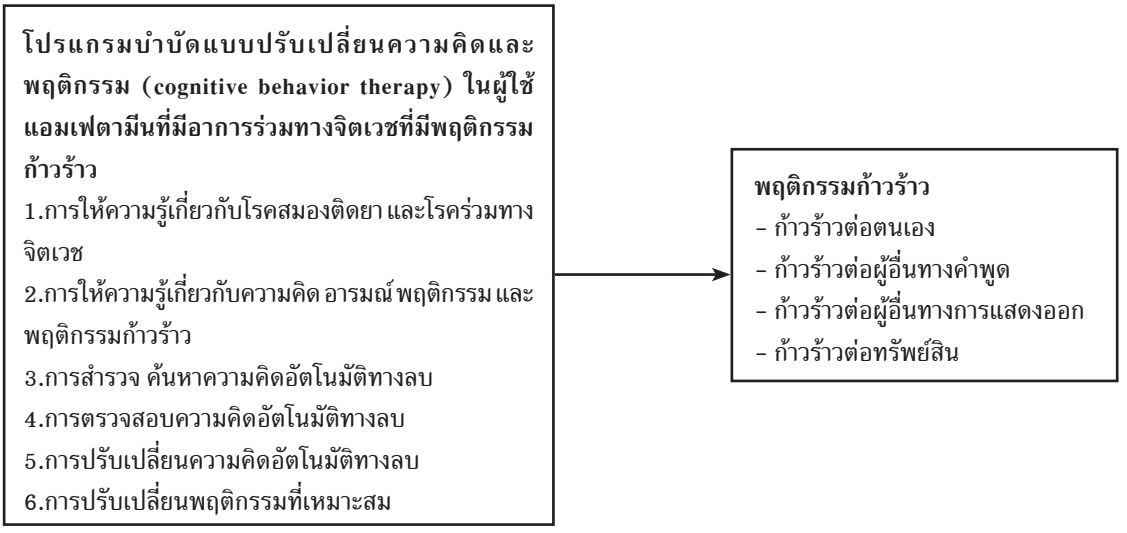
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวช โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวช ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวช ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการได้รับโปรแกรมบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเป็นแนวคิดทางความคิด (cognitive model)[17] ซึ่งได้อธิบายความสัมพันธ์ ขององค์ประกอบ 4 ด้านคือ ความคิด (Cognition) พฤติกรรม (Behavior) สรีระ (Physiology) และอารมณ์ (Emotion) มีความสัมพันธ์กันหมด ทั้งทางด้านความคิด พฤติกรรม สรีระ และอารมณ์ โดยเมื่อเกิดความผิดปกติในส่วนขององค์ประกอบ ใดองค์ประกอบหนึ่ง จะส่งผลกระทบให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ขององค์ประกอบอื่น ๆ ต่อไป โดยจะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เมื่อบุคคลมีการปรับเปลี่ยนในส่วนใดส่วนหนึ่งจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมก้าวร้าว

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เป็นการเปรียบเทียบผลการทดลองของกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นแบบ (pretest – posttest control group design) วัดก่อน และหลังการทดลองโดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีการจัดโปรแกรมการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมกับกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ หอผู้ป่วยใจสว่าง โรงพยาบาลสกลนคร ระหว่าง เดือน มีนาคม 2569 – เมษายน 2569

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับการอนุมัติ จริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลสกลนคร เลขที่ SKNH REC No.076/2568 รับรองลงวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2569 และให้การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย ดังนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งในการดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการชี้แจง ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย ให้เข้าใจ กระบวนการทดลองทุกขั้นตอน โดยการวิจัยครั้งนี้ไม่มีความ เสี่ยงใด ๆ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้อย่างอิสระ และการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยโดยที่กลุ่มตัวอย่างจะยกเลิกเข้าร่วมเมื่อไหร่ก็ได้ รวมทั้งหากกลุ่มตัวอย่างมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใด ๆ ในระหว่างขั้นตอนการวิจัย สามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอใน ภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ

การดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวช (amphetamine induced

psychosis) อายุระหว่าง 18-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยใจสว่าง โรงพยาบาลสกลนคร รับไว้รักษาเดือนมีนาคม 2569 - เมษายน 2569 จำนวนทั้งหมด 34 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวช (amphetamine induced psychosis) อายุระหว่าง 18-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการบำบัดในหอผู้ป่วยใจสว่าง โรงพยาบาลสกลนคร รักษาเดือนมีนาคม 2569 - เมษายน 2569 ในระยะฟื้นฟูสภาพช่วงการดูแลรักษา ผู้ป่วยที่ผ่านพ้นวิกฤตอาการคงที่แล้วและมีพฤติกรรมก้าวร้าวมีค่าคะแนน ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้ เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมติที่กำหนดไว้ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคติดสารแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวช (amphetamine induced psychosis) (F15.5) มีอายุ 18 - 59 ปี 2) สามารถอ่านออก เขียนได้ สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี และยินยอมเป็นผู้ร่วมวิจัย 3) มีคะแนนความก้าวร้าวประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (Overt Aggressive Scale: OAS) มีค่าคะแนน ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป 4) ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตสงบประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) มีค่าคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน 5) สมัครใจและยินยอมในการเข้ารับการบำบัด เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) การคัดออก คือ ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวช (amphetamine induced psychosis) มีอาการทางจิตรุนแรง โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ค่าคะแนนมากกว่า 36 คะแนน ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบ 6 กิจกรรม ตามที่กำหนดในโปรแกรม การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.2[18] โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of the test) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้อย่างน้อยที่สุด ที่ระดับ ร้อยละ 80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 กำหนดขนาดอิทธิพล[19] สำหรับการทดสอบโดยจากการศึกษา[20] ในระดับเมตา (meta-analysis) เรื่อง cognitive behavioral therapy in the treatment of anger ซึ่งมีการศึกษาตัวแปรและประชากรที่ใกล้เคียงกัน โดยนำ mean effect size (d =.95) มาแทนค่าในโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.2 แล้วได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 15 ราย รวมทั้งหมด 30 ราย และเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (drop out) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 10 % (Gray, Grove & Burn, 2013) จำนวน 3 ราย จะได้กลุ่มตัวอย่าง 33 ราย โดยการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม เพื่อให้เกิดความสมดุลและความเท่าเทียมกันในการวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดตัวอย่างสุดท้ายเป็นกลุ่มละ 17 ราย รวมเป็นจำนวน 34 ราย โดยการจับฉลาก 2 ครั้ง ครั้งแรก ได้กลุ่มทดลอง และครั้งที่ 2 ได้กลุ่มควบคุม แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 17 ราย และกลุ่มควบคุม 17 ราย ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจะได้รับการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) และ พบว่ามีผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวช เพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 10 เท่า[21] จึงเปรียบเทียบสัดส่วนการใช้สารแอมเฟตามีนของเพศชายต่อเพศหญิง (10:1) เพื่อคัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่เพศชายและเพศหญิง (matching) จาก

สัดส่วนเพศชายต่อเพศ หญิง (10:1) ต่อไป ซึ่งแต่ละกลุ่มจะมีอาสาสมัครชาย 14 คน หญิง 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ศาสนา รายได้ ข้อมูลการเจ็บป่วย ประวัติการใช้สารเสพติด

2. แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว Overt Aggressive Scale (OAS)

แบบประเมินระดับพฤติกรรมก้าวร้าว (Overt Aggressive Scale : OAS) พัฒนาโดย[22] ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินระดับพฤติกรรมก้าวร้าว (Overt Aggressive Scale : OAS) ที่แปลโดย[23] ซึ่งแปลและตรวจสอบเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะทางจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางจิตเวช APN 1 ท่าน และ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญเฉพาะทางจิตเวช 1 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหากับวัตถุประสงค์ (index of item objective congruence : IOC) ของเครื่องมือ มีค่าเท่ากับ 1 และผู้วิจัยวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว overt aggressive scale (OAS) โดยผู้วิจัยจะให้ผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีคุณสมบัติจบเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และมีประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยใจสว่าง มากกว่า 3 ปี จำนวน 2 คน มาสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวช ซึ่งผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยจำนวน 10 คน โดยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวในเหตุการณ์เดียวกัน แล้วบันทึกค่าคะแนนสิ่งที่สังเกตได้พร้อมกัน เมื่อได้คะแนนจะนำมาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือแบบ inter rater (IR) ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว overt aggressive scale (OAS) มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ inter rater เท่ากับ 0.9

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.โปรแกรมการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เป็นโปรแกรมที่มีการปรับเปลี่ยนความคิดในรูปแบบใหม่ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย[9] ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือโปรแกรมบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางจิตเวช APN 1 ท่าน และ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านจิตเวช 1 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหากับวัตถุประสงค์ (index of item objective congruence : IOC) ของเครื่องมือ มีค่าเท่ากับ 1 โดยรูปแบบโปรแกรมประยุกต์ใช้กิจกรรมจำนวน 6 กิจกรรม ซึ่งในแต่ละกิจกรรมจะใช้ระยะเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง/ครั้ง ใช้ระยะ เวลาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวนทั้งหมด 6 สัปดาห์ และในแต่ละครั้ง แต่ละกิจกรรมจะมีการบ้านให้ทำทุกครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง โดยจะจัดกิจกรรมกลุ่มในวันพฤหัสบดีของทุกสัปดาห์ เวลา 10.00 น.- 11.00 น.มีกิจกรรมดังนี้ ครั้งที่ 1 โรคสมองติดยา ครั้งที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและอารมณ์ที่ส่งผล ต่อพฤติกรรมก้าวร้าว ครั้งที่ 3 การสำรวจความคิดที่จะนำไปสู่ พฤติกรรมก้าวร้าว ครั้งที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ ครั้งที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดทางลบ นำไปสู่ความคิดด้านบวก ครั้งที่ 6 การปรับพฤติกรรมก้าวร้าว

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งก่อนและหลังการทดลองมาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ สร้างคู่มือลงรหัสและลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ 1. ตรวจสอบข้อมูลทั้งหมดว่ามีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ ตัวแปรมีค่าต่อเนื่อง 2. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ใช้แอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวชของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยใช้สถิติทดสอบที ชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test) 4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ใช้แอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวช ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการได้รับโปรแกรมบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยใช้สถิติทดสอบที ชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

ผลการวิจัย

นำเสนอตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ในกลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนมี 17 คน เป็นเพศชาย 15 คน คิดเป็นร้อยละ 90.3 เพศหญิง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 9.7 อายุส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 20-30 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยเฉลี่ย 27.3 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 100 มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 80 การศึกษา อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 90.4 ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิตร่วม ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 54.8 และมีระยะเวลาใช้สารแอมเฟตามีน 3 ปีขึ้นไป คิดเป็น ร้อยละ 51.6 และในกลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิตร่วม มี 17 คน เป็นเพศชาย 14 คน คิดเป็นร้อยละ 90.3 เพศหญิง 3 คน คิดเป็นร้อยละ 9.7 อายุส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 20-30 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยเฉลี่ย 27.3 ปี ส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ100 มีสถานภาพโสด คิดเป็น ร้อยละ 88.8 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 99 ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิตร่วม ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ100 และมีระยะเวลาใช้สารแอมเฟตามีน 3 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 61.3

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าว ในผู้ป่วยติดแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวช ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยติดแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวช ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในกลุ่มทดลอง (n = 17)

พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยติดแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวช	M	S.D.	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	3.23	.67	30	20.457	.000
หลังการทดลอง	.23	.56			

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิตร่วมก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 20.457) โดยคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมก้าวร้าวภายหลัง การทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวชระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการได้รับโปรแกรมบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวช หลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n = 34)

พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยติดแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวช	M	S.D.	df	t	p-value
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	.23	.56	30	22.295	.000
กลุ่มควบคุม	3.23	.50			

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าว ของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวช ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวช กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 22.295)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวชในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ต่ำกว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวชก่อน และหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าโปรแกรมบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวชได้โดยในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของความคิด (Cognition) พฤติกรรม (Behavior) สรีระ (Physiology) และอารมณ์ (Emotion) ซึ่งทั้ง 4 องค์ประกอบนั้นมีความสัมพันธ์กันหมด ทั้งด้านความคิด พฤติกรรม สรีระและอารมณ์ โดยโปรแกรมบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ได้รับมีกิจกรรม ทั้งหมด 6 กิจกรรม ได้แก่ ความรู้เรื่องสมองติดยา การกระตุ้น ต่อสารสื่อประสาทจากแอมเฟตามีน

ลดลงทำให้การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงเมื่อผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนได้รับความรู้เรื่องสมองติดยา จะเข้าใจการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวจากสารแอมเฟตามีนได้มากขึ้น การให้ความรู้เรื่องสมองติดยา ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและอารมณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าว การให้ความรู้เกี่ยวกับความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และพฤติกรรมก้าวร้าว โดยผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวช เข้าใจความสัมพันธ์ของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยเกิดจากความคิด อารมณ์ที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวตามมา การสำรวจความคิดที่จะนำไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าว การแยกแยะความคิดทางลบ การปรับเปลี่ยนความคิดทางลบนำไปสู่ความคิดด้านบวก และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม[24] ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการวิจัยที่นำโปรแกรมบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมไปใช้ใน เด็กซึ่งสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้[25] โดยการฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดทางลบ และปรับเป็นความคิดทางบวก ส่งผลให้การพฤติกรรมออกมาในทางบวก นอกจากนี้ยังสามารถลดการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ที่มีอาการทางจิต[26] โดยการฝึกการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวให้แสดงออกให้เหมาะสม และมีการศึกษางานวิจัยระดับเมตา สรุปว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสามารถลดระดับพฤติกรรมก้าวร้าวลงได้[26-27]

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวชในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ[28] โดยภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวช กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -22.295)

สรุป จากการวิจัยพบว่าโปรแกรมบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม[28] สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวชได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวชในระยะฟื้นฟูสภาพ โดยจากการปรับเปลี่ยนความคิดอัตนมัติทางลบ ให้เป็นความคิดทางบวก ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมทางบวกที่เหมาะสม และสามารถประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวจากการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมได้ โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงภายหลังได้รับโปรแกรมบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม จึงสามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวชได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ข้อเสนอแนะทางการพยาบาล

1.1 ควรมีการอบรมโปรแกรมบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวช เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลได้นำไปประยุกต์ใช้ในหอผู้ป่วยใจสว่าง ขยายการนำไปใช้กับหอผู้ป่วยใจภักดี และนำไปใช้กับทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ พยาบาลหอผู้ป่วยใจสว่างทุกท่าน และผู้ป่วยทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Mental Health. Progress report on key operational issues of the Department of Mental Health for February, fiscal year 2025 [Internet]. Nonthaburi: Monitoring and Evaluation Section, Strategy and Planning Division, Department of Mental Health; 2025 [cited 2026 Apr 29]. Available from: https://moph.cc/XhoZo5ZGm. (In Thai)
2. Department of Mental Health. Thailand National Mental Health Survey 2023. Nonthaburi: Epidemiology Group, Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health; 2025. Available from: https://dmh-elibrary.org/items/show/1685. Thai.
3. Sakon Nakhon Hospital. Risk management information system report. Sakon Nakhon: Sakon Nakhon Hospital; 2025. https://skn.thai-nrls.org. Thai.
4. Kittiratanaphiboon P. Emergency management in substance abuse and the stimulants amphetamine. Chiang Mai: Wanida printing; 2013. Thai.
5. Phreatumkitchai W, Vongin N, Jarupeng M. The effect of adjusting behavior to reduce the risk of aggressive adolescents. bangkok: Srinakharinwirot University; 2013. Thai.
6. Yimyanyong A, Dangdomyouth P. The effect of brief cognitive behavioral intervention with family participation on amphetamine use among adolescents with amphetamine dependence during rehabilitation. Journal of the Police Nurses. 2021; 13(1): 50-61. Thai.
7. Khottan W. Development of a rehabilitation service model for drug addicts in workplaces, Mueang District, Roi Et Province. Journal of Health Research and Innovation Development. 2020 Feb-May;1(2). Thai.
8. Ruangkit L. Effects of social support on continuous care attendance for methamphetamine addicts. Mahasarakham Hospital Journal. 2017; 14(1): 74-82.
9. Punliaw P, Sunthornchaiya R, Wuthiarpa S. Effects of a Cognitive Behavioral Therapy Program on Aggressive Behavior in Patients with Amphetamine Dependence. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18(Suppl): 207-14. Thai.
10. Jandaeng B. Factors affecting drug risk behaviors of lower secondary school students at Dongluang Wittaya School, Dongluang District, Mukdahan Province [Master's thesis]. Mahasarakham: Mahasarakham Rajabhat University; 2017. Thai.
11. Takwariyunan N. Nursing for psychiatric medication users. 1st ed. Pathum Thani: Thammasat University Press; 2015. Thai.
12. Tasa K, Banthumporn N, Somprasert C. The effect of a cognitive behavioral therapy program on aggressive behavior of adolescents in a juvenile observation and protection center. J R Thai Army Nurses. 2020;21(3):141-50. Thai.
13. Kalayasiri R. Addiction and psychiatric complications. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University; 2018. Thai.
14. Nicole K. Lee, Richard A Rawson. A systematic review of cognitive and behavioural therapies for methamphetamine dependence. Drug and Alcohol Review. 2008; 27(1): 309 -17. doi: 10.1080/09595230801919494.

15. Amanda Baker, Nicole K. Lee, Melissa Claire. Brief cognitive behavioural inter- ventions for regular amphetamine users: A step in the right direction. Addiction. 2004; 100(3): 367-78. doi: 10.1111/j.1360- 0443.2005.01002.x.
16. Thanachotpipit T, Sangruangake M, Thowannang R, et al. The effectiveness of Cognitive Behavioral Treatment (CBT) to reduce aggressive behaviors in psychiatric patients with amphetamine use disorder. Research and Development Health System Journal. 2020; 13(2): 377-87.
17. Beck AT, Wright FD, Newman CF, et al. Cognitive therapy of substance abuse. New York: Guilford press; 1993.
18. Sanitleur N, Sartphet W, Naphaarrak Y. Sample size calculation using G*Power program. Northern Journal of Science and Technology. 2022; 3(1): 1-16. Thai.
19. Cohen J. Statistical power for the behavioral sciences. (2nd ed.) New York: Academic Press; 1977
20. Beck R, Fernandez E. Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger: A meta-analysis. Cognitive Therapy and Research. 1998; 22(1): 63-74. doi://https://doi.org/10.1023/A:1018763902991
21. Kittirattanapaiboon P. Methamphetamine psychosis: a literature review. Bulletin of Suan Prung. 2013; 19(1): 1-15.
22. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, et al. The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. American Journal of Psychiatry. 1986; 143(3): 35-9.
23. Trinut R. Effects of Biofeedback Program and Imagery on Aggressive Behavior Levels. [Bangkok University]: Thammasat University; 2014.
24. Aimsupasit S. Theories and techniques of behavior modification. bangkok: Chulalongkorn printing; 2007. Thai.
25. Janpong D. Anger management based on cognitive-behavioral modification in patients with mental illness : evidence-based nursing. Mahidol University; 2011. Thai.
26. Kirsten C Smeets, Anouk A M Leeijen, Mariët J van der Molen , et al. Treatment moderators of cognitive behavior therapy to reduce aggressive behavior: a meta-analysis. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2015; 24(3): 255-64. doi: 10.1007/s00787-014-0592-1.
27. Larissa M. Hoogstedera, Geert Jan JM, et al. A meta-analysis of the effectiveness of individually oriented Cognitive Behavioral Treatment (CBT) for severe aggressive behavior in adolescents. The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology. 2015; 3. 22-37.
28. Sangdernchai S, Jaiphatum W. Nilbal S. et al. Cognitive behavior therapy for Treatment amphetamine dependence. bangkok: Chulalongkorn printing; 2014. Thai.

รายงานกรณีศึกษา

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำและการใส่สายสวนหลอดเลือดสมองเพื่อลากลิ่มเลือด: กรณีศึกษา

สุภาพร ศรีพนม[1] พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

บทคัดย่อ: โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการในผู้ใหญ่ที่รอดชีวิตมักประสบภาวะทุพพลภาพ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ การส่งเสริมดูแลตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจึงมีความสำคัญยิ่ง กรณีศึกษานี้ได้นำ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยชายอายุ 72 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดและการใส่สายสวนหลอดเลือดสมอง เพื่อลากลิ่มเลือด ผลการพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยมีความพร่องในการดูแลตนเองในระยะเฉียบพลัน ระยะหลังเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูสภาพ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย การปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมระดับความดันโลหิตและการจัดการโรคที่บ้าน ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะแทรกซ้อนตำแหน่งทำหัตถการ ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก และประสานการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การวางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องและการจัดการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย (Intermediate Care: IMC) เพื่อให้ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตอย่างปลอดภัย ฟื้นฟูสมรรภาพได้อย่างเหมาะสมและสามารถกลับบ้านได้ภายใน 8 วัน สรุปทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ช่วยให้พยาบาลประเมินความต้องการและความสามารถของผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมในแต่ละระยะของการเจ็บป่วย ตั้งแต่ระยะวิกฤตจนถึงการวางแผนจำหน่ายและฟื้นฟูสมรรถภาพ การบูรณาการการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ปรับพฤติกรรม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2569; 13(1): 74-91

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ยาละลายลิ่มเลือด การใส่สายสวนหลอดเลือดสมองเพื่อลากลิ่มเลือด

---

[1]*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: supapornicmhr@gmail.com*

วันที่รับบทความ 17 กันยายน 2568 วันที่แก้ไขบทความ 17 พฤศจิกายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 24 พฤศจิกายน 2568

Case Study

Application of Orem's Theory in Nursing Care for Patients with Ischemic Stroke Receiving Thrombolytic Drugs and Mechanical Thrombectomy: A Case Study

Supaporn Sripanom[1] M.S.N.

Abstract: Ischemic stroke is a leading cause of death and disability in adults, with survivors often experiencing severe functional impairment that significantly affects their physical, psychological, social, and economic quality of life. Therefore, promoting self-care and preventing complications are of paramount importance. This case study applied Orem's Self-Care Theory as a conceptual framework for the care of a 72-year-old male patient diagnosed with ischemic stroke who received intravenous thrombolytic therapy and subsequent mechanical thrombectomy. The nursing outcomes revealed that the patient experienced self-care deficits during the acute, post-acute, and rehabilitation phases. The nurse's crucial role focused on promoting the patient's self-care agency through physical rehabilitation, modifying health behaviors to reduce risk factors, and managing the condition at home. Key complications prevented included intracranial hemorrhage, complications at the puncture site (e.g., hematoma), and aspiration pneumonia. Furthermore, the nurse collaborated with the multidisciplinary team on planning continuous rehabilitation and coordinating transitional care following discharge (Intermediate Care: IMC). Consequently, the patient safely passed the critical phase, achieved appropriate functional recovery, and was discharged home within 8 days. In conclusion, Orem's Self-Care Deficiency Theory systematically guides nurses in assessing the patient's needs and self-care abilities, formulating nursing diagnoses, and planning appropriate interventions across all stages of illness, from the critical phase to discharge planning and rehabilitation. Integrating care from the multidisciplinary team is essential to empower patients to manage their self-care, modify behaviors, prevent complications, and achieve a good quality of life.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2026; 13(1): 74-91

Keywords : Ischemic stroke; Orem's Theory; Thrombolytic Drugs; Mechanical Thrombectomy

[1]*Registered nurse, Professional Level, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima province; Corresponding Author, E-mail: supapornicmhr@gmail.com*

Received September 17, 2025; Revised November 17, 2025; Accepted November 24, 2025

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของโลก[1] แนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเป็นสาเหตุของความพิการและการเสียชีวิต การรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Recombinant tissue plasminogen activator : rt-PA) จะทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นได้ภายใน 30 นาที[2] ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตอาจหลงเหลือความพิการ อัมพฤกษ์ อัมพาต[2] ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในครอบครัว ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ[2]

โรงพยาบาลที่ศึกษา เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายหลักในจังหวัดนครราชสีมาให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการ ปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีจำนวน 2,575 ราย 2,561 รายและ 2,275 ราย ตามลำดับ[3] ที่ผ่านมามีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นกลุ่มโรคสำคัญตามแผนพัฒนาระบบบริการและเข็มมุ่งโรงพยาบาล เพื่อลดอัตราตายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Recombinant tissue Plasminogen Activator: rt-PA) ภายใน 4.5 ชั่วโมง หลังเกิดอาการและได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการอุดตันของหลอดเลือดแดงในสมองขนาดใหญ่มีอาการเริ่มแสดงภายใน 6 ชั่วโมงและมีข้อบ่งชี้ในการใส่สายสวนหลอดเลือดสมองเพื่อลากลิ่มเลือด (Mechanical Thrombectomy) เพื่อฟื้นฟูการไหลเวียนของเลือดไปยังสมองส่วนที่ขาดเลือด โดยนำลิ่มเลือดที่อุดตันออก ลดความพิการและเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก แผนการดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ แม้จะมีการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและครอบคลุม แต่ยังพบผู้ป่วยบางรายเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น ภาวะเลือดออก ภาวะติดเชื้อ การบาดเจ็บต่อหลอดเลือดและปฏิกิริยาต่อสารทึบรังสี เป็นต้น

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดและการทำ Mechanical Thrombectomy เนื่องจากอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย จึงต้องมีความรู้ ทักษะ ประสบการณ์และวางแผนในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะการพยาบาลหลังให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำและการทำ Mechanical Thrombectomy ซึ่งเป็นระยะวิกฤติ จึงต้องวางแผนการดูแลผู้ป่วยโดยประเมินและเฝ้าระวัง ติดตามอาการทางระบบประสาท (Glasgow coma scale: GCS) ประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (National Institutes of Health Stroke Scale: NIHSS) รวมทั้งจัดการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำหรือในรายที่ต้องได้รับการทำหัตถการ Mechanical Thrombectomy

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Theory)

การนำทฤษฎีการดูแลตนเองของโดโรธีย อี. โอเร็ม (Orem's Self-Care Theory) มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) มีความสำคัญ เพราะโรคนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง (Self-Care Deficit)

ทฤษฎีโอเร็มประกอบด้วย 3 ทฤษฎีหลักที่เชื่อมโยงกัน เพื่อเป็นกรอบกำหนดบทบาทการพยาบาลเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้[4] ได้แก่ 1) ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of Self-Care) 2) ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (Theory of Self-Care Deficit) 3) ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of Nursing Systems) ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในทฤษฎีนี้ ช่วยให้การพยาบาลเป็นไปอย่างมีระบบและมีเป้าหมายที่ชัดเจน ได้แก่ 1) การส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วย พยาบาลจะทำหน้าที่ประเมินและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) ที่คงเหลืออยู่ของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็นต่อสุขภาพ (Therapeutic Self-Care Demands) ได้อย่างเต็มที่[5] 2) ใช้เป็นแนวทางประเมินความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นในทุกมิติ (ทั้งด้านทั่วไป ด้านพัฒนาการและด้านภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ) เมื่อเทียบกับความสามารถของผู้ป่วย เพื่อระบุระดับความพร่องและจัดระบบการพยาบาล (Nursing Systems) ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย 3) การสนับสนุนการฟื้นฟูฝึกทักษะและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล (Dependent-Care) ในการดูแลตนเองให้ต่อเนื่อง แม้หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำของโรค ดังนั้น บทบาทของพยาบาลจึงให้ความช่วยเหลือตามระดับความพร่องของผู้ป่วย โดยผ่านการจัดระบบการพยาบาล พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ทักษะและสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามมาตรฐาน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองปรับตัวและฟื้นฟูสภาพได้อย่างรวดเร็ว[6] ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนกลับสู่สภาพปกติโดยเร็วและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

บทความนี้นำเสนอกรณีศึกษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดดำและการทำ Mechanical Thrombectomy กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่เหมาะสมและไม่เคยตรวจสุขภาพตนเองมาก่อน ซึ่งจะเป็นปัจจัยสำคัญต่อความรุนแรงของโรคและระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาล

กรณีศึกษาผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป: ชายไทย อายุ 72 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 นับถือศาสนา พุทธ อาชีพ งานบ้าน สถานภาพ หม้าย รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลวันที่ 14 กรกฎาคม 2566 ที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Stroke unit) โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

อาการสำคัญ : แขนขาข้างขวาอ่อนแรง 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการขณะขับรถกลับบ้าน พูดไม่ได้ แขนขาด้านขวาอ่อนแรง แต่ยังพอขยับขาได้ กลับถึงบ้านยังมีอาการอ่อนแรง จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยรุนแรง ไม่มีประวัติเป็นโรคประจำตัว, ความดันโลหิตสูงและเบาหวานได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

อาการแรกรับ : ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยลืมตาเองได้ ถามไม่พูด ทำตามคำสั่งได้ช้า ๆ ดูซึม ๆ ผลการตรวจร่างกาย: ประเมินอาการทางระบบประสาท ระดับความรู้สึกตัวอยู่ในภาวะ Stupor Glasgow coma scale 11 คะแนน ($E_4V_1M_6$) รูม่านตาและปฏิกิริยาต่อแสง Pupil 3 min Reaction to light

Both eye, อาการอ่อนแรงซีกขวาและหน้าด้านขวาเบี้ยว Motor power แขนขาด้านขวา เกรด 3 แขนขาด้านซ้าย เกรด 5 ประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองด้วยแบบประเมิน NIHSS แรกรับ 11 คะแนน อยู่ในระดับโรคหลอดเลือดสมองรุนแรงปานกลางถึงมาก (Moderate to Severe Stroke) ผลการตรวจทางรังสีวิทยาและระบบอื่น ๆ CT Brain ไม่พบรอยโรคขาดเลือดเก่า (Hypodensity) หรือเลือดออกใหม่ (Hyper density) ASPECT Score = 8 คะแนน ASPECT บ่งชี้ว่ามีบริเวณสมองที่ได้รับผลกระทบจากภาวะขาดเลือดในช่วงแรก ค่อนข้างน้อย (จากคะแนนเต็ม 10) ตรวจร่างกายและระบบอื่น HEENT: Not pale (ไม่มีภาวะซีด) Respiratory system: Clear (ระบบหายใจปกติ) Cardiovascular system (CNS): Normal S_1 S_2 (เสียงหัวใจปกติ) EKG: คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่พบภาวะ Atrial Fibrillation : AF , Abdomen: Soft (ท้องนุ่ม) สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 185/97 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98% ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามระบบช่องทางด่วน stroke fast track ส่งปรึกษาแพทย์อายุรกรรมทางด้านระบบประสาท แพทย์วินิจฉัย Ischemic stroke Lesion Large Left MCA ระดับความรุนแรง Moderate stroke

สำหรับกรณีศึกษารายนี้มาโรงพยาบาลภายใน 4.5 ชั่วโมง มีข้อบ่งชี้ในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำและไม่มีข้อห้าม แพทย์จึงพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Recombinant tissue Plasminogen Activator: rt-PA) Alteplase 0.6 mg/kg, max90 mg สำหรับผู้ป่วยรายนี้คำนวณยาได้ total dose 40.8 mg แบ่งให้ดังนี้ 5% of total dose 6.1 mg iv push in 1 นาที จากนั้นให้ 85% of total dose 34.7 mg IV drip in 60 นาที เวลา 10.04 น. ระยะเวลา door-to-needle time ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำใช้เวลาทั้งหมด 93 นาที บ่งชี้ว่าผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดช้ากว่ามาตรฐานที่กำหนด (60 นาที)

พยาบาลบริหารยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ เฝ้าระวังขณะให้ยาและหลังให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำอย่างใกล้ชิด โดยติดตามประเมินสัญญาณชีพอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทขณะให้ยา ทุก 30 นาที ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน หลังให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ Motor power ของแขนและขาเท่า ๆ เดิม Motor power แขนขาด้านขวา เกรด 3 แขนขาด้านซ้าย เกรด 5 แพทย์จึงพิจารณาทำ Mechanical Thrombectomy ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนทำหัตถการตาม Preoperative order Mechanical Thrombectomy และส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดเวลา 10.58 น. ผลการลาก clot : proximal infraction M_2 left MCA capsule with intracranial Atherosclerosis S/P stent retain thrombectomy TICI 2b เสียเลือด 50 ml ระหว่างที่อยู่ในห้องผ่าตัดความดันโลหิต 77/45 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์ทราบ พิจารณาให้ยา Levophed หลังให้ยาไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrhythmia) ผู้ป่วยตื่นดี ไม่ทำตามคำบอก หายใจสม่ำเสมอ ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98% on O_2 mask with bag จึงได้ประสานงานกับหอผู้ป่วย เพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) วันที่ 14 กรกฎาคม 2566 เวลา 16.00 น.

ถึงหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เวลา 16.00 น. ผู้ป่วยรู้ตัว ยังดูซึม ๆ $E_4V_1M_6$ Motor power แขนขา

ด้านขวาเกรด 2 แขนขาด้านซ้ายเกรด 3 NIHSS 11 คะแนน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (The Barthel index of activities daily living) 20 คะแนน, (Modified Rankin Scale: MRS) ประเมินระดับความพิการและการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คะแนน 5 เป็นระดับความพิการที่รุนแรงมากที่สุด ผู้ป่วยไม่สามารถออกเสียงได้หรือได้เป็นคำ ๆ หรือประโยคสั้น ๆ (Broca's aphasia) สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส, ชีพจร 82 ครั้ง/นาที, หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 146/76 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98% on O_2 mask with bag 10 LPM on IV 0.9%NSS 1000 ml rate 80 cc/hr ในระยะวิกฤต ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการรักษา หลังทำการลากลิ่มเลือด ให้นอนพักบนเตียง งดน้ำและอาหาร ห้ามงอขาข้างที่ทำจนกว่าจะ off sheath ตรวจสอบชีพจรที่ตำแหน่ง Right dorsalis pedis ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะ off sheath ตรวจสอบว่ามีเลือดออกบริเวณตำแหน่ง Right groin และตรวจสอบชีพจร ติดตามเฝ้าระวังความดันโลหิตสูง ถ้า BP SBP >160 mmHg ให้ยา Nicardipine 20 mg+ NSS 80 ml IV drip stat 5 min/hr titrate q 15 นาที, Capillary blood glucose (CBG) q 6 ชั่วโมง keep 80-180 mg%, Ondansetron 4 mg IV prn for N/V q6ชั่วโมง ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในระยะเฉียบพลัน ประเมินอาการทางระบบประสาทวัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง เฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่มเลือดและหลังทำหัตถการต่อมาเวลา 17.02 น. มีอาการหอบหายใจเร็ว หายใจ 30-34 ครั้ง/นาที, อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส Lung: crepitation both lung แพทย์จึงให้ CXR Portable stat on High-Flow Nasal Cannula (HFNC) และให้การรักษาเพิ่มด้วยยา Furosemide 40 mg v หลังให้การรักษาอาการหอบเหนื่อยลดลง

วันที่ 15 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยรู้ตัวพอรู้เรื่อง ผู้ป่วยไม่สามารถออกเสียงได้หรือได้เป็นคำ ๆ GCS 10 คะแนน ($E_4V_1M_5$) แขนขาด้านขวาเกรด 2 แขนขาด้านซ้ายเกรด 3 NIHSS 13 คะแนน มีไข้ อุณหภูมิ 38.2 องศาเซลเซียส, ชีพจร 102 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 160/80 มิลลิเมตรปรอท CXR: infiltration เวลา 13.00 น. หลังได้ยาละลายลิ่มเลือดครบ 24 ชั่วโมง ส่งทำ CT brain ซ้ำ ผล: Progressive hypodensity at left MCA infraction with hemorrhagic transform แพทย์พูดคุยอาการของโรคและแผนการรักษากับญาติของผู้ป่วย ญาติตัดสินใจไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่ให้มีการบริหารยาที่มีคุณสมบัติในการเพิ่มแรงบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ไม่ผ่าตัด ไม่กดกระตุ้นนวดหัวใจ แพทย์ให้การรักษาเพิ่มเติมโดยให้ยา Ceftazidine 2 gm v q 8 hr, Clindamycin 600 mg v q 8 hr ครบกำหนดเวลาดูแล off sheath ด้านขวา พบ Hematoma ~12 cm. ดูแลนำหมอนทรายทับขาขวา 2 ชั่วโมง ห้ามงอขาหนีบขวา นำน้ำแข็งประคบเย็นขาหนีบขวาต่อ observe Hematoma ดูแล

วันที่ 16 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยดูซึม GCS 9 คะแนน ($E_3V_1M_5$) NIHSS 13 คะแนน มีไข้ 38 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 144/78 มิลลิเมตรปรอท on HFNC, on NG tube feed BD (1.2:1) 200x4 feed มีปัญหาระดับน้ำตาลในเลือดสูง CBG 229 mg% ได้ RI 4 unit SC เจาะ CBG premeal, hs ส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ R/O Cardioembolic with HF และส่งผู้ป่วยโปรแกรมกายภาพบำบัด (PT program)

วันที่ 17 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยดูซึม GCS 9 คะแนน ($E_3V_1M_5$) NIHSS 13 คะแนน case HF with Pneumoniaสัญญาณชีพ มีไข้ต่ำ ๆ 38 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 166/73 มิลลิเมตรปรอท เหนื่อย อ่อนเพลีย on HFNC มีปัญหาระดับน้ำตาลในเลือดสูง CBG 215 mg% ได้ RI 6 unit SC

วันที่ 18 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยรู้ตัวพอรู้เรื่อง ตื่นลืมตายังไม่ทำตามคำสั่ง GCS 11 คะแนน ($E_4V_1M_6$) NIHSS 13 คะแนน ให้ความร่วมมือปานกลางในการทำกิจกรรม แขนขาด้านขวาเกรด 1 แขนขาด้านซ้ายเกรด 3 ยังมีไข้ต่ำ ๆ 38 องศาเซลเซียส ไม่เหนื่อย มีปัญหาความดันโลหิตสูงขึ้น ได้รับยา hydralazine (50) 1tab pc ความดันโลหิต 175/87 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96% ผู้ป่วยได้รับการวางแผนและเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน สอน home program

วันที่ 19 กรกฎาคม 2566 NIHSS 13 คะแนน ระดับน้ำตาลในเลือดสูง CBG 237 mg% กำลังแขนขาด้านขวาเกรด 1 แขนขาด้านซ้ายเกรด 3 ความดันโลหิต 153/83 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 20-21 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยรู้ตัวทำตามคำบอก ไม่พูด NIHSS 13 คะแนน แขนขาด้านขวาเกรด 1 แขนขาด้านซ้ายเกรด 3 มีปัญหาระดับน้ำตาลในเลือดสูง CBG 328 mg% แพทย์เพิ่ม NPH 8-0-0-8 unit sc ac hs, RI 4-4-4 0 unit sc แนวโน้มไข้ลดลง ยังมีปัญหาความดันโลหิตสูง 176/83 มิลลิเมตรปรอท ได้ Hydralazine (50) 1 tab pc ระหว่างที่รักษาในโรงพยาบาลได้รับการเตรียมความพร้อมในการวางแผนจำหน่าย เมื่อต้องกลับไปดูแลตนเองที่บ้านและการดูแลต่อเนื่องจากทีมสหสาขา ส่งปรึกษา PT Program และส่ง Intermediate care (IMC) เพื่อประเมินและวางแผนการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพการเคลื่อนไหวที่สูญเสียไปอย่างต่อเนื่อง

วันที่ 22 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยรู้ตัวทำตามคำบอก ไม่พูด แขนขาด้านขวาเกรด 1 แขนขาด้านซ้ายเกรด 4 แขนด้านซ้ายดีขึ้น หายใจปกติ ไม่หอบเหนื่อย Brathel index 20 คะแนน MRs 5 คะแนน อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 156/77 มิลลิเมตรปรอท แพทย์พิจารณาให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลาในการรักษาในหอผู้ป่วย Stroke unit 8 วัน โดยมีญาติมารับผู้ป่วยกลับบ้าน

การวิเคราะห์และประยุกต์ใช้ในกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายนี้ เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) ที่มีความรุนแรงและซับซ้อน โดยพยาธิสภาพแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 : การเกิดโรคและพยาธิสภาพ ผู้ป่วยเป็นชายสูงอายุ 72 ปี และมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ไม่ได้ถูกควบคุมมาก่อนคือ ความดันโลหิตสูง (Hypertension) และเบาหวาน (Diabetes Mellitus) จึงทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายเกิดการแข็งตัวและตีบแคบได้ง่าย โดยมีการอุดตันของหลอดเลือดที่หลอดเลือดแดงสมองด้านซ้าย (Left Middle Cerebral Artery: Left MCA) เป็นหลอดเลือดขนาดใหญ่ที่เลี้ยงสมองส่วนที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายซีกขวาและการพูด ทำให้เกิดอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองที่รุนแรงและเฉียบพลัน ได้แก่ แขนขาซีกขวาอ่อนแรงและไม่สามารถพูดได้ (Broca's aphasia) ระยะที่ 2 การรักษาและภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) และทำหัตถการลากลิ่มเลือดด้วยสายสวน (Mechanical Thrombectomy) ซึ่งเป็นวิธีการรักษามาตรฐานเพื่อเปิดหลอดเลือดที่

อุดตัน[7] การตอบสนองต่อยา rt-PA ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง และผลจากการลากลิ่มเลือดพบว่ายังคงมีรอยโรคคงอยู่[7] ระหว่างที่รับการรักษาเกิดภาวะเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic transformation) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงที่สุดจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด อธิบายได้ว่า เมื่อหลอดเลือดที่เคยอุดตันและเปราะบางอยู่แล้วเกิดการฉีกขาดเมื่อเลือดกลับมาไหลเวียน[2] ทำให้มีเลือดออกในสมอง ส่งผลให้อาการทางระบบประสาทแย่ลงกว่าเดิม[2] นอกจากนี้ยังเกิดก้อนเลือดคั่ง (Hematoma) ขนาดใหญ่ที่ขาหนีบซึ่งเป็นจุดที่ใส่สายสวน เกิดภาวะเลือดออกเฉพาะที่และภาวะแทรกซ้อนทางระบบอื่นจากการที่นอนติดเตียงและความผิดปกติของระบบประสาทที่ส่งผลต่อการกลืนและระบบทางเดินหายใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดปอดบวมน้ำ (Pulmonary edema) และปอดอักเสบ (Pneumonia) จึงทำให้ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะที่ 3 การฟื้นตัว ทีมพยาบาลมีการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ทำให้อาการโดยรวมเริ่มคงที่และดีขึ้นโดยเฉพาะอาการทางระบบหายใจและระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale) ที่ดีขึ้นจาก 9 คะแนน เป็น 11 คะแนน เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่และเตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่ายังคงมีความอ่อนแรงอย่างมากของแขนขาด้านขวา (เกรด 1) และยังไม่สามารถพูดได้ (Broca's aphasia) ซึ่งบ่งชี้ถึงความเสียหายของเนื้อสมองที่เกิดขึ้นอย่างถาวรจากพยาธิสภาพของโรค การจัดการต่อเนื่อง ภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานยังคงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

ความซับซ้อนในกรณีศึกษา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รุนแรงและภาวะแทรกซ้อนที่ซ้อนทับกัน ซึ่งต้องอาศัยการพยาบาลขั้นสูง ประเมินทางระบบประสาทด้วยแบบประเมิน NIHSS และ GCS ทุกชั่วโมงในระยะวิกฤตอย่างละเอียดและต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังอาการเลือดออกในสมองที่อาจเกิดขึ้นหรือเกิดเพิ่มขึ้นและรายงานแพทย์ได้อย่างทันท่วงที การควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเข้มงวดตามแผนการรักษา การจัดการภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา ทั้งก้อนเลือดคั่งที่ขาหนีบ ภาวะปอดอักเสบและปอดบวมน้ำ เพื่อป้องกันการติดเชื้อในปอดที่อาจทำให้ผู้ป่วยทรุดลง ผู้ป่วยมีปัญหาทางการสื่อสาร (Broca's aphasia) พยาบาลต้องใช้เทคนิคการสื่อสารที่ไม่ใช่คำพูด และให้ข้อมูลแก่ญาติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความเข้าใจและร่วมมือในการรักษา และการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน (Discharge Planning) ให้คำแนะนำการดูแลตนเอง การควบคุมปัจจัยเสี่ยงอย่างเข้มงวด เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกำเริบซ้ำและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตามโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home program)

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

โดโรเธีย อี. โอเร็ม (Dorothea E. Orem) ได้กล่าวถึง ความไม่สมดุลของความสามารถของบุคคลและความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด เมื่อบุคคลมีความต้องการการดูแลตนเอง มากกว่าความสามารถในการดูแลตนเอง (TSCD > SCA) จึงทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit) จึงต้องการพยาบาลความช่วยเหลือในการดูแล แนวคิดหลัก: แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีได้ 3 แบบคือ ได้แก่ 1) ความต้องการที่

สมดุล (demand is equal to abilities : TSCD=SCA) 2) ความต้องการน้อยกว่าความสามารถ (demand is less than abilities : TSCD < SCA) 3) ความต้องการมากกว่าความสามารถ (demand is greater than abilities : TSCD > SCA) จุดเน้น : อธิบายความสัมพันธ์ระหว่าง ความต้องการการดูแลตนเอง (self- care demand) และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ในลักษณะที่ "ความต้องการการดูแลตนเองมีมากกว่าความสามารถในการดูแลตนเอง จึงทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit)" กรณีศึกษานำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม มาประยุกต์ใช้ เนื่องจากการเจ็บป่วยที่รุนแรงและซับซ้อนทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) ในระดับสูง ซึ่งต้องการระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory System) ในระยะเฉียบพลันและเปลี่ยนไปสู่ระบบทดแทนบางส่วน (Partial Compensatory System) ในระยะฟื้นตัว

การประยุกต์ใช้ในกรณีศึกษา

ระยะที่ 1 ระยะวินิจฉัยและพรรณนา

การระบุผู้รับบริการ : ชายไทย อายุ 72 ปี ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน (Acute Ischemic stroke) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 อาศัยอยู่ที่อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ปฏิเสธโรคประจำตัว

การประเมินปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors)

ปัจจัยพื้นฐานด้านผู้ป่วย (Basic Conditioning Factors of patient) เป็นปัจจัยทั้งภายในและภายนอกของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมด 10 ประการ ได้แก่ 1) อายุ : 72 ปี 2) เพศ: ชาย 3) ระยะพัฒนาการ: ตามปกติ 4) ภาวะสุขภาพ: เจ็บป่วยเล็กน้อย ๆ ปฏิเสธการเจ็บป่วยที่รุนแรงและปฏิเสธโรคประจำตัว Status เดิมของผู้ป่วยแข็งแรง เดินได้ตามปกติ ไม่มีอาการแขนขาอ่อนแรง ได้รับการวินิจฉัย 1st HT, 1st DM เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ครั้งนี้ ผู้ป่วยรับทราบภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีการเจ็บป่วย ระหว่างที่เข้ารับการรักษาวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย นอนไม่ค่อยหลับมีความกลัวและกังวลใจ 5) ระบบบริการสุขภาพ: เวลาเจ็บป่วยไม่สบายจะมารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา สิทธิการรักษาชำระเงินเอง 6) สังคมขนบธรรมเนียมประเพณี: เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนตามโอกาส 7) ระบบครอบครัว: หม้าย (มีบุตรชาย 1 คน, บุตรสาว 1 คน ทำงานอยู่ที่กรุงเทพ) ผู้ป่วยต้องการดูแลระยะยาว ปัจจุบันผู้ป่วยอาศัยอยู่กับน้องสาว การเจ็บป่วยครั้งนี้ได้มีการวางแผนร่วมกับคนในครอบครัวลูกชายจะกลับมาดูแลผู้ป่วยระหว่างที่พักฟื้นรักษาตัวเมื่อออกจากโรงพยาบาล 8) แบบแผนการดำเนินชีวิต: สูบบุหรี่วันละ 5 มวน/วัน สูบบุหรี่มานาน 20 ปี ปัจจุบันยังสูบอยู่ ไม่ได้มีอาการหงุดหงิดที่ไม่ได้สูบบุหรี่ หลังกลับไปพักฟื้นที่บ้านจะพยายามเลิกบุหรี่ การดื่มสุราเป็นครั้งคราวตามเทศกาล และปฏิเสธการใช้ยาเสพติด 9) สิ่งแวดล้อมสภาพอยู่อาศัย: บ้านที่อยู่อาศัยเป็นบ้านเช่า 10) แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ : รับบริการที่ศึกษาโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

กำหนดความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (SCR)

เป็นความต้องการการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับระยะพัฒนาการของบุคคลสถานการณ์และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของวงจรชีวิต

- ระยะพัฒนาการ: ผู้ป่วยมีพัฒนาการตามช่วงวัยจาก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และปัจจุบันเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ

- ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อลดความเครียดหรือเอาชนะที่เกิดจากผลภาวะวิกฤต: ไม่มีปัญหาการปรับตัวในสังคมและการใช้ชีวิต การสูญเสียคู่ชีวิต ปัจจุบันสถานภาพ หม้าย จบชั้นปีที่ 4

- ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ: ระหว่างที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล รับรู้ว่าตนเองไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ กำลังของกล้ามเนื้อทั้งแขนและขายังไม่อยู่ในระดับที่ปกติ แขนขาด้านขวาเกรด 1 แขนขาด้านซ้ายเกรด 3 ยังเหนื่อยเพลีย on NG tube Brathel index 20 คะแนน MRs 5 ยังมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและภาวะความดันโลหิตสูง จึงอยู่ในภาวะต้องการพยาบาลความช่วยเหลือในการดูแล

ระยะที่ 2 ระยะกำหนดความต้องการระบบพยาบาล

กำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (TSCD)

การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites: USCR) ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย ได้รับอาหารน้ำเพียงพอ ขับถ่ายวันละ 1 ครั้ง ไม่มีปัญหาการขับถ่าย พักผ่อนวันละ 6-7 ชั่วโมง ปัจจุบันมีการเคลื่อนไหวแขนขาได้น้อย มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ

การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยด้านสุขภาพ (Health deviation self-care: HDSCR): สุขภาพแข็งแรงดี มีเจ็บป่วยเล็กน้อยบ้าง จะซื้อยามารับประทานเอง ไม่ได้ตรวจสุขภาพประจำปี ระหว่างที่เจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองป่วย ไม่สบายต้องเข้ารับการรักษา ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ กำลังของกล้ามเนื้อทั้งแขนและขาอ่อนแรง ให้ความร่วมมือปานกลางในการทำกิจกรรมในระหว่างที่เข้ารับการรักษา

ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (SCA)

ความสามารถในการดูแลตนเอง (SCA) ไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความการการดูแลตนเองทั้งหมด (TSCD) ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เกิดภาวะเส้นเลือดสมองตีบเฉียบพลัน มีการทำงานของระบบประสาทผิดปกติ ตรวจร่างกายทางระบบประสาท GCS 11 คะแนน $E_4V_1M_6$ แขนขาข้างขวาอ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อของแขนขาด้านซ้ายเกรด 5 และกำลังกล้ามเนื้อของแขนขาด้านขวาเกรด 3 (แรกรับ) มีปัญหาในการพูด (Aphasia) ความดันโลหิต 185/97 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98% NIHSS 11 คะแนน CT brain: not seen Hypodensity /Hyper density (แรกรับ) และต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือดและทำ Thrombectomy หลังทำการรักษาพบผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนมีเลือดออกในสมองแบบมีอาการหลังจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด (hemorrhagic transformation) CT brain หลังให้ยาละลายลิ่มเลือด Large Lt MCA ผู้ป่วยไม่สามารถออกเสียงได้หรือได้เป็นคำ ๆ หรือประโยคสั้น ๆ ระหว่างที่เข้ารับการรักษามีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและยังคุมระดับน้ำตาลในเลือดยังไม่ได้ HbA1C11.5 % รวมทั้งมีปัญหาความดันโลหิตสูง

ระบุความพร่องในการดูแลตนเอง (SCD) การวินิจฉัยความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถในการดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจง ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ หรือไม่สามารถดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเนื่องจากข้อจำกัดด้านความรู้

จากกรณีศึกษาได้ประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง กำหนดความต้องการการดูแลตนเอง วิเคราะห์ความสามารถและข้อจำกัดในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและพิจารณาว่าผู้ป่วยมี ข้อจำกัดในเรื่อง มีพยาธิสภาพที่สมองทำให้มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง รวมทั้งเมื่อเจ็บป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูงและเกิดอาการข้างเคียงหลังทำหัตถการ สรุปได้ว่า ผู้ป่วยไม่มีความสามารถหรือความสามารถไม่เพียงพอในการดูแลตนเองความต้องการมากกว่าความสามารถ (Demand is greater than abilities : TSCD >SCA) มีความพร่องในการดูแลตนเอง (SCD)

ระยะการดูแล	การประเมิน/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผน/ระบบการพยาบาลของโอเร็ม Nursing system	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
1. การพยาบาลระยะเฉียบพลัน				
1.1 หลังให้ยาละลายลิ่มเลือด	1) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด เช่น ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และ progressive stroke <u>เป้าหมายการดูแล</u>: ไม่พบอาการแสดงของภาวะเลือดออกในสมองหรือภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเพิ่มขึ้น NIHSS score ไม่เพิ่มขึ้น	ระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory System) พยาบาลทำหน้าที่แทนผู้ป่วยทั้งหมดในการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะวิกฤต	1. เฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง: ติดตามประเมินอาการทางระบบประสาท (NIHSS และ GCS) อย่างละเอียดถี่ถ้วน ทุก 15–30 นาที ในช่วงให้ยาและ ทุก 1 ชั่วโมง ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังให้ยา เพื่อตรวจจับอาการเปลี่ยนแปลง เช่น GCS ลดลง, รูม่านตาผิดปกติ (ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย rt-PA) 2. การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเป้าหมายที่แพทย์กำหนด	ผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤตได้อย่างปลอดภัย ไม่พบภาวะเลือดออกในสมองเพิ่มขึ้น (CT brain 24 ชม. พบ Progressive hypodensity at left MCA infraction with hemorrhagic transform แต่ไม่มีอาการทางระบบประสาทที่แย่ลง
	2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน IICP <u>เป้าหมายการดูแล</u> : 1.อาการทางระบบประสาท (GCS และ NIHSS score) คงที่หรือดีขึ้น 2. ควบคุมสัญญาณชีพให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	ระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory System)	1) การประเมินสัญญาณชีพโดยเฉพาะระดับความดันโลหิต ควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 185/110 มม.ปรอท ทั้งก่อนการรักษาและภายหลัง 24 ชั่วโมง 2) ประเมินความผิดปกติทางระบบประสาท ระดับความ	ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน IICP ไม่พบอาการผิดปกติอื่น ๆ ที่เกิดจากการมีเลือดออกในสมอง ไม่พบอาการผิดปกติทางระบบประสาท

ระยะการดูแล	การประเมิน/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผน/ระบบการพยาบาลของโอเร็ม Nursing system	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
			รู้สึกตัว อาการทางระบบประสาท เช่น อาการปวดศีรษะ อาเจียนและอาการผิดปกติอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการ มีเลือดออกในสมองสังเกตและบันทึกอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased intracranial pressure: IICP) ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรง ตาพร่ามัว ชัก เกร็ง กระตุก และ ลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ pulse pressure กว้าง (SBP–DBP > 60 มิลลิเมตรปรอท) ถ้าพบอาการให้รายงานแพทย์ทันทีและช่วยเหลือผู้ป่วย[8] 3) สังเกตอาการ progressive stroke, complete stroke และ recurrent stroke เช่น แขนขาชา อ่อนแรง ข้างใดข้างหนึ่ง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ หรือฟังไม่เข้าใจเพิ่มมากขึ้น[9] 4) ประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 24 ชั่วโมง สังเกตอาการผิดปกติจากการให้ยา เช่น เลือดออกในทางเดิน	ความดันโลหิตของผู้ป่วยช่วงแรกยังไม่อยู่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ยังสูงเล็กน้อย ใน 24 ชั่วโมงแรกของการดูแล อาการทางระบบประสาทคงที่หลังได้ยา Nicardipine ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด

ระยะการดูแล	การประเมิน/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผน/ระบบการพยาบาลของโอเร็ม Nursing system	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
			อาหาร ทางเดินปัสสาวะและในกล้ามเนื้อ เลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ มีจ้ำเลือดบริเวณที่แทงน้ำเกลือ รอยเจาะเลือด สีของอาเจียน ปัสสาวะหรืออุจจาระ)[10] 5) ประเมินพยาธิสภาพในสมองที่ระยะเวลา 24 ชั่วโมง โดยการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองซ้ำ 6) เฝ้าระวังและติดตามระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษา	
	3) ความดันโลหิตไม่คงที่ <u>เป้าหมายการดูแล</u>: 1. ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเป้าหมายที่แพทย์กำหนดอย่างเคร่งครัดและคงที่ 2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความดันโลหิตไม่คงที่ เช่น ภาวะเลือดออกในสมองซ้ำ หรือภาวะสมองขาดเลือดเพิ่มขึ้น	ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory System)	1. เฝ้าระวัง และติดตามวัดความดันโลหิตและสัญญาณชีพทุก 15–30 นาที ตามแผนการรักษาของแพทย์โดยเฉพาะใน 24 ชั่วโมงแรก2. บริหารยาความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำ เช่น Nicardipine เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ 3. ประเมินอาการทางระบบประสาท GCS, NIHSS score ร่วมกับการวัดความดันโลหิตเพื่อประเมินผลกระทบของความดันโลหิตต่อสมอง	ความดันโลหิตของผู้ป่วยช่วงแรกยังไม่อยู่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ยังสูงเล็กน้อย ใน 24 ชั่วโมงแรกของการดูแล อาการทางระบบประสาทคงที่หลังได้ยา Nicardipine ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด
	4) พร่องสุขวิทยาส่วนบุคคลเนื่องจากไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง <u>เป้าหมายการดูแล</u>: 1.สุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างสมบูรณ์ตาม 2. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองที่บกพร่อง	ระบบทดแทนทั้งหมด(Wholly Compensatory System)	1. พยาบาลทำกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วยทั้งหมด เช่น เช็ดตัว, เปลี่ยนเสื้อผ้า, ดูแลความสะอาดช่องปากและขับถ่าย 2. จัดท่านอนและพลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันแผลกดทับ 3. ให้อาหารและน้ำทางสายยาง (NG Tube)	1. สุขวิทยาส่วนบุคคลอยู่ในเกณฑ์ดีสะอาดและได้รับการดูแลอย่างสมบูรณ์ 2. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จากการดูแลตนเองบกพร่อง เช่น แผลกดทับ, การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและสำลัก

ระยะการดูแล	การประเมิน/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผน/ระบบการพยาบาลของโอเร็ม Nursing system	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
	5) วิตกกังวลกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและญาติ <u>เป้าหมายการดูแล</u>: 1. ผู้ป่วยและญาติสามารถระบายความรู้สึกและความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค 2. ผู้ป่วยและญาติ ความเข้าใจในข้อมูลโรค, แผนการรักษาและแผนการฟื้นฟูของผู้ป่วย	ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-Educative System: SES	1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค, การรักษาที่ได้รับและแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างชัดเจนและสม่ำเสมอ 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามและระบายความรู้สึกวิตกกังวล หรือความกลัวต่าง ๆ 3. สนับสนุนการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเองและกิจกรรมต่าง ๆ	1.ผู้ป่วยและญาติแสดงความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค 2. ผู้ป่วยและญาติสามารถตัดสินใจ และให้ความร่วมมือ ในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการฟื้นฟูสภาพ
1.2 หลังทำหัตถการ Thrombectomy	6) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำ Mechanical Thrombectomy เช่น ภาวะเลือดออก/ก้อนเลือดคั่งบริเวณขาหนีบ, ภาวะพร่องออกซิเจน/หายใจลำบาก) <u>เป้าหมายการดูแล</u>: ไม่เกิดภาวะเลือดออก/ก้อนเลือดคั่ง หรือมีภาวะแทรกซ้อนบริเวณที่ใส่สายสวนหลอดเลือด (ขาหนีบ)	ระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด	1.ตรวจสอบตำแหน่งทำหัตถการ (Right groin) และประเมินชีพจรที่ Right dorsalis pedis ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะ off sheath เพื่อเฝ้าระวังภาวะเลือดออก 2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้นอน ห้ามงอขาข้างที่ทำจนกว่าจะ off sheath check	off sheath ด้านขวา พบ Hematoma ~12 cm. ดูแลนำหมอนทรายทับขาขวา 2 ชั่วโมง ห้ามงอขาหนีบขวา นำน้ำแข็งประคบเย็นขาหนีบขวาต่อ observe Hematoma ไม่พบภาวะเลือดออกหรือภาวะแทรกซ้อนบริเวณตำแหน่งทำหัตถการ
2.ระยะฟื้นฟู				
	7) พร่องการดูแลตนเองด้านสุขภาพ เนื่องจากมีภาวะระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงและควบคุมไม่ได้ <u>เป้าหมายการดูแล</u>: ระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยลดลงและควบคุมได้ตามเป้าหมาย	ใช้ระบบระบบทดแทนบางส่วน วิธีการช่วยเหลือ: การกระทำแทน (Acting for), การสอน (Teaching), การสนับสนุน (Supporting)	1.ให้ยารักษาเบาหวาน (NPH, RI) และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษา CBG q 6 ชั่วโมง keep 80-180 mg%) 2. ให้ความรู้พื้นฐานและกระตุ้นผู้ป่วยและญาติในการควบคุมอาหารและการใช้ยาเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง	ระดับน้ำตาลในเลือดมีแนวโน้มลดลงหลังได้รับการรักษาและควบคุมอาหาร/ยา จาก CBG 328 mg% ได้รับยาอินซูลินเพิ่ม
	8) มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซ	ระบบทดแทนบางส่วน	1.ติดตามระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด อัตราการหายใจและลักษณะการหายใจอย่างสม่ำเสมอ	1.การหายใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความอิ่มตัวของ

ระยะการดูแล	การประเมิน/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผน/ระบบการพยาบาลของโอเร็ม Nursing system	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
	ลดลง (จากภาวะปอดบวมน้ำ/ปอดอักเสบ) <u>เป้าหมายการดูแล</u>: 1. ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจนหรือภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจซ้ำเติม (เช่น การติดเชื้อปอดอักเสบที่รุนแรงขึ้น) 2. ระดับออกซิเจนในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติและคงที่ตามแผนการรักษา		2. จัดท่านอน ศีรษะสูง 30 องศาและพลิกตะแคงตัว 3. แนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึก ๆ ไออย่างมีประสิทธิภาพ 4. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาและให้ยาตามแผนการรักษาเพื่อจัดการภาวะปอดอักเสบ ปอดบวมน้ำ (เช่น ยาขับปัสสาวะ, ยาปฏิชีวนะ	ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95% 2. อาการเหนื่อยหอบลดลงและไม่มีเสียงผิดปกติในปอด 3. ผลการตรวจ X-ray ปอด ภาวะปอดบวมน้ำ/ปอดอักเสบดีขึ้น
	9) การสื่อสารบกพร่อง <u>เป้าหมายการดูแล</u>: ผู้ป่วยสามารถใช้ช่องทางการสื่อสารทางเลือกที่กำหนดไว้ เช่น การชี้, การเขียน, เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐาน	ระบบสนับสนุนและให้ความรู้	1.ให้คำแนะนำและสอน วิธีการสื่อสารที่ไม่ใช่คำพูด เช่น การใช้ภาพ, บัตรคำศัพท์, การชี้, หรือการเขียน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารความต้องการขั้นพื้นฐานได้ 2. ให้เวลาผู้ป่วยในการตอบสนองและพูดอย่างใจเย็น ไม่ขัดจังหวะหรือเร่งรัด	ผู้ป่วยและญาติ เข้าใจและยอมรับ วิธีการสื่อสารและให้ความร่วมมือ
	10) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อปอดอักเสบ, การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ, แผลกดทับ) <u>เป้าหมายการดูแล</u>: ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน	ระบบทดแทนบางส่วน	1.พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง 2. จัดท่านอนศีรษะสูงและดูแลทางเดินหายใจตามแผนการรักษา 3. การป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ดูแลความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์	1. ไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับ, ติดเชื้อปอดอักเสบ, UTIs
	11) พร่องความรู้ในการดูแลตนเองและจัดการโรคเรื้อรังที่บ้าน เช่น การควบคุมอาหาร, การใช้ยา, การสังเกตอาการผิดปกติ <u>เป้าหมายการดูแล</u>: ผู้ป่วยและญาติ มีความเข้าใจและความรู้ที่จำเป็นในการจัดการโรคเรื้อรัง (HT, DM, Stroke) อย่างถูกต้อง	ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-Educative System: SES)	1.สอนผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองและความจำเป็นในการควบคุมโรคเรื้อรังเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง 2. ให้คำแนะนำ โภชนาการที่เหมาะสม ลดเค็ม, ควบคุมน้ำตาลและวิธีการใช้ยาที่บ้าน เช่น ยาละลายลิ่มเลือด, ยาลดความดัน, ยาเบาหวาน	ผู้ป่วยและญาติยอมรับที่จะปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองและเข้าสู่ระบบการดูแลต่อเนื่อง และอธิบายอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล (FAST) ได้อย่างถูกต้อง

ระยะการดูแล	การประเมิน/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผน/ระบบการพยาบาลของโอเร็ม Nursing system	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
	12) ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลต่อเนื่อง <u>เป้าหมายการดูแล</u>: 1. ระดับความวิตกกังวลลดลงอยู่ในระดับเบาบางหรือจัดการได้ 2. ผู้ป่วย ญาติสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม	ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-Educative System: SES)	1. สร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความไว้วางใจและกล้าเปิดเผยความรู้สึก 2. รับฟังอย่างตั้งใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามและระบายความรู้สึก 3. ให้ข้อมูลการเจ็บป่วย แผนการฟื้นฟูสภาพและความก้าวหน้าของการรักษา	ผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมความพร้อมและส่งต่อการดูแลต่อเนื่อง (IMC) และสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมในการเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน
	13) ความพร่องในการเคลื่อนไหวร่างกาย/การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (เนื่องจากแขนขาขวาอ่อนแรงมาก เกรด 1 และซ้าย เกรด 3) <u>เป้าหมายการดูแล</u>: เพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหว และ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้ด้วยตนเองมากขึ้นตามความสามารถที่เหลืออยู่	ระบบทดแทนบางส่วน (Partially Compensatory System: PCS	1.สอนเทคนิคการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยใช้แขนข้างดีและอุปกรณ์ช่วยเหลือเพื่อชดเชยความบกพร่องของแขนขาข้างที่อ่อนแรง 2. ประสานงาน ส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับกายภาพบำบัด/กิจกรรมบำบัด เพื่อฟื้นฟูความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	ความสามารถในการเคลื่อนไหว และปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน คะแนน Barthel Index 20 คะแนน MRs 5

สรุปและอภิปราย

ผู้ป่วยชายไทย 72 ปี แขนขาข้างขวาอ่อนแรงเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง โดยมีประวัติโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) และโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) ที่ได้รับการวินิจฉัยและเริ่มรักษาในระหว่างการเข้ารับการรักษาครั้งนี้ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่ภาวะหลอดเลือดแข็งตัวและตีบตันเรื้อรัง (Atherosclerosis) และเกิดการอุดตันเฉียบพลันและทำให้หลอดเลือดเปราะบางต่อการฉีกขาดในภายหลัง พยาธิสภาพตำแหน่งรอยโรคที่หลอดเลือดแดงสมองส่วนกลางซีกซ้าย (Left MCA, ตำแหน่ง M2) ซึ่งควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายซีกขวาและศูนย์ภาษา (Broca's area) ทำให้ผู้ป่วยแสดงอาการ อ่อนแรงซีกขวาอย่างรุนแรง (Motor Power เกรด 1) และ ภาวะบกพร่องทางการสื่อสารแบบ Broca's Aphasia แพทย์วินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำและตามด้วยการใส่สายสวนหลอดเลือดสมองเพื่อลากลิ่มเลือด ผลการลาก clot : proximal infraction M_2 left MCA capsule with

intracranial Atherosclerosis S/P stent retain thrombectomy TICI 2b หมายถึงการไหลเวียนของเลือดกลับคืนสู่บริเวณที่ขาดเลือดได้ เกือบสมบูรณ์ (Near-complete reperfusion) บ่งชี้ว่าการลากลิ่มเลือดได้ผลดี ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วย Stroke unit ได้รับการพยาบาลตามแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน หลังเข้ารับการรักษามีภาวะแทรกซ้อนเลือดออกในสมอง Hemorrhagic transform เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงหลังการให้ยาละลายลิ่มเลือด เกิดจากหลอดเลือดที่เคยขาดเลือดและเปราะบางฉีกขาดเมื่อเลือดกลับมาไหลเวียน ส่งผลให้อาการทางระบบประสาทแย่ลงและมีความพิการคงที่ถาวร ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงและระดับน้ำตาลในเลือดสูง กำลังกล้ามเนื้อแขนและขายังอ่อนแรงแขนขาด้านซ้ายเกรด 3 แขนและขาด้านขวาเกรด 1

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม การประเมินความต้องการในการดูแลตนเอง (Therapeutic Self-Care Demand: TSCD) และความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit: SCD) ความต้องการในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยมีความต้องการพื้นฐานแต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองเกือบทั้งหมด เนื่องจากภาวะอ่อนแรงและการสื่อสารบกพร่อง จึงมีความต้องการในการดูแลตนเอง เนื่องมาจากภาวะสุขภาพบกพร่อง ผู้ป่วยมีความต้องการเฉพาะเจาะจงที่เกิดจากภาวะหลอดเลือดสมองและโรคเรื้อรังร่วม ได้แก่ การเฝ้าระวังอาการทางระบบประสาทหลังเกิดภาวะ Hemorrhagic Transformation การควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเข้มงวด เนื่องจากผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อแขนขาด้านขวาเกรด 1 และมี Broca's Aphasia ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency: SCA) ของผู้ป่วยไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง (TSCD) จึงเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง (Self- care deficit) อย่างชัดเจนตลอดระยะเวลาการรักษา ระบบการพยาบาลของโอเร็ม นำมาใช้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเฉียบพลัน ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory System: WCS) พยาบาลทำหน้าที่แทนผู้ป่วยทั้งหมด เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลยและอยู่ในภาวะวิกฤต เช่น การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองอย่างใกล้ชิด ดูแลการได้รับยาอาหารและน้ำ จัดท่านอนและการขับถ่าย ระยะหลังเฉียบพลัน/ฟื้นฟู ระบบทดแทนบางส่วน พยาบาลให้ความช่วยเหลือและสนับสนุน ควบคู่กับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเริ่มปฏิบัติการดูแลตนเองได้เท่าที่ทำได้ กระตุ้นให้ผู้ป่วยสื่อสารและส่งเสริมการทำกายภาพบำบัดเบื้องต้นบนเตียง เพื่อเริ่มพัฒนา SCA ของผู้ป่วย ระยะวางแผนจำหน่าย ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ พยาบาลให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการจัดการโรคเรื้อรังที่บ้าน การสังเกตอาการผิดปกติ การควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์และการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพภายหลังกลับบ้าน การประยุกต์ใช้ทฤษฎีในกรณีนี้ ช่วยให้พยาบาลสามารถระบุความพร่องในการดูแลตนเองในแต่ละระยะและเลือกใช้ระบบการพยาบาล ที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตอย่างปลอดภัย และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ภายในเวลาที่เหมาะสม แม้จะมีภาวะแทรกซ้อนและโรคเรื้อรังที่ไม่ได้รับการควบคุมมาก่อนก็ตาม ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง ผลลัพธ์การจำหน่าย อาการโดยรวมมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ยังมีข้อจำกัดด้านกำลังกล้ามเนื้อ แขนและขาด้านซ้ายเกรด 3,

ขวาเกรด 1) และข้อจำกัดในการช่วยเหลือตัวเอง ADL 20 คะแนน, mRS 5 คะแนน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน นัดติดตามการรักษาต่อเนื่อง

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะบริบาลระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) นำทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของโอเร็ม มาประยุกต์ใช้ในการเปลี่ยนผ่านการดูแล (Transitional Care) มุ่งเน้นส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน บทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพและการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการเปลี่ยนผ่านการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างเข้มข้นต่อเนื่อง และเป็นการส่งเสริม SCA อย่างยั่งยืนเมื่อกลับสู่บ้าน

ข้อเสนอแนะ

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในทุกระยะ การนำแนวทางไปใช้วางแผนการพยาบาลที่เน้นการส่งเสริมการดูแลตนเอง การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่บ้านและมีการประเมินผลลัพธ์ตามระยะการดูแล

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. Annual reports 2019. http://www.world-stroke.org/about-wso/annual-reports.
2. Treetsuthat W. The outcome of treatment in acute ischemic stroke patients who received intravenous thrombolytic therapy at Singburi Hospital. Singburi Hosp Med J. 2020; 29(2): 13-25.
3. Division of Medicine Nursing Maharat Nakhonratchasima Hospital. Quality assurance work medicine nursing Maharat Nakhonratchasima; 2022.
4. Wongsuwan A, Wongsuwan C. Nursing Theory: Application. 3rd ed. Nonthaburi: Praboromarajchanok Institute; 2018.
5. Trijitwatnakul J. Guideline for the management of stroke patients. Bangkok; 2019.
6. Yawinchan S, Chamnanchang W. Development of nursing service system for patients with stroke, Nan Hospital. NJPH [Internet]. 2019 [cited 2024 Aug 21]. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/230800
7. Powers W, Rabinstein A, Ackerson T, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2019; 50(12): e344-e418.
8. Jitjung W. Development of a program to promote the competency of caregivers of hospital stroke patients. Phetchabun Province. Krirk University; 2018.
9. Niamngen S. Nursing care for stroke [Internet]. 2022 [cited 2024Aug 2]. Available from: https://sakuna.pdf (msdbangkok.go.th)
10. Phunoi A. Nursing care of Ischemic stroke patients: A case study [Internet]. 2019 [cited 2024Aug 2].Available from: https://www.google.com/search?q

ผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสูญเสียการรู้คิดเล็กน้อยร่วมกับโรคไตเรื้อรัง : รายงานกรณีศึกษา

พวงเพชร จันทร์บุตร[1] พว., พยม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ), อพย (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)
เสน่ห์ พุฒธิ[2] พว., พยม. (การพยาบาลผู้ใหญ่), อพย (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)
เยาวลักษณ์ มัคคะน้อย[1] พว.,พยม.(การพยาบาลครอบครัว)
นวินดา หลักคำพันธ์[1] พว.,พยม.(บริหารการพยาบาล)

บทคัดย่อ: กรณีศึกษานี้นำเสนอแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้สูงอายุที่มีภาวะสูญเสียการรู้คิดเล็กน้อยร่วมกับโรคไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน ส่งผลให้เกิดการถดถอยของสมรรถภาพทางกายและการทำงานของสมอง และอาจนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีลักษณะสำคัญคือความบกพร่องด้านความจำ การคิด การตัดสินใจ การใช้ภาษา ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และก่อให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อมมุ่งเน้นการป้องกันและชะลอความเสื่อมของสมอง โดยประกอบด้วย 2 แนวทางสำคัญ ได้แก่ การจัดกระทำทางจิตสังคม และการจัดกระทำทางชีวภาพ ในกรณีศึกษานี้เน้นการจัดกระทำทางจิตสังคมเป็นหลัก ได้แก่ การกระตุ้นประสาทสัมผัสผ่านกิจกรรมกลุ่ม การกระตุ้นการรู้คิดโดยฝึกทักษะด้านความจำ สมาธิจดจ่อ การคิดคำนวณ และการใช้ภาษา รวมถึงการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องทั้งในชุมชนและที่บ้าน ควบคู่กับการฝึกทักษะการเผชิญปัญหาและการสื่อสาร และการติดตามดูแลผ่านการเยี่ยมบ้าน นอกจากนี้ยังส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยการให้ความรู้แก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว การสร้างเครือข่ายทางสังคมผ่านกิจกรรมกลุ่ม และการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมต่อการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด แนวทางดังกล่าวช่วยส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพิ่มการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกาย จิต และสังคมที่ดีขึ้น ช่วยชะลอความเสื่อมของสมอง และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2569; 13(1): 92-102

คำสำคัญ: ภาวะสูญเสียการรู้คิดเล็กน้อย; โรคไตวายเรื้อรัง

---

[1]*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น*
[2]*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail:sanepu@kkumail.com*
[3]*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด*
วันที่รับบทความ 5 มีนาคม 2569 วันที่แก้ไขบทความ 30 เมษายน 2569 วันที่ตอบรับบทความ 3 พฤษภาคม 2569

Case Report

Outcomes of Holistic Healthcare for Elderly Patients with Mild Cognitive Impairment and Chronic Kidney Disease: A Case Report

Paungpech jantabood RN.,MNS. (Gerontological Nursing) Dip.APMSA (Adult and Gerontological Nursing)

Sane Putti[2] RN., MNS. (Adult Nursing) Dip.APMSA (Adult and Gerontological Nursing)

Yaowalak Mukkanoi[1] RN.,MNS (Family nursing)

Nawinda Lukkumpun[1] RN., MNS. (Nursing Administration)

Abstract: This case study presents a holistic health care approach for older adults with mild cognitive impairment (MCI) and chronic kidney disease (CKD). These conditions are commonly found among older adults with multiple chronic illnesses and are associated with a decline in physical functioning and cognitive performance. Such deterioration may progress to dementia, a common neurological disorder characterized by impairments in memory, thinking, decision-making, and language, as well as behavioral and emotional changes. These impairments can limit the ability of older adults to perform self-care and may lead to significant impacts on families and society. Holistic health care for older adults at risk of dementia focuses on the prevention and delay of cognitive decline through two main approaches: psychosocial and biological interventions. In this case study, psychosocial interventions were primarily implemented. These included sensory stimulation through group activities and cognitive stimulation training aimed at improving memory, attention, calculation, and language abilities. Activities were conducted both in community settings and continuously at home. In addition, problem-solving and communication skills were promoted through group activities, and follow-up care was provided through home visits. Family and community participation were also encouraged through health education for family health leaders and caregivers, the development of social support networks through group activities, and the modification of the home environment to facilitate cognitive stimulation activities. This holistic approach promotes self-care among older adults and strengthens social support from families and communities. As a result, it contributes to improved cognitive functioning and better physical, psychological, and social well-being, helping to delay cognitive deterioration and enhance the quality of life of older adults.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2026; 13(1): 92-102

Keywords: Mild Cognitive Impairment; Chronic Kidney Disease

---

[1]*Registered nurse, Senior Professional Level, Ubolrat Hospital, khonkaen*

[2]*Registered nurse, Senior Professional Level, Phukhieo Chalermprakiat Hospital, Chaiyaphum; Corresponding author, E-mail:sanepu@kkumail.com*

[3]*Registered nurse, Senior Professional Level, kasetwisai hospital, Roi Et*

Received March 5, 2026; Revised April 30, 2026; Accepted May 3, 2026

บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในปี 2565 และคาดว่าในปี 2574 จะมีผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งประเทศ โรคสมองเสื่อมเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) เป็นปัญหาที่สำคัญในผู้สูงอายุจากสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2015 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมถึง 47.47 ล้านคน และประมาณการณ์ว่าจะเพิ่มสูงถึง 75 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 ประเทศไทยกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged society) ปี 2574 การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุส่งผลต่อการเพิ่มการเกิดโรคเช่นกัน โดยเฉพาะอาการสมองเสื่อมที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นซึ่งแปรผันตรงกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้เป็นปัญหาที่สำคัญของสาธารณสุขทั่วโลก[1-3] นอกจากนี้ในประเทศไทยยังสำรวจ พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในปี พ.ศ. 2559 จะมีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมสูงถึง 617,000 คน และคาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2580 จะเพิ่มเป็น 1,350,000 คน[7-1,4]

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังส่งผลเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่อง (MCI) และเร่งการเสื่อมของการรู้คิดได้เช่นกัน พบว่าโรคประจำตัวบางอย่างหรืออาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ในร่างกายจะส่งผล กระทบต่อการทำงานของสมองในทางสมองที่แย่ลง ทำให้การจดจำเสื่อมถอยลงซึ่งนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมได้ เช่น โรคไตเรื้อรัง ผู้ที่มีภาวะไตวายมีโอกาสที่จะเกิดโรคสมองเสื่อมมากกว่าคนทั่วไป ซึ่งตัวบ่งชี้สำคัญคือ ระดับโปรตีนอัลบูมินในปัสสาวะ (Albuminuria) ทำให้การทำงานของสมองบกพร่องทั้งด้านการคิด การเรียนรู้ ความจำและการตัดสินใจ หากเกิดขึ้นแบบเรื้อรังพบว่าสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ การดูแลสุขภาพไตรวมถึงการตรวจพบและรักษาความผิดปกติของไตได้ตั้งแต่เนิ่น ๆ จึงเป็นการช่วยป้องกันหรือชะลอความเสียหายที่เกิดขึ้นกับสมองที่จะส่งผลนำไปสู่การเกิดภาวะสมองเสื่อม[2,5-6,11]

เนื่องจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยหลายด้านการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายของแต่ละคนจะเกิดขึ้นไม่เท่ากัน เกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุจะมีสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงดีมาก อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของเพศชายจะเพิ่มเป็น 75 ปี ส่วนเพศหญิงจะเพิ่มเป็น 80 ปี ดังนั้นการที่ประชากรไทยมีชีวิตยืนยาวขึ้นจะเป็นช่วงชีวิตที่มีการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นด้วย ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างที่สำคัญ ได้แก่ พันธุกรรม โรคหรือความเจ็บป่วย สิ่งแวดล้อมที่ปฏิบัติอยู่ เช่น การรับประทานอาหาร อาชีพความเครียด การออกกำลังกาย การพักผ่อน ฯลฯ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ และโรคความดันโลหิตสูง ไต รองลงมา คือ โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ เช่น เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปรับตัวได้ไม่ดีนัก อาจเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจควบคู่กันไป เนื่องจากในสภาพการณ์ปัจจุบันสมาชิกในครอบครัวมีภาระต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านเพียงลำพัง รู้สึกโดดเดี่ยว คิดว่าตัวเองด้อยคุณค่า ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา เช่น โรคซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น ซึ่งภาวะเจ็บป่วยเหล่านี้ส่งผลต่อครอบครัวและสังคมโดยรวม โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมซึ่งต้องมีคนดูแลตลอดเวลาทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียรายได้เมื่อต้องมาดูแล[10-1,3,8]

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพได้แก่ โรคเรื้อรัง โรคซึมเศร้า และโรคสมองเสื่อม

โดยการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม พร้อมให้การดูแลช่วยเหลือทางสังคมและจิตใจแก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหา มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพจิตและเฝ้าระวังปัญหาผ่านกระบวนการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับตำบล สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สามารถดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ตลอดจนให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีการจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) มีการนำร่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ มีการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม ติดบ้านติดเตียง และมีการจัดระบบบริการด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมแก่ทุกกลุ่ม แผนยุทธศาสตร์ชาติในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2564–2560 เน้นการเข้าถึง[9,14-11]

โรงพยาบาลอุบลรัตน์เป็นโรงพยาบาล F1 มีประชากรรับผิดชอบ 44,327 คน เป็นผู้สูงอายุ 7,577 คน คิดเป็นร้อยละ 17.09 ของประชากรในอำเภออุบลรัตน์ คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลอุบลรัตน์ระบบการคัดกรองประเมินผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการโดยการใช้การซักประวัติ มีหลักการย่อง่าย ๆ คือ มี A-B-C ดังนี้ 1. ADL (ADL: Barthel Activities of Daily Living) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 2. B: behaviral and psychological Systems of dementia (BPSD) คือ ปัญหาด้านพฤติกรรมและอาการทางจิตประสาท ประเมินซึมเศร้า (TGDS 15 ข้อ) 3. Cognition คือการรู้คิด ประเมินคัดแยกสมองเสื่อม (MoCA= Montreal Cognitive. Assessment) พบว่า มีผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการช่วงอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรง ปี 2567 จำนวน 6 ราย ได้รับการยืนยันวินิจฉัยจากในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลศักยภาพที่สูงกว่า 1 ราย อีก 5 ราย ไม่ยอมรับการส่งต่อ ข้อจำกัดโรงพยาบาลชุมชน คือ ต้องส่งต่อไปเพื่อวินิจฉัยรักษา ที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพระดับสูงกว่า จึงทำให้ผู้ป่วยไป-กลับ ยากลำบากมากขึ้น เกิดค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ตามมา ไม่ไปรักษาต่อเนื่อง ซึ่งสมองเสื่อมระยะน้อยถึงระยะกลาง (MCI = mild cognitive impairment) พบถึงร้อยละ 96 จากปรากฏการณ์ จึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะก่อนสมองเสื่อมเล็กน้อย พบว่า การเกิดภาวะสมองเสื่อมนั้นมีปัจจัยหลายอย่าง หนึ่งในปัจจัยนั้น คือ ภาวะการสมองเสื่อมเล็กน้อยในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วย โดยส่วนมากพบเมื่ออายุมากขึ้นและความรุนแรงของภาวะนี้มีตั้งแต่เล็กน้อยถึงรุนแรงขั้นสมองเสื่อม ภาวะสูญเสียการรู้คิดเล็กน้อยเป็นภาวะที่อยู่ระหว่างภาวะหลงลืมตามวัยและภาวะสมองเสื่อมแต่ยังมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันไม่มาก[17-1,6,15]

ประสบการณ์ผู้เขียนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะการสูญเสียการรู้คิดและมีโรคร่วม ส่งผลทำให้ผู้ป่วย มีการรู้คิดผิดปกติ หลงลืม มีความจำลดลง แต่ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ และพบเป็นกลุ่มอาการสูงอายุ ที่อยู่ระหว่างภาวะหลงลืมตามวัยและภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค อาจส่งผลให้มีภาวะคุกคามเกิดขึ้นได้ ซึ่งจำนวนผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มสูงมากขึ้น ในพื้นที่รับผิดชอบพบร้อยละ 68 ของผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการ พยาบาลผู้เขียนมีบทบาทในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่มีภาวะวิกฤตของโรคเรื้อรังร่วมที่รุนแรงซับซ้อนขึ้นได้เป็นอย่างดี การประเมินที่ถูกต้องและครอบคุลมทุกมิติ จะทำให้ค้นหาปัญหาในด้านอาการสูงอายุได้ และพบภาวะการ

สูญเสียการรู้คิดถึงร้อยละ 96 จากผู้รับบริการในคลินิกสูงอายุโรงพยาบาล เพื่อนำมาปรับใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในคลินิก มีแนวทางการรักษาที่ไม่ต้องใช้ยา 1) สร้างสัมพันธภาพ 2) ตั้งเป้าหมาย 3) ประเมิน 4) ให้ความรู้ 5) ส่งเสริมศักยภาพ 6)พัฒนาคุณค่าทางจิตใจ7) การติดตามต่อเนื่อง 8) การดูแลครอบครัว และ9)การพัฒนาศักยภาพสมองด้วยการออกกำลังกายผ่านสื่อโซเชียลมีเดีย ผลการศึกษาผู้ป่วยมีประเมินภาวะสมองเสื่อมค่าคะแนน ก่อน-หลัง 3 เดือน17 คะแนน คงที่ รอการนัดหมายให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมทางกายและจิตใจมีความสุขเมื่อได้มา รพ. ตามนัดได้ทำกิจกรรมร่วมถึงผู้ดูแล มีความเชื่อใจ รู้สึกผ่อนคลายลดความเครียดได้ การจัดการภาวะการสูญเสียการรู้คิด เน้นการกระตุ้นการทำงานของสมองผ่านกิจกรรมทางปัญญาและการออกกำลังกาย สามารถชะลอการเสื่อมของการรู้คิดได้ ดังนั้นหากได้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจะสามารถช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในอนาคตได้ จึงจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป [1,6,13,17-3,5]

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้เขียน พบว่าการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมยังมีไม่มากนัก และยังขาดรูปแบบการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการป้องกันและชะลอภาวะสมองเสื่อม งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นด้านการรู้คิดด้านเดียว แต่ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มที่เปราะบาง มีความเสื่อมในทุกด้านทั้งด้านกาย-จิต-สังคม ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลผู้จัดการรายกรณีจึงได้นำแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุภาวะสูญเสียการรู้คิดเล็กน้อยร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรัง โดยประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมให้เกิดการดูแลตนเองและมีเครือข่ายสังคมครอบครัว เข้ามาร่วมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอันจะนำ ไปสู่การชะลอความเสื่อมของสมองและการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรู้คิด สุขภาพแข็งแรงทั้งกาย-จิต-สังคม ทำให้มีความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น [12,15,17]

ตัวอย่างกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชายไทย อายุ 63 ปี รูปร่างตัวเล็ก ผอม พูดคุย สื่อสารโต้ตอบได้ เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ ระดับการศึกษา ป.6 สถานภาพสมรส คู่ อาชีพ ทำเกษตรกร รายได้ เฉลี่ย 3,000 บาทต่อเดือน

ประวัติส่วนบุคคล เป็นบุคคลที่มีความเป็นผู้นำ เชื่อมั่นในตนเองสูง มีสัมพันธภาพในครอบครัวชุมชน เป็นอย่างดี รับประทานอาหารพื้นบ้าน ข้าวเหนียว นึ่งปลา ส้มตำ ลาบ ประกอบอาหารรับประทานเอง

ประวัติครอบครัว ผู้ป่วยเพศชายมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว กินอยู่กับภรรยาผู้ดูแลอายุ 60 ปีมีบุตรชาย 1 คน บุตรสาว 1 คนผู้ป่วยอาศัยอยู่กับครอบครัวบุตรชายอายุ 33 ปี มีหลาน 1 คน ความสัมพันธ์ในครอบครัว รักใคร่ปกติดี และดูแลกันทั้งครอบครัวผู้ป่วยมีอาชีพเกษตรกรรมครอบครัวไม่มีประวัติการเจ็บป่วยร้ายแรงในครอบครัวไม่มีประวัติสมองเสื่อมในครอบครัว

ประวัติการเจ็บป่วย

อาการและอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล คือ หายใจหอบเหนื่อย ไอ นอนราบได้ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

การเจ็บป่วยในอดีต โรคไตวายเรื้อรังระยะ 4 ตอนอายุ 60 ปี รักษามา 2 ปี โรคความดันโลหิตสูงตอนอายุ 42 ปี รักษา มา 21 ปี โรคหัวใจล้มเหลว และ ต่อมลูกหมากโต ตอนอายุ 50 ปี รักษามา 13 ปี

ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับภรรยา 2 คน ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว รักษาที่โรงพยาบาล มา 21 ปี รับยาประจำไม่เคยขาดยา มาพบหมอที่โรงพยาบาลไม่เคยขาดนัด และภรรยามีโรคความดันโลหิตสูงรับยาเป็นประจำไม่ขาดยาไม่ขาดนัด ลูกสาวแต่งงานแล้วยังไม่มีบุตร ลูกชายแต่งงานแล้วมีบุตร 1 คน แยกย้ายทำงานต่างจังหวัด

การตรวจร่างกาย ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ป่วยขับรถจักรยานยนต์มาเอง เดินมา มีโรคประจำตัว โรคไตวายเรื้อรังระยะ 4 โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจล้มเหลว ต่อมลูกหมากโต มีลักษณะผิวดำคล้ำ ผิวแห้ง ท่าทางเหนื่อย บวม ขาทั้ง 2 ข้าง กดบุ๋ม 0.5+ ท่าทางนิ่งมีความสนใจในการสนทนาและมีใบหน้าที่ยิ้มแย้ม สื่อสารได้ดี มีภาวะการสูญเสียการรู้คิดเล็กน้อย ด้าน ภาษา ความจำ จดจ่อ มิติสัมพันธ์ บางวัน มีหลงลืม วางของลืมที่วาง หยิบแล้วไม่รู้ไปวางไว้ไหน บ่อยครั้งขึ้น ลืมว่าจำทำสิ่งนี้ แต่ลืมไปเลย ไม่ได้ทำ สิ่งที่คิดไว้

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: BUN 23 mg/dl, Cr 2.16 mg/dl, Blood sugar 142 mg%, โดยค่า BUN และ Creatinine ที่สูงกว่าปกติ บ่งชี้ว่าไตสูญเสียความสามารถในการกรองของเสียออกจากร่างกาย ร่วมกับระดับน้ำตาลในเลือดที่สูง ผู้ป่วยมีภาวะไตวายเรื้อรัง

การประเมินความสามารถ ของผู้ป่วยสูงอายุ ประเมินการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ADL = 20 คะแนน ยังทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ ประเมินการหกล้มใช้ Time Up and Go test ได้ 10.89 วินาที การแปลผล เป็นปกติ ไม่เคยมีประวัติหกล้ม ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q9Q การแปลผล เป็น ปกติ ผลการทดสอบความสามารถของสมอง แบบทดสอบ Montreal Cognitive Assessment ฉบับภาษาไทย : MoCA คะแนนเต็ม 30 ผู้ป่วยทำได้ 17/30 คะแนน การแปลผล < 25 คะแนน = มีภาวะสูญเสียการรู้คิดเล็กน้อย

ด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ การรับรู้และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจเรื้อรังได้รับการผ่าตัดหัวใจไปเมื่อปี 2557 และรักษากินยาประจำ โรคไตเรื้อรัง รับรู้ว่าเป็นไตวายระยะที่ 4 ผู้ป่วยเกิดความกลัวและวิตกกังวล และต้องดูแลตนเองให้ดีกว่านี้ตามแนวทางของโรคและต้องมีคนมาดูแลอีก ส่วนงานเกษตรวางแผนคงไม่ได้ทำงานอีกแล้ว หยุดทำให้คนทำแทน เรื่องรายได้ มีภรรยา ลูกชาย และลูกสาวเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย อยู่แล้วไม่เป็นห่วงอะไรมาก ส่วนภรรยาผู้อาศัยและรับผิดชอบดูแลกันมาตลอด มีงานประจำทำ และเป็นคนดูแลเรื่องอาหาร ความสะอาดที่อยู่อาศัยอยู่แล้ว จึงไม่เกิดความกังวลใจใด ๆ หากแต่กลัวการต้องได้ฟอกไต เพราะรับรู้กันว่าการฟอกไตนั้น บ่งบอกถึงภาวะที่ไตเสียแล้ว อาจจะอยู่ได้ไม่นานเท่าไม่ไตเสีย

การวินิจฉัย Chronic kidney disease stage 4, Fluid Overload, Nephrotic syndrome ,Hypertension, Mild cognitive impairment ผู้ป่วยมีโรคไตเรื้อรังระยะ 4 มีน้ำเกิน โรคความดันโลหิตสูง มีภาวะสูญเสียการรู้คิดเล็กน้อย

วิเคราะห์กรณีศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูญเสียความจำในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยรายนี้ ประกอบด้วย

(1) ปัจจัยด้านกายภาพและสรีรวิทยาของสมอง โดยผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป น้ำหนักและปริมาณของเนื้อสมองจะลดลงถึงร้อยละ 5 และลดลงอีกเท่าตัวทุก ๆ 10 ปีที่เพิ่มขึ้น ร่วมกับมีภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 เกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองแข็งหรือ

ตีบตัน ทำให้ความสามารถในการหดตัวและคลายตัวลดลง ส่งผลสมองเกิดภาวะการสูญเสียการรู้คิด[4-1]

(2) ปัจจัยทางด้านสังคม พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวหรือแยกตัว ผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม/สังสรรค์กับผู้อื่น และผู้สูงอายุที่ถูกลดบทบาททางสังคมจะมีการเสื่อมของสมองเพิ่มขึ้น จากการลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงสมองส่วนหน้าและส่วนข้าง (Frontotemporal Lobe) [4-1]

(3) ภาวะสมองเสื่อมจากโรคไต พบว่า โรคไตเรื้อรังส่งผลให้ประสิทธิภาพการกรองของเสียและการรักษาสมดุลของสารต่าง ๆ ในร่างกายลดลง ทำให้เกิดการคั่งของของเสียในกระแสเลือด (Uremic Toxins) รวมถึงภาวะความผิดปกติของสมดุลเกลือแร่และกรด–ด่าง ภาวะดังกล่าวสามารถส่งผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง โดยของเสียที่สะสมในเลือดอาจผ่านเข้าสู่สมองและก่อให้เกิดการอักเสบ ความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง และการทำงานของเซลล์ประสาทที่บกพร่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อภาวะบกพร่องทางสติปัญญาและภาวะสมองเสื่อมเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป[4-3]

(4) ปัจจัยอื่นที่สัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส และอาชีพ

ในฐานะพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ได้วางเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และการบำบัดเพื่อพัฒนาศักยภาพสมอง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. ลดความรุนแรงหรือชะลอความรุนแรงของอาการทางสมองโดยเฉพาะในระยะแรกเริ่มมีอาการสมองเสื่อมหรือระยะไม่รุนแรง

2. เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

3. ลดผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในครอบครัวระดับชุมชนและระดับประเทศ โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องแบกภาระการดูแลทั้งค่าใช้จ่ายทั่วไปและค่าใช้จ่ายในการดูแล และปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแล

บทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

บทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณีได้นำแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุภาวะสูญเสียการรู้คิดเล็กน้อยร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรัง โดยประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมให้เกิดการดูแลตนเองโดยมีเครือข่ายสังคม ครอบครัวเข้ามาร่วมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อันจะนำ ไปสู่การชะลอความเสื่อมของสมองและการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรู้คิด สุขภาพแข็งแรงทั้งกาย–จิต–สังคม ส่งผลให้มีความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนี้

การวางแผนการการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมนี้ เน้นการป้องกันและชะลอภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย

1) การจัดกระทำทางจิตสังคม (Psychosocial interventions) ประกอบด้วย การกระตุ้น การรู้คิด การจัดกระทำทางพฤติกรรม การจัดกระทำทางสังคม เช่น การสนับสนุนผู้ดูแล การมีเพื่อนช่วย และการกระตุ้นประสาทสัมผัสในทุกด้าน และให้ความสำคัญกับการกระตุ้นสมองด้วยการกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive stimulation therapy, CST) ในการบริหารสมอง การกระตุ้นการรู้คิดโดยฝึกทักษะการคิดด้านความจำ การมีสมาธิจดจ่อ การคิดคำนวณ และการใช้ภาษาโดยทำกิจกรรมกลุ่มและกระตุ้นอย่างต่อเนื่องที่บ้าน การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาและการสื่อสาร โดยทำกิจกรรมกลุ่มและติดตามโดยการเยี่ยมบ้าน การสร้างเครือข่ายโดยการทำกิจกรรมกลุ่ม การให้ความรู้

ในการดูแลแก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) โดยการเยี่ยมบ้าน และการกระตุ้นให้ครอบครัวปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่บ้านมาใช้ในการจัดกิจกรรม

2) การจัดกระทำทางชีวภาพ (Biological interventions) ประกอบด้วย การยับยั้งสารโครีสติน เครื่องช่วยประสาทสัมผัส ในการศึกษาครั้งนี้มีการจัดกระทำทางจิตสังคม ได้แก่ การกระตุ้นประสาทสัมผัส โดยการทำกิจกรรมกลุ่ม ให้เกิดการดูแลตนเองและมีเครือข่ายสังคม ครอบครัว เข้ามาร่วมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอันจะนำไปสู่การชะลอความเสื่อมของสมองและการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรู้คิด สุขภาพแข็งแรงทั้งกาย-จิต-สังคม ทำให้มีความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

การปฏิบัติการพยาบาล

1. ให้ความรู้เรื่อง “การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุและความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม “การบริหารสมองและการกระตุ้นการรู้คิด กิจกรรมกลุ่มเรื่อง “การบริหารสมอง” ฝึกทักษะการบริหารสมองการจดจำและการคิดคำนวณ การจดจ่อ และการสื่อสารใช้ภาษา ฝึกทักษะการบริหารสมอง อบรม 1 ชั่วโมง ฝึกกิจกรรมที่บ้านเองทุกวัน มีวีดีโอ การบริหารสมอง เวลา 2 นาที ให้กลับไปทำกิจกรรมต่อที่บ้าน เช้า-เย็น

2. เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ประกอบด้วย การติดตามเรื่องการฝึกบริหารสมอง และการออกกำลังกาย ดูบันทึกสมุดแบบฝึกหัดบริหารสมอง ให้ครอบครัวผู้สูงอายุสอนทักษะการบริหารสมองให้ครอบครัว ให้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ทบทวนท่าบริหารสมองให้ผู้สูงอายุและครอบครัวให้ครอบครัว กระตุ้นให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตาม แนะนำและสาธิตเรื่องการฝึกสมาธิให้ครอบครัว ให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุปฏิบัติการฝึก มีจดบันทึกในสมุดประจำตัว รายงานผ่านช่องทางโซเชี่ยว

3. สัปดาห์ที่ 4 ส่งเสริมด้วยกิจกรรมนันทนาการเพื่อกระชับความสัมพันธ์ กิจกรรมกลุ่มเรื่อง “อัตชีวประวัติของฉัน” ให้ทุกคนเขียนประวัติตามแบบฟอร์มที่แจก ฝึกทักษะการเล่าประวัติหรือความทรงจำการเผชิญปัญหาให้เพื่อนในกลุ่มฟังและให้ทุกคนเปลี่ยนกันเล่าเรื่องให้ครบทุกคนกิจกรรมกลุ่มเรื่อง “การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ” ชมวิดิทัศน์ เรื่อง “การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ” ฝึกทักษะการทำสมาธิ ทบทวนการบริหารสมอง ฝึกการออกกำลังกายด้วยการทำงานสวน ในสวนข้างบ้าน พักผ่อน

4. สัปดาห์ที่ 6 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ทีมผู้วิจัยเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุติดตามการทำกิจกรรมบริหารสมอง การออกกำลังกาย และการทำสมาธิ ติดตามการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ผู้ศึกษาให้ข้อเสนอแนะการจัดบ้านสำหรับผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุร่วมกับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุช่วยกัน จัดบ้านให้เหมาะสม ทบทวนฝึกทักษะการทำสมาธิและการบริหารสมอง ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกันทบทวนการฝึกทักษะ การออกกำลังกาย โดยมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุช่วยกระตุ้นในการทำกิจกรรม

5. สัปดาห์ที่ 8 สรุปผลการจัดการตนเองในเรื่องการ ดูแลสุขภาพของสมาชิกในกลุ่ม ที่เกิดขึ้นในการเข้าร่วมโปรแกรม วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคพร้อมทั้งเสนอแนะข้อที่ควรปรับปรุงแก้ไขประกอบด้วยกิจกรรมการบริหารสมอง การทำสมาธิ การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพ กาย-จิต-สังคม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การนันทนาการ ออกกำลังกายด้วยการปลูกต้นไม้

6. โดยกำหนดให้ สัปดาห์ที่ 3, 5, และ 7 ให้ผู้สูงอายุฝึกกิจกรรมเองที่บ้าน และทำกิจกรรมบริหารสมองในสมุดการบ้าน โดยมีผู้ดูแลและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุไปช่วยแนะนำการทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 3 วัน



ภาพที่ 1 ภาพขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและการป้องกันภาวะสมองเสื่อม
ภาพประกอบนี้สร้างขึ้นโดยใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI)

ผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม

โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลแบบองค์รวม ตามกระบวนการ 6 ขั้นตอน และติดตามอย่างต่อเนื่อง 3 เดือน พบว่า เกิดผลที่ดีขึ้น คือผู้ป่วยสูงอายุ มีความรู้และเข้าใจเรื่องความสูงอายุและภาวะแทรกซ้อน หรืออาการต่าง ๆที่จะเกิดขึ้น และตามมาได้มากขึ้น ผู้สูงอายุออกกำลังกายตาม วีดีทัศน์ และดูแลสิ่งแวดล้อมรอบบ้าน สะอาด น่าอยู่ ท่าทางผู้สูงอายุมีความสุขมากขึ้น ใช้ชีวิตได้ตามเหมาะสม มีความพึงพอใจกับอาการเจ็บป่วยของตนเอง มีการเตรียมตัวเตรียมใจ จากที่ผู้ป่วยรายนี้ มีแผนเตรียมนัดทำฟอกไต โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าถึงวันนัด ผู้ป่วยได้รับการตรวจร่างกาย แพทย์ประจำตัวพิจารณา เลื่อนการทำฟอกไตเพราะยังมีค่าไตที่ดี ยังสามารถทำงานไปได้ ตอนนี้ให้ดูแลตนเองไปก่อนและนัดตรวจอย่างต่อเนื่อง ผลการประเมินความสามารถติดตามคะแนนการรู้คิดของผู้ป่วย ในระยะเวลา 3 เดือน คะแนนของผู้ป่วยคงที่ และสามารถช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้เป็นปกติ และทำกิจกรรมอื่น ๆ ได้ ไปเล่นกับญาติ ๆ ได้เหมือนเดิม แต่ก็รู้สึกมีอาการเหนื่อยหอบบ่อยครั้งมากขึ้นกว่าที่ผ่านมา สอดคล้องกับการพยาบาลแบบดูแลองค์รวมได้คุณค่า กาย จิต จิตวิญญาณ และสังคม อย่างคลอบคลุม ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[15-4,9,12]

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษากรณีศึกษานี้ พบว่าการนำกระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมมาประยุกต์ใช้

ช่วยให้เกิดการดูแลที่ครอบคลุมมิติกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ อย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) ซึ่งมักขาดความตระหนักต่ออาการเจ็บป่วยเนื่องจากยังปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ การที่พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเข้าใจพยาธิสภาพและธรรมชาติของผู้สูงอายุ ทำให้สามารถดึงศักยภาพของผู้ป่วยออกมาใช้ในการดูแลตนเองได้ ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มภาวะเสื่องต่อสมองเสื่อม เป็นภาวะที่อยู่ระหว่างภาวะหลงลืมและภาวะสมองเสื่อม และผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะยังมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ จึงไม่มีความตระหนักในอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้เขียนเข้าใจถึงความเป็นลักษณะตามธรรมชาติของภาวะสุขภาพในแต่ละบุคคลของวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหลักของบุคคลในมิติต่าง ๆ ได้แก่ กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ รวมถึงระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่อย่างสมดุลกัน เน้นการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบดูแลสุขภาวะของตนเองตามศักยภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างผาสุก ซึ่งในผู้ป่วยสูงอายุรายนี้พยาบาลแสดงบทบาทผู้ให้คำปรึกษา และผู้ประสานงานในการให้การดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อมและชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถให้คำแนะนำจนผู้สูงอายุรายนี้สามารถดึงมีศักยภาพในการดูแลตนเองทั้งภายในและภายนอก ไปปรับความเข้าใจพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับตนเองและยอมรับในสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือการชะลอความเสื่อมของสมองและรักษาหน้าที่ของไตไว้ให้ได้นานที่สุด และเมื่อผู้สูงอายุและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อสิ่งแวดล้อมและการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ ส่งผลให้สภาวะสุขภาพกายมีความคงตัว ลดการเกิดภาวะวิกฤตคุกคาม เช่น อาการหอบเหนื่อยจากภาวะน้ำเกิน สะท้อนผ่านคำกล่าวของผู้สูงอายุที่ว่า คำพูดของผู้สูงอายุกล่าว“รู้สึกดีขึ้นรู้สึกสบายใจขึ้น”[4,9,18]

เอกสารอ้างอิง

1. Smith D. Combined effects of cognitive stimulation and physical exercise on cognitive decline in MCI: A randomized controlled trial. JAMA Neurol. 2023; 80(2): 178-87.
2. Johnson R. Cardiovascular risk factor management and incidence of MCI: A 5-year follow-up study. Neurology. 2022; 98(15): e1500-e1510.
3. Anundilokrith P. Mild cognitive impairment. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2023; 17(1): 381-93. Thai.
4. Bonkhuntod P, Manluan K. Mild cognitive impairment: A pre-dementia condition. Journal of Nursing and Health SOTW. 2022; 40(3): 1-13. Thai.
5. Limpawamna P, Manchawong M. Cognitive impairment. Khon Kaen University Journal of Medicine. 2020;1: 25-33. Thai.
6. Siritipakorn P. A case study: Holistic nursing care plans for dementia. J Gerontol Geriatr Med. 2020; 19(2): 81-94. Thai.
7. Zhao Y, Wang H, Tang G, et al. Risk factors for mild cognitive impairment in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Front Endocrinol (Lausanne). 2025; 16: 1617248. doi: 10.3389/fendo.2025.1617248.
8. Petersen RC, Lopez O, Armstrong MJ, et al. Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment. Neurology. 2018; 90(3): 126-35.
9. Nakawiro D, Chansirikanchana S, Srisuwan P, et al. Cognitive stimulation on attention, memory and visuospatial ability in early cognitive impairment. J Psychiatr Assoc Thai. 2017; 62(4): 337-348. Thai.

10. Aekplakorn W, Chariyalertsak S, Kessomboon P. Title of article. BMC Public Health. 2024;24:3149. doi: 10.1186/s12889-024-20643-1.
11. Wongsaree C, Phuenthong S. Dementia in older adults: Nursing and caring. HCU Academic Journal. 2019; 22(43-44): 165-80. Thai.
12. Praison P. Factors related to mild cognitive impairment among older adults in Chiang Rai Province. Thai J Nurs Counc. 2017; 32(1): 64-80. Thai.
13. Assantachai P. Common health problems in older adults and prevention. Bangkok: Union Creation; 2011. Thai.
14. Nucharoenkul S. Holistic nursing care. Thai Journal of Nursing. 1988; 15(2): 45-58. Thai.
15. Yodmai K. Family roles in caring for older adults with dementia in the community. J Public Health Nurs. 2017; 11(1): 189-204. Thai.
16. Praisin P, Chueajedton P. Factors related to mild cognitive impairment among older adults in Chiang Rai Province. Thai J Nurs Counc. 2017; 32(1): 64-80. Thai.
17. World Health Organization. Mental health and older adults [Internet]. World Health Organization; 2016 [cited 2021 Nov 14]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/.
18. Nopchalermroj C. Holistic: An analytic, appreciative and applicative study. J Dhamma Res Stud. 2022; 5(2): 222-30. Thai.

การพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติแต่กำเนิดของทางเดินหายใจในปอดที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป: กรณีศึกษา

ดวงเนตร ลิตุ [1] พย.บ.

บทคัดย่อ: ความผิดปกติแต่กำเนิดของทางเดินหายใจในปอดชนิด Congenital Pulmonary Airway Malformation (CPAM) เป็นโรคที่พบได้น้อยในทารกและเด็กเล็ก การพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ ช่วยให้สามารถวินิจฉัยความผิดปกติได้ตั้งแต่ระยะมารดาตั้งครรภ์ ส่งผลให้มีการวางแผนดูแลและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการรักษา CPAM ด้วยการผ่าตัดในทารกและเด็กเล็กมีความท้าทายสูง เนื่องจากมีความเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ Air trapping, Tension pneumothorax ภาวะแทรกซ้อนด้านการไหลเวียนโลหิตที่อาจเกิดได้ ดังนั้นเพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่เหมาะสมในอนาคต รายงานกรณีศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลที่เหมาะสมในผู้ป่วยเด็ก CPAM และพัฒนาสมรรถนะของวิสัญญีพยาบาลในทุกมิติ เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพและปลอดภัยสูงสุดโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน กรณีศึกษานี้เป็นผู้ป่วยเด็กอายุ 6 เดือน ที่เข้ารับการผ่าตัด Rt thoracoscopic RLL with lobectomy ด้วยวิธีให้ยาระงับความรู้สึก ระหว่างผ่าตัดเกิดภาวะ oliguria เล็กน้อยได้ให้การพยาบาลและประเมินปัญหาตามกรอบแนวคิดภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ซึ่งช่วยระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ (1) ผู้ปกครองมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึกและการดูแลผู้ป่วยเด็ก (2) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากใส่ท่อหายใจยาก (3) เสี่ยงต่อการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดบกพร่อง (4) เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิกายต่ำ (5) เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการขาดน้ำและการสูญเสียเลือด (6) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนจากการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง (7) เสี่ยงต่อการติดเชื้อ (8) มีภาวะปวดแผลผ่าตัด และ (9) เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2569; 13(1): 103-121

คำสำคัญ: การพยาบาลเด็ก; ความผิดปกติแต่กำเนิดของทางเดินหายใจในปอด; การพยาบาลวิสัญญี; การพยาบาลองค์รวม

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานวิสัญญีพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: duanli@kku.ac.th

วันที่รับบทความ 16 มีนาคม 2569 วันที่แก้ไขบทความ 8 พฤษภาคม 2569 วันที่ตอบรับบทความ 10 พฤษภาคม 2569

Case Study

Nursing Care for a Child with Congenital Pulmonary Airway Malformation (CPAM) Undergoing General Anesthesia: A case study

Duangned Litu[1] *B.N.S.*

Abstract: Congenital Pulmonary Airway Malformation (CPAM) is a rare congenital respiratory anomaly occurring in infants and young children. Advances in modern medical technology have enabled prenatal diagnosis, allowing for timely treatment planning and optimization of preoperative preparation. Surgical management of CPAM in this population is highly challenging due to significant risks, including air trapping, tension pneumothorax, and potential hemodynamic complications. To support the development of appropriate nursing guidelines for future care, this case study aimed to examine optimal nursing management for pediatric patients with CPAM and to enhance the competencies of nurse anesthetists across all dimensions. The goal is to ensure safe and effective care through application of Gordon's Eleven Functional Health Patterns as a framework for identifying patient problems and care needs. The case involved a 6-month-old infant undergoing right thoracoscopic right lower lobectomy under general anesthesia, during which oliguria occurred intraoperatively. Nursing care and assessment were performed according to Gordon's functional patterns, enabling identification of the following nursing diagnoses: the caregiver has insufficient knowledge regarding (1) the surgical procedure, anesthesia, and pediatric care, (2) the risk for hypoxia related to difficult intubation, (3) the risk for cardiovascular dysfunction, (4) the risk for hypothermia, (5) the risk for shock due to dehydration and blood loss, (6) the risk for impaired gas exchange leading to oxygen deficiency, (7) the risk for infection, (8) acute postoperative pain, and (9) the risk for falls.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2026; 13(1): 103-121

Keywords: pediatric nursing; congenital pulmonary airway malformation; anesthesia nursing; holistic care

[1]*Registered Nurse, Professional Level, Nurse Anesthetist Division, Department of Nursing, Srinagarind Hospital. Khon Kaen; Corresponding Author, E-mail: duanli@kku.ac.th*

Received March 16, 2025; Revised May 8, 2026; Accepted May 10, 2026

บทนำ

ความพิการแต่กำเนิดของปอด (congenital lung malformation) คือกลุ่มโรคที่ประกอบด้วย congenital pulmonary airway malformation (CPAM), bronchopulmonary sequestration (BPS), bronchogenic cysts, congenital large hyperlucent lobe (CLHL) และ bronchial atresia พบอุบัติการณ์เกิด 30-42 รายต่อประชากรแสนราย ซึ่งอุบัติการณ์ในยุโรปพบ CPAM 1.05 ต่อหมื่นการตั้งครรภ์ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น และอาจไม่แสดงอาการผิดปกติ[1-2]

CPAM เป็นโรคที่พบได้มากที่สุด[2] การพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ ช่วยให้สามารถวินิจฉัยความผิดปกติได้ตั้งแต่ระยะมารดาตั้งครรภ์ ซึ่งจะพบก้อนเนื้อในปอด หากก้อนที่พบมีขนาด ≥ 5 มิลลิเมตร ถือเป็นก้อนที่มีขนาดใหญ่ (macrocytic) แต่หากมีขนาด ≤ 5 มิลลิเมตร ถือเป็นก้อนที่มีขนาดเล็ก (microcytic)[3] ส่วนใหญ่ก้อนที่พบมักมีขนาดเล็กและไม่มีผลต่อหัวใจของทารก หรือปัญหาด้านการหายใจหลังคลอด แต่ในบางครั้งก้อนมีขนาดใหญ่ขึ้นอาจต้องได้รับการรักษาก่อนคลอด เนื่องจากอาจเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวของทารกในครรภ์ (fetal hydrops) ได้อาการแสดงของโรคที่สามารถพบได้ตั้งแต่แรกเกิดถึงหลังคลอด มีดังนี้ การหายใจผิดปกติ เช่น หายใจเร็ว หายใจลำบาก มีการระบายอากาศของปอดลดลง ทำให้เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินหายใจ หรือปอดแฟบ หากรอยโรคใหญ่ อาจทำให้เกิดการเบียดอวัยวะอื่น เช่น mediastinal ส่งผลให้ผู้ปกครองมีความวิตกกังวลสูง เนื่องจากเป็นโรคที่พบได้น้อยและเกี่ยวข้องกับอวัยวะสำคัญ บางครั้งต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและดูแลในระยะยาว ดังนั้นการตรวจพบความผิดปกติได้เร็ว ส่งผลให้มีการวางแผนดูแลและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม การรักษามีประสิทธิภาพและปลอดภัยสูงสุด

การดูแลรักษาผู้ป่วยเด็ก CPAM มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขความผิดปกติจนมีสภาพใกล้เคียงปกติ สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการดูแลดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพร่วมกับความร่วมมือจากบิดามารดา ดังนั้น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ขั้นตอนการรักษา ช่วงอายุที่เหมาะสมสำหรับการผ่าตัด รวมถึงกระบวนการดูแล และติดตามอย่างใกล้ชิด จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อสร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาของครอบครัว จากข้อมูลการศึกษาวิจัยย้อนหลัง 15 ปี (1 มกราคม 2548 – 31 ตุลาคม 2562) ณ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีถุงน้ำหรือก้อนในทรวงอกตั้งแต่ขณะอยู่ในครรภ์ จำนวน 19 ราย[2] ขณะที่ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก สาขาวิชาวิสัญญีวิทยา พบว่ามีผู้ป่วย CPAM ที่เข้ารับการผ่าตัดภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกในช่วงปี พ.ศ. 2566-2568 จำนวน 2 ราย[4] แม้จำนวนผู้ป่วยจะไม่มาก แต่การผ่าตัดรักษา CPAM ในทารกและเด็กเล็กยังถือเป็นการผ่าตัดที่มีความท้าทายสูง เนื่องจากเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเฉพาะ เช่น Air trapping และ Tension pneumothorax ระหว่างการใช้ Positive pressure ventilation ความท้าทายของการใช้ bronchial blocker และการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ทำ one-lung ventilation จึงต้องอาศัยความรู้ ทักษะขั้นสูง และการตัดสินใจเชิงวิชาชีพของวิสัญญีพยาบาลในการเตรียมความพร้อม เฝ้าระวัง และจัดการภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังมีความจำเป็นในการ

เสริมสร้างองค์ความรู้และความมั่นใจของวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อสนับสนุนการดูแลที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยสูงสุด รายงานกรณีศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเด็ก CPAM ที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีให้ยาระงับความรู้สึก โดยมุ่งหวังให้นำไปประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างสมรรถนะของวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างมีมาตรฐานและปลอดภัย

รายงานกรณีศึกษานี้ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เป็นเครื่องมือในการค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยและญาติ จากนั้นนำข้อมูลมากำหนดข้อวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลโดยให้การพยาบาลตั้งแต่ระยะก่อนระหว่างให้ยาและหลังให้ยาระงับความรู้สึกที่ครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ตลอดจนนำความรู้ทักษะและประสบการณ์จากการปฏิบัติงานในการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยเด็กเพื่อให้การพยาบาลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

ทฤษฎีภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon's functional health)[5] เป็นกรอบแนวคิดที่ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลครอบครัวหรือชุมชน โดยประเมินแบบแผนพฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคลที่เกิดขึ้นช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ เช่น พันธุกรรม พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม ระบบการสนับสนุนทางสังคม การบริการสุขภาพ เป็นต้น การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนประกอบด้วย 11 แบบแผน แต่ละแบบแผนจะมีความสัมพันธ์กัน การตัดสินว่าแบบแผนสุขภาพใดปกติหรือผิดปกติ พิจารณาจากการเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละบุคคล ตามกลุ่มอายุและเกณฑ์มาตรฐานทางสังคม ประกอบด้วย 11 ด้าน โดยการประเมินภาวะสุขภาพของเด็กและครอบครัวนี้จะใช้การสังเกตร่วมกับการสอบถามข้อมูลจากผู้ปกครองเป็นหลัก พิจารณาพัฒนาการตามวัยเป็นเกณฑ์ในการประเมิน คำนึงถึงผลกระทบต่อครอบครัวและความผูกพันเด็กและผู้ปกครอง รวมทั้งการปรับตัวตามพยาธิสภาพของโรคและการดูแลหลังผ่าตัด

ข้อมูลผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กอายุ 6 เดือน 3 วัน สัญชาติ ไทย เชื้อชาติ ไทย นับถือศาสนา พุทธ

การวินิจฉัย: ความผิดปกติแต่กำเนิดของทางเดินหายใจในปอดชนิด Congenital Pulmonary Airway Malformation (CPAM)

การผ่าตัดที่ได้รับ: Right thoracoscopic RLL with lobectomy

การวินิจฉัยโรคและประวัติการเจ็บป่วย

อาการสำคัญนำส่ง: มาตามนัดเพื่อผ่าตัด

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน: ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดอายุ 6 เดือน น้ำหนัก 7.1 kg ส่วนสูง 67 cm ไม่มีการติดเชื้อในทางเดินหายใจ ไม่หอบ หายใจปกติ ไม่มีอาการเขียว โภชนาการ: ข้าวบด 1 มื้อ การให้นมแม่ 4 มื้อ ในระหว่างวัน และ 5 มื้อ ในตอนกลางคืน ประเมินผลโภชนาการ ผลปกติ การประเมินพัฒนาการตามเครื่องมือมาตรฐาน (Denver II, DSPM, DAIM) พัฒนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ สามารถ พลิกตัวได้ เริ่มนั่งได้ สามารถจับของได้ และนำของเข้าปากได้ ยังไม่เริ่มพูด การได้รับวัคซีน: ผู้ป่วยได้รับวัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

แห่งชาติ (Expanded Program on Immunization: EPI) ครบถ้วนตามช่วงอายุในระยะ 6 เดือนแรก โดยครั้งล่าสุดได้รับวัคซีนเมื่อวันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2567 ไม่พบประวัติการแพ้วัคซีนหรือภาวะแทรกซ้อนภายหลังการได้รับวัคซีน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต: การวินิจฉัยก่อนคลอด ตรวจพบซีสต์ที่ปอดส่วนล่างขวา (right lower lung; RLL) ในอายุครรภ์ 22 สัปดาห์ แพทย์เจ้าของไข้ได้ส่งต่อมารดาไปยังโรงพยาบาลศรีนครินทร์เพื่อทำ MRI จากผล MRI ในอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ วินิจฉัยเป็น CPAM ชนิดที่ 1 ที่ RLL CVR 0.028 อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ คลอดด้วยการผ่าคลอดเนื่องจากมารดามีภาวะความดันโลหิตสูงในระหว่างการตั้งครรภ์ (preeclampsia) น้ำหนักแรกเกิด 2,910 กรัม APGAR 7, 8, 9 หลังคลอดเด็กมีอาการหายใจลำบากจากภาวะหายใจเร็วชั่วคราวของทารกแรกเกิด (transient tachypnea of the newborn; TTNB) ใช้เครื่องช่วยหายใจ CPAP ก่อนปรับเป็นหายใจได้เอง การหายใจปกติ และสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้โดยไม่มีการติดเชื้อในทางเดินหายใจไม่หอบ ไม่มีอาการเขียว กินนมได้ อาการทั่วไปปกติ ผลการตรวจ CTA ที่หน้าอกเมื่อวันที่ 5/8/2567 (อายุ 1 เดือน) พบซีสต์ ขนาด 0.6 ซม. ที่ RLL วินิจฉัยเป็น CPAM ชนิดที่ 2 ผลตรวจ Echo ปกติ ผลตรวจ U/S KUB ปกติ ไตและกระดูกสันหลัง ปกติ

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว: มีสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด 3 คน ประกอบด้วย บิดา มารดา และผู้ป่วย ทุกคนมีสุขภาพแข็งแรงดี ปฏิเสธโรคประจำตัว สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวรักใคร่กันดี เวลาไม่สบายมีบิดามารดาดูแล เมื่อเจ็บป่วยจะไปที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือคลินิกใกล้บ้าน

การตรวจร่างกายตามระบบ

สภาพทั่วไปแรกรับ: ผู้ป่วยเด็กชายไทย รูปร่างสมส่วน พัฒนาการเหมาะสมตามวัย หายใจเองไม่หอบเหนื่อย แต่งกายด้วยชุดโรงพยาบาล ร่างกายสะอาด การแสดงด้านอารมณ์งอแง ร้องไห้เป็นบางครั้ง

สัญญาณชีพ: อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 149 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอและชัดเจน หายใจ 30–35 ครั้ง/นาที ความดัน 100/72 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 7.1 กิโลกรัม ส่วนสูง 67 เซนติเมตร

ผิวหนัง: ชุ่มชื้น สีขาวเหลือง ไม่มีรอยไหม้ เป็นขุย ไม่มีจุดเลือดออก ไม่มีรอยโรค

ผม: มีการกระจายตัวไม่สม่ำเสมอ ผมแห้ง สั้น บาง สีน้ำตาลเข้ม

เล็บ: สะอาด ตัดสั้น รูปร่างโค้งปกติ ไม่พบ spooning, clubbing finger

ศีรษะ: ขนาดสมมาตรกับร่างกาย รูปร่างกลมปกติ ไม่มีก้อน ไม่มีแผล

ใบหน้า: สมมาตรกันทั้งสองข้างไม่บิดเบี้ยว ไม่บวม

ตา: ขนาดเท่ากันทั้งสองข้าง และอยู่ในระดับเดียวกันไม่มีอาการตาเข ไม่บวม ไม่มีการอักเสบ

จมูก: ปีกจมูกสมมาตร สันจมูกตรง ไม่มีรอยโรค ไม่พบ discharge ในจมูก

ปาก: ริมฝีปากสีชมพู ไม่มีแผล ไม่ลอกไม่มีรอยโรค เป็นฟันน้ำนม 1 ซี่

หู: ตำแหน่งของใบหูส่วนบนอยู่ระดับเดียวกับมุมตา การได้ยินปกติ

คอ: สามารถเคลื่อนไหวเอี้ยวคอ หมุนคอไปมาได้ปกติ

ต่อมน้ำเหลือง: คลำไม่พบก้อนบริเวณขากรีบรักแร้ ใต้คาง ข้างคอ ท้ายทอย หลังหู

ทรวงอกและปอด: รูปร่างสมมาตรกัน ไม่พบ

kyphosis, scoliosis ไม่มี cheyne stoke breathing การเคลื่อนไหวของทรวงอกปกติสัมพันธ์กับการหายใจ ไม่ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยหายใจ การขยายตัวทรวงอกปกติเท่ากัน ไม่พบเสียงหายใจที่ผิดปกติ ฟังเสียงปอดปกติ

หัวใจและหลอดเลือด: ทรวงอกไม่มีรอยบาดเจ็บ ไม่มีแผลเป็น S1 S2 ปกติ ไม่พบเสียง murmur

ท้อง: ท้องสมมาตรกัน ไม่มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง ไม่มีรอยจ้ำเลือด ไม่มี guarding กดไม่เจ็บ

อวัยวะสืบพันธุ์และทวารหนัก: ปกติ ไม่พบไส้เลื่อน

กระดูกและข้อ: กระดูกสันหลังมีความโค้งตามโครงสร้างของร่างกาย หลังไม่โก่ง กระดูกแขนขาเท่ากันทั้งสองข้าง ข้อต่าง ๆ และแขนขาทั้ง 2 ข้างไม่บวม กำลังกล้ามเนื้อแขนขาปกติ

ระบบประสาท: เด็กสดชื่นดี เคลื่อนไหวปกติ การแสดงด้านอารมณ์เหมาะสมตามวัย

การประเมินผู้ป่วยโดยใช้ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผนที่ 1 แบบแผนการรับรู้ภาวะสุขภาพและการจัดการสุขภาพ

ผู้ป่วยเด็กชาย อายุ 6 เดือน เด็กสดชื่นดี เคลื่อนไหวปกติ การแสดงด้านอารมณ์เหมาะสมตามวัย ไม่มีไข้ อาบน้ำวันละ 2 ครั้ง มีมารดาช่วยเหลือ มีฟันน้ำนม 1 ซี่ ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุรุนแรง บิดามารดามีการรับรู้ว่าบุตรเป็นโรค CPAM ที่ต้องได้รับการผ่าตัด และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก และยังขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กก่อนและหลังการผ่าตัด มารดากล่าวว่า “ผู้ป่วยเด็กยังไม่เคยได้รับการผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึกมาก่อน” บิดามารดาแสดงสีหน้าวิตกกังวลขณะซักประวัติสอบถามอาการของบุตร และถามซ้ำบ่อย ๆ ถึงการดมยาสลบและอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับบุตร

แบบแผนที่ 2 แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร ผู้ป่วยสามารถรับประทานข้าวบด 1 มื้อ ให้นมแม่ 4 มื้อ ในระหว่างวัน และ 5 มื้อในตอนกลางคืน ไม่มีประวัติแพ้อาหาร ไม่มีอาการบวมหรือท้องมาน

แบบแผนที่ 3 แบบแผนการขับถ่ายของเสีย ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง ลักษณะเป็นก้อนไม่แข็ง สีเหลือง ไม่มีอาการท้องเดิน หรือท้องผูก ขับถ่ายปัสสาวะวันละ 5–6 ครั้ง ใส่แพมเพิสไว้ สีเหลืองใส

แบบแผนที่ 4 แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย อยู่ในความดูแลของบิดามารดา กิจวัตรประจำวันอาบน้ำวันละ 2 ครั้ง เช้า–เย็น

แบบแผนที่ 5 แบบแผนการพักผ่อนและการนอนหลับ นอนหลับวันละ 12–14 ชั่วโมง

แบบแผนที่ 6 แบบแผนการรู้คิดและการรับรู้ ผู้ป่วยสามารถรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งเรื่องการได้ยิน การได้กลิ่น การมองเห็น การรับรส และการสัมผัสปกติ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ภายหลังผ่าตัดมีสีหน้าท่าทางไม่สุขสบายแสดงออกถึงการปวด และร้องไห้

แบบแผนที่ 7 แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ มีพัฒนาการเหมาะสมตามวัย

แบบแผนที่ 8 แบบแผนบทบาทและสัมพันธ์ภาพ ผู้ป่วยเป็นบุตรคนแรก อาศัยอยู่กับบิดามารดา สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวรักใคร่กันดี เมื่อต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล บิดามารดาช่วยกันดูแล ทุกคนยอมรับและให้ความสำคัญกับผู้ป่วย

แบบแผนที่ 9 แบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ ผู้ป่วยมีพัฒนาการสมวัย ไม่มีความผิดปกติของอวัยวะเพศ

แบบแผนที่ 10 แบบแผนการเผชิญความเครียด ดูแลโดยให้บิดาหรือมารดาอยู่ด้วยตลอดโดยให้มารดาเข้ามาในห้องผ่าตัดกับผู้ป่วยด้วย

แบบแผนที่ 11 แบบแผนความเชื่อและค่านิยม ครอบครัวนับถือศาสนาพุทธ เชื่อเรื่องกฎแห่งกรรม ในขณะที่บุตรเจ็บป่วยครั้งนี้ มารดาสวดมนต์ ขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้คุ้มครองบุตรชายให้การผ่าตัดราบรื่นและหายป่วยโดยเร็ว

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Hemoglobin 12.0g/dl, Hematocrit 36.6%, WBC count 13,180 cells/mm^3, Platelet count 370,000 cells/mm^3, Sodium 136 mmol/L, Potassium 5.3 mmol/L, Cholride 103 mmol/L, HCO3 17.2 mmol/L, PT 10.7 sec, aPTT 32.4 sec, INR 0.95

แผนการรักษาที่ได้รับ

ระยะ Pre-operative phase (6-7/1/2568) ผู้ป่วยเด็ก admit หอผู้ป่วย 3ค เด็กสดชื่น เคลื่อนไหวปกติ ดูดนมได้ดี ไม่มีอาการติดเชื้อทางเดินหายใจ หายใจปกติ ไม่มี cyanosis การไหลเวียนส่วนปลายดี มือเท้าอุ่น (วันที่ 7 /1/2568) วิสัญญีพยาบาลได้ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับวิสัญญีแพทย์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพก่อนให้ยาระงับความรู้สึก คือ ประเมินระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ตรวจการติดเชื้อและความเสี่ยงต่อการให้ยาระงับความรู้สึก ภาวะเสี่ยงต่อ difficult airway และการใช้ bronchial blocker ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและ imaging ต่าง ๆ ประเมินพัฒนาการและพฤติกรรมเด็กเพื่อคาดการณ์การตอบสนองต่อการให้ยาระงับความรู้สึกประวัติการแพ้ยา อาหาร โรคประจำตัวอื่น ๆ รวมทั้งการเตรียมความพร้อมของผู้ปกครองและการ informed consent โดยอธิบายวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก กระบวนการใช้ bronchial blocker รวมทั้งความเสี่ยงต่าง ๆ เช่น hypoxia, bleeding, pneumothorax รวมไปถึงสภาพของผู้ป่วยเด็กหลังการผ่าตัดและการดูแลต่อเนื่องหลังผ่าตัดที่ PICU เพื่อคลายความวิตกกังวล จากนั้นจึงวางแผนการดูแลร่วมกับวิสัญญีแพทย์ **ระยะ Intra-operative phase (8/1/2568)** วิสัญญีพยาบาลเตรียมความพร้อมด้านยา เครื่องมือ และมาตรฐานความปลอดภัย โดยเตรียมอุปกรณ์airway เด็ก ET-tube ขนาดที่เหมาะสม bronchial blocker, laryngoscope ตรวจสอบเครื่องดมยาให้พร้อมใช้งาน จัดเตรียมยาให้พร้อมทั้งยา premedication induction, maintenance และยากู้ชีพ เครื่องให้สารน้ำ (infusion pump) เครื่องให้ความอบอุ่นสำหรับเด็ก ผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเวลา 09.25 น. มีมารดาเข้ามาปลอบประโลมในช่วง induction และให้การระงับความรู้สึกโดยใช้วิธี GA balanced with ET-tube with bronchial blocker with controlled ventilation เพื่อหยุดหายใจปอดข้างที่ทำการผ่าตัด โดยวิสัญญีแพทย์ทำการใส่ ET-tube with bronchial blocker ประเมินตำแหน่งท่อด้วย capnography และ lung auscultation ดูแลจัดท่านอนตะแคงซ้ายให้เหมาะกับการผ่าตัดและป้องกัน pressure injury ตลอดการผ่าตัดวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาลร่วมให้การดูแลโดยการประเมิน/เฝ้าระวัง วัด vital signs ทุก5 นาที คือ HR, BP, SpO_2, $EtCO_2$, ค่าพารามิเตอร์ ventilator: PIP, TV, FiO_2 และระดับความลึกของการดมยาสลบเพื่อป้องกัน awareness การจัดการสารน้ำและเลือด คำนวณสารน้ำเพื่อทดแทน maintenance fluid และ surgical loss ด้วย infusion pump เพื่อป้องกันภาวะ hypovolemia, hemodynamic instability ตลอดการผ่าตัด บันทึก I/O ทุกชั่วโมง พบว่า intake 205 ml, urine output 10 ml, EBL 5 ml ไม่ได้ให้

เลือด แต่ถือว่ามีภาวะ oliguria เล็กน้อยระหว่างผ่าตัด urine output เท่ากับ 0.47 ml/kg/hr. เมื่อประเมินร่วมกับพารามิเตอร์อื่น ๆ ที่เฝ้าระวังผู้ป่วยเด็กยังปลอดภัย ดูแลการให้ยาปฏิชีวนะและยาอื่น ๆ คือ ให้ augmentin 200 mg IV drip ก่อนลง incision 30 นาที และให้ยาแก้ปวด ยาคลายกล้ามเนื้อตามระยะเวลา โดยประเมินตาม vital signs เช่น HR, BP ดูแลการควบคุมอุณหภูมิร่างกายเด็กด้วย underbody air force warmer ตลอดการผ่าตัด อุณหภูมิกายเด็กคือ 36.5-36.9 องศาเซลเซียส การผ่าตัดเสร็จ 12.45 น. (รวม 3 ชั่วโมง) **ระยะ Post-operative phase (8-19/1/2568)** ผู้ป่วยเด็กถูกส่งต่อไป **PICU** พร้อม ET-tube และ right ICD โดยวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาลนำส่ง การดูแลทันทีหลังผ่าตัดของวิสัญญีพยาบาลคือ ประเมิน airway, breathing, circulation อย่างต่อเนื่อง ประเมินตำแหน่ง ICD และสังเกต air leak เฝ้าระวัง vital signs อาการปวด และอาการกระสับกระส่ายตลอดการนำส่ง ผู้ป่วยปกติ ที่ PICU มีกุมารแพทย์และพยาบาล ICU ดูแลต่อเนื่องทั้งในเรื่องการดูแลเครื่องช่วยหายใจและ weaning plan โดยปรับ ventilator ตามค่า CXR, AGB สามารถ off ET-tube และ On HHHFNC (Heated Humidified High-Flow Nasal Cannula) ได้ในวันที่ (11/1/2568) จากนั้น on O_2 canular 2 LPM ต่อจนถึง (19/1/268) และหายใจ room air จนผู้ป่วยกลับบ้าน (20/1/2568) การบริหารสารน้ำและดูแลภาวะน้ำเกินจากผล CXR และฟังปอดมี crepitation both lungs จึงได้ดูแลประเมิน I/O ทุก 8 ชั่วโมง เฝ้าระวัง fluid overload จากการให้เลือดหลายครั้งและดูแลให้สารน้ำทาง infusion pump ให้ furosemide ตามแผนรักษา รวมทั้งติดตาม CXR และฟังปอดทุกวัน การดูแลระบบไหลเวียนและการให้เลือด มีภาวะซีดหลังผ่าตัด (Hct จาก 36.6 %→ 28%) จึงได้มีการให้เลือด LPRC 3 ครั้ง monitor vital signs และสังเกตอาการ transfusion reaction ระหว่างให้เลือด ไม่มีอาการผิดปกติอื่น ๆ ติดตาม Hct ทุก 8 ชั่วโมง จนอาการปกติ การดูแลความปวดและ sedation เพื่อความปลอดภัยและไม่ให้ท่อเลื่อนหลุด ดูแลให้เป็น fentanyl + midazolam IV infusion และเปลี่ยนเป็น fentanyl prn + chloral hydrate มีการประเมิน pain scale โดยใช้ FLACC scale, agitation scale และการพลัดตกหกล้มโดยใช้แบบประเมิน Humpty Dumpty Fall Scale การ NPO หลังผ่าตัด ผู้ป่วยเด็ก NPO ยกเว้นยาถึงวันที่(10/1/2568)วันที่(12/1/2568) ให้เป็น BM/TF 85 ml x 8 feed และวันที่ (13-20/1/2568) เปลี่ยนเป็น BM/TF 130 ml x 6 feed การดูแลภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและการติดเชื้อ ผู้ป่วยเด็กมีภาวะ subcutaneous emphysema หลัง try clamp ICD จึงยกเลิกการ clamp และเฝ้าระวัง air leak, chest expansion จากนั้น on ICD ต่อจนวันที่ (19/1/2568) ได้ดูแล ทำแผล ICD ทุกวัน ให้ยาปฏิชีวนะเป็น augmentin ครบ 10 วัน (off วันที่ 17/1/68) **ระยะ Discharge phase (20 /1/2568)** ให้การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ ทั้งการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย การสอนผู้ปกครองก่อนกลับบ้าน เช่น การสังเกตแผล ICD ที่เพิ่งเอาสายออก เช่น บวม แดง ซึม การทำแผลทุกวันตามนัดที่สถานีอนามัยใกล้บ้าน และอาการที่ต้องรีบมาพบแพทย์ เช่น หอบ เหนื่อย ไข้สูง ทารกงอแงผิดปกติ และการนัดติดตาม มีนัดที่ห้องตรวจศัลยกรรมเด็ก 5/2/2568 พร้อมผล CXR ปอด

การวิเคราะห์และประยุกต์ใช้ทฤษฎีภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ในกรณีศึกษา

โดยนำเสนอเฉพาะแบบแผนที่เกี่ยวข้องกับบทบาทวิสัญญีพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กและ

ครอบครัวมาประยุกต์ใช้ จึงได้ละเว้นแบบแผนที่ 3, 5, 7, 9, 10 และ 11 ไว้

แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1. ผู้ปกครองมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึกและการดูแลผู้ป่วยเด็กทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด

2. เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันยังทำงานไม่สมบูรณ์ร่วมกับมีแผลผ่าตัด ใส่ท่อหายใจและมีการใส่สาย central line

แบบแผนที่ 2 แบบแผนโภชนาการและเมตาบอลิซึม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ (hypothermia) เนื่องจากอยู่ในสภาพสิ่งแวดล้อมที่หนาวเย็น

2. มีภาวะน้ำเกินในร่างกาย

แบบแผนที่ 4 การออกกำลังกายและการเคลื่อนไหว

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากใส่ท่อหายใจยากและประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากท่อระบายทรวงอกและปอดมี crepitation ทั้งสองข้างจากภาวะน้ำเกิน

2. เสี่ยงต่อการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดบกพร่อง

3. เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการขาดน้ำและการสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด

4. เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

แบบแผนที่ 6 การรับรู้และความคิด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1. มีภาวะปวดแผลผ่าตัด

แบบแผนที่ 8 การรับรู้บทบาทหน้าที่

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1. ผู้ปกครองมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึกและการดูแลผู้ป่วยเด็กทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด

โดยให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาล ตามการแบ่งเป็นระยะ ดังนี้ คือ ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ระยะระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก และระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล[6-10]

ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ปกครองมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึกและการดูแลผู้ป่วยเด็กทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

S: มารดามีความกังวลมาก ทั้งยังแจ้งว่าผู้ป่วยเด็กยังไม่เคยได้รับการผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึกมาก่อน

S: มารดาผู้ป่วยซักถามเกี่ยวกับการดูแลเด็กทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด

O: ผู้ป่วยเด็กจะได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด right thoracoscopic RLL with lobectomy

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ปกครองคลายความวิตกกังวลและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด

การประเมินผล

1. ผู้ปกครองเข้าใจ และอธิบายการดูแลเด็กก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้องตามคำแนะนำ

2. ผู้ปกครองสามารถเตรียมตัวผู้ป่วยเด็กได้ถูกต้องทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด ได้รับการผ่าตัดตามวัน เวลา ที่กำหนด ไม่มีการเลื่อนการผ่าตัดจากสาเหตุการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม

3. ผู้ปกครองคลายความวิตกกังวลลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความวิตกกังวล และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึกของผู้ปกครอง พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบถึงขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก

2. แนะนำและอธิบายถึงการงดน้ำและอาหารอย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหารเข้าปอด เนื่องจากผู้ป่วยเด็กต้องได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปโดยต้องงดอาหารเริ่มตั้งแต่เวลา00.00น. งดนมแม่เวลา 04.00น. และงดน้ำตั้งแต่เวลา 06.00น. ของวันที่ 8 มกราคม 2568 ไปจนถึงเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดมารับผู้ป่วยเด็กเพื่อไปผ่าตัด

3. อธิบายให้มารดาเด็กทราบว่าการที่เด็กงดน้ำ งดนมและอาหาร ผู้ป่วยเด็กจะได้รับพลังงานทดแทนจากสารน้ำทางหลอดเลือดดำที่ได้รับ

4. ดูแลให้ถอดของมีค่า สร้อยพระ สายสิญจน์ เครื่องประดับออกจากตัวผู้ป่วยเด็กก่อนไปห้องผ่าตัด

5. อธิบายให้มารดาเด็กทราบกระบวนการให้ยาระงับความรู้สึกในเด็กทั้งเด็กที่มีและไม่มีการเปิดหลอดเลือดดำ ความจำเป็นของการให้สารน้ำก่อนเข้าห้องผ่าตัด เพื่อให้มารดาเข้าใจและให้ความร่วมมือ พร้อมทั้งอธิบายหลังเสร็จการผ่าตัดผู้ป่วยเด็กยังต้องใส่ท่อหายใจไปก่อน จนกว่าจะสามารถหายใจเองได้อย่างปกติ จึงจะสามารถถอดท่อหายใจออกได้ และต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดที่หอผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต (PICU)

6. อธิบายให้มารดาเด็กทราบว่า สภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด จะมีแผลที่บริเวณชายโครงด้านขวา และอาจมีสายระบายเลือดออกจากปอดเพื่อช่วยในการระบายเลือด ลม ออกจากบริเวณแผลผ่าตัดตามแนวทางการรักษาของศัลยแพทย์

7. อธิบายการหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยเด็กร้องไห้เพราะจะทำให้ท่อหายใจ และสารระบายเลือดเลื่อนหลุดได้ โดยกุมารแพทย์จะให้ยาแก้ปวดชนิด IV drip อย่างต่อเนื่อง และยากลุ่ม sedation ทางหลอดเลือดดำ

8. ตรวจสอบความเข้าใจในการลงนามยินยอมให้เด็กผ่าตัด หลังจากที่มารดาเด็กได้รับข้อมูลด้านการรักษาและข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดอย่างเพียงพอ และสามารถตัดสินใจลงนามยินยอมผ่าตัดโดยอิสระไม่ถูกบังคับ

ระยะระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากใส่ท่อหายใจยาก

ข้อมูลสนับสนุน

O: ใส่ท่อหายใจชนิดพิเศษที่มีความยุ่งยาก (bronchial blocker) ต้องใช้ความชำนาญในการใส่ท่อหายใจ

O: มีพยาธิสภาพที่ปอดที่ผิดปกติ

O: ผู้ป่วยได้รับยา fentanyl และ ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นยาระงับความรู้สึกและมีฤทธิ์กดการหายใจ ทำให้เกิดภาวะหยุดหายใจได้

O: มีการหย่อนตัวของกล้ามเนื้อคอและลิ้นหลังได้รับยาระงับความรู้สึก ทำให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันผู้ป่วยเด็กไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน การช่วยหายใจและระบายอากาศระหว่างใส่ท่อหายใจมีประสิทธิภาพ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยเด็กไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจนโดยประเมินจากค่า SpO_2 ต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 85 หรือ

ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 ในระยะเวลา 3 นาที (อ้างอิงจากภาวะ desaturation ของสาขาวิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น)

2. สัญญาณชีพปกติ คือ HR 80-160 ครั้ง/นาที RR 25-45 ครั้ง/นาที Systolic BP 70-100 mmHg และ SpO_2 > 95%

3. ค่า $EtCO_2$ และ Wave ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องดมยาสลบ ระบบก๊าซก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

2. เตรียมอุปกรณ์การใส่ท่อหายใจให้พร้อม ได้แก่ video laryngoscope พร้อม blade แบบตรง ขนาดเบอร์1 และ endotracheal tube ขนาด 3.5, 4.0 ทั้งแบบมี cuff และไม่มี cuff อย่างละ 1 อัน เตรียมขนาดเล็กลงจากปกติ เนื่องจากมีความจำเป็นต้องใส่ท่อหายใจชนิดพิเศษ (bronchial blocker) คู่กันเพื่อใช้หยุดหายใจปอดข้างที่ทำการผ่าตัด เตรียม bronchial blocker ขนาด 5.0 oropharyngeal airway ขนาดเบอร์ 2, 3 face mask ขนาดเบอร์ 1, 2 เตรียมแบบใส เนื่องจากสามารถมองเห็นสารคัดหลั่งหรือสิ่งที่อาเจียนออกมาได้ เครื่อง suction พร้อมสายขนาดเบอร์ 6, 8 stethoscope ของเด็ก สำหรับฟังเสียง breath sound

3. เตรียมยาที่ใช้ในการให้ยาระงับความรู้สึกให้ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยเด็ก

4. ซักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินระบบหายใจ การงดน้ำและอาหาร ของผู้ป่วยเด็กจากผู้ปกครองอีกครั้ง

5. เตรียมและติด pulse oximetry โดยติด probe ไว้ที่ปลายนิ้วมือให้แน่นพอดี โดยติดไว้คนละข้างกับข้างที่วัดความดันโลหิต เพื่อตรวจวัดค่า SpO_2 ต่อสาย $EtCO_2$ กับวงจรเครื่องดมยาสลบให้พร้อมใช้เพื่อตรวจวัดค่าก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ จากการหายใจออก เพื่อบ่งชี้ว่าท่อหายใจใส่ถูกตำแหน่งทางเดินหายใจ

6. ติดอุปกรณ์ช่วยเฝ้าระวัง (monitor) ทางระบบไหลเวียนเลือด ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิตและเครื่องตรวจวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ประเมินแรกรับผู้ป่วยเด็กมีความดันโลหิต 90/40 mmHg. อัตราการเต้นของหัวใจ 122 ครั้ง/นาที

7. ดูแลเปิดออกซิเจน 6 ลิตร/นาที ให้ผู้ป่วยสูดดมผ่านทางหน้ากาก (face mask) นาน 3-5 นาที เพื่อเป็นการสำรองออกซิเจน 100% ในปอดให้มากขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในขณะให้ยาระงับความรู้สึกและใส่ท่อหายใจโดยวิสัญญีแพทย์ด้วย video laryngoscope No. 1. ขนาดท่อหายใจเบอร์ 4 จากนั้นใส่ bronchial blocker No 5.0 คู่กัน (ใช้เพื่อต้องการอุดปอดข้างที่ทำการผ่าตัดเพื่อไม่ให้ปอดเคลื่อนไหว)

8. ตรวจสอบตำแหน่งของท่อหายใจว่าอยู่ในหลอดลมที่ถูกต้อง โดยสังเกตจาก endotracheal tube ผ่านสายเสียงขณะใส่ท่อหายใจ ขณะช่วยหายใจจะพบว่าทรวงอกขยับตามการช่วยหายใจ ฟังเสียงลมเข้าปอดทั้ง 2 ข้าง บริเวณ axillary และไม่ได้ยินเสียงบริเวณ epigastrium และสามารถวัดค่า $EtCO_2$ ได้ การตรวจสอบตำแหน่ง bronchial blocker ว่าอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมหรือไม่ โดยการลองอุดปอดข้างที่ต้องการผ่าตัด หากปอดไม่ขยับ ฟังไม่ได้ยินเสียงลมผ่าน ถือว่าอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม

9. ติดพลาสเตอร์ท่อหายใจและ bronchial block แยกกันและให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ระวังการเลื่อนหลุด

10. ตรวจสอบตำแหน่งของท่อหายใจอีกครั้งหลังจากจัดท่านอนตะแคงเพื่อผ่าตัด และมีการยึดให้

แน่น เช็คข้อต่อต่าง ๆ พร้อมทั้งติดให้แน่นเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด

11. ควบคุมการหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจ ตั้งค่าโดยวิสัญญีแพทย์ค่า IP 18 ได้ tidal volume 40-50 มล. อัตราการหายใจ 44-45 ครั้ง/นาที SpO_2 100%

12. สังเกตภาวะพร่องออกซิเจนโดยดูจากค่า SpO_2 สีผิว ริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้าเขียว และ wave $EtCO_2$

13. เตรียม suction ให้พร้อมใช้งาน

14. ร่วมวางแผนการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยเด็กกับวิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาลท่านอื่นที่ร่วมทีมดูแลผู้ป่วย ประสานงานกับ ศัลยแพทย์ ทีมห้องผ่าตัด

15. เฝ้าระวังอาการและประเมิน vital signs จากเครื่อง monitor อย่างต่อเนื่องทุก 5 นาที ได้แก่ ค่า SpO_2 อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต ค่า $EtCO_2$ พร้อมทั้งลงบันทึก สังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้ง air trapping และ pneumothorax ในช่วงที่ทำ one-lung ventilation (OLV)

16. ดูแลช่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพตลอดระยะเวลาการผ่าตัด พร้อมทั้งติดตามดูผล ABG และประเมินร่วมกับวิสัญญีแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยเด็ก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล เสี่ยงต่อการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดบกพร่อง

ข้อมูลสนับสนุน

O: เป็นผู้ป่วยเด็กอายุ 6 เดือน ระบบ sympathetic ยังทำงานไม่สมบูรณ์ หัวใจเต้นช้าได้ง่ายเมื่อถูกกระตุ้น

O: ได้รับยากลุ่มยาแก้ปวด ยาหย่อนกล้ามเนื้อ และ sevoflurane ซึ่งมีฤทธิ์โดยตรงต่อการเต้นของหัวใจ

O: มีการทำหัตถการ laryngoscope และ suction

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะหัวใจเต้นช้า

การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ คือ HR 80-160 ครั้ง/นาที RR 25-45 ครั้ง/นาที Systolic BP 70-100 mmHg และ SpO_2 > 95%

2. ไม่เกิดภาวะหัวใจเต้นช้า หรือภาวะ cardiac arrest

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมยา Atropine ขนาด 0.1 mg/ml. ไว้ให้พร้อมใช้ เมื่อเกิดภาวะ sinus bradycardia สามารถฉีดยาได้ทันที และควรเตรียม Epinephrine 0.01 mg/kg ไว้ในกรณีฉุกเฉิน

2. สังเกตและเฝ้าระวังอัตราการเต้นของหัวใจจากคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เมื่อพบว่าอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 80 ครั้ง/นาที ดูแลให้ยา atropine ขนาด 0.02 mg/kg[11] เข้าหลอดเลือดดำ โดยยา atropine จะออกฤทธิ์กระตุ้น sinoatrial node ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นได้ เนื่องจาก cardiac output ของเด็กจะขึ้นอยู่กับอัตราการเต้นของหัวใจเป็นหลัก ดังนั้นหากเกิดภาวะหัวใจเต้นช้า จะทำให้ความดันโลหิตลดลงจนเกิดอันตราย ต่ออวัยวะที่สำคัญ และรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้

3. สังเกตและเฝ้าระวังภาวะขาดออกซิเจนโดยดูจากค่า SpO_2 เนื่องจากการขาดออกซิเจนจะนำไปสู่ภาวะหัวใจเต้นช้าได้

4. ติดตามสัญญาณชีพและลงบันทึกทุก 5 นาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล เสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ (hypothermia) เนื่องจากอยู่ในสภาพสิ่งแวดล้อมที่หนาวเย็น

ข้อมูลสนับสนุน

O: ผู้ป่วยทำการผ่าตัดในห้องผ่าตัดที่มีอากาศเย็น อุณหภูมิอยู่ระหว่าง 20 – 22 องศาเซลเซียส และใช้ระยะเวลาผ่าตัดนานมากกว่า 2 ชั่วโมง

O: ผู้ป่วยเด็กเล็ก มี body surface area body mass ratio สูง มีชั้นไขมัน subcutaneous บางมาก และไม่สามารถสร้างความร้อนโดยการสั่นของกล้ามเนื้อได้ (shivering)

O: ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (general anesthesia) ที่มีการให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะ hypothermia

การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ คือ HR 80-160 ครั้ง/นาที RR 25-45 ครั้ง/นาที Systolic BP 70-100 mmHg และ SpO_2 > 95%

2. อุณหภูมิกายปกติ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส

3. สัมผัสตัวไม่เย็น สีผิวกายไม่ซีด

กิจกรรมการพยาบาล

1. เฝ้าระวังและบันทึกการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิกายผู้ป่วยเด็กอย่างต่อเนื่อง โดยวัดอุณหภูมิทางแกนกลางของร่างกาย ได้แก่ ทรวงอก ช่องท้อง หัวใจ หลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง ซึ่งต้องใส่ที่ตรวจวัดด้วยความนุ่มนวล เพื่อป้องกันอันตราย/แผลจากการใส่อุปกรณ์ตรวจวัดอุณหภูมิกาย

2. ดูแลอุณหภูมิกายโดยเปิดส่วนของร่างกายผู้ป่วยเด็กเท่าที่จำเป็น สวมหมวก พัน webrill ที่แขน ขา และใช้พลาสติกสะอาดห่อหุ้มอีกหนึ่งชั้น เพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อน ร่วมกับการใช้ underbody air force warmer ตั้งอุณหภูมิที่ 38 องศาเซลเซียส เพื่อทำให้ร่างกายเด็กอบอุ่น และใช้ร่วมกับผ้าคลุม โดยไม่เป่าลมให้สัมผัสผิวผู้ป่วยเด็กโดยตรง เพื่อป้องกันผิวไหม้

3. อุ่นสารน้ำหรือส่วนประกอบของเลือดก่อนนำมาให้ผู้ป่วยเด็ก ร่วมกับการใช้เครื่องอุ่นสารน้ำ (IV fluid warmer) เพื่อให้อุณหภูมิกายใกล้เคียงปกติ

4. หากผู้ป่วยเด็กมีอุณหภูมิกายต่ำ (อุณหภูมิน้อยกว่า 36 องศาเซลเซียส) เพิ่มอุณหภูมิของ underbody air force warmer เป็น 43 องศาเซลเซียส ประสานงานกับศัลยแพทย์และทีมห้องผ่าตัดเพื่อเพิ่มอุณหภูมิห้องผ่าตัดเป็น 25 องศาเซลเซียส หรือให้ศัลยแพทย์ใช้ผ้าอุ่นปิดบริเวณที่ไม่ได้ทำการผ่าตัด หรือสวนล้างกระเพาะอาหารด้วยน้ำอุ่นเพื่อเพิ่มอุณหภูมิกายเด็ก

5. เฝ้าระวังและตรวจสอบความร้อนที่ได้รับจากเครื่องให้ความร้อนเป็นระยะ ๆ และปรับเพิ่มลด ให้เหมาะสม

6. สังเกตและเฝ้าระวังอัตราการเต้นของหัวใจว่ามีการเต้นผิดจังหวะหรือไม่ เนื่องจากอุณหภูมิกายต่ำจะมีผลกดการทำงานของหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ และหากรุนแรงมากจะเกิด ventricular fibrillation เมื่ออุณหภูมิกายลดลงต่ำกว่า 32 องศาเซลเซียส ซึ่งอาจมีผลต่อการแข็งตัวของเลือด ทำให้การผ่าตัดเสียเลือดเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังเพิ่มโอกาสในการติดเชื้อของแผลผ่าตัดได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล เสี่ยงต่อภาวะช็อคเนื่องจากขาดน้ำและสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

O: ผู้ป่วยเด็กงดน้ำ งดนมและอาหารทางปาก เป็นเวลา 8 ชั่วโมง ก่อนผ่าตัด

O: ผู้ป่วยผ่าตัด right thoracoscopic RLL with lobectomy ซึ่งมีโอกาสเสียเลือดได้

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะพร่องน้ำและเลือดระหว่างผ่าตัด

การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ คือ HR 80-160 ครั้ง/นาที RR 25-45 ครั้ง/นาที Systolic BP 70-100 mmHg และ SpO_2 > 95%

2. อุณหภูมิกายปกติ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส

3. ผิวหนังอุ่น สีชมพู capillary refill < 2วินาที

4. ติดตามดูค่า Hct ผลปกติคือมากกว่า 30.0% ในผู้ป่วยเด็ก

5.ไม่มีภาวะขาดน้ำหรือน้ำเกิน ปัสสาวะออก 0.5 – 1 ml/kg/hr.

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบตำแหน่งและการไหลของสารน้ำที่ให้ว่าไหลได้ดีหรือไม่

2. ดูแลและประเมินความเหมาะสมในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแนวทางการรักษาของวิสัญญีแพทย์เพื่อทดแทนสารน้ำให้เพียงพอ ติดตามผล ABG พบค่าปกติไม่มีภาวะเลือดเป็นกรด (acidosis) จากการให้สารน้ำไม่เพียงพอ

3. เตรียม infusion pump และตรวจสอบการควบคุมการให้สารน้ำให้ถูกต้องตรงตามที่กำหนด

4. บันทึกและคำนวณการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัดโดยดูจากผ้าก๊อซซับเลือดและขวดรองรับที่เครื่องดูดเลือด

5.สังเกตและประเมินอาการภาวะพร่องน้ำและเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเบา-เร็ว ปัสสาวะออก ≤ 0.5 ml/kg/hr. หากมีอาการต้องให้สารน้ำและเลือดทดแทนทันที

6. ติดตามสัญญาณชีพและลงบันทึกทุก 5 นาที

ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล มีภาวะน้ำเกินในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

O: ผู้ป่วยผ่าตัด right thoracoscopic RLL with lobectomy ใช้เวลาการผ่าตัด 3 ชั่วโมง

O: การผ่าตัดสูญเสียเลือด 5 มล.

O: หลังผ่าตัดมีภาวะซีด ค่า Hct 28.0%

O: หลังผ่าตัดได้รับเลือดเป็น LPRC 70 ml x 3 ครั้ง ที่หอผู้ป่วย PICU

O: ฟังปอดมี crepitation both lung และผล CXR ปอดพบภาวะน้ำเกิน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ได้รับเลือดและสารน้ำให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ไม่มีภาวะน้ำเกิน

การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ คือ HR 80-160 ครั้ง/นาที RR 25-45 ครั้ง/นาที Systolic BP 70-100 mmHg และ SpO_2 > 95%

2. ค่า CVP (central venous pressure) อยู่ในเกณฑ์ปกติคือ (6.0-10.0 cmH_2O)

3. อุณหภูมิกายปกติ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส

4. ผิวหนังอุ่น สีชมพู capillary refill < 2วินาที

5. ติดตามดูค่า Hct ผลปกติคือมากกว่า 30.0% ในผู้ป่วยเด็ก

6.ไม่พบภาวะน้ำเกิน ปัสสาวะออก 0.5 – 1 ml/kg/hr.

7. ฟังปอดไม่มีเสียงผิดปกติ และผล CXR ปอดปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะน้ำเกินในร่างกายโดยการสังเกตอาการบวมที่เห็นได้ชัดเจนในบริเวณใบหน้าและตา แขน ขา ข้อมือ ข้อเท้า

2. ดูแล/ตรวจวัดสัญญาณชีพต่าง ๆ ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

3. ตรวจวัดค่า CVP (central venous pressure) ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

4. ดูแลให้ยา furosemide ตามแผนการรักษา ในผู้ป่วยเด็กได้รับยา furosemide x 3 วัน ตามแผนการรักษาของกุมารแพทย์

5. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา และควบคุมปริมาณสารน้ำที่ผู้ป่วยเด็กได้รับโดยใช้เครื่องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

6. บันทึก I/O ทุก 8 ชั่วโมง พบปัสสาวะออก 0.5 – 1 ml/kg/hr.

7. ติดตามผล ABG ฟังเสียงปอด และ CXR อย่างต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนแก๊สลดลงจากท่อระบายทรวงอก และปอดมี crepitation both lung จากภาวะน้ำเกิน

ข้อมูลสนับสนุน

O: หลังผ่าตัด right thoracoscopic RLL with lobectomy on right ICD

O: แผล ICD ซึม ผล CXR ปอดพบ subcutaneous emphysema

O: ฟังปอดมี crepitation both lung ผล CXR พบภาวะน้ำเกิน

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน ท่อระบายทรวงอกทำงานได้ดี ภาวะน้ำเกินหายเป็นปกติ ปอดไม่พบเสียงผิดปกติ

การประเมินผล

ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ท่อระบายทรวงอกทำงานได้ดี ภาวะน้ำเกินหายเป็นปกติ ปอดไม่พบเสียงผิดปกติ เด็กสามารถถอดท่อหายใจ และหายใจเองได้เป็นปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ ตรวจสอบการทำงานและ setting ให้ตรงตามแผนการรักษาและบันทึก setting พร้อมทั้งดูแลจัดสาย circuit ของเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ดึงรั้งหรือหักพับงอ

2. ตรวจสอบตำแหน่งของ ET-Tube ให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง ปรับลด setting และ try wean off ventilator ตามแผนการรักษา ขณะดูดเสมหะใช้ shallow technic โดยปรับความดันเครื่อง suction ระหว่าง 60 – 80 mmHg การดูดแต่ละครั้งนานไม่เกิน 5 – 10 วินาที และสังเกตอาการ desaturation และ bradycardia ระหว่าง suction

3. ดูแลจัดท่านอนราบศีรษะสูง 15 องศา พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม.

4. ICD care ตรวจสอบตำแหน่ง right thorax พร้อมทั้งดูแล milking chest tube ทุก 2 ชม.

5. บันทึก I/O ทุก 8 ชั่วโมง พบปัสสาวะออก $\geq$ 0.5 ml/kg/hr.

6. ดูแลให้ยา furosemide ตามแผนการรักษาและประเมินผลการรักษาหลังได้รับยา

7. หากเด็กตื่นดิ้น หายใจต้านเครื่อง ดูแลให้ได้รับยา fentanyl 1 mcg/kg/min หยดต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำ และยา dormicum IV prn พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น ความดันโลหิตต่ำ หยุดหายใจ

8. Monitor ให้ค่า SpO_2 มากกว่า 95% และบันทึก V/S ทุก 1 ชม.

9. ติดตามผล ABG ฟังเสียงปอด และ CXR อย่างต่อเนื่อง

10. สังเกต และประเมินการหายใจลำบาก เช่น หายใจมีปีกจมูกบาน หายใจเร็ว มากกว่า 60 ครั้ง/นาที หายใจมีการดึงรั้งของทรวงอก หรือมีการหยุดหายใจ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล เสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันยังทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์ร่วมกับมีแผลผ่าตัด ใส่ท่อหายใจ และมีการใส่สาย central line

ข้อมูลสนับสนุน

O: On ET-Tube with control ventilator, on central line เพื่อให้สารน้ำ สารอาหาร และยาทางหลอดเลือดดำ

O: มีแผลผ่าตัด right thoracoscopic RLL with lobectomy, right ICD

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย

การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ คือ HR 80-160 ครั้ง/นาที RR 25-45 ครั้ง/นาที Systolic BP 70-100 mmHg และ SpO_2 > 95%

2. อุณหภูมิกายปกติ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส

3. ไม่มี ภาวะ VAP, CABSI ลักษณะแผลผ่าตัดแห้งดี ICD ไม่มี discharge ซึม แผลไม่แยก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ล้างมือให้สะอาด ก่อน – หลัง ให้การพยาบาลและสัมผัสผู้ป่วยทุกครั้ง โดยล้างมือแบบ 7 ขั้นตอน เพื่อลดเชื้อแบคทีเรียที่บริเวณผิวหนัง

2. ดูแล respiratory care, ventilator care เพื่อป้องกันการเกิด ventilator associated pneumonia (VAP)

3. ดูแลป้องกันการติดเชื้อตำแหน่ง central line ป้องกัน CLABSI โดยการเช็ดทำความสะอาดข้อต่อต่าง ๆ ทุกครั้ง เมื่อต้องการทำหัตถการ

4. ดูแล dressing แผลผ่าตัดและแผล ICD ทุกวัน

5. ดูแลให้ยา ATB เป็น augmentin 200 mg IV drip ทุก 8 hr. ตามแผนการรักษา (วันที่ 8 – 17/1/2568) พร้อมทั้งสังเกตภาวะแทรกซ้อนของยา เช่น มีผื่นแดง ถ่ายเหลว เป็นต้น

6. บันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชม. และวัดอุณหภูมิกาย ทุก 4 ชม.

7. ดูแลอุปกรณ์เครื่องใช้ของเด็กแยกแต่ละคน เช่น ปรอท stethoscope โดยอุปกรณ์ที่ใช้กับเด็กทุกชนิดต้องทำความสะอาดและทำลายเชื้อตามมาตรฐานของอุปกรณ์ในแต่ละชนิด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล มีภาวะปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

O: มีแผลผ่าตัด right thoracoscopic RLL with lobectomy, right ICD, on ET-Tube

O: ผู้ป่วยเด็กร้องไห้ กระสับกระส่าย มีสีหน้าแสดงความเจ็บปวด ประเมินความปวดโดยใช้ FLACC scale ได้ 8 คะแนน ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับปวดมาก

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กไม่ปวด หรือปวดแผลเล็กน้อย สามารถพักผ่อนได้ดีขึ้น

การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ คือ HR 80-160 ครั้ง/นาที RR 25-45 ครั้ง/นาที Systolic BP 70-100 mmHg และ SpO_2 > 95%

2. เด็กร้องไห้น้อยลง สีหน้าผ่อนคลายมากขึ้น สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ ยินยอมให้ทำหัตถการได้ดีขึ้น

3. มีระดับความปวด FLACC scale 0-3 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความปวดตาม FLACC scale และดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของกุมารแพทย์

คือ fentanyl 1 mcg/kg/min หยดต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำ พร้อมทั้งประเมินผลข้างเคียงของยา เช่น ง่วงซึม คลื่นไส้ หายใจช้า โดยประเมิน FLACC scale ทุก 2 ชั่วโมง และประเมินซ้ำภายใน 30-60 นาที หลังได้รับยาแก้ปวด

2. ดูแลจัดท่าให้อยู่ในท่าที่สบาย ไม่กดทับบริเวณแผลผ่าตัด

3. ดูแลประคบอุ่น/เย็นตามข้อบ่งชี้

4. ฟังเสียงปอดและประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการหายใจตื้น

5. ส่งเสริมให้ผู้ปกครองอุ้มปลอบหรืออยู่ใกล้เพื่อให้ความอบอุ่นทางอารมณ์ และให้ความรู้กับผู้ปกครองเกี่ยวกับการประเมินความปวดเบื้องต้นจากพฤติกรรมเด็กและวิธีช่วยปลอบเด็ก

6. ใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น ของเล่น เพลง การ์ตูน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

ข้อมูลสนับสนุน

O: ผู้ป่วยเด็กอายุ 6 เดือน ความสามารถในการควบคุมกล้ามเนื้อมัดใหญ่ยังไม่สมบูรณ์ มีการพลิกตัว/เคลื่อนไหวโดยไม่คาดคิด

O: ผู้ป่วยมีท่อหายใจและสายอุปกรณ์ทางการแพทย์ IV line, central line, right ICD

O: ผู้ป่วยเด็กอยู่บนเตียงสูง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กปลอดภัย ไม่พลัดตกหกล้มตลอดระยะเวลานอนโรงพยาบาล

การประเมินผล

1. ไม่เกิดการพลัดตกหกล้มขณะอยู่โรงพยาบาล

2. สิ่งแวดล้อมปลอดภัย ไม่มีสิ่งกีดขวางหรือพื้นลื่น

3. ผู้ปกครองสามารถบอกวิธีป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ถูกต้อง และมีส่วนร่วมในการเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิด

4. พัฒนาการของเด็กมีความก้าวหน้าเหมาะสมตามวัย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มตามแบบประเมิน Humpty Dumpty Fall Scale ตามมาตรฐานของโรงพยาบาล พร้อมทั้งประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวของเด็กตามพัฒนาการ

2. ประเมินความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลความปลอดภัย และให้ความรู้เพิ่มเติม

3. การดูแลด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย เช่น ยกขอบเตียงขึ้นทุกครั้งหลังทำหัตถการ จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย พื้นแห้งไม่ลื่น เก็บสายอุปกรณ์ให้เป็นระเบียบ ป้องกันการสะดุด และเปิดไฟให้เพียงพอ โดยเฉพาะช่วงกลางคืน

4. ใช้ผ้าห่อตัวหรือ positioning device ช่วยควบคุมการเคลื่อนไหวในช่วงหลังผ่าตัดถ้าจำเป็น โดยสังเกตสัญญาณจากความไม่สบาย เช่น ดิ้นมาก ร้องกวน อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการขยับตัวผิดท่า

5. สังเกตประเมินพฤติกรรมเด็ก พร้อมทั้งดูแลอย่างใกล้ชิด

สรุปและอภิปรายกรณีศึกษา

กรณีศึกษานี้เป็นเด็กอายุ 6 เดือน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Congenital Pulmonary Airway Malformation (CPAM) วางแผนการผ่าตัดเพื่อนำรอยโรคออกภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องใช้องค์ความรู้และทักษะขั้นสูง ทั้งด้านสรีรวิทยาการหายใจ ภาวะแทรกซ้อนทางปอดที่อาจเกิดขึ้น และทักษะเฉพาะด้านของวิสัญญีพยาบาลเพื่อให้การระงับความรู้สึก

เป็นไปอย่างราบรื่น ปลอดภัยมากที่สุด ผู้ป่วยเด็ก CPAM มักมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ pneumothorax ซึ่งต้องหลีกเลี่ยงการทำ high peak inspiratory pressure (PIP), high PEEP ใช้ tidal volume ต่ำ 4–6 ml/kg ปรับอัตราการหายใจให้เหมาะสมเพื่อหลีกเลี่ยง air trapping การยุบตัวของปอด และการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงระหว่างผ่าตัดได้ ดังนั้นต้องมีการวางแผนการระงับความรู้สึกอย่างรอบคอบ ทั้งด้านการจัดการทางเดินหายใจ การควบคุมแรงดันถุงลม และการเฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ดังนั้นผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดบริเวณทรวงอกจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมสำหรับการทำ one-lung ventilation (OLV) เพื่อเพิ่มพื้นที่ผ่าตัดและลดการเคลื่อนไหวของปอดด้านที่ผ่าตัด โดยใช้เครื่องมือเฉพาะ เช่น bronchial blocker ซึ่งต้องอาศัยความชำนาญของวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาลในการเลือกขนาด การจัดตำแหน่งที่เหมาะสม และประเมินการทำงานให้เหมาะสมกับสรีรวิทยาของเด็ก

นอกจากนี้วิสัญญีพยาบาลต้องมีความสามารถในการประเมินและจัดการภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่น ภาวะออกซิเจนต่ำ (hypoxemia), hemodynamic instability และความเสี่ยงต่อ tension pneumothorax ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการใส่ท่อหายใจหรือขณะทำ OLV รวมถึงการดูแลอุณหภูมิร่างกาย การให้สารน้ำอย่างเหมาะสม และการควบคุมความปวดหลังผ่าตัดให้ปลอดภัย ซึ่งมักใช้ FLACC scale ในการประเมินความปวดดังกล่าว ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยเด็กในกรณีนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของ สมรรถนะเฉพาะด้านของวิสัญญีพยาบาล ได้แก่

1. ความรู้ ความเข้าใจด้านสรีรวิทยาระบบหายใจและระบบไหลเวียนโลหิตในเด็ก
2. ทักษะการจัดการทางเดินหายใจขั้นสูง
3. ความสามารถในการช่วยใส่/ดูแล bronchial blocker และการดูแลขณะทำ OLV อย่างปลอดภัย
4. การประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อ air trapping และ pneumothorax
5. ความแม่นยำในการเฝ้าระวัง การประเมินและตอบสนองต่อข้อมูลของเครื่อง monitor พร้อมการดูแล แก้ไขที่เหมาะสม
6. การให้การพยาบาลฟื้นฟูหลังผ่าตัดอย่างเหมาะสมกับช่วงวัย โดยส่งเสริมการกระตุ้นพัฒนาการ เช่น ช่วยจัดท่าทาง ส่งเสริมการเคลื่อนไหวที่ปลอดภัย การให้โต้ตอบกับสิ่งเร้าอย่างเหมาะสม เฝ้าระวังภาวะพัฒนาการล่าช้า พร้อมทั้งให้คำแนะนำผู้ปกครองเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่องหลังกลับบ้าน
7. ส่งเสริมดูแลด้านความผูกพันระหว่างมารดาและเด็กโดยลดระยะเวลาการแยกจากกันเท่าที่สถานการณ์ทางการแพทย์เอื้ออำนวย ให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแล เช่น อุ้มปลอบ การจับต้องแบบ skin-to-skin เมื่อปลอดภัย การให้อาหาร การช่วยทำกิจกรรมพื้นฐาน หรือมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กอย่างสม่ำเสมอเพื่อลดความเครียดของเด็กและเพิ่มความผูกพัน

กรณีศึกษานี้จึงเป็นตัวอย่างสำคัญของการนำความรู้ ทักษะขั้นสูง และการตัดสินใจทางคลินิกของวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีความซับซ้อนสูง เพื่อให้การระงับความรู้สึกและการผ่าตัดดำเนินไปอย่างปลอดภัยและเกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยเด็ก CPAM รายนี้

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

กรณีศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยเด็กที่เป็น CPAM ต้องได้รับการดูแลภายใต้ความรู้และทักษะ

เฉพาะด้านของวิสัญญีพยาบาลอย่างรอบด้าน ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด รวมถึงการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มความปลอดภัยและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีที่สุด การยกระดับสมรรถนะเฉพาะทางจึงเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนางานวิชาชีพและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. Bush A, Abel RM, Chitty LS, et al. Congenital lung disease. In: Wilmott RW, Deterding RR, Li A, et al., editors. Kendig's disorders of respiratory tract in children. Philadelphia (PA): Elsevier; 2019. p. 289–337.
2. Sitthikarnkha P, Uppala R. Clinical manifestations in children diagnosed prenatally with congenital lung malformation. Srinagarind Med J. 2021; 36(1): 8–14.
3. Blatter JA, Finder JD. Congenital cystic malformation. In: Kliegman RM, St Geme JW, Blum NJ, et al., editors. Nelson textbook of pediatrics. 21st ed. Philadelphia (PA): Elsevier; 2020. p. 2229–33.
4. Information Systems Development Unit. Service statistics report, fiscal years 2023–2025. Khon Kaen: Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine, Khon Kaen University; 2025.
5. Ariyaprana P. Nursing care plan: Case studies in pediatrics. In: Kusump W, Tongvichean S, editors. Nursing diagnosis and nursing planning: Case studies. 2nd ed. Bangkok: P.K.K. Printing; 2021. p. 262–93. Thai.
6. Tho Phoira P. Handbook of nursing diagnosis. Bangkok: N P Press Limited Partnership; 2023. Thai.
7. Witthayapairoj P. Anesthesia for common pediatric surgery. In: Raksakiattisak M, Ruananuku N, Chalermkitpanit P, et al., editors. Contemporary anesthesia. Bangkok: The Royal College of Anesthesiologists of Thailand; 2023. p. 237–61. Thai.
8. Ariyaprana P. Nursing care plan: Case studies in pediatrics. In: Kusump W, Tongvichean S, editors. Nursing diagnosis and nursing planning: Case studies. 2nd ed. Bangkok: P.K.K. Printing; 2021. p. 262–93. Thai.
9. Oofuvong M. Anesthesia in pediatric patients. Bangkok: Sahamit Pattana Printing; 2015. Thai.
10. Prapaipanich W. Nursing patients with signs and symptoms of respiratory disorders. In: Senadisai S, Prapaipanich W, editors. Basic nursing. Bangkok: Dot Thong; 2017. Thai.
11. American Heart Association. PALS 2025 pediatric bradycardia code card (PALS 2025 guidelines) [Internet]. 2025 [cited 2026 April 28]. Available from: https://cpr.heart.org/

รายงานกรณีศึกษา

การประยุกต์ใช้แนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีบริเวณขั้วตับ : กรณีศึกษา

อรทัย แก้วจรัสวิไล[1] พย.ม.
สุชิรา ชัยวิบูลย์ธรรม[2] ปร.ด.

บทคัดย่อ: มะเร็งท่อน้ำดีบริเวณขั้วตับ (Perihilar cholangiocarcinoma; pCCA) เป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยในประเทศไทยและมักได้รับการวินิจฉัยในระยะลุกลาม การผ่าตัดตับเป็นการรักษาหลักสำหรับผู้ป่วยที่สามารถผ่าตัดได้ แต่เป็นหัตถการที่มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จึงจำเป็นต้องมีการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นตัว ซึ่งแนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Enhanced Recovery After Surgery : ERAS) เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมการฟื้นตัว และลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและเสนอแนวทางการประยุกต์ใช้แนวทางส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดตับโดยใช้บทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง ซึ่งเป็นการดูแลที่ครอบคลุมระยะก่อนและหลังผ่าตัด โดย APN มีบทบาทในการประเมิน วางแผนการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ให้คำแนะนำเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จัดการความปวด ส่งเสริมการเคลื่อนไหวเร็ว และสนับสนุนด้านโภชนาการเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผลการดูแลพบว่าการประยุกต์ใช้แนวทาง ERAS ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ภายใต้บทบาทของ APN สามารถช่วยส่งเสริมการฟื้นตัว ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2569; 13(1): 122-140

คำสำคัญ: มะเร็งท่อน้ำดีบริเวณขั้วตับ; การผ่าตัดตับ; แนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด; ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม; ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

---

[1]พยาบาลวิชาชีพ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: Orathai.k@nmu.ac.th

[2]รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

วันที่รับบทความ 18 มีนาคม 2569 วันที่แก้ไขบทความ 7 พฤษภาคม 2569 วันที่ตอบรับบทความ 10 พฤษภาคม 2569

Case Report

Implementation of the Enhanced Recovery AfterSurgery Protocol with Orem's Self-Care Theory in Nursing Care for a Patient with PerihilarCholangiocarcinoma: A Case Study

Orathai Kaewjaladvilai[1] M.N.S

Suchira Chaiviboontham[2] Ph.D.

Abstract: Perihilar cholangiocarcinoma (pCCA) is a common cancer in Thailand and is often diagnosed at an advanced stage. Hepatectomy is the primary treatment for patients with resectable disease; however, it is a complex surgical procedure associated with a high risk of postoperative complications. Therefore, systematic patient care is essential to prevent complications and promote postoperative recovery. The Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocol has been widely implemented to reduce complications, enhance recovery, and shorten hospital length of stay. This case study aimed to analyze patients' problems and needs, and to propose approaches for implementing ERAS protocol in combination with Orem's Self-Care Theory to promote self-care abilities among patients with perihilar cholangiocarcinoma undergoing hepatectomy, through the role of advanced practice nurses. In this case study, patient care covered both preoperative and postoperative phases. The APN played a key role in patient assessment, evidence-based nursing care planning, preoperative counseling and preparation, postoperative complication monitoring, pain management, early mobilization promotion, and nutritional support to enhance the patient's self-care ability. The results showed that integrating the ERAS protocol with Orem's Self-Care Theory, implemented through the role of the Advanced Practice Nurse, effectively promoted postoperative recovery, reduced complications, and enhanced the patient's self-care capacity.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2026; 13(1): 122-140

Keywords: Perihilar cholangiocarcinoma; hepatectomy; Enhanced Recovery After Surgery; Orem's Self-Care Theory; Advanced Practice Nurse

---

[1]*Professional Nurse, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok. Corresponding author, E-mail: Orathai.k@nmu.ac.th*

[2]*PhD (Nursing), Dip. APAGN, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok*

Received March 18, 2025; Revised May 7, 2026; Accepted May 10, 2026

บทนำ

มะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma: CCA) เป็นมะเร็งที่เกิดจากเซลล์เยื่อบุผนังของท่อทางเดินน้ำดี ทั้งในและนอกตับ สามารถแบ่งตามตำแหน่งการเกิดได้เป็น 3 ชนิด ได้แก่ มะเร็งท่อน้ำดีในตับ (Intrahepatic Cholangiocarcinoma: iCCA), มะเร็งท่อน้ำดีบริเวณขั้วตับ (Perihilar Cholangiocarcinoma: pCCA) และ มะเร็งท่อน้ำดีส่วนปลาย (Distal Cholangiocarcinoma: dCCA)[1] มะเร็งชนิดนี้พบได้ประมาณร้อยละ 3 ของมะเร็งทั้งหมดในระบบทางเดินอาหาร และเป็นมะเร็งตับชนิดปฐมภูมิที่พบมากเป็นอันดับสอง รองจากมะเร็งเซลล์ตับ (Hepatocellular carcinoma: HCC) โดยคิดเป็นประมาณร้อยละ 10–15 ของมะเร็งตับและทางเดินน้ำดีทั้งหมด[2] อัตราการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีแตกต่างกันไปตามภูมิภาคของโลก โดยพบในประเทศไทยสูงกว่าสหรัฐอเมริกาประมาณ 50 เท่า และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ พบได้บ่อยในเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยมากจะวินิจฉัยได้ในช่วงอายุระหว่าง 50–70 ปี มะเร็งท่อน้ำดีชนิดที่พบมากที่สุดคือ pCCA คิดเป็นร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั้งหมด รองลงมาคือ dCCA ประมาณร้อยละ 40 และ iCCA พบได้น้อยที่สุดประมาณร้อยละ 10 ผู้ป่วยมักแสดงอาการตัวเหลือง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และมักมาพบแพทย์เมื่อโรคอยู่ในระยะลุกลาม ทำให้อัตราการรอดชีวิตต่ำ[3-4]

การผ่าตัดถือเป็นวิธีการรักษาหลักสำหรับมะเร็งท่อน้ำดีชนิด pCCA โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่โรคยังไม่มีการแพร่กระจายและมีสภาพตับแข็งแรงเพียงพอ การจำแนกตำแหน่งและการลุกลามของเนื้องอกตามระบบ Bismuth-Corlette[5] ถูกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินก่อนผ่าตัด เนื่องจากเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดตับด้านขวา (Right Hepatectomy: RH) มักพิจารณาในผู้ป่วยที่มีเนื้องอกชนิดBismuth type IIIa ขณะที่การผ่าตัดตับด้านซ้าย (Left Hepatectomy: LH) มักใช้ในกรณี Bismuth type IIIb ทั้งนี้การเลือกวิธีการผ่าตัดจำเป็นต้องพิจารณา ลักษณะการลุกลามของเนื้องอกและการประเมินสภาพตับของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถกำจัดเนื้องอกได้อย่างมีประสิทธิภาพและเพิ่มโอกาสในการหายขาด[6] อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดตับเป็นหัตถการที่ซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนหลายประการ ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ การติดเชื้อของแผลผ่าตัด (surgical site infection: SSI) พบได้ร้อยละ 30 [7] น้ำดีรั่ว (bile leaks) พบได้ร้อยละ 4 ถึง 17 [8] ภาวะน้ำในช่องท้องหลังการตัดตับ (Post-hepatectomy ascites)[9] ภาวะตับวายหลังการผ่าตัด(post-hepatectomy liver failure) พบได้ร้อยละ 8 ถึง 12[10] ภาวะเลือดออก (bleeding) พบได้ร้อยละ 3[11] ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ล่าช้า เพิ่มระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมทั้งส่งผลให้คุณภาพชีวิตแย่ลง[12-14]

การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Enhanced Recovery After Surgery: ERAS) เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมุ่งลดการตอบสนองต่อความเครียดทางสรีรวิทยาที่เกิดจากการผ่าตัด และได้รับการพิสูจน์แล้วว่าสามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล (length of stay: LOS) ในการผ่าตัดหลายประเภท[15-17] ซึ่งแนวทาง ERAS สำหรับการผ่าตัดตับฉบับล่าสุดได้รับการเผยแพร่โดย ERAS Society ในปี 2022 ภายใต้ชื่อ Guidelines for Perioperative Care for Liver Surgery: Enhanced

Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations 2022[18] ได้จัดการดูแลผู้ป่วยออกเป็น 3 ระยะคือ ระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative) ระยะผ่าตัด (Intraoperative) และระยะหลังผ่าตัด(Postoperative) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตับมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ความปวด การเคลื่อนไหวที่จำกัด ภาวะโภชนาการไม่เพียงพอ และความจำเป็นในการเฝ้าระวังอาการผิดปกติอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดภาวะพร่องในการดูแลตนเอง ทั้งในระยะที่ต้องได้รับการช่วยเหลือทั้งหมด และระยะที่ต้องได้รับการช่วยเหลือบางส่วนร่วมกับการสนับสนุนให้ความรู้

กรณีศึกษานี้จึงนำเสนอการดูแลผู้ป่วยแบบองค์โดยประยุกต์ใช้ ERAS protocol ร่วมกับกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม[19] ที่อธิบายว่าบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care) เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี พยาบาลมีบทบาทเมื่อบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอจนเกิดภาวะพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) พยาบาลจึงให้การช่วยเหลือผ่านระบบการพยาบาล (Nursing Systems)ได้แก่ การทดแทนทั้งหมด การทดแทนบางส่วน และการสนับสนุนให้ความรู้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้มากที่สุด ในการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse: APN) ในการประยุกต์ใช้แนวทางการดูแลให้สอดคล้องกับบริบทของการรักษาและความต้องการของผู้ป่วย โดยกระบวนการดูแลแบ่งออกเป็น 2 ระยะหลัก คือ ระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative Phase) และระยะหลังผ่าตัด (Postoperative Phase) ซึ่งครอบคลุมการประเมินการวางแผนการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การให้การพยาบาลและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์

เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและเสนอแนวทางการประยุกต์ใช้แนวทางส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดตับโดยใช้บทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 69 ปี สถานภาพคู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สิทธิต้นสังกัด รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 9 เมษายน 2568 ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรม เข้ารับการผ่าตัดวันที่ 10 เมษายน 2568 จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 19 เมษายน 2568 ประวัติโรคประจำตัวเป็น Hypertension รับประทานยา manidipine (20) 1x1 PO PC และ Gout รับประทานยา colchicine (0.6) 1x1 PO PC

ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ตัวตาเหลือง ปัสสาวะสีเข้ม 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลวันที่ 29 มีนาคม 2568

ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจที่คลินิกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม ให้ประวัติว่ามีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง น้ำหนักลดลง

11 กิโลกรัมภายใน 1 เดือน ตัวและตาเหลือง และปัสสาวะสีเข้ม 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง (CT abdomen) พบก้อนเนื้องอกที่มีการติดสีจากสารทึบรังสี ขนาด 4 × 2 เซนติเมตร บริเวณท่อน้ำดีส่วนต้นถึงท่อน้ำดีตับร่วม (enhancing mass at proximal common bile duct to common hepatic duct) ร่วมกับมีการขยายตัวของท่อน้ำดีภายในตับแบบกระจาย (diffuse intrahepatic duct dilatation: diffuse IHD) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดีบริเวณขั้วตับ (perihilar cholangiocarcinoma: pCCA) ชนิด Bismuth type IIIa แพทย์จึงวางแผนรักษาด้วยการผ่าตัดตับขวา (right hepatectomy) วันที่ 10 เมษายน 2568 ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการรักษาของ NCCN Guidelines Version 1.2025[20] สำหรับมะเร็งท่อน้ำดีนอกตับ (Extrahepatic cholangiocarcinoma ที่สามารถผ่าตัดได้ (resectable)

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

กรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม[19] ได้กล่าวถึงการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองของบุคคล เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน ทั้งนี้การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่กระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย (deliberate action and goal oriented) เพื่อสนองตอบความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดภายในระยะเวลาหนึ่ง ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ประกอบด้วยความสัมพันธ์ของความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความสามารถในการดูแลตนเอง ความพร่องในการดูแลตนเอง และระบบการพยาบาล โดยเมื่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดมีมากกว่าความสามารถในการดูแลตนเอง จะทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ดังนั้นบุคคลต้องการความช่วยเหลือจากระบบทางการพยาบาล ที่จะช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง เมื่อพิจารณาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งเป็นมีกระบวนการของร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง มีความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นให้ครบถ้วนได้ จึงเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ดังนั้น ผู้ป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือ โดยในแนวคิดของโอเร็ม พยาบาลมีบทบาทช่วยเหลือให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง โดยใช้ระบบการพยาบาลที่เป็นรูปแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative nursing system) โดยให้การสอน การชี้แนะ และการสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อช่วยส่งเสริมพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ช่วยสร้างความมั่นใจ และทำให้ผู้ป่วยฟื้นสภาพหลังผ่าตัดได้ดี เหมาะสมตามศักยภาพ ลดหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดได้[21]

วิเคราะห์ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

จากการประเมินความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demands: TSD) พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการ 4 ประการคือ 1) ความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อน-หลังผ่าตัด 2) การดูแลตนเองหลังผ่าตัด 3)การฟื้นตัวอย่างรวดเร็วหลังผ่าตัด 4) การติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้หลังผ่าตัด

เมื่อวิเคราะห์ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) และพิจารณาระบบการให้การพยาบาล (nursing system) พบว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ในข้อ

1, 2 และ 3 โดยพยาบาลใช้ระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน (partly compensatory nursing system) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง พร้อมทั้งส่งเสริมและฝึกทักษะการหายใจ การเคลื่อนไหว และการบรรเทาอาการปวด อย่างไรก็ตาม ในระยะหลังผ่าตัดช่วงแรก ผู้ป่วยยังต้องพึ่งพาการช่วยเหลือจากพยาบาลในการดูแลตนเองในข้อ 2 และในข้อ 4 พยาบาลต้องประเมินสัญญาณชีพ ติดตามอาการ อาการแสดง และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งเป็นลักษณะของระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด (wholly compensatory nursing system) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครบถ้วนและปลอดภัย

บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วย

APN มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างครอบคลุม โดยมีการประเมิน วางแผนการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ติดตามการฟื้นตัวอย่างเป็นระบบ เฝ้าระวังอาการ สัญญาณชีพ และจัดการภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งให้คำแนะนำเรื่องโภชนาการ การจัดการความเจ็บปวด และดูแลด้านจิตใจ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ การดูแลผู้ป่วยรายนี้ประยุกต์ใช้ ERAS protocol[18] ร่วมกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อสนับสนุนศักยภาพในการดูแลตนเอง โดยแบ่งเป็น 2 ระยะหลัก คือ ระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative Phase) และระยะหลังผ่าตัด (Postoperative Phase) สำหรับระยะหลังผ่าตัดสามารถแบ่งย่อยได้เป็น 2 ช่วง ได้แก่ ระยะหลังผ่าตัดทันที (Immediate Postoperative Phase) และระยะฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Postoperative Recovery Phase)

ระยะก่อนผ่าตัด APN ใช้ ERAS ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อน-หลังผ่าตัด การประเมินโภชนาการ การวางแผนจัดการความปวด การฝึกหายใจ ไออย่างมีประสิทธิภาพ และการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด ขณะเดียวกันใช้ทฤษฎีโอเร็มประเมิน therapeutic self-care demands และ self-care agency พบว่าผู้ป่วยยังสามารถเรียนรู้และปฏิบัติตามคำแนะนำได้ จึงใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative nursing system) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเตรียมตนเองก่อนผ่าตัด ในระยะหลังผ่าตัดทันที APN ใช้ ERAS ในการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การติดตามสัญญาณชีพ ความปวด ภาวะเลือดออก การทำงานของตับ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาวะคลื่นไส้อาเจียน การควบคุมสารน้ำ และการเริ่มฟื้นฟูตามความเหมาะสม เมื่อวิเคราะห์ตามทฤษฎีโอเร็ม พบว่าผู้ป่วยมี self-care deficit จากผลของการผ่าตัด ความปวด แผลผ่าตัด สายระบาย และการเคลื่อนไหวที่จำกัด จึงใช้ ระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด (wholly compensatory nursing system) เพื่อให้การดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในส่วนระยะฟื้นตัวหลังผ่าตัด APN ใช้ ERAS ในการส่งเสริมการรับประทานอาหาร การลุกเดินและเคลื่อนไหวเร็ว การจัดการความปวด การฝึกหายใจ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีศักยภาพในการดูแลตนเองมากขึ้น APN จึงปรับเป็นระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วนร่วมกับระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (partly compensatory and supportive-educative nursing system) โดยช่วยเหลือในกิจกรรม

ที่ผู้ป่วยยังทำเองไม่ได้ทั้งหมด พร้อมให้คำแนะนำฝึกทักษะ และวางแผนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยรายนี้คือ

1. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดอย่างถูกต้อง

2. ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็วตามเป้าหมายของ ERAS protocol โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

4. ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิด

5. ผู้ป่วยมีความมั่นใจและสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างปลอดภัยเมื่อจำหน่าย

โดยให้การดูแล ดังนี้

1. ระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative)

1.1 Preoperative Counseling ตามแนวทาง ERAS แนะนำว่าผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลและคำปรึกษาก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัดตับ โดยสามารถใช้คู่มือหรือสื่อมัลติมีเดียช่วยเสริมการให้คำปรึกษาด้วยวาจาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ สำหรับผู้ป่วยรายนี้ APN ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างรอบด้าน ทั้งด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด การรับรู้ต่อแผนการรักษา ความวิตกกังวล ความสามารถในการเรียนรู้ และแหล่งสนับสนุนทางครอบครัว เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการให้คำปรึกษาแบบเฉพาะราย โดยบูรณาการแนวทาง ERAS ร่วมกับบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัด แนวทางการฟื้นตัวหลังผ่าตัด การจัดการความปวด การฝึกหายใจ การเคลื่อนไหวเร็ว และการดูแลตนเองหลังจำหน่าย โดยใช้คู่มือสำหรับผู้เข้ารับการผ่าตัดตับประกอบการอธิบาย พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามข้อสงสัย เพื่อลดความวิตกกังวล เพิ่มความร่วมมือ ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง และสามารถนำกลับไปทบทวนได้ที่บ้านอย่างต่อเนื่อง[22] (Level of evidence: Low, Weak Recommend)

1.2 Prehabilitation ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและข้อจำกัดด้านสมรรถภาพร่างกายก่อนผ่าตัด โดยพิจารณาจากอายุ ภาวะโรคร่วม ลักษณะการผ่าตัด ความเสี่ยงต่อความปวดหลังผ่าตัด และความสามารถในการเคลื่อนไหว จากการประเมินดังกล่าว การฝึกหายใจลึก (deep breathing exercise) การฝึกไออย่างมีประสิทธิภาพ การใช้ Incentive Spirometer และการเตรียมความพร้อมด้านการเคลื่อนไหวก่อนผ่าตัด มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยรายนี้ ตลอดจนมีการติดตามความเข้าใจและความสามารถในการปฏิบัติของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยรายนี้ได้รับคำแนะนำและเริ่มฝึกตั้งแต่วันที่ 19 มีนาคม 2568 เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด โดยมีหลักฐานสนับสนุนว่าการฝึกใช้ Incentive Spirometer (Triflow) อย่างน้อย 1 สัปดาห์ก่อนผ่าตัดสามารถช่วยป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนทางปอดหลังผ่าตัด เช่น ภาวะปอดแฟบ ปอดบวม รวมถึงช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ[23] (Level of evidence: Moderate, Weak Recommend)

1.3 Preoperative Biliary Drainage ตามแนวทาง ERAS แนะนำให้ทำการระบายน้ำดีในกรณีที่ผู้ป่วยมีระดับบิลิรูบินสูงกว่า 3 mg/dL โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีบริเวณขั้วตับ (perihilar cholangiocarcinoma) ควรเลือกวิธีระบายน้ำดีผ่าน

ผิวหนังเป็นหลักมากกว่าการระบายผ่านกล้อง และควรชะลอการผ่าตัดจนกว่าระดับบิลิรูบินจะลดลงต่ำกว่า 3 mg/dL เพื่อให้ร่างกายพร้อมสำหรับการผ่าตัด APN จึงมีบทบาทวิเคราะห์ข้อมูลทางคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของตับ โดยเฉพาะระดับบิลิรูบิน อาการตัวตาเหลือง เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงคลินิกของทีมรักษาเกี่ยวกับความจำเป็นในการระบายน้ำดีก่อนผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยรายนี้พบว่าระดับบิลิรูบินก่อนผ่าตัดอยู่ที่ 1.29 mg/dL ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่จำเป็นต้องทำการระบายน้ำดีก่อนเข้ารับการผ่าตัด ดังนั้นจึงติดตามอาการและค่าการทำงานของตับอย่างต่อเนื่อง เพื่อยืนยันความพร้อมของผู้ป่วยในการเข้ารับการผ่าตัดตับอย่างปลอดภัย (Level of evidence: Moderate, Strong Recommend)

1.4 Preoperative Smoking and Alcohol Cessation การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ทั้งภาวะแทรกซ้อนโดยรวม การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (SSI) ภาวะแทรกซ้อนทางปอด ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท และความจำเป็นในการเข้ารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ตามคำแนะนำของERAS ผู้ป่วยควรได้รับการปรึกษาให้เลิกสูบบุหรี่อย่างน้อย 4 สัปดาห์ก่อนผ่าตัดตับ และในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์จัด (มากกว่า 24 กรัม/วันในผู้หญิง หรือ 36 กรัม/วันในผู้ชาย) ควรหยุดดื่มอย่างน้อย 4–8 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด[24] APNมีบทบาทสำคัญในการประเมินประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ได้แก่ ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาการหยุดพฤติกรรมเสี่ยง ความเข้าใจต่อผลกระทบของพฤติกรรมดังกล่าวต่อการผ่าตัด และความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยรายนี้ให้ประวัติว่าไม่สูบบุหรี่และหยุดดื่มแอลกอฮอล์มานานกว่า 25 ปี ดังนั้น จึงเน้นการให้คำปรึกษาเชิงพฤติกรรมเพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อธิบายความสำคัญของการหลีกเลี่ยงบุหรี่และแอลกอฮอล์ต่อการลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น การติดเชื้อแผลผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนทางปอด และการฟื้นตัวล่าช้า (Level of evidence: High, Strong Recommend)

1.5 Preoperative Nutrition ตามแนวทางของ ERAS แนะนำว่าจำเป็นต้องประเมินภาวะโภชนาการก่อนการผ่าตัดตับทุกครั้ง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งควรได้รับการเสริมอาหารทางสายยางอย่างน้อย 7–14 วันก่อนผ่าตัดเพื่อปรับสภาพร่างกาย ในฐานะ APN จึงวิเคราะห์ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโดยใช้ข้อมูลเชิงคลินิกร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ น้ำหนักตัวที่ลดลงอย่างรวดเร็ว ปริมาณอาหารที่รับประทานได้ ดัชนีมวลกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ แม้ผู้ป่วยมีค่าดัชนีมวลกาย 26.8 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน แต่การที่น้ำหนักลดลง 11 กิโลกรัมภายใน 1 เดือน สะท้อนถึงความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ จึงใช้การตัดสินใจทางคลินิกในการวางแผนติดตามภาวะโภชนาการอย่างเป็นระบบ ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมก่อนผ่าตัด และประสานทีมโภชนาการเมื่อจำเป็น เพื่อเตรียมร่างกายให้พร้อมต่อการผ่าตัด ลดความเสี่ยงต่อการฟื้นตัวล่าช้า และส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองด้านโภชนาการ (Level of evidence: High, Strong Recommend)

1.6 Anti-thrombotic Prophylaxis แนวทาง ERAS แนะนำให้ใช้เฮปารินน้ำหนักโมเลกุลต่ำ (low molecular weight heparin; LMWH) เป็นประจำหลังการผ่าตัด เพื่อช่วยลดความเสี่ยงของภาวะลิ่มเลือด

อุดตันในหลอดเลือดดำ (venous thromboembolism; VTE) เว้นแต่มีข้อห้ามทางคลินิกที่ นอกจากนี้ควรใช้ intermittent pneumatic compression device ร่วมด้วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยง บทบาท APN จึงทำการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำของผู้ป่วยรายบุคคล โดยพิจารณาจากอายุ โรคมะเร็ง การผ่าตัดใหญ่ ระยะเวลาผ่าตัด ความสามารถในการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด และภาวะเสี่ยงอื่น ๆ ร่วมกับการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออก โดยในกรณีศึกษานี้มีการใช้อุปกรณ์ intermittent pneumatic compression device ระหว่างการผ่าตัดตามแนวทาง ERAS และมีการติดตามอาการหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง (Level of evidence: Moderate, Strong Recommend)

1.7 Preoperative Oral Immunonutrition การให้สเตียรอยด์ก่อนผ่าตัดตับมีหลักฐานสนับสนุนว่าช่วยลดการตอบสนองต่อความเครียดจากการผ่าตัด โดยลดระดับสารอักเสบ (IL-6 และ C-reactive protein) ในวันแรกหลังผ่าตัด รวมทั้งช่วยลดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและอัตราการติดเชื้อในช่องอวัยวะ (organ space SSI)[25-26] โดยแนวทาง ERAS แนะนำให้พิจารณาให้ methylprednisolone ขนาด 500 มิลลิกรัมก่อนการผ่าตัด ดังนั้นจึงบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการใช้ steroid ในการผ่าตัดตับ ร่วมกับการประเมินข้อบ่งชี้ ข้อควรระวัง และบริบทของผู้ป่วยรายบุคคล เพื่อสนับสนุนการพิจารณาแนวทางการรักษาร่วมกับทีมแพทย์ สำหรับผู้ป่วยในกรณีศึกษานี้ได้รับ hydrocortisone 100 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำระหว่างการผ่าตัดเพื่อช่วยลดการตอบสนองต่อความเครียดจากการผ่าตัดตามแนวทาง ERAS โดย APN มีบทบาทในการติดตามผลลัพธ์และเฝ้าระวังภาวะที่เกี่ยวข้องภายหลังได้รับยา เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด สัญญาณของการติดเชื้อ และการตอบสนองของร่างกายหลังผ่าตัด เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างปลอดภัย (Level of evidence: Moderate, Weak Recommend)

1.8 Antimicrobial Prophylaxis and Skin Preparation ตามแนวทาง ERAS แนะนำให้ให้ยาปฏิชีวนะสำหรับการป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (antibiotic prophylaxis) ภายใน 60 นาที ก่อนกรีดผิวหนัง (Level of evidence: Moderate, Weak Recommend) ส่วนการเตรียมผิวหนังเพื่อการผ่าตัดแนะนำการใช้ chlorhexidine–alcohol ในกรณีศึกษานี้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ ceftriaxone 2 gm IV ก่อนการผ่าตัดก่อนผ่าตัดภายใน 60 นาที และให้คำแนะนำการทำความสะอาดผิวหนังด้วย Hibiscrub ซึ่งมีส่วนผสมของ chlorhexidine ในคืนก่อนผ่าตัดและเช้าวันผ่าตัดตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อ (Level of evidence: Moderate, Strong Recommend) ซึ่ง APN มีบทบาทในการกำกับติดตามความถูกต้องของกระบวนการป้องกันการติดเชื้อก่อนผ่าตัด ให้สอดคล้องกับแนวทาง ERAS เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดและเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย

1.9 Preventing Intraoperative Hypothermia แนวทาง ERAS แนะนำว่าควรรักษาอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ($\geq$ 36 °C) ตลอดช่วงระหว่างการผ่าตัด เพื่อช่วยลดทั้งภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและภาวะแทรกซ้อนไม่เกี่ยวกับหัวใจ รวมถึงลดการติดเชื้อแผลผ่าตัดและการสูญเสียเลือด การบริหารจัดการอุณหภูมิแบบหลายวิธี (multimodal temperature management) เช่น การใช้ชุดน้ำอุ่นหมุนเวียน (circulating water garments) หรือระบบ

ลมอุ่น (forced warm air) ควรนำมาใช้ทั้งในการผ่าตัดเปิดและการผ่าตัดผ่านกล้อง เพื่อคงอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยให้เหมาะสม สำหรับกรณีศึกษานี้ ได้มีการดูแลและจัดการอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยตามแนวทาง Clinical Guideline for Prevention and Management of Perioperative Hypothermia ของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย[27] โดยครอบคลุมในทั้ง 3 ระยะของการดูแล ได้แก่ 1. Preoperative Phase พยาบาลหอผู้ป่วย เตรียมพร้อมและประเมินอุณหภูมิร่างกายก่อนเข้าห้องผ่าตัด และเริ่มใช้ผ้าห่มไฟฟ้าหากพบอุณหภูมิร่างกาย ≤ 36 °C หรือมีความเสี่ยง 2. Intraoperative Phase พยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาลควบคุมและรักษาอุณหภูมิของผู้ป่วยระหว่างผ่าตัดอย่างต่อเนื่องโดยใช้ผ้าห่มไฟฟ้า 3. Postoperative Phase พยาบาลห้องพักฟื้นและพยาบาลหอผู้ป่วยแรกรับหลังผ่าตัด เฝ้าระวังและดูแลอุณหภูมิให้คงอยู่ในเกณฑ์ปกติจนกว่าผู้ป่วยจะฟื้นตัวและกลับสู่สภาวะปกติ (Level of evidence: Moderate, Strong Recommend) โดย APN มีบทบาทในการกำกับมาตรฐานการดูแลข้ามระยะ ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด จนถึงหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำระหว่างผ่าตัด โดยประสานพยาบาลหอผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลห้องพักฟื้นให้มีเป้าหมายการดูแลร่วมกัน คือการคงอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. ระยะหลังผ่าตัด (Postoperative Phase) สำหรับระยะหลังผ่าตัดสามารถแบ่งย่อยได้เป็น 2 ช่วง ได้แก่ ระยะหลังผ่าตัดทันที (Immediate Postoperative Phase) และ ระยะฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Postoperative Recovery Phase) โดยให้การดูแล ดังนี้

2.1ระยะหลังผ่าตัดทันที (Immediate Postoperative Phase)

2.1.1 เฝ้าประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด APN วิเคราะห์ข้อมูลทางคลินิกอย่างเป็นระบบร่วมกับการใช้ระบบ FABIB score[9] ซึ่งเป็นเครื่องมือสำหรับประเมินและจัดลำดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนเฉพาะหลังการผ่าตัดตับ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินและจัดลำดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนเฉพาะหลังการผ่าตัดตับ ได้แก่ ภาวะตับล้มเหลว (liver failure) ภาวะน้ำในช่องท้อง (ascites) การรั่วของน้ำดี (bile leak) การติดเชื้อ (infection) และภาวะเลือดออก (bleeding) โดยติดตามสัญญาณชีพ อาการ อาการแสดง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และปริมาณสารระบายจากแผลผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ APN ใช้ข้อมูลดังกล่าวในการเฝ้าระวังและประมินความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ตัดสินใจทางคลินิก และประสานทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที เมื่อวิเคราะห์ในผู้ป่วยรายนี้ พบว่าหลังผ่าตัดมีการระบายของของเหลวใสในช่องท้องทางสายระบายเพิ่มขึ้นตามลำดับโดยหลังผ่าตัดวันที่ 2 (Postoperative day2: POD2) พบ 400 มิลลิลิตร POD3 780 มิลลิลิตร และ POD4 มากถึง 1,200 มิลลิลิตร ซึ่งเกินเกณฑ์ 500 มิลลิลิตรต่อวัน หลัง POD3 ตามเกณฑ์การวินิจฉัย FABIB จัดว่าเป็น post-hepatectomy ascites ระดับ severity grade B ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะและการดูแลอย่างใกล้ชิดตามแนวทางการรักษาของ the International Ascites นอกจากนี้APNได้ประเมินปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยรายนี้ พบว่ามีหลายองค์ประกอบที่ส่งผลต่อการเกิด post-hepatectomy ascites หลังผ่าตัดตับ โดยเฉพาะปัจจัยเฉพาะตัวผู้ป่วย (patient-specific factors) ได้แก่

การมีโรคตับเรื้อรังอยู่เดิม ร่วมกับค่าดัชนีมวลกาย (BMI) 26.8 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน และอายุที่มากขึ้น ซึ่งทั้งหมดนี้ล้วนส่งผลให้ความสามารถของตับในการฟื้นฟูลดลง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านการผ่าตัด (surgical factors) ผู้ป่วยรายนี้เข้ารับการผ่าตัดตับขวา (right hepatectomy) ซึ่งถือเป็น major hepatectomy ใช้เวลาในการผ่าตัดนานกว่า 4 ชั่วโมง และมีการเสียเลือดสูงถึง 1,600 มิลลิลิตร ต้องได้รับเลือดและพลาสมาเสริมตลอดการผ่าตัด ปัจจัยทั้งหมดนี้เพิ่มความเสี่ยงต่อความไม่สมดุลของของเหลวและโปรตีนในร่างกาย[28-29] สอดคล้องกับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการหลังผ่าตัดซึ่งพบว่า ผู้ป่วยมีระดับอัลบูมินในเลือดลดลงมาอยู่ที่ 2.6–2.8 g/dLจากก่อนผ่าตัดที่อยู่ที่ 3.8 g/dLซึ่งแสดงถึงภาวะ hypoalbuminemia จึงประสานทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที ได้แก่ การติดตามปริมาณสารระบาย การประเมินสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ การติดตามระดับอัลบูมิน การส่งเสริมโภชนาการ และการให้ยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

2.1.2 ส่งเสริมภาวะโภชนาการ ทั้งนี้แนวทาง ERAS เน้นถึงความสำคัญของโภชนาการอย่างยิ่ง โดยแนะนำให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารทางปากโดยเร็วที่สุดเมื่อ เพราะการรับประทานอาหารทางปากเร็วช่วยให้การทำงานของลำไส้กลับมาเป็นปกติ ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล และส่งเสริมการฟื้นตัวของร่างกาย ในผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการหรือมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะน้ำในช่องท้อง หรือเบื่ออาหาร ควรได้รับการประเมินโภชนาการอย่างละเอียด และหากจำเป็นให้เริ่มโภชนบำบัดแบบรายบุคคล โดยให้โภชนาการทางลำไส้ (Enteral Nutrition) เป็นหลัก และเสริมโภชนาการทางหลอดเลือด (Parenteral Nutrition) ในกรณีที่ความต้องการพลังงานยังไม่เพียงพอ การสนับสนุนโภชนาการอย่างเหมาะสมจึงมีบทบาทสำคัญในการลดผลเสียของภาวะ hypoalbuminemia ช่วยให้ร่างกายฟื้นฟูสภาพและควบคุมการสะสมของของเหลวในช่องท้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Level of evidence: High, Strong Recommend) ในฐานะ APN จึงใช้การคิดเชิงวิเคราะห์และการตัดสินใจทางคลินิกในการวางแผนโภชนบำบัดเฉพาะราย โดยบูรณาการข้อมูลหลายด้าน ได้แก่ น้ำหนักที่ลดลงก่อนผ่าตัด ปริมาณอาหารที่รับประทานได้จริง ความต้องการพลังงานและโปรตีน ภาวะ hypoalbuminemia สำหรับกรณีศึกษารายนี้ ได้ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการ เมื่อคำนวณ Ideal Body Weight (IBW) ของผู้ป่วยได้ 59 กิโลกรัม ซึ่งเป้าหมายพลังงานและโปรตีนที่ควรได้รับคือ พลังงาน: IBW x 30–35 = 1770–2065 kcal/วัน โปรตีน: IBW x 1.2–1.5 = 70.8–88 g/วัน จากการประเมิน พบว่าผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เพียงประมาณ 750–900 kcal/วัน และโปรตีน 26–35 g/วัน ซึ่งไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย จึงได้แนะนำให้เสริมด้วยอาหารทางการแพทย์ และคำนวณปริมาณที่เหมาะสมเป็น Neomune(1:1) 300 ml วันละ 4 ครั้ง เมื่อรวมกับอาหารหลักที่รับประทานได้ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานรวมประมาณ 1950–2100 kcal/วัน และโปรตีน 99–108 g/วัน ซึ่งพียงพอต่อความต้องการของร่างกายในการฟื้นฟูหลังผ่าตัด ตลอดจนมีการติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง **ประเมินผลลัพธ์** ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารทางเหลวทางปากตั้งแต่ POD1 และทานอาหารอ่อน POD2 และปรับแนวทางการรับประทานอาหารให้เพียงพอต่อความต้องการของ

ร่างกาย ร่วมกับการรักษาด้วยยา Lasix(20) 1x1 PO PC, Aldactone(25) 2x1 PO PC พบว่า ปริมาณของเหลวใสที่ออกทางสายระบายเริ่มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยใน POD5 ลดเหลือ 900 มิลลิลิตร POD6 877 มิลลิลิตร POD7 ลดลงเหลือ 375 มิลลิลิตร และใน POD8 ลดลงเหลือ 135 มิลลิลิตร และสามารถถอดสายระบายออกได้ใน POD8 อย่างปลอดภัย

2.1.3 การประเมินและจัดการความปวดหลังผ่าตัด (post-operative pain assessment) โดยใช้เครื่องมือในการประเมินคือ Numerical Rating Scale (NRS) โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ให้คะแนนความปวดจากคะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย ถึง คะแนน 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด[30] การประเมินความปวดหลังผ่าตัด เป็นการช่วยให้พยาบาลได้ทราบข้อมูลที่แท้จริงเกี่ยวกับระดับ ลักษณะ ความถี่ของความปวดของผู้ป่วย และสามารถช่วยเหลือบรรเทาความปวดให้ผู้ป่วยได้ทันท่วงที ซึ่งจะช่วยลดความไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมานที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยได้ และการจัดการความปวดหลังผ่าตัด (post-operative pain management) การจัดการมีหลายวิธีขึ้นกับสภาพของผู้ป่วย แบ่งเป็น 1) การจัดการด้วยยาแก้ปวด (Pharmacological pain management) เนื่องจากการผ่าตัดช่องท้องถือเป็นการผ่าตัดใหญ่ ดังนั้นผู้ป่วยจึงมักเผชิญกับความปวดในระยะ 24 ชั่วโมงแรก การจัดการความปวดด้วยยาเป็นกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมความปวด และ 2) การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา (Non-Pharmacological pain management) ได้แก่ การฝึกการหายใจลึก (Deep breathing) ซึ่งเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด การลดความวิตกกังวลโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation technique) หรือใช้การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction)[31] (Level of evidence: High, Strong Recommend) สำหรับกรณีศึกษานี้ได้รับการจัดการความปวดภายหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรกด้วย fentanyl 1000 mcg+nss100ml IV 50mcg/hr ซึ่งคำแนะนำการจัดการความปวดของ ERAS สำหรับการผ่าตัดตับแบบเปิดทางช่องท้องควรระงับปวดผ่าน epidural cath จึงแนะนำการระงับปวดแบบไม่ใช้ยาให้ผู้ป่วยร่วมด้วยคือการฝึกการหายใจลึก deep breathing ผลลัพธ์ของผู้ป่วยรายนี้เมื่อใช้การจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา พบว่ามีค่าคะแนนความปวดอยู่ที่ 3-8 คะแนน ในวันแรกหลังผ่าตัด และ 2-3 คะแนน(ขณะเคลื่อนไหว) หลังผ่าตัดวันที่ 2 เป็นต้นไป

2.2 ระยะฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Postoperative Recovery Phase)

ในระยะนี้มุ่งเน้น Early and Scheduled Mobilization ตามแนวทาง ERAS แนะนำให้เริ่ม early mobilization โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกจากเตียงตั้งแต่วันผ่าตัด และเคลื่อนไหวต่อเนื่องทุกวันจนถึงวันจำหน่าย เพื่อป้องกันผลเสียจากการนอนติดเตียง เช่น กล้ามเนื้อลีบและภาวะลิ่มเลือดอุดตัน โดยมีหลักฐานสนับสนุนว่าการลุกเดินเร็วช่วยให้ระบบทางเดินอาหารกลับมาทำงานได้เร็วขึ้นและลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล[32] (Level of evidence: Moderate, Strong Recommend) สำหรับผู้ป่วยรายนี้ APN ได้กำหนดเป้าหมายการเคลื่อนไหวร่วมกับผู้ป่วย สนับสนุนและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้จริง โดยมีการประเมินความพร้อมของร่างกายก่อนลุกเดิน เช่น สัญญาณชีพและระดับความปวด พร้อมสอนวิธีการหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ ฝึกใช้ Triflow และสอนวิธีลุกนั่งบนเตียงอย่างปลอดภัย หลังผ่าตัดพยาบาลได้ช่วยเหลือผู้ป่วยลุกนั่งบนเตียงตั้งแต่วันแรก ยืนข้างเตียง

และเดินสั้น ๆ ในหอผู้ป่วยในวันถัดมา พร้อมประเมินอาการเจ็บแผล ท้องอืด การขับถ่าย และการทำงานของลำไส้อย่างต่อเนื่องเพื่อปรับกิจกรรมให้เหมาะสมตามลำดับ พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมดูแลตนเอง ผลลัพธ์ที่ได้คือ ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำตั้งแต่ก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับการฝึกหายใจ การใช้Triflow และการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี โดยสามารถลุกนั่งบนเตียงได้ตั้งแต่วันแรกหลังผ่าตัด ยืนข้างเตียง ดูด Triflow และเรอได้ในวันเดียวกัน เดินในหอผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง ผายลมได้ในวันที่ 2 และขับถ่ายได้ในวันที่ 2 หลังผ่าตัด ผลลัพธ์ทั้งหมดเป็นไปตามเป้าหมายของERAS protocol อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลลัพธ์การพยาบาลในกรณีศึกษา

จากการประยุกต์ใช้แนวทาง ERAS ร่วมกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม โดยมีบทบาทสำคัญของพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง (APN) ในการประเมินวางแผนการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และติดตามอย่างเป็นระบบ พบว่าผู้ป่วยรายนี้สามารถบรรลุผลลัพธ์ของการดูแลตามเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพดังนี้

1. ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical outcomes)

1.1 การไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนสำคัญหลังผ่าตัด ได้แก่ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (surgical site infection: SSI) น้ำดีรั่ว (bile leak) หรือภาวะตับล้มเหลวหลังการผ่าตัด (post-hepatectomy liver failure) อย่างไรก็ตาม จากการประเมินตามระบบ FABIB scoreพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะน้ำในช่องท้องหลังการตัดตับ (post-hepatectomy ascites) เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการ[9] ได้แก่ อายุสูง การผ่าตัดตับขวาซึ่งเป็น major hepatectomy ระยะเวลาผ่าตัดนานมากกว่า 4 ชั่วโมง การสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 1,600 มิลลิลิตร และภาวะ hypoalbuminemia หลังผ่าตัด โดยพบปริมาณสารคัดหลั่งทางสายระบายในช่องท้องเพิ่มขึ้นต่อเนื่องตั้งแต่ POD2–POD4 เป็นไปตามภาวะ post-hepatectomy ascites ระดับ severity grade B จึงได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ติดตามสัญญาณชีพ อาการแสดง ปริมาณสารคัดหลั่ง และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการจัดการโดยการปรับโภชนบำบัดให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และได้รับยาตามแผนการรักษา ผลลัพธ์พบว่าปริมาณสารคัดหลั่งทางสายระบายลดลงอย่างต่อเนื่อง และสามารถถอดสายระบายได้อย่างปลอดภัยในวันที่ 8 หลังผ่าตัด

1.2 ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล (Length of Stay: LOS) ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรวม 10 วัน และสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้โดยปลอดภัย รับประทานอาหารได้ เคลื่อนไหวได้ดี และไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเพิ่มเติม เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลย้อนหลัง 5 ปีของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตับในหน่วยงานเดียวกัน พบว่ามีระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 14 วัน ซึ่งผู้ป่วยรายนี้มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลสั้นกว่า 4 วัน สะท้อนให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้แนวทาง ERAS ร่วมกับการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดโดย APN ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้ตามเป้าหมายของการรักษาและลดระยะวันนอนโรงพยาบาลได้

1.3 การไม่กลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Readmission) ภายหลังจำหน่าย ผู้ป่วยไม่มีการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด แสดงถึงความพร้อมของผู้ป่วยในการกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน และประสิทธิผลของการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

2. ผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing outcomes)

2.1 การควบคุมความเจ็บปวด ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่องโดยใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numerical Rating Scale: NRS) ร่วมกับการประเมินผลกระทบของความปวดต่อการหายใจลึก การไอ การลุกนั่ง และการเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดได้รับ fentanyl ทางหลอดเลือดดำ ร่วมกับการส่งเสริมเทคนิคการหายใจลึก การจัดท่า และการพยุงแผลขณะไอหรือเคลื่อนไหว ผลการประเมินพบว่า ในวันแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีคะแนนความปวดระดับปานกลางถึงมาก โดยคะแนน NRS สูงสุดอยู่ที่ 8 คะแนนในช่วงหลังผ่าตัดระยะแรก และลดลงเหลือประมาณ 3–4 คะแนนหลังได้รับการจัดการความปวดต่อมาในวันที่ 2 หลังผ่าตัดเป็นต้นไป คะแนนความปวดขณะเคลื่อนไหวลดลงอยู่ในช่วง 2–3 คะแนน แสดงให้เห็นแนวโน้มการควบคุมความปวดที่ดีขึ้นตามลำดับ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถหายใจลึก ไออย่างมีประสิทธิภาพ ลุกนั่ง ยืน และเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามเป้าหมายของแนวทาง ERAS

2.2 การฟื้นตัวของระบบทางเดินอาหารและการเคลื่อนไหวของร่างกายที่รวดเร็ว ภายหลังการดูแลตามแนวทาง ERAS ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวของระบบทางเดินอาหารและการเคลื่อนไหวร่างกายได้เร็ว โดยสามารถเรอและเริ่มทำกิจกรรมบนเตียงได้ตั้งแต่วันแรกหลังผ่าตัด ผายลมและขับถ่ายได้ภายในวันที่ 2 หลังผ่าตัด

2.3 ผู้ป่วยสามารถลุกเดิน รับประทานอาหาร และทำกิจวัตรพื้นฐานได้รวดเร็ว โดยผู้ป่วยสามารถลุกนั่งบนเตียงได้ตั้งแต่วันแรกหลังผ่าตัด ยืนข้างเตียงและเริ่มเดินในหอผู้ป่วยได้ในวันถัดมา รวมทั้งเริ่มรับประทานอาหารเหลวทางปากได้ใน POD1 และอาหารอ่อนใน POD2 ได้ตามแผนการดูแล ส่งผลให้สามารถกลับเข้าสู่กิจวัตรประจำวันได้เร็วและเป็นไปตามเป้าหมายของแนวทาง ERAS

2.4 ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมและคำแนะนำอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การดูแลแผล การรับประทานอาหาร การฝึกหายใจ การใช้ Triflow การเคลื่อนไหวร่างกาย และการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์ จึงสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างเหมาะสม และมีความพร้อมในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

2.5 ผู้ป่วยมีความมั่นใจและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง จากการใช้แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็มร่วมกับกระบวนการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายการฟื้นตัว ฝึกทักษะที่จำเป็นก่อนผ่าตัด และปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการฟื้นตัวและในการกลับไปดูแลตนเองที่บ้านมากขึ้น

2.6 ความวิตกกังวลลดลงและเพิ่มความพึงพอใจต่อการดูแลรักษา การให้ข้อมูลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามข้อสงสัย การใช้คู่มือประกอบการสอน และการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดโดย APN ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และแนวทางการฟื้นตัวมากขึ้น ส่งผลให้ความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัดลดลง ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี และมีความพึงพอใจต่อกระบวนการดูแลรักษา

2.7 ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ผู้ป่วยสามารถอธิบายและปฏิบัติการดูแลตนเองที่สำคัญได้ เช่น การฝึกหายใจลึก การใช้ Triflow การลุกนั่งและเดินอย่างปลอดภัย การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการสังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ ไข้ ปวดท้องมากขึ้น ท้องอืดมาก ตัวตาเหลืองเพิ่มขึ้น หรือแผลผิดปกติ สะท้อนถึงการเพิ่มขึ้นของศักยภาพในการดูแลตนเองตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม

3. ผลลัพธ์ด้านระบบบริการสุขภาพ (Health system outcomes)

3.1 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีภาวะ post-hepatectomy ascites ระดับ grade B แต่สามารถตรวจพบได้เร็ว ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงอื่นร่วม จึงไม่จำเป็นต้องได้รับหัตถการเพิ่มเติมที่ซับซ้อน ไม่ต้องกลับเข้ารักษาซ้ำ และสามารถจำหน่ายได้ภายในระยะเวลาที่เหมาะสม ส่งผลให้ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งในระดับผู้ป่วยและระบบบริการสุขภาพเมื่อเทียบกับกรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรือฟื้นตัวล่าช้า

3.2 เกิดการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบของทีมสหสาขาวิชาชีพ การดูแลผู้ป่วยรายนี้สะท้อนให้เห็นถึงการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดย APN ทำหน้าที่สำคัญในการประสานการดูแลระหว่างศัลยแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลหอผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลห้องพักฟื้น และทีมโภชนาการ เพื่อให้การดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกันตามแนวทาง ERAS ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ส่งผลให้กระบวนการดูแลมีความต่อเนื่อง ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการประยุกต์ใช้แนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีบริเวณขั้วตับ

จากการดูแลกรณีศึกษานี้ บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse: APN) เป็นบูรณาการอยู่ในทุกระยะของการดูแลรักษา ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด จนถึงการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย โดย APN ใช้สมรรถนะหลักในการประเมิน การคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจทางคลินิก การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ และการติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง เพื่อเชื่อมโยงแนวทาง ERAS กับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยรายบุคคล ซึ่งแสดงบทบาทตามสมรรถนะหลักในการดูแลผู้ป่วย ในด้านการดูแลโดยตรง (direct care) APN ประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยอย่างละเอียดทั้งก่อนและหลังผ่าตัด เฝ้าระวังอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด ใช้ข้อมูลทางคลินิกร่วมกับ FABIB score ในการประเมินและจัดลำดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด รวมถึงสามารถวิเคราะห์และจัดการภาวะน้ำในช่องท้องหลังการตัดตับ (post-hepatectomy ascites) ได้อย่างทันท่วงที นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการจัดการความปวด ส่งเสริมการฝึกหายใจ การใช้ Triflow การไออย่างมีประสิทธิภาพ และการเคลื่อนไหวเร็วอย่างปลอดภัยตามแนวทาง ERAS ด้านการจัดการรายกรณี (care management) วิเคราะห์ความต้องการการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะพร่องในการดูแลตนเองตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม เพื่อนำไปสู่การเลือกระบบการพยาบาลที่เหมาะสมกับระยะ

ของการฟื้นตัว ได้แก่ ระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมดในระยะแรกหลังผ่าตัด ระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วนในระยะฟื้นตัว และระบบสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย การวางแผนดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยค่อย ๆ เพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองและกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสม ด้านการให้คำปรึกษา (consultation) ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นระบบโดยเน้นการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา การฟื้นตัวหลังผ่าตัด การจัดการความปวด การส่งเสริมโภชนาการ การฝึกหายใจ การเคลื่อนไหวร่างกาย และการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ พร้อมทั้งใช้การสื่อสารเพื่อสร้างแรงจูงใจและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ด้านการประสานความร่วมมือ (collaboration) APN ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ ศัลยแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลหอผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลห้องพักฟื้น ทีมโภชนาการ และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางเดียวกันตามแนวทาง ERAS ครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ส่งผลให้การดูแลมีความต่อเนื่อง ลดความคลาดเคลื่อน และเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (change agent and evidence-based practice) APN นำแนวทาง ERAS มาประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและหน่วยงาน โดยเน้นการเปลี่ยนจากการดูแลตามกิจวัตรทั่วไปไปสู่การดูแลที่มีเป้าหมายชัดเจน มีการประเมินความเสี่ยงเฉพาะราย ใช้ข้อมูลทางคลินิกในการตัดสินใจ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการฟื้นตัว ซึ่งช่วยยกระดับคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดตับ ด้านการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (outcome management and evaluation) มีติดตามผลลัพธ์การดูแลอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การควบคุมความปวด การฟื้นตัวของระบบทางเดินอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย การรับประทานอาหาร ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระยะเวลานอนโรงพยาบาล และความพร้อมในการดูแลตนเองหลังจำหน่าย ผลลัพธ์พบว่าผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้ตามเป้าหมายของ ERAS ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง สามารถรับประทานอาหาร เคลื่อนไหว และดูแลตนเองต่อเนื่องได้ สะท้อนถึงการใช้บทบาทและสมรรถนะของ APN อย่างรอบด้านในการส่งเสริมการฟื้นตัวและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรนำแนวทาง ERAS ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคอื่นที่ต้องได้รับการผ่าตัดตับ โดยประเมินความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อวางแผนการดูแลให้เหมาะสมในแต่ละระยะ เน้นการจัดการความปวด โภชนาการ การลุกเดินเร็ว และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

2. ด้านการบริหาร ควรพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดตับผ่าตัดตับที่ประยุกต์ใช้ ERAS รวมทั้งสนับสนุนเครื่องมือประเมินและการอบรมพยาบาล เพื่อให้การดูแลมีมาตรฐาน ต่อเนื่อง และสามารถขยายผลไปยังกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมอื่นได้

3. ด้านการศึกษาวิจัย ควรศึกษาผลลัพธ์ของการประยุกต์ใช้ ERAS ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น เพื่อสนับสนุนการนำไปใช้ในบริบทอื่นอย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. Cardinale V. Classifications and misclassification in cholangiocarcinoma. Liver International. 2019; 39(2): 260–2. doi: https://doi.org/10.1111/liv.13998.
2. Khan AS, Dageforde LA. Cholangiocarcinoma. Surg Clin North Am. 2019; 99(2): 315–35. doi: 10.1016/j.suc.2018.12.004.
3. Massarweh N, El-Serag H. Epidemiology of hepatocellular carcinoma and intrahepatic cholangiocarcinoma. Cancer control. 2017; 24: 107327481772924.doi:10.1177/1073274817729245.
4. Rumgay H, Ferlay J, de Martel C, et al. Abstract 44: Global incidence of hepatocellular carcinoma and intrahepatic cholangiocarcinoma in 2018. Cancer epidemiology, biomarkers & prevention. 2021; 30(7_Supplement): 44 .doi: 10.1158/1538-7755.Asgcr21-44.
5. Bismuth H, Corlette MB. Intrahepatic cholangioenteric anastomosis in carcinoma of the hilus of the liver. Surg Gynecol Obstet. 1975; 140(2): 170–8.
6. Bismuth H, Nakache R, Diamond T. Management strategies in resection for hilar cholangiocarcinoma. Ann Surg. 1992; 215(1): 31–8. doi: 10.1097/00000658-199201000-00005.
7. Shen Y, Hu Y-L, Xu J-H, et al. Incidence, risk factors, outcomes, and prediction model of surgical site infection after hepatectomy for hepatocellular carcinoma: A multicenter cohort study. European Journal of Surgical Oncology. 2025; 51(2): 109486. doi: 10.1016/j.ejso.2024.109486.
8. Mansueto G, Gatti FL, Boninsegna E, et al. Biliary leakage after hepatobiliary and pancreatic surgery: A classification system to guide the proper percutaneous treatment. Cardiovasc Intervent Radiol. 2020; 43(2): 302–10. doi: 10.1007/s00270-019-02374-8.
9. Li J, Moustafa M, Freiwald-Bibiza E, et al. Is it feasible to standardize a composite postoperative complication reporting system for liver resection? Journal of Gastrointestinal Surgery. 2020; 24(12): 2748–55. doi: https://doi.org/10.1007/s11605-019-04457-w.
10. Soreide JA, Deshpande R. Post hepatectomy liver failure (PHLF) – Recent advances in prevention and clinical management. Eur J Surg Oncol. 2021; 47(2): 216–24. doi: 10.1016/j.ejso.2020.09.001.
11. Lopez-Guerra D, Santos-Naharro J, Rojas-Holguin A, et al. Postoperative bleeding and biliary leak after liver resection: A cohort study between two different fibrin sealant patches. Sci Rep. 2019; 9(1): 12001.doi: 10.1038/s41598-019-48529-y.
12. Downey CL, Bainbridge J, Jayne DG, et al. Impact of in-hospital postoperative complications on quality of life up to 12 months after major abdominal surgery. Br J Surg. 2023; 110(9): 1206–12. doi: 10.1093/bjs/znad167.
13. Armellini A, Chew S, Johnston S, et al. The hospital costs of complications following major abdominal surgery: A retrospective cohort study. BMC Res Notes. 2024; 17(1): 59.doi: 10.1186/s13104-024-06720-z.
14. Kodra N, Shpata V, Ohri I. Risk factors for postoperative pulmonary complications after abdominal surgery. Open Access Maced J Med Sci. 2016; 4(2): 259–63. doi: 10.3889/oamjms.2016.059.
15. Ripolles-Melchor J, Ramirez-Rodriguez JM, Casans-Frances R, et al. Association between use of enhanced recovery after surgery protocol and postoperative complications in colorectal surgery: The postoperative outcomes within enhanced recovery after surgery protocol (POWER) study. JAMA Surg. 2019; 154(8): 725–36. doi: 10.1001/jamasurg.2019.0995.

16. Ripolles-Melchor J, Abad-Motos A, Logrono-Egea M, et al. Postoperative outcomes within enhanced recovery after surgery protocol in elective total hip and knee arthroplasty. POWER.2 study: study protocol for a prospective, multicentre, observational cohort study. Turk J Anaesthesiol Reanim. 2019; 47(3): 179-86. doi: 10.5152/TJAR.2019.87523.
17. Carter-Brooks CM, Du AL, Ruppert KM, et al. Implementation of a urogynecology-specific enhanced recovery after surgery (ERAS) pathway. Am J Obstet Gynecol. 2018; 219(5): 495 e1-e10. doi: 10.1016/j.ajog.2018.06.009.
18. Joliat GR, Kobayashi K, Hasegawa K, et al. Guidelines for perioperative care for liver surgery: Enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations 2022. World J Surg. 2023; 47(1): 11-34.doi: 10.1007/s00268-022-06732-5.
19. Orem D. Nursing: concepts of practice. 2001;6th ed.
20. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Biliary Tract Cancers [Internet]. Version 1.2025. Available from: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/BiliaryTractCancers.pdf.
21. Hanucharurnkul S. Orem's nursing theory. In S. Hanucharurnkul (Ed.), Self-care: The science and art of nursing: Bangkok: V.J. Printing.; 2001. 17-55 p.
22. Brodersen F, Wagner J, Uzunoglu FG, et al. Impact of preoperative patient education on postoperative recovery in abdominal surgery: A systematic review. World J Surg. 2023; 47(4): 937-47. doi: 10.1007/s00268-022-06884-4.
23. Kundra P, Vitheeswaran M, Nagappa M, et al. Effect of preoperative and postoperative incentive spirometry on lung functions after laparoscopic cholecystectomy. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2010; 20(3): 170-2. doi: 10.1097/SLE.0b013e3181db81ce.
24. Liu D, Zhu L, Yang C. The effect of preoperative smoking and smoke cessation on wound healing and infection in post-surgery subjects: A meta-analysis. Int Wound J. 2022; 19(8): 2101-6. doi: 10.1111/iwj.13815.
25. Yang L, Zhang Z, Kong J, et al. Systematic review and meta-analysis of the benefit and safety of preoperative administration of steroid in patients undergoing liver resection. Front Pharmacol. 2019; 10: 1442. doi: 10.3389/fphar.2019.01442.
26. Hasegawa Y, Nitta H, Takahara T, et al. Glucocorticoid use and ischemia-reperfusion injury in laparoscopic liver resection: Randomized controlled trial. Ann Gastroenterol Surg. 2020; 4(1): 76-83. doi: 10.1002/ags3.12298.
27. Clinical guideline for prevention and management of perioperative hypothermia [Internet]. 2023. Available from: https://www.rcat.org/_files/ugd/09122c_973768a8cc2a438d91b5ecbf8428b6fc.pdf?lang=en.
28. Harimoto N, Araki K, Ishii N, et al. Predictors of postoperative ascites after hepatic resection in patients with hepatocellular carcinoma. Anticancer Research. 2020; 40(8): 4343.doi: 10.21873/anticanres.14437.
29. Acosta L, Garcia C, Dugan A, et al. Impact of super obesity on perioperative outcomes after hepatectomy: The weight of the risk. Surgery. 2017; 162. doi: 10.1016/j.surg.2017.07.007.

30. Chularee S. Incidence of Post-operative Complications, Nursing Management and Outcomes in Patients at Post Anesthesia Care Unit (PACU). Journal of Nursing and Health care. 2018;35(4): 194-203. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/111877.
31. Dieu AA-O, Huynen P, Lavand'homme P, et al. Pain management after open liver resection: Procedure-Specific Postoperative Pain Management (PROSPECT) recommendations. 2021; 46(5): 433-45. doi: 10.1136/rapm-2020-101933.
32. de Almeida EPM, de Almeida JP, Landoni G, et al. Early mobilization programme improves functional capacity after major abdominal cancer surgery: A randomized controlled trial. Br J Anaesth. 2017; 119(5): 900-7 .doi: 10.1093/bja/aex250.

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาคุณภาพบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารฯ

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์นี้ เป็นวารสารที่มีการควบคุมคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จากหลายสถาบัน จึงขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการประเมินคุณภาพบทความในระยะ 6 ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2564–2569) ดังรายชื่อต่อไปนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักขณ์ เอื้อกิจ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัฆวี ปิยะบัณฑิตกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
6. รองศาสตราจารย์ ดร.บำเพ็ญจิต แสงชาติ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
7. รองศาสตราจารย์ ดร.ชัจคเณศ์ แพรขาว	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
8. นางสมจิตร์ หร่องบุตรศรี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
9. รองศาสตราจารย์ ดร.อัมพรพรรณ ธีรานุตร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
10. รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข ศิริพูล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
11. รองศาสตราจารย์ ดร.ขนิษฐา นันทบุตร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
12. รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เกษียณ)
13. รองศาสตราจารย์ ดร.จุฬาภรณ์ ตั้งภักดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
14. รองศาสตราจารย์ ดร.วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
15. รองศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ปริสัญญกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
16. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิกุล นันทชัยพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
17. รองศาสตราจารย์ ดร.วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
18. รองศาสตราจารย์ ดร.ฐิติณัฏฐ์ อัคคะเดชอนันต์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
19. รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรี วรกิจพูนผล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
20. ศาสตราจารย์ ดร.ภัทราภรณ์ ภทรสกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
21. รองศาสตราจารย์ ดร.ประทุม สร้อยวงค์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
22. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิยา นารินทร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
23. รองศาสตราจารย์ ดร.วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
24. รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช ชูโต	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
25. อาจารย์ ดร.หรรษา เศรษฐบุปผา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
26. รองศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
27. รองศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห้านิรัติศัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

28. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุไรรัตน์ กีบาง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
29. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุณฑริกา ชาตรีวัฒนกุล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
30. รองศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา คงวัฒนานนท์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
31. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
32. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญญพร บรรณสาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
33. อาจารย์.ดร.ณัฐพัชร์ บัวบุญ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
34. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสารนีย์ ทรงประโคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
35. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร เบญญพร บรรณสาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
36. ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุกัญญา พูลโพธิ์กลาง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
37. รองศาสตราจารย์ ดร.จิณพิชญ์ชา (มะมม) สาธิยมาส คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
38. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักขณ์ เอื้อกิจ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
39. รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
40. ศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
41. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกรีฑากุล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
42. รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา วัชรสินธุ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
43. รองศาสตราจารย์ ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
44. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ พูลทวี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
45. รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
46. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงระวี มณีศรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
47. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภัค เภตราสุวรรณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
48. รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาวรรณ หนูคง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
49. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อำภาพร นามวงศ์พรหม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
50. รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ดีนาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
51. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อำภาพร นามวงศ์พรหม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
52. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ แววว่องคุปต์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
53. รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณี เดียวอิศเรศ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
54. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.หทัยรัตน์ แสงจันทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ
55. รองศาสตราจารย์ ดร.โสเพ็ญ ชูนวล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
56. รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธรังษี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
57. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัพณา กิจรุ่งโรจน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
58. รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
59. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ กฤตย์ประชา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เกษียณ)

60. รองศาสตราจารย์ ดร.กันตพร ยอดใชย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
61. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชิณวงศ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
62. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินีกาญจน์ คงสุวรรณ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
63. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทรา พรหมน้อย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
64. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัดใจ เวชประสิทธิ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
65. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปราณี คำจันทร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
66. รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิกานต์ กาละ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
67. รองศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เกษียณ)
68. รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา ชัชเวช	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
69. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิสระมาลัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เกษียณ)
70. รองศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เกษียณ)
71. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิสมัย วัฒนสิทธิ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เกษียณ)
72. รองศาสตราจารย์ ดร.กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
73. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงสุดา ศิริปิตุภูมิ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
74. ดร.เกสร พรมเหล็ก	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
75. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ หนูแก้ว	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
76. รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช บุญยัง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
77. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร	นักวิชาการอิสระ
78. ดร.กฤษดา แสวงดี	นักวิชาการอิสระ
79. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ	นักวิชาการอิสระ
80. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิโรบล กนกสุนทรรัตน์	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
81. รองศาสตราจารย์ ดร.แสงทอง ธีระทองคำ	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
82. รองศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา มั่นคง	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

83. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสริมศรี สันตติ	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
84. รองศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติ	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
85. ศาสตราจารย์ ดร.นพวรรณ เปียซื่อ	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
86. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อินทิรา รูปสว่าง	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
87. รองศาสตราจารย์ ดร.สายพิณ เกษมกิจวัฒนา	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
88. รองศาสตราจารย์ ดร.สุชิรา ชัยวิบูลย์ธรรม	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
89. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรีย์ ธรรมิกบวร	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
90. นางสาวรัตนาภรณ์ จีระวัฒนะ	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
91. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
92. ดร.มาริสา สุวรรณราช	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
93. รองศาสตราจารย์ ดร.สายฝน เอกวรางกูร	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
94. รองศาสตราจารย์ ดร.จอม สุวรรณโณ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
95. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชิดชนก มยูรภักดิ์	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
96. พว.กัญจนา ปุกคำ	โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
97. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มลธิรา อุดชุมพิสัย	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
98. อาจารย์ ดร.ยุพา วงศ์รสไตร	มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
99. พว.จินตนา พรรณเนตร	โรงพยาบาลแหลมฉบัง
100. นาวาโทหญิง ผศ.ดร.สุปราณี พลธนะ	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
101. น.ท. หญิง ผศ.(พิเศษ) กนกเลขา สุวรรณพงษ์	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
102. ผศ.นาวาโทหญิง ดร.อรวรรณ ฆ้องต้อ	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
103. คุณสุทธิพันธ์ ถนอมพันธ์	โรงพยาบาลนครพิงค์
104. อาจารย์ ดร.ดวงรัตน์ กวีนันทชัย	คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

105. รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
106. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ สุนทร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
107. ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฬาลักษณ์ แก้วสุก	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
108. พว.สุพรพรรณ์ กิจบรรยงเลิศ	โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
109. อ.ดร.ปลื้มจิต โชติกะ	คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
110. พว.สุธิสา เต็มทับ	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
111. ดร.อนุชา ไทยวงษ์	วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
112. ดร.บำเหน็จ แสงรัตน์	โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
113. ผู้ช่วยศาสตราจารย์กมลวรรณ สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
114. ดร.นฤมล พระใหญ่	สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย)
Advanced Practice Nurse Association (Thailand)
อาคารนครินทรศรี กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อ.เมืองนนทบุรี จ.นนทบุรี 11000โทร. 0 2596 7576 โทรสาร 0 2951 0150

คำสั่งสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย)
ที่ 001/2567
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย)

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 78 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ประกอบกับข้อบังคับของสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย) พ.ศ. 2552 หมวด 3 คณะกรรมการและหน้าที่รับผิดชอบ กำหนดจำนวนกรรมการ คุณสมบัติ หลักเกณฑ์ วิธีการสรรหา การเลือกนายกสมาคมและกรรมการ วาระการดำรงตำแหน่งและการพ้นจากตำแหน่งของคณะกรรมการอำนวยการสมาคม ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ 2/2567 วันที่ 18 มีนาคม 2567 จึงแต่งตั้งบุคคลต่อไปนี้ เป็นคณะกรรมการอำนวยการสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย)

คณะกรรมการอำนวยการ

1. รศ.ดร.ประณีต	ส่งวัฒนา	นายกสมาคม
2. ผศ.ดร.จริยา	วิทยะศุภร	อุปนายก
3. พว.จินตนา	พรรณเนตร	เลขานุการ
4. รศ.ดร.ปิยะนุช	ชูโต	วิชาการ
5. รศ.ดร.ยาใจ	สิทธิมงคล	วิชาการ
6. พว.กัญจนา	ปุกคำ	วิชาการ
7. ศ.ดร.นพวรรณ	เปียซื่อ	วารสาร
8. รศ.ดร.จิณพิชญ์ชา	สาธิยมาส	วารสาร
9. พว. บำเหน็จ	แสงรัตน์	วารสาร
10. พว. สุทธิพันธ์	ถนอมพันธ์	วารสาร
11. พว.พัชรี	ประไพพิณ	เหรัญญิก
12. พว.ศิริทิพย์	สงวนวงศ์วาน	ปฏิคม
13. พว. เนาวนิตย์	พลพินิจ	นายทะเบียน
14. พว.อรทัย	บัวคำ	ประชาสัมพันธ์
15. พว. ศุภมาศ	บำรุงรัตน์	สวัสดิการ
16. พว. คมเนตร	สกุลธนะศักดิ์	จัดหาทุน
17. พว.พิมพ์นิภา	ศรีนพคุณ	ผู้จัดการสำนักงาน

คณะกรรมการมีหน้าที่ตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย)
ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้ถึงวันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2570

ประกาศ ณ วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2567

(รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา)
นายกสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย)

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน
วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย

วารสารวารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย (Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice: tjnmp) เป็นวารสารวิชาการฉบับภาษาไทย ดำเนินการโดย สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย) ร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ขั้นสูงแห่งประเทศไทย โดยการสนับสนุนของสภาการพยาบาล เป็นแหล่งรวบรวมและตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ที่ได้จากการปฏิบัติการพยาบาลและการวิจัยเชิงพัฒนาคุณภาพของการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เป็นศูนย์กลางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสร้างความร่วมมือและเชื่อมโยงเครือข่ายการพัฒนานวัตกรรมและการปฏิบัติตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ของพยาบาลในระดับชาติและนานาชาติ ผู้เขียนที่สนใจจะส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ใน “วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย” กรุณาศึกษาแนวทางการเขียนตามคำแนะนำสำหรับผู้เขียน ดังนี้

(หมายเหตุ: คำแนะนำฉบับนี้ให้เริ่มใช้กับบทความที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน 2567 เป็นต้นไป)

1. เงื่อนไขในการตีพิมพ์บทความ

1.1 ผู้นิพนธ์จะต้องเตรียมต้นฉบับบทความ การอ้างอิงให้เป็นไปตามรูปแบบที่วารสารฯ กำหนด และผู้นิพนธ์จะต้องนำส่งบทความ (Submit) ด้วยบัญชี (ThaiJO User Account) ของผู้นิพนธ์ผ่านระบบ ThaiJO ที่ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/apnj/about/ submissions

1.2 บทความต้นฉบับที่ส่งมารับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฯ จะต้องไม่เคยเผยแพร่หรือกำลังอยู่ในระหว่างการประเมินของวารสารอื่น

1.3 บทความที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลอง (แล้วแต่กรณี) ให้ผู้เขียนแนบหนังสือรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลองมาพร้อมกับบทความที่ส่งมารับการพิจารณาตีพิมพ์

1.4 ผู้นิพนธ์จะต้องส่งผลการตรวจสอบการลอกเลียนงานวรรณกรรมบทความจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ Turn-It-In หรือโปรแกรม Copy Catch หรือโปรแกรมอื่นที่เป็นที่ยอมรับ

1.5 มีรายการอ้างอิงทั้งในเนื้อหาและท้ายบทความครบถ้วน ตรงกัน และถูกต้องตามรูปแบบ Vancouver ที่วารสารฯ กำหนด

1.6 หากบทความได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ ผู้เขียนจะมีค่าใช้จ่ายตามอัตราค่าตีพิมพ์ โดยชำระเงินค่าธรรมเนียมหลังจากได้รับแจ้งจากทางวารสารฯ แล้วเท่านั้น

1.7 บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารฯ จะได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาของบทความ จากหลากหลายสถาบัน อย่างน้อย 3 ท่าน โดยในกระบวนการประเมินคุณภาพ**จะไม่เปิดเผยให้เจ้าของบทความทราบว่าใครคือผู้ประเมินและผู้ประเมินจะไม่ทราบว่าบทความนั้นเป็นของผู้ใด (Double Blind Peer Review)**

1.8 บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารฯ ถือเป็นความคิดเห็นและเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนและคณะฯ เท่านั้น ทางวารสารฯ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย หรือมีส่วนร่วมรับผิดชอบร่วมด้วยแต่อย่างใด

2. การเตรียมต้นฉบับ

2.1 ต้นฉบับ พิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมไมโครซอฟท์ เวิร์ด (Microsoft Word) ใช้ตัวอักษร AngsanaUPC ขนาดหน้ากระดาษ A4 เว้นห่างจากขอบ 1 นิ้วโดยรอบ ความยาวไม่ควรเกิน 12 หน้า (ไม่รวมเอกสารอ้างอิง) **ใช้การอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์** (Vancouver Style) ตามที่วารสารกำหนด

2.2 ประเภทบทความ (เช่น บทความวิจัย (research article) โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาการปฏิบัติ (capstone project) การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic reviews) การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (development of practice guidelines) รายงานกรณีศึกษา (case report) บทความวิชาการ (academic article) บทความปกิณกะ (miscellaneous) และอื่น ๆ) ให้พิมพ์ด้วยตัวหนา ขนาด 18 point และจัดให้ชิดขวา (Align Right) ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ

2.3 ชื่อบทความ ใช้ตัวหนา ขนาด 18 point โดยจัดให้อยู่กลาง (Center) หน้ากระดาษ ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ

2.4 ชื่อผู้เขียนและคุณวุฒิ (สาขา ถ้ามี) ใช้ตัวเอียง ขนาด 16 point มีเลขอารบิกยกเป็นเชิงอรรถหน้าชื่อผู้แต่ง โดยให้อยู่ใต้ชื่อเรื่อง และจัดชิดขวา (Align Right)

2.5 ตำแหน่งทางวิชาการ สถานที่ทำงาน/สังกัดของผู้เขียน อีเมลของผู้รับผิดชอบหลัก (Corresponding Author) และสถานะของรายงานการวิจัย (กรณีเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์) ใช้ตัวเอียง ขนาด 16 point ให้พิมพ์ไว้เป็นเชิงอรรถในหน้าแรกทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.6 บทคัดย่อ (Abstract) ทั้งไทยและอังกฤษ ใช้ตัวปกติ ขนาด 16 point มีจำนวนไม่เกิน 300 คำ เนื้อหาประกอบด้วย วัตถุประสงค์ วิธีการ ผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

2.7 คำสำคัญ (Keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีจำนวน 3-5 คำ คั่นคำสำคัญด้วย ; (กรณีเป็นภาษาอังกฤษให้ใช้ตัวอักษรพิมพ์เล็ก) คำสำคัญให้เรียงลำดับตามเนื้อหา

2.8 เนื้อหา พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาด 16 pt และให้เรียงหัวข้อ ตามลำดับ ดังนี้

1) บทความวิจัย (Research Article) ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (ไทย/อังกฤษ)
- ความเป็นมาและความสำคัญ
- วัตถุประสงค์
- ระเบียบวิธีวิจัย
- จริยธรรมการวิจัย
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล

- ข้อเสนอแนะ
- เอกสารอ้างอิง

2) โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาการปฏิบัติ (Capstone project) ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (ไทย/อังกฤษ)
- ความเป็นมาและความสำคัญ
- วัตถุประสงค์
- วิธีการดำเนินโครงการ
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- ผลการดำเนินโครงการ
- อภิปรายผล (ปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินโครงการ)
- ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้
- เอกสารอ้างอิง

3) การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (ไทย/อังกฤษ)
- ความเป็นมาและความสำคัญ
- วัตถุประสงค์ของการทบทวนวรรณกรรม
- วิธีการทบทวนวรรณกรรม
- การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์
- การประเมินคุณภาพและคัดเลือกวรรณกรรม
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- การนำเสนอผล
- ข้อจำกัดของการทบทวนวรรณกรรม
- ข้อเสนอแนะในการนำผลไปใช้
- เอกสารอ้างอิง

4) การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (Development of clinical practice guidelines) ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (ไทย/อังกฤษ)
- ความเป็นมาและความสำคัญ
- วัตถุประสงค์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติ
- แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติ
- วิธีการพัฒนาแนวปฏิบัติ
- การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์
- การประเมินคุณภาพและคัดเลือกหลักฐาน

- แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น
- ข้อเสนอแนะในการนาแนวปฏิบัติไปใช้
- ข้อจำกัดในการพัฒนาแนวปฏิบัติ
- เอกสารอ้างอิง

5) รายงานกรณีศึกษา (Case study/report) ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (ไทย/อังกฤษ)
- บทนำ
- ตัวอย่างกรณีศึกษา
- การวิเคราะห์ตัวอย่างกรณีศึกษา
- สรุปและอภิปราย
- ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ
- เอกสารอ้างอิง

6) บทความวิชาการ (Academic article) ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (ไทย/อังกฤษ)
- บทนำ
- เนื้อเรื่อง
- บทสรุป
- ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ
- เอกสารอ้างอิง

2.9 เอกสารอ้างอิง ไม่ควรเกิน 25 รายการ (เขียนเป็นภาษาอังกฤษ) และต้องมีอายุไม่เกิน 10 ปี และในกรณีที่มีความจำเป็นบรรณาธิการฯ จะพิจารณาเป็นราย ๆ ไป

2.10 ตาราง ภาพประกอบ หรือแผนภูมิ (ถ้ามี) ตารางให้มีจำนวนไม่เกิน 3 ตาราง ภาพ หรือ แผนภูมิ ให้มีจำนวนไม่เกิน 2 ตาราง โดยระบุในเนื้อเรื่อง ไม่ต้องพิมพ์แยก (กรณีคัดลอกจากแหล่งอื่นที่อาจมีลิขสิทธิ์และการอ้างอิงหรือขออนุญาตด้วย)

ตัวอย่างภาษาไทย

ประเภทบทความภาษาไทย ขนาด 18pt

ชื่อบทความภาษาไทย ขนาด 18pt

ชื่อผู้แต่งภาษาไทยคนที่ 1[1] ชื่อย่อคุณวุฒิภาษาไทย (ชื่อสาขาภาษาไทย ถ้ามี) (ขนาด 16 pt)

ชื่อผู้แต่งภาษาไทยคนที่ 2[2] ชื่อย่อคุณวุฒิภาษาไทย (ชื่อสาขาภาษาไทย ถ้ามี) (ขนาด 16 pt)

บทคัดย่อ: เนื้อหาให้เขียนบรรยายประกอบไปด้วยองค์ประกอบของวัตถุประสงค์ วิธีการ ผลการศึกษา และ ข้อเสนอแนะ จำนวนไม่เกิน 300 คำ (ขนาด 16 pt)

.....

.....

คำสำคัญ: คำที่ 1; คำที่ 2; คำที่ 3; คำที่ 4; คำที่ 5 (จำนวน 3–5 คำ เรียงลำดับตามเนื้อหา)

[1]ตำแหน่งทางวิชาการภาษาไทย (ถ้ามี) สังกัดของผู้แต่งคนที่ 1 จังหวัด

[2] ตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) สังกัดของผู้แต่งคนที่ 2 จังหวัด

ตัวอย่าง เช่น

- ***<u>กรณีผู้นิพนธ์เป็นนักศึกษา</u>***

[1]นักศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

- ***<u>กรณีผู้นิพนธ์เป็นพยาบาลวิชาชีพ</u>***

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

[2]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

- ***<u>กรณีผู้นิพนธ์เป็นอาจารย์</u>***

[1]อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

[3]รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

[4]ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

- **หากผู้นิพนธ์ท่านใดเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ให้ระบุอีเมลที่ผู้นิพนธ์** ตัวอย่างเช่น

[2]รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: praneed.s@psu.ac.th

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ

ประเภทบทความภาษาอังกฤษ ขนาด 18pt

ชื่อบทความภาษาอังกฤษขนาด 18pt

ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษคนที่ 1[1] ชื่อย่อคุณวุฒิภาษาอังกฤษ (ชื่อสาขาภาษาอังกฤษ ถ้ามี) (ขนาด 16 pt)

ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษคนที่ 2[2] ชื่อย่อคุณวุฒิภาษาอังกฤษ (ชื่อสาขาภาษาอังกฤษ ถ้ามี) (ขนาด 16 pt)

Abstract: เนื้อหาให้เขียนบรรยายประกอบไปด้วยองค์ประกอบของวัตถุประสงค์ วิธีการ ผลการศึกษา และ ข้อเสนอแนะ จำนวนไม่เกิน 300 คำ ให้สอดคล้องกับภาษาไทย (ขนาด 16 pt)

.....

.....

Keywords: คำที่ 1; คำที่ 2; คำที่ 3; คำที่ 4; คำที่ 5 (จำนวน 3-5 คำ เรียงลำดับตามเนื้อหา ให้สอดคล้องกับภาษาไทย)

[1] ตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) สังกัดของผู้แต่งคนที่ 1 จังหวัด

[2] ตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) สังกัดของผู้แต่งคนที่ 2 จังหวัด

ตัวอย่าง เช่น

- ***<u>กรณีผู้นิพนธ์เป็นนักศึกษา</u>***

[1]Master of Nursing Student, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla

- ***<u>กรณีผู้นิพนธ์เป็นพยาบาลวิชาชีพ</u>***

[1]Registered nurse, Professional Level, Songklanagarind Hospital, Songkhla

[1]Registered nurse, Senior Professional Level, Songklanagarind Hospital, Songkhla

- ***<u>กรณีผู้นิพนธ์เป็นอาจารย์</u>***

[2] Lecturer, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla,

[2] Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla

[2]Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla

[3]Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla

- **หากผู้นิพนธ์ท่านใดเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ให้ระบุอีเมลที่ผู้นิพนธ์ที่ ดังนี้**

[2]Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla; Corresponding author, E-mail: praneed.s@psu.ac.th

เนื้อหา (เรียงลำดับหัวข้อตามประเภทของบทความนั้น ๆ ที่วารสารฯ กำหนด) เช่น

ความเป็นมาและความสำคัญ

.....

.....

วัตถุประสงค์

.....

.....

ระเบียบวิธีวิจัย (ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง/เครื่องมือในการวิจัย/การเก็บรวบรวมข้อมูล)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

.....

.....

เครื่องมือในการวิจัย

.....

.....

การเก็บรวบรวมข้อมูล

.....

.....

จริยธรรมการวิจัย (กรณีเป็นบทความที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง)

.....

.....

การวิเคราะห์ข้อมูล

.....

.....

ผลการวิจัย

.....

.....

อภิปรายผล

.....

.....

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

เอกสารอ้างอิง (ไม่ควรเกินจำนวน 25 รายการ และเขียนเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ)

1. .....

2. .....

3. .....

การเขียนรายการอ้างอิงตามรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

การเขียนรายการอ้างอิงตามรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การอ้างอิงในเนื้อหา (In – Text Citation) และการอ้างอิงท้ายบท (Reference) ดังนี้

1. การอ้างอิงเนื้อหา (In – Text Citation)

1.1 <u>แบบเน้นผู้เขียน</u> ให้ใส่เลขอารบิกยกหลังชื่อผู้เขียน เช่น

...คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยการเปิดตารางสำเร็จรูป ของ Polit and Beck24 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20....

...เช่นเดียวกับการศึกษาของ Wang, et al.22 ซึ่งรายงานว่า การมีแหล่งสนับสนุนให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเมื่อกลับไปอยู่บ้านช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจเพิ่มขึ้นและช่วยลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วย...

<u>โปรดสังเกต</u>

1) หากผู้เขียนมี**จำนวน 2 คน** ให้เชื่อมนามสกุลผู้แต่งด้วย and เช่น Boonsanu and Yunibhand

2) หากผู้เขียนมี**จำนวน 3 คน** ให้เชื่อมนามสกุลผู้แต่งด้วย , และ and เช่น Sangkaew, Nukaew and Suttharangsee

3) หากผู้เขียนมี**จำนวนมากกว่า 3 คน** ให้ลงนามสกุลผู้แต่งเพียง 1 คนแล้วตามด้วย , et al เช่น Punja, et al.

1.2 <u>แบบเน้นเนื้อหา</u> ให้ใส่เลขอารบิกยกหลังข้อความที่อ้างอิง เช่น

...โรคไตเรื้อรัง (CKD) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก เนื่องจากมีอุบัติการณ์เพิ่มและมีความชุกสูงขึ้น พบว่าเกือบ 700 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 8 ของประชากรทั่วโลกเป็นโรคไตเรื้อรัง[1]....

.....ซึ่งโทรศัพท์มือถือเป็นวิธีการหนึ่งที่ได้รับความนิยมมากขึ้นเรื่อย ๆ [14-16]....

....จากปัญหาความไม่เพียงพอของพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นอุปสรรคหนึ่งของกระบวนการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง[8,12]...

<u>โปรดสังเกต:</u> การอ้างอิงในเนื้อหาแบบหลายรายการ หากเลขอ้างอิงมีลำดับที่<u>เรียงกัน</u>อย่างต่อเนื่อง ให้ใช้เครื่องหมายยติภังค์ (-) คั่นระหว่างเลข เช่น [11-16] หรือ [6-7] แต่ถ้าเลขอ้างอิงไม่เรียงกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างเลข เช่น [8,11,25]

2. การอ้างอิงท้ายบท (Reference) มีหลักการเขียนดังนี้

2.1 พิมพ์รายการอ้างอิงตามลำดับที่ด้อ้างอิงไว้ในเนื้อหาเป็นภาษาอังกฤษ

2.2 พิมพ์หมายเลขลำดับการอ้างอิงไว้ชิดขอบกระดาษด้านซ้าย หากรายการอ้างอิงมีความยาวมากกว่าหนึ่งบรรทัดให้พิมพ์บรรทัดถัดไปโดยย่อหน้าให้ตรงกับข้อความในบรรทัดแรก

2.3 รูปแบบการอ้างอิงจะแตกต่างกันตามประเภทของเอกสารที่นำมาอ้างอิง ดังตัวอย่าง

ตัวอย่างการเขียนรายการอ้างอิงท้ายบท (Reference) ตามประเภทของเอกสาร

1. **หนังสือ** (Book)

นามสกุลผู้แต่ง อักษรแรกของชื่อต้น อักษรย่อชื่อกลาง (ถ้ามี). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

[1]Pormnoppadol C. Attention deficit hyperactivity disorder. Bangkok: Siriraj Book; 2018. Thai.

[2]Sitdhiraksa N, Wansawak K, Wanrit K, et al. Psychiatry Siriraj DSM-V. 2nd ed. Bangkok: Prayoonsan Thai Printing; 2015. Thai.

[3]Hair JF, Black WC, Babin BJ, et al. Multivariate data analysis. 7th ed. New Jersey: Pearson Education; 2010.

นามสกุลบรรณาธิการ อักษรแรกของชื่อต้น อักษรย่อชื่อกลาง (ถ้ามี), editor/editors. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

2. หนังสือที่มีเฉพาะบรรณาธิการเป็นผู้รวบรวม (Edited Book)

ตัวอย่าง

[1]Norasan S, Saibai P, editors. Trauma nursing. Bangkok: Ramathibodi Hospital; 2016. Thai.

3. บทที่อยู่ในหนังสือ (Chapter in Book)

นามสกุลผู้แต่ง อักษรแรกของชื่อต้น อักษรย่อชื่อกลาง (ถ้ามี). ชื่อบท. In: นามสกุลบรรณาธิการ อักษรแรกของชื่อต้น อักษรย่อชื่อกลาง (ถ้ามี), editor/editors. ชื่อหนังสือ.ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

4. บทความในวารสาร (Journal/E-journal) **ตัวอย่าง**

นามสกุลผู้แต่ง อักษรแรกของชื่อต้น อักษรย่อชื่อกลาง (ถ้ามี). ชื่อบทความ. ชื่อย่อวารสาร. ปีพิมพ์; ปีที่ (ฉบับที่): เลขหน้าแรก – หน้าสุดท้าย. doi: (ถ้ามี).

ตัวอย่าง

[1]Paiva ED, Zanchetta MS, Londoño C. Innovation in thinking and scientific action: The method of design thinking for nursing. Escola Anna Nery. 2020; 24(4): 1-5. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0304.

5. การอ้างอิงจากเว็บไซต์ (Internet/Website) **ตัวอย่าง**

นามสกุลผู้แต่ง อักษรแรกของชื่อต้น อักษรย่อชื่อกลาง (ถ้ามี) หรือชื่อหน่วยงาน หรือชื่อเว็บไซต์ [internet]. ปีที่เผยแพร่ [cited ปี เดือน วัน]. Available from: http://...

ตัวอย่าง

[1]Cox M. Design thinking in healthcare [Internet]. 2015 [cited 2023 Jan 18]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/281408556_Design_Thinking_in_Healthcare.

[2]Department of Disease Control, Division of Communicable Disease. Coronavirus disease 2019 (COV-ID-19) situation: Public health measures and barriers to disease prevention among traveler [Internet]. 2021 [cited 2022 May 21]. Available from: https://ddc.moph.go.th/uploads/files/20174202108200252 38.pdf.

[3]Wood-database.com. Balsa [Internet]. [date unknown] [cited 2023 Feb 3]. Available from: https://www.wood-database.com/balsa.

6. ปริญญานิพนธ์ตัวอย่าง

นามสกุลผู้แต่ง อักษรแรกของชื่อต้น อักษรย่อชื่อกลาง (ถ้ามี). ชื่อเรื่อง [dissertion]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีพิมพ์. จำนวนหน้าทั้งหมดp.

ตัวอย่าง

[1]Balthip Q. Achieving harmony of mind: A grounded theory study of people living with HIV/AIDS in the Thai context [dissertation]. New Zealand: Massey, Palmerton North, University; 2010. 301p.

7. บทความที่นำเสนอในที่ประชุมวิชาการ (Conference Paper)

ตัวอย่าง

[1]Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

โปรดสังเกต

1) หากผู้เขียนมีจำนวนไม่เกิน 3 คน ให้ลงนามสกุลผู้แต่งทุกคน เช่น

Nukaew O.

Sangkaew T, Nukaew O, Suttharangsee W.

Boonsanu K, Yunibhand J.

2) หากผู้เขียนมีจำนวนมากกว่า 3 คน ให้ลงนามสกุลผู้แต่งเพียง 3 คนแล้วตามด้วย , et al เช่น Punja S, Shamseer L, Hartling L, et al.

3) ชื่อหนังสือให้ใช้อักษรพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นอักษรตัวแรกของชื่อเรื่อง/บทความ อักษรตัวแรกที่อยู่หลังเครื่องหมาย : และชื่อเฉพาะ เช่น

Interpersonal relations in nursing. (I คือ อักษรแรกของชื่อเรื่อง/บทความ)

Data and statistics of child psychiatry report: Southern Institute of Child and Adolescent Psychiatry (ชื่อหน่วยงานเป็นชื่อเฉพาะ)

Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies? (อักษรตัวแรกที่อยู่หลังเครื่องหมาย :)

4) หากปรากฏผู้แต่งที่เป็นนิติบุคคล เช่น ชื่อหน่วยงาน ชื่อเว็บไซต์ ให้ลงชื่อหน่วยงาน ชื่อหนังสือหรือชื่อหนังสือ หรือชื่อเว็บไซต์นั้น ๆ หากมีหน่วยงานย่อยให้คั่นด้วย , เช่น

[1]Ministry of Interior, Center for COVID-19 Situation Admiration (CCSA)

5) ครั้งที่พิมพ์ ให้ระบุเฉพาะหนังสือที่ตีพิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป เช่น

2nd ed. (โดย nd ไม่ต้องเป็นตัวยก และเขียนติดกับตัวเลข)

6) สถานที่พิมพ์ ให้ใช้ชื่อจังหวัด หรือเมืองที่พิมพ์ เช่น New Jersey New York หากเป็นเมืองที่ยังไม่ได้เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลาย ให้ระบุชื่อย่อของรัฐ เช่น

Baca Raton (FL):

Hartford (CN):

7) สำนักพิมพ์ ให้ตัดส่วนอื่น ๆ ออก เช่น Publisher, Publishing, Limited, Company, Co. เป็นต้น ให้เหลือไว้เพียงชื่อของสำนักพิมพ์ และในกรณีไม่ปรากฏสำนักพิมพ์ ให้ชื่อสถาบันที่ผู้แต่งสังกัดแทน แต่ถ้าไม่สามารถระบุสังกัดของผู้แต่งได้ ให้เขียนว่า [publisher unknown]

8) ปีที่พิมพ์ ให้ใช้เป็น ค.ศ. หากไม่สามารถระบุปีพิมพ์ได้ ให้เขียนว่า [date unknown]

9) เดือนที่อ้างถึง (cited) ให้ใช้แบบย่อ และเรียงจาก ปี เดือน วันที่ เช่น [cited 2023 Sep 13]

10) ชื่อวารสาร ให้ใช้ชื่อย่อ โดยสามารถค้นหาชื่อย่อของวารสารภาษาไทยที่อยู่ในฐาน TCI ได้ที่ https://tci-thailand.org/list%20journal.php หากไม่ได้อยู่ในฐาน TCI ให้ใช้ชื่อย่อภาษาอังกฤษของวารสารนั้น ๆ สำหรับการค้นหาชื่อย่อของวารสารภาษาอังกฤษ ได้จาก https://www.nlm.nih.gov **ทั้งนี้หากวารสารไม่มีชื่อย่อให้ใช้ชื่อเต็มภาษาอังกฤษของวารสาร**

11) วารสารที่มีฉบับเพิ่มเติม (Volume with Supplement) **หรือเป็นฉบับพิเศษของฉบับที่** (Issue with Supplement) ให้ใช้คำย่อเป็น Suppl เช่น

40(Suppl) (เป็นฉบับเพิ่มเติมของ Volume 40)

25(7Suppl) (เป็นฉบับพิเศษของ Issue 7)

12) เลขหน้า ให้ใช้แบบย่อ เช่น

หน้า 320 – 380 ให้เขียนเป็น p. 320-80.

หน้า 120 – 129 ให้เขียนเป็น p. 120-9.

13) เลข doi บทความใดที่มี doi ให้ใส่ด้วย และเขียนแบบสั้น โดยการตัด https://doi.org/ ออก เช่น

doi: https://doi.org/10.1007/BF0098859322 เขียนเป็น doi: 10.1007/BF0098859322

14) หนังสือ/บทความภาษาไทย ให้ลงท้ายรายการอ้างอิงนั้นด้วย Thai.

15) การอ้างอิงข้อมูลแต่ละส่วนให้เว้น 1 วรรค

การส่งบทความและการตีพิมพ์ในวารสาร

ผู้เขียนที่สนใจจะส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ใน “วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย” กรุณาศึกษาแนวทางการเขียนตาม “คำแนะนำสำหรับผู้เขียน [Author Guidelines]” ทางระบบออนไลน์ที่ https:/www.tci-thaijo.org/index.php/apij/information/authors ก่อนการเตรียมต้นฉบับ แล้วดำเนินการลงทะเบียนโดยกดเลือก (register) และดำเนินการลงทะเบียนให้เรียบร้อย จึงจะสามารถ log in เพื่อส่งบทความทางระบบออนไลน์เข้ารับการพิจารณาตามกระบวนการของวารสารฯ โดยบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารจะได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรงกับสาขาฯ อย่างน้อย 3 ท่าน และบทความที่ได้รับการตีพิมพ์ ในวารสารฯ ถือเป็นความคิดเห็นและเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนและคณะฯ เท่านั้น ทางวารสารฯ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย หรือไม่มีส่วนร่วมรับผิดชอบร่วมด้วยแต่อย่างใด

เงื่อนไขการตีพิมพ์บทความ

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย ตระหนักถึง “จริยธรรมในการตีพิมพ์บทความ โดยเฉพาะในการป้องปรามมิให้มีกรกระทำอันเป็นกรลอกเลียนงานวรรณกรรมของบุคคลอื่น” จึงขอให้ผู้ที่จะเสนอบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย ส่งผลการตรวจสอบการลอกเลียนงานวรรณกรรมบทความของท่านจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ “Tum-It-In” หรือโปรแกรม Copy Catch หรือโปรแกรมอื่นที่เป็นที่ยอมรับ แนบส่งมาพร้อมกับบทความที่นำเสนอด้วย โดยทางวารสารจะนำผลการตรวจสอบไปกับบทความประกอบการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ