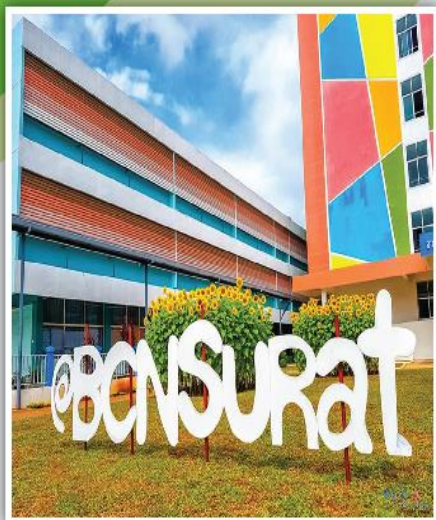




วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ
Journal of Health Research and Innovation



วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2563 ISSN 2651-1312

- พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี
Self-Care Behaviors of Elders in Mueang District, Surat Thani Province
- พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธาราม
Self - Care Behaviors and Blood Pressure Controlling Ability of Essential Hypertension Patients,
Muang Potawas Primary Care Unit
- ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยอายุรกรรม
โรงพยาบาลพัทลุง
The Effect of Nursing Protocol for Prevention of Unplanned Extubation in Medical Patients, Phattalung Hospital
- ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บเพื่อลดภาวะเสี่ยงการตกเลือดจากการบาดเจ็บช่องท้อง
Effectiveness of Caring Practice Guidelines in Traumas to Reduce Risk of Bleeding due to Abdominal Trauma
- ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
Effectiveness of a Discharge Planning Program on Functional Recovery of Total Knee Arthroplasty Patients
- การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care for Hip Replacement Surgery Patients with Hypertension
- การพยาบาลผู้ป่วยโรคฉี่หนูที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม : กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care for Leptospirosis-Associated Acute Renal Failure Patients Requiring Hemodialysis: A Report of Two Cases
- การพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต้อหินเฉียบพลันจากเลนส์ตาบวม
ในผู้ป่วยที่สูญเสียการได้ยิน : กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care of Cataract with Acute Phacomorphic Glaucoma Complication
in Hearing Loss Patients: 2 Case Studies
- เหตุผลและปัจจัยของการไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก :
กรณีศึกษาสตรีอายุ 30-60 ปี ในตำบลนาโพธิ์ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร
Causes and Factors to Cervical Cancer Unscreened Measuring :
A Case Study of Women Aged 30-60 Years in Na Pho Sub-District, Sawi District, Chumphon Province





วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ *Journal of Health Research and Innovation*

- พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี
Self-Care Behaviors of Elders in Mueang District, Surat Thani Province
- พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธาราม
Self - Care Behaviors and Blood Pressure Controlling Ability of Essential Hypertension Patients,
Muang Potawas Primary Care Unit
- ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยอายุรกรรม
โรงพยาบาลพัทลุง
The Effect of Nursing Protocol for Prevention of Unplanned Extubation in Medical Patients, Phattalung Hospital
- ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บเพื่อลดภาวะเสี่ยงการตกเลือดจากการบาดเจ็บช่องท้อง
Effectiveness of Caring Practice Guidelines in Traumas to Reduce Risk of Bleeding due to Abdominal Trauma
- ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
Effectiveness of a Discharge Planning Program on Functional Recovery of Total Knee Arthroplasty Patients
- การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care for Hip Replacement Surgery Patients with Hypertension
- การพยาบาลผู้ป่วยโรคฉี่หนูที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม : กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care for Leptospirosis-Associated Acute Renal Failure Patients Requiring Hemodialysis: A Report of Two Cases
- การพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต้อหินเฉียบพลันจากเลนส์ตาบวม
ในผู้ป่วยที่สูญเสียการได้ยิน : กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care of Cataract with Acute Phacomorphic Glaucoma Complication
in Hearing Loss Patients: 2 Case Studies
- เหตุผลและปัจจัยของการไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก :
กรณีศึกษาสตรีอายุ 30-60 ปี ในตำบลนาโพธิ์ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร
Causes and Factors to Cervical Cancer Unscreened Measuring :
A Case Study of Women Aged 30-60 Years in Na Pho Sub-District, Sawi District, Chumphon Province



ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2563

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการและนวัตกรรมทางสุขภาพของอาจารย์ บุคลากร นักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ในด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการและนวัตกรรมทางสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ นักวิชาการผู้ปฏิบัติงานในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องตลอดจนศิษย์เก่า และผู้สนใจ ในด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการทั้งในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี และสถาบันวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
4. เพื่อตอบสนองพันธกิจหลักในการสร้างองค์ความรู้และการเผยแพร่ผลงานวิชาการและงานวิจัยของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

สำนักงาน

บรรณาธิการวารสาร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

56/6 หมู่ 2 ถ.ศรีวิชัย ตำบลมะขามเตี้ย

อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000

โทร. 0-7728-7816 ต่อ 342 โทรสาร 0-7727-2571

<http://www.bcnsurat.ac.th> E-mail: journal@bcnsurat.ac.th

พิมพ์ที่

โรงพิมพ์เลิศไชย

16/4-6 ถนนไทรอนุสนธิ์ ตำบลตลาด อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

โทรศัพท์ 0 7727 3973

โทรสาร 0 7729 9521

วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2 ท่านต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ เป็นวรรณกรรมที่เรียบเรียงขึ้นโดยผู้เขียน มิใช่ความรับผิดชอบของกองบรรณาธิการหรือวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2563

ที่ปรึกษา

นพ.สมชาย ธรรมสารโสภณ
รศ.ดร.รัชนี้ สรรเสริญ
ดร.จรีรัตน์ กิจสมพร

บรรณาธิการ

ดร.รุ่งนภา จันทรา

กองจัดการ

ปิยรัตน์ ชูมี
สรุณญ์รักษ์ บุญมุสิก
รจนา สุริย์เตอร์
วรรณิ์ นาคชู

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.วีณา จีระแพทย์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รศ.ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุฒานครินทร์
ผศ.ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผศ.ดร.พรชัย จุลเมตต์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ดร.อติญาณ ศรีเกษตริน	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
ดร.เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ	
ดร.อัจฉรา จันทเพ็ชร	สถาบันพระบรมราชชนก
ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
ดร.ดาราวรรณ รองเมือง	วิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้า จันทบุรี
ดร.ประดิษฐ์พร พงศ์เตริยง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
ดร. อัจริยา วัชรวิวัฒน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
ดร.มัณฑวรรณ ลียุทธานนท์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
ดร.รุ่งนภา จันทรา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
ดร. รวีวรรณ คำเงิน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
อาจารย์สมควร จุลอักษร	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

กำหนดออก

ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้
ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน
ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

ราคาจำหน่ายเล่มละ 90 บาท

บทบรรณาธิการวารสาร

ปัจจุบันโลกกำลังเปลี่ยนไปจากเดิมเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโควิด-19 ทำให้ประชาชนบนโลกใบนี้ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก วิถีชีวิตและการทำงานของประชาชนเปลี่ยนไปจากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้ประชาชนต้องมีความรู้และความเข้าใจเพื่อให้ตนเองและครอบครัวปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 จากช่องทางการเรียนรู้หลาย ๆ ทางและหลากหลายหลาย ขณะเดียวกันรัฐบาลก็มีมาตรการการปิดเมืองหรือล็อกดาวน์นั้นส่งผลกระทบต่อประชาชนโดยตรงและภาคธุรกิจอย่างมาก รัฐบาลไทยมีความมุ่งมั่นที่จะรักษาชีวิตและดูแลประชาชนให้รอดชีวิตและติดเชื้อน้อยที่สุด ดังนั้นแหล่งเรียนรู้ด้านวิชาการเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งโดยควรเปลี่ยนวิกฤติให้เป็นโอกาส ในการพัฒนาคุณภาพด้านวิชาการให้ดีกว่าเดิม เพื่อคุณภาพมาตรการการเรียนรู้ของบุคลากรด้านสาธารณสุขและประชาชนคนไทยดีขึ้น ไม่ควรปรับแค่กระบวนการเรียนรู้ภายในอดีต แต่ต้องปรับใหญ่ทั้งระบบการเรียนรู้และแหล่งเรียนรู้ที่ต้องสอดคล้องกันและเชื่อมโยงกับการเรียนรู้ของบุคคลในยุคปัจจุบันที่เน้นการพักอาศัยที่บ้าน การทำงานที่บ้าน และการเว้นระยะทางสังคม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ได้ส่งเสริมความเข้มแข็งทางวิชาการเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้โดยการดำเนินตีพิมพ์บทความต่าง ๆ มาอย่างต่อเนื่อง และเผยแพร่ผลงานอันเป็นประโยชน์ต่อการต่อยอดองค์ความรู้

วารสารวิจัย และนวัตกรรมฉบับนี้รวบรวมและนำเสนอตีพิมพ์บทความต่าง ๆ ที่หลากหลายในด้านสาธารณสุขและหวังว่าวารสารฉบับนี้จะมีคุณค่าด้านวิชาการจะมีประโยชน์สำหรับผู้สนใจศึกษาค้นคว้า นำไปใช้อ้างอิงในงานวิจัยและงานวิชาการ ในนามของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี และ กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ ขอขอบคุณเจ้าของบทความทุกท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิภายในและภายนอก ที่ให้ข้อเสนอแนะเพื่อความสำเร็จของบทความ ขอขอบคุณทุกฝ่ายที่ได้สนับสนุนให้วารสารฉบับนี้สำเร็จตามเป้าหมาย

ดร.รุ่งนภา จันทรา

บรรณาธิการ

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
- พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี Self-Care Behaviors of Elders in Mueang District, Surat Thani Province	1 – 14
- พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธาราม Self – Care Behaviors and Blood Pressure Controlling Ability of Essential Hypertension Patients, Muang Potawas Primary Care Unit.	15 - 30
- ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจใน ผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพัทลุง The Effect of Nursing Protocol for Prevention of Unplanned Extubation in Medical Patients, Phattalung Hospital	31 - 45
- ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บเพื่อลดภาวะเสี่ยงการตกเลือด จากการบาดเจ็บช่องท้อง Effectiveness of Caring Practice Guidelines in Traumas to Reduce Risk of Bleeding due to Abdominal Trauma	46 – 58
- ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม Effectiveness of a Discharge Planning Program on Functional Recovery of Total Knee Arthroplasty Patients	59 - 75
- การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะโรคร่วมความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษา 2 ราย Nursing Care for Hip Replacement Surgery Patients with Hypertension	76 - 90

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
- การพยาบาลผู้ป่วยโรคฉี่หนูที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing Care for Leptospirosis-Associated Acute Renal Failure Patients Requiring Hemodialysis: A Report of Two Cases	91 - 105
- การพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต้อหินเฉียบพลันจากเลนส์ตาบวม ในผู้ป่วยที่สูญเสียการได้ยิน : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing Care of Cataract with Acute Phacomorphic Glaucoma Complication in Hearing Loss Patients: 2 Case Studies	106 – 117
- เหตุผลและปัจจัยของการไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก : กรณีศึกษาสตรีอายุ 30-60 ปี ในตำบลนาโพธิ์ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร Causes and Factors to Cervical Cancer Unscreened Measuring : A Case Study of Women Aged 30-60 Years in Na Pho Sub-District, Sawi District, Chumphon Province	118 - 131

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กชกร ศิวปรียากุล โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี email: got00700@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ประชากรเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จของยามาเน กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 5% ได้จำนวน 390 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างง่ายได้จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1 หาความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.7 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง วิเคราะห์ โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง วิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูง ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ และแหล่งที่มาของรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ควรเน้นส่งเสริมในด้านปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพและการได้รับคำแนะนำทางสุขภาพ เพราะผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีปัจจัยนำอยู่ในระดับสูงอยู่แล้ว

คำสำคัญ: พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคม

วันที่รับ (received) 15 มี.ค. 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 7 พ.ค. 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 15 มิ.ย. 2563

Self-Care Behaviors of Elders in Mueang District, Surat Thani Province

Gotchagon Sivapreeyagoon, Surat Thani Hospital, Surat Thani Province, email: got00700@hotmail.com

Abstract

This research aims to study the self-care behaviors of elders in Mueang District, Surat Thani Province in order to 1) study the self-care behaviors of elders, 2) study relationships between personal qualities and self-care behaviors and 3) study the predisposing factors, enabling factors and reinforcing factors with the self-care behaviors. The representative samples included 400 elders in the social bound group. The research applied Yamane Formula table in determining the sample size. The standard deviation was determined at 5%. According to the table, representative samples was 390 people selected by the Sample Random Sampling among 400 people. The research instrument was questionnaire created by the researcher. Its qualities were reviewed by 3 experts. Its IOC was 1.00. The reliability coefficient was 0.7 after being tested by Cronbach's alpha coefficient. Sample group's general data was analyzed by the Descriptive Statistics including frequency, percentage, mean and standard deviation. The inferential statistics included Chi-square and Pearson correlation Coefficient. Relationships between predisposing factors, enabling factors and reinforcing factors and the self-care behaviors were analyzed by Pearson's Product moment correlation Coefficient.

The study found that the self-care behaviors of elders were at high level. The personal qualities including age, education background, income, income adequacy and income source related to their self-care behaviors with statistical significance at the 0.01 level. The predisposing factors, enabling factors and reinforcing factors related to their self-care behaviors with statistical significance at the 0.001 level. The reinforcing factors should be underlined in health news learning and social activities participation. Also, the enabling factors should be underlined in access to health service and health suggestion because the elders' predisposing factors had been at high level already.

Keywords: Self-Care Behaviors of Elders, Elders in Social Bound Group

บทนำ

องค์การสหประชาชาติ(United Nations) กำหนดไว้ว่า ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ ดังนั้นปัจจุบันประเทศไทยจึงนับได้ว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยประเทศไทยได้เข้าสู่ “สังคมสูงอายุ” ตั้งแต่ พ.ศ.2549 ซึ่งมีอัตราผู้สูงอายุถึงร้อยละ 11 ในปี 2560 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 17 ของประชากรทั้งหมด คาดประมาณว่า ในปี 2568 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (The Situation of The Elderly in Thailand, 2017)

มีข้อมูลว่า ประชากรสูงอายุไทยยังมีปัญหาเรื่องสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (ไม่สามารถประกอบกิจวัตรพื้นฐาน คือ กินอาหารเอง เข้าห้องน้ำเอง แต่งตัวได้เอง) มากถึงร้อยละ 5 โดยเฉพาะผู้สูงอายุวัยปลายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีมากถึงร้อยละ 19 ของผู้สูงอายุในวัยเดียวกันนี้ และมีปัญหาเรื่องการเป็นโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคเหล่านี้อาจเป็นผลมาจากพฤติกรรมของคนไทยตั้งแต่ก่อนวัยสูงอายุจนเป็นผู้สูงอายุ เช่น การกินอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ในขณะที่ประชากรไทยกำลังสูงวัยขึ้นอย่างรวดเร็ว (The Situation of The Elderly in Thailand, 2017) และจำนวนผู้สูงอายุก็เพิ่มมากขึ้นอย่างมากถ้าหากประเทศไทยมีนโยบายและมาตรการต่างๆ ที่จะทำให้ผู้สูงอายุไทยยังคงมีพลังและมีคุณค่าก็จะทำให้การสูงวัยของประชากรไทยนั้นเป็นโอกาส แทนที่ผู้สูงอายุจำนวนมากเหล่านั้นจะเพิ่มภาระในการดูแลให้กับปัจเจกบุคคล ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข(2009) ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถ ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคม) ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 (กลุ่มติดบ้าน) ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 (กลุ่มติดเตียง) ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี รายงานร้อยละ ของผู้สูงอายุสุขภาพดี(Healthy Ageing) เขตสุขภาพที่ 11 จังหวัดสุราษฎร์ธานี สถานบริการที่เป็นจุด ทำสัญญาเพื่อจัดบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ปีงบประมาณ 2562 มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 21,527 คน จำแนกตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เป็นกลุ่มติดสังคม จำนวน 14,030 คน คิดเป็นร้อยละ 97.17 กลุ่มติดบ้านจำนวน 309 คน คิดเป็นร้อยละ 2.14 และ กลุ่มติดเตียง จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 0.6 (Surat Thani Provincial Health Office, 2019) ด้วย ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เป็นประชากรกลุ่มใหญ่ในสังคมผู้สูงอายุในเขตเมือง เป็นกลุ่มที่ยังมี ความสามารถในการเคลื่อนไหว จึงเป็นกลุ่มที่ควรศึกษาว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

เป็นอย่างไร มีปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มนี้

ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคม ซึ่งเป็นประชากรผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในสังคม จึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ลดอัตราเสี่ยงที่จะเกิดโรคต่าง ๆ และลดภาระการดูแลจากครอบครัว ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ให้เป็นการสูงวัยอย่างมีพลัง (Active Aging) คือ มีสุขภาพดี มีความมั่นคงทางด้านรายได้และ การอยู่อาศัย และมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยคาดว่าจะผลการศึกษาค้นคว้านี้ จะสามารถนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อทำให้กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นการสูงวัยอย่างมีสุขภาพและอยู่ดีมีสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2563

ประชากร คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 14,030 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตพื้นที่บริการเครือข่ายโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่ได้รับการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จำแนกอยู่ในกลุ่มติดสังคม โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางยามาเน่ (Yamane, 1973) อ้างในมารยาท โยทองยศ และปราณี สวัสดิธรรม (Yothongyod & Swadesan, 2014) เท่ากับ 390 คน และใช้วิธีสุ่มตัวอย่างง่าย จำแนกตามหน่วยบริการ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง พฤศจิกายน 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 โดยมีการคำนวณสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างจากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในเขตพื้นที่รับผิดชอบในแต่ละหน่วยบริการดังนี้

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง x จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการนั้น
จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ อ.เมือง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมี 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ การศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความพอเพียงของรายได้ และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย เจตคติต่อการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 8 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ รวมทั้งหมด 16 ข้อ เป็นข้อคำถามมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มีคำตอบ 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน เห็นด้วยให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน จากนั้นการจัดระดับคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ โดย ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับของบุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ (Kitpridaborisuth, 2011) โดย (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด) / จำนวนขั้น (5-1) / 3 = 1.33 ใช้เกณฑ์ระดับคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.32 หมายถึง ผู้สูงอายุมีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.33 – 3.66 หมายถึง ผู้สูงอายุมีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง ผู้สูงอายุมีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง 3 ด้าน ประกอบด้วย การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ การได้รับคำแนะนำทางสุขภาพ การตรวจรักษาที่เหมาะสม จำนวน 6 ข้อ ประยุกต์จากพลศักดิ์ พุ่มวิเศษ Pumwiset, 2013) เป็นข้อคำถามมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มีคำตอบ 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน เห็นด้วยให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน การจัดระดับคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ โดย ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับของบุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ (Kitpridaborisuth, 2011) โดย (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด) / จำนวนขั้น (3-1) / 3 = 0.67 ใช้เกณฑ์ระดับคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.67 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ การได้รับคำแนะนำทางสุขภาพ การตรวจรักษาที่เหมาะสม ระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.68 – 2.35 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ การได้รับคำแนะนำทางสุขภาพ การตรวจรักษาที่เหมาะสม ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.36 – 3.00 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ การได้รับคำแนะนำทางสุขภาพ การตรวจรักษาที่เหมาะสม ระดับสูง

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 2 ข้อ สัมพันธภาพในครอบครัว และบุคคลใกล้ชิด 5 ข้อ การได้รับข้อมูลข่าวสาร 7 ข้อรวมทั้งหมด 14 ข้อ มีคำตอบ 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน เห็นด้วยให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน การจัดระดับคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับของ บุญธรรม กิจปรีดาภิรุทธิ์ (Kitpridaborisuth, 2011) โดย (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด) / จำนวนขั้น $(5-1) / 3 = 1.33$ ใช้เกณฑ์ระดับคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.32 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด การได้รับข้อมูลข่าวสาร ระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.33 – 3.66 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด การได้รับข้อมูลข่าวสาร ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด การได้รับข้อมูลข่าวสาร ระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 4 ด้าน ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย และพฤติกรรมการจัดการความเครียด จำนวน 25 ข้อ ประยุกต์จากวัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (Konkaew, 2014) เป็นข้อคำถามมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มีคำตอบ 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน เห็นด้วยให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน การจัดระดับคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับของบุญธรรม กิจปรีดาภิรุทธิ์ (Kitpridaborisuth, 2011) โดย (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด) / จำนวนขั้น $(4-1) / 3 = 1.00$ ดังนั้นเกณฑ์ระดับคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.00 หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพ ระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00 หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพ ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00 หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพ ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษา รวมถึงความครอบคลุมและความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย (Index of Item-Objective Congruence: IOC) พบว่ามีหลายหัวข้อที่ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัยน้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยจึงได้ทำการ

ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และส่งแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 คน ประเมินอีกครั้ง ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัยเท่ากับ 1 จากนั้นนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นกับผู้สูงอายุ ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.7

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง วิเคราะห์ โดยใช้ การทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square) หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง วิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยวิธีการของเพียร์สัน (Pearson's Product moment correlation Coefficient)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ลำดับที่ 63/2562 ลงวันที่ 24 ธันวาคม 2562 พร้อมพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมศึกษาตลอดระยะเวลาการศึกษาได้แก่ ความสมัครใจในการมีส่วนร่วมในการวิจัย การเก็บรักษาความลับ และการนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. จากการศึกษาข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 67.80 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 69.74 ปี ($M = 69.74$ $SD = 7.41$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.30 สถานภาพสมรส ร้อยละ 59.0 มีรายได้ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 37.00 มีรายได้จากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 39.30 มีรายได้พอเพียงแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 44.00 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.00 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวานและโรคหัวใจ

2. ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จากการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่าระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุภาพรวม

พฤติกรรม	Mean	SD	ระดับพฤติกรรม
ด้านการรับประทานอาหาร	3.10	0.40	สูง
ด้านการออกกำลังกาย	2.88	0.83	ปานกลาง
ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย	3.14	0.61	สูง
ด้านการจัดการความเครียด	2.90	0.71	ปานกลาง
รวม	3.02	0.55	สูง

จากตารางที่ 1 พบว่าภาพรวมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ($M=3.02$, $SD=0.55$) พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง($M=3.14$, $SD=0.61$) รองลงมา คือ ด้านการรับประทานอาหาร อยู่ในระดับสูง ($M=3.10$, $SD=0.40$) ด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.90$, $SD=0.71$) และด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.88$, $SD=0.83$) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ปัจจัย	Mean	SD	ระดับ
ปัจจัยนำ			
ด้านเจตคติการดูแลสุขภาพตนเอง	3.72	0.46	สูง
ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ	4.27	0.47	สูง
รวม	3.99	0.39	สูง
ปัจจัยเอื้อ			
การเข้าถึงสถานพยาบาล	2.32	0.43	ปานกลาง
การได้รับคำแนะนำทางสุขภาพ	2.63	0.46	ปานกลาง
การตรวจรักษาที่เหมาะสม	2.67	0.48	ปานกลาง
รวม	2.48	0.37	ปานกลาง
ปัจจัยเสริม			
ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	2.79	0.84	ปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด	3.17	0.72	สูง
ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร	2.69	0.64	ปานกลาง
รวม	2.89	0.58	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่า ภาพรวมของระดับปัจจัยนำอยู่ในระดับสูง ($M=3.99$, $SD=0.39$) ส่วนปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม อยู่ในระดับปานกลาง($M=2.48$, $SD=0.37$; $M=2.89$, $SD=0.58$) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายด้านของปัจจัยนำ พบว่าอยู่ในระดับสูงทั้งสองด้าน โดยด้านการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ($M=4.27$, $SD=0.47$)รองลงมา ด้านเจตคติการดูแลสุขภาพตนเอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($M=3.72$, $SD=0.46$) ส่วนปัจจัยเอื้อพบว่า อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน โดยด้านการตรวจรักษาที่เหมาะสม มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด($M=2.67$, $SD=0.48$) รองลงมาคือ ด้านการได้รับ

คำแนะนำด้านสุขภาพ (M=2.63 SD=0.46) และด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ(M=2.32 SD=0.43) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยเสริม ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดอยู่ในระดับสูง(M= 3.17 ,SD=0.72) ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับปานกลาง (M= 2.79, SD=0.84; M=2.69, SD=0.64) ตามลำดับ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ดังตาราง 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ปัจจัยต่างๆ	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง	
	Chi-square	p-value
เพศ	0.230	.891
อายุ	10.15	.003**
ระดับการศึกษา	26.65	.003**
สถานภาพ	7.43	.279
รายได้	40.15	.000***
แหล่งที่มาของรายได้	25.02	.000***
ความพอเพียงของรายได้	18.63	.005**
โรคประจำตัว	2.59	.274

p < .01 *p < .001

จากตารางที่ 3 พบว่า เพศ สถานภาพ และโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ส่วนอายุ การศึกษา รายได้ แหล่งรายได้และความพอเพียงของรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนรายได้และแหล่งที่มาของรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ปัจจัยต่างๆ	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง	
	r	p-value
ปัจจัยนำ		
เจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	0.488	.000**
การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ	0.371	.000**
ปัจจัยเอื้อ		
ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ	0.433	.000**
ด้านการได้รับคำแนะนำทางสุขภาพ	0.411	.000**
ด้านการตรวจรักษาที่เหมาะสม	0.381	.000**
ปัจจัยเสริม		
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	0.529	.000**
สัมพันธภาพในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด	0.672	.000**
การได้รับข้อมูลข่าวสาร	0.608	.000**

***p < .001

จากตารางที่ 4 พบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย ด้านการรับประทานอาหาร อยู่ในระดับสูง ด้านการการจัดการความเครียด และ ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง ย่อมทำให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีตามไปด้วย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพุดศักดิ์พุมวิเศษ (Pumwiset, 2013) และวัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (Konkaew, 2014) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละด้านพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน

2. ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าเพศ สถานภาพสมรส และโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยภาพรวมของผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุร้อยละ 51.4 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับสูง โดยพบว่าในกลุ่มนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 55.7 เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ขัดแย้งกับการศึกษาของเบญจพร สว่างศรี และเสริมศิริ แต่งงาม (Sawangsri & Tangngam, 2013) ที่ศึกษาเปรียบเทียบระดับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสามชุก ตามสถานภาพบุคคล พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงมีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูง

กว่าเพศชาย และผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสดมีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าสถานภาพสมรส ส่วนรายได้และความพอเพียงของรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับจิราภรณ์ ใจสบาย พรสุข หุ่นนิรันดร์ และทรงพล ต่อนี่ (Jisabai, Hunnirun & Tornee, 2011) ที่ทำการศึกษากับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย พบว่ารายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าฐานะเศรษฐกิจ โดยเฉพาะเรื่องความมั่นคงทางการเงินของผู้สูงอายุ มีผลต่อความสนใจในเรื่องสุขภาพ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ตนเองได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ส่วนอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับจิราภรณ์ ใจสบายและคณะ (Jisabai et al, 2011) ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของวัญดาว กล่ำรัตน์, ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์, ภัทรพล มหาพันธ์ และ นวลฉวี ประเสริฐสุข (Klumrat, Jongwutiwes, Mahakan, & Prasertsuk, 2013) และศิริสุข นาคะเสนีย์ (Nakasaney, 2018) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญและมีผลต่อความสามารถในการแสวงหาความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งจะแสดงออกในรูปของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อไป ส่วนโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของวัญดาว กล่ำรัตน์และคณะ (Klumrat et al, 2013) ที่ศึกษาการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกตามภาวะสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเชื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยนำด้านเจตคติต่อการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการวิจัยของกุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ (Rojpaisarnkit, 2016) พบว่า ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีอิทธิพลโดยสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่าถ้าผู้สูงอายุมีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระดับสูง จะมีผลทำให้ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น แต่ถ้าผู้สูงอายุมีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระดับต่ำจะมีผลทำให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่ดีตามไปด้วย ส่วนการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับวาสนา สิทธิกัน, สายหยุด มูลเพชร และสามารณ ใจเตี้ย (Sithikan, Moolphate, & Jaitae, 2017) แสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพในระดับสูง ก็จะสามารถปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพอนามัยได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา

ปัจจัยเกี่ยวกับการตรวจรักษาที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ความสะดวกในการเดินทางไปสถานบริการสุขภาพ ความสะดวกในการติดต่อสถานบริการเพื่อขอรับบริการ ความพอใจในคำแนะนำด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ การได้รับความรู้ด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ อยู่ในระดับมาก นอกจากนี้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง ดังนั้นกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพที่เหมาะสมจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของพลศักดิ์ พุมวิเศษ (Pumwiset, 2013) ที่พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพและการตรวจรักษาที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ปัจจัยเสริมด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด และการได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของกุลวดี ไรจน์ไพศาลกิจ (Rojpaisarnkit, 2016) การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อธิบายได้ว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพในด้านต่าง ๆ จากเอกสาร/แผ่นพับ จากสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ จากชมรมผู้สูงอายุ จากสื่ออินเทอร์เน็ต และจากบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลให้บุคคลมีการปฏิบัติตนด้านการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง ดังนั้น การได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีเนื่องจากอิทธิพลของสื่อต่างๆ

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษาปัจจัยเสริม ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุเป็นประจำสม่ำเสมอ ตลอดจนการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมด้านอื่นๆ

2. จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ประกอบกับปัจจัยเสริม ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ควรมีการพัฒนาการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยผู้บริการควรจัดกิจกรรมที่ผู้สูงอายุมีความสนใจ และมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น เช่น สาธิตการทำอาหาร หรือ สาธิตออกกำลังกาย รวมทั้งการจัดเสวนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดการรับรู้และพัฒนาเป็นพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป และการจัดกิจกรรมดังกล่าวควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องในชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลตนเอง

3. จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเชื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคม

ควรเน้นส่งเสริมในด้านปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และปัจจัยเชื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับคำแนะนำทางสุขภาพ และการตรวจรักษาที่เหมาะสม เพราะผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีปัจจัยนำอยู่ในระดับสูงอยู่แล้ว

รายการอ้างอิง

- Department of Health. (2009). Retrieved December 15, 2019, from www.eh.anamai.moph.go.th/.
- Jisabai, J., Hunnirun, P. & Tornee, S. (2011). Self-care Behavior and Quality of Life of The Elderly People in The Elderly People club, Bangkok Noi District Bangkok. Journal of Faculty of Physical Education. 14(1), 214-225. (in Thai)
- Kitpridaborisuth, B. (2011). Social science research methodology. Bangkok (11 edition): Jamjureeproduct.
- Klumrat, K., Jongwutiwes, K., Mahakan, P.& Prasertsuk, N. (2013). Causal Factors of Health Behavior of Elderly in Western Region of Thailand. RMUJ (Humanities and Social Sciences).7(3), 93 -104. (in Thai)
- Konkaew, W. (2014). The health behavior of elderly of Klongtumru Sub-district, Amphoe Mueang Chon Buri. Master degree of public administration, Burapha University. (in Thai)
- Nakasaney, S. (2018). Self - Health care Behavior of The Elderly in Bangkok. Rajabhat Rambhai Barni Reseach Journal .12(1), 39 – 48. (in Thai)
- Pumwiset, P. (2013). Self-health Care Behaviors among Elderly in Nonthaburi Province. Research Report, Rajapruk University. (in Thai)
- Rojpaisarnkit, K. (2016). Factor Influencing Health Promoting Behaviors of Thai Elderly: A Case Study of Middle Old Age in Samut Prakan Province. Journal of Nursing Science ChulalongKorn University. 28(3), 68-83 (in Thai)
- Sawangsri, B. & Tangngam, S. (2013). Self-healthcare of the elderly in Samchuk District, Suphanburi Province. RMUTSB Aced. J. 1(2), 128 -137. (in Thai)
- Sithikan, W., Moolphate, S. & Jaitae, S. (2017). Factors Associated with Health – Promoting Behaviors of the Elderly in Ban Hong Sub district Municipality, Ban Hong District Lamphun. Lumpang Med J .38 (2), 49 – 58. (in Thai)

Surat Thani provincial health office. (2019). Retrieved December 15, 2019, from
<https://sni.hdc.moph.go.th>

The situation of the elderly in Thailand. (2017). Retrieved December 15, 2019, from
[http:// www.nso.go.th](http://www.nso.go.th)

Yothongyot, M. & Swadesan, P. (2014). Retrieved December 15, 2019, from
<http://www.fsh.mi.th/km/wp-content/uploads/2014/04/resch.pdf>.

พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธาราม

เสถียร จิวประดิษฐ์กุล ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธาราม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

e-mail : Sangiam2234@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต และปัจจัยที่สัมพันธ์กับ ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ส่ง ต่อมาจากโรงพยาบาล / เข้ารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธาราม จำนวน 194 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Chi-square test พบผลการศึกษา ดังนี้

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 64.9 มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับดี รองลงมา ร้อยละ 25.8 และ 9.3 มีความรู้ในระดับปานกลาง และต่ำ ตามลำดับ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.5 รองลงมา ร้อยละ 47.4 และ 3.1 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี และต่ำ สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 37.6 ทั้งนี้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 4.6 โดยเป็นโรคไต โรคหัวใจ และอัมพฤกษ์ ร้อยละ 3.6, 0.5 และ 0.5 ตามลำดับ

จากผลการศึกษา ควรส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้เพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: โรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง การควบคุมความดันโลหิต

วันที่รับ (received) 28 เม.ย 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 4 พ.ค. 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 15 มิ.ย.

Self – Care Behaviors and Blood Pressure Controlling Ability of Essential Hypertension Patients, Muang Potawas Primary Care Unit

Sa-ngiam Jiopraditkul Muang Potawas Primary Care Unit, Suratthani Hospital
e-mail: sangiam2234@gmail.com

Abstract

This crosssectional research was aimed to study the knowledge of hypertension, self – care behaviors, blood pressure controlling ability, and study the related to blood pressure controlling ability of hypertension patients, to refer from hospital/ treatment at Wat Photharwas Primary Care Unit, 194 hypertension patients were selected by simple random sampling. Data was collected by questionnaires and medical records, then analyzed by descriptive statistics and Chi-square test. The results were as followings.

64.9% of hypertension patients had good level of hypertension knowledge, followed by medium level and low level at 25.8 and 9.3%, respectively. They had medium level of self – care behaviors at 49.5% followed by good level and low level at 47.4 and 3.1%, respectively. 37.6% of them could control blood pressure. Self – care behaviors were significantly associated with blood pressure controlling ability ($P\text{-value} < 0.05$), but hypertension knowledge and received social support were not associated with blood pressure controlling ability. Hypertension patients had complications at 4.6 %, which were kidney disease, heart disease and paresis at 3.6%, 0.5% and 0.5%, respectively.

According to the results, should promote to modify self-care behaviors of hypertension patients, In order to be able to control more blood pressure.

Key words: Hypertension, Self – Care Behavior, Blood Pressure Controlling

บทนำ

ปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก มีการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึง 7.5 ล้านคน และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1 พันล้านคนทั่วโลก (Phanmung, et. al., 2019) สำหรับประเทศไทย โรคความดันโลหิตสูงยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญเช่นกัน ซึ่งพบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คนในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2556–2560) เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 (จำนวน 3,936,171 คน) เป็น 14,926.47 (จำนวน 5,597,671 คน) และอัตราการป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2558 – 2560) เพิ่มขึ้นจาก 916.89 (จำนวน 540,013 คน) เป็น 1,353.00 (จำนวน 813,485 คน) (Chumi, 2020) และนอกจากนี้ รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ปี พ.ศ. 2552 และ 2557 พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 21.4 เป็นร้อยละ 24.7 (Eakplakorn, et al., 2016)

การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพราะหากควบคุมไม่ได้ และปล่อยไว้นานจะส่งผลให้ เส้นเลือดแดงแข็งและถูกทำลาย ซึ่งถ้าค่า Systolic blood pressure มากกว่า 160 มม.ปรอท ขึ้นไป จะทำให้เกิดภาวะ Stroke หัวใจล้มเหลว และไตวาย ส่งผลให้เกิดความพิการ และสูญเสียชีวิตตามมาได้ (Sueto, Jirapongsuwan, Rawiworakul, & Tipayamongkhogul, 2019) นอกจากนี้ ยังส่งผลให้เกิด หลอดเลือดแดงในตาเสื่อม ตาบวม หรือตาบอด ทำให้มองหัวใจหน้าตัว และถ้าไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดหัวใจโตและหัวใจวาย ในที่สุด โรคหลอดเลือดสมอง เกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบ ตัน หรือแตก ทำให้เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคไตเรื้อรัง (Phanmung, Yoolertlob, & Sichit, 2019) โรคนี้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ควบคุมได้ด้วยวิธีการใช้ยาลดความดันโลหิตร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย เป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถที่จะดูแลตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยให้ถูกต้อง เพื่อให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ทั้งนี้การที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมได้ ก็ต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม จึงจะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (Kaplan, 2002) นอกจากนี้ การมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคที่เป็น ก็เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต จากการศึกษาของ Lawence, Catherin, & David (2013) พบว่าการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค จะช่วยลดความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 8 - 14 มม.ปรอท และการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมน้อยกว่า 100 มิลลิโมลต่อวัน หรือ 1,500 มิลลิกรัม จะช่วยลดความดันโลหิตซิสโตลิกลงได้ 2 - 8 มม.ปรอท (JNC, 2017) อีกปัจจัยหนึ่งคือ การสนับสนุนทางสังคมก็เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการควบคุมระดับความดันโลหิต เพราะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีอารมณ์มั่นคง

ส่งผลให้ระบบประสาท ต่อมไร้ท่อและระบบภูมิคุ้มกันโรคทำงานได้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังเสริมสร้างกำลังใจในการต่อสู้ปัญหา ช่วยลดโอกาสการเจ็บป่วย (Cohen & Wills, 1995)

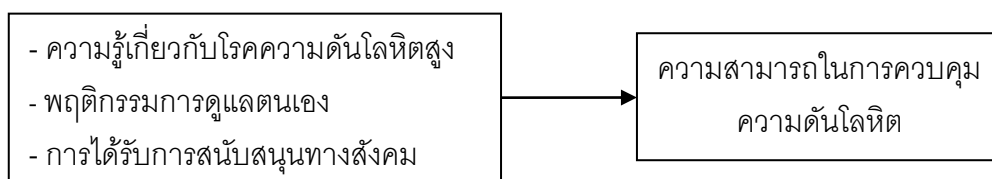
ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธารวาส อำเภอเมืองฯ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ปัจจุบัน (ณ 15 สิงหาคม 2562) มีผู้มารับบริการรักษาพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 376 คน ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยที่ส่งต่อให้มารับการรักษาจากโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (ผู้ป่วยที่แพทย์เห็นว่าสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ หรือมีค่าความดันโลหิตมากกว่า 140 / 90 mmHg เล็กน้อย) หรือเป็นผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาโดยตรง โดยทั้งหมดเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Muang Potawas Primary Care Unit, 2019) ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธารวาส จึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเอง และความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธารวาส เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในช่วงเกณฑ์ปกติที่ยอมรับได้ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเกิดภาวะคุกคามต่อชีวิตจากความดันโลหิตสูงวิกฤต ซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิตหรืออาจรอดชีวิตแต่มีภาวะทุพพลภาพไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรม การดูแลตนเอง และความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม (Kaplan, 2002) การมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคที่เป็น (Lawence, Catherin, & David, 2003) และการสนับสนุนทางสังคม (Cohen & Wills, 1995) เป็นตัวกำหนดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมโรคความดันโลหิต ดังกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (Crossectional Research)

ประชากรในการศึกษา เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (ผู้ป่วยที่แพทย์เห็นว่าสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ หรือมีค่าความดันโลหิตมากกว่า 140 / 90 mmHg เล็กน้อย) หรือเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาโดยตรงที่ศูนย์สุขภาพชุมชนวัดโพธาราม อย่างน้อย 3 ครั้ง และสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งรวมมีจำนวน 376 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของ Yamane (1967) ได้จำนวนตัวอย่าง 194 คน คัดเลือกตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) จากทะเบียนผู้ป่วยโดยใช้ตารางเลขสุ่ม และคัดเลือกจากผู้ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นเครื่องมือที่ประยุกต์ใช้จากงานวิจัยของสิทธิโชค จิตวิวงศ์ (Chitiwong, 2017) ประกอบด้วย

1. แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลตนเอง
2. แบบบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับระดับความดันโลหิต 2 ครั้งก่อน และปัจจุบัน และการเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

เครื่องมือดังกล่าว ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และผู้วิจัยจะพิจารณาตัดสินตามความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญ จากค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence : IOC) ของแต่ละข้อคำถาม ซึ่งอยู่ระหว่าง 0.6 – 1.0 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ใช้ได้ หลังจากนั้นได้นำแบบวัดดังกล่าวไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับประชากรที่ศึกษา แต่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มที่ศึกษา จำนวน 30 คน และนำแบบวัดทั้งหมดไปตรวจสอบความเชื่อถือได้ตามวิธีการทางสถิติ โดยใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายในแบบครอนบาคอัลฟา (Cronbach's Alpha) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 0.70 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 0.85 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 0.80 และพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 0.77

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเอง โดยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนต่างๆในการดำเนินการวิจัย และขอความยินยอมในการศึกษาวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยจะเคารพและคำนึงถึงสิทธิมนุษยชนของผู้ให้ข้อมูล โดยขออนุญาตและเปิดโอกาสให้ซักถามได้ทุกเมื่อหากเกิดข้อสงสัย ตลอดจนให้การตัดสินใจอย่างอิสระ ในการยินยอมหรือปฏิเสธการให้ข้อมูล คำนึงถึงศักดิ์ศรีและความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล แสดงถึงการยอมรับ ให้เกียรติและมีความจริงใจต่อผู้ให้ข้อมูล

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม ด้วยการทอดแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบ ในกรณีที่ผู้ตอบมีปัญหาเรื่องสายตา หรืออ่านหนังสือไม่ออก ผู้เก็บข้อมูลก็จะอ่านให้ฟัง แล้วให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกคำตอบ แล้วผู้เก็บข้อมูลก็จะบันทึกข้อมูลดังกล่าว

3. สำหรับแบบบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาล เก็บข้อมูลโดยการบันทึกข้อมูลจากทะเบียนประวัติผู้ป่วย และหรือสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วย ตามประเด็นที่ศึกษา

เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนตุลาคม ถึงธันวาคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ลักษณะทางด้านประชากร การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์(Chi-Ssquare Test)

ผลการวิจัย

ลักษณะทางด้านประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.6 เป็นเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 66.5 รองลงมา มีอายุ 50 – 59 ปี และ 50 – 59 ปี ร้อยละ 29.4 และ 4.1 ตามลำดับ โดยเฉลี่ยมีอายุ 64.2 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 56.2 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาถึงร้อยละ 58.2 ในเรื่องอาชีพนั้น พบว่า ช่วยเหลืองานในครอบครัว/ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 37.6 รองลงมา มีอาชีพรับจ้าง ค่าขาย/ธุรกิจส่วนตัว นักศึกษา เกษตรกรรม/ทำสวน และรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 21.1, 21.1, 9.4, 5.2 และ 2.6 ตามลำดับ มีรายได้ไม่น้อยกว่า 5,001 บาท ร้อยละ 40.7 รองลงมา มีรายได้ 5,001 – 10,000 บาท 10,001 – 20,000 บาท และมากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 36.6, 13.4 และ 7.2 ตามลำดับ พบผู้ไม่มีรายได้ ร้อยละ 2.1 โดยเฉลี่ยมีรายได้ 9,109.7 บาท เป็นผู้ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 85.0

สำหรับในเรื่องระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ร้อยละ 43.8, 32.5 และ 23.7 ป่วยมานานน้อยกว่า 5 ปี 5 – 9 ปี และตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป ตามลำดับ โดยเฉลี่ยป่วยมานาน 6.1 ปี ซึ่งส่วนใหญ่มาได้รับการรักษาตามแพทย์นัดทุกครั้ง ร้อยละ 73.2 ผิดนัดบางครั้ง และผิดนัดบ่อยครั้ง ร้อยละ 25.8 และ 1.0 ตามลำดับ ทั้งนี้ ร้อยละ 44.8 ได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 38.7 และ 16.5 ได้รับในระดับต่ำและระดับสูง ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังกล่าวนี้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 4.6 โดยเป็นโรคไต โรคหัวใจ และอัมพฤกษ์ ร้อยละ 3.6, 0.5 และ 0.5 ตามลำดับ

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 64.9 มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับดี รองลงมา ร้อยละ 25.8 และ 9.3 มีความรู้ ในระดับปานกลาง และต่ำ ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่าง (n = 194)

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	จำนวน	ร้อยละ	Mean $\pm$ 1 SD
ระดับต่ำ (0 – 6 คะแนน)	18	9.30	9.80-2.20
ระดับปานกลาง (7 – 9 คะแนน)	50	25.80	
ระดับดี (10 – 12 คะแนน)	126	64.90	

เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงรายประเด็น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ดีในเรื่องต่าง ๆ มากกว่า 80.0 ยกเว้นในเรื่องโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด การรักษาโรคความดันโลหิตสูงคือ กินยาที่แพทย์สั่งก็เพียงพอแล้ว การลดหรือควบคุมน้ำหนักจะช่วยทำให้ความดันโลหิตลดลง ความไม่สบายใจ ความกังวล มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงติดต่อกันเป็นเวลานานจะทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คือ โรคหัวใจขาดเลือด มีความรู้น้อยกว่า ร้อยละ 80.0 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายประเด็น (n = 194)

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	ตอบถูก	ร้อยละ
อาหารที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรรับประทานอาหารรสจืด ผักสดและผลไม้	182	93.80
อาหารที่ทำให้โรคความดันโลหิตสูง สูงขึ้นอย่างรุนแรง ได้แก่ อาหารรสเค็มและอาหารทะเล	182	93.80
จำพวกกุ้ง หอย		
การรับประทานผักดอง เต้าหู้ยี้ กุนเชียง ปลาเค็ม ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้	179	92.30
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มสุรา	179	92.30
อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว	175	90.20
ผู้ที่เป้นโรคความดันโลหิตสูงอาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นเส้นเลือดในสมองแตกและ เป็นอัมพาตได้	171	88.10

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายประเด็น (n = 194) (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	ตอบถูก	ร้อยละ
โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด	151	77.80
การรักษาโรคความดันโลหิตสูงคือ กินยาที่แพทย์สั่งก็เพียงพอแล้ว	142	73.20
การลดหรือควบคุมน้ำหนักจะช่วยให้ความดันโลหิตลดลง	139	71.60
ความไม่สบายใจ ความกังวล มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น	139	71.60
การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง	136	70.10
ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงคือ โรคหัวใจขาดเลือด	134	69.10

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า โดยรวม ร้อยละ 49.50 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 47.40 และ 3.10 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดีและต่ำ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน พบว่า ร้อยละ 89.70, 57.70 และ 54.10 มีพฤติกรรมด้านการรับประทานยา ด้านการออกกำลังกาย และด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง อยู่ในระดับดี ส่วนด้านการรับประทานอาหาร และด้านการจัดการกับความเครียด พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 71.60 และ 58.80 อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับด้านการตรวจสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 47.50 อยู่ในระดับต่ำ รองลงมา ร้อยละ 34.50 และ 18.00 อยู่ในระดับดีและปานกลาง ตามลำดับ ดังแสดง ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง (n = 194)

ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	จำนวน	ร้อยละ	Mean $\pm$ 1 SD
โดยรวม			29.80 $\pm$ 3.70
ระดับต่ำ (0 – 22 คะแนน)	6	3.10	
ระดับปานกลาง (23 – 30 คะแนน)	96	49.50	
ระดับดี (31 – 38 คะแนน)	92	47.40	
ด้านการรับประทานยา			7.60 $\pm$ 0.90
ระดับต่ำ (0 - 4 คะแนน)	4	2.10	
ระดับปานกลาง (5 – 6 คะแนน)	16	8.20	
ด้านการรับประทานอาหาร			5.70 $\pm$ 1.00
ระดับต่ำ (0 - 4 คะแนน)	16	8.20	
ระดับปานกลาง (5 – 6 คะแนน)	139	71.60	
ระดับดี (7 – 8 คะแนน)	39	20.20	
ด้านการออกกำลังกาย			3.00 $\pm$ 1.10
ระดับต่ำ (0 - 2 คะแนน)	74	38.20	
ระดับปานกลาง (3 คะแนน)	8	4.10	
ระดับดี (4 คะแนน)	112	57.70	
ด้านการจัดการกับความเครียด			4.00 $\pm$ 1.20
ระดับต่ำ (0 - 2 คะแนน)	8	4.10	
ระดับปานกลาง (3 – 4 คะแนน)	114	58.80	
ระดับดี (5 – 6 คะแนน)	72	37.10	

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง (n = 194) (ต่อ)

ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	จำนวน	ร้อยละ	Mean $\pm$ 1 SD
ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง			6.50 $\pm$ 1.20
ระดับต่ำ (0 - 4 คะแนน)	13	6.70	
ระดับปานกลาง (5 - 6 คะแนน)	76	39.20	
ระดับดี (7 - 8 คะแนน)	105	54.10	
ด้านการตรวจสุขภาพ			2.70 $\pm$ 1.00
ระดับต่ำ (0 - 2 คะแนน)	92	47.50	
ระดับปานกลาง (3 คะแนน)	35	18.00	
ระดับดี (4 คะแนน)	67	34.50	

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในแต่ละด้าน จำแนกรายประเด็น พบผลการศึกษาดังนี้ คือ

ด้านการรับประทานยา พบว่า ส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง เหมาะสม คือ รับประทานยาลดความดันโลหิตตามจำนวนที่แพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสั่ง และครบทุกมื้อ อย่างเป็นประจำ ร้อยละ 94.40 และ 93.30 แต่เมื่อลืมรับประทานยาจะเพิ่มปริมาณยาเองในมือต่อไปโดยไม่ปรึกษาแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเมื่ออาการดีขึ้นจะหยุดยาเอง ไม่เคยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดังกล่าว ร้อยละ 96.40 และ 88.70 ตามลำดับ

ด้านการรับประทานอาหาร พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.40 และ 73.70 มีการรับประทานผักและผลไม้ และรับประทานอาหารแต่พออิ่มเป็นประจำ ทั้งนี้ มีการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และอาหารเค็มนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 83.50 และ 69.60 ตามลำดับ

ด้านการออกกำลังกาย พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 59.30 และ 60.30 มีพฤติกรรมออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ และในแต่ละครั้งนานอย่างน้อย 30 นาที เป็นประจำ ตามลำดับ

ด้านการจัดการกับความเครียด พบว่า ร้อยละ 63.40, 58.80 และ 56.70 เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจจะปรึกษากับผู้ใกล้ชิด เมื่อเกิดความโกรธ หงุดหงิด สามารถควบคุมอารมณ์ได้ และเมื่อเกิดความเครียดมีการผ่อนคลายด้วยวิธีการต่าง ๆ นาน ๆ ครั้ง ตามลำดับ

ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง พบว่า ร้อยละ 53.10 และ 49.00 มีการพักผ่อนนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6 - 8 ชั่วโมง และควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้เพิ่มขึ้น เป็นประจำ ทั้งนี้ มีการสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นประจำ ร้อยละ 5.70 และ 3.10 ตามลำดับ

ด้านการตรวจสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 79.90 มาตรวจตามแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขนัดทุกครั้ง เป็นประจำ แต่เมื่อมีอาการผิดปกติจะมาพบแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันทีที่กำหนดนัดเป็นประจำเพียง ร้อยละ 38.70 เท่านั้น ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายประเด็น (n = 194)

รายการ	เป็นประจำ	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
การรับประทานยา			
รับประทานยาลดความดันโลหิตตามจำนวนที่แพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสั่ง	94.40	4.60	1.00
รับประทานยาตามเวลาที่แพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสั่ง ครบทุกมื้อ	93.30	6.20	0.50
เมื่อลืมรับประทานยา จะเพิ่มปริมาณยาเองในมือต่อไปโดยไม่ปรึกษาแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข*	1.50	2.10	96.40
เมื่ออาการดีขึ้นจะหยุดยาเอง*	3.60	7.70	88.70
การรับประทานอาหาร			
รับประทานผักและผลไม้	80.40	19.60	0.00
รับประทานอาหารแต่พออิ่ม	73.70	25.80	0.50
รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง*	7.20	83.50	9.30
รับประทานอาหารเค็ม*	4.10	69.60	26.30
การออกกำลังกาย			
ออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์	59.30	35.10	5.60
ออกกำลังกายในแต่ละครั้งนานอย่างน้อย 30 นาที	60.30	34.50	5.20
การจัดการกับความเครียด			
เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจจะปรึกษากับผู้ใกล้ชิด	31.40	63.40	5.20
เมื่อเกิดความโกรธ หงุดหงิด สามารถควบคุมอารมณ์ได้	39.10	58.80	2.10
เมื่อเกิดความเครียด มีการผ่อนคลายด้วยวิธีการต่าง ๆ	41.80	56.70	1.50
การควบคุมปัจจัยเสี่ยง			
พักผ่อนนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง	53.10	45.90	1.00
ควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้เพิ่มขึ้น	49.00	46.40	4.60
สูบบุหรี่*	5.70	4.60	89.70
ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์*	3.10	17.00	79.90
การตรวจสุขภาพ			
มาตรวจตามแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขนัดทุกครั้ง	79.90	20.10	0.00
เมื่อมีอาการผิดปกติจะมาพบแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขก่อนนัด	38.70	16.50	44.80

หมายเหตุ * หมายถึงข้อคำถามเชิงลบ

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 35.6 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง รองลงมา ร้อยละ 33.0 และ 31.4 ได้รับการสนับสนุนในระดับต่ำและระดับปานกลาง ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่าง (n = 194)

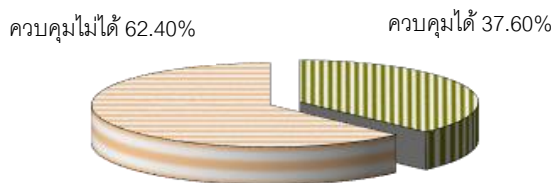
ระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X} \pm 1 \text{ SD}$
ระดับต่ำ (0 – 17 คะแนน)	64	33.00	20.10 $\pm$ 7.00
ระดับปานกลาง (18 – 23 คะแนน)	61	31.40	
ระดับสูง (24 – 30 คะแนน)	69	35.60	

เมื่อพิจารณาการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ในแต่ละประเด็น พบว่า ได้รับการสนับสนุนจากแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในระดับมาก ร้อยละ 46.40, 45.90 และ 45.40 ในเรื่อง การให้กำลังใจต่อโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นอยู่ การกระตุ้นเตือนต่อการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นอยู่ และการได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ส่วนการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว พบว่า ได้รับการสนับสนุนในระดับมาก ร้อยละ 36.10, 34.50, 30.40, 30.40, 27.80, 24.20 และ 23.70 ได้แก่ เรื่องการกระตุ้นหรือสนับสนุนให้ออกกำลังกาย การให้กำลังใจหรือเตือนให้รับประทานยาตรงเวลาและสม่ำเสมอ การให้คำปรึกษาและรับฟังเมื่อเกิดความวิตกกังวลและความเครียด การกระตุ้นเตือนทุกครั้งเมื่อถึงเวลาไปรับการตรวจรักษา การห้ามปรามหากรับประทานอาหารที่เป็นข้อห้ามของโรคความดันโลหิตสูง การสนับสนุนในการจัดการกับความเครียดโดยวิธีต่าง ๆ และการดูแลจากครอบครัว ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ร้อยละการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายประเด็น (n = 194)

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เคยเลย
จากแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
การให้กำลังใจต่อโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นอยู่	46.40	50.00	2.60	1.00
การกระตุ้นเตือนต่อการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นอยู่	45.90	53.10	1.00	0.00
การได้รับข้อมูลข่าวสาร หรือคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	45.40	52.00	2.10	0.50
จากบุคคลในครอบครัว				
การกระตุ้นหรือสนับสนุนให้ออกกำลังกาย	36.10	34.50	13.90	15.50
การให้กำลังใจหรือเตือนให้รับประทานยาตรงเวลาและสม่ำเสมอ	34.50	39.20	9.30	17.00
การให้คำปรึกษาและรับฟังเมื่อเกิดความวิตกกังวล และความเครียด	30.40	46.90	13.40	9.30
การกระตุ้นเตือนทุกครั้งเมื่อถึงเวลาไปรับการตรวจรักษา	30.40	44.80	10.90	13.90
การห้ามปราม หากรับประทานอาหารที่เป็นข้อห้ามของโรคความดันโลหิตสูง	27.80	36.10	17.50	18.60
การสนับสนุนในการจัดการกับความเครียดโดยวิธีต่าง ๆ	24.20	46.90	17.00	11.90
การดูแลจากครอบครัว	23.70	30.40	19.60	26.30

ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 37.6 ควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 62.4 ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต (n = 194)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.04) ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต (P-value > 0.05) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n = 194)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต	
		ควบคุมไม่ได้	ควบคุมได้
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	194		
ระดับต่ำ (0 – 6 คะแนน)	18	66.70	33.30
ระดับปานกลาง (7 – 9 คะแนน)	50	64.00	36.00
ระดับดี (10 – 12 คะแนน)	126	61.10	38.90
$\chi^2 = 0.283$ df = 2 P-value = 0.868			
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	194		
ระดับต่ำ-ปานกลาง (0 – 30 คะแนน)	107	69.20	30.80
ระดับดี (31 – 38 คะแนน)	87	54.00	46.00
$\chi^2 = 4.061$ df = 1 P-value = 0.044			
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	194		
ระดับต่ำ (0 – 17 คะแนน)	64	54.70	45.30
ระดับปานกลาง (18 – 23 คะแนน)	61	67.20	32.80
ระดับสูง (24 – 30 คะแนน)	69	65.20	34.80
$\chi^2 = 2.457$ df = 2 p-value = 0.293			

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 2 ใน 3 มีความรู้ในเกณฑ์ที่ดี และมากกว่าครึ่งหนึ่งเล็กน้อย มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลางถึงต่ำ โดยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ควรปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้นในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการตรวจสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิทธิโชค จิตวิวงศ์ (Chitiwong, 2017) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.90 มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับดี และมากกว่าร้อยละ 50.00 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ถึงต่ำ นอกจากนี้ ยังพบว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงดังกล่าวไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของสุรัชย์ จิตต์ดำรงค์ และคณะ (Jitdumrong, Plangsantor, & Chankhong, 2012) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้น้อย คือ ร้อยละ 49.40 และ 50.70 ตามลำดับ

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมโรคความดันโลหิต ทั้งนี้ การที่จะควบคุมความดันโลหิตให้ได้นั้น ผู้ป่วยจะต้องมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคที่เป็น ได้แก่ การมีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ คลายเครียดและพักผ่อนตามความเหมาะสม ลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ อาทิ จำกัด/งดการดื่มสุรา งดสูบบุหรี่ ควบคุมน้ำหนักตัว จะทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ (AHA, 2017) การควบคุมความเครียด ก็ส่งผลโดยตรงต่อหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ลดอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต (Nutaro & Dangdomyut, 2013) นอกจากพฤติกรรมดังที่กล่าวมาแล้ว การมาตรวจตามนัด ก็เป็นอีกพฤติกรรมหนึ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นความร่วมมือในการรักษา ซึ่งในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควรมาตรวจตามนัดเสมอ ถึงแม้ไม่มีอาการผิดปกติ เพื่อที่จะได้รับการประเมินอาการ การติดตามผลการรักษาและการปรับยาตามภาวะสุขภาพที่ปรากฏ เพื่อการรักษาที่ได้ผล สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (JNC, 2017)

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถควบคุมความดันโลหิต พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุรัชย์ จิตต์ดำรงค์ และคณะ (Jitdumrong, et, al., 2012) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถควบคุมความดันโลหิต แต่แตกต่างกันในเรื่องของความรู้ ซึ่งพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับสามารถควบคุมความดันโลหิต

ข้อเสนอแนะ

1. แนะนำ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากผลการวิจัยควรเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมกับโรคที่เป็น คือ
 - 1.1 ไม่รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม และรับประทานอาหารแต่พออิ่ม
 - 1.2 การออกกำลังกาย มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ นานอย่างน้อย 30 นาที อย่างสม่ำเสมอ
 - 1.3 เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจควรปรึกษากับผู้ใกล้ชิด พยายามหาวิธีการผ่อนคลายที่เหมาะสม และเมื่อเกิดความโกรธ หงุดหงิดควรควบคุมอารมณ์ให้ได้
 - 1.4 พักผ่อนนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6 – 8 ชั่วโมง และควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้เพิ่มขึ้น
 - 1.5 ควรไปพบแพทย์ / เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที เมื่อมีอาการผิดปกติ
2. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในเรื่อง เมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้วรักษาไม่หายขาด การรักษาโรคนอกจากกินยาแล้ว ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ ให้ถูกต้อง ต้องลดหรือควบคุมน้ำหนัก ไม่กินอาหารที่ไขมันสูง ลดความวิตกกังวล และการป้องกันโรคแทรกซ้อน
3. ส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้การสนับสนุน ดูแล และให้กำลังใจผู้ป่วยในการรับประทานยา และยา การออกกำลังกาย การลดความเครียด และการตรวจรักษาตามนัด
4. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ควรให้การดูแลเป็นพิเศษเพิ่มมากขึ้น
5. ควรเสนอผลการศึกษาดังกล่าวนี้นี้ให้พยาบาลใน รพ.สต./ ศูนย์สุขภาพชุมชนต่าง ๆ ได้รับทราบเพื่อไปดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- American Heart Association [AHA]. Hypertension: Ten ways to control your blood pressure. (Online) 2017. [Retrieved March 8, 2020] Available URL <http://www.americanheart.org/presenter.html>
- Chitiwong, S., (2017). Self – care Behaviors and Hypertension Controlling Ability of Hypertension Patients, Napalai Hospital. Research report. (in Thai)
- Chumi, P. 2020. Chronic non-communicable disease situations. (Online) 2020. [Retrieved May 19, 2020] Available URL http://110.164.147.155/kmhealth_new/Document/blood/ knowlage/17.pdf
- Cohen, S. & Will, T. A. (1995). Stress, Social Support and the Buffering Hypothesis. Psychological Bulletin. 98(2) 310-357.
- Eakplakorn. W., et al. (2016). Report of the 5th thai health survey by physical exam 2014. Health Systems Research Institute. Nonthaburi: Graphic and design font publishe. (in Thai)
- Jitdumrong, s., Plangsakor, s., & Chankhong, s., (2012). Hypertension controlling ability and self – care behavior s of patients who could and could not control blood pressure, Lumthamenchai Hospital, Nakhonratchasima Province. Research report. (in Thai)
- Joint National Committee (JNC). The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment high blood pressure: National high blood pressure education program. (Online) (2017). [Retrieved March 13, 2020] Available URL: <http://www.nhbl.nih.gov/ guidelines/ hypertension/ Express.pdf>.
- Kaplan, N. M. (2002). Kaplan's clinical hypertension. (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lawence, J. A., Catherin, M. C., & David, W. H. (2013). Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control. Journal of the American Medical Association. 289(16), 2083.
- Muang Potawas Primary Care Unit. (2019). Hypertension patient report. Suratthani: Muang Potawas Primary Care Unit. (in Thai)
- Nutaro, A. & Dangdomyut. P. (2013). Relaxation: Concepts and Practices. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 17(1), 1-12. (in Thai)

Sueto. N., Jirapongsuwan. A., Rawiworakul. R., & Tipayamongkholgul. M. (2019). The effect of a program to promote blood pressure control among 35 to 59 - years-old patients with uncontrolled hypertension. *Journal of Public Health Nursing*, 32(2), 96-114.

(in Thai)

Sueto. N., Jirapongsuwan. A., Rawiworakul. R., & Tipayamongkholgul. M. (2019). The effect of a program to promote blood pressure control among 35 to 59 - years-old patients with uncontrolled hypertension. *Journal of Public Health Nursing*, 32(2), 96-114.

(in Thai)

Yamane, T. (1967) *Statistics: An Introductory Analysis*. London : John Weather Hill, Inc.

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลือนหลุดของ ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพัทลุง

พัชรี ชูทิพย์ โรงพยาบาลพัทลุง e-mail; chung_soowon@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลือนหลุดของท่อช่วยหายใจ ในผู้ป่วยอายุรกรรม กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงจากผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไปและหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมแบ่งเป็น 2 กลุ่มกลุ่มละ 51คน กลุ่มควบคุมคือกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เลือกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 และกลุ่มทดลองคือกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐาน เชิงประจักษ์ที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2563 แนวปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแล 2) การประเมินภาวะกระสับกระส่าย/กระวนกระวายการให้ยาระงับประสาท/ยาคลายกล้ามเนื้อและการผูกมัดผู้ป่วย 3) การผูกมัดท่อช่วยหายใจ 4) การประเมินความปวดและการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม 5) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ และ 6) การหย่าเครื่องช่วยหายใจ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลด้านความเจ็บป่วยและแบบบันทึกข้อมูลการเกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลือนหลุด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย Fisher's Exact test, Chi-Square และ Mann-Whitney U test พบว่าอัตราการเกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลือนหลุดของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ เท่ากับ 0.196 (ร้อยละ 19.60) และอัตราการเกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลือนหลุดของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล เท่ากับ 0.039 (ร้อยละ 3.90) อุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลือนในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นจึงควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจให้ครอบคลุมทุกแผนกของโรงพยาบาล

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล การเลือนหลุดของท่อช่วยหายใจ

วันที่รับ (received) 2 เม.ย 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 11 พ.ค. 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 15 มิ.ย. 2563

The Effect of Nursing Protocol for Prevention of Unplanned Extubation in Medical Patients, Phattalung Hospital

Patcharee Chuthip, Phattalung Hospital, e-mail; chung_soowon@hotmail.com

Abstract

This quasi-experimental study aimed to compare the effect of nursing protocol for prevention of unplanned extubation (UE) in medical patients between control group and experimental group. Fifty one patients from each group were selected by purposive sampling from who were intubated and admitted in the medical ward and medical intensive care unit, Phattalung Hospital. The control group was selected from the medical records of the patients who were admitted during October to December 2019. The experimental group was the patients who were admitted during February to April 2020. The control group was received a regular nursing care while the experimental group was received nursing protocol which was developed from the evidence-base nursing. That nursing protocol comprised of 6 components (1) Teaching and education to the patients and their families, (2) Evaluation of neurological symptom and drug used administration and an appropriated restraint, (3) Stabilize of tabulation, (4) Pain assessment and pain management, (5) Intubation and respirator care, and 6) Weaning of respirator. Data were collected by using the basic data and illness information records and unplanned extubation (UE) records. The data were analyzed by Descriptive statistics, Fisher's Exact test, Chi-Square, and Mann Whitney U test. The finding reported that the incidence rate of UE in the control group was 0.196 (19.60%) whereas the incidence rate of UE in the experimental group was 0.039 (3.90%). The incidence rate UE in the experimental group was significantly lower than of the control group ($p < .05$). Therefore this nursing protocol should will be applied to prevent incidence rates of unplanned extubation in others units.

Keywords: Nursing protocol, Unplanned extubation,

บทนำ

ผู้ป่วยที่มีระบบหายใจล้มเหลวเป็นภาวะวิกฤตต่อชีวิตและมีอัตราการตายสูงและวิธีการรักษาเพื่อช่วยชีวิตในเบื้องต้นคือการใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดจากการใส่ท่อช่วยหายใจและการดูดเสมหะ ความรู้สึกอึดอัดไม่สุขสบาย เกิดภาวะกระสับกระส่าย/กระวนกระวาย หายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ มีความเสี่ยงต่อการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดได้ (Kiekkas, Aretha, Panteli, Baltopoulos, & Filos, 2012) สาเหตุการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจที่สำคัญเกิดจากการดึงท่อช่วยหายใจออกของผู้ป่วยเองและเกิดจากการเลื่อนหลุดขณะทำกิจกรรมการพยาบาลหรือในระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะกระวนกระวายหรือกระสับกระส่ายจากการได้รับยาสงบประสาทในปริมาณที่ไม่เพียงพอ นอกจากนี้การยึดตรึงท่อช่วยหายใจที่ไม่แน่น ทำให้มีการเคลื่อนขยับของท่อช่วยหายใจไปมาได้ง่าย เป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่ไม่สุขสบายและเป็นการเพิ่มโอกาสเสี่ยงของการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด การผูกมัดร่างกายผู้ป่วยที่ไม่ถูกต้องก็อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ท่อเลื่อนหลุดมากขึ้น และการที่ไม่ได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอก็นำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุการถอดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดได้ (Chen et al, 2010; Arunee, Preanpit & charuwan, 2014) ผลกระทบที่เกิดจากท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดทำให้ต้องมีการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำในผู้ป่วยที่ยังไม่มีความพร้อมในการถอดท่อและการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ เช่น ภาวะพร่องออกซิเจน การหดเกร็งของหลอดลม ภาวะปอดอักเสบที่เกิดจากการสูดสำลัก ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะความดันโลหิตต่ำ และอาจมีความรุนแรงจนกระทั่งผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและถึงแก่ชีวิตได้ (Jarachovic, Mason, Kerber, & Mcnett, 2011) ผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจนานขึ้นและมีความลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาและการอยู่ในโรงพยาบาลที่ยาวนานขึ้น (Chen et al., 2010) นอกจากนี้ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการของโรคที่หนักขึ้น ความพึงพอใจต่อบุคลากรพยาบาลและโรงพยาบาลลดลง คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลงเพิ่มภาระงานกับทีมสุขภาพในการดูแลและการเฝ้าระวังผู้ป่วยมากขึ้น (Gustad, Chaboyer, & Wallia, 2008)

การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นบ่อยในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจจากรายงานการสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบของ da Silva & Fonseca (2012) พบอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจร้อยละ 0.10 ถึง 4.20 ต่อ 100 วันใส่ท่อช่วยหายใจ และจากการทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการของ Supian, Patcharawan, Tisakorn, Phitchayada, Prapasson, & Nadanong (2019) พบอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจเฉลี่ย 7.5 ครั้ง/1000 วันใช้เครื่อง จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของโรงพยาบาลพัทลุงในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี 2559-2561 พบว่าอัตราการเกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดเท่ากับ 29.78, 28.60 และ 25.52

ครั้ง/1,000 วันใช้เครื่อง ข้อมูลของหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมเท่ากับ 5.50, 8.90 และ 11.57 ครั้ง/1,000 วันใช้เครื่อง และในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไปพบว่าอัตราการเกิดอุบัติเหตุการถอดท่อช่วยหายใจเท่ากับ 9.20, 12.60 และ 10.80 ครั้ง/1000 วันใช้เครื่อง ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดและมีแนวโน้มสูงขึ้นจากเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลพัทลุง (<8 ครั้ง/1000 วันใช้เครื่อง) สะท้อนให้เห็นสมรรถนะของบุคลากรพยาบาล คุณภาพการพยาบาลและความจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจของโรงพยาบาลพัทลุง

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแล 2) การประเมินภาวะกระสับกระส่าย/กระวนกระวายการให้ยาระงับประสาท/ยาคลายกล้ามเนื้อและการผูกยึดผู้ป่วย 3) การผูกยึดท่อช่วยหายใจตามวิธีของ Tominaga, Rudzwick, Scannell, & Waxman (1995) 4) การประเมินความปวดและการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม 5) การดูแล ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ และ 6) การหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Bangaorn, Ampaporn, & Nam-oy, 2015; Somporn, Rachanee, & Varin, 2016; Maneenuch, Kanittha, & Wassana, 2017) ซึ่งเป็นแนวทางที่ครอบคลุมปัจจัยด้านผู้ป่วย ด้านการดูแล และด้านบุคลากร ที่เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป และผลจากการศึกษาสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพัทลุง เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด และพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจให้ครอบคลุมใน ทุกหน่วยงานต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลพัทลุง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางเดิมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล

สมมุติฐานการวิจัย

การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจของกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางเดิม

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการดูแลและปัจจัยด้านบุคลากรและแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ที่สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของหน่วยงานร่วมกับการทบทวนการปฏิบัติตามแนวทางเดิมของหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไปและการประชุมร่วมกับทีมการพยาบาลจนได้ข้อสรุปที่เหมาะสม แนวปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแล 2) การประเมินภาวะกระสับกระส่าย/กระวนกระวายการให้ยาระงับประสาท/ยาคลายกล้ามเนื้อและการผูกยึดผู้ป่วย 3) การผูกยึดท่อช่วยหายใจ 4) การประเมินความปวดและการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม 5) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ และ 6) การหย่าเครื่องช่วยหายใจ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Two groups-posttest quasi experimental study) (Pramote, 2019)

ประชากรคือ ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไปและหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลพัทลุง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) มีการควบคุมความเท่าเทียมกันของอายุ เพศ ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale, GCS) ความสามารถในการสื่อสารและภาวะกระสับกระส่าย/กระวนกระวาย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางเดิมเป็นกลุ่มควบคุม เลือกจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม พศ. 2562 และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเป็นกลุ่มทดลองเลือกจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน พศ. 2563 โดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มคือ เป็นผู้ป่วยอายุรกรรมหรือมีปัญหาทางอายุรกรรมที่ใส่ท่อช่วยหายใจมีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป และระดับความรู้สึกตัว ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไปเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไปและหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและมีเกณฑ์ในการคัดออกเมื่อผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลงน้อยกว่า 7 คะแนน และแพทย์เปลี่ยนแผนการรักษาโดยนำผู้ป่วยไปทำการผ่าตัดเจาะคอ (Tracheostomy) ผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์ดังกล่าวจะได้รับการพยาบาลตามแนวทางเดิม

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณค่าอิทธิพลจากงานวิจัยของ Bangaorn, Ampaporn, & Nam-oy (2015) ซึ่งศึกษาการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและระยะเวลาที่ใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้าง

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) 0.30 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.85 และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กำหนดค่า degree of freedom (df) เท่ากับ 1 กำหนด statistical test เป็น Goodness-of-fit-test: Contingency tables คำนวณตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power Analysis version 3.1.9.7 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ 50 คน เพื่อให้สามารถทดสอบการแจกแจงของกลุ่มตัวอย่างได้ ผู้วิจัยจึงเพิ่มเป็นกลุ่มละ 51 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1.1 การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแนวปฏิบัติการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวของ Thongplail (2008) และแนวปฏิบัติการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของ Bangaorn, Ampaporn, & Nam-oy (2015) ข้อมูลที่ให้ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ของการใส่ท่อช่วยหายใจ แนวทางการรักษาพยาบาล การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและครอบครัวและการสื่อสารขณะใส่ท่อช่วยหายใจและการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดทำ พลิคตะแคงตัว การร่วมสังเกตและดูแลท่อช่วยหายใจ เป็นต้น

1.2 การประเมินภาวะกระสับกระส่าย/กระวนกระวายการให้ยาระงับประสาท/ยาคลายกล้ามเนื้อและการผูกมัดผู้ป่วย โดยผู้วิจัยใช้แนวปฏิบัติการประเมินภาวะกระสับกระส่าย การให้ยากล่อมประสาทและการผูกมัดของ Bangaorn, Ampaporn, & Nam-oy (2015) ซึ่งใช้แนวปฏิบัติการประเมินภาวะกระสับกระส่าย/กระวนกระวาย (Sedation Agitation Scale, SAS) เป็นเครื่องมือในการประเมินและพิจารณาการให้ยากล่อมประสาทและการผูกมัด โดยค่าคะแนนภาวะกระสับกระส่าย/กระวนกระวาย (SAS) เท่ากับ 5 สวมปลอกมือทั้ง 2 ข้าง ค่าคะแนน SAS เท่ากับ 6 ผูกมัดข้อมือทั้ง 2 ข้าง และค่าคะแนน SAS เท่ากับ 7 ผูกมัดข้อมือทั้ง 2 ข้างร่วมกับ ให้ยากล่อมประสาท

1.3 การผูกมัดท่อช่วยหายใจ โดยผู้วิจัยใช้แนวทางการผูกมัดท่อช่วยหายใจตามวิธีของ Tominaga, Rudzwick, Scannell, & Waxman (1995) และมีการเปลี่ยนลาสเตอร์ติดท่อทุก 24 ชั่วโมง และทุกครั้งที่มีการเปลี่ยน

1.4 การประเมินความปวดและการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม โดยผู้วิจัยใช้แนวทางการประเมินความปวดในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวของ Somporn, Rachanee, & Varin (2016) โดยการใช้แบบประเมินความปวดด้วยมาตรวัดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale, NRS) โดยให้ผู้ป่วยบอกความปวดเป็นตัวเลขจาก 0-10 คะแนน โดย 0 คะแนนหมายถึงไม่ปวดเลย 1-9 คะแนนหมายถึงปวดมากขึ้นตามลำดับและ 10 คะแนน หมายถึงปวดมาก ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวใช้มาตรวัดความปวดและ

สังเกตการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในผู้ป่วยที่สื่อสารไม่ได้ (Adult Nonverbal Pain Scale, ANPS) ของ Stites (2013) แบบประเมินประกอบด้วย 5 ส่วนได้แก่ การแสดงสีหน้า การเคลื่อนไหว การเกร็ง กล้ามเนื้อ สัญญาณชีพและการหายใจ แต่ละส่วนมีค่าคะแนน 0-2 คะแนน คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-10 คะแนน 0 คะแนนหมายถึงไม่ปวดเลย 10 คะแนนหมายถึงปวดที่สุด ตามแนวปฏิบัติจะให้ยาบรรเทาปวดเมื่อ NRS มากกว่าหรือเท่ากับ 5 หรือ ANPS มากกว่าหรือเท่ากับ 3

1.5 การดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ตามมาตรฐานเดิมและ มีการปรับปรุงเพิ่มเติมโดยการพัฒนาจากการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจากงานวิจัยของ Somporn, Rachanee & Varin (2016) และ Maneenuch, Kanittha, & Wassana (2017) ประกอบด้วย การประเมินและติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การตรวจสอบ Cuff Pressure การระบุขนาดและตำแหน่งของท่อช่วยหายใจบริเวณป้ายปลายเตียง การป้องกันท่อช่วยหายใจดึงรั้งจากการทำหัตถการ การบันทึกเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยและการใช้เครื่องช่วยหายใจ

1.6 การหย่าเครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวทางการหย่าเครื่องช่วยหายใจของ Somporn, Rachanee, & Varin (2016) โดยปรับการประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจให้เร็วขึ้น เริ่มประเมินเมื่อผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจครบ 24 ชั่วโมง และเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ให้พยายามหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Try Wean) อย่างน้อย 30 นาที ถ้าสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้แจ้งให้แพทย์ทราบเพื่อพิจารณาหย่าเครื่องช่วยหายใจอย่างต่อเนื่อง

2. เครื่องมือที่ใช้กำกับการวิจัย คือแบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาล เพื่อติดตามการปฏิบัติของพยาบาล โดยการทำเช็ครายการตามแบบบันทึก และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลด้านความเจ็บป่วย ได้แก่ อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค ระดับความรู้สึกตัว ความสามารถในการสื่อสาร ภาวะกระสับกระส่าย/กระวนกระวาย วันที่และเวลาที่ใส่ท่อช่วยหายใจ วันที่และเวลาที่เริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจ วันที่และเวลาที่ถอดท่อช่วยหายใจและแบบบันทึกข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุการถอดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ประกอบด้วย ชนิดและสาเหตุของการเลื่อนหลุดเป็น self-extubation หรือเป็น accidental extubation วันที่และเวลาที่เกิดอุบัติเหตุ โดยมีการบันทึกข้อมูลทันทีที่เกิดอุบัติเหตุ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลด้านการเจ็บป่วยและแบบบันทึกข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุการถอดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความชำนาญทางด้านอายุรกรรม 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content valid) และได้ปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เครื่องมือวิจัยได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลด้านการเจ็บป่วย แบบบันทึกข้อมูล การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด แบบบันทึกตามแนวทางพยาบาล ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะ ตรงตามเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาความเป็นไปได้ ความเหมาะสมกับสถานการณ์ โดยนำ ปัญหาและอุปสรรคที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

การเตรียมผู้เข้าร่วมวิจัยเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ เนื่องจากแนวปฏิบัติการพยาบาลครั้งนี้พยาบาลวิชาชีพในแผนกอายุรกรรมทั้งหมดต้องมีส่วนร่วมในการแนวปฏิบัติการพยาบาลและเป็นผู้ร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงได้เตรียมความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยประชุมชี้แจงแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ที่พัฒนาขึ้นแก่ผู้ร่วมวิจัยทุกคนและอธิบายรายละเอียดการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ที่พัฒนาขึ้น

2. ผู้วิจัยทำการฝึกทักษะการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งรวมถึงการใช้เครื่องมือ ในการประเมินและบันทึกข้อมูล โดยมีการฝึกทักษะการปฏิบัติ 2 ครั้งแต่ละครั้งผู้ร่วมวิจัยทดลองใช้ แนวปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน โดยผู้วิจัยติดตามนิเทศ การฝึกปฏิบัติในครั้งแรก พบว่าผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่ไม่คุ้นเคยกับการใช้แบบ ประเมินประเมินภาวะกระสับกระส่าย/กระวนกระวาย (Sedation Agitation Scale, SAS)และการใช้ แบบประเมินมาตราวัดความปวดและสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในผู้ป่วยที่สื่อสารไม่ได้ (Adult Nonverbal Pain Scale, ANPS) และการติดท่อช่วยหายใจตามวิธี Tominaga, Rudzwick, Scannell, & Waxman (1995) ทำให้ประเมินและติดท่อช่วยหายใจ ได้ไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยได้ทำความเข้าใจเรื่องการใช้แบบประเมินแก่ผู้ร่วมวิจัย อีกครั้ง จนสามารถประเมินได้ถูกต้องตรงกันและได้ทำแบบ ประเมินขนาดย่อแนบไว้ด้านหลังแบบบันทึกอาการของผู้ป่วย (flowchart) ปลายเตียงผู้ป่วย ทำให้ผู้ ร่วมวิจัยใช้ได้สะดวกขึ้นและตรงกัน การฝึกทักษะการปฏิบัติครั้งที่ 2 พบว่าผู้ร่วมวิจัยทุกคนสามารถใช้ เครื่องมือต่างๆได้ดี สามารถประเมินและปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตรงกับผู้วิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทลุงให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยประสานงานกับ หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป เพื่อดำเนินการวิจัย แล้วผู้วิจัย ดำเนินการดังนี้

1. กลุ่มควบคุม โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไปและหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 และเก็บข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลด้านความเจ็บป่วย และแบบบันทึกข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุการรื้อฟื้นหัวใจเฉียบพลัน

2. กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลโดยเลือกจากผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 เมื่อพบผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ที่กำหนดและผู้ป่วยหรือญาติลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมงานวิจัยแล้วผู้ร่วมวิจัยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบทุกครั้งในวันแรกที่รับผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจไว้ในหอผู้ป่วยหรือวันที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ร่วมวิจัยทำการบันทึกข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น บันทึกการปฏิบัติตามแนวทางและบันทึกข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุการรื้อฟื้นหัวใจเฉียบพลัน การทดลองและการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยแต่ละรายจะดำเนินการจนกระทั่งวันที่แพทย์ถอดท่อช่วยหายใจหรือวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายหรือวันที่ผู้ป่วยถึงแก่กรรมหรือวันที่แพทย์เปลี่ยนแผนการรักษาให้ผู้ป่วยเจาะคอหรือวันที่เกิดท่อช่วยหายใจเฉียบพลันหรือวันที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจครบ 14 วัน โดยตลอดการทดลอง ผู้วิจัยจะมีการนิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวทางทุกรายอย่างต่อเนื่องทุกวัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลการเจ็บป่วย วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Fisher's Exact test, Chi-Square และ Mann-Whitney U test
3. เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเฉียบพลัน นำมาวิเคราะห์และแจกแจงในรูปความถี่ ร้อยละและเปรียบเทียบการเกิดอุบัติเหตุการรื้อฟื้นหัวใจเฉียบพลันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Chi-Square

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพัทลุงตามหนังสือรับรองเลขที่ 4/2563 ณ วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2563

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจในกลุ่มควบคุมจำนวน 51 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 26 คน (ร้อยละ 51) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี อายุเฉลี่ย 63.54 ปี (SD=16.38) และผู้ป่วยเป็นโรคระบบทางเดินหายใจ 29 คน (ร้อยละ 56.90) รองลงมาเป็นโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด 16 คน (ร้อยละ 36.40) รู้สึกตัวดี 43 คน (ร้อยละ 84.30) สามารถสื่อสารได้เป็นส่วนใหญ่ 43 คน (ร้อยละ 84.30) ไม่มีภาวะกระสับกระส่าย/กระวนกระวาย 38 คน (ร้อยละ 74.50) ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจในกลุ่มทดลองจำนวน 51 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 26 คน (ร้อยละ 51.00) มีอายุมากกว่า 80 ปี 16 คน อายุเฉลี่ย 66.98 ปี (SD=19.40) เป็นโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด 23 คน (ร้อยละ 44.10) รองลงมาเป็นโรคระบบทางเดินหายใจ 20 คน (ร้อยละ 39.20) รู้สึกตัวดี 43 คน (ร้อยละ 84.30) สามารถสื่อสารได้ 37 คน (ร้อยละ 72.50) และไม่มีภาวะกระสับกระส่าย/กระวนกระวาย 31 คน (ร้อยละ 60.80) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Fisher's Exact test และ Chi-Square พบว่า เพศ การวินิจฉัยโรค ภาวะกระสับกระส่าย/กระวนกระวาย ความสามารถในการสื่อสารและระดับความรู้สึกตัวไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) และใช้สถิติ Mann-Whitney U test ทดสอบความแตกต่างของอายุเนื่องจากการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติพบว่า อายุไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) แสดงให้เห็นว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจในกลุ่มควบคุมมีจำนวนวันใส่ท่อช่วยหายใจระหว่าง 2-14 วัน โดยมีค่าเฉลี่ย 9 วัน (SD=3.91) ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจในกลุ่มทดลองมีจำนวนวันใส่ท่อช่วยหายใจระหว่าง 2-14 วัน โดยมีค่าเฉลี่ย 9.11 วัน (SD=4.18) และจากการทดสอบการกระจายของข้อมูลพบว่าไม่เป็นโค้งปกติ เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าจำนวนวันใส่ท่อช่วยหายใจไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) จำนวนวันหย่าเครื่องช่วยหายใจพบในกลุ่มควบคุมมีจำนวนวันหย่าเครื่องช่วยหายใจระหว่าง 0-9 วัน โดยมีค่าเฉลี่ย 3.31 วัน (SD=2.15) และกลุ่มทดลองมีจำนวนวันหย่าเครื่องช่วยหายใจระหว่าง 1-13 วัน โดยมีค่าเฉลี่ย 4.27 วัน (SD=3.15) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า จำนวนวันหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1 และที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนวันที่ใส่ท่อช่วยหายใจระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test (n=51)

กลุ่ม	Min-max (วัน)	Mean $\pm$ SD	สถิติ	p-value
กลุ่มควบคุม	2-14	9.0 $\pm$ 3.91	Z=-.220	.826
กลุ่มทดลอง	2-14	9.11 $\pm$ 4.18		

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนวันหย่าเครื่องช่วยหายใจระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Fisher's Exact test (n=51)

กลุ่ม	Min-max (วัน)	Mean $\pm$ SD	สถิติ	p-value
กลุ่มควบคุม	0-9	3.31 $\pm$ 2.15	Fisher's Exact =12.027	.417
กลุ่มทดลอง	1-13	4.27 $\pm$ 3.15		

ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจในกลุ่มทดลอง ได้ผลดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจพบว่า ผู้ป่วย/ครอบครัวของผู้ป่วยทุกคนได้รับข้อมูลและคำแนะนำที่จำเป็นและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 95.50 มีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจคิดเป็นร้อยละ 97 และมีการผูกยึดท่อช่วยหายใจโดยวิธี Tominaga, Rudzwick, Scannell, & Waxman (1995) คิดเป็น ร้อยละ 100 การปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดกลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินความปวดทุกคน โดยกลุ่มตัวอย่างที่สื่อสารได้ใช้แบบประเมินความปวดด้วยมาตรวัดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale, NRS) ในการประเมินความปวด จำนวน 37 คน (ร้อยละ 72.50) และกลุ่มตัวอย่างที่สื่อสารไม่ได้ ใช้แบบประเมินมาตรวัดความปวดและสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในผู้ป่วยที่สื่อสารไม่ได้ (Adult Nonverbal Pain Scale, ANPS) จำนวน 14 คน (ร้อยละ 25.50)รวมผู้ป่วยที่มีความปวดจากการประเมินโดย NRS มากกว่าหรือเท่ากับ 5 และ ANPS มากกว่าหรือเท่ากับ 3 จำนวน 4 คน (ร้อยละ 15.24) ทุกคนได้รับยาแก้ปวด โดยได้รับยา Paracetamol จำนวน 2 คน และยา Fentanyl จำนวน 2 คน ภายหลังได้รับยา ประเมินความปวดซ้ำพบความปวดอยู่ในระดับที่ไม่ต้องให้ยา (NRS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 และ ANPS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2) มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการให้ยากล่อมประสาทและการผูกยึดผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมิน SAS พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 20 คน (ร้อยละ 39.20) ที่มีคะแนน SAS มากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน ใสนวมมือจำนวน 18 คน (ร้อยละ 90) ผูกข้อมือ 2 ข้าง 6 คน (ร้อยละ 30) ผู้ป่วย 4 ราย (ร้อยละ 20) ได้รับยา Fentanyl ผู้ป่วยจำนวน 3 คน (ร้อยละ 15) ได้รับยา Dormicum และผู้ป่วย 1 คน (ร้อยละ 5) ได้รับยา Nimbox การปฏิบัติตามแนวทางการหย่าเครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ภายหลังใส่ท่อช่วยหายใจครบ 24 ชม.ผู้ป่วยที่ได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจจำนวน 47 คน (ร้อยละ 92.15) หย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จและถอดท่อช่วยหายใจได้จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 76.59 ของผู้ป่วยที่ได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

อุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มควบคุมจำนวน 51 คน เกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจำนวน 10 ครั้ง (ร้อยละ 19.60) ทั้งหมดเกิดจากกลุ่มตัวอย่างดึงท่อช่วยหายใจออกและกลุ่มทดลองจำนวน 51 คน เกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจำนวน 2 ครั้ง (ร้อยละ 3.90) โดยเกิดจากกลุ่มตัวอย่างดึงท่อช่วยหายใจออกเอง เมื่อทดสอบโดยใช้สถิติ Chi-Square พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจระหว่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้เปรียบเทียบ ความสถิติ Chi-Square

การเลื่อนหลุดของ ท่อช่วยหายใจ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		สถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ไม่เกิด	41	80.40	49	96.10	$\chi^2 = 6.044$	.014
เกิด	10	19.60	2	3.90		
รวม	51	100	51	100		

อภิปรายผล

กลุ่มผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม พบอัตราการเกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 0.196 (ร้อยละ 19.60) กลุ่มผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง พบอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจเท่ากับ 0.039 (ร้อยละ 3.90) โดยกลุ่มผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง มีการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดได้ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวทั้งก่อนและระหว่างการใส่ท่อช่วยหายใจ ร่วมกับการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความกังวลลดลงและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลสอดคล้องกับการศึกษาของ Arunee, Preanpit, & และ Charuwan (2014) พบว่าผู้ป่วยและญาติที่ได้รับการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่ได้รับข้อมูลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่องสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดได้ การประเมินและติดตามอาการปวดอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกเริ่มและให้การจัดการอาการปวดตามเกณฑ์ ทำให้อุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Maneenuch, Kanittha, & Wassana (2017) และ Samlee, Ratree, Yupa, & Sompong (2019) พบว่าการใช้แนวปฏิบัติในการประเมินและจัดการความปวดสามารถลดอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจได้และมีการใช้แบบประเมินภาวะกระสับกระส่าย/กระวนกระวาย (SAS) และให้การจัดการตามแนวทาง ร่วมกับมีแนวปฏิบัติการดูแลเมื่อผูกยึดผู้ป่วยตลอดจน มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความจำเป็นในการผูกยึดทำให้อุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดลดลงสอดคล้องกับการทบทวนของ Supian, Patcharawan, Tisakorn, Phitchayada,

Prapasson, & Nadanong (2019) ที่พบว่า การประเมินภาวะกระสับกระส่าย/กระวนกระวาย และ ผู้กีดขวางกายผู้ป่วยสามารถลดอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจได้ การยึดตรึงท่อช่วยหายใจ ตามวิธีของ Tominaga, Rudzwick, Scannell, & Waxman (1995) ช่วยลดการเป็ยขึ้น ทำให้มีประสิทธิภาพการยึดตรึงท่อช่วยหายใจได้มากขึ้น ช่วยลดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดได้ สอดคล้องกับ Wiparat, Panomporn, Parichat, Pathumporn, & Suweena (2017) พบว่าเทคนิคการยึดตรึงที่มีประสิทธิภาพการเปลี่ยนลาสเตอร์อย่างน้อยทุก 24 ชั่วโมง จะช่วยลดการถอดท่อช่วยหายใจ โดยไม่ได้วางแผนได้และ แนวการหย่าเครื่องช่วยหายใจตามแนวทาง ช่วยลดระยะเวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจและการดึงท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับ Supian, Patcharawan, Tisakorn, Phitchayada, Prapasson & Nadanong (2019) พบว่าการมีแนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่ชัดเจนสามารถลดอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจได้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจให้ครอบคลุมทุกแผนกของโรงพยาบาล ซึ่งสามารถปรับการปฏิบัติให้เข้ากับบริบทของแต่ละหน่วยงาน
2. ควรศึกษาต่อเนื่องในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้ได้ข้อมูลความรู้ ที่จะสามารถปรับปรุงและนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้ อย่างกว้างขวาง

รายการอ้างอิง

- Arunee, S., Preanpit, T., & Charuwan, K. (2014). The effect of information and family support on suffering reduction in elderly patients with oral endotracheal tube. *Thai Journal of Nursing*, 63(2), 46-55. (in Thai)
- Bangaorn, N., Ampaporn, N., & Nam-oy, P. (2015). Unplanned extubation and duration of mechanical ventilation in critically ill patients on evidenced based nursing practice. *Kuakarun Journal of Nursimg*, 22(1), 129-143. (in Thai)
- Chen, C. M., Chan, K. S., Fong, Y., Hsing, S. C., Cheng, A. C., Sung, M. Y., et al. (2010). Age is an important predictor of failed unplanned extubation. *Int J Gerontol*, 4(3), 120-9.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160.

- Gustad, T. L., Chaboyer, W., & Wallia, M. (2008). "ICU patient's transfer anxiety: A prospective cohort study". *Australian Critical Care*, 21, 181-189.
- Jarachovic. M., Mason, M. M., Kerber, K., & Mcnett, M. (2011) The role of standardized protocols in Unplanned Extubations in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 20(4), 304-11.
- Kiekkas, P., Aretha, D., Panteli, E., Baltopoulos, G., Filos, S. (2012). Unplanned extubation in critically ill adults: clinical review. *Nursing of Critical Care*, 18(3), 123-34.
- Maneenuch, S., Kanittha, K., & Wassana, N. (2017). Effects of Utilizing clinical nursing practice guideline on the incidence of unplanned extubation in critically ill patients. *Journal of Nursing and Education*, 10(2), 58-70. (in Thai)
- Pramote, W. (2019). *Experimental Research Design: Application for Research to Improve Health Behaviors* Bangkok: Jariondeemonkongkanpim.
- Samlee, K., Ratree, S., Yupa, P., & Sompong, J. (2019). Effectiveness of Implementing Clinical Nursing Practice Guideline for Preventing Unplanned Extubation in Intensive Care Unit at Nakhonathom Hospital. *Region 4-5 Medical Journal*, 38(3), 210-225. (in Thai)
- Silva, P. S., & Fonseca, M. C. (2012). Unplanned endotracheal extubations in the intensive care unit: systematic review, critical appraisal and evidence-based recommendations. *Anesth Analg*, 114, 1003-14.
- Somporn, N., Rachanee, N., & Varin, B. (2016). The effect of nursing care protocol on the incidence rates of unplanned extubation in patients with endotracheal intubation. *The Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 27(1), 72-84. (in Thai)
- Stites, M. (2013). Observational Pain Scales in Critically Ill Adults. *Critical Care Nurse*, 33(3), 68-78
- Supian, P., Patcharawan, S., Tisakorn, S., Phitchayada, D., Prapassom, K., & Nadanong, S. (2019). Prevalence risk factor and nursing care of unplanned extubation: An integrative review. *Journal of Health Science*, 3(3), 53-67. (in Thai)
- Thongplail, K. (2008). Effect of nursing care protocol on incidence of unplanned extubation in patients with endotracheal tube. (Master Thesis of Nursing Science). Pathum Thani: Rangsit University. (in Thai)

- Tominaga, G. T., Rudzwick, H., Scannell, G., & Waxman, K. (1995). Decreasing unplanned extubations in the surgical intensive care unit. *The American Journal of Surgery*, 170(9), 586-590.
- Wiparat, N., Panomporn, P., Parichat, S., Pathumporn, K., & Suweena, B. (2017). Effect of PMK unplanned extubation prevention program on extubation rate in Medical wards, Pramongkutklao Hospital. *Journal of the Royal Thai Army Nurse*, 18(1), 167-175. (in Thai)

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ เพื่อลดภาวะเสี่ยงการตกเลือดจากการบาดเจ็บช่องท้อง

รัตนา พรหมบุตร โรงพยาบาลกระบี่ จังหวัดกระบี่ e-mail; rattana2543@gmail.com

จีรารวรรณ พญารัง โรงพยาบาลกระบี่ จังหวัดกระบี่ e-mail; jeerawan_18@hotmail.com

วรรณวิสา นาวาสมุทร โรงพยาบาลกระบี่ จังหวัดกระบี่ e-mail; ann.wanwisa123@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บเพื่อลดภาวะเสี่ยงการตกเลือดจากการบาดเจ็บช่องท้อง โรงพยาบาลกระบี่ ดำเนินการตามกรอบแนวคิดของ Soukup (2000) 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาปัญหาทางคลินิก 2) สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) ทดลองใช้และประเมินการใช้แนวปฏิบัติ 4) การนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงานและประเมินผลลัพธ์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง/ผู้ปกครอง จำนวน 20 คน และ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 1) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติเป็นแบบประเมินความยากง่าย จำนวน 12 ข้อ และเป็นแบบเลือกตอบมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 6 ข้อ 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ เป็นแบบประเมิน จำนวน 12 ข้อ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปกครอง/ผู้ป่วย เป็นแบบสอบถาม จำนวน 12 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย

ผลการศึกษาพบว่า แนวปฏิบัติที่มีความง่ายในการนำไปใช้และมีความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 100 ผลลัพธ์ด้านตัวชี้วัดของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบรรลุค่าเป้าหมายทุกข้อ ยกเว้นในร้อยละของผู้บาดเจ็บได้รับการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายที่ไม่บรรลุเป้าหมาย พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติในภาพรวมอยู่ระดับมาก ($M = 4.68$, $SD = 0.46$) และผู้ปกครอง/ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.78$, $SD = 0.41$) แสดงว่าแนวปฏิบัตินี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บเพื่อลดภาวะเสี่ยงการตกเลือดจากการบาดเจ็บช่องท้องทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ลดอุบัติการณ์อาการทรุดลงระหว่างรักษาจากการตกเลือด คิดเป็นร้อยละ 0

คำสำคัญ: ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง ภาวะเสี่ยงตกเลือด แนวปฏิบัติการดูแล

Effectiveness of Caring Practice Guidelines in Traumas to Reduce Risk of Bleeding due to Abdominal Trauma

Rattana Prombutr, Krabi Hospital, Krabi Province, e-mail; rattana2543@gmail.com

Jeerawan Payarang, Krabi Hospital, Krabi Province, e-mail; ; jeerawan_18@hotmail.com

Wanwisa Nawasamut, Krabi Hospital, Krabi Province, e-mail; ann.wanwisa123@gmail.com

Abstract

This study was aimed to study is the effectiveness of practice guidelines for caring for injured patients to reduce the risk of bleeding from abdominal injuries. The practice guideline was used in the Emergency department, Pediatric Ward, Male surgery ward, Female surgery ward and the intensive care unit of Krabi Hospital. Research Implementation was guided by the Soukup (2000) 4-step conceptual framework. (1) Search clinical problem (2) searching Evidence supported (3) developing evidence observed and (4) apply evidence based and evaluated. Purposive sampling technique was used for recruitment the participants in the study. There were 20 with abdominal injury relatives and 30 professional nurses. Research instruments were included 1) opinions of professional nurse on used of guidelines questionnaires 15 item 2) nurse satisfaction questionnaires 12 item 3) parents / injured patients satisfaction questionnaires 12 item. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results showed that the guideline was possibility to use with 100% satisfaction collecting from the study participants. The study outcome regarding practical guideline indicator section has an achievement; however only one item which measure the percentage of patients receiving care after discharge from the hospital is unsuccessful. Professional nurses were satisfied with the use of the guidelines and the score was at the high level ($M = 4.68$, $SD = 0.46$) and the parents / injured patients were satisfied with the use of the guidelines and the score was also at a high level ($M = 4.78$, $SD = 0.41$) Therefore, this guideline can be used as a guideline for caring for the injured patient in order to reduce the risk of bleeding from abdominal injuries resulting in good results for patients.

Keyword: Abdominal Trauma Patients, Bleeding Risk, Caring Practice Guidelines

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และยังคงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขจากการรายงานขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2561 มีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากการบาดเจ็บที่เกิดจากอุบัติเหตุจราจรปีละ 1.35 ล้านคน ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตในเด็กและวัยรุ่นที่อายุระหว่าง 5-29 ปี (World Health Organization, 2018) ทั้งนี้การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรในภูมิภาคเอเชียใต้และตะวันออก มีอัตราตาย 17 ต่อแสนประชากร สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย กระทรวงคมนาคม (2561) รายงานการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางถนน 79,117 ราย และเสียชีวิต 8,366 ราย การบาดเจ็บช่องท้องเป็นภาวะวิกฤติที่พบได้บ่อยจากอุบัติเหตุจราจร และเป็นตำแหน่งที่พบเป็นลำดับ 3 ของการบาดเจ็บและ ร้อยละ 25 ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องต้องได้รับการผ่าตัด (Lertkarnchang, 2015) จากการการตกเลือดในช่องท้องที่นำไปสู่การเสียชีวิต

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องมีความสำคัญเพราะเป็นช่วงเวลาวิกฤต จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุการเสียชีวิตมาจากการหายใจล้มเหลว และช็อก การบาดเจ็บทั้งหมดทำให้ภาวะขาดออกซิเจนในเลือดเพิ่มขึ้นและเกิดภาวะเลือดเป็นกรด ประมาณหนึ่งในสามรอดชีวิตถ้าได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องทันเวลา ดังนั้นเป้าหมายการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย (patient safety goals) จากภาวะคุกคามต่อชีวิตและสามารถช่วยเหลือได้ทัน่วงที่ (Phuengbunhan, Pamosinlapathum, Mechan, 2014) ทั้งนี้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องจะต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ติดตามประเมินสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง การประเมินซ้ำ การติดตามและเปรียบเทียบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อเฝ้าระวังภาวะเลือดออกภายในช่องท้อง รวมทั้งการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ การส่งต่อข้อมูลที่ชัดเจนเพื่อสร้างความปลอดภัยให้ผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีภาวะวิกฤต จะต้องให้ความสนใจและรับการรักษาทันที การบาดเจ็บช่องท้องจากอุบัติเหตุจราจร เป็นภาวะเจ็บป่วยที่ซับซ้อนรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทัน่วงที่เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง

โรงพยาบาลกระบี่เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จากการที่โรงพยาบาลตั้งอยู่ในจังหวัดที่มีการท่องเที่ยวตลอดทั้งปี ทำให้มีผู้ป่วยบาดเจ็บเข้ารับการรักษาจากอุบัติเหตุจราจรในจำนวนที่สูงในทุกปี จากการจำแนกข้อมูล ปี พ.ศ. 2560 – 2562 พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องมีทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ในกลุ่มเด็กอายุ 7-14 ปี มีผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง จำนวน 134,108 และ 101 ราย ตามลำดับ และเสียชีวิตจำนวน 14, 12 และ 15 ราย ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่าเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องในกลุ่มอายุ 15 - 59 ปี จำนวน 141, 138 และ 126 ราย ตามลำดับ และผู้ป่วยบาดเจ็บเสียชีวิต จำนวน 11, 11 และ 15 รายตามลำดับ (Medical records and statistics of Krabi Hospital, 2019) คัดสรรส่วนการบาดเจ็บช่องท้องในกลุ่มอายุ 15 - 59 ปี ประมาณ ร้อยละ 51.30 - 63.20 สัดส่วนการบาดเจ็บช่องท้องในกลุ่มอายุ 7-14 ปี ประมาณร้อยละ 36.72 - 48.70 จากการวิเคราะห์สถานการณ์ย้อนหลังพบว่า การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่อง

ต้องมีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องเดิม เป็นแนวทางในการให้ข้อมูลการบาดเจ็บแก่ ผู้ปกครอง/ผู้บาดเจ็บ แต่แนวทางดังกล่าวไม่ครอบคลุมการดูแลต่อเนื่องในหอผู้ป่วยทุกหอ ได้แก่ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง และหอผู้ป่วยหนัก ทั้งนี้พบว่าไม่มีแนวทางในการประเมินติดตามเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน (ภาวะตกเลือดในช่องท้อง) ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไม่มีอาการแสดงของภาวะ peritonitis ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีสัญญาณชีพปกติ และในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ผลตรวจอัลตราซาวด์ ปกติ บุคลากรขาดทักษะในการติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติการดูแลขึ้นอยู่กับความตัดสินใจตามสถานการณ์ ตลอดจนประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ดังนั้นเพื่อให้เกิดความครอบคลุมและความชัดเจนในการปฏิบัติ ทั้งให้การปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงแนวปฏิบัติและลดภาวะเสี่ยงจากการตกเลือดเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ ที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้องให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดอุบัติการณ์เกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดและการเสียชีวิตในผู้ที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บเพื่อลดภาวะเสี่ยงการตกเลือดจากการบาดเจ็บช่องท้อง
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บเพื่อลดภาวะเสี่ยงการตกเลือดจากการบาดเจ็บช่องท้อง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดของ Soukup (2000) มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินการพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บเพื่อลดภาวะเสี่ยงตกเลือดจากการบาดเจ็บช่องท้อง ซึ่งแนวคิดดังกล่าวประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาวิเคราะห์ปัญหาทางคลินิก (Evidence Triggered Phase) ขั้นตอนที่ 2 สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Supported Phase) ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้และประเมินการใช้แนวปฏิบัติ (Evidence Observed Phase) ขั้นตอนที่ 4 การนำแนวแนวปฏิบัติไปใช้จริง (Evidence Based Phase) และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้บาดเจ็บที่ได้รับบาดเจ็บในช่องท้อง ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง และหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลกระบี่ ระหว่างวันที่ 27 กุมภาพันธ์- 24 พฤษภาคม 2563 ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และมีอายุตั้งแต่ 7-59 ปี จำนวน 20 คน

2. พยาบาลวิชาชีพ ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกคือ มีประสบการณ์ในการทำงาน 1 ปี เป็นต้นไป ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง และหอผู้ป่วยหนัก ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดภาวะเสี่ยงการตกเลือดจากการบาดเจ็บช่องท้องสำหรับพยาบาลวิชาชีพใช้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง และหอผู้ป่วยหนัก

1.2 แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และเสียชีวิตตามแบบฟอร์ม Trigger tool ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2558) ประกอบด้วย ID, Trigger, Background, Intervention, LOS, AE, Adverse Event, Level เพื่อบันทึกข้อมูลที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องดังกล่าว

1.3 แบบสอบถามความคิดเห็นการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง และหอผู้ป่วยหนัก ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากการประเมินประสิทธิภาพในการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบครอบคลุมด้านความยากง่ายในการนำไปปฏิบัติ จำนวน 12 ข้อ และแบบสอบถามที่ข้อความแต่ละข้อมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 6 ข้อ

ตรวจสอบประเมินคุณภาพและให้ข้อเสนอแนะโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในผู้ป่วย เด็ก ผู้ป่วยผู้ใหญ่ และด้านการศึกษาพยาบาลรวมจำนวน 3 ท่าน ผลการประเมินผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อสรุปว่าสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อบันทึกข้อมูลการประเมิน ความรุนแรงของการบาดเจ็บและการคัดแยก การประเมินทั่วไป การประเมินและดูแลรักษาเบื้องต้น การประเมินและช่วยเหลือระยะต่อมา การประเมินระยะที่ 3 การให้ข้อมูลผู้ปกครอง/ผู้บาดเจ็บ การเตรียมจำหน่าย การเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บ และการดูแลที่หอผู้ป่วยใน

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการการใช้แนวปฏิบัติในการดูแล ผู้ป่วยเพื่อลดภาวะเสี่ยงการตกเลือดจากการบาดเจ็บช่องท้อง ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ 4 ด้าน มีค่าความเชื่อมั่นของ แบบสอบถามเท่ากับ 0.93

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปกครอง(กรณีผู้บาดเจ็บอายุต่ำกว่า 18 ปี) / ผู้บาดเจ็บต่อการใช้แนวปฏิบัติในการดูแล ผู้บาดเจ็บเพื่อลดภาวะเสี่ยงการตกเลือดจากการบาดเจ็บ ช่องท้อง ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.97

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจังหวัด กระบี่ (KB-IRB Submission) วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2563 เลขที่อนุมัติ KB-IRB 2020/38.1.2602

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยชี้แจงกับหัวหน้าเวรในแต่ละเวรเพื่อเผยแพร่และสร้างความเข้าใจในการใช้แนว ปฏิบัติการดูแลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น กำกับติดตามการใช้แนวปฏิบัติการดูแล และประเมินผลการใช้แนว ปฏิบัติโดยนำแบบสอบถามความคิดเห็นการใช้แนวปฏิบัติ ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติให้ พยาบาลวิชาชีพทำการประเมิน และให้ผู้บาดเจ็บช่องท้อง/ผู้ปกครองทำแบบสอบถามความพึงพอใจ ต่อการใช้แนวปฏิบัติจากการบริการที่ได้รับ เก็บรวบรวมตัวชี้วัดแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูล ที่ได้มาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องส่วนใหญ่ร้อยละ 80 เป็นเพศชาย ร้อยละ 30 อายุอยู่ระหว่าง 13 – 17 ปี และ 31-40 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 75 ได้รับการบาดเจ็บจากการกระแทกช่องท้องที่ตับ และอวัยวะที่ได้รับการบาดเจ็บมากที่สุดคือ ตับ ได้รับการผ่าตัด Simple Suture จำนวน 7 ราย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุ – ชักเจน หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 ศัลยกรรมชาย ศัลยกรรมหญิง และหอผู้ป่วยหนัก ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50 อายุ อยู่ระหว่าง 21 – 30 ปี ร้อยละ 96.66 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และร้อยละ 23.33 มีประสบการณ์ในการทำงาน 6 – 10 ปี

1. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บเพื่อลดภาวะเสี่ยงการตกเลือดจากการบาดเจ็บช่องท้อง

1.1 ความยากง่ายและความสามารถในการใช้แนวปฏิบัติ

การประเมินความยากง่ายและความสามารถในการใช้แนวปฏิบัติ ทั้งหมด 12 หมวดพบว่า พยาบาลร้อยละ 100 มีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติทุกหมวดมีความง่ายในการนำไปใช้ และสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ได้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน กุมารเวชกรรม 1 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง และหอผู้ป่วยหนัก ที่ระบุความยากง่ายและความสามารถในการใช้แนวปฏิบัติ (n = 30)

แนวปฏิบัติการพยาบาล	ความยากง่าย ในการปฏิบัติ (ร้อยละ)		ความสามารถ ในการปฏิบัติ (ร้อยละ)	
	ยาก	ง่าย	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้
1.การประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บและ การคัดแยกประเภท	-	30 (100.00)	30 (100.00)	-
2. การประเมินทั่วไป	-	30 (100.00)	30 (100.00)	-
3. การประเมินและดูแลรักษาเบื้องต้น	-	30 (100.00)	30 (100.00)	-
4. การประเมินและช่วยเหลือระยะต่อมา	-	30 (100.00)	30 (100.00)	-
5. การประเมินระยะที่ 3	-	30 (100.00)	30 (100.00)	-
6. การให้ข้อมูลผู้ปกครอง/ผู้ป่วยเจ็บ ที่ ER	-	30 (100.00)	30 (100.00)	-
7. การเตรียมจำหน่าย/ การวางแผนจำหน่าย	-	30 (100.00)	30 (100.00)	-
8. การดูแลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเจ็บ	-	30 (100.00)	30 (100.00)	-
9. การประเมินซ้ำและระวังภาวะแทรกซ้อน	-	30 (100.00)	30 (100.00)	-
10. การประสานงาน	-	30 (100.00)	30 (100.00)	-
11. การประเมินสภาพจิตใจ	-	30 (100.00)	30 (100.00)	-
12. การดูแลต่อเนื่องหลังการจำหน่าย	-	30 (100.00)	30 (100.00)	-

1.2 ความคิดเห็นต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บเพื่อลดภาวะเสี่ยงการตกเลือดจากการบาดเจ็บช่องท้อง

พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.66$, $SD = 0.46$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า พยาบาลวิชาชีพคิดเห็นว่าการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้มากที่สุด ($M = 4.83$, $SD = 0.37$) รองมาเป็นประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถแก้ไขปัญหาหรือทำให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการมากที่สุด ($M = 4.73$, $SD = 0.44$) และแนวปฏิบัติการพยาบาลมีความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงาน ($M = 4.63$, $SD = 0.48$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ($n = 30$)

ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ	M	SD	แปลผล
1. ด้านง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติ หรือในการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ	4.57	0.50	มาก
2. ความชัดเจนของข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติ	4.57	0.50	มาก
3. ความเหมาะสมกับการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงานของท่าน	4.63	0.48	มาก
4. ความประหยัดการนำแนวปฏิบัติไปใช้จะช่วยให้งานลดต้นทุน ทั้งด้านกำลังคน เวลาและงบประมาณ	4.61	0.49	มาก
5. ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติสามารถแก้ไขปัญหาหรือทำให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการ	4.73	0.44	มาก
6. ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้	4.83	0.37	มาก
ภาพรวม	4.66	0.46	มาก

2. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บเพื่อลดภาวะเสี่ยงการตกเลือดจากการบาดเจ็บช่องท้อง

2.1 ผลลัพธ์ด้านตัวชี้วัดของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

ผลลัพธ์ด้านตัวชี้วัดของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบรรลุค่าเป้าหมายทุกข้อ ยกเว้นในข้อร้อยละของผู้บาดเจ็บได้รับการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายที่ไม่บรรลุ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ด้านตัวชี้วัดของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

ผลลัพธ์ด้านตัวชี้วัดแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย	ค่าเป้าหมาย	ผลลัพธ์
1. ร้อยละการประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บและการคัดแยกประเภทได้ถูกต้อง	>80	95
2. ร้อยละของผู้บาดเจ็บที่มีระดับ GCS <9 ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจภายใน 10 นาที	100	100
3. ร้อยละของผู้บาดเจ็บที่มี Abdominal Injury ได้รับการทำ FAST ที่ ER	100	100
4. ร้อยละของผู้บาดเจ็บที่มี Abdominal Injury with Shock ได้รับการเตรียมส่งผ่าตัด ภายใน 30 นาที	> 80	100

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ด้านตัวชี้วัดของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย (ต่อ)

ผลลัพธ์ด้านตัวชี้วัดแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย	ค่าเป้าหมาย	ผลลัพธ์
5.ร้อยละของผู้บาดเจ็บที่มี Abdominal Injury มีอาการทรุดลงขณะเคลื่อนย้าย (จาก ER ไป OR, จาก ER ไป หอผู้ป่วย)	0	0
6.อัตราการตายโดยไม่คาดฝันของผู้ป่วย Bunt Abdominal Injury	0	0
7.อัตราการย้ายเข้า ICU ในผู้ป่วย Bunt Abdominal Injury โดยไม่ได้วางแผน	0	0
8.ร้อยละของผู้บาดเจ็บมีอาการทรุดลงขณะรักษา (Hypovolemic Shock)	0	0
9.ร้อยละของผู้บาดเจ็บ ที่มี Abdominal Injury ได้รับการวินิจฉัยผิดพลาด	0	0
10.ร้อยละความพึงพอใจของผู้ปกครอง/ผู้บาดเจ็บ	>80	91.33
11.ร้อยละของผู้บาดเจ็บที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย	>80	35

2.2 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดภาวะเสี่ยงการตกเลือดจากการบาดเจ็บช่องท้อง

พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติในภาพรวมอยู่ระดับมาก ($M = 4.68$, $SD = 0.46$) โดยด้านที่พยาบาลวิชาชีพพึงพอใจมากที่สุดคือ ด้านผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย ($M = 4.77$, $SD = 0.42$) รองลงมาคือ ด้านความรวดเร็วและด้านความครอบคลุม ($M = 4.69$, $SD = 0.46$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดภาวะเสี่ยงการตกเลือดจากการบาดเจ็บช่องท้อง ($n = 30$)

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ	Mean	SD	แปลผล
1. ด้านความสะดวก ($M = 4.58$, $SD = 0.49$)			
1.1 ความถูกต้อง ชัดเจน เป็นขั้นตอน	4.53	0.50	มาก
1.2 ความสะดวกต่อการใช้งาน	4.60	0.49	มาก
1.3 การลดความยุ่งยากในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย	4.60	0.49	มาก
2. ด้านความครอบคลุม ($M = 4.69$, $SD = 0.46$)			
2.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจและ จิตวิญญาณ	4.67	0.47	มาก
2.2 เนื้อหาครบถ้วนตามแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บทางช่องท้อง	4.73	0.44	มาก
2.3 ครอบคลุมทุกปัญหา	4.67	0.47	มาก
3. ด้านความรวดเร็ว ($M = 4.69$, $SD = 0.46$)			
3.1 การปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว	4.67	0.47	มาก
3.2 การลดระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย	4.70	0.46	มาก
3.3 การลดความล่าช้าในการทำงาน	4.70	0.46	มาก
4. ด้านผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย ($M = 4.77$, $SD = 0.42$)			
4.1 ประโยชน์ต่อผู้ป่วย	4.77	0.42	มาก
4.2 โอกาสรอดชีวิตสูงขึ้น	4.77	0.42	มาก
4.3 การลดอัตราการตายและความพิการของผู้ป่วย	4.77	0.42	มาก
ภาพรวม	4.68	0.46	มาก

2.3 ความพึงพอใจของผู้ปกครอง/ผู้บาดเจ็บต่อการใช้นโยบายปฏิบัติในการดูแลผู้บาดเจ็บเพื่อลดภาวะเสี่ยงการตกเลือดจากการบาดเจ็บช่องท้อง

ผู้ปกครอง/ผู้บาดเจ็บมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.78, SD = 0.41) พิจารณารายข้อพบว่า ผู้ปกครอง/ผู้บาดเจ็บมีความพึงพอใจด้านการได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัยและการดูแลอย่างต่อเนื่อง การบอกกล่าวก่อนให้การพยาบาล การปฏิบัติอย่างเหมาะสมจากทีมผู้รักษา และความรู้ในการดูแลตนเองทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้านในระดับมาก (Mean = 4.85, SD = 0.36) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจของผู้ปกครอง/ผู้บาดเจ็บต่อการใช้นโยบายปฏิบัติในการดูแลผู้บาดเจ็บเพื่อลด ภาวะเสี่ยงการตกเลือดจากการบาดเจ็บช่องท้อง (n= 20)

ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วย	Mean	SD	แปลผล
1.การอธิบายเหตุผลในการพยาบาลและการเปลี่ยนแปลงทุกระยะ	4.75	0.43	มาก
2.การมีส่วนร่วมในการวางแผนการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย	4.75	0.43	มาก
3.ความรู้สึกปลอดภัยจากการภาวการณ์เจ็บป่วย	4.60	0.49	มาก
4.การส่งต่ออย่างปลอดภัยและการดูแลอย่างต่อเนื่อง	4.85	0.36	มาก
5.ความรวดเร็วในการพยาบาลเมื่อมีปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือ	4.75	0.43	มาก
6.การดูแลเอาใจใส่จากพยาบาลอย่างมีน้ำใจ	4.80	0.40	มาก
7.การบอกกล่าวก่อนให้การพยาบาล	4.85	0.36	มาก
8.การแสดงความรู้สึกหรือความกังวลใจกับพยาบาล	4.80	0.40	มาก
9.การปฏิบัติอย่างเหมาะสมจากทีมผู้รักษา	4.85	0.36	มาก
10.การช่วยเหลือ/ แนะนำ/ อำนวยความสะดวกในทุกขั้นตอนของการรักษา	4.70	0.46	มาก
11.ความรู้ในการดูแลตนเองทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน	4.85	0.36	มาก
12.ความพึงพอใจต่อการพยาบาลภาพรวม	4.75	0.43	มาก
ภาพรวม	4.78	0.41	มาก

อภิปรายผล

ผลจากการใช้นโยบายปฏิบัติในการดูแลผู้บาดเจ็บเพื่อลดภาวะเสี่ยงการตกเลือดจากการบาดเจ็บช่องท้องที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ ในแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 หอผู้ป่วย ศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง และหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลกระบี่ และพบว่าตัวชี้วัดแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์ที่ดีโดย การประเมินและคัดแยกผู้บาดเจ็บได้ถูกต้องร้อยละ 95 ผู้บาดเจ็บที่ระดับ GCS น้อยกว่า 9 ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจภายใน 10 นาที ร้อยละ 100 ผู้บาดเจ็บที่มี Abdominal Injury with Shock ได้รับการเตรียมส่งผ่าตัดภายใน 30 นาที ร้อยละ 100 ผู้บาดเจ็บที่มี Abdominal Injury มีอาการทรุดลงขณะเคลื่อนย้าย ร้อยละ 0 การตายโดยไม่คาดฝันของผู้ป่วย Bunt Abdominal Injury ร้อยละ 0 ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงขณะรักษา (Hypovolemic Shock) จากการตกเลือดขณะดูแลในหอผู้ป่วย ร้อยละ 0 การย้ายเข้า ICU ในผู้ป่วย Bunt Abdominal Injury โดยไม่ได้

วางแผน ร้อยละ 0 และผู้ป่วยบาดเจ็บ ที่มี Abdominal Injury ได้รับการวินิจฉัยผิดพลาด ร้อยละ 0 นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติทุกหมวดมีความง่ายในการนำไปใช้ และสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ได้ร้อยละ 100 ซึ่งจะเห็นได้ว่าการวิจัยครั้งนี้ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถแก้ไขปัญหาและส่งผลให้เกิดความพึงพอใจต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ทั้งพยาบาลวิชาชีพและผู้รับบริการ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องเป็นระยะเวลามากกว่า 5 ปี ทำให้เข้าใจการใช้แนวปฏิบัติ นอกจากนี้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ครั้งนี้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Soukup (2000) เป็นกรอบแนวคิด โดยเริ่มตั้งแต่ การค้นหาวิเคราะห์ปัญหาทางคลินิก การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บเพื่อลดภาวะเสี่ยงการตกเลือดจากการบาดเจ็บช่องท้อง ทดลองใช้ และประเมินการใช้แนวปฏิบัติ และการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริง โดยประกาศใช้ในหน่วยงาน และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งทำให้การปฏิบัติที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีรูปแบบกระบวนการที่ชัดเจน ครอบคลุม มีประสิทธิภาพ ในการแก้ไขเน้นการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ผลการพัฒนาตามการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย 2 แนวปฏิบัติคือ 1) แนวปฏิบัติที่ใช้ในแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน 8 หัวข้อ ได้แก่ การประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บ และการคัดแยก การประเมินทั่วไป การประเมินและดูแลรักษาเบื้องต้น การประเมินและช่วยเหลือระยะต่อมา การประเมินระยะที่สาม การเตรียมจำหน่าย การให้ข้อมูลผู้ปกครอง/ผู้ป่วยบาดเจ็บ และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบาดเจ็บ และ 2) แนวปฏิบัติที่ใช้ในหอผู้ป่วย ได้แก่ การประเมินและช่วยเหลือระยะต่อมา (Secondary Assessment) การประเมินซ้ำและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน (Re-Assessment) การให้ข้อมูลผู้ปกครอง/ผู้ป่วยบาดเจ็บ การประสานงาน การประเมินสภาพจิตใจ และการจำหน่าย ทำให้เกิดการวางแผนการดูแลร่วมกันของทีมผู้รักษา การดูแลปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุมปัญหาความต้องการของผู้ป่วย เกิดการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติทำให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลอย่างครบถ้วน พยาบาลสามารถคัดกรองแก้ไขปัญหาที่พบ ทำให้มีการดูแลที่รวดเร็วขึ้น เนื่องจากแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นเอกสารที่มีการพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกใช้ในการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และเป็นเครื่องมือในการพัฒนามาตรฐานการรักษายาบาลที่มีคุณภาพ ตลอดจนใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินและบันทึกในหน่วยงาน (Vongrabilnam, 2013; สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าของ Techaatik, Wunsupon, and Sumritrin (2014) Pornchensuanpong, La-or, & Boonchoo (2016) Atatanuchi, Sae-Sia, and Songwathana (2011) ที่พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลขึ้นทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บได้รับการดูแลอย่างถูกต้องรวดเร็วและปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลทางด้านจิตใจเพิ่มมากขึ้นให้แก่ผู้ป่วย/ผู้ปกครอง เพื่อให้เกิดความมั่นใจและรู้สึกปลอดภัยจากการการเจ็บป่วย
2. ควรให้พยาบาลวิชาชีพทุกระดับเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นในขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติหรือในขั้นตอนการประเมินผลเพื่อให้เกิดความสะดวก คล่องตัวในการปฏิบัติงานมากขึ้น
3. ควรมีการศึกษาดูแลการใช้แนวปฏิบัติในระยะยาว โดยเฉพาะในการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้บาดเจ็บ เพื่อให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพการดูแล และมีการพัฒนาจากแนวปฏิบัติไปเป็นแนวปฏิบัติที่ดีต่อไป

รายการอ้างอิง

- Atatanuchi, S, Sae-Sia , W, and Songwathana, P. (2011). Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Initial Assessment among Multiple Injured Patients Admitted in Trauma Units. Princes of Naradhiwas University Journal, 2(2), 16-28. (in Thai)
- Lertkarnchang, S. (2 015) . Factors Predicting Mortality of Operated Abdominal Injured Patients at Suratthani Hospital. Region 11 Medical Journal, 29(2), 327-33. (in Thai)
- Medical records and statistics of Krabi Hospital. (2019). Statistical of Patients admitted for accidents. Krabi Hospital. (in Thai)
- Phuengbunhan, K, Pamosinlapathum, T; and Mechan, L (2 014) . Developing a Model of Caring for the Critical Multiple Trauma Patients in Uttaradit Hospital. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journa, 6(1), 24-37. (in Thai)
- Pornchensuanpong, C; La-or, P; & Boonchoo, K. (2016). The Development of an Evidence Based Practice Care Model for Traumatic Injury Patients in Nakhon Nayok Hospital. Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 26(2), 89-102. (in Thai)
- Soukup SM. (2000). Evidence-based Practice Model Promoting the Scholarship of Practice. In SM Soukup & CF Beason Eds. Nursing Clinic of North America. Philadelphia :WB Saunders.
- Techaatik, P, Wunsupon, S, and Sumritrin, S. (2014) . Effectiveness of Implementing Evidence-Based Practice for Traumatic Patients at Out Patient of the Accident and Emergency Unit. Journal of Nursing Science & Health, 34(3), 65-74. (in Thai)

- Thailand Transport Portal. (2018). Road Accident Situation Analysis Report. Retrieved 2020 January 9, from http://www.otp.go.th/uploads/tiny_uploads/PDF/2562-09/25620916Accident%20report2561%20_OTP.pdf. (in Thai)
- The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (2018). Hospital and Health Care Standard 4th Edition. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization): Nonthaburi.
- Tilokskulchai, F. (2011). Evidence-based Nursing : Principle and Method. 6th edition Bangkok: Faculty of Nursing Mahidol University. (in Thai)
- Vongrabilnam, K. (2013). Development and Evaluation of Clinical Nursing Practice Guideline for Pain Management in Elderly Trauma Patients. Master of Nursing Science (Adult Nursing) Prince of Songkla University. (in Thai)
- World Health Organization. (2018). Global Status Report on Road Safety 2018. Retrieved 2020 January 9, from https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en/.

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

พรพนา พงษ์ธรรมากร โรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี e-mail : Ponthana2505@hotmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงโดยเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จำนวน 40 ราย ในโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย จำนวน 20 คน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม การหาคุณภาพของเครื่องมือ (CVI) เท่ากับ 1.00 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบประเมินความปวดและแบบประเมินการฟื้นฟูสภาพ การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติทีอิสระและเปรียบเทียบข้อมูลภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติทีคู่

ผลการวิจัย: พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีค่าคะแนนเฉลี่ยในการฟื้นฟูสภาพมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = -7.525$, $p < .001$) และค่าคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังได้รับโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 24.15$, $p < .001$) ความปวดหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = -3.15$, $p < .001$) โดยพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย มีค่าคะแนนเฉลี่ยของระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($t = -2.87$, $p < .001$)

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกและข้อกลุ่มอื่นๆต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย การฟื้นฟูสภาพ ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

วันที่รับ (received) 21 เม.ย 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 5 พ.ค. 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 15 มิ.ย. 2563

Effectiveness of a Discharge Planning Program on Functional Recovery of Total Knee Arthroplasty Patients

Pornthana Prucktrangkun, Surat Thani Hospital, e-mail: Ponthana2505@hotmail.com

Abstract

This is Quasi - experimental research to study effectiveness of a discharge planning program on functional recovery of total knee arthroplasty patients. The method of purposive sampling was used to obtain a population of 40 total knee arthroplasty patients, all of whom were being treated at Suratthani Hospital. The subjects were equally divided into the control and experimental groups. The experimental group members were administered a discharge planning program, whilst the members of the control group were given normal care. The instrument used in this study, the discharge planning program for total knee arthroplasty patients. Data collection was through a questionnaire, comprised personal information, pain score and functional recovery evaluation. The data were analyzed using descriptive statistics, with paired and independent t-tests used for pre- and post-experimental comparison.

Results: Found that the mean score of functional recovery after receiving the discharge planning program between the experimental group and the control group, the differences were statistically significant $t = -7.525$, $p < .001$. It was found that the experimental group had a higher mean score for functional recovery than the control group and within the experimental group, it was found that the mean score of functional recovery after receiving the discharge planning program was significantly higher than before receiving the discharge planning program, $t = 24.15$, $p < .001$. The pain after total knee arthroplasty was significantly different in statistics $t = -3.15$, $p < .001$, found that the experimental group had a lower mean score of pain than the control group. Length of stay there was a statistically significant difference $t = -2.87$, $p < .001$ which found that the experimental group had a lower mean score of length of stay duration than the control group. **Recommendations:** Nurses are recommended to apply this discharge planning program to other groups of bone surgery patients.

Keywords: Discharge Planning Program, Functional Recovery, Total Knee Arthroplasty

บทนำ

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทำให้ผู้ป่วยลดการเจ็บปวดและสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ซึ่งโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคข้อที่พบบ่อยที่สุดทั้งในและต่างประเทศ ผู้ป่วย จะมีความทุกข์ทรมานจากความปวดข้อเข่าผิดปกติ เดินลำบาก และนำไปสู่ความพิการได้ (Feng, Novikov, Anoushiravani, & Schwarzkopf, 2018) การรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จะเป็นแนวทางการรักษาขั้นสุดท้ายเมื่อการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ ไม่ได้ผล ซึ่งการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเป็นเทคโนโลยีที่ใช้ในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมในระยะรุนแรง โดยใช้วัสดุจำลองข้อเข่าใส่แทนส่วนที่เสียไปทำให้การเคลื่อนไหวข้อเข่าดีขึ้น มีความมั่นคง และลดปวดขณะเคลื่อนไหว (De Luca et al., 2018) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอัตราการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย (Fritz, Lurie, & Potter, 2015; Konopka, Lee, Su, & McLawhorn, 2018) สถิติการผ่าตัดข้อเข่าในประเทศไทย พบว่า ปี 2557-2559 มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าจำนวน 6,353 ราย 8,690 ราย และ 10,736 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราเพิ่มขึ้น ร้อยละ 23 ต่อปี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560) และสถิติการผ่าตัดข้อเข่าในโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี พบว่า ปี พศ. 2560-2562 มีผู้ป่วยจำนวน 135, 158, และ 180 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ เช่นกัน (สถิติการผ่าตัดข้อเข่าโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี, 2563) แต่การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ก็ทำให้มีการบาดเจ็บและฉีกขาดของเนื้อเยื่อรอบข้อเข่าหลังผ่าตัด จึงทำให้มีความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลันเกิดขึ้น (Aasvang, Luna, & Kehlet, 2015; Arnold, Walters, & Ferrar, 2016; Dailiana et al., 2015) รวมทั้งความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ ความอ่อนล้า การเคลื่อนไหวร่างกายลำบาก หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆหลังผ่าตัด จึงนำไปสู่การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้ไม่ดีเท่าที่ควร (Rodríguez-Merchán, 2019)

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อระบบบริการสุขภาพเนื่องจากการวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการดูแลรักษาพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยและเพิ่มคุณภาพชีวิต (Bauer, Fitzgerald, Haesler, & Manfrin, 2009) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จะมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิต ทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและหลังจำหน่ายมากกว่าวัยอื่นๆ เพราะมีความเสื่อมของสภาพร่างกายตามอายุที่เพิ่มขึ้น ร่วมกับภาวะโรคร่วมในผู้สูงอายุ ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดจึงเป็นผลลัพธ์สุขภาพที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เพื่อดำเนินกิจวัตรประจำวันอย่างอิสระ ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง จึงเป็นบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย และติดตามหลังจำหน่าย ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายคือการประเมิน การสื่อสาร การตอบสนองความต้องการในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องการประสานงาน การจัดสรรทรัพยากรในชุมชน/บ้าน และการจำหน่าย

ผู้ป่วยตามเวลาที่กำหนดเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้อย่างมีประสิทธิภาพ มากยิ่งขึ้น (Eamchunprathip, Tnaarak & Tepapal, 2017)

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เป็นส่วนสำคัญต่อการดูแลรักษาเพื่อให้ เคลื่อนไหวข้อเข่าดีขึ้น (Baloch, Zubairi, Rashid, Hashmi, & Lakdawala, 2015) ซึ่งจะทำให้การ ฟื้นตัว การทำหน้าที่ทางกายได้มากขึ้น (Baumann et al., 2009) รวมทั้งช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าทำให้ผู้ป่วยเริ่มฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยเร็วภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด จะส่งผลดีทั้งในเรื่องการเคลื่อนไหวข้อเข่า ความแข็งแรงของ กล้ามเนื้อต้นขา ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การเดิน ความสมดุล ในการทรงตัว และช่วย ลดความปวดได้ดียิ่งขึ้น (Brandes & Rosenbaum, 2014; Crotty, Whitehead, Gray, & Finucane, 2002) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในบริบทของโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อนำผลการวิจัยไปพัฒนางานด้าน การพยาบาล ให้เกิดประสิทธิผลกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

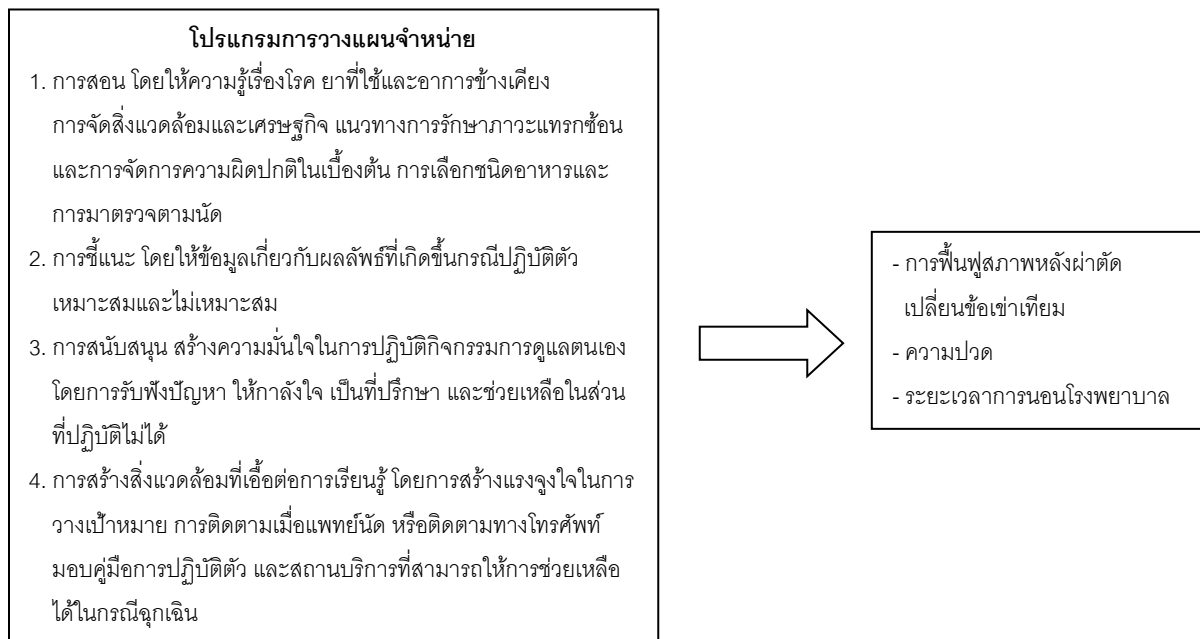
1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ความปวด และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม การวางแผนจำหน่าย
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของการฟื้นฟูสภาพก่อนและหลังได้รับ โปรแกรม การวางแผนจำหน่ายภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย มีค่าคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ ความปวดและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. หลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย มีค่าคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบเมทอด (M-E-T-H-O-D) ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน และเพิ่มเติมการให้ความรู้เรื่องโรค (Disease: D) เพื่อให้ผู้ป่วย ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ได้ดียิ่งขึ้น และกิจกรรมทางการพยาบาลตามรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรค (Disease: D) ยาที่ใช้ (Medication: M) สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจและสังคม (Environment and Economic: E) แนวทางการรักษา (Treatment: T) ภาวะแทรกซ้อนและอาการเจ็บป่วย (Health: H) การมาตรวจตามนัด (Outpatient Referral: O) และอาหาร (Diet: D) พร้อมกับนำแนวคิดการดูแลตนเองของโอริเอม ในส่วนของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ได้แก่ (1) การสอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ และเพิ่มเติมในสิ่งที่ยัง 모르 (2) การชี้แนะโดยการให้ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการดูแลตนเอง (3) การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจในการดูแลตนเอง และ (4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเองได้ ซึ่งสรุปตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research two-group pre-test post-test design) แบบ 2 กลุ่ม ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 ถึงเดือน พฤษภาคม 2563 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ซึ่งได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการหยิบลาก และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบ เฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คือเป็นผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม รับรู้สถานะ ต่างๆ ได้ปกติ สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ และยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่าง ออกจากการวิจัย ได้แก่ มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่ไม่สามารถดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัยได้ และกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากกรเข้าร่วมวิจัย การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้อำนาจ การทดสอบโปรแกรม G*Power ค่าอำนาจการทดสอบที่ 80% ค่าขนาดอิทธิพล .05 และระดับ นัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 ราย และมีผู้เข้าร่วมวิจัย 2 คน ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายครั้งนี้ได้ เนื่องจาก มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และห้ามเดินลงน้ำหนัก ผู้วิจัยจึงคัดออกจากการวิจัย จึงเหลือ กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาทั้งหมด จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย โดยใช้หลักความน่าจะเป็นด้วยการหยิบลากเข้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา สถิติ การรักษา จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และภาวะโรคร่วม
2. แบบประเมินความปวด ใช้เครื่องมือประเมินความปวดแบบมาตรวัดความปวดด้วยตัวเลข (Numeric Rating Scale: [NRS]) มีค่าคะแนน 0-10 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ คะแนน 0 หมายถึงไม่ปวดเลยคะแนน 10 หมายถึงปวดมากที่สุด
3. แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมใช้ The Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) จำนวน 24 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้าน ความปวด ด้านการติดแข็งของข้อ และด้านการทำหน้าที่ทางกาย ระดับการให้ค่าคะแนนจาก 0 – 4 ซึ่งคะแนน 4 หมายถึงมีปัญหาการฟื้นตัวส่วนนั้นมาก ส่วน 0 คะแนน หมายถึงไม่มีปัญหา คะแนนรวม ทั้งหมดเท่ากับ 96 คะแนน การแปลผลดังนี้

คะแนน 65-96 คะแนน หมายถึงการฟื้นตัวการทำหน้าที่ได้น้อยหรือแทบจะไม่ได้เลย

คะแนน 33-64 คะแนน หมายถึงการฟื้นตัวการทำหน้าที่ได้ปานกลาง

คะแนน 1-32 คะแนน หมายถึงการฟื้นตัวการทำหน้าที่ได้มาก

คะแนน 0 คะแนน หมายถึงการฟื้นตัวการทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

คือ โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ใช้จากโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลอดเลือดส่วนปลายอุดตันของ รัตนภรณ์ และคณะ (2557) โดยผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.97 ประกอบด้วย (1) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วยความรู้เรื่องโรค คำแนะนำในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วย การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และการดูแลตนเองหลังจำหน่าย (2) คู่มือการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับพยาบาลซึ่งมีแนวทางการจัดกิจกรรมตามการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ 4 ด้าน ได้แก่ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ซึ่งมีเนื้อหาตามรูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-M-E-T-H-O-D และการจัดกิจกรรมตามแผนการรักษา

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ที่นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จำนวน 1 เครื่องมือ ได้แก่ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อหาความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และความครอบคลุมของเนื้อหา หาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00

การทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (Reliability)

นำแบบสอบถามการฟื้นฟูสภาพไปทดลองใช้กับผู้มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีของสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ .97

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวม ดังนี้

กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

1. วันแรกรับในหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวผู้วิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยผู้ช่วยวิจัยทำการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย จากแฟ้มประวัติและจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

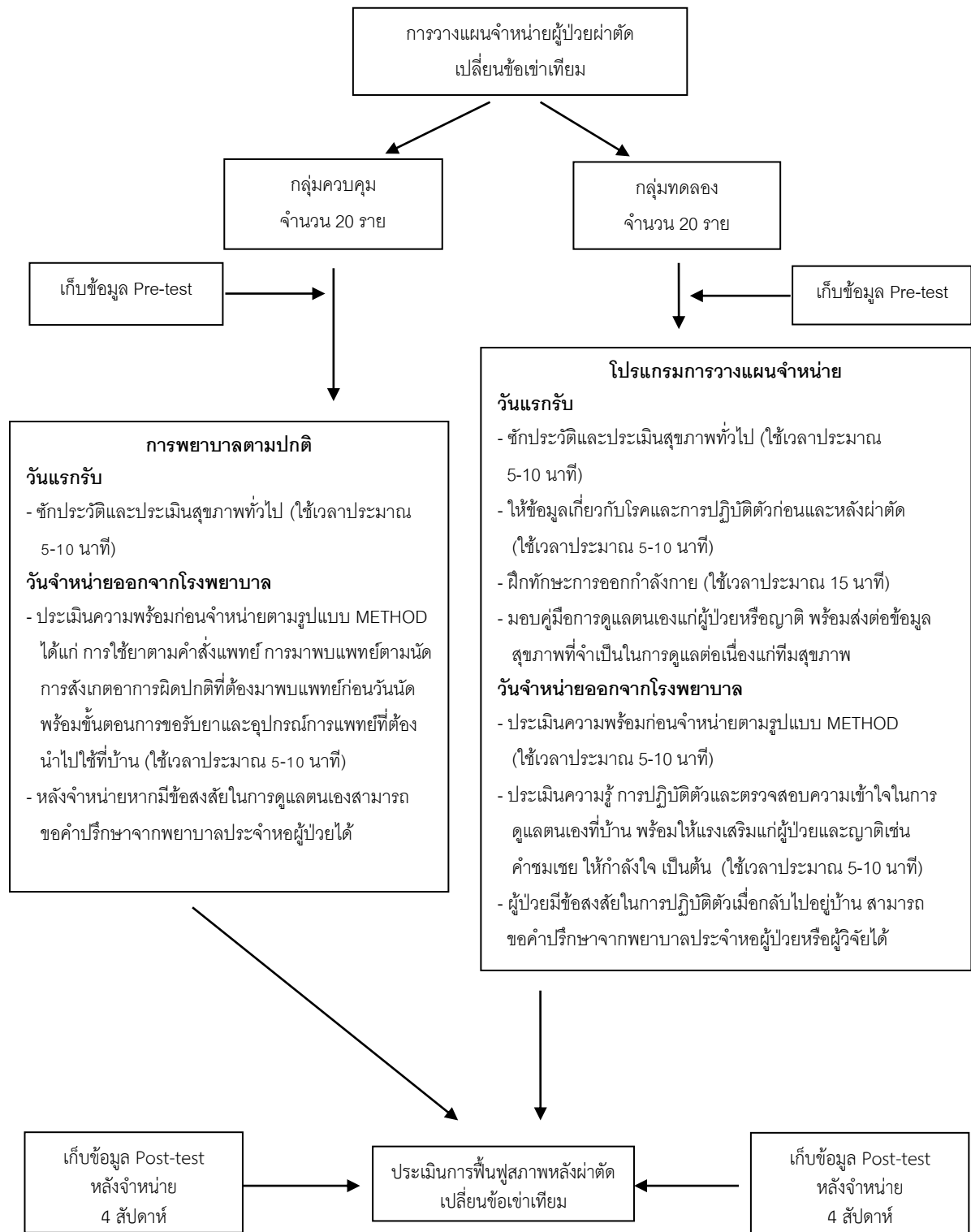
2. กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ในวันที่จำหน่ายจะได้รับข้อมูลการดูแลตนเอง ได้แก่ การใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ การมาพบแพทย์ตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด พร้อมขั้นตอนการขอรับยาและอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องนำไปใช้ที่บ้าน ซึ่งใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที หลังจำหน่ายหากมีข้อสงสัยในการดูแลตนเองสามารถขอคำปรึกษาจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยได้

กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยร่วมกับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายจากผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะที่ 1: วันแรกรับในหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ผู้วิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยผู้ช่วยวิจัยทำการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติและจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติแสดงความคิดเห็นต่อปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ต่อจากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง ตลอดจนแนวทางการรักษาโรค การใช้ยาและการสังเกตอาการข้างเคียงของยา การจัดสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ แนวทางการรักษา ภาวะแทรกซ้อนและการจัดการความผิดปกติในเบื้องต้น การเลือกชนิดอาหารและการมาตรวจตามนัด ให้ข้อมูลในเรื่องการเตรียมตัวในการผ่าตัดหรือ ทำหัตถการ พร้อมฝึกทักษะในการดูแลตนเอง เช่น การออกกำลังกาย เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ ผู้วิจัยร่วมกับผู้ป่วยและญาติกำหนดแผนการดูแลตนเองและมอบคู่มือการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยหรือญาติ พร้อมส่งต่อข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นในการดูแลต่อเนื่องแก่ทีมสุขภาพ (ผู้วิจัยให้ข้อมูลโดยการอธิบายร่วมกับแจกคู่มือให้ผู้ป่วย ใช้เวลา ประมาณ 5-10 นาที)

2. หลังผ่าตัดวันที่ 1-3: พยาบาลประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ให้การดูแลตามแผนการรักษาในระยะหลังผ่าตัด พร้อมทั้งประสานกับทีมสหวิชาชีพด้วยวาจาและการสื่อสาร เป็นลายลักษณ์อักษร เช่น การเยี่ยมตรวจ การโทรศัพท์ เพื่อให้บุคลากรในทีมสหวิชาชีพได้รับรู้แผน การดูแล

3. ระยะฟื้นฟูหรือเตรียมกลับบ้าน (วันที่ 4-5 หลังผ่าตัด): ทีมสหวิชาชีพดำเนินการตามแผนการรักษาและแผนการจำหน่ายตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย โดยประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายตามรูปแบบ METHOD ทั้งด้านความรู้ การปฏิบัติตัวและตรวจสอบความเข้าใจในการดูแลตนเองที่บ้าน พร้อมให้แรงเสริมแก่ผู้ป่วยและญาติเช่น คำชมเชย ให้กำลังใจ เป็นต้น กรณีผู้ป่วยมีข้อสงสัย ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สามารถขอคำปรึกษาจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหรือผู้วิจัยได้



ภาพที่ 2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลด้วยการทดสอบไคสแควร์ (chi-square)
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ความปวดและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและกลุ่มที่ไม่ได้รับการพยาบาลปกติโดยใช้การทดสอบค่าที่ไม่สัมพันธ์กัน (Independent Sample t-test)
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายระหว่างก่อนและหลังด้วยการทดสอบค่าที่มีความสัมพันธ์กัน (Paired Sample t-test)

ก่อนวิเคราะห์ข้อมูลทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า ทุกตัวแปรที่ศึกษามีค่าความเบ้ (Skewness) และความโด่ (Kurtosis) ไม่เกิน 3 แสดงว่ามีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้การทดสอบค่าที่วิเคราะห์ข้อมูลได้

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี เลขที่ 56/2562

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ทั้งกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและกลุ่มที่ไม่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.00 อายุเฉลี่ยทั้งสองกลุ่ม 66.40 ปี (S.D=7.89) สถานะคู่ร้อยละ 82.50 การศึกษาชั้นประถม ร้อยละ 80.00 สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นบัตรทอง 30 บาท ร้อยละ 85.00 ไม่มีภาวะโรคร่วม ร้อยละ 40.00 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 35.00 ผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและกลุ่มที่ไม่ได้รับการพยาบาลตามปกติ(n=40)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ		กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ	Mean=66.10, S.D=8.77		Mean=66.70, S.D=7.13		t=-.24	.81 ^{ns}
เพศ					.00	1.00 ^{ns}
ชาย	2	10	2	10		
หญิง	18	90	18	90		

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและกลุ่มที่ได้รับ
การพยาบาลตามปกติ(n=40) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ		กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สถานภาพ						
คู่	17	85	16	80		
โสด	2	10	1	5		
หม้าย	1	5	3	15		
ระดับการศึกษา					2.33	0.51*
ประถม	16	80	16	80		
มัธยมต้น/ปวช.	1	5	3	15		
มัธยมปลาย	1	5	0	0		
ปริญญาตรี	2	10	1	5		
สิทธิรักษา					2.93	23 ^{ns}
บัตรทอง	18	90	16	80		
เบิกจ่ายตรง	1	5	4	20		
ประกันสังคม	1	5	0	0		
ภาวะโรคร่วม					1.87	0.76 ^{ns}
ไม่มี	9	45	7	35		
เบาหวาน	2	10	1	5		
ความดัน	6	30	8	40		
ไขมัน	0	0	1	5		
เบาหวานร่วมกับความดัน	3	15	3	15		

ns= non-significant

สมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 หลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ความปวดและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีค่าคะแนนเฉลี่ยในการฟื้นฟูสภาพมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t=-7.525$, $p<.01$) กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t=-3.15$, $p<.01$) และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีค่าคะแนนเฉลี่ยของระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($t=-2.87$, $p<.01$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติที่ไม่สัมพันธ์กัน

ตัวแปร	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย(n=20)		กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ(n=20)		t-test	p-value
	Mean	S.D	Mean	S.D		
การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด	15.45	10.53	38.35	8.61	-7.52	.00*
ความปวด	2.2	0.76	3.1	1.02	-3.15	.00*
ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล	5	0.91	6	1.25	-2.87	.00*

* p < .05

สมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีค่าคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีค่าคะแนนเฉลี่ยในการฟื้นฟูสภาพมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t=24.15$, $p<.01$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระหว่างก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยใช้สถิติที่สัมพันธ์กัน

ข้อมูล	การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม		t-test	p-value
	Mean	SD		
ก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย	75.90	5.77	24.15	.00*
หลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย	15.45	10.53		

* p < .05

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ความปวด และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของกลุ่มได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของกลุ่มได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย การชี้แนะ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกรณีปฏิบัติตัวเหมาะสมและไม่เหมาะสมในการออกกำลังกายด้วยตนเอง การสนับสนุนและสร้างความมั่นใจในการ

ออกกำลังกาย และปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง โดยการรับฟังปัญหา ให้กำลังใจ เป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือในส่วนที่ปฏิบัติไม่ได้ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ โดยการสร้างแรงจูงใจในการวางแผนเป้าหมาย การติดตามเมื่อแพทย์นัดหรือติดตามทางโทรศัพท์ มอบคู่มือการปฏิบัติตัว และสถานบริการที่สามารถให้การช่วยเหลือได้ในกรณีฉุกเฉิน จึงทำให้กลุ่มทดลองมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดดีกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขาและความสามารถในการเดินในระยะเวลา 6 นาทีดีกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการส่งเสริมการออกกำลังกายที่ใช้แนวคิดการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายตามกรอบแนวคิดของแบนดูราโดยให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมการออกกำลังกาย ทำให้กลุ่มทดลองมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดดีกว่ากลุ่มควบคุม (Painupong, Sae-Sia & Kupantawee, 2015)

ความปวดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สามารถอธิบายได้ดังนี้

ความปวดหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการออกกำลังกายกล้ามเนื้อขาของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง ช่วยให้กล้ามเนื้อขาแข็งแรง มีความยืดหยุ่น ช่วยพยุงขาที่ผ่าตัดได้ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีระดับความปวดลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การออกกำลังกายข้อเข่าหลังผ่าตัด ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและสามารถเริ่มทำกิจวัตรประจำวันในช่วงที่อยู่ในโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น (Tungtrongjit, Weingkum, & Saunkool, 2012) ซึ่งความปวดหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเป็นความปวดที่เกิดขึ้นแบบฉับพลันทันทีหลังผ่าตัด ทั้งนี้เนื่องจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและกระดูกที่ถูกตัดออกมากในระหว่างการผ่าตัด (Korean Knee Society, 2012) การฟื้นฟูสภาพร่างกายโดยการออกกำลังกายหลังผ่าตัดจึงสามารถลดความปวดลงได้

ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สามารถอธิบายได้ดังนี้

ระยะเวลานอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องากลุ่มทดลองมีความปวดลดลงได้เร็วและการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดได้ดีกว่า จึงส่งผลให้การนอนโรงพยาบาลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ระยะเวลานอนโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองน้อยกว่าและภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเนื่องจากการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดดีกว่า หลังการใช้โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลคลินิกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (Lausawatchaikul & Chatriyanuyok, 2011)

2. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของการฟื้นฟูสภาพ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของการฟื้นฟูสภาพหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม สามารถอธิบายได้ดังนี้

การฟื้นตัวหลังผ่าตัดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่ดีนั้น เนื่องจากโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายนั้น มีการออกแบบอย่างเป็นระบบตามกรอบแนวคิดการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D โดยให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นวิธีการหนึ่งที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง มีพฤติกรรมดูแลตนเองเหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากโปรแกรมไปใช้ในการดูแลตนเองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยได้รับการชี้แนะและสนับสนุนพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมจากผู้วิจัยได้แก่การสร้างความมั่นใจ รับฟังปัญหา ให้กำลังใจ เป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือในกิจกรรม อีกทั้งได้รับคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ซึ่งสามารถนำมาทบทวนซ้ำกรณีมีข้อสงสัยในการดูแลตนเอง จึงเป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) ช่วยให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Saelim, Vongwisuanupong, & Triprakong, 2014) และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคหืดที่มาใช้บริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินภายใต้เหตุการณ์ความไม่สงบของพื้นที่ชายแดนภาคใต้ (Sae-Tae, Hirunchunha & Naka, 2009) ซึ่งพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อจำกัดในการทำวิจัยครั้งนี้

การทำวิจัยครั้งนี้ ใช้เวลานานกว่ากำหนดเนื่องจากต้องรอให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด (follow up) ที่ห้องตรวจกระดูกและข้อ และมีบางส่วนที่ไม่มาตามนัด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

นำรูปแบบของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ไปใช้ในการสร้างแผนการจัดการดูแล (Care Map) เพื่อพัฒนาการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาตัวแปรเกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเพิ่มเติม เช่น ความสามารถในการดูแลตนเอง ความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน เป็นต้น

รายการอ้างอิง

- Aasvang, E. K., Luna, I. E., & Kehlet, H. (2015). Challenges in postdischarge function and recovery: the case of fast-track hip and knee arthroplasty. *British Journal of Anaesthesia*, 115(6), 861-866. doi:10.1093/bja/aev257
- Arnold, J. B., Walters, J. L., & Ferrar, K. E. (2016). Does Physical Activity Increase After Total Hip or Knee Arthroplasty for Osteoarthritis? A Systematic Review. *J Orthop Sports Phys Ther*, 46(6), 431-442. doi:10.2519/jospt.2016.6449
- Baloch, N., Zubairi, A. J., Rashid, R. H., Hashmi, P. M., & Lakdawala, R. H. (2015). Effect of continuous passive motion on knee flexion range of motion after total knee arthroplasty. *J Pak Med Assoc*, 65(11 Suppl 3), S32-34.
- Bauer, M., Fitzgerald, L., Haesler, E., & Manfrin, M. (2009). Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *J Clin Nurs*, 18(18), 2539-2546. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02685.x
- Baumann, C., Rat, A. C., Osnowycz, G., Mainard, D., Cuny, C., & Guillemin, F. (2009). Satisfaction with care after total hip or knee replacement predicts self-perceived health status after surgery. *BMC Musculoskelet Disord*, 10(1), 150. doi:10.1186/1471-2474-10-150
- Brandes, M., & Rosenbaum, D. (2014). Letter to the editor: Do activity levels increase after total hip and knee arthroplasty? *Clin Orthop Relat Res*, 472(9), 2889-2890. doi:10.1007/s11999-014-3742-3
- Crotty, M., Whitehead, C. H., Gray, S., & Finucane, P. M. (2002). Early discharge and home rehabilitation after hip fracture achieves functional improvements: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil*, 16(4), 406-413.
- Dailiana, Z. H., Papakostidou, I., Varitimidis, S., Liropoulos, L., Zintzaras, E., Karachalios, T., Malizos, K. N. (2015). Patient-reported quality of life after primary major joint arthroplasty: a prospective comparison of hip and knee arthroplasty. *BMC Musculoskelet Disord*, 16, 366. doi:10.1186/s12891-015-0814-9

- De Luca, M. L., Ciccarello, M., Martorana, M., Infantino, D., Letizia Mauro, G., Bonarelli, S., & Benedetti, M. G. (2018). Pain monitoring and management in a rehabilitation setting after total joint replacement. *Medicine*, 97(40), e12484-e12484. doi:10.1097/MD.00000000000012484
- Eamchunprathip, S., Tnaarak, S., & Tepapal, T. (2017). Discharge Planning for Orthopedic Patients. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 27 (3), 9-18. (in Thai)
- Feng, J. E., Novikov, D., Anoushiravani, A. A., & Schwarzkopf, R. (2018). Total knee arthroplasty: improving outcomes with a multidisciplinary approach. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 11, 63-73. doi: 10.2147/JMDH.S140550
- Fritz, J., Lurie, B., & Potter, H. G. (2015). MR Imaging of Knee Arthroplasty Implants. *Radiographics : a review publication of the Radiological Society of North America, Inc*, 35(5), 1483-1501. doi: 10.1148/rg.2015140216
- Konopka, J. F., Lee, Y.-Y., Su, E. P., & McLawhorn, A. S. (2018). Quality-Adjusted Life Years After Hip and Knee Arthroplasty: Health-Related Quality of Life After 12,782 Joint Replacements. *JB & JS open access*, 3(3), e0007-e0007. doi: 10.2106/JBJS.OA.18.00007
- Korean Knee Society. (2012). Guidelines for the management of postoperative pain after total knee arthroplasty. *Knee Surg Relat Res*. 24 (4), 201-7. Retrieved from PubMed PMID: PMC3526756.
- Lausawatchaikul, P., Chatriyanuyok, B. (2011). Outcomes of Using Evidence-Based Clinical Nursing Practice Guideline for Patients with Hip Arthroplasty: A Retrospective Comparative Study. *Rama Nurs J*, 17, 20-35. (in Thai)
- Orem DE. (2001). *Nursing concept of practice*. 6th ed. St. Louis.
- Painupong, I., Sae-Sia, W., & Kupantawee, N. (2015). Pain Management Programme and Self-Empowerment Exercise Activity: Their Impact on Elderly Total Knee Arthroplasty Patients' Recovery. *Thai Journal of Nursing Council*, 30(1), 99-111. (in Thai)
- Rattanaporn Saelim, R., Vongwisunupong, N., & Triprakong, S. (2014). Effectiveness of a Discharge Planning Programme on Self-Care Knowledge and Behaviour of Peripheral Arterial Occlusion Patients at Songkhla Nakharin Hospital. *Thai Journal of Nursing Council*, 29(2), 101-113. (in Thai)

- Rodríguez-Merchán, E. C. (2019). Total knee arthroplasty using hinge joints: Indications and results. *EFORT open reviews*, 4(4), 121-132. doi: 10.1302/2058-5241.4.180056
- Suratthani Hospital. Nursing Service. (2019). Total Knee Arthroplasty statistics 2560-2562. Suratthani : Hospital.
- Saelim, R., Vongwisanupong, N., & Triprakong, S. (2014). Effectiveness of a Discharge Planning Programme on Self-Care Knowledge and Behavior of Peripheral Arterial Occlusion Patients at Songkhla Nakharin Hospital. *Thai Juornal of Nursing Council*, 29(2), 101-113. (in Thai)
- Tungtrongjit, Y., Weingkum, P., & Saunkool, P. (2012). The effect of preoperative quadriceps exercise on functional outcome after total knee arthroplasty. *J Med Assoc Thai*. 95(10), 58-66. (in Thai)
- National Health Security Office. (2018). National Health Security Office Board. Clinical practice of knee surgery. Searched 26 June 2561, From <https://www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=MjA0OQ>

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะโรคร่วมความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษา 2 ราย

นงนุช ประทุม โรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา e-mail: nong.nush2507@gmail.com

บทคัดย่อ

การเกิดกระดูกข้อสะโพกหักในผู้สูงอายุถือว่าเป็นปัญหาสำคัญและพบได้บ่อยการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เร็ว ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ในการเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ การช่วยส่งเครื่องมือผ่าตัดที่มีความซับซ้อนตามขั้นตอนได้อย่างแม่นยำถูกต้องทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อนและเพื่อเป็นแนวทาง ในการพยาบาลผู้ป่วย การศึกษาแบบกรณีศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะโรคร่วมความดันโลหิตสูง 2 กรณีศึกษา ที่มารับผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในเดือนมกราคม 2562 โดยใช้เครื่องมือบันทึกการพยาบาล การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว วิเคราะห์เปรียบเทียบ ลักษณะประชากร อาการและอาการแสดง ปัญหาและการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ สาเหตุของการมานอนโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค และโรคประจำตัวไม่แตกต่างกัน แต่การดำเนินการของโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันโดยกรณีศึกษาที่ 1 มีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า คือ มีประวัติหลอดเลือดสมองตีบ กินยาลดไขมันเลือด กระดูกบาง ใช้การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมแบบชนิดใส่ซีเมนต์ ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 ระดับความดันโลหิตยังควบคุมได้ไม่ดี ต้องมีการปรับเพิ่มยา แพทย์ทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ชนิดไม่ใส่ซีเมนต์ มีปัญหาการพยาบาลใกล้เคียงกัน 14 ปัญหา และปัญหาที่แตกต่างกัน 5 ปัญหา

คำสำคัญ: การพยาบาล การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรคความดันโลหิตสูง

Nursing Care for Hip Replacement Surgery Patients with Hypertension : 2 case studies

Nongnush Prathum, Takuapa Hospital, Phang-Nga, e-mail: nong.nush2507@gmail.com

Abstract

Hip fracture in elders is considered a significant and common problem. Prosthesis surgery helps patients to move faster and to reduce complications due to prolonged rest. Therefore, nurses in operating room play an important role in taking care of patients before, during and after a surgery in preparing and delivering surgical instruments consequently and accurately. Keeping patients safe without complications. And to be a guideline for nursing patients. The purpose of this case study was to compare the nursing care guidelines for hip replacement surgery patients with hypertension, 2 case studies that received hip replacement surgery in January, 2019 by using nursing record tools, Interviewing patients and families. Comparative analysis Population characteristics signs and symptoms Problems and nursing. The results showed that general information, sex, age, causes of hospitalization, diagnosis and underlying disease were no different. But the progression of hypertension is different. Case study 1 has more risk factor which are history of ischemic stroke and have to take anticoagulants, thin bones, undergo cemented hip replacement surgery. Case study 2, the blood pressure level is still not well controlled, and requires adjustment of medication. The doctor performed Uncemented hip replacement surgery. The result of both cases had 14 similar nursing problems and 5 different problems.

Key words: Nursing, Hip Replacement Surgery, Hypertension

บทนำ

กระดูกสะโพกหักเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในสตรีสูงอายุที่ได้รับอุบัติเหตุเพียงเล็กน้อย เช่น ลื่นล้ม (Wilairat, 2019) กระดูกสะโพกหักนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและประเทศไทย เนื่องจากพบผู้ป่วยเป็นจำนวนมากและมีอาการรุนแรงโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกพรุน จากข้อมูลของประธานมูลนิธิโรคกระดูกพรุนแห่งประเทศไทย (Songpatanasilp, 2018) พบว่า ในยุโรปมีผู้หญิงสูงอายุ มากกว่า 7 แสนราย ประสบปัญหากระดูกสะโพกหักมีอัตราการตายประมาณร้อยละ 20-25 ในปีแรกที่เกิดการหักของกระดูกสะโพกจะเห็นว่าค่อนข้างรุนแรง สำหรับในประเทศไทย จากข้อมูลสถิติกระดูกสะโพกหักในจังหวัดเชียงใหม่ ในปี 2556 มีผู้ป่วยที่กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุคิดเป็นอุบัติการณ์ 181 ต่อ 100,000 และเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2.4 เท่า โดยคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 และ พ.ศ. 2593 จะมีจำนวนผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักถึง 34,246 คน และ 56,443 คน ตามลำดับ (Leuiphonwanit, Pakpianphairot, & Leechawong, 2015) อีกทั้งผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป โดยทั่วไปมีโรคร่วม (Co-Morbidities) อย่างน้อย 1 โรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น (Klaewklong, Chanruangvanich, Danaidutsadeekul & Riansuwan, 2014) ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งกายภาพ สรีระและการทำหน้าที่ของระบบต่างๆที่เกี่ยวข้องกับโรคนั้นทำให้การดูแลซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งโรคร่วมเหล่านี้มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ทำให้การฟื้นฟูหายล่าช้า การผ่าตัดข้อสะโพก (Hip Arthroplasty) เป็นการผ่าตัดใหญ่ของการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกที่มีความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในช่วง 30 วัน เป็นความเสี่ยงระดับปานกลาง (Moderate Risk) ร้อยละ 1-5 ดังนั้น หากผู้ป่วยมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมยิ่งทำให้ความเสี่ยงดังกล่าวเพิ่มสูงขึ้นและทำให้มีการเสียเลือดเพิ่มมากขึ้นระหว่างการผ่าตัด (European Heart Journal, 2014)

สำหรับโรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเป็นการผ่าตัดที่พบมากติดอันดับ 1 ใน 10 ของการผ่าตัดกระดูกทั้งหมดซึ่งในปีงบประมาณ 2562 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วย 7 รายหรือคิดเป็นร้อยละ 1.13 ของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกทั้งหมด (Takuapa Hospital, 2019) อีกทั้งผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งมักมีโรคประจำตัวหลายโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น ตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากกระบวนการสูงอายุ ซึ่งอาจทำให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยยากลำบากและเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องรักษาในโรงพยาบาลนาน เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เป็นการผ่าตัดที่ไม่เพียงแต่ต้องใช้เครื่องมือจำนวนมาก โดยเฉพาะชุดเครื่องมือของบริษัทนอกที่ใช้ในการผ่าตัด แต่ยังต้องเตรียมอุปกรณ์ช่วยในการทำผ่าตัด เช่น อุปกรณ์ในการจัดทำผ่าตัด การส่งเครื่องมือที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ดังนั้น บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อช่วยให้ขั้นตอนการทำผ่าตัดสำเร็จไปได้ด้วยดี ทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลัก

การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะโรคร่วมความดันโลหิตสูง ต้องให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ตามวิสัยทัศน์แพทย์กำหนดคือ ค่าความดันของเลือดสูงสุดขณะหัวใจห้องล่างบีบตัว (Systolic Pressure) 150-90 มิลลิเมตรปรอท เพื่อให้สามารถทำผ่าตัดได้ พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีการบริหารจัดการที่ดี มีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ณ หอผู้ป่วยก่อนวันผ่าตัด 1 วัน เพื่อไม่ให้เกิดการเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมของผู้ป่วยในวันผ่าตัด ขณะรอผ่าตัดต้องมีตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วย จัดให้ผู้ป่วยนอนรอผ่าตัดในที่เงียบสงบและให้มีผู้ดูแลอยู่ร่วมด้วย 1 คน จนกว่าแพทย์จะเริ่มทำผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

จากความเป็นมาและเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้จัดทำเอกสารวิชาการฉบับนี้จึงได้ศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะโรคร่วมความดันโลหิตสูง สาเหตุอาการ และอาการแสดง การรักษา ภาวะแทรกซ้อน และบทบาท ของพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะโรคร่วมความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง ในประเด็นการดำเนินของโรค ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาล และการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลห้องผ่าตัด

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง ของพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 2 ราย เลือกลุ่มตัวอย่างโดยเฉพาะเจาะจง ที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 มกราคม 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในการพยาบาล การสัมภาษณ์ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ พยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดง การรักษาปัญหา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ตลอดจนการวางแผนจำหน่าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เปรียบเทียบในประเด็นการดำเนินของโรค ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แผนการพยาบาล และการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลห้องผ่าตัด

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษากฎการศึกษา 2 ราย ได้ขออนุญาตผู้ป่วยและญาติ เพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา โดยขอความยินยอมด้วยวาจา ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษากฎการศึกษา 2 กรณี ไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย และข้อมูลส่วนตัวทุกอย่างของผู้เข้าร่วมกรณีศึกษาเป็นความลับ

ผลการวิจัย

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทย มาด้วยอาการปวดสะโพกขวาก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน จากอุบัติเหตุลื่นล้ม มีอาการปวดที่สะโพกขวามากมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ประวัติเคยมีเส้นเลือดสมองตีบ รับประทานยาต่อเนื่อง แพทย์วินิจฉัยเป็นข้อสะโพกขวาหักแบบปิด (Closed Fracture Right Femoral Neck) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ปวดสะโพกขวามาก คะแนนความเจ็บปวดเท่ากับ 5 คะแนน ปวดมากเวลาขยับขา ลูกขึ้นเดินไม่ได้กระดูกข้อเท้าได้ลดลง ขยับขาได้บ้าง ความดันโลหิต 140/85 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 74 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที แพทย์รักษาตัวที่ตึกพิเศษบุญสูง โรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา การรักษา ด้วยวิธีทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมข้างขวา (Bipolar Hemi-Arthroplasty Right Hip) ผู้ป่วยชะลอทำผ่าตัดเนื่องจากต้องหยุดให้ยาละลายลิ่มเลือด 5 วัน ขณะนอนรอผ่าตัดมีการ ติดเชื้อของระบบปัสสาวะ มีแผลกดทับ(Bed Sore) บริเวณกระดูกก้นกบหลังผ่าตัด มีปัญหาช้ำ อ่อนเพลีย และท้องผูก ทำให้ต้องพักรักษาตัวหลังผ่าตัดเพื่อฟื้นฟูสภาพ 17 วัน จึงจำหน่ายกลับบ้านได้ นัดติดตามอาการอีก 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยสามารถเดินได้ด้วยเครื่องช่วยเดิน 4 ขา(Pick up Walker)

ข้อวินิจฉัยพยาบาลก่อนผ่าตัดแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ก่อนผ่าตัด 5 ข้อ ขณะผ่าตัด 9 ข้อ และหลังผ่าตัด 5 ข้อ

ผู้ป่วยรายที่ 2 หญิงไทย 73 ปี มาด้วยอาการปวดสะโพกซ้าย ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง จากอุบัติเหตุลื่นล้ม มีอาการปวดสะโพกด้านซ้ายมาก ยืนไม่ได้ มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง รับยาต่อเนื่อง แพทย์วินิจฉัยเป็นข้อสะโพกซ้ายหักแบบปิด(Closed Fracture Left Femoral Neck) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีปวดสะโพกซ้ายมาก คะแนนความเจ็บปวดเท่ากับ 7 คะแนน (Pain Score เท่ากับ 7) ขยับขาได้บ้าง ความดันโลหิต 177/88 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 74 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที แพทย์รักษาตัวที่ตึกพิเศษบุญสูง โรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา

การรักษาด้วยวิธีทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมข้างซ้าย (Bipolar Hemi - Arthroplasty Left Hip) ขณะนอนพักมีภาวะความดันโลหิตสูง 139/64-181/90 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ต้องปรับเพิ่มยาเพื่อให้ความดันโลหิตไม่เกิน 150/90 มิลลิเมตรปรอท เพื่อไม่ต้องชะลอการผ่าตัด หลังผ่าตัด 4 วัน สามารถเดินได้ด้วย เครื่องช่วยเดิน 4 ขา (Pick up Walker)แพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้และนัดติดตามอาการอีก 2 สัปดาห์

ข้อวินิจฉัยพยาบาลก่อนผ่าตัดแบ่งเป็น 3 ระยะคือก่อนผ่าตัด 4 ข้อ ขณะผ่าตัด 9 ข้อ และหลังผ่าตัด 4 ข้อ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการดำเนินของโรค

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors)	หญิงไทย 73 ปี ความดันโลหิตสูง (Hypertension) แผลกดทับ ซีด	หญิงไทย 73 ปี ความดันโลหิตสูง (Hypertension) แผลกดทับ
อาการสำคัญ	1วันก่อนมาโรงพยาบาล หกล้ม ปวดสะโพกขวา เดินไม่ได้	2ชม.ก่อนมาโรงพยาบาล หกล้ม ปวดสะโพกซ้ายเดินไม่ได้
ข้อวินิจฉัยของแพทย์	Closed Fracture of Right Neck Femur	Closed Fracture of Left Neck Femur
การทำผ่าตัด	Cemented Bipolar Hemi-Arthroplasty Right Hip	Cementless Bipolar Hemi-Arthroplasty Left Hip
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	28 วัน	10 วัน
ปัญหาหลังผ่าตัด	ซีด ท้องผูก	ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
ก่อนทำผ่าตัด	1. ไม่สุขสบายจากการปวดสะโพกขวามาก 2. วิตกกังวลเกี่ยวกับการทำผ่าตัด 3. มีแผลกดทับบริเวณก้นกบ 4. มีการติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ 5. มีภาวะซีด	1. ไม่สุขสบายจากปวดสะโพกซ้ายมาก 2. วิตกกังวลเกี่ยวกับการทำผ่าตัด 3. มีแผลกดทับบริเวณก้นกบ 4. ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้ไม่ดี
ขณะทำผ่าตัด	1. เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเส้นประสาทจากการจัดทำ 2. เสี่ยงต่อการทำผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง/ผิดตำแหน่ง 3. เสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บเนื้อเยื่อจากน้ำยาที่ใช้รวมทั้งการบาดเจ็บเนื้อเยื่อจากเครื่องจี้ไฟฟ้า 4. เสี่ยงต่อการมีสิ่งตกค้างในแผลผ่าตัด 5. เสี่ยงต่อการติดเชื้อ 6. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อเส้นประสาท 7. เสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน (Deep Vein Thrombosis)	1. เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเส้นประสาทจากการจัดทำ 2. เสี่ยงต่อการทำผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง/ผิดตำแหน่ง 3. เสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บเนื้อเยื่อจากน้ำยาที่ใช้รวมทั้งการบาดเจ็บเนื้อเยื่อจากเครื่องจี้ไฟฟ้า 4. เสี่ยงต่อการมีสิ่งตกค้างในแผลผ่าตัด 5. เสี่ยงต่อการติดเชื้อ 6. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อเส้นประสาท 7. เสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน (Deep Vein Thrombosis)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2
	8. เสี่ยงต่อภาวะ ช็อกจากร่างกายสูญเสียน้ำและเกล็ดแร่ (Hypovolemic Shock) 9. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือด	8. เสี่ยงต่อภาวะ ช็อกจากร่างกายสูญเสียน้ำและเกล็ดแร่ (Hypovolemic Shock) 9. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือด
หลังทำผ่าตัด	1.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 2.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อสะโพกเลื่อนหลุด 3.ผู้ป่วยมีภาวะซีดและท้องผูก 4.เสี่ยงต่อการติดเชื้อ 5.ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	1.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 2.เสี่ยงต่อการติดเชื้อ 3.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อสะโพกเลื่อนหลุด 4.ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับอยู่บ้าน

ตารางที่ 3 การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัด แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2
ระยะก่อนผ่าตัด	ตรวจเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด1วัน 1. ทบทวนประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียนได้แก่ ประวัติส่วนบุคคล ผลการตรวจร่างกาย โดยการซักประวัติ และการสืบค้นประวัติโรคร่วม ได้แก่โรคความดันโลหิตสูงและโรคร่วมอื่นๆการดำเนินการของโรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยร่วมต่างๆที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือด(Cardiovascular Risk) เช่น การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน 2. ประเมินความปวดของผู้ป่วยเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีภาวะความดันสูงได้ 3. ติดตามภาวะซีด จากค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง การติดเชื้อจากเม็ดเลือดขาวที่เพิ่มขึ้น	ตรวจเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด1วัน 1.ทบทวนประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียนได้แก่ ประวัติส่วนบุคคล ผลการตรวจร่างกาย โดยการซักประวัติ และการสืบค้นประวัติโรคร่วม ได้แก่โรคความดันโลหิตสูงและโรคร่วมอื่นๆการดำเนินการของโรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยร่วมต่างๆที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือด(Cardiovascular Risk) เช่น การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน โรคไต 2.ประเมินความปวดของผู้ป่วยเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง 3.ประเมินการควบคุมระดับความดันโลหิตตามดูแลการได้รับยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษาและอธิบายถึงสาเหตุที่แพทย์ต้องปรับเพิ่มยาเพื่อลดความเสี่ยงในการทำผ่าตัดและความเสี่ยงจากโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 3 การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัด แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้ (ต่อ)

ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2
ระยะผ่าตัด	1. พยาบาลส่งเครื่องมือ (Scrub Nurse) ผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม 1.1 เตรียมชุดเครื่องมือพื้นฐานและชุดเครื่องมือพิเศษเฉพาะในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก รวมทั้งวัสดุที่ใช้ในการผ่าตัดอย่างครบถ้วน 1.2 จัดเตรียมอุปกรณ์ห้ามเลือด เครื่องจี้ห้ามเลือด โคมเย็บผูกห้ามเลือดและตัวหนีบห้ามเลือด 1.3 ติดตั้งเครื่องมือ Air Power Machines ที่ใช้ในการตัดหรือเจาะกระดูก 1.4 ส่งผ่าตัดตามขั้นตอนการผ่าตัดด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อสะโพกเทียมร่วมกับพยาบาลบริการรอบนอก (Circulating Nurse) ก่อนนำมาใช้ 1.5 ตรวจนับผ้าซับโลหิตและเครื่องมือผ่าตัด มาตรฐานการตรวจนับ 2. พยาบาลบริการรอบนอก(Circulating Nurse) 2.1 ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย/จิตใจ การจ้องเลือด การงดน้ำและงดอาหาร สังเกตสีของน้ำปัสสาวะและจำนวนน้ำปัสสาวะ 2.2 อนุญาตให้ญาติเข้ามาดูและหวั่งรอทำผ่าตัดได้1คนโดยให้เปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นของห้องผ่าตัดจนกว่าจะถึงเวลาทำผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวล ความกลัวของผู้ป่วย จนอาจทำให้ควบคุมความดันได้ไม่ดี หรืออาจทำให้ความดันโลหิตสูงจนต้องงดผ่าตัดได้ 2.3 การเตรียมความพร้อมห้องผ่าตัด อุปกรณ์ 2.4 ช่วยจัดทำผ่าตัด และฟอกทำความสะอาดผิวหนัง 2.5 ประเมินการเสียโลหิตร่วมกับวิสัญญีแพทย์/พยาบาล 2.6 ตรวจนับผ้าซับโลหิตร่วมกับพยาบาลส่งเครื่องมือพร้อมลงบันทึก 2.7 คิดค่าทำผ่าตัด บันทึกข้อมูลอุปกรณ์ที่ใช้ไปกับผู้ป่วย	1. พยาบาลส่งเครื่องมือ (Scrub Nurse) ผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม 1.1 เตรียมชุดเครื่องมือพื้นฐานและชุดเครื่องมือพิเศษเฉพาะในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก รวมทั้งวัสดุที่ใช้ในการผ่าตัดอย่างครบถ้วน 1.2 จัดเตรียมอุปกรณ์ห้ามเลือด เครื่องจี้ห้ามเลือด โคมเย็บผูกห้ามเลือดและตัวหนีบห้ามเลือด 1.3 ติดตั้งเครื่องมือ Air Power Machines ที่ใช้ในการตัดหรือเจาะกระดูก 1.4 ส่งผ่าตัดตามขั้นตอนการผ่าตัดด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อสะโพกเทียมร่วมกับพยาบาลบริการรอบนอก (Circulating Nurse) ก่อนนำมาใช้ 1.5 ตรวจนับผ้าซับโลหิตและเครื่องมือผ่าตัด มาตรฐานการตรวจนับ 2. พยาบาลบริการรอบนอก(Circulating Nurse) 2.1 ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย/จิตใจ การจ้องเลือด การงดน้ำและงดอาหาร 2.2 อนุญาตให้ญาติเข้ามาดูและหวั่งรอทำผ่าตัดได้1คนโดยให้เปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นของห้องผ่าตัดจนกว่าจะถึงเวลาทำผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวล ความกลัวของผู้ป่วย จนอาจทำให้ควบคุมความดันได้ไม่ดี หรืออาจทำให้ความดันโลหิตสูงจนต้องงดผ่าตัดได้ 2.3 การเตรียมความพร้อมห้องผ่าตัด อุปกรณ์ 2.4 ช่วยจัดทำผ่าตัด และฟอกทำความสะอาดผิวหนัง 2.5 ประเมินการเสียโลหิตร่วมกับวิสัญญีแพทย์/พยาบาล 2.6 ตรวจนับผ้าซับโลหิตร่วมกับพยาบาลส่งเครื่องมือพร้อมลงบันทึก

ตารางที่ 3 การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัด แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้ (ต่อ)

ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2
	2.8 บริหารจัดการรอบนอก แก่ปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นขณะผ่าตัด ให้การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดทันทีและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมายังห้องพักรับพร้อมส่งต่อถึงอาการผู้ป่วยกับพยาบาลห้องพักรับ 3. พยาบาลผู้ช่วยแพทย์ทำผ่าตัด 3.1 ช่วยแพทย์ทำผ่าตัด ซับเลือด ดูดน้ำเลือด ช่วยตัดไหม ใช้เครื่องมือถ่างขยายแผลผ่าตัด 3.2 ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องคอยสังเกตการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดและแจ้งวิสัญญีรับทราบเป็นระยะ 3.3 เมื่อสิ้นสุดการทำผ่าตัดเช็ดทำความสะอาดแผล ปิดแผลผ่าตัด แต่งตัวผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยนอนหงายโดยใช้หมอนสามเหลี่ยมกันไว้ระหว่างขาสองข้างพร้อมผูกยึดไม่ให้หมอนเลื่อนหลุด 3.4 ประเมินความรู้สึกตัวของผู้ป่วยและอาการปวดแผล ที่อาจจะทำให้ความดันโลหิตสูงได้ สอบถามการเจ็บแน่นหน้าอก ลักษณะการพูด กำลังแขนร่วมกับวิสัญญี เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจและหลอดเลือด หลังจากนั้นช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปห้องพักรับ ดูแลความเรียบร้อยของผู้ป่วย ห่มผ้าให้	2.7 คิดค่าทำผ่าตัด บันทึกข้อมูลอุปกรณ์ที่ใช้ไปกับผู้ป่วย 2.8 บริหารจัดการรอบนอก แก่ปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นขณะผ่าตัด ให้การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดทันทีและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมายังห้องพักรับพร้อมส่งต่อถึงอาการผู้ป่วยกับพยาบาลห้องพักรับ 3. พยาบาลผู้ช่วยแพทย์ทำผ่าตัด 3.1 ช่วยแพทย์ทำผ่าตัด ซับเลือด ดูดน้ำเลือด ช่วยตัดไหม ใช้เครื่องมือถ่างขยายแผลผ่าตัด 3.2 ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องคอยสังเกตการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดและแจ้งวิสัญญีรับทราบเป็นระยะ 3.3 เมื่อสิ้นสุดการทำผ่าตัดเช็ดทำความสะอาดแผล ปิดแผลผ่าตัด แต่งตัวผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยนอนหงายโดยใช้หมอนสามเหลี่ยมกันไว้ระหว่างขาสองข้างพร้อมผูกยึดไม่ให้หมอนเลื่อนหลุด 3.4 ประเมินความรู้สึกตัวของผู้ป่วยและอาการปวดแผล ที่อาจจะทำให้ความดันโลหิตสูงได้ สอบถามการเจ็บแน่นหน้าอก ลักษณะการพูด กำลังแขนร่วมกับวิสัญญี เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจและหลอดเลือด หลังจากนั้นช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปห้องพักรับ ดูแลความเรียบร้อยของผู้ป่วย ห่มผ้าให้
ระยะหลังผ่าตัด	1. ให้การดูแลในระยะห้องพักรับ ดูแลให้ผู้ป่วยนอนหงายขาตรงข้อเท้าราบเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัดให้ทำงานและบันทึกจำนวนเลือดที่ออกให้ความอบอุ่นร่างกายประเมินความเจ็บปวดร่วมกับพยาบาล ห้องพักรับ 2. ติดตามสภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัดที่หอผู้ป่วย 2.1 ประเมินความเจ็บปวด การจัดการความปวดตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อป้องกันไม่ให้ป็นสาเหตุทำให้ความดันโลหิตสูง	1. ให้การดูแลในระยะห้องพักรับ ดูแลให้ผู้ป่วยนอนหงายขาตรงข้อเท้าราบเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัดให้ทำงานและบันทึกจำนวนเลือดที่ออกให้ความอบอุ่นร่างกายประเมินความเจ็บปวดร่วมกับพยาบาลห้องพักรับ การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด 2. ติดตามสภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัดที่หอผู้ป่วย 2.1 ประเมินความเจ็บปวด การจัดการความปวดตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อป้องกันไม่ให้ป็นสาเหตุทำให้ความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 3 การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัด แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้ (ต่อ)

ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2
ระยะหลังผ่าตัด	2.2 การกดทับของปฏิกิริยาที่ก่อให้เกิดแผลกดทับ ประเมิน อาการชาและหมดความรู้สึก 2.3ตรวจสอบผ้ายัดที่พันบริเวณต้นขาที่ทำผ่าตัดไม่ควรพันให้แน่นเกินไป 2.4ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ได้แก่ ปวด บวม แดง ร้อน ภาวะใช้หลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดใส่ซีเมนต์ ได้แก่ ภาวะท้องผูก 2.5ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติในด้านการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและให้คำแนะนำการปฏิบัติหลังผ่าตัดและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เช่นการนอนทางขาโดยมีหมอนวางระหว่างขาจะนำออกได้เมื่อแพทย์อนุญาต ไม่นั่งยอง ไม่นั่งไขว่ห้าง เพื่อไม่ให้หัวสะโพกเลื่อนหลุด เป็นต้น 2.6 ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลในเรื่องของโรคความดันโลหิตสูง เช่นการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและตรงเวลา การรับประทานอาหารรสจืด งดหรือลดเครื่องปรุงรสต่างๆการพักผ่อนที่เพียงพอ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น การเดิน การแกว่งแขน ร่วมกับการบริหารกล้ามเนื้อขาทั้งสองข้างตามแผนการดูแลของทีมกายภาพบำบัด และการมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	2.2 การกดทับของปฏิกิริยาที่ก่อให้เกิดแผลกดทับ ประเมิน อาการชาและหมดความรู้สึก 2.3ตรวจสอบผ้ายัดที่พันบริเวณต้นขาที่ทำผ่าตัดไม่ควรพันให้แน่นเกินไป 2.4ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ได้แก่ ปวด บวม แดง ร้อน ภาวะใช้หลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดใส่ซีเมนต์ ได้แก่ ภาวะท้องผูก 2.5 ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติในด้านการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและให้คำแนะนำการปฏิบัติหลังผ่าตัดและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เช่นการนอนทางขาโดยมีหมอนวางระหว่างขาจะนำออกได้เมื่อแพทย์อนุญาต ไม่นั่งยอง ไม่นั่งไขว่ห้าง เพื่อไม่ให้หัวสะโพกเลื่อนหลุด เป็นต้น 2.6 ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลในเรื่องของโรคความดันโลหิตสูง เช่นการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและตรงเวลา การรับประทานอาหารรสจืด งดหรือลดเครื่องปรุงรสต่างๆการพักผ่อนที่เพียงพอ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น การเดิน การแกว่งแขน ร่วมกับการบริหารกล้ามเนื้อขาทั้งสองข้างตามแผนการดูแลของทีมกายภาพบำบัด และการมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง

ประเมินผลการพยาบาล

ก่อนผ่าตัดผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการเตรียมพร้อมทางด้านร่างกายและเอกสารครบถ้วน ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 1 มีความเสี่ยงในการทำผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 จากการมีโรคร่วมหลายโรคและการรับประทานยาละลายลิ่มเลือด ขณะผ่าตัด ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 เสียเลือด 300 มิลลิลิตร และผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 เสียเลือด 200 มิลลิลิตร ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จากการทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตขณะทำผ่าตัดสามารถควบคุมได้ดี หลังผ่าตัดผู้ป่วยกรณีศึกษามีปัญหา ชีต ท้องผูกต้องได้รับการรักษาภาวะดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยกรณีศึกษา ที่ 1 ฟ้นตัวได้ช้ากว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 ซึ่งไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

สรุปการเปรียบเทียบ

1. ประวัติการเจ็บป่วย กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นเพศหญิงเป็นผู้สูงอายุ มีประวัติการบาดเจ็บที่เหมือนกันคือ ลื่นล้ม เกิดแรงกระแทกบริเวณสะโพก ทำให้กระดูกสะโพกหัก ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 มีประวัติเคยเป็นโรคเส้นเลือดในสมองตีบเมื่อปี พ.ศ.2554 ยังต้องรับประทานยาละลายลิ่มเลือด มีโรคความดันโลหิตสูงมา 10 ปี รับประทานยาต่อเนื่องซึ่งสามารถควบคุมอาการของโรคได้ ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงมาประมาณ 23 ปี รับประทานยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการของโรคขณะนอนโรงพยาบาลมีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ไม่ดี
2. อาการและอาการแสดง ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมาโรงพยาบาลด้วยอาการ ปวดสะโพก เดินไม่ได้ เวลาขยับขาจะปวดมาก ส่งตรวจภาพถ่ายรังสี พบกระดูกสะโพกหักแบบปิด (Closed Fracture of Neck Femur) โดยผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 มีการหักกระดูกสะโพกข้างขวา และผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 มีการหักกระดูกสะโพกข้างซ้าย
3. การรักษา ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายรักษาด้วยการทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยไม่ได้เปลี่ยนเบ้าสะโพก (Hemiarthroplasty) เนื่องจากเบ้าสะโพกของผู้ป่วยทั้ง 2 กรณียังมีสภาพที่ดีและใช้หัวสะโพกชนิดผิวสัมผัส 2 ชั้น (Bipolar-Hemiarthroplasty) โดยผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 ทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกโดยการใส่ซีเมนต์ (Cemented Bipolar Hemi – Arthroplasty Right Hip) เพื่อยึดกระดูกไว้ โดยใส่บริเวณ Femoral Component วิธีนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยสูงอายุหรือกระดูกบางทำให้ข้อเทียมแข็งแรงทนที่มีข้อเสียคือหากใส่ซีเมนต์ไม่ทั่วถึงจะทำให้ข้อสะโพกเทียมหลวมเลื่อนหลุดได้ง่าย (Thosingha, Tengpanichkul, Chuataleng & Thongteratham, 2016) ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 ทำผ่าตัดชนิดไม่ใส่ซีเมนต์ (Cementless Bipolar Hemi-Arthroplasty Left Hip) เนื่องจากกระดูกยังแข็งแรง โดยมีการใช้เทคนิคในการทำผ่าตัดคล้ายกัน ยกเว้นขั้นตอนการใส่ซีเมนต์ที่ต้องมีการผสมส่วนที่เป็นผงและของเหลวหลังผสมกันของเหลวที่ได้จะเปลี่ยนไป มีความเหนียวมากขึ้นสามารถใช้ฉีดหรือ

บันเพื่อให้ออกเทียมยึดติดกับกระดูก ซึ่งเวลาที่ใช้ในการแข็งตัวตั้งแต่เริ่มผสมประมาณ 10-15 นาที ดังนั้นพยาบาลที่ทำหน้าที่ผสมซีเมนต์ จะเริ่มผสมซีเมนต์เมื่อศัลยแพทย์แจ้งว่าพร้อมแล้วเท่านั้น หลังทำผ่าตัดข้อเทียมผู้ป่วยทั้ง 2 กรณีศึกษาพบว่า ข้อสะโพกเทียมอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องมั่นคงสามารถเดินได้โดยการใช้เครื่องช่วยเดิน 4 ขา (Pick up Walker)

4. ปัจจัยเสี่ยงจากโรคร่วม เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัว มีโรคร่วมผู้ป่วยทั้ง 2 กรณีศึกษามีโรคร่วมเหมือนกันคือ ความดันโลหิตสูง จึงมีความจำเป็นต้องมีการประเมินระบบต่าง ๆ ของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด อันทำให้เกิดปัญหาการผ่าตัดล่าช้าได้หลังเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล การผ่าตัดล่าช้าทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อน และอัตราการตาย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อประเมินและจัดการกับความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผลการรักษาหลังผ่าตัดกรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด คือ ท้องผูก และภาวะช็อค ได้รับยาระบายและให้เลือด กรณีศึกษาที่ 2 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด สามารถฟื้นตัวได้เร็ว

5. การพยาบาลผู้ป่วยมีการให้การพยาบาลที่เหมือนกันทั้ง 2 กรณีคือมีการเยี่ยมประเมินก่อนผ่าตัดเพื่อประเมินความพร้อมด้านร่างกายและโรคความดันโลหิตสูงการเยี่ยมก่อนผ่าตัดจะสร้างความมั่นใจและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย นำผลการประเมินมาวางแผนกับทีมผ่าตัดเพื่อลดความเสี่ยงของผู้ป่วย ทั้งความเสี่ยงทั่วไปของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ในระยะผ่าตัดพยาบาลห้องผ่าตัดให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 กรณีศึกษาในเรื่องการป้องกันไม่ให้มีสิ่งมากระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตสูงตามแผนที่วางไว้ คือการดูแลความเจ็บปวดขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยตามจุดต่างๆการลดความกลัว และความวิตกกังวล การดูแลผู้ป่วยขณะรอเวลาทำผ่าตัดไม่ควรจะนานเกินไปเพราะจะยิ่งเพิ่มความกังวลให้กับผู้ป่วยได้ การเตรียมพร้อมเรื่องการให้เลือดเป็นต้น หลังผ่าตัดการให้คำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวหลังเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและการดูแลผู้ป่วยในเรื่องโรคความดันโลหิตสูงการให้คำแนะนำและให้ความรู้ต้องให้ร่วมกับผู้ดูแลใกล้ชิดด้วยเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากผู้ป่วยทั้ง 2 กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยสูงอายุ มีข้อจำกัดหลายอย่างเช่นความจำ การช่วยเหลือตัวเองที่ลดลงหลังผ่าตัดใหม่ๆการมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง

อภิปรายผล

ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะโรคร่วมความดันโลหิตสูงทั้ง 2 รายเป็นเพศหญิง อายุ 73 ปีประวัติการบาดเจ็บจากการลื่นหกล้ม ทำให้กระดูกส่วนข้อสะโพกหัก สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่ากระดูกสะโพกหักเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในสตรีสูงอายุที่ได้รับอุบัติเหตุเพียงเล็กน้อย เช่น ลื่นล้ม (Wilairat, 2019) ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีโรคร่วมคือความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Klaewklong, Chanruangvanich, Danaidutsadekul & Riansuwan (2014) ที่พบว่า

ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป โดยทั่วไปมีโรคร่วม (Co-Morbidities) อย่างน้อย 1 โรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมาโรงพยาบาลด้วยอาการและอาการแสดงเหมือนกันคือปวดต้นขาและสะโพกข้างที่หัก ทำให้ไม่กล้าขยับตัว เดินไม่ได้ ไม่มีแผลภายนอก กดเจ็บบริเวณข้อสะโพก แพทย์เลือกวิธีการรักษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย โดยการผ่าตัดชนิดเปลี่ยนเฉพาะส่วนหัวกระดูกต้นขา (Hemiarthroplasty) ด้วยสภาพของเบ้าสะโพกยังดี โดยผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 แพทย์เลือกการผ่าตัดข้อสะโพกเทียมชนิดใช้ซีเมนต์กระดูก (Cemented Hip Arthroplasty) เพื่อช่วยยึดข้อเทียมกับกระดูกเพื่อให้มีความแข็งแรงทนที่ตั้งแต่ผ่าตัด (Thosingha, Tengpanichkul, Chuataleng & Thongteratham, 2016) เนื่องจากกระดูกบางส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 แพทย์เลือกการผ่าตัดใช้ข้อเทียมแบบที่ไม่ใช้ซีเมนต์ยึดกระดูก (Cementless Hip Arthroplasty) เนื่องจากกระดูกยังมีความแข็งแรง ขณะนอนโรงพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี แต่ต้องชะลอการผ่าตัดออกไป 5 วัน เนื่องจากต้องหยุดยาละลายลิ่มเลือดหลังผ่าตัดมีปัญหาเรื่องเลือดและท้องผูกมีทำให้ใช้ระยะเวลาอนทั้งหมด 28 วัน ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ขณะนอนโรงพยาบาลมีภาวะโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ไม่ดีต้องมีการปรับเพิ่มยาและสามารถทำผ่าตัดได้ หลังผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ใช้เวลานอนโรงพยาบาลทั้งหมด 10 วัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Novack, Jotkwitz, Etzion & Porath (2007) ที่พบว่าผู้ป่วยสะโพกหักร้อยละ 35.40 ที่มีการชะลอการทำผ่าตัดจะมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้นโดยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 2 วันจะมีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 8 วัน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 2 – 4 วัน จะมีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 10 วัน และผู้ป่วยที่ชะลอการผ่าตัดนานกว่า 4 วันจะมีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 16 วัน ปัญหาทางการพยาบาลก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดที่ใกล้เคียงกัน 14 ปัญหา ปัญหาที่แตกต่างกัน 5 ปัญหา

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ มีข้อจำกัดทางการได้ยิน บางครั้งต้องพูดคุ้ยและใช้ระดับเสียงที่ดังกว่าปกติ
2. การวางแผนในการเก็บข้อมูล เนื่องจากเป็นนักวิจัยใหม่ทำให้ระยะเวลาดำเนินงานมากกว่าเวลาที่วางแผนไว้

ข้อเสนอแนะ

1. บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะโรคร่วม ความดันโลหิตสูง พยาบาลควรพัฒนาความรู้ในเรื่องโรคร่วมของผู้ป่วยและความเสี่ยงต่อการทำผ่าตัด และการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังทำผ่าตัด

2. ผู้ป่วยสะโพกหักต้องดูแลเรื่องผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหว จากปรากฏการณ์พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูง มีความเสี่ยงสูงต่อการทำผ่าตัด ต้องควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติก่อนทำการผ่าตัด เพื่อไม่ทำให้เกิดปัญหาการชะลอการทำผ่าตัด

3. พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีการประเมินความรู้ของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก เป็นเรื่องสำคัญ ให้คำแนะนำและอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงแผนการรักษาของแพทย์ และสิ่งที่ผู้ป่วยต้องดูแลตัวเอง และญาติต้องช่วยกันในการดูแลผู้ป่วย อาจใช้ภาพหรือการยกตัวอย่างผู้ป่วยรายอื่นเพื่อให้เห็นภาพ ชัดเจน เนื่องจากผู้ป่วยจะเครียดและวิตกกังวลสูง มีผลต่อโรคร่วมที่เป็นอยู่

รายการอ้างอิง

- Klaewklong, S., Chanruangvanich, W., Danaidutsadeekul, S. & Riansuwan, K. (2014). Relation of Comorbidity, Grip Strength and Stress to Hip Fracture Patients' Post-Operative Functional Recovery. *Thai Journal of Nursing Council*, 29(2), 36-38. (in Thai)
- Kristensen, S.D., Knuuti, J., Saraste, A., Anker, S., Botker, H.E., De Hert, S, et al. (2014). 2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery:cardiovascular assessment and management. *European Heart Journal*, 3, 2383-2431.
- Leuiphonwanit, P., Pakpianphairot, C. & Leechawong, S. (2015). Integration in protection and treat duplicate fractures from osteoporosis. *Journal of the Department of Medical Services*, 40(4), 16-18. (in Thai)
- Makkabphalanon, K., & Suppawach, P.(2016) Elderly care post total hip arthroplasty. *Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University*, (3)6, 57-64. (in Thai)
- Novack, V., Jotkwitz, A., Etzion, O. & Porath, A. (2007). Does delay in surgery after hip fracture lead to worse outcomes? A multicenter survey. *International Journal for Quality in Health Care*, 19, 1-7.
- Prasartritha, T., Layanun, P. & Sripeanem,S. (2012). *Orthopedics nursing*. Bangkok: Sahamitr printing & publishing Co.,LTD. (in Thai)

- Songpatanasilp, T. (2018). *Osteoporosis :Silent danger that should not be overlooked*. Retrieved February 13, 2020, from <https://www.thaihealth.or.th>. Takuapa Hospital. (2019). *Patient statistics Takuapa Hospital*. Phangnga: Author. (in Thai)
- Tengkiattrakul, S. and Butsripoom, B. (2016). *Perioperative nursing*. Bangkok: Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital Mahidol University. (in Thai)
- Th Hypertension Association of Thailand. (2019). *2019 Thai Guidelines on the Treatment of Hypertension*. Retrieved February 13, 2020, from <http://www.thaihypertension.org/guideline.html>. Thosingha, O.
- Tengpanichkul, P., Chuetaleng, T. & Thongteratham, N. (2016). *Orthopedic nursing*. Bangkok: Faculty of Nursing Textbook Project Mahidol University. (in Thai)
- Wichal, J., Poldongnauk, S., & Topanyarung, T. (2014). *Hypertension*. Khonkaen; Klungnana Vittaya press. (in Thai)
- Wilairat, W. (2019.) *Fracture of femur*. Retrieved May 28, 2019, From <http://ortho.md.chula.ac>.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคฉี่หนูที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม : กรณีศึกษา 2 ราย

นิตร ตันตัง โรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา email: nidon.tun@gmail.com

บทคัดย่อ

โรคฉี่หนูเป็นโรคที่เกิดจากติดเชื้อแบคทีเรียก่อให้เกิดพยาธิสภาพและอาการได้หลายระบบ โดยเฉพาะระบบไต ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ทันเวลาจะทำให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันได้ ดังนั้นเพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคฉี่หนูที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จึงได้นำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย ที่ศึกษา ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม 2562 ดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 49 ปี ให้ประวัติว่า 7 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้ปวดเมื่อยตัว ปวดตึงน่อง อ่อนเพลีย ตัวตาเหลือง ตาพร่ามัว ปัสสาวะออกน้อย ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคฉี่หนูที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน มีแผนการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แต่ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธ จนผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบมากขึ้นในวันที่ 8 ของการรักษา ร่างกายมีภาวะเป็นกรดสูง รักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 1 ครั้ง ไม่ครบ 2 ชั่วโมง เกิดความดันโลหิตต่ำ ภาวะหัวใจล้มเหลวและเสียชีวิต รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 9 วัน

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 44 ปี ให้ประวัติว่า 5 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้ปวดเมื่อยตัวตาเหลือง ถ่ายเหลว ปัสสาวะออกน้อย อ่อนเพลีย รู้สึกหายใจไม่อิ่ม ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคฉี่หนูที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน มีแผนการรักษาให้ยาปฏิชีวนะให้สารน้ำ อาการไม่ดีขึ้น ในวันที่ 5 ของการรักษา หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น ร่างกายมีภาวะเป็นกรด รักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2 ครั้ง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม รวมระยะเวลา การรักษาตัวในโรงพยาบาล 12 วัน

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยภาวะไตวายเฉียบพลันที่เกิดจากโรคฉี่หนู เมื่อได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและเหมาะสม ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมร่วมด้วย จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจากการฟื้นฟูของไต ลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเสียชีวิตลงได้ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงจำเป็นต้องมีความรู้ความชำนาญเป็นพิเศษ และมีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐาน เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

คำสำคัญ: การพยาบาล โรคฉี่หนู ภาวะไตวายเฉียบพลัน การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

วันที่รับ (received) 20 เม.ย 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 7 พ.ค. 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 15 มิ.ย. 2563

Nursing Care for Leptospirosis-Associated Acute Renal Failure Patients Requiring Hemodialysis: A Report of Two Cases

Nidon Tuntung, Takuapa Hospital, Phang-Nga Province email: nidon.tun@gmail.com

ABSTRACT

Leptospirosis is a disease caused by infection with bacteria. Acute severe infection induces multiple organ dysfunctions including acute kidney injury and may predispose to causing acute renal failure, if not treated timely. To be a guideline for nursing care in acute renal failure of leptospirosis patients requiring hemodialysis. Two case studies between May to August 2019 will be presented.

Case Study 1 : A 49-year-old male patient gave a history of 7 days before coming to the hospital with fever, aches, aching pain, calf pain, fatigue, yellow eyes, blurred vision. Physician made a diagnose leptospirosis associated acute renal failure. Have a treatment plan for hemodialysis, but patient and relatives refused. He presented dyspnea in following days. On the 8th day of treatment, the patient presented acidosis and received renal support with hemodialysis for 1 time, less than 2 hours. He had severe hypotension while hemodialysis, heart failure and death finally. He was hospitalized for 9 days.

Case study 2 : A 44-year-old male patient gave a history of 5 days before coming to the hospital with fever, body aches, yellow eyes, diarrhea, low volume, tiredness, feeling unable to breath. Physician made a diagnose leptospirosis associated acute renal failure.

There is a treatment plan for giving the antibiotic and normal saline. The symptoms did not improve. On the 5th day of the treatment, the patient presented dyspnea, and acidosis. Hemodialysis treatment was done 2 times without complications. He was hospitalized for 12 days and was discharged.

The results of the study showed that recovery kidney function, reduce complications and survival of patients with acute renal failure in leptospirosis depend on early and appropriate supportive treatment, which also include hemodialysis. Therefore, nurses should have knowledge, experience and standard nursing practice guidelines for taking care of patients to provide efficacy outcome and safe from various complications.

Keywords: nursing care, acute renal failure, hemodialysis, leptospirosis

บทนำ

โรคฉี่หนูหรือโรคเลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis) เป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน สาเหตุการเกิดโรคมาจากเชื้อแบคทีเรียสกุลเลปโตสไปรา (Leptospira) มักพบการระบาดในหน้าฝนหรือช่วงที่มีน้ำท่วมขังสัตว์ที่แพร่เชื้อโรคนี้ได้แก่พวกสัตว์ฟันแทะเช่นหนูโดยที่ตัวมันไม่เป็นโรค สัตว์พวกนี้เก็บเชื้อไว้ในไต ดังนั้นเมื่อฉี่ออกมาจะมีเชื้อปนอยู่ด้วยจึงเป็นที่มาของคำว่า“โรคฉี่หนู” คนส่วนใหญ่ติดเชื้อทางอ้อมจากการไปสัมผัสน้ำหรือดินที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่ง เช่นปัสสาวะจากสัตว์เหล่านี้โดยคนที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้แก่ชาวนา ชาวสวน ชาวไร่ เกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ คนงานโรงฆ่าสัตว์ กรรมกรขุดลอกคูคลอง สัตวแพทย์ เป็นต้น ในประเทศไทย มีรายงานผู้ป่วยโรคฉี่หนูจากสำนักระบาดวิทยากรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุขในปี 2560 – 2562 (Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2017- 2019) พบผู้ป่วย 3,514, 2,978 และ 2,168 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วย 5.37, 4.45 และ 3.26 ต่อแสนประชากร มีผู้ป่วยเสียชีวิต 62, 37 และ 29 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.09, 0.06 และ 0.04 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือภาคใต้พบ 11.25, 10.18 และ 8.16 ต่อแสนประชากร และในจังหวัดพังงาปี 2561-2562 พบผู้ป่วยสูงสุดเป็นลำดับที่ 2 ของประเทศไทยคือ 23.98 และ 20.13 ต่อแสนประชากร จะเห็นว่าจังหวัดพังงามีผู้ป่วยโรคฉี่หนูเป็นจำนวนมาก

พยาธิกำเนิดโรคมาจากการสัมผัสโดยตรงกับปัสสาวะของสัตว์นำโรคที่มีเชื้อหรือสัมผัส โดยอ้อมกับน้ำหรือดินที่ปนเปื้อนเชื้อ เมื่อเข้าสู่ทางผิวหนังหรือเยื่อเมือกที่มีแผล เชื้อจะเข้าสู่กระแสเลือดภายใน 24 ชั่วโมงและกระจายไปตามอวัยวะต่างๆ เนื่องจากเชื้อสามารถเคลื่อนไหวได้อย่างรวดเร็ว จึงไม่มีการอักเสบที่ตำแหน่งทางเข้าของเชื้อ แต่จะทำให้มีหลอดเลือดฝอยแตกและมีเลือดออกในอวัยวะต่างๆได้ หลังจากนั้นจึงทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆเสียไป จากการอักเสบและเนื้อตายตามอวัยวะนั้นๆ เช่น ไปที่ระบบกล้ามเนื้อก็จะมีอาการปวดเมื่อยตัวและน่อง ไปที่ระบบทางเดินอาหารก็จะมีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ท้องโต ตับม้ามโต ตัวตาเหลือง ไปที่ระบบไตก็จะทำให้ไตวายเฉียบพลัน เกิดการคั่งของของเสียและน้ำ เกิดความไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ส่งผลให้เกิดภาวะร่างกายเป็นกรดสูง อันทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว การหายใจล้มเหลวและเสียชีวิตได้ในเวลาต่อมา (Haake, Levett, 2015; Visith, Karkiat, 2020; Srisawat, Tungsanga, 2017)

จากรายงานการสอบสวนโรคเบื้องต้นของผู้เสียชีวิตยังพบปัญหาคัลลายเดิมคือระยะแรกผู้ป่วยโรคฉี่หนูแสดงอาการทางคลินิกที่ไม่จำเพาะเจาะจง เช่นมีไข้ปวดศีรษะปวดเมื่อยกล้ามเนื้อคลื่นไส้อาเจียนหรือท้องเสียร่วมด้วย คล้ายคลึงโรคไข้หวัดหรือโรคติดเชื้ออื่นๆซึ่งผู้ป่วยอาจซื่อๆมารับประทานเองหรือไปพบแพทย์ แต่อาการยังไม่ดีขึ้นจนกระทั่งผู้ป่วยมีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะรุนแรงได้แก่มิไข้ปวดศีรษะรุนแรงตาแดงตัวเหลืองเลือดออกในปอดไตวายและเสียชีวิตในที่สุด (Srisawat, Tungsanga, 2017) ประกอบกับจากการลงสอบสวนโรคพื้นที่ที่มีการระบาดพบว่า

ประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคฉี่หนู ระบบการคัดกรองผู้ป่วยมีความล่าช้าและไม่ทั่วถึง การได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษาไม่รวดเร็วและถูกต้อง ทำให้พบผู้เสียชีวิตในพื้นที่ภาคใต้เพิ่มขึ้น (Bureau of General Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2020) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคนี้จึงจำเป็นต้องวินิจฉัยโรคฉี่หนูจากอาการทางคลินิกและปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเป็นหลัก ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้นและอัตราการตายสูง ถ้าได้รับการวินิจฉัยและประเมินความรุนแรงไม่ถูกต้องเนื่องจากทำให้ไม่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หรือไม่ได้รับการส่งต่ออย่างทันท่วงทีโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตแล้ว หากไม่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและดูแลระหว่างฟอกเลือดที่ดี ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันรุนแรงและเสียชีวิตได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคฉี่หนูที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 กรณี ที่ได้รับการรักษาที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม 2562

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคฉี่หนูที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยเลือกผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือดและเสียชีวิตกับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดแล้วกลับบ้านได้ รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ เวชระเบียนและสถิติของโรงพยาบาล โดยใช้เครื่องมือการบันทึกการพยาบาล กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลสรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษา กรณีศึกษา 2 ราย ได้ผ่านการขออนุญาตผู้ป่วยและญาติ เพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา โดยขอความยินยอมด้วยวาจา ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา กรณีศึกษา 2 กรณีนี้ ไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย และข้อมูลส่วนตัวทุกอย่างของผู้เข้าร่วมกรณีศึกษาเป็นความลับ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

ชายไทย อายุ 49 ปี อาชีพรับจ้างทำการเกษตร มารักษาตัวที่โรงพยาบาลตะกั่วป่า วันที่ 24 พฤษภาคม 2562 แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะไตวายเฉียบพลันจากการติดเชื้อเลปโตสไปรา และเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด

ประวัติการเจ็บป่วย 7 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีประวัติ เป็นไข้ ปวดเมื่อยตัว ปวดตึงน่อง อ่อนเพลีย ตัวตาเหลือง ตาพร่ามัว ปัสสาวะออกน้อย 2 วันก่อนมาโรงพยาบาลรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน อาการ ไม่ดีขึ้น จึงรับประทายาต้มสมุนไพร มีประวัติสูบบุหรี่และดื่มเหล้ามากกว่า 15 ปี ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร

อาการแรกพบ : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี coma score 15 คะแนน หายใจไม่เหนื่อย มีอาการตาพร่ามัว ทั้ง 2 ข้าง ตัวตาเหลือง อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยตัว ปวดตึงน่องทั้ง 2 ข้าง อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส หายใจ 22 ครั้ง/นาที ชีพจรชัดเจนดี 78 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/76 มม.ปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเส้นเลือดดำ 98%

แผนการรักษา

ผู้ป่วยนอนรักษาตัวที่ตึกอายุรกรรมชาย ได้รับการรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะ ให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ ต่อมาเริ่มหายใจเหนื่อย 28 – 30 ครั้ง/นาที ปัสสาวะไม่ออก ส่งไปทำการเอกซเรย์ปอดพบว่า มีน้ำท่วมปอด จึงย้ายเข้าสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยหนัก ได้รับยาขับปัสสาวะ ตรวจวัดสัญญาณการเต้นของหัวใจ และตรวจเลือดหาค่าการทำงานของไต พบว่ามีการคั่งของของเสียในร่างกายสูง BUN 172.2 mg/dl Creatinine 7.67 mg/dl มีค่าความสมดุลของกรดต่างผิดปกติ โซเดียมในเลือดต่ำ 112 mmol/l โปแตสเซียมในเลือดสูง 5.58 mmol/l คลอไรด์ต่ำ 71.3 mmol/l HCO₃ ต่ำ 11.5 mmol/l ทำให้การทำงานของไตผิดปกติ ร่างกายมีความเป็นกรดสูง ผลเลือดยืนยันว่าผู้ป่วยเป็นโรคนี้หนู ประึกษาอายุรแพทย์โรคไตให้เตรียมผู้ป่วยสำหรับฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงพยาธิสภาพของการเกิดโรคไตจากการเป็นโรคนี้หนู และการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา ขอรักษาด้วยยาไปก่อน จึงย้ายผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวที่ตึกอายุรกรรม

7 วันที่นอนรักษาตัวที่อายุรกรรม ผู้ป่วยรู้สึกตัว บางครั้งพูดคุยสับสน ได้รับการตรวจประเมินการทำงานของไตและความสมดุลของเกลือแร่ในร่างกายทุกวัน พบว่ามีของเสียคั่งมากขึ้น BUN 279.6 mg/dl Creatinine 9.92 mg/dl มีค่า HCO₃ ต่ำมาก 5.0 mmol/l ได้รับยาเพิ่มความเป็นด่างในร่างกาย ฉีดเข้าเส้นเลือด และเพิ่มยารับประทาย อาการไม่ดีขึ้น หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น 24 – 36 ครั้ง/นาที ให้ยาพ่นขยายหลอดลม ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง และให้ออกซิเจน Cannular 3 ลิตร/นาที มีผื่นคัน

บริเวณหน้าอก ลำตัวและหลัง เกสซ์กรวินิจฉัยว่าเกิดจากการแพ้ยา Doxycyclin จึงได้หยุดยาและให้ยาแก้แพ้ ฉีดเข้าเส้นเลือดดำทันทีและเปลี่ยนเป็นยาแก้แพ้รับประทานต่อ

วันที่ 8 ของการรักษา ผู้ป่วยพูดคุยสับสน ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย หายใจเหนื่อยหอบลึก 34 – 40 ครั้ง/นาที อ่อนเพลียมาก อายุรแพทย์โรคไตมาดูอาการและผลเลือด พิจารณาให้ย้ายเข้าดูแลที่หออภิบาลผู้ป่วยหนัก เพื่อเตรียมฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทันที โดยใส่สายสวนหลอดเลือดดำที่ขาหนีบด้านขวา และมีแผนการฟอกเลือด 2 ชั่วโมง ใช้ตัวกรองที่มีขนาดเล็ก ขนาดพื้นที่ผิว 1.5 ตารางเมตร ไม่ให้สารแข็งตัวของเลือด เนื่องจากผู้ป่วยมีเกร็ดเลือดค่อนข้างต่ำ 151,000 cells/ μ L ใช้วิธีให้ 0.9% NSS 200ml ใส่ลิ้มเลือดในระบบเพื่อป้องกันการแข็งตัวของเลือดในวงจรไตเทียมขณะฟอกเลือด ใช้น้ำยาฟอกเลือดที่มีค่า K 2 mEq/l และ Ca 3.5 mEq/l เปิดความเร็วเลือด 150 – 200 ml/นาที และความเร็วของน้ำยา 200 – 300 ml/นาที ไม่ต้องดึงน้ำออกขณะฟอกเลือด และให้ 50% Glucose 50 ml เมื่อฟอกเลือดครบชั่วโมงที่ 1 เพื่อป้องกันสมองบวม น้ำ เนื่องจากการที่ของเสียในสมองลดลงอย่างรวดเร็ว

ขณะทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยเริ่มสับสนและซึมลง ความดันโลหิตต่ำ 65/36 – 88/42 มม.ปรอท หายใจ 30 – 39 ครั้ง/นาที รายงานแพทย์ให้ 0.9% NSS 500 ml v load ใน 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง ฟอกเลือดต่อไปได้ประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว หยุดหายใจ ชีพจรเบา 32 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตต่ำ 80/48 มม.ปรอท หยุดการฟอกเลือดทันที ค้นเลือดให้ผู้ป่วย และตามทีมช่วยฟื้นคืนชีพ ใช้เวลาฟื้นคืนชีพประมาณ 20 วินาที

หลังฟอกเลือด ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว coma score 2T ใส่ท่อช่วยหายใจทางปากต่อเข้าเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยหายใจได้ตามเครื่อง 14 – 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 41/20 – 52/21 มม.ปรอท ชีพจร 92 – 95 ครั้ง/นาที ความเข้มข้นเลือดต่ำ 12.5% น้ำตาลในเลือดต่ำ 48 mg% ได้ยากระตุ้นการทำงานของหัวใจ ยาเพิ่มความดันโลหิต ได้รับเลือด PRC 2 ยูนิต และให้ 50% Glucose 50 ml เข้าเส้นเลือด อาการไม่ดีขึ้น ต่อมาหัวใจหยุดเต้น วัดความดันโลหิตไม่ได้ ทำการช่วยฟื้นคืนชีพประมาณ 30 นาที ร่างกายไม่ตอบสนอง จึงจำหน่ายผู้ป่วยเสียชีวิต สรุปรักษาตัวที่โรงพยาบาล 9 วัน

กรณีศึกษาที่ 2: ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

ชายไทย อายุ 44 ปี อาชีพรับจ้างทำการเกษตร มารักษาตัวที่โรงพยาบาลตะกั่วป่า วันที่ 10 สิงหาคม 2562 แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะไตวายเฉียบพลันอาจเกิดการติดเชื้อเลปโตสไปรา และเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด

ประวัติการเจ็บป่วย มีประวัติ 5 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ปวดเมื่อยตัว ตัวตาเหลือง 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลถ่ายเหลว ปัสสาวะออกน้อย อ่อนเพลีย เข้านี้รู้สึกหายใจไม่อิ่ม ปวดเมื่อยตัว จึงมาโรงพยาบาล มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงแต่ขาดการรักษามาประมาณ 2 ปี ปฏิเสธการแพ้ยา และอาหาร ปฏิเสธสารเสพติดทุกชนิด

อาการแรกเริ่ม : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี coma score 15 คะแนน หายใจไม่อึด ตัวตาเหลือง ปวดเมื่อยตัว ท้องอืด ปัสสาวะแสบขัด อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส หายใจ 24 ครั้ง/นาที ชีพจรชัดเจนดี 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 93/50 มม.ปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเส้นเลือดดำ 98%

แผนการรักษา

ผู้ป่วยนอนรักษาตัวที่ตึกอายุรกรรมชาย ได้รับการรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะ ให้สารน้ำ 0.9% NSS 500 ml ใน 30 นาทีและให้ต่อไปเรื่อยๆด้วยอัตรา 120 ml/ชม. และยาทางหลอดเลือดดำได้เกลือแร่จิบ หลังจากการรักษาภาวะความดันโลหิตจนความดันโลหิตเป็นปกติ 110/67 – 131/79 มม.ปรอท ผู้ป่วยเริ่มหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น ฟังปอดพบมีเสียง Creptitation ถ่ายปัสสาวะไม่ออก จึงได้รับการให้ยาขับปัสสาวะ และส่งผู้ป่วยไปเอกซเรย์ปอด พบว่าผู้ป่วยเริ่มมีภาวะน้ำท่วมปอด จึงหยุดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และให้ยาขับปัสสาวะอีกครั้ง หลังให้การรักษาผู้ป่วยยังมีอาการแน่นท้อง หายใจเหนื่อยพอสมควร 24 – 28 ครั้ง/นาที คาสายสวนปัสสาวะไว้ ปัสสาวะออกคาสายสวนปริมาณไม่ได้

4 วันที่รักษาตัวที่อายุรกรรมชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อยเล็กน้อย 26 – 32 ครั้ง/นาที ได้รับออกซิเจน cannular 3 ลิตร/นาที ผลตรวจไวรัสตับอักเสบบ พบว่าค่าไวรัสตับอักเสบบีเป็นบวก มีตัวตาเหลือง คาสายสวนปัสสาวะไว้ ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม ตรวจได้ 800 – 3500 ml /วัน ได้รับยาขับปัสสาวะ อย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยบ่นปวดท้อง ท้องอืดแน่นท้อง PS 6 คะแนน ได้รับยามอร์ฟีนและยาลดการหลังกรด ในกระเพาะอาหารฉีดเข้าเส้นเลือดเมื่อมีอาการปวด หลังได้ยาฉีดอย่างละ 1 เข็ม อาการปวดท้องทุเลาลง สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ ผู้ป่วยไอนานๆครั้งเสมหะมีเลือดปน และมีอาการคลื่นไส้แต่ไม่อาเจียน ได้รับยาแก้คลื่นไส้และยาแก้ไอรับประทาน อาการคลื่นไส้และการไอทุเลาลง ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง 173/113 – 190/123 มม.ปรอท ไม่มีอาการปวดมีนิ่วหิระ ได้ยาลดความดันโลหิตรับประทาน หลังจากนั้นความดันโลหิตลดลงเหลือ 135/87 – 151/99 มม.ปรอท ตลอดระยะเวลาการรักษาที่อายุรกรรมชายผู้ป่วยได้รับการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาค่าความผิดปกติของไต และหาค่าความสมดุลของเกลือแร่ในร่างกายทุกวัน พบว่าผู้ป่วยมีของเสียคั่งเพิ่มขึ้นทุกวัน BUN 181.8 mg/dl Cr 6.58 mg/dl และเกลือแร่ในเลือดผิดปกติมากขึ้น โซเดียมต่ำ 114 mmol/l คลอไรด์ต่ำ 71.2 mmol/l CO₂ ต่ำ 16.8 mmol/l ซึ่งได้รับการรักษาโดยใช้ยาเพิ่มความเป็นด่างในร่างกายแล้วไม่ได้ผล ประกอบกับผลเลือดยืนยันว่าผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ปรีกษาอายุรแพทย์โรคไตให้เตรียมการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพรุ่งนี้

วันที่ 5 ของการรักษา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อยเล็กน้อย 24 - 26 ครั้ง/นาที อายุรแพทย์โรคไตมีแผนการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยใส่สายสวนหลอดเลือดดำที่ขาหนีบด้านขวา และมีแผนการฟอกเลือด 2 ชั่วโมง ใช้ตัวกรองที่มีขนาดเล็ก ขนาดพื้นที่ผิว 1.5 ตารางเมตร ไม่ให้สารแข็งตัวของเลือดเนื่องจากผู้ป่วยมีเกร็ดเลือดค่อนข้างต่ำ 36,000 cells/ μ L ใช้วิธีให้ 0.9%

NSS 200ml ไล้ลิมเลือดในระบบเพื่อป้องกันการแข็งตัวของเลือดในวงจรไตเทียมขณะฟอกเลือด ใช้น้ำยาฟอกเลือดที่มีค่า K 3 mEq/l และ Ca 3.5 mEq/l เปิดความเร็วเลือด 150 – 200 ml/นาที่ และความเร็วของน้ำยา 200 – 300 ml/นาที่ ไม่ต้องดิงน้ำออกขณะฟอกเลือด และให้ 50% glucose 50 ml เมื่อฟอกเลือดครบชั่วโมงที่ 1 เพื่อป้องกันสมองบวม น้ำ เนื่องจากการทำงานของเสียในสมองลดลงอย่างรวดเร็ว

ขณะทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อยเล็กน้อย 22 – 24 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิตค่อนข้างต่ำ 88/47 – 100/55 มม.ปรอท ชีพจร 106 – 112 ครั้ง/นาที่ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขณะฟอกเลือด สามารถฟอกเลือดครบเวลา 2 ชั่วโมง หลังฟอกเลือดผู้ป่วยกลับไปนอนรักษาตัวที่อายุรกรรมชาย รู้สึกตัวดี เหนื่อยเล็กน้อย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง หลังฟอกเลือด มีเลือดซึมเปื้อนก๊อสที่สายสวนหลอดเลือดดำที่ขาหนีบเล็กน้อย

วันที่ 6 ของการรักษา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจไม่เหนื่อย 20 – 22 ครั้ง/นาที่ อายุรแพทย์โรคไต มีแผนการฟอกเลือด 3 ชั่วโมง ใช้ตัวกรองที่มีขนาดเล็ก ขนาดพื้นที่ผิว 1.5 ตารางเมตร ไม่ให้สารแข็งตัวของเลือดเนื่องจากผู้ป่วยมีเกร็ดเลือดค่อนข้างต่ำ 36,000 cells/ μ L ใช้วิธีให้ 0.9% NSS 200 ml ไล้ลิมเลือดในระบบเพื่อป้องกันการแข็งตัวของเลือดในวงจรไตเทียมขณะฟอกเลือด ใช้น้ำยาฟอกเลือดที่มีค่า K 3 mEq/l และ Ca 3.5 mEq/l เปิดความเร็วเลือด 200 ml/นาที่ และความเร็วของน้ำยา 500 ml/นาที่ ไม่ต้องดิงน้ำออกขณะฟอกเลือด และให้ 50% glucose 50 ml เมื่อฟอกเลือดครบชั่วโมงที่ 1 เพื่อป้องกันสมองบวม น้ำ เนื่องจากการทำงานของเสียในสมองลดลงอย่างรวดเร็ว

ขณะทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจไม่เหนื่อย 20 – 22 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 91/62 – 106/64 มม.ปรอท ชีพจร 101 – 119 ครั้ง/นาที่ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขณะฟอกเลือด สามารถฟอกเลือดครบเวลา 3 ชั่วโมง หลังฟอกเลือดผู้ป่วยกลับไปนอนรักษาตัวที่อายุรกรรมชาย รู้สึกตัวดี ไม่เหนื่อย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหลังฟอกเลือด มีเลือดซึมเปื้อนก๊อส ที่สายสวนหลอดเลือดดำที่ขาหนีบ 1 ชิ้นชุ่ม ความเข้มข้นของเลือด 23% และเกร็ดเลือด 69,000 cells/ μ L รายงานแพทย์ทราบ ให้ยารักษาการตกเลือดฉีดเข้าเส้นเลือดพร้อมกับให้เลือด PRC 1 ยูนิต แต่ยังคงมีเลือดออกที่ Exit site ไม่หยุด แพทย์จึงให้ถอดเอาสายสวนหลอดเลือดดำที่ขาหนีบออก กดห้ามเลือดนานประมาณ 10 นาที ผู้ป่วยมีผื่นคันบริเวณหน้าท้องและสีข้าง ให้ยาแก้แพ้ฉีดเข้าเส้นเลือด อาการผื่นคันยังไม่ทุเลา

วันที่ 7-11 ของการรักษา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีเลือดซึมก๊อสที่ขาหนีบ ปัสสาวะออกดีสีเหลืองอ่อน ตวงได้ 3000 – 4400 ml/วัน ยังมีผื่นคันที่บริเวณหน้าท้อง ลำตัวและหลัง คันเล็กน้อย ได้ยาแก้แพ้รับประทานและยาทาแก้อาการคัน ตรวจเลือดหาค่าการทำงานของไต และเกลือแร่ในเลือดทุกวัน พร้อมทั้งให้ยาเพิ่มความเป็นด่างของเลือกรับประทาน พบว่าผลเลือดดีขึ้น BUN 38.6 mg/dl Cr. 1.47 mg/dl โซเดียม 131 mmol/l โปแตสเซียม 3.8 mmol/l คลอไรด์ 93.1 mmol/l CO₂ 24.6 mmol/l

วันที่ 12 ของการรักษา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตัวตาเหลืองเล็กน้อย ผื่นคันที่หน้าท้องและหลังจางลง คันเล็กน้อย แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดติดตามอาการพร้อมเจาะเลือด BUN , Cr , Electrolyte ก่อนพบแพทย์ในอีก 7 วัน ที่ห้องตรวจโรคอายุรกรรม และให้ยาแก้แพ้ ยาลดการหลังกรด ในกระเพาะอาหารรับประทาน ยาทาลดอาการคัน สรุปรักษาตัวที่โรงพยาบาล 12 วัน

การเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 กรณี แสดงได้ดังตารางที่ 1 ส่วนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ได้จากการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้ที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมนั้น โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผน ของกอร์ดอนวางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน จึงสามารถนำมาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังตารางที่ 2 (เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล) สามารถให้การพยาบาลดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นระยะก่อนฟอกเลือด ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยรับการรักษาที่ตึกอายุรกรรมชายหรือ หออภิบาลผู้ป่วยหนัก พยาบาลไตเทียมมีบทบาทในการให้ความรู้เรื่องภาวะไตวายเฉียบพลัน อาการ การรักษา รวมทั้งให้ความรู้เรื่องวิธีการบำบัดทดแทนไต โดยเฉพาะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้ผู้ป่วยและญาติเห็นถึงความจำเป็นในการรักษา โดยให้ความรู้ตั้งแต่ขั้นตอนการใส่สายสวนหลอดเลือดดำที่บริเวณขาหนีบหรือที่คอ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจ เกิดขึ้นได้ในขณะและหลังฟอกเลือด ให้ผู้ป่วยและญาติตระหนักถึงความจำเป็นในการรักษาด้วยวิธีนี้ พร้อมให้ญาติตัดสินใจและยินยอมรับการรักษาก่อนที่จะเริ่มการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยขณะได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งสามารถปฏิบัติดังนี้

ด้านการดูแลผู้ป่วย

1. ตรวจดูแผนการรักษาของแพทย์ให้ละเอียดรอบคอบเช่น จำนวนชั่วโมงการฟอกเลือด ชนิด น้ำยาฟอกเลือด การให้สารกันการแข็งตัวของเลือดและยาต่างๆ การเปิดความเร็วเลือดและน้ำยา ฯลฯ
2. สังเกตอาการและตรวจวัดสัญญาณชีพเพื่อประเมินอาการผู้ป่วยก่อนฟอกเลือด
3. ตรวจสัญญาณชีพและซักถามอาการทุก 30 – 60 นาทีหรือตามอาการผู้ป่วยกรณี มีภาวะแทรกซ้อนต้องคอยตรวจสัญญาณชีพบ่อยครั้งขึ้นทุก 5 – 10 นาที
4. จัดบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมให้สะอาดเรียบร้อยให้ผู้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลาย และพักผ่อนตามสมควร
5. ดูแลให้ยาและสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น 0.9% NSS 100 - 200 ml ทุก 30 นาที เพื่อป้องกันเลือดแข็งตัวในระบบวงจรไตเทียม เนื่องจากไม่ได้ให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด และ 50% glucose 50ml ในชั่วโมงที่ 1 เพื่อป้องกันภาวะสมองบวมจากการที่ของเสียในสมองลดเร็วเกินไป

6. ในระยะเวลา 1 – 2 ชั่วโมงขณะฟอกเลือดผู้ป่วยอาจมีอาการปวดเมื่อยจะต้องคอยจัดท่าให้เหมาะสมสุขสบายปลอดภัยและเฝ้าระวังต่อการไหลเวียนของเลือดในวงจรไตเทียม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิเสธการเจ็บป่วยที่ร้ายแรง	ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 3 ปีรักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดการรักษาประมาณ 2 ปี
ประวัติการแพ้ยาและสารต่าง	ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร	ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร
ประวัติสารเสพติด	สูบบุหรี่วันละ 12-13 มวนสูบบุหรี่มานานประมาณ 20 ปี ดื่มสุราวันละ 1 – 2 ขวด และหยุดดื่มมาประมาณ 10 วันดื่มสุรา มานานประมาณ 15 ปี	ปฏิเสธสารเสพติด
ความเชื่อ/ไสยศาสตร์	เชื่อเรื่องชีวิตหลังความตาย การรักษาแผนโบราณ/ยาต้มสมุนไพร	เชื่อการรักษาแผนปัจจุบัน
การตรวจร่างกาย	ตัวตาเหลือง คลำพบตับโต 3 นิ้วมือ ท้องอืด ฟังปอดพบเสียง crepitation	ตัวตาเหลือง ตับไม่โต ท้องไม่อืด ฟังปอดพบเสียง crepitation
เอกซเรย์ปอด	พบน้ำท่วมปอด ทั้ง 2 ข้าง	พบน้ำท่วมปอด ทั้ง 2 ข้าง
การวินิจฉัยของแพทย์	ภาวะไตวายเฉียบพลันอาจเกิดจากการติดเชื้อเลปโตสไปรา และเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด	ภาวะไตวายเฉียบพลันอาจเกิดจากการติดเชื้อเลปโตสไปรา และเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด
การรักษา	ให้ยาปฏิชีวนะ สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ยาแก้แพ้เนื่องจากแพ้ยาปฏิชีวนะ ยาเพิ่มต่างในร่างกาย ยาลดโปแตสเซียมในเลือด ยาขับปัสสาวะ	ให้ยาปฏิชีวนะ สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ยาแก้แพ้เนื่องจากแพ้ตัวกรองเลือด ยาเพิ่มต่างในร่างกาย ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ
แผนการรักษาของแพทย์ด้านการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	- Set HD2 ชั่วโมง - UF 0 ml- No heparine flush 0.9% NSS 200ml ทุก 30 นาที -BFR 150 - 200 ml/min , DFR 200 - 300 ml/min - Dialysate Fluid : K 3 , Ca 3.5 - 50% glucose 50 ml IV intra HD ชั่วโมงที่ 1	- Set HD2 ชั่วโมง - UF 0 ml- No heparine flush 0.9% NSS 200ml ทุก 30 นาที -BFR 150 - 200 ml/min , DFR 200 - 300 ml/min - Dialysate Fluid : K 2 , Ca 3.5 - 50% glucose 50 ml IV intra HD ชั่วโมงที่ 1
ภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	ไม่รู้สึกตัว ความดันโลหิตต่ำ หายใจหอบ	ไม่พบ
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ก่อนฟอกเลือด	BUN279.6 mg/dl Cr 9.92 mg/dl Na 142 mmol/L K 4.89 mmol/L Cl 98.2 mmol/L HCO ₃ 6.2 mmol/L	BUN181.8mg/dl Cr 6.58mg/dl INa 114 mmol/L K 3.34mmol/L Cl 71.2 mmol/L HCO ₃ 16.8mmol/L
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หลังฟอกเลือด	BUN 155mg/dl Cr 5.02mg/dl Na 142 mmol/L K 3 mmol/L Cl 96.9 mmol/L HCO ₃ 22.2 mmol/L	BUN 48.9 mg/dl Cr 1.8mg/dl Na 133 mmol/L K 3.11 mmol/L Cl 90.7mmol/L HCO ₃ 25.5 mmol/L

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
สัญญาณชีพขณะฟอกเลือด	BP 46/24-88/50mmHg P 32-107/min R16-39/min	BP 91/63-106/64mmHg P 101-119/min R20-22/min
จำนวนครั้งการฟอกเลือด	1	2
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	9	12
สถานะผู้ป่วย	เสียชีวิต	กลับบ้านได้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะก่อนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	1.ผู้ป่วยมีภาวะ Shock จากการติดเชื้อเลปโตสไปรา ในกระแสเลือด 2.การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจากมีภาวะ Severe metabolic acidosis 3.ผู้ป่วยมีภาวะของเสียคั่งจากไตวายเฉียบพลัน 4.ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกายเนื่องจากไตเสียหายที่ 5.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกง่ายในทุกระบบของร่างกายเนื่องจากมีเกร็ดเลือดต่ำ 6.ผู้ป่วยมีการระคายเคืองของผิวหนังเนื่องจากมีเกลือน้ำดีจากการเพิ่มของบิลิรูบิน 7.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะ anaphylactic shock เนื่องจากการแพ้ยา 8.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหารหรือทุพโภชนาการ เนื่องจากการคั่งของของเสียในร่างกายทำให้มีการสลายตัวของโปรตีนและมีอาการเบื่ออาหารคลื่นไส้อาเจียน 9.ผู้ป่วยมีการรบกวนการพักผ่อนและความสุขสบายของผู้ป่วยเนื่องจากขบวนการของโรคเช่น มีไข้คลื่นไส้อาเจียนปวดเมื่อยตัว ปวดตึงน่อง 10.มีโอกาสได้รับอันตราย เช่น หกล้ม ตกเตียง เนื่องจากมีแรง สับสน จากการเสียสมดุล กรดต่างและของเสียคั่ง อาจทำให้เสียเลือดได้ 11.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากสภาวะโรค การรักษาที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อภาพลักษณ์และคุณภาพต่อชีวิต	1.ผู้ป่วยมีภาวะ Shock จากการติดเชื้อเลปโตสไปรา ในกระแสเลือด 2.การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจากมีภาวะ Severe metabolic acidosis 3.ผู้ป่วยมีภาวะของเสียคั่งจากไตวายเฉียบพลัน 4.ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกายเนื่องจากไตเสียหายที่ 5.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกง่ายในทุกระบบของร่างกายเนื่องจากมีเกร็ดเลือดต่ำ 6.ผู้ป่วยมีการระคายเคืองของผิวหนังเนื่องจากมีเกลือน้ำดีจากการเพิ่มของบิลิรูบิน 7.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเส้นเลือดในสมองแตกจากภาวะความดันโลหิตสูง 8.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหารหรือทุพโภชนาการ เนื่องจากการคั่งของของเสียในร่างกายทำให้มีการสลายตัวของโปรตีนและมีอาการเบื่ออาหารคลื่นไส้อาเจียน 9.ผู้ป่วยมีการรบกวนการพักผ่อนและความสุขสบายของผู้ป่วยเนื่องจากขบวนการของโรคเช่น มีไข้คลื่นไส้อาเจียนปวดเมื่อยตัว ปวดตึงน่อง 10.มีโอกาสได้รับอันตราย เช่น หกล้ม ตกเตียง เนื่องจากมีแรง สับสน จากการเสียสมดุล กรดต่างและของเสียคั่ง อาจทำให้เสียเลือดได้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัย การพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
		11.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจาก สภาวะโรค การรักษาที่ก่อให้เกิดภาวะ วิกฤตที่คุกคามต่อภาพลักษณ์และคุณภาพ ต่อชีวิต
ขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	1.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะทำ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมซึ่งได้แก่ Disequilibrium ,Hypotension, Muscle cramps, Chest pain, Fever/chills, Hemolysis, Air embolism, first use Syndrome type A,B, Cardiac arrest	1.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะ ทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมซึ่ง ได้แก่ Disequilibrium ,Hypotension, Muscle cramps, Chest pain, Fever/chills, Hemolysis, Air embolism, first use Syndrome type A,B, Cardiac arrest
ระยะหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม	1.ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนไม่ เพียงพอเนื่องจากมีความเข้มข้นเลือดต่ำ 2.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด เนื่องจากใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง สำหรับฟอกเลือด	1.ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อร่างกายได้รับ ออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากมีความ เข้มข้นเลือดต่ำ 2.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด เนื่องจากใส่สายสวนหลอดเลือดดำ ส่วนกลางสำหรับฟอกเลือด

1. ไม่ควรให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารขณะทำการฟอกเลือดเพื่อป้องกันปัญหา
Hemodynamic instability

2. สังเกตอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและให้การป้องกันแก้ไขใน
แต่ละภาวะที่เกิดขึ้นตามแนวทางที่กำหนดเป็นมาตรฐาน

ด้านการดูแลวงจรไตเทียม

1. ตรวจดูความเร็วเลือดให้มีความสม่ำเสมอเพียงพอตามแผนการรักษาของแพทย์โดยตรวจดู
Pillow ไป่ตึงดีสายส่งเลือดไม่มีการแกว่งไกวมากและไม่หักงอ

2. ตรวจดูเครื่องไตเทียมให้ทำงานตามปกติโดย Conductivity อยู่ในช่วง 13.5-14.5 ถ้าใช้น้ำยา Low Ca^{+} ไม่ควรต่ำกว่า 13.5, ความเร็วน้ำยา 500 ml./min , อุณหภูมิน้ำยาอยู่ระหว่าง 35.5-37 องศาเซลเซียส, ตั้งค่าดึงน้ำตามกำหนด

3. ตรวจดูการเปลี่ยนแปลงและบันทึกค่า Pressure ต่างๆของวงจรไตเทียมทุก 15 – 30 นาที

4. ตรวจดูความผิดปกติของวงจรไตเทียมเป็นระยะเช่น Air Bubble, Blood Leakage, Kinking ใน Blood Line

หลังให้การพยาบาลในระยะที่ฟอกเลือดนี้ ผู้ป่วยรายที่ 1 หายใจไม่รู้สึกตัว ช่วยฟื้นคืนชีพ แล้วส่งต่อให้พยาบาลหอผู้ป่วยหนักดูแลต่อ ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ในขณะที่ฟอกเลือด มีความดันโลหิตต่ำเล็กน้อย ความดันโลหิต 91/62 – 106/64 มม.ปรอท

ระยะที่ 3 เป็นระยะหลังจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและผู้ป่วยกลับไปพักรักษาตัวต่อที่ตึกหรือหอผู้ป่วยหนัก ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังฟอกเลือดได้ ควรมีการสังเกตอาการเพื่อให้พยาบาลที่ตึกผู้ป่วยได้สังเกตอาการและให้การพยาบาลต่อเนื่องดังนี้

1. ส่งต่อพยาบาลที่หอผู้ป่วย ให้สังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยหลังการฟอกเลือด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน กระสับกระส่าย ปวดศีรษะตามัว กล้ามเนื้อกระตุก สับสน อาจรุนแรงถึงขั้นชักและ Coma ซึ่งอาการเหล่านี้เกิดจากการที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของน้ำสารเคมีและ pH ระหว่าง Intravascular volume และเนื้อเยื่อสมองหากมีอาการเหล่านี้ให้รีบปรึกษาแพทย์ทันที

2. สังเกตบริเวณแผลที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำบ่อยๆว่ามีเลือดซึมหรือไม่ และรักษาความสะอาดของแผล ไม่ให้แผลเปียกน้ำ โดยเฉพาะถ้าใส่สายสวนหลอดเลือดดำบริเวณขาหนีบต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ ไม่ให้เปื้อนอุจจาระและปัสสาวะ หากมีการปนเปื้อนหรือเปียกชื้นต้องรีบทำความสะอาดแผลและปิดผ้าก๊อซใหม่ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งอาจจะติดเชื้อเข้ากระแสเลือดได้ง่าย

ในระยะที่ 3 หลังการฟอกเลือดแล้ว พบว่าผู้ป่วยรายที่ 2 มีผื่นคันที่หลังและหน้าท้อง แพทย์วินิจฉัยว่าอาจเกิดจากการแพ้ตัวกรองเลือดหรือสารปนเปื้อนขณะฟอกเลือด (First use Syndrome type B) จึงได้ให้ยาแก้แพ้ฉีดและรับประทานต่อ อาการคันและผื่นลดลง และยังมีเลือดซึมบริเวณที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำสำหรับฟอกเลือด ให้ยาเพิ่มการแข็งตัวของเลือด และทำความสะอาดแผลแล้ว และยังมีเลือดซึมตลอดเวลา เนื่องจากผู้ป่วยมีเกล็ดเลือดต่ำ แพทย์จึงตัดสินใจเอาสายสวนหลอดเลือดดำสำหรับฟอกเลือดออกและกดห้ามเลือดนาน 10 นาที ไม่มีเลือดออกเพิ่ม สรุปผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือด 2 ครั้ง

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาจากข้อมูลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคฉี่หนูที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน พบว่ากรณีศึกษาที่ 1 มีประวัติสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า และรับประทานยาสมุนไพร ทำให้เกิดพยาธิกรณโรคที่ไม่ดีเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ปอด ตับ และไต รุนแรงกว่ากรณีศึกษาที่ 2 ประกอบกับปฏิเสธการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในระยะที่มีข้อบ่งชี้ในการฟอกเลือด ทำให้เกิดไตวายเฉียบพลันรุนแรง เมื่อฟอกเลือดจึงเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง หายใจไม่รู้สึกตัว หัวใจหยุดเต้น เป็นผลให้เสียชีวิตในเวลาต่อมา ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงรักษาไม่ต่อเนื่อง ปฏิเสธสารเสพติด และเชื่อในการรักษาแผนปัจจุบัน ผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในเวลาที่เหมาะสม ทำให้ตับและไตฟื้นตัวได้เร็ว และกลับมาทำงานได้ตามปกติ ดังนั้นจะเห็นว่าผู้ป่วยโรคฉี่หนูที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและมีภาวะ

ไตวายเฉียบพลันร่วมด้วย ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องร่วมกับการล้างไตโดยการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียมที่รวดเร็วจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yaslianifard, Hoseini, Yaslianifard, Alimorad (2018) พบว่าผู้ป่วยโรคฉี่หนูที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตได้มากที่สุด และพบอัตราการเสียชีวิตประมาณ 22% และในการศึกษาของ Hurst, Neff, Katz, Buchholz, Sasaki, Berg, et al (2009) พบว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยโรคฉี่หนูที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันนั้น ทำให้ผู้ป่วยลดภาวะแทรกซ้อนโดยอาการ jaundice และ hemorrhage จะหายไป ระดับของ AST, ALT และ bilirubin ในเลือดจะลดลงอยู่ในค่าปกติ

2. ผลการศึกษาปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จากการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคฉี่หนูที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สามารถนำมาวางแผนปฏิบัติการพยาบาล พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 กรณี มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน ทั้งระยะที่ 1 ก่อนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ระยะที่ 2 ขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และระยะที่ 3 หลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แต่จะแตกต่างกันของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในระยะก่อนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 มีปัญหาเรื่องการแพ้ยาปฏิชีวนะ Doxycycline ที่ใช้รักษาโรคฉี่หนู โดยตรวจพบผื่นคันบริเวณหน้าอก ลำตัวและหลัง ส่วนกรณีที่ 2 มีปัญหาความดันโลหิตสูงขณะรักษา เนื่องจากขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง และหยุดรักษามาประมาณ 2 ปี ดังนั้นจากการศึกษาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในกรณีศึกษาครั้งนี้ จึงสามารถนำมาเป็นแนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคฉี่หนูที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันและได้รับการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีบทบาทในการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเฉียบพลันและโรคฉี่หนู โดยให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับโรค การดูแล และอันตรายที่เกิดขึ้นหากไม่ได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องรวมทั้งวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างคร่าวๆ รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรับการรักษา เพื่อให้การประเมินสภาพหรือปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและครอบคลุม ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ลดความรุนแรงของโรคได้

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการรณรงค์ป้องกันการระบาดของโรคต่างๆ เช่น หน่วยงานอนามัยชุมชน หน่วยงานเวชกรรมสังคม หรือฝ่ายวิชาการของโรงพยาบาล ควรมีการจัดทำแผ่นพับ หรือเอกสารส่งเสริมความรู้ ที่เกี่ยวข้องกับโรคระบาดตามฤดูกาล เช่น ใช้เลือดออก โรคท้องร่วง โรคฉี่หนู ฯลฯ เพื่อแจกจ่ายแก่ประชาชนหรือผู้มาใช้บริการของโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้และป้องกันการระบาดของโรคเหล่านี้

รายการอ้างอิง

- Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health., (2017-2019). Leptospirosis surveillance report.
- Bureau of General Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, (2020). Leptospirosis disease plan 2017-2021.
- Haake D.A., Levett P.N., (2015). Leptospirosis in Humans. In: Adler B. (eds) *Leptospira and Leptospirosis. Current Topics in Microbiology and Immunology*, Vol 387. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Hurst F.P., Neff R.T., Katz A.R., Buchholz A.E., Sasaki D.M., Berg B.W., et al., (2009). Acute Kidney Injury Requiring Hemodialysis in Patients With Anicteric Leptospirosis. *Clin Nephrol*, Sep;72(3): 186-192.
- Srisawat. N., Tungsanga. K., (2017). Acute Kidney Injury. *Bulletin of the Department of Medical Services*, Year 42, Issue 6, November-December. (in Thai)
- Visith S., Kearkiat P., (2005). Nephropathy in leptospirosis. *J Postgrad Med* 51: 184-188.
- Yaslianifard S, Hoseini M, Yaslianifard S, Alimorad S., (2018). Renal Failure Due to Human Leptospirosis; An Overview, *Nephro-Urol Mon.* 10(3):e66503. doi: 10.5812/numonthly.66503.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต้อหินเฉียบพลัน จากเลนส์ตาบวมในผู้ป่วยที่สูญเสียการได้ยิน : กรณีศึกษา 2 ราย

อ่อนสา ลิ้มสกุล โรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา e-mail; onsalimsakul@gmail.com

บทคัดย่อ

ต้อหินเฉียบพลันจากเลนส์ตาบวม เป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคต้อกระจกที่ไม่ได้รับการรักษา ส่งผลให้เลนส์ตาที่มีความหนาหรือบวมมากกว่าปกติ จนดันม่านตามาปิดมุมตา ช่องน้ำม่านตาต้นเกิดการอุดตันทางเดินของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา มีการคั่งของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา ทำให้ความดันลูกตาสูง ต้อหินชนิดมุมปิดเป็นภาวะเร่งด่วนทางตาหากไม่ได้รับการรักษาในเวลาที่เหมาะสมอาจทำให้สูญเสียการมองเห็นได้ การรักษาหลักคือการควบคุมความดันตา และกำจัดสาเหตุของต้อหินโดยการผ่าตัดต้อกระจก นอกจากนี้การสูญเสียการได้ยินของผู้ป่วยเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่สำคัญ เนื่องจากโรคต้อกระจกมักพบในผู้สูงอายุ การสูญเสียการได้ยินนี้ เป็นความบกพร่องในการรับฟังเสียงที่ต่างไปจากปกติ ซึ่งมีหลายระดับ และส่งผลโดยตรงต่อการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยทั้งในระหว่างการรักษา และภายหลังการผ่าตัด ซึ่งการสื่อสารนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจกระบวนการรักษา การดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องปลอดภัยเพื่อช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต้อหินจากเลนส์ตาบวมในผู้ป่วยที่สูญเสียการได้ยิน เป็นผู้ป่วยในแผนกจักษุ โรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2561 ถึง พ.ศ.2562 โดยใช้เครื่องมือบันทึกการพยาบาล เวชระเบียน วิเคราะห์เปรียบเทียบลักษณะประชากร อาการและอาการแสดง วินิจฉัยการพยาบาลและการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า สิ่งสำคัญที่เหมือนกันสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนคือ การพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดต้อกระจก จุดต่างของการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน การให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่ชัดเจน ครอบคลุมด้านที่สำคัญต่อผู้ป่วยโดยตรง อาทิ สาเหตุของอาการรบกวนปวด การรักษา ผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการใช้ยา เป็นต้น สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่สูญเสียการได้ยินในระดับที่ต่างกัน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันด้านการสื่อสาร แต่ที่ใช้ในการสื่อสารแก่ผู้ป่วยที่ระดับการสูญเสียการได้ยินสูง จะใช้เวลามากกว่า

คำสำคัญ โรคต้อกระจก การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก ต้อหินเฉียบพลันจากเลนส์ตาบวม

วันที่รับ (received) 22 เม.ย 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 7 พ.ค. 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 15 มิ.ย. 2563

Nursing Care of Cataract with Acute Phacomorphic Glaucoma Complication in Hearing Loss Patients: 2 Case Studies

Onsa Limsakul, Takuapa Hospital, Phang-Nga Province, e-mail; onsalimsakul@gmail.com

Abstract

Acute phacomorphic glaucoma from puffy eye lens is a complication of cataract in which the disease is not treated in a timely manner and resulting in eye lens swelling, increased thickness, and pushing an iris to the angle closure. These further affect an anterior chamber of the iris shallow, causing an obstruction of the eyeball fluid and high level of intraocular pressure. The secondary angle-closure glaucoma is an urgent situation. If the patients are not treated in time, they are at higher risk for vision loss. However, the key treatment of cataract with glaucoma complication is to control an intraocular pressure and eliminate the cataract by surgery. Another concern is about patient's hearing loss because most of the cataract patients are elderly. Hearing loss is a hearing impairment in which different from normal, have various levels, and directly affects effective communication between staff and patient during the treatment and after surgery. This effective communication helps the patients to understand in treatment processes and how to take care themselves properly in order to reduce any other adverse effects.

Our study focuses on nursing cataract patients with complication from phacomorphic glaucoma from puffy eye lens and lose hearing at Eye Clinic, Takuapa Hospital, Phang Nga Province during November 2018 to 2019 by using nursing recording tools, patient medical record, comparative analysis of demographic characteristics and symptoms. Our results showed that similar methods of nursing cataract patients with and without complication is nursing before and after cataract operation. Moreover the differences of nursing complication patients is to give concise information about complications, which covers all important things such as causes, treatment, and adverse effects from medicine. To those patients with different degree of hearing loss, the nursing was similar. However, message delivery required more time in patient with higher degree of hearing loss.

Keywords: Cataract, Cataract Nursing Care, Phacomorphic Glaucoma

บทนำ

ภาวะตาบอดในประเทศไทย พบว่ามีสาเหตุอันดับ 1 จากโรคต้อกระจก ถึงร้อยละ 69.70 (Pangputthipong et al, 2011-2014) อันเนื่องมาจากการเพิ่มของจำนวนประชากร และจำนวนผู้สูงอายุ ทำให้มีการเพิ่มของโรคต้อกระจกด้วย เกิดปัญหาด้านการมองเห็น และยังถ้ามีปัญหาการได้ยินลดลงด้วย ทำให้เกิดผลกระทบในการดำรงชีวิตเป็นอย่างมาก ต้อกระจกเกิดจากเลนส์ตาชั้นจอประสาทตาจึงรับแสงได้ไม่เต็มที่ มีอาการตามัว ไม่มีอาการปวด ส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุที่เลนส์ตาเสื่อมลงตามวัย ถ้าไม่รักษาทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือต้อหินได้ อาการและอาการแสดงปวดศีรษะ ปวดตาอย่างรุนแรงเฉียบพลัน ตาแดง น้ำตาไหล สู้แสงไม่ได้ ตามัว เห็นแสงสีรุ้งรอบดวงไฟ คลื่นไส้อาเจียน กระจกตาบวม อาจมีม่านตาขยาย 4 – 6 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงน้อย หลักการรักษาคือการรักษาที่ต้นเหตุ โดยการรักษาด้วยยาเพื่อช่วยลดความดันของลูกตา และการผ่าตัดต้อกระจก

สำหรับโรงพยาบาลตะกั่วป่า ในปี 2562 โรคต้อกระจกและการผ่าตัดต้อกระจก เป็นโรคและการผ่าตัดที่พบมากเป็นอันดับหนึ่ง ใน 5 อันดับแรกที่พบมากที่สุดของโรงพยาบาล การผ่าตัดทางตามีทั้งหมด 599 ราย เป็นการผ่าตัดต้อกระจก 458 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.50 โรคต้อกระจกที่มีภาวะแทรกซ้อนต้อหินจากเลนส์ตาบวม มี 2 ราย ถึงแม้จะมีน้อย แต่ก็มีความสำคัญมาก เพราะถ้าได้รับการรักษาไม่ทันเวลา ทำให้สูญเสียการมองเห็นได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีปัญหาการได้ยินมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ การดูแลผู้ป่วยต้อกระจกที่มีต้อหินแทรกซ้อนจากเลนส์ตาบวมในผู้ป่วยที่สูญเสียการได้ยิน เป็นความท้าทายของพยาบาลเพราะ ต้องใช้ความรู้เฉพาะด้านสามารถใช้ทักษะในการสื่อสารจนมั่นใจว่าผู้ป่วยเข้าใจในสิ่งที่ต้องการสื่อสารได้ถูกต้องจนสามารถดูแลตนเองได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน การมองเห็นดีขึ้น ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

จากความเป็นมาและเหตุผลดังกล่าวผู้ศึกษาจึงได้ศึกษาค้นคว้าจัดทำบทความวิชาการกรณีศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต้อหินเฉียบพลันจากเลนส์ตาบวมในผู้ป่วยที่สูญเสียการได้ยิน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยในบทบาทของพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างในการพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต้อหินจากเลนส์ตาบวมในผู้ป่วยที่สูญเสียการได้ยิน 2 กรณีศึกษา กับผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รับการรักษาโดยการผ่าตัด
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่สูญเสียการได้ยินในระดับที่ต่างกันจาก 2 กรณีศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบ การพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต้อหินเฉียบพลันจากเลนส์ตาบวมในผู้ป่วยที่สูญเสียการได้ยิน ที่รักษาเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตะกั่วป่า 2 กรณีศึกษา รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและสถิติของโรงพยาบาล ใช้เครื่องมือ การบันทึกการพยาบาล เวชระเบียนผู้ป่วย วิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาในประเด็นลักษณะประชากร อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยการพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต้อหินเฉียบพลันจากเลนส์ตาบวมในผู้ป่วยที่สูญเสียการได้ยินที่เหมือนและแตกต่างกัน กับผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่ระดับสูญเสียการได้ยินต่างกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เปรียบเทียบ

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโดยการขออนุญาตผู้ป่วยและญาติ เพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา โดยขอความยินยอมด้วยวาจา ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษากกรณีศึกษา 2 กรณี ไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย และข้อมูลส่วนตัวทุกอย่างของผู้เข้าร่วมกรณีศึกษาเป็นความลับ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทย อายุ 47 ปี หูตึงมาก มาด้วยอาการ ปวดตาซ้าย ตามัว มา 1 วัน มารับการรักษาที่แผนกจักษุโรงพยาบาลตะกั่วป่า ได้รับการวินิจฉัยเป็น โรคต้อกระจกที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต้อหินเฉียบพลันจากเลนส์ตาบวม ตาซ้าย ได้ยาลดความดันตาแบบหยอดและยารับประทานกลับบ้าน อีก 2 วัน นัดมาตรวจซ้ำ มีอาการปวดตา ตามัว ตาแดง แสบตา น้ำตาไหล ปวดตาซ้าย ระดับความปวด Numerical Rating Scale (NRS) 3-4 คะแนน ผลการวัดระดับสายตา (Visual Acuity : VA) ตาขวานับนิ้ว (Finger Count : Fc) ถูกต้องที่ระยะมากกว่า 3 เมตร ตาซ้ายเห็นมือเคลื่อนไหว (Hand Movement : Hm) ที่ระยะ 1 ฟุต ความดันลูกตาข้างซ้าย 33 มิลลิเมตรปรอทของหน้าม่านตาตื้น ต้อกระจกสุก (Mature Cataract) มีโรคประจำตัว เป็นโรคหัวใจ Ventricular Septal Defect (VSD) หยุดการรักษาเอง 2 ปี ไม่มีอาการผิดปกติ อัตราชีพจร 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/74 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง 96% รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน แผนกจักษุ ผลเอ็กซเรย์ปอดพบมี Cardiomegaly with Pulmonary Congestion รักษาด้วยยารับประทานกลุ่ม Diuretics

การรักษาทางตา ด้วยยาลดความดันลูกตาด้านหยอดกลุ่ม Beta-Blockers, Prostaglandin Analogue ยารับประทานกลุ่ม Hyperosmotic Agent, Carbonic Anhydrase Inhibitor 6 วัน และทำ ผ่าตัดต้อกระจกวิธีผ่าตัดเอาเลนส์ตาออกเหลือแต่เปลือกหุ้มเลนส์ตาด้านหลังและใส่เลนส์ตาเทียม (Extracapsular Cataract Extraction with Intraocular Lens : ECCE with IOL) หลังผ่าตัด กระจกตาบวม มีภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ รักษาให้โปแตสเซียมคลอไรด์แบบรับประทาน 5 วันต่อมา กระจกตาบวมลดลง ไม่ปวดตา การมองเห็นดีขึ้น จำหน่ายกลับบ้านได้ รวมรักษาในโรงพยาบาล 8 วัน ติดตามหลังผ่าตัดตาซ้าย 2 เดือน VA: 20/70 ความดันลูกตา 13 มิลลิเมตรปรอท

กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงไทย อายุ 82 ปี นูตึงปานกลาง มาด้วยอาการมีไข้ ปวดศีรษะมาก ปวดตาซ้าย มา 1 วัน ประวัติ 5 วันก่อน รู้สึกมีไข้ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดตาซ้าย ตาแดง ตา มัว มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ไม่ทุเลา จึงมาตรวจที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลตะกั่วป่า วินิจฉัยเป็นอาการไข้เฉียบพลัน แพทย์รักษาที่แผนก อายุรกรรม 1 วัน ไม่มีไข้ มีกระจกตาขุ่น ฐานตาด้านขวา 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงน้อย ปวดตาซ้าย NRS 2-3 คะแนน ปรีक्षाจักขุแพทย์ VA ตาขวา 10/200 ตาซ้าย เห็นมือเคลื่อนไหว ความดันลูกตา ข้างซ้าย 18 มิลลิเมตรปรอท มีน้ำตาไหล ช่องหน้าม่านตาตื้น ต้อกระจกสุก วินิจฉัยโรคเป็นต้อกระจก ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต้อหินเฉียบพลันจากเลนส์ตาบวม ตาซ้าย ย้ายมาแผนกจักขุ อด تراชีพร 86 ครั้ง ต่อวันที่ อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 118/69 – 155/99 มิลลิเมตรปรอท

การรักษา ด้วยยาลดความดันตาชนิดหยอดกลุ่ม Beta-Blockers, Carbonic Anhydrase inhibitor ยารับประทานกลุ่ม Hyperosmotic Agent, Carbonic Anhydrase Inhibitor 3 วัน และทำ ผ่าตัดต้อกระจกโดยใช้คลื่นเสียงที่มีความถี่สูงเข้าไปสลายเนื้อเลนส์ตาแล้วดูดออกและนำเลนส์ตา เทียมใส่เข้าไปแทน (Phacoemulsification with Intraocular Lens) under LA พบเลนส์ตาบวม (Intumescent) หลังผ่าตัดมีกระจกตาบวมเล็กน้อย ไม่ปวดตา การมองเห็นดีขึ้น จำหน่ายกลับบ้านได้ หลังจากผ่าตัด 2 วัน รวมพักรักษาในโรงพยาบาล 5 วัน ติดตามหลังผ่าตัดตาซ้าย 11/2 เดือน VA: 20/200 with pin hole(PH) 20/100 ความดันลูกตา 13 มิลลิเมตรปรอท

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
อายุ ระดับการสูญเสียการได้ยิน	47 ปี หูตึงมาก (วัดระดับความสามารถในการฟัง)	82 ปี หูตึงปานกลาง (วัดระดับความสามารถในการฟัง)
อาการสำคัญ	ปวดตาซ้าย ตามัว 1 วัน	ไข้ ปวดศีรษะมาก ปวดตาซ้าย 1 วัน
การวินิจฉัยของแพทย์	Acute Phacomorphic Glaucoma Left Eye	Acute Phacomorphic Glaucoma Left Eye
VA ตาซ้าย	ก่อนผ่าตัด Hand movement หลังผ่าตัด 20/70	ก่อนผ่าตัด Hand movement หลังผ่าตัด 20/100
ความดันลูกตา ตาซ้าย	ก่อนผ่าตัด 33 มิลลิเมตรปรอท หลังผ่าตัด 13 มิลลิเมตรปรอท	ก่อนผ่าตัด 16 มิลลิเมตรปรอท หลังผ่าตัด 13 มิลลิเมตรปรอท
ระดับความปวดตาซ้าย	ก่อนผ่าตัด NRS 3-4 คะแนน หลังผ่าตัด NRS 0 คะแนน	ก่อนผ่าตัด NRS 3-5 คะแนน หลังผ่าตัด NRS 0 คะแนน
อาการและอาการแสดง	ปวดตาซ้าย ตามัว ตาแดง แสบตา น้ำตาไหล ช่องหน้าม่านตาตื้น เลนส์ตาขุ่นมาก ต้อกระจกสุก	ปวดศีรษะมาก ปวดตาซ้าย ตามัว ตาแดง แสบตา น้ำตาไหล คลื่นไส้ อาเจียน กระเจตนาขุ่น ช่องหน้าม่านตาตื้น รูม่านตา ขนาด 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงน้อย ต้อกระจกสุก
ข้อบ่งชี้การทำผ่าตัด	เกิดต้อหินแทรกซ้อนจากต้อกระจก	เกิดต้อหินแทรกซ้อนจากต้อกระจก
การทำผ่าตัด	ECCE with IOL	Phacoemulsification with IOL
โรคประจำตัว	โรคหัวใจชนิด VSD	ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง
ปัญหาหลังผ่าตัด	มีภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ มีกระจกตาบวม	มีกระจกตาบวมเล็กน้อย
จำนวนวันนอน	8 วัน	5 วัน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบวินิจัยการพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต้อหินจากเลนส์ตาบวมในผู้ป่วยที่สูญเสียการได้ยิน 2 กรณีศึกษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	การพยาบาล
ระยะแรก 1. ไม่สุขสบายจากปวดตาซ้าย เนื่องจากความดันตาสูง กรณีศึกษา รายที่ 1 1. ไม่สุขสบายจากปวดตาซ้าย ปวดศีรษะ อาจเนื่องจากความดันตาสูง กรณีศึกษา รายที่ 2 ให้การพยาบาลเหมือนกันทั้ง 2 กรณี	1. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติทราบ ว่า อาการปวดตาเกิดจากต้อหินที่เป็นภาวะแทรกซ้อนของต้อกระจกที่สุกมากจนเลนส์ตาบวม ดันขึ้นมาทำให้ช่องหน้าม่านตาแคบ จนมุมตาถูกอุดกั้น น้ำหล่อเลี้ยงลูกตาจึงไม่สามารถไหลเวียนออกได้ตามปกติ เกิดความดันลูกตาสูงขึ้น ทำให้มีอาการปวดศีรษะ ปวดตา ตาแดง น้ำตาไหล ตามัว คลื่นไส้ อาเจียน การรักษา คือ ลดความดันตาโดยให้ยาหยอดตา ยารับประทาน และรักษาที่สาเหตุ คือ การผ่าตัดต้อกระจกเพื่อเอาเลนส์ตาที่บวมออก และใส่เลนส์ตาเทียมเข้าไปแทน ซึ่งจะทำหลังจากควบคุมความดันตาได้ หรืออาการ ปวดตา ลดลงแล้ว 2. อธิบายการให้คะแนนความปวด NRS คะแนน 0 ไม่ปวดเลย 1 2 3 คือ ปวดเล็กน้อย 4 5 6 คือ ปวดปานกลาง 7 8 9 10 คือ ปวดมากที่สุด ให้วัดระดับความรู้สึกปวดของตัวเอง ผู้ป่วยที่มีความปวดน้อยกว่า 3 ประเมิน อย่างน้อยเผลละ 1 ครั้ง ผู้ป่วยที่มีความปวด > 3 ประเมิน ทุก 4 ชั่วโมง และทุกครั้งที่ปวด ให้ยาแก้ปวด Paracetamol (500mg) 1 tab oral ทุก 6 ชั่วโมงและเมื่อผู้ป่วยต้องการ ประเมินหลังรับประทานยา 1 ชั่วโมง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบวินิจัยการพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต้อหินจากเลนส์ตาบวมในผู้ป่วยที่สูญเสียการได้ยิน 2 กรณีศึกษา (ต่อ)

ข้อวินิจัยการพยาบาล	การพยาบาล
2.มีภาวะความดันลูกตาสสูงเนื่องจากเลนส์ตาบวม กรณีศึกษารายที่ 1	1.ดูแลให้ได้รับยาลดความดันลูกตาตามแผนการรักษา มีแบบ ลดการสร้างน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา (กลุ่ม Beta-Blockers) ยับยั้งการสร้างน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา (กลุ่ม Carbonic Anhydrase Inhibitor) ลดปริมาตรของน้ำในตา(กลุ่ม Hyperosmotic Agent) เพิ่มการไหลเวียนของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา (กลุ่ม Prostaglandin analogue)
2.อาจมีภาวะความดันลูกตาสสูงเนื่องจากเลนส์ตาบวม กรณีศึกษารายที่ 2 (ความดันลูกตาปกติ แต่มีอาการและอาการแสดงเหมือนความดันลูกตาสสูง)การพยาบาลเหมือนกัน	2.ติดตามอาการความดันลูกตาสสูง ได้แก่ ปวดตามาก ปวดลึกๆ และปวดศีรษะข้างที่เป็นอย่างรุนแรง ตาแดงอย่างเฉียบพลัน สู้แสงไม่ได้ ตามัวลงและเห็นแสงรุ้งรอบดวงไฟจากผลของกระจกตาบวม น้ำ และอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย กระจกตาขุ่น ได้รับยาแก้ปวดยังไม่ทุเลา ตาแดงมากขึ้น รูม่านตาขยายขึ้น มีปฏิกิริยาต่อแสงน้อย รายงานจักษุแพทย์ 3.ควรเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มมากๆ เพราะอาจทำให้ความดันตาเพิ่มสูงได้ 4.แนะนำให้งดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เพราะจะเพิ่มความดันในลูกตาได้ 5.เวลานอนควรหนุนหมอนในระดับที่ไม่สูงไม่ต่ำเกินไป ยกหมอนให้สูงประมาณ 20 องศาจากแนวการนอน จะช่วยให้ลดความดันในลูกตาได้
3.อาจเกิดผลข้างเคียงจากยาลดความดันตา 2 กรณีศึกษาเหมือนกัน	ยากลุ่ม Beta-blockers (0.5% Timolol eye drop) 1.ระวังการให้ยาในผู้ป่วยโรคหอบหืด เพราะอาจก่อให้เกิดภาวะจับหืดอย่างรุนแรง จนเสียชีวิตได้ ก่อนให้ยาครั้งแรก ทวนสอบเรื่องโรคประจำตัวหอบหืด ถ้ามีให้งดหยอดยาแล้วรายงานจักษุแพทย์ 2. ระวังในผู้ป่วยโรคหัวใจ อาจทำให้หัวใจเต้นผิดปกติได้ ยากลุ่ม Carbonic Anhydrase Inhibitor เฝ้าระวังภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ เนื่องจากร่างกายจะมีการสูญเสียทางปัสสาวะได้ เช่น ซึม อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ขาปลายมือ ปลายเท้า เป็นตะคริว ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ ยากลุ่ม Hyperosmotic agent(50% Glycerol) 1. อาการข้างเคียงที่พบบ่อยที่สุด คือคลื่นไส้ อาเจียน เนื่องจากยามีรสหวานมาก จึงต้องผสมกับน้ำส้ม หรือน้ำมะนาว และให้ดื่มในขณะที่เย็น ช่วยลดอาการคลื่นไส้ได้ 2. อาจทำให้เกิดน้ำตาลในเลือดสูง มีน้ำตาลในปัสสาวะ ควรมีการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ในรายที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เป็นเบาหวาน
4. เกิดภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำเนื่องจากผลข้างเคียงจากยาลดความดันตา เฉพาะกรณีศึกษารายที่ 1	1.แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมสูงเป็นเช่นถั่วเมล็ดแห้ง นมและผลิตภัณฑ์จากนมกล้วย ลำไย แครอท มะเขือเทศ คะน้า ผักชี มันฝรั่ง ผักโขม ผลไม้แห้งต่างๆ เช่น ลูกเกด ลูกพรุน เป็นต้น 2.ประเมินอาการโปแตสเซียมในเลือดต่ำ เช่น ซึม อ่อนเพลีย คลื่นไส้ เบื่ออาหาร ตะคริว ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ ซึ่งอาจรุนแรงได้เนื่องจากผู้ป่วย เป็นโรคหัวใจอยู่แล้ว ให้ข้อมูลแก่แพทย์ถ้าผู้ป่วยมีอาการดังกล่าว
ระยะก่อนผ่าตัด 1.เสี่ยงต่อเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากตามัวทั้งสองข้าง/และสูงอายุ 2 กรณีศึกษาล้ายคลึงกัน	1.จัดอุปกรณ์ ต่างๆให้เป็นระเบียบ สิ่งของที่จำเป็นวางไว้ให้สะดวก ต่อการหยิบใช้ ยกวางกันเตียงทั้งสองข้าง และล๊อคล้อเตียงไว้ตลอด แนะนำการขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ ให้ญาติเฝ้าตลอดเวลา 2.ไม่เร่งรีบผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันแนะนำให้เคลื่อนไหวลูกนั่ง เดินช้าๆ 4.รักษาพื้นให้สะอาด ไม่เปียก และแนะนำใช้รองเท้าที่ไม่ลื่น

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบวินิจัยการพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต้อหินจากเลนส์ตาบวมในผู้ป่วยที่สูญเสียการได้ยิน 2 กรณีศึกษา (ต่อ)

ข้อวินิจัยการพยาบาล	การพยาบาล
2.วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนผ่าตัด 2 กรณีศึกษาเหมือนกัน	1.บอกเวลาที่จะไปห้องผ่าตัด เวลาที่เริ่มหยอดยาขยายม่านตา 2.อธิบายการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด เข้าวันผ่าตัด อาบน้ำ สระผม ฟอกหน้าให้สะอาด ไม่ทาแป้ง บอกสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ เช่น ขณะผ่าตัดต้องนอนคลุมโปง เปิดผ้าช่องเฉพาะตาข้างผ่าตัด หลังผ่าตัดประมาณ 1-1½ เดือน ให้หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้หน้าเข้าตาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ไม่ให้กระแทกที่ตา เช่น โข โจมแรงๆ เป็นต้น 3. ให้กำลังใจ แนะนำวิธีการผ่อนคลายความวิตกกังวล เช่น การทำสมาธิ การฟังเพลงเบาๆ การสวดมนต์ การรับสื่อต่างๆที่ช่วยผ่อนคลาย
3.วิตกกังวลเรื่องการมองเห็นหลังผ่าตัด 2 กรณีศึกษาเหมือนกัน	1.ประเมินการรับรู้ข้อมูลเรื่องการมองเห็นหลังผ่าตัดที่ได้รับจากจักษุแพทย์ ระวังคำพูดที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียกำลังใจ ให้กำลังใจ อธิบายปัจจัยที่มีผลต่อการมองเห็นอื่นๆ เช่น สภาพประสาทตาเสื่อม จอรับภาพเสื่อม เป็นต้น2.เสริมพลังให้คิดบวก โดยอธิบายว่าการผ่าตัดต่อกระจก เป็นการรักษาที่ต้นเหตุของอาการรบกวนปวดตา ปวดศีรษะ การใส่เลนส์ตาเทียม ช่วยเรื่องการมองเห็นให้ดีขึ้นได้
4.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ แทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดเนื่องจากร่างกายขาดความพร้อมในการผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด 2 กรณีศึกษาเหมือนกัน	1.ประเมินความรู้ ความสามารถในการรับรู้การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด พร้อมตอบข้อซักถาม ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้ยาเร่งรับรู้ความรู้สึก 2.ติดตาม ประวัติแพ้ยา ผลการตรวจก่อนการผ่าตัด เช่น ระดับน้ำตาล ในเลือด การตรวจนับเม็ดเลือด คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผลการล้างท่อน้ำตา 3.เตรียมร่างกายผู้ป่วยโดยทำความสะอาดผิวหนังเฉพาะที่ตามแผนการรักษาเช่นตัดขนตา ฟอกหน้าด้วยน้ำยาโพวโดไดโอดีนสครับ นาน 2 นาที แล้วเช็ดออก ดูแลความสะอาดทั่วไป เช่น สระผม ตัดเล็บ เช็ดส้นเท้า อาบน้ำหรือเช็ดตัวเช้าวันผ่าตัด ทำความสะอาดปากและฟัน ให้ยาหยอดขยายม่านตา ยาหยอดตาอื่นๆ ยารับประทานตามแผนการรักษา
ระยะหลังผ่าตัด 1.เสี่ยงต่อการเกิดแผลเย็บฉีกขาด ความดันลูกตาสูงและเลือดออกในช่องหน้าม่านตาติดเชื้อที่ ตา ข้าง ผ่า ตัดเนื่องจากพร่องความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง 2 กรณีศึกษาเหมือนกัน	1. ประเมินปวด ทุก 1-2 ชั่วโมงใน 8 ชั่วโมงแรก ต่อไปทุก 4 ชั่วโมง ให้ยาแก้ปวด ถ้า NRS ≥ 3 คะแนน หรือเมื่อผู้ป่วยร้องขอ ถ้ายังปวดมาก หรือปวดถี่ อาจเกิดจากตาติดเชื้อ หรือความดันตาสูง รายงานจักษุแพทย์ 2. ดูแลให้นอนพัก(Bed Rest) 2 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด หนุนหมอนได้ ห้ามเปิดตาเอง ระวังไม่ให้ที่ปิดตาหลุด และไม่ให้น้ำเข้าตา ไม่ไอ จามแรง 3. ระวังการอาเจียน สะอึกติดต่อกันนานๆ อาจทำให้เลือดออกในช่องหน้าม่านตาได้ ถ้ามีอาการ รายงานจักษุแพทย์ 4. ระวังไม่ให้ที่ปิดตาเลื่อนหลุด เพื่อป้องกันการสัมผัส ขยี้ตา 5.หลังผ่าตัดปิดตาไว้ 1 วัน ถ้ามีอาการเคือง น้ำตาไหลมาก ปวดตามาก มีคลื่นไส้ อาเจียน รายงานจักษุแพทย์ ติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง
2. ต้องการเตรียมจำหน่าย เนื่องจากไม่มีความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน 2 กรณีศึกษาเหมือนกัน	1. สอน สาธิต เกี่ยวกับการเช็ดตา หยอดตา การใช้ที่ครอบตา การล้างมือที่ถูกวิธี แนะนำล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนเช็ดตาหยอดตา 2. แนะนำผู้ป่วย/ญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน ดังนี้ - ระวังไม่ให้หน้าเข้าตาโดยขณะอาบน้ำให้ใช้ขันตักกราดจากไหลลงมา ใช้ผ้าชุบน้ำหมาดๆเช็ดหน้า แทนการล้างหน้า สระผมได้โดยนอนให้ผู้อื่นสระให้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบวินิจฉัยการพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต้อหินจากเลนส์ตาบวมในผู้ป่วยที่สูญเสียการได้ยิน 2 กรณีศึกษา (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	การพยาบาล
	- ไม่ให้กระเทือนที่ตาแรง โดยเวลาแปรงฟัน ไม่สายสระผม ไม่ส่ายศีรษะไปมา หลีกเลี่ยง อาหารแข็งเหนียว การไอ จาม แรง การก้มศีรษะต่ำกว่าระดับเอว ห้ามยก ของหนัก ระวังท้องผูก ควรรับประทานผัก ผลไม้เป็นประจำ ไม่เบ่งถ่ายแรง - ใช้สายตาได้ตามปกติเช่น ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ถ้าเมื่อยตาให้หยุดพัก - ถ้ามีอาการผิดปกติเช่น ปวดตามากผิดปกติถึงแม้รับประทานยาแก้ปวด แล้วก็ไม่ทุเลา ตาแดง มีขี้ตามาก ตามัวลง ควรรีบมาพบแพทย์ - อธิบายเรื่องการมองเห็นหลังผ่าตัด เลนส์ตาเทียมที่ใส่ ส่วนใหญ่เป็นชนิดที่เวลามองใกล้จะมองไม่ชัด เช่น อ่านหนังสือ ต้องใช้แว่นสายตาช่วย - อธิบายเรื่องภาวะถุงหุ้มเลนส์เสื่อม เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้หลังผ่าตัดไปนานๆ มีอาการตามัวลง ใช้เลเซอร์รักษาได้
การดูแลต่อเนื่อง 1. มีภาวะPulmonary Congestion อาจเนื่องจากความผิดปกติของหัวใจ กรณีศึกษา รายที่ 1	1. แนะนำการสังเกตภาวะน้ำเกินได้แก่ การบวม อาการเหนื่อยนอนราบไม่ได้ หายใจลำบาก ถ้ามีอาการให้มาพบอายุรแพทย์ 2. สอบถามประเภทอาหารที่ผู้ป่วยชอบรับประทานเป็นประจำ แนะนำควรหลีกเลี่ยง อาหารรสเค็ม อาหารหมักดอง ผงชูรส ผงปรุงรสทุกชนิด ควรรับประทานอาหารที่ปรุงเอง เพราะจะควบคุมปริมาณเกลือได้ ไม่ควรรับประทานเกลือเกินวันละ 1 ช้อนชา เพราะจะทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น 3. แนะนำให้รักษาโรคประจำตัว VSD ต่อเนื่อง เพื่อไม่ให้มีอาการรุนแรงขึ้น และควรไปตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ตามที่อายุรแพทย์แนะนำ
2. สื่อสารให้เข้าใจได้ยาก เนื่องจากหูตึง 2 กรณีศึกษาเหมือนกัน แต่ระดับการได้ยินเสียงต่างกัน รายที่ 1 หูตึงมาก รายที่ 2 หูตึงปานกลาง ให้การพยาบาลเหมือนกัน	1. ลดเสียงรบกวนการสนทนา ผู้พูดยืนตรงหน้าห่างกันประมาณ 1-2 เมตรมีแสงสว่างส่องให้เห็นใบหน้าของผู้พูด เพื่อให้สามารถฟังไปพร้อมกับอ่านปากของผู้พูดได้ 2. ใช้คำพูดที่ชัดเจน ใช้ประโยคเรียบง่าย จังหวะการพูดช้าปานกลางและพูดเน้นคำ ไม่พูดเร็วหรือพูดประโยคยาวเกินไป ใช้เสียงโทนต่ำ หลีกเลี่ยงการตะโกนเพราะผู้ป่วยจะได้ยินชัดกว่าเสียงที่มีความถี่สูง ผู้พูดควรแสดง ออกจากสีหน้า ท่าทาง ร่วมด้วยจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจความหมายได้ดีขึ้น 3. พูดคุยกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เน้นย้ำ เรื่องที่สำคัญ ให้ผู้ป่วยช่วยพูดทบทวนให้ฟัง เพื่อความมั่นใจว่าผู้ป่วยเข้าใจในสิ่งที่ต้องการสื่อสารได้ถูกต้องในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจก คือ - ระวังไม่ให้ตาข้างผ่าตัดติดเชื้อ โดย ไม่ให้น้ำเข้าตา ขณะอาบน้ำให้ใช้ ชันด์กราดจากไหลลงมา ใช้ผ้าชุบน้ำบิดหมาดๆ เช็ดหน้าแทนการล้างหน้า สระผมได้โดยนอนให้ผู้อื่นสระให้ - ระวังไม่ให้กระเทือนที่ตา เช่น ไม่ไอ จามแรง ห้ามเบ่งถ่ายแรง เป็นต้น 4. แนะนำเทคนิคการสื่อสารแก่ญาติ ดังกล่าวข้างต้น 5. ให้ญาติร่วมรับฟังด้วยขณะมีการสนทนา หรือให้ข้อมูล
3. มีโอกาสเกิดต้อหินแทรกซ้อนจากต้อกระจกได้อีก จากตาขาวมัวมากอาจเนื่องจากต้อกระจก	1. ตรวจตาขาวเบื้องต้น เพื่อประเมินโรคต้อกระจก 2. อธิบายให้ทราบว่าผู้ป่วยมีโอกาสเป็นต้อหินแทรกซ้อนจากต้อกระจกสูงได้เหมือนกับตาข้างซ้าย ถ้าปล่อยไว้ไม่รักษา ให้ทดสอบการมองเห็นของ ตาขาว เป็นระยะๆ ทุก 1-2 เดือน โดยขณะทดสอบให้ปิดตาข้างซ้ายไว้ ถ้าตามัวมากขึ้น ควรมาพบจักษุแพทย์เพื่อทำการรักษา 3. ให้คำแนะนำถ้ามีอาการ ปวดตาขาว ตามัวลงรวดเร็ว ปวดศีรษะอย่างรุนแรงรวดเร็ว มีคลื่นไส้อาเจียน อาจเป็นอาการต้อกระจกที่มีต้อหินแทรก เหมือนการเจ็บป่วยครั้งนี้ ให้รีบมาพบจักษุแพทย์

สรุปการเปรียบเทียบ

1. การพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต้อหินจากเลนส์ตาบวม 2 กรณีศึกษา กับผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ที่เหมือนกัน คือ ระยะก่อนผ่าตัดต้อกระจก 4 ข้อ หลังผ่าตัด 2 ข้อ ที่แตกต่างกัน คือระยะแรกที่เป็นการดูแลโรคต้อหินที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคต้อกระจก 4 ข้อ ส่วนการดูแลต่อเนื่อง มี 3 ข้อ ไม่สามารถเปรียบเทียบความเหมือนหรือความแตกต่างได้ เนื่องจากขึ้นกับลักษณะเฉพาะของบุคคล

2. การพยาบาลผู้ป่วยต้อกระจกที่มีการสูญเสียการได้ยินในระดับที่ต่างกัน ผู้ป่วยรายที่ 1 ระดับการได้ยินน้อยมาก (หูตึงมาก) กับรายที่ 2 ระดับการได้ยินปานกลาง (หูตึงปานกลาง) มีเหมือนกัน คือทักษะการสื่อสาร ต่างกันที่ผู้สูงอายุ ลืมง่าย ต้องสอนซ้ำ ผู้ที่หูตึงมากใช้ระยะเวลาในการสื่อสารนานกว่าผู้ที่หูตึงปานกลาง

อภิปรายผล

ต้อกระจกเป็นโรคที่มีพบได้ในหลายประเทศทั่วโลก (Geoffrey Tabin, et al 2008) ต้อกระจกที่มีสาเหตุมาจากต้อหินก็เป็นหนึ่งในสาเหตุที่สำคัญที่อาจนำไปสู่การสูญเสียการมองเห็นได้ จาก 2 กรณีศึกษา การมองเห็นหลังผ่าตัดดีขึ้น กรณีศึกษา รายที่ 1 ได้รับการรักษาตั้งแต่วันแรกที่มีอาการ ระดับการมองเห็น 20/70 ดีกว่ากรณีศึกษา รายที่ 2 ที่รักษาหลังมีอาการ 6 วัน จากปัญหาการเข้าถึงบริการ เรื่องการคัดกรอง ระดับการมองเห็นหลังผ่าตัด 20/100 สอดคล้องกับงานวิจัย (Prajna, Ramakrishnan, Krishnadas, Manoharan, 1966) ที่ว่าผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 60 ปีในผู้ที่เป็นโรคต้อหินอยู่นานกว่า 5 วัน มีความเสี่ยงสูงอย่างมีนัยสำคัญของการมองเห็นที่ไม่ดีหลังการผ่าตัด การพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต้อหินจากเลนส์ตาบวม 2 กรณีศึกษา การพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดเหมือนกับผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ต่างกันที่การดูแลเรื่องต้อหินแทรกซ้อนเรื่องลดความปวดและลดความดันลูกตาในระยะแรกของการดูแล และปัญหาที่เกิดจากลักษณะเฉพาะของบุคคลเช่น โรคประจำตัวการสูญเสียการได้ยินลดลง สอดคล้องกับการศึกษาบางส่วนของกรณีศึกษาของจริยาพร เจริญโล่ห์ทองดี (Charoenlotongdee, 2013)

ส่วนการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่ระดับสูญเสียการได้ยินต่างกัน 2 กรณีศึกษา มีความเหมือนกันที่ พยาบาลต้องมีความสามารถในการใช้ทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วย จนมีความมั่นใจว่าผู้ป่วยเข้าใจในสิ่งที่ต้องการสื่อสารได้ถูกต้อง สำคัญที่สุดคือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด เพราะเมื่อกลับบ้านญาติที่ดูแลผู้ป่วยไม่สามารถดูแลได้ตลอดเวลา การสื่อสารกับผู้ป่วยหูตึงมากใช้เวลาในการสื่อสารนานกว่าผู้ป่วยที่หูตึงปานกลาง เพราะต้องพูดซ้ำๆ ชัดเจน พูดเน้นคำมากกว่า ส่วนปัญหาการได้ยิน พยาบาลควรให้ข้อมูลเพิ่มเติมเรื่องการตรวจการได้ยินจากแพทย์ เพื่อหาสาเหตุการสูญเสียการได้ยิน เป็นการช่วยเหลือเพื่อส่งเสริมการได้ยินให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การคัดกรองผู้ป่วย พยาบาลผู้คัดกรอง ควรมีการเรียนรู้เพิ่มเติม ในแนวทางการซักประวัติทางตา การตรวจตาทั่วไป เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและบริการ เช่นตามัว ต้องซักประวัติเพิ่มว่า เริ่มมัวตั้งแต่เมื่อใด มัวทันทีทันใดหรือค่อยๆ มัว เป็น 2 ข้างหรือข้างเดียว อาการอื่นมีร่วมด้วยหรือไม่ อาการปวดปวดมากเวลาไหน มีอาการอื่นๆ หรือไม่ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เรื่องการตรวจตา เช่น การวัดระดับสายตา การตรวจเปลือกตา เยื่อบุตา กระຈกตา ม่านตาและ รั้วม่านตา ความขุ่นของเลนส์ตา เป็นต้น

2. การดูแลผู้ป่วยเพื่อลดปวด และลดความดันตา พยาบาลต้องมีความรู้เรื่องโรคต้อหินแทรกซ้อนจากต้อกระจก การรักษา ยารักษาต้อหิน เพื่อจะได้ติดตามอาการข้างเคียงจากยา และให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นระยะๆ อย่างถูกต้อง

3. พยาบาลต้องมีความสามารถและทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ในการสื่อสารกับผู้ป่วยที่สูญเสียการได้ยิน มีความรู้เรื่องผลกระทบจากการสูญเสียการได้ยินด้วย เช่น ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่ายขึ้น เกิดสมองเสื่อม ซึมเศร้าได้ ต้องให้ญาติเข้าใจความรู้สึกผู้ป่วยจะส่งผลดีต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว

References

- Faculty of Medicine Chiang Mai University. (n.d.). Integrated Chronic Heart Failure Care Guide. (in Thai). Retrieved May 8, 2020. From http://www.thaiheart.org/images/column_1291454.
- Tabin, G., Chen, M., & Espandar, L. (2008) Cataract Surgery for the Developing World. 19(1), 55-59.
- Charoenlotongdee, J. (2013). Nursing Care If Glaucoma Caused from Phacomorphic and Diabetic Retinopathy: Case Study. From <http://www.ayhosp.go.th>.
- Kamphaeng Phet Hospital Staff. (2017). Journal of Kamphaeng Phet Hospital. No.1 (in Thai). Retrieved May 8, 2020. From <https://www.kph.go.th/html/attachments/article/2060>.
- Kantang Hospital. (n.d.). Glaucoma. (in Thai). Retrieved May 26, 2020 From <http://kantang-hospital.go.th>.
- Karnchanawanich, R. & Promminthikul, A. (n.d.). Comprehensive Heart Failure Management Program. (in Thai). Retrieved May 26, 2020 From <http://www.thaiheart.org>.

- Laohajaroenyod, N. (n.d.). Food and Potassium. (in Thai). Retrieved May 26, 2020 From <http://sriphat.med.cmu.ac.th/th/knowledge-62?fbclid=IwAR3oAUf-Wt8JYt3xPOGvRtn0HZ98INIfhNFOPmnWleia7OHCncl6stPMLI>.
- Leelachaikul, Y. (2007). Glaucoma Treatment by Using Medication. (1st ed.). Bangkok: Korphai.
- Manodee, S. (n.d.). Cataract Nursing. (in Thai). Retrieved April 25, 2020 From <http://hospital.moph.go.th/bangsay>.
- Pangputthipong, P. et al. (n.d.). Eye Disease. (in Thai). Retrieved May 8, 2020 From <https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth>
- Pipatvanitcha, N. (2012). Nursing Care for Older Adults with Hearing Loss. (in Thai). Retrieved May 26, 2020 From <https://www.nur.psu.ac.th/journal>.
- Prajna, N., Ramakrishnan, R., Krishnadas, R., Manoharan, N. (1996). Lens Induced Glaucomas – Visual Results and Risk Factors for Final Visual Acuity. Retrieved May 27, 2020 From <http://www.ijo.in/article.asp>.
- Ramathibodi Hospital's Faculty of Medicine, Mahidol University. (n.d.). The Improvement of Hearing Impairment. (in Thai). Retrieve May 26, 2020 From <https://med.mahidol.ac.th/commdis>.
- Sirindhorn Institute for National Rehabilitation of Medicine. (2015). Nursing Care for Hearing and Communication Impairment's Patients and Disabled. (1st ed.). Nonthaburi: Sahamit Printing.
- Wattanawakin, N. (2010). Eye Pain Management: The Role of Nurse. (in Thai). Retrieved May 1, 2020 From <https://med.mahidol.ac.th/nursing>.
- Wongsawat, W., Aramay, P., Hashshu, P, Taweebunjongsin, W. (2016). Developing Guidelines for Managing Eye Emergencies. (in Thai). Retrieved April 24, 2020 From <https://www.nie.ms.go.th>.

เหตุผลและปัจจัยของการไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก : กรณีศึกษาสตรีอายุ 30-60 ปี ในตำบลนาโพธิ์ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร

พรรณิ ปันนาค โรงพยาบาลสวี่ จังหวัดชุมพร e-mail:maw78074@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเหตุผลและปัจจัยที่ไม่ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุระหว่าง 30 – 60 ปี ในพื้นที่ตำบลนาโพธิ์ อำเภอสวี่ จังหวัดชุมพร โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ประกอบด้วยสตรีในตำบล นาโพธิ์ อำเภอสวี่ จังหวัดชุมพร จำนวน 8 คน และบุคลากรโรงพยาบาลสวี่ จำนวน 2 คน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ในประเด็นเหตุผลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ไปตรวจและทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกคือ เหตุผลของการไม่ไปตรวจมะเร็งปากมดลูก ซึ่งพบว่าสามารถจำแนกได้เป็น 6 ด้านคือ 1) ความอาย ได้แก่ อายที่จะเปิดเผยอวัยวะส่วนลับให้ผู้ตรวจ 2) ความกลัว ได้แก่ กลัวกระบวนการตรวจ และกลัวและรับไม่ได้ถ้าตนเองมีผลผิดปกติ 3) ขาดรายได้ 4) มีภาระต้องดูแลคนในครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพ 5) ครอบครัวไม่สนับสนุน และ 6) ไม่ว่าง และส่วนที่สองคือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ไปตรวจมะเร็งปากมดลูก ซึ่งพบว่าสามารถจำแนกได้เป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้ ได้แก่ การขาดความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และความรู้เรื่องเหตุผลของการตรวจ 2) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ มีภาระงานและความรับผิดชอบต่อหน้าที่ไม่สะดวกในการเดินทาง ไม่มีรถส่วนตัว ไม่มีรถประจำทาง และขับรถไม่เป็น 3) ด้านการบริการของโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสื่อสารและประชาสัมพันธ์ทั้งเชิงรับและเชิงรุกไม่ทั่วถึง เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการไม่มีการอธิบายขั้นตอนและการปฏิบัติตัว และการบริการล่าช้า ผลจากการศึกษาครั้งนี้ นำไปสู่ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งเชิงรุกเชิงรับ ได้แก่ การเลือกผู้ให้บริการเป็นผู้หญิง การอบรมและให้ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกแก่ผู้ให้บริการ การจัดให้มีระบบการบริการทุกขั้นตอนแบบครบวงจรในจุดเดียวกัน และการผลิตสื่อความรู้ด้านมะเร็งปากมดลูกให้แก่ประชาชน

คำสำคัญ: เหตุผลและปัจจัย ไม่ตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก

Causes and Factors to Cervical Cancer Unscreened Measuring: A Case Study of Women Aged 30-60 Years in Na Pho Sub-District, Sawi District, Chumphon Province

Panee Pinnark, Sawi Hospital, Chumphon Province, e-mail:maw78074@gmail.com

Abstract

This study aims to survey the causes and factors of women aged 30-60 years in Na Pho Sub-District, Sawi District, Chumphon Province that unscreened the cervical cancer. The study used qualitative research method. A sample group was 10 participants by using purposive sampling. Data collection using interview questionnaires about personal information and also interview about causes and factor relating to non-attendance for Cervical Cancer Screening. Data analysis was done related to the research objective and using content analysis technique.

The results of this study were showed the causes that affect women to be non-attendance for cervical cancer screening. There were 6 reasons; 1) feeling embarrassed for exposure of the sexual organ 2) Unknown about cervical cancer screening process, instrument, and level of pain 3) fear and unaccepted the positive result 4) No time because of working 5) No time because of caregiver burden and 6) Unsupported by the family Regarding the factors that affect women to be non-attendance for cervical cancer screening. There were 3 factors: 1) lack of knowledge about cervical cancer and necessity of screening 2) unavailable time and unsupported vehicle and 3) unavailable both defensive and proactive promotions of cervical screening, no explanation about process from healthcare officers and also delay in service. The results of this study can inform the defensive and proactive strategies for an efficient and standard health service and patient's satisfaction.

Keyword: Causes and Factors, Unscreened Measuring, Cervical Cancer

บทนำ

โรคมะเร็งปากมดลูก เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และยังเป็นโรคมะเร็งที่มีอุบัติการณ์การเกิดโรคสูงเป็นอันดับสองของโรคมะเร็งในสตรีไทยรองจากมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูกสามารถรักษาให้หายได้ หากได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อหาความผิดปกติตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (Department of Medical Service, 2018) สาเหตุของมะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อ เอชพีวี (HPV) ชนิดที่ก่อให้เกิดมะเร็ง ซึ่งเกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ มะเร็งปากมดลูกสามารถตรวจพบได้ตั้งแต่ระยะก่อนมะเร็งโดยการทำแปปสเมียร์ (Pap Smear) ซึ่งการรักษาได้ผลดีมาก (Laohutanont, Wirawattana, & Imsamran, 2018) มีการศึกษาในประเทศต่างๆ ทั่วโลกพบว่าการคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์ สามารถป้องกันและลดอุบัติการณ์เป็นมะเร็งปากมดลูกและลดอัตราการตายได้มากกว่าร้อยละ 80 (Boonpitak, Suwanno, & Sameanphet, 2013) อาการที่พบมากที่สุดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม คือการตกเลือดทางช่องคลอด วิธีการรักษาขึ้นกับระยะของมะเร็งปากมดลูก ในระยะก่อนมะเร็งหรือระยะก่อนลุกลามสามารถรักษาได้หลายวิธีโดยไม่จำเป็นต้องตัดมดลูกออก ในระยะลุกลามสามารถรักษาด้วยการผ่าตัด การฉายรังสี และเคมีบำบัด มะเร็งปากมดลูกสามารถป้องกันได้โดยการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ และการตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุก ๆ 1 ปี (The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists, 2019) และอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกจะลดลงได้ถ้ามีการดำเนินโครงการตรวจคัดกรองอย่างมีระบบ (Organised Screening) โดยใช้วิธีตรวจ คัดกรองที่มีประสิทธิภาพในสตรีกลุ่มเป้าหมายให้ได้ความครอบคลุมสูง มีความถี่ของการตรวจคัดกรองที่เหมาะสม และมีระบบส่งต่อสตรีที่ผลการตรวจคัดกรองผิดปกติไปรับการตรวจวินิจฉัย และรักษาที่มีประสิทธิภาพ (Laohutanont, Wirawattana, & Imsamran, 2018) กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงได้กำหนดนโยบาย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 ให้สตรีช่วงอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองให้ได้ ร้อยละ 60 อย่างน้อย 1 ครั้งทุก ๆ 5 ปี (National Cancer Institute, 2019)

จังหวัดชุมพรได้ดำเนินการงานการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร โรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทั้ง 8 อำเภอ ผลการดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในรอบ 5 ปี พ.ศ.2557-2561 พบว่า มีสตรีอายุระหว่าง 30 – 60 ปี ได้รับการคัดกรองร้อยละ 50.60 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ร้อยละ 80 ภายใน 5 ปี ถึงแม้จะมีการจัดกิจกรรมบริการและรณรงค์ การตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องแต่ยังไม่ครอบคลุมเป้าหมาย และการดำเนินงานของโรงพยาบาลสวี ที่ให้บริการประชากรกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ ปี 2557 – 2561 พบว่าสตรีอายุระหว่าง 30-60 ปีได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 10.98, 9.89, 11.98, 19.21 และ 20.98 ตามลำดับ (Department of Disease Control, Chumphon Provincial Public Health, 2018) ซึ่งยังไม่ครอบคลุมถึงเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดร้อยละ 80 ภายใน

5 ปีเช่นกัน ซึ่งที่ผ่านมาโรงพยาบาลสวี่ จังหวัดชุมพร ได้ประชาสัมพันธ์ผ่านทางอาสาสมัครสาธารณสุขติดตามกลุ่มเป้าหมายให้ตรวจมะเร็งปากมดลูกแล้ว แต่ยังไม่ได้รับความร่วมมือจากกลุ่มเป้าหมายเท่าที่ควร จึงทำให้ผู้วิจัย และทีมงานเห็นความสำคัญที่จะค้นหา เหตุผลและปัจจัยที่สตรีกลุ่มเป้าหมายไม่ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขให้สตรี กลุ่มดังกล่าวรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น เพื่อลดความรุนแรง อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูก ทำให้ประชาชนสามารถป้องกันการเกิดโรค และสร้างความตระหนักรวมถึงสร้างความรู้ความเข้าใจถึงสาเหตุที่แท้จริงตามมุมมองของสตรีในชุมชนซึ่งมีลักษณะทางวัฒนธรรมและ ข้อห้ามเฉพาะที่แตกต่างกัน การศึกษานี้ จึงใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ การสนทนากลุ่มกับครอบครัว การสังเกตพฤติกรรม ในการศึกษาสาเหตุ และปัจจัยที่ไม่มาตรวจมะเร็งปากมดลูก ซึ่งข้อมูลที่ได้ ในการศึกษาครั้งนี้จะนำไปจัดทำแนวทางการพัฒนาดำเนินงานและกำหนดแนวทางการจัดกิจกรรมและให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายให้มากที่สุดต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเหตุผลและปัจจัยของสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ไม่ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ตำบลนาโพธิ์ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร

คำถามการวิจัย

เหตุใดสตรีในเขตพื้นที่ตำบลนาโพธิ์ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร จึงไม่ไปรับการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่โรงพยาบาลสวี่ จังหวัดชุมพร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเหตุผลและปัจจัยของการไม่ไปรับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ในตำบลนาโพธิ์ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ สตรีที่มีอายุระหว่าง 30 – 60 ปี ที่ไม่ไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในปี พ.ศ. 2561 ในตำบลนาโพธิ์ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร จำนวน 337 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ สตรีที่มีอายุระหว่าง 30 – 60 ปี ในตำบลนาโพธิ์ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร จำนวน 10 คน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

1. มีอายุระหว่าง 30-60 ปี
2. ไม่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกในปี 2561

3. อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสวี จำนวน 8 หมู่บ้าน โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างหมู่บ้านละ 1 คน ที่มีความหลากหลายของอาชีพ ประกอบด้วย รายที่ 1 เจ้าของธุรกิจขายส่งมะพร้าว รายที่ 2 ขายอาหารตามสั่ง รายที่ 3 ขายของชำ รายที่ 4 ทำสวน รายที่ 5 รับจ้าง รายที่ 6 แม่ครัวศูนย์เด็กเล็ก รายที่ 7 ลูกจ้างโรงงานน้ำตาลมะพร้าว รายที่ 8 ธุรกิจกล้วยแปรรูป รายที่ 9 ลูกจ้างประจำโรงพยาบาลสวี และรายที่ 10 พยาบาลวิชาชีพ

4. ยินดีให้ข้อมูลในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล เหตุผลและปัจจัยของการไม่ไปตรวจมะเร็งปากมดลูก และข้อเสนอแนะ โดยได้รับการตรวจสอบและเสนอแนวคิด ความเหมาะสมภาษาที่ใช้ และปรับปรุงแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และได้ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัยในพื้นที่ใกล้เคียงก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .91 และนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้วมาปรับปรุงอีกครั้งให้สมบูรณ์และนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยการสัมภาษณ์ที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย เปิดโอกาสให้สอบถาม และให้เวลาในการคิดทบทวนก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ ผู้เข้าร่วมโครงการและลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร เก็บรวบรวมข้อมูลจากการบันทึกภาคสนาม โดยการสัมภาษณ์ การสังเกต และถามซ้ำ ซึ่งใช้ระยะเวลาการสัมภาษณ์คนละ 15 – 20 นาที รวม 4 วัน (วันที่ 6, 7, 10, 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563) และสัมภาษณ์เพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติม 2 วัน (วันที่ 27, 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563) รวมเก็บรวบรวมและตรวจสอบข้อมูลตั้งแต่วันที่ 23 มกราคม – 22 มีนาคม พ.ศ. 2563 เพื่อนำข้อมูลมาใช้ถอดความ สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ด้วยการนำข้อมูลจากการบันทึกภาคสนาม จากการสัมภาษณ์และการสังเกตมาวิเคราะห์เพื่อให้ได้ภาพสถานการณ์การปฏิบัติการที่เป็นจริง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปตรวจสอบกับผู้เชี่ยวชาญ และผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งเพื่อให้แน่ใจว่าข้อสรุปที่ได้เป็นมุมมองของผู้ให้ข้อมูลหลัก แล้วมาเรียบเรียงนำเสนอข้อมูลเชิงคุณภาพ

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบของผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวี่ จังหวัดชุมพร และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ภายใต้รหัสโครงการที่ 11/2563 วันที่ 21 มกราคม 2563 และการจัดทำเอกสารพิทักษ์สิทธิผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และได้มีการชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ

ผลการวิจัย

การศึกษาเหตุผลและปัจจัยที่สตรีอายุระหว่าง 30 – 60 ปี ไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นสตรีที่มีอายุระหว่าง 30 – 60 ปี มีการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษาถึงปริญญาตรี มีอาชีพหลากหลาย มีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลนาโพธิ์ ไม่น้อยกว่า 5 ปี และตั้งบ้านเรือนห่างจากโรงพยาบาลสวี่ ตั้งแต่ 2 ถึง 10 กิโลเมตร รวมทั้งหมด 10 ราย ทุกคนอยู่กินกับสามี มีบุตร 1 ถึง 3 คน และยังไม่ีบุตร 1 คน

2. เหตุผลที่เกี่ยวข้องกับการไม่ไปตรวจมะเร็งปากมดลูก สรุปดังนี้

- 2.1 อาย เนื่องจากกระบวนการตรวจต้องเปิดเผยอวัยวะลับ ซึ่งสังคมและวัฒนธรรมไทยที่ปลูกฝังกันมาตั้งแต่สมัยโบราณว่าเป็นผู้หญิงไม่เปิดเผยอวัยวะที่เป็นส่วนลับให้ผู้อื่นดู “บดสีนึ” และที่สำคัญที่เจ้าหน้าที่อาจจะมองข้ามไป คือ การไม่อธิบายขั้นตอนกระบวนการตรวจ วิธีการเปิดเผยอวัยวะลับให้ผู้อื่นดู ไม่ปิดตาผู้รับบริการ และมีเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจหลายคน

- 2.2 กลัว ความกลัวเกิดขึ้น 2 ประเด็น คือ 1) กลัวกระบวนการตรวจเพราะไม่มีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจ เครื่องมือ และความเจ็บปวด “เพื่อนเคยไปตรวจบอกว่าเจ็บมาก และตนเองเคยตรวจหลังคลอดลูกก็เจ็บ” 2) กลัวผลการตรวจเป็นบวก (Positive) ที่บอกว่าเป็นมะเร็งรับไม่ได้ ถ้าผลออกมาว่าตนเองเป็นมะเร็งเพราะมีประสบการณ์คนในครอบครัวเป็นมะเร็ง (สามี และมารดา) และบางรายเชื่อว่าตนเองสุขภาพดี ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ ไม่ต้องตรวจ

2.3 ขาดรายได้ เนื่องจากการค้าขายเป็นรายได้หลักของครัวเรือน ถ้าปิดร้านเป็นเวลานาน ก็จะขาดรายได้ และคนอื่นทำแทนไม่ได้ และอีกรายได้ไม่กล้าขอยุ่ดงาน ต้องทำงานตลอด ถ้าลางานบ่อย ก็จะถูกตัดรายได้เนื่องจากต้องลาเป็นประจำที่ต้องพยายายไปรับยาที่โรงพยาบาลเดือนละครั้ง อยู่แล้ว

2.4 มีภาระต้องดูแลบุตรที่มีปัญหาสุขภาพ (พัฒนาการช้า) ไม่ไว้ใจใครให้อยู่กับ บุตรสาว (หน้าตาดี และอายุ 20ปี)

2.5 ครอบครัวไม่สนับสนุนสามีไม่สนใจ (ไม่เคยถามเรื่องสุขภาพหรือเรื่องความเป็นอยู่ ในครัวเรือน) ไปทำงานนอกบ้าน ไม่ช่วยดูแลร้านค้า (ขาดรายได้) ไม่มีคนอื่นทำหน้าที่แทน (ไม่ทราบ ราคาสินค้า)

2.6 ไม่ว่าง อาจเป็นที่ยกเลวได้ง่าย คล้ายกับการปฏิเสธโดยไม่มีเหตุผลที่ชัดเจน สังเกต กริยาท่าทางพบว่าจะไม่กล้าสบตา มีความนัยที่ไม่อยากบอก และจะสนใจเรื่องอื่นๆ ที่ทำให้ต้องยุติการ ชักถาม (ไม่ไว้ใจใจที่จะเปิดเผย ซึ่งต้องสร้างความคุ้นเคยต่อไป) หรือว่ามีภาระอื่นที่ต้องดูแล รับผิดชอบ หรือกลัวว่าจะขาดรายได้ และบางคนทราบถึงอันตรายของโรคมะเร็งปากมดลูก ทราบวิธีการป้องกันที่ถูกต้อง แต่ไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจคัดกรอง บางคนเมื่ออาสาสมัคร สาธารณสุขชักชวนให้มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกรับปากว่าจะไปตรวจแต่ก็ไม่ไปตรวจ

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ไปตรวจมะเร็งปากมดลูก สรุปดังนี้

3.1 ความไม่รู้ ประกอบด้วย 1) ไม่รู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่ สาเหตุ การตรวจ คัดกรอง การรักษาและการป้องกัน 2) ไม่รู้แหล่งความรู้มาจากไหน 3) ไม่รู้ขั้นตอนการบริการของ โรงพยาบาล ตั้งแต่การกระบวนกรเข้ารับบริการ การทำบัตร ยื่นบัตร เข้าห้องตรวจ ขั้นตอนการตรวจ และการแจ้งผลการตรวจ 4) ไม่รู้เหตุผลว่าทำไมต้องตรวจ หรือใครสั่งให้ตรวจ และ 5) ไม่รู้วันเวลา บริการตรวจของโรงพยาบาล

3.2 ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า 1) ด้านภาระงานและความรับผิดชอบ (เวลาการทำงานเป็น เวลาเดียวกับเวลาการตรวจ) ทำให้ไม่กล้าขออนุญาตนายจ้างไปตรวจ (นายจ้างเข้มงวด) ต้องขายของ หน้าร้าน คนอื่นทำแทนไม่ได้ ต้องอยู่เป็นเพื่อนลูกสาว 2) ระยะทางจากบ้านไปโรงพยาบาลไกลสุด 10 กิโลเมตร ทำให้ไม่สะดวกในการเดินทาง จากไม่มีรถส่วนตัว ไม่มีรถประจำทาง และขับรถไม่เป็น

3.3 กระบวนการบริการของโรงพยาบาล พบว่า 1) ขาดการประชาสัมพันธ์ทั้งใน โรงพยาบาลและเชิงรุก เช่น ไม่มีตารางหรือแผ่นประชาสัมพันธ์การตรวจติดไว้ในสถานที่เห็นชัดเจน ไม่มีเอกสารแผ่นพับชี้แจงรายละเอียด ไม่มีเสียงตามสาย และขาดการแนะนำให้ความรู้ในชุมชน โดยสังเกตได้จากการให้ข้อมูลว่า ไม่รู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก ไม่มีใครบอก อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านชักชวน และแนะนำให้ไปตรวจที่โรงพยาบาลเท่านั้น (ส่วนใหญ่ขาดความรู้ที่จะไป อธิบายให้สตรีกลุ่มเป้าหมายและครอบครัวทราบถึงความสำคัญของการตรวจ) ทำงานอยู่ใน

โรงพยาบาลแต่ไม่เห็นเอกสารหรือป้ายประชาสัมพันธ์แจ้งวัน เวลา หรือสถานที่ตรวจ 2) เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ไม่มีการอธิบายขั้นตอนและการปฏิบัติตัวก่อนตรวจ-ขณะตรวจและหลังตรวจที่ชัดเจน จากข้อมูลว่า ให้เข้าห้อง เปลี่ยนกางเกง (ไม่บอกวิธีสวมใส่ที่ถูกต้อง) ให้ขึ้นเตียงตรวจ ไม่ปิดตา ไม่บอกว่าใช้เครื่องมืออะไรบ้าง-อย่างไร “แล้วตรวจ ปัสสาวะหรือ” แล้วให้ออกจากห้องรอเจ้าหน้าที่ด้านนอก (บางรายไม่บอกให้รอเอาใบนัดฟังผล) และให้กลับบ้านได้ ต้องถามถึงจะตอบว่าต้องเอาใบนัดฟังผล หรือจะแจ้งผลให้ทราบ ต้องรอ ช้าทำให้เสียเวลา มีภารกิจอื่นต้องทำ ทำให้ไม่ยอมมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

4. ข้อเสนอแนะเพื่อการจัดระบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1) ควรจัดทำสื่อในเรื่องความรู้เรื่องมะเร็ง และฝึกอาสาสมัครสาธารณสุข หมู่บ้านละ 2 – 3 คนและเจ้าหน้าที่ทุกคนให้มีความรู้ สามารถแนะนำและตอบคำถามเบื้องต้นให้กลุ่มเป้าหมาย ครอบครัวและชุมชนได้ 2) จัดตารางการตรวจติดไว้ให้เห็นชัดเจน 3) ปรับวิธีปฏิบัติบริการตั้งแต่แรกรับจนถึงสิ้นสุดบริการทุกขั้นตอนแบบครบวงจรในจุดเดียวกัน (One Stop Service) โดยคำนึงถึงความรู้สึกของผู้รับบริการเป็นหลัก และผู้ให้บริการควรเป็นผู้หญิง

อภิปรายผล

จากการศึกษาเหตุผลและปัจจัยของการไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 – 60 ปี ตำบลนาโพธิ์ อำเภอเสวี จังหวัดชุมพร ในด้านเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับการไม่ไปรับการตรวจ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ไปตรวจมะเร็งปากมดลูกที่โรงพยาบาลสวี จังหวัดชุมพร อภิปรายผลดังนี้

1. เหตุผลที่เกี่ยวข้องกับการไม่ไปตรวจมะเร็งปากมดลูก มีดังนี้คือ อาย เนื่องจากกระบวนการตรวจต้องเปิดเผยอวัยวะ ซึ่งสังคมและวัฒนธรรมไทยที่ปลูกฝังกันมาตั้งแต่สมัยโบราณว่าเป็นผู้หญิงไม่เปิดเผยอวัยวะที่เป็นส่วนลับให้ผู้อื่นดู และที่สำคัญที่เจ้าหน้าที่อาจจะมองข้ามไปคือการไม่อธิบายขั้นตอนกระบวนการตรวจ และวิธีการเปิดเผยอวัยวะ ไม่ปิดตาผู้รับบริการ และมีเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจมีหลายคน อธิบายได้ว่าสตรีกลุ่มเป้าหมายที่อายเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจเนื่องจากมีความคุ้นเคยกัน จึงมีความอายที่ต้องเปิดเผยอวัยวะที่ซ่อนเร้นให้ดู สอดคล้องกับที่พบว่าสตรีกลุ่มเป้าหมายที่อายเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจเนื่องจากมีความคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงมีความอายที่ต้องเปิดเผยอวัยวะที่ซ่อนเร้นให้ดู (Hongtong, Wongklong, Seangsai, Pholbumrung, Chuayprain, & Duangkuna, 2011) และ สอดคล้องกับปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมของสตรีไทยเรื่องความอาย และไม่สะดวกใจที่จะไปรับการตรวจของผู้หญิง เพราะอายที่จะให้แพทย์หรือพยาบาล เห็นอวัยวะเพศของตน (Phomwiin, Prakapong, & Niruttaradorn, 2015) กล่าว ความกลัวเป็นอารมณ์ที่เกิดจากการรับรู้ภัยคุกคามของสิ่งมีชีวิตผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่สามารถประเมินได้ว่ามีเหตุผลหรือเหมาะสม ซึ่งในครั้งนี้นี้เกิดขึ้น

2 ประเด็น คือ 1) กลัวกระบวนการตรวจเพราะไม่มีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจ เครื่องมือ และความเจ็บปวด “เพื่อนเคยไปตรวจบอกว่าเจ็บมาก และตนเองเคยตรวจหลังคลอดลูกก็เจ็บ” 2) กลัวผลผิดปกติ รับไม่ได้ ถ้าผลออกมาว่าตนเองเป็นมะเร็งเพราะมีประสบการณ์คนในครอบครัวเป็นมะเร็ง (สามี และมารดา) สอดคล้องกับที่พบว่าสตรีกลุ่มเป้าหมายไม่ยอมมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากกลัวตรวจพบผลผิดปกติแล้วทำใจไม่ได้ เพราะมีประสบการณ์กับคนใกล้ชิดป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ต้องผ่าตัด ฉายแสง พบแพทย์หลายครั้ง เป็นภาระแก่ผู้ดูแล ต้องรักษาตัวเป็นระยะเวลานานสุดท้ายก็เสียชีวิต และบางรายเชื่อว่าตนเองสุขภาพดี ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ เกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ ไม่ต้องตรวจมะเร็งปากมดลูก (Hongtong, Wongklong, Seangsai, Pholbumrung, Chuayprain, & Duangkuna, 2011) และสอดคล้องกับที่ พบว่า สตรีที่ไม่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก มีความเห็นว่า เป็นเพราะตนเองไม่มีความผิดปกติ ใด ๆ มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกน้อยมาก หรือไม่มีเลย และไม่มีปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม (Knantikulanon, 2013) ขาดรายได้ เนื่องจากการค้าขายเป็นรายได้หลักของครัวเรือน ถ้าปิดร้านเป็นเวลานานก็จะขาดรายได้ และคนอื่นทำแทนไม่ได้ และอีกรายไม่กล้าขอลาหยุดงาน ต้องทำงานตลอด ถ้าลางานบ่อยก็จะถูกตัดรายได้เนื่องจาก ต้องลาเป็นประจำที่ต้องพยายายไปรับยาที่โรงพยาบาลเดือนละครั้งอยู่แล้ว เป็นไปได้ว่ากลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน และจากการสังเกตสภาพทั่วไปของครัวเรือนและสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ บ้าน การจัดวัสดุอุปกรณ์ และข้าวของเครื่องใช้ประจำบ้านไม่มีระเบียบ บางรายต้องทำงานรับจ้างไม่มีสวัสดิการ สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีเศรษฐกิจระดับต่ำต้องการเข้าถึงค่าไม่มีเงินทุนสำรองของตนเอง มีหนี้สิน จึงสนใจแต่เรื่องทำมาหากินมากกว่าเรื่องการดูแลสุขภาพ (Khaikeow, Cheewapoonphon & Pruttasartote, 2013) ครอบครัวไม่สนับสนุน สามีไม่สนใจ ไปทำงานนอกบ้าน ไม่ช่วยดูแลร้านค้า (ขาดรายได้) ไม่มีคนอื่นทำหน้าที่แทน (ไม่ทราบราคาสินค้า) สามีไม่อยู่เป็นเพื่อนลูกสาว (ไม่ไว้ใจคนอื่น) จึงไม่ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นไปได้ว่าครอบครัวขาดสัมพันธภาพที่ดีของสมาชิก ทำให้ไม่มีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของสตรีกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งถ้าครอบครัวมีความเข้าใจ สนใจและให้การสนับสนุนดี เช่น ช่วยขับรถพาไปโรงพยาบาล หรือช่วยอยู่ร้าน หรืออยู่บ้านเป็นเพื่อนลูกสาวที่มีปัญหาสุขภาพ อาจทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมายไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกได้ สอดคล้องกับที่พบว่าสตรีที่มีความสัมพันธ์ที่ดีของครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดจะไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Knantikulanon, 2013) ไม่ว่าง อาจเป็นที่กล่าวได้ง่าย คล้ายกับการปฏิเสธโดยไม่มีเหตุผลที่ชัดเจน สังเกตกริยาท่าทางพบว่าจะไม่กล้าสบตา มีความนัยที่ไม่อยากบอก และจะสนใจเรื่องอื่น ๆ ที่ทำให้ต้องยุติการซักถาม (ไม่ไว้ใจใจที่จะเปิดเผยข้อมูลต่อหน้าบุคคลที่ไม่คุ้นเคย ซึ่งต้องสร้างความคุ้นเคยต่อไป) หรือว่ามีภาระอื่นที่ต้องดูแลรับผิดชอบ หรือกลัวว่าจะขาดรายได้ เป็นต้น สอดคล้องกับที่พบว่าสตรีที่ไม่ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้เหตุผลว่าไม่มีเวลาไปตรวจ “ให้ไปตรวจมะเร็งปากมดลูกก็อยากจะไปแต่ไม่มีเวลา ต้องไปขายของทุกวัน ยืมเงินเขามาทำทุนวันต่อวัน ตอนเย็นจะมีมอเตอร์ไซด์มาตาม

เก็บเงิน ถ้าไม่มีคืนให้ เสียต้องเจ็บตัว หยุดขายไม่ได้ ไม่มีกินและหลานก็จะไม่มีเงินไปโรงเรียน” (Khaikew, Cheewapoonphon & Pruttasart, 2013)

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ไปตรวจมะเร็งปากมดลูก สรุปดังนี้คือ ความไม่รู้ ประกอบด้วย 1) ไม่รู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่ สาเหตุ การตรวจคัดกรอง การรักษาและการป้องกัน 2) ไม่รู้แหล่งความรู้มาจากไหน ซึ่งในมีความเป็นไปได้ว่าในชุมชนทุกคนมีการพบปะพูดคุยกันของเพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เยี่ยมบ้าน แต่ไม่ได้นำเรื่องมะเร็งปากมดลูกไปพูดคุยในเวทีทั่วไป และอาจพูดคุยบางกลุ่มแต่ไม่ทั่วถึง 3) ไม่รู้ขั้นตอนการบริการของโรงพยาบาล ตั้งแต่การกระบวนการเข้ารับบริการ การทำบัตร ยื่นบัตร เข้าห้องตรวจ ขั้นตอนการตรวจ และการแจ้งผลการตรวจ 4) ไม่รู้เหตุผลว่าทำไมต้องตรวจ หรือใครสั่งให้ตรวจ และ 5) ไม่รู้วันเวลาบริการตรวจของโรงพยาบาล สอดคล้องกับการที่สตรีไม่ไปตรวจมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากขาดความรู้ มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการตรวจ ขาดปัจจัยสำคัญหลายประการ เช่น ไม่สะดวก ไม่มีเวลา ไม่มีเงิน และเข้าไม่ถึงแหล่งให้บริการ (Khaikew, Cheewapoonphon & Pruttasart, 2013) และสอดคล้องกับที่พบว่าสตรีกลุ่มเป้าหมายยังขาดความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก รวมถึงความรู้ใหม่ๆ เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เช่น เรื่องวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก หากมีการให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคและความรู้ใหม่ ๆ เกี่ยวกับโรคมะเร็ง จะทำให้ระดับความรู้ของสตรีกลุ่มเป้าหมายเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจส่งผลให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น (Juntawong, Siri, Tridech, & Tridech, 2017) ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า 1) ด้านภาระงานและความรับผิดชอบ (เวลาการทำงานเป็นเวลาเดียวกับเวลาการตรวจ) ทำให้ไม่กล้าขออนุญาตนายจ้างไปตรวจ (นายจ้างเข้มงวด) ต้องขายของหน้าร้าน คนอื่นทำแทนไม่ได้ ต้องอยู่เป็นเพื่อนลูกสาว 2) ระยะทางจากบ้านไปโรงพยาบาลไกลสุด 10 กิโลเมตร ทำให้ไม่สะดวกในการเดินทาง จากไม่มีรถส่วนตัว ไม่มีรถประจำทาง และขับรถไม่เป็น สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แต่ถ้าได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนจากนายจ้างที่อนุญาตให้กลุ่มเป้าหมายได้เข้ารับการตรวจคัดกรองตามที่ร้องขอ และคนในครอบครัวมีความเข้าใจ ใส่ใจในกลุ่มเป้าหมายด้วยการไปส่งหรือจ้างรถรับจ้างหรือนำบุตรไปด้วย หรือทำหน้าที่แทน ก็จะทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจซึ่งมีปีละหนึ่งครั้งเท่านั้นตามช่วงอายุ และความเสี่ยงที่มีของแต่ละบุคคล สอดคล้องกับที่พบว่าสตรีกลุ่มเป้าหมายมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกได้ จากการที่รับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนองรู้ความสามารถของตนเอง เข้าถึงบริการและได้รับแรงสนับสนุนสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขและเพื่อน รวมถึงระยะทางการเข้าถึงบริการ (Rungrueang, Vatanasomboon, Tansakoon & Termsirikulchai, 2015) และสอดคล้องกับที่พบว่าปัจจัยที่เป็นอุปสรรคด้านครอบครัวต่อการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก คืออิทธิพลของสามี ต้องได้รับอนุญาตจากสามีจึงไปตรวจได้ มีอุปสรรคภาระงานและภาระครอบครัว (Techsavapak and

Konglampan, 2016) กระบวนการบริการของโรงพยาบาล พบว่า 1) ขาดการประชาสัมพันธ์ทั้งในโรงพยาบาลและเชิงรุก เช่น ไม่มีตารางหรือแผ่นประชาสัมพันธ์การตรวจคัดไว้ในสถานที่เห็นชัดเจน ไม่มีเอกสารแผ่นพับชี้แจงรายละเอียด ไม่มีเสียงตามสาย และขาดการแนะนำให้ความรู้ในชุมชน มีเพียงอาสาสมัครสาธารณสุขชักชวน และแนะนำให้ไปตรวจที่โรงพยาบาลเท่านั้น 2) เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ไม่มีการอธิบายขั้นตอนและการปฏิบัติตัวก่อนตรวจ-ขณะตรวจและหลังตรวจที่ชัดเจน แสดงให้เห็นว่าผู้ให้บริการทุกคน ในหน่วยบริการและในโรงพยาบาลไม่ได้ประชาสัมพันธ์หรือแจ้งข้อมูลบริการให้ทุกคนรู้อย่างทั่วถึง ไม่ว่าจะเป็นเอกสารแผ่นพับหรือการสื่อสารอื่น ๆ ซึ่งการประชาสัมพันธ์ทุกรูปแบบน่าจะจัดให้มีขึ้นเพื่อเป็นส่วนสนับสนุนให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเข้ารับบริการอย่างทั่วถึง สอดคล้องกับการพบว่าปัจจัยที่เป็นอุปสรรคด้านผู้ให้บริการต่อการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก คือระบบการให้บริการ พฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ไม่บอกขั้นตอนและการปฏิบัติตัว (Techsavapak, & Konglampan, 2016)

3. ข้อเสนอแนะ การเสนอให้มีการสื่อสารที่ชัดเจนทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน เจ้าหน้าที่ทุกคน และอาสาสมัครสาธารณสุขต้องมีความรู้ ความเข้าใจในโรคและขั้นตอนบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผ่านช่องทางพิเศษ แบบ One Stop Service และผู้ให้บริการควรเป็นผู้หญิงที่ต้องคำนึงถึงความรู้สึกของผู้รับบริการ สอดคล้องกับที่พบว่าข้อเสนอให้จัดหน่วยบริการตรวจคัดกรองที่สะดวกรวดเร็วในโรงพยาบาล รวมทั้งมีหน่วยเคลื่อนที่ไปให้บริการในชุมชน (Narueponjirakul, Thummavichit, & Suteepasert, 2014) และสอดคล้องกับที่พบว่าเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการควรเป็นผู้หญิง (Techsavapak, & Konglampan, 2016)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งเชิงรุกเชิงรับ
2. การเลือกผู้ให้บริการเป็นผู้หญิง และการบริการจุดเดียว (One Stop Service)
3. ควรประสานความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและท้องที่ ในการประชาสัมพันธ์การตรวจมะเร็งอย่างทั่วถึง
4. พัฒนาและผลิตสื่อความรู้ด้านมะเร็งปากมดลูกอย่างทันสมัยให้แก่ประชาชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยการใช้โปรแกรมสุขภาพหรือการเยี่ยมบ้านมาช่วยในการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติเพื่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. ควรมีการศึกษาในกลุ่มสตรีโสด ถึงอุบัติการณ์การเกิดโรคและข้อคิดเห็นในการรับบริการและไม่รับบริการ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการให้บริการและกำหนดเป็นกลุ่มเป้าหมายในการคัดกรองต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์พงษ์เกียรติ พันธุ์พิพัฒน์ไพบูลย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวี่ จังหวัดชุมพร ที่ให้การสนับสนุนและอนุมัติให้ดำเนินการทำวิจัยขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์สุภาณี อ่อนชื่นจิตร นายกิตติมศักดิ์สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยสาขาสวี่ นางสมใจ ดวงพิบูลย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ อดีตหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลท่าแซะ และนางสาวอัจฉราภรณ์ พรหมขุนทอง หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลสวี่ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและติดตามการศึกษาค้นคว้าอย่างใกล้ชิดเสมอมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ และสุดท้ายขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมืออย่างดี

รายการอ้างอิง

- Boonpitak, W., Suwanno, J., & Sameanphet, T. (2013). Determinants the Early Risk of Cervical Cancer among Women with Abnormality of Pap Smear. *Journal of Nursing*, 40(3), 22-40. (in Thai).
- Chirawatkul, S. (2005). *Qualitative Research in Nursing* (2nd ed.). Khon Kaen: Faculty Nursing, Khon Kaen University. (in Thai).
- Department of Disease Control, Chumphon Provincial Public Health. (2018). *A Statistic Cervical Cancer Screening of Chumphon Province in 2017-2018*. Bangkok: Department of Disease Control, Chumphon Provincial Public Health. (in Thai).
- Department of Medical Services. (2018). *The First Cause of Death in Thailand is Cancer*. Voice Online. Retrieved November 1, 2019 from <https://voicetv.co.th/read /B1oOZIbUG>.

- Hhongtong, Ph., Wongklong, V., Seangsai, S., Pholbumrung, S., Chuayprain, Th., & Duangkuna, Kw. (2011). Cervical Cancer Screening at the Don Chang Health Promotion Hospital, Muang District, Khon Kaen Province. *KKU Journal for Public Health Research*, 4(2), 1-8. (in Thai).
- Juntawong, N., Siri, S., Tridech, P., & Tridech, Ch. (2017). Factors Related to Receiving Cervical Cancer Screening Services among Women Aged 30-60 Years in Muang District, Pathumthani Province. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 28(1), 63-78. (in Thai).
- Khaikeow, S., Cheewapoonphon, Ch., & Pruttasarote, K. (2013). Health Promoting Model of Cervix Cancer Prevention Among Working Women. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 14(3), 8-13. (in Thai).
- Knantikulanon, Ph. (2013). The Factor That Influencing The Decision Making in Cervical Cancer Screening in Nongchik District, Pattani Province. Master's Thesis. Songkhla: Songkhla Rajabhat University. (in Thai).
- Laohutanont, P., Chaiwerawattana, Ar., & Imsamran, W (2018). Guidelines for screening Diagnosis and treatment Cervical cancer. Bangkok: Department of Academic Support, National Cancer Institute. (in Thai).
- Narueponjirakul, C., Thummavichit, R., & Suteeprasert, T. (2014). Factors Related to Pap Smear Screening Behaviors of Women at Municipality Suphanburi Province. *Journal of Health Science*, 23(6), 1022-1031. (in Thai).
- National Cancer Institute. (2019). Healthy! To Fight Cancers!. Thai Health Promotion Foundation. Retrieved July 30, 2019 <http://www.thaihealth.or.th/Content/40596>.
- Phomwiin, P., Prakapong, Y., & Niruttaradorn, M. (2015). A Comparison of Knowledge and Perception of Health Belief In Cervical Cancer Screening among Women In Samutprakan Province. *Nursing Journal*, 42(3), 84 - 94. (in Thai).
- Rungrueang, P., Vatanasomboon, P., Tansakoon, S., & Termsirikulchai, L. (2015). Factors Related To Cervical Cancer Screening Behavior Among At Risk Group of Women Never Been Screened Within The Past 3 Years. *Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University*, 2(2), 36-48. (in Thai).

Techsavapak, K., & Konglampan, C. (2016). Impact factors of Cervical Cancer Screening in Muslim Womenat Nongjok District, Bangkok. Kuakarun Journal of Nursing, 23(2), 232-247. (in Thai).

The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists. (2019). Cervial Cancer. The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists. Retrieved June 1, 2019 from <http://www.rtcog.or.th/home/ความรู้เกี่ยวกับมะเร็ง/273>.

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ

กองบรรณาธิการ วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ ขอเชิญสมาชิกและ ผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ บทความวิจัย และบทความนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์ เผยแพร่ ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้แต่งจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร ฯ

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. บทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรอง และลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์
4. บทความปริทัศน์บทความพิเศษ และปกิณกะ

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน – ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 17
3. ชื่อผู้แต่ง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติขนาด 14 ด้านซ้ายของหน้ากระดาษ อยู่ใต้ชื่อเรื่อง พร้อมระบุสถานที่ทำงานของผู้แต่ง และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-Mail)
4. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16
5. การใช้ตัวเลขคำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น (ระบุคำเต็มไว้ ในครั้งแรก) การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
6. บทความวิชาการ ประกอบด้วย
 - บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (Abstract) ระบุ ชื่อผลงาน ชื่อ-สกุลผู้แต่ง เนื้อหาของบทคัดย่อ คำสำคัญ (Keywords) 3-5 คำ โดยแยกบทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ คนละหน้ากัน รวมแล้วไม่เกิน 2 หน้ากระดาษ
 - บทนำ (Introduction)
 - เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ
 - บทสรุป (Conclusion)
 - ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
 - รายการอ้างอิง (References)

7. บทความนวัตกรรม ทั้งนวัตกรรมผลิตภัณฑ์ (Product Innovation) นวัตกรรมบริการ (Services Innovation) และนวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (Abstract) ระบุ ชื่อผลงาน ชื่อ-สกุลผู้แต่ง เนื้อหาของบทคัดย่อ คำสำคัญ (Keywords) 3-5 คำ โดยแยกบทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ คนละหน้ากัน รวมแล้วไม่เกิน 2 หน้ากระดาษ

- บทนำ ระบุความเป็นมา หรือความสำคัญของการพัฒนานวัตกรรม
- วัตถุประสงค์ (Objective) ระบุเป้าหมายของนวัตกรรม โดยมีรูปแบบเพื่อเพิ่ม ลด ปรับปรุง หรือเกิดสิ่งประดิษฐ์
- สมมติฐาน (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดของนวัตกรรม ระบุหลักการ แนวคิด ทฤษฎีในการพัฒนานวัตกรรม
- กระบวนการพัฒนานวัตกรรม (Development process) ระบุ ประเภทนวัตกรรม กระบวนการพัฒนานวัตกรรม การจัดกิจกรรม การผลิต การหาคุณภาพ การปรับปรุง ระยะเวลาในการดำเนินการ
- ระเบียบวิธีวิจัย ระบุ วิธีวิจัย แหล่งข้อมูล ประชากรกลุ่มเป้าหมาย วิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย ระบุ หน่วยงาน หมายเลข และวันที่ที่ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หรือการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
- ผลการพัฒนานวัตกรรม ระบุ ผลการวิเคราะห์ หรือข้อค้นพบจากการพัฒนานวัตกรรม
- การประเมินผลนวัตกรรม (Innovation evaluation) ระบุ ผลลัพธ์เชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ มูลค่าทางเศรษฐกิจ ที่สามารถวัดผลได้อย่างเป็นรูปธรรม
- ข้อเสนอแนะ ระบุ การนำนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ แนวทางการพัฒนาต่อยอดจากนวัตกรรมเดิม
- รายการอ้างอิง

8. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (Abstract) ระบุ ชื่อผลงาน ชื่อ-สกุลผู้แต่ง เนื้อหาของบทคัดย่อ คำสำคัญ (Keywords) 3-5 คำ โดยแยกบทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ คนละหน้ากัน รวมแล้วไม่เกิน 2 หน้ากระดาษ

- บทนำ ระบุความเป็นมา หรือความสำคัญของการวิจัย
- วัตถุประสงค์ ระบุเป้าหมายของการวิจัย เป็นประเด็น ๆ
- สมมติฐาน (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย ระบุหลักการ แนวคิด ทฤษฎีในการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย ระบุ วิธีวิจัย แหล่งข้อมูล ประชากรกลุ่มเป้าหมาย วิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ระบุที่มาหรือวิธีการพัฒนาเครื่องมือวิจัย คุณภาพของเครื่องมือวิจัย
- การเก็บรวบรวมข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล ระบุโปรแกรมที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์
- จริยธรรมวิจัย ระบุ หน่วยงาน หมายเลข และวันที่ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หรือการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
- ผลการวิจัย ระบุ ผลการวิเคราะห์ หรือข้อค้นพบในการวิจัย กรณีเป็นตารางต้องมีเส้นแนวตั้ง
- อภิปรายผล ระบุ ข้อสรุปและแปลความหมายผลการวิจัย อธิบายความสอดคล้องหรือขัดแย้งกับทฤษฎี หรือผลการศึกษาค้นคว้าอื่นใดบ้าง โดยให้อธิบายอยู่ภายใต้ข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์
- ข้อเสนอแนะ ระบุ การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ แนวทางการทำวิจัยที่เป็นการพัฒนาต่อยอดจากงานวิจัยเดิม

- รายการอ้างอิง

9. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 6th Edition โดยศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <http://www.apastyle.org/manual/index.aspx> หรือ <http://stin.ac.th/th/file.pdf>

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. การอ้างอิงในเนื้อหา ใช้ระบบนาม - ปี (Name-year system) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุล ทุกคน ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al, ดังตัวอย่าง

(Tanyaratsrisakul, 2018)

(Tanyaratsrisakul, Kantabanlang, & Heetaksorn, 2018)

(Tanyaratsrisakul, Kantabanlang, Heetaksorn, Watcharawiwat, Leeyutthanont, Phokhwang et al, 2018)

2. การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม- ปีและข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....” กรณีชื่อผู้แต่งภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษเช่น

“พยาบาลจึงจะต้องเป็นนักคิดและมีการประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ความสงสัยที่เกิดขึ้นตลอดเวลา” (Kunaviktikul, 2007)

3. การอ้างอิงท้ายบทความ

3.1 ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า “et al.” สำหรับบทความ หนังสือ หรือเอกสาร ที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งข้อความ และให้วงเล็บ (in Thai) ดังตัวอย่าง

Tanyaratsrisakul, A., Kantabanlang, Y., & Phokhwang, W. (2018). The effectiveness of Thai nursing innovations in the early 20th century. Suratthani: Boromarajonani College of Nursing, Suratthani. (in Thai)

Fraenkel, R. J., Wallen, E. N. & Hyun, H. H. (2012). How to Design and Evaluate Research in Education. (8th ed.). New York: McGraw-Hill.

3.2 หนังสือ

ผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง (ครั้งที่พิมพ์). สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์หรือโรงพิมพ์.

Mitchell, T.R., & Larson, J.R. (1987). People in organization: An introduction to organization behavior (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.

** ชื่อหนังสือภาษาอังกฤษ ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่เฉพาะตัวอักษรแรกของชื่อหนังสือ/ชื่อเรื่อง ตัวอักษรแรกหลังเครื่องหมาย : และ ชื่อเฉพาะต่าง ๆ เช่น ชื่อคน ชื่อประเทศ และชื่อเมือง

3.3 บทความ

ผู้เขียนบทความ. (ปี). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขหน้า.

Komtin, S. (1990). Culture and work-related values in Thai organizations. International Journal of Psychology, 25(2), 681-704.

** ชื่อบทความภาษาอังกฤษ ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่เฉพาะตัวอักษรแรกของชื่อหนังสือ/ชื่อเรื่อง ตัวอักษรแรกหลังเครื่องหมาย: และ ชื่อเฉพาะต่าง ๆ เช่น ชื่อคน ชื่อประเทศ และชื่อเมือง

** ชื่อวารสารภาษาอังกฤษ ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่นำหน้าทุกคำ ยกเว้น คำเชื่อม และ คำบุพบท

3.4 บทความหรือบทความต่าง ๆ ในหนังสือ

ผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บก.), ชื่อหนังสือ หรือวารสาร (หน้า). สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์หรือโรงพิมพ์.

Hartley, J. T., Harker, J. O., & Walsh, D. A. (1980). Contemporary issues and new directions in adult development of learning and memory. In L. W. Poon (Ed.), *Aging in the 1980s: Psychology issues* (pp. 239-252). Washington, DC: American Psychology Association.

** ชื่อหนังสือ หรือ ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่เฉพาะตัวอักษรแรกของชื่อหนังสือ/ชื่อเรื่อง ตัวอักษรแรกหลังเครื่องหมาย: และ ชื่อเฉพาะต่าง ๆ เช่น ชื่อคน ชื่อประเทศ และชื่อเมือง

** ชื่อวารสารภาษาอังกฤษ ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่นำหน้าทุกคำ ยกเว้น คำเชื่อม และ คำบุพบท

3.5 หนังสือที่ผู้แต่งเป็นสถาบัน และผู้แต่งเป็นผู้พิมพ์

ภาษาอังกฤษใช้คำว่า Author หลังเครื่องหมาย : แทนที่สำนักพิมพ์

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.

3.6 รายงานการวิจัย (Report)

ชื่อผู้วิจัย. (ปี). ชื่องานวิจัย (ประเภทงานวิจัย หรือ Report No.). สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

Birney, A. J. & Hall, M. M. (1981). Early identification of children with written language disabilities. (Report No. 84-102). Washington, DC: National Education Association.

3.7 วิทยานิพนธ์ปริญญาโท

ผู้เขียน. (ปี). ชื่อวิทยานิพนธ์. ระดับวิทยานิพนธ์ ไม่ได้ตีพิมพ์, ชื่อมหาวิทยาลัย.

(วิทยานิพนธ์ภาษาต่างประเทศ ให้ใส่เครื่องหมาย (,) หลังชื่อมหาวิทยาลัย ตามด้วยชื่อประเทศ หรือชื่อเมืองที่เป็นที่รู้จัก)

Ryerson, J. F. (1983). *Effective management training: Two models*. Unpublished master's thesis, Clarkson College of Technology, Potsdam, NY.

3.8 วิทยานิพนธ์ปริญญาเอก

ผู้เขียน. (ปี). ชื่อวิทยานิพนธ์. ระดับวิทยานิพนธ์, ไม่ได้ตีพิมพ์ ชื่อมหาวิทยาลัย.

(วิทยานิพนธ์ภาษาต่างประเทศ ให้ใส่เครื่องหมาย (,) หลังชื่อมหาวิทยาลัย ตามด้วยชื่อประเทศ)

Khamngoen, R. (2018). *A causal model of suffering parents of children with cancer*.

Unpublished doctoral dissertation, Burapha University, Thailand.

3.9 Internet

ผู้แต่ง. (ปี). ชื่อเรื่องหรือชื่อบทความ. สืบค้นเมื่อ วัน เดือน ปี, จาก URL ของ website.

Easton, R. J. & Zhang, T. B. (2002). *Supply chain in Asia: Challenges and opportunities*. Retrieved June 20, 2004, from <http://www.accenture.com>.

การส่งบทความ

ส่งบทความต้นฉบับ พร้อมที่อยู่ที่สามารถติดต่อสะดวก มาที่ อาจารย์อานวย ธีรรัตน์ศรีสกุล (บรรณาธิการวารสาร) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี 56/6 หมู่ 2 ถ.ศรีวิชัย ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000 หรือส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์มาที่ journal@bcnsurat.ac.th หรือ amnouy.tan@gmail.com



ใบสมัครสมาชิก/ค่าตีพิมพ์บทความ
วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ

ประเภท ☐ บุคคล ☐ หน่วยงาน

ออกใบเสร็จในนาม

.....
สถานที่จัดส่งวารสาร

เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....

มีความประสงค์จะ

☐ สมัครสมาชิกใหม่ ☐ ต่ออายุสมาชิก

☐ 1 ปี (2 เล่ม) เป็นเงิน 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

☐ 2 ปี (4 เล่ม) เป็นเงิน 900 บาท (เก้าร้อยบาทถ้วน)

☐ ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ

☐ สำหรับบุคคลภายนอก ไม่คิดค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

โดยได้ชำระค่าสมาชิกเป็น

☐ เงินสด

☐ ธนาคาณัติไปรษณีย์ ส่งจ่ายในนาม “ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี”

เลขธนาคาณัติไปรษณีย์.....

รวมทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ลงนามผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

.....
สำหรับเจ้าหน้าที่

ใบเสร็จเล่มที่.....เลขที่.....ลงวันที่.....

ลงทะเบียนสมาชิกเลขที่.....

วารสารฯ เริ่มจ่าย ฉบับที่...../.....ถึงฉบับที่...../.....

ผู้รับสมัคร.....

วันที่รับสมัคร...../...../.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ : นางสาวจิรวรรณ แป้นเพชร โทร. 0-7728-7816 ต่อ 218 โทรสาร 0-7727-2571 มือถือ 089-0169474

หมายเหตุ: ส่งหลักฐานการชำระค่าสมาชิก/ค่าตีพิมพ์บทความมาที่

กองบรรณาธิการ วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี ต.มะขามเตี้ย อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 84000



แบบฟอร์มการส่งบทความวิจัย/บทความนวัตกรรม/บทความวิชาการ
วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ

.....ระบุที่อยู่.....

.....ระบุที่อยู่.....

.....ระบุวันที่.....

เรื่อง ขอส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ

เรียน บรรณาธิการวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบฟอร์มส่งบทความ/ใบสมัครสมาชิก/แบบรับรองบทความจากวิทยานิพนธ์

ด้วยข้าพเจ้ารายละเอียดตำแหน่งงาน/หน่วยงาน หากเป็น
นิสิตให้ ระบุ สาขา/คณะ/มหาวิทยาลัย)..... ขอส่งบทความจำนวน.....เรื่อง.....

ดังรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้ เพื่อนำตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ

ในการนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความที่ข้าพเจ้าได้ส่งมานี้ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใด ๆ มาก่อน
และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใด ๆ ทั้งสิ้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ (.....)

ตำแหน่ง.....

ข้อมูลของผู้เขียนบทความเพื่อสะดวกในการติดต่อ

โทรศัพท์.....

โทรสาร

E-mail



สำนักวารสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
56/6 หมู่ 2 ถนนศรีวิชัย ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000
โทร. 0-7728-7816 ต่อ 432 โทรสาร 0-7727-2571
<http://www.bcnsurat.ac.th> E-mail : journal@bcnsurat.ac.th