



วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม ISSN 2651 - 1312

- o การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง: บทบาทของพยาบาล  
The Conducting of Self-Help Group in Adolescents with Cancer: Nurses' Roles
- o การเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างการเรียนรู้การสอนแบบมีแบบแผน และการสอนแบบปกติในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้  
A Comparison of Results between Formal Teaching and Normal Teaching in Uncontrolled Diabetes Patient
- o ประสิทธิภาพของการใช้นวัตกรรมปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยไอซียูอาสุรกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี  
Effectiveness of Implementing Clinical Nursing Practice Guidelines for Prevention of Unplanned Endotracheal Exubations in Medical Intensive Care Unit, Suratthani Hospital.
- o ความคาดหวังและความเป็นจริงต่อการรับบริการของญาติผู้ป่วยหอผู้ป่วยเครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์  
Expectations and Truthfulness to The Services of Their Relatives Ventilator Ward Chumphon Khet Udomsak Hospital.
- o ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความผูกพันองค์การของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าชนะ จังหวัดชุมพร  
Factors Affecting Organizational Commitment of Personnel under the Auspices of Public Health Office of The Sae District, Chumphon Province.
- o การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะซีดจากการเสียชีวิต : กรณีศึกษา 2 ราย  
Factors Affecting Organizational Commitment of Personnel under the Auspices of Public Health Office of The Sae District, Chumphon Province.
- o การพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย  
Nursing Care for Patients with Sepsis in Critical Care, Ranong Hospital : 2 Case Studies
- o การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ : กรณีศึกษา 2 ราย  
Nursing Care in Coronary Artery Disease : 2 Case Studies
- o การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดนิ่วในไตโดยการเจาะรูส่งกล้องผ่านผิวหนัง : กรณีศึกษา 2 ราย  
Nursing Care in Patients Who Receive Anesthesia for Percutaneous Nephrolithotomy: 2 Case Studies



## วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ Journal of Health Research and Innovation

- o การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง: บทบาทของพยาบาล  
The Conducting of Self-Help Group in Adolescents with Cancer: Nurses' Roles
- o การเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างการเรียนการสอนแบบมีแบบแผน และการสอนแบบปกติในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้  
A Comparison of Results between Formal Teaching and Normal Teaching in Uncontrolled Diabetes Patient
- o ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี  
Effectiveness of Implementing Clinical Nursing Practice Guidelines for Prevention of Unplanned Endotracheal Extubations in Medical Intensive Care Unit, Suratthani Hospital.
- o ความคาดหวังและความเป็นจริงต่อการรับบริการของญาติผู้ป่วยหอผู้ป่วยเครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์  
Expectations and Truthfulness to The Services of Their Relatives Ventilator Ward Chumphon Khet Udomsak Hospital.
- o ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์กรของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร  
Factors Affecting Organizational Commitment of Personnel under the Auspices of Public Health Office of Tha Sae District, Chumphon Province.
- o การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะช็อคจากการเสียเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย  
Factors Affecting Organizational Commitment of Personnel under the Auspices of Public Health Office of Tha Sae District, Chumphon Province.
- o การพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย  
Nursing Care for Patients with Sepsis in Critical Care, Ranong Hospital : 2 Case Studies
- o การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ : กรณีศึกษา 2 ราย  
Nursing Care in Coronary Artery Disease : 2 Case Studies
- o การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดนิ่วในไตโดยการเจาะรูส่งกล้องผ่านผิวหนัง:กรณีศึกษา 2 ราย  
Nursing Care in Patients Who Receive Anesthesia for Percutaneous Nephrolithotomy:2 Case Studies



ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2563

วัตถุประสงค์

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

สำนักงาน

บรรณารักษารวารสาร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

56/6 หมู่ 2 ถ.ศรีวิชัย ตำบลมะขามเตี้ย

อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000

โทร. 0-7728-7816 ต่อ 218 โทรสาร 0-7727-2571

<http://www.bcnsurat.ac.th> E-mail: [journal@bcnsurat.ac.th](mailto:journal@bcnsurat.ac.th)

พิมพ์ที่

โรงพิมพ์เลิศไชย

16/4-6 ถนนไทรโอนุสนธิ ตำบลตลาด อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

โทรศัพท์ 0 7727 3973

โทรสาร 0 7729 9521

วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2 ท่านต่อบทความ และ บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ เป็นวรรณกรรมที่เรียบเรียงขึ้นโดยผู้เขียน มิใช่ความรับผิดชอบของกองบรรณารักษหรือวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

### ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2563

#### ที่ปรึกษา

นพ.สมชาย ธรรมสารโสภณ  
รศ.ดร.รัชนี้ สรรเสริญ  
ดร.จวีร์รัตน์ กิจสมพร  
ดร.รุ่งนภา จันทรา

#### บรรณาธิการ

รุ่งนภา จันทรา

#### กองจัดการ

ปิยรัตน์ ชูมี  
ฉันทนา นาคฉัตรีย์  
สรัญญ์รักษ์ บุญมุสิก  
รจนา สุริย์เตอร์  
วรรณิ นาคชู

#### กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.วิธมา จีระแพทย์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รศ.ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
ผศ.ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผศ.ดร.พรชัย จุลเมตต์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ดร.อดิญาณ์ ศรีเกษตริน	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
ดร.เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ	
ดร.อัฉรา จันเพ็ชร	สถาบันพระบรมราชชนก
ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
ดร.ดาราวรรณ ร่องเมือง	วิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้า จันทบุรี
ดร.ประดิษฐ์พร พงศ์เตรียม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
ดร.อัจริยา วัชรวิวัฒน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
ดร.มัณฑนาวรรณ ดิษฐ์ทานนท์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
ดร.รุ่งนภา จันทรา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
ดร.วิริยา ไพฑูริย์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
ดร.วิวรรณ คำเงิน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
อาจารย์สมศวรร จุลอักษร	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

#### กำหนดออก

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

#### เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

ราคาจำหน่ายเล่มละ 90 บาท

## บทบรรณาธิการวารสาร

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ส่งผลต่อการเรียนรู้ของประชาชนชาวไทย เปลี่ยนไป ประชาชนมีข้อจำกัดในการเดินทางและแสวงหาความรู้จากแหล่งเรียนรู้ต่าง ๆ จึงเกิดการเผยแพร่ ข้อมูลความรู้ผ่านเครือข่ายออนไลน์อย่างมากมาย บุคคลที่ต้องการศึกษาหาความรู้ต้องมีความพร้อมและปรับตัวในการรับมือการเรียนรู้ออนไลน์อย่างทันที่รวมทั้งเตรียมความพร้อมกับสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนที่อาจจะต้องปรับตัวใหม่เกิดขึ้นได้เสมอ ดังนั้นข้อมูลออนไลน์ที่ดีจำเป็นต้องข้อมูลได้รับการคัดกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความน่าเชื่อถือ รวมทั้งข้อมูลความรู้เหล่านั้นต้องผ่านกระบวนการค้นหาความจริงและสามารถถ่ายทอดได้ดีเพื่อผู้ศึกษาสามารถจับสาระสำคัญจนสามารถเกิดความคิดวิเคราะห์ ความมีเหตุมีผล ความกล้าคิดกล้าแสดงออก ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถเรียนรู้ พัฒนาทักษะความสามารถของตนเองเป็น อย่างดี แต่การเรียนรู้ออนไลน์ต่าง ๆ อาจก่อให้เกิดอุปสรรคในการสื่อสาร และตีความได้ ประเทศไทยรับมือ กับโรคโควิด-19 เป็นวิกฤตที่มีผลกระทบอย่างกว้างขวางโดยการทำงานหลายฝ่ายร่วมกันอย่างมีบูรณาการจน สามารถรับมือได้ดีจนเป็นที่ยอมรับของทั่วโลก แต่ในอนาคตควรสร้างองค์ความรู้และพัฒนาการรับมือที่ต้อง ออกแบบและทำอย่างรัดกุมมากกว่าการรับมือในลักษณะที่เป็นกรณีฉุกเฉิน การพัฒนาองค์ความรู้โดย งานวิจัยและนวัตกรรมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในยุคปัจจุบันเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาและการรับมือการ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและอาจขึ้นในอนาคต

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี เป็นสถาบันการศึกษาที่มุ่งให้มีการพัฒนาด้านวิชาการ ให้มีคุณภาพเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาชุมชนและสังคมโดยการดำเนินดีพิมพ์บทความต่าง ๆ และเผยแพร่ ผลงานมาอย่างต่อเนื่อง วารสารวิจัย และนวัตกรรมฉบับนี้รวบรวมและนำเสนอดีพิมพ์บทความวิจัย บทความวิชาการ และบทความนวัตกรรมต่าง ๆ ที่หลากหลายในด้านการพยาบาลและสาธารณสุข หวังว่า วารสารฉบับนี้จะมีคุณค่าด้านวิชาการที่จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้สนใจศึกษาค้นคว้า นำไปใช้อ้างอิงใน งานวิจัย นวัตกรรมและงานวิชาการ อันจะเกิดองค์ความรู้ต่อยอดที่มีประโยชน์ต่อประเทศชาติต่อไป ในนาม ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี และกองบรรณาธิการวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ ขอขอบคุณเจ้าของบทความทุกท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิภายในและภายนอกที่ให้ข้อเสนอแนะเพื่อความสมบูรณ์ของ บทความ ขอขอบคุณทุกฝ่ายที่ได้สนับสนุนให้วารสารฉบับนี้สำเร็จตามเป้าหมาย

ดร. รุ่งนภา จันทรา

บรรณาธิการ

## สารบัญ

เรื่อง	หน้า
- การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง: บทบาทของพยาบาล The Conducting of Self-Help Group in Adolescents with Cancer: Nurses' Roles	1 - 14
- การเปรียบเทียบผลลัพธ์ ระหว่างการสอนแบบมีแบบแผน และการสอนแบบปกติในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ A Comparison of Results between Formal Teaching and Normal Teaching in Uncontrolled Diabetes Patient.	15 - 29
- ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยไอซียู อายุรกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี Effectiveness of Implementing Clinical Nursing Practice Guidelines for Prevention of Unplanned Endotracheal Extubations in Medical Intensive Care Unit, Suratthani Hospital.	30 - 44
- ความคาดหวังและความเป็นจริงต่อการรับบริการของญาติผู้ป่วยหอผู้ป่วยเครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ Expectations and Truthfulness to The Services of Their Relatives Ventilator Ward Chumphon Khet Udomsak Hospital.	45 - 56
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์กรของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร Factors Affecting Organizational Commitment of Personnel under the Auspices of Public Health Office of Tha Sae District, Chumphon Province.	57 - 71
- การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะช็อคจากการเสียเลือด: กรณีศึกษา 2 ราย Nursing Care of Acute Upper Gastrointestinal Bleeding with Hypovolemic Shock : 2 Case Studies	72 - 84
- การพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing Care for Patients with Sepsis in Critical Care, Ranong Hospital	85 - 97
- การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing Care of Coronary Artery Disease: 2 Case Study	98 - 110
- การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดนิ่วในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง: กรณีศึกษา 2 ราย Nursing Care in Patients Who Receive Anesthesia for Percutaneous Nephrolithotomy : 2 Case Studies	111 - 125

## การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง: บทบาทของพยาบาล

ธนิดา ทีปะपाल, ปภาสินี แซ่ดีว, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี, e-mail: bk\_or301@hotmail.com

### บทคัดย่อ

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นการรวมกลุ่มโดยสมัครใจ จากกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาค้ำค้ำเคียงกัน เพื่อร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์เหล่านั้น โดยกลุ่มบุคคลจะเป็นผู้กำหนดวัตถุประสงค์ และดำเนินการในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาจากบุคคลภายในกลุ่ม เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการปรับใช้กับตนเอง โดยไม่ต้องมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นกิจกรรมหนึ่งที่ช่วยให้จุดมุ่งหมายของการพยาบาลประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และเผชิญปัญหาต่างๆ ได้

บทความวิชาการมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทของพยาบาลในการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อพัฒนาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งให้ดีขึ้น บทบาทของพยาบาลในการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีหน้าที่ให้การช่วยเหลือ และสนับสนุนแหล่งประโยชน์ต่างๆ ส่งเสริมบรรยากาศเป็นมิตร และบรรยากาศของการมีส่วนร่วม ตรวจสอบ และแก้ไขข้อมูล เพื่อให้สมาชิกได้รับรู้ข้อมูลที่ต้องการ รวมถึงประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

**คำสำคัญ:** บทบาทพยาบาล, ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง, การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

## The Conducting of Self-Help Group in Adolescents with Cancer: Nurses's roles

Thanida Teepapal, Paparsinee Saetew, Boromarajonani College of Nursing Suratthani

*e-mail:* bk\_or301@hotmail.com

### Abstract

Self-help groups are voluntary groups which consists of a group of people with similar problems in order to share their experiences. The group of people will determine the objectives and proceed the participation in group activities. They share and learn from each other without specialist involvement about how to cope and deal with their problems in order to apply to oneself. Self-help groups are activities that leads the nursing goal to be accomplished and enhance patients to do self-care and deal with their problems. This academic article aims to present nurses' roles in conducting of self-help groups to improve and promote the quality of life of adolescents with cancer. The nurses' roles of include helping and supporting useful resources. Moreover, nurses should promote friendly and participatory atmosphere, verify and correct information and experiences for the group members. as a result of better quality of life for adolescents with cancer.

**Keywords:** Nurses's roles, Adolescents with Cancer, Self-Help Group,

## บทนำ

โรคมะเร็ง (Cancer) คือ กลุ่มเซลล์ที่มีลักษณะผิดปกติและไม่สามารถควบคุมการแบ่งเซลล์ที่เกิดขึ้นได้ หรือมีการแพร่กระจายไปในเซลล์ที่อยู่รอบด้านและอวัยวะใกล้เคียง โรคมะเร็งในเด็กเป็นโรคมะเร็งที่เกิดในวัยตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 15 ปี เป็นโรคที่มีอัตราเกิดน้อยกว่าในผู้ใหญ่ โดยคิดเป็นประมาณ 1 ใน 10 ของโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ เกือบทั้งหมดเป็นมะเร็งชนิดแตกต่างจากผู้ใหญ่ (Kriphaiboon, 2016) และยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ อีกด้วย สถิติการเกิดโรคมะเร็งในเด็กทั่วโลกที่มีอายุระหว่าง 0–19 ปี มีประมาณ 300,000 คนปี(WHO, 2018)ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ในผู้ป่วยเด็กเพศชายอายุระหว่าง 0 – 4 ปี จำนวน 21.7 ต่อประชากร 100,000 คน ผู้ป่วยเด็กเพศชายอายุระหว่าง 5 – 9 ปี จำนวน 16.6 ต่อประชากร 100,000 คน และผู้ป่วยเด็กเพศชายอายุระหว่าง 10–14 ปี จำนวน 10.2 ต่อประชากร 100,000 คน ส่วนในผู้ป่วยเด็กเพศหญิงอายุระหว่าง 0 – 4 ปี จำนวน 14.1 ต่อประชากร 100,000 คน ผู้ป่วยเพศหญิงอายุระหว่าง 5 – 9 ปี จำนวน 10.5 ต่อประชากร 100,000 คน และผู้ป่วยเพศหญิงอายุระหว่าง 10–14 ปี จำนวน 9.4 ต่อประชากร 100,000 คน(Imsamran, Chaiwarawattana, Wiangnon, Pongnikorn, Suwanrungrung, Sangrajrang et al, 2015)

การรักษาโรคมะเร็งในเด็กวัยรุ่นมีเป้าหมายแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับชนิด ขนาดและระยะของโรคมะเร็ง มีทั้งเพื่อให้หายจากโรค และเพื่อบรรเทาอาการ โดยจะมีการพิจารณาเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมกับชนิดและสภาวะของโรคมะเร็งขณะนั้น วิธีการรักษาโรคมะเร็งที่เลือกใช้ทั่วไป ได้แก่ วิธีการรักษาที่เป็นมาตรฐาน มี 3 วิธีหลัก คือ 1) การให้ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) 2) การฉายรังสี (Radiation Therapy) และ 3) การผ่าตัด(Surgery) นอกจากนี้ยังอาจมีการรักษาทางเลือกอื่น ได้แก่ การรักษาทางอิมมูโนวิทยา การปลูกถ่ายไขกระดูก การรักษาด้วยฮอร์โมน ยีนบำบัดโดยจะเลือกใช้วิธีการรักษาเหล่านี้เพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง การรักษาอาจเป็นวิธีการรักษาแบบเดี่ยวหรือแบบผสมผสาน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งจะได้รับการรักษาด้วยวิธีการรักษาแบบผสมผสาน (Nuchprayoon, 2018; Kriphaiboon, 2019) การรักษาโรคมะเร็งมีความเจริญก้าวหน้าและมีประสิทธิภาพที่ดีขึ้น โดยแนวทางการรักษามักจะใช้หลายวิธีร่วมกัน โดยเป้าหมายของการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งหายขาด หรือประคับประคองให้มีอายุที่ยืนยาวขึ้น และแม้ว่าการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ จะให้ประสิทธิภาพในการรักษาสูง แต่ในขณะเดียวกันก็อาจเกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงหลายอย่าง ซึ่งเป็นสิ่งที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง (Teepapal & Saetew, 2019)

การดูแลผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งด้วยวิธีการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งเป็นการรวมตัวของกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาคล้ายกัน จัดตั้งและควบคุมโดยบุคคลภายในกลุ่ม การเข้ากลุ่มจะมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เป็นปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต และมีการเรียนรู้เกี่ยวกับ

วิธีการเผชิญปัญหาจากบุคคลภายในกลุ่ม เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการปรับใช้กับตนเอง นอกจากนี้ ยังเป็นการรวมกลุ่มเพื่อปรึกษาหารือกัน ให้ความช่วยเหลือกัน ในรูปแบบต่างๆ ตามวัตถุประสงค์ที่สมาชิกกลุ่มร่วมกันกำหนดขึ้น โดยใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาร่วมกันแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน บทควมวิชาการฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทของพยาบาลในการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อพัฒนาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งให้ดีขึ้น

### โรคมะเร็งในเด็กวัยรุ่น

โรคมะเร็งในเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคสูง แต่มีโอกาสรักษาให้หายได้ ขึ้นอยู่กับระยะของโรค และชนิดของเซลล์มะเร็ง รวมถึงการตอบสนองต่อการรักษา อายุ และสุขภาพของเด็ก วิธีการรักษา ได้แก่ การผ่าตัด การใช้เคมีบำบัด และวิธีรังสีรักษา โรคมะเร็งเป็นโรคที่ต้องทำการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน มีความรุนแรงและคุกคามต่อชีวิต แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่การรักษาและติดตามผลหลังการรักษาต้องใช้ระยะเวลานาน ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งต้องเผชิญกับการเกิดอาการข้างเคียงจากโรคและการรักษาต่างๆ ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง และครอบครัว

### ผลกระทบของโรคมะเร็งต่อผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นและครอบครัว

เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว ดังนี้

#### ผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็ก ได้แก่

1. ด้านร่างกาย จะเป็นผลกระทบโดยตรงที่เกิดกับผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง อาจเกิดจากผลกระทบของโรคและจากการได้รับการรักษาจากยาเคมีบำบัด ได้แก่ เยื่อบุช่องปากอักเสบ เบื่ออาหารเนื่องจากการรับรสเปลี่ยน ความอยากรับประทานอาหารลดลง คลื่นไส้ อาเจียน เป็นอาการที่พบมากที่สุด ขึ้นอยู่กับชนิดและปริมาณยาของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ท้องร่วง ผิวดำคล้ำ และมีความไวต่อแสงแดด ผม่ว่ง ไชกระดูกผลิตเม็ดเลือดลดลง การทำงานของร่างกายมีกำลังลดลง การเจริญเติบโตช้า รวมถึงมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง (Maurice-Stam, Oort, Last, Brons, Caron, & Grootenhuis, 2009; Siriboonpipatthana, 2014; Sonkongdang, Kantawang & Niyomkar, 2015; Thai Society of Clinical Oncology, 2016; Nuannoo & Jiwarat, 2017; Kriphaiboon, 2019; Suwantharat, 2019)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ ได้แก่ กลัวเกี่ยวกับการกลับมาเป็นซ้ำของโรค เนื่องจากผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งเคยมีประสบการณ์การรักษาและจากพยาธิสภาพของโรคที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตโดยตรง มีภาวะซึมเศร้า รวมถึงการที่ต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยภายในโรงพยาบาล จากการ

เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ส่งผลกระทบต่อความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง นั่นคือผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ ขาดการควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต (Wick & Mitchell, 2010) เผชิญความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษา ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งทุกคนต้องเผชิญและหลีกเลี่ยงไม่ได้ เกิดความเจ็บปวด หากไม่ได้รับการแก้ไขในเบื้องต้น ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งจะจำฝังใจ และเป็นประสบการณ์ที่ไม่ดี เกิดความคิดทางด้านลบ ไม่มีความสุข เป็นจุดเริ่มต้นให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งแสดงพฤติกรรมด้านลบ เช่น ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา กลัวการรักษา เป็นต้น และอาจจะส่งผลกระทบต่อด้านอื่นๆ ตามมา(Wacharasin, Khamngoen, Rattanamane, Sriprasarn & Chivanon, 2017; Nuchprayoon, 2018; Kriphaiboon, 2019; Suwantharat, 2019)

3. ผลกระทบด้านสังคม ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งจะทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียการควบคุมในตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลให้สัมพันธ์ภาพกับสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลง เกิดความห่างเหินหรือเกิดการปกป้องมากเกินไปเนื่องจากผู้ปกครองบางรายรู้สึกผิดให้การดูแลเด็กป่วยมากจนอาจจะเลยบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว ส่งผลให้พี่น้องของผู้ป่วยเด็กอาจเกิดความต่อต้าน นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจะทำให้ผู้ป่วยเด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จึงต้องหยุดเรียนบ่อยๆ ผู้ป่วยเด็กอาจจะมีปัญหาเกี่ยวกับปฏิริยาของเพื่อนร่วมชั้นเรียนที่จะมีต่อตัวผู้ป่วยเด็กเอง โดยเฉพาะการขาดเรียนบ่อยๆ หรือการกลับมาเรียนพร้อมกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ผอมลงหรือสูญเสียอวัยวะ(Li, Chung, & Chiu, 2010; Nuchprayoon, 2018; Kriphaiboon, 2019)

4. ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ เป็นผลกระทบอีกด้านหนึ่งที่ส่งผลต่อผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งไม่น้อยกว่าด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เนื่องจากจิตวิญญาณเป็นความรู้สึกส่วนลึกภายในจิตใจของบุคคล ที่แสดงถึงภาวะสงบ มีความเข้มแข็งในจิตใจ ยอมรับความจริง แต่เมื่อเกิดภาวะความเจ็บป่วยขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งบางรายอาจเกิดความสงสัยในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นว่าทำไมต้องเกิดกับตนทั้งที่ตนเองเป็นคนดี ทำความดีมาตลอด ทำให้เกิดความสงสัยในความสัมพันธ์กับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองนับถือ อาจเกิดความบิบบั่นทางด้านจิตวิญญาณ และเกิดความรู้สึกขัดแย้งมาจากส่วนลึกภายในจิตใจ หรือในผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งที่มีร่างกายที่อ่อนแอลง(Nuchprayoon, 2018; Kriphaiboon, 2019)

### **ผลกระทบต่อครอบครัว ได้แก่**

1. ด้านร่างกาย เมื่อนบุตรมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ก็ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของบุคคลในครอบครัว ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ร่างกายทรุดโทรม และอาจเกิดการเจ็บป่วยตามมาได้ ซึ่งผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้น มาจากสาเหตุ เช่น มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน โดยบุคคลใดบุคคลหนึ่งต้องเฝ้าผู้ป่วยเด็ก

ตลอดเวลา จนไม่มีเวลาหรือสนใจตนเอง หรือบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวต้องทำงานหนักมากขึ้น เป็นต้น (Nuchprayoon, 2018; Phenglakorn, Patoomwan, & Phuakpet, 2018)

2. ด้านจิตใจ ผู้ปกครองส่วนใหญ่มักจะตกอยู่ในภาวะวิกฤตเมื่อทราบว่าบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง จะเกิดปฏิกิริยาหลายอย่าง เช่น ตกใจ ไม่เชื่อ โกรธ ไปจนถึงท้อแท้ ซึมเศร้า เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคที่มีความรุนแรง เรื้อรัง ทำให้การดำเนินชีวิตที่ปกติเปลี่ยนไปจากเดิม ผู้ปกครองมักจะมีควมวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาและความรุนแรงของโรค หรือบางครอบครัวกลัวการกลับมาเป็นซ้ำของโรค หรือการแพร่กระจายไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย (Nuchprayoon, 2018; Phenglakorn, Patoomwan, & Phuakpet, 2018)

3. ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ เช่น ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ไม่มีเวลาทำกิจกรรมนอกบ้าน ทำให้ถูกแยกตัวจากสังคม กลุ่มเพื่อน และกลุ่มญาติพี่น้อง ตลอดจนกระทบถึงความสัมพันธ์ระหว่างบิดาและมารดาเนื่องจากความขัดแย้งที่เกิดจากความเจ็บป่วยของบุตร รวมถึงผลต่อด้านเศรษฐกิจ เช่น มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย การเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและใช้จ่ายด้านอื่นๆ เช่น ค่าอาหาร ค่าเดินทาง ค่าอุปกรณ์ในการรักษา เป็นต้น อาจจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น บางครอบครัว อาจจะต้องขาดงานหรือต้องลาออกจากงานเพื่อดูแลบุตรที่ป่วยทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง บางรายต้องกู้ยืมเงินจากผู้อื่นเพื่อนำมาใช้จ่ายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร (Nuannoo & Jiwarat, 2017; Nuchprayoon, 2018; Phenglakorn, Patoomwan, & Phuakpet, 2018; Kriphaiboon, 2019)

4. ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ บางครอบครัวรู้สึกมั่นคงในจิตใจกับความรู้สึกละเลย มีการยอมรับในระบบความเชื่อ ค่านิยม และพิธีกรรมทางศาสนามากขึ้น และเพื่อทำให้ยอมรับสภาวะใกล้ตาย หรือความตายที่จะเกิดขึ้นได้อย่างสงบ โดยจะขึ้นอยู่กับบริบทแวดล้อม ความเชื่อ ความรัก ค่านิยม ประเพณี วัฒนธรรม สิ่งยึดเหนี่ยวและศาสนาของแต่ละครอบครัว รวมถึงการไม่มีเวลาไปปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา (Nuchprayoon, 2018; Phenglakorn, Patoomwan, & Phuakpet, 2018)

### การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง

กลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง เป็นการรวมกลุ่มโดยสมัครใจ จากกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน เพื่อร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์เหล่านั้น โดยกลุ่มบุคคลจะเป็นผู้กำหนดวัตถุประสงค์ และดำเนินการในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาจากบุคคลภายในกลุ่ม เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการปรับใช้กับตนเอง ซึ่งมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง เนื่องจากเด็กในวัยนี้จะมีพัฒนาการด้านความคิดเพิ่มขึ้น เข้าใจเหตุผลมากขึ้น รับรู้ความต้องการของตนเองและบุคคลรอบข้าง พิจารณาตัดสินใจด้วยตนเอง และสามารถแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ ได้ (Kaewpoolsri, 2018) กลุ่มช่วยเหลือตนเองเกิดจากแนวคิดของมาร์แรม

(Marram, 1978) ที่กล่าวไว้ว่า ผู้ที่มีประสบการณ์ยอมเป็นผู้ที่รู้ดีที่สุด และได้มีการนำแนวคิดดังกล่าวนี้ มาใช้กันอย่างแพร่หลาย

1. เป้าหมายของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง เพื่อช่วยเหลือซึ่งกัน และกันในการแก้ไขปัญหา มีการดำเนินกิจกรรมไปได้เหมาะสม มีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์ ดังนี้

1.1 ลดภาวะเครียดต่อปัญหาที่มี โดยผ่านการให้คำแนะนำ แลกเปลี่ยนกลวิธีในการเผชิญ ปัญหาอันเนื่องมาจากโรค และปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น

1.2 ช่วยให้สมาชิกได้สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเอง พฤติกรรมบางอย่างที่อาจจะ ก่อให้เกิดปัญหาในสังคม ซึ่งอาจเกิดจากความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียด เป็นต้น ซึ่งกลุ่มจะ ช่วยปรับให้เหมาะสมได้

1.3 คงไว้ซึ่งความเชื่อมั่นของสมาชิกและสิทธิอันชอบธรรมในภาวะที่มีความกดดัน หรือ ปีบบังคับจากสังคม สมาชิกมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถปรับตัวต่อปัญหาทางกาย จิตใจ สังคม และ สิ่งแวดล้อมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

1.4 มีกำลังใจในการยอมรับความจริง และพร้อมที่จะเผชิญหรือจัดการกับปัญหาได้อย่าง เหมาะสม โดยรู้สึกว่าคุณเองไม่ได้มีปัญหาคือต่อสู้กับปัญหาเพียงลำพัง

## 2. การดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

2.1 ขนาดของกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มไม่ควรมีมากหรือน้อยเกินไป หากกลุ่มมีขนาดใหญ่ เกินไปจะทำให้เกิดความคิดที่หลากหลาย แต่อาจจะมีผลเสียในด้านการควบคุม การจูงใจ สมาชิกจะมี ส่วนร่วมกับกิจกรรมน้อย มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มน้อยและอาจก่อให้เกิดกลุ่มย่อย ส่วน กลุ่มที่มีสมาชิกน้อยเกินไปจะส่งผลให้สมาชิกเกิดความอึดอัด วิตกกังวล ในการเข้ากลุ่มเพิ่มมากขึ้น และถอนตัวออกจากกลุ่มในที่สุด โดยกลุ่มที่มีความเหมาะสม ควรมีสมาชิกประมาณ 4 – 12 คน เพราะจะทำให้ปฏิสัมพันธ์กันมากที่สุดและมีความเป็นปึกแผ่นมากที่สุด (Marram, 1978; Yalom, 1995; Phongaram, 2015) จากการศึกษาผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อคุณภาพชีวิตด้าน จิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง พบว่า สมาชิกในการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีจำนวน ประมาณ 5 – 7 คน โดยส่งเสริมให้สมาชิกทุกคนมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกัน และมีการแสดงความคิดเห็นอย่างสม่ำเสมอทุกคน (Teepapal, 2014)

2.2 สถานที่และเวลาในการจัดทำกลุ่ม ควรเป็นสัดส่วน มีความเงียบสงบ ไม่มีเสียง กลิ่น รบกวนหรือสิ่งความสนใจ และมีบรรยากาศเหมาะกับการเรียนรู้ เช่น ห้องโถงโปร่งใส ไม่แออัด ที่นั่งสบาย การจัดที่นั่งควรให้สมาชิกกลุ่มและผู้นำกลุ่มนั่งเป็นวงกลม เพราะการนั่งเป็นวงกลมถือเป็นตำแหน่ง การนั่งที่ดีที่สุด เพราะจะทำให้สมาชิกได้เห็นหน้าซึ่งกันและกัน โต๊ะเก้าอี้ควรวางให้เหมาะสมกับสภาพ

ห้อง ไม่ควรขีดกันจนเกินไปจนเกิดความรู้สึกอึดอัดที่จะต้องนั่ง และไม่ห่างกันมากจนทำให้กลุ่มดูห่างเหินไม่เป็นกันเอง (Yalom, 1995; Keiywkingkeaw, 2011) ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกลุ่มเป็นเวลาว่าง ไม่มีกิจกรรมอื่นของทั้งสมาชิกและผู้นำกลุ่ม ควรกำหนดวันและเวลาที่แน่นอนสำหรับการทำกลุ่ม จะต้องมีการเริ่มและสิ้นสุดให้ตรงเวลา ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกลุ่มควรใช้ครั้งละประมาณ 1 – 1 ½ ชั่วโมง (Phongaram, 2015) สำหรับผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง ควรใช้ครั้งละประมาณ 45 นาที (Ketmarn, 2009; Teepapal, 2014) โดยความถี่ขึ้นอยู่กับเป้าหมายและความพร้อมของกลุ่ม

3. กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง สิ่งที่สำคัญที่จะสามารถทำให้การเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ประสบความสำเร็จได้นั้น จะต้องผ่านการปฏิบัติตามขั้นตอนต่างๆ ทั้ง 5 ขั้นตอน (Robinson, 1985) คือ

ขั้นที่ 1 การรวมกลุ่มครั้งแรกมีความสำคัญมาก ควรมีการเตรียมสถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวก ต้องมีการประสานงาน ติดต่อกันให้สมาชิกมีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ทำความรู้จักกัน

ขั้นที่ 2 สร้างข้อตกลงระหว่างกลุ่ม ในขั้นนี้มีประเด็นที่จะอภิปราย คือ ทำความตกลงกัน จุดมุ่งหมาย โครงสร้าง นโยบาย หรือมีหลักการร่วมกัน วิธีการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในกลุ่มแบบใด กิจกรรมที่ทำร่วมกันในกลุ่ม

ขั้นที่ 3 สำรวจปัญหาและร่วมกันวางแผนแก้ไข โดยทำการสำรวจปัญหาของกลุ่มที่ต้องการช่วยเหลือ แนวทางแก้ไข การตัดสินใจที่แน่นอนในการพบกัน กำหนดวันเวลา สถานที่ วางแผนร่วมกันในเรื่องอะไร เปิดให้มีการอภิปรายออกความคิดเห็น หาแนวทางแก้ไขร่วมกัน สร้างบรรยากาศที่ดีในกลุ่ม ความเป็นกันเอง ความไว้วางใจ ความซื่อสัตย์ เปิดเผย ช่วยเหลือกัน

ขั้นที่ 4 ให้สมาชิกได้รับรู้ผลประโยชน์ที่ได้จากกลุ่ม อาจจะเป็นความรู้ ในการแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพ ความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ ความสบายใจ ความพอใจ การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

ขั้นที่ 5 การติดตามผล การต่อเนื่องของการเข้าร่วมกิจกรรมของสมาชิก ประโยชน์ที่ได้รับในด้านต่างๆ เช่น การแก้ปัญหา ได้รับกำลังใจ การได้ร่วมกิจกรรม ช่วยเหลือกลุ่ม ได้เพื่อนใหม่ มีความรู้ ประสบการณ์เพิ่มขึ้น ได้รับการพัฒนาความสามารถตัวเองด้านใดบ้าง ได้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านใดบ้าง

4. การดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง การดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นขั้นตอนของการใช้เทคนิควิธีการต่างๆ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มรู้จักตนเอง เข้าใจปัญหาของตน สามารถค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง โดยการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง แบ่งเป็น 3 ระยะ (Marram, 1978; Haight & Gibson, 2005) ได้แก่

4.1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ (Initial Phase) เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพของสมาชิกกลุ่ม เนื่องจากระยะแรกนี้สมาชิกจะมีความอึดอัดและกังวล สนใจตนเองมาก สนใจผู้อื่นน้อย ไม่แน่ใจว่าตนเองจะต้องพูดอะไรหรือทำอะไรในกลุ่ม มีความต้องการที่จะให้กลุ่มยอมรับตน กลัวการที่จะเปิดเผยตนเองให้กลุ่มรู้จัก ระยะนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทำความรู้จัก ช่วยให้สมาชิกรู้สึกปลอดภัย มีความมั่นคงทางจิตใจ เพื่อนำไปสู่ความไว้วางใจและเกิดความเชื่อมั่น ตลอดจนจนการรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกกลุ่ม การสร้างสัมพันธภาพจำเป็นต้องใช้เวลาเพื่อให้เกิดการปรับตัวและเกิดความไว้วางใจ ผู้นำกลุ่มจะต้องสร้างบรรยากาศของการเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย และควรย้าให้สมาชิกกลุ่มทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายของกลุ่ม ระยะเวลา สถานที่ กฎและแนวทางปฏิบัติตนในการเข้ากลุ่ม ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 10 – 20 นาที

4.2 ระยะดำเนินการ (Working Phase) เป็นระยะที่สมาชิกภายในกลุ่มเกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นมากขึ้น กล้าที่จะเปิดเผยและระบายความรู้สึก ยอมรับว่าตนเองมีปัญหา รับฟังแนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดจากประสบการณ์ของสมาชิกคนอื่นๆ และเลือกวิธีการแก้ปัญหาเพื่อปรับใช้กับตนเอง ในระยะนี้สมาชิกทุกคนจะเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับซึ่งจะทำให้สมาชิกที่เป็นเจ้าของปัญหาจะรู้สึกว่าตนเองมีเพื่อนที่มีปัญหาล้ายกัน และสมาชิกที่ให้คำแนะนำหรือแนวทางแก้ปัญหาจะรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับ ทำให้ตนเองมีคุณค่าเพิ่มมากขึ้น ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่สำคัญในการช่วยให้กลุ่มบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่ม เสริมสร้างความเชื่อมั่นของสมาชิก เชื้ออำนาจให้กลุ่มได้อภิปรายปัญหา และหาแนวทางในการช่วยเหลือการทดสอบความถูกต้อง เพื่อให้สมาชิกมีความมั่นใจในการนำวิธีไปใช้ในการแก้ปัญหาต่อไป ระยะนี้ใช้เวลา 40 – 50 นาที

4.3 ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม (Final Phase) เป็นระยะที่การดำเนินการกลุ่มจะยุติลง หลังจากการที่มีการดำเนินการกลุ่มมาระยะหนึ่งแล้ว โดยผู้นำกลุ่มจะต้องแจ้งให้สมาชิกทราบล่วงหน้าว่าการดำเนินการกลุ่มจะสิ้นสุดลง จะเป็นการสรุปและประเมินผลการดำเนินการกลุ่ม รวมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึกจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม พยายามทำให้สมาชิกเห็นถึงประโยชน์ที่เกิดจากการเข้าร่วมกลุ่ม และนำประโยชน์ดังกล่าวไปปรับใช้เมื่อออกจากกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ระยะนี้เกิดขึ้นในช่วง 10 – 20 นาที ก่อนปิดการประชุม

5. ลักษณะเฉพาะของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง รูปแบบของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้รับการยอมรับ การเข้าใจ โดยการช่วยเหลือจากระบบค้ำจุนภายในกลุ่ม แตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ เช่น การให้คำปรึกษากลุ่ม (Group Counseling) กลุ่มจิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นต้น ซึ่งลักษณะเฉพาะของกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีลักษณะเด่นชัด ดังนี้

5.1 มีการให้การสนับสนุนและให้ความรู้โดยกลุ่มสมาชิก (Distinguished by Their Supportive and Education Aims)

5.2 เน้นไปที่เหตุการณ์ที่ทำให้ชีวิตยุ่งยากเพียงอย่างเดียว (Focus on a Single Life Disrupting Event)

5.3 มีจุดประสงค์เบื้องต้น คือการสนับสนุนให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลง (Primary Purpose of Supporting Personal Change)

5.4 เป็นกลุ่มนิรนามและมีความเป็นส่วนตัว (Anonymous and Confidential Nature)

5.5 สมาชิกเข้าร่วมกลุ่มด้วยความสมัครใจ (Voluntary Membership)

5.7 ผู้นำกลุ่มมาจากผู้ป่วยด้วยกันเอง (Member Leadership)

5.7 ไม่มีการแสวงหากำไรหรือผลประโยชน์ใดๆ จากการเข้ากลุ่ม (Absence of Profit Orientation)

การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง เป็นการเข้าร่วมกลุ่มตามระยะเวลาที่สมาชิกร่วมกันกำหนด โดยระยะเวลาที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยในวัยนี้คือ การเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ครั้งละประมาณ 30 – 45 นาที ความถี่ในการเข้าร่วมกลุ่มในแต่ละครั้งโดยจัดจำนวน 4 ครั้ง เป็นเวลา 4 วันติดต่อกัน โดยการเข้ากลุ่มในครั้งแรกจะเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แนะนำตนเอง และในครั้งต่อไปสมาชิกกลุ่มจะร่วมกันเสนอประเด็นต่างๆ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งหัวข้อและการเรียงลำดับหัวข้อของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองขึ้นอยู่กับความต้องการของสมาชิกกลุ่ม (Ketmarn, 2009; Teepapal, 2014) การเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์การเจ็บป่วย การรักษา การเข้ากลุ่มในลักษณะนี้ทำให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งกล้าพูด กล้าที่จะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน โดยไม่ต้องกังวลว่าสมาชิกในกลุ่มจะไม่เข้าใจ ได้ระบายความรู้สึกนึกคิด มีความรู้สึกผ่อนคลายจากสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเพื่อนภายในกลุ่ม ก่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งที่ดีของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

### บทบาทของพยาบาลในการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง

กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ช่วยให้จุดมุ่งหมายของการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งได้มีการรวมกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เสนอปัญหา และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ร่วมกัน ตามกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งได้รับทราบข้อมูล และประสบการณ์ที่ดีที่เกิดขึ้นได้จริง ร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ยอมรับและเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ โดยพยาบาลจะมีหน้าที่ให้การช่วยเหลือ และสนับสนุน ดังนี้

1. เป็นผู้ยืนยัน ตรวจสอบ และแก้ไขข้อมูล พยาบาลเป็นวิชาชีพที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย โดยต้องใช้องค์ความรู้ รวมถึงความสามารถทางวิชาการในการปฏิบัติงาน ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองนั้นนับเป็นผู้ที่มีความสำคัญเนื่องจากจะต้องเป็นผู้ยืนยันข้อมูลเพื่อให้

สมาชิกในกลุ่มมีความมั่นใจในการรับรู้ข้อมูลที่ต้องการ รวมถึงจะต้องมีการตรวจสอบข้อมูลที่สมาชิกนำมาแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันและหากสมาชิกมีการรับรู้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง พยาบาลย่อมต้องนำองค์ความรู้มาอธิบายและให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เพื่อให้สมาชิกรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้อง

2. เป็นผู้ติดต่อประสานงานในกลุ่ม พยาบาลมีบทบาทเป็นตัวกลางในการติดต่อกับสมาชิก รวมถึงเป็นผู้ส่งเสริมบรรยากาศเป็นมิตร และบรรยากาศของการมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้เกิดความร่วมมือภายในกลุ่มและเกิดผลสัมฤทธิ์ตามที่กำหนด

3. เป็นแหล่งประโยชน์พยาบาลเป็นศูนย์กลางเพื่ออำนวยความสะดวกในการจัดเตรียมสถานที่สำหรับสมาชิกกลุ่ม รวมถึงจัดเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ทางกายภาพ และอธิบายเกี่ยวกับวิธีการใช้เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงการทำงานและการรักษาที่ตนเองได้รับที่ถูกต้อง และมีความเข้าใจตรงกัน เป็นต้น

4. เป็นผู้นำกลุ่มในระยะแรกและเตรียมตัวสมาชิกผู้ที่จะเป็นผู้นำกลุ่มคนต่อไปเนื่องจากการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในระยะแรกสมาชิกทุกคนยังไม่รู้จักและมีความสนิทสนมกัน พยาบาลจึงมีหน้าที่เพื่อที่จะส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มทุกคนรู้จักตนเองและรู้จักผู้อื่น เข้าใจในความต้องการของตนเองและผู้อื่น ยอมรับสภาพความเป็นจริงของตนเอง ยอมรับความแตกต่างในตัวสมาชิกคนอื่นๆ สิ่งเหล่านี้จะเป็นพื้นฐานที่ดีในการเริ่มต้นการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่ประสบความสำเร็จ นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทในการเตรียมตัวสมาชิกภายในกลุ่มเพื่อที่จะเป็นผู้นำกลุ่มคนต่อไปตามหลักของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยสมาชิกจะต้องเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมภายในกลุ่ม ร่วมกันคิด และตัดสินใจซึ่งกันและกัน

5. ไม่เป็นผู้ตัดสินใจให้สมาชิกคนใดคนหนึ่ง หรือกลุ่มพยาบาลเป็นเพียงผู้สนับสนุนข้อมูลที่ถูกต้องหรืออำนวยความสะดวกตามที่สมาชิกกลุ่มต้องการตามความเหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองเกิดจากการตัดสินใจด้วยตนเอง มีแนวปฏิบัติหรือวิธีการแก้ไขปัญหาโดยเกิดจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากสมาชิกภายในกลุ่ม ทำให้สมาชิกทุกคนเกิดความภาคภูมิใจและเป็นการเสริมสร้างศักยภาพในกลุ่มให้มีความเข้มแข็งเพิ่มขึ้น

6. กระตุ้นและสนับสนุนให้สมาชิกเข้าร่วมกลุ่มการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่ประสบความสำเร็จ สมาชิกกลุ่มจะต้องมีความคุ้นเคยกัน สมาชิกกลุ่มไม่จำเป็นต้องปรับตัวบ่อยๆ กระบวนการของกลุ่มจะดำเนินไปเรื่อยๆ จะไม่ถูกขัดจังหวะ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอตามที่ภายในกลุ่มได้มีการตกลงซึ่งกันและกัน

7. ติดตามประเมินผลการปรับตัว และความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิกการติดตามสมาชิกอย่างสม่ำเสมอจะทำให้สามารถประเมินพฤติกรรมหรือการปรับตัว รวมถึงความสามารถในการดูแลตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของสมาชิกได้ การติดตามผลจะมีการประเมินทั้งในระยะสั้น

และระยะยาว หรือพยาบาลอาจจะเป็นผู้ที่แนะนำให้สมาชิกกลุ่มทั้งหมดเกิดการรวมตัวอีกครั้งเพื่อร่วมกันประชุมและติดตามผล ซึ่งการติดตามผลนี้มีส่วนช่วยให้สมาชิกแต่ละคนสามารถแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

### บทสรุป

การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นการรวมกลุ่มของผู้ที่มีประสบการณ์ การเผชิญปัญหาที่คล้ายคลึงกัน มารวมกลุ่มซึ่งกันและกันเพื่อทำกิจกรรมแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นประสบการณ์ เพื่อเอาชนะปัญหาที่เกิดขึ้น สมาชิกต่างให้ความช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกัน กลุ่มมีลักษณะเป็นเพื่อน เป็นมิตร จริงใจต่อกัน เน้นการพูดคุยด้านภาษาที่เข้าใจกันในความรู้สึก การทำงานของกลุ่มเกิดจากปฏิสัมพันธ์และความไว้วางใจ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้มแข็งและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บทบาทของพยาบาลในการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งเพื่อส่งเสริมให้การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองประสบความสำเร็จมีบทบาท ดังนี้ 1) เป็นผู้ยืนยัน ตรวจสอบ และแก้ไขข้อมูล 2) เป็นผู้ติดต่อประสานงานในกลุ่ม 3) เป็นแหล่งประโยชน์ 4) เป็นผู้นำกลุ่มในระยะแรกและเตรียมตัวสมาชิกผู้ที่จะเป็นผู้นำกลุ่มคนต่อไป 5) ไม่เป็นผู้ตัดสินใจให้สมาชิกคนใดคนหนึ่งหรือกลุ่ม 6) กระตุ้นและสนับสนุนให้สมาชิกเข้าร่วมกลุ่ม 7) ติดตามประเมินผลการปรับตัว และความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิก

ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พยาบาลจะต้องเข้าใจถึงวิธีการ และบทบาทของตัวเองในการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อเป็นแหล่งสนับสนุนการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่มีประสิทธิภาพ ตอบสนองวัตถุประสงค์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

### ข้อเสนอแนะ

การปฏิบัติการพยาบาลในการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในเด็กป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งให้มีประสิทธิภาพนั้น พยาบาลควรเข้าใจถึงบทบาทและขอบเขตของตนเอง เพื่อส่งเสริมความสามารถภายในกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นในการแก้ปัญหา เพื่อให้สมาชิกมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### References

Haight, B., & Gibson, F. (2005). *Burnside's Working with Older Adults: Group Process and Techniques* (4<sup>th</sup> ed). Boston: Jones & Bartlett.

- Imsamran, W., Chaiwarawattana, A., Wiangnon, S., Pongnikorn, D., Suwanrungrung, K., Sangrajrang, S. & Buasom, R. (2015). *Cancer in Thailand. (Vol VIII, 2010-2012)*. Bangkok: New Thammasat Press. (in Thai)
- Kaewpoolsri, C. (2018). *Adolescent behavior*. Retrieved June 20, 2020, from [https://www.phyathai.com/article\\_detail/2871/th/พัฒนาการเด็กวัยรุ่น,-เด็กวัยรุ่นตอนต้น](https://www.phyathai.com/article_detail/2871/th/พัฒนาการเด็กวัยรุ่น,-เด็กวัยรุ่นตอนต้น)
- Keiywkingkeaw, S. (2011). *Psychiatric Nursing (2<sup>nd</sup> ed.)*, Thammasat University: PathumThani. (in Thai)
- Ketmarn, P. (2009). "Self-Help Group. In Piyasil, W. & Ketmarn, P." *Child and Adolescent Psychiatry (2<sup>nd</sup> ed.)*. (289 - 296). Bangkok: Thanapress. (in Thai)
- Kriphaiboon, P. (2016). *Statistics of Pediatric with Cancer*. Retrieved from [https://med.mahidol.ac.th/cancer\\_center/th/news/event/22082016-1521-th](https://med.mahidol.ac.th/cancer_center/th/news/event/22082016-1521-th)
- Li, H. C. W., Chung, O. K. J., & Chiu, S. Y. (2010). *The Impact of Cancer on Children's Physical, Emotional, and Psychosocial Well-Being*. *Cancer Nursing TM*, 33(1), 47-54.
- Marram, G. D. (1987). *The Group Approach in Nursing Practice (2<sup>nd</sup> ed.)*. St. Louis, MO: C.V.Mosby.
- Maurice-Stam, H., Oort, F. J., Last, B. F., Brons, P. P. T., Caron, H. N., & Grootenhuis, M. A. (2009). School-Age Children After the End of Successful Treatment of Non-Central Nervous System Cancer: Longitudinal Assessment of Health-Related. Quality of Life, Anxiety, and Coping. *European Journal of Cancer Care*, 18, 401-410. doi: 10.1111/j.1365- 2354.2008.01041.x
- Nuannoo, P., & Jiwarat, P. (2017). Development of a Care System for Pediatric Cancer Patients undergoing Chemotherapy in Suratthani Hospital. *Region 11 Medical Journal*, 31(1), 97 - 108. (in Thai)
- Nuchprayoon, I., (2018). *Principles of cancer treatment in children*. Retrieved June 20, 2020, from <https://wishingwellthailand.org/knowledge/>
- Phenglakorn, K., Patoomwan, A., & Phuakpet, K. (2018). Quality of Life among Caregivers of Children with Cancer undergoing Treatment. *Ramathibodi Nursing Journal*, 24(2), 122 – 136.

- Phongaram, I. (2015). *The Effect of Self-Help Group on Self Esteem in Elderly with Leprosy*. Retrieved from Faculty of Nursing, Burapha University.
- Robinson, D. (1985). Self-Help Group. *Journal of Hospital Medicine*, 34(2), 109 – 111.
- Siriboonpipatthana, P. (2014). *Nursing Care of Pediatric*. Yudtharin Printing, Nonthaburi. (in Thai)
- Sonkongdang, W., Kantawang, S., & Niyomkar, S. (2015). Factors Influencing Caregivers' Behaviors Regarding Nutritional Care for Preventing Infection in Leukemic Children with Chemotherapy Induced Neutropenia. *Nursing Journal*, 42, 94 – 106.
- Suwantharat, N. (2019). *Cancer in Child*. Retrieved June 20, 2020, from <https://www.samitivejhospitals.com/th/5โรคมะเร็งในเด็ก>
- Teepapal, T. (2014). *Effect of Self-Help Group on the Psychological Dimension of Quality of Life of Adolescents with Cancer*. Retrieved from Faculty of Nursing, Prince of Songkla University.
- Teepapal, T., & Saetew, P. (2019). Quality of Life and Its Related Factors in Children with Cancer: A Literature Review. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6(2), 244 – 250.
- Thai Society of Clinical Oncology. (2018). *Cancer*. Retrieved from June 20, 2020, [http://www.thethaicancer.com/Webdocument/People\\_article/People\\_article\\_001.html](http://www.thethaicancer.com/Webdocument/People_article/People_article_001.html)
- Wacharasin, C., Khamngoen, R., Rattanamanee, K., Sriprasarn, C., & Chivanon, N. (2017). Suffering among Parents Having Children with Leukemia. *Journal of Nursing and Health*, 35(3), 78 – 88.
- Wick, L., & Mitchell, A. (2010). The adolescent cancer experience: Loss of control and benefit finding. *European Journal of Cancer Care*, 19, 778 – 785.
- World Health Organization: WHO. (2018). *Cancer in Children*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children>
- Yalom, I. D. (1995). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (4<sup>th</sup> ed.). New York: Basic Books.

# การเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างการสอนแบบมีแบบแผนและการสอนแบบปกติในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

มยุรี คุชนาม, สุรัตนา อรรถวิเชียร, ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี, โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี, จ.สุราษฎร์ธานี, e-mail: mayuree084@gmail.com

## บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความรู้ การปฏิบัติก่อนและหลังการสอนมีแบบแผนและสอนปกติ และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีการสอนมีแบบแผนและสอนปกติในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวนตัวอย่างกลุ่มสอนมีแบบแผน:สอนปกติ จำนวน 29:14คน เครื่องมือการวิจัยมี 2 ส่วน คือ 1)เครื่องมือในการทดลอง ประกอบด้วยคู่มือการเรียนรู้เรื่อง เบาหวานคุมได้ไม่มีโรคแทรกซ้อน แบบบันทึกวางแผนติดตามให้ความรู้ แบบบันทึกการติดตามกระตุ้นเตือน 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบบันทึกการวิจัยเรื่องการเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างการสอนมีแบบแผนและสอนปกติ ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญและทดสอบความเที่ยงด้วยวิธีอัลฟาครอนบาคได้ค่าความเที่ยงแบบวัดความรู้เท่ากับ .83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติอนุมาน คือ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบไม่อิสระต่อกันและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบไม่อิสระต่อกัน

ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มสอนมีแบบแผนมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหลังการสอนลดลงกว่าก่อนสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนอัตราการกรองของเสียของไตลดลงเล็กน้อย ความรู้และการปฏิบัติในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีความแตกต่างกัน กลุ่มสอนปกติมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าก่อนสอน ส่วนระดับน้ำตาลสะสมในเลือดครีเอตินินและอัตราการกรองของเสียของไตก่อนและหลังการสอนมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน ความรู้ และการปฏิบัติในการดูแลตนเองก่อนสอนมากกว่าหลังสอนและไม่มีความแตกต่างกัน 2) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่ากลุ่มสอนมีแบบแผน ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงกว่ากลุ่มสอนปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 งานวิจัยนี้เสนอแนะให้มีการสนับสนุนรูปแบบการสอนมีแบบแผน พร้อมตั้งเป้าหมายรักษาร่วมกับผู้ป่วย และติดตามการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ เรียนรู้ นำไปปรับใช้อย่างถูกต้อง ควบคุมการรักษาได้ตามเกณฑ์ เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่ายการรักษาและมีคุณภาพชีวิตที่ดีและรูปแบบการสอนจากงานวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการปรับใช้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการสอนแบบมีแบบแผน และการสอนแบบปกติ ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

## A Comparison of Results Between Formal Teaching and Normal Teaching In Uncontrolled Diabetes Patient

Mayuree Khotchanam & Surattana Atwichian, Muang Suratthani Provincial, Administrative Organization  
Primary care unit, Suratthani Hospital, *e-mail*: mayuree084@gmail.com

### Abstract

This a quasi experimental research is aimed to compare laboratory examination, knowledge and practice before and after formal and normal teaching in both groups and between groups. The samples are uncontrolled diabetes patients who were drawn by purposive sampling, they are 1) no complication of diabetes patient with CKD lower stage3 and non CVD CAD 2. FBS/DTX  $\geq 130$  mg/dl or HbA1C  $\geq 7\%$  at least 2 times. The amount of formal and normal teaching is 29:14 persons. There are 2 parts of research instruments, 1. An experimental tools such as 1.1) handbooks of uncontrolled diabetes mellitus 1.2) record form of knowledge monitoring 1.3) record form of cue to action. 2. The record form of a comparison of results between formal and normal teaching group which are verified by and experts and reliability test. The Cronbach alpha coefficient of knowledge is 0.83. The descriptive statistic and inferential statistics such as Independent t test and paired t test are used to analyze the data. The results are as follows:

The sample in the formal teaching group has statistically decreased on average of FBS and HbA1c after an experiment, slightly decrease of eGFR and increase of knowledge that has not statistically different. In normal teaching group, the average of FBS has higher than before the experiment. However, HbA1c, Creatinine and eGFR are nearby. The mean score of knowledge and self care practice in before an experiment are higher than after experiment, but has not statistically different. The comparison between groups, its show that the FBS and HbA1c in the formal teaching group are statistically significant lower than the normal teaching group.

The recommendations are a support of formal teaching together with target, aim cooperate in patient treatment and monitoring of self care for confidence, learning and correct appropriate apply in self context. To get control and treatment of target for complication reducing, expenditure costs and high quality of life are targets. The formal teaching can be applied in others non chronic disease.

**Keyword** : Formal Teaching and Normal Teaching Program, Uncontrolled Diabetes Patients.

## บทนำ

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่พบว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เป็นภาวะที่ร่างกายขาดอินซูลินหรือนำอินซูลินไปใช้ไม่ได้ มีผลทำให้เกิดภาวะผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆของร่างกาย คือ เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะกรดจากสารคีโตนคั่งในเลือด และเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่นภาวะหลอดเลือดตีบแข็ง ความดันโลหิตสูง จอประสาทตาเสื่อม ไตวาย แผลเรื้อรังและติดเชื้อง่าย เป็นต้น ฉะนั้นถ้าสามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ด้วยการดูแลตนเองโดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การช้ยาควบคุมและการปฏิบัติตนเองอย่างเหมาะสม สามารถลดภาวะแทรกซ้อนได้(Himathongkham, Ratchatanawin, & Ningsanon, 2014)

ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี และวิทยาการต่างๆมากมาย เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แต่ยังพบอุบัติการณ์การเกิดโรคเพิ่มขึ้น ปี 2013 ทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 382 ล้านคน โดยมีเบาหวานชนิดที่ 2 ถึงร้อยละ 90 ซึ่งเท่ากับร้อยละ 8.3 ของประชากรผู้ใหญ่ โดยมีอัตราเท่ากันในหญิงและชาย ในปี 2012 และ 2013 โรคเบาหวานเป็นสาเหตุให้มีผู้เสียชีวิต 1.5 ถึง 5.1 ล้านคนต่อปี เป็นสาเหตุการตายสูงสุดอันดับ 8 โดยรวมแล้วเบาหวานเพิ่มความเสี่ยงการตายอย่างน้อยสองเท่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 592 ล้านคนในปี 2035(Wikipedia, 2017) ข้อมูลสถานการณ์โรคเบาหวานจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พบว่า ความชุกของผู้มีระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติและโรคเบาหวานในประชากรอายุ ตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557 ดังนั้นจะเห็นว่าแนวโน้มที่ประเทศไทยจะบรรลุตามเป้าหมายโลกใน พ.ศ. 2568 นั้น จะต้องมีการดำเนินมาตรการต่างๆ อย่างเคร่งครัดเพื่อให้ความชุกของโรคเบาหวานไม่เพิ่มขึ้นและคงที่ ที่ระดับร้อยละ 6.9 นอกจากนี้ข้อมูลที่น่าสนใจคือ 1 ใน 11 คน จะเป็นเบาหวานโดยไม่รู้ตัว และทุก 6 วินาที จะมีคนตายจากโรคเบาหวาน (Kanchanaphibunwong, 2016)

รายงานการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพที่ 11 ปีงบประมาณ 2558 พบว่าอัตราป่วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากร มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ปีพ.ศ. 2555 – 2557 จาก 2545 เป็น 3015.2 และ 3526 ตามลำดับ และผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมสถานะความรุนแรงของโรคได้ดีเพียงร้อยละ 36.76 ข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี สาขาโรงพยาบาลองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ปี 2559 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 650 คน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพียงร้อยละ 26.2 ในจำนวนดังกล่าว มีทั้งผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ปัญหาสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานในปัจจุบันคือ การไม่สามารถควบคุมโรคและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี มีเพียงร้อยละ 37.9 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี มีเพียงร้อยละ 42.7 ควบคุมสภาวะของโรคได้ไม่ดีก็จะมีปัญหาเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาทั้งเรื่องของ ตา ไต หัวใจ สมอง และเท้า (Absuwan, 2015)

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ถึงแม้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีความหลากหลายของแนวคิดและองค์ประกอบ บุคลากรในทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลต้องทำความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อตระหนักถึงความแตกต่างของบุคคล ชนิด ช่วงเวลาของแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะช่วยพยาบาลให้มีแนวทางในการช่วยเหลือที่หลากหลาย ช่วยให้ผู้ที่เป็นเบาหวานดูแลตนเองและช่วยให้สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนให้การสนับสนุนผู้ที่เป็นเบาหวานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้สามารถอยู่กับเบาหวานได้อย่างต่อเนื่องได้ (Apinya, 2010) แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพใน 3 ด้าน คือ ช่วยปรับความรู้สึกนึกคิดพฤติกรรมของบุคคล ช่วยให้ผู้รู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่า และช่วยให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา ลดการใช้สารเสพติดและหรือบุหรี่

ปัจจุบันการจัดบริการคลินิกโรคเรื้อรังได้มีการให้ความรู้ แนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวานในระดับหนึ่ง แต่ก็ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการตนเองได้ การควบคุมโรคไม่ดี มีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน การศึกษาที่ผ่านมาแรงสนับสนุนทางสังคมโดยการใช้กระบวนการกลุ่ม จะทำให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ประสบการณ์ตรง ได้รับคำชี้แนะที่ถูกต้องจากผู้นำกลุ่ม เพื่อนสมาชิกในกลุ่ม ส่งผลให้กลุ่มทดลองซึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานได้เรียนรู้การดูแลตนเอง สามารถวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ หาแนวทางควบคุมโรค และสามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การควบคุมโรคเบาหวานของตนเองได้ (Wichayateerakul, 2010) ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคเรื้อรังได้สังเกตเห็นปัญหาดังกล่าว จึงสนใจที่จะศึกษาวิจัยเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างการสอนแบบมีแบบแผนและการสอนแบบปกติ ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ จึงได้พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีแบบแผน ทั้งการใช้คู่มือการเรียนรู้จากสื่อการสอน แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ การกระตุ้นเตือนจากครอบครัวมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งคาดว่าจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

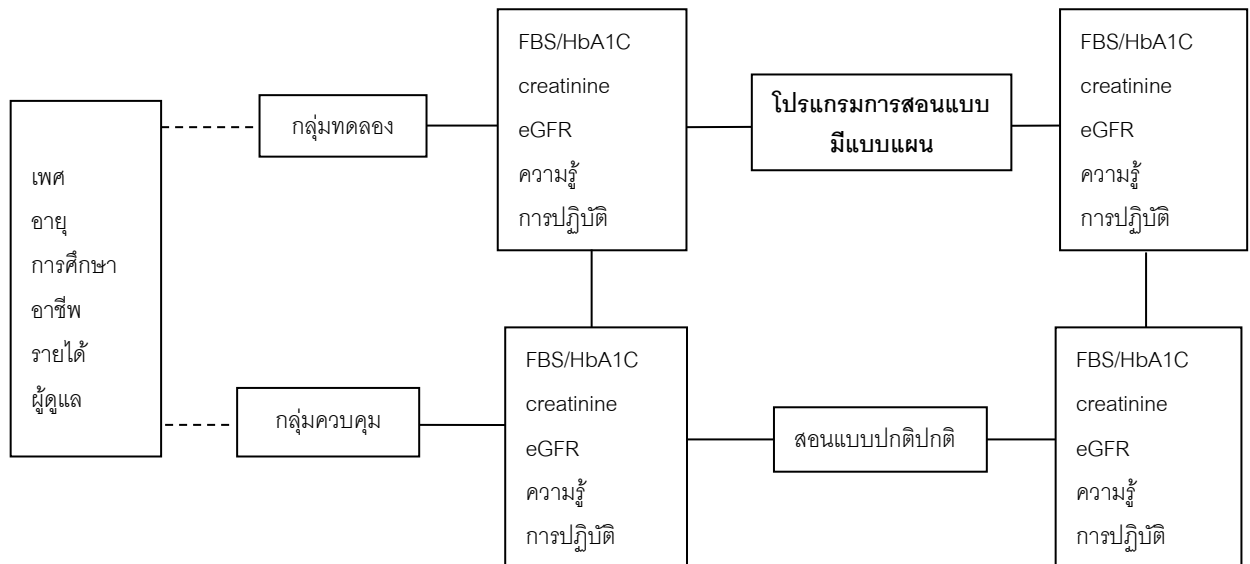
1. เพื่อเปรียบเทียบ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความรู้ การปฏิบัติ ก่อนและหลังการสอนแบบมีแบบแผนและสอนแบบปกติ ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้
2. เพื่อเปรียบเทียบ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความรู้ การปฏิบัติ ระหว่างกลุ่มที่มีการสอนแบบมีแบบแผนและสอนแบบปกติ ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

### สมมติฐานในการวิจัย

1. ภายหลังจากการสอนแบบมีแบบแผน กลุ่มตัวอย่างมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความรู้ การปฏิบัติในการดูแลตนเองดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติ
2. ภายหลังจากการสอนแบบมีแบบแผน กลุ่มทดลองมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความรู้ การปฏิบัติ ในการดูแลตนเอง ดีขึ้นกว่าก่อนสอนแบบปกติ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับความรู้โรคเบาหวาน การให้ความรู้และสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเองโรคเบาหวาน แรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Tangsuwankun, 2017) และทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวกรอบแนวคิดในการศึกษาดังนี้



### ระเบียบวิธีวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนหลัง(Quasi Experimental Research Two-Group Pretest- Posttest Design)

## ประชากร

คือผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง มีอายุระหว่าง 25-70 ปี รักษาที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี สาขาโรงพยาบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี และขึ้นทะเบียนการรักษาตั้งแต่เดือนมกราคม ปี 2557 ถึงเดือนพฤษภาคม ปี 2560

## กลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง คือผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการคลินิกโรคเรื้อรังมีอายุระหว่าง 25-70 ปี โดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ

1. ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน CKD ต่ำกว่าระยะ 3 ( $eGFR \geq 60$  มล./นาที/1.73 ตารางเมตร) ไม่มีภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease: CVD) และไม่มีภาวะกลุ่มโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจ (Coronary Artery Disease: CAD)
2. มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 130 mg/dl หรือระดับน้ำตาลสะสมในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 7% ติดต่อกันอย่างน้อย 2 ครั้ง ที่มารับบริการ
3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ตลอดระยะเวลา 2 เดือน
4. มีสติสัมปชัญญะ พุดคุยรู้เรื่อง มีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวทั้งสิ้น 45 คน

การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย จำนวนตัวอย่างกลุ่มทดลอง:กลุ่มควบคุม เท่ากับ 2:1 (30:15) คน Bernard,R (2000) โดย

1. คัดเลือกผู้ป่วยจากแฟ้มทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลองค์การบริหารส่วนจังหวัด สุราษฎร์ธานี ที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เรียงลำดับตามหมายเลขทะเบียนผู้ป่วย
2. ทำการสุ่มโดยการเลือก คนที่ 1 เป็นกลุ่มทดลองและลำดับต่อไปเป็นกลุ่มควบคุม สลับกันไปเรื่อยๆ จนได้กลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่กำหนด
3. มีการพูดคุยชี้แจงการเข้าร่วมโครงการวิจัย กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ จะเลือกลำดับถัดไปแทนจนครบ

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

มี 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 คู่มือการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วย เรื่อง เบาหวานคุมได้ไม่มีโรคแทรกซ้อน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย เน้นหาการเรียนรู้ร่วมกันออกแบบโดยทีมสหวิชาชีพ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ประกอบด้วย ข้อมูลผู้ป่วย ค่าเป้าหมายการรักษา สารความรู้ ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันของผู้ป่วยเบาหวาน เคล็ดล้มในการเรียนรู้การดูแลสุขภาพเบาหวาน ด้วยหลัก 3 อ. 2ส. บัญญัติ 9 ประการในการดูแลสุขภาพเท้า การเข้ายา/อินซูลิน บันทึกการดูแลตนเอง และอาการเตือนอัมพฤกษ์

1.2 แบบบันทึก การวางแผนติดตามให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานแบบมีแบบแผน โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิด วิธีการให้ความรู้โรคเบาหวานและสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเองจากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2557(Diabetes Association of Thailand, 2014) เพื่อใช้ประกอบการเรียนรู้ วางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับผู้ป่วย โดยวิธีการให้ความรู้ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (5 ต.) คือ 1)ตัวตน ประเมินผู้ป่วย 2)ตั้งเป้าหมาย 3)ตัก วางแผนทางเลือก 4)ต้องปฏิบัติ 5)ติดตาม ใกล้ชิด ให้กำลังใจ ต่อเนื่องและประเมินผล

1.3 แบบบันทึกการติดตามกระตุ้นเตือนโดยเจ้าหน้าที่ทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยสร้างตามทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ของแคปแพนและเฮาส์ อ้างในอภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ(Caplan,1974 & House,1981:Quoted in Siripitayakunkit, 2010)ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยครอบครัวมีหน้าที่กระตุ้นเตือนจัดสิ่งแวดล้อมนำสู่การทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตลอดการเข้าร่วมกิจกรรม

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกการวิจัยเรื่องการเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างการสอนแบบมีแบบแผนและสอนแบบปกติในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ดูแลและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประกอบด้วยคำถามเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 23 ข้อ มีทั้งข้อความเชิงบวกและลบ แต่ละข้อคำถามเป็นแบบให้เลือก ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อความเชิงบวก ตอบใช่ ให้คะแนน 1 ตอบไม่ใช่ และไม่ทราบ ให้คะแนน 0 และข้อความเชิงลบ ตอบใช่ ให้คะแนน 0 ถ้าตอบไม่ใช่ ให้ 1 คะแนน และไม่ทราบ ให้คะแนน 0 มีเกณฑ์การแปลผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1986:42)

ระดับสูง	คะแนนที่ได้ 18-23 คะแนน	ร้อยละ 80.0-100.0
ระดับปานกลาง	คะแนนที่ได้ 13-17 คะแนน	ร้อยละ 60.0-79.0
ระดับต่ำ	คะแนนที่ได้ ต่ำกว่า 13 คะแนน	ร้อยละ ต่ำกว่า 60.0

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติในการดูแลตนเอง ประกอบด้วยคำถามการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ มีทั้งข้อความเชิงบวก และลบ แต่ละข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่าความถี่ในการปฏิบัติ 3 ระดับ คือ

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นประจำ สม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-4 วัน

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นบางครั้ง หรือบางวัน สัปดาห์ละ 1-2 วันหรือน้อยกว่านั้น

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เลย

เกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อความเชิงบวก ปฏิบัติประจำ ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติ บางครั้งให้ 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน สำหรับข้อความเชิงลบ ปฏิบัติประจำ ให้ 1 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งให้ 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติ ให้ 3 คะแนนเกณฑ์การแปลผลคะแนน ใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิง เกณฑ์ของ Bloom (1986:42) ดังนี้

ระดับสูง	คะแนนที่ได้ 36-45 คะแนน	ร้อยละ 80.0-100.0
ระดับปานกลาง	คะแนนที่ได้ 27-35 คะแนน	ร้อยละ 60.0-79.0
ระดับต่ำ	คะแนนที่ได้ ต่ำกว่า 27 คะแนน	ร้อยละต่ำกว่า 60.0

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา(Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือในการวิจัย คือคู่มือการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วย เรื่องเบาหวานคุมได้ไม่มีโรคแทรกซ้อน และแบบบันทึกการวิจัยเรื่องการเปรียบเทียบผลลัพธ์ ระหว่างการสอนแบบมีแบบแผนและสอนแบบปกติในผู้ป่วยเบาหวาน ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญที่จะศึกษาเป็นผู้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาและเกณฑ์การให้คะแนน รวมทั้งหมด 3 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและนักวิชาการสุขศึกษา

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และปรับแก้ไขข้อคำถาม ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและนำไปหาความเที่ยงแบบบันทึกการวิจัยโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน หาสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .83

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างพร้อมกับทำเครื่องหมายบนแฟ้มจัดเก็บข้อมูลการรักษาผู้ป่วย และวางแผนการวิจัยโดยเริ่ม พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์การเก็บรวบรวมข้อมูล และข้อมูลที่เก็บได้จะไม่เปิดเผยแก่ผู้ใดทั้งสิ้นเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม โดยมีระยะเวลาการดำเนินงาน ดังนี้

1. ขออนุญาต กลุ่มทดลองโดยการตรวจสุขภาพก่อนการวิจัย ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ครีเอตินิน อัตราการกรองของเสียของไต และตอบแบบบันทึกการวิจัย โดยใช้เวลาในการตอบแบบบันทึกประมาณ 30 นาที

2. หลังจากทำแบบบันทึกการวิจัยเสร็จเรียบร้อย กลุ่มทดลองจะได้รับการชี้แจง ขั้นตอนการวิจัยประกอบด้วย การวางแผนติดตามให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานแบบมีแบบแผน โดยใช้เทคนิคการให้ความรู้โรคเบาหวาน และสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเอง จากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2557 ตามเอกสารแบบบันทึก การวางแผนติดตามให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวาน แบบมีแบบแผน ร่วมกับการตั้งวัตถุประสงค์ พร้อมกำหนดกิจกรรม/หาแนวทาง และเรียนรู้ปัญหาอุปสรรคร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วย และญาติ โดยใช้เทคนิค 5 ขั้นตอน (5 ต.)

3. แนะนำการใช้คู่มือการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วย เรื่องเบาหวานคุมได้ไม่มีโรคแทรกซ้อน โดยรายละเอียดของเนื้อหาในคู่มือ ผู้ป่วยสามารถใช้เป็นแนวทางในการนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพ พร้อมทั้งมีการบันทึกการดูแลตนเองขณะเข้าร่วมโครงการวิจัย

4. หลังเข้าร่วมกระบวนการ ผู้ป่วยจะได้รับการเยี่ยมติดตามทางโทรศัพท์ในวันที่ 3 , 7, 14, 30 และ 45 โดยมีการตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย พร้อมนัดหมายตกลงเวลาการเยี่ยมติดตามที่ชัดเจน มีการบันทึกข้อมูลการติดตาม โดยใช้แบบบันทึกการติดตามกระตุ้นเตือนโดยเจ้าหน้าที่ทางโทรศัพท์ เพื่อบันทึกกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรค และการสนับสนุนจากครอบครัว

5. หลังจากทำการทดลอง 45 วัน ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตรวจสุขภาพหลังการวิจัย ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ครีเอตินิน อัตราการกรองของเสียของไตและตอบแบบบันทึกการวิจัย โดยใช้เวลาในการตอบแบบบันทึกประมาณ 30 นาที

**กลุ่มควบคุม** ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง พุดคุยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์การเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลที่เก็บได้จะไม่เปิดเผยแก่ผู้ใดทั้งสิ้น และตรวจสุขภาพก่อนการวิจัย ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ครีเอตินิน อัตราการกรองของเสียของไต และตอบแบบบันทึกการวิจัย โดยใช้เวลาในการตอบแบบบันทึกประมาณ 30 นาที หลังจากนั้นกลุ่มควบคุมจะได้รับการให้ความรู้ตามแบบปกติ คือ ประเมินตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละครั้งที่มารับบริการ และให้ความรู้จากสิ่งที่พบเจอในช่วงเวลาดังกล่าว และตรวจรักษาตามขั้นตอน เมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยจะนำเทคนิคการให้ความรู้โรคเบาหวานและสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเอง จากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2557 ตามเอกสารแบบบันทึก การวางแผนติดตามให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานแบบมีแบบแผนโดยใช้เทคนิค 5 ขั้นตอน (5 ต.) ร่วมกับแนะนำการใช้คู่มือการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยเรื่องเบาหวานคุมได้ไม่มีโรคแทรกซ้อน เพื่อที่กลุ่มควบคุมจะได้รับความรู้เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

หลังจากทำการทดลอง 45 วัน ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุม ตรวจสุขภาพหลังการวิจัย ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ครีเอตินิน อัตราการกรองของเสียของไต และตอบแบบบันทึกการวิจัย ผู้วิจัยบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ(หลังการทดลอง) ทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานการปฏิบัติในการดูแลตนเอง โดยใช้เวลาในการตอบแบบบันทึกประมาณ 30 นาที

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05 โดยมีรายละเอียดการวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติอนุมาน ได้แก่ การทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของสองประชากรแบบไม่อิสระต่อกัน (Dependent Samples t-Test) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน (Independent Samples t-Test)

### จริยธรรมการวิจัย

ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ตามเอกสารรับรองเลขที่ 33/2560 ลงวันที่ 1 มิถุนายน 2560

### ผลการวิจัย

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.10 และ 78.60 มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 58.60 และ 78.60 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด ร้อยละ 31.00 และ 50.00 มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อปีมากกว่า 100,000 บาท ร้อยละ 72.40 และ 78.60 ตามลำดับ

2. เปรียบเทียบก่อนและหลังการสอนแบบมีแบบแผน และสอนปกติ พบว่า กลุ่มที่มีการสอนแบบมีแบบแผน มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด หลังการสอนลดลงกว่าก่อนสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนค่าอัตราการกรองของเสียของไตลดลงเล็กน้อย แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ส่วนความรู้และการปฏิบัติในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการสอน และไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังตารางที่ 1 ส่วนกลุ่มที่มีการสอนแบบปกติ พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด มากกว่าก่อนการสอน ส่วนระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ครีเอตินิน อัตราการกรองของเสียของไตก่อนและหลังการสอน มีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน ความรู้ และการปฏิบัติในการดูแลตนเองก่อนการสอน มากกว่าหลังการสอน และไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการสอนแบบมีแบบแผนของกลุ่มทดลอง (n=29)

ตัวแปร	ก่อนการสอน		หลังการสอน		t	p-value
	แบบมีแบบแผน		แบบมีแบบแผน			
	Mean	SD	Mean	SD		
ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาล	175.24	54.13	147.55	35.76	3.11	.00**
สะสมในเลือด	8.53	1.44	7.55	1.24	5.79	.00**
ครีเอตินิน	.66	.22	.67	.19	.55	.59
อัตราการกรองของเสียของไต	104.94	15.68	104.47	14.55	.31	.76
ความรู้	17.86	3.36	18.89	2.21	1.63	.12
การปฏิบัติ	31.48	1.59	31.79	1.89	.81	.42

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการสอนแบบปกติของกลุ่มควบคุม (n=14)

ตัวแปร	ก่อนการสอน		หลังการสอน		t	p-value
	แบบมีแบบแผน		แบบมีแบบแผน			
	Mean	SD	Mean	SD		
ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาล	108.36	59.93	188.29	77.89	.48	.64
สะสมในเลือด	8.74	1.46	8.72	1.68	.04	.69
ครีเอตินิน	.70	.22	.65	.23	1.76	.10
อัตราการกรองของเสียของไต	100.59	16.97	102.39	17.09	.89	.39
ความรู้	17.78	2.67	17.71	2.58	.19	.86
การปฏิบัติ	32.21	2.19	32.15	2.07	.27	.79

3. เปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มที่มีการสอนแบบมีแบบแผน และสอนปกติ พบว่า ก่อนการสอน ทั้งสองกลุ่ม มีค่าเฉลี่ย ตัวแปร ที่ใกล้เคียงกัน และไม่มี ความแตกต่างทางสถิติ ส่วนหลังการสอน กลุ่มที่มีการสอนแบบมีแบบแผน มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ลดลงกว่ากลุ่มที่มีการสอนปกติ เท่ากับ 147.55, 188.29 และ 7.55, 8.72 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ส่วนครีเอตินิน อัตราการกรองของเสียของไต ความรู้ในการดูแลตนเอง และการปฏิบัติในการดูแลตนเอง มีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน และไม่มี ความแตกต่างทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบผลลัพธ์ ระหว่างกลุ่มที่มีการสอนแบบมีแบบแผนและกลุ่มที่มีการสอนแบบปกติ

ตัวแปร	กลุ่มสอน		กลุ่มสอน		t	p-value
	แบบมีแบบแผน(n=29)		แบบปกติ(n=14)			
	Mean	SD	Mean	SD		
<b>ก่อนสอน</b>						
ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาล	175.24	54.17	183.36	59.92	.45	.66
สะสมในเลือด	8.53	1.44	8.73	1.46	.43	.59

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบผลลัพธ์ ระหว่างกลุ่มที่มีการสอนแบบมีแบบแผนและกลุ่มที่มีการสอนแบบปกติ (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มสอน แบบมีแบบแผน(n=29)		กลุ่มสอน แบบปกติ(n=14)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
	ครีเอตินิน	.66	.22	.70		
อัตราการกรองของเสียของไต	104.94	15.68	100.59	16.97	.83	.41
ความรู้	17.86	3.36	17.78	2.267	.074	.94
การปฏิบัติ	31.48	1.59	32.21	2.19	1.25	.22
<b>หลังสอน</b>						
ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาล	147.55	35.76	188.29	77.89	2.37	.02*
สะสมในเลือด	7.55	1.24	8.72	1.68	2.57	.01*
ครีเอตินิน	.68	.19	.65	.23	.32	.75
อัตราการกรองของเสียของไต	104.47	14.55	102.39	17.09	.42	.68
ความรู้	18.89	2.21	17.71	2.58	1.56	.13
การปฏิบัติ	31.79	1.89	32.14	2.07	.55	.59

## อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความรู้ การปฏิบัติ ก่อนและหลังการสอนแบบมีแบบแผนและสอนแบบปกติ ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พบว่าหลังการสอนแบบมีแบบแผน โดยการให้ความรู้จากคู่มือการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยเรื่องเบาหวานคุมได้ไม่มีโรคแทรกซ้อนร่วมกับการวางแผนการดูแลสุขภาพ 5 ขั้นตอน (5ต.) คือ 1. ตัวตน (ประเมินผู้ป่วย) 2. ตั้งเป้าหมาย 3. ตัก วางแผนทางเลือก 4. ต้องปฏิบัติ 5. ติดตามใกล้ชิด พร้อมทั้งให้กำลังใจ ต่อเนื่อง ประเมินผล และการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากการกระตุ้นเตือนโดยเจ้าหน้าที่ทางโทรศัพท์ ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว จัดสิ่งแวดล้อมนำสู่การกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตลอดการเข้าร่วมกิจกรรม ใน วันที่ 3,7,14,30 และ 45 วัน ซึ่งผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังการสอนแบบมีแบบแผน มีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

สอดคล้องกับการศึกษาตามโครงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน แบบกลุ่มเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น (Wongsunoparat, Ngamukhos & Saybawthong, 2008) และงานวิจัยอื่นๆ ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับความรู้ หรือได้รับการอบรมสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น และการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบกลุ่มในโรงพยาบาลทรายมูล (Ovatakanont, 2011) พบว่าการให้ความรู้การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

แบบกลุ่มจะทำให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง แต่เมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายการควบคุมเบาหวานตามมาตรฐานของ American Diabetes Association (ADA) ปี ค.ศ. 2010 ที่กำหนดให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดน้อยกว่าร้อยละ 7 พบว่าการศึกษานี้ยังมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหลังการสอนแบบมีแบบแผน เท่ากับ 7.55 ดังนั้นการให้ความรู้การดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่องและยาวนานขึ้นอาจมีส่วนสำคัญที่จะทำให้ ระดับน้ำตาลลดลงได้

เมื่อพิจารณาเรื่อง ความรู้และการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ถึงแม้จะมีแนวโน้มดีขึ้นแต่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (Kanglee, 2014) อธิบายได้ว่า “ผู้เป็นเบาหวานที่มีความรู้ และข้อมูล เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ดีส่งผลให้เกิดการเรียนรู้และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อนำไปสู่การ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีได้ ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการเป็นเวลานานเมื่อได้รับข้อมูลความรู้เรื่องเดิมซ้ำๆเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ความรู้ที่ได้รับอาจจะไม่ตรงกับปัญหาตนเอง จึงทำให้ละเลยการปฏิบัติในการดูแลตนเองที่เหมาะสม ส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี” ดังนั้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานต้องสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีทัศนคติที่ดี สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับแผนการรักษา และเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้เป็นเบาหวาน (Sriasadaporn, 2010) แตกต่างจากผลการศึกษาวิจัยของ แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ และปวีณา แสงผล (Jiraphongsuwan & Sawengphol, 2011) ศึกษาวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี พบว่าความรู้เรื่องเบาหวานและเจตคติต่อการดูแลตนเองเป็นตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้ร้อยละ 26.3

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความรู้ การปฏิบัติ ระหว่างกลุ่มที่มีการสอนแบบมีแบบแผนและสอนแบบปกติ ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ พบว่ากลุ่มที่มีการสอนแบบมีแบบแผนมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงกว่ากลุ่มที่มีการสอนปกติ สอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 บ้านหนองอูบตร อำเภอยี่งอ จังหวัดกาฬสินธุ์ ของสิริวิชัย วิชญธีรกุล (Wichayateerakul, 2010) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าก่อนการทดลองและดีมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งการใช้กระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ได้เรียนรู้ประสบการณ์ตรงจากสมาชิกในกลุ่ม มีการอภิปรายปัญหาที่พบในการควบคุมโรคเบาหวาน และรับคำชี้แนะที่ถูกต้องจากผู้นำกลุ่มหรือผู้ดำเนินการสนทนา ส่งผลให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้ วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของ

ตนเองร่วมกัน คิดหาแนวทางควบคุมโรคและสามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของตนเองได้ดีขึ้น

### ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะจากการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำวิธีการสอนแบบมีแบบแผนโดยการให้ความรู้ตามคู่มือฯ พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายการรักษา ร่วมกับผู้ป่วย และติดตามการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 อย่างใกล้ชิดในช่วงระยะแรก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และนำไปปรับใช้อย่างถูกต้องตามบริบทของตนเอง และควรมีการติดตามผลลัพธ์จากการกระบวนการสอนดังกล่าวที่เกิดขึ้น รวมถึงควรประเมินความเข้าใจ การนำไปปฏิบัติจริง ประเมินความพึงพอใจในการนำไปปฏิบัติร่วมด้วย

2. ทีมสุขภาพควรนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบมีแบบแผนนี้ไปเป็นแนวทางดูแลผู้ป่วยรายอื่นๆต่อไปเพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ให้มีความต่อเนื่อง เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่ายจากการรักษา และส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาติดตามผลของโปรแกรม โดยขยายระยะเวลาในการติดตามอย่างต่อเนื่อง เช่น 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อศึกษาความสม่ำเสมอในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นระยะๆ จนผู้ป่วยและญาติสามารถจัดการตนเองได้ และควบคุมการรักษาได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย

### Reference

- Himathongkham,T. Ratchatanawin,R. & Ningsanon,T. (2014). *Complete Knowledge of Diabetes Mellitus*. (the 3<sup>rd</sup> edition ): Bangkok. Patwitthay Co., Ltd. (in Thai)
- The Free Encyclopedia Wikipedia.(2017). *Diabetes Mellitus*. Retrieved March 26, 2017 from <https://th.wikipedia.org/wiki/>. (in Thai)
- Kanchanaphibunwong ,A.(2016). *Disease Situation Report NCDs: (kick off to the goals)*. Nonthaburi : International Health Policy Development Agency. (in Thai)
- Absuwan, N. *Issues Campaign Messages for World Diabetes Mellitus Day*. (2015). Retrieved March 11, 2017, from: <http://www.thaincd.com/document.doc>.
- Siripitayakunkit, A.( 2010). Social Support: An Important Factor to Care for Persons with Diabetes Mellitus. *Rama Nursing Journal*, 16(2), 309 - 322. (in Thai)

- Wichayateerakul, S. (2010). The Use of Group Process with Social Support to Control Blood Sugar Level in Diabetes Mellitus Type 2 Patients in Nong-ee-boot Village, Huay Peung District, Kalasin Province. *Disease Control Journal*, 36 (4), 228-237. (in Thai)
- Tangsuwankun, C. (2017). Social support theory. Retrieved March 26, 2017. from: <https://www.gotoknow.org/posts/470623>. (in Thai)
- Bernard, R. (2000). *Fundamentals of Biostatistics* (5<sup>th</sup> ed ). Duxbery: Thomson learning, Diabetes Association of Thailand.(2014). Clinical Practice Guideline for Diabetes 2014. Bangkok : Aroon Printing Limited Partnership. (in Thai)
- Siripitayakunkit, A. (2010). Social Support: An Important Factor to Care for Persons with Diabetes Mellitus. *Rama Nurs Journal*, 16(2), 309-319. (in Thai)
- Benjamin, S Bloom. (1986). *Learning for mastery. Evaluation comment. Center for the study of Instruction Program*. University of California at Los Angeles. 2(1),47-62.
- Wongsunoparat, B. Ngarmukos, C . Saibuathong, N. (2008). Glycemic Control in Persons with Diabetes after Attending a Group Educational Program for Diabetes Self-Management Retrieved March 14, 2008, from [https://med.mahidol.ac.th/nursing/jns/DocumentLink/2551/issue\\_03/02.pdf](https://med.mahidol.ac.th/nursing/jns/DocumentLink/2551/issue_03/02.pdf).
- Ovatakanont, P. (2012). The Outcome of Diabetes Care and Factors Associated With Poor Glycemic Control among Type 2 Diabetic Patients in Saimun Hospital. *Srinagarind Medical Journal*. 27(3), 236-241. (in Thai)
- Kanglee, K. (2014). Factors Associated With Glycemic Control Among People With Type 2 Diabetes Mellitus at Phramongkutklo Hospital, Bangkok. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 15(3), 256 - 268. (in Thai)
- Sriasadaporn, P. (2010). *Diabetes Education for Self-Management*. (the 2<sup>nd</sup> edition). Bangkok: Agricultural Cooperative Federation of Thailand . (in Thai)
- Jiraphongsuwan, A & Sawengphol, P (2011). Factors related to Self Care Behavior of Patients with Diabetes in Lardlumkaew Hospital, Lardlumkaew, pathumthani. *Journal of Public Health and Development*, 9(2), 130 - 142. (in Thai)

# ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจ เลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

นงลักษณ์ ณ นคร, โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี, จังหวัดสุราษฎร์ธานี, e-mail: nongluk2@hotmail.com

## บทคัดย่อ

การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยวิกฤตและเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต การป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดจำเป็นต้องปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ประชากรคือผู้ป่วยทุกรายที่มารับบริการในหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 1 ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่มารับบริการก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 80 คน และกลุ่มที่มารับบริการระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 96 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ประกอบด้วย หมวดที่ 1 การประเมินความเสี่ยงของการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด และหมวดที่ 2 ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ข้อมูล 2) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 3) การดูแลและหมั่นทวนท่อช่วยหายใจ 4) การยึดตรึงท่อช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ 5) การใช้แนวปฏิบัติในการหยาเครื่องช่วยหายใจ 6) การประเมินความปวดและจัดการความปวด 7) การผูกยึดร่างกายที่เหมาะสม และแบบประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ คำนวณร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุดและค่าเฉลี่ย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล มีอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 7.52 ครั้ง/1,000 วันคาท่อช่วยหายใจ ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 11.90 ครั้ง/ 1,000 วันคาท่อช่วยหายใจ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติจำนวน 13 คนอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด เฉลี่ย 8.77 คะแนน แสดงให้เห็นว่าการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดได้ ดังนั้นควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจต่อไป

**คำสำคัญ:** แนวปฏิบัติการพยาบาล, การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด, ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

## Effectiveness of Implementing Clinical Nursing Practice Guidelines for Prevention of Unplanned Endotracheal Extubations in Medical Intensive Care Unit, Suratthani Hospital.

Nongluk Na nakhon, Suratthani Hospital, Suratthani Province, *e-mail*: nongluk2@hotmail.com

### Abstract

Unplanned endotracheal extubations is a common occurrence in critically ill and lifethreatening patient. Prevention is necessary to adhere to the guidelines to achieve the desired outcomes. This action research was to study the effectiveness of implementing clinical nursing practice guidelines for prevention of Unplanned endotracheal extubations in medical intensive care unit 1, Suratthani hospital, and the satisfaction of the nurses. Population was all patients who come to use the service in the MICU1 and received oral intubation by dividing the sample into 2 groups. 80 intubated critically ill patient who were confined in MICU1 before implementation of CNPGs and 96 intubated critically ill patient who were confined in MICU1 during implementing of CNPGs. The tool used in this study was the clinical nursing practice guidelines for prevention of Unplanned endotracheal extubations, Category 1 Assessment of extubations risk and Category 2 nursing practice to prevent unplanned endotracheal extubations consisting of 7 activities 1) Providing information 2) Effective communication 3) Endotracheal suction 4) Effective fixing of endotracheal 5) Weaning of the ventilator 6) Pain assessment and management 7) Using appropriate physical restraint. The data were analyzed by using descriptive statistics. The results showed that the sample group that came to use during the CNPGs had 7.52 incident/1000 Endotracheal tube days which was less than the sample who come to the service before CNPGs with 11.90 incident/1000 Endotracheal tube days. The satisfaction of nurses was at the highest level, averaging 8.77 points. The findings of this study confirm that implementation clinical nursing practice guidelines (CNPGs) for prevention of Unplanned endotracheal extubations in medical intensive care unit 1 (MICU1) could reduce incident rate of unplanned endotracheal extubations. So this CNPGs will be used to improve the quality of care for critically ill patient with endotracheal intubation.

**Keywords:** Clinical Nursing Practice Guidelines, Unplanned Endotracheal Extubations, Profession Nurse Satisfaction

## บทนำ

ผู้ป่วยที่มีระบบการหายใจล้มเหลวเป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตและมีอัตราการตายสูง ซึ่งผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและวิธีการรักษาเพื่อช่วยชีวิตในเบื้องต้นคือการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ (Tanios, Epstein, Livelio, & Teres, 2010) ระหว่างที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจนี้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลตามมาตรฐานเพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน จนกระทั่งเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจได้ อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติพบว่ายังมีการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้อาการ (Unplanned Extubation) เกิดขึ้นซึ่งสาเหตุเกิดจากหลายปัจจัย ทั้งผู้ป่วยดึงออกเอง (Self Extubation) เนื่องจากระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยลดลง เช่น สับสน กระสับกระส่าย ทั้งนี้อาจเกิดจากสาเหตุของความไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ภาวะขาดออกซิเจน มีภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง (Keikkas, Aretha, Panteli, & Baltopoulos, 2013) การได้รับยาระงับความรู้สึกที่ไม่เพียงพอ (Tanios, Epstein, Grzeskowiak, Nguyen, Park, & Leo, 2014) ความปวดจากการใส่ท่อช่วยหายใจ (Yeh, Lee, Ho, Chiang, & Lin, 2004) การไม่สามารถสื่อสารได้ตามปกติทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดและความวิตกกังวลและการเลื่อนหลุดจากอุบัติเหตุขณะให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย (Accidental Extubation) เช่นการเช็ดตัว การดูดเสมหะ การพลิกตะแคงตัว รวมทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจทางปากทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนน้ำลายที่ไหลออกมาได้ เกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจได้ง่ายกว่าการใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูก วิธีการผูกยึดท่อช่วยหายใจและการผูกมัดผู้ป่วย (Chang, Wang, & Chao, 2008; Jarachovic, Mason, Kerber, & McNett, 2011) สำหรับปัจจัยด้านการบริหารจัดการ เช่น อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอและมีประสบการณ์น้อย (Keikkas, Aretha, Panteli, & Baltopoulos, 2013) ในต่างประเทศพบอัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดอยู่ระหว่าง 0.1-3.6 ครั้งต่อ 100 วันใส่ท่อช่วยหายใจ (Silva, & Fonseca, 2012) โดยในหอผู้ป่วยวิกฤตพบร้อยละ 3-16 ส่วนประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบอัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดเป็นอัตราสูงถึงร้อยละ 8.7- 22.5 (Keikkas, Aretha, Panteli, & Baltopoulos, 2013) และพบว่าร้อยละ 78-87 ของผู้ป่วยที่เกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดเกิดจากผู้ป่วยดึงออกเองมีเพียงร้อยละ 13-22.1 ที่เกิดจากอุบัติเหตุระหว่างการดูแล (Yeh, Lee, Ho, Chiang, & Lin, 2004) ในประเทศไทยพบอัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดร้อยละ 3.9 ถึง 15.3 (Somchit, 2012) ในจำนวนผู้ป่วยที่เกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดพบว่าร้อยละ 50-59 ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ (Somchit, 2012; Bangaorn, Ampaporn, & Nam-oy, 2015) ซึ่งการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การบาดเจ็บของกล่องเสียง สายเสียงและหลอดลม รวมทั้งเกิดความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และพบว่าการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำมีผลทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ระบบหายใจล้มเหลว หยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นได้ รวมถึงเกิดอุบัติเหตุการติดเชื้อปอดอักเสบจากการ

ใส่เครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้น ซึ่งนำไปสู่จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนักและโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นและผลกระทบที่เกิดขึ้นที่รุนแรงที่สุดคือทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (Silva, & Fonseca, 2012; Alberto, Stefano, & Giuseppe, 2018)

หอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตทางอายุรกรรม ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 90 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ จากข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ปี 2559, 2560 และ 2561 มีอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดอยู่ที่ 4.01, 6.64 และ 4.91 ครั้งต่อ 1,000วันคาท่อช่วยหายใจ ซึ่งการเก็บข้อมูลเป็นการเก็บจากการรายงานอุบัติการณ์ในโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล อาจทำให้ผลลัพธ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดต่ำกว่าความเป็นจริงได้จากการรายงานไม่ครบถ้วน และจากข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีพบว่าปัญหาท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดเป็นความเสี่ยง 1 ใน 5 อันดับความเสี่ยงของโรงพยาบาลที่ต้องดำเนินการจัดการ ซึ่งแต่ละหน่วยงานต่างมีการจัดการแต่ไม่ได้เป็นแนวปฏิบัติเดียวกัน และยังไม่ได้มีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้อุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผู้วิจัยในบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 1 จึงมีแนวคิดในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดมาใช้ โดยประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดของนางสาวสมจิตต์ แสงศรี และคณะ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (Somchit, 2012) เนื่องจากแนวปฏิบัติมีความเหมาะสม สอดคล้องกับลักษณะงานของหอผู้ป่วย ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วยสาระสำคัญ 2 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 การประเมินความเสี่ยงของการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมเคลื่อนไหว (Motor Activity Assessment Scale: MAAS) และหมวดที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดประกอบด้วย 7 กิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ 2) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 3) การดูแลเสมหะในท่อช่วยหายใจ 4) การยึดตรึงท่อช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ 5) การใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 6) การประเมินความปวดและจัดการความปวด 7) การผูกยึดร่างกายที่เหมาะสม โดยกำหนดผลลัพธ์ คือ จำนวนอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดลดลง และพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในหน่วยงานต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยศึกษาผลลัพธ์ คือ อุบัติการณ์ การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด
2. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ

## กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติของสภาวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุขแห่งชาติ ของประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) มาใช้ประกอบด้วย 1) การจัดพิมพ์และเผยแพร่แนวปฏิบัติทางการพยาบาล 2) การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล 3) ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยประเมินผลลัพธ์คืออุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดและความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operational Study) เก็บรวบรวมข้อมูลเดือน ตุลาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562

## ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยทุกรายที่มาใช้บริการในหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่ได้รับการใส่คาท่อช่วยหายใจทางปาก กลุ่มตัวอย่าง คือ ข้อมูลผู้ป่วยที่มา รับบริการในหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีที่ได้รับการใส่คาท่อช่วยหายใจทาง ปากก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลโดยทำการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยตั้งแต่ เดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2562 จำนวน 80 คน และกลุ่มผู้ป่วยที่มาใช้บริการในหอผู้ป่วย ไอซียูอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีที่ได้รับการใส่คาท่อช่วยหายใจทางปากและมีการใช้แนว ปฏิบัติทางการพยาบาล ตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2562 จำนวน 96 คน มีเกณฑ์การคัดออก คือผู้ป่วยจำหน่ายหรือย้ายออกจากหอผู้ป่วยหรือแพทย์เปลี่ยนแผนการรักษาเป็นการเจาะคอ และกลุ่ม ตัวอย่างพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 1 ที่มี อายุงานมากกว่า 1 ปี จำนวน 13 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดของนางสาวสมจิตต์ แสงศรี และคณะ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์(Somchit, 2012) ซึ่งได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ รวบรวมเป็นแนวปฏิบัติ นำไปทดลองใช้และประเมินผลแนวปฏิบัติ พบว่าหลังจากใช้แนวปฏิบัติกับผู้ป่วย 102 ราย ไม่เกิดอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด จึงมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ แนวปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย 2 หมวด ได้แก่ หมวดที่1 การประเมินความเสี่ยงของการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมเคลื่อนไหว(Motor Activity Assessment Scale : MAAS) และหมวดที่2 ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดประกอบด้วย 7 กิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ 2) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 3) การดูแลหม่ในท่อช่วยหายใจ 4) การยึดตรึงท่อช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ 5) การใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 6) การประเมินความปลอดภัยและจัดการความปลอดภัย 7) การผูกยึดร่างกายที่เหมาะสม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ระดับความรู้สึกตัว จำนวนวันคาท่อช่วยหายใจ การได้รับยาระงับประสาทและยาคลายกล้ามเนื้อ ระดับคะแนนการประเมินพฤติกรรมเคลื่อนไหว และการผูกยึดร่างกาย

2.1.2 อุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

2.2 แบบประเมินแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ คะแนนความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ และคำถามปลายเปิดปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติการพยาบาล

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดและแบบบันทึกอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางสาขาระบบทางเดินหายใจ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านปฏิบัติการพยาบาลและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านงานวิจัยตรวจสอบความตรงของเนื้อหาได้เท่ากับ 1 และปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

## 2. การตรวจสอบความเป็นไปได้และความเหมาะสมในการนำไปปฏิบัติ (Feasibility and Appropriateness)

ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานีเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ โดยการประชุมชี้แจงแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดแก่พยาบาลวิชาชีพผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติจำนวน 13 คน อธิบายรายละเอียดการปฏิบัติ การฝึกทักษะ รวมถึงการใช้เครื่องมือประเมินและการบันทึกข้อมูล ทำการสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ในประเด็นความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ความยากง่าย ความสามารถในการนำไปใช้มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยและความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติเพื่อนำผลความคิดเห็นมาปรับปรุงให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง พบว่ามีความเป็นไปได้ร้อยละ 92.31

### วิธีการและขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติไปใช้

1. จัดพิมพ์และเผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยจัดทำสำเนารูปเล่มแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดจำนวน 2 เล่ม จัดวางไว้บริเวณเคาน์เตอร์พยาบาลรับ-ส่งเวร ตู้อเอกสารวิชาการในหน่วยงานเพื่อให้สะดวกสำหรับการนำไปใช้ และทำแฟ้มข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เกี่ยวกับสาระสำคัญของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดไว้ที่หน้าจอคอมพิวเตอร์ของหน่วยงานและส่งข้อมูลทางโปรแกรมไลน์แก่บุคลากรพยาบาลของหน่วยงานเพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ตลอดเวลา

2. นำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดไปใช้ ดังนี้

- 2.1 การเตรียมความพร้อมของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ โดยจัดอบรมแก่ทีมพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทุกคน จำนวน 2 ครั้ง มีรายละเอียดเกี่ยวกับสาระสำคัญของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด และการลงบันทึกในบันทึกทางการพยาบาล ทั้งส่วนคะแนนการประเมินพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว และกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด รวมทั้งแบบบันทึกผลลัพธ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดและการบันทึกในระบบรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาลกรณีเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

- 2.2 ทดลองใช้แนวปฏิบัติเป็นเวลา 1 สัปดาห์ที่หอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 2 สอบถามความคิดเห็นของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติพบว่ามีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

- 2.3 ดำเนินการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 1 เป็นเวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2562

2.4 มีการกำกับดูแลโดยการตรวจเยี่ยม นิเทศรวมถึงสถิติให้แก่พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ทั้งแบบรายกลุ่มและรายบุคคลอย่างต่อเนื่องทุกวัน เพื่อทบทวนความเข้าใจในรายละเอียดตามสาระสำคัญของแนวปฏิบัติการพยาบาล พร้อมทั้งช่วยส่งเสริมความรู้และฝึกทักษะในการปฏิบัติ

2.5 จัดประชุมกลุ่มย่อยในทีมพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติหลังจากรับส่งเวร เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติ

### 3. การประเมินผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

3.1 รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติ ตามแบบบันทึกอุบัติการณ์การเกิดต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและข้อมูลผลลัพธ์การเกิดต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยติดตามตรวจสอบการบันทึกข้อมูลผลลัพธ์อย่างสม่ำเสมอหากพบอุบัติการณ์การเกิดต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดให้นำมาทบทวนสาเหตุ ปัญหา อุปสรรคทุกครั้ง

3.2 ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติรวมทั้งข้อเสนอแนะในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังนี้

1. ดำเนินการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยและข้อมูลการเกิดต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดระยะก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 1 ของกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจากเวชระเบียนตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2562

2. ดำเนินการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2562 โดยเมื่อรับผู้ป่วยที่ใส่คาท่อช่วยหายใจไว้ในหอผู้ป่วยหรือวันที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบและลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการบันทึกข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยตามแบบบันทึกข้อมูลและให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่จัดทำขึ้น บันทึกการปฏิบัติตามแนวทางและบันทึกข้อมูลการเกิดอุบัติการณ์การเกิดต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด การเก็บข้อมูลผู้ป่วยแต่ละรายจะดำเนินการจนกระทั่งวันที่แพทย์ถอดท่อช่วยหายใจหรือวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหรือวันที่ผู้ป่วยถึงแก่กรรม หรือวันที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการเจาะคอแทนการใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก โดยตลอดการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการนิเทศ ติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอทุกราย หากพบอุบัติการณ์การเกิดต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดให้นำมาทบทวนสาเหตุ ปัญหา อุปสรรคทุกครั้ง และกระตุ้นให้พยาบาลมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

3. ภายหลังจากสิ้นสุดการวิจัย ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และข้อเสนอแนะในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. ข้อมูลผลลัพธ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีใช้สูตรจำนวนครั้งของการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดทั้งหมดในช่วงเวลา 1 เดือนต่อจำนวนวันรวมทั้งหมดของการใส่ท่อช่วยหายใจในช่วงเวลา 1 เดือนเดียวกันคูณด้วย 1,000 โดยเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล
3. ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และ ค่าเฉลี่ย

### จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณารับรองเชิงจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ลงวันที่ 24 กันยายน 2562 ลำดับที่ 40/2562

### ผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด จำนวน 80 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.25 มีอายุมากกว่า 60 ปีคิดเป็นร้อยละ 52.50 และได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและช็อกจากการติดเชื้อ (Sepsis/septic shock) 26 ราย (ร้อยละ 32.50) รองลงมาคือโรคไตเรื้อรังร่วมกับภาวะน้ำเกิน (CKD with Volume overload) 13 ราย (ร้อยละ 16.25) และปอดอักเสบ (Pneumonia) 12 ราย (ร้อยละ 15) จำนวนวันที่ใส่ท่อช่วยหายใจระหว่าง 1-30 วัน ส่วนมากใส่ท่อช่วยหายใจประมาณ 1-5 วัน (ร้อยละ 40) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด จำนวน 96 คน ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 55.21 มีอายุมากกว่า 60 ปีคิดเป็นร้อยละ 50 และได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและช็อกจากการติดเชื้อ (Sepsis/Septic Shock) 25 ราย (ร้อยละ 26.04) รองลงมา คือโรคไตเรื้อรังร่วมกับภาวะน้ำเกิน (CKD with Volume Overload) 17 ราย (ร้อยละ 17.71) และปอดอักเสบ (Pneumonia) 16 ราย (ร้อยละ 16.67) จำนวนวันที่ใส่ท่อช่วยหายใจระหว่าง 1-40 วัน ส่วนมากใส่ท่อช่วยหายใจประมาณ 1-5 วัน (ร้อยละ 54.17) ดังแสดงในตารางที่ 1

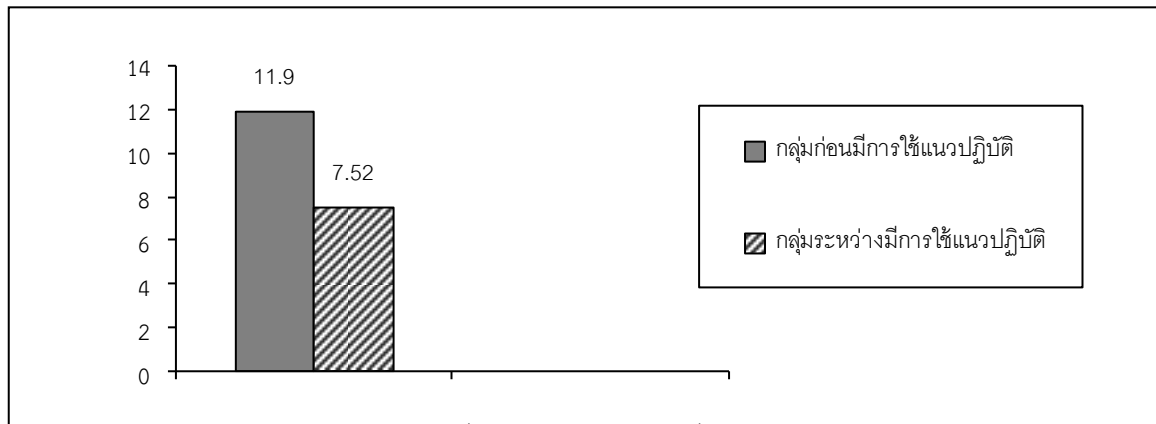
ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างก่อนและระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ในหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 1 จำแนกตาม เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค จำนวนวันที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ (n=80คน)		ระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติ (n= 96 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>				
ชาย	35	43.75	53	55.21
หญิง	45	56.25	43	44.79
<b>อายุ(ปี)</b>				
15-20ปี	1	1.25	5	5.21
21-40ปี	10	12.50	13	13.54
41-60ปี	26	32.50	30	31.25
มากกว่า60ปี	42	52.50	48	50.00
<b>การวินิจฉัยโรค</b>				
ติดเชื้อในกระแสเลือดและช็อกจากการติดเชื้อ	25	31.25	25	26.04
ปอดอักเสบ	12	15.00	16	16.67
ไตเรื้อรังร่วมกับภาวะน้ำเกิน	13	16.25	17	17.71
โรคหลอดเลือดหัวใจ	3	3.75	6	6.25
หัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน	4	5.00	4	4.17
โรคเบาหวานที่มีภาวะกรดคีโตนคั่ง	3	3.75	2	2.08
อื่นๆ	20	25.00	26	27.08
<b>จำนวนวันที่ใส่ท่อช่วยหายใจ</b>				
1-5วัน	37	46.25	52	54.17
6-10 วัน	20	25.00	20	20.83
11-15 วัน	8	10.00	9	9.38
16-20 วัน	7	8.75	4	4.17
21-25 วัน	2	2.50	2	2.08
26-30 วัน	2	2.50	3	3.13
มากกว่า30 วัน	1	1.25	4	4.17

**ส่วนที่ 2** ผลลัพธ์การเกิดต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดของกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการระหว่างการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ในหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 1 มีอุบัติการณ์การเกิดต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 11.90 ครั้ง/1,000 วันคาต่อช่วยหายใจ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการระหว่างการใช้แนวปฏิบัติการ

พยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด มีอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 7.52 ครั้ง/1,000 วันคาท่อช่วยหายใจ ดังแสดงด้วยกราฟแท่ง ดังภาพ



ภาพ เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดของกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการระหว่างการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (ครั้ง/1,000 วันคาท่อช่วยหายใจ)

จากการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 6 ครั้ง จำนวนวันคาท่อช่วยหายใจ 504 วัน (คิดเป็น 11.90 ครั้ง/1,000วันคาท่อช่วยหายใจ) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการระหว่างใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 4 ครั้ง จำนวนวันคาท่อช่วยหายใจ 532 วัน (คิดเป็น 7.52 ครั้ง/1,000วันคาท่อช่วยหายใจ) อุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดระหว่างที่มีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 4 ครั้ง ผู้ป่วยตั้งเองทั้งหมด ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง 3 ราย (ร้อยละ75) เพศชาย 1 ราย (ร้อยละ25) เกิดอุบัติการณ์ในช่วงเวลา 16.00-24.00น. จำนวน 2 ราย (ร้อยละ50) และช่วงเวลา 24.00-8.00 น. จำนวน 2 ราย (ร้อยละ50) ผู้ป่วยทั้งหมดไม่ได้รับยาระงับประสาท(Sedative Drugs) ผู้ป่วย 2 รายได้รับการประเมินคะแนนพฤติกรรมการเคลื่อนไหว เท่ากับ 3 คะแนน จึงไม่ได้รับการผูกมัด และ 2 รายคะแนนพฤติกรรมการเคลื่อนไหว เท่ากับ 4 คะแนน ได้รับการผูกมัดแต่ผู้ป่วยยังสามารถดึงท่อช่วยหายใจได้ ซึ่งทั้งหมดได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติในการแก้ไขและช่วยเหลือจนปลอดภัย มีผู้ป่วย 2 ราย (ร้อยละ 50) ต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ส่วนอีก 2 รายสามารถหายใจได้เอง

**ส่วนที่ 3** ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

พบว่า มีคะแนนความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด กำหนดค่าคะแนนเท่ากับ 0-10 (Mean = 8.83, SD = 0.83) (min = 8,max = 10)

## อภิปรายผล

1. ผลของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดมาใช้ในการประเมินและป้องกันการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด มีอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 7.52 ครั้ง/1,000 วันค่าท่อช่วยหายใจ ซึ่งลดลงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดที่มีอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 11.90 ครั้ง/1,000 วันค่าท่อช่วยหายใจ แสดงว่าการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดได้ ทั้งนี้เนื่องจากมีการประเมินความเสี่ยงและประเมินอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และพยาบาลมีการใช้แนวปฏิบัติทุกคน ทำให้ลดการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Napasaporn (2011) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด มีอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดลดลงกว่ากลุ่มตัวอย่างก่อนใช้แนวปฏิบัติจาก 32.76 ครั้งต่อ 1000 วันค่าท่อช่วยหายใจ ลดลงเป็น 17.31 ครั้งต่อ 1000 วันค่าท่อช่วยหายใจ และการศึกษาของ Thongplew, Manaporn, Ampaporn, & Unchalee (2011) พบว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้อัตราการเกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนต่ำกว่ากลุ่มก่อนพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การประเมินความเสี่ยงในการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหว จะช่วยในการเฝ้าระวังและการดูแลที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Somchit (2012) พบว่าการประเมินความเสี่ยงในการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมถ้าผู้ป่วยมีคะแนนประเมินพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวเท่ากับ 6 คะแนนจะมีความเสี่ยงสูงในการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนให้ผู้ป่วยยึดทันทีและค้นหาสาเหตุถ้าทราบสาเหตุให้แก้ไขตามสาเหตุและถ้าไม่ทราบให้รายงานแพทย์ การสื่อสารและการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น การยึดตรึงท่อช่วยหายใจให้มีความมั่นคงทั้งจากพลาสติกเตอร์และเชือกช่วยให้อุปกรณ์ช่วยหายใจอยู่ในระดับที่กำหนด การระบุขนาดและตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ การดูแลเสมหะที่ถูกต้อง การวัด cuff pressure ช่วยลดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและช่วยลดการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator Associated Pneumonia : VAP) การประเมินและจัดการความปวดอย่างเหมาะสมช่วยลดความไม่สบายใจของผู้ป่วยได้ การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเครื่องช่วยหายใจจะช่วยให้อุปกรณ์ช่วยหายใจสามารถลดระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจและการดึงท่อช่วยหายใจได้ ซึ่งประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกไม่ได้เกิดจากแนวปฏิบัติเพียงอย่างเดียว พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้ลดอัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดลดลงได้ การทำให้พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติต้องอาศัยกลยุทธ์ในการสร้างความตระหนัก ส่งเสริมให้ใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จนเกิด

ประสิทธิภาพสูงสุด ควรมีการให้ความรู้แก่บุคลากร พร้อมทั้งมีการติดตาม นิเทศ ตรวจสอบการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจได้มาตรฐานและเกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

2. พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุดเนื่องจากพยาบาลทุกคนในหน่วยงานรับรู้ว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้มีประโยชน์ต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย แม้ว่าในทางปฏิบัติยังพบปัญหาอยู่บ้าง เช่น การประเมินพฤติกรรมการเคลื่อนไหว ทำได้ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ บางครั้งประเมินคะแนนพฤติกรรมการเคลื่อนไหวได้มากกว่า 3 คะแนน มีการรายงานแพทย์แต่ไม่มีแผนการรักษาเพิ่มเติม ทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด หรือบางครั้งการผูกยึดไม่มีประสิทธิภาพ ใช้อุปกรณ์ไม่เหมาะสม หรือญาติผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจเหตุผลของการผูกยึด จึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะต้องให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน สอดคล้องกับการศึกษาของ Udomluk, Donwivat, Acharawun, Supaporn, Yuwadee & Apisara (2017) พบว่าการใช้แนวปฏิบัติทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจในระดับสูงร้อยละ 85 ผลการศึกษาสะท้อนว่าการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดีและหากพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยมีวินัยในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอย่างเคร่งครัดก็จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดียิ่งขึ้น

### ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดอย่างต่อเนื่อง เพื่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและลดอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด
2. การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดไปใช้ให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ควรให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ยั่งยืน
3. ควรมีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดเสนอแก่ผู้บริหารเพื่อพิจารณานำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและเผยแพร่แนวปฏิบัติไปยังหน่วยงานอื่น เพื่อให้มีการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

### ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

พัฒนาแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยโดยมีการวิเคราะห์ปัจจัยหรือองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติการณ์แบบย้อนหลัง ทั้งในเชิงคลินิกและระบบการบริหารการวิเคราะห์สถานการณ์โดยการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้มีแนวปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน และมีความสอดคล้องกับบริบทขององค์กร สามารถแก้ปัญหาและลดอุบัติการณ์ได้มากขึ้น

## Reference

- Alberto, L., Stefano, B., & Giuseppe, E. (2018). Unplanned Extubations in General Intensive Care Unit : A Nine-Year Retrospective Analysis, *Acta Biomedica*, 89(7), 25-31.
- 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 Nursing*, 22(1), 129-143. (in Thai).
- Chang, LY., Wang, KK., & Chao, YE. (2008). Influence of Physical Restraint on Unplanned Extubation of Adult Intensive Care Patients : A Case Control Study. *American Journal Critical Care*, 17(5), 408-416.
- Jarachovic, M., Mason, M., Kerber, K., & McNett, M. (2011). The Role of Standardized Protocols in Unplanned Extubations in A Medical Intensive Care Unit. *American Journal Critical Care*, 20(4), 304-312.
- Keikkas, P., Aretha, D., Panteli, E., & Baltopoulos, G. (2013). Unplanned Extubation in Critically Ill Adults : Clinical review. *Nursing of Critical Care*, 18(3), 123-134.
- 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).
- Napasaporn, D. (2011). *Effectiveness of Implementing Clinical Practice Guidelines for Prevention of Unplanned Endotracheal Extubations in Medical Intensive Care Unit, Lampang Hospital*. Thesis of master of nursing science (adult nursing). Chaingmai University. (in Thai).
- National Health and Medical Research Council [NHMRC]. (1999). *A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guideline*. Retrieved November 16, 1998, from: <http://www.ausinfo.gov.au/general/gen hottobuy.htm>.
- Somchit, S. (2012). *The Development and Evaluation of Clinical Nursing Practice Guideline For Preventing Unplanned Extubation in Surgical Intensive Care Unit*. Thesis of master of nursing science (adult nursing), Prince of Songkla University. (in Thai).
- Silva, PS., & Fonseca, MC. (2012). Unplanned Endotracheal Extubations in the Intensive Care Unit :Systematic Review, Critical Appraisal and Evidence-Based Recommendations. *Anesthesia and analgesia*, 114(5), 1003-14.

- Sirata, C. (2007). *The Development of a Clinical Nursing Practice Guideline to Prevent Self Extubation in Critical Adult Patients (master thesis) Mahidol University.* (in Thai).
- Tanios, M., Epstein, S., Grzeskowiak, M., Nguyen, M., Park, H., & Leo, J. (2014). Influence of Sedation Strategies on Unplanned Extubation in a Mixed Intensive Care Unit. *Journal of Critical Care, 23*, 306-15
- Tanios, MA., Epstein, SK., Livelio, J., & Teres D. (2010). Can We Identify Patients at High Risk for Unplanned Extubation? A Large-Scale Multidisciplinary Survey. *Respiratory Care, 55*(5), 561-8.
- Thongplew, K., Manaporn, C., Ampaporn, N., & Unchalee, Y. (2011). Effects of Nursing System Development in Using Evidence-Based Protocol on Quality of Care in Patients with Ventilators in Intensive Care Unit, Singburi Hospital. *Journal of Nurses Association of Thailand, North-Eastern Division, 29*(2), 25-34. (in Thai).
- Udomluk, T., Donwiwat, S., Acharawun, N., Supaporn, T., Yuwadee, B., & Apisara, S. (2017). Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for mechanically Ventilated Patients in Critical Care Department, Khon Kaen Hospital. *Journal of Nursing and Health Care, 35*(1), 194-206.(in Thai).
- Wiparat, N., Panomporn, P., Parichart, S., Pathumporn, K., & Suweena, B. (2017). Effect of PMK Unplanned Extubation Prevention Program on Extubation Rate in Medical Wards, Phramongkutklao Hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 18*(1), 167-175. (in Thai).
- Yeh, SH., Lee, LN., Ho, TH., Chiang TH, & Lin, LW. (2004). *Implication of Nursing Care in The Occurrence and Consequences of Unplanned Extubation in Adult Intensive Care Unit.* 41(3), 255-62.

# ความคาดหวังและความเป็นจริงต่อการรับบริการของญาติผู้ป่วย หอผู้ป่วยเครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

สะอาด ทองย้อย, โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์, จังหวัดชุมพร, e-mail: saarddang09@gmail.com

## บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้ เป็นวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคาดหวัง ความเป็นจริงต่อการรับบริการและเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความคาดหวังและความเป็นจริงต่อการรับบริการของญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเครื่องช่วยหายใจ ตามทฤษฎีการประเมินความคาดหวังของผู้ใช้บริการของ Parasuraman, Zeithaml and Berry (1993) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกคนในช่วงเวลาที่กำหนด จำนวน 41 คน โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทั้งความตรงของเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติการทดสอบค่าที่แบบสัมพันธ์กัน

ผลการวิจัยพบว่าความคาดหวังและความเป็นจริงทั้งด้านการรักษา (Mean = 4.58, Mean = 4.39) ด้านคุณภาพการให้บริการ (Mean = 4.57, Mean = 4.38) ด้านความสะดวกในการให้บริการ (Mean = 4.56, Mean = 4.37) และรวมทุกด้าน (Mean = 4.56, Mean = 4.38) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างความคาดหวังและความเป็นจริงต่อการรับบริการของญาติผู้ป่วยจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป พบว่าอายุต่างก็มี ความคาดหวังและความเป็นจริงต่อการรับบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และอาชีพต่างก็มีความเป็นจริงต่อการรับบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความคาดหวังและความเป็นจริงจำแนกรายด้าน พบว่าความคาดหวังและความเป็นจริงด้านการรักษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

จากผลการวิจัยควรมีการพัฒนาการบริการผู้ป่วยทั้งสามด้าน โดยเฉพาะด้านการรักษา โดยการพัฒนาระบบการบริการและการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติให้มีคุณภาพและมีความเหมาะสมต่อไป

**คำสำคัญ:** ความคาดหวัง ความเป็นจริง การรับบริการของญาติผู้ป่วย หอผู้ป่วยเครื่องช่วยหายใจ

## Expectations and Truthfulness to The Services of Their Relatives Ventilator Ward Chumphon Khet Udomsak Hospital.

Saart Thongyoi, Chumphon Khet Udomsak Hospital, Chumphon Province,  
*e-mail: saarddang09@gmail.com*

### Abstract

This research is the cross sectional descriptive study aimed to study the expectation and actuality to service, factors relating to the expectation and actuality to service and comparison between the expectation and actuality to service, Respiration Care Unit, Chumphon Khet Udomsakdi Hospital. According to the theory of assessing consumer expectations of Parasuraman, Zeithaml and Berry (1993). The sample included 41 patient's relatives. The research instruments were questionnaire which were designed by the researcher after the review of related literature., content valid and reliability. Frequency, percentage, mean, standard deviation and paired t-test were used for data analysis.

The result showed that the expectation and actuality to service of medical services aspects (Mean = 4.58 and Mean = 4.39), service quality aspects (Mean = 4.57 and Mean = 4.38) , facilities of service aspects (Mean = 4.56 and Mean = 4.37) and three aspects (Mean = 4.56 and Mean = 4.38) were at high level. The personal factors in term of age was found to be significantly related to the expectation and actuality to service and occupational was found to be significantly related to the actuality to service at the 0.05 level, the expectation and actuality to service of medical services aspects were difference significant at the level of .05.

The result of this study made to development of three aspects, especially medical services aspects by service system development and communicate to patient and relative for qualitatively and appropriate on nursing and medical care.

**Keyword:** The Expectation, The Actuality, Service of Patient's Relatives, Respiration Care Unit

## บทนำ

ความเจริญก้าวหน้าของระบบสุขภาพของไทยมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว มีเทคโนโลยีที่ทันสมัย การดูแลรักษาเป็นไปอย่างซับซ้อนมากขึ้น และมีการดูแลเฉพาะทางมากขึ้น ทำให้โรงพยาบาลในระดับต่างๆ พัฒนาศักยภาพและจัดตั้งแผนกต่างๆ เพื่อเป็นการบริการเฉพาะทาง เช่น หอผู้ป่วยโรคหัวใจ หอผู้ป่วยวิกฤติทางด้านอายุรกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤติระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยสิ่งทีคำนึงถึงความสำคัญมากที่สุด คือ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้เต็มศักยภาพและปลอดภัย ตลอดจนสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย หรือญาติให้มากที่สุด เนื่องจากยังมีความซับซ้อนของการดูแลรักษาผู้ป่วย ญาติอาจจะไม่เข้าใจวิธีการรักษาที่ซับซ้อนเหล่านี้ อาจคาดหวังถึงผลที่ได้รับในรูปแบบความต้องการของญาติในลักษณะต่างๆ เช่น รับรู้ขั้นตอนการรักษาพยาบาล การมีความต้องการตัดสินใจร่วมด้วยในการรักษา ความต้องการให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลาและหายในเร็ววัน การได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีศักยภาพ หรือมีความพึงพอใจทั้งด้านบุคลากร สถานที่ หรือระบบบริการ เป็นต้น

ความคาดหวังของผู้รับบริการและครอบครัวมีความสอดคล้องกับผลลัพธ์ทางการพยาบาลในประเด็นเดียวกัน คือ ต้องการให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอด ปลอดภัย ดังนั้นหน่วยงานและองค์กรหลายแห่งจึงกำหนดมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขึ้น ซึ่งทุกมาตรฐาน ได้กำหนดเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้รับผลงานเป็นหลัก (Supachutikul, 2015) กล่าวว่าคุณภาพทางการพยาบาลขึ้นอยู่กับคุณภาพบุคลากรที่สะท้อนถึงประสิทธิภาพการบริหารจัดการของผู้บริหารทางการพยาบาล ดังนั้นในระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในโรงพยาบาลนั้นจะต้องมีการวางแผนการทำงานให้มีระบบ คำนึงถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งมุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

โรคระบบทางเดินหายใจ คำนี้อาจจะคุ้นเคยกับคนไทยมากขึ้นเนื่องด้วยการแพร่ระบาดของไข้หวัดนก โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง หรือ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากปรากฏในสื่อแพร่หลาย และมีจำนวนผู้ติดเชื้อทั่วโลกในหลักล้าน รวมทั้งมีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก ซึ่งในความเป็นจริงแล้วนั้น โรคระบบทางเดินหายใจที่พบได้ทั่วไปนั้น ประกอบด้วย หอบหืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง มะเร็งปอด มะเร็งจากอวัยวะอื่นๆ ที่กระจายมาที่ปอด และมะเร็งของเยื่อหุ้มปอด การติดเชื้อ เช่น วัณโรค ปอดบวม หลอดลมอักเสบ การติดเชื้อราในปอด และเนื้อเยื่อในปอดอักเสบ เป็นต้น และมีผู้ป่วยด้วยโรคเหล่านี้เกิดขึ้นจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในแผนกทางด้านอายุรกรรม ซึ่งหากโรงพยาบาลที่ทำการรักษาเป็นโรงพยาบาลศูนย์ หรือ โรงพยาบาลทั่วไป ส่วนใหญ่จะมีหอผู้ป่วยที่รับการรักษาโดยเฉพาะ เช่น หอผู้ป่วยวิกฤติระบบทางเดินหายใจ ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยมีอาการระบบทางเดินหายใจที่มีภาวะวิกฤติและในภาวะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยหอผู้ป่วยวิกฤติระบบทางเดินหายใจ เป็นภาวะที่ทำให้ส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของประชาชน โดยเฉพาะญาติผู้ป่วย ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดทั้งด้านความห่วงใยต่อผู้ป่วย การสูญเสียด้านเวลา

เศรษฐกิจ และด้านอื่นๆ ดังนั้นญาติจึงฝากความหวังไว้ที่โรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย ประกอบกับในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยหอผู้ป่วยวิกฤติระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จัดได้ว่าเป็นผู้ป่วยวิกฤติ บางรายได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ บางรายได้รับการเจาะคอ ซึ่งหัตถการดังกล่าวเป็นการช่วยชีวิตผู้ป่วยให้พ้นจากภาวะวิกฤติ แต่การรักษาพยาบาลมีภาวะแทรกซ้อนตามมา อาจทำให้เป็นอันตรายเล็กน้อยจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ จึงเป็นผลให้ญาติผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดสนิทสนม หรือเป็นเครือญาติ พี่น้อง คนรัก ย่อมมีความรู้สึกกังวลต่อการเข้ามาใช้บริการ ซึ่งถ้ามีผู้ป่วยอาการหนักกว่าผู้ป่วยเองอยู่ใกล้เคียง ทำให้ความรู้สึกกังวลของผู้ป่วยและญาติเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ผู้ป่วยและญาติที่มีความวิตกกังวลสูงย่อมส่งผลให้ความคาดหวังในการรับบริการสูงเช่นเดียวกัน โดยความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลย่อมไม่เหมือนกับความคาดหวังของลูกค้าที่มีต่อธุรกิจบริการทั่วไป เวลาและความเอาใจใส่ของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีต่อผู้ป่วย จึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติต้องการ (Phol Sritet, 2011) และปัจจุบันระบบการบริการสาธารณสุขมีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้น ผู้ป่วยและญาติที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลจึงมีความคาดหวังที่จะได้รับการบริการที่ดีมีคุณภาพ มีความสะดวกรวดเร็ว รวมไปถึงการหายขาดหรือบรรเทาจากการเจ็บป่วยนั้นๆ

โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 509 เตียง โดยมีแนวโน้มของผู้ป่วยด้านอายุรกรรมและผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจเพิ่มมากขึ้น ทางโรงพยาบาลจึงมีความจำเป็นต้องจัดให้มีหอผู้ป่วยวิกฤติระบบทางเดินหายใจขึ้น (Chumphon Khet Udomsak Hospital, 2018) เนื่องด้วยนโยบายการดูแลผู้ป่วยตามยุทธศาสตร์ที่ 2 ของกระทรวงสาธารณสุข คือ การบริการเป็นเลิศ (Ministry of Public Health, 2015) มีความต้องการพัฒนาระบบบริการโดยเฉพาะในมุมมองของผู้รับบริการ และต้องการทราบความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการรวมทั้งระดับการตอบสนองต่อความคาดหวังนั้นเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขการบริการของหอผู้ป่วยวิกฤติโรคระบบทางเดินหายใจให้ดียิ่งขึ้นไป และเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความคาดหวังและความเป็นจริงต่อการรับบริการของญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเครื่องช่วยหายใจ
2. เพื่อเปรียบเทียบระหว่างความคาดหวังและความเป็นจริงต่อการรับบริการของญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเครื่องช่วยหายใจ

### กรอบแนวคิดทฤษฎี

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการประเมินความคาดหวังของผู้ใช้บริการของ Zeithaml, Berry & Parasuraman. (1993) คือ ทฤษฎี Conceptualization of Expectations ซึ่งทฤษฎีนี้อธิบายความคาดหวังในรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมซึ่งมีอิทธิพลต่อความคาดหวัง 3 ด้าน คือ ด้านการรักษา ด้านคุณภาพการให้บริการ และด้านความสะดวกในการให้บริการ

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross sectional Descriptive Study)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ญาติผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการที่หอผู้ป่วยเครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ทุก คนในช่วงเดือนพฤษภาคม – กันยายน 2563 จำนวน 41 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วยจำนวน 9 ข้อ

**ส่วนที่ 2** ประกอบด้วย แบบสอบถามความคาดหวังและความเป็นจริงต่อการรับบริการของญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรักษา ด้านคุณภาพการให้บริการ และด้านความสะดวกในการให้บริการ ที่ผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิดทฤษฎีการประเมินความคาดหวังของผู้ใช้บริการของ Zeithaml, Berry & Parasuraman. (1993)

**ส่วนที่ 3** ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามดังกล่าว ไปตรวจคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณาความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ประกอบด้วย อาจารย์อายุรแพทย์ จำนวน 2 ท่าน หัวหน้างานการพยาบาลอายุรกรรม 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence:IOC) ตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจน และความเหมาะสมของเนื้อหาและการใช้ภาษา พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะ และนำความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิมาหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม ได้ผลการหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .79 จากนั้นนำแบบสอบถาม ไปใช้ทดสอบกับ กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก จำนวน 30 ตัวอย่าง

เพื่อทดสอบความยากง่ายในการอ่านและเข้าใจด้านภาษาที่ใช้ ในแบบประเมิน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข แล้วหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Alpha of Cronbach) ด้านการรักษา เท่ากับ 0.81 ด้านคุณภาพการให้บริการ เท่ากับ 0.85 ด้านความสะดวกในการให้บริการ เท่ากับ 0.79 และภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.81

### การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด สถิติเชิงอ้างอิง (Inference Statistics) ได้แก่ ค่าการทดสอบที (t-test) และ การวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA)

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เลขที่ 46/2563 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตัว อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และใช้รหัสแทนชื่อจริง พร้อมชี้แจงสิทธิในการตอบรับและปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีผลต่อการรักษาผู้ป่วย และในระหว่างการศึกษา หากกลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่พึงพอใจ หรือไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยก็สามารถออกจากการศึกษาได้ โดยไม่ต้องรอให้การดำเนินการวิจัยสิ้นสุดลง และไม่ต้องบอกเหตุผล โดยการกระทำดังกล่าว ไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และได้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมการทำวิจัย (Informed consent Form)

### ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความคาดหวังและความเป็นจริงต่อการรับบริการของญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจ และ 3) เปรียบเทียบระหว่างความคาดหวังและความเป็นจริงต่อการรับบริการของญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเครื่องช่วยหายใจ ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน n=41	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	12	29.26
หญิง	29	70.74
<b>อายุ (ปี)</b>		
21-30	3	7.31
31-40	5	12.19
41-50	14	34.14
51-60	12	29.26
60+	7	17.10
Mean = 48.02 S.D.=11.34, Min=23, Max=66		
<b>การศึกษา</b>		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	25	60.97
ปริญญาตรี	12	29.26
สูงกว่าปริญญาตรี	4	9.77
<b>อาชีพ</b>		
เกษตรกรรวม	13	31.70
ข้าราชการ/เจ้าหน้าที่รัฐ/ข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ	11	26.82
รับจ้างทั่วไป	9	21.95
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	5	12.19
พนักงานบริษัทเอกชน/โรงงาน	1	2.43
อื่นๆ	2	4.91
<b>รายได้ (บาท/เดือน)</b>		
0-10000	18	43.89
10001-20000	12	29.26
20001-30000	4	9.77
30001-40000	3	7.31
40001-50000	4	9.77
Mean = 18,402.43, S.D.= 1,3842.51, Min=0, Max=50,000		
<b>ประเภทสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย</b>		
เบิกต้นสังกัด	18	43.89
สิทธิบัตรทอง	14	34.14
สิทธิประกันสุขภาพ	5	12.15
สิทธิประกันสังคม	2	4.91
อื่นๆ	2	4.91
<b>จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา</b>		
ครั้งแรก	11	26.82
2-3 ครั้ง	13	31.70
มากกว่า 4 ครั้ง	17	41.48

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน n=41	ร้อยละ
<b>เหตุผลของการรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ (n=118)</b>		
รพ. ใกล้บ้าน/เดินทางสะดวก	24	20.33
มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ	21	17.79
เป็นผู้ป่วยเก่า	20	16.94
มีเครื่องมือที่ทันสมัย	19	16.10
สิทธิในการรักษาพยาบาล เช่น ประกันสังคม พรบ.ประกันสุขภาพ ฯลฯ	12	10.16
ย้ายมากกว่า รพ.อื่น	10	8.52
มีญาติ หรือ บุคคลที่รู้จักทำงานในโรงพยาบาลแห่งนี้	6	5.08
ค่ารักษาไม่แพง	3	2.54
สถานที่สะดวกสบาย/หรูหรา	3	2.54
<b>ระยะเวลาที่นอนพักรักษาที่หอผู้ป่วยเครื่องช่วยหายใจ (เดือน)</b>		
0-1	22	53.65
2-3	7	17.10
4-5	7	17.10
มากกว่า 5 เดือน	5	12.15
Mean = 78.52 วัน, S.D. = 80.12 วัน, Min = 4 วัน, Max = 12 เดือน		

ตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่เพศหญิง (ร้อยละ 70.74) อายุระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 34.14) โดยมีอายุเฉลี่ย 48.02 ปี การศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 60.97) อาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 31.70) รายได้ไม่เกิน 10,000 บาท (ร้อยละ 43.89) รายเฉลี่ย 18,402.43 บาท สิทธิการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบิกต้นสังกัด (ร้อยละ 43.89) โดยมารับการรักษา 2-3 ครั้ง (ร้อยละ 31.70) เหตุผลของการเลือกรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์เนื่องจากรพ.ใกล้บ้าน/เดินทางสะดวก (ร้อยละ 20.33) และระยะเวลาที่นอนพักรักษาที่หอผู้ป่วยเครื่องช่วยหายใจไม่เกิน 1 เดือน (ร้อยละ 53.65)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความคาดหวังและความเป็นจริงจำแนกรายด้านและรวม

ด้าน	ความคาดหวัง			ความเป็นจริง		
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ
ด้านการรักษา	4.58	.58	สูง	4.39	.40	สูง
ด้านคุณภาพการให้บริการ	4.57	.69	สูง	4.38	.50	สูง
ด้านความสะดวกในการให้บริการ	4.56	.70	สูง	4.37	.46	สูง
รวม	4.56	.63	สูง	4.38	.40	สูง

ตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าทั้งความคาดหวังและความเป็นจริงทั้ง 3 ด้านและรายด้านรวมอยู่ในระดับสูง โดยความคาดหวังและความเป็นจริงสูงสุด ได้แก่ ด้านการรักษา (Mean = 4.58 และ 4.39 ตามลำดับ)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของความคาดหวังและความเป็นจริงจำแนกตามเพศ

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	ความคาดหวัง		ความเป็นจริง	
	t	p-value	t	p-value
เพศ	2.18	.48	.27	.78

\*p<0.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของความคาดหวังและความเป็นจริงจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	ความคาดหวัง		ความเป็นจริง	
	F	p-value	F	p-value
การศึกษา	1.22	.30	.60	.55
อาชีพ	.78	.58	2.79*	.02
อายุ	5.46*	.00	3.66*	.01
รายได้	2.59	.05	1.11	.36
ระยะเวลาที่นอนพักรักษา	.71	.54	.060	.98
สิทธิการรักษา	.35	.83	1.52	.21

ตารางที่ 3 และ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความคาดหวังและความเป็นจริงต่อการรับบริการของญาติผู้ป่วยจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป พบว่าอายุต่างกันมีความคาดหวังและความเป็นจริงต่อการรับบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p<0.05) และอาชีพต่างกันมีความเป็นจริงต่อการรับบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p<0.05)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของความคาดหวังและความเป็นจริงจำแนกรายด้าน

ความคาดหวังและความเป็นจริง	Mean	S.D.	t	p-value
ความคาดหวังด้านการรักษา	4.58	.58	2.05*	.04
ความเป็นจริงด้านการรักษา	4.39	.40		
ความคาดหวังด้านคุณภาพการให้บริการ	4.57	.69	1.44	.15
ความเป็นจริงด้านคุณภาพการให้บริการ	4.38	.50		
ความคาดหวังด้านความสะดวกในการให้บริการ	4.56	.70	1.88	.06
ความเป็นจริงด้านความสะดวกในการให้บริการ	4.37	.46		
ความคาดหวังรวม	4.56	.63	1.83	.07
ความเป็นจริงรวม	4.38	.40		

\*p<0.05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของความคาดหวังและความเป็นจริงจำแนกรายด้าน พบว่าความคาดหวังและความเป็นจริงด้านการรักษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ในขณะที่ภาพรวมและรายด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

### อภิปรายผล

งานวิจัยนี้ เป็นวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคาดหวัง ความเป็นจริงต่อการรับบริการและเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความคาดหวังและความเป็นจริงต่อการรับบริการของญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเครื่องช่วยหายใจ ตามทฤษฎีการประเมินความคาดหวังของผู้ใช้บริการของ Zeithaml, Berry, & Parasuraman. (1993)

ผลการศึกษาความคาดหวัง ความเป็นจริงต่อการรับบริการ สามารถอภิปรายผลได้ว่า ความคาดหวังและความเป็นจริงทั้ง 3 ด้านและรายด้านรวมอยู่ในระดับสูง โดยความคาดหวังและความเป็นจริงสูงสุด คือ ด้านการรักษา (Mean = 4.58 และ 4.39 ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ป่วยให้ความสำคัญต่อด้านการรักษามากที่สุด ถึงแม้ด้านอื่นๆจะได้นำมาพิจารณาแล้วก็ตาม ไม่ว่าจะเป็นด้านสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก หรือการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างเจ้าหน้าที่ของญาติ อาจเป็นแค่ความพึงพอใจทางอ้อม แต่ในความเป็นจริงแล้วญาติให้ความสำคัญถึงผลการรักษา วิธีการรักษา การที่แพทย์ใส่ใจฟังคำบอกเล่าอาการเจ็บป่วย พยาบาลรับฟังคำอธิบาย หรือ การร้องขอให้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย หน่วยงานมีอุปกรณ์การรักษาและความพร้อมในการรักษาพยาบาลได้ทันท่วงที โรงพยาบาลมีอุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัย แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องและสามารถทำการรักษาให้ผู้ป่วยให้ดีขึ้นหรือหายได้ในเร็ววัน พยาบาลอธิบายเรื่องเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนให้ญาติได้เข้าใจดี แพทย์พยาบาล มีการดูแลเอาใจใส่คนไข้ดีและสม่ำเสมอ มีความเข้าใจ และเห็นอกเห็นใจในความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ดูแลเอาใจใส่คนไข้ดีและสม่ำเสมอ ตลอดจนพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ให้การช่วยเหลือ เมื่อญาติไม่สามารถช่วยเหลือคนไข้ได้เต็มกำลัง เช่น การขีดตัว การอาบน้ำบนเตียง การเปลี่ยนผ้าอ้อมคนไข้ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Setaphan (2010), Suwannasukroj (2008) และ Un-Em et al. (2001)

ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของความคาดหวังและความเป็นจริงจำแนกรายด้าน สามารถอภิปรายผลได้ว่า ความคาดหวังและความเป็นจริงด้านการรักษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยที่อายุต่างกันมีความคาดหวังและความเป็นจริงต่อการรับบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ซึ่งสอดคล้องกับ Suwannasukroj (2008) และ Mingpricha (2007) เนื่องจากและอาชีพต่างกันมีความเป็นจริงต่อการรับบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) สอดคล้องกับ Khamtool (2009) และ Samosuk et al. (2013) เนื่องจากญาติผู้ป่วยที่มาเฝ้าดูแลผู้ป่วยตึกเครื่องช่วยหายใจต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลนาน ซึ่งจากการวิจัยพบว่าเฉลี่ย

78.5 วัน หรือ 2 เดือนกว่าๆ รวมทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษามาแล้วมากกว่า 4 ครั้ง (ร้อยละ 41.5) และพบว่าญาติผู้ป่วยอายุเฉลี่ย 48 ปี และถึงแม้ส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 31.7) ก็เป็นอาชีพทำสวนและมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูง โดยมีรายได้เฉลี่ย 18,402.4 บาท จากลักษณะข้อมูลทั่วไปดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าความคาดหวังและความเป็นจริงของบุคคลที่วัยต่างกัน และรายได้ต่างๆกันมีความแตกต่างกัน คนวัยที่สูงอายุกว่าอาจมีความเคยชินหรือมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อนและเข้าใจในบริบทของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ในส่วนของบุคคลที่อาชีพต่างกันต่างมีความคาดหวังต่างกัน เนื่องจากหากผู้ป่วยได้รับบริการที่ดี รักษาหายได้ในเร็ววันสามารถนำผู้ป่วยกลับบ้านและตัวของญาติเองก็สามารถไปประกอบอาชีพที่ตนเองมีรายได้ที่ค่อนข้างสูงต่อไป ดังนั้นในการจัดการหรือพัฒนาระบบต่างๆจึงต้องคำนึงปัจจัยส่วนบุคคลเหล่านี้และนำมาเป็นตัวแปรหรือปัจจัยที่สำคัญในการพัฒนางานหรือพัฒนาระบบบริการต่อไปในอนาคต

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

#### 1. การนำวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำข้อมูลที่ได้มาเป็นฐานในการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาและการให้ข้อมูลข่าวสารทั้ง 3 ด้านอย่างเป็นระบบแก่ญาติและผู้ป่วย โดยเฉพาะด้านการรักษา เพื่อเป็นการพัฒนาระบบการบริการและการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติให้มีคุณภาพและมีความเหมาะสม สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเพื่อส่งเสริมความร่วมมือ สามารถลดความวิตกกังวล และการฟ้องร้อง ร้องเรียนที่เป็นผลจากการรักษา และการพยาบาลต่อไป

#### 2. การทำวิจัยในครั้งต่อไป

ควรนำผลการศึกษาดังกล่าวไปศึกษาในการวิจัยเชิงคุณภาพ รวมทั้งศึกษาเปรียบเทียบความต้องการของญาติ และผู้ป่วยที่แท้จริง แล้วนำผลการวิจัยที่ได้ทั้งหมดไปศึกษาวิจัยและพัฒนา (R&D) เพื่อพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาและการให้ข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นระบบต่อไป

### Reference

Supachutikul, A. (2015). *HA Hospital Evaluation for Empowerment*. Electronic book:

<https://www.hfocus.org/content/2015/08/10564>. Retrieved 17 January 2020.

Chumphon Khet Udomsak Hospital. (2018). *Strategic Plan of Chumphon Khet Udomsak Hospital in 2018*. (Copy documents).

Setaphan, K. (2010). *Factors affecting the satisfaction of information system service users in the Office of the Permanent Secretary of Defense*. Master of Science Thesis Technology Management Program Innovation College Thammasat University.

Ministry of Public Health. (2015). *Thai Public Health Health System*. E-book:

[http://wops.moph.go.th/ops/thp/thp/userfiles/7\\_%20lesson6.pdf](http://wops.moph.go.th/ops/thp/thp/userfiles/7_%20lesson6.pdf). Retrieved 17 January 2020.

Suwannasukroj, N. (2008). *Patients' Satisfaction Evaluation of Clinical Service Out of Office, Srinakarin Hospital*. Faculty of Medicine Khon Kaen University. Master of Science Thesis School of Beauty and Health Sciences Graduate school Khon Kaen University.

Un-Em, P. et al.(2001). *Satisfaction of patients receiving services to Outpatient Department, Chest Hospital*. Research report. Boromarajonani College of Nursing, Nonthaburi

Phol Srilet, P. (2011). *Managing patient expectations*. E-book: [http:// www.gmwebsite.com/ upload/tuhospital-mk.org/file/ Articles% 20 August% 202554.pdf](http://www.gmwebsite.com/upload/tuhospital-mk.org/file/Articles%20August%202554.pdf). Retrieved 17 January 2020.

Khamtool, S. (2009). *Survey of Satisfaction and Attitude of Users, Case Study: Ao Udom Hospital, Sriracha District, Changhuat District, Chonburi*. Master of Science Thesis Technology Management Program Innovation College Thammasat University.

Mingpricha, S. (2007). *Anticipation and satisfaction of people who use the services in the outpatient department*. Service quality of Phrae Hospital. Master of Public Administration Thesis Department of Urban and Rural Community Management and Development Faculty of Humanities and Social Sciences Maha Wittayalai Rajabhat Uttaradit.

Samosuk, W. et al. (2013). *A study of expectation and satisfaction of patients towards Thammasat Heart Center services of Thammasat Chalermprakit Hospital*. Agency for Budget Planning and Research Institute Thammasat Hospital honor. (Duplicate document).

Zeithaml, V. A., Berry, L.L., and Parasuraman, A. (1993). *The nature and determinants of customer expectations of service*. Journal of the academy of marketing science, 21(1), 1-12

## ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์การของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพะ จังหวัดชุมพร

สิทธิชัย ชูจีน, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพะ, จังหวัดชุมพร, e-mail: morpood@gmail.com

### บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์การของบุคลากรศึกษาระดับความผูกพันองค์การของบุคลากร และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลกับความผูกพันองค์การของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพะ จังหวัดชุมพร ประชากร คือ บุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพะ จังหวัดชุมพร จำนวน 78 คน เครื่องมือเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์การและความผูกพัน มีค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีของสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .88 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า (1) ระดับปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์การ ประกอบด้วย 4 ปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะงาน ลักษณะองค์การ และประสบการณ์ในการทำงาน มีค่าเฉลี่ยโดยรวมระดับมาก (2) ระดับความผูกพันองค์การของบุคลากร 3 ด้าน คือ ด้านการคงอยู่กับองค์การ ด้านความรู้สึก และด้านบรรทัดฐาน มีค่าเฉลี่ยโดยรวมระดับมาก (3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลกับความผูกพันองค์การของบุคลากรมีความสัมพันธ์ทางบวกโดยรวมและรายด้านทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05

**คำสำคัญ:** ปัจจัยที่ส่งผล ความผูกพันองค์การ

## Factors Affecting Organizational Commitment of Personnel under the Auspices of Public Health Office of Tha Sae District, Chumphon Province

Sitchai Chujeen, Public Health Office of Tha Sae District, Chumphon Province

*e-mail:* morpood@gmail.com

### Abstract

This research aimed to study 1) the level of factors affecting the organizational commitment of personnel, 2) the level of organizational commitment of personnel, and 3) the relationship between the factors affecting the organizational commitment of personnel under the auspices of Public Health Office of Tha Sae District, Chumphon Province.

The population included 78 personnel under the auspices of the Tha Sae District Health Office, Chumphon Province. The instrument used to collect data was a 5-level rating scale questionnaire asking the participants about factors affecting organizational commitment and personnel commitment with the reliability Cronbach alpha coefficient of .88 and .80, respectively, and an open-ended questionnaire. Data were analyzed for frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson correlation and content analysis.

The research study revealed the following results.

1) Level of factors affecting organizational commitment consisted of four factors, including personal factors, work characteristics, organization characteristics, and work experience. The overall average of organizational commitment was at a high level.

2) Level of organizational commitment three aspects: continuance commitment, affective commitment, and normative commitment. Overall organizational commitment is at a high level.

3) The relationship between personal factors affecting organizational commitment and organizational commitment of personnel were statistically and significantly related with overall organizational commitment and each commitment aspect ( $p < .01$  and  $.05$  respectively).

**Keywords:** organizational commitment, public health personnel

## บทนำ

การบริหารงานจะสำเร็จและบรรลุเป้าหมายได้ องค์การต้องคำนึงถึงปัจจัยที่สำคัญสองส่วนคือ เป้าหมายของงานและเป้าหมายของคน บุคลากรหรือพนักงานในองค์การเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีความสำคัญที่จะทำให้องค์การมีความเจริญรุ่งเรือง บรรลุเป้าหมายหรือล้มเหลว ความผูกพันของบุคลากร (Employee Engagement) เป็นทัศนคติของบุคลากรทั้งที่แสดงออกถึงความคิด ความรู้สึก การรับรู้ และการเรียนรู้ของพนักงานที่ส่งผลต่อความสัมพันธ์และความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อองค์การ บุคลากรที่มีความผูกพันต่อองค์การจะมีพฤติกรรมที่ตระหนัก ถึงความสำคัญและมีแรงบันดาลใจต่อบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของตนที่มีต่อพฤติกรรมการทำงานในเชิงพัฒนาและจะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งช่วยทำให้เกิดความร่วมมือร่วมใจ และความร่วมมือซึ่งกันและกัน เพื่อการสร้างสรรค์ ปรับปรุงและพัฒนาประสิทธิภาพในการทำงานโดยส่งผลต่อผลิตภาพและคุณภาพขององค์การ ดังนั้น การสร้างความผูกพันของบุคลากร (Employee Engagement) จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้บุคลากรเกิดความผูกพันกับองค์การ (Nuch, 2011) นอกจากนี้ ความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรสามารถเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาถ้าหากเราไม่สามารถตอบสนองความต้องการของบุคลากรได้ตามความต้องการซึ่งสอดคล้องกับ (Parichat, 2012) กล่าวคือ ความผูกพันเป็นสิ่งหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการจัดการทรัพยากรมนุษย์ที่ส่งผลต่อความสำเร็จขององค์กร โดยจะเป็นแรงผลักดันและแรงจูงใจให้บุคลากรปฏิบัติงานอย่างทุ่มเทอุทิศตนเพื่อองค์กร แต่ในทางตรงกันข้ามแล้วหากบุคลากรมีความรู้สึกไม่สบายใจในงาน รู้สึกอึดอัดใจ หรือเกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจต่องานที่ทำ แล้วบุคลากรจะไม่มีความรู้สึก จงรักภักดี และไม่เกิดความรู้สึกผูกพัน ในองค์การ มีผลทำให้บุคลากรเหล่านั้นลาออกจากองค์การไปในที่สุด ผลกระทบที่ตามมานั้นก็คือ ทำให้งานเกิดความล่าช้าหยุดชะงัก ขาดความต่อเนื่องของงานและหากมองอีกแง่มุมหนึ่งก็คือการที่องค์การมีอัตราการลาออกของบุคลากรสูง ส่งผลต่อภาพลักษณ์ขององค์การ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของผู้ที่จะมาสมัครในองค์การและความมั่นคงที่จะร่วมงานอยู่กับองค์การนั้น

ความผูกพันของบุคลากร (Employee Engagement) เป็นทัศนคติของบุคลากรทั้งที่แสดงออกถึงความคิด ความรู้สึก การรับรู้และการเรียนรู้ของพนักงานที่ส่งผลต่อความสัมพันธ์และความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อองค์การ บุคลากรที่มีความผูกพันต่อองค์การจะมีพฤติกรรมที่ตระหนัก ถึงความสำคัญและมีแรงบันดาลใจต่อบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของตนที่มีต่อพฤติกรรมการทำงานในเชิงพัฒนา และจะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งช่วยทำให้เกิดความร่วมมือร่วมใจ และความร่วมมือซึ่งกันและกัน เพื่อการสร้างสรรค์ ปรับปรุงและพัฒนาประสิทธิภาพในการทำงานโดยส่งผลต่อผลิตภาพและคุณภาพขององค์การ บุคลากรทุกส่วนในองค์การ มีบทบาทหน้าที่ในการสร้างพัฒนา และรักษาสัมพันธ์ภาพที่ดีซึ่งกันและกัน เพื่อสร้างสรรค์ความผูกพันของพนักงานให้มีต่อองค์การ บุคลากรทุกคนที่มีความพึงพอใจในการทำงาน (Job Satisfaction) และความสุขในการ

ทำงานนั้นใช้ว่าจะมีความผูกพันของบุคลากร (Organizational Engagement) เสมอไป ดังนั้น การสร้างความผูกพันของบุคลากร (Employee engagement) จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยทำให้บุคลากรเกิดความผูกพันกับองค์กร (Nuch, 2011) นอกจากนี้ ความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสามารถเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาถ้าหากเราไม่สามารถตอบสนองความต้องการของบุคลากรได้ตามความต้องการ ผู้ศึกษาใช้ทฤษฎีความผูกพันต่อองค์กรของเอเลน และ เมเยอร์ (Allen and Meye, 1990) เป็นกรอบแนวคิด ในการศึกษาเพราะที่ง่ายแก่การเข้าใจและสอดคล้องกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา โดยเอเลนและเมเยอร์ได้ศึกษาความผูกพันต่อองค์กรในแง่ที่ว่าความผูกพันทางด้านทัศนคติเป็นสภาวะทางจิตใจของบุคคลที่มีต่อองค์กร ซึ่งมี องค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ความผูกพันด้านจิตใจ ความผูกพันด้านการคงอยู่ และความผูกพันด้านบรรทัดฐาน โดยความผูกพันต่อองค์กรด้านจิตใจ เป็นความผูกพันที่เกิดขึ้นจากความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร มีความต้องการที่จะเกี่ยวข้องกับองค์กร เต็มใจที่จะทุ่มเทและอุทิศตนให้องค์กร ซึ่งพนักงานที่มีความผูกพันต่อองค์กรด้านจิตใจสูงจะเป็นผู้ที่มีผลการปฏิบัติงานที่ดีและจะทำงานกับองค์กรต่อไปเพราะเขาต้องการทำเช่นนั้น ส่วนความผูกพันต่อองค์กรด้านการคงอยู่จะเป็นความผูกพันที่เกิดขึ้นจากการคิดคำนวณของบุคคลที่อยู่บนพื้นฐานของการลงทุนที่บุคคลให้กับองค์กรและผลตอบแทนที่บุคคลได้รับจากองค์กร จะแสดงออกในรูปของพฤติกรรมต่อเนื่องในการทำงานว่าจะทำงานอยู่ขององค์กรนั้นต่อไปหรือจะโยกย้ายเปลี่ยนแปลง ซึ่งพนักงานที่มีความผูกพันด้านการคงอยู่กับองค์กรสูงนั้นจะทำงานกับองค์กรต่อไปเพราะเขาจำเป็นต้องทำเช่นนั้นและความผูกพันต่อองค์กรด้านบรรทัดฐาน เป็นความผูกพันที่เกิดขึ้นจากค่านิยมหรือบรรทัดฐานของสังคม เป็นความผูกพันที่เกิดขึ้นเพื่อตอบแทน สิ่งที่บุคคลได้รับจากองค์กร ซึ่งบุคคลจะรู้สึกว่าตนเป็นหน้าที่ที่จะต้องทำงานกับองค์กรต่อไป แสดงออกในรูปของความจงรักภักดีของบุคคลต่อองค์กร พนักงานที่มีความผูกพันต่อองค์กร ด้านบรรทัดฐานสูงนั้น จะรู้สึกว่าควรจะทำกับองค์กรต่อไป ซึ่งเป็นการมองความผูกพันต่อองค์กรว่าเป็น ความจงรักภักดี และเต็มใจที่จะอุทิศตนให้กับองค์กรซึ่งเป็นผลมาจากบรรทัดฐานขององค์กรและสังคม

จากการศึกษาข้อมูลบุคลากรของสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร จากเอกสาร ก.พ.7 พบว่าในแต่ละปีงบประมาณมีบุคลากรขอลาออกจากราชการก่อนกำหนดในทุกปี โดยในปี พ.ศ.2561 มีจำนวน 4 ราย ปัญหาการย้ายสถานที่ ปฏิบัติงานต่างอนามัยและต่างอำเภอเฉลี่ยปีละ 2 ราย ปัญหาบุคลากรลาออกก่อนบรรจุเป็นข้าราชการเฉลี่ยปีละ 2 ราย ซึ่งมีลักษณะเช่นนี้ในทุกปี และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ปัญหานี้ส่งผลให้หน่วยงานต้องผลิตบุคลากรใหม่ รวมทั้งต้องพัฒนาบุคลากรใหม่หรือที่ย้ายเข้ามาใหม่ให้เรียนรู้หรือปรับตัวกับหน่วยงานใหม่ทำให้การทำงาน หยุดชะงักไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่ามีบุคลากรบางส่วนควรพัฒนาตนเองให้มีความขยัน ทุ่มเท และตั้งใจทำงานให้เต็มเวลา เต็มความรู้ความสามารถให้มากขึ้น ซึ่งจะทำให้ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานโดยรวม สูงขึ้น จากการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรหลายแนวคิดซึ่งมีความ

คล้ายคลึงกัน แต่มีการ จัดกลุ่มของปัจจัยที่แตกต่างกัน ผู้ศึกษาจึงสนใจใช้แนวคิดของ (Steer,1977) แบ่งปัจจัยที่มีผลต่อ ความองค์การเป็นกลุ่ม ๆ 4 ปัจจัย คือ คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ ปัจจัยด้านคุณลักษณะขององค์การหรือคุณลักษณะโครงสร้าง ปัจจัยด้านประสบการณ์ในการทำงาน ใช้เป็นกรอบ แนวคิดเพื่อศึกษาปัจจัยใดที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์กรของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพะ จังหวัดชุมพร

จากความสำคัญและปัญหาดังกล่าวข้างต้น และปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์การผู้ศึกษา ในฐานะที่ปฏิบัติงานในสาธารณสุขอำเภอท่าแพะ จังหวัดชุมพร จึงสนใจศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อ องค์การของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพะ จังหวัดชุมพรว่าแต่ละปัจจัยส่งผลต่อความผูกพัน องค์การอย่างไรมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ และมากน้อยอย่างไร เพื่อเป็นทิศทางในการพัฒนาบุคลากรในองค์การ ให้สามารถทำงานได้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด และนำไปสู่บุคลากรมืออาชีพที่มีความตั้งใจทุ่มเท แรงกาย แรงใจ สติปัญญาในการปฏิบัติงานอันเป็นผลส่งต่อไปสู่ความสำเร็จขององค์การและความจงรักภักดีต่อ องค์การ

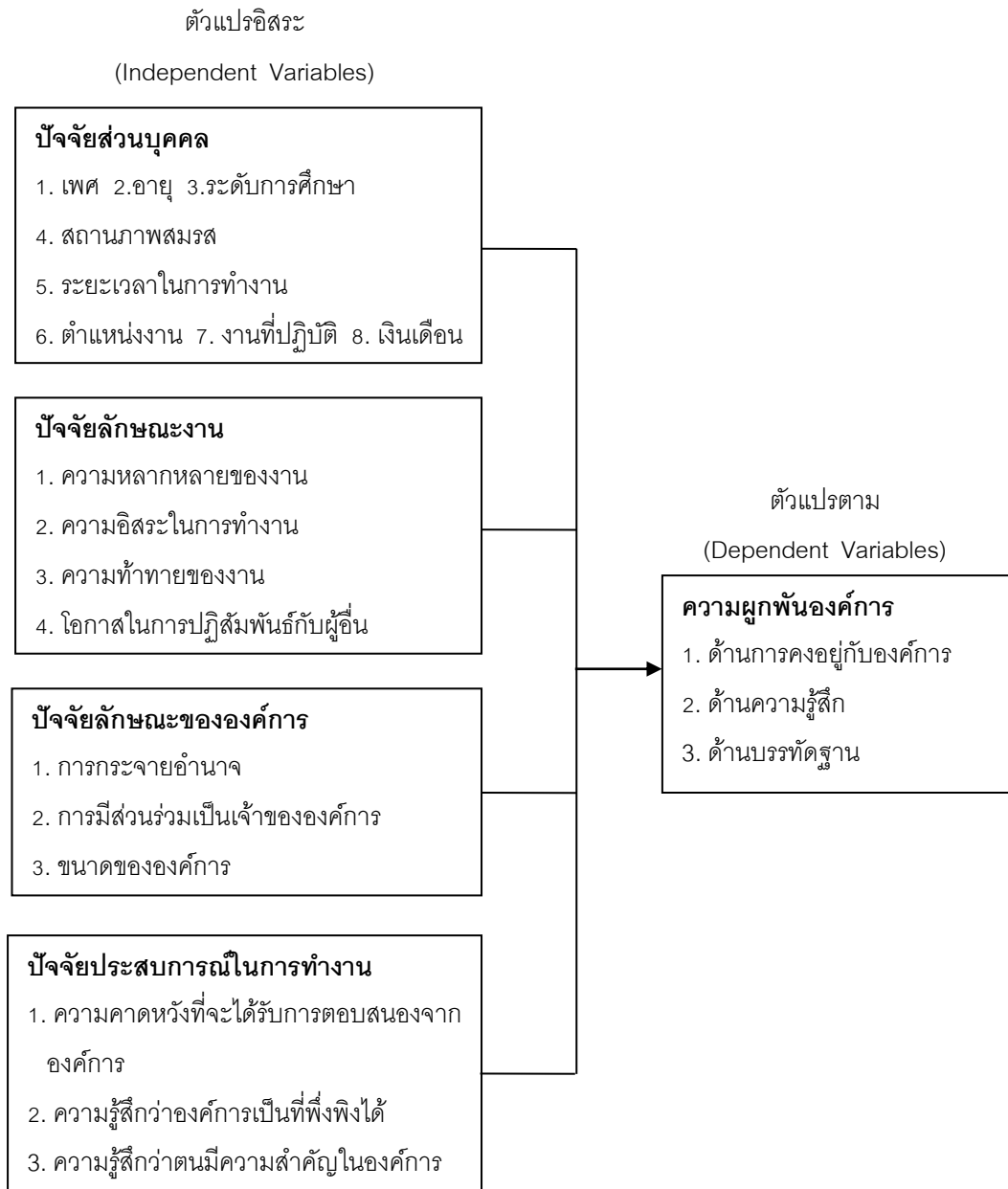
### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาระดับปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์กรของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพะ จังหวัดชุมพร
2. เพื่อศึกษาระดับความผูกพันองค์กรของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพะ จังหวัดชุมพร
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลกับความผูกพันองค์กรของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพะ จังหวัดชุมพร

### สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์กรของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพะ จังหวัดชุมพร อยู่ในระดับมาก
2. ระดับความผูกพันองค์กรของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพะ จังหวัดชุมพร อยู่ในระดับมาก
3. ปัจจัยที่ส่งผลกับความผูกพันองค์กรมีความสัมพันธ์กับความผูกพันองค์กรของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพะ จังหวัดชุมพร

## กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ที่มา: แนวคิดของ เมอร์เดย์ สเตียร์ และพอร์เตอร์ (Moeday, Steers &amp; Porter .,1982)

## วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร จำนวน 78 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง ให้

บุคลากรทุกคนเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แบบสอบถามคืนครบทุกคน ระยะเวลาที่ใช้ในศึกษา เดือน ตุลาคม 2561 - เดือนมีนาคม 2562

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ รายได้ส่วนบุคคล

2. แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์กร จำนวน 28 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ (Boonchom, 2013) มีการแปลค่าคะแนน ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง เห็นด้วยมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง เห็นด้วยน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

3. แบบสอบถามเกี่ยวกับความผูกพันองค์กร จำนวน 9 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยมีการแปลค่าคะแนนดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง มีความผูกพันมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง มีความผูกพันมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง มีความผูกพันปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง มีความผูกพันน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00- 1.80 หมายถึง มีความผูกพันน้อยที่สุด

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงของเครื่องมือ (Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์กร และ แบบสอบถามเกี่ยวกับความผูกพันองค์กรไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้บริหารด้านสาธารณสุขระดับกลาง 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน ผู้บริหารสาธารณสุขระดับต้น 1 ท่าน โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง(Index of Item Objective Congruence: IOC) และใช้เกณฑ์ มากกว่า 0.5 ขึ้นไป พบว่าได้ค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.67 ทุกข้อ

### การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง กับบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปะทิว จำนวน 30 คน หาค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีของสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach 's Alpha Coefficient) ได้ .88 และ .80 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

นำแบบสอบถามไปใช้โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ ผ่านระบบการส่งหนังสือราชการและให้บุคลากรสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร เป็นผู้ตอบด้วยตนเอง ได้แบบสอบถามกลับคืนครบ 78 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 รวบรวมข้อมูลและนำผลไปวิเคราะห์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ผลด้วยสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์ระดับปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันของบุคลากร และระดับความผูกพันองค์กร วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลกับความผูกพันต่อองค์กรโดยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation)

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือและให้ความยินยอม ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้การตอบคำถามใดๆ ในแบบสอบถามนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการทำงานและไม่มีผลต่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกเก็บเป็นความลับไม่สามารถระบุตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถามได้ และจะทำลายข้อมูลทันทีที่ผลงานวิจัยในภาพรวมได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการ

### ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ระดับความผูกพันของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลกับความผูกพันของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร แสดงในตารางที่ 1-4 ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (N=78)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	30	38.50
หญิง	48	61.50
รวม	78	100.00
2. อายุ (ปี)		
21-30	19	24.40
31-40	12	15.40
41-50	33	42.30
>50	14	17.90
รวม	78	100.00
3. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	15	19.20
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	51	65.40
ปริญญาโท	12	15.40
รวม	78	100.00
4. สถานภาพ		
โสด	31	39.70
สมรส	44	56.40
หม้าย/หย่าร้าง	3	3.80
รวม	78	100.00
5. ระยะเวลาในการทำงาน (ปี)		
<5	8	10.30
6-10	12	15.40
11-15	20	25.60
>15	38	48.70
รวม	78	100.00
6. ตำแหน่งงาน		
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	23	29.50
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	4	5.10
นักวิชาการทันตสาธารณสุข	2	2.60
แพทย์แผนไทย	2	2.60
แพทย์แผนไทย 4 ปี	2	2.60
พยาบาลวิชาชีพ	20	25.60
นักวิชาการสาธารณสุข	25	32.10
รวม	78	100.00

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (N=78)	ร้อยละ
7. งานที่ปฏิบัติ		
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	17	21.80
ปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	56	71.80
ปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	5	6.40
รวม	78	100.00
8. เงินเดือน (บาท)		
<10,000	5	6.40
10,001-15,000	10	12.80
15,001-20,000	12	15.40
20,001-25,000	21	26.90
>25,000	30	38.50
รวม	78	100.00

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 61.50 อายุ 41-50 ปี จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 42.30 ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 65.40 สถานภาพสมรส จำนวน 44 คน ร้อยละ 56.40 ระยะเวลาในการทำงานมากกว่า 15 ปี จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 48.70 ตำแหน่งงานนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 25 คน ร้อยละ 32.10 ปฏิบัติงานเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 71.80 เงินเดือนมากกว่า 25,000 บาท จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 38.50

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์กรของบุคลากร

ปัจจัยที่ส่งผล	$\mu$	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. ด้านลักษณะงาน	4.09	.47	มาก
2. ด้านลักษณะองค์กร	3.78	.54	มาก
3. ด้านประสบการณ์ในการทำงาน	3.60	.53	มาก
รวม	3.82	.45	มาก

จากตาราง พบว่า ระดับปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์กรมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 3.82$ ) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านลักษณะงานมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\mu = 4.09$ ) รองลงมา คือ ด้านลักษณะองค์กร ( $\mu = 3.78$ ) และน้อยสุด คือ ด้านประสบการณ์ในการทำงาน มีความคิดเห็นระดับมาก ( $\mu = 3.60$ )

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความผูกพันองค์การของบุคลากร

ความผูกพันองค์การ	$\mu$	S.D.	ระดับความผูกพัน
1. ด้านการคงอยู่กับองค์การ	3.70	.70	มาก
2. ด้านความรู้สึก	3.79	.62	มาก
3. ด้านบรรทัดฐาน	4.31	.65	มากที่สุด
รวม	3.93	.54	มาก

จากตาราง พบว่า ระดับความผูกพันองค์การของบุคลากร โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 3.93$ ) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านบรรทัดฐานมีระดับความผูกพันองค์การอยู่ในระดับมากที่สุดและมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ( $\mu = 4.31$ ) รองลงมาคือ ด้านความรู้สึกและด้านการคงอยู่กับองค์การมีระดับความผูกพันองค์การอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 3.79$  และ  $3.70$  ตามลำดับ)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์การกับความผูกพันองค์การ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพัน องค์การ	ความผูกพันองค์การ							
	ด้านการคงอยู่กับ องค์การ		ด้านความรู้สึก		ด้านบรรทัดฐาน		โดยรวม	
	r	ระดับความ สัมพันธ์	r	ระดับความ สัมพันธ์	r	ระดับความ สัมพันธ์	r	ระดับความ สัมพันธ์
ปัจจัยด้านลักษณะงาน	.54**	ปานกลาง	.65	สูง	.32**	ต่ำ	.61**	สูง
ด้านลักษณะขององค์การ	.55**	ปานกลาง	.57	ปานกลาง	.28*	ต่ำ	.57**	ปานกลาง
ด้านประสบการณ์ในการทำงาน	.59**	ปานกลาง	.72**	สูง	.26*	ต่ำ	.63**	สูง
โดยรวม	.62**	สูง	.72**	สูง	.31**	ต่ำ	.67**	สูง

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์การกับความผูกพันองค์การโดยรวม อยู่ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .67$ ) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะงานกับความผูกพันองค์การโดยรวม อยู่ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ( $r = .61$ ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะขององค์การกับความผูกพันองค์การโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ( $r = .57$ ) และ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประสบการณ์ในการทำงานกับความผูกพันองค์การโดยรวม อยู่ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ( $r = .63$ )

## อภิปรายผล

ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ศึกษาระดับปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์การของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร พบว่า บุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร มีปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์การโดยรวมอยู่ในระดับมากทุกด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านลักษณะงาน รองลงมาคือ ด้านลักษณะองค์การและด้านประสบการณ์ในการทำงานตามลำดับ และปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์การได้แก่ ระบบแรงจูงใจ ความก้าวหน้าในวิชาชีพ ลักษณะของผู้นำองค์การ บรรยากาศองค์การ เพื่อนร่วมงานและลักษณะของตนเองที่ต้องการตอบแทนคุณของแผ่นดินเกิด เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามพบว่าความคาดหวังด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรมและค่าตอบแทนพิเศษ และความพอใจในสวัสดิการอยู่ในระดับปานกลาง ที่เป็นเช่นนี้เพราะองค์การ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร มีการบริหารที่เป็นระบบ มีขั้นตอนชัดเจน เปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการทำงานตามบทบาทหน้าที่ การให้ทุกคนมีอิสระทางความคิดและการทำงาน การยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ ขนาดองค์การที่ไม่ใหญ่เกินไปและจำนวนบุคลากรไม่มาก ทำให้การประสานงานมีความสะดวกและทั่วถึงทุกคนมีกิจกรรมสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่องจึงมีบรรยากาศผูกพันองค์การในระดับมาก แต่อย่างไรก็ตามพบว่าความคาดหวังด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรมและค่าตอบแทนพิเศษ และความพอใจในสวัสดิการอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะระบบแรงจูงใจและสวัสดิการบางรายการเกี่ยวกับกฎระเบียบต่างๆ ที่ต้นสังกัดกำหนด แต่อย่างไรก็ตาม หน่วยงานควรจัดระบบแรงจูงใจและสวัสดิการตามกำลังของแต่ละหน่วยงานเท่าที่จะทำได้เพื่อให้ทุกคนมีแรงจูงใจในการทำงานมากขึ้น สอดคล้องงานวิจัยของ (Siripim, 2017) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพัน ประกอบด้วย ลักษณะงาน การมีปฏิสัมพันธ์ในหน่วยงาน สถานภาพของวิชาชีพ ค่าตอบแทนและสวัสดิการ ความเป็นอิสระของวิชาชีพ และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ (Sarawut, 2016) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันในองค์การของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดนครสวรรค์ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อผูกพันในองค์กร ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านลักษณะงาน ปัจจัยด้านลักษณะขององค์การ และปัจจัยด้านประสบการณ์ในการทำงาน

2. ระดับความผูกพันองค์การของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร พบว่า บุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร มีระดับความผูกพันองค์การโดยรวมอยู่ในระดับมาก จำแนกรายด้านพบว่าด้านบรรทัดฐานมีระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาอยู่ในระดับมาก 2 ด้าน คือ ด้านความรู้สึก และด้านการคงอยู่กับองค์การ เป็นเช่นนี้เพราะบุคลากรส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานนาน มีระดับการศึกษาปริญญาตรี มีรายได้

มากกว่า 25,000 บาท ซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ในระบบมานาน สามารถปรับตัวได้ นอกจากนี้ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแซะ มีการบริหารที่เป็นระบบ มีขั้นตอนชัดเจน เปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการทำงาน การให้ทุกคนมีอิสระทางความคิดและการทำงาน การยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การกระจายอำนาจ นอกจากนี้ ขนาดองค์กรที่ไม่ใหญ่เกินไปและจำนวนบุคลากรไม่มาก ทำให้การประสานงานมีความสะดวกและทั่วถึงทุกคน มีกิจกรรมสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่องจึงมีบรรยากาศผูกพันองค์กรในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ (Sarawut, 2016) พบว่า ปัจจัยรายด้านเรียงลำดับจากค่าเฉลี่ย 3 ลำดับมากที่สุด คือ ด้านบรรทัดฐาน รองลงมาคือ ด้านความรู้สึก และด้านการคงอยู่กับองค์กร

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลกับความผูกพันองค์กรของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร

พบว่า ปัจจัยด้านลักษณะงาน ลักษณะขององค์กร และประสบการณ์ในการทำงานมีความสัมพันธ์กับความผูกพันองค์กรโดยรวมและรายด้านทุกด้าน เรียงตามลำดับค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) มากไปน้อย คือ ด้านประสบการณ์ในการทำงาน ด้านลักษณะงาน และด้านลักษณะขององค์กร ที่เป็นเช่นนี้เพราะผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลและนำมาสร้างกระหังคำถาม และใช้กระบวนการวิจัยทำให้เครื่องมือที่มีคุณภาพใช้ในการทดสอบสมมติฐาน ทำให้ทราบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์กร นำสู่การกำหนดแนวทางพัฒนาปัจจัยที่ส่งผลให้ความผูกพันองค์กรสูงขึ้นในลำดับต่อไป สอดคล้องกับ (Sarawut, 2016) ได้วิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันในองค์กรของบุคลากร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านลักษณะงาน ปัจจัยด้านลักษณะขององค์กร ปัจจัยด้านประสบการณ์ในการทำงานมีผลต่อความผูกพันในองค์กร สอดคล้องกับงานวิจัยของ (Williluk, 2016) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความผูกพันต่อองค์กรด้านบรรทัดฐานทางสังคม ด้านจิตใจและด้านการคงอยู่กับองค์กรอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้พบว่า แรงจูงใจการทำงานและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาล สามารถทำนายความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพได้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ (Siripim, 2017) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ แรงจูงใจในงานและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง สามารถทำนายความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพได้เช่นกัน

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1 ควรมีการวิเคราะห์ การจ่ายค่าตอบแทนและสวัสดิการของเจ้าหน้าที่ในองค์การให้เหมาะสม เพื่อนำเสนอต่อผู้บริหารสูงสุดในการปรับโครงสร้างค่าจ้าง ค่าตอบแทน และสวัสดิการ ช่วยให้เจ้าหน้าที่มีแรงจูงใจในการทำงานมากยิ่งขึ้น การบริหารอัตรากำลังและปรับโครงสร้างอัตรากำลัง ค่าตอบแทน ความก้าวหน้าในวิชาชีพ แรงจูงใจให้เหมาะสมกับความรู้ความสามารถเกิดเป็นความผูกพันต่อองค์การ ส่งผลต่อการออกจางานน้อยลง

1.2 ควรพิจารณาปรับปรุงระบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้วยการวางแผนงบประมาณ วางแผน ฝึกอบรมบุคลากรในแต่ละหน่วยงานให้สอดคล้องกับภาระงาน เพื่อเพิ่มสมรรถนะทางการทำงานให้มากขึ้น

1.3 วางแผนกลยุทธ์การทำงานแบบมีส่วนร่วม เปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ มีส่วนร่วมวางแผน ตัดสินใจ ดำเนินงาน และประเมินผล ร่วมแก้ปัญหาในการทำงานร่วมภาคภูมิใจในความสำเร็จของหน่วยงานด้วยกัน และเกิดความรับผิดชอบต่อผลงานที่ร่วมกันทำ

### 2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับมุมมองหรือทัศนคติต่อความผูกพันของบุคลากร และปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันในด้านต่างๆ

2.2 ควรศึกษาแนวทางการสร้างความผูกพันต่อองค์การในทัศนคติของบุคลากรเพื่อให้ทราบความต้องการของบุคลากรที่แท้จริงอันจะส่งผลให้มีการเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์การที่เหมาะสมกับความต้องการของบุคลากร

## Reference

Allen, N. J., & Mayer, J. p.(1996). *Affective, Continuance, and Normative Commitment to the Organization: An Examination of Construct Validity*. Journal of Vocational Behavior, 49(3), 252.

Anuntchai Kongchun. (1986). *Organizational commitment*. Chulalongkorn Business Review, 9(34). 34-41.

Boonchom Shisaan. (2013). *Statistical methods STA researched vol.1* (5th edition).

Mowday, R., Steers, R. M., & Porter, L. (1982). *Employee Organization Linkage: The Psychology of Commitment, Absenteeism and Turnover*. New York: Academy Press.

- Nuch Usakharuk. (2011). The path to building employee engagement. Retrieved from [http://www.hrcenter.co.th/columm\\_detail.php?colum\\_id+9948page=1](http://www.hrcenter.co.th/columm_detail.php?colum_id+9948page=1).
- Parichat BoaPeng. (2012). *Factors Affecting Organizational Commitment of Employee of Daikin Industries Thailand., Ltd.*. Master of Business Administration Rajamangala University of Technology Thanyaburi.
- Sarawut Phochanasombat. (2016). *Factors affecting organization commitment of personnel in Office of Disease Prevention and Control 8, Nakornsawan Province, Office of Disease Prevention and Control 8, Nakornsawan Province.*
- Siripim Chupan et. al. (2017). *Factors Influencing Intention to Stay in Career among Professional Nurses*. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 25(4).
- Steer, R. M. (1977). *Autecedents and Outcomes of Organizational Commitment*. Administrative Science Quarterly, (n.p.).
- Steer, R. M. (1977). *Autecedents and Outcomes of Organizational Commitment*. Administrative Science Quarterly, (n.p.).
- Wililuk Khusol. (2016). *The Factors Influencing Organizational Commitment of Professional Nurses at a Private Hospital in Bangkok Metropolitan*. Thesis master of Nursing Management; Christian University of Thailand.

# การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน ร่วมกับมีภาวะช็อคจากการเสียเลือด: กรณีศึกษา 2 ราย

ยุ้มยละ เล็กหีม, โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี, จังหวัดสุราษฎร์ธานี, e-mail:yumaila.lek@gmail.com

## บทคัดย่อ

ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะช็อคจากการเสียเลือด เป็นภาวะฉุกเฉินและสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตการวินิจฉัยรวมทั้งการรักษา และการพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็วเหมาะสมช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย วัตถุประสงค์ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะช็อคจากการเสียเลือด วิธีการดำเนินงานเป็นการศึกษากกรณีศึกษา 2 รายเพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะช็อคจากการเสียเลือดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เดือนธันวาคม 2562 ถึงเดือนมีนาคม 2563 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบตามแบบแผน 11 แบบแผนของกอร์ดอน ผลการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะช็อคจากการเสียเลือด กรณีศึกษาที่ 1 ชายไทย อายุ 45 ปี มาด้วยอาการ อาเจียนเป็นเลือดสดก่อนมาโรงพยาบาล 5 ชั่วโมง แพทย์วินิจฉัยโรคเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะช็อคจากการเสียเลือด แพทย์แก้ไขโดยให้เลือดทันที ได้รับการส่งกล้อง ให้การรักษาทันทีและจัดการทางการพยาบาลอย่างเหมาะสมต่อเนื่องจนกระทั่งเมื่ออาการคงที่ และจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัยกรณีศึกษาที่ 2 ชายไทยอายุ 35 ปี มาด้วยอาการอาเจียนเป็นเลือดและถ่ายดำ ก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที แพทย์วินิจฉัยโรคเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะช็อคจากการเสียเลือด และมีภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลว แพทย์แก้ไขโดยให้เลือดทันทีและใส่ท่อช่วยหายใจ ได้รับการดูแลจากพยาบาลอย่างใกล้ชิดและจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย จากกรณีศึกษา ผู้ศึกษาได้ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดใน 3 ระยะ ของการดูแลผู้ป่วย คือ ระยะวิกฤต ระยะการดูแลต่อเนื่อง และระยะการวางแผนจำหน่าย สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย

**คำสำคัญ:** การพยาบาล, เลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น, ภาวะช็อคจากการเสียเลือด

## Nursing care of Acute Upper Gastrointestinal Bleeding with Hypovolemic shock: 2 case studies

Yumaila Lekheem, Suratthani Hospital, Suratthani, *e-mail*: yumaila.lek@gmail.com

### Abstract

Acute Upper Gastrointestinal Bleeding is a major emergency symptom which patients need an immediate help. Proper nursing care with rapid diagnosis of bleeding can make patients safe from the shock and reduce the mortality rate. The purpose of the study is to review the nursing care of the patients who have Acute Upper Gastrointestinal Bleeding with Hypovolemic shock. This study assesses two cases of patients with Acute Upper Gastrointestinal Bleeding with Hypovolemic shock from December 2019 to March 2020. The study instruments used in collecting the data were the medical record, the interview from patients' relatives, and the patient observation. The data analysis is proceeded by comparing functional health pattern, clinical, sign and symptom, treatment, problem and nursing diagnosis, nursing care of patients with critical period, continuing care, and discharge planning. There are the comparisons of two cases of patients which are case 1: a 45-year-old Thai male with hematemesis five hours prior to the hospital. The physician's diagnosis is Acute Upper Gastrointestinal Bleeding with Hypovolemic shock. Patient clinical improve and discharge to home, Case 2:a 35-year-old Thai male with hematemesis and hematochezia, tired and exhausted for 30 minutes. The physician's diagnosis is Acute Upper Gastrointestinal Bleeding with Hypovolemic shock and respiratory failure. The physician resuscitates by rapid blood transfusion endoscopy until the symptom of this patient is permanently stable. This study shows the nursing care in three process for close monitor patient in hospitals; In critical care, continuous care and discharge planning phases A study can be used for patient to keep patient safety

**Keywords:** Nursing, Acute Upper Gastrointestinal Bleeding, Hypovolemic Shock

## บทนำ

ปัจจุบันภาวะเลือดออกในระบบทางเดินส่วนต้นเฉียบพลัน (Acute Upper Gastrointestinal Bleeding with Hypovolemic Shock) ถือเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขไทยเนื่องจากเป็นภาวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิตที่ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างทันที่ (Loysak, Kunsongkeit, Keeratiyutawong, 2016) ประเทศไทยพบว่าอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 10-20 ส่วนใหญ่เสียชีวิตในช่วงแรกที่มาโรงพยาบาล อัตราการตาย 26.3 และ 25.1 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ในปีพ.ศ. 2559 และ พ.ศ. 2560 ตามลำดับ (Bureau of Policy and Strategy Public Health Statistics, 2015) ข้อมูลสถิติย้อนหลัง 3 ปี ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีพบว่า ในปี พ.ศ. 2561 มีจำนวน 260 คน ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 256 คนและพบเพิ่มขึ้นเป็น 313 คน ในปี พ.ศ. 2563 และจำนวนการเสียชีวิตของผู้ป่วยอยู่ที่ร้อยละ 2.7, 5.8, 3.8 ของปี 2561, 2562 และปี 2563 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารเฉียบพลันทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อคจากการเสียเลือดในปริมาณมาก และเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (Villanueva, Colomo, Bosch, Concepcion, Hernandez, Aracil, et al., 2013) ดังนั้นการรักษาและการพยาบาลอย่างทันที่เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากภาวะช็อคจากการเสียเลือดและการป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำมีความสำคัญอย่างยิ่งจากการทบทวนแนวทางการรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นพบว่า มีแนวทางในการรักษาโดยแบ่งเป็นการรักษาในระยะฉุกเฉินวิกฤตอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และให้การดูแลรักษาในระยะต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เช่น ภาวะเลือดออกซ้ำ รวมทั้งการดูแลในระยะต่อเนื่องถึงชุมชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพทั้งการจัดการในภาวะฉุกเฉินวิกฤต การดูแลต่อเนื่องและการวางแผนจำหน่าย นับได้ว่ามีความสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากภาวะวิกฤต และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป เมื่อทบทวนสถานการณ์การเกิดภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นจากสถิติแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า โดยส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 50 เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 เนื่องจากมีบริบทเป็นหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยที่มีปัญหาของระบบทางเดินอาหาร และเป็น 1 ใน 5 ของโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โดยพบว่า ในปี 2561 มีจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น จำนวน 145 ราย ,และเพิ่มขึ้นเป็น 148 ราย ในปี 2562 และจำนวน 157 ราย ในปี 2563 ตามลำดับ โดยพบว่าในปี 2561 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นคิดเป็น ร้อยละ 5.4, 2.5 ในปี 2562 และปี 2563 ตามลำดับ นอกจากนี้แล้วยังพบอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำโดยในปี 2561 คิดเป็นร้อยละ 13, 15 ในปี 2562 และในปี 2563 อัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของการเสียชีวิตแล้ว

พบว่าเกิดจากภาวะซีดจากการเสียเลือดปริมาณมากในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ซึ่งล้วนเป็นผลจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเป็นส่วนใหญ่ เช่น พฤติกรรมการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ พฤติกรรมมารับประทานอาหารไม่ตรงเวลา อาหารรสจัด และการรับประทานยาแก้ปวด ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำพบว่าเกิดจากการขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ขาดความตระหนักรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และขาดการเสริมความแข็งแรงเป็นต้น (Chapman, Siau, Thomas, Ernest, Begum, Iqbal et al., 2019) จากความสำคัญดังกล่าวผู้ศึกษาจึงศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันที่มีภาวะซีดจำนวน 2 รายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี การศึกษาในครั้งนี้ ได้นำกรอบแนวคิด แบบแผนการดูแลสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนมาใช้เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมจิตใจและจิตวิญญาณโดยผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่าการศึกษานี้จะทำให้ได้ความรู้เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะซีดจากการเสียเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความปลอดภัยและช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้อีกด้วย

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากรณีศึกษา 2 ราย การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะซีดจากการเสียเลือด หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

### วิธีการดำเนินงาน

เป็นการศึกษากรณีศึกษาเพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะซีดจากการเสียเลือด ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ช่วงเดือนธันวาคม 2562 ถึงเดือนมีนาคม 2563 จำนวน 2 ราย

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยใน การซักประวัติของผู้ป่วย และญาติ
2. แบบตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลในระยะวิกฤต ระยะดูแลตนเอง และระยะการวางแผนจำหน่าย

## การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ศึกษาดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ที่เข้าร่วมการศึกษากรณีศึกษา 2 ราย ได้ขออนุญาต สืบค้นเวชระเบียนจากฐานข้อมูลของ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีเลขที่ สฎ. 0032.103/617 วันที่ 22 มิถุนายน 2563 และข้อมูลที่ได้ผู้ศึกษาจะเก็บเป็นความลับ ไม่สามารถระบุตัวตนถึงผู้ป่วยได้ ข้อมูลจะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังจากรายงานศึกษาได้รับการเสนอทางวิชาการ

## ผลการศึกษา

1) ผู้ป่วยรายที่ 1 ชายไทยอายุ 45 ปี อาชีพ ทำสวน มารักษาตัวที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี วันที่ 12 ธันวาคม 2562 เวลา 19.55 น ด้วยอาการ อาเจียนเป็นเลือด ครั้งละประมาณ 1/4 แก้ว ถ่ายดำ 2 ครั้ง ปริมาณน้อยกว่า 1/4 แก้ว/ครั้ง ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง แกร็บ รู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 22-24 ครั้งต่อนาที On O2 canular 3 ลิตรต่อนาที ความดันโลหิต 85/56 มม.ปรอท ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ผลทางห้องปฏิบัติการ พบว่า Hematocrit 14.6% PT 22.4 วินาที พยาบาลประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อค เตรียมการให้สารน้ำและให้เลือดโดยเร็วตามแผนการรักษาผู้ป่วยไม่มีอาการแพ้จากการให้เลือด ดูแลให้ยา Levophed (1:25) อัตราการไหล 5 หยดต่อนาที หลังให้ยาไม่มีอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ บริเวณขี้นขาไม่พบหลอดเลือดดำอักเสบ ใส่สายสวนทางจมูกร่วมกับสวนล่าง 1 ครั้ง ได้สิ่งคัดหลั่งเป็นสีแดงสด จำนวน 1,000 มิลลิลิตร รายงานแพทย์ทันที เตรียมผู้ป่วยส่งห้องส่องกล้องทันที ใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อประเมินน้ำเข้าและออกผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและต้องรักษาด้วยการส่องกล้องพยาบาลอธิบายผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจถึงเหตุผลในการส่องกล้องเพื่อหยุดเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ แพทย์ส่องกล้องพบ Esophageal Varices with Bleeding, Gastric Varices หลังส่องกล้อง สัญญาณชีพปกติ และประเมินอาการผู้ป่วยพบว่าอาเจียนเป็นเลือด 1 ครั้งประมาณ 100 มิลลิลิตร ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับส่วนประกอบของเลือด FFP 500 มิลลิลิตร ทางเส้นเลือดดำโดยเร็ว ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาลดกรด ตามแผนการรักษา 13 ธันวาคม 2562 เวลา 00.20 น ผล Hematocrit 19 % พยาบาลดูแลให้เลือดเพิ่มอีก 4 ยูนิต ยูนิตละ 4 ซม.หลังให้เลือดค่า Hematocrit 27% ผู้ป่วยไม่มีอาการแพ้เลือด ดูแลให้ยา Levophed (1:25) ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 5 หยดต่อนาทีตามแผนการรักษาและลดปริมาณยาลงเรื่อยๆ จนกระทั่งหยุดยา 15 ธันวาคม 2563 (05.10) ผู้ป่วยอาการสงบ รุนววย เกร็ง มือจับ หายใจเหนื่อยเร็ว อัตราหายใจ 28-30 ครั้ง/นาที O2 Sat 97% on O2 mask with bag 10 ลิตรต่อนาที. ความดันโลหิตสูง 189/102 มม.ปรอท ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาแวลีเยม 10 mg.ทางเส้นเลือดดำตามแผนการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะขาดสุรา แพทย์จึงส่งปรึกษาจิตแพทย์ให้ยาคลายความวิตกกังวล 6 วัน วันที่ 19 ธันวาคม 2563 (10.30 น.)

ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น มีสมดุลของน้ำเข้าและออก ค่า Hematocrit 30% ไม่มีภาวะเลือดออกจากรูทางเดินอาหารพยาบาลเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติ อาหารที่เหมาะสมกับโรค การร่วมมือกับทางหน่วยงานจิตเวชเพื่อลดและงดดื่มสุราซึ่งแพทย์จิตเวชนัดติดตามไว้ 2 อาทิตย์พร้อมทั้งนัดส่งกล้องติดตามอาการโรคทางเดินอาหาร 2 อาทิตย์ในวันและเวลาเดียวกัน รวมเวลาผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 7 วัน

2) ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 35 ปี อาชีพ งานบ้าน มารักษาตัวที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี วันที่ 7 มีนาคม 2563 (เวลา 02.11 น) 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาลเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ด้วยอาเจียนเป็นน้ำสีดำปนก้อนเลือด ประมาณ 1 กระโถน ชีต อ่อนเพลีย จึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพุนพิน ใส่สายสวนล้างกระเพาะอาหารได้เลือดสีแดงสดและก้อนเลือด 3,000 มิลลิลิตร และมีสิ่งคืดหลังสีแดงออกมาตลอดอ่อนเพลีย ผล Hematocrit 26 % ส่งมารักษาที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี วันที่ 7 มีนาคม 2563 (เวลา 2.50 น) แรกเริ่ม ผู้ป่วยรู้สึกตัว หายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 24-26 ครั้ง/นาที On O2 Mask with bag 10 LPM , O2 Sat. 100% ความดันโลหิต 89/57 มม.ปรอท , MAP. 68 มม.ปรอทชีพจร 106 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24ครั้งต่อนาที Hematocrit 16.6% ประเมินอาการแสดงของผู้ป่วยสีผิวซีดตัวเหลืองดูแลให้สารน้ำและให้เลือดโดยเร็วตามแผนการรักษาหลังให้เลือดผู้ป่วยไม่มีอาการแพ้จากการให้เลือด ดูแลให้ยา Levophed (1:25) ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 5 หยดต่อนาทีและลดลงเรื่อยๆ จนกระทั่งหยุดยาตามแผนการรักษา หลังให้ยาไม่มีอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ บริเวณขีดยาไม่พบหลอดเลือดดำอักเสบ ประเมินสัญญาณชีพทุก 30 นาที ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้เพื่อประเมินปริมาณสารน้ำที่ได้รับและออกจากร่างกาย 7 มีนาคม 2563 (6.30 น) ผู้ป่วยมีอาการวิงเวียนศีรษะหน้ามืด คลื่นไส้ อาเจียนเป็นเลือดปนลิ่มเลือด ประมาณ 1,000 มิลลิลิตร Hematocrit ลดลง 13% แพทย์แก้ไขโดยให้สารน้ำและเลือดเพิ่มอีก 4 ยูนิต FFP 1,000 มิลลิลิตร ทางเส้นเลือดดำ ให้ยาลดกรด พยาบาลให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยซึมลง ความดันโลหิต 85/50 มม.ปรอท. ชีพจรเต้นเร็วขึ้น 134 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาทีรายงานแพทย์ทราบทันทีผู้ป่วยหายใจเหนื่อยมากขึ้นแพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจต่อเครื่องช่วยหายใจชนิดความดันกำหนดรอบ และวางแผนส่องกล้องที่ข้างเตียงผู้ป่วย แพทย์พิจารณา ย้ายผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยหนัก เนื่องจากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อเครื่องช่วยหายใจชนิดความดันกำหนดรอบ เพื่อใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรและกำหนดรอบพยาบาลได้เตรียมผู้ป่วย และประสานทีมพยาบาลห้องส่องกล้องเพื่อช่วยแพทย์ส่องกล้องผู้ป่วยข้างเตียง แพทย์ส่องกล้องพบ GU Bleeding with Duodenal Stricture หลังแพทย์ส่องกล้อง พยาบาลสังเกตอาการคลื่นไส้ อาเจียนเป็นเลือด ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนไม่มีเลือดออกทางเดินอาหาร ดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจโดยวัดปริมาตรการหายใจของผู้ป่วยเฉลี่ย 2 ครั้งเพื่อประเมินปริมาตรการหายใจเองของผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยให้หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ดูดเสมหะทุก 2 ชม. หรือเมื่อจำเป็น และ

วางแผนในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามหายใจด้วยตัวเองเพื่อหยาเครื่องช่วยหายใจ เมื่อวัดปริมาตรการหายใจมากกว่า 300-500 มิลลิลิตร วันที่ 9 มีนาคม 2563(09.10) ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ หลังจากใส่ท่อช่วยหายใจได้ 2 วัน มีความสมดุลของน้ำเข้า และออก เมื่ออาการคงที่ ผู้ป่วยย้ายออกมาที่หอผู้ป่วยสามัญ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลียเล็กน้อย เริ่ม อาหารอ่อน พยาบาลเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านโดยให้คำแนะนำกับมารดาและผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจในเรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของการใช้ยาสมุนไพร การสังเกตอาการผิดปกติรับประทานอาหารอย่างเหมาะสมกับโรคและให้ตรงเวลา แพทย์อนุญาตกลับบ้านได้ นัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์ รวมเวลาผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 5 วัน

ตาราง 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
อาการสำคัญก่อนมาโรงพยาบาล	อาเจียนเป็นเลือด ครั้งละประมาณ 1/4 แก้ว ถ่ายดำ 2 ครั้ง ปริมาณน้อยกว่า 1/4 แก้ว/ครั้ง ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง	ผู้ป่วยส่งตัวมาจาก โรงพยาบาลพุนพิน ด้วยอาการอาเจียนเป็นน้ำสีดำปนก้อนเลือด ประมาณ 1 กระโถน ชีต อ่อนเพลีย 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลปวดท้อง ท้องโตขึ้น อ่อนเพลีย หน้ามืด ไม่เป็นลม ทานยาเดิมซึ่งเป็นยาบำรุง ยาลดความดันยาขับปัสสาวะ อาการไม่ดีขึ้น มีอาการอาเจียนเป็นเลือด ถ่ายเป็นสีดำ จึงมาโรงพยาบาล	อาการอาเจียนเป็นน้ำสีดำปนก้อนเลือด จึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพุนพิน ใส่สายสวนล้างกระเพาะอาหารได้เลือดสีแดงสดและก้อนเลือด 3,000 มิลลิลิตรและมีเลือดออกมามากลด อ่อนเพลีย ผล Hct.26 % จึงส่งตัวมาโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/ในครอบครัว	ปี 2560 มีประวัติอาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ ได้รับการส่องกล้องมีประวัติ Esophageal varicegr.III x2at EG junction รักษาด้วยยาลดกรด	มีอาการปวดท้องคลื่นไส้ อาเจียน บ่อยครั้ง รับการรักษาด้วยยาลดกรดแพทย์วินิจฉัยเป็นโรคกระเพาะอาหาร
โรคประจำตัว	ความดันโลหิตสูง โรคตับแข็งจากเครื่องดื่มสุรา	โรคจิตเภท
ประวัติการแพ้ยา	ปฏิเสธการแพ้ยา	ปฏิเสธการแพ้ยา
ประวัติการใช้เครื่องดื่ม Alcohol/สมุนไพร	ใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 20 ปีถึงปัจจุบันยังคงดื่มเหล้าวันละครั้งขวดเล็ก	ปฏิเสธการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
อาการแรกพบ	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย แพทย์ให้การรักษาด้วยวิธีส่องกล้อง ตั้งแต่แรกพบ (EGD Fast track) ความดันโลหิต 85/56 มม.ปรอท ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส Hct 14.6 % ใส่สายสวนล้างกระเพาะอาหารได้สิ่งคั่งหลังเป็นเลือดสีแดง ประมาณ 1,000 มิลลิลิตร DTX 165 %	ผู้ป่วยรู้สึกตัว E4V4M5 หายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 24-26 ครั้งต่อนาที On O2 mask with bag 10 LPM วัด O2 Sat. 100% ความดันโลหิต 89/57 มม.ปรอท MAP 68 มม.ปรอท ชีพจร 106 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียสมีถ่ายดำ ประมาณ 200 มิลลิลิตร Hct 16 % DTX 141 mg%
ยาประจำตัว	ยาลดความดัน ยาขับปัสสาวะ	ไม่มียาประจำตัว

ตาราง 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
การประเมินสภาพผู้ป่วย		
การหายใจ	หายใจเหนื่อย RR 24 ครั้ง/นาที ให้ ออกซิเจน Cannular 3 ลิตร/นาที	หายใจเหนื่อย RR 24-26 ครั้ง/นาที On O2 Mark with bag 10 LPM , O2 Sat. 100%
ระบบทางเดินอาหาร	ชอบดื่มสุรา รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา	รับประทานอาหารไม่เป็นเวลาซื้อยาแก้ปวดมา รับประทานเอง
ระบบขับถ่าย	ถ่ายอุจจาระสีดำ	ถ่ายอุจจาระสีดำ
การวินิจฉัยครั้งแรก	UGIB with hypovolemic shock	UGIB with hypovolemic shock with respiratory failure
การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย	- Esophageal varices with bleeding - Gastric varices	- Acute Upper Gastrointestinal bleeding EGD (bedside)
หัตถการ	EGD	

ตาราง 2 การศึกษาเปรียบเทียบทฤษฎีและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน  
ร่วมกับมีภาวะช็อคจากการเสียเลือด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<b>ระยะวิกฤต</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีภาวะช็อคจากการเสียเลือดในระบบ ทางเดินอาหารส่วนต้น</li> <li>2. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้อง ทางเดินอาหาร</li> <li>3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการ ได้รับเลือดเป็นปริมาณมาก</li> <li>4. มีโอกาสเกิดระบบทางเดินหายใจล้มเหลว เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ</li> <li>5. มีอาการลดการดื่มสุรา (alcohol withdrawal) เนื่องจากมีอาการอาเจียนเป็น เลือด</li> <li>6. ญาติมีความกังวลเกี่ยวกับพยาธิ สภาพของ โรคและแนวทางการรักษา</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีภาวะช็อคจากการเสียเลือดในระบบทางเดิน อาหารส่วนต้น</li> <li>2. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากไม่ สามารถหายใจได้เองต้องใช้เครื่องช่วยหายใจช่วย</li> <li>3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับ เลือดเป็นปริมาณมาก</li> <li>4. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้อง ทางเดินอาหาร</li> <li>5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนปอดติดเชื้อ จากการใส่ท่อช่วยหายใจ</li> <li>6. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้อง ทางเดินอาหาร</li> <li>7. ญาติมีความกังวลเกี่ยวกับพยาธิ สภาพของโรค และแนวทางการรักษา</li> </ol>
<b>ระยะดูแลต่อเนือง</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ความสามารถในการดูแลตัวเองลดลง</li> <li>2. เผื่อระวังการกลับไปเป็นซ้ำเนื่องจากผู้ป่วย ไม่ยอมหยุดดื่มสุรา</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ความสามารถในการดูแลตัวเองลดลง เนื่องจากอ่อนเพลียและข้อจำกัดของการ เคลื่อนไหว</li> <li>2. มีโอกาสกลับไปเป็นซ้ำเนื่องจาก รับประทานอาหารไม่เป็นเวลามีอาการทางจิต เกี่ยวกับอาหารไม่สะอาด</li> </ol>
<b>ระยะวางแผนจำหน่าย</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยและญาติไม่มีความรู้ ความเข้าใจใน การปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้านและการเข้ารับการ รักษาเรื่องการลดหรืองดดื่มสุรา</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยและญาติไม่มีความรู้ ความเข้าใจในการ ปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน</li> </ol>

จากตาราง 2 มีการประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ซึ่งสามารถนำมาเขียนปัญหาทางการพยาบาลให้มีความครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคมและจิตวิญญาณ วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยทั้ง 2 ราย จึงได้แบ่งการดูแลเป็นระยะวิกฤติ ระยะดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งมีการวางแผนจำหน่ายเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำและลดภาวะความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

ตาราง 3 การศึกษาวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะช็อคจากการเสียเลือด

การปฏิบัติการพยาบาล	การวิเคราะห์
<p><b>1. ระยะวิกฤต</b></p> <p>ผู้ป่วยมีภาวะช็อคจากการเสียเลือดในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน</p> <p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <p>1.1 ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการเหงื่อออกตัวเย็น กระสับกระส่าย เพื่อประเมินอาการช็อค</p> <p>1.2 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอโดยการให้ออกซิเจนทางสายยาง ชนิด Cannular / mask with bag ตามแผนการรักษา เพื่อลดการทำงานของหัวใจและลดภาวะความเป็นกรดในเลือด จากการที่เซลล์ขาดออกซิเจน</p> <p>1.3 ดูแลการให้สายนํ้าทางหลอดเลือดดำและผลิตภัณฑ์ของเลือดตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็ว</p> <p>1.4 ดูแลการให้ Levophed (1:25) IV Rate 5 มิลลิกรัม/ชม. และ titrate ที่ละ 2 มิลลิกรัม/ชม. Keep BP &gt; 90/60 มม.ปรอท</p> <p>1.5 เตรียมอุปกรณ์ เพื่อช่วยผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน เช่นการทำหัตถการEGD Fasttrack การใส่ท่อช่วยหายใจ การทำ EGD ช้างเตี้ยผู้ป่วย</p> <p>1.6 ตรวจวัดความดันหลอดเลือดดำส่วนกลางทุก 30 นาที เพื่อประเมินสารน้ำในร่างกาย Keep 8-12 เซนติเมตรน้ำ</p> <p>1.7 ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที เพื่อสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงและรายงานแพทย์ทันที</p> <p>1.8 เจาะเลือดตรวจค่าHct.ทุก 4 ชม. เพื่อประเมินภาวะช็อคหากน้อยกว่า 25 % ให้ PRC 1 ยูนิต ถ้าน้อยกว่า 20% ให้ PRC 2 ยูนิต</p> <p>1.9 เจาะเลือดตรวจน้ำตาลในเลือดทุก 4 ชม. เพื่อประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ keep 80-200 มก.เปอร์เซ็นต์</p> <p>1.10 สังเกตและบันทึกภาวะเลือดออก อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือดสด และสังเกตหลังจากสายสวนล้างกระเพาะอาหาร</p>	<p>ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการพยาบาลในระยะวิกฤตฉุกเฉินที่ถูกต้อง รวดเร็ว เหมาะสม ครอบคลุม เป้าหมายคือให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อคจากการเสียเลือดพยาบาลให้สารน้ำและเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ วัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที ติดตามผล Hct ทุก 4 ชม.ตามแผนการรักษาและในภาวะวิกฤต พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่ให้การดูแลผู้ป่วยทั้งร่างกายและสภาพจิตใจของผู้ป่วยและญาติโดยการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องและให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>- ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะช็อคจากการเสียเลือดพยาบาลดูแลให้สารน้ำและเลือดโดยเร็ว ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 30 นาที ดูแลการให้ยา Levophed (1:25)ทางเส้นเลือดดำ อัตรา 5 มิลลิกรัม/ชม. และลดลงเรื่อยๆ จนระงับตามแผนการรักษา ผู้ป่วยไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้ยาได้ใส่สายสวนล้างทางจมูกได้สังเกตหลังเป็นสีแดงจำนวน 1,000 มิลลิกรัม รายงานแพทย์ทันที อธิบายผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค มีแผนใน ระบบทางเดินอาหาร ต้องตรวจสอบกล้องเพื่อหยุดเลือดผู้ป่วยและญาติเข้าใจให้ความร่วมมือในการตรวจ เตรียมผู้ป่วยส่งตรวจ EGD โดยด่วน (Esophagogastroduodeno Scope Fasttrack)เนื่องจากมีภาวะเลือดออกไม่หยุด ได้รับการรักษาโดยการใส่สายยางรัดผูกหลอดเลือดดำในหลอดเลือดและกระเพาะอาหาร ภายหลังจากการส่องกล้อง พยาบาลเฝ้าประเมินอย่างใกล้ชิดซึ่งสามารถเกิดเลือดออกซ้ำได้ภายใน 72 ชั่วโมง วัดสัญญาณชีพทุกๆ 30 นาที พบมีเลือดออกซ้ำ 2 ครั้ง ล้างกระเพาะอาหาร ด้วย NSS 1,000 มิลลิกรัม จนใส ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับแต่เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติดื่มสุรา ทำให้ผู้ป่วยมีอาการขาดสุรามีอาการสับสน วุ่นวาย เกร็งมือจับได้รับการรักษาได้ยา Valium 10 mg. IV.stat อาการผ่อนคลายดีขึ้น แพทย์เจ้าของไข้ได้ปรึกษาแพทย์จิตเวชมาดูแลอาการ ดีขึ้นตามลำดับ</p>

ตาราง 3 การศึกษาวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะช็อคจากการเสียเลือด (ต่อ)

การปฏิบัติการพยาบาล	การวิเคราะห์
<p>1.11 ส่วนล้างกระเพาะอาหารด้วยน้ำเกลือ 0.9% NSS ในกรณีมีเลือดออกเฉียบพลัน</p> <p>1.12 สังเกตภาวะแทรกซ้อนในขณะและหลังให้เลือด เช่น อาการแน่นหน้าอก หายใจไม่เต็มมีผื่นคันหรือหนาวสั่นเป็นต้น</p> <p><b>การดูแลผู้ป่วยในระยะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ</b></p> <p>ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ การได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาล ผู้มีความรู้ความชำนาญ โดยเฉพาะ ในสถานที่ระดับ หอผู้ป่วยวิกฤตเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถบอกความต้องการของตัวเองได้ ดังนั้นจึงต้องให้การดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษเกี่ยวกับ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดทำให้อยู่ในท่าที่สุขสบายไม่ว่าจะเป็นท่านั่ง หรือท่านอน ควรจัดส่วนที่ควรขอเข้าของผู้ป่วยให้ตรงกับส่วนที่งอของเตียง ไม่ควรให้คอหรือเอวงอ แต่ส่วนที่งอควรเป็นสะพานเป็นต้น นอกจากนี้ การจัดทำแต่ละท่า ระวังไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้</li> <li>- หลีกเลี่ยงสภาพแวดล้อมที่ทำให้ไม่สบาย เช่น มีแสงสว่างมากเกินไป เสียงดัง อุณหภูมิที่หนาวเย็น (ไม่ควรให้ต่ำกว่า 20-22 องศาเซลเซียส)</li> <li>- ลดความเจ็บปวดในลำคอหลังจากส่องกล้องโดยใช้ opioids เช่น morphine</li> <li>- ลดความไม่สบายที่มีจากการคาท่อช่วยหายใจ การเจ็บคอ ไม่สามารถกลืนได้ ความไม่คุ้นเคยกับการถูกอัดอากาศ เข้าปอด เป็นต้น สามารถทำโดยการให้ sedative เช่น diazepam</li> <li>- ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล โดยเฉพาะการดูแลความสะอาดของร่างกายและช่องปาก เพราะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดปอดติดเชื้อได้</li> <li>- การดูแลผู้ป่วยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำผู้ป่วยกลุ่มนี้มักได้รับยาทางหลอดเลือดดำเป็นเวลานาน และอาจต้องทำ central line เพื่อให้ยาที่มีความเข้มข้นสูงพร้อมกันหลายตัว หรือ เพื่อวัด CVP เปลี่ยน ทำแผล ทุกวัน โดยวิธีปราศจากเชื้อ</li> </ul>	<p>- ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะช็อคจากการเสียเลือด ได้รับการรักษาเบื้องต้นที่โรงพยาบาลพูนพิณ โดยพยาบาลให้สารน้ำ ตามแผนการรักษาและใส่สายสวนล้างกระเพาะอาหารด้วย NSS 3,000 มิลลิลิตร ได้สิ่งคัดหลั่งเป็นสีแดง จึงส่งตัวมารักษาที่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี แกรับพยาบาลประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการเหงื่อออกตัวเย็น กระสับกระส่าย ตรวจร่างกายสีผิวซีดและตัวเหลือง วัดความดันโลหิต 89/57 มม.ปรอท ให้สารน้ำและเลือดอย่างรวดเร็ว ไม่มีอาการแพ้เลือด ดูแลการให้ Levophed (1:25) IV Rate 5 มิลลิลิตร/ชม. และลดลงเรื่อยๆ จนหยุดยา ผู้ป่วยไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้ยา ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ ย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้พยาบาลดูแลให้ใกล้ชิดมากยิ่งขึ้นเมื่อสัญญาณชีพคงที่ พิจารณาส่องกล้องที่ข้างเตียง (EGD Bedside) เตรียมอุปกรณ์ จัดทำผู้ป่วย วัดสัญญาณชีพพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยก่อนส่องกล้อง ขณะส่องกล้องและหลังส่องกล้องประเมินผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดอาจเกิดภาวะเลือดออกซ้ำ หลังส่องกล้อง ภายใน 72 ชม. ผู้ป่วยไม่มีเลือดออกซ้ำ</p> <p>ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พยาบาลให้การดูแลที่ใกล้ชิดมากยิ่งขึ้น โดยวัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที สำหรับภาวะซีด ทำให้หัวใจต้องทำงานมากขึ้นเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและน้ำท่วมปอด หรืออาจเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนแต่เมื่อได้รับเลือดมากขึ้นทำให้เกิดภาวะเลือดข้น (hemoconcentration) ภาวะเลือดหนืด (blood viscosity) เพิ่มมากขึ้นเลือดไปเลี้ยงอวัยวะและเนื้อเยื่อลดลง (tissue perfusion) พยาบาลได้ติดตามเจาะเลือดตรวจหาความเข้มข้นของเลือด ทุก 4 ชม. ตามแผนการรักษา จนกระทั่งผล Hct. 30% กรณีผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งมีโอกาสที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ปอดอักเสบ ปอดติดเชื้อ เจ็บปอด กลัวเสมหะอุดตัน เป็นต้น จึงจำเป็นต้องให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดและหย่าเครื่องช่วยหายใจให้เร็วที่สุด</p>
<p><b>2. ระยะดูแลต่อเนื่อง</b></p> <p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <p>2.1 ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมและเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นและติดตามเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา</p> <p>2.2 ประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจกรรม</p> <p>2.3 ดูแลช่วยเหลือในการดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลช่องปาก ผิวหนัง และ หลังการขี้นถ่าย</p>	<p>ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยสามารถหายใจเองได้และถอดท่อช่วยหายใจ ภายใน 2 วัน ผู้ป่วยเจ็บคอบเล็กน้อยจากการใส่ท่อช่วยหายใจระดับความปวด เท่ากับ 4 คะแนน แนะนำจับน้ำเพื่อให้เนื้อเยื่อมีความชุ่มชื้น อาการดีขึ้นภายหลังถอดท่อช่วยหายใจ</p> <p>ภายใน 2 วัน สำหรับผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะหายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 22-26 ครั้งต่อนาทีต้องให้ออกซิเจน Cannular 3 ลิตรต่อนาที ร่วมกับภาวะช็อคจากการเสียเลือด (Hypovolemic shock)</p>

ตาราง 3 การศึกษาวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะช็อคจากการเสียเลือด (ต่อ)

การปฏิบัติการพยาบาล	การวิเคราะห์
2.4 กระตุ้นและช่วยพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและอาการปวดตามปุ่มกระดูก	ซึ่งต้องให้สังเกตอาการใกล้ชิด เพื่อไม่ให้เกิดภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเนื่องจากเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน หลังได้รับสารน้ำเลือด และยาลดกรด ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับแต่เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวของภาวะตับแข็ง และการลดสุราที่ดื่มเป็นประจำทุกวัน ทำให้มีความต้องการสุรามากขึ้น มีอาการสับสน วุ่นวายต้องผูกมัด
2.5 กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในบางกิจกรรม	ข้อมือ และได้ขออนุญาต ผู้ป่วยและญาติแล้ว เพื่อไม่ให้ลุกขึ้นจากเตียง แพทย์เจ้าของไข้จึงปรึกษาแผนกจิตเวช มารักษาและให้ยาอาการดีขึ้นตามลำดับ
<b>3. ระยะเวลาแผนจำหน่าย</b>	ผู้ป่วยรายที่ 1 มีปัจจัยเสี่ยง คือ ดื่มสุรา รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา
3.1 อธิบายถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยครั้งนี้ตามปัจเจกบุคคลให้ความรู้เรื่องโรคและสภาพการเจ็บป่วยในปัจจุบันซึ่งมีโอกาสการกลับเป็นซ้ำ (Janmee, 2019)	ผู้ป่วยรายที่ 2 มีปัจจัยเสี่ยง คือ การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา มีอาการทางจิตหวาดระแวงเกี่ยวกับ อาหารไม่สะอาด ผู้ป่วยและญาติไม่ได้เข้ารับการรักษาอาการทางจิตอย่างสม่ำเสมอ
เนื่องมาจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง การรับประทานอาหารการดื่มสุรา ยาที่ระคายเคืองต่อกระเพาะอาหารเพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้ญาติรับทราบวิธีการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน	พยาบาลให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติทั้ง 2 รายเกี่ยวกับพยาธิสภาพของภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร สาเหตุจากการดื่มสุรา รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา และความเครียด ทำให้ระบบทางเดินอาหารหลังกรดออกมาย่อยกระเพาะอาหารทำให้อักเสบและเป็นแผลมีการทำลายเนื้อเยื่อทำให้เกิดอันตรายต่อเส้นเลือดเล็กๆ ทำให้เกิดการบวม เลือดออกและรอยถลอก เลือดที่ออกมาจะทำปฏิกิริยากับน้ำย่อยในกระเพาะอาหารจึงทำให้เลือดเป็นสีดำ ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ
3.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียดหรือความวิตกกังวลต่างๆ ที่จะส่งผลกระทบต่อผลการหลังกรด	-อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ มารักษาการถอดพิษสุรา ตามที่จิตแพทย์นัดไว้ 2 สัปดาห์ เพื่อค่อยๆ ลดสุราจนกระทั่งงดสุราได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ
3.3 ให้ความรู้เกี่ยวกับผลของการดื่มสุรา มีผลต่อเลือดออกในหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร	-อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติมาตรวจตามนัดเพื่อประเมินภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารไม่ให้กลับมาเป็นซ้ำ และเข้าใจถึงการรักษาอย่างต่อเนื่องทางด้านจิตที่โรงพยาบาลสงเคราะห์เพื่อให้ได้รับการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ จากการติดตามถามผู้ป่วยได้มาตรวจตามแพทย์นัดที่ห้องตรวจอายุรกรรม ไม่มีภาวะเลือดออกซ้ำ
3.4 อธิบายให้มาตรวจตามแพทย์นัด ทุก 2 สัปดาห์ พร้อมทั้งพบแพทย์จิตเวช เพื่อลดการดื่มสุรา	
3.5 ประสาน Home Health Care เพื่อส่งต่อข้อมูลในการติดตามเยี่ยมบ้านและติดตามผลการเยี่ยมบ้านในกรณีนี้เพื่อหาแนวทางช่วยเหลือที่เหมาะสม	

ผลลัพธ์ กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นชายไทยวัยกลางคน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการ อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ หายใจเหนื่อย อ่อนเพลียทั้งคู่ ผู้ป่วยมีภาวะช็อคจากการเสียเลือดหายใจเหนื่อย ได้ให้การพยาบาลอย่างถูกต้องรวดเร็ว เหมาะสม เมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยทั้ง 2 รายพบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการส่งกลับทันที ผลคือสามารถหยุดตำแหน่งเลือดออกของผู้ป่วยได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ ปลอดภัยจากภาวะช็อคจากการเสียเลือด สำหรับผู้ป่วยรายที่ 2

เกิดภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลวร่วมด้วย จนต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และได้รับการส่องกล้องเพื่อหยุดเลือดอย่างรวดเร็วด้วยการส่องกล้องแบบเคลื่อนที่ข้างเดียว พร้อมทั้งบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤต จนผู้ป่วยสามารถหายใจเองได้ และดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะใส่ท่อช่วยหายใจ จนสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ภายใน 2 วันและวางแผนกลับบ้านได้ทั้ง 2 ราย

## อภิปรายผล

จากกรณีศึกษาการเปรียบเทียบผู้ป่วยทั้ง 2 รายพบว่าภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะช็อคจากการเสียเลือด นับเป็นภาวะวิกฤตที่มีผลกระทบทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นพยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตั้งแต่ระยะวิกฤตฉุกเฉิน ระยะดูแลต่อเนื่องจนกระทั่งวางแผนจำหน่าย จึงจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินสภาพผู้ป่วยตลอดจนการวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะอย่างถูกต้องรวดเร็ว ตามมาตรฐานเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤต มีความจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ การได้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่มีความพร้อมทั้งทางด้านบุคลากรที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและมีอัตรากำลังที่เหมาะสมทำให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิดรวมถึงยังมีความพร้อมทางด้านวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีความทันสมัย ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยปลอดภัย ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ และเมื่อผู้ป่วยมีอาการทุเลาลง กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญคือการวางแผนการจำหน่ายอย่างครอบคลุมทุกด้าน โดยการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล การให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลใกล้ชิดเกี่ยวกับกับพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเลือดออกซ้ำ

## ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำ
2. ส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับภาวะช็อคจากการเสียเลือดให้ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิกฤต ระยะการดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย

## Reference

Bureau of Policy and Strategy. (2015). *Public Health Statistics*. Retrieved Dec 8, 2017 From [http://bps.moph.go.th/new\\_bps\\_\(in Thai\)](http://bps.moph.go.th/new_bps_(in Thai))

Chapman, W., Siau, K., Thomas, F., Ernest, S., Begum, S., Iqbal, T., et al. (2019). *Acute upper gastrointestinal bleeding: a guide for nurses*. British journal of nursing.

Retrieved Dec 8, 2017 from <http://magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968>

Junmee, P. (2019). *Nursing Care of Upper Gastrointestinal Bleeding with Esophagogastroduodenoscopy Treatment: A case study*. Chaiyaphum medical journal. (in Thai)

Loysak, B., Kunsongkeit, W., Keeratiyutawong, P. (2016). Factors related to Health Behaviors among Upper Gastrointestinal Rebleeding Patients. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. (in Thai)

Villanueva, C., Colomo, A., Bosch, A., Concepcion, M., Hernandez, V., Aracil, I. et al. (2013). Transfusion Strategies for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. *The new England Journal of Medicine*. Retrieved Dec 8, 2017 From <http://nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa>

## การพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย

สุภาพร เพชรรักษ์, โรงพยาบาลระนอง, จังหวัดระนอง, e-mail: s.suphaphon9307@gmail.com

### บทคัดย่อ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จัดเป็นภาวะเร่งด่วนในการรักษาพยาบาล หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจะมีอัตราการตายสูง ดังนั้นเพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จึงได้นำเสนอกกรณีศึกษา 2 ราย ศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 เปรียบเทียบกับงานวิจัยและการพยาบาลดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 30 ปี ให้ประวัติว่า 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไข้ ปวดเมื่อยตามตัว ปวดท้อง ญาตินำส่งโรงพยาบาลชุมชน รักษาในโรงพยาบาล 1 วัน พบความดันโลหิตต่ำ บัสสาวะออกน้อย วินิจฉัยโรคเป็นภาวะช็อกจากการติดเชื้อและไตวายเฉียบพลันจึงส่งต่อโรงพยาบาลระนอง ขณะส่งต่อหายใจเหนื่อย ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินผู้ป่วยปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ แพทย์ให้เข้าพักในแผนกอายุรกรรม ต่อมาหายใจหอบลึกได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก เกิดระบบการหายใจล้มเหลวอย่างรุนแรงและเฉียบพลันต้องใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร พักรักษาในโรงพยาบาลนาน 10 วัน จึงจำหน่ายกลับบ้าน

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 26 ปี 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้หนาวสั่น หายใจเร็ว บัสสาวะแสบขัด 15 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล หายใจเหนื่อย ตาเหลืองกลอย เพื่อนเรียกบริการการแพทย์ฉุกเฉินส่งโรงพยาบาลระนอง แรกรับรู้สัปดาห์ดี ปลายมือปลายเท้าเย็น ไข้สูง ค้นหาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วโดยใช้เครื่องมือ NEWS ตรวจพบหนองทางช่องคลอดส่งเพาะเชื้อ ใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อก่อนเริ่มยาต้านจุลชีพ ก่อนย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก หายใจเหนื่อยร่วมกับภาวะช็อกได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ พักรักษาในโรงพยาบาลนาน 5 วัน จึงจำหน่ายกลับบ้าน

การศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 รายครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวทางการดูแลตาม The Surviving Sepsis Campaign Bundle Update 2018 จากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เข้ารักษาในห้องผู้ป่วยหนัก สามารถลดความรุนแรงของโรค เพิ่มโอกาสรอดชีวิตและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลน้อยกว่า จึงมีข้อเสนอแนะให้พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย Sepsis ในเครือข่ายจังหวัดระนอง รวมทั้งควรมีการศึกษาติดตามผลการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย Sepsis ร่วมด้วย

**คำสำคัญ:** การพยาบาล ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

## Nursing Care for Patients with Sepsis in Critical Care, Ranong Hospital

Suphaphon Petcharuk, Ranong Hospital, Ranong Province, *e-mail*: s.suphaphon9307@gmail.com

### Abstract

Sepsis is a life-threatening emergency and high mortality rate, if the care is delayed. To be a guideline for nursing care in sepsis and septic shock patients, two case studies between August, 2019 to January, 2020 compared with research in nursing care will be presented.

Case Study 1: A 30-years-old male patient gave a history of 3 days before coming to the community hospital with fever, body aches and abdominal pain. In following days, he presented shock and found acute kidney injury, the physician referred him to Ranong hospital. During refer, he had worsened dyspnea. In Emergency department (ED), patient refused intubation and was admitted in Medical department. Two hours later, he had dyspnea and was inserted endotracheal tube and moved into ICU. He was diagnosed Adult Respiratory Distress Syndrome and have a treatment with Volume Control Mechanical Ventilator. He was hospitalized for 10 days.

Case study 2: A 26-years-old female patient gave a history of 1 days before coming to the hospital with fever, chill, tachypnea and dysuria. Fifteen minutes before coming to the hospital with dyspnea, hurriedly and her colleague called EMS referred to ED of Ranong hospital. The patient was alert, extremities cool, high fever, found pus in cervix. Multidisciplinary team were early detected Sepsis by using NEWS and initiated treatment by using Protocol Sepsis, taken hemoculture and gave antibiotics before moved into ICU. Later, she had septic shock and worsened dyspnea then she was intubation. She was hospitalized for 5 days.

The results showed patient with Sepsis using and initiated Protocol Sepsis from The Surviving Sepsis Campaign Bundle Update 2018 from the Emergency Room and moved to the Intensive Care Unit. The severity ill was decrease, increase survival rate and short length of ICU stay. The recommendation is Sepsis networking system will be developed in Ranong province. Finally, there should be a follow-up to Sepsis Networking System development.

**Keywords:** Nursing care, Sepsis

## บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลของประเทศไทย และอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทย มีผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประมาณ 175,000 ราย/ต่อปี และมีผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เสียชีวิตประมาณ 45,000 ราย/ต่อปี ซึ่งเมื่อคิดแล้วพบว่า มีผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ราย เกิดขึ้นทุกๆ 3 นาที และมีผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเสียชีวิต 5 รายทุก 1 ชั่วโมง (Inspection Division Ministry of Public Health, 2018) ซึ่งนับว่าเป็นความสูญเสียอย่างมากมาย แม้ว่าปัจจุบันความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเกิดโรคเพิ่มขึ้น มีความก้าวหน้าในการรักษาโรคติดเชื้อคือมียาต้านจุลชีพที่ดีขึ้น มีความก้าวหน้าในเทคโนโลยีด้านการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตได้ดีขึ้น แต่อัตราตายของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังคงสูง

โรงพยาบาลระนองเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 300 เตียง ให้บริการดูแลผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน ทั้ง 5 อำเภอในจังหวัดระนอง และอำเภอพื้นที่รอยต่อ เช่น อำเภอพะโต๊ะระ จังหวัดชุมพร รวมทั้งประชากรเมียนมาร์ที่อาศัยในจังหวัดระนองและจังหวัดเกาะสอง ประเทศเมียนมาร์ โรงพยาบาลระนองได้พัฒนาระบบการดูแลในสาขาต่างๆ ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมระบบส่งต่อ เพื่อลดความแออัดและจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ที่เชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูงเข้าด้วยกัน แผนบริการสุขภาพสาขาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ของจังหวัดระนองได้ดำเนินการจัดตั้งคณะทำงานประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ กำหนดผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis Case Manager) ในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลอย่างน้อย 1 คนเพื่อคอยติดตามตัวชีวิต และแจ้งผลให้คณะทำงานรับทราบทุกไตรมาส และรายงานผลจากฐานข้อมูลศูนย์ข้อมูลสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ (Health Data Center: HDC) หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด และภาพรวมของเขตสุขภาพ ให้คณะทำงานรับทราบทุกไตรมาส โดยได้พัฒนาศักยภาพสถานบริการของแต่ละระดับในจังหวัดให้ เป็นไปตามขีดความสามารถที่กำหนด เพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาที่สำคัญของประเทศ และเพื่อ ประชาชนในจังหวัดระนองได้รับการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน

กลุ่มผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และภาวะช็อกจากการติดเชื้อจัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตที่มีอัตราการเสียชีวิต และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง ขึ้นกับอายุ แหล่งการติดเชื้อ ชนิดเชื้อที่เป็นสาเหตุ และสุขภาพเดิมของผู้ป่วย และถึงแม้ว่าระบบการดูแลภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมาตลอด แต่ข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ กระทรวง

สาธารณสุข พบว่าอัตราการตายยังสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน สถิติย้อนหลังปีพ.ศ. 2560, 2561 และ 2562 อัตราตายในประเทศอยู่ที่ร้อยละ 28.01, 32.95 และ 32.52 ตามลำดับ เกณฑ์มาตรฐานต้องน้อยกว่าร้อยละ 30 และในพ.ศ. 2563 เกณฑ์มาตรฐานต้องน้อยกว่าร้อยละ 28 ในเขตสุขภาพที่ 11 พบอัตราตายร้อยละ 35.42, 43.39 และ 36.38 ตามลำดับ ส่วนจังหวัดระนอง พบอัตราตายร้อยละ 36.92, 45.92 และ 33.82 ตามลำดับ (Health Data Center, 2020) และเป็นสาเหตุการตาย 5 อันดับแรกของผู้ป่วยในจังหวัดระนอง (Computer Center of Ranong Hospital, 2020) จากความรู้ที่มีการพัฒนาต่อเนื่องตั้งแต่การกำหนดคำจำกัดความของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1991 (Sepsis 1) จนเปลี่ยนคำจำกัดความภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ล่าสุดครั้งที่ 3 (Sepsis 3) (Mervyn, et al., 2016) พบว่าวิธีการลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การดูแลระบบไหลเวียนโลหิต เพื่อให้อวัยวะต่างๆ ของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ร่วมกับการได้รับยาต้านจุลชีพที่ครอบคลุมเชื้ออย่างเหมาะสมและรวดเร็ว หลังเก็บตัวอย่างเลือดเพื่อเพาะเชื้อ รวมถึงการตรวจค้นเพื่อหาแหล่งของเชื้อ และปรับระดับประคองการทำงานของอวัยวะต่างๆ เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ การบำบัดทดแทนไต และเวลาเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการคัดกรอง วินิจฉัย และการดูแลรักษา เพื่อไม่ให้เกิดภาวะอวัยวะภายในต่างๆ ล้มเหลว (Organ Dysfunction) สำหรับโรงพยาบาลระนอง ได้พัฒนาระบบการดูแลจาก 6Hour Bundle Sepsis จนถึงปี พ.ศ. 2561 พัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Protocol Sepsis) ตาม 1Hour Bundle ใน The Surviving Sepsis Campaign Bundle Update 2018 (Levy, Evans & Rhodes, 2018) ได้มีการสื่อสารเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายภายในจังหวัด ผลการดำเนินงานพบว่าอัตราการตาย (ร้อยละ 33.82) ยังคงสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (น้อยกว่าร้อยละ 28) จากการทบทวนวิเคราะห์ระยะเบี่ยง พบว่าประชาชนขาดความรู้ ความเข้าใจถึงสภาวะโรคและความรุนแรง ทำให้มารับการรักษาล่าช้า ในส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังขาดความเชี่ยวชาญและมีความสับสนในการใช้เครื่องมือที่ประเมินจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจากการเปลี่ยนแปลงอวัยวะที่สำคัญออกมาในรูปแบบระดับคะแนน (Early Warning Score) และซีรัมแลคเตส (Serum Lactate) มาใช้ในการคัดกรอง การใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Protocol Sepsis) ยังไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างทั่วถึงในทุกโรงพยาบาล และอายุรแพทย์มีน้อย และมีแพทย์จบใหม่สับเปลี่ยนหมุนเวียนทุกปีทั้งในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลระนอง

สมาคมเวชบำบัดวิกฤตของประเทศไทยได้เสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเช่นเดียวกับ Surviving Sepsis Campaign (SSC) ของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตทั้งในยุโรปและอเมริกา (Rhodes, et al., 2017) โดยกำหนดกลยุทธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยองค์ประกอบสำคัญ 3 ขั้นตอนดังนี้ 1) การสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น 2) การรักษาการติดเชื้อและฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็วร่วมกับปรับระดับประคองการ

ทำงานของอวัยวะต่างๆ และ 3) การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ การประสานงาน และการเฝ้าติดตาม กำกับอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งกำหนดให้มีการดำเนินการตามแนวปฏิบัติครบถ้วน ทันเวลา ซึ่งพบว่าช่วยให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้นและมีระยะเวลาในโรงพยาบาลลดลง

จากความเป็นมาและเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้จัดทำเอกสารวิชาการฉบับนี้จึงได้ทำการศึกษา ค้นคว้าเกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พยาธิสรีรวิทยาของโรค สาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา ภาวะแทรกซ้อน และการพยาบาลที่ทันสมัยโดยอ้างอิงจากหลักฐานทางวิชาการ นำเสนอใน รูปกรณีศึกษา 2 รายเปรียบเทียบเพื่อให้เห็นความสำคัญของการใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อการวินิจฉัย นำไปสู่การวางแผนเข้าระบบ ปรับปรุงแนวปฏิบัติเพิ่มประสิทธิภาพ การดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบครบวงจร ทำให้อัตราการตายลดลงได้ตามเกณฑ์ มาตรฐาน (น้อยกว่าร้อยละ 28)

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ที่ได้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2563

### วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลระนอง จำนวน 2 ราย รายที่ 1 เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน และรายที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่เข้ามาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลระนองตั้งแต่ครั้งแรก ผู้จัดทำเอกสารวิชาการได้รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ เวชระเบียน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และสถิติของโรงพยาบาล โดยใช้เครื่องมือแบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ร่วมกับการใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Protocol Sepsis) ผู้ศึกษาได้พัฒนามาจาก The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)(Mervyn, et al., 2016) และการใช้เครื่องมือที่ประเมินจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจากการเปลี่ยนแปลงอวัยวะที่สำคัญออกมาในรูปแบบระดับคะแนน (National Early Warning Score: NEWS) ของ Royal College of Physicians. *National Early Warning Score (NEWS) 2* (2017) เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ใช้กระบวนการพยาบาล ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม และทฤษฎีวิกฤตเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติในระยะวิกฤต สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

## การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

การศึกษาค้างนี้ผ่านการพิจารณาแบบลดขั้นตอน (Expedited Review) จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง ก่อนการรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ เวชระเบียน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และสถิติของโรงพยาบาล กรณีศึกษา 2 กรณีนี้ ไม่มีการละเมิดสิทธิผู้ป่วย และข้อมูลส่วนตัวทุกอย่างของผู้เข้าร่วมกรณีศึกษา ผู้จัดทำเอกสารวิชาการได้เก็บไว้เป็นความลับ ซึ่งไม่สามารถระบุถึงตัวผู้ป่วยได้ และจะทำลายข้อมูลเมื่อบทความวิจัยได้รับเผยแพร่ภายใน 1 ปี

## ผลการศึกษา

### กรณีศึกษาที่ 1

ชายไทย อายุ 30 ปี อาชีพรับจ้าง ไม่เคยไปรับการรักษาตรวจคัดกรองโรค หากมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยจะซื้อยาจากร้านขายยาในชุมชนมารับประทานเอง สูบบุหรี่วันละ 20 มวน ประมาณ 10 ปี 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ใช้ ปวดเมื่อยตัว เสมหะมีสีน้ำตาลปนเลือด 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้องได้ลึนปี อาเจียนมีเลือดปน 2-3 ครั้งต่อวัน ญาตินำส่งโรงพยาบาลสุขสำราญ จังหวัดระนอง แพทย์วินิจฉัยว่ามีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน ได้รับการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ต่อมาอาเจียนเป็นน้ำ ท้องอืด แน่นท้องมากขึ้น ความดันโลหิตลดต่ำ ได้รับสารน้ำและยาเพิ่มความดันโลหิต ปัสสาวะออกน้อยลง เจาะเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อ ให้ยาต้านจุลชีพ แพทย์ให้การวินิจฉัยภาวะช็อกจากการติดเชื้อและไตวายเฉียบพลัน จึงส่งต่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลระนอง ขณะส่งต่อความดันโลหิตยังลดต่ำ หายใจเหนื่อยมากขึ้น ให้ออกซิเจนชนิด Mask with Bag อัตราการไหลของออกซิเจน 10 ลิตรต่อนาที

เมื่อถึงโรงพยาบาลระนอง ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ แพทย์พิจารณาให้เข้าพักในแผนกอายุรกรรม 2 ชั่วโมงต่อมา หายใจหอบลึก ปลายมือปลายเท้าเย็น ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก เกิดระบบการหายใจล้มเหลวอย่างรุนแรงและเฉียบพลันได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร ยาผ่อนคลายกล้ามเนื้อและยาช่วยให้หลับ รักษาสมดุลของสารน้ำ ยาต้านจุลชีพ และยาช่วยเพิ่มความดันโลหิต แก้ไขภาวะพร่องออกซิเจนร่วมกับภาวะหายใจเป็นด่างและภาวะกรดจากกระบวนการเผาผลาญ เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ เจาะเลือดเพื่อหาแหล่งของเชื้อเพิ่ม เปลี่ยนยาต้านจุลชีพตามผลการเพาะเชื้อ หลังจากพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักนาน 9 วัน แก้ไขภาวะวิกฤตต่างๆ ได้สำเร็จ แพทย์อนุญาตให้ย้ายกลับหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หลังพักรักษาในโรงพยาบาลนาน 10 วัน จำหน่ายกลับบ้านได้ ระหว่างพักรักษาตัวพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการรักษาที่ได้รับดังนี้

- เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อหน้าที่ลดลง เนื่องจากภาวะหลอดเลือดขยายตัวทั่วร่างกาย (Distributive Shock) จากภาวะช็อกจากการติดเชื้อ รักษาการติดเชื้อโดยเจาะเลือดเพื่อหาแหล่งของเชื้อเพิ่ม เปลี่ยนยาต้านจุลชีพ ตามผลการเพาะเชื้อ ได้แก่ Meropenam, Vancomycin และเปลี่ยนเป็น Colistin เข้าทางหลอดเลือดดำ ใส่สายสวนหลอดเลือดดำเพื่อวัดความดันของหัวใจห้องบนขวาเพื่อติดตามปริมาณน้ำและเลือดที่หมุนเวียนในร่างกาย และฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็วร่วมกับประคับประคองการทำงานของอวัยวะต่างๆ ด้วยการรักษาพ้นจากภาวะช็อกโดยเร็ว (Early Goal Directed Therapy: EGDT) โดยเพิ่มปริมาณสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้สารน้ำออสเตตา 1,000 ml เข้าทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 80 ml ต่อชั่วโมง

- เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือดจากกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (Adult Respiratory Distress Syndrome: ARDS) ทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ประสานงาน และเฝ้าติดตาม กำกับอย่างใกล้ชิด หลังใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร ส่งตรวจวิเคราะห์ Arterial Blood Gas เอกซเรย์ปอด ร่วมกับการจัดท่านอนคว่ำ (Prone Position) ให้ยาช่วยให้หลับ (Sedation ได้แก่ Dormicum, Fentanyl และ Propofol) ร่วมกับยาผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle Relaxant: Nimbex) พินยา Beradual ให้ยาขับปัสสาวะ Lasix 40 มิลลิกรัมเข้าทางหลอดเลือดดำ ให้ 20% Albumin 200 ml เข้าทางหลอดเลือดดำ Hydrocortisone 200 มิลลิกรัมเข้าทางหลอดเลือดดำ ต่อเนื่องใน 24 ชั่วโมง เกิดภาวะพร่องออกซิเจนร่วมกับภาวะหายใจเป็นตางและภาวะกรดจากกระบวนการเผาผลาญ ดูแลให้ได้รับยา 7.5% NaCO<sub>3</sub> 100 ml เข้าทางหลอดเลือดดำต่อเนื่องใน 1 ชั่วโมง และอีก 150 ml ผสมใน 5% Dextrose in water 850 ml เข้าทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 40 ml ต่อชั่วโมง และใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนให้แก่ร่างกาย

- ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (Hypokalemia) ดูแลให้ได้รับยา Elixir KCl 30 ml จำนวน 2 ครั้ง และติดตามผลอิเล็กโทรลิตส์หลังได้รับยาครบ ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง

- ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำกว่าปกติ (Hypocalcemia) ดูแลให้ได้รับยา 10% Calcium Gluconate 50 ml ผสมใน 5% Dextrose in water 100 ml เข้าทางหลอดเลือดดำต่อเนื่องใน 4 ชั่วโมง และให้ยา Sodamint รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร ร่วมกับยา Calcium Carbonate รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร

- ภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ (Hypomagnesemia) ดูแลให้ได้รับยา 50% MgSO<sub>4</sub> 8 ml ผสมใน 5% Dextrose in water 100 ml เข้าทางหลอดเลือดดำต่อเนื่องใน 4 ชั่วโมง และให้ต่ออีก 4 ml ผสมใน 5% Dextrose in water 100 ml เข้าทางหลอดเลือดดำต่อเนื่องใน 4 ชั่วโมง อีก 1 วัน และติดตามผลอิเล็กโทรลิตส์หลังได้รับยาครบ

ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลและการวางแผนจำหน่าย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังแสดงใน ตารางที่ 1

## กรณีศึกษาที่ 2

หญิงไทย: อายุ 26 ปี 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ หนาวสั่น หายใจเร็ว บัสสาวะแสบขัด 15 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ขณะทำงาน หายใจเหนื่อย ตาเหลืองลอย รู้สึกตัวดี ปลายมือปลายเท้าเย็น มีไข้สูง เพื่อนร่วมงานเรียกบริการการแพทย์ฉุกเฉินส่งโรงพยาบาลระนอง แรกเริ่ม รู้สึกตัวดี ทำตามสั่งได้ (E4VTM6) ปลายมือปลายเท้าเย็น มีไข้สูง ค้นหาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว โดยใช้เครื่องมือประเมินจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจากการเปลี่ยนแปลงอวัยวะที่สำคัญออกมาในรูปแบบระดับคะแนน (NEWS) ค้นหาแหล่งติดเชื้อ ตรวจทางช่องคลอดพบหนองส่งตรวจเพาะเชื้อ จึงใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Protocol Sepsis) ส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อ 2 ขวดก่อนให้ยาต้านจุลชีพ ตรวจหาระดับแลคเตทในเลือด 6.2 mmol/L เริ่มยาต้านจุลชีพเป็น Clindamycin 900 มิลลิกรัมเข้าทางหลอดเลือดดำทันทีที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ภายใน 1 ชั่วโมงแรก ให้สารน้ำ 0.9% NSS อัตราการไหล 80 ml ต่อชั่วโมง หายใจเหนื่อย ฟังเสียงปอดพบเสียงหวีด (Wheezing Sound) วัดปริมาณออกซิเจนในเลือดที่ปลายนิ้ว ( $SpO_2$ ) 88% ได้รับการใส่  $O_2$  Mask with bag อัตราการไหล 10 ลิตรต่อนาที พ่นยา Beradual 1 nebule ต่อมาหายใจเหนื่อยมากขึ้นร่วมกับมีภาวะช็อก ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจขนาด 7.5 ลึก 22 เซนติเมตรก่อนย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก ได้รับการช่วยหายใจโดยการใส่เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร มีไข้สูงขึ้น ได้รับยาต้านจุลชีพเพิ่มคือ Ciprofloxacin 400 มิลลิกรัมเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง การกำจัดแหล่งติดเชื้อโดยหาสาเหตุของหนองในช่องคลอดส่งตรวจวินิจฉัยหาคออักเสบในช่องท้องทั้งหมดด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ สงสัยว่ามีการติดเชื้อแผลผ่าตัดไส้เลื่อน ศัลยแพทย์จึงทำการผ่าตัดเปิดช่องท้อง แต่ไม่พบการติดเชื้อจึงให้อายุรแพทย์พิจารณารักษาต่อ ให้เปลี่ยนยาต้านจุลชีพเป็น Ceftriaxone 2 กรัมเข้าทางหลอดเลือดดำ วันละครั้ง ให้การรักษาพ้นจากภาวะช็อกโดยเร็ว (EGDT) โดยเพิ่มปริมาณสารน้ำทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 150 ml ต่อชั่วโมง หลังพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก 4 วัน สามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้สำเร็จ ไม่มีไข้ แพทย์อนุญาตให้ย้ายออกแผนกสามัญได้ รวมเวลาอยู่ในโรงพยาบาลนาน 5 วัน จึงสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

ระหว่างพักรักษาตัวพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการรักษาที่ได้รับดังนี้

- เกิดภาวะพร่องออกซิเจนจากภาวะน้ำเกิน ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนผ่าน  $O_2$  Mask with Bag อัตราการไหล 10 ลิตรต่อนาที พ่นยาขยายหลอดลม Beradual 1 nebule ต่อมาหายใจเหนื่อยมากขึ้นร่วมกับมีภาวะช็อก ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจขนาด 7.5 ลึก 22 เซนติเมตรก่อนย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร เมื่อพ้นภาวะช็อกจากการติดเชื้อได้รับยาขับปัสสาวะทางหลอดเลือดดำ ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ติดตามปริมาณสารน้ำเข้า-ออกร่วมกับติดตามผลอิเล็กโทรลิต และเมื่อภาวะน้ำเกินดีขึ้น ร่วมกับแพทย์ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จนสามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้สำเร็จ

- เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง เนื่องจากภาวะหลอดเลือดขยายตัวทั่วร่างกาย (Distributive Shock) จากภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ทีมสหวิชาชีพพร้อมค้นหาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วโดยใช้เครื่องมือประเมิน NEWS ค้นหาแหล่งติดเชื้อ ตรวจพบหนองทางช่องคลอดส่งตรวจเพาะเชื้อ จึงใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Protocol Sepsis) ส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อ 2 ขวดก่อนให้ยาต้านจุลชีพ ตรวจหาระดับแลคเตทในเลือด 6.2 mmol/L เริ่มยาต้านจุลชีพเป็น Clindamycin 900 มิลลิกรัมเข้าทางหลอดเลือดดำทันทีที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้สารน้ำ 0.9% NSS อัตราการไหล 80 ml ต่อชั่วโมง ต่อมาพบความดันโลหิตต่ำ 80/32 มิลลิเมตรปรอท ให้การรักษาพ้นจากภาวะช็อกโดยเร็ว (EGDT) โดยให้สารน้ำ 500 ml ภายในครึ่งชั่วโมง ความดันโลหิตเข้าสู่เกณฑ์ปกติ 122/54 มิลลิเมตรปรอท ลดอัตราการไหลของสารน้ำเหลือ 150 ml ต่อชั่วโมง

- ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (Hypokalemia) ดูแลให้ได้รับยา Elixir KCl 30 ml จำนวน 2 ครั้ง และติดตามผลอิเล็กโทรลิตส์หลังได้รับยาครบ ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง

- ภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ (Hypomagnesemia) ดูแลให้ได้รับยา 50% MgSO<sub>4</sub> 8 ml ผสมใน 5% Dextrose in water 100 ml เข้าทางหลอดเลือดดำต่อเนื่องใน 4 ชั่วโมง และให้ต่ออีก 4 ml ผสมใน 5% Dextrose in water 100 ml เข้าทางหลอดเลือดดำต่อเนื่องใน 4 ชั่วโมง อีก 1 วัน และติดตามผลอิเล็กโทรลิตส์หลังได้รับยาครบ

ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลและการวางแผนจำหน่าย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะก่อนย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก	-ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด -มีภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง เนื่องจากภาวะหลอดเลือดขยายตัวทั่วร่างกาย จากการติดเชื้อ	-ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด -มีภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง เนื่องจากภาวะหลอดเลือดขยายตัวทั่วร่างกาย จากการติดเชื้อ
ระยะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก	-เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือดจากกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน ร่วมกับภาวะหายใจเป็นต่างและภาวะกรดจากกระบวนการเผาผลาญ -ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ -เกิดภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรลิตส์: ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (Hypokalemia) ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำกว่าปกติ (Hypocalcemia) และภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ (Hypomagnesemia)	-เกิดภาวะพร่องออกซิเจนจากภาวะน้ำเกิน -ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ -เกิดภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรลิตส์: ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (Hypokalemia) และภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ (Hypomagnesemia)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน	-วิตกกังวลเนื่องจากความเจ็บป่วย กลัวการตาย และสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง -มีโอกาสเกิดโรคซ้ำเนื่องจากขาดข้อมูลในการดูแลตนเอง	-วิตกกังวลเนื่องจากความเจ็บป่วย กลัวการตาย และสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง -มีโอกาสเกิดโรคซ้ำเนื่องจากขาดข้อมูลในการดูแลตนเอง

เพื่อให้เห็นความแตกต่างในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของกรณีศึกษาทั้ง 2 กรณี ผู้ศึกษาจึงได้เปรียบเทียบข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยตามตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและผลลัพธ์ทางการพยาบาลดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบข้อมูลการดูแลผู้ป่วยตามตัวชี้วัดผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของกรณีศึกษา 2 กรณี

ตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและผลลัพธ์ทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
นำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ตามมาตรฐานสากลมาใช้	รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน ไม่พบการใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	ใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
ค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็ว โดยใช้เครื่องมือประเมินจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจากการเปลี่ยนแปลงอวัยวะที่สำคัญ ออกมาในรูปแบบระดับคะแนน (National Early Warning Score: NEWS)	แกร็บไม่ได้ประเมินโดยใช้เครื่องมือ NEWS จึงไม่สามารถค้นหาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชน	ค้นหาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว โดยใช้เครื่องมือประเมิน NEWS 14 คะแนน
ส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อ 2 ขวดก่อนเริ่มให้ยาต้านจุลชีพ	60 นาที หลังจากได้รับการวินิจฉัยภาวะช็อกจากการติดเชื้อหลังเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลชุมชน 1 วัน	41 นาที หลังได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
การได้รับยาต้านจุลชีพภายใน 1 ชั่วโมง (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย)	24 ชั่วโมง	46 นาที หลังได้รับการวินิจฉัย
การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 30 มิลลิลิตร/กิโลกรัม (1.5 ลิตร สำหรับผู้ใหญ่) ใน 1 ชั่วโมงแรก	2 วัน	41 นาที หลังได้รับการวินิจฉัย
ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤต (ระดับการดูแล 2-3) เป็นต้น ภายใน 3 ชั่วโมงหลังได้รับการวินิจฉัย	2 วัน	60 นาที หลังได้รับการวินิจฉัย
ระยะเวลาพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก	9 วัน	4 วัน
ระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล	10 วัน	5 วัน
ภาวะแทรกซ้อน	ภาวะหายใจล้มเหลว	ภาวะหายใจล้มเหลว
ผลลัพธ์ทางการพยาบาลเมื่อจำหน่าย	มีชีวิต	มีชีวิต

จากการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ถึงแม้ว่าข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีอายุใกล้เคียงกัน แต่กรณีศึกษาที่ 1 เกิดความล่าช้าในการคัดกรองและวินิจฉัย ไม่สามารถค้นหาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากไม่ได้ใช้เครื่องมือประเมิน NEWS และเริ่มใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Protocol Sepsis) เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงในอวัยวะที่สำคัญ ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานล้มเหลว ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักนานและระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานด้วย ซึ่งแตกต่างจากกรณีศึกษาที่ 2 ที่เริ่มจากการคัดกรองวินิจฉัย และการดูแลรักษาได้รวดเร็วทันทีตั้งแต่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งค้นหาผู้ป่วยได้จากการใช้เครื่องมือ NEWS และใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่คล้ายคลึงแต่ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักและในโรงพยาบาลสั้นกว่ากรณีศึกษาที่ 1

ส่วนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ได้จากการให้การพยาบาลภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนวางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน จึงสามารถนำมาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยดังแสดงในตารางที่ 1

## อภิปรายผล

ผลการศึกษาจากข้อมูลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่ากรณีศึกษาที่ 1 เกิดความล่าช้าในการคัดกรองและวินิจฉัย ไม่สามารถค้นหาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากไม่ได้ใช้เครื่องมือประเมินจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจากการเปลี่ยนแปลงอวัยวะที่สำคัญออกมาในรูปแบบระดับคะแนน (NEWS) และเริ่มใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงอวัยวะที่สำคัญ ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานล้มเหลว ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักนานและระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานด้วย ซึ่งแตกต่างจากกรณีศึกษาที่ 2 ที่เริ่มจากการคัดกรอง วินิจฉัย และการดูแลรักษาได้รวดเร็วทันทีตั้งแต่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งค้นหาผู้ป่วยได้จากการใช้เครื่องมือ NEWS และใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่คล้ายคลึงแต่ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักและในโรงพยาบาลสั้นกว่ากรณีศึกษาที่ 1 สอดคล้องกับการศึกษาของ Rungthanakiat, Promtuang & Paengbuddee (2019) วิเคราะห์หาสาเหตุการตายของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลสุรินทร์ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตด้วยระบบทางด่วนพบว่า ไม่มีรูปแบบการประเมินผู้ป่วยที่รวดเร็วพอ ผู้ป่วยต้องรอรับบริการเหมือนผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไป ไม่มีการจัดบริการที่ตอบสนองต่อความรวดเร็วในการรักษา

ผลการศึกษาปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จากการให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด สามารถนำมาวางแผนปฏิบัติการพยาบาล พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 กรณี มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกันตั้งแต่ระยะแรกรับในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จนกระทั่งย้ายเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักและก่อนจำหน่ายกลับบ้าน แต่ภาวะแทรกซ้อนของกรณีศึกษาที่ 1 มีความรุนแรงมากกว่ากรณีศึกษาที่ 2 เพราะฉะนั้นกิจกรรมการพยาบาลในระยะวิกฤตที่ต้องการให้การดูแลผู้ป่วยรายนี้ พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักจำเป็นต้องมีความเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคและแนวทางการรักษา เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ งานวิจัย และความรู้วิชาการที่ทันสมัย นำไปปรับใช้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแล ดังนั้นจากการศึกษาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในกรณีศึกษานี้จึงสามารถนำมาเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในรายอื่นต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ศึกษาร่วมกับทำหน้าที่เลขานุการแผนพัฒนาบริการสุขภาพ สาขาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของจังหวัดระนอง เป็นบทบาทที่ทำทลายความสามารถในการที่จะปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลระนองและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดระนองที่จะดำเนินงานให้ผ่านตัวชี้วัดตามมาตรฐาน ความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยรายที่ 2 ที่ได้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลและตัวชี้วัดตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับการศึกษาค้นคว้าทบทวนความรู้ที่ทันสมัยน่าเชื่อถืออย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทั้งในระยะแรกรับ เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักจนกระทั่งจำหน่าย เพื่อให้มีความเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคและแนวทางการรักษาและสามารถแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยโดยใช้งานวิจัย และความรู้วิชาการที่ทันสมัย นำไปปรับใช้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีได้ ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดดังนี้

1. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในจังหวัดระนอง ที่มุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายภายในเวลาที่กำหนดและนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดไปใช้ร่วมกันทั้งจังหวัด

2. ควรมีการติดตามผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในจังหวัดระนอง เพื่อทราบประสิทธิภาพประสิทธิผลของการพัฒนาระบบและเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

## References

- Computer Center Ranong Hospital. Service statistics 2020. retrieved October 1, 2020 from <http://www.rnh.go.th/main/index.php/datacoop/statistic>.
- Dugar, S., Choudhary, C., & Duggal, A. (2020). Sepsis and septic shock: Guideline-based management. *CLEVELAND CLINIC JOURNAL OF MEDICINE* ,87(1),53-64.
- Health Data Center. Sepsis 2563 Retrieved October 20, 2020 from <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
- Inspection Division Ministry of Public Health. Government inspection plan of Ministry of Public Health on 2018. Retrieved October 20, 2020 from <http://data.ptho.moph.go.th/inspec/2561>.
- Kleinpell, R. et al. (2019). International critical care nursing considerations and quality indicators for the 2017 surviving sepsis campaign guidelines. *Intensive Care Med*, 45,1663–1666.
- Levy, M.M., Evans, L.E. and Rhodes, A. (2018). The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 update. *Intensive Care Med*. 44(6),925-928.
- Mervyn, S. and et al. (2016). The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*, 315(8),801-810.
- Rungthanakiat, P., Promtuang, S., & Paengbuddee, C. (2019). Development of the Care Model for Patients with Septicemia using Fast Track System at Surin Hospital. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*. 6(1), 36-51. (in Thai)
- Rhodes, A., et al. (2017). Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Med*, 43, 304-77.
- Royal College of Physicians. (2017). *National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS*. Updated report of a working party. London: RCP.
- Sakr, Y., et al. (2018), Sepsis in Intensive Care Unit Patients: Worldwide Data From the Intensive Care over Nations Audit. *Open Forum Infectious Diseases* 5(12).
- Shashikumar, S.P., et al. (2017). Early sepsis detection in critical care patients using multiscale blood pressure and heart rate dynamics. *Journal of Electrocardiology*,50, 739–743.
- Threatt, D. L. (2020). Improving Sepsis Bundle Implementation Times. *Journal of Nursing Care Quality*, 35(2),135-139.

## การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ : กรณีศึกษา 2 ราย

ชวรินทรา ยอดแสง, โรงพยาบาลกบินทร์บุรี, จังหวัดปราจีนบุรี, email: taewcha@yahoo.com

### บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจมีการขาดเลือดอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน ทำให้เกิดอัตราเสียชีวิตและเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว พยาบาลฉุกเฉินจึงมีบทบาทสำคัญมาก ในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤต ประกอบด้วยการคัดแยกผู้ป่วย การประเมินอาการ การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล การให้การพยาบาล การดูแลให้ยาตามแผนการรักษา การรายงานแพทย์ตลอดจนการประสานงานส่งต่อผู้ป่วย บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1 หญิงไทยอายุ 82 ปี 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บหน้าอก หายใจไม่อิ่ม รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST-elevation ที่ Lead II, III, AVF แพทย์วินิจฉัยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยมีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียว หายใจเร็ว แพทย์พิจารณา ใส่ท่อช่วยหายใจ และให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง พบว่า ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงอยู่ในภาวะช็อก ส่งต่อเพื่อรับการรักษาด้วย Primary Percutaneous Coronary Intervention 40 นาทีต่อมาตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจซ้ำพบ ST-elevation ที่ II, III, AVF Ventricular Tachycardia rate 150-160 ครั้ง/นาที แพทย์ทำ Cardioversion 200 Joule ประเมินซ้ำชีพจรกลับมาปกติ และส่งต่อไปรับการรักษา

กรณีศึกษาที่ 2 ชายไทยอายุ 73 ปี 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บหน้าอก ร้าวไปต้นคอ เหงื่อออก ตัวเย็น รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST-Elevation ที่ Lead II, III, AVF แพทย์วินิจฉัยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อายุรแพทย์โรคหัวใจให้การรักษารับยาต้านการแข็งตัวของเลือด และยา Streptokinase 1.5 mu ทางหลอดเลือดดำ เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ขณะได้ยามีเลือดออกตามไรฟัน เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤต

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด Inferior Wall Myocardial Infarction ได้รับการดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลตามอาการของผู้ป่วย ผู้ป่วยปลอดภัยพ้นภาวะวิกฤต รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาล และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าได้อย่างปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

**คำสำคัญ:** หลอดเลือดหัวใจตีบ หัวใจเต้นผิดจังหวะ

## Nursing Care of Coronary Artery Disease: 2 Case Study

Chawarintra Yodsaeng, Kabinburi Hospital, Prachinburi Province, e-mail; taewcha@yahoo.com

### Abstract

Coronary Artery Disease refer to severe and acute ischemia of heart muscles. There is high mortality rate and complications if untreated in promptly time. Thus, the patient must be properly and rapidly cared, Emergency nurses play an important role in the care of critically patients. Classification of patients (Triage), symptom assessment, nursing diagnosis, nursing implementation, dispensing medicine according to the treatment plan, Medical reporting including to patient referral coordinate. According to study of two cases of patients

Case Study 1: A 82 year old Thai female gave a story of 4 hours before coming to hospital with chest pain and shortness of breath throughout the lungs. ECG test found ST-elevation at Lead II,III,AVF. Physician diagnosed as Inferior Wall Myocardial Infarction. Patients sweated, cold, tip of the toes and fingers turned green, fast breath .Physician considered intubation, patients received anticoagulant medicines, consulted Cardiologist at Chaopraya Abhaibhubejhr Center Hospital to refer the patient for treatment with Primary Percutaneous Coronary Intervention. Repeat EKG, ST-elevation found at II,III,AVF Ventricular Tachycardia rate 150-160 times/min Doctors performed the pulse returned to normal by cardioversion. Final, prepared patients and their relatives in their physical and mental for referral system.

Case Study 2 : A 73 years old male gave a story of 30 minutes before coming to hospital with chest-neck pain, sweated and cold. ECG test found ST-elevation at Lead II,III,AVF. Doctors diagnosed as Inferior Wall Myocardial Infarction. Received drugs to reduce blood clotting and Streptokinase 1.5 mu vein. While receiving the drug, the patient has scurvy. According to consult, a cardiologist recommended to admin intensive care unit.

The result of two patients study. There were Inferior Wall Myocardial Infarction who receive treatment as doctor's plan provided nursing care by concept of nursing process according to the patient's condition, kept patients safe from critical crisis, treated in the intensive care unit at hospital and safely referred to a higher potential hospital without complications.

**Keyword:** Inferior Myocardial Infarction, Cardiac arrhythmia

## บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction) นับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก จากสถิติสาธารณสุขของประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศระหว่างปี 2553 – 2554 จำนวน 55,470 และ 62,050 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ในระหว่างปี 2556-2560 พบอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากร ด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเท่ากับ 26.9, 27.8, 29.9, 32.3 และ 31.8 ตามลำดับ (Ministry of Public Health, 2018) และในปี 2561 จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดถึง 20,786 ราย (Division of Non Communicable Disease, 2019) โรงพยาบาลกบินทร์บุรี เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 250 เตียง จังหวัดปราจีนบุรี ให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด กรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดแดงผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention) ส่งต่อไปรับการรักษาโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า การจากสถิติของโรงพยาบาล จำนวนผู้รับบริการด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ปี 2561-2563 เท่ากับ 23,21,20 ราย ตามลำดับ และร้อยละอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินเท่ากับ 0, 9.52, 5.26 ต่อแสนประชากรตามลำดับ

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นกลุ่มอาการที่มีลักษณะบ่งชี้ถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่าง รุนแรงและเฉียบพลัน ระยะเวลาการอุดตันที่นานขึ้นจะเพิ่มพื้นที่การตายของกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายบริเวณด้านใต้ของผนังหัวใจ (Inferior Wall Myocardial Infarction) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะช็อกหรือมีความดันเลือดต่ำร่วมกับ อาจมีการตายของบริเวณห้องหัวใจล่างขวาด้วย การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะของกล้ามเนื้อหัวใจตายบริเวณด้านใต้ของผนังหัวใจ (Inferior Wall Myocardial Infarction) คือ ST ยกสูงขึ้นในตำแหน่ง II, III และ aVF ร่วมกับ ST ยกสูงในตำแหน่ง V1, V3R และ V4R ภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการเกิดการตายบริเวณของห้องหัวใจล่างขวา ความดันโลหิตต่ำ และมีจังหวะการเต้นของหัวใจที่ช้ากว่าปกติ (Brady Arrhythmia) ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว โดยการเข้าถึงระบบบริการ สุขภาพที่มีคุณภาพทุกระดับและได้รับการดูแลจากพยาบาล ฉุกเฉิน นอกจากนี้ประเด็นความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติแล้ว การดูแลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก็มีความสำคัญโดยควรดำเนินการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและคุณภาพการดูแลที่ดีขึ้น

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากรณีผู้ป่วยเลือดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี

## วิธีการศึกษา

เป็นการวิเคราะห์และเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยการศึกษาตำรา วารสาร งานวิจัย ที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การตรวจร่างกาย การประเมินสภาพผู้ป่วย รวบรวมข้อมูลต่างๆ เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล สรุปประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตาม ตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน

## การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษา กรณีศึกษาได้ขออนุญาต กรณีศึกษาทั้ง 2 กรณี โดยขออนุญาตจาก โรงพยาบาลและการขอความยินยอมด้วยวาจา ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา กรณีศึกษา 2 กรณี ไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยและข้อมูลส่วนตัวทุกอย่างของผู้เข้าร่วมกรณีศึกษาจะถูกเก็บเป็น ความลับ และจะทำลายข้อมูลภายใน 1 ปี หลังจากรายงานกรณีศึกษาได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่เชิง วิชาการ

## ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทยสูงวัย อายุ 82 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ มารับการรักษาที่ โรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วย 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลขณะนั่งพักมีอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม ญาติซงยาหอมให้รับประทานและบีบนวด ผู้ป่วยซึมลง ญาติโทรแจ้ง 1669 ให้รับผู้ป่วย มาโรงพยาบาล ปฏิเสธโรคประจำตัว แรกเริ่มรู้สึกตัว ซึม บ่นแน่นหน้าอก ที่ห้องฉุกเฉินตรวจคลื่นไฟฟ้า หัวใจ พบ ST-Elevation ที่ II, III, AVF ST-Depress V1-V4 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า CKMB 33 U/L ค่า Tropanin T 1.650 แพทย์วินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากเส้นเลือด Coronary ขวาตีบ ST-Elevate Myocardial Infarction(Inferior Wall Myocardial Infarction) ผู้ป่วย เหงื่อออก ตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียว อัตราการหายใจ 40 ครั้ง/นาที วัดค่า Oxygen Saturation 80% On Oxygen Mask with Bag 10 ลิตร/นาที E3V3M4 แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 7.5 ลึกจากมุมปากถึงหลอดลม 22 เซนติเมตร X-ray Chest Portable ไม่พบ Infiltration ผู้ป่วยได้รับยา Aspirin 300 มิลลิกรัม 1 เม็ด ยา Plavix 75 มิลลิกรัม 8 เม็ด บดละลายน้ำ ให้ทางสายอาหาร อายุรแพทย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศร ประเมินพบว่า ผู้ป่วย มีความเสี่ยงสูงอยู่ในภาวะช็อก ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาด้วย Primary Percutaneous Coronary Intervention โดยปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยได้รับยา Heparin 100 unit/kg (3,500 unit) IV Bolus สังเกตและเฝ้าระวังภาวะเลือดออกผิดปกติ ดูแลให้ยา Losec 40 มิลลิกรัม ตามแผนการรักษา ทางหลอดเลือดดำเพื่อป้องกันเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ขณะ

ติดต่อประสานงานเฝ้าระวัง Cardiac Arrest ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจซ้ำ ST-elevation ที่ II, III, AVF Ventricular Tachycardia rate 150-160 ครั้ง/นาที แพทย์ทำ Cardioversion Synchronized 200 Joule หลังทำอัตราการเต้นของหัวใจ ลดลง 86 ครั้ง/นาที BP 70/40 มิลลิเมตรปรอท 0.9 NSS 1,000 ml IV load 300 ml ใน 10 นาที ติดตามความดันโลหิตซ้ำ BP 90/55 มิลลิเมตรปรอท ปรับ 0.9 NSS rate 100 ml /ชม. ประสานงานและแจ้งข้อมูลแก่หน่วยรับส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศร ประสานงานกับทีมส่งต่อโรงพยาบาลกบินทร์บุรี เตรียมความพร้อมเครื่องมือ ยา อุปกรณ์ ที่ใช้สำหรับดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อให้ปลอดภัย พร้อมทั้งทีมดูแลผู้ป่วย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนใช้ พนักงานขับรถ ตามระบบการดูแลแบบเร่งด่วนของห้องฉุกเฉิน

กรณีศึกษาที่ 2 ข้อมูลทั่วไป ชายไทยวัยสูงอายุ อายุ 73 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกบินทร์บุรี ด้วยประวัติ 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ขณะนั่งพักมีอาการเจ็บหน้าอก ร้าวไปต้นคอ เหงื่อออก ตัวเย็น ญาติโทรแจ้ง 1669 ให้รับผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลกบินทร์บุรี แกร็บรู้สึกตัวดี บ่นแน่นหน้าอก ที่ห้องฉุกเฉินตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST-Elevation ที่ Lead II,III,AVF แพทย์วินิจฉัยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Inferior Wall Myocardial Infarction, Portable X-ray Chest Upright ไม่พบ Infiltration ผู้ป่วยได้รับยา Aspirin 300 มิลลิกรัม 1 เม็ด เคี้ยวกลืน Plavix 75 มิลลิกรัม 4 เม็ด พิจารณาให้ผู้ป่วยรับการรักษาด้วยยา Streptokinase 1.5 mu ผสม 0.9 NSS 100 ml ให้ทางหลอดเลือดดำผ่านเครื่องควบคุมการให้สารน้ำ ระดับความรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ ส่งผู้ป่วยต่อโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศร ให้เข้ารับการรักษารักษาผู้ป่วยเพื่อดูอาการอย่างใกล้ชิดที่หอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลกบินทร์บุรี ให้บริการผู้ป่วย STEMI ตามระบบการดูแลแบบเร่งด่วนของห้องฉุกเฉิน

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ST-Elevate Myocardial Infarction (Inferior Wall Myocardial Infarction) รับการดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ และให้การพยาบาลโดยการเฝ้าระวังการพยาบาลตามอาการของผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยพ้นภาวะวิกฤติ รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาล และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าได้อย่างปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

**ตารางที่ 1** แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 รายตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. ประวัติการเจ็บป่วย	หญิงไทยอายุ 82 ปี มาด้วยอาการ 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะนั่งพักมีอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม ผู้ป่วยซีมลง ญาติโทรแจ้ง 1669 ให้รับผู้ป่วยมาโรงพยาบาลอุนหมุมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้งต่อ	ชายไทยอายุ 73 ปี มาด้วยอาการ 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ขณะนั่งพักมีอาการเจ็บหน้าอก ร้าวไปต้นคอ เหงื่อออก ตัวเย็น ญาติโทรแจ้ง 1669 ให้รับผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลกบินทร์บุรีอุนหมุมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 59

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 รายตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. ประวัติการเจ็บป่วย (ต่อ)	นาที่ หายใจ 40 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 97/55 มิลลิเมตรปรอท Oxygen Saturation 80% ขณะ On Oxygen Mask with Bag 10 L/M คลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบ ST-elevation ที่Lead II,III,AVF	ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ หายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 97/62 มิลลิเมตรปรอท วัดค่า Oxygen Saturation 96 % ขณะ Room Air ปลายนิ้ว ขณะ On Oxygen Cannula 5 ลิตร/นาที่ จับที่ปลายนิ้ว 100 % คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST-elevation ที่Lead II,III,AVF
2. พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง	4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะนั่งพักมีอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม ญาติซงยาหอมให้รับประทานและบีบนิ้ว ผู้ป่วยซีมลง ญาติโทรแจ้ง 1669 ให้รับผู้ป่วยมาโรงพยาบาล	30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ขณะนั่งพักมีอาการเจ็บหน้าอก ร้าวไปต้นคอ เหงื่อออก ตัวเย็น ญาติโทรแจ้ง 1669 ให้รับผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลกบินทร์บุรี
3.การรักษา	ผู้ป่วยได้รับยา 1.Aspirin 300 มิลลิกรัม 1 เม็ด เคี้ยวกลืน.Plavix 75 มิลลิกรัม 8 เม็ด 2. Heparin 100 unit/kg (3,500 unit) IV, Losec 40 มิลลิกรัม IV 3.การใส่ท่อช่วยหายใจ 4.Synchronized Cardioversion 200 Joule 5.ปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจ พิจารณาให้ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษา ด้วย Primary Percutaneous Coronary Intervention	ผู้ป่วยได้รับยา 1.Aspirin300 มิลลิกรัม 4 เม็ด เคี้ยวกลืน 2.Plavix 75 มิลลิกรัม 4 เม็ด 3.พิจารณาให้ผู้ป่วยรับการรักษาด้วยยา Streptokinase 1.5 mu ผสม 0.9 NSS 100 ml. ให้ทางหลอดเลือดดำผ่านเครื่องควบคุมการให้สารน้ำภายในเวลา 1 ชั่วโมง
4.ปัญหาทางการพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเพิ่มขึ้น 2.เกิดภาวะช็อกและภาวะหัวใจเต้นผิดปกติจากหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง 3.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติจากการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด 4.มีภาวะพร่องออกซิเจนจากการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดไม่มีประสิทธิภาพ 5.เจ็บหน้าอกเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง 6.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเพิ่มขึ้น 2.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกภาวะหัวใจเต้นผิดปกติจากหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง 3.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติจากการได้รับยาลดลิ่มเลือด 4.เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน จากการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดไม่มีประสิทธิภาพ 5.เจ็บหน้าอกเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง 6.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 รายตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
5.1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเพิ่มขึ้น (ต่อ)	3.ดูแลให้ได้รับออกซิเจนทางท่อช่วยหายใจ โดยการบีบถุงลมช่วยในการหายใจ 4.ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ 5.สังเกตและบันทึกอาการเจ็บหน้าอก 6. ติดเครื่องติดตามการเต้นของหัวใจ (Monitor EKG)	3.ดูแลให้ได้รับออกซิเจนทางท่อช่วยหายใจ โดยการบีบถุงลมช่วยในการหายใจ 4.ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ 5.สังเกตและบันทึกอาการเจ็บหน้าอก 6. ติดเครื่องติดตามการเต้นของหัวใจ (Monitor EKG)
5.2.เกิดภาวะช็อกและหัวใจเต้นผิดปกติจากหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง	การพยาบาล 1.ช่วยแพทย์ทำ Cardioversion Synchronized 200 Joule 2.เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของการเกิด Cardiac Arrest จากหัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำ 3.ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดเลือดตามแผนการรักษา เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการได้รับยาเช่น ภาวะเลือดออกผิดปกติ ความดันโลหิตต่ำ 4.ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ 5. ติดตามและประเมินอาการเจ็บหน้าอก 6.ดูแลให้ออกซิเจน ตามแผนการรักษา 7.เตรียมยาและอุปกรณ์ต่างๆที่สำคัญในการช่วยชีวิตให้มีความพร้อมเพื่อให้การช่วยเหลือ	การพยาบาล 1.เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของการเกิด Cardiac Arrest เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำ 2.ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดเลือดตามแผนการรักษา เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการได้รับยาเช่น ภาวะเลือดออกผิดปกติ ความดันโลหิตต่ำ 3.ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ 4.ติดตามและประเมินอาการเจ็บหน้าอก 5.ดูแลให้ออกซิเจน ตามแผนการรักษา 6.เตรียมยาและอุปกรณ์ต่างๆที่สำคัญในการช่วยชีวิตให้มีความพร้อมเพื่อให้การช่วยเหลือ
5.3.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติจากการได้รับยาด้านการแข็งตัวของเลือด(Anticoagulant)	การพยาบาล 1. เฝ้าระวังภาวะเลือดออกในอวัยวะที่สำคัญ เช่นเลือดออกในสมอง 2. หลีกเลี่ยงการแทงน้ำเกลือหรือเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำระหว่างให้ยา 3. Monitor EKG เฝ้าระวังคลื่นหัวใจเต้นผิดจังหวะ 4. สังเกตสีปัสสาวะ อุจจาระ อาเจียน เลือดออกตามร่างกาย 5.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Losec 40 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ	
5.4.เสี่ยงต่อภาวะเลือดไหลไม่หยุดเนื่องจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase 1.5 mu)		การพยาบาล 1. เฝ้าระวังอาการเลือดออกในอวัยวะที่สำคัญ เช่นเลือดออกในสมอง Neurological Signs 2. หลีกเลี่ยงการแทงน้ำเกลือหรือเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำระหว่างให้ยา 3. Monitor EKG เฝ้าระวังคลื่นหัวใจเต้นผิดจังหวะ

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 รายตั้งแต่แรกจับจนจำหน่าย (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
5.4 เสี่ยงต่อภาวะเลือดไหลไม่หยุดเนื่องจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase 1.5 mu) (ต่อ)		4. สังเกตสีปัสสาวะ อุจจาระ อาเจียน เลือดออกตามร่างกาย 5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเฝ้าระวังผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ PT, PTT ให้อยู่ในระดับ 2.5 เท่าของค่าปกติ 6.บันทึกภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดดำที่พบ เช่นขนาดของก้อนเลือด
5.5 มีภาวะพร่องออกซิเจน จาก การแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดไม่มีประสิทธิภาพ	การพยาบาล 1. ประเมินสภาพพร้อมช่วยเหลือแพทย์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ 2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9 NSS 1,000 ml เข้าทางหลอดเลือดดำ 3. ตรวจสอบระดับก๊าซออกซิเจนในเลือดแดง 4. ประเมินสภาพทั่วไป วัดสัญญาณชีพ	การพยาบาล 1. ให้ออกซิเจนทางจมูก 3 ลิตร/นาที 2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9 NSS 1,000 ml เข้าทางหลอดเลือดดำ 3. ตรวจสอบระดับก๊าซออกซิเจนในเลือดแดง 4. ประเมินสภาพทั่วไป วัดสัญญาณชีพ
5.6 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เกี่ยวกับความเจ็บป่วย	การพยาบาล 1. ประเมินระดับความวิตกกังวลของญาติด้วยการพูดคุย ชักถามถึงสาเหตุต่างๆ ที่ญาติรู้สึกกังวล 2. อธิบาย สาเหตุ อาการแสดง ของภาวะความเจ็บป่วย แนวทาง วิธีการ และ เหตุผลการรักษา 3. อธิบายถึงเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่า 4. อธิบายถึงสิทธิการรักษาที่ส่งตัวผู้ป่วยให้ญาติมีความเข้าใจ 5. พยายามให้กำลังใจแก่ญาติในการปรับสภาพจิตใจ ยอมรับในสภาพการเจ็บป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยต่อไป	การพยาบาล 1. ประเมินระดับความวิตกกังวลของญาติด้วยการพูดคุย ชักถามถึงสาเหตุต่างๆ ที่ญาติรู้สึกกังวล 2. อธิบาย สาเหตุ อาการแสดง ของภาวะความเจ็บป่วย แนวทาง วิธีการและเหตุผลการรักษา 3. อธิบายถึงเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต 4. อธิบายถึงสิทธิการรักษาที่ส่งตัวผู้ป่วยให้ญาติมีความเข้าใจ 5. พยายามให้กำลังใจแก่ญาติในการปรับสภาพจิตใจ ยอมรับในสภาพการเจ็บป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

### สรุปการศึกษาเปรียบเทียบ

1. ประวัติการเจ็บป่วยแรกเริ่ม อาการและอาการแสดง มีประวัติการเจ็บป่วยที่เหมือนกัน คือ อาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม ความดันโลหิตต่ำ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST-elevation ที่ Lead II, III, AVF (ชนิด Inferior Wall Myocardial Infarction)

2. พยาธิสภาพของโรค กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีภาวะเจ็บหน้าอกก่อนมาโรงพยาบาลสอดคล้องกับพยาธิสภาพการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อาการเจ็บหน้าอกชนิด Angina Pectoris เป็นอาการเจ็บ หน้าอกที่จำเพาะต่อโรค โดยจะมีอาการเจ็บแบบแน่นๆ หนักๆ เหมือนมีของหนักทับบริเวณอกซ้าย อาจมีอาการ แน่นอึดอัด รู้สึกหายใจไม่ออก ในกรณีศึกษาที่ 2 พบอาการเจ็บร้าว

(Refer Pain) ไปยังลำคอ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยจะมารับการรักษาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก เจ็บร้าวไปที่ แขนซ้าย กราม ลำคอ (Chaiwong, Sanprakhon, 2019; Thuphairo, 2011)

3. การรักษาในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเกิดภาวะช็อกและเกิด Ventricular Tachycardia Rate 150-160 Beat/Min หลังทำ Synchronized Cardioversion 200 Joule อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้ง/นาที การรักษาเบื้องต้น ได้รับยาแอสไพรินขนาด 162-325 มิลลิกรัม Clopidogrel (75 มิลลิกรัม) 8 เม็ด Heparin 100 unit/kg (3,500 unit) IV Losec 40 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (The Heart Association of Thailand, 2020) เพื่อเตรียมความพร้อมในการทำ Primary Percutaneous Coronary Intervention และส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า กรณีศึกษาที่ 2 ได้รับการรักษาเบื้องต้น ให้ยา Clopidogrel (75 มิลลิกรัม) 4 เม็ดยาแอสไพรินขนาด 162-325 มิลลิกรัม ยา Streptokinase 1.5 mu ผสม 0.9 NSS 100 ml ให้ทางหลอดเลือดดำ รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมี 2 วิธีคือ การให้ยาละลายลิ่มเลือด และการเปิดหลอดเลือดด้วยบอลลูน Primary Percutaneous Coronary Intervention (Committee of Service Plan: Heart, 2559) ซึ่งมีข้อบ่งชี้ในการใช้วิธีการขยายเส้นเลือดหัวใจด้วยบอลลูนในผู้ป่วย Acute STEMI เป็นวิธีรักษาทางเลือกในการรักษานอกจากการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย ST Elevation เกิดอาการภายใน 12 ชั่วโมงหรือมากกว่า 12 ชั่วโมง รายที่ยังมีอาการเจ็บหน้าอกอยู่ สามารถทำได้ภายใน  $90 \pm 30$  นาที และในราย Cardiogenic Shock การให้ยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ STEMI ที่เกิดอาการภายใน 12 ชั่วโมง โดยเฉพาะ อย่างยิ่งภายใน 3 ชั่วโมง ที่เกิดอาการจะให้ผลดีที่สุด และผู้ป่วยมีอายุน้อยกว่า 75 ปีเป็น Class I แต่ถ้าผู้ป่วยมีอายุ 75 ปีหรือมากกว่าเป็น Class II (Department of Medicine, 2004) ประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับจากการรักษา ลดอัตราการตายของผู้ป่วย เมื่อใช้ร่วมกับแอสไพริน โดยสามารถลดอัตราการตายได้ถึงร้อยละ 30 สามารถละลายลิ่มเลือดที่อุดตันในเส้นเลือดหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพคือ ทำให้เลือด ไหลเวียนอยู่ในระดับปกติถึงร้อยละ 61 ภายใน 60 นาที และทำให้การบีบตัวของหัวใจดีขึ้นร้อยละ 20-30 ลดปริมาณการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยจะขึ้นกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยากับเวลาที่ เกิดอาการยิ่งน้อยก็สามารถลดปริมาณการตายของกล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้น (Department of Medicine, 2004)

4. การพยาบาลผู้ป่วยมีการให้การพยาบาลที่เหมือนกันโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเพิ่มขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ จากการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด มีอาการเจ็บหน้าอกเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง มีภาวะพร่องออกซิเจนจากการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับความ

เจ็บป่วย การพยาบาลที่แตกต่างกัน คือ ผู้ป่วยมีภาวะช็อกและหัวใจเต้นผิดปกติจากหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง

## อภิปรายผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเข้ารับการรักษาด้วยอาการ เจ็บหน้าอก หายใจไม่อิ่ม เหงื่อออกตัวเย็น สัมพันธ์กับอาการและอาการแสดง ของโรคหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเฉียบพลัน ประกอบด้วยอาการที่สำคัญคือ เจ็บอกแบบ Angina Pectoris หรือ เจ็บขณะพักผ่อนมากกว่า 20 นาที (พบร้อยละ 80) เจ็บอก ครั้งใหม่ซึ่งเจ็บรุนแรง หรือเจ็บอกรุนแรงมากกว่าที่เคยเจ็บ พบร้อยละ 20 ผลจากการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทำให้เกิด ST Elevation Acute Coronary Syndrome ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พบความผิดปกติของ EKG เป็น ST Segment Elevation อย่างน้อย 2 Leads (Sutthaisuk, 2014) ในผู้ป่วยทั้ง 2 รายการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST-Elevation ที่ Lead II, III, AVF แปลผล Inferior Wall Myocardial Infarction ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อาจทำให้ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลงอย่างรวดเร็ว เป็นผลทำให้ความดันโลหิตลดต่ำลงร่วมกับอาการแน่นหน้าอก ที่มักร่วมกับการตายของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายส่วน Inferior Wall (Sutthaisuk, 2014) ซึ่งผู้ป่วยวิกฤติและฉุกเฉิน 2 รายนี้ได้รับการประเมินการจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงที (Khlaisuban, 2018) และได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (Chaiwong, Sanprakhon, 2019) ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย รายแรก ได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าเพื่อรับการรักษา Primary Percutaneous Coronary Intervention และรายที่ 2 ส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยหนักอย่างปลอดภัย

การพยาบาลกรณีศึกษาที่ 1 มีอาการเจ็บหน้าอก หายใจ 40 ครั้งต่อนาที วัดค่า Oxygen Saturation ปลายนิ้ว ขณะ On Oxygen Mask with Bag 10 L/M 80% เกิดภาวะ Hypoxia ( $SpO_2 < 90\%$ ) ซึ่งหากร่างกายมีภาวะนี้เกิดขึ้นจะทำให้เกิด Vasospasm และ Myocardial Injury มากขึ้น (Chaiwong, Sanprakhon, 2019) แพทย์จึงพิจารณา Intubation หลังใส่วัดค่าความอิ่มตัวของ ออกซิเจน จับที่ปลายนิ้ว Oxygen Saturation 100% และได้รับยาเฮพารินเป็นยาต้านการแข็งตัวของ เลือด (Anticoagulant Drug) นิยมใช้ในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นวิธีการรักษาที่ ควบคุมกับการถ่างขยายหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) (Maneesri, 2016) ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยสุดมีตั้งแต่เลือดออกเล็กน้อยถึงรุนแรงผู้ป่วยรายนี้ ไม่พบภาวะเลือดออกตามร่างกาย กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เนื่องจากมีภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บหน้าอกและไม่มีหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Limamnuallap, Thamnong, 2014) โดยการทำให้ผู้ป่วยพักผ่อนนอนท่าศีรษะสูง ให้ ออกซิเจนทางท่อช่วยหายใจด้วยการบีบถุงลมช่วยหายใจและการให้ออกซิเจนทางจมูก ติดตาม

ประเมิน สัญญาณชีพ และ EKG Monitoring สังเกตอาการเหงื่อแตก ตัวเย็น ชีตเขียว ปัสสาวะออกน้อย ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงเพื่อประเมินว่าเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจและอวัยวะต่างๆเพียงพอ กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนเพียงพอ ซึ่งทั้ง 2 ราย มีค่าออกซิเจนในเลือด 100 % อาการเจ็บหน้าอก รายที่ 1 เท่ากับ 2 คะแนน รายที่ 2 อาการเจ็บหน้าอก 0 คะแนน การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะทำให้การรั่วของไอออนของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้การนำไฟฟ้าของหัวใจผิดปกติ หัวใจเต้นผิดจังหวะ คลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลง ในรายที่มีพยาธิสภาพรุนแรง หัวใจจะบีบตัวผิดปกติ การเต้นหัวใจสั้นพลั้วนำไปสู่การเกิด Cardiogenic Shock และ Sudden Cardiac Arrest ได้ (Chaiwong, and Sanprakhon, 2019) การเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของการเกิด Cardiac Arrest เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำ สัญญาณชีพ (Chaiwong, Sanprakhon, 2019) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในบทบาทของพยาบาล เพื่อสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลาที่ ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าที่สามารถให้การดูแลรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยวิธีการรักษาการถ่างขยายหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน(Percutaneous Coronary Intervention: PCI) เมื่อแพทย์ตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วย ที่พยาบาลส่งต่อและรถพยาบาลมาเตรียมความพร้อมทันทีโดยส่งข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการ การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่จะส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาเพื่อลดการใช้เวลาของโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ (Narongon, Panawa, 2019) ผู้ป่วยได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัย

การพยาบาลกรณีศึกษาที่ 2 ได้รับการรักษาโดยให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1.5 mu ผสมใน 5%D/W 100 ml ใน 1 ชั่วโมงซึ่งยาละลายลิ่มเลือดเพื่อละลายลิ่มเลือดที่อุดตันมีข้อบ่งชี้ระยะเวลาเจ็บหน้าอกถึงให้ยาไม่เกิน 12 ชั่วโมง คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST Elevation และไม่มีข้อห้ามในการใช้ยา (Committee of Service Plan: Heart, 2016) พยาบาลจึงต้องเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Limamnualap, Thamnong, 2014) ผู้ป่วยมีเลือดออกตามไรฟันเล็กน้อย ไม่มีเลือดออกจากสายสวนปัสสาวะ ท้องนุ่มไม่มีแข็งตึง ผิวน้ำไม่มียาจ้ำเลือด ระดับความรู้สึกตัวดี ทำตามคำบอกได้ ถามตอบรู้เรื่อง (E4V5M6) รุ่ตามมีปฏิริยาตอบสนองต่อแสง ขนาด 2 มิลลิเมตร ทั้ง 2 ข้าง และรายที่ 2 ส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยหนักอย่างปลอดภัย การเจ็บป่วยเฉียบพลันและวิกฤตเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดปฏิริยาต่างๆทั้งตัวผู้ป่วยและญาติ พยาบาลมีหน้าที่ในการช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพการเจ็บป่วย ให้ความร่วมมือในการรักษา มีกำลังใจในการดูแลตนเอง กรณีศึกษาทั้ง 2 รายผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

## สรุปและข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลัน เป็นภาวะฉุกเฉินต้องมีการเฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้น เช่น Cardiac Arrest เป็นต้น ผู้ป่วยต้องได้รับคำปรึกษาและรักษาจากแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ เพื่อลดความรุนแรงของโรคได้โดยเร็ว และลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ พยาบาลฉุกเฉินจึงมีบทบาทสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตและฉุกเฉิน (Chaiwong, and Sanprakhon, 2019) ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการตายของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น การได้รับยา การรักษาที่เหมาะสม การเฝ้าระวังภาวะต่างๆและมีกระบวนการดูแลที่รวดเร็ว ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยได้เข้าสู่ระบบการดูแลแบบเบบบเร่งด่วน ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้และเชี่ยวชาญในการดูแลและเข้าใจกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลัน ผู้ป่วยปลอดภัยลดภาวะแทรกซ้อน

## Reference

- Chaiwong, N., Sanprakhon, P. (2019). Acute Coronary Syndrome: Challenges of Emergency Nurse in Critical care. *Thai Pharmacy Health Science Journal*, 14(1), 43-51. (in Thai)
- Committee of Service Plan: Heart. (2016). *Guideline of Service Plan: Heart*. Bangkok: O-Wit Company (Thailand).
- Department of Medicine. (2004). *Guideline of Acute Coronary Syndrome*. (1<sup>st</sup> ed). Bangkok: Cooperation of Thailand.
- Devison of Non Communicable Disease. (2019). *Number and Mortality Rates of 4 Diseases 2016 - 2018*. (in Thai). Retrieve October 15, 2017 From <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13653&tid=32&gid=1-020>
- Khlaisuban, Ch. (2018). *Guideline for ER Service Delivery*. (2<sup>nd</sup> ed). Bangkok: Samchai Printing.
- Limamnuapl, S., Thamnong, C. (2014). *Critical Care of Nursing*. (8<sup>th</sup> ed). KonKhan: Klangnanawit.
- Maneesri, S. (2016). Nursing Care for Patients Receiving Anticoagulant Medication Group of Heparin. *Journal of Nursing and Healthcare*, 34(1), 15-20.
- Ministry of Public Health. (2018). *Public Health Statistics A.D. 2017*. Retrieve October 14, 2017 From [http://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/statistics60.pdf](http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistics60.pdf)
- Sutthaisuk, S. (2014). *Guideline of Heart Association in Thailand*. (2<sup>nd</sup> ed). Bangkok: Srimuang Printing.

The Heart Association of Thailand. *Thai Acute Coronary Syndromes Guideline 2020*. (in Thai). Retrieve October 14, 2020 From [http://www.thaiheart.org/images/column\\_1291454908/PCIGuideline.pdf](http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/PCIGuideline.pdf) 33

Thuphairo, P. (2011). *Handbook of Diseases*. (2<sup>nd</sup> ed). Bangkok: N P Press Printing.

# การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับภาวะรับรู้ความรู้สึกเพื่อผ่าตัดนิ่วในไตโดยการเจาะรู ส่งกล้องผ่านผิวหนัง: กรณีศึกษา 2 ราย

นิตยา ทองช่วย, กลุ่มการพยาบาล, โรงพยาบาลพัทลุง, e-mail: nittayaanes@gmail.com

## บทคัดย่อ

การให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดนิ่วในไตโดยการเจาะรูส่งกล้องผ่านผิวหนัง เป็นการให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยแบบทั่วไปที่ยุงยากซับซ้อน ฤทธิ์ของยากดการหายใจ ผู้ป่วยหมดสติจากการให้ยาดมสลบ อาจมีภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจเกิดภาวะขาดออกซิเจนที่รุนแรงจนเสียชีวิตเกิดขึ้นได้ในขณะและหลังผ่าตัด วัตถุประสงค์ของการพยาบาลต้องมีความรู้การประเมินผู้ป่วย การค้นหาปัญหา การวินิจฉัยอย่างรวดเร็วและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนอย่างมีประสิทธิภาพทันที วัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่รับการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดนิ่วในไตโดยการเจาะรูส่งกล้องผ่านผิวหนังกรณีศึกษา 2 ราย ผู้ศึกษานำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนิ่วในไตโดยวิธีการเจาะรูส่งกล้องผ่านผิวหนังเปรียบเทียบ 2 ราย ซึ่งกรณีศึกษา 2 รายมีส่วนคล้ายกันในเรื่องการผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก และต่างกันในเรื่องภาวะแทรกซ้อน กรณีศึกษา รายที่ 1 เกิดน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดด้านขวา ขณะทำผ่าตัดและได้รับการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนทันทีอย่างปลอดภัย กรณีศึกษารายที่ 2 กรณีศึกษารายนี้การทำผ่าตัดปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะและหลังการทำผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนในการให้ยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติ ซึ่งผู้ศึกษาได้วินิจฉัยการพยาบาลเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก ระยะขณะการให้ยาระงับความรู้สึกและระยะหลังการให้ยาระงับความรู้สึก ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปปรับปรุงงานบริการวิสัญญีและจัดทำแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในหน่วยงานต่อไป

**คำสำคัญ:** การพยาบาล การให้ยาระงับความรู้สึก การผ่าตัดนิ่วในไตโดยการเจาะรูส่งกล้องผ่านผิวหนัง

## Nursing Care in Patients Who Receive Anesthesia for Percutaneous Nephrolithotomy: 2 Case Studies

Nittaya Tongchay, Nurse Division, Phathalung Hospital, *e-mail*: nittayaanes@gmail.com

### Abstract

Anesthesia for Percutaneous Nephrolithotomy. It is a general and complex anesthesia for patients. Effects of respiratory mediators in unconscious patients from anesthesia. Respiratory complications, severe hypoxia, and death can occur during and after surgery. A nurse anesthetist must have patient assessment knowledge. Problem search Rapid diagnosis and immediate effective resolution of complications. Objectives of the study were to compare nursing patients who received anesthesia for kidney stone surgery by endoscopic incision, case study of two cases. The study presented two case studies of patients undergoing kidney stone surgery using endoscopic perforation. In which two case studies had similar contributions to surgery, anesthesia and different in complications. Case study 1: Right Hydrothorax occurred during surgery and the complications were resolved safely immediately. Case Study 2: In this case, the surgical operation was safe without complications during and after the surgery. To keep patients safe from complications in the anesthesia and surgery until discharge from the hospital and return to normal life. The study analyzed three stages of nursing care: the pre-anesthesia, during anesthesia and post anesthesia. The results of this study are fundamental to improve the anesthesia services and develop practical guidelines to prevent and reduce the complications that may occur to patients in the next department.

**Keyword:** Nursing, Anesthesia, Percutaneous Nephrolithotomy

## บทนำ

โรคนิ่วในไตเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในคนไทยจากสถิติกระทรวงสาธารณสุขพบอัตราการเกิดโรคนี้ในไตและทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจาก 99.25 ต่อประชากร 100,000 ในปี พ.ศ. 2550 เป็น 122.46 ต่อประชากร 100,000 ในปี พ.ศ. 2553 (Suetron, Danaidutsadeekul, Vanitkun, Hanprasertpong, 2016) การมีนิ่วในไตทำให้การทำงานของไตเสื่อมลง และอาจร้ายแรงจนถึงเกิดภาวะไตวายเรื้อรังและโรคไตระยะสุดท้าย ซึ่งทำให้เสียชีวิตได้ (Chanapa, 2011) การผ่าตัดนิ่วในไตโดยการเจาะรูส่งกล้องผ่านผิวหนัง (Percutaneous Nephrolithotomy: PCNL) เป็นการผ่าตัดโดยใช้วิธีเจาะรูเล็กๆ ขนาดนิ้วชี้ ทะลุเข้าไปในกรวยไต และใช้กล้องส่องตามเข้าไปจนพบก้อนนิ่ว จากนั้นจะใช้เครื่องมือเข้าไปกร่อนให้แตกเป็นชิ้นเล็กๆ และดูดหรือคีบก้อนนิ่วในไตออกมา (Somdee, 2013) วิธีนี้มีข้อดีคือผู้ป่วยปลอดภัยเหมาะในการรักษานิ่วในไตที่ก้อนนิ่วมีขนาดกลางถึงขนาดใหญ่ แผลผ่าตัดมีขนาดเล็กและอาการปวดแผลหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิด (Prasopsuk, 2009) ซึ่งการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดนิ่วในไตโดยการเจาะรูส่งกล้องผ่านผิวหนังนี้ วิชาสูติพยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจเทคนิคการผ่าตัด การเลือกวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก และยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่เหมาะสม (Mandee, 2020) ตลอดจนการเฝ้าระวังผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยปราศจากความเจ็บปวดและเหตุการณ์ขณะผ่าตัดไม่ได้ (Tumthong, 2017) ทีมสูติพยาบาลต้องรักษาการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายให้ใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด สามารถปรับเปลี่ยนระดับความลึกของยาระงับความรู้สึกให้เหมาะสมกับการผ่าตัด (Tumthong, 2017) จึงต้องเลือกใช้วิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (General anesthesia) เพราะสามารถควบคุมการหายใจของผู้ป่วย (Mandee, 2020) ลดความเครียดและความวิตกกังวล วิชาสูติพยาบาลสามารถเฝ้าติดตามและแก้ไขการเปลี่ยนแปลงของระบบการไหลเวียนโลหิตและระบบการหายใจได้เป็นอย่างดี เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น การฉีกขาดของเยื่อหุ้มปอดทำให้มีเลือดและน้ำคั่งในช่องอก การบาดเจ็บต่อตับ ม้าม และลำไส้ อาจมีเลือดออกจากเนื้อไตหรือช่องที่เจาะมากผิดปกติ (Hanprasertpong, 2017) การจัดทำผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด มักเกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือดและระบบหายใจ เนื่องจากยาระงับความรู้สึกกดหัวใจ ขยายหลอดเลือด หรือรบกวนกลไกการปรับตัวของร่างกาย (Noytasang, 2016) รวมทั้งอาจทำให้เกิดอันตรายต่อเบ้าตาและลูกตาผู้ป่วย จะต้องปิดตาผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่กระจกตา การผ่าตัดรักษาโรคนี้ในไตโดยวิธีการเจาะรูส่งกล้องผ่านผิวหนังเป็นการผ่าตัดที่ต้องใช้ความชำนาญของศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ ความพร้อมของทีมผ่าตัดและความสามารถของทีมสูติพยาบาล การดูแลหลังการผ่าตัดของพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และการใช้เครื่องมือพิเศษเฉพาะในการทำผ่าตัด

## การวินิจฉัย

จากการซักประวัติผู้ป่วย โรคนี้ในไตมีอาการปวดตื้อ หรือปวดบีบๆ เป็นพักๆ ที่บริเวณไต หรือเป็นไข้ปัสสาวะเป็นเลือด (Lojanaphiwat, 2015) แต่ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีอาการ แต่ตรวจพบนิ่วโดยบังเอิญ การตรวจร่างกายอาจคลำพบไตโดยการคลำสองมือ (Bimanual palpation) ได้ถ้ามีไตบวมน้ำ หรือมีการอักเสบเฉียบพลัน ไตที่คลำได้อาจกดเจ็บ และเคาะที่บริเวณเอวมุมซี่โครงต่อกับกระดูกสันหลังบริเวณที่โครงสุดท้ายกับกระดูกสันหลังทางด้านหลังอาจมีอาการเจ็บ (Piyasiriphan, 2009) ผู้ป่วยบางรายที่มีนิ่วในไตอาจตรวจร่างกายไม่พบสิ่งผิดปกติเลยก็ได้ การตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะ (urine analysis) พบมีเม็ดเลือดแดง และอาจมีเม็ดเลือดขาวด้วยถึงแม้ไม่มีการติดเชื้อ (National Health Security Office, 2013) แต่ผู้ป่วยที่เป็นบางคนจะไม่มี ความผิดปกติในการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะต้องทำการวิเคราะห์แยกโรคจากสาเหตุอื่นของอาการปวดหลัง เช่น จากสาเหตุทางโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งจะพบว่าตำแหน่งที่ปวดจะอยู่บริเวณกระดูกสันหลัง หรือ Paravertebral muscle (National Health Security Office, 2013) และอาจพบว่าอาการปวดจะเกี่ยวข้องกับท่า นั่งหรือยืนของผู้ป่วยหรือการก้มลง โรคของไขสันหลังที่ทำให้มีอาการปวดมักจะร้าวลงไปตามแนวเส้นประสาท (National Health Security Office, 2013) การตรวจค่าไนโตรเจนจากยูเรียที่อยู่ในกระแสเลือดและครีเอตินินฟอสเฟต (Blood Urea Nitrogen, Creatinine) ต้องทำเพื่อดูการทำงานของไตโดยรวม ผลเพิ่มขึ้นเมื่อมีการทำลายเนื้อไตมากกว่าร้อยละ 75 หรือ มีอัตราการกรองไตลดเหลือร้อยละ 20 ของปกติคือประมาณ 25 มิลลิลิตรต่อนาที และการตรวจรังสีวิทยาช่วยในการวินิจฉัยได้แก่ การตรวจไตและทางเดินปัสสาวะโดยการฉีดสี (Intravenous Pyelography: IVP) ต้องทำในผู้ป่วยทุกรายที่ไม่มีข้อห้ามในการตรวจ เพื่อดูการทำงานของไตทั้ง 2 ข้าง ลักษณะทางกายวิภาคของทางเดินปัสสาวะ ตำแหน่งและขนาดของนิ่ว และระดับความรุนแรงของการอุดตัน ซึ่งจะมีผลต่อการตัดสินใจในการเลือกวิธีการรักษา ที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำการตรวจไตและทางเดินปัสสาวะโดยการฉีดสีได้หรือมีข้อห้ามในการทำได้แก่ ผู้ป่วยที่มีค่าการทำงานของไต (Creatinine) มากกว่า 2 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ มีประวัติการแพ้สารทึบรังสีหรือมีประวัติเป็นภูมิแพ้หอบหืด ให้ทำการตรวจเพิ่มเติมในข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ การส่องกล้องดูกระเพาะปัสสาวะ (Retrograde Pyelography: RP) การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงดูระบบทางเดินปัสสาวะ (Ultrasonography KUB) ถ่ายภาพรังสี ไต ท่อไตและกระเพาะปัสสาวะ (Plain KUB) เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจสแกนการทำงานของไต เพื่อวินิจฉัยในกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นผู้ป่วยชายไทย อายุ 61 ปี ประวัติเมื่อ 6 เดือนก่อน มีอาการปวดท้องด้านขวา ร้าวไปที่หลัง การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงดูระบบทางเดินปัสสาวะ (Ultrasonography KUB) พบมีไตข้างขวามีขนาดปกติ มีนิ่วเขากวางในไตขวาขนาด 7.0 X 4.1 เซนติเมตรและไตบวมน้ำ และตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบมีนิ่วเขากวางในไตขวา ขนาด 6.5 X 2.8

เซนติเมตรและไตบวม น้ำระดับปานกลาง แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้ไว้ในไต ผลการประเมินการตรวจร่างกายระบบอื่นๆปกติ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ ผลการตรวจทางรังสีปอดปกติ ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ ไม่มีโรคประจำตัว

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 60 ปี ประวัติ 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดท้องน้อย ปัสสาวะขัดเล็กน้อย มาตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลพหลุพบมีนิ่วในไต จากการตรวจรังสีปอด ได้รับการส่งต่อไปตรวจที่แผนกศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ การตรวจไต และทางเดินปัสสาวะโดยการฉีดสี (Intravenous Pyelography) พบมี นิ่วในไตด้านขวา ลักษณะขุ่น ขนาด 1.2X1.0 เซนติเมตร มีนิ่วเขากวางในไตซ้าย ขนาด 6.0x3.0 เซนติเมตรและไตบวม น้ำระดับรุนแรงแต่การทำงานระบบขับถ่ายปกติ การเปลี่ยนแปลงของกระดูกสันหลังส่วนเอวที่เสื่อมเล็กน้อย แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้ไว้ในไตด้านซ้าย ผลการประเมินการตรวจร่างกายระบบอื่นๆ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการมีค่าสารเกลือแร่โซเดียมต่ำเล็กน้อยในร่างกาย ผลการตรวจทางรังสีปอดปกติ ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติเล็กน้อยคือ Short PR interval Rate 96 ครั้งต่อนาที ไม่มีโรคประจำตัว

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดนิ่วในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง

### วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังแผนกวิสัญญี โรงพยาบาลพหลุ โดยรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน และแบบบันทึกการรับความรู้สึก แบบบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดของกรณีศึกษา 2 รายที่มาทำผ่าตัด นิ่วในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนังตั้งแต่ 15 ส.ค.62-30 ก.ย.62 เพื่อนำมาทำการศึกษาเปรียบเทียบกัน โดยนำข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ โรคร่วมที่เป็น อาการสำคัญที่นำมาพบแพทย์ การรักษาและผลการรักษา การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยและการรับความรู้สึกผู้ป่วย ตลอดจนการเฝ้าระวังแก้ไขภาวะแทรกซ้อนขณะการรับความรู้สึก และหลังการรับความรู้สึก และการพยาบาลจนผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน

### ผลการศึกษา

จากกรณีศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดนิ่วในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง กรณีศึกษา 2 รายนี้ พบว่าผู้ป่วยมีอาการของโรคนี้ไว้ในไตเหมือนกัน กรณีศึกษารายที่ 1 โรคนี้ไว้ในไตด้านขวา กรณีศึกษารายที่ 2 โรคนี้ไว้ในไตด้านซ้าย ทั้ง 2 รายได้มีการรักษาแบบสลายนิ่วมาก่อน ตรวจพบว่ายังมีนิ่วในไตอีกแพทย์จึงพิจารณาการรักษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายโดย

การผ่าตัดเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง ผู้ป่วยได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป เริ่มแรกหลังการให้ยาระงับความรู้สึกจัดทำผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงายขึ้นขาห้อยเพื่อทำการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะแล้วใส่สายระบายท่อไต ไว้ในข้างที่จะทำการผ่าตัดโดยใส่เข้าไปจนชนนิ่วหรือ 25 เซนติเมตรเหนือรูเปิดท่อไต เพื่อใช้ในการฉีดสีสารทึบรังสีเข้าไปในกรวยไต แล้วใส่สายสวนปัสสาวะ จากนั้น จัดทำผู้ป่วยเพื่อเตรียมผ่าตัดนิ่วในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนังในท่านอนคว่ำและเมื่อเสร็จการผ่าตัดก็พลิกตัวผู้ป่วยเป็นท่านอนหงายตามปกติ

กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทยอายุ 61 ปี การวินิจฉัยนิ่วเขากวางข้างขวา (Right Staghorn Stone) ผ่าตัดนิ่วในไตด้านขวาโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง (Right Percutaneous Nephrolithotomy) ขณะทำผ่าตัดในท่านอนคว่ำเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องอก ที่มีวิสัญญีสูดดมจากพารามิเตอร์เครื่องช่วยหายใจ พบว่า มีความดันทางเดินหายใจเพิ่มสูงขึ้นโดยไม่มีสาเหตุจากการให้ยาระงับความรู้สึก ที่มีวิสัญญีแจ้งศัลยแพทย์ผู้ทำผ่าตัดทราบทันทีหยุดการผ่าตัดทันที รีบหาสาเหตุเพื่อการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจในทันที ใช้เครื่องเอกซเรย์ฟลูโอโรสโคปีช่วยประเมินพบมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดด้านขวา ประสานหน่วยรังสีวิทยาถ่ายภาพเอกซเรย์ปอดชนิดเคลื่อนที่แก้ไขภาวะแทรกซ้อนโดยการปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมทั่วไปเพื่อใส่สายระบายของเหลวในช่องอก ทีมผ่าตัดปิดแผลที่ทำผ่าตัดของผู้ป่วยแล้วจัดทำผู้ป่วยมาเป็นท่านอนหงายเพื่อแก้ไขภาวะแทรกซ้อนน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดด้านขวา ที่เกิดในขณะที่ทำผ่าตัด ระยะเวลาผ่าตัดนาน 280 นาที เมื่อเสร็จการผ่าตัดผู้ป่วยยังคงใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อดูแลผู้ป่วยทางระบบหายใจและระบบไหลเวียนโลหิตอย่างต่อเนื่องที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 4 วัน จนผู้ป่วยปลอดภัยและถอดท่อช่วยหายใจได้ จึงย้ายผู้ป่วยไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและย้ายไปตึกพิเศษได้ ทำการรักษาผู้ป่วยต่อโดยการส่องกล้องท่อไต การส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะและการใส่สายสวนท่อไต (Right Ureteroscopic with Cystoscope with Double J stent) กรณีศึกษารายนี้หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีไข้และท้องเสีย ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะปรึกษาอายุรแพทย์ให้การรักษาพร้อมด้วยจนผู้ป่วยหายจากการมีไข้และขับถ่ายปกติ ใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้ รวมเวลาการรักษาในโรงพยาบาลพัทลุง 25 วัน และนัดมาติดตามอาการหลังการผ่าตัด 1 เดือนเพื่อติดตามอาการ

กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงไทย อายุ 60 ปี การวินิจฉัยนิ่วเขากวางข้างซ้าย (Left Staghorn Calculi) ผ่าตัดนิ่วในไตด้านซ้ายโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนังและการใส่ขดลวดสวนท่อไตไม่มีการเจาะไตวางสาย (Left Percutaneous Nephrolithotomy with Antegrade JJ Stent insertion No.Nephrostomy Placement) ระยะเวลาผ่าตัดนาน 290 นาที ตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า มีค่าสารเกลือแร่โซเดียมในร่างกายต่ำเล็กน้อย ผลการตรวจทางรังสีปอดปกติ ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติเล็กน้อยคือ Short PR interval Rate 96 ครั้งต่อนาที ไม่มีโรคประจำตัว การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปจัดทำผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงายขึ้นขาห้อยและท่านอนคว่ำในการทำผ่าตัด

กรณีศึกษารายนี้ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะทำการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก รวมเวลาการรักษา 6 วัน สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติ กรณีศึกษาทั้ง 2 รายนี้ทำผ่าตัดในท่านอนหงายขึ้นขาหยั่งและท่านอนคว่ำ และได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปร่วมกับใส่ท่อหายใจ และควบคุมการหายใจ เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยที่มีการนัดหมายล่วงหน้า วิทยาลัยพยาบาลได้มีการเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินสภาพ เตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด และรายงานอาการผู้ป่วยให้วิสัญญีแพทย์รับทราบและวางแผนให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป มีการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการดำเนินของโรค

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors)	ผู้ป่วยชายไทย อายุ 61 ปี ไม่มีโรคประจำตัว	ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 60 ปี ไม่มีโรคประจำตัว
อาการสำคัญ	6 เดือนก่อน มีอาการปวดท้องด้านขวาขวาไป ทะเลหลัง	1 เดือนก่อน มีอาการปวดท้องน้อย ปัสสาวะ ขัดเล็กน้อย
การตรวจวินิจฉัย	-ตรวจ Ultrasonography KUB System มี RT Renal parenchymal disease with normal size. AA 7.0 X 4.1cm RT Staghorn Stone with moderate Hydronephrosis -ตรวจ Computed Tomography KUB System (CT) พบมี A 6.5 X 2.8 cm RT Staghorn stone with moderate RT Hydronephrosis	-ตรวจสุขภาพประจำปีที่มีนิ่วในไตจากการ ตรวจรังสีปอด -ตรวจ Intravenous pyelography (IVP) พบมี A 1.2X1.0 cm opaque right renal pelvic stone without obstructive. A 6.0x3.0 cm left staghorn stone with severe hydronephrosis, but normal excretory function. Mild degenerative change of lumbar spines
การทำผ่าตัด	Right Percutaneous Nephrolithotomy	Left Percutaneous Nephrolithotomy with Antegrade JJ Stent insertion No. Nephrostomy placement
ระยะเวลาการผ่าตัด	280 นาที	290 นาที
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	25 วัน	5 วัน
ปัญหาหลังผ่าตัด	Right Hydrothorax	ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป แบ่งเป็น 3 ระยะ ดัง  
ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป	<ol style="list-style-type: none"> <li>ขาดความรู้เรื่องโรคนิ่วในไต</li> <li>ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อน-ขณะและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก</li> <li>วิตกกังวลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและการผ่าตัด</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ขาดความรู้เรื่องโรคนิ่วในไต</li> <li>ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อน-ขณะและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก</li> <li>วิตกกังวลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและการผ่าตัด</li> </ol>
ระยะขณะการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป	<ol style="list-style-type: none"> <li>อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้า หรือเต้นผิดปกติ ภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด ภาวะกล่องเสียงปิด หลอดลมตีบ</li> <li>อาจเกิดแผลกดทับ การบาดเจ็บของระบบประสาทและตา จากการจัดท่านอนคว่ำและการผ่าตัดเวลานาน</li> <li>อาจเกิดภาวะเลือดออกขณะทำหัตถการอาจมีรูทะลุบริเวณกรวยไต หรือมีการบาดเจ็บของเส้นเลือดแดง</li> <li>อาจเกิดภาวะไม่สมดุลของน้ำเข้าและน้ำออก จากมีการให้สารน้ำจำนวนมากระหว่างการผ่าตัด</li> <li>อาจเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำเนื่องจากอุณหภูมิห้องผ่าตัดเย็นและผ่าตัดนาน</li> <li>เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระบบหายใจ ล้มเหลวและเสียชีวิตจากการเกิดลมในช่องเยื่อหุ้มปอด น้ำในช่องเยื่อปอดเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอดขณะผ่าตัด</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้าหรือเต้นผิดปกติ ภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด ภาวะกล่องเสียงปิด หลอดลมตีบ</li> <li>อาจเกิดแผลกดทับ การบาดเจ็บของระบบประสาทและตา จากการจัดท่านอนคว่ำและการผ่าตัดเวลานาน</li> <li>อาจเกิดภาวะเลือดออกขณะทำหัตถการ อาจมีรูทะลุบริเวณกรวยไต หรือมีการบาดเจ็บของเส้นเลือดแดง</li> <li>อาจเกิดภาวะไม่สมดุลของน้ำเข้าและน้ำออกจากมีการให้สารน้ำจำนวนมากระหว่างการผ่าตัด</li> <li>อาจเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำเนื่องจากอุณหภูมิห้องผ่าตัดเย็นและผ่าตัดนาน</li> <li>เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระบบหายใจ ล้มเหลวและเสียชีวิตจากการเกิดลมในช่องเยื่อหุ้มปอด น้ำในช่องเยื่อปอด เลือดในช่องเยื่อหุ้มปอดขณะผ่าตัด</li> </ol>
ระยะหลังการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป	<ol style="list-style-type: none"> <li>อาจเกิดภาวะหายใจลำบากต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใส่เครื่องช่วยหายใจ และอาจเกิดการอุดตันทางเดินหายใจส่วนบน ภาวะเลือดมีออกซิเจนต่ำ</li> <li>ไม่สุขสบายจากการปวดแผลหลังผ่าตัด</li> <li>ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>อาจเกิดภาวะหายใจลำบากต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใส่เครื่องช่วยหายใจ และอาจเกิดการอุดตันทางเดินหายใจส่วนบน ภาวะเลือดมีออกซิเจนต่ำ</li> <li>ไม่สุขสบายจากการปวดแผลหลังผ่าตัด</li> <li>ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล</li> </ol>

ตารางที่ 3 กิจกรรมทางการพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึก แบ่งเป็น 3 ระยะ

กิจกรรมทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก	<ol style="list-style-type: none"> <li>เยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก 1 วัน ที่หอผู้ป่วย <ol style="list-style-type: none"> <li>ให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับโรคนิ่วในไต การระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด เช่น การงดอาหารและน้ำก่อนผ่าตัด การฝึกการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>เยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก 1 วัน ที่หอผู้ป่วย <ol style="list-style-type: none"> <li>ให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับโรคนิ่วในไต การระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด เช่น การงดอาหารและน้ำก่อนผ่าตัด การฝึกการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ</li> </ol> </li> </ol>

ตารางที่ 3 กิจกรรมทางการพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึก แบ่งเป็น 3 ระยะ (ต่อ)

กิจกรรม ทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p>ระยะก่อนการให้ยาระงับ ความรู้สึก (ต่อ)</p>	<p>1.2 ประเมินและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติ การเจ็บป่วยในอดีต การใช้ยาที่มีผลต่อการให้ ยาระงับความรู้สึก การแพ้ยา แพ้อาหาร การดื่ม สุรา ประวัติการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนที่เกิด ประวัติครอบครัวที่ผ่าตัด ชักตามอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น นอนราบ ไม่ได้ การไอเรื้อรัง หอบหืด ภูมิแพ้ โรคปอดผล การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปัญหาและความ ต้องการ สภาพความพร้อมด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย</p> <p>1.3 ประเมินสภาพผู้ป่วยตาม ASA Classes เพื่อทราบความแข็งแรง สมบูรณ์ และความ เสี่ยงของผู้ป่วยต่อการให้ยาระงับความรู้สึก</p> <p>1.4 ตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ของการลง นามยินยอมในการรับบริการทางวิสัญญีและ การผ่าตัด</p> <p>1.5 ให้ข้อมูลและคำแนะนำการปฏิบัติตนและ ความเสี่ยงขณะและหลัง ให้ยาระงับความรู้สึก</p> <p>1.6 ให้กำลังใจกับผู้ป่วยและญาติ</p> <p>1.7 ให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย</p> <p>1.8 แนะนำให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ก่อนวันผ่าตัด</p> <p>1.9 ประสานงานและให้ข้อมูลการเตรียมผู้ป่วย ก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกกับพยาบาล ประจำหอผู้ป่วย</p> <p>1.10 บันทึกการพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการ พยาบาลที่มอบให้ผู้ป่วยและครอบครัว สรุปผล ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย</p> <p>2. ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่ เกี่ยวข้องในการให้บริการทางวิสัญญี เพื่อวาง แผนการให้ยาระงับความรู้สึก</p>	<p>1.2 ประเมินและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติ การเจ็บป่วยในอดีต การใช้ยาที่มีผลต่อการให้ ยาระงับความรู้สึก การแพ้ยา แพ้อาหาร การดื่ม สุรา ประวัติการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนที่เกิด ประวัติครอบครัวที่ผ่าตัด ชักตามอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น นอนราบ ไม่ได้ การไอเรื้อรัง หอบหืด ภูมิแพ้ โรคปอดผล การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปัญหาและความ ต้องการ สภาพความพร้อมด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย</p> <p>1.3 ประเมินสภาพผู้ป่วยตาม ASA Classes เพื่อทราบความแข็งแรง สมบูรณ์ และความ เสี่ยงของผู้ป่วยต่อการให้ยาระงับความรู้สึก</p> <p>1.4 ตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ของการลง นามยินยอมในการรับบริการทางวิสัญญีและ การผ่าตัด</p> <p>1.5 ให้ข้อมูลและคำแนะนำการปฏิบัติตนและ ความเสี่ยงขณะและหลัง ให้ยาระงับความรู้สึก</p> <p>1.6 ให้กำลังใจกับผู้ป่วยและญาติ</p> <p>1.7 ให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย</p> <p>1.8 แนะนำให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ก่อนวันผ่าตัด</p> <p>1.9 ประสานงานและให้ข้อมูลการเตรียมผู้ป่วย ก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกกับพยาบาล ประจำหอผู้ป่วย</p> <p>1.10 บันทึกการพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการ พยาบาลที่มอบให้ผู้ป่วยและครอบครัว สรุปผล ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย</p> <p>2. ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่ เกี่ยวข้องในการให้บริการทางวิสัญญี เพื่อวาง แผนการให้ยาระงับความรู้สึก</p>
<p>ระยะขณะการให้ยาระงับ ความรู้สึก</p>	<p>1. ก่อนเริ่มให้ยาระงับความรู้สึกตรวจสอบความ ถูกต้องของผู้ป่วยอีกครั้งรวมทั้ง ชื่อ-สกุล ตำแหน่งที่ผ่าตัด การงดน้ำและอาหาร การ สำรองเลือด ทีมศัลยแพทย์ ทีมวิสัญญี เครื่อง ดมยา ยาระงับความรู้สึก ยาช่วยชีวิตและ อุปกรณ์ต่างๆ พร้อมใช้งาน</p>	<p>1. ก่อนเริ่มให้ยาระงับความรู้สึกตรวจสอบความ ถูกต้องของผู้ป่วยอีกครั้งรวมทั้ง ชื่อ-สกุล ตำแหน่งที่ผ่าตัด การงดน้ำและอาหาร การ สำรองเลือด ทีมศัลยแพทย์ ทีมวิสัญญี เครื่อง ดมยา ยาระงับความรู้สึก ยาช่วยชีวิตและ อุปกรณ์ต่างๆ พร้อมใช้งาน</p>

ตารางที่ 3 กิจกรรมทางการพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึก แบ่งเป็น 3 ระยะ (ต่อ)

กิจกรรมทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะขณะการให้ยาระงับความรู้สึก (ต่อ)	<p>2. ตรวจสอบวัดสัญญาณชีพตลอดเวลาการเฝ้าระวังสัญญาณชีพที่อย่างใกล้ชิด ทุก 1-5 นาทีเพื่อประเมินและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด เพื่อแก้ไขได้ทันที่ และประเมินระดับความรู้สึกในการให้ยาระงับความรู้สึกอย่างเหมาะสม</p> <p>3. ดูแลให้ยาระงับความรู้สึกตามแผนการให้ยาระงับความรู้สึกร่วมกับ ทัศนวิสัยแพทย์</p> <p>4. ดูแลจัดทำคำผู้ป่วยบนเตียงผ่าตัด ต้องดูแลให้กระดูกสันหลังทั้งหมดอยู่ในแนวตรงตลอด จัดหมอนรองบริเวณหน้าผากและคาง ระวังไม่ให้กดทับบริเวณตาทั้ง 2 ข้าง</p> <p>5. ดูแลจัดหมอนรองบริเวณหน้าอกและสะโพก โดยระวังไม่ให้มีการกดทับบริเวณหน้าอกและหน้าท้อง ให้ส่วนหน้าท้องลอยโดยไม่ให้สิ่งใดกดหรือค้ำท้อง</p> <p>6. ดูแลจัดหมอนรองแขนทั้ง 2 ข้างโดยระวังให้ไหล่และข้อศอกกางออกไม่เกิน 90 องศา และอยู่ในระดับที่ไม่สูงกว่าลำตัวเพราะจะเกิดการดึงรั้ง brachial plexus</p> <p>7. ดูแลจัดหมอนรองที่ขาทั้ง 2 ข้างควรจัดให้ขางอเข่าเล็กน้อยมีแผ่นรองใต้ขาและรองปลายเท้าและให้อยู่ต่ำ</p> <p>8. ตรวจสอบหมอนรองที่รองจุดกดทับต่างๆ เป็นระยะๆ เพื่อป้องกันการกดทับ</p> <p>9. ประเมินการเสียเลือดตลอดเวลาจากขวดที่ดูดออกและบริเวณรอบๆ ตำแหน่งผ่าตัด</p> <p>10. ดูแลให้สารน้ำที่อุ่นแก่ผู้ป่วย แต่ไม่สูงกว่าอุณหภูมิกายอย่างเพียงพอ</p> <p>11. เฝ้าระวังการให้สารน้ำที่เหมาะสมและจำนวนปัสสาวะที่ออกต่อชั่วโมงอย่างน้อย 0.5 ม.ล./ก.ก./ช.ม.</p> <p>12. ใช้ผ้าห่มชนิด Bair hugger warming system ที่อุณหภูมิ 38-42 องศาเซลเซียสป้องกันการสูญเสียความร้อน</p>	<p>2. ตรวจสอบวัดสัญญาณชีพตลอดเวลาการเฝ้าระวังสัญญาณชีพที่อย่างใกล้ชิด ทุก 1-5 นาทีเพื่อประเมินและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด เพื่อแก้ไขได้ทันที่ และประเมินระดับความรู้สึกในการให้ยาระงับความรู้สึกอย่างเหมาะสม</p> <p>3. ดูแลให้ยาระงับความรู้สึกตามแผนการให้ยาระงับความรู้สึกร่วมกับ ทัศนวิสัยแพทย์</p> <p>กรณีศึกษาผู้ป่วยที่ 2 หลังได้ยาระงับความรู้สึก ความดันเลือดลดลงในช่วงสั้นๆ ต้องให้ยาเพิ่มความดันโลหิต เพื่อช่วยปรับความดันเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>4. ดูแลจัดทำคำผู้ป่วยบนเตียงผ่าตัด ต้องดูแลให้กระดูกสันหลังทั้งหมดอยู่ในแนวตรงตลอด จัดหมอนรองบริเวณหน้าผากและคาง ระวังไม่ให้กดทับบริเวณตาทั้ง 2 ข้าง</p> <p>5. ดูแลจัดหมอนรองบริเวณหน้าอกและสะโพก โดยระวังไม่ให้มีการกดทับบริเวณหน้าอกและหน้าท้อง ให้ส่วนหน้าท้องลอยโดยไม่ให้สิ่งใดกดหรือค้ำท้อง</p> <p>6. ดูแลจัดหมอนรองแขนทั้ง 2 ข้างโดยระวังให้ไหล่และข้อศอกกางออกไม่เกิน 90 องศา และอยู่ในระดับที่ไม่สูงกว่าลำตัว เพราะจะเกิดการดึงรั้ง brachial plexus</p> <p>7. ดูแลจัดหมอนรองที่ขาทั้ง 2 ข้างควรจัดให้ขางอเข่าเล็กน้อยมีแผ่นรองใต้ขาและรองปลายเท้าและให้อยู่ต่ำ</p> <p>8. ตรวจสอบหมอนรองที่รองจุดกดทับต่างๆ เป็นระยะๆ เพื่อป้องกันการกดทับ</p> <p>9. ประเมินการเสียเลือดตลอดเวลาจากขวดที่ดูดออกและบริเวณรอบๆ ตำแหน่งผ่าตัด</p> <p>10. ดูแลให้สารน้ำที่อุ่นแก่ผู้ป่วย แต่ไม่สูงกว่าอุณหภูมิกายอย่างเพียงพอ</p> <p>11. เฝ้าระวังการให้สารน้ำที่เหมาะสมและจำนวนปัสสาวะที่ออกต่อชั่วโมงอย่างน้อย 0.5 ม.ล./ก.ก./ช.ม.</p>

ตารางที่ 3 กิจกรรมทางการพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึก แบ่งเป็น 3 ระยะ (ต่อ)

กิจกรรม ทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะขณะการให้ยาระงับ ความรู้สึก (ต่อ)	<p>13. เฝ้ารอภาวะแทรกซ้อนในช่องเยื่อหุ้มปอด น้ำในช่องเยื่อปอด เลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด ขณะผ่าตัด (มี AWP / EtCO<sub>2</sub> สูงขึ้น, arrhythmia ชีพจรเร็ว, SpO<sub>2</sub> ลดลง, ความดันเลือดต่ำ</p> <p>Subcutaneous emphysema ) ขึ้นกับดุลยพินิจของวิสัญญีแพทย์และศัลยแพทย์</p> <p>14. ประเมินปัจจัยเสี่ยงขณะผ่าตัด ตำแหน่งที่แทง trocar สูงกว่าระดับช่องซี่โครงที่ 12 (Supracostal access) การแทง trocar ในจังหวะที่ทรวงอกเคลื่อนไหว ที่มีวิสัญญีควบคุมการหายใจให้ผู้ป่วยนิ่งไม่เคลื่อนไหวทรวงอก</p> <p>15. ตรวจ Chest x-ray เมื่อมีข้อบ่งชี้</p> <p>16. ใส่ Intercostal Chest Drainage (ICD) ยังคงใส่ท่อช่วยหายใจ ET-Tube with Respirator support, ส่งผู้ป่วยดูแลเฝ้ารอผู้ป่วยทางระบบหายใจและระบบไหลเวียนโลหิตอย่างใกล้ชิดที่หออภิบาลผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม</p>	<p>12. ใช้ผ้าห่มชนิด Bair hugger warming system ที่อุณหภูมิ 38-42 องศาเซลเซียส ป้องกันการสูญเสียความร้อน</p> <p>13. เฝ้ารอภาวะแทรกซ้อนในช่องเยื่อหุ้มปอด น้ำในช่องเยื่อปอด เลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด ขณะผ่าตัด (มี AWP / EtCO<sub>2</sub> สูงขึ้น, arrhythmia ชีพจรเร็ว, SpO<sub>2</sub> ลดลง, ความดันเลือดต่ำ (Subcutaneous emphysema ) ขึ้นกับดุลยพินิจของวิสัญญีแพทย์และศัลยแพทย์</p> <p>14. ประเมินปัจจัยเสี่ยงขณะผ่าตัด ตำแหน่งที่แทง trocar สูงกว่าระดับช่องซี่โครงที่ 12 (Supracostal access) การแทง trocar ในจังหวะที่ทรวงอกเคลื่อนไหว ที่มีวิสัญญีควบคุมการหายใจให้ผู้ป่วยนิ่งไม่เคลื่อนไหวทรวงอก</p> <p>15. ตรวจ Chest x-ray เมื่อมีข้อบ่งชี้</p> <p>16. ใส่ Intercostal Chest Drainage (ICD) ยังคงใส่ท่อช่วยหายใจ ET-Tube with Respirator support, ส่งผู้ป่วยดูแลเฝ้ารอผู้ป่วยทางระบบหายใจและระบบไหลเวียนโลหิตอย่างใกล้ชิดที่หออภิบาลผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม</p>
ระยะหลังการให้ยาระงับ ความรู้สึก	<p>1. การถอดท่อช่วยหายใจพิจารณาจากผู้ป่วยตื่นดี ทำตามคำสั่งได้ หายใจเองได้พอเพียง สัญญาณชีพระหว่างผ่าตัด ความคงที่การเสียเลือด และได้ น้ำหรือเลือดทดแทนเพียงพอหรือไม่ ระยะเวลาในการผ่าตัด นานกี่ชั่วโมง ใช้ประกอบการตัดสินใจในการถอดท่อช่วยหายใจ</p> <p>- กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 1 พิจารณาถอดท่อช่วยหายใจเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อน น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดด้านขวา และอาจเสียชีวิตได้จึงนำส่งผู้ป่วยไปดูแลต่อที่หออภิบาลผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม 4 วัน จนสัญญาณชีพปกติ จึงถอดท่อช่วยหายใจออกให้ออกซิเจนต่อทาง Mask with bag 6 ลิตรต่อนาทีและหายใจปกติ</p>	<p>1. การถอดท่อช่วยหายใจพิจารณาจากผู้ป่วยตื่นดี ทำตามคำสั่งได้ หายใจเองได้พอเพียง สัญญาณชีพระหว่างผ่าตัด ความคงที่การเสียเลือด และได้ น้ำหรือเลือดทดแทนเพียงพอหรือไม่ ระยะเวลาในการผ่าตัด</p> <p>- กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 2 เสร็จผ่าตัดหายใจดี สม่่าเสมอ สัญญาณชีพปกติ จึงถอดท่อหายใจออก ให้ออกซิเจนต่อทาง Mask with bag 6 ลิตรต่อนาทีและหายใจปกติ</p> <p>2. ดูแลผู้ป่วยที่ห้องพักฟื้นใช้เกณฑ์ การประเมินสภาวะความรู้สึกตัวและการกลับฟื้นสภาพจากการระงับความรู้สึกมากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน (Modified Aldrete Scoring System <math>\geq 9</math>) หรือ Postanesthetic recovery score <math>\geq 9</math> และการประเมินความปวดน้อยกว่า 3 คะแนน (Pain Score &lt; 3) จึงจำหน่ายกลับหอผู้ป่วย ส่งต่อข้อมูลสำคัญระหว่างการผ่าตัดให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบ</p>

ตารางที่ 3 กิจกรรมทางการพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึก แบ่งเป็น 3 ระยะ (ต่อ)

กิจกรรม ทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะหลังการให้ยาระงับ ความรู้สึก (ต่อ)	<ol style="list-style-type: none"> <li>ให้ยาแก้ปวดเป็น ตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้ Morphine 3 มิลลิกรัม ทางเส้นเลือดดำและ Morphine 3 มิลลิกรัม ทางเส้นเลือดดำเมื่อมีความปวด ทุก 3 ชม.และประเมินการง่วงซึม หลังการให้ยาแก้ปวด</li> <li>ประเมินระดับความปวดเป็นระยะๆ และให้ยาแก้ปวดตามแนวทางและประเมินการง่วงซึม หลังการให้ยาแก้ปวด</li> <li>ให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล</li> <li>พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ</li> <li>ประเมินและให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านแก่ ผู้ป่วยและญาติ แนะนำการรับประทานยาและอาหารตามเวลา</li> <li>แนะนำการออกกำลังกายและการช่วยเหลือตัวเองในการใช้ชีวิตประจำวัน</li> <li>สอนแนะนำการดูแลแผลผ่าตัด แนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติบริเวณแผล ถ้าแผลยังไม่ได้ตัดไหม แนะนำการไปทำแผลที่สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน ห้ามไม่ให้แผลโดนน้ำ ตัดไหมเมื่อครบกำหนด โดยทั่วไปจะตัดไหมเมื่อครบ 7 วันหลังผ่าตัด การมาตรวจตามกำหนดนัด เพื่อตรวจแผลและสภาพทั่วไป</li> <li>การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเฉพาะโรค และการทำผ่าตัดที่ได้รับ เช่น การปฏิบัติตัวเฉพาะภายหลังทำผ่าตัดนิ่วในไตโดยการเจาะรูผ่านผิวหนัง</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ให้ยาแก้ปวดเป็น ตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้ Morphine มิลลิกรัม ทางเส้นเลือดดำและ Morphine 3 มิลลิกรัม ทางเส้นเลือดดำเมื่อมีความปวดทุก 3 ชม. และประเมินการ ง่วงซึม หลังการให้ยาแก้ปวด</li> <li>ประเมินระดับความปวดเป็นระยะๆ และให้ยาแก้ปวดตามแนวทางและประเมินการง่วงซึม (sedation score) หลังการให้ยาแก้ปวด</li> <li>ให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล</li> <li>พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ</li> <li>ประเมินและให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านแก่ ผู้ป่วยและญาติ แนะนำการรับประทานยาและอาหารตามเวลา</li> <li>แนะนำการออกกำลังกายและการช่วยเหลือตัวเองในการใช้ชีวิตประจำวัน</li> <li>สอนแนะนำการดูแลแผลผ่าตัด แนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติบริเวณแผล ถ้าแผลยังไม่ได้ตัดไหม แนะนำการไปทำแผลที่สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน ห้ามไม่ให้แผลโดนน้ำ ตัดไหมเมื่อครบกำหนด โดยทั่วไปจะตัดไหมเมื่อครบ 7 วันหลังผ่าตัด การมาตรวจตามกำหนดนัด เพื่อตรวจแผลและสภาพทั่วไป</li> <li>การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเฉพาะโรค และการทำผ่าตัดที่ได้รับ เช่น การปฏิบัติตัวเฉพาะภายหลังทำผ่าตัดนิ่วในไตโดยการเจาะรูผ่านผิวหนัง</li> </ol>

### สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่าการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดนิ่วในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนังกรณีศึกษา 2 ราย เกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องอก 1 ราย คือ เกิดน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดด้านขวา (Right Hydrothorax) ซึ่งสาเหตุอาจจะเกิดจากสารน้ำชะล้าง (Irrigation fluid) หรือปัสสาวะ เข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอดผ่านทางท่อระบายจากกรวยไต (Nephrostomy trace) หรือการระคายเคืองที่กระบังลมระหว่างผ่าตัดแล้วเกิดเป็นปฏิกิริยาการไหลออก (Reactive effusion) การวินิจฉัยขณะผ่าตัดสังเกตได้จากพารามิเตอร์เครื่องช่วยหายใจ (Ventilatory parameters) ที่เปลี่ยนแปลงไปและใช้เครื่องเอกซเรย์ฟลูออโรสโคปี ช่วยประเมินน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (Hydrothorax) ทันทีที่สงสัยและได้รับการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนทันทีอย่างปลอดภัยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและส่ง

ผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะวิกฤตของระบบทางเดินหายใจจากภาวะแทรกซ้อนขณะทำผ่าตัดต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจต่อ มีการเฝ้าระวังภาวะความสมดุลของน้ำเข้า-ออกและภาวะปอดบวมน้ำ 2 วันหลังผ่าตัดประเมินถอดท่อช่วยหายใจได้ ผู้ป่วยปลอดภัยและกลับไปใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ กรณีศึกษาครั้งที่ 2 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะทำการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยปลอดภัย ในการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดนี้ในไตโดยการเจาะรูส่งกล้องผ่านผิวหนัง มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่างๆ ทั้งในระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึกและหลังการให้ยาระงับความรู้สึกได้ วิสัยทัศน์พยาบาลซึ่งเป็นหนึ่งในทีมที่ให้การพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกต้องมีความรู้ ความสามารถและปฏิบัติตามแนวทางการมาตรฐานการดูแลและเฝ้าระวังทุกระยะร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ จนสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติ ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปปรับปรุงงานบริการวิสัยทัศน์ และจัดทำแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในหน่วยงานต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

1. วิสัยทัศน์พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดในไตโดยการเจาะรูส่งกล้องผ่านผิวหนังตั้งแต่ การประเมินและค้นหาปัญหา เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงทั้ง ก่อน ขณะและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก มีการทบทวน การดูแล และฟื้นฟูความรู้ทางวิชาการวิสัยทัศน์อย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมประสิทธิภาพของบุคลากรทางวิสัยทัศน์วิทยา ด้วยการจัดอบรม ดูงาน และมีการแลกเปลี่ยนความรู้ทางวิชาการและการพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่องภายในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ
2. ทีมวิสัยทัศน์จัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดในไตโดยการเจาะรูส่งกล้องผ่านผิวหนัง เพื่อวิสัยทัศน์พยาบาลปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันและผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

### Reference

- Chanapa, P. (2011). The Risk Factors of Kidney Stone Focusing on Calcium and Oxalate. *Songklanagarind Medical Journal*, 29(6), 299-308. (in Thai)
- Hanprasertpong, T. (2017). "Complications in Percutaneous Nephrolithotomy." *Urinary stone*. (pp.196-214). Bangkok: Beyond Enterprise. (in Thai)
- Lojanaphiwat, B. (2015). "Urolithiasis." *Common Urologic Problems*. (pp. 82-95 ). Bangkok: Beyond Enterprise. (in Thai)

- Mandee,S. (2020). “*Providing full-body anesthesia.*” *Anesthesia and Perioperative Care.* (pp. 93-100). Bangkok: P.A. Living. (in Thai)
- National Health Security Office. (2013). Operational Criteria and Expenses for Public Health Service for Urinary Stone Disease Treatment Form [https:// www.ratchakitcha.soc.go.th](https://www.ratchakitcha.soc.go.th)
- Noytasang,P.,Tangwiwat,S. (2016). “Position.” *Basic Anesthesia and Practical Approach.* (pp.141-155). Bangkok: P.A. Living. (in Thai)
- Prasopsuk,S. (2009). “Treatment of Renal Stones by Percutaneous Nephrolithotomy(PCNL) In Sawanpracharak Hospital.” *Sawanpracharak Medical Journal*, 6(3), 186-194. (in Thai)
- Piyasiriphan,N. (2009). *Assessment of the urinary tract.* form [https:// www.nurse.nu.ac.th](https://www.nurse.nu.ac.th/web11) › web11 › E-learning › BCPN-CAI › 2013/07
- Somdee,W., Sathitkarnmanee,T., Palachewa,P., Jeerararuensak,W., Simajareuk,S., Thinchelong,V., et al. (2013 ). Anesthesia Related Pneumothorax Hydrothorax or Hemothorax in Patients Undergoing Percutaneous Nephrolithotomy In Srinagarind Hospital. *Srinagarind Medical Journal*, 28(2), 178-183. (in Thai)
- Suetrong, T., Danaidutsadeekul, S., Vanitkun, N. & Hanprasertpong, T. (2016). Comparisons of Body Mass Index, Chronic Stress, Health Literacy, Patient Engagement and Perception of Person-Care between Recurrent and Non-Recurrent Urolithiasis Patients. *Journal of Nursing Science*, 34(2), 81-91. (in Thai)
- Tumthong, P. (2017). “*Anesthesiology and perioperative care.*” *Anesthesia and Perioperative Care.* (pp.1-8). Bangkok: P.A. Living. (in Thai)

## คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ

กองบรรณาธิการ วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ ขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ 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 ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรองและ ลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์
4. บทความปริทัศน์บทความพิเศษ และปกิณกะ

### การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ Cordia New (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 (ระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก) 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) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่อการนำเสนอตามลำดับ
- 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 การจัดการกรรม 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 แนวทางการพัฒนาต่อจากนวัตกรรมเดิม

- 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 ๗
- สมมติฐาน (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย ระบุหลักการ แนวคิด ทฤษฎีในการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย ระบุ วิธีวิจัย แหล่งข้อมูล ประชากรกลุ่มเป้าหมาย วิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ระบุที่มาหรือวิธีการพัฒนาเครื่องมือวิจัย คุณภาพของเครื่องมือวิจัย
- การเก็บรวบรวมข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล ระบุโปรแกรมที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์
- จริยธรรมวิจัย ระบุ หน่วยงาน หมายเลข และวันที่ที่ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

หรือการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

- ผลการวิจัย ระบุ ผลการวิเคราะห์ หรือข้อค้นพบในการวิจัย กรณีเป็นตารางไม่ต้องมีเส้นแนวตั้ง
- อภิปรายผล ระบุ ข้อสรุปและแปลความหมายผลการวิจัย อธิบายความสอดคล้องหรือขัดแย้งกับทฤษฎี หรือผลการศึกษาค้นคว้าอื่นใดบ้าง โดยให้อธิบายอยู่ภายใต้ข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์
- ข้อเสนอแนะ ระบุ การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ แนวทางการทำวิจัยที่เป็นการพัฒนาต่อยอดจากงานวิจัยเดิม

- รายการอ้างอิง

9. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 6<sup>th</sup> 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 คนแรกตามด้วย et al, ดังตัวอย่าง

(Tanyaratsrisakul, 2018)

(Tanyaratsrisakul, Kantabanlang, & Heetaksorn, 2018)

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

2. การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม- ปีและข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....” กรณี ชื่อผู้แต่งภาษาไทย 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 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 บทความหรือบทต่างๆในหนังสือ

ผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ใน ชื่อบรรณานุกรม (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 ดร.รุ่งนภา จันทรา (บรรณาธิการวารสาร) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี 56/6 หมู่ 2 ถ.ศรีวิชัย ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000 หรือส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์มาที่ [journal@bcnsurat.ac.th](mailto:journal@bcnsurat.ac.th)



**แบบฟอร์มการส่งบทความวิจัย/บทความนวัตกรรม/บทความวิชาการ  
วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ**

.....  
.....  
.....

**เรื่อง** ขอส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ

**เรียน** บรรณารักษ์วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบฟอร์มส่งบทความ/ใบสมัครสมาชิก/แบบรับรองบทความจากวิทยานิพนธ์

ด้วยข้าพเจ้า .....ตำแหน่งงาน/หน่วยงาน.....

หากเป็นนิสิตให้ ระบุ สาขา/คณะ/มหาวิทยาลัย).....

ขอส่งบทความจำนวน.....เรื่อง.....

ดังรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้ เพื่อนำตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ

ในการนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความที่ข้าพเจ้าได้ส่งมานี้ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใด ๆ มาก่อนและ  
ไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใด ๆ ทั้งสิ้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ (.....)

ตำแหน่ง.....

**ข้อมูลของผู้เขียนบทความเพื่อสะดวกในการติดต่อ**

โทรศัพท์.....

โทรสาร .....

E-mail .....



**ใบสมัครสมาชิก/ค่าตีพิมพ์บทความ  
วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ**

ประเภท  บุคคล  หน่วยงาน

ออกใบเสร็จในนาม

.....

สถานที่จัดส่งวารสาร

.....

เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....

มีความประสงค์จะ

สมัครสมาชิกใหม่       ต่ออายุสมาชิก

1 ปี (3 เล่ม)    เป็นเงิน 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

2 ปี (6 เล่ม)    เป็นเงิน 900 บาท (เก้าร้อยบาทถ้วน)

ค่าตีพิมพ์บทความ

สำหรับบุคคลภายนอก    เป็นเงิน 2,500 บาท (สองพันห้าร้อยบาทถ้วน)

โดยได้ชำระค่าสมาชิกเป็น

เงินสด

ธนาคณัติไปรษณีย์ ส่งจ่ายในนาม “ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสู่ราชบุรี”

เลขธนาคณัติไปรษณีย์.....

รวมทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ลงนามผู้สมัคร

.....  
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

สำหรับเจ้าหน้าที่

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

ลงทะเบียนสมาชิกเลขที่.....

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

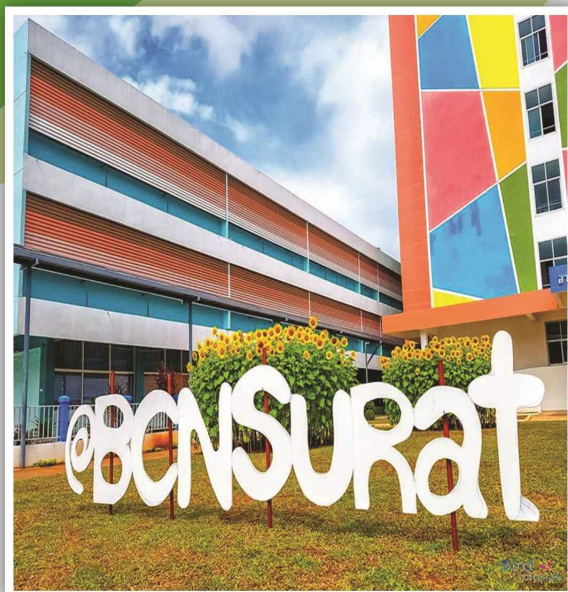
ผู้รับสมัคร.....

วันที่รับสมัคร...../...../.....

หมายเหตุ: ส่งหลักฐานการชำระค่าสมาชิก/ค่าตีพิมพ์บทความมาที่

กองบรรณาธิการ วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสู่ราชบุรี ต.มะขามเตี้ย อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 84000



สำนักงานวารสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

56/6 หมู่ 2 ถนนศรีวิชัย ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000

โทร. 0-7728-7816 ต่อ 218 โทรสาร 0-7727-2571

<http://www.bcnsurat.ac.th> Email : [Journal@bcnsurat.ac.th](mailto:Journal@bcnsurat.ac.th)