



# วารสารการพยาบาล

## VAJIRA NURSING JOURNAL

ปีที่ ๒๓ ฉบับที่ ๑ มกราคม-มิถุนายน ๒๕๖๔

Volume ๒๓ No.๑ January – June ๒๐๒๑

[www.vajira.ac.th/vnjo](http://www.vajira.ac.th/vnjo)

ISSN ๑๕๑๓-๒๔๙๘ (print)

<https://tci-thaijo.org/index.php/vnj>

ISSN ๒๖๕๑-๐๘๓/๑ (online)

### บทความวิจัย

- ❖ ความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ใช้บริการในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล  
ปราโมทย์ ภาภักดี ศากุล ช่างไม้ ทิพา ต่อสกุลแก้ว
- ❖ การพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ  
สำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล  
คู่ขวัญ มาลีวงษ์
- ❖ ผลของการให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหารและการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH  
ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง  
ชีวิศาส์ เลิศมงคลธีรกุล ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล อนุแสง จิตสมเกษม
- ❖ การพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B  
โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช  
มณฑิชา วิไลกิจ

### บทความวิชาการ

- ❖ ความวิตกกังวลในผู้ป่วยบาดเจ็บแผลไหม้  
นิตสญา ยอดเกิด
- ❖ ความสัมพันธ์ระหว่างอาการรุนแรงของโรคไข้เลือดออกแดงก็กับผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน  
กองแก้ว ย้วนบุญหลิม ปานจิต โพธิ์ทอง วราภรณ์ สมวงษ์ จิตติมา คุณสมบัติ วารินทร์ กลิ่นนาค
- ❖ บทบาทพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเครียดและความวิตกกังวล  
ธิติมา ตั้งพิมพ์จิตต์
- ❖ การพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน: กรณีศึกษา  
วิวัฒน์ เหล่าชัย รุ่งโรจน์ สลับ เพลินดา พิพัฒน์สมบัติ ลัดดาวัลย์ เตชางกูร ประทิน ชื่นปิ่นเกลียว ณัฐธยาน์ เกิดมัลลย์

## เจ้าของ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

### คณะที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ประยุทธ์ ศิริวงศ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จักรวธ มณีฤทธิ์

นางสาวดวงเนตร ภูวัฒน์นิษฐ์

ดร.ปฏิพร บุญยพัฒนกุล

### บรรณาธิการ

นางสาวธมลวรรณ ยอดกลกิจ

### รองบรรณาธิการ

นางสาวพัชรี ประไพพิน

### กองบรรณาธิการ

นางสาวจันทนา จินาวงศ์

นางสาวนพร เชิงชาร์ชาญ

นางเลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์

นางสาวจันทรา ว่องพัฒนกุล

นางสาวณัฐภัสสร เดิมขุนทด

นางสาวคู่ขวัญ มาลีวงษ์

นางสาวสุชาดา ดีเจริญ

นางสาวสุดาวรรณ ลิขิตคันทะสร

นางสาวเบญจมาภรณ์ มฤตสุธธ

นางสาวจงจิตต์ แจ่มหมื่นไวย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อมรรรัตน์ เสตสุวรรณ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรุณี เสงยศมาก

ดร.ชจี พงศธรวิบูลย์

ดร.จริยา ชื่นศิริมงคล

ดร.ยุพา วงศ์สรไตร

นางนพัตถร พฤกษานันตกาล

รองศาสตราจารย์ ดร.เกศรินทร์ อุทริยะประสิทธิ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรณา ตั้งสุขสันต์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัจฉริยา พวงแก้ว

ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงศ์

ดร.เสาวรส มีกุล

ดร. เกศศิริ วงษ์คงคำ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร จินันทุยา

ดร.รสสุคนธ์ วาริตสกุล

ผศ.ดร.ปานจันทร์ ฐานกุลศักดิ์

พันเอกหญิง ดร.พัชรภรณ์ อุ่นเตจ๊ะ

พันเอกหญิง ดร.สายสมร เถลยกิตติ

รองศาสตราจารย์ไสว นรสาร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐชา เจียรนิลกุลชัย

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล

นางสาวไสว นรสาร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิโรบล กนกสุนทรรัตน์

รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญาดา ประจุศิลป์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี

คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ  
ดร.ทักษิณย์ สุนทร

ดร.เพลินดา พิพัฒน์สมบัติ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์

ดร. เสาวนีย์ ทรงประโคน

#### คณะที่ปรึกษา

พันตำรวจตรีหญิง ดร.ปิยรัตน์ สมันตรัฐ

ดร.อรพีญา สุขะวัลลี

ดร.สิตานันท์ ศรีใจวงศ์

พ.ต.ต.หญิง ดร.ศิตยา อีวานโนวิช

#### ฝ่ายจัดการ

นางสาวเมลิน คนที

นางสาวชนิดาภา กล้าพินิจ

นางสาวอำไพ เดชชาย

นางสุกัญญา ศรีสุภา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



## วารสารการพยาบาล

ปีที่ 23 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2564

Vajira Nursing Journal

Volume 23 No.1 January - June 2021

[www.vajira.ac.th/vnjo](http://www.vajira.ac.th/vnjo)

ISSN 1513-2498 (print)

<https://tci-thaijo.org/index.php/vnj>

ISSN 2651-0871 (online)

วารสารการพยาบาล เป็นวารสารวิชาการทางการพยาบาล การศึกษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้รับการจัดอยู่ในวารสารกลุ่ม 2 ฐานข้อมูล Thai-Journal Citation Index Centre (TCI) มีผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณากลั่นกรองบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสาร จำนวน 2 ท่านต่อบทความ

### วัตถุประสงค์

1. ส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานทางวิชาการทางการพยาบาล
2. นำเสนอประสบการณ์ นวัตกรรมและวิทยาการก้าวหน้าทางการพยาบาล
3. สนับสนุนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลเพื่อธำรงไว้ซึ่งการพยาบาลที่มีคุณภาพ
4. สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาและองค์กรสุขภาพ

### ขอบเขต

สาระในวารสารการพยาบาล บทความวิจัย บทความวิชาการและบทความพิเศษ ซึ่งแต่ละฉบับอาจมีเนื้อหาดังกล่าวหลากหลายแตกต่างกันไป

### กำหนดการวารสารการพยาบาล

ออกเผยแพร่ราย 6 เดือน ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน

ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม

อัตราค่าสมาชิกปีละ 100 บาท (2 เล่ม)

สำนักงาน ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช 681 ถนนสามเสน  
เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300 โทร.0-2244-3084 Fax. 0-2668-7152

สถานที่พิมพ์ พลก้อปปี 285/3 ซอยสวนอ้อย ถนนราชวิถี แขวงดุสิต เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300

## บรรณาธิการแถลง

สวัสดีสมาชิกวารสารการพยาบาลและผู้สนใจทุกท่าน

วารสารการพยาบาลฉบับนี้เป็นฉบับที่ 1 ปีที่ 23 ประกอบด้วยบทความวิจัย และบทความวิชาการ เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ใช้บริการในท้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล การพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผลของการให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหารและการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงการพัฒนา รูปแบบการมอบหมายงานในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ความวิตกกังวลในผู้ป่วยบาดเจ็บแผลไหม้ ความสัมพันธ์ระหว่างอาการรุนแรงของโรคไข้เลือดออกแดงก็กับผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน บทบาทพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเครียดและความวิตกกังวล การพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน : กรณีศึกษา

ขอขอบคุณสมาชิกวารสารการพยาบาลทุกท่านที่ให้การสนับสนุน และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าทุกท่านจะได้รับประโยชน์จากวารสารเล่มนี้ และขอเชิญชวนทุกท่านส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานลงในวารสารการพยาบาลผ่านระบบ Thai Journals Online (ThaiJO) เว็บไซต์ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/vnj>

นางสาวธมลวรรณ ยอดกลกิจ  
บรรณาธิการวารสารการพยาบาล

## สารบัญ

หน้า

### บทความวิจัย

|                                                                                                                                                                                                                                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ใช้บริการในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล<br>ปราโมทย์ ภาภักดี ศากุล ช่างไม้ ทิพา ต่อสกุลแก้ว                                                                                          | 1  |
| การพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ<br>สำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล<br>คู่ขวัญ มาลีวงษ์                                                                                   | 15 |
| ผลของการให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหารและการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH<br>ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง<br>ชวิศาส์ เลิศมงคลธีรกุล ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล อนุแสง จิตสมเกษม | 31 |
| การพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B<br>โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช<br>มณฑิชา วิไลกิจ                                                                                      | 46 |

### บทความวิชาการ

|                                                                                                                                                                                          |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ความวิตกกังวลในผู้ป่วยบาดเจ็บแผลไหม้<br>นิตสญา ยอดเกิด                                                                                                                                   | 58 |
| ความสัมพันธ์ระหว่างอาการรุนแรงของโรคไข้เลือดออกเดงกีกับผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน<br>กองแก้ว ย้วนบุญหลิม ปานจิต โพธิ์ทอง วราภรณ์ สมวงษ์ จิตติมา คุณสมบัติ วารินทร์ กลิ่นนาค                    | 67 |
| บทบาทพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเครียดและความวิตกกังวล<br>ธิติมา ตั้งพิมพ์จิตต์                                                                                 | 75 |
| การพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน: กรณีศึกษา<br>วิวัฒน์ เหล่าชัย รุ่งโรจน์ สลับ เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ ลัดดาวัลย์ เตชะกฤษ ประทิน ชื่นปิ่นเกลียว<br>ณัฐธยาน์ เกิดมัลลย์ | 84 |

**บทความวิจัย**

**ความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ใช้บริการ  
ในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล**  
**Health Literacy in Emergency Illness among Clients  
of Emergency Room at Vajira Hospital**  
ปราโมทย์ ภาภักดิ์\* ศากุล ช่างไม้\*\* ทิพา ต่อสกุลแก้ว\*\*\*  
Pramote Papukdee\* Sakul Changmai\*\* Tipa Torskulkao\*\*\*

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ใช้บริการในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลวชิรพยาบาล และเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยและญาติ จำนวน 440 คน คัดเลือกตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือการวิจัยคือแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ใช้บริการห้องฉุกเฉินและแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉิน เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .81 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Mann-Whitney U test และ Kruskal -Wallis H Test

ผลการวิจัย พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและด้านการประเมินข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับสูงมาก ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับสูง และด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพรายข้อมีคะแนนอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ได้แก่ ข้อคำถามเกี่ยวกับการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ที่มีอาการชัก ผู้ที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง การนำส่งผู้ป่วยด้วยรถส่วนตัว และการใช้สิทธิได้ทุกที่ในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า มีความแตกต่างกันของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินในกลุ่มญาติผู้ป่วยและผู้ป่วย กลุ่มที่มีประสบการณ์ฝึกอบรมและที่ไม่มีประสบการณ์ฝึกอบรม ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ โรงพยาบาลควรนำประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินรายข้อที่มีคะแนนต่ำไปส่งเสริมความรู้ให้กับประชาชนต่อไป

**คำสำคัญ:** ความรอบรู้ด้านสุขภาพ/ การเจ็บป่วยฉุกเฉิน/ ผู้ใช้บริการในห้องฉุกเฉิน

---

\* นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

\*\* corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

e-mail: schangmai@hotmail.com

\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน กรุงเทพมหานคร

## Abstract

This descriptive research aims to study the health literacy in emergency illness among clients of emergency room at Vajira Hospital and to compare the health literacy classified by personal data. The sample included 440 patients and their relatives. They were selected by simple random sampling. Research instruments are personal information and health literacy scale questionnaires. The health literacy questionnaire had a content validity index of .81 and reliability of .93. Data were analyzed by descriptive statistics, Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis H Test

The study found that health literacy in emergency illness of the clients was at a high level. When considering each aspect, it was found that ‘access to health information’ and ‘health information interpretation and evaluation’ were at very high level. The understanding of health information was at a high level. Applications of health information were at a moderate level. However, the application of health information items scores were low to moderate, specifically in first aid to help people with seizures, people with symptoms of a stroke, and transfer the patient by private car and Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP). The results of the comparison of health literacy scores classified by personal data showed that the health literacy scores for emergency illness differed among relatives and patients, people with and without training experience groups, educational level, occupation and income with the statistical significance at .05 level. It is recommended that nurses should consider the findings to improve health literacy of people while emphasizing on the low score of health literacy items.

**Keyword:** health literacy/ emergency illness/ clients of emergency room

## บทนำ

การเจ็บป่วยฉุกเฉิน คือการได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการเจ็บป่วยกะทันหัน ที่มีผลต่อชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการตรวจและรักษาอย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรืออาการเจ็บป่วย บาดเจ็บรุนแรงขึ้น (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2554) การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งเกือบทุกประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกจึงเพิ่มองค์ประกอบการดูแลสุขภาพด้าน Pre-hospital trauma และ Emergency care (WHO, 2007) ซึ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล สำหรับประเทศไทยมีการตระหนักถึงผลกระทบของปัญหาการเจ็บป่วยฉุกเฉินจึงมีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 (พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน, 2551) กำหนดให้มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินและจัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติขึ้น และจัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2553-2555 เพื่อให้การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service: EMS) ซึ่งเป็นการบริการผู้บาดเจ็บและเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย ครอบคลุมตั้งแต่



การรับแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน การให้คำแนะนำปรึกษาฉุกเฉิน การดูแลรักษาพยาบาลฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล การลำเลียง การขนย้ายและนำส่งสถานพยาบาลที่เหมาะสม และการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในสถานพยาบาล จนกระทั่งพ้นภาวะฉุกเฉิน (คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2553; พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน, 2551)

การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในระยะก่อนถึงโรงพยาบาลสำคัญมากในการช่วยชีวิตผู้ป่วย ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าใจภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน มีความรู้ มีทักษะในการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เพื่อให้สามารถดูแลตนเอง สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉิน และสามารถแจ้งเหตุฉุกเฉินได้ทันเวลาและถูกช่องทาง สอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560 - 2564 ที่มีเป้าประสงค์ให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้การเจ็บป่วยและการตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพตามองค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพให้ดีอยู่เสมอ และความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดแบบบูรณาการของโซเรนเซนและคณะ (Sorensen et al., 2012) คือ ความรู้ แรงจูงใจ และสมรรถนะของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ สำหรับการตัดสินใจในชีวิตประจำวัน ทั้งการดูแลสุขภาพ ป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพเพื่อบำรุงหรือปรับปรุงคุณภาพในการใช้ชีวิต สำหรับประเทศไทย กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2554) ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าเป็นความสามารถและทักษะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์และประเมินการปฏิบัติตนและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเป็นองค์กรหลักที่รับนโยบายและดำเนินการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินแก่ประชาชน ตามแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 - 2564 โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือ ลดการเสียชีวิตและความพิการจากภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากโรคและภัย จึงประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับความรู้การปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ในภาวะฉุกเฉิน และเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งแผ่นป้ายประชาสัมพันธ์ สื่อโทรทัศน์ คู่มือปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน สื่อออนไลน์ เว็บไซต์ ยูทูบ เฟซบุ๊ก และแอปพลิเคชันในรูปแบบของข้อความบรรยาย รูปภาพ และวิดีโอ รณรงค์ให้ประชาชนใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และใช้เบอร์โทรศัพท์ 1669 เมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งให้ประชาชนใช้สิทธิเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) เพื่อให้ประชาชนรู้จักระบบการแพทย์ฉุกเฉินและใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่อาจเชื่อมโยงถึงความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานะใช้บริการ (ผู้ป่วย/ญาติ) ลักษณะการเจ็บป่วย การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประสบการณ์การฝึกอบรมการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยอธิบายได้ว่า เพศหญิงมักสนใจดูแลสุขภาพมากกว่าเพศชายและมีการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าเพศชาย 1.34 เท่า (ธงชัย อามตยบัณฑิต

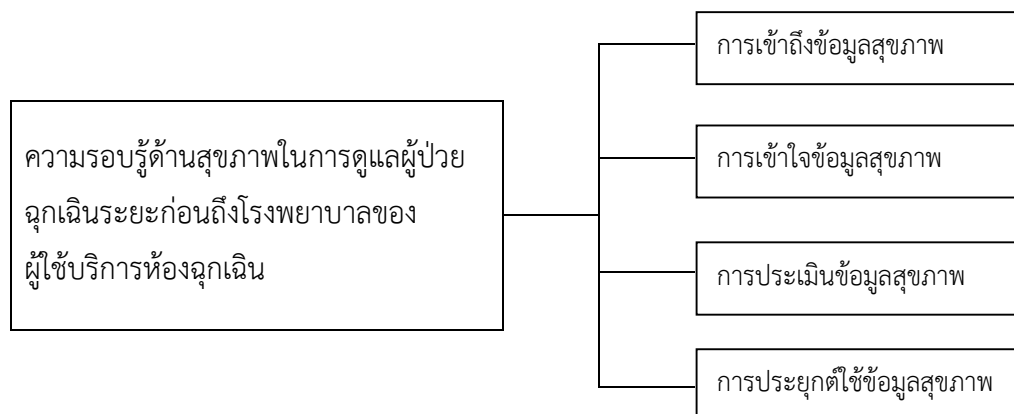
และคณะ, 2560; Raun et al., 2015) ผู้ที่มีอายุมากและมีสถานภาพสมรสโสดจะมีการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนถึงโรงพยาบาลมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยและมีสถานภาพสมรสแต่งงาน (ธงชัย อามาตย์บัณฑิต และคณะ, 2560) การมีแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยญาติผู้ป่วยมีการแจ้งเหตุฉุกเฉินและใช้บริการมากกว่าผู้ป่วย (นิชชาภัทร ชันสาคร และคณะ, 2559) และ ผู้ใช้บริการห้องฉุกเฉินที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีแนวโน้มประกอบอาชีพที่ดีและมีฐานะทางสังคมที่ดีกว่า จะมีโอกาสและมีความสามารถเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพและ รู้เท่าทันสื่อต่าง ๆ ได้ดี จึงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยฉุกเฉินมากขึ้น (นิชชาภัทร ชันสาคร และ คณะ, 2559; Banfai-Csonka et al., 2020) นอกจากนี้ลักษณะการเจ็บป่วยและมีโรคประจำตัวจึงจำเป็นต้องใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้มีประสบการณ์ในการใช้บริการ ส่งผลให้เกิดความคุ้นเคยและรู้ช่องทาง ในการเข้าถึงระบบบริการ (สุรภา ขุนทองแก้ว, 2562) รวมถึงการมีความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการที่ประชาชนได้รับการอบรมจะทำให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีความมั่นใจ และสามารถปฏิบัติกรดูแล ผู้ป่วยฉุกเฉินได้ ซึ่งส่งผลให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้น (Banfai-Csonka et al., 2020)

ประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (ธงชัย อามาตย์บัณฑิต และคณะ, 2560; สุรภา ขุนทองแก้ว, 2562) แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ใช้บริการห้องฉุกเฉินโดยเฉพาะในโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิในกรุงเทพมหานคร ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินของ ผู้ใช้บริการห้องฉุกเฉิน เกี่ยวกับการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพตามแนวคิดของ โซเรนเซนและคณะ (Sorensen et al., 2012) ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินโดยครอบคลุมทั้ง 4 ขั้นตอน ของระยะก่อนถึงโรงพยาบาล คือ การแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉิน การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ ที่เกิดเหตุ การคัดแยก ระดับความฉุกเฉิน และการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2556) เพื่อใช้ข้อมูล เป็นแนวทางในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินต่อไป

## กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษาโดยใช้องค์ประกอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบบูรณาการของโซเรนเซนและคณะ (Sorensen et al., 2012) อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความรู้ แรงจูงใจ และสมรรถนะของบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ สำหรับการตัดสินใจ ในชีวิตประจำวัน ทั้งการดูแลสุขภาพ ป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ เพื่อบำรุงหรือปรับปรุงคุณภาพในการใช้ชีวิต สำหรับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินระยะก่อนถึงโรงพยาบาลของผู้ใช้บริการห้องฉุกเฉิน ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยสามารถค้นหาและเลือก แหล่งข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับ การแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉิน การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ การคัดแยก ระดับ ความฉุกเฉิน การนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน และการตรวจสอบเพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ 2) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การเจ็บป่วยฉุกเฉินโดยมีความเข้าใจอย่างชัดเจนในเนื้อหาสาระข้อมูลสุขภาพ 3) การประเมินข้อมูลสุขภาพ การเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยสามารถแปลผลข้อมูลที่ได้จากการประเมิน วิเคราะห์ เปรียบเทียบเนื้อหาหรือ แนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีเหตุผล มีการวิเคราะห์ผลดีและผลเสียที่จะเกิดขึ้นกับ

ผู้ป่วยฉุกเฉิน และ 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยสามารถกำหนดทางเลือกปฏิบัติที่เหมาะสมหรือหลีกเลี่ยงการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม และตัดสินใจปฏิบัติและจัดการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในการแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉิน การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ การคัดแยกระดับความฉุกเฉิน และการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินได้ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2556; สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉิน, 2560) แสดงดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ใช้บริการในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลวชิรพยาบาล
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ใช้บริการในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานะใช้บริการ (ผู้ป่วย/ญาติ) ลักษณะการเจ็บป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา และประสบการณ์การฝึกอบรมการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน

## สมมติฐานการวิจัย

ผู้ให้บริการในห้องฉุกเฉินที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานะใช้บริการ (ผู้ป่วย/ญาติ) ลักษณะการเจ็บป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา และประสบการณ์การฝึกอบรมการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินที่ต่างกันมีความรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินแตกต่างกัน

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยทำการศึกษาในผู้ให้บริการในตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ในระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2563 ประชากร ได้แก่ ผู้ใช้บริการห้องฉุกเฉิน ครอบครัวผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยได้มาจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาโร ยามานะ (Yamane, 1973) จำนวนทั้งสิ้น 440 ราย

โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้: 1) อายุ 18 ปี ขึ้นไป สามารถพูด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ หากมีอายุมากกว่า 60 ปี ต้องมีคะแนนจากการทำแบบทดสอบสมรรถภาพทางสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) มากกว่า 23 คะแนนขึ้นไป 2) ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง และผู้ป่วยทั่วไป (คะแนนความเร่งด่วนในการคัดแยก (Emergency Severity Index: ESI) 2-4 หรือ สีเหลือง สีเขียว และสีขาว) และ 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้: 1) ผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉินวิกฤต หรือญาติของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤต เช่น หัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) 2) ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากขึ้นเข้าสู่ภาวะฉุกเฉินวิกฤต เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและเร่งด่วน พร้อมทั้งอาจได้รับเหตุการณ์ในการช่วยชีวิต เช่น เสียเลือดมาก ได้รับบาดเจ็บรุนแรงหรืออยู่ในภาวะช็อก 3) ผู้ป่วยที่ต้องย้ายไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น และ 4) ผู้ป่วยปฏิเสธหรือไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ใช้บริการห้องฉุกเฉิน และแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้กรอบแนวคิดของโซเรนเซนและคณะ (Sorensen et al., 2012) ให้สอดคล้องกับตารางเมทริกซ์ที่ประยุกต์ต้องประกอบความรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูลสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉิน 2) การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ 3) การคัดแยกระดับความฉุกเฉิน และ 4) การนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2556; สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉิน, 2560) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 27 ข้อ แบ่งเป็น ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ ด้านการประเมินข้อมูลสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ และด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ รวมทั้งฉบับมีข้อคำถามด้านบวกจำนวน 17 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ จำนวน 10 ข้อ คำถามเป็นสถานการณ์สั้น ๆ แบบ Dichotomous question ตอบ ถูก - ผิด เกณฑ์การให้คะแนน ด้านบวก ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน ด้านลบ ตอบถูก ได้ 0 คะแนน ตอบผิด ได้ 1 คะแนน การแปลผลระดับคะแนน แปลผลจากค่าร้อยละของคะแนนแต่ละด้านและคะแนนรวม คะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 100 คะแนน แบ่งระดับความรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ความรอบรู้ระดับสูงมาก (80.01– 100 คะแนน) ความรอบรู้ระดับสูง (60.01– 80 คะแนน) ความรอบรู้ระดับปานกลาง (40.01– 60 คะแนน) ความรอบรู้ระดับต่ำ (20.01– 40 คะแนน) และความรอบรู้ระดับต่ำมาก (0 – 20 คะแนน) ตรวจสอบหาความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ .81 และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยวิธี Kuder Richardson 20 : KR-20 ได้เท่ากับ .93

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โดยโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน ตามหมายเลขที่ น.14/2562 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ตามหมายเลขที่ COA 129/2563

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 440 ราย ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยพิจารณาถ้าผู้ป่วยฉุกเฉินดีและสามารถให้ข้อมูลได้โดยไม่กระทบต่อความเจ็บป่วยและไม่กระทบต่อการเข้ารับบริการจะเก็บข้อมูลในผู้ป่วย แต่ถ้าไม่สามารถเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยได้จะพิจารณาเก็บข้อมูลกับญาติผู้ป่วยที่ยินดีและสามารถให้ข้อมูลได้โดยไม่กระทบต่อการได้รับการบริการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย โดยคิดจากสถิติผู้ใช้บริการห้องฉุกเฉินประมาณ 135 คน/วัน ผู้วิจัยวางแผนเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 30 วัน ในวันทำการตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ ช่วงเวลา 10.00 - 22.00 น. อยู่ในช่วงเวรเช้าและเวรบ่าย เฉลี่ยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 15 คนต่อวัน คัดอัตราส่วนกลุ่มตัวอย่างต่อผู้มาใช้บริการต่อวันเท่ากับ 1:10 แล้วสุ่มตัวอย่างจากลำดับที่ผู้ที่เข้ารับบริการทุก ๆ 10 คน ถ้าผู้ป่วยฉุกเฉินหรือญาติผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ยินดีให้ข้อมูลก็จะสุ่มเก็บข้อมูลจากลำดับที่ผู้ที่เข้ารับบริการทุก ๆ 10 คน ไปเรื่อย ๆ จนครบ 15 คน ในแต่ละวัน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำมาแจกแจงและวิเคราะห์ค่าตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ใช้บริการโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ข้อมูลแบบเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยร้อยละของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test และ สถิติ Kruskal-Wallis H Test เนื่องจากการกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ

### ผลการวิจัย

ผู้ใช้บริการห้องฉุกเฉิน จำนวน 440 ราย ส่วนใหญ่มีสถานะใช้บริการเป็นญาติผู้ป่วยฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 78.00 รองลงมาเป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 22.00 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.90 อายุเฉลี่ย 36.90 ปี (SD 13.40) อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนกลางอายุ 26-45 ปี ร้อยละ 45.22 สถานภาพโสด ร้อยละ 53.20 ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 47.50 ไม่ได้ประกอบอาชีพ (แม่บ้านและนักศึกษา) ร้อยละ 27.04 รองลงมาอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 21.60 และอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 20.68 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 15,907 บาท ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงรายได้มากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 23.90 ลักษณะการเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุให้มาใช้บริการห้องฉุกเฉินส่วนใหญ่มาด้วยอาการที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ ร้อยละ 69.30 กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้สื่ออินเทอร์เน็ตบนมือถือและคอมพิวเตอร์ในการสืบค้นข้อมูลสุขภาพ ร้อยละ 59.10 และ 35.60 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วยฉุกเฉินจากสื่อออนไลน์ ร้อยละ 23.50 เมื่อได้รับข้อมูลข่าวสารทางออนไลน์แล้วส่งต่อข้อมูลทันทีร้อยละ 64.30 ส่วนใหญ่ไม่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 75.70 และไม่เคยมีประสบการณ์ในการฝึกอบรมการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ร้อยละ 75.20

ผู้ให้บริการห้องฉุกเฉินมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (mean = 72.40, SD = 11.07) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ให้บริการห้องฉุกเฉินเป็นรายด้านตามค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจากมากไปหาน้อย มีลำดับ ดังนี้ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (mean = 82.15, SD = 24.62) อยู่ในระดับสูงมาก ด้านการประเมินข้อมูลสุขภาพ (mean = 81.90, SD = 15.47) อยู่ในระดับสูงมาก ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (mean = 72.01, SD = 15.41) อยู่ในระดับสูง และด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ (mean = 58.38, SD 17.24) อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ แสดงดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของร้อยละคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ให้บริการห้องฉุกเฉิน (n=440)

| ความรอบรู้ด้านสุขภาพ              | ร้อยละคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ |              |               |              | ระดับ      |
|-----------------------------------|---------------------------------|--------------|---------------|--------------|------------|
|                                   | mean                            | S.D.         | Max           | Min          |            |
| การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ            | 82.15                           | 24.62        | 100.00        | 00.00        | สูงมาก     |
| การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ             | 72.01                           | 15.41        | 100.00        | 28.57        | สูง        |
| การประเมินข้อมูลสุขภาพ            | 81.90                           | 15.47        | 100.00        | 25.00        | สูงมาก     |
| การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ        | 58.38                           | 17.24        | 100.00        | 25.00        | ปานกลาง    |
| <b>ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม</b> | <b>72.40</b>                    | <b>11.07</b> | <b>100.00</b> | <b>33.33</b> | <b>สูง</b> |

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยร้อยละความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่าง ผู้ที่มี เพศ สถานะใช้บริการ (ผู้ป่วย/ญาติ) ลักษณะการเจ็บป่วย การใช้บริการในหกลเดือน และการฝึกอบรมที่แตกต่างกันด้วยวิธี Mann-Whitney U test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยร้อยละความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างระหว่างผู้ที่มี อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ที่แตกต่างกันด้วยวิธี Kruskal-Wallis H Test พบว่า สถานะใช้บริการ (ผู้ป่วย/ญาติ) ประสบการณ์การฝึกอบรม ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ที่แตกต่างกันทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

การวิเคราะห์ผลต่างของค่าเฉลี่ยร้อยละความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบรายกลุ่ม ระดับการศึกษาด้วยการทดสอบรายคู่โดยวิธี Mann-Whitney U test พบว่า กลุ่มระดับประถมศึกษา มีค่าเฉลี่ยร้อยละความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกับกลุ่มระดับมัธยมศึกษา กลุ่มระดับอนุปริญญา และกลุ่มระดับปริญญาตรีขึ้นไปที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และกลุ่มระดับมัศึกษามีค่าเฉลี่ยร้อยละความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกับกลุ่มระดับปริญญาตรีขึ้นไปที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 นอกจากนั้นกลุ่มอื่น ๆ ไม่มีความแตกต่างกัน แสดงดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ผลต่างของค่าเฉลี่ยร้อยละความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบรายกลุ่มระดับการศึกษา ด้วยการทดสอบรายคู่โดยวิธี Mann-Whitney U test (n=440)

| กลุ่ม           | Mean rank | Mann-Whitney U |            |           |                 |
|-----------------|-----------|----------------|------------|-----------|-----------------|
|                 |           | ประถมศึกษา     | มัธยมศึกษา | อนุปริญญา | ปริญญาตรีขึ้นไป |
| ประถมศึกษา      | 140.01    | -              | 2389.50*   | 849.00*   | 2922.00*        |
| มัธยมศึกษา      | 202.85    |                | -          | 2817.00   | 10201.00*       |
| อนุปริญญา       | 226.17    |                |            | -         | 4649.50         |
| ปริญญาตรีขึ้นไป | 250.96    |                |            |           | -               |

\*p<.05

การวิเคราะห์ผลต่างของค่าเฉลี่ยร้อยละความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบรายกลุ่ม อาชีพด้วยการทดสอบรายคู่โดยวิธี Mann-Whitney U test พบว่า กลุ่มอาชีพเกษตร/รับจ้างทั่วไปมีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกับกลุ่มอาชีพค้าขาย กลุ่มอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ กลุ่มอาชีพพนักงานบริษัท และกลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (แม่บ้านและนักศึกษา) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 กลุ่มอาชีพค้าขายแตกต่างกับกลุ่มอาชีพพนักงานบริษัท และกลุ่มอาชีพพนักงานบริษัทมีความแตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ.05 นอกจากนั้นกลุ่มอื่น ๆ ไม่มีความแตกต่างกัน แสดงดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ผลต่างของค่าเฉลี่ยร้อยละความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบรายกลุ่มอาชีพ ด้วยการทดสอบรายคู่โดยวิธี Mann-Whitney U test (n=440)

| กลุ่ม         | Mean rank | Mann-Whitney U |          |           |               |            |
|---------------|-----------|----------------|----------|-----------|---------------|------------|
|               |           | เกษตรกร        | ค้าขาย   | รับราชการ | พนักงานบริษัท | ไม่มีอาชีพ |
| เกษตรกร       | 163.75    | -              | 2178.50* | 2871.00*  | 1796.50*      | 4150.50*   |
| ค้าขาย        | 223.23    |                | -        | 2688.00   | 1835.50*      | 3782.00    |
| รับราชการ     | 239.36    |                |          | -         | 2875.50       | 5018.50    |
| พนักงานบริษัท | 264.50    |                |          |           | -             | 3468.00*   |
| ไม่มีอาชีพ    | 223.66    |                |          |           |               | -          |

\*p<.05

การวิเคราะห์ผลต่างของค่าเฉลี่ยร้อยละความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบรายกลุ่ม รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนด้วยการทดสอบรายคู่โดยวิธี Mann-Whitney U test พบว่า กลุ่มช่วงรายได้มากกว่า 20,000 บาท มีค่าเฉลี่ยร้อยละความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกับกลุ่มช่วงรายได้  $\leq 5,000$  บาท กลุ่มช่วงรายได้ 5,001-10,000 บาท และกลุ่มช่วงรายได้ 10,001-15,000 บาท ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และกลุ่มช่วงรายได้ 15,001-20,000 บาท มีความแตกต่างกับกลุ่มช่วงรายได้ 10,001-15,000 บาท ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 นอกจากนั้นกลุ่มอื่น ๆ ไม่มีความแตกต่างกัน แสดงดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ผลต่างของค่าเฉลี่ยร้อยละความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบรายกลุ่มรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนด้วยการทดสอบรายคู่โดยวิธี Mann-Whitney U test (n=440)

| กลุ่ม          | Mean rank | Mann-Whitney U |                |                |                 |          |
|----------------|-----------|----------------|----------------|----------------|-----------------|----------|
|                |           | ≤ 5,000        | 5,001 – 10,000 | 10,001 –15,000 | 15,001 - 20,000 | > 20,000 |
| ≤ 5,000        | 218.49    | -              | 3320.50        | 3945.50        | 2955.50         | 3984.00* |
| 5,001 – 10,000 | 197.46    |                | -              | 3670.00        | 2245.00         | 2960.00* |
| 10,001 –15,000 | 193.11    |                |                | -              | 2692.50*        | 3574.50* |
| 15,001-20,000  | 229.93    |                |                |                | -               | 3064.00  |
| > 20,000       | 258.74    |                |                |                |                 | -        |

\*p<.05

### การอภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ใช้บริการในห้องฉุกเฉินในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (mean = 72.40, SD = 11.07) สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้ใช้บริการห้องฉุกเฉินมีความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินอยู่ในระดับสูงนั้น เนื่องจากปัจจุบันสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติมีการเผยแพร่ความรู้และแนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่หลากหลายช่องทาง รูปแบบของสื่อมีความหลากหลาย ทำให้ประชาชนทุกเพศทุกวัยสามารถเข้าถึงข้อมูลการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ง่ายขึ้น ส่งผลให้ประชาชนรู้จักและใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.90) อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนกลางอายุ 26-45 ปี การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 47.50) ซึ่งเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะที่จะค้นหาข้อมูลสุขภาพ และเพศหญิงเป็นเพศที่มีความสนใจและแสวงหาข้อมูลสุขภาพ อีกทั้งรายได้มากกว่า 20,000 บาท มีเศรษฐกิจฐานะทางสังคมที่มั่นคง จึงมีทักษะในการสืบค้นข้อมูลสุขภาพทางอินเทอร์เน็ตในมือถือและคอมพิวเตอร์ได้ ทำให้การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ดี ส่งผลให้ได้รับข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการเจ็บป่วยฉุกเฉินทางออนไลน์ที่รวดเร็ว ทันสมัย มีการค้นหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายมากกว่า 1 ช่องทาง ทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน สามารถประเมินอาการและความรุนแรงได้ จนสามารถตัดสินใจดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในการแจ้งเหตุ การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น การคัดแยกกระตือรือร้นฉุกเฉิน และการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินได้ จึงส่งผลให้ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ใช้บริการฉุกเฉินโดยรวมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการเพิ่มการประชาสัมพันธ์ความรู้การปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ในภาวะฉุกเฉินในรูปแบบต่าง ๆ ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ทำให้ประชาชนเกิดการรับรู้บริการการแพทย์โดยรวมอยู่ในระดับมาก (ณิชาภัทร ชันสาคร และคณะ, 2559; สุรภา ขุนทองแก้ว, 2562) ประชาชนมีความรู้ว่าจะมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถโทรศัพท์เรียกบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ และสามารถระบุเบอร์โทรศัพท์ของบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ถูกต้อง (อุมารินทร์ คำพูล และคณะ, 2563)

แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ใช้บริการห้องฉุกเฉินเป็นรายด้านตามค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจากมากไปหาน้อยมีลำดับ ดังนี้ ด้านการเข้าถึง



ข้อมูลสุขภาพ (mean = 82.15, SD = 24.62) อยู่ในระดับสูงมาก ด้านการประเมินข้อมูลสุขภาพ (mean = 81.90, SD = 15.47) อยู่ในระดับสูงมาก ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (mean = 72.01, SD = 15.41) อยู่ในระดับสูง และด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ (mean = 58.38, SD 17.24) อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ และเมื่อพิจารณารายข้อในแต่ละด้าน สามารถอธิบายถึงประเด็นปัญหาได้ว่า การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพแม้จะอยู่ในระดับสูงมากและกลุ่มตัวอย่างมีการรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพผ่านทางสื่อออนไลน์มากที่สุด (ร้อยละ 23.50) ซึ่งสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการรับข้อมูลข่าวสารของประชาชน เพราะผลการวิจัยนี้แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่จะพบว่าส่วนใหญ่ประชาชนจะได้รับข้อมูลข่าวสารการเจ็บป่วยฉุกเฉินผ่านทางป้าย/โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ รายการวิทยุและสติกเกอร์ประชาสัมพันธ์ที่อาสาสมัครสาธารณสุข นำมาแจก (นิชชาภัทร ชันสาคร และคณะ, 2559) และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.30 เมื่อได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยฉุกเฉินทางสื่อออนไลน์ต่าง ๆ แล้วจะส่งต่อข้อมูลเหล่านั้นแก่คนรอบข้างทั้งเพื่อนและครอบครัวทันที แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างมีการส่งต่อข้อมูลสุขภาพโดยไม่มีการตรวจสอบที่ชัดเจน อาจทำให้เกิดการปฏิบัติที่ผิดหรือมีการส่งต่อข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพควรมีการพิจารณาปรับปรุงให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งต่อข้อมูลสุขภาพที่ไม่เป็นจริงให้ผู้ป่วยและครอบครัว การตรวจสอบข้อมูลให้มั่นใจก่อนการส่งต่อข้อมูลสุขภาพแก่คนรอบข้าง และเสริมสร้างทักษะการรู้เท่าทันเทคโนโลยีสารสนเทศให้แก่ประชาชนต่อไป

ด้านการประเมินข้อมูลสุขภาพแม้จะอยู่ในระดับสูงมากแต่เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีข้อที่อยู่ในระดับปานกลางคือเรื่องของการสำนึกคว้นไฟ (ร้อยละ 56.60) ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพแม้จะอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีข้อที่คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง คือ การประเมินผู้ป่วยที่มีอาการแขนขาอ่อนแรง (ร้อยละ 55.90) การนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล (ร้อยละ 55) การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบอัตโนมัติ (AED) (ร้อยละ 52.70) และด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพแม้จะอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีข้อที่อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง คือ การเลือกนำผู้ประสบเหตุส่งโรงพยาบาลตามสิทธิ (ร้อยละ 47.50) การดูแลเบื้องต้นในผู้ที่มีอาการแขนขาอ่อนแรง (ร้อยละ 40.20) การนำผู้ป่วยฉุกเฉินส่งโรงพยาบาลเอง โดยรถยนต์ส่วนตัว (ร้อยละ 35.50) และการดูแลเบื้องต้นผู้ที่มีอาการชัก (ร้อยละ 24.50) ตามลำดับ สามารถสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบร้อยละ 50 ประเมินว่าการสำนึกคว้นไฟเป็นอาการที่ไม่รุนแรงให้รอดูอาการได้ การขาดความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและความเร่งด่วนในการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) การดูแลผู้ที่มีภาวะชัก การนำผู้ป่วยฉุกเฉินไปโรงพยาบาลที่ไม่ถูกวิธี และไม่เลือกใช้ AED ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จึงอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นและทำให้เข้ารับการรักษาล่าช้าได้

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Toloo et al. (2016) ที่ศึกษาในประเทศออสเตรเลียที่ พบว่า ประชาชนไม่ทราบว่าการมีอาการหรือภาวะใดที่เป็นภาวะฉุกเฉิน จึงทำให้ประชาชนประเมินความรุนแรงผู้ป่วยสูงหรือต่ำกว่าความเป็นจริง และสอดคล้องกับการศึกษาของสมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2561) ที่ พบว่า ยังมีประชาชนบางส่วนไม่ทราบช่องทางในการใช้สิทธิ UCEP จึงไม่เลือกใช้สิทธิ UCEP ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการล่าช้า และประกอบกับการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 75.20 ไม่เคยผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่จะต้องอาศัยทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในสถานการณ์

เสมือนจริง จึงอาจเป็นสาเหตุให้มีการประยุกต์ใช้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไม่เหมาะสมตามมา ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพควรพิจารณาจัดการอบรมเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการสร้างความเข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ที่มีภาวะชัก การนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน การใช้ AED และการใช้สิทธิ UCEP ให้แก่ประชาชนต่อไป

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยร้อยละความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีความแตกต่างกันของกลุ่มสถานะใช้บริการ (ผู้ป่วย/ญาติ) ประสบการณ์การฝึกอบรมการช่วยเหลือ ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ โดยกลุ่มสถานะใช้บริการที่เป็นญาติผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มที่มีประสบการณ์ฝึกอบรมการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์ฝึกอบรมฯ ผู้ที่มีระดับการศึกษาและรายได้สูงจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ระดับการศึกษาและรายได้ต่ำ และอาชีพเกษตร/รับจ้างทั่วไปมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ๆ สามารถอภิปรายได้ว่า ในกลุ่มญาติผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยเนื่องจากในสถานการณ์ฉุกเฉินผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการและอาการแสดงของการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ทำให้เกิดความตื่นตระหนกตกใจ ส่งผลให้กระบวนการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจลดลง ญาติจึงสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและประยุกต์ใช้ข้อมูลได้ดีกว่าผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ณิชชาภัทร ชันสาคร และคณะ (2559) พบว่า การแจ้งเหตุฉุกเฉินมักเป็นบุคคลในครอบครัวหรือญาติผู้ป่วยที่โทรศัพท์แจ้งเหตุฉุกเฉิน และเป็นผู้ให้ข้อมูลการเจ็บป่วยฉุกเฉินแก่เจ้าหน้าที่ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Banfai-Csonka et al. (2020) ที่ พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีแนวโน้มในการประกอบอาชีพที่ดีและมีฐานะทางสังคมที่ดีกว่า จึงมีโอกาสและมีความสามารถเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพได้ดีกว่า จึงส่งผลให้มีความรู้ความเข้าใจและความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้น ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพจึงควรส่งเสริมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยสื่อการเรียนรู้ที่ประชาชนทุกกลุ่มอาชีพ ทุกระดับการศึกษาให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายขึ้น ควรใช้ภาษาง่ายต่อการทำความเข้าใจ มีการสาธิตและยกตัวอย่างเพื่อให้ประชาชนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ ในชีวิตประจำวันได้จริงต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรให้ความสำคัญกับข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ ที่แตกต่างกันเพื่อมาประยุกต์ในการให้ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินแก่ผู้ใช้บริการที่มี ลักษณะส่วนบุคคลนั้น ๆ เช่น ในกลุ่มผู้ที่มีการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่าปริญญาตรี

1.2 ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ผ่านการอบรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ดังนั้น ควรรายงานข้อมูลแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดอบรมให้ความรู้แก่ประชาชนของโรงพยาบาล วชิรพยาบาลและสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เพื่อดำเนินการต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาปัจจัยที่ทำนายความรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ใช้บริการห้องฉุกเฉิน เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉิน สำหรับประชาชนต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *ความฉลาดทางสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: นิเวศธรรมดาการพิมพ์.
- คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน. (2553). *แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ปี 2553-2555*. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 เมษายน 2562 จาก <https://www.niems.go.th>.
- ณิชชาภัทร ชันสาคร, ทศนีย์ ศิลาวรรณ, ทศนีย์ รวีวรกุล, วิริทธิ์ กิตติพิชัย และอุมาวดี เหลลาทอง. (2559). *การศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ (รายงานการวิจัย)*. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- ธงชัย อามาศยบัณฑิต, นิพนธ์ มานะสถิตพงศ์, อินทนิล เชื้อบุญชัย, เสาวนีย์ โสบุญ และบดินทร์ บุญจันทร์. (2560). การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 11(1), 37-46.
- พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551. (2551, 6 มีนาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 125 ตอนที่ 44 ก 131 ง หน้า 1-17.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2554). *แนวทางการกำหนดนิยามการเจ็บป่วยฉุกเฉิน*. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 เมษายน 2562 จาก <https://www.niems.go.th>.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2556). *เกณฑ์วิธีการคัดแยกและจัดลำดับการจ่ายงานบริการ ผู้ป่วยฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพผ. กำหนด พ.ศ. 2556*. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉิน. (2560). *คู่มือปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลสำหรับชุดปฏิบัติการทุกระดับ*. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และพงศกร อธิกเศวตพฤทธิ. (2561). ประสิทธิภาพของผู้ป่วยที่ใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายระบบประกันสุขภาพภาครัฐและขอใช้สิทธิ์ “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิ์ทุกที่ (UCEP)”. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(3), 370 – 403.
- สุรภา ขุนทองแก้ว. (2562). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดราชบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 2(1), 30-44.
- อุมารินทร์ คำพูล, บวร วิทย์ชำนาญกุล, บริบูรณ์ เชนธนากิจ และกรองกาญจน์ สุธรรม. (2563). ความเข้าใจของประชาชนต่อการคัดแยกระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 14(2), 197-207.
- Banfai-Csonka, H., Banfai, B., Jeges, S., Gyebnar, B. & Bethehem, J. (2020). *Health literacy among participants from neighborhoods with different socioeconomic statuses in the southern region of Hungary: a pilot study*. *BMC Public Health*, 20(Suppl 1), 1-8.

- Raun, L.H., Ensor, K. B., Campus, L.A., & Persse, D. (2015). *Factors affecting ambulance utilization for asthma attack treatment: understanding where to target interventions*. Public Health. (129), 501-8.
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (2012). *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*. BMC Public Health, 12(80), 1-13.
- Toloo, G-S., Aitken, P., Crilly, J., FitzGerald, G. (2016). *Agreement between triage category and patient's perception of priority in emergency departments*. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, 24(126), 1-8.
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossar* (p.10). Geneva: World Health Organization Publications.
- World Health Organization. (2007). *The world health report 2007: a safer future: global public health security in the 21st century* (p.62-65). Geneva: World Health Organization Publications.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (p.727-728) (3<sup>rd</sup> ed.). New York: Harper and Row Publications.

## บทความวิจัย

### การพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

#### Development and Evaluation of Clinical Nursing Practice Guideline for Pressure Injury Prevention Among Medical Patients Vajira Hospital

คู่ขวัญ มาลีวงษ์\*

Kukwan Maleewong\*

## บทคัดย่อ

แผลกดทับเป็นปัญหาทางสุขภาพที่พบได้ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เมื่อเกิดแผลกดทับจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานกับบาดแผล และอาจเกิดการติดเชื้อจนเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ และยังส่งผลต่อการดูแลรักษาที่เพิ่มขึ้น ความล้มเหลวในการป้องกันแผลกดทับนำไปสู่การฟ้องร้องทางกฎหมาย และอาจแสดงถึงคุณภาพการพยาบาลที่ยังไม่ได้มาตรฐาน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยดัดแปลงแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพประเทศออสเตรเลีย แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ได้รวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการประเมินระดับความน่าเชื่อถือและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ระยะที่ 2 ระยะตรวจสอบคุณภาพ ร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และระยะที่ 3 นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 34 ราย

ผลการวิจัย พบว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 หมวด คือ 1) การประเมินความเสี่ยง 2) การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสีและแรงเฉือน 3) การดูแลภาวะโภชนาการ 4) การดูแลสภาพผิวหนัง 5) การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล และ 6) การจัดการสิ่งแวดล้อม ผลการประเมินความสามารถของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ มีคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมาก และการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 100 ไม่เกิดแผลกดทับ จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล และควรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ยั่งยืน

**คำสำคัญ:** แนวปฏิบัติทางการพยาบาล/ การป้องกันแผลกดทับ/ อายุรกรรม

---

\* corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล e-mail: kukwan@nmu.ac.th

## Abstract

Pressure injury are 10 percent of the common health problems. When pressure Sores develop patients in hospital, it affects the patient who suffers from wounds and potentially infections. And also affect the increased nursing care and failure to prevent pressure injury leads to legal action. Indicate the quality of nursing that is not up to standard this study aimed to develop and evaluate the nursing practice guideline for the prevention of pressure ulcers for internal patients admitted to Vajira Hospital. Divided into 3 phases: Phase 1, Development of Nursing Practice Evidence of empirical evidence was collected for the reliability and feasibility. Phase II, Quality assessment and draft nursing practice guideline. Phase III, were applied to a sample of 34 nursing practice guidelines.

The results of the research were as follows: The developed nursing practice consists of 6 categories: 1) risk assessment 2) pressure prevention. Friction and shear 3) Nutritional care 4) Skin care 5) Educating staff and caregivers and 6) Environmental management. Results of an assessment of the ability of nurses to apply nursing practices have a very good score of satisfaction. And clinical evaluation found that 100% of patients did not develop Pressure ulcers. The results of this study show that the developed nursing practice is suitable for the prevention of Bedsores in patients with internal medicine. Who were admitted to Vajira Hospital and should be continually developed to enhance the quality of sustainable patient care.

**Keyword:** clinical nursing practice guideline/ pressure injury prevention/ medicine

## บทนำ

แผลกดทับ (Pressure ulcer/ Pressure injury) เป็นแผลที่เกิดจากการแตกทำลายของผิวหนังและเนื้อเยื่อ เนื่องจากได้รับแรงกดอยู่เป็นเวลานาน หรือเกิดจากแรงเสียดทานที่กระทำต่อผิวหนังจนทำให้เกิดการบาดเจ็บ/ การตายของเนื้อเยื่อจากการขาดออกซิเจน และเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ แผลกดทับเป็นปัญหาที่สำคัญในกลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว และผู้ป่วยหนักที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ใส่สายต่าง ๆ ทั้งผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง หรือหลังได้รับการผ่าตัด แผลกดทับเป็นปัญหาทางสุขภาพที่พบได้อยู่เสมอ (Jaul, 2010) และถูกจัดลำดับเป็น 1 ใน 5 ของภัยคุกคามสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (Elliot, Mckinly,& Fox, 2008) ในประเทศไทย พบว่า มีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับประมาณร้อยละ 5 - 10 ในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล (พุดตาน วงศ์ตรีรัตนชัย, 2556) เมื่อเกิดแผลกดทับจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย โดยส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลงในหลายด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย ผู้ป่วยจะถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน 2) ด้านสังคม พบว่า ผู้ป่วยถูกจำกัดการมีกิจกรรมและการดำเนินชีวิตในสังคม ผู้ป่วยแยกตัวจากสังคม ขาดการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รวมถึงขาดความสนใจ

ต่อสิ่งต่าง ๆ และ 3) ด้านจิตใจ ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ส่งผลต่อการควบคุมอารมณ์และความผาสุกทางด้านจิตใจ อีกทั้งผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานกับบาดแผล และอาจเกิดการติดเชื้อจนเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ ผลกตทัตถ์ถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่จะต้องให้การรักษาเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยจะต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายที่มากเกินไปจนความจำเป็นทั้งต่อตัวผู้ป่วยและโรงพยาบาล (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2549) รวมทั้งเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับพยาบาล ซึ่งความล้มเหลวในการป้องกันผลกตทัตถ์นำไปสู่การฟ้องร้องทางกฎหมายได้ (Bennett et al., 2012) ผลกตทัตถ์ยังได้ถูกกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลตัวหนึ่งของระบบการประกันและการรับรองคุณภาพ การเกิดผลกตทัตถ์ของผู้ป่วยแสดงถึงคุณภาพการพยาบาลที่ยังไม่ได้มาตรฐาน (สำนักการพยาบาล, 2556) เนื่องจากการเกิดผลกตทัตถ์เป็นสิ่งที่ป้องกันได้ และหากเกิดขึ้นในระยะแรกที่ยังไม่มีการทำลายถึงขั้นหนึ่งแก่การป้องกันจะได้ประสิทธิผลดี (ยุวดี, อัญญา, นภาพร และ จุฬพพร, 2552) การดูแลไม่ให้เกิดผลกตทัตถ์จึงเป็นหน้าที่สำคัญของพยาบาลที่จะต้องตระหนักและให้ความสำคัญจากผลกระทบดังที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ป่วยจึงควรต้องได้รับการดูแลและป้องกันการเกิดผลกตทัตถ์ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เนื่องจากการป้องกันเป็นวิธีที่ดีกว่าการรักษา จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษัตวในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบอุบัติการณ์การเกิดผลกตทัตถ์เป็นจำนวน 36, 47 และ 64 ครั้งต่อพันวันนอนในปีพ.ศ. 2560, 2561 และ 2562 ตามลำดับ และจากสถิติการเกิดอุบัติการณ์การเกิดผลกตทัตถ์โดยส่วนใหญ่เกิดในผู้ป่วยอายุรกรรม (สถิติกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล)

ปัจจุบันได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อการป้องกันการเกิดผลกตทัตถ์กันอย่างกว้างขวาง อย่างไรก็ตามวิธีการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดผลกตทัตถ์ดังกล่าวมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะอาการของผู้ป่วยขณะนั้น และบริบทของหน่วยงานในแต่ละที่ เช่น ความเชี่ยวชาญของผู้ปฏิบัติ ความเพียงพอของทรัพยากร หรือสิ่งอำนวยความสะดวกของหน่วยงาน เป็นต้น โรงพยาบาลวชิรพยาบาลได้มีการจัดทำวิธีปฏิบัติงานเรื่อง การป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่มีผลกตทัตถ์ขึ้น โดยมีหัวข้อวิธีการดำเนินงาน ประกอบด้วย 1) การประเมิน 2) การป้องกัน 3) การประเมินแผลและการทำแผล 4) การดูแลต่อเนื่อง 5) การเก็บรวบรวมข้อมูลผลกตทัตถ์ และ 6) การดูแลผิวหนังผู้ป่วยทั่วไปในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นเพียงวิธีปฏิบัติงาน ไม่ใช่แนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นข้อกำหนด หรือข้อความที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อลดความหลากหลายของการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับการป้องกันผลกตทัตถ์ และช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นการนำความรู้หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่มาใช้เพื่อให้ได้มาตรฐาน ในการแก้ไขปัญหาด้านการปฏิบัติและดูแลผู้ป่วย ต้องมีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อให้ได้หลักฐานที่น่าเชื่อถือ เหมาะสมกับการนำมาใช้ในแต่ละองค์กรหรือหน่วยงาน (พองคำ, 2549) นอกจากนี้ด้านนโยบายขององค์กรยังมีความต้องการให้มีแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดผลกตทัตถ์ที่สอดคล้องและชัดเจนกับกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทวในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย เพื่อก่อให้เกิดความปลอดภัย ความคุ้มค่าคุ้มทุน และได้มาตรฐาน เป็นการพัฒนาคุณภาพในการปฏิบัติการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น โดยมุ่งหวังผลลัพธ์คือผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความพึงพอใจในการรักษาพยาบาลซึ่งโรงพยาบาลวชิรพยาบาล เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูงที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลชั้นนำ (AHA) เป็นที่ยอมรับในสากลว่ามีการให้บริการที่มีคุณภาพ

มีการพัฒนาหรือปรับปรุงคุณภาพการให้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับความรู้ประสบการณ์จากการทำงานในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วย บริบท และทรัพยากรในสิ่งแวดล้อมนั้น ๆ

จากเหตุผลดังกล่าวการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยดัดแปลงแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพประเทศออสเตรเลีย เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น นำไปสู่การกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับต่อไป

## คำถามวิจัย

1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีองค์ประกอบอะไรบ้าง
2. ผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล เป็นอย่างไร

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล
2. เพื่อประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

## ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research) เพื่อพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ซึ่งดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม 2563 ในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ซึ่งรับดูแลผู้ป่วยเพศชายด้านอายุรกรรม อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 25 เตียง ประกอบด้วยพยาบาลประจำการจำนวน 21 คน
2. ผู้วิจัยดัดแปลงแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ซึ่งมีกระบวนการพัฒนาเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ระยะที่ 2 ระยะตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และระยะที่ 3 ระยะตรวจสอบผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล
3. กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย ผู้วิจัยกำหนดวัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้ คือ เพื่อการพัฒนาและประเมินผลการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ กลุ่มเป้าหมาย คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B จำนวน 19 ท่าน (พยาบาลทั้งหมดในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B ที่ปฏิบัติงาน



เวอร์เซา – บ่าย – ดึก) และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้คือ เป็นผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง ต่อการเกิดแผลกดทับ รับการรักษาในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B อย่างน้อย 3 วัน อย่างน้อย 5 ราย (จิตรและคณะ, 2543)

4. ประเมินแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยผู้เชี่ยวชาญ ผู้เชี่ยวชาญ คือ ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย (1) อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ เกื้อการุณย์ ผู้อำนวยการด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติ (2) หัวหน้าสาขาการพยาบาลอายุรกรรม (3) แพทย์แผนกศัลยกรรมผู้ชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย (4) พยาบาลวิชาชีพวุฒิการศึกษาปริญญาโทชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี และ (5) พยาบาลวิชาชีพจบเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดแผล และออสโตมี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอย่างน้อย 3 ปี และการหาความเที่ยงของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลได้แก่ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 2 ราย

## ขั้นตอนดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research) โดยผู้วิจัยดัดแปลงแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ซึ่งมีกระบวนการพัฒนาเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ระยะที่ 2 ระยะตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และระยะที่ 3 ระยะตรวจสอบผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ดังนี้

1. พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาลในระยะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) กำหนดปัญหา และขอบเขตของปัญหา โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ และสังเคราะห์เอกสารทางวิชาการและบริบทต่าง ๆ ของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล พร้อมทั้งสัมภาษณ์พยาบาลอย่างไม่เป็นทางการเกี่ยวกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล และอุปสรรคในการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย 2) กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย โดยวัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้ คือ เพื่อการพัฒนาและประเมินผลการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ และกลุ่มเป้าหมาย คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 19 ท่าน และกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่เข้ารับการรักษา มีจำนวน 34 ราย 3) กำหนดผลลัพธ์ผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือ (1) พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความสามารถในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ และมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล และ (2) ไม่มีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ 4) กำหนดการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ทบทวนวรรณกรรม คัดเลือกและประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสืบค้นและคัดเลือกหลักฐานงานวิจัยโดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยจากหนังสือ (The National Pressure Injury Advisory Panel, 2019) และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ PubMed, CINAHL, Cochrane Library, IR-web, Springer Ling, ฐานข้อมูล

วิทยานิพนธ์ไทย เป็นต้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 2008 – 2019 คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น คือ Clinical nursing practice guideline, Prevention, Guidelines , Best practice, Pressure ulcer, Pressure sore, Bed sore, Critical care, Elderly, Internal medicine, Elderly patient, Risk factor, แนวปฏิบัติการป้องกันแผลกดทับวิกฤต ผู้ป่วยวิกฤตนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการประเมินคุณภาพมาทบทวนวิเคราะห์และประเมินความน่าเชื่อถือ ตลอดจนความเหมาะสมในการนำไปปฏิบัติ ในครั้งนี้ได้คัดเลือกเรื่องที่เหมาะสมทั้งหมดจำนวน 10 เรื่อง หลักฐานอยู่ในระดับ 1 จำนวน 3 เรื่อง ระดับ 4 จำนวน 2 เรื่อง และแนวปฏิบัติจำนวน 5 เรื่อง 5) การร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งประกอบด้วย 6 หมวด ประกอบด้วย (1) การประเมินความเสี่ยง (2) การดูแลสภาพผิวหนัง (3) การดูแลภาวะโภชนาการ (4) การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน (5) การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล และ (6) การจัดการสิ่งแวดล้อม ดังนี้

#### หมวดที่ 1 ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดย

1.1 ใช้แบบประเมินของบราเดน ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทุกราย

1.2 ประเมินความเสี่ยงตั้งแต่วันแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและประเมินอย่างสม่ำเสมอทุกวันในเวรตึก โดยประเมินสภาพผิวหนังตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า ซึ่งความถี่ในการประเมินแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับค่าคะแนนบราเดนสเกล (Braden's scale) >18 ประเมินทุกเวรตึก หากผู้ป่วยมีระดับค่าคะแนน บราเดนสเกล  $\leq 18$  ควรประเมินทุกเวร

1.3 ประเมินประวัติการเจ็บป่วย/การใช้ยาตั้งแต่แรกรับ

#### หมวดที่ 2 การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสีและแรงเฉือน

2.1 ใส่ที่นอนลมให้ผู้สูงอายุที่เสี่ยงทุกคนและตรวจสอบการทำงานอยู่เสมอทุกเวร หรือใช้ผ้านุ่มหนา 2 – 3 ชั้นรองบริเวณปุ่มกระดูก ห้ามใช้อุปกรณ์ที่เป็นรูปโดนัทหรือห่วงยาง เนื่องจากส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไม่สะดวก และเกิดความอับชื้น

2.2 พลิกตะแคงตัวทุก 1 - 2 ชั่วโมง ในรายที่นอนอยู่บนเตียง แต่ในผู้ป่วยที่มีระดับความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับสูง ( $\leq 10$ ) ให้พลิกตะแคงตัวบ่อยกว่า 1 - 2 ชั่วโมง สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องนั่งเป็นเวลานาน ดูแลยกขาข้างร่างกายอย่างน้อยทุก 15 - 30 นาที ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ควรอยู่ในท่านั่งบนเตียงไม่เกินครึ่งละ 1 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

2.3 ใช้หมอนรองได้น่องให้ส้นเท้าลอยจากพื้นเตียงเพื่อป้องกันแรงกด

2.4 ลดแรงกดจาก Tube/Catheter โดยใช้ผ้านุ่ม/สำลี เพื่อลดการสัมผัสต่อผิวหนังโดยตรง

2.5 การยึดท่อช่วยหายใจและสายยางให้อาหารทางจมูกด้วยพลาสติกที่มีความเหนียวที่เหมาะสมบริเวณเหนือริมฝีปากไม่ติดติ่ง

2.6 นอนตะแคงกึ่งหงาย 30 องศา ไปด้านหลังโดยใช้หมอนรองยกส่วนปลายเท้าขึ้นใช้หมอนรองที่ปลายเตียงเพื่อป้องกันการลื่นไถลของผู้ป่วย ในการจัดท่านอนกึ่งตะแคงหงายควรมีหมอนสอดคั่นระหว่างหัวเข่าและระหว่างตาตุ่มทั้ง 2 ข้างเพื่อป้องกันการกดทับเฉพาะที่

2.7 การลดแรงเฉือน ได้แก่ นอนศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา เพื่อป้องกันการลื่นไถลและแรงกดทับ แต่ถ้าจำเป็นต้องนอนยกศีรษะสูงไม่ควรจัดท่าศีรษะสูงเกิน 60 องศา นานเกิน 30 นาที

2.8 การใช้อุปกรณ์ลดแรงไหลขณะการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวโดยใช้ Pad slide หรือ ผ้า ช่วยในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และยกผู้ป่วยโดยใช้คนยกมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คน

### หมวดที่ 3 การดูแลภาวะโภชนาการ

3.1 การติดตามประเมินระดับอัลบูมิน (Serum albumin), ระดับฮีมาโตคริต (Hct), ระดับปียูเอิน (BUN) และครีเอตินิน (Creatinine) 1 ครั้ง/สัปดาห์ ทั้งนี้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ ติดตามประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้แบบประเมินบราเดนสเกล และติดตามประเมินผลตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกสัปดาห์ โดยส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยให้กับหอผู้ป่วยที่รับย้ายเพื่อติดตามประเมินผลต่อ

3.2 ประเมินสมดุลของปริมาณสารน้ำเข้าออกทุกวัน

3.3 รายงานแพทย์เมื่อระดับ Serum albumin  $\leq 3.5$  mg/dl

3.4 รายที่ไม่มีข้อจำกัดในการได้รับสารอาหารหรือพลังงานดูแลให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานปริมาณมากกว่า 25 kcal/kg/day

3.5 กรณีที่ผู้ป่วยบวม และ albumin  $\leq 3.5$  mg/dl ดูแลให้ได้รับอาหารโปรตีนสูงโดยให้ 1.0 - 1.2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน และควรได้รับโปรตีนที่มีคุณภาพสูงเป็นโปรตีนจากสัตว์ ไขมันต่ำ ถ้าไม่ขัดต่อพยาธิสภาพของโรค ทั้งนี้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์

3.6 ดูแลให้ได้รับอาหารเสริม เช่น โอวัลติน ฯลฯ เท่าที่ผู้ป่วยจะรับได้ (ถ้าไม่มีข้อจำกัด)

3.7 กรณีผู้ป่วยที่รับประทานอาหารเองได้น้อยหรือไม่ได้ อาจต้องพิจารณาให้อาหารทางสายยาง หรืออาหารเสริม ทั้งนี้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์

### หมวดที่ 4 การดูแลสภาพผิวหนัง

4.1 เช็ดตัวผู้ป่วยด้วยน้ำธรรมดาและหลีกเลี่ยงการใช้น้ำอุ่น เนื่องจากจะทำให้ผิวหนังแห้ง เกิดการระคายเคือง การทำความสะอาดร่างกายเป็นการล้างเอาสิ่งสกปรกที่ปกป้องผิวหนังตามธรรมชาติออกไป ควรทำความสะอาดร่างกายวันละครั้งหรือตามความเหมาะสม

4.2 ใช้สบู่ที่มีค่า pH ใกล้เคียงผิวหนัง (4.5 – 5.5) ทุกครั้งหรือใช้สารทำความสะอาดที่ไม่ต้องล้างออก (Cleanser)

4.3 ทาโลชั่นหรือครีมที่ปราศจากแอลกอฮอล์บำรุงผิวหลังเช็ดตัวทุกครั้ง เพื่อป้องกันผิวหนังจากการสัมผัสกับสิ่งระคายเคืองต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วยที่ผิวแห้งควรเพิ่มการทำโลชั่น โดยทา 3 – 4 ครั้ง/วัน ถ้าเป็นครีมทา 2 – 3 ครั้ง/วัน และถ้าเป็นขี้ผึ้งทา 1 – 2 ครั้ง/วัน เหตุที่ทาโลชั่นบ่อยกว่าเนื่องจากโลชั่นมีส่วนประกอบของน้ำมากที่สุดทำให้ระเหยเร็ว

4.4 การจัดการกับความเปียกชื้นในกรณีที่มีความคุมการขับถ่ายไม่ได้โดยใช้แผ่นรองซับและประเมินความเปียกชื้นทุกครั้งที่เกิดตะแคงตัว สำหรับในกรณีที่ผู้ป่วยสื่อสารได้ให้สอบถามความต้องการขับถ่ายทุกครั้งที่เกิดตะแคงตัว ใช้วาสลีนทาบริเวณฝีเย็บและก้นทุกครั้งหลังทำความสะอาด และเปลี่ยนแผ่นรองซับทุกครั้งที่มีการขับถ่าย ในการทำความสะอาดควรเช็ดอย่างเบามือ และซับให้แห้งด้วยผ้าที่อ่อนนุ่ม

### หมวดที่ 5 การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่เจ้าหน้าที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

5.1 การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับความหมายของแผลกดทับ สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับ บริเวณที่อาจเกิดแผลกดทับ ความรุนแรงของแผลกดทับ และการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

5.2 ให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ญาติของผู้ป่วยสูงอายุใน 1 – 3 วันแรก หลังรับไว้ในโรงพยาบาล เรื่องการพลิกตะแคงตัว โดยใช้รูปภาพหรือนวัตกรรม

- เวลา 02.00 น. หรือ 14.00 น. จัดทำนอนตะแคงขวา เวลา 04.00น. หรือ 16.00 น. จัดทำนอนตะแคงซ้าย เวลา 06.00 น. หรือ 18.00 น. จัดทำนอนหงาย

- เวลา 08.00 หรือ 20.00 น. จัดทำนอนตะแคงขวา เวลา 10.00 น. หรือ 22.00 น. จัดทำนอนตะแคงซ้าย และเวลา 12.00 น. หรือ 24.00 น. จัดทำนอนหงายตามภาพอยู่รอบนอกรูปนาฬิกา พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงติดไว้บริเวณหัวเตียงผู้ป่วย

### หมวดที่ 6 การจัดสิ่งแวดล้อม

6.1 จัดเสื้อผ้าและผ้าปูเตียงให้เรียบร้อย

6.2 การจัดสภาพแวดล้อมให้มีความชุ่มชื้นในอากาศที่เหมาะสม ไม่ควรให้ความชื้นอากาศน้อยหรือไม่ควรเปิดเผยร่างกายผู้ป่วยให้สัมผัสความหนาวเย็นกรณีที่ผู้ป่วยสื่อสารได้ควรสอบถามหากผู้ป่วยรู้สึกหนาวเย็นควรเพิ่มผ้าห่มให้กับผู้ป่วยเพื่อเพิ่มความอบอุ่น

6.3 ควรจัดให้มีการระบายอากาศที่อุณหภูมิไม่ร้อนเกินไป ไม่อับชื้น พร้อมทั้งสร้างคู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล และแผนผังแสดงขั้นตอนปฏิบัติของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล นำมาตรวจสอบคุณภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าสอดคล้องระหว่างเนื้อหาของแนวปฏิบัติในแต่ละหมวดจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เท่ากับ .98 และได้ค่าความเที่ยงจากการหาค่าความสอดคล้องตรงกันของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 19 ราย เท่ากับ .91

2. ตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยใช้ The Appraisal of guideline for Research & Evaluation (AGREE) ของ St.George's Hospital Medical School ประเทศอังกฤษ ผลการประเมินเท่ากับร้อยละ 99.28 และนำไปทดลองใช้กับพยาบาลแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย ผลการทดสอบไม่พบปัญหาในการปฏิบัติ

3. ตรวจสอบผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยกำหนดให้พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ทดลองนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ในช่วงเดือน พฤษภาคม-กรกฎาคม 2563 โดยผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับไปพร้อมกับการประเมินการเกิดแผลกดทับติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 - 4 วัน เนื่องจากการศึกษาของสายฝน (2556) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการควบคุมความชื้นของผิวหนังต่อความสมบูรณ์แข็งแรงของผิวหนังและการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เป็นระยะเวลา 5 วัน พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 30 รายในกลุ่มควบคุม มีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยจำนวน 12 ราย โดยในผู้ป่วยจำนวน 12 รายนี้มีผู้ป่วยจำนวน 6 รายเริ่มเกิดแผลกดทับใน วันที่ 3 หลังการเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

**ส่วนที่ 1** แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล มี 6 ข้อ ประกอบด้วย (1) ระดับการศึกษาสูงสุด (2) อายุ (3) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสาขาวิชาชีพพยาบาล (4) ประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการพยาบาล/ ดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ (5) ผู้ป่วยที่ท่านได้รับมอบหมายให้ดูแล เกิดแผลกดทับทุกระดับรวม และ (6) ระดับความพึงพอใจของท่านในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติงาน

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามความสามารถในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล รวมถึงคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับแบบสอบถามปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ซึ่งมีทั้งหมด 6 หมวด (38 ข้อ) ได้แก่ 1) การประเมินความเสี่ยง 2) การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน 3) การดูแลภาวะโภชนาการ 4) การดูแลสภาพผิวหนัง 5) การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล และ 6) การจัดการสิ่งแวดล้อม ลักษณะคำตอบเป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมตามแนวปฏิบัติโดยมีให้เลือกตอบ 2 คำตอบ คือ ปฏิบัติได้ และปฏิบัติไม่ได้ ซึ่งพยาบาลตอบแบบสอบถามหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลแล้ว

**ส่วนที่ 3** เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์เชิงคลินิกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประกอบด้วย ข้อมูลจากแฟ้มข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง กรกฎาคม 2563 และแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับ มี 16 ข้อ ประกอบด้วย 1) เดือนที่เกิดอุบัติการณ์เกิดแผลกดทับ 2) จำนวนวันนอนรับการรักษาในโรงพยาบาล 3) อายุ 4) เพศ 5) ประวัติโรคที่เป็น 6) ประวัติการใส่ยา 7) ประวัติการเกิดแผลกดทับ 8) การเกิดแผลกดทับมาจากบ้าน 9) ประวัติการผ่าตัด/ หัตถการ 10) การใช้อุปกรณ์ที่ทำให้เกิดแรงกด 11) ระดับฮีมาโตคริต 12) ระดับปัสสาวะและครีเอตินิน 13) ค่าดัชนีมวลกาย 14) ชนิดและปริมาณอาหารที่ได้รับ 15) คะแนนประเมินของบราเดนแรกรับ และ 16) การบันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยเฉพาะราย การประเมินการเกิดแผลกดทับที่เป็นรูปภาพ เพื่อระบุตำแหน่งของแผลกดทับที่ตรวจพบ โดยไม่นับแผลกดทับที่เกิดขึ้นแล้วซึ่งแบบประเมินส่วนนี้จัดเก็บไว้ในแฟ้มผู้ป่วยเพื่อช่วยต่อการปฏิบัติโดยใช้การแบ่งระดับของแผลกดทับขององค์กร NPUAP ซึ่งเป็นองค์กรที่เป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับระดับประเทศของออสเตรเลีย ได้มีการแบ่งระดับของแผลกดทับไว้เมื่อ ค.ศ. 1989 และมีการพัฒนาต่อมาปี ค.ศ. 2007 NPUAP (2007) ได้มีการทบทวนการแบ่งระดับของแผลกดทับและความหายของแต่ละระดับให้มีความเหมาะสม เพื่อให้ง่ายต่อการระบุระดับของแผลกดทับ โดยมีการเพิ่มจาก 4 ระดับเดิมเป็น 6 ระดับและมีการประกาศใช้เมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2007 ดังนี้

ระดับที่คาดว่าจะมีการทำลายของเนื้อเยื่อส่วนลึก Suspected deep tissue เป็นแผลกดทับที่ผิวหนังยังไม่มีการฉีกขาดสีผิวมีการเปลี่ยนแปลงเป็นสีม่วง (Purple) หรือสีเลือดนกปนน้ำตาล (Maroon) หรือเป็นตุ่มน้ำปนเลือด เนื่องจากการทำลายของเนื้อเยื่อจากแรงกดหรือแรงเฉือน และอาจทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นมีความเจ็บปวด แห้งขึ้นหรือเป็นปุ่ม อุณหภูมิอาจอุ่นกว่า หรือเย็นกว่าบริเวณข้างเคียง อาจมีตุ่มน้ำยาว ๆ ปกคลุมบนพื้นผิว แผลสีคล้ำ และอาจเปลี่ยนแปลงเป็นแผลที่ปกคลุมด้วยสะเก็ดแข็ง (Eschar)

ระดับ 1 ผิวหนังยังไม่ฉีกขาด เห็นเป็นรอยแดง เมื่อใช้มือกดรอยแดงไม่จางหายไป (Non - blanchable erythema) ปกติพบบริเวณปุ่มกระดูก การกดและเห็นรอยแดงจางหายไปอาจจะไม่เห็นในผู้ป่วยสีผิวเข้ม บริเวณนี้อาจมีความเจ็บปวด แสบคัน หรือแสบ อุ่นหรือเย็นกว่าหรือเย็นกว่าบริเวณข้างเคียง

ระดับ 2 มีการสูญเสียผิวหนังบางส่วน (Partial - thickness skin loss) ถึงชั้นหนังแท้ (Dermis) ผิวหนังอาจไม่ฉีกขาด อาจเห็นเหลืองบริเวณตุ่มน้ำที่แตกออก หรือเห็นแผลตื้นที่ชุ่มชื้นหรือแห้ง โดยไม่มีเนื้อตาย (Slough) หรือรอยถลอก

ระดับ 3 มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (Full - thickness skin loss) อาจเห็นถึงชั้นไขมันแต่ไม่เห็นถึงกระดูก เอ็นและกล้ามเนื้อ อาจเห็นเนื้อตายปิดอยู่แต่ไม่ปิดส่วนที่ลึกสุดของผิวหนังที่ถูกทำลาย อาจมีโพรงใต้ขอบแผล

ระดับ 4 มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (Full - thickness skin loss) ซึ่งมองเห็นกระดูกเอ็นหรือกล้ามเนื้อ พื้นผิวแผลอาจมีเนื้อตาย หรือสะเก็ดแข็งปกคลุมบางส่วนและส่วนใหญ่มีโพรงและช่องใต้ขอบแผล ความลึกของแผลถึงชั้นกล้ามเนื้อ หรือเนื้อเยื่อข้างเคียง ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดกระดูกอักเสบ สามารถมองเห็นกระดูกและเอ็นหรือใช้การคลำได้

แผลที่ไม่สามารถจำแนกระดับได้ (Unstageable wounds) มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (Full - thickness skin loss) ซึ่งพื้นแผลถูกปกคลุมทั้งหมดด้วยเนื้อตายหรือสะเก็ดแข็งซึ่งทำให้ไม่สามารถระบุระดับของแผลกดทับที่ถูกต้องได้

## ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ สำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล เป็นพยาบาลประจำ 19 ราย มีอายุอยู่ในช่วง 20 - 29 ปี จำนวน 12 ราย อายุมากกว่า 29 ปี จำนวน 7 ราย จบการศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมด ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานวิชาชีพพยาบาลระหว่าง 1 - 5 ปี จำนวน 10 ราย ระหว่าง 6 - 10 ปี จำนวน 3 ราย และปฏิบัติงานวิชาชีพพยาบาลมากกว่า 10 ปีขึ้นไป จำนวน 6 ราย และ 10 รายไม่เคยมีประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการพยาบาลหรือดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับคิดเป็นร้อยละ 52.6

2. ความสามารถของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ สำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีทั้งหมด 6 หมวด พบว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาลทุกรายสามารถปฏิบัติกิจกรรมตามแนวปฏิบัติได้ โดยมีจำนวนของผู้ที่ตอบปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะมากที่สุด ในหมวดที่ 1 การประเมินความเสี่ยง 2 และ 6 ราย รองลงมา 4 หมวด พบปัญหา และอุปสรรคหมวดละ 1 ราย คือหมวดที่ 2 การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน หมวดที่ 4 การดูแลสภาพผิวหนัง หมวดที่ 5 การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล และหมวดที่ 6 การจัดการสิ่งแวดล้อมซึ่งปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะทั้งหมด

3. ข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ พบว่า พยาบาลทุกรายมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ( $M = 8.5$ ,  $SD = 0.53$ ) ไม่พบว่า มีพยาบาลที่ระบุว่าไม่พึงพอใจ หรือมีความพึงพอใจในระดับน้อยจากการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้

4. ข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยสูงอายุหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ภายหลังนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ สำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ไปใช้กับผู้ป่วย 34 ราย พบว่า อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับเท่ากับร้อยละ 0

## อภิปรายผล

ผลการศึกษาการพัฒนาและประเมินของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลตามคำถามการวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาลที่ได้มาจากการทบทวนวรรณคดีและหลักฐานเชิงประจักษ์ นำมาคัดเลือกวิธีการป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยพิจารณาถึงความสอดคล้อง และสามารถปฏิบัติได้ในบริบทที่ทำงาน รวมถึงความเหมาะสมกับผู้ป่วย จนได้เป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ 6 หมวดหลักคือ (1) การประเมินความเสี่ยงเกิดแผลกดทับ (2) การดูแลสภาพผิวหนัง (3) การดูแลภาวะโภชนาการ (4) การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน (5) การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล และ (6) การจัดการสิ่งแวดล้อม

นอกจากนี้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลยังได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในแต่ละหมวด (Index of Consistency : IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และมีค่า IOC เท่ากับ .98 และหาความเท่าเทียมกันของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลระหว่างผู้ปฏิบัติจำนวน 2 รายในเวลาเดียวกัน (Inter - Rater Reliability) ได้เท่ากับ .91 ดังนั้นเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลจึงมีความถูกต้องด้านเนื้อหา ภาษาที่เข้าใจง่าย สามารถปฏิบัติได้ในบริบทของพยาบาลวิชาชีพและนำไปปฏิบัติได้ในหน่วยงาน ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการนำไปทดลองใช้ (ฟองคำ, 2549) อีกครั้งแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ได้ดัดแปลงจากการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของสภาการวิจัยทางการแพทย์ และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ได้รับการยอมรับในการนำไปใช้ในงานวิจัยที่ผ่านมา เช่น การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่คาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ในการเตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (พรพิลาศ, 2552) การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต (อารยา, 2556) เป็นต้น

2. การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล เจริญกระบวนการและผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า มีประเด็นในการอภิปรายดังนี้

2.1 ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในเชิงกระบวนการ ผู้วิจัยได้ประเมินผลเกี่ยวกับความสามารถในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ รวมทั้งปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะและความพึงพอใจของพยาบาล ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล และได้ทำแบบบันทึกปฏิบัติการเกิดแผลกดทับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยอายุรกรรม ผลการประเมิน พบว่าพยาบาลทุกราย ให้ความเห็นว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล สามารถนำไปปฏิบัติได้ทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อพิจารณารายละเอียดของแนวปฏิบัติแต่ละหมวดจะเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติบนพื้นฐานของงานประจำที่ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะเห็นได้ว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลจะเริ่มจากประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในหมวดที่ 1 จากนั้นก็ดำเนินการป้องกันการเกิดปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับในแต่ละด้านตามหมวดที่ 2,3,4,5 และ 6 แล้วมีการประเมินผลโดยการประเมินค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยอายุรกรรม ซึ่งเป็นการพยาบาลที่ต่อเนื่องทุกเวร และเป็นหน้าที่ที่พยาบาลต้องประเมินและป้องกันความเสี่ยงให้ผู้ป่วย ประกอบกับกิจกรรมในแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเป็นกิจกรรมที่ง่าย ไม่ยุ่งยากมาก สามารถปฏิบัติได้นอกจากนี้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีรายละเอียดและมีการเขียนเป็นแผนผังให้เห็นขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน รวมทั้งได้ผ่านการตรวจสอบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำสู่การปฏิบัติ ความเป็นไปได้ และความคุ้มค่าจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความชำนาญและมีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม ซึ่งการประเมินดังกล่าวเป็นการประเมินความเหมาะสมของวัฒนธรรมในบริบทที่เฉพาะเจาะจงขององค์กรนั้น (พองคำ, 2549) จึงมีผลทำให้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีรูปแบบหรือกิจกรรมในแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปปฏิบัติได้มากและเกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการ

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะที่สำคัญในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ พบว่า มีประเด็นในการอภิปราย 4 ประเด็นคือ การประเมินความเสี่ยง การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล และการจัดการสิ่งแวดล้อม ในประเด็นการประเมินความเสี่ยง พยาบาลจำนวน 6 คน ให้ความเห็นว่า ไม่สามารถประเมินได้ทุกเวรเนื่องจากภาระงานมาก ทำให้มีเวลาไม่มากพอในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ทั้งนี้เนื่องจากการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีค่าคะแนนความเสี่ยงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 ต้องเฝ้าระวังและประเมินความเสี่ยงทุกเวรโดยต้องประเมินตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า ทั้ง 6 ด้านของแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามบราเดนสเกล (1987) คือ การรับรู้ ความชื้น การทำกิจกรรม การเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการ แรงไถ และแรงเสียดทาน ทำให้ต้องใช้เวลาในการประเมิน และเมื่อไม่สามารถประเมินความเสี่ยงได้ทุกเวร จึงไม่สามารถทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของระดับค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอายุรกรรมได้อย่างต่อเนื่องทุกเวร ส่งผลให้ผู้ป่วยอายุรกรรมที่ความเสี่ยงเกิดแผลกดทับได้ง่ายขึ้น ซึ่งการที่พยาบาลไม่สามารถประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้ในเวลาที่กำหนดนั้นในการศึกษารั้งนี้ พบว่า เกิดขึ้นในวันที่ผู้ป่วยมีอาการวิกฤต และมีการทำหัตถการหลายอย่างร่วมด้วย



ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยในภาวะวิกฤตไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นอันตรายต่อชีวิตขึ้นเวลาใด เมื่อมีผู้ป่วยมีโอกาสวิกฤตทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในขณะนั้นต้องให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤตก่อน ซึ่งช่วงเวลาดังกล่าวต้องใช้พยาบาลดูแลถึง 2 - 3 คน ทำให้สัดส่วนของพยาบาลในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ไม่สามารถประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในเวลาที่กำหนดได้ คือ ปลายเวรเช้า บ่ายและดึก ดังนั้นพยาบาลจำนวน 6 คนจึงให้ข้อเสนอแนะว่า ควรลดจำนวนครั้งในการประเมินความเสี่ยงลงเหลือเฉพาะแรกรับเข้าในหออภิบาลผู้ป่วยและปรับให้เหลือวันละครั้งในช่วงต้นเวรเช้า

สำหรับประเด็นการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล พยาบาลจำนวน 2 คน ให้ความเห็นว่าผู้ป่วยบางคนไม่มีญาติ และหออภิบาลผู้ป่วยเป็นหอผู้ป่วยแบบมีกำหนดเวลาเยี่ยม ญาติไม่ได้เฝ้าตลอดเวลา ทำให้ไม่สามารถให้ความรู้ ฝึกสอนทักษะแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยได้ทุกคน ดังนั้นพยาบาลจำนวน 2 ราย จึงให้ข้อเสนอแนะว่าต้องติดต่อญาติผู้ดูแลหลัก และให้ความรู้ฝึกสอนทักษะในกรณีที่ต้องกลับไปดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีญาติให้ติดต่อเจ้าหน้าที่ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง เพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นอกจากนี้ยังมีพยาบาลจำนวนเล็กน้อยได้ระบุปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในหมวดที่ 2,3,4 และ 6

สำหรับความพึงพอใจของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ความพึงพอใจโดยรวมของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ พบว่า พยาบาลทุกคนมีคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพยาบาลส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีประโยชน์ต่อผู้ป่วยอายุรกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และกิจกรรมในแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เป็นกิจกรรมที่ทำได้ไม่ยากและสามารถปฏิบัติได้ (พองคำ, 2549) ประกอบกับมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน และมีคู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยได้จัดเอกสารต่าง ๆ เกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่ชัดเจน พร้อมเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับใส่แฟ้มไว้ที่โต๊ะทำงานของพยาบาล ดิรูปภาพพลิกตะแคงตัวไว้ที่หัวเตียงผู้ป่วยทุกเตียง และแทรกแบบประเมินความเสี่ยงไว้ในแฟ้มบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วย รวมถึงดิรูปภาพระดับแผลกดทับไว้ที่แฟ้มการดูแลแผลกดทับ เพื่อให้พยาบาลได้อ่านหรือเปิดดูเมื่อพยาบาลลิ้มขั้นตอนหรือจำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไม่ได้

นอกจากนี้สภาพแวดล้อมในหออภิบาลผู้ป่วยที่สามารถควบคุมปัจจัยรบกวนด้านสิ่งแวดล้อมด้านอุณหภูมิไม่ได้ เนื่องจากเป็นหอผู้ป่วยแบบเปิด พยาบาลจำนวน 3 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการเปิดหน้าต่าง และพัดลม หรือติดตั้งเครื่องระบายอากาศ เพื่อควบคุมอุณหภูมิให้พอเหมาะ

ดังนั้น เพื่อให้พยาบาลยังคงนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้อย่างต่อเนื่องจึงมีกลยุทธ์ที่สำคัญคือ ต้องสร้างความมีส่วนร่วม ความรู้สึกเป็นเจ้าของ สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ (ฉวีวรรณ, 2548) โดยจัดการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อนำเสนอผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติเพื่อให้เห็นถึงความเป็นประโยชน์ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลซึ่งจะช่วยให้เกิดความสะดวก และรวดเร็วในการตัดสินใจลดความหลากหลายในการปฏิบัติงานช่วยให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพ ครอบคลุม (พองคำ, 2549; อนุวัฒน์, 2541) และให้ตระหนักถึงผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย อีกทั้งยังจัดประชุมวิชาการ ฝึกทักษะ

แก่บุคลากรในหน่วยงานร่วมกับเมื่อเกิดปัญหาเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้สามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้อย่างใกล้ชิด เนื่องจากผู้วิจัยได้ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่มีแผลกดทับประจำโรงพยาบาลด้วย

2.2 ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในเชิงผลลัพธ์ทางคลินิก ผู้วิจัยประเมินผลจากอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยอายุรกรรมหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยทุกรายไม่เกิดแผลกดทับ สำหรับผลการวิจัยครั้งนี้สามารถอภิปรายเกี่ยวกับประเด็นการจัดการกับปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการเกิดแผลกดทับที่เหมาะสมขึ้นได้ ดังนี้

เนื่องจากแนวปฏิบัติทางการพยาบาลระบุให้ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตั้งแต่แรกรับเพื่อจะได้แก้ไขตามกิจกรรมที่ระบุไว้ในแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่แยกเป็นหมวด ๆ ซึ่งจากการประเมินผลพบว่า ผู้ป่วยอายุรกรรมร้อยละ 40 มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับลดลง เพราะมีการป้องกันการเกิดแรงกดแรงเสียดสี และแรงเฉือน การดูแลภาวะโภชนาการให้ดีขึ้น การดูแลสภาพผิวหนังให้แข็งแรงป้องกันการระคายเคือง และการจัดการสิ่งแวดล้อม เช่น ในผู้ป่วยอายุรกรรมบางรายที่มีปัญหาขับถ่ายอุจจาระบ่อย ได้เสนอแนะให้ใช้แผ่นรองขับและประเมินความเปียกชื้นทุกครั้งที่เกิดตะแคงตัว และทำความสะอาด เปลี่ยนแผ่นรองขับทุกครั้งที่มีการขับถ่ายโดยการทำความสะอาดควรเช็ดอย่างเบามือ งดการขัดถู และซับให้แห้งด้วยผ้าที่อ่อนนุ่มและใช้ผลิตภัณฑ์ผสมซิลิโคนทาผิวและกันทุกครั้งหลังทำความสะอาด ร่วมกับการประเมินภาวะทุพโภชนาการ และรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษาด้วยวิตามิน อาหารเสริม หรือสารน้ำเพิ่มเติม เป็นต้น ร่วมกับการแก้ไขพยาธิสภาพของโรคจากการรักษาของแพทย์จึงส่งผลให้ความรุนแรงของโรคลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของขวัญฤทัย (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ โรงพยาบาลนครพนม พบว่า ผู้ป่วยที่มีปัจจัยภายในที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เช่น ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลายระบบ มีการติดเชื้อส่งเสริมให้มีภาวะอุณหภูมิร่างกายสูง เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะเสี่ยงโดยใช้เครื่องมือ และการรักษาที่มีมาตรฐานครอบคลุมภาวะเสี่ยงจากปัจจัยภายในและมีการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับลดลงและไม่เกิดแผลกดทับในผู้ป่วย

สำหรับผู้ป่วยสูงอายุร้อยละ 60 ที่มีค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลคงที่ เนื่องจากผู้ป่วยอายุรกรรมที่นอนติดเตียงไม่สามารถช่วยตนเองได้ มีภาวะติดเชื้อที่ปอดต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ จึงทำให้ไม่สามารถสื่อสารความต้องการของตนเองและไม่สามารถรับรู้ต่อความสบายที่เกิดจากการไม่เคลื่อนไหวร่างกาย อีกทั้งในระยะเวลา 3 วันที่ทำการศึกษานั้นความรุนแรงของโรคไม่ลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของนภาพร (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม ที่ พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุร้อยละ 80 มีระดับความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับคงที่ ซึ่งเป็นผลจากผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มตัวอย่างอยู่ในภาวะโรคเรื้อรัง ประกอบกับความเสื่อมของวัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีระดับความเสี่ยงไม่เปลี่ยนแปลง แต่อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้ป่วยสูงอายุจะยังมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ แต่ผลการศึกษานี้กลับพบว่า ไม่เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอายุรกรรมทุกรายหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติตามกิจกรรมตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์สามารถ

ช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสายฝน (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมควบคุมความชื้นของผิวหนัง และการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ที่พบว่าปัจจัยภายในที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับเกิดจากอิทธิพลของโปรแกรมการควบคุมความชื้นของผิวหนังที่พัฒนาขึ้นมากกว่า ปัจจัยภายในของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

## เอกสารอ้างอิง

- จิตร สิริอมร, อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล, สงวนสิน รัตนเลิศ และเกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์. (2543). *Clinical Practice Guideline; การจัดทำและนำไปใช้*. กรุงเทพมหานคร : ดีไซน์.
- จิณพิชญ์ชา มะมม. (2012). บทบาทพยาบาลกับแผลกดทับ : ความท้าทายในการป้องกันและการดูแล. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 20(5), 478-490.
- ฉวีวรรณ ธงชัย. (2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก. *วารสารสภาการพยาบาล*, 20(2), 63 – 76.
- นภาพร ภูมิ. (2550). *การพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, กรุงเทพฯ.
- พุดตาน วงศ์ศิริรัตน์ชัย. (2556). *Assessment of Pressure Ulcer and Benefit of Pressure Ulcer Treatment Following Clinical Practice Guideline*. ใน: พรพรหม เมืองแมน Wound Care 2013. กรุงเทพฯ: เวชสาร 2556; 209-221.
- พรพิลาศ พลประสิทธิ์. (2552). *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่คาสายสวนหลอดเลือดดำ*. กรุงเทพมหานคร.
- พองคำ ดิลกสกุลชัย. (2549). *การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ*. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟรี-วัน.
- ยุวดี เกตสัมพันธ์, อัญญา ท้วมเพิ่มผล, นภาพร อภิตวีจิเศรษฐ์ และจุฬาร ประสงค์, (2552). *การดูแลแผลกดทับ: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร : ไทยเอฟเฟคท์สตูดิโอ
- วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัณย์ เสนารัตน์, วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร, ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู และ นันทานนท์. (2549). *การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. เชียงใหม่ : นันทพันธ์พรินต์.
- สายฝน ไทยประดิษฐ์. (2556). *ผลของโปรแกรมควบคุมความชื้นของผิวหนังต่อความสมบูรณ์แข็งแรงของผิวหนังและการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สำนักพยาบาล สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *คู่มือการจัดเก็บข้อมูลสำคัญ*. กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร.
- สถิติกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. (2562). *รายงานสถิติประจำปี 2562*. กรุงเทพมหานคร.
- อารยา โกมล. (2556). *การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- Bennett, E., Hauck, Y., Bindahneem, S., Banham, V., Owens, M., Priddis, L. et al. (2012). *The development of an interdisciplinary research agenda at Ngala: an innovative case study*.
- Bergstrom, N., Braden, J.B., Laguzza, A. & Holman, V. (1987). The Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nursing Research*, 36(4), 205-210.
- Elliott, R., McKinly, S. & Fox, V. (2008) Quality improvement program to reduce the of pressure ulcers in an intensive care unit [Electronic version].
- Elliott, R., McKinly, S. & Fox, V. (2008) Quality improvement program to reduce the prevalence of pressure ulcers in an intensive care unit [Electronic version]. *American Journal of Critical Care*, 17(4), 328-335.
- Jaul, E. (2010). Assessment and management of pressure ulcers in the elderly: Current Strategies. *Drugs & Aging*, 27(4), 311-326.
- The National Pressure Injury Advisory Panel. (2019). *prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: Clinical Practice Guideline*. United States: University of Southern California (USC) Campus.
- National Health and Medical Research Council [NHMRC]. (1998). A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. Retrieved July 10, 2011, from [http://www.ausinfo.gov.au/gen\\_hottobuy.html](http://www.ausinfo.gov.au/gen_hottobuy.html).
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2007). Pressure ulcer stages revised by NPUAP: Pressure Ulcer Definition. Retrieved September 13, 2012, from [www.npuap.org/pr2htm](http://www.npuap.org/pr2htm).
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009). European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Retrieved September 13, 2012, from [www.npuap.org](http://www.npuap.org)
- The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Collaboration. (2011). The of guidelines for research and evaluation [AGREE] instrument. Retrieved September 18, 2011, from <http://www.agreecollabolation.org>.

## บทความวิจัย

### ผลของการให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหารและการรับประทานอาหาร ในรูปแบบ DASH ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อการลดความดันโลหิต ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

#### The Effects of Low Sodium, DASH Dietary Pattern Education and Applying Theory of Planned Behavior on Blood Pressure Reduction in Hypertension Patients

ชวิศา เลิศมงคลธีรกุล\* ปฏิพร บุญยพัทธ์กุล\*\* อนุแสง จิตสมเกษม\*\*\*

Chawisa Lerdmongkhonterakool\* Patiporn Bunyaphatkun\*\* Anusang Chitsomkasem\*\*\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้ดำเนินการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) โดยทำการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ระดับความดันโลหิต เจตคติ การคล้อยตาม กลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมต่อการรับประทานอาหารตามแนวทาง DASH ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน เพื่อควบคุมความดันโลหิต ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหารและการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน

ดำเนินการวิจัย ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องตรวจหัวใจและหลอดเลือด คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล จำนวน 75 คน เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อแอปพลิเคชัน Line ในการสื่อสารและให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหารและการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนต่อการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง Ajzen (1991) มาเป็นกรอบในการสร้างโปรแกรมซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้ 1) สร้างเจตคติต่อการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH 2) สร้างการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง 3) สร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง 4) สร้างพฤติกรรมการรับประทานอาหาร 5) ประเมินผลการใช้โปรแกรมในแต่ละกิจกรรม โดยใช้เอกสารและสื่อวีดิทัศน์ในการให้ความรู้ ได้แก่ คู่มือแนะนำการควบคุมความดันโลหิตตามแนวทาง DASH วีดิทัศน์คำแนะนำการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามที่ได้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดทฤษฎีตามแบบแผนของ Ajzen ระยะเวลาในการติดตามประเมินทุกวันเป็นเวลา 3 สัปดาห์

\* corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ห้องตรวจสมรรถภาพหัวใจ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล e-mail: chawisa@nmnu.ac.th

\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รองคณบดี คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงบน และช่วงล่างต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p - value < 0.001$ ) เนื่องมาจากในโปรแกรมมีรูปแบบการบรรยายโดยใช้คลิป VDO บรรยายผ่านสื่อโซเชียล (Line group) มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ และมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง จนเกิดพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ การศึกษาในครั้งนี้อาจมีข้อจำกัดเพียง 3 สัปดาห์ ซึ่งระยะเวลาอาจส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาว ดังนั้นควรมีการวิจัยเชิงทดลองต่อเนื่อง และติดตามผลในระยะกลาง และระยะยาว รวมทั้งประยุกต์ใช้นวัตกรรมและช่องทางการสื่อสารที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต จะช่วยให้พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพด้วยโปรแกรมการปรับอาหารด้วยวิธี DASH เกิดความยั่งยืน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการปรับอาหารด้วยวิธี DASH/ พฤติกรรมตามแบบแผน/ ความดันโลหิตสูง

## Abstract

This study was a Quasi - experimental research conducting with pretest and posttest interventions. The objectives of this study were to compare the blood pressure level, attitude, subjective norm, self-efficacy, and dietary control behaviours according to the DASH guidelines integrative with the theory of planned behavior. Pre and post measurements were obtained to evaluate the outcomes of the study.

This research was composed of 75 hypertensive patients aged 20 years and over and being a patient at the cardiovascular unit, Faculty of Medicine -Vajira Hospital. The participants of the study were joined with DASH programme using social media application-Line group for facilitating and sharing experiences and information. The DASH program was advised the dietary control and the consumption of sodium intake guidelines applying with planned behaviour theory (Ajzen' 1991). The research framework and plan combined with 5 activities including: 1) Promote the attitude for DASH dietary control, 2) Create subjective norm of the study group, 3) Encourage of self-efficacy, 4) Promote health dietary control behaviours, and 5) Evaluate the outcomes of the programs and activities. The documents and video media of DASH guidelines were used to control blood pressure of the patients in this study. The data were collected by using a questionnaire which was developed from the reviewed literature relating to the research framework of planned behaviours theory. This research was evaluated daily over 3 weeks of the study.

Research results: This study found that the reduction in systolic and diastolic blood pressure was significantly decreased after participating for 3 weeks intervention ( $p - value < 0.001$ ). Social media application - Line group and video conference platforms were significantly beneficial to improve the participants health behaviors and outcomes. Learning by sharing

experiences within the group and continuous follow - up by the facilitator were the keys to success in this programme.

Research recommendations: the DASH dietary programme for 3 weeks is effective in controlling blood pressure. However, a medium and long-term programme should be conducted to evaluate health behaviours. Integrating of social media applications that related to the patients' lifestyle would be beneficial to promote the sustainability of DASH programmes and improve patient quality of life.

**Keyword:** DASH Diet/ Theory of Planned Behavior/ Hypertension

## บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข โดย พบว่า มีประชากรมากกว่า 1 ใน 5 ของวัยผู้ใหญ่ประมาณ 9.4 ล้านคนทั่วโลก ที่โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต (World Health Organization, 2015) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคที่ไม่มีสัญญาณเตือนหรือแสดงอาการ จึงถูกเรียกว่า ฆาตกรเงียบ (Silent killer) เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาหลักของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ส่งผลทำให้ประชากรเสียชีวิตก่อนวัยอันควร หากภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญของร่างกายได้แก่ หัวใจ สมอง ไต ตา และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง ถึง 2 เท่า (World Health Organization, 2013)

สำหรับประเทศไทยในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2558 - 2560) จากสถิติของกรมควบคุมโรค พบผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 540,013 คน เป็น 813,485 คน ในกลุ่มประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 เป็นร้อยละ 24.7 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2561) สาเหตุของการเกิดความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายน้อย การบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือและไขมันสูง และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เสาวลักษณ์ มูลสาร และเกษร สำเภาทอง, 2559) จากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า คนไทยนิยมรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ด อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ในขณะที่การรับประทานผักผลไม้ไม่อยู่ในระดับที่น้อยกว่า 400 กรัมต่อวัน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563) อาหารเหล่านี้มีปริมาณโซเดียมและไขมันสูง ซึ่งโซเดียมที่ได้จากการกินอาหารจะส่งผลต่อระดับความดันโลหิตสูงโดยตรง เนื่องจากเกลือโซเดียมในร่างกายที่สูงขึ้นจะส่งผลให้ร่างกายมีการดูดน้ำกลับเข้าสู่หลอดเลือดได้มากขึ้น ส่งผลให้ผนังด้านในของหลอดเลือดมีปริมาณเลือดและความต้านทานในหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการปรับเปลี่ยนวิธีการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงจึงเป็นสิ่งสำคัญ

รูปแบบของการบริโภคอาหารเพื่อลดความดันโลหิตมีหลายรูปแบบ เช่น อาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียน อาหารแบบ DASH สามารถลดความดันโลหิตได้ทั้งสองชนิด แต่เนื่องจากรูปแบบเมดิเตอร์เรเนียน มีการรับประทานโปรตีนจากเนื้อปลาเป็นหลัก ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่อาสาสมัครสามารถทำได้ยากจึงได้เลือกรูปแบบอาหาร DASH มาใช้ในการวิจัย DASH หรือ Dietary Approaches to Stop Hypertension Diet คือ

การเลือกรับประทานอาหารเพื่อหยุดความดันโลหิตสูง หรือ รูปแบบอาหารเพื่อลดความดันโลหิตสูง ซึ่งมีรายงานการวิจัยมากมายที่ยืนยันว่า รูปแบบอาหาร DASH สามารถลดความดันโลหิตได้จริง โดย พบว่า จากการศึกษาของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พบว่า รูปแบบการบริโภคอาหาร DASH สามารถลดระดับความดันโลหิตได้มากกว่าการบริโภคอาหารรูปแบบอื่น (กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2563) รูปแบบการบริโภคอาหาร DASH นี้ เน้นการบริโภคอาหารหลัก ๆ คือ ผัก ผลไม้ ผลิตภัณฑ์อาหารที่มีไขมันต่ำ นมไขมันต่ำ ลดไขมันอิ่มตัว และคอเลสเตอรอล รวมถึงเมล็ดธัญพืช ถั่วเมล็ดแห้ง เนื้อปลา และสัตว์ปีกไม่มีหนัง

จากรายงานสถิติเวชระเบียนของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ในช่วง ปี 2560-2562 พบว่า จำนวนผู้มารับบริการด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง 21,797, 22,556 และ 23,946 คน ตามลำดับ จากการซักประวัติของผู้ที่ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ หน่วยตรวจหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ/ ควบคุมได้ แม้ว่าจะได้รับการแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัว การรับประทานยา การออกกำลังกาย จากการตรวจร่างกาย พบว่า มีน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น และระดับความดันโลหิตไม่ลดลง ทำให้แพทย์ต้องเพิ่มปริมาณและชนิดของยาลดความดันโลหิตสูง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ/ ควบคุม ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ/ ควบคุมไม่ได้ จึงได้จัดทำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ด้วยวิธีการลดโซเดียมและการรับประทานยาในรูปแบบ DASH โดยการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเชื่อเกี่ยวกับ พฤติกรรม (Behavioral beliefs) ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (Normative beliefs) และความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม (Control beliefs) (Ajzen) ด้วยการเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หน่วยตรวจหัวใจและหลอดเลือด คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

### วัตถุประสงค์

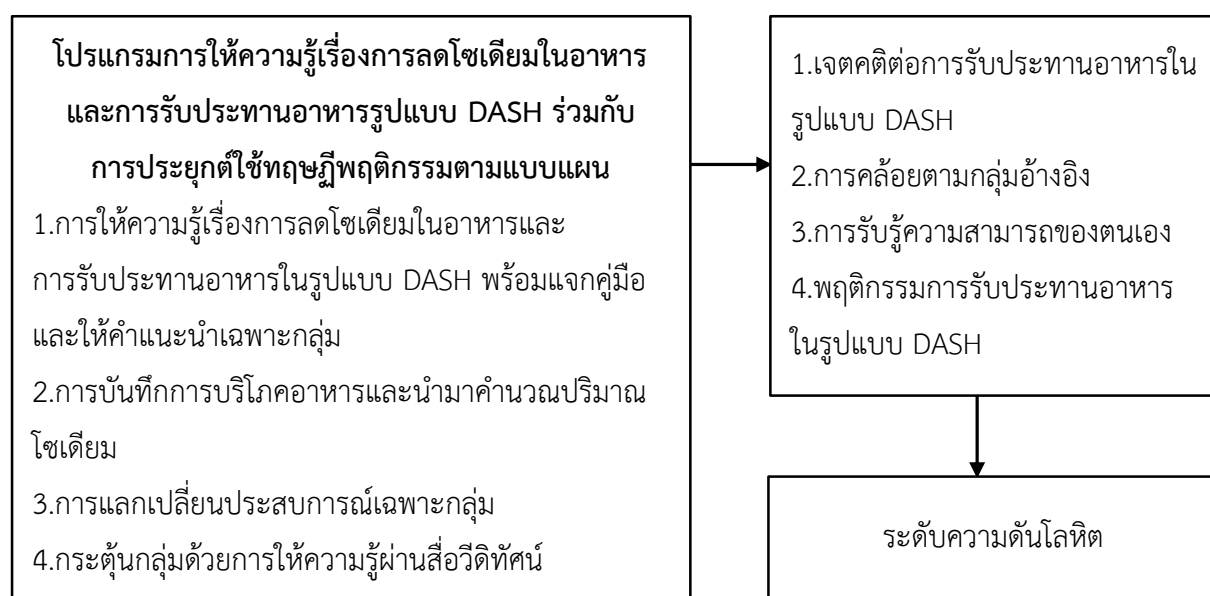
1. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความดันโลหิตก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหารและการรับประทานยาในรูปแบบ DASH
2. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติต่อการรับประทานยาในรูปแบบ DASH ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหารและการรับประทานยาในรูปแบบ DASH
3. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหารและการรับประทานยาในรูปแบบ DASH
4. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ความสามารถของตนเอง ในการรับประทานยาในรูปแบบ DASH ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหารและการรับประทานยาในรูปแบบ DASH



5. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหารและการรับประทานอาหารรูปแบบ DASH

### กรอบแนวคิดวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหารและการรับประทานอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนเพื่อลดความดันโลหิต ในการเสริมสร้างความมั่นใจให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้กรอบทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนของ Ajzen (1991) มาเป็นกรอบในการดำเนินกิจกรรมให้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ดังนี้



### วิธีการดำเนินงานวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) เป็นการวิจัยแบบกลุ่มตัวอย่างเดียววัดผลก่อน และหลังการทดลอง (One group pre test – post test design) มีการเปรียบเทียบก่อน – หลัง การได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ กลุ่มประชากรคือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีค่าความดันโลหิต > 130/80 mmHg (American College of Cardiology/American Heart Association : ACC/AHA, 2018) ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป รวมทั้งผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม ได้แก่ เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ ซึ่งผลของการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Taro Yamane (YAMANE, 1973) ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จำนวน 75 คน โดยระยะเวลาในการศึกษาวิจัยเริ่มตั้งแต่เดือน พฤษภาคม - ถึงกรกฎาคม 2563

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดทฤษฎีตามแบบแผนของ Ajzen (1991) ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง ประวัติการดื่มเหล้า ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการใช้สมุนไพร ประวัติการใช้อาหารเสริม

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามเจตคติต่อการรับประทานในรูปแบบ DASH เป็นแบบสอบถามมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงเจตคติต่อการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH พัฒนาขึ้น โดย Huang, Yang, and Wang (2014) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ และลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง เป็นแบบสอบถามมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงระดับการรับรู้การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH พัฒนาขึ้น โดย Huang et al. (2014) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ และลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH พัฒนาขึ้นโดย Chen (2012) เป็นแบบสอบถามมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมรับประทานในรูปแบบ DASH ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ และลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

**ส่วนที่ 5** แบบสอบถามพฤติกรรมรับประทานในรูปแบบ DASH พัฒนาขึ้นโดย Dehghanan and Bakhshandeh (2014) เป็นแบบสอบถามมีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบถึงระดับพฤติกรรม รับประทานด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ และลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหาร และการรับประทานในรูปแบบ DASH ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนต่อการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 22 วัน Ajzen (1991) มาเป็นกรอบในการสร้างโปรแกรม โปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาวิจัยประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้ 1) สร้างเจตคติต่อการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH 2) สร้างการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง 3) สร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง 4) สร้างพฤติกรรมรับประทาน 5) ประเมินผลการใช้โปรแกรมในแต่ละกิจกรรม โดยใช้เอกสารและสื่อวีดิทัศน์ในการให้ความรู้ ดังนี้ คู่มือแนะนำการควบคุมความดันโลหิตตามแนวทาง DASH วิดิทัศน์คำแนะนำการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH แบ่งเป็น 6 เรื่อง แต่ละเรื่องใช้เวลาเรื่องละ 2 - 5 นาที

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามการวิจัย ซึ่งใช้วิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item - Objective Congruence : IOC) และข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้อง อยู่ระหว่าง 0.66 - 1.00 จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน

## 2. ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability)

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามรายด้าน ดังนี้ 1) แบบสอบถามเจตคติต่อการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH 2) แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง 3) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH โดยการนำแบบทดสอบไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้มารับบริการที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงซึ่งมีลักษณะประชากรใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (พิชิต ฤทธิ์จรูญ, 2544) ซึ่งผลการวิเคราะห์รายด้าน ได้เท่ากับ 0.844, 0.824, 0.891, 0.817 ตามลำดับ

3. ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องวัดความดันโลหิต โดยศูนย์เครื่องมือแพทย์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช มีการสอบเทียบเครื่องมือที่ใช้ในวัดความดันโลหิต (Calibration) ตามมาตรฐาน ISO 9001 ทุก ๆ ปี

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยเสนอเอกสารต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ผู้วิจัยจึงนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

4.1 คู่มือการควบคุมความดันโลหิตตามแนวทาง DASH

4.2 วิดีทัศน์คำแนะนำการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH ประกอบด้วยเนื้อหา 6 ตอน

4.3 โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหาร และการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนต่อการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

## การรวบรวมข้อมูล

การทำวิจัยครั้งนี้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมสากล ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เลขที่โครงการ COA 033/2563 การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล และทำหนังสือเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์คัดเข้า ให้ได้ตามจำนวน

3. ผู้วิจัย สร้างสัมพันธภาพกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

4. เมื่อผู้ป่วยยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรม ดังนี้

วันที่ 1 วัดความดันโลหิต ทำแบบทดสอบ ให้ความรู้เป็นรายบุคคล และแจกคู่มือการควบคุมความดันโลหิตตามแนวทาง DASH พร้อมสร้างกลุ่มในแอปพลิเคชัน Line และให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชัน line ตั้งแต่วันที่ 2 - 21

วันที่ 2 ให้ความรู้กลุ่มในแอปพลิเคชัน Line ผ่านสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง เคล็ดลับการลดความดันโลหิตด้วยอาหาร DASH

วันที่ 3 ใช้สื่อแอปพลิเคชัน Line ส่วนบุคคล สอบถามเกี่ยวกับรายการอาหารที่รับประทาน และคำนวณค่าโซเดียมในหนึ่งวันที่รับประทาน กรณีผู้ป่วยรายใดกำหนดรายการอาหารควบคุมโซเดียมได้ดี แนะนำให้ผู้ป่วยรายนั้นแชร์ข้อมูลให้แก่ผู้ป่วยรายอื่น ๆ

วันที่ 4 ให้ความรู้กลุ่มในแอปพลิเคชัน Line ผ่านสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง เกลือภัยเงียบกับความดันโลหิตสูง

วันที่ 5 ใช้สื่อแอปพลิเคชัน Line ส่วนบุคคล สอบถามเกี่ยวกับรายการอาหารที่รับประทาน และคำนวณค่าโซเดียมในหนึ่งวันที่รับประทาน กรณีผู้ป่วยรายใดกำหนดรายการอาหารควบคุมโซเดียมได้ดี แนะนำให้ผู้ป่วยรายนั้นแชร์ข้อมูลให้แก่ผู้ป่วยรายอื่น ๆ

วันที่ 6 ให้ความรู้กลุ่มในแอปพลิเคชัน Line ผ่านสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง มีแต่อาหารไขมันสูง กินอะไรดี

วันที่ 7 ใช้สื่อแอปพลิเคชัน Line ส่วนบุคคล สอบถามเกี่ยวกับรายการอาหารที่รับประทานและ คำนวณค่าโซเดียมในหนึ่งวันที่รับประทาน กรณีผู้ป่วยรายใดกำหนดรายการอาหารควบคุมโซเดียมได้ดี แนะนำให้ผู้ป่วยรายนั้นแชร์ข้อมูลให้แก่ผู้ป่วยรายอื่น ๆ

วันที่ 8 ให้ความรู้กลุ่มในแอปพลิเคชัน Line ผ่านสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง น้ำหนักกับการออกกำลังกาย

วันที่ 9 ใช้สื่อแอปพลิเคชัน Line ส่วนบุคคล สอบถามเกี่ยวกับรายการอาหารที่รับประทาน และคำนวณค่าโซเดียมในหนึ่งวันที่รับประทาน กรณีผู้ป่วยรายใดกำหนดรายการอาหารควบคุมโซเดียมได้ดี แนะนำให้ผู้ป่วยรายนั้นแชร์ข้อมูลให้แก่ผู้ป่วยรายอื่น ๆ

วันที่ 10 ให้ความรู้กลุ่มในแอปพลิเคชัน Line ผ่านสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง แอลกอฮอล์กับความดันโลหิตสูง

วันที่ 11 ใช้สื่อแอปพลิเคชัน Line ส่วนบุคคล สอบถามเกี่ยวกับรายการอาหารที่รับประทาน และคำนวณค่าโซเดียมในหนึ่งวันที่รับประทาน กรณีผู้ป่วยรายใดกำหนดรายการอาหารควบคุมโซเดียมได้ดี แนะนำให้ผู้ป่วยรายนั้นแชร์ข้อมูลให้แก่ผู้ป่วยรายอื่น ๆ

วันที่ 12 ให้ความรู้กลุ่มในแอปพลิเคชัน Line ผ่านสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง บุหรี่กับความดันโลหิตสูง

วันที่ 13 - 21 ใช้สื่อแอปพลิเคชัน Line ส่วนบุคคล สอบถามเกี่ยวกับรายการอาหารที่รับประทาน และคำนวณค่าโซเดียมในหนึ่งวันที่รับประทาน

วันที่ 22 นัดผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เพื่อวัดความดันโลหิต ทำแบบทดสอบชุดเดียวกันกับวันที่ 1 ทบทวนความรู้การปฏิบัติตัว ตอบข้อซักถามข้อสงสัย สอบถามปัญหาอุปสรรค และแจ้งสิ้นสุดการวิจัย

การเก็บข้อมูลปริมาณโซเดียม ผู้วิจัยออกแบบบันทึกค่าปริมาณโซเดียมในอาหารของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ทุกวัน (Day1 - Day 21) เพื่อนำผลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการวิจัย โดยมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถ เข้าถึงข้อมูลได้

### การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้ครบ ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ มีรายละเอียด ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้บรรยายลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ร้อยละเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม การบริโภค

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ การคล้อยตาม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามแนวทางของ DASH และการดูแลตนเอง

ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) และนำคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ มาทดสอบ โดยใช้สถิติ Paired t - test

## ผลการวิจัย

1. จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 75 ราย พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.7 มีอายุเฉลี่ย 63.05 ปี และมีสถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 62.7 อาชีพส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านหรือพ่อบ้าน รองลงมาคือรับราชการ และ รับจ้าง ร้อยละ 32.0, 25.3 และ 16.0 ตามลำดับ การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา และ ประถมศึกษา ร้อยละ 49.3, 24.0 และ 14.7 ตามลำดับ รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 25,000 บาทขึ้นไป รองลงมาคือ 0 - 5,000 บาท 10,001 - 15,000 บาท และ 20,001 - 25,000 บาท ร้อยละ 41.3, 14.7, 12.0 และ 12.0 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 26.40 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> พบว่า มีการดื่มสุรา ร้อยละ 13.3 การสูบบุหรี่ ร้อยละ 10.7 การใช้สมุนไพร ร้อยละ 16.0 และการใช้อาหารเสริม ร้อยละ 12.0

2. การเปรียบเทียบความดันโลหิตระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

| ค่าความดันโลหิต                                | ก่อนเข้าร่วม |       | หลังเข้าร่วม |       | ค่าผลต่างของ |       | 95%CI             | t       | p-value* |
|------------------------------------------------|--------------|-------|--------------|-------|--------------|-------|-------------------|---------|----------|
|                                                | โปรแกรม      |       | โปรแกรม      |       | ค่าเฉลี่ย    |       |                   |         |          |
|                                                | Mean         | SD    | Mean         | SD    | Mean         | SD    |                   |         |          |
| ความดันช่วงบน<br>(Systolic blood pressure)     | 149.48       | 13.91 | 130.81       | 11.91 | -18.67       | 12.49 | (-21.54 - -15.79) | -12.94  | <0.001   |
| ความดันช่วงล่าง<br>(Diastolic blood pressure)  | 83.00        | 12.44 | 76.75        | 12.61 | -6.25        | 8.21  | (-8.14 - -4.37)   | -6.597  | <0.001   |
| ความดันเลือดแดงเฉลี่ย (Mean arterial pressure) | 105.16       | 10.83 | 94.77        | 10.87 | -10.39       | 8.64  | (-12.38 - -8.40)  | -10.418 | <0.001   |

จากตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยความดันช่วงบน (Systolic blood pressure) และค่าเฉลี่ยความดันช่วงล่าง (Diastolic blood pressure) ของอาสาสมัครหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < 0.001)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

| ตัวแปร                  | ก่อนเข้าร่วม |      | หลังเข้าร่วม |      | ค่าผลต่าง    |      | 95%CI       | t      | p -value* |
|-------------------------|--------------|------|--------------|------|--------------|------|-------------|--------|-----------|
|                         | โปรแกรม      |      | โปรแกรม      |      | ของค่าเฉลี่ย |      |             |        |           |
|                         | Mean         | SD   | Mean         | SD   | Mean         | SD   |             |        |           |
| เจตคติต่อ               |              |      |              |      |              |      |             |        |           |
| การรับประทานอาหาร       | 3.92         | 0.45 | 4.54         | 0.37 | 0.62         | 0.51 | (0.51-0.74) | 10.622 | <0.001    |
| การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง | 3.62         | 0.68 | 4.43         | 0.46 | 0.81         | 0.66 | (0.66-0.96) | 10.579 | <0.001    |
| การรับรู้ความสามารถ     | 3.65         | 0.63 | 4.44         | 0.47 | 0.79         | 0.61 | (0.65-0.93) | 11.216 | <0.001    |
| ของตนเอง                |              |      |              |      |              |      |             |        |           |
| พฤติกรรม                | 2.44         | 0.50 | 3.33         | 0.37 | 0.89         | 0.54 | (0.77-1.01) | 14.25  | <0.001    |
| การรับประทานอาหาร       |              |      |              |      |              |      |             |        |           |

P\* < 0.001

จากตารางที่ 2 ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < 0.001)

## อภิปรายผล

ในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูงและมีโรคร่วม หลังจากได้รับโปรแกรม การให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหารและการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH ร่วมกับการประยุกต์ใช้ ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงนั้น พบว่า

ผลของโปรแกรมต่อค่าเฉลี่ยของความดันช่วงบน (Systolic blood pressure) และความดันช่วงล่าง (Diastolic blood pressure) น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เกิดจากการจัดโปรแกรมให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหารและการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ในการควบคุมระดับความดันโลหิต สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior : TPB) ของ Ajzen (1991) อธิบายว่า การแสดงพฤติกรรมของมนุษย์จะเกิดจากการชี้แนะโดย ความเชื่อ 3 ประการได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม (Behavioral beliefs) ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (Normative beliefs) และความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม (Control beliefs) ซึ่งความเชื่อแต่ละตัว จะส่งผลต่อตัวแปรต่าง ๆ ในการจัดโปรแกรมโดยใช้กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหารและการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อการลดความดันโลหิต ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ด้วยการบรรยายการใช้คลิป VDO บรรยายผ่านสื่อโซเชียล (Line group) กลุ่มตัวอย่าง

จะต้องส่งเมนูอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน พร้อมทั้งคำนวณปริมาณโซเดียม ให้แก่ผู้วิจัยทราบ ในกิจกรรมนี้ มีการสร้างเจตคติที่ดี และเปิดโอกาสให้มีการซักถามประเด็นปัญหาที่สงสัย ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำแนะนำในเรื่อง การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมอย่างถูกต้องตามปริมาณที่เหมาะสม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ต่าง ๆ เพื่อให้เกิดเจตคติที่ดี และเกิดความคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง กิจกรรมเหล่านี้เน้นที่ตัวของ กลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก เพื่อให้มีความสอดคล้องสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารของแต่ละคน รวมถึงการคำนวณปริมาณโซเดียมในอาหารที่รับประทานตามจริงทุกวัน ซึ่งการนำไปใช้ในชีวิตอย่างสม่ำเสมอ จะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

ผลของโปรแกรมต่อค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติที่ดีขึ้นหลังจากที่เข้าร่วม โปรแกรม อธิบายตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนได้ว่าเนื่องจากในโปรแกรมมีกิจกรรมการให้ความรู้ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปรึกษาสอบถามข้อมูลระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจ ในข้อมูลที่ได้รับมากขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยของสุดฤทัย รัตนโอภาส (2560) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลปากน้ำชุมพร การดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โปรแกรมที่อาสาสมัครเข้าร่วมเป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้ให้ผู้ป่วย มีส่วนร่วม ในการวิเคราะห์ปัญหา การเสริมพลัง และเชื่อมความสัมพันธ์ ปรับทัศนคติ ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สร้างคู่มือการปฏิบัติตนให้กับผู้ป่วย และกิจกรรมการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมด้วยการติดตามอาสาสมัครผ่านสื่อแอปพลิเคชัน Line ซึ่งเป็น กิจกรรมที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม กล่าวคือคำถาม ได้ติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เปรียบเสมือนเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมอีกทางหนึ่ง แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริม ให้เกิดความรู้ เจตคติและการปฏิบัติที่เชื่อมโยงกัน เนื่องจาก ความรู้ เจตคติมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ

ผลของโปรแกรมต่อค่าเฉลี่ยของคะแนนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า การให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหารและการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH กลุ่มตัวอย่าง มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงที่ดีขึ้นหลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรม เนื่องจากโปรแกรมที่จัดให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างอย่างต่อเนื่องทุกวันจนครบ 21 วัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิด ความคล้อยตามและทำพฤติกรรมนั้น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาพัชรชาติ ทองเนื่อง และอัญญภัคสร ใจสมคม (2562) ที่ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ในประชากรวัยผู้ใหญ่ พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของประชากรวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถ้าบุคคลได้รับรู้ว่าคุณ ที่มีความสำคัญต่อเขาได้ทำพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ก็จะมีแนวโน้มที่ จะคล้อยตามและกระทำพฤติกรรมนั้น การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงจึงเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อแรงผลักดัน ทางสังคมในการกระทำนั้น โดยบุคคลที่มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมากในการกระทำนั้น ๆ จะทำให้บุคคลนั้น มีความตั้งใจกระทำพฤติกรรมนั้นเช่นกัน การได้รับความเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง การได้รับการสนับสนุน ของกลุ่มตัวอย่างผู้ที่มีประสบการณ์จริง ทำให้มีกำลังใจที่จะดูแลตนเอง และเสริมสร้างกำลังใจแก่กลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนการได้รับคำแนะนำจากพยาบาลในโปรแกรม แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง

ผลของโปรแกรมต่อค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับประทานในรูปแบบ DASH พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองดีขึ้นหลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรม เกิดจากการที่ผู้วิจัยเน้นให้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมในการร่วมกิจกรรม การคำนวณปริมาณโซเดียมด้วยตนเอง และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษา จนเกิดความมั่นใจสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ อุทุมพิทยารัตน์ (2557) ที่ทำการศึกษาศิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาครโดยเน้นการสร้างคามเชื่อมั่นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายเองได้ โดยผู้ดูแลมีส่วนร่วมเน้นเทคนิคการสร้างการเรียนรู้ที่เหมาะสม พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น และระดับความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนการทดลอง จากกิจกรรมในโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหารและการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH มีเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยให้อาสาสมัครคำนวณปริมาณโซเดียมโดยมีคำพูดชักจูง แนะนำให้ปฏิบัติอย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอ ซึ่งทำให้เกิดประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง และได้เห็นประสบการณ์หรือแบบอย่างจากบุคคลอื่น รวมถึงสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ของอาสาสมัครที่มีความพร้อมในการปฏิบัติ ปัจจัยเหล่านี้นำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามแนวทางของ DASH

ผลของโปรแกรมต่อคะแนนพฤติกรรมรับประทานอาหาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีขึ้นหลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรม อธิบายได้ว่ากิจกรรมการให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหารและการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สามารถทำให้อาสาสมัครมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับประทานที่เหมาะสม เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาของยุภาพร นาคกลิ้ง (2560) ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและมีระดับความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากกิจกรรมในโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหารและการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามรูปแบบ DASH และการลดโซเดียมได้ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ถูกต้อง มีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติ เกิดความมุ่งมั่นและเชื่อมั่นในการปฏิบัติ จึงส่งผลต่อการปฏิบัติที่ถูกต้องตามจุดมุ่งหมาย ทั้งนี้วิเคราะห์ได้จากผลระดับความดันโลหิตที่ลดลงแม้ว่ายังเป็นระดับความดันที่อยู่ในเกณฑ์ปกติก็ตาม แต่หากมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องอาจส่งผลให้ระดับความดันลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติได้

ผลของโปรแกรมต่อค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมต่อวันเท่ากับ 1624.74 มิลลิกรัมหลังเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนดคือ 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน ทั้งนี้เกิดจากการจัดโปรแกรมให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหารที่จัดให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง



อย่างต่อเนื่องทุกวัน จนครบ 21 วัน กรณีผู้ป่วยรายใดกำหนดรายการอาหารควบคุมโซเดียมได้ดีแนะนำให้ผู้ป่วยรายนั้นแชร์ข้อมูลให้แก่ผู้ป่วยรายอื่น ๆ

## ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหารและการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิต ความรู้ เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถของตนเองดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งเกิดจากแบบแผนของโปรแกรมร่วมกับการกระตุ้นของผู้วิจัยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมนี้อีก ขาดการกระตุ้นจากผู้วิจัยส่งผลกระทบต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยที่อาจมีภาวะความดันโลหิตสูงกลับมาใหม่ได้อีก จึงเสนอให้มีการปรับรูปแบบวิธีการวิจัยให้เข้มงวดขึ้น การติดตามและประเมินกลุ่มตัวอย่าง ควบคุมกลุ่มตัวแปรต่าง ๆ ลดปัจจัยแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อผลการวิจัยเพื่อให้เกิดพฤติกรรมรับประทานอาหารที่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้อย่างยั่งยืน ดังข้อเสนอแนะ เพื่อการนำไปพัฒนาต่อยอดงานวิจัย ดังนี้

1. การจัดกิจกรรมในโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหารและการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควรมีการดำเนินการเป็นช่วงระยะอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการติดตามประเมินความก้าวหน้าด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยเพื่อลดอัตราการป่วยตายจากภาวะแทรกซ้อนของโรค

2. จากผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมให้ผลดีจึงควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และไม่ได้รับประทานยาประจำรักษาโรค เพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โดยมีการให้ความรู้ และข้อมูลเฉพาะเจาะจงของแต่ละโรค เพื่อลดความรุนแรงของโรคร่วมต่าง ๆ

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหารและการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นวิธีที่เหมาะสมสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดการปรับเปลี่ยนทั้งด้านความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมดูแลตนเองจนประสบผลตามความมุ่งหมายที่ตั้งไว้ สมควรนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่น ๆ เพื่อสนับสนุนให้การรักษายาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคุณภาพและประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น

2. ควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โดยมีการให้ความรู้และข้อมูลเฉพาะเจาะจงของแต่ละโรค เพื่อลดความรุนแรงของโรคร่วมต่าง ๆ

3. การจัดกิจกรรมในโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหารและการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ควรมีการดำเนินการเป็นช่วงระยะอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการติดตามประเมินความก้าวหน้าด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยเพื่อลดอัตราการป่วยตายจากภาวะแทรกซ้อนของโรค

## เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ อุดมพิทยารักษ์. (2557). โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. Veridian E-Journal Silpakorn University (Humanities, Social Sciences, and Arts), 7(1), 11.
- กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2563). แดชไดเอท (DASH Diet) บำบัดโรคความดันโลหิตสูง. (วี อินดี ดีไซน์ จำกัด ed.): กรุงเทพฯ.
- พัชรชาติ ทองเนื่อง, อัญญะภักศร ใจสมคม. (2562). ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของประชากรวัยผู้ใหญ่. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 30(2), 49-65.
- พิชิต ฤทธิ์จรูญ. (2544). หลักการวัดผลและประเมินผลการศึกษา (คณะครุศาสตร์ สถาบันราชภัฏพระนคร ed.): กรุงเทพมหานคร.
- ยุภาพร นาคกลิ้ง. (2560). ผลของการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. Journal of Health and Nursing Research (Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok), 28(1), 1-12.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563). สุขภาพคนไทย 2563 (พิมพ์ครั้งที่ 1): บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน)
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2561). ประเด็นสารณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก. Retrieved from <http://thaincd.com/document/file/>
- สุดฤทัย รัตนโอภาส. (2560). ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร. วารสารอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 3(4), 59-66.
- เสาวลักษณ์ มูลสาร, เกษร สำเภาทอง. (2559). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 11(1), 87-98.
- Ajzen, I. 1991. "The Theory of Planned Behavior". Organizational behavior and human decision processes, 50(2), 179-121.
- Chen, Y. S., dan Chang, CH (2012). Enhance Green Purchase Intentions: The Roles Of Green Perceived Value, Green Perceived Risk, And Green Trust. Management Decision, 50 (3): 502, 520.
- Dehghanan, H. & Bakhshandeh, G. (2014). The impact of green perceived value and green perceived risk on green purchase behavior of Iranian consumers. International Journal of Management and Humanity Sciences, 3(2), 1349-1357.

- Huang, Y.-C., Yang, M., & Wang, Y.-C. (2014). *Effects of green brand on green purchase intention*. Marketing Intelligence & Planning.
- World Health Organization. (2013). *A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis: World Health Day 2013*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/79059>
- World Health Organization. (2015). Q & As on hypertension. Retrieved from <http://www.who.int/features/qa/82/en/>
- YAMANE, T. (1973). *Statistics. An introductory analysis*. Third edition: Harper & Row.

## บทความวิจัย

## การพัฒนาแบบการมอบหมายงานในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B

โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

Development of Job Model for Phetcharat 12 B Faculty  
of Medicine Vajira Hospital Navamindradhiraj University

มณฑิชา วิลไกจ\*

Monticha Vilaikit\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนาแบบการมอบหมายงานเปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพบริการพยาบาลในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม 2563 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2563 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 20 คน 2) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B จำนวน 40 ราย โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาก่อนใช้การมอบหมายงานที่พัฒนา 40 ราย และเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาลงใช้การมอบหมายงานที่พัฒนา โดยมีการจับคู่ตามอายุ และโรคที่คล้ายกันเพื่อให้ผู้ป่วยมีลักษณะใกล้เคียงกัน 3) เวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B โดยสุ่มเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานใช้เป็นข้อมูลเปรียบเทียบก่อน และหลังการพัฒนา จำนวน 30 ฉบับ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ แบบการมอบหมายงานแบบผสมผสาน ประกอบด้วยคู่มือการมอบหมายงาน และแบบการมอบหมายงานในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B ที่ผู้วิจัย และบุคลากรในหน่วยงานร่วมกันพัฒนาปรับเปลี่ยนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ 2) แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพบริการพยาบาล 3) แบบประเมินบันทึกทางการพยาบาล 4) แบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา

ผลการวิจัย พบว่า

1) ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ หลังการพัฒนาแบบการมอบหมายงานแบบผสมผสานมากกว่าก่อนการพัฒนาแบบการมอบหมายงานในทุก ๆ ด้าน ทั้งด้านลักษณะงาน ด้านอิสระในงาน และด้านความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพบริการพยาบาล หลังการพัฒนา การมอบหมายงานแบบผสมผสานมากกว่าก่อนการพัฒนาในทุกด้าน

\* corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช e-mail: monticha@nmnu.ac.th

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) ความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4) ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ก่อน และหลังการพัฒนาการมอบหมายงานไม่แตกต่างกัน

**คำสำคัญ:** การมอบหมายงาน/ รายบุคคล/ ทีม/ ผสมผสาน/ ความพึงพอใจ

## Abstract

The purposes of this research were to study the results of the development of a job delivery model, comparing job satisfaction of registered nurses and customers satisfaction towards quality in Phetcharat 12B ward, Vajira Hospital, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University. The study was conducted during March 2020 to November 2020. The sample group was selected in a specific way; including 1) 20 professional nurses working in Phetcharat 12B ward with at least 1-year experience in nursing practice. 2) 40 patients admitted in Phetcharat 12B ward. It was 40 patients who were admitted prior to using the developed assignment and were the patients who were admitted after using the developed assignments with age-matched and similar disease matching for the patients. 3) Medical records of patients admitted in Phetcharat 12B ward, randomized, treated patient medical records were used for pre and post development comparisons of 30 copies. The instrument used in the experiment was a combination assignment model consisting of a handbook and a task assignment model in the study. Phetcharat 12B ward, where the researcher and staff in the organization jointly developed and modify the tools used for data collection, namely 1) the job satisfaction questionnaire of professional nurses. 2) The user opinion questionnaire on service quality. 3) Nursing record evaluation form. 4) Incidence of drug discrepancy report form.

The research findings were as follows:

1) Job satisfaction of registered nurses after the assign more mixed tasks than before development in all aspects, both the nature of the work, the freedom of the work and in the relationship with the associates were statistically significant at the .05 2) The customer satisfaction of nursing service quality after the development of integrated assignment was significantly more statistically significant than before the development in all areas at the .05 3) The completeness of nursing records after the development of the assignment model was significantly higher than before the development at the .05 4) The administration error before and after the development of assignment was not different.

**Keyword:** assignment/ case method/ team/ multiple/ satisfaction

## บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และด้านการสื่อสารที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปีของรัฐบาล ด้านการเสริมสร้าง และพัฒนาศักยภาพมนุษย์ ต้องการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี และด้านการปรับสมดุล และพัฒนาระบบการบริการจัดการภาครัฐที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง หน่วยงานภาครัฐต้องมีวัฒนธรรมการทำงานที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ตอบสนองความต้องการของประชาชน สะดวก รวดเร็ว ให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ยังมีการคุ้มครองสิทธิของประชาชนทางด้านสุขภาพตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (วิรุฬ ลิ้มสวาท, 2552) ที่กำหนดให้บุคคลที่มีสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองในการรับบริการสาธารณสุขอย่างปลอดภัย มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน ทำให้ประชาชนมีความสนใจสุขภาพ เกิดความคาดหวังต่อการบริการทางการแพทย์ที่ควรได้รับ การทำงานให้สอดคล้องกับความคาดหวัง และความต้องการของประชาชนที่ต้องการบริการด้านสุขภาพ และมีความปลอดภัยเมื่อเข้ารับบริการ มีความเกี่ยวข้องกับการบริการทางการแพทย์ที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งหอผู้ป่วยถือเป็นหน่วยงานที่สำคัญของโรงพยาบาลที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย และญาติอย่างใกล้ชิดมีการติดต่อสื่อสาร และมีกิจกรรมบริการทางสุขภาพเกิดขึ้นมากที่สุด การประเมินประสิทธิผลของหอผู้ป่วยเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล โดยผลงานมากกว่าร้อยละ 50 ที่นำไปสู่ประสิทธิผลของโรงพยาบาลนั้น เป็นผลมาจากการปฏิบัติงานของบุคลากรในกลุ่มงานพยาบาล และส่วนใหญ่อยู่ในระดับหอผู้ป่วย โดยบุคลากรสำคัญในการปฏิบัติงาน และขับเคลื่อน การดำเนินการต่าง ๆ คือพยาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรในระบบบริการสุขภาพที่เป็นตัวจักรสำคัญในการสร้างสรรค์งาน (ณปภัช วิเศษชูชาติกุล และ พิพัฒน์ นนทนาธรณ์, 2559) ซึ่งการพัฒนาคุณภาพบริการทางการแพทย์ การบริหารจัดการอัตรากำลัง และรูปแบบการมอบหมายงานทางการแพทย์ที่เหมาะสมในหอผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ ให้ผู้ป่วยได้รับการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐานวิชาชีพ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และความคาดหวังของประชาชนต่อการบริการด้านสุขภาพ

โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราช เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขั้นก้าวหน้า (Advanced Healthcare Accreditation: AHA) ในปี 2562 ผู้ป่วยที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล และผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนเสี่ยงสูง โรงพยาบาลมีการกำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้รับบริการอย่างชัดเจน มีการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ความคาดหวังของผู้รับบริการต่อการบริการด้านสุขภาพของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งด้านการบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลโดยมีหอผู้ป่วยในเป็นส่วนที่สำคัญของการให้บริการ ส่งผลให้ความคาดหวังของผู้ป่วย และผู้รับบริการต่อการบริการทางการแพทย์ย่อมสูงขึ้นด้วยเช่นเดียวกัน หอผู้ป่วยของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล แต่ละหอผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน ในลักษณะทางกายภาพ ลักษณะผู้ป่วย และจำนวนผู้ป่วย จึงทำให้รูปแบบการมอบหมายงานของแต่ละหอผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน จากปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ หอผู้ป่วยส่วนใหญ่จะใช้รูปแบบการมอบหมายงานตามหน้าที่ เพราะใช้จำนวนบุคลากรในการปฏิบัติงานน้อยในภาวะที่จำนวนบุคลากรมีจำกัด

และขาดแคลน ข้อเสียทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ครอบคลุม แบบองค์รวม ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานที่เหมาะสมกับหน่วยงานจึงเป็นสิ่งสำคัญ ทำให้การปฏิบัติงาน มีคุณภาพ และเกิดประสิทธิภาพในการดูแล

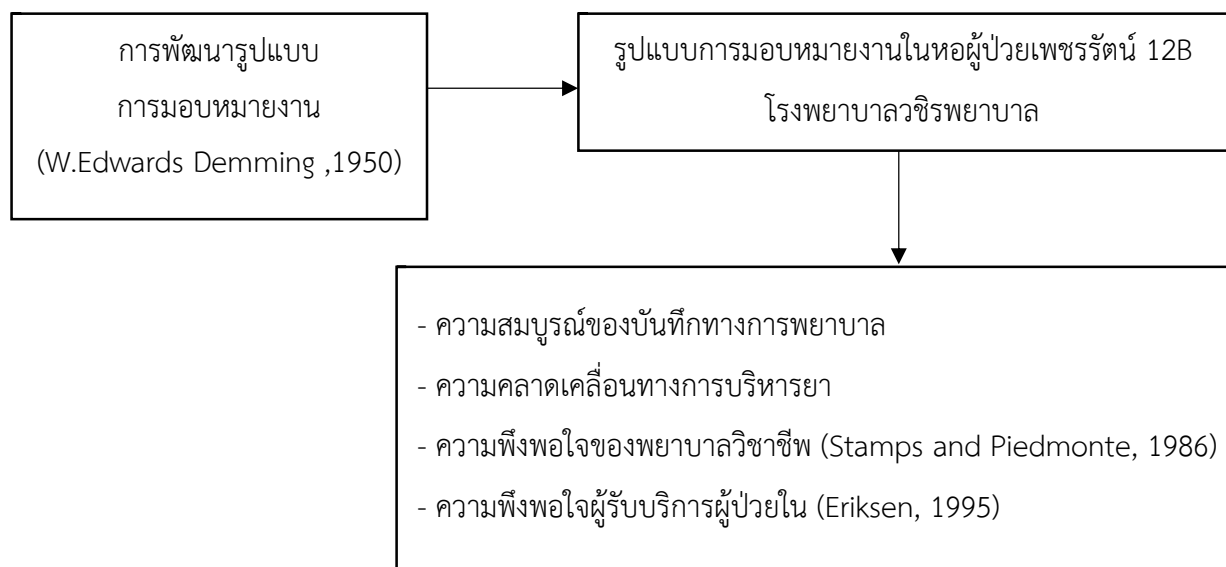
หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B เป็นหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ รับผู้ป่วยเพศชาย อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่มี ปัญหาโรคทางอายุรกรรมทั้งกลุ่มโรคที่หายขาด กลุ่มโรคเรื้อรัง และให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะกึ่งวิกฤต ทางอายุรศาสตร์ที่ไม่สามารถเข้ารับการรักษามอบหมายในหออภิบาลได้ จำนวนผู้ป่วยกึ่งวิกฤต ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ เฉลี่ย 6 - 8 รายต่อวัน ภาระงานเฉลี่ยร้อยละ 124 - 125 รูปแบบการมอบหมายงานของหน่วยงานใช้รูปแบบ การมอบหมายตามหน้าที่ในการปฏิบัติงาน (functional assignment) ให้การดูแลเฉพาะหน้าที่ตามที่หัวหน้า หอผู้ป่วย หรือหัวหน้าเวรกำหนด หรือมอบหมาย ปัญหาที่พบคือ การทำงานของบุคลากรมุ่งการทำงานที่ได้รับ มอบหมายมากกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และจากการติดตามประเมินผลคุณภาพทางการพยาบาลของ หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B ปี 2560 - 2561 พบอัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาที่มีผลกระทบในระดับ เหตุการณ์ตั้งแต่อาจเกิดความคลาดเคลื่อนจนถึงต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติมเท่ากับร้อยละ 0.033 และ 0.039 ตามลำดับ อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาความเสี่ยงสูงที่มีผลกระทบตั้งแต่อาจเกิด ความคลาดเคลื่อนจนถึงต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติมเท่ากับร้อยละ 0.15 และ 0.17 การติดตาม การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ จากการใช้กระบวนการพยาบาลโดยคณะกรรมการ พัฒนาด้านบันทึกทางการพยาบาลของหน่วยงาน และของฝ่ายการพยาบาล พบว่า ความสมบูรณ์ของ บันทึกทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B เท่ากับร้อยละ 73.83 และ 74.49 ในปี 2560 และ 2561 ตามลำดับ (แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B, 2560 - 2561) ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าว ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลวชิรพยาบาลกำหนด และจากข้อเสนอแนะของผู้เยี่ยมสำรวจ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้เกิดความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และคุ้มค่าโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วย วิกฤต หรือกึ่งวิกฤตที่ไม่สามารถเข้ารับการรักษามอบหมายในหออภิบาลได้ ผู้บริหารของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล จึงมีนโยบายให้หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B ปรับเปลี่ยนระบบการทำงานของหน่วยงาน จากการดูแลผู้ป่วย อายุรกรรมชายสามัญทั่วไปเป็น Critical care in general ward หรือหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต (semi ICU) เป็น หน่วยงานนำร่องในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้เป็นโอกาสในการพัฒนา ระบบบริการทางการพยาบาล ในการปรับเปลี่ยนรูปแบบการปฏิบัติงานของบุคลากรในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B รวมทั้งรูปแบบของการมอบหมายงานแก่บุคลากรให้เกิดประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนา รูปแบบการมอบหมายงานแบบผสมผสานโดยใช้การมอบหมายงานรายบุคคล (case method or total patient care) ร่วมกับการมอบหมายงานแบบทีม (team nursing) และศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของ การมอบหมายงานก่อน และหลังการพัฒนาต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B ความคิดเห็นของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพบริการพยาบาลของหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B และผลลัพธ์ทางการพยาบาลด้านบันทึกทางการพยาบาล และการบริหารยา โดยต้องการทราบว่าการมอบหมายงาน รูปแบบเดิมที่มีการมอบหมายงานแบบหน้าที่กับรูปแบบการมอบหมายงานแบบผสมผสานที่พัฒนาขึ้น แบบไหนมีความเหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B

## วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการมอบหมายงาน และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการมอบหมายงานของหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยกำหนดกรอบแนวคิดที่เป็นการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงาน โดยนำแนวคิดหลักการจัดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของ W.Edwards Deming โดยใช้วงล้อเดมมิง (deming wheel) หรือวงจรเดมมิง (deming cycle) หรือวงจรบริหารคุณภาพ เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบการมอบหมายงาน ซึ่งเป็นกิจกรรมพื้นฐานในการพัฒนาประสิทธิภาพ และคุณภาพของการบริหารงาน โดยประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (plan) การปฏิบัติ (do) การตรวจสอบ (check) และการปรับปรุงแก้ไข (act) มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบครบวงจรหมุนเวียนอย่างต่อเนื่อง และเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรในหน่วยงานในการแสดงความคิดเห็นต่อการพัฒนางาน และข้อเสนอแนะของผู้ป่วยจากความคิดเห็นของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพบริการพยาบาล (ผู้ป่วยใน) นำมาพัฒนางาน



## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (experimental research design) กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 20 คน คัดเลือกแบบเจาะจงโดยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B โรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยไม่รวมหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพที่ลาศึกษาและพยาบาลวิชาชีพที่จบใหม่ เวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษในหอเพชรรัตน์ 12 B โดยสุ่มเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษ ใช้เป็นข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B คัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 80 ราย โดยเป็น



ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาก่อนการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานจำนวน 40 ราย และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาหลังการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานจำนวน 40 ราย โดยมีการจับคู่ตามอายุ และโรคที่คล้ายกันเพื่อให้ผู้ป่วยมีลักษณะใกล้เคียงกัน

ขั้นตอนการดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะศึกษาเตรียมการและวางแผนก่อนการทดลอง (planning) ระยะดำเนินการทดลองมอบหมายงานและทดลองปฏิบัติ (do – check – act) ระยะการประเมินผลการทดลองของรูปแบบการมอบหมายงาน (re – check)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยประเมินก่อนพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานเปรียบเทียบกับหลังพัฒนารูปแบบการมอบหมายงาน ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความพึงพอใจในงาน แบ่งเป็น 3 ด้าน ด้านลักษณะงาน ด้านอิสระในงาน และด้านความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน ได้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีประสิทธิผล จำนวน 5 ท่าน ประกอบไปด้วย 1) อาจารย์แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านอายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินหายใจ และผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 1 ท่าน 2) อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลและพื้นฐานวิชาชีพ จำนวน 1 ท่าน 3) ผู้บริหารทางการพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยในด้านอายุรกรรม จำนวน 1 ท่าน 4) ผู้บริหารทางการพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยในด้านศัลยกรรม จำนวน 1 ท่าน 5) ผู้บริหารทางการพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 1 ท่าน มีค่า CVI เท่ากับ 0.85 แบบสอบถามความคิดเห็นผู้ใช้บริการต่อคุณภาพบริการพยาบาล (ผู้ป่วยใน) อ้างอิงจากแบบสอบถามความคิดเห็นผู้ใช้บริการต่อคุณภาพบริการพยาบาลของฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ประเมินก่อนพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานเปรียบเทียบกับหลังพัฒนารูปแบบการมอบหมายงาน ประกอบไปด้วย ด้านพฤติกรรมบริการ ด้านการให้บริการพยาบาล ด้านการให้ข้อมูล ด้านสถานที่และความสะอาดแบบประเมินบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้คู่มือเกณฑ์การให้คะแนนการแบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลผู้ใหญ่ และแบบสรุปการประเมินบันทึกทางการพยาบาลของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช แบบรายงานความเสี่ยงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของคณะกรรมการความเสี่ยง คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล การรายงานความเสี่ยงผ่านระบบ E-Phis และแบบการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ทางการพยาบาล ได้แก่ ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

### ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ของการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานให้กับประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้ไม่มีการระบุชื่อผู้แสดงความคิดเห็น จึงไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน ข้อมูลที่ได้ เป็นการสรุป และนำเสนอในภาพรวมยังประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบงาน เพื่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคน และดำเนินการวิจัยภายหลังการพิจารณาอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลขที่ COA 080/2563

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานแบบผสมผสาน โดยข้อมูลก่อนการพัฒนา รูปแบบการมอบหมายงานเป็นการมอบหมายงานแบบหน้าที่ ให้บุคลากรในหอผู้ป่วยปฏิบัติงานในรูปแบบ การมอบหมายเดิม โดยในเวลาราชการหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือหัวหน้าเวรเป็นผู้กำหนดแผน วางแผนปฏิบัติ การพยาบาล และมอบหมายงานแก่สมาชิกในเวร ส่วนนอกเวลาราชการ หัวหน้าเวรหรือหัวหน้าทีมเป็นผู้ กำหนดแผน วางแผนปฏิบัติการพยาบาลและมอบหมายงานแก่สมาชิกในเวร บุคลากรทางการพยาบาลหรือ สมาชิกในเวรปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าเวร หรือหัวหน้าทีม และนำรูปแบบ การพัฒนาการมอบหมายงานแบบผสมผสานมาทดลองปฏิบัติเป็นระยะเวลา 2 เดือน และเก็บข้อมูล หลังการทดลองปฏิบัติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดย

- 1) เปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงาน วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ dependent T-test
- 2) เปรียบเทียบความคิดเห็นผู้ใช้บริการต่อคุณภาพบริการพยาบาล (ผู้ป่วยใน) ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบการมอบหมายงาน วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ dependent T-test
- 3) เปรียบเทียบความสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ dependent T-test
- 4) เปรียบเทียบการเกิดความคลาดเคลื่อนทางการบริหารยา ก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบ การมอบหมายงานวิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย

### ผลการวิจัย

พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดเป็นเพศหญิง สถานภาพโสดมากที่สุด จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.00 สมรส 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.00 จากการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.00 รองลงมาจบการศึกษาปริญญาตรี และผ่านการอบรมเฉพาะทาง จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.00 และ จบการศึกษาปริญญาโท จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.00 ประสบการณ์การทำงานในระดับเชี่ยวชาญ มากที่สุด จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมา มีประสบการณ์การทำงานในระดับผู้เริ่มปฏิบัติงาน จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.00 ระดับปฏิบัติงาน จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.00 และน้อยที่สุดคือ ระดับผู้ชำนาญ จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.00 ตามลำดับ

ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ จากการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองรูปแบบการมอบหมายงานแบบผสมผสานพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในงานมากกว่าก่อน การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และด้านที่มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจ ในงานของพยาบาลวิชาชีพมากที่สุดคือ ด้านลักษณะงาน ด้านความอิสระในงาน และด้านความสัมพันธ์กับ ผู้ร่วมงาน ตามลำดับ (ตารางที่1)

ความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการพยาบาล (ผู้ป่วยใน) จากการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองรูปแบบการมอบหมายงานแบบผสมผสาน ความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการพยาบาล (ผู้ป่วยใน) มีค่ามากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และด้านที่มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการพยาบาล (ผู้ป่วยใน) มากที่สุด คือ ด้านให้บริการพยาบาล รองมาคือ ด้านพฤติกรรมบริการ ด้านการให้ข้อมูล และด้านสถานที่และความสะอาด ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จากการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3)

เปรียบเทียบความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงาน พบว่า ก่อนการทดลองใช้รูปแบบการมอบหมายงานแบบผสมผสานเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาจำนวน 12 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.38 และหลังการทดลองใช้รูปแบบการมอบหมายงานแบบผสมผสานเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา จำนวน 11 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.35 และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.129 และ 0.116 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการทดลองแยกรายด้าน

| ความพึงพอใจในงาน              | ก่อน      |      | หลัง      |       | t-test | p-value |
|-------------------------------|-----------|------|-----------|-------|--------|---------|
|                               | $\bar{x}$ | S.D. | $\bar{x}$ | S.D.  |        |         |
| ด้านลักษณะงาน                 | 3.44      | .597 | 4.12      | 0.000 | -4.914 | 0.000   |
| ด้านความอิสระในงาน            | 3.71      | .507 | 4.15      | 0.006 | -3.123 | 0.006   |
| ด้านความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน | 3.86      | .456 | 4.15      | 0.020 | -2.550 | 0.020   |
| รวม                           | 3.67      | .472 | 4.14      | 0.001 | -3.895 | 0.001*  |

\* P < .05

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการพยาบาล (ผู้ป่วยใน) ก่อนและหลังการทดลองแยกรายด้าน (n = 40)

| ความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการพยาบาล | ก่อน      |      | หลัง      |      | t      | p-value |
|-------------------------------------------------|-----------|------|-----------|------|--------|---------|
|                                                 | $\bar{x}$ | S.D. | $\bar{x}$ | S.D. |        |         |
| ด้านพฤติกรรมบริการ                              | 3.89      | .473 | 4.53      | .394 | -6.147 | .000    |
| ด้านให้บริการพยาบาล                             | 3.79      | .476 | 4.48      | .427 | -6.650 | .000    |
| ด้านการให้ข้อมูล                                | 3.79      | .496 | 4.43      | .415 | -5.635 | .000    |
| ด้านสถานที่และความสะอาด                         | 3.86      | .640 | 4.32      | .526 | -3.835 | .000    |
| ความพึงพอใจโดยภาพรวม                            | 4.05      | .597 | 4.45      | .552 | -3.122 | .003    |
| รวมทุกด้าน                                      | 3.88      | .516 | 4.38      | .490 | -4.210 | .000*   |

\* p < .05

**ตารางที่ 3** แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

| รายการ                                               | ก่อน      |       | หลัง      |       | t      | p-value |
|------------------------------------------------------|-----------|-------|-----------|-------|--------|---------|
|                                                      | $\bar{x}$ | S.D.  | $\bar{x}$ | S.D.  |        |         |
| การประเมินผู้ป่วย                                    | 34.79     | 5.305 | 36.18     | 2.715 | -1.217 | 0.223   |
| ประเด็นปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย                   | 12.45     | 1.545 | 15.16     | 1.402 | -8.331 | 0.000   |
| การบันทึกกิจกรรมทางการแพทย์พยาบาลและ<br>การประเมินผล | 12.03     | 1.402 | 14.93     | 1.062 | -8.867 | 0.000   |
| การวางแผนเพื่อเตรียมการจำหน่าย                       | 5.85      | 1.068 | 7.14      | 0.776 | -6.477 | 0.000   |
| ความสมบูรณ์ของการบันทึก                              | 9.64      | 0.941 | 10.41     | 0.966 | -2.976 | 0.006   |
| ความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรวม             | 74.75     | 4.801 | 84.04     | 3.531 | -8.100 | 0.000*  |

\* p < .05

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ก่อนและหลังการทดลอง

| การเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา       | ก่อนใช้ (n=3,106) |        |           | หลังใช้ (n=3,083) |        |           |
|-------------------------------------------|-------------------|--------|-----------|-------------------|--------|-----------|
|                                           | จำนวน             | ร้อยละ | $\bar{x}$ | จำนวน             | ร้อยละ | $\bar{x}$ |
| จำนวนครั้งของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา | 12                | 0.39   | 0.129     | 11                | 0.35   | 0.116     |

## การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการมอบหมายงานแบบผสมผสาน พบว่า ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพต่อการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานแบบผสมผสานสูงกว่ารูปแบบการมอบหมายงานแบบเดิม เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า ความพึงพอใจในงานด้านลักษณะงาน ด้านความเป็นอิสระในงาน และด้านความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน หลังการใช้รูปแบบการมอบหมายงานแบบผสมผสานสูงกว่าการใช้รูปแบบการมอบหมายงานแบบเดิม ซึ่งในด้านลักษณะงาน สอดคล้องกับผลงานการศึกษาของ Webb, et al., (1996) กล่าวว่า พยาบาลมีความพึงพอใจในระดับสูง เมื่อมีโอกาสได้วางแผนและกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติงานของตนเอง การรับผิดชอบผู้ป่วยคนเดิมจะทำให้พยาบาลได้ใช้ความรู้ความสามารถของตนเองได้อย่างเต็มที่ในการวางแผน กำหนดเป้าหมายงานด้วยตนเอง การพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานแบบผสมผสานมีการมอบหมายงานให้ดูแลเป็นรายบุคคล เมื่อขึ้นปฏิบัติงานและจะได้รับผู้ป่วยคนเดิมเมื่อปฏิบัติงานต่อเนื่อง ทำให้พยาบาลผู้รับผิดชอบมีโอกาสได้ใช้ความรู้ความสามารถในการวางแผนการพยาบาลให้ดูแลผู้ป่วยด้วยตนเอง จึงทำให้มีความพึงพอใจในด้านลักษณะงานสูงกว่าการมอบหมายรูปแบบเดิมซึ่งปฏิบัติงานตามหน้าที่เท่านั้น ด้านความเป็นอิสระในงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Stamps and Piedmonte, (1986) เกี่ยวกับความพึงพอใจด้านความเป็นอิสระในการทำงานที่สามารถปฏิบัติอย่างอิสระได้โดยไม่ต้องขึ้นกับใคร ใช้ความคิดริเริ่มของตนเองอย่างอิสระ ซึ่งหน่วยงานหรือผู้บังคับบัญชาเปิดโอกาสให้ปฏิบัติ และได้รับการยอมรับในผลการทำงานและ

ด้านความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน สอดคล้องกับการศึกษาของสลาวิทท์ และคณะ (Slavitt et al., 1978) ว่าการมีปฏิสัมพันธ์หรือการได้ติดต่อสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานในวิชาชีพระหว่างการทำงานส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในงาน

ความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการพยาบาล (ผู้ป่วยใน) หลังการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานแบบผสมผสาน ทำให้ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานสูงกว่ารูปแบบเดิม เนื่องจากพยาบาลสามารถวางแผนการดูแล กำหนดเป้าหมาย มีอิสระในการปฏิบัติงาน และทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการให้การดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองมากขึ้น มีการทำงานเป็นทีมและสามารถให้ข้อมูลที่สำคัญกับผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของอรัทัย ชาติโสสม และศรีสุตา พรหมสีชา (2559) ศึกษาประสิทธิภาพการมอบหมายงานแบบเซลล์ต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก พบว่าผลการใช้การมอบหมายแบบเซลล์ เป็นการมอบหมายหน้าที่ให้พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยการปฏิบัติกิจกรรมทุกอย่าง (total care) ในผู้ป่วยที่รับผิดชอบโดยหลังใช้รูปแบบการมอบหมายงานแบบเซลล์ทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้นจากวันแรกรับ มีความรู้เกี่ยวกับโรคมากขึ้น

ความสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนาค่าเฉลี่ยความสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาล เท่ากับ 84.04 เมื่อศึกษารายชั้นตอน พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานทำให้บันทึกทางการพยาบาล มีความสมบูรณ์มากขึ้น โดยการประเมินผู้ป่วย เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 91.55 เป็นร้อยละ 95.21 ประเด็นปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย (focus list) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 62.25 เป็นร้อยละ 75.8 การบันทึกกิจกรรมทางการพยาบาล และการประเมินผลเพิ่มจากร้อยละ 60.15 เป็นร้อยละ 74.65 การวางแผนเพื่อเตรียมการจำหน่าย เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 58.5 เป็นร้อยละ 71.4 และความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80.33 เป็นร้อยละ 86.75 ผลจากการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานต่อความสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาล ทำให้พยาบาลสามารถค้นหาปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย สามารถกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ในการให้การดูแลผู้ป่วยได้เพิ่มมากขึ้น และสามารถเตรียมผู้ป่วยในการวางแผนการจำหน่ายได้ดีขึ้นตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของฐิธร อัครวิศรุต, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และรุ่งรังษิ วิบูลย์ชัย (2557) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลโสธร พบว่า การมอบหมายงานแบบรายผู้ป่วยผสมผสานกับการมอบหมายงานตามหน้าที่ และเพื่อนช่วยเพื่อนทำให้ความสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น

การเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาจากผลของการวิจัย พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงาน จำนวนครั้งที่เกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา คือ 12 ครั้ง จากจำนวนใบสั่งใช้ยาทั้งหมด 3,106 ใบ คิดเป็นร้อยละ 0.39 และหลังการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงาน จำนวนการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา คือ 11 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 3,083 ใบ คิดเป็นร้อยละ 0.38 ซึ่งไม่มี ความแตกต่างกันทั้งก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงาน ซึ่งอธิบายได้ว่าอาจเกิดจากการมอบหมายงานให้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบด้วยตนเอง การบริหารยาจึงขาดการตรวจสอบจากบุคคลอื่น (independent cross check) เนื่องจากยังขาดการมอบหมายงานให้มีผู้ตรวจสอบความถูกต้องก่อนการส่งมอบยาให้กับผู้ป่วย

## ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานแบบผสมผสานนี้เหมาะสมสำหรับบริบทของหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มีผู้ป่วยแตกต่างจากหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมทั่วไป โดยหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B มีผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด มีการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ และหัตถการที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤต รวมทั้งต้องให้การดูแลผู้ป่วยสามัญทางอายุรกรรม มีการจัดอัตรากำลัง 2 ส่วนคือ 1: 2 ให้การดูแลผู้ป่วยกึ่งวิกฤต และ 1 : 6 ให้การดูแลผู้ป่วยสามัญทางอายุรกรรม ตามมาตรฐานที่สภาการพยาบาลกำหนด

2. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญในขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากระยะเวลาในการพัฒนา และเปลี่ยนแปลงระบบการมอบหมายงานในการดูแลผู้ป่วยใช้เวลาไม่น้อยแตกต่างกันในแต่ละหน่วยงาน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานต้องใช้แรงจูงใจจากผู้บริหารช่วยขับเคลื่อนไม่ให้ผู้ปฏิบัติงานใช้รูปแบบการมอบหมายงานแบบเดิมที่มุ่งเน้นงานประจำมากกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารูปแบบการมอบหมายงานอื่นที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยและบริบทของหน่วยงาน และควรมีการวัดผลลัพธ์คุณภาพทางคลินิก และการดูแลอื่น ๆ เช่น การหายของโรค หรือความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหรือญาติ หรือการกลับมารักษาซ้ำเป็นต้น

## เอกสารอ้างอิง

- กัญญดา ประจุศิลป์. (2561). *การจัดการทางการแพทย์และภาวะผู้นำ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- กัลยา ศุภกิจ และเปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย. (2557). ผลของรูปแบบการพัฒนาการทำงานเป็นทีมทางการแพทย์ตามแนวคิดของโรมิกต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ. *พุทธชินราชเวชสาร*, 31(1), 34-43.
- เกศกนก แสงอุบล และมุกดา สีตลานุชิต. (2558). การพัฒนาระบบบริการพยาบาลเจ้าของไข้หอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลสายไหม. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซียฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 9(3), 208-217.
- กองการพยาบาล สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2539). *คู่มือการจัดการบริการจากหลักการสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กองการพยาบาล สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2545). *แนวทางการจัดอัตรากำลังทางการแพทย์*. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้า และพัสดุภัณฑ์.
- กองการพยาบาล สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). *บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สื่อตะวันจำกัด.
- งานเวชระเบียนและเวชสถิติ สำนักงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล. (2562). *สถิติผลการปฏิบัติงานปีงบประมาณ 2562*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช.

- จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, และเดช ทำดี. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของ  
การทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. *พยาบาลสาร*, 43(3), 117-127
- จิรพร อัครวิศรุต, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, และรุ่งรังสี วิบูลย์ชัย. (2557). การพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานใน  
หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลโสธร. *วารสารกองการพยาบาล*, 41(2), 54-71.
- นิสิต มโนตั้งวรพันธ์. (2554). การมอบหมายงานสำหรับผู้บริหาร. *วารสารนักบริหาร*, 31(3), 61-71
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). *ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์กรพยาบาลในศตวรรษที่ 21*.  
กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ:  
ยูแอนด์อินเตอร์มีเดีย.
- เยาวลักษณ์ อโณทยานนท์. (2543). *ผลของการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความพึงพอใจในงานของ  
พยาบาลความพึงพอใจ และความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยศัลยกรรม*. (วิทยานิพนธ์พยาบาล  
ศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุวดี เกตุสัมพันธ์. (2561). Nursing Care Delivery Models. *เอกสารประกอบการอบรม HA 304:  
HA กับการบริหารการพยาบาล*. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์กรมหาชน . นนทบุรี.
- วิรุฬ ลิ้มสวาท. (2552). การอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยหลังการใช้ พ.ร.บ. แห่งชาติ พ.ศ. 2550:  
กรอบแนวคิด พัฒนาการ และข้อเสนอเพื่อการพัฒนา. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 3(3), 419-433.
- อรทัย ชาดีโสม และศรีสุดา พรหมสีชา. (2559). ประสิทธิภาพการมอบหมายงานแบบเซลล์ต่อคุณภาพ  
การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทโรงพยาบาลอุดรธานี.  
*วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 24(1), 27-37.
- อรพิน บุษบัน. (2552). *การพัฒนาระบบพยาบาลเจ้าของไข้ แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ  
ในจังหวัดราชบุรี*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- Eriksen LR. (1995). Patient satisfaction with nursing care: concept clarification. *Journal of  
Nursing measurement*, 3(1), 59-76.
- Salavit, D. B., Stamps, P. L., Piedmont, E. G., and Hease, A. M. (1978). *Nurse's satisfaction  
with their work situation*. Nursing research, 27: 114-120.
- Stamps, P., Piedmonte, E. (1986). *Nurses and work satisfaction: An Index for work Satisfaction*.  
Health Administration Press, Michigan.

## บทความวิชาการ

## ความวิตกกังวลในผู้ป่วยบาดเจ็บแผลไหม้

## Anxiety in burn patient

นิตสญา ยอดเกิด\*

Nitsaya Yodgird \*

## บทคัดย่อ

อุบัติเหตุแผลไหม้เป็นอุบัติเหตุเฉียบพลันผู้ป่วยมีพยาธิสภาพการบาดเจ็บเป็นบาดแผลเปิดบนผิวหนังบริเวณกว้าง เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป้าหมายการรักษาหลักเพื่อให้เกิดการสมานของบาดแผลบนผิวหนัง ปัจจุบันเทคโนโลยีการรักษาบาดแผลความก้าวหน้าไปมากเพราะมีผู้ทำการศึกษาพัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่พบว่า การศึกษาในมิติด้านจิตใจของผู้ป่วยยังมีไม่มากนักจึงเป็นโอกาสให้ผู้เขียนทำการศึกษา เรื่องความวิตกกังวลของผู้ป่วยบาดเจ็บแผลไหม้ เพื่อพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บแผลไหม้ให้ครบทุกมิติ สร้างความเป็นองค์รวมในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บแผลไหม้

**คำสำคัญ:** ผู้ป่วยแผลไหม้/ การพยาบาล/ ความวิตกกังวล

## Abstract

Burn accident is an acute accident. The patient has an open wound on skin. Treatment goal is to achieve healing of burn wounds. Today, the technology of wound healing is continually advancing because more people have studied and interested in the continuous development and dissemination of knowledge. But the psychological dimensions of the patient and education has been done to develop the care system less than. It is an opportunity for the author to study on anxiety among injured patients to create holistic care.

**Keyword:** Burn patients/ Nursing care/ Anxiety

## บทนำ

ผู้ป่วยอุบัติเหตุเกิดผลกระทบด้านจิตใจตั้งแต่ระยะแรกเนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดมาก่อน เกิดขึ้นอย่างกะทันหันผลกระทบทางด้านจิตใจมิได้เกิดขึ้นเฉพาะกับผู้ป่วยแต่ยังเกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว ทำให้ครอบครัวเกิดความวิตกกังวลสูงโดยเฉพาะอย่างยิ่งใน 24-72 ชั่วโมงแรกของการบาดเจ็บ (Harjinder, 2009; Degeneffe, 2008) ครอบครัวมีความวิตกกังวลต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Hudak, et al., 1998) รวมทั้งการไม่รู้เรื่องการของป่วย (Testani, et al., 1992) และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Nualsritthong, et al., 2006)

\* corresponding author พยาบาล (ผู้ชำนาญการพิเศษ) หน่วยไฟไหม้ น้ำร้อนลวก โรงพยาบาลศิริราช e-mail: nitsy8322@yahoo.com



ครอบครัวที่เกิดความวิตกกังวลสูงส่งผลให้ไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้เกิดความสับสนเกิดความคับข้องใจไม่ทราบว่าควรปฏิบัติตนอย่างไรหากครอบครัวไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลอย่างถูกต้องและเพียงพอจะทำให้ครอบครัวรู้สึกยากลำบากในการปฏิบัติตัว ก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูง (Pandee, et al., 2006)

อุบัติเหตุแผลไหม้เป็นอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นได้ในขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สร้างความเสียหายต่อทรัพย์สิน ส่งผลกระทบระยะยาวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ปัจจุบันเทคโนโลยีการรักษาบาดแผลมีความก้าวหน้าช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตจากการบาดเจ็บ ในทางตรงกันข้ามมิติทางจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวยังไม่มีการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการดูแลมากนัก จึงเป็นโอกาสให้ผู้เขียนทำการศึกษา เรื่องความวิตกกังวลของผู้ป่วยบาดแผลไหม้และครอบครัว เพื่อสร้างความเป็นองค์รวมทางการพยาบาล

## ความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล (anxiety) เป็นสภาวะอารมณ์พื้นฐานของมนุษย์ เมื่อเกิดความวิตกกังวลบุคคลจะรู้สึกตึงเครียด มีความคิดกังวลและมีอาการแสดงออกทางร่างกาย บุคคลอาจประสบกับความวิตกกังวลได้ในหลากหลายสถานการณ์ทั้งในชีวิตประจำวัน การทำงานหรือแม้แต่บนท้องถนน ความวิตกกังวลในระดับที่เหมาะสมอาจก่อให้เกิดประโยชน์ในการเสริมสร้างแรงจูงใจส่งผลให้บุคคลเกิดความพยายามในการเอาชนะสิ่งที่คุกคามและความท้าทาย ในทางตรงกันข้ามความวิตกกังวลที่มากเกินไปก็สามารถนำความไม่สบายใจและรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันได้และอาจพัฒนาเป็นกลุ่มอาการวิตกกังวล (anxiety disorders) หากตกอยู่ในสภาวะดังกล่าวเป็นระยะเวลานาน (Anton, 2009)

กล่าวได้ว่าความวิตกกังวลเป็นความไม่สบายใจ ความกระวนกระวายใจ ความหวาดหวั่นพรันพรึง อันเนื่องมาจากการถูกคุกคามต่อความมั่นคงความปลอดภัยของบุคคล ความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้ตลอดชีวิตเนื่องจากมนุษย์ต้องพบเหตุการณ์มากมาย ทั้งเหตุการณ์ที่ทำให้พึงพอใจและเหตุการณ์ที่ทำให้ตึงเครียด (Jampawal, 2018) เหตุการณ์ใด ๆ ที่ทำให้เกิดความรู้สึกดังกล่าว จึงเป็นสถานการณ์ที่กระตุ้นความวิตกกังวล นอกจากนี้ความหวาดหวั่นไม่มั่นใจต่อสถานการณ์ในอนาคต เกรงว่าจะเกิดอันตรายหรือความเสียหายยังเป็นสาเหตุของความวิตกกังวลได้ และบุคคลอาจมีแนวโน้มบุคลิกภาพแบบวิตกกังวล (trait anxiety) อยู่ก่อนแล้ว ซึ่งเป็นลักษณะความวิตกกังวลที่มาจากแนวโน้มของบุคคลเองทำให้บุคคลนั้นไวต่อเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกกังวลได้ง่าย (Spielberger, 1966) ความวิตกกังวลที่มากหรือเป็นเวลานาน ๆ ส่งผลเสียต่อสุขภาพ (Stuart & Sundeen, 1995) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติให้มีลักษณะสู้หรือหนี (Spieberger & Gorsuch, 1983)

จากประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยไฟไหม้ น้ำร้อนลวกโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลต่อการทำแผล เมื่อเห็นแพทย์และพยาบาลเตรียมอุปกรณ์ทำแผลก็เกิดอาการปวดแผลมากทั้งที่ยังไม่ได้เปิดแผล หลังทำแผลแม้ไม่มีอาการปวดแผลแต่ผู้ป่วยยังร้องไห้ต่อเนื่องจากอารมณ์เศร้า มีความคิดวนซ้ำกับการเกิดอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยมักพูดว่า “ทำไมเหตุการณ์แบบนี้ต้องเกิดขึ้นกับฉัน” สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความปวดในผู้ป่วยแผลไหม้ของ บุชบา สมใจวงษ์ (2563) ซึ่ง พบว่า ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีอำนาจในการทำนายระดับความปวดโดยผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

ในระดับต่ำส่งผลให้ความรุนแรงของความปวดน้อยและเมื่อเกิดการรับรู้อารมณ์ด้านลบ ส่งผลให้ความอดทนต่อความปวดลดลง บุคคลจึงมีการรับรู้และแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อความปวดเพิ่มมากขึ้น (Moayed & Davis, 2013) ดังนั้นจึงควรหาแนวทางในการพัฒนากิจกรรมการพยาบาลเพื่อจัดการกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการความปวดและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแผลไหม้

สรุปความวิตกกังวลเป็นภาวะทางอารมณ์ขั้นพื้นฐานของมนุษย์เริ่มตั้งแต่แรกคลอดและต่อเนื่องไปตลอดชีวิตเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งกระตุ้นหรือเกิดสถานการณ์ที่คุกคามต่อความปลอดภัยหรือต่อการนับถือตนเอง ผ่านการคาดการณ์และแปลผลตามทัศนส่วนตัว สร้างความรู้สึกไม่สุขสบายทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจและพฤติกรรมส่งผลต่อการเรียนรู้ การรับรู้ ความคิดและการตัดสินใจความวิตกกังวลในระดับที่เหมาะสมก่อให้เกิดประโยชน์ในการเสริมสร้างแรงจูงใจ ส่งผลให้บุคคลเกิดความพยายามในเอาชนะสิ่งที่คุกคามในทางตรงกันข้ามความวิตกกังวลที่มากเกินไปก็สามารถนำพาความไม่สบายใจและรบกวนชีวิตประจำวันได้ ทั้งยังอาจพัฒนากลายเป็นกลุ่มอาการวิตกกังวล

### ประเภทของความวิตกกังวล (type of anxiety)

Spieberger & Gorsuch (1983) แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety or S-anxiety or A-state) คือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเมื่อมีสถานการณ์มากระทบและมีแนวโน้มว่าจะทำให้เกิดอันตรายหรือคุกคามเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราว ทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียดหวาดหวั่น กระวนกระวาย ลักษณะอารมณ์สับสนและพฤติกรรมที่โต้ตอบความวิตกกังวลแบบเผชิญจะสังเกตเห็นได้ ผู้ที่มีความวิตกกังวลสามารถบอกความรุนแรงได้ ระยะเวลาที่เกิดความวิตกกังวลจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพการเรียนรู้และประสบการณ์ในอดีตของบุคคลดังนั้นความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจึงจัดเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญ

2. ความวิตกกังวลแฝง (trait anxiety or T-anxiety or A-trait) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ทั่วไป เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจนเป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคลและเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ (personality trait) จะไม่ปรากฏออกมาในลักษณะของพฤติกรรมโดยตรงแต่จะเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะเผชิญบุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงสูงจะรับรู้แปลความและประเมินสถานการณ์ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้เร็วกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ

ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ทางจิตใจที่เกิดขึ้นเมื่อมีหรือคาดว่าจะมีสิ่งคุกคามความมั่นคง ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยและปานกลางเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นสำหรับการมีชีวิตช่วยให้คนมีความกระตือรือร้น ตื่นตัว มีการแก้ปัญหาและพัฒนาตนเองส่วนความวิตกกังวลในระดับรุนแรงบุคคลที่ปรับตัวไม่ได้ทำให้มีการรับรู้ผิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากปกติและมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วย ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ความวิตกกังวลแตกต่างจากความเครียดที่เป็นการตอบสนองของจิต ต่อแรงกดดันจากปัญหารอบตัว แต่ความวิตกกังวลเป็นการตอบสนองของร่างกายและจิตใจต่อการหวั่นเกรงอันตรายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากประสบการณ์ของบุคคลอันตรายจากสภาพรอบตัวและความผิดปกติในร่างกาย เช่น โรคเรื้อรัง เป็นต้น

## ความวิตกกังวลในผู้ป่วยบาดเจ็บแผลไหม้

การบาดเจ็บแผลไหม้เป็นอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันบุคคลไม่ได้มีการคาดการณ์ไว้ล่วงหน้า จึงเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากขึ้น (Deniz, & Arslan, 2017) ผู้ป่วยบาดเจ็บแผลไหม้เมื่อเข้ามาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลต้องเผชิญกับประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลต่าง ๆ มากมาย มีอาการที่ไม่คาดคิดว่าจะเกิด การวินิจฉัยและการรักษาที่คุกคาม (invasive diagnosis and treatment) เช่น การผ่าตัดเนื้อตาย การผ่าตัดปลูกถ่ายผิวหนัง หรือบางรายต้องตัดอวัยวะส่วนที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรง และยังมีเหตุให้ผู้ป่วยและญาติต้องหวั่นเกรงอันตรายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นอีกมากมาย เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยวิตกกังวลในผู้ป่วยแผลไหม้เพศหญิงที่มีแผลหลายตำแหน่งโดยเฉพาะบริเวณใบหน้ามีการสูญเสียภาพลักษณ์ร่วมกับการใช้ระยะเวลานานการรักษาในโรงพยาบาลนานมากกว่า 2 สัปดาห์ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้และเกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงมากขึ้น (De Sousa, Sonavane & Kurvey, 2013)

**ผลกระทบทางจิตใจของผู้ป่วยแผลไหม้** แบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้ (Davis & Sheely-Adolphson. 1997)

1. ระยะเฉียบพลัน (acute stage) เริ่มตั้งแต่วันแรกของการเกิดอุบัติเหตุจนถึง 2-4 สัปดาห์ ระยะนี้ผู้ป่วยจะพบความกดดันทางจิตใจมาก ทั้งจากความกลัวการเสียชีวิตจากแผลไหม้ที่รุนแรงและการสูญเสียทรัพย์สินและบุคคลในครอบครัวจากอุบัติเหตุ
2. ระยะปรับตัว (adaptive stage) 2-4 สัปดาห์จนถึงหลายเดือน ระยะนี้ปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล ความสามารถในการปรับตัว ระดับความรุนแรงและตำแหน่งของแผลไหม้
3. ระยะฟื้นตัว (rehabilitation stage) เกิดได้ตั้งแต่หลายเดือนจนถึงหลายปี ผู้ป่วยที่มีความหวั่นเกรงบริเวณแผลไหม้ที่ต้องทำกายภาพบำบัดจะเกิดความวิตกกังวลได้หรือกรณีผู้ป่วยที่สูญเสียภาพลักษณ์อาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้

**อาการทางจิตใจของผู้ป่วยแผลไหม้ในแต่ละระยะ** (Blakeney, Rosenberg, Rosenberg, & Faber, 2008) ดังนี้

**ระยะแรกรับ** (admission phase) ผู้ป่วยอาจมีปัญหาคความวิตกกังวล หวาดกลัว เศร้าโศก เสียใจ รู้สึกผิด มีการแยกตัว

**ระยะวิกฤต** (critical care phase) ผู้ป่วยอาจมีปัญหาคความเครียดเฉียบพลัน (acute stress disorder) อยากกลับไปแก้ไขสิ่งที่เกิดขึ้น เกิดบุคลิกภาพแปลกแยก (depersonalization) เหม่อลอยแยกตัวเองออกจากผู้ป่วย

**ระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล** (in-hospital recuperation) ผู้ป่วยแผลไหม้อาจมีปัญหาคเรื่องความโกรธ แสดงอารมณ์ขึ้นลง นอนไม่หลับ

**ระยะฟื้นฟูและระยะเปลี่ยนผ่าน** (rehabilitation and reintegration) ซึ่งอาจใช้ระยะเวลาเป็นปีหรือหลายปี ผู้ป่วยอาจมีปัญหาคเรื่องภาวะการปรับตัวผิดปกติ (adjustment disorder) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นหลังจากมีปัจจัยกดดัน ทำให้เกิดความตึงเครียดจนไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม เกิดความบกพร่องในหน้าที่ การงาน การเรียนหรือการเข้าสังคมอย่างชัดเจน ส่งผลให้เกิดอาการทางจิตเวชตามมา และในระยะนี้ผู้ป่วยอาจเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ (helplessness) และยังอาจเกิด post-traumatic stress disorder

ซึ่งเป็นโรคจิตเภทชนิดหนึ่งที่เกิดจากสภาวะจิตใจของผู้ป่วยได้รับการกระทบกระเทือนอย่างรุนแรงจากเหตุการณ์เลวร้าย มีความรู้สึกว่าตนเองตกเป็นเหยื่อจากเหตุการณ์ (victimization) นอกจากนี้ความเครียดและความวิตกกังวลก็ยังคงดำเนินมาอย่างต่อเนื่อง

### การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บแผลไหม้ที่มีความวิตกกังวล

อุบัติเหตุแผลไหม้เป็นสิ่งที่กระตุ้น เป็นสถานการณ์ที่บุคคลถูกคุกคามต่อความปลอดภัยและส่งผลต่อการนับถือตนเอง เป็นสาเหตุให้เกิดความวิตกกังวลอย่างเฉียบพลันและต่อเนื่องจนอาจพัฒนาเป็นกลุ่มอาการวิตกกังวล ผู้ป่วยแผลไหม้จึงต้องได้รับการพยาบาลเพื่อเสริมสุขภาพจิตและลดความวิตกกังวลดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดความไว้วางใจแสดงความเข้าใจ และยอมรับพฤติกรรมแสดงออกของผู้ป่วยเช่น อาการหวาดกลัว เศร้าโศก เสียใจ รู้สึกผิด แยกตัว เกิดความเครียดเฉียบพลัน อยากกลับไปแก้ไขสิ่งที่เกิดขึ้น อาจเกิดบุคลิกภาพแปลกแยก เหม่อลอยแยกตัวเอง อาจมีปัญหาเรื่องความโกรธ แสดงอารมณ์ขึ้นลง นอนไม่หลับ และระยะฟื้นฟูและผู้ป่วยอาจมีปัญหาเรื่องการปรับตัวผิดปกติ (Blakeney, Rosenberg, Rosenberg & Faber, 2008)

2. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับความวิตกกังวล และให้ความรู้เรื่องความวิตกกังวล ความวิตกกังวลเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งกระตุ้นหรือเกิดสถานการณ์ที่บุคคลถูกคุกคามต่อความปลอดภัย สร้างความรู้สึกไม่สุขสบาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจและพฤติกรรมส่งผลต่อการเรียนรู้ การรับรู้ ความคิดและการตัดสินใจความวิตกกังวลในระดับที่เหมาะสมก่อให้เกิดประโยชน์ส่งผลให้บุคคลเกิดความพยายามในการเอาชนะสิ่งที่คุกคามและความท้าทายต่าง ๆ แต่ความวิตกกังวลที่มากเกินไปก็สามารถนำพาความไม่สบายใจและรบกวนชีวิตประจำวันของบุคคลได้ ทั้งยังอาจพัฒนาจนกลายเป็นกลุ่มอาการวิตกกังวล

3. ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล เช่น การรักษา ค่ารักษาพยาบาล การเงิน การไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่เดิมได้ เป็นต้น

4. ประเมินความสามารถและวิธีลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว ความต้องการความช่วยเหลือเพื่อลดความวิตกกังวล

5. ประเมินผลกระทบจากความวิตกกังวล เช่น นอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้ลดลง ไม่ให้ความร่วมมือกับการรักษาพยาบาล เป็นต้น

6. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเรียบร้อยและดูปลอดภัยโดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมีอาการผวา หวาดกลัว ตื่นตกใจเหมือนยังอยู่ในเหตุการณ์ที่ถูกคุกคาม

7. ให้การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว ตามปัญหาที่ประเมินได้และตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีอำนาจจัดการกับความวิตกกังวล การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะช่วยปกป้องบุคคลจากความวิตกกังวลได้ หากผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะมีกำลังใจมีอารมณ์ที่มั่นคงและสามารถลดความเครียดและความวิตกกังวลที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤตได้ โดยการสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 3 ด้าน (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) ประกอบด้วย

1) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ การให้ข้อมูลภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัวแผนการรักษาและการดูแลผลลัพธ์การรักษาความก้าวหน้าของโรค กฎระเบียบของการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ รวมถึงการสอบถามความต้องการข้อมูลจากครอบครัวโดยคำนึงถึงความพร้อมของผู้รับข้อมูล วิธีการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ชัดเจน และมีความต่อเนื่องส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วย การตัดสินใจและการตั้งเป้าหมายร่วมกับทีมดูแล เพื่อลดความเครียดหรือความวิตกกังวลกับผู้ป่วยและครอบครัวได้

2) การสนับสนุนทางอารมณ์เป็นการสนับสนุนที่แสดงถึงความเอาใจใส่และให้การดูแลซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ เชื่อถือไว้วางใจบุคคลและรู้สึกผ่อนคลาย พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ถ่ายทอดความคิด ความรู้สึก ความคาดหวัง ให้กำลังใจ ปลอบโยน ได้รับความหวังตามความเป็นจริงและให้ความมั่นใจต่อคุณภาพบริการ มีการยืดหยุ่นระบบการเยี่ยม การดูแลหรือการสนับสนุน การตอบสนองด้านจิตวิญญาณและปรับตัวต่อภาวะวิกฤตตามความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ศาสนา วัฒนธรรม เช่น การให้ครอบครัวอ่านหนังสือธรรมะให้ผู้ป่วยฟังการเปิดเทพธรรมะ การสวดมนต์ ตามแต่ละศาสนาการนั่งสมาธิเป็นต้น ที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษา อีกทั้งการส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยเรียนรู้และดูแลผู้ป่วยกิจกรรมการพยาบาลที่สามารถทำได้ เช่น การรับประทานอาหาร การเช็ดตัวทำความสะอาดร่างกายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความใกล้ชิด ไม่รู้สึกถูกแยกออก ลดความเครียด และความวิตกกังวลในขณะรักษา

3) การสนับสนุนทางด้านการสิ่งของและบริการการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามกิจวัตรประจำวันและช่วยเหลือทางด้านสิ่งของหรือสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นไม่ขัดต่อแผนการรักษา

นอกจากนี้การจัดการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว ยังสามารถประยุกต์วิธีการแก้ปัญหาของ Folkman & Lazarus (1984) ซึ่งกล่าวว่าสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาได้นั้นจะต้องมุ่งไปที่การแก้ปัญหา (problem focused) และการจัดการกับภาวะอารมณ์ (emotional focused) มีรายละเอียดดังนี้

(1) การมุ่งแก้ปัญหา (problem focused) เป็นการจัดการกับคนหรือสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดปัญหาโดยการพยายามที่จะแยกแยะปัญหา ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาและการกระทำเพื่อการแก้ปัญหาโดยตรง

การที่ผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญปัญหาได้บางครั้งเกิดจากการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอหรือได้รับข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง เป้าหมายสำคัญของการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจความหมายของเหตุการณ์ประเณอาการหรือสถานการณ์ได้ถูกต้องตรงกับความจริง การให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวมีหลายรูปแบบ เช่น การพูดคุยตัวต่อตัว พูดคุยรายกลุ่มกับผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เพื่อให้เข้าถึงผู้ป่วย การใช้แผ่นเอกสารคู่มือหนังสือ การให้ข้อมูลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ วิดิทัศน์ เป็นต้น

บางกรณีการรับรู้ข้อมูลทั้งหมดอาจทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเครียดหรือความวิตกกังวลมากขึ้นดังนั้นพยาบาลควรประเมินและปรับแผนการพยาบาล โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลในทุกขั้นตอน ซึ่งรวมถึงการประเมินความเชื่อความศรัทธาสังเกตเห็นยึดเหนี่ยวจิตใจ วัฒนธรรม ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ข้อมูลและคำแนะนำได้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

(2) การจัดการกับภาวะอารมณ์ (emotional focused) บุคคลมีการจัดการกับกระบวนการรับรู้เพื่อลดภาวะเครียดทางอารมณ์หลากหลายวิธี เช่น การหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหา การปฏิเสธลดความสำคัญของปัญหา มุ่งความสนใจไปในเรื่องบางเรื่อง การแยกตนเอง การระบายความโกรธไปสู่ผู้อื่น มองหาส่วนดีจากสถานการณ์และคิดในทางบวก การให้ข้อมูลและการเสริมแรงทางบวกเพื่อให้มีการประเมินสถานการณ์ตรงกับความเป็นจริงช่วยลดปัญหาได้แต่อาจไม่ทั้งหมดเพราะหลายปัญหาไม่สามารถบรรเทาหรือหลีกเลี่ยงได้

8. ให้การพยาบาลเพื่อเสริมปัจจัยที่ช่วยสร้างและพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของตนเองประยุกต์ตามแนวคิดของ Bandura (1977) ดังนี้

1) ดูแลให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ประสบความสำเร็จด้วยตัวเอง โดยการเพิ่มความสามารถแบบค่อยเป็นค่อยไป รวมทั้งนำเอาประสบการณ์ในอดีตที่เคยทำแล้วประสบความสำเร็จมาเป็นแรงจูงใจ

2) ดูแลให้ผู้ป่วยได้เห็นตัวแบบหรือเห็นประสบการณ์ของผู้อื่นทั้งการได้เห็นตัวอย่างจริง และการได้รับทราบประสบการณ์ของผู้อื่นซึ่งมีปัญหาค่คล้ายคลึงกับผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณอื่นทำได้ตนเองก็น่าจะทำได้

3) ดูแลให้คำแนะนำและกระตุ้นให้ทำพฤติกรรมโดยบอกถึงประโยชน์ของการทำกิจกรรมหรือพฤติกรรมนั้น ๆ

4) ลดการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ โดยการฝึกเผชิญกับสิ่งที่กระตุ้นเร้าต่าง ๆ อย่างค่อยเป็นค่อยไป การฝึกผ่อนคลายการบรรเทาอาการเมื่อถูกกระตุ้นเร้าทางอารมณ์

9. ดูแลให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น เช็ดทำความสะอาดร่างกายบริเวณที่ไม่มีบาดแผล ดูแลจัดอาหารให้ผู้ป่วย ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพกรณีผู้ป่วยเด็กเล็ก นอกจากการดูแลอย่างใกล้ชิดแล้ว พยาบาลอาจต้องจัดกิจกรรมการเล่น อนุญาตให้น้าของเล่นจากบ้านมาเล่นได้ หรือบางคนอาจต้องร้องเพลงกล่อมให้นอน แตกต่างจากผู้ป่วยสูงอายุที่พยาบาลต้องประเมินความต้องการของผู้ป่วยก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง เพราะผู้สูงอายุผ่านการดำเนินชีวิตและมีประสบการณ์ในชีวิตที่ต่างกัน บางคนต้องการอยู่คนเดียวเมื่อมีความวิตกกังวล แต่บางคนกลับต้องการคนดูแลใกล้ชิดเสมือนญาติ

10. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น นักสังคมสงเคราะห์ หน่วยแนะนำสิทธิ หน่วยการเงิน ศูนย์การพยาบาลต่อเนื่อง เป็นต้น

11. เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยทุกราย และติดตามการให้ความรู้ในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน ส่งต่อข้อมูลกรณีผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงและมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงประสานกับแพทย์ส่งปรึกษาจิตแพทย์ ดูแลให้ได้รับยาและให้การดูแลอย่างใกล้ชิด (ฉลุย เหลือบรรจงและเนตรนภิศ จินดากร, 2560)

12. บันทึกและส่งต่อข้อมูลปัญหาความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว การพยาบาล การประสานงานและกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องดำเนินการเพื่อความต่อเนื่องของกิจกรรมการพยาบาล

การประเมินผลภายหลังให้การพยาบาล เป็นการเปรียบเทียบสภาวะทางจิตของผู้ป่วยในปัจจุบันกับเป้าหมายที่วางไว้ในแผนการพยาบาลตัวอย่างพฤติกรรมเป้าหมายผู้ป่วยดูแลสุขอนามัยพื้นฐานในชีวิตประจำวันได้โดยได้รับการช่วยเหลือหรือมีการกระตุ้นเตือนเพียงเล็กน้อยไม่มีพฤติกรรมวิตกกังวลหรือพฤติกรรม

วิตกกังวลลดลงแสดงพฤติกรรมที่มีสัมพันธภาพทางสังคมเหมาะสมไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง จัดการกับปัญหาได้เหมาะสมและผู้ป่วยดำเนินชีวิตที่เป็นสุขได้ (ขวัญพนมพร ธรรมไชย, 2554)

สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่ได้รับการเตรียมความพร้อมโดยการให้ข้อมูลและมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อต้องกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลลดลงนับเป็นการส่งเสริมภาวะสุขภาพให้ยั่งยืน อันนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีทั้งต่อตัวผู้ป่วย ผู้ดูแลและรวมไปถึงสมาชิกในครอบครัว (จิราณัฐณ์ ขาญสูงเนิน, เพ็ญจันทร์ มณี โชติและดวงใจ สวัสดิ์, 2560)

## สรุป

ผู้ป่วยแผลไหม้และครอบครัวต้องประสบกับความเจ็บปวดทางกายและความเจ็บปวดทางใจ ผลกระทบจากอุบัติเหตุ มิได้มีเพียงบาดแผลบนผิวหนัง แต่ยัง พบว่า ผู้ป่วยบางรายสูญเสียทรัพย์สินและบางรายสูญเสียบุคคลในครอบครัวเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความวิตกกังวล พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวก้าวผ่านเหตุการณ์และดำเนินชีวิตต่อไปได้ โดยใช้ความรู้ความสามารถทางการพยาบาลให้ความสำคัญกับผลกระทบทางใจของผู้ป่วยและครอบครัว จัดกิจกรรมการพยาบาลให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมเสริมสร้างปัจจัยที่ช่วยสร้างและพัฒนารับรู้สมรรถนะของตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาได้ เป็นผู้ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างครอบคลุมทั้งมิติทางกายและทางใจ เพื่อลดความวิตกกังวลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่ระยะแรกรับจนถึงระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

## เอกสารอ้างอิง

- ขวัญพนมพร ธรรมไชย (2554). *การพยาบาลผู้มีความวิตกกังวลและความเครียดผิดปกติ*. การพยาบาลจิตเวชสู่การปฏิบัติ เล่ม 1. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่: ครองช่างพรินต์ติ้ง จำกัด.
- จิราณัฐณ์ ขาญสูงเนิน, เพ็ญจันทร์ มณีโชติ และดวงใจ สวัสดิ์. (2560). ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 10(1), 71-78.
- ฉลวย เหลือบรรจงและเนตรนภิศ จินดากร.(2560). แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 10(3), 14-22.
- บุษบา สมใจวงษ์. (2563). ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความปวดในผู้ป่วยแผลไหม้. *วารสารสภาการพยาบาล*, 35(3), 34-48.
- American Association of Critical-Care Nurses. (2005). Procedure manual for criticalcare. *American Journal of Critical Care*, 14(3), 187-197.
- Anton, B. S. (2009). *Proceedings of the American Psychological Association for the legislative year 2008: minutes of the annual meeting of the Council of Representatives, February 22–24, 2008, Washington, DC, and August 13 and 17, 2008, Boston, MA, and minutes of the February, June, August, and December 2008 meetings of the Board of Directors*. *American Psychologist*, 64(5), 372.

- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change*. Psychological review, 84(2), 191-215.
- Blakeney, P. E., Rosenberg, L., Rosenberg, M., & Faber, A. W. (2008). *Psychosocial care of persons with severe burns*. Burns, 34(4), 433-440.
- Davis, S. T., & Sheely-Adolphson, P. (1997). *Burn management. Psychosocial interventions: pharmacologic and psychological modalities*. The Nursing Clinics of North America, 32(2), 331-342.
- De Sousa, A., Sonavane, S., & Kurvey, A. (2013). Psychological issues in adult burn patients. *Delhi Psychiatry Journal*, 16(1), 24-33.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1984). *Stress, appraisal, and coping* (p. 460). New York: Springer Publishing Company.
- Harjinder, S. B. (2009). *Communicating with the caregiver in neurotrauma*. Indian Journal of Neurotrauma, 6, 99-102.
- Hudak, C. M., Gallo, B. M., & Morton, P.G. (1998). *Critical care nursing: A holistic approach*. Philadelphia: Lippincott.
- Jampawal, T. (2018). *State Anxiety*. Journal of Buddhist Psychology, 3(1), 13-20.
- Moayed, M., & Davis, K. D. (2013). *Theories of pain: from specificity to gate control*. Journal of neurophysiology, 109(1), 5-12.
- Nualsrithong, P., Songwathana, P., & Hirunchunha, S. (2006). *Fatigue and fatigue management among caregivers of hospitalized patients with head injuries*. Songklanagarind Medical Journal, 24(3), 153-161. [in Thai]
- Pandee, D., Kunsongkeit, W., Masinghboon, K., & Wachirawat, W. (2006). Predictors of coping strategies among family members of patients with head injury. *Journal of Faculty of Nursing, Burapha University*, 14(3), 52-63. [in Thai]
- Stuart, G. W., & Sundeen, S. J. (1995). *Principle and Practice of Psychiatric Nursing*. St. Louis Missouri. Mosby Year Book Inc.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of behavioral medicine*, 4(4), 381-406.
- Spielberger, C.D. (Ed.). (1966). *Anxiety and Behavior*. New York: Academic Press.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y) ("Self-Evaluation Questionnaire")*.
- Testani, D. L., Chappel, A. L., & Eueldner, S. (1992). Traumatic brain injury: A family experience. *Journal of Neuroscience Nursing*, 24, 317-323.



## บทความวิชาการ

ความสัมพันธ์ระหว่างอาการรุนแรงของโรคไข้เลือดออกเดงกีกับผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน  
Relationship between severe symptoms of dengue hemorrhagic fever and  
patients with obesity

กองแก้ว ย้วนบุญหลิม\* ปานจิต โพธิ์ทอง\*\* วราภรณ์ สมวงษ์\*\*\*

จิตติมา คุณสมบัติ\*\*\*\* วารินทร์ กลิ่นนาค\*\*\*\*\*

Kongkaew younboonhlim\* Panjit phothong\*\* Waraporn somwong\*\*\*

Jittima kunsombat\*\*\*\* Warin klinnak\*\*\*\*\*

## บทคัดย่อ

โรคไข้เลือดออกเดงกี (dengue hemorrhagic fever; DHF) เกิดจากยุงลาย (*aedes aegypti*) ที่มีเชื้อไวรัสเดงกี (dengue virus) กัด ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกีที่มีภาวะอ้วนเมื่อเกิดภาวะช็อกนานจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นหลายระบบภายในร่างกาย เช่น ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute respiratory failure) เกิดจากทรวงอกขยายตัวได้ไม่ดี และการมีไขมันในช่องท้องปริมาณมากเมื่อน้ำในช่องท้องมากส่งผลให้ความดันในช่องท้องสูงยิ่งขึ้น จนไปกดหลอดเลือดทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะในช่องท้องลดลง (abdominal compartment syndrome) และไขมันสะสมที่ตับเสี่ยงต่อการเกิดตับอักเสบเฉียบพลัน (hepatic encephalopathy) นอกจากนี้ผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีที่มีภาวะอ้วนมีความเสี่ยงต่อการเกิดไตวายเฉียบพลันมากกว่าผู้ป่วยไม่อ้วนเนื่องจากในช่องท้องมีเนื้อเยื่อไขมันมาก ทำให้ความจุภายในช่องท้องลดลง เมื่อน้ำในช่องท้องจะเกิดเลือดไปเลี้ยงไตลดลง

ดังนั้นผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีที่มีภาวะอ้วน ควรได้รับการรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิดเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพจะทำให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกีที่มีภาวะอ้วนเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ : ไข้เลือดออกเดงกี/ ภาวะอ้วน

## Abstract

Dengue hemorrhagic fever (DHF) is caused by a mosquito (*Aedes aegypti*) that is infected with the dengue virus. Additionally, obesity was found in patients with DHF. It is one of the primary causes of complications, coupled with prolonged shock episodes, which can

\*corresponding author พยาบาล (ผู้ชำนาญการพิเศษ) โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน e-mail: Kongkaew.yon@mahidol.ac.th

\*\*พยาบาล โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน

\*\*\*นักเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน

\*\*\*\*นักเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน

\*\*\*\*\*พยาบาล โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน

lead to more complications such as acute respiratory failure. Caused by the patient's chest poorly expand and the presence of large amounts of abdominal fat. When there is a lot of fluid in the abdomen, the pressure in the abdomen increases until it presses the blood vessels in the abdomen lead to decreased blood flow to the organs in the abdomen (Abdominal compartment syndrome), and found that fatty liver is at risk of developing acute hepatic encephalopathy. Moreover, obese patients with dengue had a greater risk of developing acute renal failure than non-obese patients because there is a lot of fat in the abdomen that reduces the intracranial capacity. When there is fluid in the abdomen, the blood supply to the kidneys decreases. Therefore, patients with DHF who are obese should receive medical attention more closely to prevent complications. Including the ability to care for the patient precisely and effectively increase the survival rate.

**Keywords:** Dengue hemorrhagic/ Fever obesity

## บทนำ

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกี ในปี 2562 มีจำนวนมากที่สุดจากข้อมูลที่เคยรายงานทั่วโลก เฉพาะทวีปอเมริกาพบรายงานจำนวนผู้ป่วย 3.1 ล้านคนและ พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน มากกว่า 25,000 คนมีอาการรุนแรง ส่วนในทวีปเอเชีย พบว่า มีรายงานผู้ป่วยพบมากที่บังคลาเทศ (จำนวน 101,000 ราย) มาเลเซีย (จำนวน 131,000 ราย) ฟิลิปปินส์ (จำนวน 420,000 ราย) เวียดนาม (จำนวน 320,000 ราย) ส่วนในปี 2563 โรคไข้เลือดออกเดงกียังคงส่งผลกระทบต่อหลายประเทศ โดยมีรายงานจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในบังคลาเทศ บราซิล อินเดีย เนปาล สิงคโปร์ ศรีลังกา ชูดา ไทย เป็นต้น (WHO, 2020) และข้อมูลการเสียชีวิตของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ปี 2561 เสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออก ทั้งหมด 103 ราย กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราป่วยตายสูงที่สุด ร้อยละ 0.44 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 35-59 ปี ร้อยละ 0.28 กลุ่มอายุ 0-4 ปี ร้อยละ 0.17 กลุ่มอายุ 15-34 ปี ร้อยละ 0.12 และ 5-14 ปี ร้อยละ 0.10 ตามลำดับ จากจำนวนผู้เสียชีวิต ทั้งหมด 103 ราย พบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยเสียชีวิต 49 ราย มีภาวะเสี่ยงและมีโรคประจำตัว อันดับแรก คือ ภาวะอ้วนจำนวน 20 ราย โรคเบาหวาน ความดันโลหิตและโรคหัวใจ จำนวน 9 ราย และในผู้ป่วยเด็กเล็ก อายุไม่เกิน 1 ปี จำนวน 5 ราย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562) จากข้อมูลข้างต้น พบว่า ภาวะอ้วนเป็นสาเหตุอันดับแรก ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกีเสียชีวิต ประกอบกับประชากรมีภาวะอ้วน จำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ดังนั้นการตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและการเข้าใจถึงพยาธิสภาพ ในการดำเนินโรคของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะอ้วนถือว่ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง อีกทั้งต้องเพิ่ม การเฝ้าระวังที่จะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน

## ไข้เลือดออกเดงกี

**การติดต่อ** โรคไข้เลือดออกเดงกีเกิดจากยุงลาย (*aedes aegypti*) เป็นพาหะ ยุงลายตัวเมียจะดูดเลือดคนที่มีเชื้อไวรัสเดงกี (dengue virus) ในกระแสเลือด (ในช่วงมีไข้สูง) เข้าไป เชื้อไวรัสจะเพิ่มจำนวนในตัวยุงประมาณ 8-10 วัน จากนั้นจะเข้ากระเพาะและเพิ่มจำนวนในเซลล์ผนังกระเพาะ แล้วเข้าสู่ต่อมน้ำลายของยุงลาย พร้อมที่จะปล่อยเชื้อให้กับคนต่อไป เชื้อไวรัสเดงกี ซึ่งมีทั้งหมด 4 สายพันธุ์ คือ DEN1, DEN2, DEN3 และ DEN4 (ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ, มุกดา หวังวีรวงศ์ และวารุณี วัชรเสวี, 2561) ผู้ป่วยที่ติดเชื้อแบ่งได้ 4 แบบ คือ (1) กลุ่มอาการไวรัส (2) ไข้เดงกี (dengue fever, DF) (3) ไข้เลือดออกเดงกี (dengue hemorrhagic fever, DHF) (4) ไข้เดงกีที่มีอาการแปลกออกไป (expanded dengue syndrome or unusual dengue)

**การดำเนินโรคและอาการแสดง** การดำเนินโรคแบ่งได้ 3 ระยะ คือ ระยะไข้ (acute febrile) ระยะวิกฤต (critical stage) และระยะฟื้นตัว (convalescent stage) ระยะการดำเนินโรคไข้เลือดออกที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจะใช้เวลาประมาณ 7-10 วัน ดังนี้

**1) ระยะไข้** ผู้ป่วยจะมีการไข้สูงอย่างเฉียบพลัน ส่วนใหญ่ไข้สูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส ผู้ป่วยมักมีหน้าแดง (flushed face) อาจตรวจพบคอแดง (injected pharynx) เบื่ออาหาร อาเจียน บางรายอาจมีอาการปวดท้องร่วมด้วย มีอาการปวดที่ชายโครงขวาในระยะที่มีตับโตส่วนใหญ่จะคลำพบประมาณวันที่ 3-4 นับจากเริ่มป่วยอาการที่พบบ่อย คือพบจุดเลือดออกที่ผิวหนัง (petechiae) ส่วนใหญ่ไข้จะสูงลอยอยู่ 2-7 วัน บางรายที่อาการรุนแรงอาจอาเจียนและถ่ายอุจจาระเป็นเลือด (melena) มักพบร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกนาน

**2) ระยะวิกฤต/ ช็อก** เป็นระยะที่มีการรั่วของพลาสมา โดยรั่วประมาณ 24-48 ชั่วโมง โดยพลาสมาจะรั่วไปอยู่ที่ช่องท้อง/ ช่องปอดมาก เกิด hypovolemic shock ไม่สามารถจับชีพจรและ/ วัดความดันโลหิตได้ (profound shock) ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นพร้อม ๆ กับที่มีไข้ลดลงอย่างรวดเร็ว ระยะนี้จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยสามารถเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีที่อยู่ในภาวะช็อกส่วนใหญ่จะมีสติดี พูดคุยได้ รับรู้ บางรายอาจมีอาการปวดท้องเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ก่อนเข้าภาวะช็อกพบการเปลี่ยนแปลง 2 ประการ คือ (1) มีการรั่วของพลาสมา ระดับค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (hematocrit) เพิ่มขึ้น มีน้ำในช่องปอดและท้องเพิ่มขึ้น ระดับโปรตีนและอัลบูมินในเลือดลดลงต่ำลง (2) ระดับ peripheral resistance เพิ่มขึ้น

**3) ระยะฟื้นตัว** เมื่อการรั่วของพลาสมาหยุด ชีพจรจะช้าลงและแรงขึ้น ความดันโลหิตปกติ ระยะฟื้นตัวใช้เวลา 2-3 วัน มีปริมาณปัสสาวะมากขึ้น (diuresis) ผู้ป่วยเริ่มมีความอยากรับประทานอาหาร อาจพบชีพจรช้า (bradycardia) อาจพบวงกลมเล็ก ๆ สีขาวของผิวหนังปกติท่ามกลางผื่นสีแดง (confluent petechial rash)

ระดับความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกเดงกี (dengue hemorrhagic fever; DHF) มีการแบ่งออกเป็น 4 ระดับ (grade)

|           |                                                                                                                                                                           |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| grade I   | ผู้ป่วยไม่ช็อก มีแต่ผลบวกของการทดสอบทูร์นิเก้ (tourniquet test positive)                                                                                                  |
| grade II  | ผู้ป่วยไม่ช็อก มีแต่เลือดออก เช่น มีจุดออกตามตัว เลือดกำเดาออก (epistaxis) หรืออาเจียนหรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสีแดงเข้ม (hematochezia) หรือสีดำ                           |
| grade III | ผู้ป่วยช็อก (compensated/impending) มีชีพจรเบาเร็ว pulse pressure แคบ ( $\leq 20$ มิลลิเมตรปรอท) หรือความดันโลหิตต่ำ หรือมีตัวเย็น เหงื่อออก กระสับกระส่าย (restlessness) |

grade IV ผู้ป่วยที่ซื้อกรุนแรง ไม่สามารถจับชีพจรและ/ วัดความดันโลหิตไม่ได้

### การวินิจฉัยโรคผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกี ประกอบด้วย

1) การทดสอบทูร์นิเก้ เป็นการทดสอบที่ช่วยในการวินิจฉัยโรคในระยะแรกเป็นอย่างดี วิธีการทดสอบคือ วัดความดันขนาดของ cuff ให้เหมาะสมกับขนาดของต้นแขนของผู้ป่วย บีบความดันไว้ที่กึ่งกลาง ระหว่าง systolic และ diastolic pressure รัดค้างไว้ประมาณ 5 นาที หลังจากนั้นคลายความดัน รอ 1 นาที หลังคลายความดันจึงอ่านผลการทดสอบ ถ้าตรวจพบจุดเลือดออกเท่ากับมากกว่า 10 จุดต่อตารางนิ้ว ถือว่าให้ผลบวก แต่การทดสอบทูร์นิเก้ อาจให้ผลลบลง (false negative) ได้ในกรณีที่ผู้ป่วยอ้วนมาก เนื่องจากขนาดของ cuff รัดไม่กดเส้นเลือดฝอย เพราะผู้ป่วยมีชั้นไขมันที่หนามาก เป็นต้น (ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ, มุกดา หวังวีรวงศ์ และวารุณี วัชรเสวี, 2561)

2) การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count, CBC) พบว่า มีเม็ดเลือดขาว  $\leq 5,000$  เซลล์/ลบ.มม. มีเม็ดเลือดขาวชนิด lymphocyte และ atypical lymphocyte เพิ่มขึ้น ค่าเกล็ดเลือด  $\leq 150,000$  เซลล์/ลบ.มม. ค่าปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่นเพิ่มขึ้นร้อยละ 5-10

3) การทดสอบหาเชื้อไวรัส การตรวจวิธีนี้ต้องเก็บเลือดตรวจภายใน 5 วันแรกของการมีไข้ โดยการตรวจวิธีนี้สามารถระบุซีโรไทป์ (serotype) ของเชื้อไวรัสเดงกีได้ ได้แก่ (1) วิธีการเพาะเชื้อไวรัสเดงกีในยุงหรือเซลล์ยุง จากนั้นนำเซลล์ที่ได้มาย้อมด้วย serotype-specific monoclonal antibody (mAb) ที่ติดสารเรืองแสง จากนั้นนำมาดูใต้กล้อง immunofluorescence (2) การตรวจหา dengue viral RNA โดยวิธี reverse transcription-polymerase chain reaction (RT-PCR) (กลมวิข เล่าประสพวัฒนา, 2560)

4) การตรวจหาเดงกีแอนติเจน (dengue antigen) เป็นการตรวจหาโปรตีนของเชื้อไวรัสเดงกีที่มีชื่อว่า nonstructural protein 1 (NS1) - based assay (dengue NS1) ซึ่งโปรตีนชนิดนี้มีโอกาสตรวจพบสูงที่สุดในระยะไข้ การตรวจจะให้ผลบวกมากที่สุดในวันแรก ๆ ของการมีไข้ ควรตรวจในระยะไข้ไม่เกิน 5 วัน ถ้าตรวจในวันหลัง ๆ โอกาสพบผลบวกลดลง (กลมวิข เล่าประสพวัฒนา, 2560)

5) การตรวจหาภูมิคุ้มกันของเชื้อไวรัสเดงกี ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อครั้งแรกจะตรวจพบ dengue IgM หลังจากมีไข้ประมาณวันที่ 5 แต่ถ้าเป็นการติดเชื้อซ้ำจะตรวจพบเร็วตั้งแต่วันที่ 3 และระดับ dengue IgM จะมีระดับต่ำกว่าการติดเชื้อครั้งแรก ส่วนระดับ dengue IgG ในการติดเชื้อครั้งแรกจะตรวจพบหลังมีไข้ประมาณปลายสัปดาห์แรก แต่ถ้าเป็นการติดเชื้อซ้ำระดับ dengue IgG อาจตรวจพบได้ตั้งแต่วินิจฉัยเนื่องจากปริมาณแอนติบอดีที่ยังคงอยู่จากการติดเชื้อครั้งแรก (กลมวิข เล่าประสพวัฒนา, 2560)

6) การตรวจการทำงานของตับ (liver function test) ได้แก่ ค่า aspartate aminotransferase (AST) ค่า alanine aminotransferase (ALT) มีค่าสูง

7) การตรวจระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ ( $\leq 3.5$  กรัมต่อเดซิลิตร ในผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการปกติ หรือ  $\leq 4.0$  กรัมต่อเดซิลิตร ในผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน) ให้สงสัยว่าน่าจะเกิดการรั่วของพลาสมา (วิภา ธนาชาติเวทย์, สุพัฒน์ ชำนาญชานันท์ และชญาสินธุ์ แม้นสงวน, 2563)

### ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกี ประกอบด้วย

1) **ภาวะช็อก** การเกิดภาวะช็อกนานมีสาเหตุมาจากการรั่วของพลาสมารุนแรง และมีเลือดออกรุนแรง ร่างกายจะพยายามเพิ่ม sympathetic tone ทำให้ cardiac output เพิ่มขึ้นหลอดเลือดหดตัว (vasoconstriction) เพื่อส่งออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญให้เพียงพอ (compensated shock) ถ้าเกิดภาวะช็อกนานมากจะส่งผลให้เซลล์ขาดออกซิเจนเยื่อบุเซลล์จะทำหน้าที่ผิดปกติคือให้น้ำและโซเดียมจากนอกเซลล์เข้าสู่เซลล์และโพแทสเซียมในเซลล์เคลื่อนออกนอกเซลล์ทำให้เซลล์บวม ยิ่งขาดออกซิเจนนาน ๆ เซลล์จะตาย ส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว (multi-organ failure) และเสียชีวิตในที่สุด

2) **สายพันธุ์ของไวรัสเดงกี (dengue virus genome)** จากข้อมูลทางระบาดวิทยา พบว่า ไวรัสเดงกีแต่ละสายพันธุ์ จะมีความรุนแรงไม่เท่ากัน พบว่า Southeast Asian DENV-2 มีความรุนแรงและสามารถมีความสามารถในการแบ่งตัวมากกว่า American และพบว่าเมื่อเกิดการระบาดทำให้ความรุนแรงของโรคมีความรุนแรงมากขึ้นตามระยะเวลาที่ระบาด

3) **การตอบสนองของภูมิคุ้มกันและโรคประจำตัว** ที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรครุนแรง เช่น โรคอ้วน ภาวะเม็ดเลือดแดงง่าย เป็นต้น

### สาเหตุที่เกิดความรุนแรงในผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกีที่มีภาวะอ้วน

ภาวะอ้วน คำนวณจากการใช้ดัชนีมวลกาย (body mass index : BMI) ค่า BMI คำนวณจากสูตร น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)/ ส่วนสูง (เมตร)<sup>2</sup> ถ้า BMI มากกว่า 30 กก./ม.<sup>2</sup> ถือว่ามีภาวะอ้วน (กุลพร สุขุมมาตรกุล และคณะ, 2561) ผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีที่มีภาวะอ้วนมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรครุนแรง เกิดจากเนื้อเยื่อไขมัน (adipose tissue) หลั่งสาร interleukin และสาร tumor necrosis factor (TNF) ส่งผลให้มีการรั่วของพลาสมาเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะช็อกที่เรียกว่าโรคไข้เลือดออกเดงกีช็อก (dengue shock syndrome: DSS) ได้สูง เมื่อมีการรั่วของพลาสมาเข้าสู่ช่องท้องปริมาณมาก ส่งผลให้ผู้ป่วยอ้วนมีโอกาสเกิดภาวะจุกในช่องท้องลดลง เมื่อมีน้ำในช่องท้องจะเกิดเลือดไปเลี้ยงไตลดลง ทำให้เกิดภาวะไตวายได้ง่าย และภาวะอ้วนมีความเสี่ยงสูงในการเกิดความดันในช่องท้องสูงจนกดหลอดเลือดในช่องท้องทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะในช่องท้องลดลง นอกจากนี้ เซลล์ไขมันในผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนจะมีขนาดใหญ่กว่าส่งผลให้ขาดเลือดไปเลี้ยงได้ง่ายกว่าผู้ป่วยที่ไม่อ้วน อาจเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute respiratory failure) เกิดจากทรวงอกของผู้ป่วยขยายตัวได้ไม่ดี และการมีไขมันในช่องท้องปริมาณมากเมื่อมีน้ำในช่องท้องมากส่งผลให้ความดันในช่องท้องสูงยิ่งขึ้น (Victoria Phooi Khei Tan and et al, 2018). ทำให้เกิดการหายใจสั้น เกิดภาวะปอดแฟบ (atelectasis) ได้ง่าย นอกจากนี้ ภาวะอ้วนยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดตับอักเสบเฉียบพลัน (hepatic encephalopathy) ทำให้เกิดตับวายเพิ่มขึ้น 3.6 เท่า เพราะมีไขมันสะสมที่ตับ และภาวะไตวายเฉียบพลัน (acute kidney injury : AKI) ผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน ที่มีค่า weight standard deviation score (WSDS) มากกว่า 2 พบว่าผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีที่อ้วนมีความเสี่ยงต่อการเกิดไตวายเฉียบพลันมากกว่าผู้ป่วยไม่อ้วน เนื่องจากในช่องท้องมีเนื้อเยื่อไขมันมาก (Laoprasopwattana K, Chaimongkol W and Pruekprasert P, 2017)

## ภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกีที่มีภาวะอ้วน

เนื่องจากผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกีมีอัตราการร่วของพลาสมาแตกต่างกันในแต่ละคน โดยทั่วไปผู้ป่วยที่มีการร่วของพลาสมาจะมีอาการ ปริมาณปัสสาวะลดลง อัตราชีพจรเร็วขึ้น ค่าความเข้มข้นเลือดสูงขึ้นมากกว่า 30% เมื่อเทียบกับความเข้มข้นเลือดเดิม เป็นต้น การคำนวณปริมาณสารน้ำให้ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกีที่มีภาวะอ้วนจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก ควรใช้ weight for height ในการคำนวณปริมาณสารน้ำที่ให้ เพื่อป้องกันการเกิดการให้สารน้ำมากเกินไป ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกีที่มีภาวะอ้วนมีโอกาที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้นในอัตราที่สูง ซึ่งประกอบด้วย

**1) ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute respiratory failure)** หมายถึง ระบบหายใจสามารถแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนในเลือดแดง ( $pO_2$ ) ต่ำกว่า 60 มม.ปรอท (ค่าปกติมากกว่า 80 มม.ปรอท) หรือเกิดจากการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด จะ พบว่า มีค่าความดันก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง ( $pCO_2$ ) มากกว่า 50 มม.ปรอท (ค่าปกติน้อยกว่า 45 มม.ปรอท) และ pH ของเม็ดเลือดแดงน้อยกว่า 7.3 หรือทั้งสองแบบร่วมกัน โดยสามารถเกิดแบบเฉียบพลันภายในช่วงเวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน (น้อยกว่า 7 วัน) (Sarnaik Ap, Clark JA and Sarnaik AA, 2016) จากการศึกษาผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อไวรัสเดงกีที่รักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า มีภาวะหายใจล้มเหลว 44/3,630 คน (ร้อยละ 1.2) คิดเป็นเด็กอ้วน 11/44 คน (ร้อยละ 25.6) (Laoprasopwattana K, Chaimongkol W and Pruekprasert P, 2017)

**2) ภาวะตับอักเสบเฉียบพลัน (hepatic encephalopathy)** หมายถึง ค่าระดับเอนไซม์ aspartate aminotransferase (AST) หรือ alanine aminotransferase (ALT) มากกว่า 1,000 ยูนิต/ลิตร และมีค่าการแข็งตัวของเลือดลดลง พบค่า prothrombin time (PT) นานกว่า 15 วินาที หรือมีค่า international normalized ratio (INR) มากกว่า 2 (World Health Organization, 2020) การเกิดภาวะตับอักเสบเฉียบพลันจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะตับวายเฉียบพลัน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน เนื่องจากมีไขมันสะสมในตับ และเนื้อเยื่อไขมันจะหลั่ง proinflammatory cytokines ซึ่งทำให้ตับอักเสบ ส่งผลให้มีภาวะตับวายมากขึ้น ผลจากการเกิดภาวะตับวายส่งผลให้ค่าการแข็งตัวของเลือดทำงานผิดปกติเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ (bleeding abnormality) การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นการรักษาแบบประคับประคองป้องกันและแก้ไขปัจจัยที่ทำให้ตับวายแย่ลงหรือสมองบวมขึ้น ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (Peter Gallagher, Kuan Rong Chan, Laura Rivinoc, Sophie Yacoub, 2020)

**3) ไตวายเฉียบพลัน (acute kidney injury : AKI)** หมายถึง การทำงานของไตลดลงอย่างเฉียบพลัน ทำให้มีการคั่งของยูเรียและของเสียอื่น ๆ และมีผลต่อการขับออกและดูดกลับของน้ำ และเกลือแร่ โดยเฉพาะในผู้ป่วยอ้วน เนื่องจากในช่องท้องมีเนื้อเยื่อไขมันมาก เชื้อไวรัสเดงกีกระตุ้นการอักเสบ ทำให้ผนังหลอดเลือดอักเสบและการร่วของสารน้ำออกนอกเส้นเลือด เกิดการลดลงของปริมาณสารน้ำในหลอดเลือดที่ลดลงและเลือดไปเลี้ยงไตลดลง การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้วัดปริมาณปัสสาวะ สังเกตสีปัสสาวะ ประเมินและรักษาปริมาณน้ำรักษาสมดุลของเกลือแร่ โดยจะ พบว่า ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน ดังนั้นการติดตามระดับโพแทสเซียมในเลือดเป็นระยะ ๆ และให้การรักษาตามอาการ รักษาระดับความเป็นกรด โดยต้องระวังภาวะน้ำเกินเพราะส่วนใหญ่ต้องให้น้ำในปริมาณมาก ในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน

บางรายอาจต้องทำการฟอกเลือด (hemodialysis) หรือล้างไตทางหน้าท้อง (peritoneal dialysis) (Sorawat Sangkaew and et al, 2021)

**4) ภาวะแทรกซ้อนของหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิต** เกิดได้จากหลายสาเหตุแต่สาเหตุหลักเกิดจากภาวะช็อกเนื่องจากขาดสารน้ำในหลอดเลือด เนื่องจากมีการรั่วของพลาสมาปริมาณมากออกจากเส้นเลือด ซึ่งถ้าเป็นมากจะทำให้ระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลวได้ ภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจอาจยังไม่พบว่ามีกรายงานมาก แต่ก็ต้องให้การเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน เพราะถ้าเกิดขึ้นอาจทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจทำงานผิดปกติและอาจทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบอย่างรุนแรงทำให้ความดันโลหิตต่ำหัวใจล้มเหลวเกิดภาวะปอดบวม น้ำ ช็อกจากสภาวะทางหัวใจ (cardiogenic shock) และเสียชีวิตในที่สุด (Sorawat Sangkaew and et al, 2021)

**(5) ความดันในช่องท้องสูงจนกดหลอดเลือดในช่องท้องทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะในช่องท้องลดลง (abdominal compartment syndrome)** ผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนที่มีภาวะช็อกที่มีการรั่วของพลาสมาปริมาณมาก มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร และได้รับสารในปริมาณมากส่งผลให้มีน้ำในช่องท้อง ส่งผลให้เกิดภาวะความดันในช่องท้องสูง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความดันในช่องท้องสูง ได้แก่ ทำให้ผนังลำไส้บวม ถ้าสูงมากจนเลือดไปเลี้ยงลำไส้ลดลงจะทำให้ลำไส้ขาดเลือด ส่งผลให้แบคทีเรียในลำไส้ผ่านลำไส้เข้าสู่กระแสเลือดได้ นอกจากนี้ความดันในช่องท้องสูง จะทำให้ผนังทรวงอกและกะบังลมขยายไม่ได้ ทำให้มีความดันในช่องทรวงอกสูงขึ้น ทำให้ปอดขยายได้ไม่ดีเกิดเป็นภาวะปอดแฟบ (atelectasis) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนด้วยแล้วยิ่งเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะสมองบวมและความดันในกะโหลกศีรษะสูง

**(6) ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ** เกิดได้จากหลายสาเหตุ สาเหตุที่พบบ่อยเกิดเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะช็อก เช่น อาการทางสมองจากตับวาย เป็นต้น ผู้ป่วยจะมีอาการ ปวดเมื่อยตัว ปวดตามข้อ ปวดกระดูก และปวดศีรษะบริเวณกระบอกตา หรือผู้ป่วยบางรายมีอาการไข้ ร่วมกับมีอาการที่สมองหรือระบบประสาทส่วนกลางทำหน้าที่ผิดปกติ หรือบางรายอาจสับสน ชัก การเคลื่อนไหวผิดปกติ ภาวะแทรกซ้อนทางประสาทในแต่ละช่วงการดำเนินโรคจะให้การรักษาต่างกัน

**(7) การติดเชื้อแทรกซ้อนในโรงพยาบาล (nosocomial infection)** หมายถึง การติดเชื้อที่เกิดขึ้นหลังจากการเข้ารับการรักษาดำเนินการในโรงพยาบาลนานกว่า 48 ชั่วโมง โดยเชื่อนั้นอาจเป็นเชื้อที่รับใหม่จากโรงพยาบาลหรือเชื้อที่อยู่ในตัวผู้ป่วยเอง จากการศึกษาของ (Victoria Phooi Khei Tan and et al. (2018). ได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความอ้วนกับโรคติดเชื้อเลือดออกแดงก็ พบว่า ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อเลือดออกแดงที่มีภาวะอ้วนมีอัตราการนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานกว่า 3 วัน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการติดเชื้อได้

## สรุป

ผู้ป่วยไข้เลือดออกแดงที่มีภาวะอ้วน ถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากมีการรั่วของพลาสมาปริมาณมากจนส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายหลายระบบ ทำให้เกิดอาการและภาวะแทรกซ้อนมากมาย ผู้ป่วยบางรายอาจถึงขั้นเสียชีวิตถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ดังนั้นการให้การพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกแดงที่มีภาวะอ้วน จึงจำเป็นต้องให้การพยาบาลและติดตามอาการอย่างใกล้ชิดตลอดระยะเวลาของการดำเนินโรคเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย

## เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, กองโรคติดต่อภายใน, กลุ่มโรคติดต่อภายใน. (2562).

รายงาน พยากรณ์โรคไข้เลือดออกปี 2562. เข้าถึงได้จาก

[https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/6f4922f45568161acdf4ad2299f6d23/files/Da  
ngue/Prophecy/2562.pdf](https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/6f4922f45568161acdf4ad2299f6d23/files/Da<br/>ngue/Prophecy/2562.pdf)

กุลพร สุขุมลัตระกุล และคณะ. (2561). *หุ่นดี สุขภาพดี ง่าย ๆ แค่นี้ 4 พฤติกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โครงการผลิตสื่อและมัลติมีเดีย สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น).

กลมวิช เลาประสพวัฒนา. (2560). *การติดเชื้อไวรัสเดงกีจากทฤษฎีสู่ปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.

วิภา ธนาชาติเวทย์, สุพัฒน์ ชำนาญชานันท์ และชญาสินธุ์ แม้นสงวน. (2563). *โรคไข้เลือดออกเดงกี. เวชปฏิบัติ: ใช้ในโรคเขตร้อน* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ บริษัท เนติกุลการพิมพ์ จำกัด. 59-84.

ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ, มุกดา หวังวีรวงศ์ และวารุณี วัชรเสวี. (2561). *การวินิจฉัยและการรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี ฉบับเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชา* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

Laoprasopwattana K, Chaimongkol W., and Pruekprasert P. (2017). *Prothrombin time prolongation was the most important indicator of severe bleeding in children with severe dengue viral infection*. Trop Pediatr, 63(1), 314-20.

Peter Gallagher, Kuan Rong Chan, Laura Rivinoc, Sophie Yacoub. (2020). The association of obesity and severe dengue: possible pathophysiological mechanisms. *Journal of Infection*, 81(1), 10-16.

Sarnaik Ap, Clark JA and Sarnaik AA. (2016). *Respiratory distress and failure*. Nelson textbook of pediatrics, 20(1), 528-44.

Sorawat Sangkaew and et al. (2021). Risk predictors of progression to severe disease during the febrile phase of dengue: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Disease*. Retrieved from [www.thelancet.com/infection](http://www.thelancet.com/infection).

Victoria Phooi Khei Tan and et al. (2018). *The association between obesity and dengue virus (DENV) infection in hospitalized patients*. PLOS ONE, 13(7), 1-14.

World Health Organization. (2020). Dengue. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>.



## บทความวิชาการ

## บทบาทพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีความเครียดและความวิตกกังวล

Community nurse role of care in Stroke patients with stress and anxiety

ธิติมา ตั้งพิมลจิตต์\*

Titima Tungpimoljit

### บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีความพิการ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง อีกทั้งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังมีความเสี่ยงในเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น ปอดอักเสบ แผลกดทับ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และวิตกกังวลขึ้น ดังนั้นพยาบาลชุมชนจึงเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยมีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ มุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวมทั้งกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ โดยมีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ การประเมินภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วย การวิเคราะห์ปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวล และวางแผนแก้ไขปัญหาความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ซึ่งจำเป็นต้องใช้กระบวนการพยาบาลมาปรับใช้ให้เหมาะสม ต้องใช้ทักษะในการสื่อสาร การรับฟังอย่างตั้งใจ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การส่งเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ให้กำลังใจในการเผชิญปัญหา ทั้งกับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายการดูแลคือ เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลและลดความเครียดให้กับผู้ป่วย

**คำสำคัญ :** ความเครียด/ ความวิตกกังวล/ โรคหลอดเลือดสมอง/ บทบาทพยาบาล

### Abstract

Stroke is a major global public health problem. Due to stroke patients with disabilities the ability to help themselves decreases. Stroke patients are also at risk of complications such as pneumonia, pressure injury, urinary tract infections. Resulting in stress patients and worried therefore, nurses are important persons in caring for patients at home with the nursing process. By focusing on holistic care, both physical, mental, social and spiritual by creating a relationship with the patient for trust assessment of patient anxiety Analysis of problems that cause anxiety and plan to resolve the concerns that arise which requires the use of nursing process to be deployed appropriately requires communication skills listening intently providing

---

\*corresponding author พยาบาลวิชาชีพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล e-mail titima.tun@mahidol.edu

knowledge about diseases and correct behaviors promotion of self-care power of patients encouragement in the face of problems both for patients and caregivers with care goals to relieve anxiety and reduce stress to patients

**Keywords:** Stress/ Anxiety/ Stroke/ Nurse rule

## บทนำ

อัมพาต หรือโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization: WSO) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 17 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6.5 ล้านคน (World Stroke Organization, 2017) สำหรับในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร รายงานของกลุ่มยุทธศาสตร์ และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2559 – 2561 เท่ากับ 45.3, 44.6 และ 44.3 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราตายมากกว่าโรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด 1.5 – 2 เท่าตัว (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ, 2563) จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภัยที่กำลังคุกคามประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ทั้งนี้เพราะโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ และยังเป็นโรคที่สามารถเกิดได้กับประชากรทุกคน ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคนี้จะได้รับผลกระทบ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในผู้ป่วยบางรายเกิดความพิการกลายเป็นภาระให้กับคนในครอบครัว ทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ จึงนับได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมองคือ มีการตีบ แตก หรือตันของหลอดเลือดในสมอง ทำให้เนื้อสมองบางส่วนเกิดความสูญเสียหน้าที่ และหยุดสั่งการควบคุมการทำงานของร่างกาย จึงทำให้เกิดอาการอัมพาตของร่างกายในส่วนนั้น (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2553) ผลกระทบจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมี 4 ลักษณะ คือ การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง การสูญเสียภาพลักษณ์ การทำหน้าที่ในครอบครัวลดลง และการพึ่งพาผู้อื่น (วรลักษณ์ ทองใบประสาธ, ชมนาด วรณพรศิริ, จรรยา สันตยากร, ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์, 2550)

เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พบสาเหตุของความเครียด ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่สำคัญคือ ความพิการที่หลงเหลืออยู่ ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การดูแลเครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ติดตัวกลับบ้าน เช่น การใส่สายให้อาหารทางจมูก การใส่สายสวนปัสสาวะ การใส่ท่อหลอดลมคอ (tracheostomy tube) (สมนึก สกุลหงส์โสภณ, สิริวรรณ อนันตโชค, กฤษณี โหลสกุล, 2554; อรุณี ขุนหบดี, อดิรัตน์ สุภานันท์, โรชนี อุปรา, สุนทรีภรณ์ ทองไสย, 2556; จิตรา รัตนดิถ ญ ภูเก็ต, 2550) ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย เช่น ปอดอักเสบ แผลกดทับ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปัญหาค่าใช้จ่าย เป็นต้น

### ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

กรมสุขภาพจิต ให้ความหมายของความเครียด เป็นเรื่องของร่างกายและจิตใจ ที่เกิดการตื่นตัวเตรียมรับมือกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ซึ่งเราคิดว่าไม่น่าพอใจ เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นความสามารถที่จะแก้ไขได้ ทำให้รู้สึกหนักใจเป็นทุกข์และทำให้เกิดอาการผิดปกติทางร่างกายและพฤติกรรมตามไปด้วย (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2556) ในขณะที่ Selye เชื่อว่าความเครียด เป็นกลุ่มอาการที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่คุกคามบุคคล โดยสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ และมีต้นเหตุมาจากสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องทั้งร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม และสังคมที่บุคคลประเมินแล้วว่าเป็นอันตรายต่อตนเอง (Selye H, 1976)

สรุปได้ว่าความเครียด หมายถึงภาวะที่ร่างกาย จิตใจ และความรู้สึกที่ตอบสนองต่อความกดดัน สิ่งคุกคาม หรือบีบคั้นทางด้านจิตใจ และร่างกาย จากเหตุการณ์ต่าง ๆ ตั้งแต่เหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน จนถึงเหตุการณ์สำคัญหรือร้ายแรงที่เกิดขึ้น

### ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

Stuart & Sundeen ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่าเป็น ความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น ไม่มั่นใจต่อสถานการณ์ในอนาคต เกรงว่าจะเกิดอันตราย หรือความเสียหาย เนื่องจากมีหรือคาดว่าจะมีสิ่งคุกคามความมั่นคงของบุคคลขณะเดียวกันจะมีความไม่สุขสบายทางร่างกายด้วย หากมีความวิตกกังวลมากหรือเป็นเวลานาน ๆ จะมีผลเสียต่อสุขภาพของบุคคลได้ (Stuart GW, Sundeen SJ, 1995) ซึ่งสัมพันธ์กับ Spieberger & Gorsuch กล่าวว่า ความวิตกกังวล ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติให้มีลักษณะสู้หรือหนี (Spielberger CD, Gorsuch RL, 1983)

สรุปได้ว่า ความวิตกกังวลคือ ภาวะที่รู้สึกไม่สุขสบายหรือหวาดหวั่น วิตก ตึงเครียด ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดจากการรับรู้ คาดการณ์ถึงอันตราย หรือความไม่แน่นอนของสิ่งที่มาคุกคามต่อความจำเป็นในการดำรงชีวิตทั้งร่างกายและจิตใจบางครั้งก็ไม่รู้สาเหตุที่แน่ชัด

### ประเภทของความวิตกกังวล (Type of anxiety)

Spieberger & Gorsuch แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety or S-anxiety or A-state) คือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เข้ามากระทบ และมีแนวโน้มว่าจะทำให้เกิดอันตรายหรือคุกคามบุคคล เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราวทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกตึงเครียด กระวนกระวาย ลักษณะอารมณ์ สรีระ และพฤติกรรมที่โต้ตอบ ความวิตกกังวลแบบเผชิญจะสังเกตเห็นได้ ผู้ที่มีความวิตกกังวลสามารถบอกได้ ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดความวิตกกังวลจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ การเรียนรู้ และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล ดังนั้น ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ต้องกลับไปดูแลต่อที่บ้าน จึงจัดเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญ

2. ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety or T-anxiety or A-trait) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ทั่วไป เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจนเป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล และเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ (Personality trait) จะไม่ปรากฏออกมาในลักษณะของพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเพิ่มความรุนแรง

ของความวิตกกังวลขณะเผชิญ บุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงสูงจะรับรู้และประเมินสถานการณ์ ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้เร็วกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ (Spielberger CD, Gorsuch RL, 1983)

ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ทางจิตใจของบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อมี หรือคาดว่าจะมีสิ่งที่คุณมีความมั่นใจของบุคคล ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย และปานกลางเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ จำเป็นสำหรับการมีชีวิตช่วยให้คนมีความกระตือรือร้น ตื่นตัว มีการแก้ปัญหา และพัฒนาตนเอง ส่วนความวิตกกังวลในระดับรุนแรง บุคคลอาจจะปรับตัวไม่ได้ ทำให้มีการรับรู้ผิด พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ และมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วย (Gallagher P, 2011) ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ความวิตกกังวล แตกต่างจากความเครียด ที่เป็นการตอบสนองของจิตต่อแรงกดดันจากปัญหารอบตัว แต่ความวิตกกังวลเป็นการตอบสนองของร่างกาย และจิตใจ ต่ออันตรายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคล อันตรายจากสภาพรอบตัวและความผิดปกติในร่างกาย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคเรื้อรัง เป็นต้น

## บทบาทพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งภาวะเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย นอกจากปัญหาทางด้านร่างกายยังรวมถึงภาวะด้านจิตใจ เพื่อให้การพยาบาลครอบคลุมและดูแลแบบองค์รวม การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความเป็นกันเอง การพูดคุยกับพยาบาลได้อย่างเต็มที่ จะทำให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเปิดเผย กล่าวถึงการเจ็บป่วย ตลอดจนปัญหาอื่นได้อย่างเต็มที่ ซึ่งในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย พยาบาลต้องประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยได้ จากประวัติการรักษา ประวัติการศึกษา รายได้ อาชีพ ตำแหน่งทางสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อและคำสอนทางศาสนา ประสบการณ์ทางสังคม ความสัมพันธ์ทางสังคม เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาประวัติต่าง ๆ ทำให้ทราบถึงการเผชิญความเครียดและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการดูแลทางจิตใจนี้จะต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและพยาบาลเยี่ยมบ้าน และในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ควรมีการประเมินความเครียด และความวิตกกังวลตั้งแต่มีก่อนจำหน่ายผู้ป่วย และในการติดตามเยี่ยมบ้านทุกครั้ง และติดตามจนกว่าผู้ป่วยจะสามารถจัดการกับความเครียดและความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสมโดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้ (พรพรรณ ศรีโสภณ, ธนวรรณ อาชารัฐ, 2560)

1. การประเมิน (Nursing assessment) การรวบรวม ข้อมูลในบุคคลที่มีความเครียด ความวิตกกังวล พยาบาลจำเป็นต้องใช้ทักษะหลายด้านเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งทักษะการสังเกต การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย รวมไปถึงการใช้แบบประเมินที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้นควรให้ครอบคลุมทั้งทางด้านชีววิทยา ด้านจิตใจ และด้านสังคม ดังนี้

1.1 ด้านชีววิทยา (Biological domain) เช่น เพศ พบว่า เพศชายจะมีปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียด และความวิตกกังวล จะสู้หรือหนีรุนแรงมากกว่าเพศหญิง ประวัติทางด้านสุขภาพโดยมุ่งเน้นความเจ็บป่วยทั้งในอดีตและปัจจุบัน การได้รับการบาดเจ็บ หากมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตควรประเมินอาการหลงเหลือและประวัติการรักษา รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ทางกาย (Physical functioning) ระหว่างที่มีความเครียดเกิดขึ้น เช่น การรบกวนการนอนหลับ การรับประทานอาหาร การเปลี่ยนแปลงของ

น้ำหนักตัว การเปลี่ยนแปลงกิจกรรมทางเพศ การได้รับยาโดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ยาคลายความกังวล โดยไม่ได้อยู่ในความดูแลของแพทย์ การใช้สารเสพติดต่าง ๆ เช่น บุหรี่ กัญชา เป็นต้น

1.2 ด้านจิตใจ (Psychological domain) การตอบสนองทางด้านอารมณ์ของบุคคล และความรุนแรงที่เกิดขึ้น ตลอดจนการรับรู้ของบุคคล ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และกลวิธีการจัดการกับความเครียด โดยใช้แบบประเมินความเครียด (ST 5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2558) เพื่อประเมินความเครียดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต ซึ่งมักช่วยเหลือนตัวเองได้ไม่เต็มที่ ต้องพึ่งพาคนอื่น จึงมักเกิดความเครียด และความวิตกกังวล

1.3 ด้านสังคม (Social domain) การค้นหาปัจจัยกระตุ้นที่เป็นต้นเหตุของการเกิดความเครียดในครั้งนี้ควรมีการรวบรวมข้อมูลถึงเหตุการณ์ความเครียด และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในช่วงที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง แหล่งทรัพยากรของบุคคลที่ช่วยในการจัดการกับปัญหา ความสามารถของบุคคลในการทำหน้าที่ทางสังคม ระบบการสนับสนุนในครอบครัวและสังคม

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) เป็นการวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด อารมณ์ สรีรวิทยา และพฤติกรรมของบุคคลที่ตอบสนองต่อความเครียด และความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาและ สาเหตุที่พบในแต่ละบุคคลการวางแผนการดูแลทางจิตใจจะได้ผลดีก็ต่อเมื่อมีความชัดเจนในปัญหา เช่น

2.1 ด้านชีววิทยา เน้นถึงการตอบสนองทางด้านร่างกายและสรีรวิทยาต่อความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตัวอย่างของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เช่น มีการเปลี่ยนแปลงในด้านการรับประทานอาหาร การนอนหลับ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากมีความเครียดและความวิตกกังวล

2.2 ด้านจิตใจ มุ่งเน้นการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย ทั้งทางด้านกระบวนการคิด การรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองลดลง ความกลัว ความรู้สึกหมดหวัง และการสูญเสียพลังอำนาจ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองลดลงเนื่องจากไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้

2.3 ด้านสังคม ผู้ป่วยที่มีความเครียดและความวิตกกังวลเกิดขึ้น อาจส่งผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ทั้งการทำหน้าที่ทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัวและสังคม ตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เช่น มีการทำหน้าที่ทางสังคมบกพร่องเนื่องจากมีความเครียดและความวิตกกังวล

3. การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) ในการวางแผนการพยาบาล การตั้งเป้าหมายทางการพยาบาลที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป้าหมายสำคัญคือการให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความหมายของเหตุการณ์ ประเมินอาการหรือสถานการณ์ได้ถูกต้อง ตรงกับความจริง แก้ไขข้อมูลที่คลุมเครือ สับสนและความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ ข้อมูลที่ให้เป็นอย่างที่ตรงกับผู้ป่วยต้องการ โดยใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความไว้วางใจและมีสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้เข้าถึงผู้ป่วย อาจจะมีการนำแผ่นพับ เอกสารคู่มือในการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดสมอง (วรลักษณ์, 2550; อรุณี ชุนหบดี, ธีรรัตน์ สุภานันท์, โรชินี อุปรา, สุนทรีภรณ์ ทองไสย, 2556) ในผู้ป่วยบางกรณี การรับรู้ของข้อมูลทั้งหมดอาจทำให้เกิดความเครียด หรือความวิตกกังวลมากขึ้น เนื่องจากการรับข้อมูล

มากเกินไปในเวลาอันจำกัด ดังนั้นพยาบาลควรประเมิน และปรับแผนในการดูแลโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผน การดูแลในทุกขั้นตอน ซึ่งรวมถึงความเชื่อความศรัทธา สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ วัฒนธรรม ความรู้ และทักษะในการดูแลของผู้ป่วย มาใช้เพื่อให้ข้อมูลและคำแนะนำได้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นพยาบาลต้องมีการตั้งเป้าหมายทั้งระยะสั้น และระยะยาว เพื่อที่จะช่วยให้การปฏิบัติทางการพยาบาล มีทิศทาง และบรรลุผลลัพธ์ทางการพยาบาล ที่กำหนดไว้ ซึ่งความเครียด และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล การวางแผนการดูแลทางจิตใจจะได้ผลดีก็ต่อเมื่อมีความชัดเจนในปัญหา ดังนั้นพยาบาลจะต้องอธิบาย ให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงเหตุผลความจำเป็นของการดูแลทางจิตใจ เพื่อวางแผนร่วมกันในการดูแลทางจิตใจ

4. การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล (Implementation of nursing care plan) การดูแลบุคคลที่มีความเครียด และความวิตกกังวล พยาบาลต้องมีความรู้และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละบุคคลโดยคำนึงถึงความปลอดภัย ความเป็นบุคคลที่มีความเฉพาะและบริบทที่ไม่เหมือนกันของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลสำหรับบุคคลที่มีความเครียด และความวิตกกังวล มีดังนี้

4.1 การดูแลเพื่อการคงไว้ซึ่งกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความเครียดและความวิตกกังวล เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น แขน ขา อ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด กลืนอาหารไม่ได้ ต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น สายยางให้อาหารทางจมูก สายสวนปัสสาวะ และต้องขยับถ่ายใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันและต้องเกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่นในการดูแล ดังนั้นสิ่งสำคัญอันดับแรกในการดูแลบุคคลที่มีความเครียด และความวิตกกังวล คือ การดูแลชีวิตประจำวัน เช่น การดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การทำความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย ตลอดจนกิจวัตรประจำวันอื่น ๆ

4.2 การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดสมอง คือสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ลดการถูกระตุ้นจากสิ่งเร้าภายนอก จะช่วยให้บุคคลรู้สึกผ่อนคลาย มั่นใจ ปลอดภัย เสริมสร้างบรรยากาศที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ตลอดจนส่งเสริมการเรียนรู้ การแลกเปลี่ยนข้อมูล อารมณ์ โดยใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความกดดัน ความรู้สึกคับข้องใจที่เกิดขึ้น เป็นการลดระดับความเครียด และความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วย

4.3 การปรับสภาพการรับรู้ต่อภาวะเครียดที่เกิดขึ้นเป็นการประเมินสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเครียดและสาเหตุของความเครียดที่เกิดขึ้น ตัวอย่าง การใช้คำถามกระตุ้น เช่น “สาเหตุอะไรที่ทำให้คุณรู้สึกเครียด หรือกังวลในช่วงนี้” “คุณคิดอย่างไร หรือรู้สึกอย่างไรกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับคุณ” จะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาสิ่งกระตุ้นและสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียด และความวิตกกังวล จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่สอดคล้องกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้น

4.4 การค้นหาและเพิ่มศักยภาพของแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเครียด และความวิตกกังวล พยาบาลจึงควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมตามความเป็นจริง เช่น บุคคลในครอบครัว ผู้ดูแลหลัก และเพิ่มศักยภาพของแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยมีการให้ความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเครียด และความวิตกกังวล ตลอดจนการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ เช่น มูลนิธิที่เกี่ยวข้องโครงการเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นต้น

4.5 การเสริมแรงทางบวกและการให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดความรู้สึกในทางบวกต่อตนเองเพิ่มมากขึ้น มีความมั่นใจต่อเหตุการณ์ข้างหน้า สามารถผ่านระยะการปรับตัวต่อภาวะเครียด ใช้ชีวิตอยู่กับการเปลี่ยนแปลงและส่งเสริมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม การเสริมแรงทางบวกควรเน้นถึงพฤติกรรมที่เป็นรูปธรรม ข้อดี และศักยภาพของผู้ป่วยที่แท้จริง มากกว่าการใช้คำชมเชย ตัวอย่างเช่น “คุณบอกว่าชีวิตคุณลำบากมาก แต่คุณก็พยายามสู้และจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้”

4.6 การจัดการกับภาวะอารมณ์ (Emotional focused) บุคคลมีการจัดการกับกระบวนการรับรู้เพื่อลดภาวะเครียดทางอารมณ์หลากหลายวิธี เช่น การหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหาการปฏิเสธลดความสำคัญของปัญหา มุ่งความสนใจไปในเรื่องบางเรื่อง การให้การพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาโดยสอนวิธีลดผลกระทบทางกายที่เกิดจากความเครียด ความวิตกกังวลมีหลายวิธี เช่น การหายใจเข้าออกลึก ๆ (Deep breathing) การนั่งสมาธิ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Progressive muscle relaxation) การสวดมนต์ ฟังเพลง การดูโทรทัศน์ การออกกำลังกาย เป็นต้น และให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างองค์รวม จากการศึกษาแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคม พบว่า เป็นแหล่งประโยชน์ที่มีอำนาจจัดการกับความวิตกกังวล การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะช่วยปกป้องบุคคลจากความวิตกกังวลได้ หากผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะมีกำลังใจมีอารมณ์ที่มั่นคง และสามารถ ลดความเครียด และความวิตกกังวลได้ (Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS, 1981)

5. การประเมินผล (Nursing evaluation) การประเมินผลทางการพยาบาลเป็นการประเมินคุณค่าทางการพยาบาล ภายหลังที่พยาบาลได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามที่วางแผนมาโดยการประเมินผล การพยาบาลจะประเมินให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ทางการพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเครียดและความวิตกกังวล ในการประเมินผลการพยาบาล พยาบาลสามารถประเมินผลได้จากเกณฑ์การประเมินผลที่ตั้งไว้ ทั้งนี้การประเมินผลการพยาบาลจะประเมินจากการบรรลุเป้าหมาย (ขวัญพนมพร, 2554) ดังนี้

- 5.1 ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อภาวะความเครียดและความวิตกกังวลอย่างเหมาะสม
- 5.2 ผู้ป่วยมีระดับความเครียดและความวิตกกังวลลดลง
- 5.3 สามารถทำหน้าที่ได้ตามบทบาท
- 5.4 สามารถนอนหลับได้

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเครียดและความวิตกกังวลต้องมีการประเมินผลการพยาบาล และติดตามเยี่ยมบ้านเป็นระยะ และมีการนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินผล มาปรับเปลี่ยนการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

## สรุป

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ปอดอักเสบ การสูดสาลักอาหาร การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับ เป็นต้น ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ซึ่งประสบการณ์ของการเผชิญความเครียดและความวิตกกังวลของแต่ละบุคคล มีทั้งชนิดดีและไม่ดี ขึ้นอยู่กับสิ่งเร้า อาจเกิดจากสาเหตุภายในตัวบุคคล

หรือภายนอกตัวบุคคลในการจัดการกับสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด และความวิตกกังวล หากบุคคลสามารถจัดการ หรือแก้ไขสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลได้ บุคคลจะสามารถปรับตัวได้ แต่ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลไม่สามารถจัดการได้จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมนำไปสู่ความเสี่ยงของการเจ็บป่วยทางจิตเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเครียด และความวิตกกังวล ให้มีความสามารถจัดการกับความเครียด และความวิตกกังวลให้ปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

กล่าวโดยสรุปการดูแลและช่วยเหลือบุคคล ที่มีความเครียดและความวิตกกังวล เป็นการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการส่งเสริมหรือแก้ไขปัญหาให้กับบุคคล ตั้งแต่การประเมิน การกำหนดข้อวินิจฉัย การวางแผน การปฏิบัติ และประเมินผล โดยพยาบาลต้องให้การดูแล ให้ครอบคลุมแบบองค์รวมและสอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของแต่ละบุคคล โดยมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม ทั้งกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งจำเป็นต้องใช้กระบวนการพยาบาลมาปรับใช้ให้เหมาะสม โดยมีเป้าหมายการดูแลคือ ลดภาวะแทรกซ้อน บรรเทาความเครียดและลดความวิตกกังวลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาความเครียดและความวิตกกังวลได้ตามสถานการณ์

นอกจากนี้พยาบาลควรให้ความรู้ที่จำเป็นกับผู้ป่วย เพื่อช่วยในการตัดสินใจที่จะแก้ปัญหาด้วยวิธีการที่เหมาะสม และการจัดการกับอารมณ์ เช่น การนั่งสมาธิ การหายใจเข้าออกลึก ๆ การสวดมนต์ การฟังเพลงบรรเลง และการส่งเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ให้กำลังใจในการเผชิญปัญหา เป็นผู้ให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมและครอบคลุมในทุกเรื่องไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริม การป้องกัน การรักษาและการฟื้นฟู

## เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิต สำหรับบุคลากรสาธารณสุข ในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง*. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.
- กลุ่มยุทธศาสตร์ และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ. (2563). *รายงานประจำปี 2562 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข*. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- ขวัญพนมพร ธรรมไทย. (2554). *การพยาบาลจิตเวชสู่การปฏิบัติ เล่ม 1*. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- จิตรา รัตนดิลก ณ ภูเก็ต. (2549). *การศึกษาความเครียดในการเผชิญความเครียดของญาติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. (สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พรพรรณ ศรีโสภา, ธนวรรณ อาชารัฐ. (2560). *บทบาทพยาบาลในการป้องกันและจัดการความเครียด*. *บูรพาเวชสาร*. (2), 79-92.
- วรลักษณ์ ทองใบประสาธ, ชมนาด วรรณพรศิริ, จรรยา สันตยากร, ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบุลย์. (2550). *ประสบการณ์การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยในตำบลแสนตอ อำเภอลำลูกเกดบุรี จังหวัดกำแพงเพชร*. *พิษณุโลก*. มหาวิทยาลัยนเรศวร.



สมนึก สกุลหงส์โสภณ, สิริวรรณ อนันตโชค, กฤษณี โหลสกุล. (2554). ปัจจัยบางประการความสามารถในกิจวัตรประจำวันและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองที่บ้าน.

วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 4 (2), 37-52.

สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2556). *คู่มือคลายเครียด (ฉบับปรับปรุงใหม่)*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2553). *ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2: โรคกับการดูแลรักษาและการป้องกัน*. (พิมพ์ครั้งที่5). กรุงเทพฯ. โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.

อรุณี ชุนหบดี, อิดารัตน์ สุภานันท์, โรชินี อุปรา, สุนทรีภรณ์ ทองไสย. (2556). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*. 24 (1), 1-9.

Gallagher P. (2011). Becoming normal: a grounded theory study on the emotional process of stroke recovery. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*. 33 (3), 24-32.

Lazarus RS, Folkman S. (1984). *Stress, appraise and coping*. New York. Springer.

Selye H. (1976). *Stress and inflammation*. In Selye H editor. The stress of life. New York. McGraw-Hill.

Spielberger CD, Gorsuch RL. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory (STAI) for Y: self-evaluation questionnaire*. Consulting Psychologists Press.

Struart GW, Sundeen SJ. (1995). *Principle and practice of psychiatric nursing*. 5th ed. ST Louis. Mosby.

World Stroke Organization:(WSO). (2017). World Stroke Day 2017. Retrieved 30 January 2021, From [http://www.worldstrokecampaign.org/images2wsd-2017/brochures-2017/WSD\\_brochure\\_FINAL-สponser\\_.pdf](http://www.worldstrokecampaign.org/images2wsd-2017/brochures-2017/WSD_brochure_FINAL-สponser_.pdf).

## บทความวิชาการ

## การพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน: กรณีศึกษา

## Holistic Nursing for Diabetics with Complications: A Case Study

วิวัฒน์ เหล่าชัย\* รุ่งโรจน์ สลับ\*\* เฟลนตา พิพัฒน์สมบัติ\*\*\*

ลัดดาวัลย์ เตชะงูร\*\*\*\* ประทีน ชื่นปิ่นเกลียว\*\*\*\*\* ณัฐธยาน์ เกิดมัลย์\*\*\*\*\*

Wiwat Laochai\* Rungrote Salab\*\* Pleonta Pipatsombat\*\*\*

Laddawan Tejangkura\*\*\*\* Pratin Chinpinkleaw\*\*\*\*\* Nuttaya Kearmalai\*\*\*\*\*

## บทคัดย่อ

โรคเบาหวาน เป็นปัญหาของระบบสาธารณสุขทั่วโลก ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงจากภาวะทุพพลภาพและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาความซับซ้อนของการพยาบาลและส่งเสริมการพยาบาลแบบองค์รวม โดยกรณีศึกษา เป็นผู้ป่วยชายไทย อายุ 71 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการอ่อนเพลีย หายใจหอบลึก แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยเป็น Diabetic Ketoacidosis, Ischemic stroke มีโรคประจำตัว Diabetes Mellitus type 2, Hypertension, Dyslipidemia ผู้ศึกษาได้สัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วยรายนี้ พบว่าผู้ป่วยขาดการดูแลสุขภาพตนเอง โดยไม่ควบคุมอาหาร ไม่ออกกำลังกาย ไม่จัดการกับอาการเจ็บป่วย เบื่อหน่ายกับโรคประจำตัว และมีปัญหาด้านการเงิน เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยไม่ไปพบแพทย์ตามนัด และขาดยามา 1 เดือน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ ภายหลังจากการได้รับการดูแลจนกระทั่งพ้นภาวะวิกฤตแล้ว พยาบาลได้ให้การพยาบาลแบบองค์รวม (ร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ) สร้างเสริมพลังอำนาจและคุณค่าในตนเอง พัฒนาร่างกาย ประสานงาน นักสังคมสงเคราะห์ และส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของโรคเบาหวาน 7 ด้าน

ผลการศึกษาภายหลัง 3 เดือน พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดที่เจาะปลายนิ้ว 128 mg% ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C) 7.5 % ผู้ป่วยมีกำลังใจและมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น จากการถามย้อนกลับ ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการดูแลสุขภาพตนเองของโรคเบาหวาน 7 ด้าน สาธิตวิธีจัดยารับประทาน และฉีดอินซูลิน ตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง

**คำสำคัญ :** การพยาบาลแบบองค์รวม/ พยาบาล/ โรคเบาหวาน

\* corresponding author อาจารย์ ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

e-mail Wiwat\_lao@dusit.ac.th

\*\* นายแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่

\*\*\* อาจารย์ ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

\*\*\*\* อาจารย์ ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

\*\*\*\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

\*\*\*\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

## Abstract

Type 2 diabetes is a public health epidemic affecting worldwide, Complications of Type 2 diabetes affect patient's quality of life and increase mortality rates. The purposes of this case study was to examine holistic nursing care of patient with type 2 diabetes with complications. Thai male 71-year-old came to the hospital with exhaustion, dyspnea and left side weakness within 30 minutes prior to emergency department visit. Diagnosed with diabetic ketoacidosis, Ischemic stroke, hypertension and dyslipidemia. The study using in-depth interview revealed that patients lack of self-care such as poor medication adherence (loss to follow-up in 1 month) due to socioeconomic problem resulting in high blood sugar levels and severe complications. After the crisis, Nurses provide holistic approach (physical, mental, social, spiritual care) with health empowerment, promoting self-esteem, coordinating with physical therapy and social workers and providing seven diabetes self-care behaviors education

The results of the study after 3 months found that capillary blood glucose 128 mg%, HbA1C 7.5%, Patient improve self-esteem, demonstrate correctly seven diabetes self-care behaviors and take medication both oral pills and insulin injections correctly.

**Keywords:** Holistic care / Nursing / Stroke/ Diabetes Mellitus

## บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM) เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาต่อระบบสาธารณสุขทั่วโลก ในขณะเดียวกันทั่วโลกพบผู้ป่วยเบาหวานในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 425 ล้านราย และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวาน 629 ล้านราย (Saedi et al., 2019) จากสถิติในประเทศไทย พบประชากรที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงถึง 4.8 ล้านคน ในจำนวนนี้มีมากกว่า 2 ล้านคน ที่ไม่ทราบว่าตนเองป่วยและยังไม่ได้รับการวินิจฉัย ซึ่งพบว่ามีผู้มียกระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติหรือเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานถึง 7.7 ล้านคน ประเทศไทยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขเฉพาะโรคเบาหวานถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2563) สาเหตุของโรคเบาหวาน เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและกรรมพันธุ์ โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ อาทิ พฤติกรรมบริโภคอาหาร และการมีกิจกรรมทางกาย เป็นต้น ซึ่งส่งผลทำให้เกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอหรือร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้งานได้มีประสิทธิภาพ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานส่งผลให้อวัยวะเสื่อมสมรรถภาพ และทำงานล้มเหลว เป็นเหตุให้เกิดโรคแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดเล็ก (Microvascular Complications) เช่น เบาหวานขึ้นตา โรคไต หรือโรคแทรกซ้อนที่เกิดกับเส้นเลือดขนาดใหญ่ (Macrovascular Complications) เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเส้นเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน รวมไปถึงโรคแทรกซ้อนที่ระบบประสาท เป็นต้น (Fowler, M. J., 2011)

ปัจจุบันประเทศไทย มีนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขในการลดและป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง โดยมีการกระตุ้นและสนับสนุนให้บุคลากรด้านสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบเพื่อคัดกรองโรคเบาหวานในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป พร้อมสนับสนุนส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เพิ่มกิจกรรมทางกาย ส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ และสร้างความตระหนักและความฉลาดด้านสุขภาพ (Health literacy) โดยจัดกิจกรรมรณรงค์ในรูปแบบต่าง ๆ (กรมควบคุมโรค, 2563) เพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เช่น ป้ายเสียง สัญญาณเตือน การป้องกัน การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วย โดยเน้นความสำคัญของครอบครัวที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยา หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามคำแนะนำของพยาบาล หรือแพทย์ ซึ่งเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีส่วนในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยหลักสำคัญที่บุคลากรสาธารณสุขควรประยุกต์ใช้ในการทำงานกับผู้ป่วยคือ การดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ประกอบด้วย การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยตระหนักถึงความเป็นองค์รวมของบุคคล สร้างสภาพแวดล้อมต่อการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรด้านสาธารณสุขกับผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดกับผู้ป่วย การให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วย การเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและครอบครัว สนับสนุนกระบวนการฟื้นฟูของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการอย่างเอื้ออาทร เป็นต้น (Ventegodt S., Kandel I., Ervin D.A., & Merrick J., 2016) จากการศึกษาประสิทธิผลของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมในกลุ่มตัวอย่าง 15 คน ของ จิรัญญา มุขพันธ์ และคณะ (2545) พบว่าความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังให้กระบวนการดูแลแบบองค์รวมเพิ่มขึ้นร้อยละ 40 ส่วนความร่วมมือในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังให้กระบวนการดูแลแบบองค์รวมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 67 และความร่วมมือในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังให้กระบวนการดูแลแบบองค์รวมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 40 หลังให้กระบวนการดูแลแบบองค์รวมไม่พบภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่าง และปัญหาารายบุคคลของผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลง

ในการศึกษาครั้งนี้จะกล่าวถึง บทบาทของพยาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีบทบาทในด้านการส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู และรักษา เป็นผู้ดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยในสถานพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ตติยภูมิ และปฐมภูมิ เป็นต้น พยาบาลควรยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Nursing) ซึ่งประกอบด้วย การพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นสิ่งที่พยาบาลควรตระหนักและกระทำต่อผู้ป่วยทุกคนที่เข้ามาใช้บริการในสถานบริการด้านสุขภาพ เช่น การแนะนำความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประโยชน์ต่อผู้ป่วย และความต้องการของผู้ป่วยและญาติ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรง จะก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ หรือความพิการได้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตหลายด้าน เช่น การช่วยเหลือตนเอง ความวิตกกังวล การใช้ชีวิตในสังคม และการเงิน เป็นต้น ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานลดลง (สุวรรณี สร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ภณทิรา เพื่องทอง, จุฑากานต์ กิ่งเนตร และคุณญา แก้วทันคำ, 2562) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษากรณีศึกษาการพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้แนวคิด

การพยาบาลแบบองค์รวมกับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนอย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อน และปัญหาสุขภาพของกรณีศึกษา
2. เพื่อศึกษาการพยาบาลแบบองค์รวมที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

## กรอบแนวคิดของการศึกษา

การศึกษาค้นคว้านี้มีกรอบแนวคิดในการศึกษา คือ การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Nursing) ประกอบด้วย การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยตระหนักถึงความเป็นองค์รวมของบุคคล สร้างสภาพแวดล้อมต่อการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรด้านสาธารณสุขกับผู้ป่วย ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแล สุขภาพ สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดกับผู้ป่วย การให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วย การเสริมสร้างพลังอำนาจ ให้ผู้ป่วยและครอบครัว สนับสนุนกระบวนการฟื้นฟูของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการอย่างเอื้ออาทร เป็นต้น (Dossey, 2013)

## วิธีการดำเนินการศึกษา

ผู้ศึกษาคัดเลือกผู้ป่วยเบาหวาน 1 ราย โดยมีเกณฑ์ต่อไปนี้ 1) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน 2) มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน 3) มีความซับซ้อนของการวางแผนการพยาบาล 4) ผู้ป่วยยินดีให้ข้อมูล และอนุญาตให้เป็นกรณีศึกษา

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาได้คัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก พร้อมขออนุญาตศึกษาข้อมูลกับผู้ป่วย โดยมีขั้นตอนการศึกษาดังนี้

- 1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ พร้อมขออนุญาตในการศึกษาข้อมูลเพื่อนำไปเป็นแนวทาง หรือการพยาบาลผู้ป่วยต่อไป โดยไม่ระบุตัวตน
- 2) สัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วย การรักษา และผลกระทบจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พร้อมกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองของโรคเบาหวาน
- 3) ผู้ศึกษา สืบค้นข้อมูลการเจ็บป่วย การรักษาในโรงพยาบาลจากเวชระเบียน
- 4) ประเมินและติดตามผลการพยาบาลหลังผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน โดยการเยี่ยมบ้านพร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพ

## ผลการศึกษา

### ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 71 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ ระดับการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 4 สถานภาพ หม้าย ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้ 1,700 บาทต่อเดือน จากเบี้ยผู้สูงอายุและเบี้ยคนพิการทางหู ภูมิลาเนา แขวงบางพลัด เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 1-8 ธันวาคม 2563

**การวินิจฉัยโรค** Diabetic Ketoacidosis (DKA), Ischemic stroke โรคประจำตัว DM type 2, Hypertension, Dyslipidemia

**อาการสำคัญ** หอบใจหอบลึก อ่อนแรงซีกซ้าย 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล

### ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

8 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะเดินกลับจากซื้อของ รู้สึกอ่อนเพลียเล็กน้อย

3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียมากขึ้น อาเจียน 3 ครั้ง

1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเริ่มแขนขาข้างซ้ายชาและอ่อนแรงมากขึ้น ล้มลงกับพื้น ไม่สลบ

30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล เพื่อนบ้านพบผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย หอบใจหอบลึก และเดินไม่ได้ จึงเรียกรถ EMS มารับผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล

### ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมา 12 ปีก่อน โดยมีอาการชาปลายมือปลายเท้า ตาพร่ามัว เคยมีอาการเป็นสับสน มึนงงจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม อยู่ในช่วง 7.5 – 9.8% รักษาที่โรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

### ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยมีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่เมื่อ 35 ปีก่อน ปัจจุบันเลิกดื่มแอลกอฮอล์และเลิกสูบบุหรี่ ปฏิเสธการผ่าตัด และปฏิเสธการแพ้ยา

### ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

มารดาของผู้ป่วยมีประวัติเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

### สภาพเศรษฐกิจ และครอบครัว

ผู้ป่วยอาศัยอยู่บ้านของตนเอง อาศัยอยู่บ้านเพียงคนเดียว ภรรยาเสียชีวิต เมื่อ 3 ปีที่แล้ว มีบุตรชาย จำนวน 1 คน ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่มีหนี้สิน มีเงินเก็บประมาณ 30,000 บาท สำหรับใช้จ่ายประจำวัน มีรายได้จากเบี้ยผู้สูงอายุและเบี้ยคนพิการทางหู เดือนละ 1,700 บาท รายได้ไม่พอเพียงต่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน

### ประเมินอาการและผลการตรวจร่างกายแรกรับ

EMS นำส่งโรงพยาบาล มีอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน หายใจเร็วลึก ลักษณะ Kussmaul breathing ลมหายใจมีกลิ่นคล้ายผลไม้ แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง มีตุ่มกระจกและสายตามองไม่ชัดทั้งสองข้าง หูข้างขวาหนวก ส่วนข้างซ้ายได้ยินไม่ชัดเจน E4V5M6 Pupil 3 mm BE RTL Motor power ข้างซ้าย เกรด 3 ข้างขวา เกรด 5, ระดับน้ำตาลในเลือด 513 mg%, Serum Ketone 3.6, Anion gap 30 (high), Serum osmolality

307 mOsm/kg HbA1C 11.5% BUN 17 Cr 1.54 eGFR 65 mL/min Na 136 mEq/L K 5.04 mEq/L Cl 95 mEq/L CO<sub>2</sub> 14 mEq/L น้ำหนัก 89 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร BMI 30.7 kg/m<sup>2</sup>

แรกรับสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.5 °C อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ชีพจร 102 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง 203/100 mmHg O<sub>2</sub> Sat 96%

**ผล CT Brain with non-contrast** : Seen hypodensity lesion at Rt external capsule, not seen skull fracture

#### ยาที่ใช้ในปัจจุบัน

- ASA (81 mg) 1x1 oral pc
- Atorvastatin (40 mg) 1x1 oral pc
- NovoMix 30 Unit 10-0-10 SC ac
- Omeprazole (20 mg) 1x1 oral ac

#### วิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้เกิด Diabetic Ketoacidosis ในกรณีศึกษา

ผู้ป่วยรายนี้มีอาการอ่อนเพลีย อ่อนแรงซีกซ้าย คลื่นไส้ อาเจียน หายใจเร็วลักษณะ Kussmaul breathing ระดับน้ำตาลในเลือด 513 mg% พบ Serum Ketone 3.6 Serum osmolality 307 mOsm/kg แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น DKA โดยพบ Precipitating factor คือ การมีหลอดเลือดที่สมองตีบ (Ischemic stroke) ร่วมกับการหลังอินซูลินไม่เพียงพอ ซึ่งสามารถพบได้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง โดยเฉพาะผู้ป่วยรายนี้เป็นโรคเบาหวานมานาน ได้รับการรักษาโดยฉีดอินซูลิน เมื่อมีการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน ๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะท้อแท้ในการดูแลสุขภาพตนเอง อาทิ ไม่ควบคุมอาหาร ไม่ออกกำลังกาย และไม่พบแพทย์ตามนัด ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของโรค โดยเฉพาะภาวะ DKA ที่ทำให้เกิดความรุนแรงต่อร่างกาย

#### การประเมินผู้ป่วยขณะเจ็บป่วยตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

##### 1. แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ

ผู้ป่วยทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง รักษาที่โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร รักษาโดยการฉีดอินซูลิน และรับประทานยา แต่พบว่า 1 เดือนที่ผ่านมา รักษาไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยขาดยาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง การเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยรู้ว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการขาดยา ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และมีภาวะหลอดเลือดที่สมองตีบ ทำให้ตนเองมีอาการแขนขาอ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย

##### 2. แบบแผนโภชนาการและเมตาบอลิซึม

ผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายยางให้อาหารทางจมูก ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนัก 89 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร BMI 30.7 kg/m<sup>2</sup> (อ้วนระดับ 2) มีอาการบวมกดไม่บวมที่ขาทั้งสองข้าง

##### 3. แบบแผนการขับถ่ายของเสีย

ถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง ปัสสาวะวันละ 5-6 ครั้ง

##### 4. แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย

นอนบนเตียงเป็นส่วนใหญ่ อาบน้ำเองไม่ได้ ได้รับสารอาหารทางสายยางให้อาหารทางจมูก เนื่องจาก  
 สําคัญอาหารง่าย ADL = 9 คะแนน (กลุ่มติดบ้าน สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง) (กรมอนามัย, 2557)  
 Motor power ข้างซ้าย เกรด 3 ข้างขวา เกรด 5

#### 5. แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน

กลางคืนนอนหลับไม่สนิท หลับ ๆ ตื่น ๆ นอนกลางวัน ประมาณวันละ 1 ชั่วโมง เวลา 14.00 น.  
 ถึง 15.00 น. ช่วงค่ำเริ่มเข้านอนเวลา 21.00 น. ตื่นนอน เวลา 6.00 น.

#### 6. แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้

สายตาทะมั่ว หูข้างขวาหนวก หูข้างซ้ายไม่ค่อยได้ยิน ได้กลิ่นปกติ มีอาการชาที่ปลายมือปลายเท้า  
 มีความทรงจำดี

#### 7. แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

ผู้ป่วยบอกว่าตนเองวิตกกังวล กลัวช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องเป็นภาระของผู้อื่น ผู้ให้การพยาบาล  
 มีการให้กำลังใจในช่วงที่อยู่โรงพยาบาล ทำให้มีกำลังใจดีขึ้น และเริ่มมีกำลังใจในการดูแลตนเองมากขึ้น

#### 8. แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ

ผู้ป่วยอยู่คนเดียว ส่วนบุตรอาศัยอยู่กับครอบครัว มีสัมพันธภาพกับบุตรไม่ค่อยดี เนื่องจากไม่ได้เลี้ยงดูบุตร  
 ช่วงระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล มีบุตรชายมาเยี่ยม 1 ครั้ง แต่ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมสุขภาพ ที่มา  
 ให้การดูแลรักษา

#### 9. แบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์

มีบุตรชาย 1 คน ไม่มีความรู้สึกกังวลเรื่องสมรรถภาพทางเพศแต่อย่างใด

#### 10. แบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด

วิตกกังวลค่อนข้างมากเกี่ยวกับอาการอ่อนแรง ความทนต่อกิจกรรมลดลง พยายามทำใจคิดว่าอะไร  
 จะเกิดก็ต้องเกิดตามเวรตามกรรม

#### 11. แบบแผนความเชื่อและค่านิยม

ผู้ป่วยคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่าและมีความเชื่อว่าบาปกรรมมีจริง และการเจ็บป่วยนี้เป็นการใช้กรรม  
 อย่างหนึ่ง

### การประเมินพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 7 ด้าน (7 self-care behavior)

(American Association of Diabetes Educators, 2010) ประกอบด้วย

#### 1. การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ (Healthy eating)

ก่อนให้การพยาบาล: ผู้ป่วยไม่ควบคุมอาหาร ชอบซื้ออาหารถุงประเภทผัดทอด และชอบรับประทานอาหาร  
 รสหวาน และเค็ม

หลังให้การพยาบาล: ผู้ป่วยสนใจเรื่องการรับประทานอาหารมากขึ้น โดยรับประทานอาหารประเภท  
 ต้ม นึ่ง เป็นหลัก และจัดสัดส่วนปริมาณข้าวต่อมื้อ ตามคำแนะนำของทีมพยาบาล



## 2. การออกกำลังกาย (Being active)

ก่อนให้การพยาบาล: ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางกายน้อย โดยเฉพาะการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะใช้ชีวิตในห้องนอน ไม่ค่อยออกไปไหน

หลังให้การพยาบาล: ผู้ป่วยสนใจและทำกายภาพบำบัดด้วยตนเองทุกวัน เช่น การแกว่งแขนข้างเดียว อย่างน้อยวันละ 30 นาที และฝึกเดินโดยใช้ Walker บริเวณหน้าบ้าน

## 3. การแก้ปัญหา (Problem solving)

ก่อนให้การพยาบาล: ผู้ป่วยไม่สามารถแก้ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองได้ เช่น เมื่อมีอาการผิดปกติ ผู้ป่วยไม่สามารถแก้ปัญหาเกี่ยวกับอาการที่ผิดปกติได้ และพยายามไม่ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

หลังให้การพยาบาล: ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาเบื้องต้นเกี่ยวกับอาการที่ผิดปกติ เช่น หน้ามืด ใจสั่น ผู้ป่วยจะทราบว่าตนเองมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ จะพยายามหาน้ำหวานมาดื่ม หรือรับประทานอาหารให้ตรงเวลา

## 4. ลดปัจจัยเสี่ยง (Reducing risk)

ก่อนให้การพยาบาล: ผู้ป่วยไม่ใส่ใจสุขภาพของตนเอง และไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ

หลังให้การพยาบาล: ผู้ป่วยตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพ โดยพยายามดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นเพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยใส่ใจเรื่องอาหารที่รับประทานให้เหมาะกับโรค และปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ

## 5. การจัดการด้านอารมณ์และแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม (Healthy coping)

ก่อนให้การพยาบาล: ผู้ป่วยยอมแพ้และเบื่อหน่ายกับโรคที่เป็นอยู่ มองว่าโรคที่เป็นอยู่ทำให้ชีวิตตนเองตกต่ำ

หลังให้การพยาบาล: ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้นจากทีมพยาบาลและลูกชายที่คอยให้กำลังใจ และกล้าจะเผชิญกับโรคที่เป็นอยู่ โดยตั้งเป้าหมายในการดูแลสุขภาพของตนเองชัดเจน เช่น การรับประทานยาตามแผนการรักษา และควบคุมอาหารตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ เป็นต้น

## 6. การใช้ยา (Taking medicine)

ก่อนให้การพยาบาล: ผู้ป่วยสามารถจัดยากินและฉีดอินซูลินได้ถูกต้อง แต่ขาดยา 1 เดือน และไม่ไปพบแพทย์ตามนัด

หลังให้การพยาบาล: ผู้ป่วยสามารถจัดยากินและฉีดอินซูลินได้ถูกต้องตามแผนการรักษาและมารับยาตามที่แพทย์นัดทุกครั้ง

## 7. การตรวจสอบระดับน้ำตาลในเลือด และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน (Monitoring)

ก่อนให้การพยาบาล: ผู้ป่วยไม่ได้เจาะเลือดเพื่อตรวจค่าระดับน้ำตาลในเลือด เนื่องจากไม่ได้ไปพบแพทย์ตามนัด

หลังให้การพยาบาล: หลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 สัปดาห์ มีทีมพยาบาลเยี่ยมบ้าน เข้าให้การพยาบาลที่บ้าน โดยมีการเจาะตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด พบค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่เจาะปลายนิ้ว 128 mg% และมีการติดตามประเมินผล เมื่อส่งต่อผู้ป่วยให้กับสถานพยาบาลใกล้บ้านเพื่อติดตามภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

## การพยาบาลแบบองค์รวมในการฉีดยา

### การพยาบาลด้านร่างกาย (ภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตนคั่ง)

1. ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ทุก 1 ชั่วโมง จนอาการคงที่ เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและประเมินภาวะช็อก
2. ประเมินระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ทุก 1 ชั่วโมง
3. ดูแลให้ NSS 1,000 ml vein load in 1 hr then vein 250 ml/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์
4. ดูแลให้ RI 6 unit vein then RI 100 Unit + NSS 100 ml vein 6 unit/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์
5. ดูแลบันทึกสารน้ำเข้าออกในร่างกาย
6. ประเมินอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อติดตามภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ เช่น ภาวะ Hypoglycemia เป็นต้น

### การพยาบาลด้านร่างกาย (ภาวะหลอดเลือดสมองตีบ)

1. ประเมินอาการทางระบบประสาท ทุก 1 ชั่วโมง จนอาการคงที่เพื่อค้นหาอาการเปลี่ยนแปลงซึ่งบ่งชี้ว่าการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงสมองบกพร่อง
2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยการจัดท่านอนหงายราบตะแคง และให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา
3. ดูแลให้รับ ASA (81 mg) 1 tab ตามแผนการรักษา
4. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดสิ่งกระตุ้น เพื่อช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวลและให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน ส่งผลให้เลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงสมองดีขึ้น
5. ฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุ หรือพลัดตกหกล้ม

### การพยาบาลด้านร่างกาย (ภาวะความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง)

1. ประเมินภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง เช่น ความดันโลหิต และระบบประสาท เป็นต้น
2. สังเกตอาการปวดศีรษะที่รุนแรงเพิ่มขึ้น อาเจียน แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น กระสับกระส่าย ซึ่งเป็นอาการที่บ่งชี้ถึงการมีเลือดออกในสมอง หรือมีภาวะสมองขาดเลือดเกิดเนื้อสมองตายมากขึ้น
3. ดูแลให้ผู้ป่วย Absolute bed rest

### การพยาบาลด้านจิตใจ

1. ประเมินภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ
2. แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองกับผู้ป่วยและญาติ
3. กำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ และผู้ศึกษา
4. แนะนำความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติตามมาตรฐานการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 7 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การแก้ปัญหา ลดความเสี่ยง การเผชิญปัญหาสุขภาพ การใช้ยา และการตรวจสอบระดับน้ำตาลในเลือด

5. แนะนำความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตแล้ว เช่น การจำกัดอาหารที่มีไขมันและโซเดียมสูง การรับประทานยาตามแผนการรักษา และอาการผิดที่ควรพบแพทย์ เป็นต้น

6. สร้างเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเองและดูแลผู้ป่วย

7. ให้ผู้ป่วยและญาติ อธิบายและสาธิตการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 7 ด้าน

8. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติม

#### การพยาบาลด้านสังคม

1. ประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและญาติ

2. ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวให้มีความเข้าใจผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในการส่งเสริมความรู้สึกภูมิใจในตนเองของผู้ป่วยให้มากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน

3. ประสานงานนักสังคมสงเคราะห์เพื่อช่วยเหลือด้านการเงิน หรือความช่วยเหลือที่สามารถช่วยได้

4. ดูแลให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดคุยทำความเข้าใจกัน

#### การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ

1. ประเมินความรู้สึกจากการแสดงออกของผู้ป่วยทั้งพูด และพฤติกรรมเพื่อหาสาเหตุ และสังเกตพฤติกรรม

2. อธิบายกับผู้ป่วยทุกครั้งเมื่อทำหัตถการ หรือให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในขั้นตอน และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

3. พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวลอ่อนโยน และรับฟังผู้ป่วยเมื่อต้องการพูด ไม่แสดงที่ท่าเย็บหรือรังเกียจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกที่ตนเองมีอยู่

4. ให้กำลังใจผู้ป่วยพูดให้เห็นความสามารถของตนเองโดยการให้พูดถึงความภูมิใจในอดีตที่ตนเองเคยมี

5. แนะนำญาติให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยต้องการ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

### ผลลัพธ์ของการพยาบาล

#### การพยาบาลในระยะแรกรับ

การพยาบาลในระยะแรกรับ เป็นขั้นตอนที่สำคัญในการพยาบาล เนื่องจากจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ความพิการ รวมถึงเพิ่มความพึงใจในการพยาบาล และสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งประกอบด้วย การพยาบาลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งพยาบาลควรเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร (แบ่งหน้าที่ของบุคลากรในหอผู้ป่วย) ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ (อุปกรณ์สำหรับให้ออกซิเจน เครื่องปรับอัตราการไหลของสารน้ำ) ให้พร้อมใช้อยู่เสมอ ส่วนด้านสถานที่ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะเลือดเป็นกรด จากคีโตนคั่ง และมีหลอดเลือดที่สมองตีบ จะมีอาการเปลี่ยนแปลงเร็ว พยาบาลต้องจัดเตียงให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้ Nurse station และดูแลให้การพยาบาลตามแผนการรักษาอย่างเร่งด่วน โดยเฉพาะการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ และการให้ Insulin infusion ทางหลอดเลือดดำ ควรมีการเฝ้าระวังภาวะ Hypokalemia เนื่องจากมีการดึง Potassium เข้าสู่เซลล์ในร่างกาย ดังนั้นควรมีการติดตามค่า Potassium และแก้ไขอย่างเร่งด่วน เมื่อพบค่า Potassium ผิดปกติ เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยเกิด arrhythmia ได้ นอกจากนี้

พยาบาลควรให้ความสำคัญการ bridging insulin ซึ่งมักพบปัญหาทำให้ค่าน้ำตาลในเลือดไม่คงที่ ส่งผลให้ out of DKA ไม่ได้

### การพยาบาลระยะก่อนจำหน่าย

ทีมพยาบาลเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ โดยการร่วมกำหนดเป้าหมายโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เน้นการดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อีกทั้งระหว่างพักรักษาในโรงพยาบาล ทีมพยาบาลมีการสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยและญาติพร้อมให้กำลังใจในการดูแลสุขภาพเป็นระยะ ติดตามผลอย่างต่อเนื่อง และมีการแลกเปลี่ยนความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของโรคเบาหวาน 7 ด้าน (7 self-care behavior) (AADE, 2010) ประกอบด้วย

#### - การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ

ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่มีพลังงานประมาณ 1,800-2,500 กิโลแคลอรีต่อวัน ซึ่งเกินต่อความต้องการของร่างกาย ผู้ป่วยควรได้รับประทานอาหารที่มีพลังงาน ประมาณวันละ 1,653 กิโลแคลอรี โดย เน้นอาหารที่มีรสชาติจัด ผักใบเขียวราคาที่ไม่แพง หลีกเลี่ยงการเติมน้ำปลาขณะรับประทานอาหาร และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาล เป็นต้น

#### - การออกกำลังกาย

ผู้ป่วยมีรูปร่างท้วม มีพุง BMI 30.7 kg/m<sup>2</sup> มักมีอาการมึนเวียนศีรษะบ่อย เดินลำบาก ผู้ป่วยควรออกกำลังกายที่ไม่ต้องใช้แรงมาก เช่น การแกว่งแขนต่อเนื่องสะสมอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน จะสามารถช่วยเผาผลาญพลังงานได้ถึง 115 กิโลแคลอรี

#### - การแก้ปัญหา

แนะนำวิธีการประเมินอาการผิดปกติในร่างกายเบื้องต้น เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จะมีอาการหน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออกมาก ตัวเย็น เป็นต้น หรือมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง จะมีอาการหิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย ตัวร้อน เริ่มมึนงง เป็นต้น อาการเหล่านี้ผู้ป่วยควรโทรแจ้ง 1669 ทันที หากแก้ไขอาการเบื้องต้นแล้วไม่ดีขึ้น

#### - ลดปัจจัยเสี่ยง

แนะนำให้ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ โดยเฉพาะการเกิดแผลที่เท้า ควรมีการหมั่นสังเกตตรวจดูการเกิดแผล รอยแดง บวม หนอง หรือมีเล็บขบหรือไม่ โดยเฉพาะตามซอกระหว่างนิ้วเท้าซึ่งเป็นจุดอับที่มักจะถูกมองข้าม โดยตรวจทุกเป็นประจำวัน

#### - การจัดการด้านอารมณ์และแก้ปัญหอย่างเหมาะสม

แนะนำหากิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลาย เช่น ฟังเพลงที่ชอบ รดน้ำต้นไม้ หรือพูดคุยกับเพื่อนบ้าน เป็นต้น หากรู้สึกเครียด หรือวิตกกังวล ควรหาเพื่อนคุยเพื่อระบายความรู้สึก หรือนั่งสมาธิเพื่อระงับอารมณ์

#### - การใช้ยา

แนะนำการจัดยาชนิดรับประทาน ควรติดสลากยาขนาดใหญ่เพื่อให้สามารถมองเห็นและป้องกันการหยิบยาผิด โดยเฉพาะการใช้ยาอินซูลิน ควรเก็บยาไว้ในตู้เย็นช่องธรรมดา (อุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส) และสาธิตวิธีการฉีดโดยฉีดห่างจากจุดเดิมประมาณ 1 นิ้ว เพื่อป้องกันการเกิดก้อนเนื้อแข็งใต้ผิวหนัง บริเวณที่สามารถฉีดอินซูลินได้คือ บริเวณหน้าท้อง ต้นแขน หน้าขา และสะโพก ซึ่งตำแหน่งที่อินซูลินดูดซึมได้ดีที่สุดคือ

บริเวณหน้าท้อง รองลงมาคือหน้าขา และต้นแขน ตามลำดับ สิ่งที่สำคัญ คือ การเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหลังฉีดอินซูลินแล้ว

- การตรวจสอบระดับน้ำตาลในเลือด และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

แนะนำให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด หากผู้ป่วยสงสัยตนเองมีน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือน้ำตาลในเลือดสูง ควรไปเจาะน้ำตาลปลายนิ้วที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน

### การวางแผนจำหน่าย

ทีมสหสาขาวิชาชีพ (พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนากร นักสังคมสงเคราะห์) ร่วมกับผู้ป่วยและญาติ วางแผนจำหน่ายโดยใช้รูปแบบ D-METHOD ประกอบด้วย

- **Diagnosis** ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น อาการซึมลง อ่อนแรงมากขึ้น คล้ายจะเป็นลม หายใจเหนื่อย เป็นต้น ผู้ป่วยหรือญาติ ควรโทรศัพท์แจ้ง 1669 นำส่งโรงพยาบาลใกล้บ้าน
- **Medicine** ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการจัดการรับประทานและฉีดอินซูลินที่ถูกต้อง โดยเฉพาะผู้ป่วยรายนี้ ต้องฉีด NOVOMIX 30 Unit 10-0-10 SC ac ต้องเน้นคำแนะนำในการรับประทานอาหารภายใน 30 นาที หลังฉีดอินซูลิน และเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น เหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น กระสับกระส่าย เป็นต้น
- **Environment** แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติจัดสิ่งแวดล้อม สิ่งของภายในบ้านให้โล่งและมีแสงสว่าง ภายในบ้านอยู่เพียงพอเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ
- **Treatment** แนะนำวิธีการทำกายภาพบำบัดด้วยตนเองอย่างถูกวิธี
- **Health** แนะนำวิธีการดูแลเท้าอย่างถูกวิธี และหมั่นตรวจเท้าทุกวันเป็นประจำ
- **Out patient** แนะนำให้มาตรวจตามแพทย์นัด อีก 3 เดือน เพื่อรับการรักษอย่างต่อเนื่อง งดน้ำ และอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนวันที่แพทย์นัด เพื่อตรวจเลือดหาค่าระดับน้ำตาลและน้ำตาลสะสมเฉลี่ย นอกจากนี้ผู้ป่วยมีนัดตรวจตาและเท้าภายหลังได้รับการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวาน
- **Diet** แนะนำให้รับประทานอาหารประเภทโปรตีนจากปลา ไข่ ถั่ว และผักใบเขียว หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง และหลีกเลี่ยงอาหารประเภททอด ผัด และอาหารรสชาติดหวานมันเค็มจัด เป็นต้น

### สรุปผลหลังได้รับการพยาบาลแบบองค์รวม (ให้การพยาบาลที่บ้าน)

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยบอกว่าตนเองกำลังใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น มีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว จากการถามย้อนกลับผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของโรคเบาหวาน และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยและญาติสามารถสาธิตวิธีการฉีดอินซูลิน และจัดการรับประทานตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง พร้อมกับการทำกายภาพบำบัดที่บ้านได้เอง อุณหภูมิกาย 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ค่าความดันโลหิต 125/83 mmHg ค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่เจาะปลายนิ้ว 128 mg%

## อภิปรายผล

โรคเบาหวาน เป็นโรคที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่างๆ ได้ โดยเฉพาะภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตนคั่งจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตได้ ในผู้ป่วยรายนี้ พบความซับซ้อนที่ผิดปกติของร่างกายเกิดขึ้นในขณะเดียวกัน คือ 1) มีการตีบของหลอดเลือดในสมอง ทำให้มีอาการอ่อนแรงที่ซีกซ้าย และ 2) มีภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตนคั่งจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและสูญเสียหน้าที่ของการทำงานของอวัยวะบางส่วนในร่างกาย อาการเหล่านี้สามารถพบได้ในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี เช่น ไม่ควบคุมอาหาร มีกิจกรรมทางกายน้อย และรักษาไม่ต่อเนื่อง เป็นต้น เพื่อเป็นการลดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวาน พยาบาลควรมีการประเมินพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 7 ด้านร่วมด้วย เพื่อทราบพฤติกรรมดูแลตนเองและนำไปสู่กิจกรรมการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมของแต่ละรายบุคคล พยาบาลเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยตลอดเวลา ตั้งแต่แรกรับจนผู้ป่วยกลับบ้าน ปัจจัยที่ช่วยให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพ คือ การพยาบาลแบบองค์รวม โดยมีการพยาบาลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งการพยาบาลแต่ละด้านจะมีความสัมพันธ์กัน และแตกต่างกันตามบริบทของผู้ป่วยในแต่ละราย ภายหลังการติดตามผล 3 เดือนในผู้ป่วยรายนี้ พบว่าผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลปลายนิ้ว 128 mg% และค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C) 7.5 % บ่งบอกถึงการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยดีขึ้นและสามารถเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่ตนเองเป็นอยู่ได้ ดังนั้นหากพยาบาลสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวมในผู้ป่วยทุกรายได้สำเร็จ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2557). องค์ประกอบการทำงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว. นนทบุรี: กรมอนามัย.
- กองโรคไม่ติดต่อ. (2563). ธรรมนูญเบาหวานโลก ปี 2563 หนุนบทบาทพยาบาลร่วมสร้างพลังแห่งการเปลี่ยนแปลงโรคเบาหวาน. <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=15591&deptcode=brc>
- จิรัญญา มุขพันธ์, วรรณศรี รักสะอาด, อนัญญา เดชสุภา, สิทธิชัย ทองบ่อ, สุพัตรา สายเชื้อ และ สมคิด ศรประสิทธิ์. (2545). ประสิทธิภาพของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวม โรงพยาบาลกุดชุมหะพิสัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2563). สถานการณ์โรคเบาหวาน ปี พ.ศ. 2560. <https://www.hfocus.org/content/2019/11/18054>
- สุวรรณี สร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ภัณฑิรา เฟื่องทอง, จุฬากานต์ กิ่งเนตร และคุณญา แก้วทันคำ. (2562). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์, 13(2), 37-49.

- American Association of Diabetes Educators. (2020). *Self-care behaviors handouts*. [http://www.diabeteseducator.org/DiabetesEducation/Patient\\_Resources/AADE7\\_PatientHandouts.html](http://www.diabeteseducator.org/DiabetesEducation/Patient_Resources/AADE7_PatientHandouts.html)
- Dossey, B. M. (2013). *Holistic nursing: A handbook for practice*. Jones & Bartlett Publishers.
- Fowler, M. J. (2011). Microvascular and macrovascular complications of diabetes. *Clinical diabetes*, 29(3), 116-122.
- Part, B. (2020). Gordon's Functional Health Patterns Assessment. *Change*, 26, 26.
- Saeedi, P., Petersohn, I., Salpea, P., Malanda, B., Karuranga, S., Unwin, N., ... & Shaw, J. E. (2019). Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9<sup>th</sup> edition. *Diabetes research and clinical practice*, 157, 107843.
- Ventegodt S., Kandel I., Ervin D.A., & Merrick J. (2016) Concepts of Holistic Care. In: Rubin I.L., Merrick J., Greydanus D.E., Patel D.R. (eds) *Health Care for People with Intellectual and Developmental Disabilities across the Lifespan*. Springer, Cham.

## คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วชิรสารการพยาบาล

กองบรรณาธิการวชิรสารการพยาบาล ขอเชิญชวนส่งบทความวิชาการทางการพยาบาล บทความวิจัยทางการพยาบาล บทความพิเศษ และปกิณกะเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวชิรสารการพยาบาล โดยขอให้ เป็นบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน ต้นฉบับทุกเรื่องจะถูกส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญ ทาง การพยาบาลแต่ละสาขาทั้งภายในและภายนอกอย่างน้อย 2 ท่านประเมินก่อนการตีพิมพ์ บทความ จะได้รับการ ตีพิมพ์เมื่อผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายในเวลาที่กำหนด หรือผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา อนุมัติการตีพิมพ์ หากผู้เขียนไม่แก้ไขบทความตามเวลาที่กำหนดหรือนำบทความ ไปตีพิมพ์ในวารสารอื่น ระหว่างอยู่ในขั้นตอนรอตีพิมพ์ที่วชิรสารการพยาบาล กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ การตีพิมพ์

### การเตรียมต้นฉบับ

#### 1. บทความวิชาการ

1.1 พิมพ์ตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 16 หน้าเดียวในกระดาษ A4 จำนวนไม่เกิน 12 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง

1.2 ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และคำสำคัญมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยจำนวน คำภาษาอังกฤษบทคัดย่อไม่เกิน 250 คำ และจำนวนคำสำคัญไม่เกิน 5 คำ

1.3 ชื่อผู้เขียน ตำแหน่ง ที่อยู่ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.4 เรียงลำดับหัวข้อใหญ่ บทคัดย่อภาษาไทย คำสำคัญภาษาไทย บทคัดย่ออังกฤษ คำสำคัญ อังกฤษ บทนำ เนื้อหา และบทสรุป ด้วยตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 18 โดยพิมพ์ชิด ขอบด้านซ้าย

#### 2. บทความวิจัย

2.1 พิมพ์ตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 16 หน้าเดียวในกระดาษ A4 จำนวนไม่เกิน 15 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง

2.2 ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อยู่กึ่งกลางหน้าด้วยตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 18

2.3 ชื่อ-นามสกุลผู้วิจัยและคณะอยู่กึ่งกลางหน้าด้วยตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 16 โดย ส่วนท้ายของหน้าแรกระบุตำแหน่งวิชาการ สถานที่ทำงาน และ e-mail ของ corresponding author และคณะ

2.4 เรียงลำดับหัวข้อใหญ่ ด้วยตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 18 โดยพิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ดังนี้

2.4.1 บทคัดย่อภาษาไทย คำสำคัญภาษาไทย (สอดคล้องกับภาษาอังกฤษ)

2.4.2 บทคัดย่ออังกฤษ (ไม่เกิน 300 คำ) คำสำคัญอังกฤษ (ไม่เกิน 5 คำ)

2.4.3 บทนำ

2.4.4 กรอบแนวคิดการวิจัย (ถ้ามี)

2.4.5 วัตถุประสงค์



2.4.6 สมมติฐานการวิจัย หรือ คำถามการวิจัย (ถ้ามี)

2.4.7 วิธีการดำเนินการวิจัย

2.4.8 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.4.9 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

2.4.10 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.4.11 การวิเคราะห์ข้อมูล

2.4.12 ผลการวิจัย

2.4.13 การอภิปรายผล

2.4.14 ข้อเสนอแนะ

2.4.15 เอกสารอ้างอิง

2.5 เอกสารอ้างอิง ใช้รูปแบบ APA 6th edition (American Psychological Association)

### การส่งบทความ

ส่งบทความต้นฉบับบทความในรูปแบบ word file ข้อมูลส่วนบุคคลตามแบบฟอร์มใบส่งบทความ ตีพิมพ์ และสำเนาใบรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน เข้ารับการพิจารณาผ่านระบบการจัดการวารสารออนไลน์ Thai Journals Online (ThaiJO) เว็บไซต์ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/vnj> หากมีข้อสงสัยหรือต้องการสอบถาม สามารถติดต่อ นางสาวจงจิตต์ แจ่มหมื่นไวย ฝ่ายการพยาบาล ตึกเพชรรัตน์ชั้น 6 โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โทร. 0-2244-3082

**ใบส่งบทความตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล  
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ส่งบทความและลายมือชื่อให้ความยินยอมตีพิมพ์ของผู้นิพนธ์

เรียน บรรณาธิการวารสารการพยาบาล

ข้าพเจ้า.....

ที่อยู่ในการติดต่อ.....

เบอร์โทรศัพท์.....e-mail.....

มีความประสงค์ส่งบทความวิชาการ/ วิจัย/ ปกิณกะ เรื่อง

(ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....

เผยแพร่ในวารสารการพยาบาล ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความนี้ไม่อยู่ระหว่างหรือผ่านการตีพิมพ์ในวารสารอื่น  
และยินดีปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด

1. ชื่อผู้นิพนธ์หลัก (ภาษาไทย)..... ☐ corresponding author

(ภาษาอังกฤษ).....e-mail.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

รายชื่อผู้นิพนธ์ร่วม (ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน)

2. ชื่อ (ภาษาไทย)..... ☐ first author

(ภาษาอังกฤษ).....e-mail.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

3. ชื่อ (ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....e-mail.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

4. ชื่อ (ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....e-mail.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

5. ชื่อ (ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....e-mail.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

☐ กรณีบทความวิจัย ได้ส่งพร้อมสำเนาใบรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ส่งบทความ

**ใบสมัครขอรับหนังสือวารสารการพยาบาล**  
**คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช**

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับหนังสือวารสารการพยาบาล (ฉบับเดือน มกราคม ถึง มิถุนายน และ กรกฎาคม ถึง ธันวาคม จำนวน 2 เล่มต่อปี) เป็นเวลา ..... ปี ตั้งแต่ พ.ศ. ....ถึง พ.ศ. .... และได้ชำระค่าวารสาร ตามรายการดังนี้

☐ อัตราค่าสมาชิก และค่าจัดส่ง 300 บาทต่อปี

นางสาว/ นาง /นาย .....

ที่อยู่เลขที่ ..... ซอย ..... ถนน .....

แขวง ..... เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

ชำระโดย

☐ เงินสด จำนวน.....บาท

☐ โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ชื่อ นางสาวจงจิตต์ แจ่มหมื่นไวย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาศรียาน เลขที่บัญชี 012-1-10918-6

ลงชื่อ .....

(.....)

วันที่ .....

**หมายเหตุ :** ส่งใบสมัครและหลักฐานการโอนเงิน มาทางโทรสาร

นางสาวจงจิตต์ แจ่มหมื่นไวย์ (ด้านวิชาการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล)

โทรสาร 02-668-7152 โทร. 0-2244-3082