



โรงพยาบาลกำแพงเพชร

วารสาร โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ปีที่ ๒๘ ฉบับที่ ๒ เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม ๒๕๖๗



Kamphaeng Phet Hospital Journal
Vol. 28 no.2 July - December 2024
ISSN 0858 - 5180

วารสาร
โรงพยาบาลกำแพงเพชร

คณะผู้จัดทำ

เจ้าของ

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ประธานที่ปรึกษา

นพ.สุรชัย แก้วศิริชัย

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงเพชร

คณะที่ปรึกษา

นพ.อัศวพงศ์ จุฑากรณ์
พว.เพ็ญกมล กุลสุ
นพ.สมเพ็ง โชคเฉลิมวงศ์
นพ.ไพฑูรย์ อ่อนเกตุ
นางกฤษณา บำรุงศรี

รองผู้อำนวยการด้านบริการตติยภูมิและทุติยภูมิ
รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล
รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองผู้อำนวยการด้านบริการด้านปฐมภูมิ
รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ

บรรณาธิการ

พญ.ชินานาฏ พวงสายใจ

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

รองบรรณาธิการ

พว.ยุคลธร จิตรเกื้อกุล

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

กองบรรณาธิการ

พญ.ตรุณี พุทธาริ
พญ.สมสุดา ยาอินทร์
พว.กาญจนา รามสูต
พว.จิราพร มณีพราย
นายประโยชน์ เข็มนาจิตร
พว.พันทะนันท์ วงศ์แสนสี
ภก.นฤมล มหาชัย

หัวหน้าฝ่ายวิจัยไวรัสวิทยากำแพงเพชร
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
เภสัชกรชำนาญการ

ฝ่ายศิลปกรรม

นางทิพวรรณ นิลคล้าย
นางสาวอุษา หงษ์ยนต์

เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาชำนาญงาน
เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาปฏิบัติงาน

ฝ่ายจัดการวารสาร

นางสาวอาภากร เอ็มโอฐ
นางบังอร ทิวรัตน์อังกูร
นางสาวรัชติกาต แสงเม็ลล์

บรรณารักษ์ปฏิบัติการ
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
พนักงานห้องสมุด

การส่งต้นฉบับ

คุณอาภากร เอ็มโอฐ
งานห้องสมุด กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ โรงพยาบาลกำแพงเพชร
เลขที่ 428 ถนนราชดำเนิน 1 อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร 62000
e-mail : kphlibrary@gmail.com โทรศัพท์. (055) 022000 - 29 ต่อ 1403

กำหนดออกวารสาร

- กำหนดออกของวารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปีละ 2 ฉบับ ราย 6 เดือน
- ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - มิถุนายน (ส่งต้นฉบับภายใน 30 มีนาคม ออกภายใน 30 มิถุนายน)
- ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม (ส่งต้นฉบับภายใน 30 กันยายน ออกภายใน 30 ธันวาคม)

บรรณาธิการแถลง

- ภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับมีลักษณะเหมือนเนื้องอกตับเมื่อตรวจพบโดยภาพทางรังสีวินิจฉัย =
Intra-hepatic total parenteral nutrition extravasation mimicking hepatic tumor on diagnostic
imaging appearance / นนทวัฒน์ เจตน์ประยูศักดิ์ _____ 1
- ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื้องอกที่บ้านเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง
จังหวัดกำแพงเพชร = Outcomes of continuing palliative care at home in the Network of
Primary care unit of Khlong Khlung District, Kamphaeng Phet Province / ธนภฤต ดงบัง _____ 11
- การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนอำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร / Developing a system
for caring for psychiatric and drug patients at high risk of participating in violence of family
and community Bueng Samakkhi District Kamphaeng Phet Province / วิศรุต โมราสุข _____ 22
- การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะปอดอักเสบ : กรณีศึกษา = Nursing Care in
Congenital Pneumonia of Newborn : A Case Study / เสาวรส รุ่งพิทยานนท์ _____ 34
- การพยาบาลผู้ป่วยแผลกระเพาะอาหารทะลุที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา =
Nursing care of Peptic Ulcer Perforation with Septic shock : A case study /
วาสนา ลำเพยพล _____ 44
- ผลของการใช้บัตรช่วยรับมือกับปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตายในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช
โรงพยาบาลกำแพงเพชร = The Usage of Coping Card in Depressive Patients with
Suicidal Ideation in Psychiatric Outpatient Setting of Kamphaeng Phet Hospital /
กัลยรัตน์ จงพิทักษ์รัตน์ _____ 57

คำแนะนำผู้พิมพ์

Intra-hepatic total parenteral nutrition extravasation mimicking hepatic tumor on diagnostic imaging appearance

Nonthawat Chetprayuk, M.D.*

Abstract

Introduction : Feeding total parenteral nutrition (TPN) via umbilical catheterization in newborns is a common procedure in neonatal intensive care unit (NICU). Malposition of umbilical catheterization can lead to complications including intra-hepatic total parenteral nutrition extravasation which can mimic hepatic tumor on diagnostic imaging appearance.

Objectives : To review the imaging appearance and discuss the cases of an intra-hepatic total parenteral nutrition extravasation in patient which is suspected malposition of umbilical catheterization.

Case study : Retrospective case review of three newborn patients who were treated at Sawanpracharak hospital between August 2021 and December 2021. They received total parenteral nutrition (TPN) via umbilical catheterization, after that they developed abnormal liver function tests. A hyperechoic mass in the liver was detected on ultrasonography. Further CT study and MRI study revealed that this lesion shows no contrast enhancement, contains hematoma and fat components. In addition, all of them had a history of malposition of umbilical catheterization detected on prior abdominal radiography. These imaging appearances and patient history leading to the diagnosis of an intra-hepatic total parenteral nutrition extravasation. Conservative and supportive treatments were given. Serial follow up imaging studies show decreasing in size of the lesion.

Conclusions : The imaging appearances of an intra-hepatic total parenteral nutrition extravasation mimic intra-hepatic tumor, especially ultrasonography which is common initial imaging modality for intra-hepatic lesion in neonate patient. Concerning this pathology will lead to appropriate and management, shorten the time for diagnosis and may decrease over-investigation, radiation exposure and contrast media exposure.

Keywords : Hepatic tumor. Diagnostic imaging, Intra-hepatic total parenteral nutrition extravasation, Malposition of umbilical catheterization.

* Medical doctor, Professional level, Department of radiology, Sawanpracharak Hospital, Nakhonsawan.

ภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับมีลักษณะเหมือนเนื้องอกตับ เมื่อตรวจพบโดยภาพทางรังสีวินิจฉัย

นนทวัฒน์ เจตน์ประยูรศักดิ์, พ.บ. *

บทคัดย่อ

บทนำ : การใส่สายสวนหลอดเลือดดำทางสะดือเป็นหัตถการที่พบบ่อย โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต มีประโยชน์ในการให้ยา สารน้ำ สารอาหาร รวมไปถึงส่วนประกอบของเลือดแก่ผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการใส่สายสวนหลอดเลือดดำทางสะดือในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสมอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ รวมไปถึงภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับ ซึ่งอาจพบลักษณะเหมือนเนื้องอกตับ เมื่อตรวจโดยภาพทางรังสีวินิจฉัย

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นกรณีตัวอย่างในการวินิจฉัย การเลือกการตรวจรักษา และการแปลผลภาพถ่ายทางรังสีวิทยา

กรณีศึกษา : การศึกษาเป็นการทบทวนผู้ป่วยเด็กแรกเกิดของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ที่มีภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับ ระหว่างเดือน สิงหาคม 2564 ถึง ธันวาคม 2564 จำนวน 3 ราย ซึ่งได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับผ่านสายสวนหลอดเลือดดำทางสะดือ หลังจากนั้นตรวจเลือดพบการทำงานของตับผิดปกติ ผู้ป่วยได้รับการส่งตรวจอัลตราซาวด์พบก้อนสีขาวในตับ การส่งตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และเครื่องตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า พบว่ามีไขมันและก้อนเลือดเป็นส่วนประกอบ ไม่มี enhancement หรือมี enhancement น้อยมากเมื่อฉีดสารทึบรังสี สืบค้นประวัติอิเล็กทรอนิกส์ย้อนหลังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับสารอาหารผ่านทางสายสวนหลอดเลือดทางสะดือ ซึ่งอยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม บ่งชี้ว่าก้อนที่พบในตับของผู้ป่วยทั้ง 3 รายนั้นมีความเป็นไปได้สูงที่จะเกิดจากสารอาหารทางหลอดเลือดดำที่รั่วอยู่ในเนื้อตับ ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบอนุรักษและประคับประคอง เมื่อตรวจติดตามผลด้วยภาพทางรังสีวินิจฉัยพบก้อนในตับมีขนาดเล็กลงเรื่อยๆ

สรุป : ภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับ มีลักษณะเหมือนเนื้องอกตับได้ในภาพทางรังสีวินิจฉัย รวมถึงอัลตราซาวด์ซึ่งมักจะเป็นการตรวจเริ่มแรกในผู้ป่วยเด็กที่สงสัยพยาธิสภาพในตับ การคำนึงถึงภาวะนี้โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเด็กทารกที่มีประวัติรับสารอาหารผ่านทางสายสวนสะดือในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม จึงเป็นประโยชน์อย่างมากในการวางแผนการรักษา ย่นระยะเวลาในการวินิจฉัย และลดความเสี่ยงของผู้ป่วยในการสัมผัสรังสีหรือสารทึบรังสีซ้ำซ้อนในอนาคต

คำสำคัญ : ก้อนในตับ รังสีวินิจฉัย ภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับ สายสวนหลอดเลือดดำทางสะดือผิดตำแหน่ง

* นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

บทนำ

สายสวนหลอดเลือดดำทางสะดือ (Umbilical vein catheterization หรือ UVC) เป็นหัตถการที่พบบ่อย โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต มีประโยชน์ในการให้ยา สารน้ำ สารอาหาร รวมไปถึงส่วนประกอบของเลือดแก่ผู้ป่วย การใส่ UVC ทำได้โดยการใส่สายสวนผ่านหลอดเลือดดำทางสะดือ ตำแหน่งที่เหมาะสมของปลายของครออยู่ที่ Inferior vena cava/right atrium junction หรือเหนือต่อระดับของกระบังลมเล็กน้อย¹⁻³

อย่างไรก็ตามการใส่สายสวนหลอดเลือดดำทางสะดืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาได้ เช่น การติดเชื้อ ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ และภาวะความดันในระบบพอร์ทอลสูงขึ้น (Portal hypertension)² ในผู้ป่วยที่ปลายสายอยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสมแล้วมีการให้สารที่มีความเข้มข้นสูงผ่านทางสายรวมไปถึง Total parenteral nutrition (TPN) อาจทำให้มีภาวะสารน้ำรั่วออกผิดปกติ ส่งผลให้เกิดบาดเจ็บที่ตับหรือในช่องท้องได้¹⁻³

ผู้ป่วยที่มีภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับหรือในช่องท้อง ผู้ป่วยอาจมีอาการท้องอืด ตรวจร่างกายคลำพบตับโตและสงสัยน้ำในช่องท้อง (Ascites) ตรวจเลือดพบระดับเม็ดเลือดขาวขึ้นสูง ระดับเกล็ดเลือดต่ำลง ค่าการทำงานของตับ (Liver function test) ผิดปกติ⁴ หากมีพยาธิสภาพในตับหรือน้ำช่องท้องแล้วเจาะตรวจจะพบลักษณะน้ำสีเหลืองขุ่นคล้าย TPN มีไขมันและโปรตีนเป็นส่วนประกอบหลัก⁵

ในส่วนของการส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัยสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับ อัลตราซาวด์จะพบลักษณะของก้อนในตับมีสีขาว^{4,6-9} บางรายพบเป็นก้อนสีดำหรือถุงน้ำที่มีขอบหนาและเยื่ออยู่ข้างในได้⁸ นอกจากนี้บางรายพบน้ำในช่องท้องร่วมด้วย⁴⁻⁹ การส่งตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และเครื่องตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าจะพบว่าก้อนในตับมีไขมัน และเลือดเป็นส่วนประกอบ ไม่มี enhancement หรือมี enhancement น้อยมากเมื่อฉีดสารทึบรังสี และมีขนาดเล็กลงเรื่อยๆ เมื่อตรวจติดตามด้วยภาพทางรังสีวินิจฉัย

อัลตราซาวด์มีบทบาทสำคัญและมักจะเป็นการส่งตรวจเริ่มแรกในผู้ป่วยเด็กที่สงสัยพยาธิสภาพในตับ ทั้งในแง่การคัดกรองโรค และการวินิจฉัย เนื่องจากการตรวจที่ปลอดภัยรังสีเอกซเรย์และสารทึบรังสี อีกทั้งมีความเหมาะสมสำหรับใช้ในหอผู้ป่วย (Portable ultrasonography) โดยลักษณะของภาพที่พบจากอัลตราซาวด์ของภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับที่กล่าวข้างต้นนั้นมีความคล้ายคลึงกับก้อนเนื้องอกในตับของเด็กบางชนิด เช่น hepatic hemangioma, hemangioendothelioma, hepatoblastoma, hamartoma, และ hepatocellular carcinoma เป็นต้น¹⁰⁻¹¹

ดังนั้นการศึกษารังสีวิทยาของผู้ป่วยทั้ง 3 ราย จึงเป็นการศึกษาที่มีความสำคัญกับรังสีแพทย์ กุมารแพทย์รวมถึงแพทย์ทั่วไป เพื่อเพิ่มการคำนึงถึงภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับ ในผู้ป่วยที่พบก้อนในตับจากการส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัยโดยเฉพาะอัลตราซาวด์ที่มีลักษณะดังกล่าวข้างต้น ร่วมกับผู้ป่วยเด็กทารกที่มีประวัติรับสารอาหารผ่านทางสายสวนสะดือ ผิดตำแหน่ง และมีลักษณะทางคลินิกที่เข้ากันได้ เพื่อนำไปสู่การวางแผนการรักษา ย่นระยะเวลาการวินิจฉัยและลดความเสี่ยงของผู้ป่วยในการสัมผัสรังสีหรือสารทึบรังสีซ้ำซ้อนในอนาคต

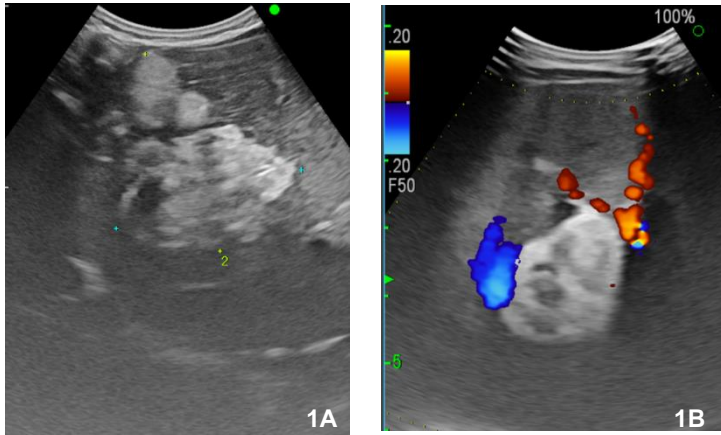
กรณีศึกษา

การศึกษานี้เป็นการทบทวนผู้ป่วยที่มีสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับในเด็กแรกเกิด ที่ทำการส่งตรวจรังสีวินิจฉัยแล้วพบลักษณะรอยโรคเหมือนเนื้องอกตับของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ระหว่างเดือน สิงหาคม 2564 ถึง ธันวาคม 2564 ทั้งหมด 3 ราย

ผู้ป่วยรายที่ 1

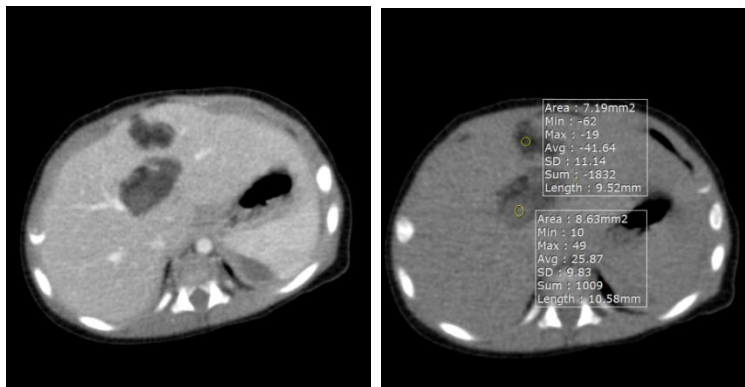
ผู้ป่วยเด็กชายแรกเกิด ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดขั้นรุนแรง (Severe birth asphyxia) ภาวะสมองทำงานผิดปกติเนื่องจากการขาดออกซิเจน (Hypoxic ischemia encephalopathy) และโรคปอดติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-associated Pneumonia, VAP) ผู้ป่วยรายนี้ได้เริ่มรับ TPN ผ่านทางสาย UVC เมื่ออายุ 2 วัน ระยะเวลาประมาณ 1 เดือน หลังจากนั้นพบ Liver function test ผิดปกติ (AST 294 ALT 254 ALP 491 TB 14.2 DB 13.1)

ตรวจอัลตราซาวด์ในหอผู้ป่วยเบื้องต้น (Portable ultrasonography) พบก้อนในตับ จึงทำการส่งตรวจอัลตราซาวด์ที่แผนกรังสีวินิจฉัยพบ Heterogeneous hyperechoic mass ที่ Hepatic segment 4 ไม่พบ Internal vascularity สงสัยว่าเป็นเนื้องอกตับ เช่น hepatic hemangioma, hemangioblastoma, หรือ hepatoblastoma.



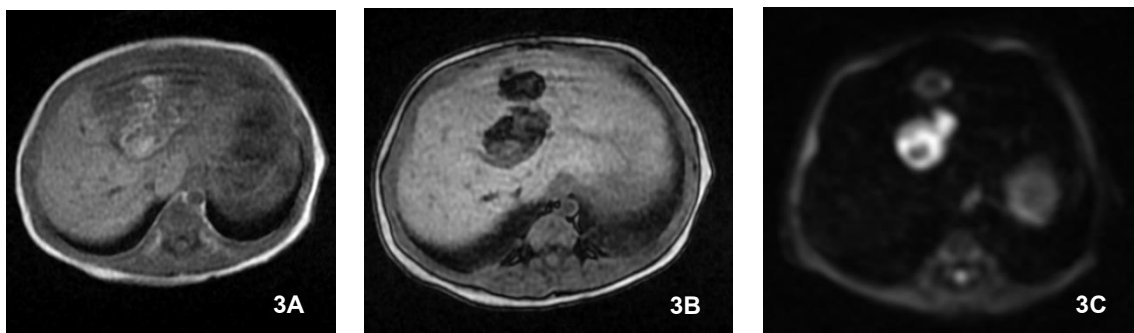
รูปที่ 1 Ultrasonography: Heterogeneous hyperechoic mass in hepatic segment 4 (1A) with absent internal vascularity (1B)

ผู้ป่วยได้รับการส่งตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ต่อ พบ Well-defined fat-containing heterogeneous hypodense mass with non-to-slightly enhancement สงสัยก้อนเนื้องอกในตับที่มีไขมันเป็นส่วนประกอบ เช่น hepatic lipoma, hepatic adenoma และ hepatic angiomyolipoma.



รูปที่ 2 CT abdomen: Well-defined fat-containing (-41 HU) heterogeneous hypodense mass with non-to-slightly enhancement.

หลังจากนั้นได้ส่งตรวจเครื่องตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าพบ Lobulated mass showing hyperintensity on in-phase T1W, signal drop on opposed-phase T1W, hyperintense on T2W and fat-suppression T2W, restricted diffusion on DWI with no obvious enhancement สงสัย mixed microscopic fat-component and acute to early subacute hemorrhage แต่ไม่ค่อย typical กับ fat-containing hepatic tumor.



รูปที่ 3 MRI abdomen: Lobulated intra-hepatic mass showing hyperintensity on in-phase T1W (3A), signal drop on opposed-phase T1W (3B) and restricted diffusion on DWI (3C).



เนื่องจากผู้ป่วยได้รับ TPN ผ่านทางสาย UVC จึงทำการทบทวนดู Chest include abdomen radiograph หลังจากการใส่สาย UVC ขณะผู้ป่วยอายุ 2 วัน พบว่า ปลายของสายอยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม โดยอยู่ที่ใต้เงาของกระบังลม ลงมาประมาณ 2.0 เซนติเมตร เมื่อพิจารณาพร้อมกับลักษณะที่ปรากฏในตรวจ อัลตราซาวด์ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์และเครื่องตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าดังกล่าว ข้างต้น จึงคิดถึงภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับ ได้รับการรักษาแบบ Conservative treatment และ supportive treatment.

รูปที่ 4 Chest include abdomen radiograph: UVC tip is about 2.0-cm below the diaphragm (Arrow)

การวินิจฉัยโรค

ได้รับการวินิจฉัยว่า มีภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับ (Intra-hepatic total parenteral nutrition extravasation) และได้รับการรักษาแบบ Conservative treatment

สรุปกรณีศึกษา

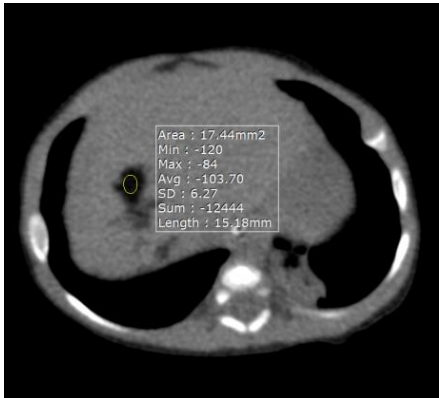
ผู้ป่วยเด็กชายแรกเกิดมีประวัติได้เริ่มรับ TPN ผ่านทางสาย UVC เมื่ออายุ 2 วัน เป็นระยะเวลาประมาณ 1 เดือน หลังจากนั้นพบ Liver function test ผิดปกติ จึงทำการส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัย อัลตราซาวด์พบ Heterogeneous hyperechoic mass ที่ Hepatic segment 4 โดยไม่พบ Internal vascularity เอกซเรย์คอมพิวเตอร์และเครื่องตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า พบว่ามีไขมันและก้อนเลือดเป็นส่วนประกอบในก้อน ไม่มี enhancement ร่วมกับการทบทวนย้อนหลังดู Abdominal radiograph หลังจากการใส่สาย UVC พบว่าปลายของสายอยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม วินิจฉัยว่าสงสัยภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับ ได้รับการรักษาแบบ Conservative treatment

ผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยเด็กชายแรกเกิด คลอดก่อนกำหนดเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ 5 วัน ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-associated Pneumonia, VAP) และติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยรายนี้ได้เริ่มรับ TPN ผ่านทางสาย UVC เมื่ออายุ 3 วัน หลังจากนั้นประมาณ 1 สัปดาห์ พบ Liver function test ผิดปกติ (AST 578 ALT 957 ALP 386 TB 6.99 DB 3.72)

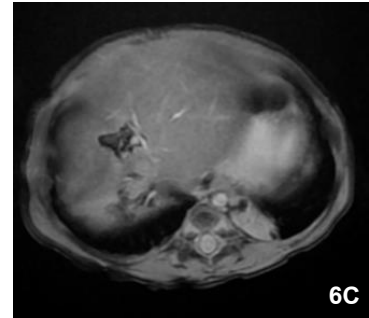
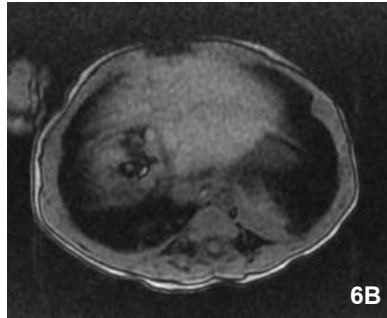
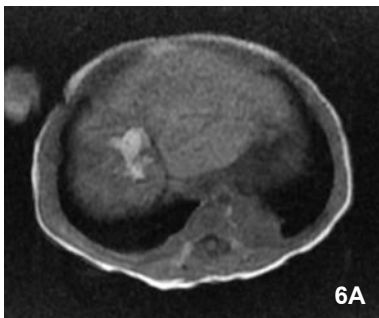
ได้รับการส่งตรวจ Portable ultrasonography โดยรังสีแพทย์ชั้นทำที่หอผู้ป่วยบันทึกว่าพบ Heterogeneous hyperechoic lesions in the liver and ascites สงสัย Intra-hepatic fluid collection หรือ liver abscess ทำการตรวจติดตามโดย Portable ultrasonography พบมีขนาดเล็กลง กุมารต๋ลยแพทย์เจาะน้ำในช่องท้องพบน้ำสีเหลืองขุ่น ประมาณ 50 มิลลิลิตร ลักษณะคล้าย TPN ตรวจพบไขมัน โปรตีนและกลูโคสเล็กน้อย ไม่พบ leukocyte

เอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบ Multiple fat containing lesions in hepatic segment 7 and 8 และ Hepatomegaly



รูปที่ 5 CT abdomen: Fat containing lesion (-103 HU) with absent enhancement in hepatic segment 7 and segment 8.

จากนั้นได้ส่งตรวจเครื่องตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า พบ Lobulated mass showing hyperintensity on in-phase T1W, signal drop on opposed-phase T1W, hyperintense on T2W and fat-suppression T2W, restricted diffusion on DWI, hypointense on T2*- weighted GRE with no obvious enhancement สงสัย mixed microscopic fat-component and subacute hemorrhage.



รูปที่ 6 MRI abdomen: Lobulated intra-hepatic mass showing hyperintensity on in-phase T1W (6A), signal drop on opposed-phase T1W (6B) and hypointense on T2*-weighted GRE (6C).

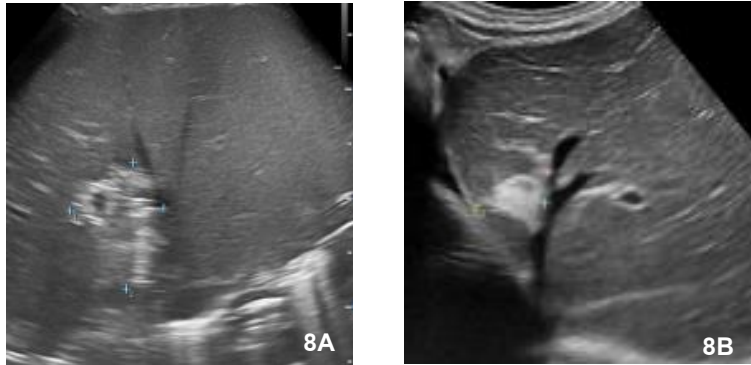
ทำการทบทวนดู Chest include abdomen radiograph หลังจากการใส่สาย UVC ขณะผู้ป่วยอายุ 1-2 วัน พบว่าปลายของสายอยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม โดยอยู่ที่ใต้เงาของกระบังลมลงมาประมาณ 1.0 เซนติเมตร



รูปที่ 7 Chest include abdomen radiograph: Post-UVC placement, its tip is about 1.0 cm below the diaphragm (Arrow)

เมื่อพิจารณาพร้อมกับลักษณะที่ปรากฏในตรวจอัลตราซาวด์ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์และเครื่องตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ดังกล่าวข้างต้น จึงคิดถึงภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับ ได้รับการรักษาแบบ Conservative treatment

หลังจากนั้นผู้ป่วยได้รับการตรวจติดตามด้วยอัลตราซาวด์อีก 2 ครั้ง พบ Heterogeneous hyperechoic lesion in hepatic segment 7 ที่มีขนาดเล็กลงเรื่อยๆ



รูปที่ 8 Ultrasonography: Decreased size of heterogeneous hyperechoic mass in hepatic segment 7, 2.3x1.7 cm on 04-Jan-2022 (8A) to 1.4x0.9-cm on 09-Jul-2022 (8B).

การวินิจฉัยโรค

ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับ (Intra-hepatic total parenteral nutrition extravasation) และได้รับการรักษาแบบ Conservative treatment.

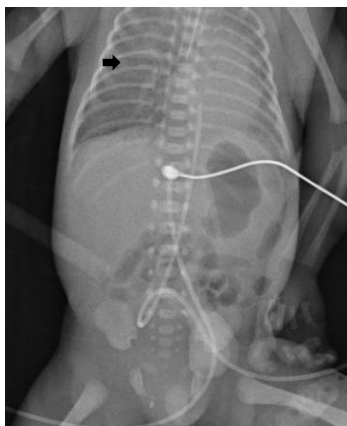
สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเด็กชายแรกเกิด มีประวัติได้เริ่มรับ TPN ผ่านทางสาย UVC เมื่ออายุ 2 วัน หลังจากนั้นพบ Liver function test ผิดปกติ จึงทำการส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัย อัลตราซาวด์พบ Heterogeneous hyperechoic lesion in the liver เอกซเรย์คอมพิวเตอร์และเครื่องตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าพบว่ามีไขมันและก้อนเลือดเป็นส่วนประกอบในก้อน ไม่มี enhancement ร่วมกับการทบทวนย้อนหลังดู Abdominal radiograph หลังจากการใส่สาย UVC พบว่าปลายของสายอยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม วินิจฉัยว่าสงสัยภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับ ได้รับการรักษาแบบ Conservative treatment หลังจากนั้นตรวจติดตามด้วยอัลตราซาวด์อีก 2 ครั้งพบ Heterogeneous hyperechoic lesion in hepatic segment 7 ที่มีขนาดเล็กลง

ผู้ป่วยรายที่ 3

ผู้ป่วยเด็กชายแรกเกิด คลอดก่อนกำหนดเมื่ออายุครรภ์ 25 สัปดาห์ 4 วัน ได้รับการวินิจฉัยเป็น Moderate birth asphyxia, severe respiratory distress syndrome and congenital pneumonia ผู้ป่วยรายนี้ได้เริ่มรับ TPN ผ่านทางสาย UVC เมื่ออายุ 2 วัน หลังจากนั้นประมาณ 2 เดือน พบ Liver function test ผิดปกติ (AST 170 ALT 172 ALP 683 TB 6.3 DB 6.0)

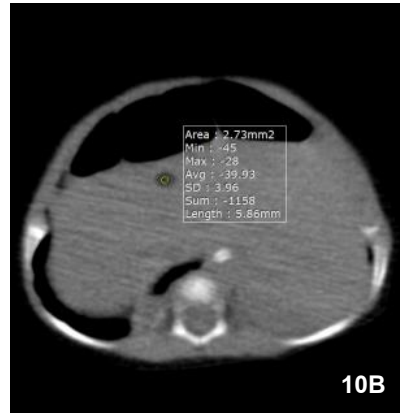
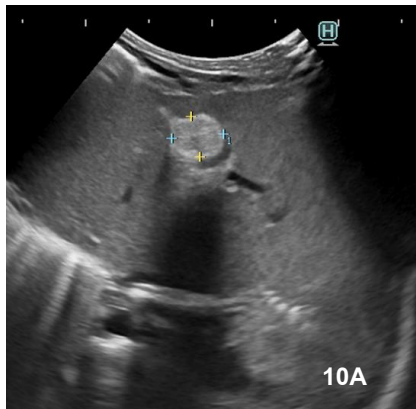
ทำการทบทวนดู Chest include abdomen radiograph หลังจากการใส่สาย UVC ขณะผู้ป่วยอายุ 2 วัน พบว่าปลายของสายอยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม โดยอยู่ใต้เงาของกระบังลมลงมาประมาณ 1.5 เซนติเมตร



รูปที่ 9 Chest include abdomen radiograph :

UVC tip is about 1.5 cm below the diaphragm

อัลตราซาวนด์ที่แผนกรังสีวินิจฉัย พบ A 1.0 x 0.8 x 0.7 cm. well-defined heterogeneous hyperechoic mass หลังจากนั้นตรวจติดตามด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบ A 0.6 x 0.5 x 0.6 cm. non-enhancing fat containing lesion



รูปที่ 10 Ultrasonography on 29-Oct-2021 : A 1.0 x 0.8 x 0.7 well-defined heterogeneous hyperechoic mass.
CT abdomen on 11-Jan-2022 : A 0.6 x 0.5 x 0.6 cm non-enhancing fat containing lesion (8B).

การวินิจฉัยโรค

ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับ (Intra-hepatic total parenteral nutrition extravasation) และได้รับการรักษาแบบ Conservative treatment

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเด็กชายแรกเกิด มีประวัติได้เริ่มรับ TPN ผ่านทางสาย UVC เมื่ออายุ 2 วัน หลังจากนั้นพบ Liver function test ผิดปกติ จึงทำการส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัย อัลตราซาวนด์พบ Well-defined heterogeneous hyperechoic mass in the liver ร่วมกับการทบทวนย้อนหลังดู Radiograph หลังจากการใส่สาย UVC พบว่าปลายของสายอยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม วินิจฉัยว่าภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับ ได้รับการรักษาแบบ Conservative treatment ตรวจติดตามด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบว่ามีไขมันเป็นส่วนประกอบในก้อน ไม่มี enhancement และก้อนมีขนาดเล็กลงเมื่อเทียบกับอัลตราซาวนด์ครั้งก่อน

วิจารณ์และข้อเสนอนะ

กรณีศึกษาภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับ มีลักษณะเหมือนเนื้องอกตับ เมื่อตรวจพบโดยภาพทางรังสีวินิจฉัยในผู้ป่วยเด็กแรกเกิด จำนวน 3 ราย พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า^{1, 4-9} ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำผ่านทางสะดือ ในขณะที่ปลายของสายอยู่ในตำแหน่งไม่เหมาะสม ซึ่งอยู่ต่ำกว่าระดับงาของกระบังลม อาการของผู้ป่วยมาด้วยท้องอืดโตขึ้นหรือคลำพบตับโตได้ ทุกรายพบความผิดปกติของ Liver function test โดยพบ Increase AST, ALT, ALP, TB และ DB บางรายพบมี Leukocytosis ผู้ป่วยทุกรายได้รับการส่งอัลตราซาวนด์พบเป็น Heterogeneous hyperechoic lesion ซึ่งเป็นลักษณะที่พบได้บ่อยที่สุดในการศึกษาก่อนหน้า (อาจมีลักษณะปลีกย่อยแตกต่างกัน เช่น homogeneous hyperechoic, heterogeneous hyperechoic, hyperechoic lesion with hypoechoic rim เป็นต้น)^{4,6-9} มีลักษณะที่แยกได้ยากจากก้อนเนื้องอกในตับของเด็กแรกเกิด¹⁰⁻¹¹ ผู้ป่วยทั้ง 3 ราย จึงได้รับการส่งตรวจโดยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และ/หรือเครื่องตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ซึ่งพบว่ามีไขมันและก้อนเลือดเป็นส่วนประกอบ ไม่มี enhancement หรือมี enhancement น้อยมาก เมื่อฉีดสารทึบรังสี ลักษณะนอกจากนี้ที่พบได้รองลงมาคือ Complicated intra-hepatic fluid collection⁸ ส่วนรอยโรคร่วมที่พบได้บ่อย คือน้ำในช่องท้อง และตับโต ผู้ป่วยรายที่ 2 ของกรณีศึกษานี้พบน้ำในช่องท้อง หลังจากนั้นได้ทำการเจาะตรวจเป็นน้ำสีเหลืองขุ่นคล้าย TPN⁵ ส่งตรวจ Fluid profile พบไขมัน โปรตีนและกลูโคสเล็กน้อย ไม่พบ leukocyte^{4,5} ผู้ป่วยทั้งหมดรักษาโดย Conservative treatment พบว่าพยาโรศภาพมีขนาดเล็กลง เมื่อตรวจติดตามผลโดยภาพทางรังสีวินิจฉัย

สิ่งหนึ่งที่เป็นข้อสังเกตของการศึกษาก่อนหน้าในต่างประเทศ^{4,6-9} คือ เมื่อผู้ป่วยมีหลักฐานที่สอดคล้องและบ่งชี้ว่า อาจเกิดจาก Intra-hepatic total parenteral nutrition extravasation กล่าวคือเป็นผู้ป่วยเด็กแรกเกิดที่ได้รับการให้สารน้ำ ทางหลอดเลือดดำผ่านทางสะดือในขณะที่ปลายของสายอยู่ในตำแหน่งไม่เหมาะสม ตรวจพบพบความผิดปกติของ Liver function test ร่วมกับการส่งอัลตราซาวด์ พบลักษณะ Intra-hepatic hyperechoic lesion หรือ Complicated intra-hepatic fluid collection แล้วนั้น จะได้รับการวินิจฉัยว่ามีโอกาสสูงที่จะเป็น Intra-hepatic total parenteral nutrition extravasation^{1,4-9} โดยไม่ได้ส่งตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์หรือเครื่องตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าต่อ การรักษาส่วนมากเป็น Conservative treatment ส่วนบางรายจะรักษาโดย Per-cutaneous drainage⁴⁻⁹ ในขณะที่ผู้ป่วยซึ่งมีประวัติไม่ชัดเจน ยังสงสัยโรคอื่น โดยเฉพาะก่อนเนื้องอกของตับอยู่ รักษาแล้วอาการแยลง ตรวจติดตามด้วยอัลตราซาวด์แล้วก่อนมีขนาดเท่าเดิมหรือใหญ่ขึ้น จึงจะได้รับการส่งตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์หรือเครื่องตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า

นอกจากนี้ควรตรวจสอบตำแหน่งปลายสายของ UVC ด้วย Plain film หลังจากทำการใส่สายหรือใส่แล้วแต่สงสัยว่า ตำแหน่งของสายจะคลาดเคลื่อน ก่อนที่จะทำหัตถการ เช่น การให้สารอาหาร สารน้ำ หรือยาผ่าน UVC เป็นต้น เพื่อป้องกัน และลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนรวมถึงภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับ โดยตำแหน่งที่เหมาะสมของ ปลายสายของ UVC ควรอยู่ที่ Inferior vena cava/right atrium junction หรือเหนือต่อระดับของกระบังลมเล็กน้อย¹⁻³

สรุป

ภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับ สามารถพบลักษณะคล้ายเนื้องอกของตับได้จากภาพทางรังสีวินิจฉัย จำเป็นต้องตระหนักถึงภาวะนี้ในผู้ป่วยเด็กแรกเกิดที่ได้รับการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำผ่านทางสะดือในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม และควรใช้อัลตราซาวด์เป็นเครื่องมือหลักทั้งในการวินิจฉัยและการตรวจติดตามผล การส่งตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์หรือเครื่องตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าควรเลือกใช้กับผู้ป่วยที่ประวัติไม่ชัดเจน ยังสงสัยก่อนเนื้องอกของตับอยู่ หรือมีอาการแยลง

เอกสารอ้างอิง

1. Weber AL, Deluca S, Shannon DC. Normal and abnormal position of the umbilical artery and venous catheter on the roentgenogram and review of complications. American journal of roentgenology. 1974;120(2):361-7.
2. Oestreich AE. Umbilical vein catheterization—appropriate and inappropriate placement. Pediatric Radiology. 2010;40(12):1941-9.
3. Al-Dajani N, Osiovič H, Smyth J, Byrne A, Jamieson D, Kaczala G. Umbilical Venous Catheter Position: The Value of Acquiring a Lateral in Addition to a Frontal Chest Radiograph. Cureus. 2023;15(10):e46642.
4. Hagerott HE, Kulkarni S, Restrepo R, Reeves-Garcia J. Clinical-radiologic features and treatment of hepatic lesions caused by inadvertent infusion of parenteral nutrition in liver parenchyma due to malposition of umbilical vein catheters. Pediatric Radiology. 2014;44(7):810-5.
5. Hui JY, Lo KK, Lo J, Chan ML, Chan JC. Neonatal total parenteral nutrition ascites secondary to umbilical venous catheterization. J Hong Kong Coll Radiol. 2001;4(6):288-90
6. Yigiter M, Arda IS, Hiçsönmez A. Hepatic laceration because of malpositioning of the umbilical vein catheter: case report and literature review. J Pediatr Surg. 2008;43(5):E39-41
7. Ramaswamy VV, Rao GV, Suryanarayana N, Gummadapu S. Parenteral nutrition extravasation associated liver injury – a case series with varying clinicalradiological presentations. J Pediatr Neonatal Individualized Med. 2020;9(1):4-7.



8. Lim-Dunham JE, Vade A, Capitano HN, Muraskas J. Characteristic sonographic findings of hepatic erosion by umbilical vein catheters. *J Ultrasound Med.* 2007;26(5):661-6.
9. Spriggs DW, Brantley RE. Thoracic and abdominal extravasation: a complication of hyperalimentation in infants. *AJR Am J Roentgenol.* 1977 Mar;128(3):419-22.
10. Coley BD, Caffey JP. *Caffey's pediatric diagnostic imaging Vol. 1.* Philadelphia: Pa Elsevier Saunders; 2013.
11. Swischuk LE. *Imaging of the newborn, infant, and young child.* Philadelphia : Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.



Outcomes of continuing palliative care at home in the Network of Primary care unit of Khlong Klung District, Kamphaeng Phet Province

Thanakrit Dongbang, M.D.*

Abstract

Introduction : Palliative care is holistic care that focuses on patients and families as the center to improve the quality of life for both patients and families. Patients receiving palliative care from Khlong Klung Hospital tend to increase; therefore, there has been a development of a suitable model of continuing palliative care at home to fit the current situation.

Objectives : To compare the outcomes of patient care before and after receiving continuing palliative care at home from the Network of Primary Care Unit in Khlong Klung District, Kamphaeng Phet Province, and to evaluate family satisfaction after receiving the service.

Methods : This study was a quasi-experimental research. It examined patients and families who received palliative care at the Palliative Care Clinic of Khlong Klung Hospital and then continued care at home within the Network of the Primary Care Unit in Khlong Klung District from October 2023 to February 2024. A Purposive sampling of 70 individuals was selected. The research tools were personal data questionnaires, the Palliative Care Outcome Scale (POS), and the Family Satisfaction Questionnaire for palliative care (FAMCARE2).

Results : After receiving care according to the guidelines for continuing palliative care of patients at home, the mean POS score decreased from 20.73 (S.D. = 6.38) to 13.17 (S.D. = 3.64) with statistical significance. Family satisfaction (FAMCARE-2) had an average score of 4.23 (S.D. = 0.33), indicating a high level of satisfaction. Considering all 4 aspects: symptom management and comfort, patient care and information provision, management of distressing symptoms and side effects, and assistance and support for both patients and families, there was a high level of satisfaction in all aspects.

Conclusion : The utilization of continuing palliative care at home in the Network of Primary Care Unit of Khlong Klung District, Kamphaeng Phet Province, resulted in improved patient care outcomes and high family satisfaction.

Keywords : Palliative care, Home health care, Network of Primary Care Unit

*Medical doctor, Professional level, Khlong Klung Hospital, Kamphaeng Phet Province

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนืองที่บ้าน เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร

ธนภฤต ดงบัง, พ.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ : การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลคลองขลุงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จึงมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนืองที่บ้านให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อเนืองที่บ้าน เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร และประเมินความพึงพอใจครอบครัวหลังได้รับการ

วิธีการศึกษา : การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่คลินิก รักษารักษาโรงพยาบาลคลองขลุง และส่งกลับดูแลต่อเนืองที่บ้าน อยู่ในพื้นที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง ช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 70 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เก็บข้อมูลด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care outcome scale : POS) แบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคอง (FAMCARE2)

ผลการศึกษา : หลังการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ค่าเฉลี่ยคะแนน POS ลดลงจาก 20.73 (S.D. =6.38) เป็น 13.17 (S.D. =3.64) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจของครอบครัว (FAMCARE-2) คะแนนเฉลี่ย 4.23 (S.D. = 0.33) ระดับความพึงพอใจมาก พิจารณาทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการอาการทางกายและความสุขสบาย ด้านการดูแลผู้ป่วยและการให้ข้อมูล ด้านอาการรบกวนและอาการข้างเคียงต่างๆ และด้านการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว มีระดับความพึงพอใจมากทุกด้าน

สรุป : การใช้แนวทางดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนืองที่บ้าน เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ครอบครัวมีความพึงพอใจ

คำสำคัญ : การดูแลแบบประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

*นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร

บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ปี พ.ศ. 2565 และคาดว่าจะกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด¹ คือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 28 ในปี พ.ศ. 2574 ซึ่งประชากรผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูงขึ้น ถึงแม้เทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่จะสามารถช่วยผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีชีวิตยาวนานขึ้น แต่อีกมุมมองอาจเป็นการยื้อชีวิตผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายขาดและโรคที่เข้าสู่ระยะท้ายให้เสียชีวิตช้าลง โดยไม่ได้คำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวจนถึงวาระสุดท้าย ซึ่งรูปแบบการรักษาแบบเดิมส่วนใหญ่ถูกตัดสินใจโดยแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวอาจไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทำให้ไม่ตรงตามความปรารถนาของผู้ป่วยที่แท้จริง

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)^{2,3} มีความสำคัญในปัจจุบันเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองคือ การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่มีโรคคุกคามต่อชีวิต เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มีการป้องกันและจัดการอาการไม่สบาย โดยเฉพาะอาการปวด และอาการไม่สบายอื่นๆ มีการดูแลทั้งมิติด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ นอกจากนี้ทีมแพทย์ยังมีหน้าที่แจ้งข่าวร้ายและให้ข้อมูลที่ เป็นจริงแก่ผู้ป่วย โดยที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance care planning) ให้ตรงตามความปรารถนาของผู้ป่วยมากที่สุด อีกทั้งสามารถเลือกว่าจะรับการรักษาที่ไม่รุกราน และใช้ชีวิตวาระสุดท้ายที่ใด

โรงพยาบาลคลองขลุงเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง ปี⁴ พ.ศ. 2565 มีประชาชนที่ต้องดูแล 68,513 คน เป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์โดยมีผู้สูงอายุ ร้อยละ 26.73 โรค 3 อันดับแรกที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต ได้แก่ กลุ่มโรคมะเร็ง กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งกลุ่มโรคดังกล่าวส่วนใหญ่รักษาไม่หายขาด และส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ จึงอาจได้รับการรักษาช่วงวาระสุดท้ายไม่ตรงตามความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้น โรงพยาบาลคลองขลุง จึงจัดตั้งคลินิกวิชาชีพ (Palliative care clinic) มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างมีส่วนร่วมโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล และเภสัชกรที่ผ่านการอบรมทักษะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง รวมถึงทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ร่วมกับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง รูปแบบการให้บริการ คือ ให้บริการคำปรึกษาผู้ป่วยนอก (OPD) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และรับปรึกษาผู้ป่วยใน (IPD) ทุกวันทำการให้การรักษาร่วมกับทีมแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ มีกิจกรรมประชุมครอบครัว การวางแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้า การจัดการอาการปวดและไม่สบายอื่นๆ รวมถึงการส่งต่อข้อมูล การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในปี พ.ศ. 2563-2565 คลินิกวิชาชีพโรงพยาบาลคลองขลุง มีผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 108 174 และ 180 รายตามลำดับ ทั้งในรูปแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยปี 2565 ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็ง 73 คน คิดเป็นร้อยละ 40.56 และผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง 107 คน คิดเป็นร้อยละ 54.44 จากการดำเนินการปี 2565 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ 2563 และ 2564 เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่องและประสิทธิภาพมากขึ้น จึงมีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ต่อเนื่องที่บ้านเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง โดยเน้นการมีส่วนร่วมผู้ป่วยและครอบครัว ภายใต้การดูแล และการช่วยเหลือจากบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่และทีมสหสาขาวิชาชีพ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร และประเมินความพึงพอใจของครอบครัวหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน

วิธีการศึกษา

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental) แบบกลุ่มเดียว

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่คลินิกวิชาชีพ โรงพยาบาลคลองขลุง และส่งกลับมาดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 เลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) จำนวน 70 คน

เกณฑ์คัดเข้า

- ผู้ป่วยโรคที่มีภาวะจำกัดชีวิต หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต หรืออยู่ในระยะท้าย หรือ ผู้ป่วยโรคที่เข้าเกณฑ์ตามแนวทางการประเมิน Supportive and palliative care indicators tool (SPICT) ^{5,6}
- ผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร
- มีผู้ดูแลหลัก
- ผู้ป่วยและผู้ดูแล ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

- ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลขอถอนตัวออกจากงานวิจัย
- ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ครบถ้วนตามแนวทาง หรือย้ายออกจากพื้นที่ก่อนการประเมินผลลัพธ์การดูแลเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร พัฒนารับขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยผ่านการปรับปรุงและเห็นชอบจากคณะกรรมการดูแลและพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย(PCT) ซึ่งประกอบไปด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์อายุรกรรม และทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว ด้านการจัดการอาการปวดและอาการไม่สุขสบายอื่นๆ ด้านการดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ และด้านการช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ที่จำเป็น ดังแสดงในรูปที่ 1

เครื่องมือใช้เก็บข้อมูล

- 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบไปด้วยข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้รวม สิทธิการรักษา โรคประจำตัว และ อาการรบกวนทางกาย
- 2) แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก (Palliative Performance scale : PPS)^{7,8} โดยแบ่งระยะของผู้ป่วยแบบประคับประคองออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ระยะคงที่ (PPS=70%-100%) ระยะเปลี่ยนผ่าน (PPS=40%-60%) และระยะสุดท้าย (PPS=0%-30%)
- 3) แบบประเมินผลลัพธ์ก่อนและหลังการดูแลแบบประคับประคอง^{7,9,10,11} (Palliative care outcome scale: POS) พัฒนาโดย Hearn และ Higgson ฉบับภาษาไทยแปลโดยคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่ และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยปรนิต ผู้กฤตยาคามิ และคณะ ใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยวิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วย หรือญาติ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาค 0.9, Weighted kappa rage 0.31-0.73
- 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคอง (FAMCARE2)^{12,13} ฉบับภาษาไทยแปลโดย ลดาร์ธน์ สากินันท์ และคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่ โดยแบบประเมิน FAMCARE-2 ฉบับภาษาไทย มีคำถามทั้งหมด 17 ข้อ มีค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.96 และค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาค 0.94 โดยแบบสอบถามทั้งหมดได้ขออนุญาตจากผู้แปลแบบสอบถามแล้ว

**รูปที่ 1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร**

แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร	
<p>คลินิกโรคเรื้อรังส่งข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยแก่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบไปด้วย ข้อมูลโรค, เป้าหมายการรักษา, PPS, อาการไม่สุขสบาย, Pain score, Key person/Caregiver, ยาที่จำเป็น, อุปกรณ์ที่จำเป็นที่บ้าน</p>	
<p>ทีมเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ดูแลผู้ป่วยที่บ้านและเยี่ยมบ้านผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระยะสุดท้าย (PPS=0% - 30%) เยี่ยมบ้านทุก 1 สัปดาห์ - ระยะเปลี่ยนผ่าน (PPS=40% - 60%) เยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์ - ระยะคงที่ (PPS=70% - 100%) เยี่ยมบ้านทุก 4 สัปดาห์ <p>โดยให้การดูแลครอบคลุม 4 ด้าน ดังนี้</p>	
1. การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว	2. การจัดการอาการปวดและอาการไม่สุขสบายอื่น ๆ
<ul style="list-style-type: none"> - แนะนำข้อมูลเกี่ยวกับโรค - ทบทวน ACP กับผู้ป่วยและครอบครัว - มีทักษะการฟังที่ดี - ทักษะแสดงความเห็นใจ (Empathy) 	<ul style="list-style-type: none"> - การประเมิน PPS - ประเมินอาการปวดของผู้ป่วย - ประเมินอาการไม่สุขสบายอื่น ๆ - แนะนำวิธีการจัดการอาการไม่สุขสบาย - ให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย - ทบทวนกับครอบครัวถึงอาการแสดงของผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตและการดูแลผู้ป่วย - วิธีการให้ยาเพื่อใช้จัดการอาการปวด ความถี่ การให้ยาขนาดยาที่เหมาะสม
3. การดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ	4. การช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ที่จำเป็น
<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินภารกิจที่ยังค้างคาใจ (Unfinished business) ของผู้ป่วยและครอบครัว - ประเมินกิจกรรมที่ต้องทำตามความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรม - เตรียมตัววางแผนเกี่ยวกับความสูญเสียและการเสียชีวิต - การดูแลความโศกเศร้าครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต 	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์ต่างๆ เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน syringe driver เตียง ที่นอนลม - ติดต่อประสานงาน ช่วยจัดหาอุปกรณ์ตามความจำเป็น - แนะนำวิธีการใช้อุปกรณ์ต่างๆ อย่างปลอดภัย - แนะนำวิธีการทำความสะอาดอุปกรณ์ต่างๆ การบำรุงรักษา

การดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูล

1) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง แก่บุคลากรในทีมเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง(NPCU) ทั้ง 5 ทีม ครอบคลุมพื้นที่ 10 ตำบล มีทั้งหมด 14 หน่วยบริการและ 1 PCU ในโรงพยาบาลคลองขลุง จำนวน 30 คน

2) ชี้แจงรายละเอียดการเข้าร่วมงานวิจัยแก่ผู้ป่วยและญาติพร้อมลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วม หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยหรือญาติตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล คลินิกโรคเรื้อรังมีหน้าที่ส่งข้อมูลการดูแลรักษาและเป้าหมายการดูแลแก่หน่วยบริการที่จะให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

3) บุคลากรในทีมเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง ให้ดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง ในการเยี่ยมบ้านทุกครั้ง โดยในครั้งแรก ประเมิน PPS และ คะแนน POS

4) บุคลากรในทีมเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง ประเมิน PPS คะแนน POS และคะแนน FAMCARE2 ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 โดยความถี่ในการเยี่ยมบ้านแบ่งตามระยะของผู้ป่วยแบบประคับประคองออกเป็น 3 กลุ่มระยะคงที่ (PPS=70%-100%) เยี่ยมบ้านทุก 4 สัปดาห์ ระยะเปลี่ยนผ่าน (PPS=40%-60%) เยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์ และระยะสุดท้าย (PPS=0%-30%) เยี่ยมบ้านทุก 1 สัปดาห์

วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care outcome scale: POS) ก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยใช้สถิติ Paired t-test

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร เลขที่ 66 02 11 วันที่ 5 ตุลาคม 2566 โดยเริ่มเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการพิจารณาอนุมัติ 1 สัปดาห์

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทั้งหมด 70 คน เพศชายร้อยละ 64.29 เพศหญิงร้อยละ 35.71 อายุเฉลี่ย 71.06 ปี (S.D. = 13.79) ส่วนใหญ่อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 78.57 สถานภาพ โสด คู่/สมรส หย่า/แยกกันอยู่ และหม้าย ร้อยละ 8.57, 61.43, 5.71 และ 24.29 ตามลำดับ การศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 90 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 71.43 รองลงมาคือ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 15.71 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 81.43 สิทธิการรักษาของผู้ป่วยมากที่สุดคือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 87.14 ผู้ป่วยมีระดับ Palliative performance scale (PPS) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 40-60% ร้อยละ 77.14 รองลงมา คือ PPS 0-30% ร้อยละ 12.86 และ PPS 70-100% ร้อยละ 10 โรคของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง ร้อยละ 54.29 กลุ่มโรคมะเร็งร้อยละ 45.71 โดยกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง 3 ลำดับแรก ได้แก่ โรคเส้นเลือดสมองตีบ ร้อยละ 15.71 โรคหัวใจวาย ร้อยละ 14.29 และ โรคไตวายเรื้อรังระยะท้าย ร้อยละ 11.43 ตามลำดับ อาการรบกวนทางกายที่พบบ่อย 3 ลำดับแรก ได้แก่ อาการเหนื่อย ร้อยละ 65.71 อาการปวด ร้อยละ 58.57 และอ่อนเพลีย ร้อยละ 42.86 ตามลำดับ

ผลลัพธ์ก่อนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ผู้ป่วยมีคะแนน POS รวมเฉลี่ยเท่ากับ 20.73 (S.D. =6.38) หลังได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีคะแนน POS รวมเฉลี่ยลดลงเป็น 13.17 (S.D. =3.64) ซึ่งดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ เมื่อเปรียบเทียบคะแนน POS รายข้อพบว่า ทั้ง 10 ข้อมีคะแนน POS ดีขึ้น แต่มีนัยสำคัญทางสถิติ 8 ข้อ ได้แก่ อาการปวด อาการอื่นที่มีผลกระทบต่อความรู้สึก อาการหงุดหงิดหรือกังวลใจ ครอบครัว หรือ เพื่อน มีความวิตกกังวล ผู้ป่วย ครอบครัว หรือ เพื่อนได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา ได้รับความรู้สึกให้กับครอบครัว/เพื่อน ผู้ป่วยมีความเศร้าใจ และ ผู้ป่วยรู้สึกดีกับตัวเอง ส่วน 2 ข้อ คะแนนลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเสียเวลาในการนัดหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และ ได้รับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยทั้งด้านปัญหาการเงิน หรือปัญหาส่วนตัว ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 5

ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (FAMCARE-2) มีคะแนนเฉลี่ย 4.23 (S.D. = 0.33) ระดับความพึงพอใจมาก พิจารณาทั้ง 4 ด้าน การจัดการอาการทางกายและความสุขสบาย การดูแลผู้ป่วยและการให้ข้อมูล อาการรบกวนและอาการข้างเคียงต่างๆ และการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว มีระดับความพึงพอใจมากทุกด้าน ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (n=70)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	45	64.29
หญิง	25	35.71
อายุ		
36-59 ปี	15	21.43
60 ปีขึ้นไป	55	78.57
\bar{x} = 71.06, S.D. =13.79, min = 36, max = 103		
สถานภาพ		
โสด	6	8.57
คู่/สมรส	43	61.43
หย่า/แยกกันอยู่	4	5.71
หม้าย	17	24.29
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	63	90
ปริญญาตรี	6	8.57
สูงกว่าปริญญาตรี	1	1.43
อาชีพก่อนเจ็บป่วย		
เกษตรกร	50	71.43
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	11	15.71
รับจ้าง	7	10
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	1.43
พระ	1	1.43
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	57	81.43
5,000 - 10,000 บาท	12	17.14
มากกว่า 10,000 บาท	1	1.43
สิทธิการรักษา		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	7.14
ประกันสังคม	4	5.71
ประกันสุขภาพล่วงหน้า	61	87.14

ตารางที่ 2 ระดับความสามารถผู้ป่วย (Palliative Performance scale, PPS) ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (n=70)

PPS score	จำนวน(คน)	ร้อยละ
0-30%	9	12.86
40-60%	54	77.14
70-100%	7	10

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของโรคหลักผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (n=70)

โรค	จำนวน(คน)	ร้อยละ
โรคมะเร็ง	32	45.71
โรคเส้นเลือดสมองตีบ	11	15.71
โรคไตวายเรื้อรังระยะท้าย	8	11.43
โรคหัวใจวายระยะท้าย	10	14.29
โรคปอดเรื้อรังระยะท้าย	4	5.71
โรคตับแข็ง	2	2.86
โรคพาร์กินสัน	1	1.43
กระดูกสะโพกหัก	1	1.43
โรคสมองเสื่อม	1	1.43

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของอาการผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (n=70)

อาการ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ปวด	41	58.57
เหนื่อย	46	65.71
อ่อนเพลีย	30	42.86
ท้องผูก	5	7.14
ไอ	6	8.57
คัน	8	11.43
นอนไม่หลับ	24	34.29
อึดแน่นท้อง	16	22.86
แผลกดทับ	8	11.43

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale, POS)

แบบต่อเนืองที่บ้านเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร (n=70)

ปัญหาและความต้องการ	ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care outcome, POS)		t	p-value
	ก่อน \bar{x} (S.D.)	หลัง \bar{x} (S.D.)		
	1. อาการปวด	1.50(1.46)		
2. อาการอื่นที่มีผลกระทบต่อความรู้สึก	2.06(0.9)	1.01(0.65)	11.63	<.001*
3. อาการหงุดหงิดหรือกังวลใจ	1.93(0.92)	0.94(0.59)	9.59	<.001*
4. ครอบครัว หรือ เพื่อน มีความวิตกกังวล	2.50(0.78)	1.81(0.67)	5.57	<.001*
5. ผู้ป่วย ครอบครัว หรือเพื่อนได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา	1.90(0.68)	1.53(0.63)	3.38	.001*
6. ได้ระบายความรู้สึกให้กับครอบครัว/เพื่อน	2.39(1.08)	1.00(0.66)	11.15	<.001*
7. ผู้ป่วยมีความเศร้าใจ	2.11(1.04)	1.01(0.69)	8.87	<.001*
8. ผู้ป่วยรู้สึกดีกับตัวเอง	2.37(1.02)	1.09(0.79)	9.97	<.001*
9. รู้สึกว่าเสียเวลาในการนัดหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	1.97(1.25)	1.83(1.01)	1.40	0.167
10. ได้รับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของท่าน ทั้งด้านปัญหาการเงิน หรือปัญหาส่วนตัว	2.00(1.27)	1.89(1.07)	0.85	0.398
คะแนนรวม	20.73(6.38)	13.17(3.64)	12.31	<.001*

*P<0.05=มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและระดับความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (FAMCARE-2) (n=70)

ความพึงพอใจ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
1. ด้านการจัดการอาการทางกายและความสุขสบาย	4.21	0.34	มาก
2. ด้านการดูแลผู้ป่วยและการให้ข้อมูล	4.21	0.38	มาก
3. ด้านอาการรบกวนและอาการข้างเคียงต่างๆ	4.27	0.48	มาก
4. ด้านการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว	4.30	0.60	มาก
รวม	4.23	0.33	มาก

วิจารณ์

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนืองที่บ้าน เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่ดีขึ้น โดยดูจากระดับคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (POS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เป็นผลมาจากการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว การจัดการอาการปวดและอาการไม่สุขสบายอื่นๆ การดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ และการช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ที่จำเป็น อีกทั้งยังเป็นการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลถึงบ้านผู้ป่วย เริ่มการดูแลแบบประคับประคองเร็วคือ ตั้งแต่ผู้ป่วยมีระดับความสามารถ (Palliative performance scale, PPS) ยังไม่ต่ำมาก โดยดูจาก PPS ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 40-60% ร้อยละ 77.14 และมีการติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง อีกทั้งยังมีการจัดอบรมบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน แก่ บุคลากรในทีมเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง ก่อนเริ่มดำเนินการเพื่อเพิ่มความมั่นใจของบุคลากรในพื้นที่ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนืองที่บ้านส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น สอดคล้องกับ Maetens A และคณะ¹⁴ (2019) พบว่า ผลลัพธ์ทั้งด้านคุณภาพการดูแลรักษาและลดค่าใช้จ่ายในการดูแลช่วยระยะสุดท้ายดีกว่าการดูแลแบบปกติ นอกจากนี้การใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ทำให้คะแนน POS ลดลง สอดคล้องกับการศึกษา สุคนธ์ทิพย์ บุญยัง และกาญจนา วิสัย¹⁵ (2563) ที่ภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านค่าเฉลี่ยคะแนน POS ลดลง และเพ็ญศรี จาบประไพ และคณะ¹⁶ (2564) ผลลัพธ์การเลือกรูปแบบการดูแลดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไว้รอยต่อ ค่าเฉลี่ย POS ก่อนการดูแลกับวันที่ 5 ที่ได้รับการดูแลพบว่าดีขึ้น

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องที่บ้านด้านการเสียเวลาในการนัดหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ มีคะแนนลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นผลจากระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลคลองขลุงมีคลินิกปรึกษาชีวิต ดูแลกลุ่มผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยเฉพาะ ซึ่งญาติผู้ป่วยสามารถมาแทนและให้บริการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองผ่านการคุยวิดีโอ (Telemedicine) ทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่รู้สึกเสียเวลาในการนัดหมายมากนัก ถึงแม้ว่าการศึกษานี้จะมีการเยี่ยมบ้านและให้การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยและครอบครัวโดยทีมสหวิชาชีพในพื้นที่มากขึ้น แต่คะแนนด้านการเสียเวลานัดหมายจึงลดลงไม่ได้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังมีประเด็นด้านการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยทั้งปัญหาการเงิน หรือปัญหาส่วนตัว ที่หลังจากการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องที่บ้านคะแนน POS ลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญ เป็นผลมาจาก การประสานงานหน่วยงานท้องถิ่นในการช่วยเหลือเงินสนับสนุนยังมีงบประมาณจำกัด ทางโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพอำเภอคลองขลุง มีการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น แต่ยังคงขาดแคลนไม่เพียงพอต่อปริมาณผู้ป่วยประคับประคองที่เพิ่มขึ้น

ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนืองที่บ้าน เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร พบว่าอยู่ในระดับมาก เป็นผลจากผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลจากบุคลากรในพื้นที่ ตั้งแต่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทีมสหวิชาชีพในเครือข่ายบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง ซึ่งเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยและครอบครัวคุ้นเคย มีความไว้วางใจ มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งบุคลากรเหล่านี้ได้ผ่านการอบรมการใช้แนวทาง การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับ เพ็ญพิมพ์ ปัทระสี และ ภัทรามูลย์ นาคสูสุข¹⁷ (2565) พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจหลังได้รับการดูแลประคับประคองต่อเนืองที่บ้าน และสอดคล้องกับเพ็ญศรี จาบประไพ และคณะ¹⁶ (2564) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลแบบประคับประคองไว้รอยต่อโรงพยาบาลถึงบ้านอยู่ในระดับมาก

สรุปและข้อเสนอแนะ

หลังจากใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองดีขึ้น ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการดูแลแบบประคับประคอง

จากผลลัพธ์การดูแลแบบประคองด้านการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วย ทั้งปัญหาการเงิน หรือปัญหาส่วนตัว ที่ยังลดลงไม่มากนัก ในการศึกษาครั้งต่อไปควรพัฒนาแนวทางการดูแลให้มีการประสานงานกับหน่วยงานท้องถิ่นให้มีส่วนร่วมและบทบาทในการแก้ไขปัญหาส่วนตัว ปัญหาการเงินและอื่นๆ แก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น นอกจากนี้ควรมีการเพิ่มอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับให้ผู้ป่วยและญาติได้มีใช้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น ให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ทีมสหสาขาวิชาชีพคลินิกโรคเรื้อรัง วิทยาลัยพยาบาลคลองขลุงและบุคลากรสาธารณสุขในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุงทุกคนที่ร่วมดูแลผู้ป่วยแบบประคองและช่วยเก็บข้อมูลงานวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). การเผชิญหน้า 'สังคมผู้สูงอายุ' โจทย์ท้าทายภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 28 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://resourcecenter.thaihealth.or.th/article>.
2. World Health Organization. WHO definition of palliative care [Internet]. [cited 2023 July 26]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย(สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
4. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC). สถานะสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 22 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0&id=b79d2503134f09e13681be97491753cf
5. Supportive and palliative care indicators tool. National Health Service, University of Edinburgh. [Internet]. [cited 2023 Aug 9]. Available from: <https://www.spict.org.uk>.
6. ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. Palliative care toolkit. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา; 2560.
7. สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเล่มที่ 1. ขอนแก่น: สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย; 2564.
8. Chewaskulyong B, Sapinun L, Downing GM, Intaratat P, Lesperance , Leautrakul S, Somwangprasert A, Leerapun T. Reliability and validity of the Thai translation (Thai PPS Adult Suandok) of the Palliative Performance Scale (PPSV2). Palliat Med.2012;26:1034-41.
9. Hearn J, Higginson IJ. Development and validation of a core outcome measure for palliative care: the palliative care outcome scale. Palliative care core audit project advisory group Qual Health Care. 1999;8:219-27.
10. ลดาธิบดี สากินันท์. คู่มือการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale : POS). เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์; 2556.
11. Pukritayakamee P, Sapinum L, Suwan P, Harding R. Validity, Reliability, and Responsiveness of the Thai Palliative Care Outcome Scale Staff and Patient Versions Among Cancer Patients. Journal of pain and symptom management. 2018;56:414-20.

12. ลดารัตน์ สากินันท์. แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง (FAMCARE-2 scale). เชียงใหม่: ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่, 2558
13. Ooraikul L, Wirojatana V, Phuakchantuck R, Chompukaew P, Khaisuwan C. Reliability and Validity Testing of the FAMCARE-2 Scale: Thai Translation. *Asia Pac J Oncol Nurs.* 2020;7:280-6.
14. Maetens A, Beernaert K, De Schreye R, Faes K, Annemans L, Pardon K, Deliens L, Cohen J. Impact of palliative home care support on the quality and costs of care at the end of life: a population-level matched cohort study. *BMJ Open.* 2019;9(1):e025180.
15. สุคนธ์ทิพย์ บุญยัง, กาญจนา วิสัย. ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักหลังใช้แนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองที่บ้าน ในเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสาธารณสุขล้านนา.* 2563;16:104-17.
16. เพ็ญศรี จาบประไพ, บุญสืบ โสโสม, สุนันทา เตโช. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง: การดูแลแบบไร้รอยต่อเครือข่ายโรงพยาบาลพระพุทธบาท. *วารสารวิชาการสาธารณสุข.* 2564;30:1101-11.
17. เพียงพิมพ์ บัณระสี, ภัทรบูลย์ นาคสุสุข. การพัฒนารูปแบบการดูแลประคับประคองต่อเนืองที่บ้านในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.* 2565;32:40-55.



Developing a system for caring for psychiatric and drug patients at high risk of participating in violence of family and community Bueng Samakkhi District Kamphaeng Phet Province

Wisarut Morasuk, M.D.*

ABSTRACT

Introduction : Psychiatric problems and behavioral disorders due to substance abuse it is considered an important problem, causing more severity than usual and often relapsing, making it difficult to take care of because they are patients with a history of alcohol or drug addiction. Have a history of attempting suicide causing a high burden of care relatives become discouraged losing hope and abandoning the patient. Creating cooperation among families and communities to find and know the cause. It will be able to solve problems and help patients feel better. In order to finally return good people to society.

Objectives : to analyze the situation of the problem of violence, Develop and trial a participatory care system. Evaluate development results and satisfaction with the system for caring for psychiatric and drug patients at high risk of committing violence.

Methods : It is a action research based on the concepts of Kemmis and Mc Taggart¹. Between December 2023 – February 2024 with 23 patients and 15 network partners.

Result : Patients (SMI-V) were mostly male, with an average age of 37 years. The most frequently used drugs were amphetamines and drinking alcohol. The mean severity of drug and drug use (V2) was 17.96 ± 8.997 points. Psychiatric symptoms are grouped in yellow and red. There is a moderate to high risk of committing violence (average PVSS score 10.65 ± 3.366 points). After participating in the activity “3y 3s 3doctor” for 1 month and 2 months, the patient’s mental symptoms decreased. Take medicine more regularly in terms of caregivers/relatives, there must be less improvement. In terms of daily activities, the patient performed better (from being able to do something to being able to do it) In terms of occupation, patients can do better (from somewhat able to well done) Family relationships are at a better level (from somewhat able to good level) Environmental aspect is at a better level (from moderate level to good level) Communication is at a better level (from a moderate level to a good level) In terms of basic learning ability, it was at a better level (from a moderate level to a good level) and the patient’s substance use improved (from still using some it is no longer used) and after participating in the activity “3y 3s 3doctor” for 2 months, patients (SMI-V) had lower mean V2 and PVSS scores than before participating in the activity and after 1 month of activity and were statistically different ($p < 0.05$). Network partners are satisfied at a high level. It shows that the activity “3y 3s 3doctor” is appropriate and acceptable for use in helping patients (SMI-V) in Bueng Samakkhi District Kamphaeng Phet Province.

Conclusions : Family and community involvement contribute to supporting patients (SMI-V) to return to their families and live in the community. Therefore, we should encourage the implementation of the activity “3y 3s 3doctor” and continuously follow up with this group of patients, emphasizing the issue of “good medicine, good relatives, caring for them”. Stop using cigarettes, alcohol and drugs”. Including conducting studies follow up on this group of patients (SMI-V) using case management continuously for 5 years until they become SMI-V Low Risk patients.

Keyword : violence, family and community participation, psychiatric patients and drugs

*Medical doctor, Professional level, Bueng Samakkhi Hospital, Kamphaeng Phet Province

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรงแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร

วิศรุต โมราสุข, พ.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ : ปัญหาโรคจิตเวช และความผิดปกติทางพฤติกรรมเนื่องจากสารเสพติด ถือเป็นปัญหาที่สำคัญก่อให้เกิดความรุนแรงมากกว่าปกติ และมักมีอาการกำเริบบ่อยครั้งทำให้มีความยุ่งยากในการดูแลรักษาเนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติติดสุราหรือสารเสพติด มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ทำให้เกิดการสูงในการดูแล ญาติเกิดความท้อแท้ หหมดความหวังและทอดทิ้งผู้ป่วย การสร้างความร่วมมือของครอบครัวและชุมชนในการค้นหาและทราบสาเหตุ จะสามารถแก้ไขปัญหาและช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น เพื่อเป็นการคืนคนดีสู่สังคมได้ในที่สุด

วัตถุประสงค์ : เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการก่อความรุนแรง พัฒนาและทดลองใช้ระบบการดูแลแบบมีส่วนร่วม ประเมินผลลัพธ์การพัฒนาและความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart¹ ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 – กุมภาพันธ์ 2567 กับผู้ป่วย จำนวน 23 คน และภาคีเครือข่าย จำนวน 15 คน

ผลการศึกษา : ผู้ป่วย (SMI-V) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 37 ปี สารเสพติดที่ใช้มากที่สุด คือ ยาบ้า และตี๋มสุรา มีความรุนแรงของการใช้ยาและสารเสพติด (V2) เฉลี่ย 17.96 ± 8.997 คะแนน มีอาการทางจิตเวชเป็นกลุ่มสี่เหลี่ยมและสีแดง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในระดับปานกลางค่อนข้างสูง (คะแนน PVSS เฉลี่ย 10.65 ± 3.366 คะแนน) หลังเข้าร่วมกิจกรรม “3ยอ 3สอ 3หมอ” 1 เดือน และ 2 เดือน ผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลง กินยาสม่ำเสมอมากขึ้น ด้านผู้ดูแล/ญาติต้องปรับปรุงลดลดด้านการทำกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยทำได้ดีขึ้น (จากทำได้บ้าง เป็นทำได้) ด้านการประกอบอาชีพผู้ป่วยทำได้ดีขึ้น (จากทำได้บ้าง เป็นทำได้ดี) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีขึ้น (จากทำได้บ้าง เป็นระดับดี) ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดีขึ้น (จากระดับปานกลาง เป็นระดับดี) ด้านการสื่อสารอยู่ในระดับดีขึ้น (จากระดับปานกลาง เป็นระดับดี) ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้นอยู่ในระดับดีขึ้น (จากระดับปานกลาง เป็นระดับดี) และด้านการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยดีขึ้น (จากยังคงใช้บ้าง เป็นไม่ใช้แล้ว) และหลังเข้าร่วมกิจกรรม “3ยอ 3สอ 3หมอ” เป็นเวลา 2 เดือน ผู้ป่วย (SMI-V) มีค่าเฉลี่ยคะแนน V2 และ PVSS ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และหลังดำเนินกิจกรรม 1 เดือน และมีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p < 0.05$) ภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่ากิจกรรม “3ยอ 3สอ 3หมอ” มีความเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับได้ในการนำมาใช้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย (SMI-V) อำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร

สรุป : การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน มีส่วนสนับสนุนให้ผู้ป่วย (SMI-V) กลับคืนสู่ครอบครัวและอยู่ร่วมกับชุมชนได้ จึงควรสนับสนุนให้มีการดำเนินกิจกรรม “3ยอ 3สอ 3หมอ” และติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่องโดยเน้นในเรื่องของ “ยาดี ญาติดี ใส่ใจดูแล เลิกใช้บุหรี่ สุรา และสารเสพติด” รวมทั้งทำการศึกษา ติดตามผู้ป่วย (SMI-V) กลุ่มนี้แบบการจัดการรายกรณี (case management) ต่อเนื่องจนครบ 5 ปี จนกลายเป็นผู้ป่วย SMI-V Low Risk

คำสำคัญ : การก่อความรุนแรง การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

*นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปัจจุบันส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัว และชุมชนลดลง ทุกคนต่างทำหน้าที่และเร่งหาสิ่งอำนวยความสะดวกในชีวิตให้กับตนเองและครอบครัว ทำให้เกิดภาวะเครียด เกิดการพึ่งพาหรือ สุนัข และยาเสพติดต่าง ๆ อีกทั้งสิ่งเสพติดในปัจจุบันนี้สามารถหาซื้อได้ง่ายขึ้น ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต เพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าประชากร 1 ใน 5 ของประเทศมีปัญหาสุขภาพจิต² โดยเฉพาะโรคจิตเภท (Schizophrenia) ซึ่งเป็นโรคจิต ชนิดที่พบบ่อยที่สุด และพบว่าผู้ป่วยโรคนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยมีปัจจัยเอื้อที่ทำให้ก่อความรุนแรงสูงกว่าปกติ ได้แก่ การขาดการรักษาต่อเนื่อง ปัญหาการใช้สารเสพติด และการไม่รับรู้ความเจ็บป่วย³ และมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภท ที่ใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงร้อยละ 27.6 ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติดพบร้อยละ 8.5⁴ เนื่องจาก ผู้ป่วยมักมีอาการทางจิตที่รุนแรง มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม มีอาการหลงผิด และบางครั้งมีอาการ ประสาทหลอนร่วมด้วย ทำให้มีความยุ่งยากในการดูแลรักษาเนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติติดสุราหรือสารเสพติดมีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ทำให้มีปัญหาอยู่ร่วมกับชุมชน และมีแนวโน้มถูกทอดทิ้งเนื่องจากเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะสูงในการดูแล ทำให้ญาติเกิดความท้อแท้ หหมดความหวังและกำลังใจในการรักษา⁵

จากสถานการณ์ที่มีเหตุการณ์ก่อความรุนแรงสะเทือนขวัญ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นทั้งในครอบครัว หรือประชาชนทั่วไป โดยพบว่าผู้ก่อเหตุส่วนหนึ่งมีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน เมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัว หรือชุมชนส่วนใหญ่มักจะขาดยาเพราะการรักษาไม่ต่อเนื่อง ปกปิดปฏิเสธการเจ็บป่วย การใช้สารเสพติด ขาดผู้ดูแล รวมถึงขาดการ ดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ⁶ จึงทำให้อาการกำเริบและก่อความรุนแรงซึ่งพบได้ตามสื่อต่าง ๆ เช่น เหตุการณ์กราดยิง โดยทหาร ทำให้มีผู้เสียชีวิต 31 คน บาดเจ็บ 58 คน และการวิสามัญผู้ก่อเหตุ ชาวการสังหารหมู่ที่มีผู้เสียชีวิต 38 คน (รวมผู้ก่อเหตุใน จำนวนนี้เป็นเด็ก 24 คน) เหตุการณ์นี้ได้เป็นข่าวไปทั่วโลก นับเป็นการฆาตกรรมหมู่โดยผู้ก่อเหตุเพียงคนเดียวที่ร้ายแรงที่สุด ชาวต่างชาติที่ร้ายแรงในห้างสรรพสินค้า เป็นเหตุให้มีผู้เสียชีวิต 3 คน หนึ่งในนั้นคือเด็กชายอายุเพียง 3 ขวบ และชาวเด็กชาย อายุ 14 ปีก่อเหตุยิงในห้างพารากอนจนทำให้มีผู้เสียชีวิต 2 ราย ซึ่งทั้ง 4 เหตุการณ์ดังกล่าวข้างต้น หนึ่งในสารตั้งต้นของหลาย เหตุการณ์คืออาการหรือโรคทางด้านจิตใจที่ส่งผลต่อการควบคุมความคิด อารมณ์ รวมถึงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม⁷

ข้อมูลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มารับ บริการที่โรงพยาบาลบึงสามัคคี อำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร ในปีพ.ศ. 2564-2566 จำนวน 2 คน 8 คน 23 คน ตามลำดับ พบว่า เป็นผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ตุ่มสุรา ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราหรือสารเสพติดร่วมด้วย และมีแนวโน้มในการก่อความ รุนแรงจากการไม่ยอมรับการเจ็บป่วย รักษาไม่ต่อเนื่อง ไม่มีผู้ดูแลหรือญาติขาดศักยภาพ ญาติทอดทิ้ง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการ ทางจิตชัดเจน พุดบ่นคนเดียว หูแว่ว ประสาทหลอน อาละวาด ทำร้ายตนเอง ผู้อื่นหรือทำลายทรัพย์สิน ทำให้คนในชุมชน เกิดความหวาดกลัว มีอาการกำเริบจนต้องส่งไปรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช มีบางส่วนเป็นรายใหม่ แต่มีประวัติ การใช้สารเสพติดหรือดื่มสุราเช่นกัน⁸ ที่ผ่านมามีการจัดตั้งคลินิกจิตเวชเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงง่าย และได้จัดทำโครงการป้องกันและค้นหาผู้ป่วยจิตเวชที่มีโอกาสใช้ความรุนแรง (Pre SMI-V) เพื่อสร้างความร่วมมือกับผู้นำชุมชน อสม. และภาคีเครือข่ายในการค้นหา ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง แต่สถานการณ์ผู้ป่วย SMI-V กลับมีแนวโน้มสูงขึ้น จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ทั้งนี้เพื่อเป็นการคืนคนดีสู่สังคมได้ในที่สุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงในเขตอำเภอ บึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร
2. เพื่อพัฒนาแลทดสอบใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแบบ มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความ รุนแรงแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart¹ มาเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอวังสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 – กุมภาพันธ์ 2567 ประชากรเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ (เลือกแบบเจาะจง) ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับบริการที่งานยาเสพติดและคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลวังสามัคคี จำนวน 23 คน และ 2) ผู้ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดสารเสพติดหรือผู้ป่วยจิตเวช เช่น ผู้ดูแลใกล้ชิด ตำรวจ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน พยาบาลในคลินิกยาเสพติดและจิตเวช แพทย์ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) จำนวน 15 คน แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงในเขตอำเภอวังสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคัดกรองของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2563)⁹

1) ผู้ใช้สารเสพติด เป็นแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้ายาและสารเสพติด เพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2

2) ผู้ป่วยจิตเวช เป็นแบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วยจิตเวช (Prasri Violence Severity Scale: PVSS)

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยจะนำผลที่ได้จากการประเมินในระยะที่ 1 นำเสนอในที่ประชุมทีมสุขภาพ เพื่อกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ด้วยกิจกรรม “3 ยอ 3 สอ 3 หมอ” มีการกำกับติดตามผู้ป่วย (SMI-V) โดยทีมสหวิชาชีพ/พยาบาลผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติด (Case management) ที่รับผิดชอบหรือได้รับมอบหมายในการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดต่อเนื่องในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยใช้เครื่องมือ ดังนี้

1) แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน (ประเมินทุก 1 เดือน)

2) แบบกำกับติดตามผลการติดตามเยี่ยมรายบุคคล

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

ผลลัพธ์การสร้างร่วมมือของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ร่วมกับทีมสุขภาพและภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีวิถีการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างปลอดภัย และเป็นการคืน “คนดีสู่สังคม” โดยผู้วิจัยจะทำการประเมินผลการดำเนินงานโดยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) ผู้ใช้สารเสพติด เป็นแบบคัดกรอง และส่งต่อผู้ป่วยที่เข้ายาและสารเสพติด เพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2

2) ผู้ป่วยจิตเวช เป็นแบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วยจิตเวช (Prasri Violence Severity Scale: PVSS)

3) แบบประเมินความพึงพอใจ เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ที่ได้พัฒนาขึ้น (3 ยอ 3 สอ 3 หมอ) ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย ไม่พึงพอใจ โดยเรียงคะแนนเป็น 5 4 3 2 1 จำนวน 20 ข้อ การตรวจความเชื่อมั่น (Reliability) ได้เท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ชี้แจงโครงร่างการวิจัย วัตถุประสงค์และขั้นตอนของการทำวิจัย เพื่อขอความช่วยเหลือและมอบหมายให้ชี้แจงขอความร่วมมือกับผู้ป่วยและญาติ ผู้นำชุมชน อสม./ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคน
2. นำระบบ (3ยอ 3สอ 3หมอ) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนไปใช้ตามแนวทางที่กำหนด
3. ประเมินผลสำเร็จ โดยการติดตาม/ประเมิน ระบบ (3ยอ 3สอ 3หมอ) ทุก ๆ 1 เดือน
4. เปรียบเทียบผลสำเร็จที่เกิดขึ้นจากระบบ 3ยอ 3สอ 3หมอ
5. สรุปผลการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเปรียบเทียบ paired samples t-test
3. การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง/ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับแจ้งให้ทราบว่าผู้วิจัยจะทำการศึกษา “การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร” ซึ่งได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร (เลขที่โครงการ 66 02 21 ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2566) และผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับ ส่วนคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงในเขตอำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 87.0) มีอายุ 38 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 52.2, เฉลี่ย 37 ปี) สารเสพติดที่ใช้มากที่สุด คือ ยาบ้า และสารแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 42.4 เท่ากัน) ความรุนแรงของการใช้ยาและสารเสพติด ระดับคะแนน V2 0-1 คะแนน และ V2 27+ คะแนน (ร้อยละ 34.8 เท่ากัน เฉลี่ย 17.17 คะแนน) กลุ่มอาการทางจิตเวชส่วนใหญ่เป็นกลุ่มสับสน (ร้อยละ 56.5) และซีแดง (ร้อยละ 43.5) มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในระดับปานกลาง (ร้อยละ 78.3, คะแนน PVSS เฉลี่ย 10.65 คะแนน) ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันการก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยและทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลในคลินิกจิตเวชและยาเสพติดของโรงพยาบาลบึงสามัคคีจึงเกิดแนวคิดในการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยมีแนวทางการพัฒนา ดังนี้

- 1) การวางแผนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันในการพัฒนาระบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
- 2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่าย ให้มีความรู้-ความเข้าใจ และทักษะที่ถูกต้องในการค้นหาคัดกรอง เฝ้าระวังการก่อความรุนแรง และสามารถถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้ดูแลในครอบครัวได้
- 3) การจัดทรวัด-อุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยเฉพาะยา “มิให้ผู้ป่วยขาดยา” รวมทั้งเครื่องอุปโภค-บริโภคที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน เนื่องจากญาติต้องคอยดูแลผู้ป่วยจึงไม่สามารถออกไปประกอบอาชีพได้

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยจะนำผลที่ได้จากการประเมินในระยะที่ 1 นำเสนอในที่ประชุมทีมสุขภาพและภาคีเครือข่าย เพื่อกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ด้วยกิจกรรม “3ยอ 3สอ 3หมอ” โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1) 3 ยอ (ยา: ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (ไม่ให้ขาดยา) ญาติ: ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยารักษาโรคอย่างต่อเนื่อง และป้องกันการเสพยาในครั้งแรก ๆ ซึ่งต้องให้กำลังใจและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำชุมชน: สอดส่องคนในชุมชน ดูแลความเคลื่อนไหว ความผิดปกติ มีคนแปลกหน้าเข้ามาในชุมชน มีการซื้อ-ขายยาเสพติดในชุมชน ดูแลการสั่งสมอาวุธ ได้แก่ ของมีคม ปืน ระเบิด เป็นต้น หากพบต้องรายงานผู้เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่ตำรวจ รวมทั้งจัดกิจกรรมที่วัยรุ่นชอบ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจในการมั่วสุม รวมกลุ่มกระทำในสิ่งที่มีขอบ)

2) 3 สอ (สุรา: ยาเสพติด ต้องเฝ้าระวังไม่ให้ผู้ป่วยหันกลับไปใช้สุรา หรือยาเสพติด ซึ่งถือได้ว่าเป็นตัวกระตุ้นความรุนแรง ทำให้อาชญากรรมได้ในที่สุด การสั่งสมอาวุธ: ต้องเฝ้าระวังไม่ให้ผู้ป่วยมีการสั่งสมอาวุธ หรือผู้ป่วยในกลุ่มอาชีพที่มีอาวุธในความครอบครอง อาชีพที่มีความเครียดสูงจากการทำงาน หรืออาชีพที่มีความคาดหวังจากสังคมสูง จะทำให้มีโอกาสในการก่อความรุนแรง หรือก่ออาชญากรรมได้สูง สิ่งแวดล้อมและสังคม: เป็นการปรับสภาพแวดล้อมใหม่ ๆ ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากภาพเก่า ๆ หรือสภาพแวดล้อมแบบเดิม ๆ หรือสภาพแวดล้อมที่สร้างความกดดันให้กับผู้ป่วย เป็นสภาพแวดล้อมที่สังคมมองผู้บำบัดยาเสพติด “แบบแปลกแยก” “เป็นคนน่ารังเกียจ” “เป็นคนไม่ดี” “เป็นคนน่ากลัว” ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความว่างเปล่า เหมือนอยู่คนเดียว ดังนั้นจึงต้องปรับความคิดคนในครอบครัว และชุมชน ให้เกิดการยอมรับในความผิดพลาดของผู้ป่วยและให้อภัย ให้อโอกาส และให้การสนับสนุน เพื่อ “คืนคนดี สู่อสังคม”)

3) 3 หมอ (ครอบครัว) (หมอคณที่ 1: อสม. ให้คำแนะนำ/คำปรึกษา และให้กำลังใจกับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เฝ้าระวังสอดส่องพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ประเมินสถานการณ์และความรุนแรงของอาการทางจิตกำเริบ เฝ้าสังเกตอาการเตือน พฤติกรรมเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยา หรือก่อความรุนแรง หลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ซึ่งสามารถส่งต่อข้อมูลให้กับหมอคณที่ 2, หมอคณที่ 2: จนท.รพ.สต. ดูแลผู้ป่วยร่วมกับเครือข่ายให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน (ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่อง ไม่ขาดยา ไม่ขาดนัด) เฝ้าระวัง สังเกตอาการเตือนอาการกำเริบ (ไม่ใช้สุรา และยาเสพติด) เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรง, หมอคณที่ 3: แพทย์ ทำการตรวจวินิจฉัยและวางแผนการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และประเมินระดับความรุนแรงอาการทางจิต (ผู้ป่วยที่ไม่มีคดี) โดยนาระบบการจัดการรายกรณี (case management) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย SMI-V ที่มีปัญหาซับซ้อนโดยเน้นความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน มีการประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับ รพ.สต. อสม. และภาคีเครือข่ายในพื้นที่)

ผู้วิจัยจัดประชุมที่มสุขภาพและภาคีเครือข่ายในอำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร เพื่อขอความร่วมมือและกำหนดบทบาท/หน้าที่ ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง สอดส่องดูแลสถานการณ์ในพื้นที่รับผิดชอบและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ด้วยกิจกรรม “3ยอ 3สอ 3หมอ” แบบการจัดการรายกรณี (case management) มาดูแลผู้ป่วย SMI-V ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยเน้นความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยรวมถึงการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน ปรับสภาพแวดล้อม ประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับ รพ.สต. อสม. และภาคีเครือข่ายในพื้นที่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (ไม่ให้ขาดยา) ไม่กลับไปเสพยา/ยาเสพติด และไม่มีการกำเริบ

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

ผลการติดตามผู้ป่วย (SMI-V) โดยใช้แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน หลังเข้าร่วมกิจกรรมเดือนที่ 1 กับเดือนที่ 2 พบผู้ป่วยยังมีอาการทางจิตบ้างลดลงจากร้อยละ 78.3 เป็นร้อยละ 65.2 มีการกินยาสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 52.2 เป็นร้อยละ 78.3 ด้านผู้ดูแล/ญาติต้องปรับปรุงลดลงจากร้อยละ 39.1 เป็นร้อยละ 8.7 ด้านการทำกิจวัตรประจำวันทำได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.8 เป็นร้อยละ 52.2 การประกอบอาชีพผู้ป่วยทำได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.7 เป็นร้อยละ 34.8 ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.1 เป็นร้อยละ 60.9 ด้านสิ่งแวดล้อมในระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.1 เป็นร้อยละ 56.5 ด้านการสื่อสารในระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.8 เป็นร้อยละ 60.9 ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้นในระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.8 เป็นร้อยละ 56.5 ด้านการใช้สารเสพติดผู้ป่วยยังคงใช้บ้างลดลงจากร้อยละ 78.3 เป็นร้อยละ 30.4 (ตารางที่ 1) และมีค่าเฉลี่ยคะแนน V2 และ PVSS ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และหลังดำเนินกิจกรรม 1 เดือน และมีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแบบประเมิน 10 ด้าน หลังเข้าร่วมกิจกรรม 1 และ 2 เดือน

ข้อมูล (n = 23)	หลังเข้าร่วมกิจกรรม 1 เดือน		หลังเข้าร่วมกิจกรรม 2 เดือน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านอาการทางจิต				
- ไม่มีอาการ	0	0.0	6	26.1
- มีบ้าง	18	78.3	15	65.2
- มีบ่อย	5	21.7	2	8.7
2. ด้านการกินยา				
- สม่่าเสมอ	12	52.2	18	78.3
- ไม่สม่่าเสมอ	9	39.1	5	21.7
- ไม่กินยา	2	8.7	0	0.0
3. ด้านผู้ดูแล/ญาติ				
- ดี	6	26.1	14	60.9
- ปานกลาง	8	34.8	7	30.4
- ปรับปรุง	9	39.1	2	8.7
4. ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน				
- ทำได้	8	34.8	12	52.2
- ทำได้บ้าง	12	52.2	10	43.5
- ทำไม่ได้	3	13.0	1	4.3
5. ด้านการประกอบอาชีพ				
- ทำได้	2	8.7	8	34.8
- ทำได้บ้าง	16	69.6	13	56.5
- ทำไม่ได้	5	21.7	2	8.7
6. ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว				
- ดี	6	26.1	14	60.9
- ทำได้บ้าง	12	52.2	8	34.8
- ทำไม่ได้	5	21.7	1	4.3
7. ด้านสิ่งแวดล้อม				
- ดี	6	26.1	13	56.5
- ปานกลาง	9	39.1	6	26.1
- ปรับปรุง	8	34.8	4	17.4
8. ด้านการสื่อสาร				
- ดี	8	34.8	14	60.9
- ปานกลาง	13	56.5	5	21.7
- ปรับปรุง	2	8.7	4	17.4
9. ด้านความสามารถในการเรียนรู้				
- ดี	8	34.8	13	56.5
- ปานกลาง	14	60.9	10	43.5
- ปรับปรุง	1	4.3	0	0.0
10. ด้านการใช้สารเสพติด				
- ไม่ใช้	5	21.7	16	69.6
- ใช้บ้าง	18	78.3	7	30.4

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย คะแนน V2 และ PVSS ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม 1-2 เดือน

	ตัวแปร	\bar{x}	S.D.	t	P-value
คะแนน V2	ก่อนดำเนินการ	17.96	8.997	3.536	0.002
	หลังดำเนินการ 1 เดือน	17.52	8.632		
	ก่อนดำเนินการ	17.96	8.997	4.413	0.000
	หลังดำเนินการ 2 เดือน	17.17	8.547		
	หลังดำเนินการ 1 เดือน	17.52	8.632		
	หลังดำเนินการ 2 เดือน	17.17	8.547		
คะแนน PVSS	ก่อนดำเนินการ	10.65	3.366	5.978	0.000
	หลังดำเนินการ 1 เดือน	9.70	3.239		
	ก่อนดำเนินการ	10.65	3.366	11.892	0.000
	หลังดำเนินการ 2 เดือน	6.96	2.722		
	หลังดำเนินการ 1 เดือน	9.70	3.239		
	หลังดำเนินการ 2 เดือน	6.96	2.722		

การประเมินความพึงพอใจภาคีเครือข่าย ต่อกิจกรรม “3ยอ 3สอ 3หมอ” ภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 80.0, \bar{x} = 4.20, SD. = 0.163) โดยพบด้านผู้ให้บริการ/ทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (\bar{x} = 4.35, SD. = 0.084) และด้านสิ่งอำนวยความสะดวก มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (\bar{x} = 4.00, SD. = 0.143) (ตารางที่ 3-4)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความพึงพอใจภาพรวม

ระดับความพึงพอใจ (n = 15)	จำนวน	ร้อยละ
- ระดับต่ำ	0	0.0
- ระดับปานกลาง	3	20.0
- ระดับสูง	12	80.0

\bar{x} = 84.06, SD. = 8.232, min = 71, max = 98

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจ รายด้านและรายข้อ

ข้อความ (n = 15)	\bar{x}	SD.	ระดับ
ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการดูแล	4.15	0.099	สูง
1. ขั้นตอนในการดูแลมีความเหมาะสม คล่องตัว ไม่ยุ่งยากซับซ้อน	4.07	0.458	สูง
2. มีช่องทางการติดต่อที่สะดวก เหมาะสม เช่น โทรศัพท์ ไลน์ ฯลฯ	4.07	0.594	สูง
3. ความสะดวก รวดเร็ว ที่ได้รับจากการบริการในแต่ละขั้นตอน	4.27	0.458	สูง
4. ระยะเวลาในการดูแล/ให้บริการ มีความเหมาะสม	4.20	0.561	สูง
ด้านผู้ให้บริการ/ทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย	4.35	0.084	สูง
1. ผู้ให้บริการมีความรู้-ความสามารถ และมีความใส่ใจในการดูแล	4.47	0.640	สูง
2. ผู้ให้บริการให้คำแนะนำและตอบข้อซักถามอย่างชัดเจน	4.27	0.594	สูง
3. ผู้ให้บริการปฏิบัติหน้าที่ด้วยความเป็นธรรมและเสมอภาคกับผู้รับบริการทุกรายไม่เลือกปฏิบัติ	4.33	0.617	สูง
4. ผู้ให้บริการมีความกระตือรือร้นและมีความพร้อมในการให้บริการ	4.33	0.488	สูง
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	4.00	0.143	สูง
1. จุดให้บริการมีความเหมาะสมและสะดวกในการเดินทางมารับบริการ	3.80	0.561	สูง



ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจ รายด้านและรายข้อ (ต่อ)

ข้อความ (n = 15)	\bar{x}	SD.	ระดับ
2. จุตรอรับการให้บริการมีสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอ พร้อมใช้	4.00	0.535	สูง
3. สถานที่ให้บริการโดยรวม มีความสะอาด อุปกรณ์เพียงพอพร้อมใช้	4.13	0.640	สูง
4. ความพึงพอใจต่อสิ่งอำนวยความสะดวก ณ จุดให้บริการ	4.07	0.594	สูง
ด้านคุณภาพสื่อสาร	4.19	0.161	สูง
1. ข้อมูล/เนื้อหา มีความเหมาะสมต่อการเรียนรู้ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย	4.33	0.488	สูง
2. เอกสารใช้สีและขนาดตัวอักษร เหมาะสม อ่านง่าย ชัดเจน	4.13	0.640	สูง
3. ความชัดเจนของการอธิบาย/ชี้แจง/แนะนำขั้นตอนการให้บริการ	4.33	0.488	สูง
4. ป้ายประชาสัมพันธ์/ข้อความบอกจุดบริการ มีความชัดเจน เข้าใจง่าย	4.00	0.535	สูง
ด้านการนำไปใช้ประโยชน์	4.31	0.030	สูง
1. เนื้อหา ข้อมูล ผู้รับบริการสามารถนำไปปฏิบัติและใช้ประโยชน์ได้จริง	4.27	0.594	สูง
2. ขั้นตอน/กระบวนการดำเนินงาน ชัดเจน ทำให้สามารถปฏิบัติได้จริง	4.33	0.617	สูง
3. มีการทบทวนข้อมูล และผลลัพธ์การดำเนินงาน เพื่อการปรับปรุง	4.33	0.488	สูง
4. ความพึงพอใจภาพรวมต่อกิจกรรม “3ยอ 3สอ 3หมอ”	4.33	0.488	สูง
ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจภาพรวม	4.20	0.163	สูง

วิจารณ์

1. สถานการณ์ปัญหาการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) อำเภอเมืองสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย (SMI-V) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 37 ปี สารเสพติดที่ใช้มากที่สุดคือยาบ้า และดื่มสุรา มีความรุนแรงของการใช้ยาและสารเสพติด (V2) เฉลี่ย 17.17 คะแนน มีอาการทางจิตเวชเป็นกลุ่มสี่เหลี่ยมและสี่แฉก มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในระดับปานกลางค่อนข้างสูง (คะแนน PVSS เฉลี่ย 10.65 คะแนน) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วย (SMI-V) ในเขตอำเภอเมืองสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร ส่วนใหญ่เป็นเพศชายอยู่ในวัยแรงงาน มีประวัติการใช้สารเสพติด (ยาบ้า) และดื่มสุรา มีแนวโน้มในการก่อความรุนแรงในระดับความรุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษา (V2 = 27+ คะแนน) และเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราหรือสารเสพติดร่วมด้วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตชัดเจน (สี่เหลี่ยม+สี่แฉก) เช่น พุดบ่นคนเดียว หูแว่ว ประสาทหลอน อาละวาด ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นทำลายทรัพย์สิน และมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย/หาวิธีฆ่าตัวตาย/ทำร้ายผู้อื่น ทำให้คนในครอบครัว/ชุมชนเกิดความหวาดกลัว บางรายมีอาการกำเริบต้องส่งไปรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งถึงแม้ที่ผ่านมาโรงพยาบาลเมืองสามัคคีจะได้มีการจัดตั้งคลินิกจิตเวชเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการให้ผู้ป่วยเข้าถึงง่ายและได้จัดทำโครงการป้องกันและค้นหาผู้ป่วยจิตเวชที่มีโอกาสใช้ความรุนแรง (Pre SMI-V) เพื่อสร้างความร่วมมือกับผู้นำชุมชน อสม. และภาคีเครือข่ายในการค้นหา ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง แต่ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) กลับมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและกระทำผิดซ้ำ เกิดความเครียดจากการตีตราของผู้คนในชุมชน¹⁰ ขาดการจัดการต่อเนื่องในชุมชน ญาติหรือผู้ดูแล ขาดความรู้ ทักษะการดูแล⁴ ญาติผู้ดูแลยังไม่เข้าใจในการดูแล ระบบการติดตาม ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ มีประวัติการใช้สารเสพติดคือยาบ้า เกือบทั้งหมดดื่มสุราและสูบบุหรี่¹¹

2. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอเมืองสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร ด้วยกิจกรรม “3ยอ 3สอ 3หมอ”

ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรม “3ยอ 3สอ 3หมอ” 1 เดือน และ 2 เดือน ผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลง (จากร้อยละ 78.3 เป็นร้อยละ 65.2) กินยาสม่ำเสมอมากขึ้น (จากร้อยละ 52.2 เป็นร้อยละ 78.3) ด้านผู้ดูแล/ญาติต้องปรับปรุงลดลง (จากร้อยละ 39.1 เป็นร้อยละ 8.7) ด้านการทำกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยทำได้ดีขึ้น จากทำได้บ้าง (ร้อยละ 52.2) เป็นทำได้ (ร้อยละ 52.2) ด้านการประกอบอาชีพผู้ป่วยทำได้ดีขึ้น จากทำได้บ้าง (ร้อยละ 69.6) เป็นทำได้ดี (ร้อยละ 52.2) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีขึ้น

จากทำได้บ้าง (ร้อยละ 52.2) เป็นระดับดี (ร้อยละ 60.9) ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดีขึ้นไป จากระดับปานกลาง (ร้อยละ 39.1) เป็นระดับดี (ร้อยละ 56.5) ด้านการสื่อสารอยู่ในระดับดีขึ้นไป จากระดับปานกลาง (ร้อยละ 56.5) เป็นระดับดี (ร้อยละ 60.9) ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้นอยู่ในระดับดีขึ้นไป จากระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.9) เป็นระดับดี (ร้อยละ 56.5) และด้านการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยดีขึ้น จากยังคงใช้บ้าง (ร้อยละ 78.3) เป็นไม่ใช้แล้ว (ร้อยละ 69.6 และมีใช้บ้าง ร้อยละ 30.4) แสดงให้เห็นว่ากิจกรรม “3ยอ 3สอ 3หมอ” สามารถดูแลผู้ป่วย (SMI-V) ได้อย่างครอบคลุมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากการดูแลแบบการจัดการรายกรณี (case management) โดยความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพ รวมถึงการติดตามดูแลประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น กินยามากขึ้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันและประกอบอาชีพได้ดีขึ้น มีสัมพันธภาพกับครอบครัว ญาติดูแลดีขึ้น มีสิ่งแวดล้อมดีขึ้น มีการสื่อสารในระดับดี สามารถเรียนรู้ได้มากขึ้น และลดการใช้สารเสพติด (บุหรี่ยาเสพติด) ยังคงใช้บ้าง (ร้อยละ 30.4) โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานคือชุมชนเข้มแข็ง มีการทำงานเป็นทีมทุกคนรู้บทบาทหน้าที่ ทำงานด้วยจิตศรัทธาและปรารถนาให้ผู้ป่วย (SMI-V) กลับคืนสู่ครอบครัว/ชุมชน ยอมรับในความผิดพลาดพร้อมทั้งให้อภัย ให้ออกาส ให้การสนับสนุนเพื่อ “คืนคนดี สู่อสังคัม” และการศึกษานี้ยัง พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรม “3ยอ 3สอ 3หมอ” เป็นเวลา 2 เดือน ผู้ป่วย (SMI-V) มีค่าเฉลี่ยคะแนน V2 และ PVSS ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและหลังดำเนินการกิจกรรม 1 เดือน และมีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า หลังได้รับการจัดการรายกรณีมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถสูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -22.9, p < 0.05$)¹² บางการศึกษาพบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิตของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม และหลังได้รับโปรแกรม 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการกำเริบซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.031$) ในขณะที่อัตราความร่วมมือในการกินยาเพิ่มขึ้น ($p = 0.016$)^{13, 14} และยังพบว่า คะแนนอาการทางจิตและคะแนนความสามารถโดยรวมหลังการติดตามที่ 0, 3 และ 6 เดือน มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p < 0.01$)¹¹

3. ความพึงพอใจของทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ รวมทั้งครอบครัว/ผู้ดูแลใกล้ชิดต่อกิจกรรม “3ยอ 3สอ 3หมอ”

ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับสูง และพบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจภาพรวม รายด้าน รายข้ออยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่ากิจกรรม “3ยอ 3สอ 3หมอ” มีความเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับได้ในการนำมาใช้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย (SMI-V) อำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร ซึ่งนอกจากผลการประเมินความพึงพอใจต่อกิจกรรมจะอยู่ในระดับสูงแล้ว ผลการติดตาม V2 PVSS พบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้นและอยู่ร่วมกับครอบครัว/ชุมชนได้เป็นปกติ จึงสะท้อนให้เห็นว่า “ชุมชนเข้มแข็ง” เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาของชุมชนด้วยชุมชนโดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงต้องจัดทำแนวทางในการลดการตีตราของผู้ป่วยโดยการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับสู่ชุมชนด้วยการสร้างกิจกรรมร่วมกันของสังคมและผู้ป่วย ขณะที่ฝั่งกระบวนการยุติธรรมมีการฝึกอบรมและส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อให้กลับคืนสู่สังคมอย่างถาวร¹⁰ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายมีผลทำให้คะแนนทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชเพิ่มขึ้น ดัชนีชี้วัดความสุขของญาติเพิ่มขึ้น คะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$)¹⁵ แสดงให้เห็นว่าการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชนส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชมีค่าคะแนนอาการทางจิตหลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชนลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ญาติหรือผู้ดูแลอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความพึงพอใจ⁴

สรุป

กิจกรรม “3ยอ 3สอ 3หมอ” ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงครั้งนี้เป็นการสร้างความร่วมมือของครอบครัวและชุมชน ซึ่งส่งผลดีที่ต่อผู้ป่วยคือทำให้มีอาการทางจิตลดลง มีความสามารถโดยรวมดีขึ้น และสามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ควรฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิทุกคนให้มีความรู้ในการบริการสุขภาพ/ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดอย่างเหมาะสม โดยประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่

1.2 ควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนโดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนแบบจิตอาสา พร้อมทั้งพัฒนาความรู้ ความสามารถให้มีความตระหนักรู้และพร้อมที่จะเข้าไปช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

1.3 ควรสนับสนุนการดำเนินกิจกรรม “3ยอ 3สอ 3หมอ” ในเขตอำเภอบึงสามัคคี อย่างต่อเนื่องและเพิ่มระยะการติดตามผู้ป่วย โดยเน้นในเรื่องของ “ยาดี ญาติดี ใส่ใจดูแล เลิกใช้บุหรี่ สุรา และสารเสพติด” เนื่องจากวัฒนธรรมท้องถิ่นในการดื่มสุราเมื่อมีงานประเพณีต่าง ๆ ของชุมชน ผู้ป่วยเพศชายจะนิยมดื่มสุรา ทำให้อาการกำเริบเพิ่มขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาและติดตามผู้ป่วย (SMI-V) กลุ่มนี้แบบการจัดการรายกรณี (case management) ต่อเนื่องจนครบ 5 ปี จนกลายเป็นผู้ป่วย SMI-V Low Risk

2.2 ควรทำการศึกษาและทดลองใช้กิจกรรม “3ยอ 3สอ 3หมอ” ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในพื้นที่อื่นในจังหวัดกำแพงเพชร เพื่อให้เกิดการพัฒนาโดยได้ผลการศึกษาจนเป็นที่ประจักษ์ เพื่อให้เกิดประโยชน์อย่างกว้างขวาง

2.3 ควรทำการศึกษาปัญหา-ความต้องการของครอบครัว/ชุมชนในการรับผู้ป่วย (SMI-V) กลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน ชุมชน จะช่วยให้สามารถกำหนดแนวทาง/รูปแบบการช่วยเหลือครอบครัว/ชุมชน ได้สอดคล้องกับปัญหา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชรที่อนุญาตให้ใช้ประโยชน์ข้อมูลในการศึกษารั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้มีส่วนสนับสนุนให้เกิดผลงานวิชาการฉบับนี้ขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคีเครือข่ายและกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือด้วยดีจนเอกสารงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงด้วยความสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Kemmis, S & McTaggart, R. The Action Research Planer. 3rd ed. Victoria: Deakin University, 1988.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: วิศทอเรียอิมเมจ, 2560.
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: ชพรอสเพอร์สพลัส, 2561.
4. พิณณัฐ ศรีหารักษา. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร: กรณีศึกษาตำบลขามแก่น อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566; 8:436-46.
5. พิษญา วัฒนกรคุณ, กังสดาล จิระโรฟงศ์, สวัสดิ์ เทียงธรรม, ณิชกร วรากรมรเดช, ประณีต ชุ่มพุทรา (บรรณาธิการ). คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน สำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: แสงจันทร์การพิมพ์, 2560.
6. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: แสงจันทร์การพิมพ์, 2559.
7. วรตม์ โชติพิทยสุนนท์. กราตยังเกิดจากปัญหาสุขภาพจิต. [อินเทอร์เน็ต]. (2566). [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2566] เข้าถึงจาก: <https://mgronline.com/qol/detail/9630000013369>

8. โรงพยาบาลบึงสามัคคี. ทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด. กำแพงเพชร: กลุ่มงานยาเสพติดและจิตเวช โรงพยาบาลบึงสามัคคี อำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร, 2566.
9. ชิตชนก โอภาสวัฒนา, บรรณารักษ์. คู่มือ ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริตีพริ้นท์, 2563.
10. กฤตภาส ไทยวงษ์, อุนิษา เลิศโตมรสกุล. การพัฒนาแนวทางการป้องกันกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช. วารสารวิชาการคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 2565;10(2):39-52.
11. สนิทธี อนันท์วัฒน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลป้องกันการกำเริบซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่รับบริการในโรงพยาบาลศรีสวรรค์ประชุโขทัย. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2566] เข้าถึงจาก:
<https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/research/MA2566-004-01-0000001154-0000001411.pdf>
12. นุชณี เอี่ยมสะอาด, ปพิชญา ทวีเศษ, พรเลิศ ชุ่มชัย. ผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา 2563;14:10-22.
13. โรจกร ลือมงคล. ผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนจากครอบครัวร่วมกับคู่มือดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในอำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร 2563;41:31-9.
14. ศุภชัย นวลสุทธิ, จุฬา ศรีรักษา, ทวีปณ สัมปทณักรักษ์, สมหมาย คชนาม. ผลของโปรแกรมประยุกต์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาของผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องเข้ารับการรักษาเป็นครั้งแรก. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2565; 42(2):163-77.
15. รัตมี ชูดีพิมาย. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2565;16(3):851-67.



Nursing Care in Congenital Pneumonia of Newborn : A Case Study

Saowaros Rungpittayanon, D.N.S.*

Abstract

Introduction : Congenital Pneumonia of the newborn is a common cause of respiratory distress in newborns. This causes the babies to have difficulty in breathing and required to receive adequate oxygen, receive prompt and correct medical care from a pediatrician. Neonatal ward nurses must have an ability to assess, diagnose, and get proper nursing care for critical care babies. Quick help in combination with bringing knowledge, nursing theory used in care will keep the babies safe with no complication and have good quality of life.

Objective : To provide a guideline for effective nursing of newborns with Congenital Pneumonia.

Case Study : Newborn Female normally born at Kamphaeng Phet Hospital, with birth weight 3,900 gm. APGAR scores at 1, 5, 10 minutes were 8, 8, 8 points respectively. The newborn had subcostal retraction, shallow respiratory rate at 60 breaths/min and was transferred from the Labor Room to Pediatric 2 ward. Congenital Pneumonia was diagnosed by physician and was treated with oxygen Box and nasopharyngeal suction. Blood glucose and blood concentration were normal. After 2 hours of observation, the newborn had subcostal retraction with respiratory rate was 60-68 breaths/min. The infant was treated with a Heated Humidified High-flow nasal cannular, milk and water were refrained and administered intravenous therapy, Chest X-ray results showed Infiltration in both lungs, CBC results showed WBC 21,400, Platelet 223,000, Neutrophil 77%, Lymphocyte 19%. Ampicillin and Gentamicin were administered. Venous Blood Gas showed pH 7.46, $PCO_2=33$, $PO_2=48$ after observed 1 hours later. The infant has been put on a Humidified High-flow nasal cannular for 3 days until symptoms decreased. The symptoms were improved respectively, pink body, good limb movements, no fever, body temperature 36.8-37.4°C and breath regularly. Respiratory rate was 48-56 breaths/min and O_2 saturation 96-100%. The baby was able to receive milk with no vomiting. Finally, oxygen administration was discontinued. The nursing problem were hypoxia and respiratory tract infection. There was a chance of complications and inadequate nutrients. Other problem were the baby's parents concerned about their child's illness and the connection between the family and the baby was discrete. Parents lacked confidence in taking care of their babies both while they were in the hospital and upon returning home. Problems were helped and resolved including a distribution plan. Parents took responsibility in childcare so the baby was safe with no complication. Before returning home, ear examination for hearing screening result was normal. There were total 7 days in hospitalization. One-week follow-up appointment was scheduled and referred for follow-up care at home.

Summary of case studies : Patient was safe from crisis with no respiratory failure or increased infection. Therefore, nursing care were an important role to have knowledge, develop skills and expertise in caring for newborns leading to effective nursing practice that corresponds to the problem to take care of the baby to survive. The infants have proper growth and prevent complications. From this infant case study, it can be used as a guideline for nursing care of newborns with Congenital Pneumonia.

Keywords : Congenital Pneumonia

*Registered Nurse, Professional level Pediatric Nurse Department, Kamphaeng Phet Hospital

การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะปอดอักเสบ : กรณีศึกษา

เสาวรส รุ่งพิทยานนท์, ป.พส.*

บทคัดย่อ

บทนำ: ทารกแรกเกิดที่มีภาวะปอดอักเสบ (Congenital Pneumonia of Newborn) เป็นโรคในระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อย ทำให้ทารกมีอาการหายใจลำบากต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วและถูกต้อง โดยมีเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพพร้อมใช้งานพยาบาลภายในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดจะต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถในการประเมินอาการ และสามารถดูแลทารกแรกเกิดในระยะวิกฤตได้ถูกวิธี เพื่อให้ทารกปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์: เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะปอดอักเสบ

กรณีศึกษา: ทารกแรกเกิดเพศหญิง คลอดปกติที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร น้ำหนัก 3,900 กรัม APGAR score ในนาทีที่ 1, 5, 10 คือ 8, 8, 8 คะแนน ตามลำดับ แรกเกิดทารกใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยหายใจ อัตราการหายใจ 60 ครั้ง/นาที ย้ายทารกจากห้องคลอดไปหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 แพทย์วินิจฉัยโรค Congenital Pneumonia of Newborn ให้การรักษาโดยออกซิเจนชนิดแบบกล่องครอบศีรษะ ดูดเสมหะให้ ตรวจค่าน้ำตาลในเลือดและความเข้มข้นเลือดผลปกติ 2 ชั่วโมงต่อมา ทารกเริ่มหายใจหอบชายโครงบวม อัตราการหายใจ 60-68 ครั้ง/นาที แพทย์พิจารณาเปลี่ยนเป็นให้การรักษาด้วยเครื่องควบคุมการให้ออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูงงดนมและน้ำ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทน ผลเอกซเรย์ปอดพบ Infiltration both Lung, ผล CBC พบ WBC 21,400, Platelet 223,000 Neutrophils 77% Lymphocytes 19% ได้รับยาฆ่าเชื้อ Ampicillin และ Gentamicin ต่อมา ทารกหายใจทุเลาเหนื่อยหอบ ผล Vein Blood Gas PH 7.46, PCO₂ 33, PO₂ 48 รวมให้ออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง 3 วัน อาการหอบลดลง ทารกอาการดีขึ้นตามลำดับ ตัวแดง เคลื่อนไหวแขนขาดี ไม่มีไข้ อุณหภูมิกาย 36.8 - 37.4 องศาเซลเซียส หายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 48-56 ครั้ง/นาที ค่าออกซิเจนส่วนปลาย 96-100% รับนมได้ ไม่อาเจียน จึงยุติให้ออกซิเจน ปัญหาทางการพยาบาลระหว่างนอนรักษาในโรงพยาบาลคือ ทารกมีภาวะพร่องออกซิเจน มีภาวะติดเชื้อทางเดินหายใจ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ บิดามารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร การสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับทารกไม่ต่อเนื่อง บิดามารดาขาดความมั่นใจในการดูแลทารกขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน ปัญหาต่างๆ ได้รับการช่วยเหลือและแก้ไข รวมทั้งมีการวางแผนจำหน่าย ให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตร ทำให้ทารกปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ก่อนกลับบ้านตรวจคัดกรองการได้ยินผลปกติ นอนรักษาในโรงพยาบาลรวม 7 วัน นัดติดตามอาการ 1 สัปดาห์ และส่งต่อเพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

สรุปผลกรณีศึกษา: ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต ไม่มีภาวะหายใจล้มเหลว ไม่มีการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทสำคัญจะต้องมีความรู้ และพัฒนาทักษะความชำนาญในการดูแลทารกแรกเกิด นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อดูแลทารกให้รอดชีวิต มีการเจริญเติบโตที่เหมาะสม และป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากกรณีศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะปอดอักเสบต่อไป

คำสำคัญ: ทารกแรกเกิด ภาวะปอดอักเสบ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

ทารกแรกเกิดที่มีภาวะปอดอักเสบ (Congenital Pneumonia of Newborn) เป็นโรคในกลุ่มปัญหาทางเดินหายใจที่พบบ่อย และมีความรุนแรง ซึ่งมีสาเหตุที่เกิดทั้งจากมารดาหรือจากทารกเอง ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส แบคทีเรียและเชื้อรา เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในทารกตายคลอดและหลังคลอดที่พบบ่อยที่สุด พบได้บ่อยในทารกที่มีน้ำหนักน้อย ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกมีไข้แรกเกิด ได้รับการกักขังแรกเกิด มารดาฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์ การคลอดที่ยาวนาน การคลอดที่บ้านหรือคลอดก่อนถึงโรงพยาบาล คลอดด้วยวิธีการผ่าตัดคลอด มารดามีไข้ และมารดามีการติดเชื้อที่ช่องคลอด มีน้ำเดินก่อนคลอด อาการและอาการแสดงทางคลินิก ได้แก่ มีภาวะหายใจลำบากทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอดไม่ดี มีไข้หรือตัวเย็น หัวใจเต้นผิดจังหวะ หยุดหายใจ (Apnea) และพบอาการหายใจเร็วถึง 60-89% หากมีไข้สูงลอยในภาวะปอดอักเสบมักจะเกิดจากเชื้อไวรัส จากภาพถ่ายรังสีจะพบ Lung infiltrates¹ และจากการศึกษาส่วนใหญ่จะพบมากในประเทศที่กำลังพัฒนา²

การรักษาภาวะปอดอักเสบในทารกแรกเกิดจะมีทั้งการช่วยหายใจและการลดการติดเชื้อป้องกันการติดเชื้อเพิ่ม มีเป้าหมายในการรักษาพยาบาลคือส่งเสริมการหายใจให้มีประสิทธิภาพ ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และลดการติดเชื้อ โดยการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพ³ ในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะปอดอักเสบอย่างสูงสุด เช่น การจัดท่านอน (Neutral Position) เพื่อช่วยให้ออกซิเจนสามารถผ่านหลอดลมคอได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁴ ช่วยเคาะปอดดูดเสมหะในจมูกและปากตามความจำเป็นเพื่อให้ปอดของทารกสามารถแลกเปลี่ยนแก๊สได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁵ เพื่อให้ค่าออกซิเจนในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ในการพยาบาลต้องยึดหลักปราศจากเชื้อ⁶ อย่างเคร่งครัดเพื่อลดการติดเชื้อและไม่ก่อให้เกิดการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น รวมถึงเครื่องมือที่ใช้ต้องมีประสิทธิภาพ สะอาดพร้อมใช้งานตลอดเวลา หลังการดูแลทารกแรกเกิดอื่น ได้แก่ การดูแลอุณหภูมิให้อยู่ในระดับปกติ การให้อาหารได้แก่ นมมารดาและหรือสารน้ำตามแผนการรักษา การดูแลเฉพาะโรคที่ต้องให้ข้อมูลกับบิดา มารดามีส่วนร่วมในการดูแล และเฝ้าสังเกตอาการ ส่งเสริมสายสัมพันธ์พ่อ แม่ ลูก ส่งเสริมพัฒนาการ^{7,8} ทำให้ทารกรอดชีวิต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลกำแพงเพชร รับทารกแรกเกิดที่มีภาวะปอดอักเสบ โดยจัดเป็น 1 ใน 5 อันดับโรคที่พบบ่อย สถิติ 3 ปีย้อนหลังปี 2564-2566 พบจำนวน 63, 68, 79 รายคิดเป็นร้อยละ 4.38, 4.5, 5.72 โดยพบอัตราการเสียชีวิต 2, 1, 1 ราย ตามลำดับ⁹ กรณีศึกษาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการให้พยาบาลทารกที่มีภาวะปอดอักเสบ อันจะเป็นประโยชน์ในการสร้างคุณภาพของการพยาบาล ส่งผลถึงการพยาบาลผู้ป่วยต่อไป

กรณีศึกษา

ทารกแรกเกิดเพศหญิง เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย

อาการสำคัญ

หายใจโดยใช้กลัมนื้อหน้าท้องช่วยหายใจ 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน

30 นาทีก่อนมา ทารกคลอดปกติ ที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร น้ำหนักแรกเกิด 3,900 กรัม APGAR score ในนาทีที่ 1, 5, 10 คือ 8, 8, 8 คะแนน ตามลำดับ แรกเกิดทารก Active ดี ร้องเสียงดัง ตัวชมพู ใช้กลัมนื้อหน้าท้องช่วยหายใจ อัตราการหายใจ 60 ครั้ง/นาที ย้ายทารกจากห้องคลอด มายังหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต : ไม่มี

ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดของมารดา

มารดาอายุ 35 ปี G₄P₃ อายุครรภ์ 38⁶ สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลโกสุมพินครและโรงพยาบาลกำแพงเพชร โดยฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 6⁵ สัปดาห์ จำนวนทั้งหมด 17 ครั้ง ครบตามเกณฑ์ ผลเลือด HIV Negative, VDRL Non-reactive, HBsAg Negative หลังคลอดมารดาแข็งแรงดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว : บิดามารดาสุขภาพแข็งแรงดี ปฏิเสธโรคประจำตัวหรือโรคติดต่อเรื้อรังทุกชนิด

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ : รูปร่างทั่วไปปกติ หายใจหอบชายโครงบวม อัตราการหายใจ 60 ครั้ง/นาที ปอดมีเสียง Crepitation ส่วนระบบอื่นๆปกติ

การวินิจฉัยโรค : Congenital Pneumonia

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : ผลเลือดวันที่ 26 ตุลาคม พ.ศ.2566 พบ WBC 21,400, Platelet 223,000, Neutrophils 77%, Lymphocytes 19% ผลการเพาะเชื้อในเลือดไม่พบเชื้อ

ผลเอกซเรย์ปอด : พบ Infiltration both Lung

สรุปการดำเนินของโรคขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วันที่ 25 ตุลาคม 2566 เวลา 19.41 น.ทารกคลอดปกติ น้ำหนักแรกเกิด 3,900 กรัม APGAR score ในนาทีที่ 1, 5, 10 คือ 8, 8, 8 คะแนน ตามลำดับ แรกเกิดทารก Active ดี ตัวชมพู หายใจชักกล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ อัตราการหายใจ 60 ครั้ง/นาที ย้ายทารกจากห้องคลอด ไปยังหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 เวลา 11.15 น. แรกแรกที่กุมารเวชกรรม 2 ทารกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง RR 60 ครั้ง/นาที on O2 Box 10 LPM, T 36.8 °C, DTX 65 mg%, Hct 46% เวลา 14.20 น. ทารกหายใจหอบชายโครงบวมมากขึ้น RR 60-68 ครั้ง/นาที on HHHFNC 9 LPM, NPO, on 10%D/W IV rate 10.6 ml/hr ผล CXR พบ Infiltration both Lung วันที่ 26 ตุลาคม พ.ศ.2566 เจาะ CBC พบ WBC 21,400, Platelet 223,000, Neutrophils 77%, Lymphocytes 19%, mESR at Birth 3 mm. ให้ยาปฏิชีวนะ Ampicillin 390 ml IV q 12 hr, Gentamicin 15 mg IV q 24 hr เวลา 15.30 น. ทารกหายใจทุเลาเห็นอ้อยหอบ RR 48-56 ครั้ง/นาที หลัง on HHHFNC 1 ซม. ผล CBG PH 7.46, PCO2 33, PO2 48

วันที่ 26 ตุลาคม 2566 ทารก active ดี ตัวชมพู หายใจหอบชายโครงบวมเล็กน้อย RR 56-58 ครั้ง/นาที on HHHFNC 7 LPM, no cyanosis, 10%D/N/5 rate 7.7 ml/hr, BM/IF 5 ml x 8 feeds รับนมได้ดี ไม่มีอาเจียน ไม่มีท้องอืด ถ่ายอุจจาระ บัสสภาวะปกติ

วันที่ 27 ตุลาคม 2566 ทารก active ดี ตัวชมพู หายใจสม่ำเสมอ RR 52 - 60 ครั้ง/นาที ลด HHHFNC 5 LPM, no cyanosis, BM/IF 53 ml x 8 feeds รับ feed ได้ไม่อาเจียน ท้องไม่อืด ตัวไม่เหลือง MB 10 mg%, Hct 62 %, หยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ On injection plug for Antibiotic.

วันที่ 28 ตุลาคม 2566 ทารก active ดี ตัวชมพู หายใจสม่ำเสมอ ไม่มีชายโครงบวม RR 44-48 ครั้ง/นาที หยุด HHHFNC หลังจากนั้น RR 52-56 ครั้ง/นาที O2 saturation 96-100% กระตุ้นดูดนมมารดา น้ำนมมารดาไหลดี รับนมได้ดี ไม่มีอาเจียน on injection plug for Antibiotic.

วันที่ 29-31 ตุลาคม 2566 ทารก active ดี ตัวชมพู หายใจสม่ำเสมอ ดูดนมมารดาได้ดี ไม่อาเจียน ขับถ่ายปกติ on injection plug for Antibiotic ต่อเพื่อรอผล H/C วันที่ 31 ตุลาคม 2566 ผล H/C no growth

วันที่ 1 พฤศจิกายน 2566 ทารก active ดี ตัวชมพู หายใจสม่ำเสมอ ดูดนมมารดาได้ดี ไม่อาเจียน ขับถ่ายปกติ on injection plug for Antibiotic. ผล H/C no growth หยุดให้ยา Ampicillin, Gentamicin ตรวจ OAE screening ผลปกติ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ และนัด 1 สัปดาห์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อติดตามอาการ

การวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะวิกฤต

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ทารกมีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ทารกหายใจหอบชายโครงบวม RR 64-68 ครั้ง/นาที
2. ผล chest X-ray : infiltration both lung
3. ฟัง Lung มีเสียง Crepitation ขณะที่ suction มี Secretion ปริมาณมากและเหนียวข้น

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ทารกได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและปลอดภัยจากภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนริมฝีปากแดง ปลายมือปลายเท้าแดง O₂ saturation \geq 95 %
2. ไม่พบความผิดปกติในการหายใจ เช่น หายใจลำบาก ปีกจมูกบาน หน้าอกบวม ชายโครงบวม หยุดหายใจ กลั้นหายใจ หรือเขียว การหายใจปกติ RR 40-60 /min ไม่มี Retraction ทางเดินหายใจโล่ง ไม่มีเสมหะในลำคอและฟังเสียงปอดได้ยินเสียงลมผ่านได้อย่างชัดเจน

3. VBG อยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังนี้ PH 7.35–7.45 mmHg, PaCO₂ 35–45 mmHg, PaO₂ 75–100 mmHg, BE (-2) – (+2), HCO₃ 18–23 mmHg
4. ผล chest X-ray ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินลักษณะและอัตราการหายใจ วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1/2-1 ชั่วโมง พร้อมทั้งสังเกตอาการและอาการแสดงต่างๆ ที่ผิดปกติ เช่น หายใจลำบาก ปีกจมูกบาน หน้าอกบวม หายใจเร็ว หายใจหยาบ กลั้นหายใจหรือเขียว และรายงานแพทย์อย่างทันที่
2. จัดท่าให้ทารก โดยให้นอนราบใช้ผ้าหนุนบริเวณไหล่ให้ศีรษะแขวนเล็กน้อย (Neutral Position) หรือนอนศีรษะสูงตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง
3. ดูแลทารก on O₂ Box 7 LPM ตามแผนการรักษาโดยดูแลสายออกซิเจนไม่ให้ออกซิเจนพุ่งลงใบหน้าผู้ป่วยโดยตรงโดยเฉพาะหน้าผากเพราะจะกระตุ้น Diving reflex ทำให้ HR ช้าลง ดูแลให้ศีรษะอยู่ใน Box เสมอไม่ให้เสียดสีคอ คางและไหล่ Observe การหายใจ Monitoring O₂ saturation ให้ O₂ saturation $\geq 95\%$
4. ดูแล on HHHFNC 9 LPM หลัง on O₂ Box แล้วอาการไม่ดีขึ้น ดูแลอุปกรณ์ไม่ให้เลื่อนหลุด หักพับงอ หรืออุดตันเพราะจะทำให้ทารกขาดออกซิเจนได้
5. ประเมินการอุดกั้นทางเดินหายใจ เช่น หายใจลำบาก ออกบวม เขียว มีเสมหะ ฟังเสียงปอดพบ secretion sound
6. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดน้ำลายและเสมหะออกจากปาก ใช้แรงดันระหว่าง 80–100 mmHg. ใช้เวลาในการดูดเสมหะประมาณ 5-10 วินาที/ครั้ง ไม่ใส่สายดูดเสมหะลึกเกินไป เพราะหากใส่สายดูดเสมหะลึกเกินไปจะทำให้ทารกเกิดภาวะ Apnea จากการกระตุ้น Vagus nerve
7. ควบคุมอุณหภูมิกายให้อยู่ในระดับปกติ คือ 36.8-37.2°C เพื่อลดการเผาผลาญของร่างกาย ซึ่งมีผลต่อการใช้ออกซิเจนในร่างกาย
8. ดูแลให้ยา Ampicillin 390 mg q 12 hr., Gentamicin 15 mg q 24 hr. เพื่อลดการติดเชื้อ
9. เฝ้าระวังสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ติดตามผล CXR, VBG หากพบผลผิดปกติรายงานแพทย์

การประเมินผล

1. ทารกริมฝีปากแดง ปลายมือปลายเท้าแดง O₂ saturation 96-100 %
2. หายใจทุเลาเหนื่อยไม่พบการใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องในการช่วยหายใจ อัตราการหายใจ 40–60 ครั้ง/นาที
3. ผล VBG อยู่ในเกณฑ์ปกติ
4. Repeat ผล CXR No Infiltration

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีภาวะติดเชื้อทางเดินหายใจ และเสี่ยงต่อติดเชื้อซ้ำซ้อนได้ง่าย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ทารกแรกเกิดหายใจหอบ ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องในการช่วยหายใจ RR 60 ครั้ง/นาที
2. ผล CBC WBC 21,400 Platelet 223,000 Neutrophils 77% Lymphocytes 19%,
3. ผล Chest X-ray : infiltration both lung

วัตถุประสงค์ : เพื่อลดการติดเชื้อทางเดินหายใจ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ทารกไม่มีอาการหรืออาการแสดงในการติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น มีไข้ หายใจหอบ มีเสมหะ หายใจหยาบ
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ T = 36.8-37.2 °C HR 120-160 /BPM RR 40-60/min
3. ผล CBC ปกติ และ ผล chest X-ray ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น มีไข้ หรือตัวเย็น หายใจหอบ หยุดหายใจ ซึม รับนมได้ไม่ดี ท้องอืด อาเจียน เขียว หรือเหลืองเป็นต้น หากผิดปกติรายงานแพทย์
2. วัดสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการติดเชื้อ
3. ดูแลให้ทารก NPO on 10% D/W 200 ml IV rate 10.6 ml/hr. และได้รับยา Ampicillin 390 mg q 12 hr. ,Gentamicin 15 mg q 24 hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์
4. ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic technique โดยล้างมือก่อนและหลังการสัมผัสทารก
5. ดูแลทำความสะอาดร่างกายและทำความสะอาดสะดือวันละ 2 ครั้ง และทำความสะอาดทุกครั้งหลังขับถ่าย
6. จำกัดการเข้าเยี่ยมให้เยี่ยมเฉพาะบิดามารดาเด็ก และแนะนำให้ล้างมือก่อนเข้าเยี่ยมทุกครั้ง
7. บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ดูแล หากมีอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนต้น เจ็บคอ ให้ผู้ก Mask ตลอดเวลาขณะให้การพยาบาลเด็ก ถ้ามีผื่นผิดปกติที่ผิวหนัง อุจจาระร่วง ควรหยุดดูแลทารก เพราะอาจเป็นการแพร่กระจายเชื้อโรคได้
8. เครื่องมือ อุปกรณ์ทุกชนิดที่จะนำมาใช้กับทารกต้องทำความสะอาด ทำลายเชื้อตามมาตรฐาน
9. แยกอุปกรณ์เครื่องใช้ของแต่ละคน
10. ติดตามและบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการถ้าผิดปกติรายงานแพทย์

การประเมินผล :

1. ทารก Active ดี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ทางเดินหายใจโล่ง ไม่มีเสมหะ
2. ผล CBC ปกติ และผล H/C ปกติ
3. ผล chest X-ray ปกติ

ระยะต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีโอกาสได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ทารกงดนมตั้งแต่แรกเกิด เริ่มให้นมทางสายยางในวันที่ 2 ของการรักษา
2. ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 10% D/W ในอัตรา 10.6 ml/hr.
3. มีภาวะที่ทำให้ทารกใช้พลังงานในร่างกายมากกว่าปกติ เช่น ภาวะหายใจลำบาก ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยหายใจ

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ทารกได้รับสารน้ำสารอาหารอย่างเพียงพอ (อย่างน้อย 120-150 กิโลแคลอรี/กก./วัน)

เกณฑ์การประเมินผล

1. ทารกมีความตึงตัวของผิวหนังดี
2. จำนวนน้ำที่ร่างกายได้รับมีความสมดุลกับจำนวนน้ำที่ขับออกจากร่างกาย
3. ทารกไม่มีอาการสำรอก อาเจียนหรือท้องอืด และทารกมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 20-30 กรัม/วัน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ดื่มน้ำและนมในระบะแรกตามสภาพของทารก และดูแลให้ทารกได้รับสารน้ำหรือสารอาหารทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
2. ดูแลเริ่มให้นมทางสายยางตามแผนการรักษา ตรวจสอบการย่อยและการดูดซึมของลำไส้ก่อนให้นมทุกมื้อ โดยดูดนมที่เหลือค้างดูก่อน และจัดให้ทารกนอนศีรษะสูงก่อนและหลังให้นมทุกครั้ง เพื่อป้องกันการสำรอกนม และสังเกตอาการท้องอืด
3. ส่งเสริมและให้กำลังใจแก่มารดาในการบีบนม เพื่อให้ทารกได้รับนมมารดาทางสายยางอย่างต่อเนื่อง เพราะน้ำนมมารดามีภูมิคุ้มกันโรคและสามารถป้องกันโรค Necrotizing enterocolitis ส่งเสริมให้ทารกดูดนมมารดาเองทันทีที่ทารกมีความพร้อม เช่น การดูดกลืนและการหายใจสัมพันธ์กัน อุณหภูมิร่างกายปกติ
4. ชั่งน้ำหนักทุกวัน ในสัปดาห์แรกทารกจะมี Physiological weight loss ประมาณ 10-20% ของน้ำหนักแรกเกิด หลังจากนั้นถ้าได้รับสารอาหารเพียงพอหรือไม่มีความเจ็บป่วยรุนแรง น้ำหนักของทารกจะเพิ่มขึ้นประมาณ 20-30 กรัม/วัน

5. บันทึกปริมาณสารน้ำที่เข้าร่างกายและน้ำที่ออกจากร่างกายเพื่อประเมินความสมดุลของปริมาณน้ำเข้าและออก และสังเกตการขับถ่ายของทารกในแต่ละวัน
6. ประเมินภาวะที่บ่งบอกถึงอาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่ เช่น ผิวหนังเหี่ยวแห้งไม่ตึงตัว กระหม่อมหน้าบุ๋ม
7. ชั่งน้ำหนักตัวทารกในเวลาเดียวกันทุกวัน

การประเมินผล

1. ทารก Active ดี ผิวหนังตึงตัวดี
2. ปริมาณน้ำที่ทารกได้รับสมดุลกับจำนวนน้ำที่ถูกขับออกจากร่างกาย
3. ทารกรับนมได้ดี น้ำหนักแรกเกิด 3,900 กรัมและวันกลับบ้าน 4,120 กรัม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 บิดามารดามีความวิตกกังวลเนื่องจากความเจ็บป่วยของบุตร

ข้อมูลสนับสนุน

1. บิดามารดามีสีหน้าเคร่งเครียด วิตกกังวล มารดาร้องไห้เมื่อมาเยี่ยมบุตรครั้งแรก
2. บิดามารดาสอบถามอาการของบุตร แนวทางการรักษาและระยะเวลาการรักษา

วัตถุประสงค์ : เพื่อลดความวิตกกังวลของบิดามารดา

เกณฑ์การประเมินผล : บิดามารดามีสีหน้าสดชื่นขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพบิดามารดาของทารก แสดงท่าทีจริงใจ เห็นอกเห็นใจ และเป็นมิตร พร้อมจะให้ความช่วยเหลือ และเปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของบุตร พร้อมจัดให้ได้พูดคุยกับกุมารแพทย์ที่ทำการรักษา ถึงอาการที่เป็นและแนวทางการรักษา
2. ให้ข้อมูลแก่บิดามารดาถึงอาการเจ็บป่วยของบุตร แผนการดูแลรักษาและเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ ที่ใช้กับทารก รวมทั้งการพยาบาลที่สำคัญที่จำเป็นต้องให้ในช่วงนั้นๆ เช่น การใส่เครื่องออกซิเจนที่มีปริมาณสูง การใส่สายยาง การงดนม การเจาะเลือด และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย
3. แจ้งอาการของทารกให้บิดามารดาทราบทุกครั้งที่มีอาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ และวันละ 1 ครั้งหลังแพทย์ตรวจเยี่ยมอาการทุกวันหากไม่มีอาการเปลี่ยนแปลง
4. ประเมินความวิตกกังวลและทำที่ต่างๆ ที่แสดงออกของบิดามารดาและครอบครัวต่อความเจ็บป่วยของทารกและการที่ต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกต่างๆ รวมทั้งยอมรับทำที่และปฏิบัติที่ตอบสนองต่อความเครียดนั้น

การประเมินผล : บิดา มารดามีสีหน้าสดชื่นขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 การสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับทารกไม่ต่อเนื่องเนื่องจากถูกแยกรักษา

ที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2

ข้อมูลสนับสนุน : ทารกแรกเกิดหายใจหอบ ถูกแยกรักษาที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2

วัตถุประสงค์ : เพื่อสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างบิดา มารดาอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. บิดามารดาให้ความร่วมมือในการเข้าเยี่ยมและมีปฏิสัมพันธ์กับทารกอย่างสม่ำเสมอ
2. ทารกได้รับการกระตุ้นสัมผัสโดยการพูดคุย ประสานสายตาและการดูแลจากบิดา มารดา

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้บิดามารดาทราบถึงเหตุผลที่ต้องแยกรักษาเพื่อสังเกตอาการแนวทางให้การดูแลรักษาเป็นระยะ
2. สนับสนุนให้บิดามารดาเข้าเยี่ยมทารกทุกวัน เปิดโอกาสให้บิดา มารดาได้สร้างสัมพันธภาพกับบุตรโดยการสัมผัสจับต้อง การสบตา การพูดคุยหรือการอุ้มเพื่อเป็นการกระตุ้นพัฒนาการตลอดจนการได้เปลี่ยนผ้าอ้อมหรือการเช็ดตัวให้ทารก

3. ให้การพยาบาลโดยสัมผัสทารกด้วยความนุ่มนวล อ่อนโยนเพื่อเป็นตัวอย่างแก่บิดา มารดา
4. สนับสนุนให้มารดาได้เลี้ยงบุตรด้วยนมตนเองโดยนัดเวลาให้มารดามาให้นมตามเวลา ส่วนในกรณีที่ทารกยังดูดนมเองไม่ได้ให้มารดาบีบนมใส่ถุงเก็บน้ำนมแช่ตู้เย็นในอุณหภูมิที่เหมาะสมไว้ให้ทารก
5. ต้องสังเกตปฏิกิริยาตอบโต้ของทารกเสมอว่าเพื่อช่วยแก้ปัญหาให้แก่ทารกให้เกิดความพึงพอใจ เช่น เมื่อทารกร้องไห้สังเกตดูว่าเกิดจากความหิว ความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบายจากการเปื้อนผ้าสวาระ อุจจาระเป็นต้นพร้อมทั้งให้การพยาบาลด้วยความรวดเร็วนุ่มนวลทุกครั้ง

การประเมินผล

1. บิดามารดาเข้าเยี่ยมทารกอย่างสม่ำเสมอให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล
2. ทารกได้รับการกระตุ้นสัมผัสพูดคุย ประสานสายตาและการดูแลจากบิดามารดาอย่างสม่ำเสมอ

ระยะจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 บิดามารดาขาดความมั่นใจในการดูแลบุตรขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน

วัตถุประสงค์ : บิดามารดาเข้าใจและมีความมั่นใจในการดูแลบุตร

ข้อมูลสนับสนุน

1. บิดามารดาไม่กล้าอุ้มบุตร บอกว่ากลัวอุ้มไม่ได้เพราะไม่ได้อุ้มเด็กแรกเกิดมาหลายปี กลัวตก
2. มารดาอุ้มทารกดูตนเองไม่ถูกวิธี
3. สอบถามวิธีการดูแลบุตรเมื่อกลับบ้าน มารดาตอบไม่ได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. บิดามารดามีความมั่นใจในการดูแลบุตร
2. มารดาสามารถดูแลให้นมและทำความสะอาดร่างกายบุตรได้ถูกวิธี
3. บิดามารดา สามารถบอกวิธีการดูแลบุตรได้เมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ เช่น การสังเกตอาการผิดปกติของบุตรที่ต้องพามาพบแพทย์ได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้มารดาซักถามข้อสงสัยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร
2. สอน สหิตให้มารดาฝึกปฏิบัติและประเมินย้อนกลับจนปฏิบัติได้ในเรื่องต่อไปนี้ การอุ้มบุตร การให้นมบุตร การบีบเก็บน้ำนม และการดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย การเช็ดตา สะดือ
3. แนะนำให้นมมารดาอย่างเดียว 6 เดือน โดยไม่ต้องให้น้ำตามและเลี้ยงนมมารดาได้นานถึง 2 ปี
4. แนะนำให้ล้างมือก่อนและหลังดูแลสัมผัสทารก
5. แนะนำการให้อาหารเสริมตามวัยและรับวัคซีนตามนัด
6. แนะนำหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นอันตรายต่อปอดของทารกและทำให้ทารกมีอาการทรุดลง เช่น ควันไฟ ควันบุหรี่ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ
7. แนะนำบิดา มารดากระตุ้นประสาทสัมผัสทารกทางด้าน สายตา การได้ยิน การสัมผัส การรับรส
8. แนะนำบิดา มารดาให้ทราบถึงอาการที่ทารกได้รับการกระตุ้นประสาทสัมผัสอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น น้ำหนักขึ้นคงที่ หลับเป็นระยะเวลานานหลังได้รับนม แบบแผนการนอนหลับสม่ำเสมอ
9. แนะนำบิดา มารดาพาทารกมาตรวจและมารับวัคซีนตามนัด
10. แนะนำมารดาอ่านข้อมูลความรู้ในสมุดบันทึกสุขภาพ และคู่มือส่งเสริมพัฒนาการ
11. แนะนำสังเกตอาการผิดปกติในระบบทางเดินหายใจ เช่น หายใจเร็ว หายใจลำบาก ออกนํมูมเขียว หายใจมีเสียงดัง กระสับกระส่าย ตัวลาย
12. แนะนำสังเกตอาการที่แสดงว่าทารกมีการติดเชื้อ เช่น ทารกมีไข้ ซึม ดูดนมไม่ดี ท้องอืด อาเจียน หายใจลำบาก หายใจมีเสียงดัง
13. หากมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลทารก สามารถโทรศัพท์ปรึกษาได้ที่ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2

การประเมินผล

1. บิดา มารดา มีความมั่นใจในการดูแลบุตร เช่น การทำความสะอาดร่างกายและสะดือได้ถูกวิธี

2. มารดาอุ้มบุตรอย่างมั่นใจและนำบุตรเข้าเต้าเพื่อดูดนมได้ถูกวิธี
3. บิดา มารดาสามารถบอกวิธีการดูแลบุตรได้เมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ เช่น การสังเกตอาการผิดปกติของบุตร และอาการที่ต้องรีบพามาพบแพทย์ได้

สรุปกรณีศึกษา

ทารกแรกเกิดเพศหญิง คลอดปกติ น้ำหนัก 3,900 กรัม หายใจใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง จึงย้ายทารกจากห้องคลอดไปหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 ให้การรักษาโดยออกซิเจนชนิดแบบกล่องครอบศีรษะ สังเกตอาการครบ 2 ชั่วโมง ทารกเริ่มหายใจหอบชายโครงบวม แพทย์จึงพิจารณางดนมและน้ำ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และให้ยาฆ่าเชื้อ ต่อมาทารกหายใจหอบชายโครงบวมมากขึ้น แพทย์พิจารณาให้การรักษาด้วยเครื่องควบคุมการให้ออกซิเจนชนิดอัตรากาโรไลสูง 3 วันการหายใจเป็นปกติจึงยุติการให้ออกซิเจน ทารกอาการดีขึ้นตามลำดับ ตัวชมพู การเคลื่อนไหวปกติ ไม่มีไข้ หายใจสม่ำเสมอปอดไม่มีเสียงผิดปกติ ผล Chest X-Ray ปกติ รับนมได้ ไม่อาเจียน ระหว่างนอนรักษาในโรงพยาบาลปัญหาทางการพยาบาลคือ ทารกมีภาวะพร่องออกซิเจน มีภาวะติดเชื้อทางเดินหายใจและเสี่ยงต่อติดเชื้อซ้ำซ้อนได้ง่าย การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ บิดามารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร การสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับทารกไม่ต่อเนื่อง บิดามารดาขาดความมั่นใจในการดูแลทารกขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน ปัญหาต่างๆได้รับการแก้ไข ผลลัพธ์ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน นอนรักษาในโรงพยาบาลรวม 7 วัน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาทารกแรกเกิดที่มีภาวะปอดอักเสบ พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพราะเป็นผู้ที่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด การประเมินอาการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว และให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้อง ทันทีจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นพยาบาลควรมีการเพิ่มพูนความรู้ในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะปอดอักเสบอย่างสม่ำเสมอพร้อมทั้งมีการปรับเปลี่ยนแนวทางการพยาบาลให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา รวมถึงทักษะการใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น เครื่องช่วยหายใจ ควรมีบทวนการดูแลผู้ป่วยในทีมสหสาขาวิชาชีพ และนำผลที่ได้จากการทบทวน มาปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคที่มีความซับซ้อนมากขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นโดยเร็ว และช่วยลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลได้

สรุป

ทารกปลอดภัยจากภาวะวิกฤต ไม่มีภาวะหายใจล้มเหลว หรือติดเชื้อเพิ่มขึ้น ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทสำคัญจะต้องมีความรู้ และพัฒนาทักษะความชำนาญในการดูแลทารกแรกเกิด นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อดูแลทารกให้รอดชีวิต มีการเจริญเติบโตที่เหมาะสม สมวัย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากกรณีศึกษารั้วนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อทางเดินหายใจได้

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์, 2562.
2. Ramezani M, Aemmi SZ, Moghadam ZE. Factors Affecting the Rate of Pediatric Pneumonia in Developing Countries: a Review and Literature Study. Int J Pediatr 2015;3(6.2):1173-81.
3. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาลและแบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร, 2556.
4. พรทิภา พุทธินันท์โอบาส, เรณู พุกบุญมี, ทิพวัลย์ ดารามาต. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดทำนอนเพื่อเพิ่มระดับความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดของทารกแรกเกิดที่ต้องใช้ออกซิเจน. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2560;19(1),1-15.



5. กัลยพันธ์ นียมวิทย์, สุภา คำมะฤทธิ์. การพยาบาลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2562;30(1):216-25.
6. กำธร มาลาธรรม, ยงค์ รุ่งเรือง. คู่มือปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. สถาบันบำราศนราดูร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์, 2559.
7. เกரியงค์ จีระแพทย์. การดูแลทารกแรกเกิดและครอบครัวด้วยความเมตตา. ใน : สันติ ปุณณะหิตานนท์, บรรณาธิการ. Practice Towards Good Outcomes. กรุงเทพฯ : อินเทอร์เน็ตซัพพลาย (ประเทศไทย), 2565. หน้า 267-78.
8. วีณา จีระแพทย์. ข้อมูลใหม่ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. ใน : สันติ ปุณณะหิตานนท์, บรรณาธิการ. Practice points and Update in Neonatal Care. กรุงเทพฯ : แอคทีฟ พรินท์, 2562. หน้า 37.
9. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2564-2566. กำแพงเพชร:โรงพยาบาลกำแพงเพชร, 2564-2566.

วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ และเป็นเวที เสนอผลงานทางวิชาการ และงานวิจัย มีความยินดีรับผลงานเกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประสงค์จะส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารควร เตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำอย่างถูกต้อง ทั้งนี้เพื่อความสะดวก และรวดเร็วในการลงพิมพ์

ประเภทผลงานที่ตีพิมพ์

- 1. นิตยสารต้นฉบับ (original article)**
เป็นรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุข
- 2. กรณีศึกษา (case study)**
เป็นรายงานการศึกษา วิเคราะห์ ข้อมูลของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม
- 3. บทความปริทรรศน์ (review article)**
เป็นบทความที่ทบทวนหรือรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ

การเตรียมต้นฉบับ

รายละเอียดของการพิมพ์

1. เป็นบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน โดยผู้เขียนเป็นผู้รับผิดชอบต่อเนื้อหาที่เขียน
2. บทความที่ส่งมาจะได้รับการตรวจแก้ไขเพื่อความเหมาะสมทั้งในเรื่องของรูปแบบ (format) และความถูกต้องของเนื้อหาโดยกองบรรณาธิการ และส่งข้อเสนอแนะให้ผู้เขียนทาง e-mail
3. ขั้นตอนการให้ข้อเสนอแนะและแก้ไขให้แล้วเสร็จ กองบรรณาธิการจะกำหนดเวลา เพื่อให้ทันเวลาในการออกวารสาร ใช้เวลาเฉลี่ยภายใน 3 เดือนโดยประมาณ โดยกองบรรณาธิการจะรับวารสารตามความเห็นชอบแล้วเท่านั้น
4. เมื่อบทความได้รับการตีพิมพ์แล้ว ผู้เขียนจะได้รับวารสาร จำนวน 2 เล่มต่อเรื่อง
5. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรม **Microsoft Words for Windows 2007** ใช้ตัวอักษร **browallia new** ขนาด **14 point Single Space** และใช้กระดาษพิมพ์ A4 เว้นห่างจากขอบ 1 นิ้วโดยรอบ ความยาวไม่เกิน 10 - 12 หน้า โดยรวมบทความย่อ และเอกสารอ้างอิง
6. ตาราง ภาพ และแผนภูมิ เป็น **ขาว-ดำ** สอดแทรกไว้ในเนื้อเรื่อง มีชื่อตาราง ภาพ และแผนภูมิกำกับที่ชัดเจน

การเรียงลำดับเนื้อหาของต้นฉบับ

(กองบรรณาธิการจะไม่รับพิจารณาบทความที่ไม่แก้ไขให้ตรงตามรูปแบบที่กำหนด)

1. การเตรียมนิตยสารต้นฉบับ (Original article)

- 1.1 **ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย)** ควรกะทัดรัด สื่อเป้าหมายหลักของการศึกษาวิจัย ไม่ใช่คำย่อ ไม่ควรยาวเกิน 100 ตัวอักษร จัดไว้กึ่งกลางหน้ากระดาษ
- 1.2 **ชื่อผู้พิมพ์ (ภาษาไทย)** ระบุชื่อของผู้เขียนทุกคน พร้อมระบุตัวย่อของวุฒิการศึกษาสูงสุด จัดชิดขวาของหน้ากระดาษ ส่วนหน่วยงานหรือสถาบันใช้การอ้างอิงแบบเชิงอรรถไว้ส่วนล่างสุดของหน้ากระดาษของเอกสาร
- 1.3 **บทคัดย่อ (ภาษาไทย)** เขียนแบบโครงสร้างตามลำดับดังนี้
 - บทนำ :
 - วัตถุประสงค์ :
 - วิธีการศึกษา :

- ผลการศึกษา :

- สรุป :

1.4 คำสำคัญ (ภาษาไทย) ไม่เกิน 5 คำ ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อของภาษาไทย เพื่อประโยชน์ในการสืบค้นในอนาคต

1.5 เชิงอรรถ (ภาษาไทย) อยู่ใต้เส้นคั่นซึ่งยาว 2 นิ้ว หรือ 5 เซนติเมตร เป็นรายการเชิงอรรถที่ระบุตำแหน่ง และหน่วยงานต้นสังกัดของผู้พิมพ์

หมายเหตุ ข้อ 1.1 – 1.5 ไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4

1.6 Title (ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ) จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ มีความหมายตรงกับชื่อเรื่องภาษาไทย

1.7 Authors (ชื่อผู้พิมพ์ภาษาอังกฤษ) จัดชิดขวาของหน้ากระดาษ พร้อมพร้อมระบุตัวย่อของวุฒิการศึกษา สูงสุดภาษาอังกฤษ

1.8 Abstract (บทคัดย่อภาษาอังกฤษ) ต้องมีเนื้อหาตรงกับบทคัดย่อภาษาไทย และเป็นประโยคอดีต โดยเขียนแบบโครงสร้างตามลำดับดังนี้

- Introduction:

- Objectives:

- Methods:

- Results:

- Conclusions:

1.9 Keyword (คำสำคัญภาษาอังกฤษ) ต้องตรงกับบทคัดย่อภาษาไทย ไม่เกิน 5 คำ ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อของภาษาอังกฤษ

1.10 Footnote (เชิงอรรถ) ระบุตำแหน่ง และหน่วยงานต้นสังกัดของผู้พิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ

หมายเหตุ ข้อ 1.6 – 1.10 ไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4 และแยกไว้คนละหน้ากับภาษาไทย

1.11 เนื้อเรื่อง (Text) ใช้หัวข้อดังนี้

- บทนำ (Introduction)

เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผล นำไปสู่การศึกษา แต่ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรม ที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านรู้ปัญหา ลักษณะ และขนาด เป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ได้ และให้รวมวัตถุประสงค์ของการศึกษาเป็นร้อยแก้วในส่วนท้ายของบทนำ ไม่ใส่ผลการศึกษา และสรุป

- วิธีการศึกษา (Methods)

ประกอบด้วย ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และจริยธรรมการวิจัย

- ผลการศึกษา (results)

แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูได้ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมากบรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากควรใช้ตาราง หรือแผนภูมิโดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญ ๆ อย่างจำกัด แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้

- วิจารณ์ (discussion)

เริ่มด้วยการวิจารณ์ผลการศึกษาตรงกับวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง อาจแสดงความคิดเห็นเบื้องต้นตามประการณ์หรือข้อมูลที่ตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ แล้วจบบทความด้วยข้อยุติ

- **สรุป (conclusion)**

ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ ให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ประเด็นคำถามการวิจัยต่อ ข้อยุติอาจใส่ไว้ในหัวข้อเดียวกันกับวิจารณ์ก็ได้

- **กิตติกรรมประกาศ (acknowledgments)**

มีเพียงย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคบางอย่าง และผู้สนับสนุนทุนการวิจัยเท่าที่จำเป็น แต่การใส่ชื่อคนช่วยมากมาย ทำให้บทความด้อยความภูมิฐานเพราะผู้อ่านจะอนุมานว่างานส่วนใหญ่มีคนช่วยทั้งหมด

- **เอกสารอ้างอิง (references)** ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

2. การเตรียมต้นฉบับกรณีศึกษา (Case Study)

2.1 **ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ คำสำคัญ และเชิงอรรถ** ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ มีข้อกำหนดในการเขียนและการจัดรูปแบบเหมือนนิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

2.2 **บทคัดย่อ (ภาษาไทย)** ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเองไม่ต้องหาความหมายเพิ่มเติมไม่ควรมีคำย่อ เขียนแบบโครงสร้างตามลำดับดังนี้

- **บทนำ :** เขียนย่อถึงความสำคัญโรคที่ศึกษาการดูแลรักษาที่สำคัญ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (ไม่ควรเกิน 2 - 3 บรรทัด)

- **วัตถุประสงค์ :** เขียนวัตถุประสงค์การศึกษาต่อผู้ป่วย เช่น เพื่อดูแลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจนผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เป็นต้น

- **กรณีศึกษา :** เขียนย่อเพื่อให้เห็นภาพรวมว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นใคร จำนวนกี่รายเข้าการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงใด อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล แพทย์ให้การรักษาที่สำคัญอะไร ในช่วงเวลาที่ศึกษาพบปัญหาทางการแพทย์พยาบาลอะไรบ้าง และให้การพยาบาลที่สำคัญอย่างไร ผลการประเมินหลังให้การพยาบาลเป็นอย่างไร

- **สรุป :** เขียนสรุปกรณีศึกษา สรุปโรค และข้อเสนอแนะสั้นๆ อยู่ในย่อหน้าเดียวกัน

2.3 **Abstract (บทคัดย่อภาษาอังกฤษ)** ต้องมีเนื้อหาตรงกับบทคัดย่อภาษาไทย และเป็นประโยคอดีต โดยเขียนแบบโครงสร้างตามลำดับดังนี้

- **Introduction:**

- **Objectives:**

- **Case Study:**

- **Conclusions:**

2.4 **เนื้อเรื่อง (Text) ใช้หัวข้อดังนี้**

- **บทนำ**

เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผลที่มาของนำไปสู่การศึกษา ได้แก่ ความสำคัญของโรคที่ศึกษา ข้อมูลสถิติ (อย่างน้อยในสถานที่ที่ศึกษา) วิธีการคัดเลือกกรณีศึกษาหรือสาเหตุที่เลือกผู้ป่วยรายนี้มาศึกษา แต่ไม่ต้องใส่ทฤษฎีและทบทวนวรรณกรรมมาทั้งหมด ใช้ลักษณะการวิเคราะห์มาเขียนแทน และให้รวมวัตถุประสงค์การศึกษาร้อยแก้วในส่วนท้ายของบทนำ

- **กรณีศึกษา**

เป็นการสรุปข้อมูลของผู้ป่วยที่ศึกษา เขียนสรุปใจความสำคัญตามลำดับหัวข้อดังนี้ ข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วย การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ การประเมินสภาพด้านจิตใจและสังคม ผลการเอกซเรย์และ/หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ (ตามโรคและแสดงให้เห็นถึงแนวโน้ม) สรุปการดำเนินโรค การวางแผนการพยาบาลโดยสรุปปัญหาที่สำคัญเป็นรายข้อ

- **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล**

เขียนเรียงลำดับตามความสำคัญของปัญหา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลต้องเป็นสิ่งที่ถูกวิเคราะห์มาจากปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยที่ศึกษา โดยมีข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์การพยาบาล เกณฑ์การประเมินผลกิจกรรมการพยาบาลที่ให้ในกรณีศึกษา และประเมินผลการพยาบาล

- **สรุปกรณีศึกษา**

เป็นการสรุปกรณีศึกษาที่สำคัญ 1 ย่อหน้า เพื่อให้เห็นภาพรวมทั้งหมดตั้งแต่อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ทำการรักษา ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ ผู้ศึกษาให้การพยาบาลที่สำคัญอะไรบ้าง และการประเมินผลการพยาบาล

- **วิจารณ์และข้อเสนอแนะ**

อธิบายสาเหตุสำคัญของการเกิดปัญหา หรือหลุมพราง (pitfall) ที่พบจากการศึกษาเฉพาะกรณีนี้ และข้อแนะนำในการให้การพยาบาลที่จะนำไปใช้ในผู้ป่วยรายอื่น ๆ ต่อไป

- **สรุป**

ให้สรุปโรคที่ศึกษาที่สัมพันธ์กับทฤษฎี

- **เอกสารอ้างอิง**

ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนรายการอ้างอิงตามรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) เป็นรูปแบบการเขียนรายการอ้างอิงสำหรับสาขาวิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยการอ้างอิงประกอบด้วย 2 แบบ คือ การอ้างอิงในเนื้อหา และการอ้างอิงท้ายบทความ

1. การอ้างอิงในเนื้อหา ใช้การอ้างอิงระบบลำดับหมายเลข โดย 1. ระบุหมายเลขเรียงลำดับกันไปที่ทำยข้อความหรือชื่อบุคคลที่ใช้อ้างอิงเริ่มจากหมายเลข 1,2,3 ไปตามลำดับที่อ้างอิง ก่อนหลังเป็นเลขอารบิกโดยไม่มีการเว้นวรรค ไม่ใส่วงเล็บ และใช้ **“ตัวเลขยก”** 2. ทุกครั้งที่มีการอ้างซ้ำจะต้องใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง และหมายเลขที่ใช้อ้างอิงจะต้องตรงกับหมายเลขของ รายการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย 3. สำหรับการอ้างอิงในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้เลขที่สอดคล้องกับที่ได้เคยอ้างอิงมาก่อนแล้วในเนื้อเรื่อง 4. การอ้างอิงจากเอกสารมากกว่า 1 รายการต่อเนื่องกันจะใช้เครื่องหมายติงศกัณฐ์ (-) เชื่อมระหว่างรายการแรกถึง รายการสุดท้าย เช่น (1-3) หากเป็นการอ้างถึงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน จะใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) โดยไม่มีการเว้นวรรค เช่น (2,6,10)

ตัวอย่าง Plasmodium falciparum and Wuchereria bancrofti are parasites that cause human malaria and lymphatic filariasis in the population of South-East Asian countries.^{1-3,6,10} The diseases are abundant and widely spread in the endemic area especially Thailand and its neighbor countries.^{3,7}

2. การอ้างอิงท้ายบทความ การอ้างอิงที่อยู่ท้ายบทความหรือที่เขียนว่า “เอกสารอ้างอิง” หรือ “References”

มีหลักการอ้างอิง ดังนี้ 1. พิมพ์ตามลำดับการอ้างอิงตามหมายเลขที่ได้กำหนดไว้ภายในเนื้อหาที่ได้อ้างถึงในเนื้อหา โดยไม่ต้องแยกภาษา ประเภทของเอกสารอ้างอิง ไม่ต้องเรียงตามตัวอักษรให้เลขตามหมายเลขที่อ้างอิง 2. พิมพ์หมายเลขลำดับการอ้างอิงไว้ชิดขอบกระดาษด้านซ้าย หากรายการอ้างอิงมีความยาวมากกว่าหนึ่งบรรทัดให้พิมพ์บรรทัดถัดไปโดยย่อหน้าให้ตรงกับข้อความในบรรทัดแรก 3. ระหว่างข้อมูลการอ้างอิงแต่ละส่วน ให้เว้น 1 วรรค 4. รูปแบบการอ้างอิงจะแตกต่างกันตามประเภทของเอกสารที่นำมาอ้างอิง

หลักเบื้องต้นในการอ้างอิงข้อมูลแต่ละส่วน

1. ผู้แต่ง เป็นได้ทั้งบุคคล กลุ่มบุคคล หรือหน่วยงาน และเป็นได้ทั้งผู้เขียนบรรณาธิการ หรือผู้รวบรวม ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.)

1.1 กรณีเป็นผู้แต่งเป็นคนไทย ให้ใช้ชื่อและนามสกุลตามลำดับ โดยเว้น 1 วรรค

ตัวอย่าง สมบัติ ตริประเสริฐสุข.

1.2 กรณีเป็นผู้แต่งชาวต่างประเทศ ให้ใช้ชื่อสกุลขึ้นก่อน เว้น 1 วรรค ตามด้วยอักษรย่อของชื่อตัว และชื่อกลาง โดยไม่ต้องเว้นวรรคหรือมีเครื่องหมายใดใดคั่น

ตัวอย่าง Redfern SJ.

1.3 กรณีที่ผู้แต่งมีจำนวนมากกว่า 1 คน

1.3.1 หากผู้แต่งมีจำนวนไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน โดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างชื่อ และเว้น 1 วรรค หลังชื่อผู้แต่งชื่อสุดท้ายให้ใส่เครื่องหมายมหัพภาค (.)

ตัวอย่าง สมบัติ ตริประเสริฐสุข, มงคล หงษ์ศิรินิรชร, อนุชิต จุฑะพุทธิ.

Lodish H, Baltimore D Jr, De Berk AE.

1.3.2 หากผู้แต่งมีจำนวนมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก โดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างชื่อ และเว้น 1 วรรค หลังชื่อผู้แต่งชื่อที่ 6 ให้ใส่คำว่า “ และคณะ.” (สำหรับภาษาไทย) หรือ “ et al.” (สำหรับภาษาอังกฤษ) และตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.)

ตัวอย่าง สมบัติ ตริประเสริฐสุข, มงคล หงษ์ศิรินิรชร, อนุชิต จุฑะพุทธิ, ชินกร ประชาธิรัฐ, อาภา ใจชื่น, กรสุตา รักษา, และคณะ.

Choi HK, Won LA, Kontur PJ, Hammond DN, Fox AP, Wainer BH, et al.

1.4 ผู้แต่งที่เป็นกลุ่ม เป็นคณะ หรือสถาบัน ให้ใช้ชื่อก่อน คณะ หรือสถาบันนั้นเป็นผู้แต่ง กรณีมีทั้งหน่วยงานใหญ่ และหน่วยงานย่อย ให้ใส่เครื่องหมายจุลภาค (,) หลังชื่อหน่วยงานใหญ่ เว้น 1 วรรค ตามด้วยชื่อหน่วยงานย่อย และเครื่องหมายมหัพภาค (.)

ตัวอย่าง คณะกรรมการวิทยาศาสตร์ทางทะเลแห่งชาติ. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, คณะแพทยศาสตร์.

Institute of Medicine (US). American Occupational Therapy Association, Ad Hoc Committee.

1.5 ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง ให้ใช้ชื่อหนังสือหรือชื่อบทความแทนตำแหน่งชื่อผู้แต่ง

ตัวอย่าง 1. การบริหารงานวิจัย แนวคิดจากประสบการณ์. กรุงเทพฯ: ดวงกลม; 2540.

2. Health promotion in nursing practice. Stamford: Appleton & Lange; 1996.

2. ชื่อหนังสือ / ชื่อวารสาร / ชื่อบทความ

2.1 ชื่อหนังสือ / ชื่อบทความ กรณีเป็นภาษาไทย ให้ใช้ชื่อตามที่ปรากฏ กรณีเป็นภาษาอังกฤษ ให้ใช้อักษรตัวใหญ่ เฉพาะคำแรกของชื่อ หลังจากนั้นให้ใช้อักษรตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นศัพท์เฉพาะ และตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.)

ตัวอย่าง Fischer JS. Carbohydrate metabolism disorder. New York: Academic Press; 1975.

2.2 ชื่อวารสาร กรณีเป็นวารสารภาษาไทย ให้ใช้ชื่อตามที่ปรากฏ กรณีเป็นวารสารภาษาอังกฤษ ให้ใช้ชื่อย่อของวารสารที่ปรากฏใน Index Medicus ซึ่งจัดทำโดยหอสมุดแพทย์แห่งชาติสหรัฐอเมริกา (National Library of Medicine: NLM) หากเป็นวารสารชื่อสั้นๆ คำเดียว มักจะไม่ย่อชื่อวารสาร

ตัวอย่าง 1. พิชัย พัวเพิ่มพูลศิริ. โรคจุกอกอักเสบจากภูมิแพ้. ศรีนครินทรวิโรฒเวชสาร. 2538;2(1):22-33.

2. Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med. 2002 Jul 25; 347(4): 284-7.

3. จำนวนเล่ม กรณีหนังสือมีหลายเล่ม (Volume) หากนำมาใช้อ้างอิงทุกเล่ม ให้ใส่จำนวนเล่มทั้งหมดไว้ท้ายรายการอ้างอิง เช่น 3 ล. หรือ 3 vol. (ใช้อักษร v ตัวพิมพ์เล็ก)

ตัวอย่าง 1. พรเทพ เทียนสิวกุล, บรรณาธิการ. โลกจิตวิทยาคลินิกชั้นสูง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541. 2 ล.

2. Hamilton S, editor. Animal welfare & anti-vivisection 1870-1910: nineteenth-century women's mission. London: Routledge; 2004. 3 vol.

หากนำมาใช้อ้างอิงเพียงเล่มใดเล่มหนึ่ง ให้ใส่เฉพาะเล่มที่อ้างไว้หลังชื่อเรื่องหรือครั้งที่พิมพ์ (ถ้ามี) เช่น เล่ม 3. หรือ Vol. 3. (ใช้อักษร v ตัวพิมพ์ใหญ่) และใส่จำนวนหน้าของเล่มที่อ้างไว้หลังปีพิมพ์

ตัวอย่าง สุรเกียรติ อชานานภาพ. ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 4 (ฉบับปรับปรุง). เล่ม 1. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก; 2551. 383 น.

4. ครั้งที่พิมพ์ ระบุตั้งแต่การพิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป โดยใช้คำว่า “พิมพ์ครั้งที่” (สำหรับภาษาไทย) หรือ “ed.” (สำหรับภาษาอังกฤษ) ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.) เช่น พิมพ์ครั้งที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 5. 2nd ed. 3rd ed. 4th ed. 5th ed. เป็นต้น ทั้งนี้ nd, rd, th ไม่ต้องทำเป็นตัวยก ส่วนคำประกอบอื่นๆ ให้ใช้อักษรย่อ เช่น revised ใช้ “rev.” reprint(ed) ใช้ “repr.” เป็นต้น

ตัวอย่าง 1. สมศักดิ์ นวลแก้ว. เกษษกรรมแผนไทยประยุกต์. พิมพ์ครั้งที่ 8. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, คณะเกษตรศาสตร์; 2563.

2. Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis (MO): Mosby; 2002.

5. เมืองที่พิมพ์

5.1 ใส่ชื่อเมืองที่สำนักพิมพ์ตั้งอยู่ หากมีชื่อเมืองมากกว่า 1 ชื่อ ให้ใช้ชื่อเมืองแรก ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (:)

5.2 กรณีที่ชื่อเมืองไม่เป็นที่รู้จัก ให้ใส่ชื่อรัฐหรือประเทศไว้ในวงเล็บกลมตามหลังชื่อเมือง สำหรับชื่อรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกา ให้ใช้อักษรย่อ 2 ตัวที่ใช้เป็นรหัสไปรษณีย์ โดยพิมพ์เป็นตัวพิมพ์ใหญ่ เช่น CN สำหรับรัฐ Connecticut หรือ NY สำหรับรัฐ New York เป็นต้น

5.3 กรณีที่ไม่สามารถระบุเมืองที่พิมพ์ได้ ให้ระบุไว้ในวงเล็บเหลี่ยมโดยใช้คำว่า [ม.ป.ท.] (สำหรับภาษาไทย) หรือ [place unknown] (สำหรับภาษาอังกฤษ) หมายถึง ไม่ปรากฏเมืองที่พิมพ์

ตัวอย่าง กรุงเทพฯ: [ม.ป.ท.]

White Plains (NY): [place unknown]

6. สำนักพิมพ์ ใส่ชื่อสำนักพิมพ์ตามที่ปรากฏในหนังสือ ตามด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (;) ทั้งนี้คำประกอบอื่นไม่ต้องใส่ เช่น สำนักพิมพ์, บริษัท, Publisher, Publishing, Limited, Company, Co. เป็นต้น ยกเว้นสำนักพิมพ์ที่มีชื่อเดียวกับหน่วยงาน ต้องระบุคำว่า “สำนักพิมพ์” ด้วย กรณีสำนักพิมพ์เป็นหน่วยงานที่มีทั้งหน่วยงานใหญ่ และหน่วยงานย่อย ให้ใส่เครื่องหมายจุลภาค (,) หลังชื่อหน่วยงานใหญ่ เว้น 1 บรรทัด แล้วตามด้วยชื่อหน่วยงานย่อย

6.1 กรณีไม่ปรากฏสำนักพิมพ์: ให้ชื่อสถาบันที่ผู้แต่งสังกัดแทน

6.2 กรณีไม่ปรากฏหน่วยงานใดๆ: ให้ลงชื่อโรงพิมพ์ที่พิมพ์หนังสือนั้น โดยระบุคำว่า “โรงพิมพ์” ไว้ด้วย

6.3 กรณีเป็นสิ่งพิมพ์รัฐบาล: ให้ลงชื่อหน่วยราชการที่รับผิดชอบเป็นสำนักพิมพ์ แม้ว่าในหนังสือจะมีการระบุชื่อสำนักพิมพ์หรือโรงพิมพ์ก็ตาม

6.4 กรณีที่ชื่อสำนักพิมพ์เป็นชื่อเดียวกับชื่อผู้แต่ง ให้เขียนย่อ เช่น ชื่อผู้แต่ง คือ กระทรวงการคลัง สำนักพิมพ์ให้ใส่ว่า กระทรวง ชื่อผู้แต่ง คือ American Occupational Therapy Association สำนักพิมพ์ให้ใส่ว่า The Association

6.5 กรณีไม่สามารถระบุชื่อสำนักพิมพ์หรือโรงพิมพ์ได้ : ให้ระบุไว้ในวงเล็บเหลี่ยมโดยใช้คำว่า [ม.ป.พ.] (สำหรับภาษาไทย) หรือ [publisher unknown] (สำหรับภาษาอังกฤษ) หมายถึง ไม่ปรากฏสำนักพิมพ์

ตัวอย่าง มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะแพทยศาสตร์, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์; [ม.ป.พ.];

7. ปีพิมพ์

7.1 ใส่เฉพาะตัวเลขของปีพิมพ์ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.) เช่น 2544. 2020. เป็นต้น

7.2 หากไม่มีปีพิมพ์ ให้ใส่ปีลิขสิทธิ์ได้ โดยใส่ “c” ก กับไว้ด้วย เช่น c2020 เป็นต้น

7.3 หากไม่มีปีพิมพ์หรือปีลิขสิทธิ์ สามารถใส่ปีโดยประมาณโดยดูจากข้อมูลที่แสดงไว้ในเนื้อหา และใส่ไว้ในวงเล็บเหลี่ยมตามด้วยเครื่องหมายปรศน์ (?) เช่น [2020?] เป็นต้น

7.4 หากไม่สามารถระบุปีพิมพ์ได้ ให้ระบุไว้ในวงเล็บเหลี่ยมโดยใช้คำว่า [ม.ป.ป.] (สำหรับภาษาไทย) หรือ [date unknown] (สำหรับภาษาอังกฤษ) หมายถึง ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์

8. ปี เดือน เล่มที่ และฉบับที่ ของวารสาร

8.1 กรณีเป็นวารสารที่มีเลขหน้าต่อเนื่องกันทั้งปี: วารสารวิชาการทางการแพทย์ส่วนใหญ่จะใช้เลขหน้าต่อเนื่องกันทั้งปี ให้ใส่เฉพาะปีพิมพ์ ตามด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (;) และเล่มที่ (Volume) โดยไม่มีการเว้นวรรค และไม่จำเป็นต้องใส่เดือน วันที่และฉบับที่

ตัวอย่าง 1. Figueroa JV, Chieves LP, Johnson GS, Buening GM. Multiplex polymerase chain reaction based assay for detection of Babesia bigemina, Babesia bovis and Anaplasma marginale DNA in bovine blood. Vet Parasitol. 1993;50:69-81.

8.2 กรณีเป็นวารสารที่ไม่ได้ใช้เลขหน้าต่อเนื่องกันทั้งปี: หากเป็นวารสารภาษาอังกฤษ ให้ใส่ปี เดือน* วันที่พิมพ์ (ถ้ามี) หากเป็นวารสารภาษาไทย ให้ใส่วัน (ถ้ามี) เดือน* ปีที่พิมพ์ จากนั้นตามด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (;) เล่มที่ (Volume) และถ้ามีฉบับที่ (Issue/Number) ให้พิมพ์ไว้ในวงเล็บกลม โดยไม่มีการเว้นวรรค *กรณีเป็นภาษาอังกฤษ ให้ใช้ตัวอักษร 3 ตัวแรกของเดือน เช่น Sep, Jan เป็นต้น กรณีเป็นภาษาไทย ให้ใช้ตัวย่อของเดือน

ตัวอย่าง Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med. 2002 Jul 25;347(4):284-7.

9. เลขหน้า ให้ระบุเลขหน้าตั้งแต่หน้าแรกถึงหน้าสุดท้าย คั่นด้วยเครื่องหมายติงศกัณฐ์ (-) ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.) หลังเลขหน้าสุดท้าย โดยเลขหน้าสุดท้ายให้ใส่เฉพาะเลขที่ไม่ซ้ำกับเลขหน้าแรก ยกเว้นเลขโรมัน หรือเลขหน้าที่มี ตัวอักษรต่อท้ายให้ระบุเลขโดยไม่ต้องตัดเลขหน้าออก กรณีเลขหน้าไม่ต่อเนื่องกัน ให้คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,)

ตัวอย่าง หน้า 7-29 ให้ใส่ 7-29. หน้า 980-983 ให้ใส่ 980-3. หน้า 325A-329A ให้ใส่ 325A-329A. หน้า 20-29 ให้ใส่ 20-9. หน้า xi-xii ให้ใส่ xi-xii. หน้า 2, 4, 7 ให้ใส่ 2, 4, 7.

10. การระบุความเป็นเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ การเขียนรายการอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ให้เขียนตามประเภทของเอกสารนั้นๆ และเพิ่มเติมข้อมูลที่แสดง ความเป็นเอกสารอิเล็กทรอนิกส์หลักๆ 3 ส่วน ได้แก่

10.1 ประเภทของสื่อ: ให้ระบุประเภทของสื่อไว้ในวงเล็บเหลี่ยมหลังชื่อเรื่อง เช่น [อินเทอร์เน็ต] หรือ [Internet] [ซีดีรอม] หรือ [CD-ROM] [ดีวีดี] หรือ [DVD] เป็นต้น โดยย้ายเครื่องหมายมหัพภาค (.) หลังชื่อเรื่องไปไว้หลังวงเล็บเหลี่ยม แทน

10.2 วันที่เข้าถึง: เนื่องจากข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์อาจมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงได้เสมอ จึงต้องระบุวันที่เข้าถึงไว้ด้วย โดยหลังปีพิมพ์ของรายการอ้างอิงให้ระบุในวงเล็บเหลี่ยมไว้ว่า [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี] สำหรับภาษาไทย หรือ [cited ปี เดือน วัน] สำหรับภาษาอังกฤษ กรณีที่แหล่งข้อมูลมีการแจ้งวันที่ปรับปรุงข้อมูลล่าสุด สามารถเพิ่มข้อมูลดังกล่าวไว้ในวงเล็บเหลี่ยมข้างต้น โดยให้ระบุเพิ่มไว้ด้านหน้า ตามด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (;) เว้น 1 วรรค ดังนี้ [ปรับปรุงเมื่อ วัน เดือน ปี; เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี] สำหรับภาษาไทย หรือ [updated ปี เดือน วัน; cited ปี เดือน วัน] สำหรับภาษาอังกฤษ

10.3 แหล่งที่มาของข้อมูล: ให้ระบุ URL ของแหล่งที่มาของข้อมูล ไว้ท้ายรายการอ้างอิง โดยใช้คำว่า “เข้าถึงได้จาก: URL ของแหล่งข้อมูล” สำหรับภาษาไทย หรือ “Available from: URL ของแหล่งข้อมูล” สำหรับภาษาอังกฤษ ทั้งนี้ หลัง URL ของแหล่งข้อมูลไม่ต้องตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.)

ตัวอย่าง นาดยา อังคนาวิน. ผลของการใช้สตีเวียและมอลทิทอลต่อสมบัติทางเคมี-กายภาพการทดสอบประสาทสัมผัสคุณค่าทางโภชนาการและฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของเซอร์เบทหม่อน. วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี). [อินเทอร์เน็ต]. ก.ค.-ธ.ค. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 16 ส.ค. 2563];11(22):78-90. เข้าถึงได้จาก: <http://ejournals.swu.ac.th/index.php/SWUJournal/article/view/12118/10268>

การอ้างอิงตามประเภทของเอกสาร

ในที่นี่ขอนำเสนอเฉพาะเอกสารที่ได้รับความนิยมในการนำมาใช้อ้างอิง สำหรับเอกสารประเภทอื่นๆ ดูรายละเอียดได้จากวิธีการอ้างอิงรูปแบบแวนคูเวอร์ โดยหอสมุดแพทย์แห่งชาติสหรัฐอเมริกา (National Library of Medicine: NLM) ที่ https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

หนังสือ

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

1. สมศักดิ์ นวลแก้ว. เกสัชกรรมแผนไทยประยุกต์. พิมพ์ครั้งที่ 8. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, คณะเภสัชศาสตร์; 2563.
2. Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis (MO): Mosby; 2002.
3. Gilstrap LC, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. Operative obstetrics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.
4. Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.

หนังสือที่มีทั้งผู้แต่งและบรรณาธิการหรือผู้แปล

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor/editors. หรือ ชื่อผู้แปล, ผู้แปล/translator/translators. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

1. นภลัย สุวรรณธาดา, อิดา โมสิกรัตน์, สุมาลี สังข์ศรี. การเขียนผลงานวิชาการและบทความ. พิมพ์ครั้งที่ 2 ปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม. ประสิทธิ์ ฤทธิธรรมย์, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2553.
2. บาเบอร์ ทีเอฟ, อิกกินส์-บิตเติล เจซี. การบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้ตีพิมพ์แบบเสี่ยงและผู้ตีพิมพ์อันตราย: คู่มือสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, บรรณาธิการ, ศิลปะกิจ, ผู้แปล. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.); 2552.

หนังสือที่มีเฉพาะบรรณาธิการ

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor/editors. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

1. ชนิกา ตูจินดา, สุริยเดว ทรีปาตี, ปิยะดา ประเสริฐสม, บรรณาธิการ. เลี้ยงลูกอย่างไร ห่างไกลโรคอ้วน. กรุงเทพฯ: รักลูกแฟมมีลี้กรุ๊ป; 2547.
2. Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. Operative obstetrics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

๒. บทความวารสาร

1. วารสารที่ใช้เลขหน้าต่อเนื่องกันทั้งปี

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร. ปีพิมพ์;เล่มที่:เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. Figueroa JV, Chieves LP, Johnson GS, Buening GM. Multiplex polymerase chain reaction based assay for erection of Babesia bigemina, Babesia bovis and Anaplasma marginale DNA in bovine blood. Vet Parasitol. 1993;50:69-81.
2. Kane RA, Kane RL. Effect of genetic testing for risk of Alzheimer's disease. N Engl J Med. 2009; 361:298-9.

๒. วิทยานิพนธ์

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่รับปริญญา.

*ประเภท/ระดับปริญญา เช่น วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต วิทยานิพนธ์ปริญญาวิศวกรรมศาสตรดุษฎีบัณฑิต dissertation, thesis, Ph.D. เป็นต้น

ตัวอย่าง

1. พงษ์พัฒน์ เวชสิทธิ์. การศึกษาโปรตีนจากพิษงูแมวเซาที่มีผลต่อการทำงานของไตในหนูขาว [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2542.
2. สุวลักษณ์ หนูสัมฤทธิ์. การศึกษาและพัฒนาพิพิธภัณฑ์ยาหอมไทยเสมือนจริงบนบรรจุภัณฑ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2561.
3. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation Ph.D. Medicine]. St. Louis (MO): Washington University; 1995.

● บทความวารสารอิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [อินเทอร์เน็ต/Internet]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วัน];เล่มที่: เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. เข้าถึงได้จาก/Available from: <http://...>

ตัวอย่าง

1. นาดยา อังคนาวิน. ผลของการใช้สติเวียและมอลทิทอลต่อสมบัติทางเคมี-กายภาพการทดสอบประสาทสัมผัส คุณค่าทางโภชนาการและฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของเซอร์เบทหม่อน. วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี) [อินเทอร์เน็ต]. ก.ค.-ธ.ค. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 16 ส.ค. 2563];11(22): 78-90. เข้าถึงได้จาก: <http://ejournals.swu.ac.th/index.php/SWUJournal/article/view/12118/10268>
2. Happell B. The influence of education on the career preferences of undergraduate nursing students. Aust Electron J Nurs Educ [Internet]. 2002 Apr [cited 2007 Jan 8];8(1):[about 12 p.]. Available from: http://www.scu.edu.au/schools/nhcp/aejne/vol8-1/refereed/happell_max.html

การส่งต้นฉบับ

ต้นฉบับที่ส่งให้บรรณาธิการ ต้องเป็น ไฟล์ข้อมูลต้นฉบับ 2 ไฟล์ คือ **Microsoft Word 1 ไฟล์** และ **ไฟล์ PDF 1 ไฟล์** ควรแจ้งรายละเอียด สถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ของผู้พิมพ์ ที่กองบรรณาธิการสามารถจะติดต่อได้สะดวก

การตรวจทานต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof)

ผู้พิมพ์ต้องตรวจทานพิสูจน์อักษรบทความของท่านเองในลำดับสุดท้าย เพื่อให้ความถูกต้อง ครบถ้วนของเนื้อหา ก่อนลงตีพิมพ์

กำหนดการรับต้นฉบับ และกำหนดการออกของวารสาร

กำหนดออกของวารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปีละ 2 ฉบับ ราย 6 เดือน

- ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – มิถุนายน (ส่งต้นฉบับภายใน 30 มีนาคม ออกเล่มภายใน 30 มิถุนายน)
- ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม – ธันวาคม (ส่งต้นฉบับภายใน 30 กันยายน ออกเล่มภายใน 30 ธันวาคม)

****ในกรณีบทความเต็มก่อนเวลาปิดรับ ขออนุญาตปิดรับก่อนเวลา****

การส่งต้นฉบับ

กรุณาส่งถึง

คุณอากาศร เอ็มโอฐ

งานห้องสมุด โรงพยาบาลกำแพงเพชร

e-mail : kphlibrary@gmail.com

โทรศัพท์ (055) 022000 - 29 ต่อ 1403

รับชอบ ชื่อสัตย์ มีน้ำใจ