

วารสาร โรงพยาบาลกำแพงเพชร



Kamphaeng Phet Hospital Journal

ปีที่ 24 ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม - มิถุนายน 2563

Vol. 24 no.1 January - June 2020

ISSN 0858 - 5180



โรงพยาบาลกำแพงเพชร

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข



วารสาร

โรงพยาบาลท่าแพนเพชร

คณะผู้จัดทำ

เจ้าของ

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

สถานที่ปรึกษา

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงเพชร

คณะที่ปรึกษา

รองผู้อำนวยการด้านบริการตติยภูมิและทุติยภูมิ

รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ

รองผู้อำนวยการด้านบริการด้านปฐมภูมิ

รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ

รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

บรรณาธิการ

พญ.ชินานาฎ พวงสายใจ

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

บรรณาธิการ

นพ.รังสรรค์ ชัยกิจอำนวยโชค

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

พญ.ดรุณี พุทธารี

หัวหน้าหน่วยวิจัยไวรัสวิทยากำแพงเพชร

นพ.เจษฎา พวงสายใจ

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

พญ.สมสุดา ยาอินทร์

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

นางยุคลธร จิตรเกื้อกุล

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นางกาญจนา รามสูต

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นางจิราพร มณีพราย

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นางสาวเพ็ญกมล กุลสุ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นายพันทะนันท์ วงศ์แสนสี

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นางสาวนฤมล มหาชัย

เภสัชกรชำนาญการ

นายประโยชน์ เข็มนาจิตร

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

ฝ่ายศิลปกรรม

นายวุฒิรักษ์ วทานีย์เวช

เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาชำนาญงาน

ฝ่ายจัดการวารสาร

นางสาวอาภากร เอ็มโอฐ

บรรณารักษ์ปฏิบัติการ

นางบังอร ทิวรัตน์อังกูร

นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

นางสาวรัชติกาล แสงเมล์

พนักงานห้องสมุด

การส่งต้นฉบับ

คุณอาภากร เอ็มโอฐ

งานห้องสมุด กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ โรงพยาบาลกำแพงเพชร เลขที่ 428 ถนนราชดำเนิน 1 อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร 62000

e-mail : librarian_hh@hotmail.com โทรศัพท์. (055) 022000 - 29 ต่อ 1403 โทรสาร. (055) 711232

กำหนดออกวารสาร

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

บรรณาธิการแถลง

วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชรได้พัฒนาอย่างต่อเนื่อง มุ่งสู่การเป็นวารสารที่มีมาตรฐาน ซึ่งกองบรรณาธิการเร่งดำเนินการพัฒนาในเรื่องความเข้มข้นของเนื้อหา การปรับรูปแบบ และความตรงเวลา ขอขอบคุณผู้ส่งผลงานที่ให้ความสนใจส่งผลงานมาตีพิมพ์ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่าในการประเมินผลงาน เพื่อให้วารสารมีคุณภาพ

วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชรฉบับนี้ เป็นฉบับที่มีผู้สนับสนุนใจส่งผลงานมาตีพิมพ์มากกว่าฉบับที่ผ่านมา ประกอบด้วยนิพนธ์ต้นฉบับ 8 เรื่อง คือ 1. การพัฒนารูปแบบการดูแลทางจิตเวชในเรือนจำโดยเครือข่ายสุขภาพจิต 2. การจัดการความปลอดภัยทางยาในโรงพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลโรงพยาบาลกำแพงเพชร 3. สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 4. การศึกษาผู้ป่วยอุบัติเหตุทางตาที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช 5. ผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน 6. ความคาดหวังต่อการแสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของวิชาชีพพยาบาล 7. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลอุทัยธานี 8. ผลของการใช้แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน และกรณีศึกษา 2 เรื่อง คือ 1. การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะช็อก : กรณีศึกษา 2. การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกำแพงเพชร : กรณีศึกษา ซึ่งทุกๆ บทความมีความน่าสนใจ และน่าจะเป็นประโยชน์กับผู้อ่านทุกท่านในการประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการทำงานต่อไป

บรรณาธิการวารสาร
วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร

■ บรรณาธิการแถลง

■ นิพนธ์ต้นฉบับ

- การพัฒนารูปแบบการดูแลทางจิตเวชในเรือนจำโดยเครือข่ายสุขภาพจิต

The development of a psychiatric care model in prison by the mental health network

เสาวภา ศรีภูสิตโต, นพวรรณ ศรีงาม _____ 1

- การจัดการความปลอดภัยทางยาในโรงพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลโรงพยาบาลกำแพงเพชร

Drug Safety Management in Hospital as Perceived by Nurses, KamphaengPhet Hospital

พิกุลทอง ทิพย์พิมพ์วงศ์, อภิรดี นันทศุภวัฒน์, เพชรสุนีย์ ทังเจริญกุล _____ 9

- สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

Nursing Practice Environment as Perceived by Nurses in Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

ณัฐธนิชชา เตชะกิตติโรจน์, อภิรดี นันทศุภวัฒน์, เพชรสุนีย์ ทังเจริญกุล _____ 21

- การศึกษาผู้ป่วยอุบัติเหตุทางตาที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

Epidemiology of ocular injury in Somdejphrajaotaksinmaharaj Hospital

พัฒนะ ภูพัฒนะกุล _____ 31

- ผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

The influent of custom-made teaching program to the knowledge and carefulness of the caregiver of children presented with thalassemia disease at Sawangdaendin Crown Prince Hospital

ลาวัลย์ เทศน์เรียน, ธัญธนาภา สีสถาน _____ 41

- ความคาดหวังต่อการแสดงออกถึงพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรของวิชาชีพพยาบาล

The Expectation to Expression of Caring Behavior in Nursing Professional

เยาวเรศ ก้านมะลิ, วารุณี เข้มลา, ตะวัน เขตปัญญา _____ 51

- การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลอุทัยธานี

The Development of Nursing Care Model for Prevention of Hospital Acquired Pneumonia in Internal Medicine Department, Uthai Thani Hospital

นพพรพงศ์ ว่องวิทย์การ, ขวัญตา กล้าการนา _____ 63

- ผลของการใช้แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

The effect of using discharge planning guidelines for chronic kidney disease patients In the
female medical ward Sawangdaendin Crown Prince Hospital

รัชนิย์ สมบัติศรี, ขวัญรัตน์ ตาสีวังปา, ณิชัญญ์ คำนาโฮม _____ 75

■ รายงานผู้ป่วย

- การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะช็อก : กรณีศึกษา

Nursing Care of Patient with Sepsis and septic shock : A Case Study

กิตติยา จิตตรงค์อาภรณ์ _____ 85

- การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกำแพงเพชร
: กรณีศึกษา

The Outpatient Nursing Care of Multi Drug Resistant Tuberculosis, Kamphaeng Phet
hospital : A Case Study

จงรักษ์ รอดเกษม _____ 101

■ คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ _____ 115

The development of a psychiatric care model in prison by the mental health network

Saowapa Sripusito, M.N.S (Psychiatric nursing and Mental health)*
Noppawan Sringam, M.N.S (Psychiatric nursing and Mental health)**

Abstract

Introduction : Psychiatric inmates who are mentally ill if caring themselves improperly may result in poor self-control, violent behavior or being persuaded to commit illegal acts, such as committing crimes. The information from prison showed a problem in accessing the mental health services causing severe psychosis or recurrent offenses.

Objectives : To develop and study the outcomes of psychiatric care model in prison by the mental health network

Methods : This research and development conducted in 4 phases; Phase 1, situation analysis, Phase 2, model development, Phase 3, model implementation, and Phase 4, model evaluation from May 2017 to April 2019. The participants were 35 psychiatric ill inmates in Kamphaeng Phet Central Prison. The research instrument consisted of the Psychiatric Inmates Care Record form, Global Assessment of Functioning Scale (GAF) form and Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) form. Data were analyzed using descriptive statistics in number, frequency, percentage, average and standard deviation. The outcomes in regular medication intake, participation in prison activities, and risk or violent behavior were compared by chi-square statistics while global functioning and psychiatric rating scales were compared by dependent t-test statistics.

Results : A psychiatric care model in prison composed of 1) the mutual action plan of relevant service units 2) educating the public health network 3) educating and adjusting the attitude of psychiatric illness to the mental health network in prison 4) The manual for psychiatric care in prison 5) Database system. The outcome of psychiatric care model revealed mentally ill inmates regularly intake the medication, increased participation in prison activities, decreased mental symptoms, increased global functioning level without repeated violent behavior statistically significant at <0.1 level. The follow up after discharge found no relapses and repeated violence from psychotic symptoms.

Conclusions : A psychiatric care model in prison by the mental health network reduced the severity of mental symptoms, increased global functioning level, reduced relapse and repeated violent behavior from mental symptoms.

Keyword : Psychiatric problem in prison, mental health network

*Registered nurse, Professional Level, Psychiatric and Drugs Task Department, Kamphaeng Phet hospital

**Registered nurse, Professional Level, Psychiatric and Drugs Task Department, Kamphaeng Phet hospital



การพัฒนารูปแบบการดูแลทางจิตเวชในเรือนจำโดยเครือข่ายสุขภาพจิต

เสาวภา ศรีภูสิตโต, พย.ม.(การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)*

นพวรรณ ศรีงาม, พย.ม.(การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)**

บทคัดย่อ

บทนำ : ผู้ต้องขังที่ป่วยทางจิตเวชในเรือนจำ หากมีการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง อาจส่งผลให้ควบคุมตนเองได้ไม่เต็มที่ เกิดพฤติกรรมที่รุนแรงหรือถูกขังให้กระทำผิดทางกฎหมาย เช่น การก่อคดีต่างๆ ได้จากข้อมูลในเรือนจำ พบว่ามีปัญหาการเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิต ก่อให้เกิดอาการทางจิตกำเริบรุนแรงหรือกระทำผิดซ้ำได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลทางจิตเวชในเรือนจำโดยเครือข่ายสุขภาพจิต

วิธีการศึกษา : การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ ระยะที่ 3 นำรูปแบบไปใช้ ระยะที่ 4 ประเมินผล ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม 2560 - เมษายน 2562 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ต้องขังในเรือนจำกลางจังหวัดกำแพงเพชรที่ป่วยทางจิตเวช จำนวน 35 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกการดูแลผู้ต้องขังที่ป่วยทางจิตเวชแบบประเมินความสามารถโดยรวม (GAF scale) และแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลลัพธ์ในด้านารับประทานยาสม่ำเสมอ การเข้าร่วมกิจกรรมในเรือนจำไม่เกิดความเครียดหรือพฤติกรรมรุนแรงซ้ำด้วยสถิติ chi-square เปรียบเทียบผลลัพธ์ระดับความสามารถโดยรวมและระดับอาการทางจิต ด้วยสถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระจากกัน (t-test for dependent samples)

ผลการศึกษา : รูปแบบการดูแลทางจิตเวชในเรือนจำ ประกอบด้วย 1) แผนปฏิบัติงานร่วมกันของหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง 2) การให้ความรู้กับเครือข่ายสาธารณสุข 3) การให้ความรู้ และปรับทัศนคติต่อการเจ็บป่วยทางจิตเวชแก่เครือข่ายสุขภาพจิตในเรือนจำ 4) คู่มือการดูแลทางจิตเวชในเรือนจำ 5) ระบบฐานข้อมูล ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ พบว่า ผู้ต้องขังที่ป่วยทางจิตเวชในเรือนจำ รับประทานยาสม่ำเสมอ เข้าร่วมกิจกรรมในเรือนจำเพิ่มขึ้น ระดับอาการทางจิตลดลง ระดับความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้น และไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.1 การติดตามหลังการจำหน่ายไม่มีอาการกำเริบและก่อความรุนแรงซ้ำจากอาการทางจิต

สรุป : รูปแบบการดูแลทางจิตเวชในเรือนจำโดยเครือข่ายสุขภาพจิต ลดระดับความรุนแรงของอาการทางจิต เพิ่มระดับความสามารถโดยรวม ลดอาการกำเริบและก่อพฤติกรรมรุนแรงซ้ำจากอาการทางจิต

คำสำคัญ : ปัญหาทางจิตเวชในเรือนจำ เครือข่ายสุขภาพจิต

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลกำแพงเพชร

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

สถานการณ์ปัญหาผู้ต้องขังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในหลายประเทศทั่วโลกสถาบันวิจัยนโยบายอาชญากรรมแห่งเบิร์คเบค ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้สำรวจและประเมินว่าจำนวนประชากรที่เป็นผู้ต้องขังในเรือนจำทั่วโลกนั้นรวมกันแล้วสูงเกินกว่า 10 ล้านคนในปัจจุบัน สำหรับประชากรผู้ต้องขัง ในประเทศไทยนั้น มีจำนวนผู้ต้องขังสูงเป็นอันดับที่ 6 ของโลก และเป็นอันดับที่ 3 ของทวีปเอเชีย¹ พบว่า จำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำทั้งประเทศมีจำนวนมากถึง 321,347 คน โดยแยกเป็นชาย 277,173 คน หญิง 44,174 คน² จำนวนผู้ต้องขังที่รับเข้าเรือนจำเป็นจำนวนมากส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในทุกด้าน³ รวมถึงสภาวะทางจิตของผู้ต้องขังซึ่งผู้ต้องขังมีความเครียดสูงกว่าประชากรทั่วไปเนื่องจากการต้องโทษในเรือนจำเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในชีวิตอาจมีความโกรธ ก้าวร้าว หวาดระแวง หรืออยู่ท้อแท้ หดหู่ สิ้นหวัง ซึมเศร้า และมีความกังวลเกี่ยวกับการยอมรับทางสังคม⁴ ผู้ต้องขังมีปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชร้อยละ 46 สูงกว่าประชาชนทั่วไป 3 เท่าตัว โรคที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ดิตสุราและสารเสพติดร้อยละ 30 โรคซึมเศร้าร้อยละ 16 และความเสียหายต่อตัวตายร้อยละ 16 จากข้อมูลจากกรมราชทัณฑ์ ในเรือนจำ 142 แห่งทั่วประเทศมีผู้ต้องขังป่วยทางจิตเวช 4,867 คน จากผู้ต้องขังที่มีประมาณ 300,000 คน พบว่าเข้าถึงบริการบำบัดรักษาผู้ต้องขังในเรือนจำทั่วประเทศมีเพียงร้อยละ 0.94 ในรายที่ได้รับบริการดูแลต่อเนื่อง ไม่มีปัญหา กลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ เนื่องจากขาดการรักษา พบได้มากกว่าร้อยละ 50⁵

หลักการดูแลผู้ต้องขังที่ป่วยทางจิตเวชในเรือนจำให้ต่อเนื่องเหมือนผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป เพื่อป้องกัน 3 ปัญหาหลัก คือ การป่วยซ้ำจากขาดยา การฆ่าตัวตาย การก่อกวนหรือจลาจลจากการป่วยทางจิตเวช รวมทั้งการปกป้องสิทธิ์ ของผู้ต้องขังที่ป่วยทางจิตเวช เริ่มตั้งแต่การเข้าเรือนจำวันแรกไปจนถึงหลังพ้นโทษกลับไปอยู่ชุมชน การบริหารจัดการในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ต้องขังในเรือนจำ เพื่อให้สามารถให้บริการแก่ผู้ต้องขังได้ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ให้เป็นไปอย่างมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพนั้น มีหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักอยู่ 2 กระทรวง คือ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงยุติธรรม ซึ่งต้องมีการบูรณาการร่วมกันเพื่อให้การดูแลผู้ต้องขังที่ป่วยทางจิตเวชในเรือนจำมีประสิทธิภาพในลักษณะของเครือข่ายสุขภาพจิต⁶

จังหวัดกำแพงเพชร มีแนวโน้มผู้ต้องขังที่ป่วยทางจิตเวชเพิ่มขึ้น โดยในปี 2558, 2559 และ 2560 มีจำนวน 6, 11 และ 25 รายตามลำดับ⁷ ทั้งยังพบผู้ต้องขังที่ป่วยทางจิตเวชส่วนหนึ่งขาดการเข้าถึงบริการ การดูแลผู้ต้องขังที่ป่วยทางจิตเวชในเรือนจำของจังหวัดกำแพงเพชรที่ผ่านมาได้ดำเนินโครงการดูแลสุขภาพจิตผู้ต้องขังที่ป่วยทางจิตเวชร่วมกับโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ และเรือนจำกลางจังหวัดกำแพงเพชร ซึ่งจากการทบทวนการดำเนินงานในปีงบประมาณที่ผ่านมา พบว่า เครือข่ายสุขภาพจิตไม่มีแผนปฏิบัติที่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานยังขาดความรู้และทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ต้องขังกลุ่มนี้⁸ ไม่มีระบบฐานข้อมูลที่ก่อให้เกิดการดูแลและติดตามต่อเนื่องจนถึงชุมชน ผู้ต้องขังมีอาการทางจิตกำเริบ และก่อกวนหรือจลาจล การดำเนินงานวิจัยในเรือนจำเป็นเรื่องละเอียดอ่อน แต่มีความจำเป็นเนื่องจากข้อมูลปัญหาทางจิตเวชในสภาพจริงในเรือนจำไม่สามารถหาข้อมูลจากส่วนอื่นได้ เพื่อประโยชน์ในการนำไปพัฒนาในระดับประเทศช่วยผู้ต้องขังที่อาจมีปัญหาเดียวกันในที่อื่นๆ อีกทั้งพัฒนารูปแบบการดูแลทางจิตเวชในเรือนจำโดยใช้เครือข่ายสุขภาพจิตของจังหวัดกำแพงเพชร เพื่อให้ผู้ต้องขังที่ป่วยทางจิตเวชในเรือนจำได้รับการดูแล บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ และได้รับการดูแลต่อเนื่องหลังการจำหน่าย เพื่อป้องกันอาการกลับเป็นซ้ำที่รุนแรงหรือก่อกวนหรือจลาจล ลาดตระทางเศรษฐกิจและสังคม งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลทางจิตเวชในเรือนจำโดยเครือข่ายสุขภาพจิต

วิธีการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ต้องขังที่ป่วยทางจิตเวชในเรือนจำกลางจังหวัดกำแพงเพชรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยและสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย จำนวน 35 คน

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลกำแพงเพชร การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการเก็บข้อมูล โดยชี้แจงรายละเอียด ขั้นตอน ประโยชน์และความเสี่ยง กระบวนการขอความยินยอมในผู้ต้องขังได้ให้ญาติหรือผู้แทนโดยชอบธรรมมีส่วนร่วมรับทราบและยินยอม ในกรณีที่ผู้ต้องขังเป็นผู้เยาว์หรืออยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองต้องได้รับความยินยอมโดยสมัครใจจากผู้แทนโดยชอบธรรมด้วยในการเก็บข้อมูลไม่ได้มีการระบุชื่อ - สกุล ของผู้ป่วย ไม่มีความเสี่ยงในการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ความเสี่ยงทางด้านสังคม หากผู้ต้องขังไม่สะดวกใจในการตอบคำถามขอได้สามารถปฏิเสธการตอบคำถาม หรือสามารถขอถอนตัวจากการวิจัยได้



ตลอดเวลาโดยไม่ได้เป็นความผิดและไม่กระทบต่อสวัสดิภาพต่างๆของผู้ต้องขัง การนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดที่จะนำไปสู่การระบุถึงรายบุคคลได้

รูปแบบการวิจัย การวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1.แบบบันทึกการดูแลผู้ต้องขังที่ป่วยทางจิตเวช ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน แล้วนำ มาปรับปรุง แก้ไข ตามข้อเสนอแนะเพื่อให้เครื่องมือมีความชัดเจนด้านภาษาและครอบคลุมสาระสำคัญ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.86

2.แบบประเมินความสามารถโดยรวม (GAF scale) นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในโรงพยาบาลกำแพงเพชรซึ่งไม่ได้อยู่ในกลุ่มประชากรศึกษา จำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84

3.แบบประเมินระดับอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเวช ที่มารับบริการในโรงพยาบาลกำแพงเพชรซึ่งไม่ได้อยู่ในกลุ่มประชากรศึกษา จำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.90

ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2560 - เมษายน 2562 การดำเนินการวิจัยเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ โดย

1.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร มาตรฐาน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ต้องขังที่ป่วยทางจิตเวช

1.2 ศึกษาฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ต้องขังจากทะเบียนการให้บริการในโรงพยาบาลกำแพงเพชร ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2560- เมษายน 2562

1.3 จัดสนทนากลุ่ม (Focus group) กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมสหสาขาโรงพยาบาลกำแพงเพชร ตัวแทนผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตสาธารณสุขอำเภอเมือง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร คณะทำงานโรงพยาบาลจิตเวช นครสวรรค์ราชนครินทร์ และบุคลากรในเรือนจำประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ และอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ เพื่อสอบถามปัญหา และความต้องการในการพัฒนา และนำผลจากการทำสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลทางจิตเวชในเรือนจำ โดย

2.1 ศึกษาความเป็นไปได้ โดยทบทวนรูปแบบการดำเนินกิจกรรม ร่วมกับผู้บริหารและตัวแทนจาก 3 หน่วยบริการ ได้แก่ ผู้บัญชาการเรือนจำกลางจังหวัดกำแพงเพชร ผู้บริหารโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร และโรงพยาบาลกำแพงเพชร

2.2 พัฒนารูปแบบการดูแลทางจิตเวชในเรือนจำ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง และการจัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับรุนแรงยุ่งยาก ซับซ้อน ที่จำเป็นต้องมีการพัฒนาทั้ง 1.ด้านบุคลากร 2.ด้านสถานที่ / เครื่องมือ / เวชภัณฑ์ 3.ด้านขีดความสามารถระบบบริการ และ 4.ด้านวิชาการรวมทั้งใช้ข้อมูลระยะที่ 1 มาร่างเป็นรูปแบบการดูแลทางจิตเวชในเรือนจำ โดยใช้บทบาทหน้าที่ของพยาบาลจิตเวช และพยาบาลวิชาชีพในเรือนจำ ประสานระบบการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละทีมในการดูแลผู้ป่วยกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ การรับประสาน ยาสมาเสมอ การเข้าร่วมกิจกรรมในเรือนจำ ไม่เกิดความเสี่ยงหรือพฤติกรรมที่รุนแรงซ้ำ ระดับความสามารถโดยรวม Global Assessment of Functioning (GAF) scale ระดับอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) หลังจำหน่าย จากเรือนจำไม่มีอาการกำเริบและก่อความรุนแรงซ้ำจากอาการทางจิต และจัดทำเครื่องมือในการประเมินผล

ระยะที่ 3 นำไปใช้จริงกับกลุ่มเป้าหมาย มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้ 1) ชั้นเตรียมสมรรถนะของบุคลากร ทั้งพยาบาลวิชาชีพในเรือนจำ เจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้และปรับทัศนคติต่อการเจ็บป่วยทางจิตเวช 2) ชั้นการนำรูปแบบไปใช้ แบ่งผู้ต้องขังที่ป่วยทางจิตเวชออกเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อน (GAF \leq 50) อาการทางจิตอยู่ในระดับมาก (BPRS $>$ 36) กำหนดแผนการดูแลในระยะ acute care ส่วนกลุ่มที่มีปัญหาไม่ซับซ้อน (GAF $>$ 50) มีอาการทางจิตระดับน้อย (BPRS \leq 36) กำหนดแผนการดูแลในระยะดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟูสมรรถภาพ และการวางแผนจำหน่าย

ระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นหลังการดำเนินการ 3 เดือน โดยติดตามผลลัพธ์ ประเมินความสามารถโดยรวม (GAF scale) ระดับอาการทางจิต (BPRS) การรับประสานยาสมาเสมอ การร่วมกิจกรรมในเรือนจำ ติดตามหลังการจำหน่ายจากเรือนจำด้านอาการกำเริบและก่อคดีซ้ำ จากอาการทางจิตภายหลังการพ้นโทษ 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการประชุม สทนากลุ่ม วิเคราะห์ตามหลักการวิเคราะห์ (content analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ และสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลลัพธ์การรับประทานยาสม่ำเสมอ การเข้าร่วมกิจกรรมในเรือนจำ ไม่เกิดความเสียหายหรือพฤติกรรมรุนแรงซ้ำด้วยสถิติ chi-square เปรียบเทียบระดับความสามารถโดยรวมและระดับอาการทางจิต ด้วยสถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระจากกัน (t-test for dependent samples)

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหาและความต้องการ ผลศึกษาข้อมูล ปัญหา และความต้องการ บุคลากรทั้งหมดในเรือนจำ โดยวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ ทั้ง 4 ด้านคือ 1) ด้านบุคลากร 2) ด้านผู้ป่วยและครอบครัว 3) ด้านระบบบริการ และ 4) ด้านวิชาการ พบว่า กรณีผู้ต้องขังที่ป่วยทางจิตเวชถูกส่งต่อเพื่อตรวจรักษาต่อที่โรงพยาบาลจิตเวช หรือการรักษาแบบผู้ป่วยใน ต้องมีการใส่โซตรวน มีเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์เฝ้า อาจส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจหรือมีความเสี่ยงในระบบการดูแล และในการดูแลทางจิตเวชในเรือนจำนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิด จะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ต้องขังที่ป่วยทางจิตเวช การประเมินผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีอาการทางจิตเวช ด้านเรือนจำกลางจังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ในการดำเนินงานสุขภาพจิตที่ผ่านมามีปัญหาการประเมินผู้ป่วยที่สงสัยอาการทางจิตเวช เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ การใช้แบบคัดกรอง การดูแลผู้ป่วย ในด้านการส่งต่อคนไข้ไปตรวจโรงพยาบาลจิตเวชข้ามจังหวัด พบเป็นปัญหาในขั้นตอนการบริหารจัดการ ยังขาดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย การส่งต่อข้อมูลกับสถานบริการสาธารณสุข ด้านผู้ป่วยและครอบครัวญาติ เครียด กังวล ไม่ทราบขั้นตอนปฏิบัติในการรักษา การรับยาในขณะที่ผู้ต้องขังที่ป่วยทางจิตเวชอยู่ในเรือนจำ หลังออกจากเรือนจำกลับไปเสพสารเสพติด ซ้ำ ก่อให้เกิดเหตุการณ์ที่เป็นผลกระทบจากอาการทางจิตหรือจากการใช้สารเสพติด ก่อให้เกิดปัญหาการรักษาทางจิตเวช มีความต้องการสนับสนุนให้บุคลากรมีองค์ความรู้ด้านการคัดกรองดูแลผู้ป่วย การวางแผนการดูแลภาวะฉุกเฉิน และการดูแลต่อเนื่อง หลังการจำหน่ายจากเรือนจำ

2. รูปแบบการดูแลทางจิตเวชในเรือนจำ รูปแบบการดูแลทางจิตเวชในเรือนจำ ประกอบด้วย

2.1 แผนปฏิบัติงานร่วมกันของ 3 หน่วยบริการ ได้แก่ เรือนจำกลางจังหวัดกำแพงเพชร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชรและโรงพยาบาลกำแพงเพชร

2.2 การให้ความรู้และวางแผนร่วมกับเครือข่ายสาธารณสุขในพื้นที่ในระดับจังหวัด

2.3 การให้ความรู้ และปรับทัศนคติต่อการเจ็บป่วยทางจิตเวชแก่เครือข่ายสุขภาพจิตในเรือนจำในเรื่องโรค และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชการเฝ้าระวังความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย หรือพฤติกรรมรุนแรงการใช้ยาทางจิตเวชการคัดกรองโรคจิตโรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย การประเมินและเฝ้าระวังปัญหาการขาดสุรา

2.4 คู่มือแนวทางการดูแลทางจิตเวชในเรือนจำ ประกอบด้วยแนวทางปฏิบัติของแต่ละวิชาชีพ กำหนดแผนการดูแลในแต่ละระยะ ได้แก่ 1) การดูแลในระยะแรกรับ 2) การดูแลในภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช (Acute care) 3) การดูแลต่อเนื่องและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ 4) การวางแผนการจำหน่ายจากเรือนจำ และ 5) การดูแลต่อเนื่องหลังการจำหน่ายจากเรือนจำ

2.5 ระบบฐานข้อมูล เรือนจำกลางจังหวัดกำแพงเพชรและโรงพยาบาลกำแพงเพชร จัดทำทะเบียนฐานข้อมูลผู้ต้องขังที่ป่วยทางจิตเวช กรณีที่จำหน่ายจากเรือนจำ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ทำหน้าที่ประสานส่งต่อข้อมูลแก่สถานบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับจังหวัดและต่างจังหวัด

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์การดูแลทางจิตเวชในเรือนจำโดยเครือข่ายสุขภาพจิต

3.1 ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้ต้องขังป่วยทางจิตเวช จำนวน 35 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 88.8 อายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 37.1 การวินิจฉัยโรคเป็นโรคจิต ร้อยละ 62.9 ไม่มีประวัติการรักษา ร้อยละ 40 รักษาไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ 34.3

คดีที่ต้องขังเป็นคดียาเสพติด ร้อยละ 48.6 ประวัติการใช้สารเสพติดร้อยละ 62.9 พบใช้สุรา ร้อยละ 40.0 ยาบ้า ร้อยละ 37.1

3.2 ภายหลังจากพัฒนารูปแบบการดูแลทางจิตเวชในเรือนจำพบว่า ผู้ต้องขังที่ป่วยทางจิตเวชรับประทานยาสม่ำเสมอสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในเรือนจำได้เพิ่มขึ้นมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ < .01

3.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนอาการทางจิตก่อนและหลังการพัฒนาพบว่าระดับคะแนนอาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .01 ดังตารางที่ 2



3.4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสามารถโดยรวมก่อนและหลังการพัฒนาพบว่าระดับความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.01$ ดังตารางที่ 3

3.4 การติดตามผู้ต้องขังที่ป่วยทางจิตเวชหลังการจำหน่าย 6 ราย ได้รับการดูแลต่อเนื่องหลังการจำหน่าย 5 ราย (ร้อยละ 83.3) กินยาสม่ำเสมอไม่พบอาการกำเริบซ้ำ ไม่มีการก่อคดีซ้ำจากอาการทางจิต ทั้งนี้พบว่ามึคดีซ้ำจากเรื่อง พ.ร.บ. ยาเสพติดหลังการจำหน่าย 2 สัปดาห์ 1 ราย (ร้อยละ 16.6)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ต้องขังที่ป่วยทางจิตเวช (N= 35)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	31	88.6
หญิง	4	1.4
อายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20	3	8.6
21-30 ปี	13	37.1
31-40 ปี	11	31.4
41-50 ปี	43	11.4
51-60 ปี	3	8.6
61 ปีขึ้นไป	1	2.9
การวินิจฉัยโรค		
โรคจิต	22	62.9
กลุ่มโรคติดสารเสพติด	6	17.1
โรคซึมเศร้า	2	5.7
โรควิตกกังวล	1	2.9
ปัญญาอ่อน	2	5.7
ฆ่าตัวตาย	1	2.9
สมองเสื่อม	1	2.9
ประวัติการรักษาทางจิตเวชก่อนต้องคดี		
ไม่เคยรักษา	14	40.0
รักษาต่อเนื่อง	9	25.7
รักษาไม่ต่อเนื่อง	12	34.3
คดีที่ต้องโทษ		
คดียาเสพติด	17	48.6
คดีลักทรัพย์	5	14.3
คดีพยายามฆ่า	5	14.3
คดีฆ่า	2	5.7
คดีทำร้ายร่างกาย	3	8.6
คดีขโมย	2	5.7
คดีบุกรุก	1	2.9
การใช้ยาเสพติด		
ไม่ใช้	13	37.1
ใช้	22	62.9
สุรา	14	40.0
ยาบ้า	13	37.1
กัญชา	2	5.7
ไอซ์	3	8.6
สารระเหย	2	5.7

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนอาการทางจิตก่อนและหลังการพัฒนา (N=35)

ความแตกต่างของคะแนนอาการทางจิต	Mean	SD	t-test	p-value
ก่อนพัฒนารูปแบบ	45.00	1.55	5.688	<0.01*
หลังพัฒนารูปแบบ	30.34	1.15		

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสามารถโดยรวมก่อนและหลังการพัฒนา (N=35)

ความแตกต่างของคะแนนความสามารถโดยรวม	Mean	SD	t-test	p-value
ก่อนพัฒนารูปแบบ	5.74	1.97	5.896	<0.01*
หลังพัฒนารูปแบบ	7.20	1.05		

*p <.05

วิจารณ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตผู้ต้องขังโรงพยาบาลกำแพงเพชร พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลทางจิตเวชในเรือนจำ ทั้งการคัดกรองและการวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยง การบำบัดฟื้นฟูผู้ต้องขังที่ป่วยทางจิตเวช การจัดกิจกรรมในเรือนจำ การพัฒนารูปแบบการส่งต่อ และการติดตามดูแลต่อเนื่องโดยเครือข่ายสหวิชาชีพและเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน โดยพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ประสานระบบการดูแลร่วมกับพยาบาลในเรือนจำ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านการกินยาสม่ำเสมอ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเพิ่มขึ้น ระดับอาการทางจิตลดลง ส่งผลให้ระดับความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้น

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ต้องขังนั้นเป็นกลุ่มเสี่ยงการเจ็บป่วยทางจิตเวชและการเจ็บป่วยทางจิตเวชที่ขาดการรักษา มีความเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดก่อให้เกิดผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วยและก่อความรุนแรงต่อตนเองและบุคคลอื่น การจัดระบบการดูแลทางจิตเวชในเรือนจำที่ครอบคลุมตั้งแต่การค้นหาผู้ต้องขังที่ป่วยทางจิตเวชรายใหม่ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น ความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าหรือพฤติกรรมรุนแรงได้⁸ ผู้ต้องขังที่ป่วยทางจิตเวชส่วนใหญ่เป็นโรคจิตเภท พบว่าผู้ต้องขังที่ป่วยทางจิตเวชรายใหม่หากได้รับการรักษาต่อเนื่องจะมีการตอบสนองดีเข้าสู่ระยะโรคสงบตลอด 2 ปี⁹ และในกลุ่มผู้ป่วยมีระบบการดูแลได้รับประทานยาสม่ำเสมอมีการจัดทำทะเบียนผู้ป่วย ความครอบคลุมของกระบวนการการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ได้เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา การสร้างความเข้าใจต่อผู้ป่วยและญาติและระบบการส่งต่อการดูแลต่อเนื่อง ช่วยลดช่องว่าง การบริการผู้ป่วยโรคจิตได้ ซึ่งพบว่าเป็นปัจจัยความสำเร็จ ที่จะส่งผลให้ผู้ต้องขังที่ป่วยทางจิตเวชมีคุณภาพชีวิตที่ดี ระดับความสามารถโดยรวมดีขึ้นกว่าก่อนการรักษา หรือการรักษาไม่ต่อเนื่อง¹⁰ และการที่ได้รับยาสม่ำเสมอมากกว่า 3 เดือน ซึ่งเป็นระยะคงสภาพผู้ต้องขังที่ป่วยทางจิตเวชช่วยให้อาการทางจิตลดลง และส่วนที่ได้รับการรักษาต่อจากนั้น 6 เดือนเป็นต้นไปนั้น ป้องกันอาการกำเริบกลับเป็นซ้ำได้¹¹

สรุป

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตผู้ต้องขังในเรือนจำที่ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต การวินิจฉัยคัดกรองกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิต การบำบัดรักษาการฟื้นฟูสมรรถภาพช่วยลดระดับอาการทางจิต ระดับความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้น ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการก่อกวนซ้ำจากอาการทางจิต ซึ่งส่งผลให้ผู้ต้องขัง ที่นับว่าเป็นประชากรกลุ่มเปราะบางทางด้านสุขภาพ เข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้เท่าเทียมกับประชากรกลุ่มอื่นและควรมีการศึกษาพัฒนารูปแบบการบำบัดทางจิตเวชในผู้ต้องขังที่ป่วยทางจิตเวชจากปัญหาความเกี่ยวข้องกับความเครียด การศึกษาความสัมพันธ์ของความเจ็บป่วยทางจิตเวชกับการก่อกวนตามพระราชบัญญัติยาเสพติดรวมทั้งมาตรการที่เข้มข้นในการบำบัดยาเสพติด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ เรือนจำกลางจังหวัดกำแพงเพชร โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ผู้บริหารและทีมงานโรงพยาบาลกำแพงเพชร คณะกรรมการวิจัย และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลและจัดทำรายงานวิจัยฉบับนี้



เอกสารอ้างอิง

1. Walmsley, Roy. world Prison Population-ist & leventh edition. London : Institute for Criminal Policy ; 2516
2. ศูนย์สุขภาพจิตตองบริการทางการแพทย กรมราชทัณฑ์. แนวทางการดูแลสุขภาพจิตในเรือนจำ/ทัณฑสถาน กรุงเทพมหานคร : กรมราชทัณฑ์ ; 2559.
3. กรมราชทัณฑ์. แผนปฏิบัติการกรมราชทัณฑ์ ปี 2559-2562. กรุงเทพมหานคร : กรมราชทัณฑ์ ; 2558.
4. กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. เร่งพัฒนาระบบดูแลและฟื้นฟูผู้ต้องขังป่วยทางจิต. [ออนไลน์]. [วันที่ค้นข้อมูล : 16 เมษายน 2559]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.thihealth.or.th/content>.
5. กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. สร้างพลังบวกในเรือนจำ. [ออนไลน์]. [วันที่ค้นข้อมูล : 16 เมษายน 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dmh.go.th/news-dmh/view.aspx>.
6. พรพรรณ ศิลปะวัฒนาพร. แนวทางการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้ต้องขังในเรือนจำ/ทัณฑสถานตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิตพ.ศ.2551. กรุงเทพมหานคร : กรมราชทัณฑ์ ; 2558.
7. โรงพยาบาลกำแพงเพชร. [DATABASE ฐานข้อมูลโรงพยาบาล Hos XP] ; 2559-2561.
8. จอมขวัญ นามสูตร, ชัยชนะ นิ่มนวล. ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ป่วยโรคจิตที่มีคดีที่เข้ามารักษาในสถาบันกัลยาธรรณครินทร์. วารสารจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2558;28(3) :641-52.
9. ฐานันตร์ปิยะศิลป์, เพลิน เสียงโชค. การศึกษาาระยะโรคสงบของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาครั้งแรกที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. วารสาร,วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555;57(2):127-36.
10. อธิพิณ สูงแข็ง,เบญจมาศ พฤษกานนท์. ประสิทธิผลโครงการเพื่อลดช่องว่างการบริการสุขภาพจิตในประเทศไทย . วารสารวิชาการสาธารณสุข 2557; 23(3): 1-10.
11. พิเชษฐ์ อุดมรัตน์, สรยุทธ วิภลิกานนท์. ตำราโรคจิตเภท. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์;2552.

Drug Safety Management in Hospital as Perceived by Nurses, Kamphaeng Phet Hospital

Pikulthong Thipphimwong, M.N.S*

Apiradee Nantsupawat, D.N.S**

Phetsunee Thungjarenkul, D.N.S***

Abstract

Introduction : Drug safety management is a system and environment which designed to prevent medication errors in hospitals.

Objectives : The objective of this study aimed to study drug safety management as perceived by nurses and to provide recommendations for improving drug safety management in Kamphaeng Phet Hospital

Methods : The sample group consisted of 246 registered nurses working at Kamphaeng Phet Hospital selected by Stratified Random sampling. The study instruments used in this study consisted of 1) Questionnaire for assessing drug safety management in hospital developed by Phetsunee Thungjaroenkul et al (2018). The item-level content validity index and scale-level content validity index are .96 and .83. Cronbach's alpha coefficient is between .97-.78 and overall is .83. 2) Questionnaire for recommendations for improving of drug safety management which IOC value is 0.66. The data was analyzed by using descriptive statistics; average, percentile and categorization.

Results : The results of the study were as follows:

1. The majority of the samples were female with an average age of 37.14 years old, graduated with Bachelor's degrees and were at professional level and working at the internal medicine ward. The average working experience was 13.19 years and previously also participated in 5S board.

2. Hospital drug safety management as perceived by nurses at Kamphaeng Phet Hospital, overall it was at a good level (\bar{X} = 3.28 SD 0.36). And each component perceived drug safety management by nurses was also at a good level. The results showed that the safety management of high alert drugs had the highest mean score (\bar{X} = 3.47, SD = 0.44), followed by the safety management of prescription (\bar{X} = 3.32, SD = 0.39), safety management in administration (\bar{X} = 3.31, SD = 0.40), safety management in dispensing (\bar{X} = 3.30, SD = 0.45), safety management in solving problems in cases of adverse drug events (\bar{X} = 3.22, SD = 0.44), and safety management in proactive measures in preventing adverse drug events (\bar{X} = 3.07, SD = 0.53).

3. Recommendations for improving drug safety management in hospitals include technology to help prescribe medication, a double check system between professionals, reviewing drug administration guidelines in accordance with 7R principles, reviewing guidelines for the use of high-alert drug groups and the use of symbols indicating the use of high-alert drug groups, reviewing adverse drug incident reporting, creating incentives for reporting incidents, having proactive measures in preventing unwanted events and promoting the exchange of knowledge among personnel regarding drug adverse events.

Conclusions : The results of this study can be used by nursing administrators to develop drug safety management systems in hospitals.

Keyword : Drug safety management, Nurse, Kamphaeng Phet Hospital

*professional nurse, KamphaengPhet Hospital.

**Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

***Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



การจัดการความปลอดภัยทางยาในโรงพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาล โรงพยาบาลกำแพงเพชร

พิกุลทอง ทิพย์พิมพ์วงศ์, พย.ม*

อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์, พย.ต**

เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล, พย.ต***

บทคัดย่อ

บทนำ : การจัดการความปลอดภัยทางยาในโรงพยาบาล เป็นระบบและสิ่งแวดล้อมที่ออกแบบเพื่อป้องกันระบบการให้ยาที่ผิดพลาดในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการจัดการความปลอดภัยทางยาตามการรับรู้ของพยาบาล และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการจัดการความปลอดภัยทางยาในโรงพยาบาลกำแพงเพชร

วิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 246 คน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกำแพงเพชร สุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ 1) เครื่องมือประเมินการจัดการความปลอดภัยทางยาในโรงพยาบาลที่พัฒนาโดยเพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุลและคณะ (2561) ความตรงของเนื้อหา ICVI และ SCVI ทั้งฉบับเท่ากับ .96 และ .83 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาครายตัวอยู่ระหว่าง.97-.78 และโดยรวมเท่ากับ .83 2) แบบสอบถามข้อเสนอแนะในการจัดการความปลอดภัยทางยาที่ ค่าความสอดคล้องของคำถาม(IOC) เท่ากับ 0.66 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ร้อยละ และจัดหมวดหมู่

ผลการศึกษา : พบว่า

1.กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 37.14 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และมีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ยที่ 13.19 ปีและเคยเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ 5ส

2. การจัดการความปลอดภัยทางยาในโรงพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลกำแพงเพชร โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.28$ SD 0.36) และรายตัวอยู่ในระดับดี โดยพบว่าการจัดการความปลอดภัยด้านการสั่งจ่ายผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.47$ SD 0.44) รองลงมา คือ การจัดการความปลอดภัยด้านการสั่งจ่ายผู้ป่วย ($\bar{X} = 3.32$ SD 0.39) ด้านการบริหารยาให้ผู้ป่วย ($\bar{X} = 3.31$ SD 0.40) ด้านการจ่ายยาให้ผู้ป่วย ($\bar{X} = 3.30$ SD 0.45) ด้านการแก้ปัญหาการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางยา ($\bar{X} = 3.22$ SD 0.44) และด้านมาตรการเชิงรุกในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางยา ($\bar{X} = 3.07$ SD 0.53) ตามลำดับ

3.ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการจัดการความปลอดภัยทางยาในโรงพยาบาล ได้แก่ การมีเทคโนโลยีช่วยในการสั่งยา การมีระบบตรวจสอบซ้ำระหว่างวิชาชีพ การทบทวนแนวปฏิบัติหลักการบริหารยาตามหลัก 7R การทบทวนแนวปฏิบัติการจ่ายยาที่มีความเสี่ยงสูงและการใช้สัญญาณที่แสดงถึงการจ่ายยาที่มีความเสี่ยงสูง การทบทวนการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางยา สร้างแรงจูงใจในการรายงานอุบัติการณ์ มีมาตรการเชิงรุกในด้านการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของบุคลากรในด้านเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางยา

สรุป : ผลการศึกษานี้ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำข้อมูลที่นำไปพัฒนาระบบการจัดการความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ : การจัดการความปลอดภัยทางยา พยาบาล โรงพยาบาลกำแพงเพชร

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติงาน กลุ่มงานการพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลกำแพงเพชร

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทนำ

ความปลอดภัยของผู้ป่วยคือการป้องกันข้อผิดพลาด และผลกระทบที่ส่งถึงตัวผู้ป่วยรวมถึงเป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ ในปัจจุบันอุบัติการณ์การเกิดข้อผิดพลาดจากการรักษาพยาบาลยังคงเกิดขึ้นและพบได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในด้านของความผิดพลาดจากกระบวนการใช้ยา ในปี 2017 องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศ Medication without Harm เป็น The third WHO Global Patient Safety Challenge โดยมีเป้าหมาย คือ ลดระดับความรุนแรงและอันตรายที่ป้องกันที่เกี่ยวข้องกับยา ร้อยละ 50 ภายใน 5 ปี¹ และในประเทศไทย สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้นำแนวคิดจากองค์การอนามัยโลกมากำหนดเป้าหมายความปลอดภัยโดยใช้ชื่อว่า Thai Patient Safety กำหนดหมวดหมู่ที่เรียกว่า SIMPLE² โดยมีความปลอดภัยด้านยาเป็นหนึ่งในหมวดหมู่ที่เป็นเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งประเมินได้จากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งความคลาดเคลื่อนทางยา คือ เหตุการณ์หรืออุบัติการณ์การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในทุกกระบวนการของการใช้ยาตั้งแต่การสั่งยา การจ่ายยา คำสั่งการใช้ยา และการบริหารยา ภายใต้การควบคุมของทีมนุ้คผลการทางสุขภาพ ซึ่งส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยตั้งแต่ไม่มีความรุนแรง ความรุนแรงเล็กน้อยจนถึงพิการและเสียชีวิต และอุบัติการณ์เหล่านี้สามารถป้องกันได้³ และจากการทบทวนสาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยาพบว่า มีปัจจัยที่ทำให้เกิดดังนี้ ปัจจัยจากบุคคลเช่นการขาดทักษะ ความรู้ ประสบการณ์หรือขาดความระมัดระวัง ปัจจัยจากตัวผู้ป่วยเช่นการมีความซับซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ ปัจจัยจากยาที่มีชื่อพ้องคล้ายปัจจัยเชิงระบบ เช่น อัตรากำลัง ภาระงาน ระบบการมอบหมายงาน การเข้าถึงข้อมูลของระบบสารสนเทศด้านยาที่ซับซ้อนเช่นการออกแบบใบสั่งยา^{4,5} ผลกระทบที่เกิดจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ได้รับจากความคลาดเคลื่อนทางยาพบได้ทั่วไปในทุก ๆ ปีจะมีผู้ป่วยประมาณ 1.5 ล้านคน ได้รับอันตรายบาดเจ็บต่ออวัยวะสำคัญและเสียชีวิตจากข้อผิดพลาดในการใช้ยาและมีการประเมินค่าใช้จ่ายโดยรวมพบว่ามีถึง 42 พันล้านเหรียญสหรัฐอเมริกา⁶ และจากรายงานของศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและยา ในปี 2560 โดยแยกตามระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ พบว่ามีประเภทอุบัติการณ์ที่ร้ายแรงถึงร้อยละ 18.20 และในอุบัติการณ์ที่ร้ายแรงพบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิต ร้อยละ 0.31 ได้รับอันตรายเกือบถึงชีวิต ร้อยละ 1.07 ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานานขึ้น ร้อยละ 14.71 และมีความพิการถึงร้อยละ 0.06⁷ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาจากการสั่งยาของแพทย์ ร้อยละ 1.09 ความคลาดเคลื่อนจากการคัดลอกคำสั่ง ร้อยละ 0.32 ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาผิด ร้อยละ 0.38 และความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาร้อยละ 0.73⁸ จากอุบัติการณ์ที่กล่าวข้างต้นพบว่าความคลาดเคลื่อนทางยายังคงเป็นปัญหาที่ยังพบได้บ่อยในโรงพยาบาล และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้กำหนดให้เป็นตัวชี้วัดในระดับของโรงพยาบาลและต้องมีกาวางแผนและมีการจัดการเชิงระบบของระบบยาเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากกระบวนการใช้ยา⁹

การจัดการความปลอดภัยทางยา หมายถึง การออกแบบระบบและสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันความผิดพลาดของกระบวนการในการให้ยา ตั้งแต่การสั่งใช้ยา การจ่ายยา การบริหารยา การใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงรวมถึงการจัดการกับอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ทางยาที่ส่งผลต่อความปลอดภัยในโรงพยาบาล ซึ่งประเมินได้จากเครื่องมือประเมินการจัดการความปลอดภัยทางยาในโรงพยาบาลของเพชรบูรณ์ ทั้งเจริญกุลและคณะ(2561)มี 6 องค์ประกอบดังนี้ 1) ด้านการสั่งใช้ยาให้ผู้ป่วย 2) ด้านการจ่ายยาให้ผู้ป่วย 3) ด้านการบริหารยาให้ผู้ป่วย 4) ด้านการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง 5) ด้านการแก้ปัญหากรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และ 6) ด้านมาตรการเชิงรุกเพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์¹⁰ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีกำหนดแนวทางการจัดการความปลอดภัยทางยาในโรงพยาบาลในต่างประเทศ ได้แก่ มีการใช้รูปแบบ FMEA (failure mode and effect analysis) ในการวิเคราะห์จุดบกพร่องหรือผลกระทบและสาเหตุที่เป็นไปได้รวมถึงการวิเคราะห์รากของสาเหตุ (root cause analysis; RCA) การกำหนดแนวทาง ให้มีการใช้ชื่อสามัญเพื่อง่ายต่อการสื่อสาร ปรับการสั่งใช้ยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน การให้หลัก 5s และการกำหนดให้มีการเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสาร ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ติดตามนโยบาย ปฏิมนิเทศบุคลากร เรื่องการจัดการยา สำหรับประเทศไทย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน)ได้กำหนดกรอบมาตรฐานการจัดการด้านยาเพื่อให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วยตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) การกำกับดูแลสิ่งแวดล้อมสนับสนุน โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการด้านยาเพื่อกำหนดนโยบายป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา กำกับดูแลระบบการจัดการด้านยาในโรงพยาบาล จัดการกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์อย่างเหมาะสม มีกระบวนการจัดเก็บ กระบวนการสั่งใช้ยา จ่ายยา ถ่ายทอดคำสั่งและบริหารยารวมถึงการเพิ่มพูนความรู้และทักษะด้านยา 2) การปฏิบัติการใช้ยา มีความเหมาะสมด้านการสั่งใช้ยา ถ่ายทอดคำสั่ง มีการสื่อสารคำสั่งใช้ยาที่เป็นมาตรฐาน กำหนดการ



ทบทวนกระบวนการใช้ยา และติดตามการใช้ยารวมถึงจัดการกับยาที่ผู้ป่วยและครอบครัวนำติดตัวมา⁹ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาในเรื่องของความคลาดเคลื่อนทางยาและการจัดการความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นการศึกษาในแต่ละองค์ประกอบของกระบวนการใช้ยาที่ประกอบด้วย การสั่งใช้ยา การจ่ายยา การบริหารยา การใช้ยากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง การแก้ปัญหากรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และมาตรการเชิงรุกในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น การศึกษาวิจัยที่มีผลต่อการดำเนินการระบบยาหรือปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา การศึกษาเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางยา/การจัดการกับความคลาดเคลื่อนด้านการจ่ายยา การศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบยาหรือการประสานรายการยาเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และการศึกษาการพัฒนากระบวนการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

โรงพยาบาลกำแพงเพชรเป็นโรงพยาบาลทั่วไปในเขตภาคเหนือมีจำนวนเตียง 410 เตียง วิทยาลัยเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ บริการทันสมัย เป็นที่ไว้วางใจของประชาชน เข้มมุ่ง คือ 2P Safety ใช้กรอบแนวคิดในการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วย Thai patient safety goals ภายใต้ชื่อ SIMPLE มีการจัดตั้งระบบการจัดการด้านยาของโรงพยาบาลกำแพงเพชรประกอบด้วย คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC: Pharmaceutical and Therapeutic Committee) จัดตั้งจากสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลและเภสัชกรมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธานทำหน้าที่ กำหนดนโยบายด้านยา กำกับติดตามให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยาโดยเฉพาะยากลุ่มที่ต้องระมัดระวังสูงและได้จัดตั้งทีมคณะกรรมการส่งเสริมความปลอดภัยด้านยา ซึ่งทำหน้าที่ จัดทำแนวทางปฏิบัติด้านยาให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยาและกำกับติดตามและกำหนดให้มีการทบทวนแนวปฏิบัติการใช้ยาเพื่อสื่อสารและทำความเข้าใจกับผู้ใช้ยาให้เป็นแนวทางเดียวกัน¹¹ โดยมีกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลกำแพงเพชรซึ่งมีหน้าที่ดูแลกำกับบุคลากรทางการพยาบาลให้ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพโดยมุ่งเน้นการพัฒนาการบริหารการพยาบาลให้มีคุณภาพ ส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาลมีความรู้ ทำงานอย่างมีความสุขโดยจัดให้มีพยาบาลวิชาชีพทุกหอผู้ป่วยเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการส่งเสริมความปลอดภัยด้านยาเพื่อร่วมกำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติต่างๆ ในด้านการจัดการความปลอดภัยทางยารวมถึงให้มีเสนอแนะปัญหาและแนวทางแก้ไขในความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลกำแพงเพชร และปฏิบัติตามแนวทางที่คณะกรรมการความปลอดภัยทางยาในโรงพยาบาลกำแพงเพชรกำหนดไว้ มีการเตรียมบุคลากรให้มีความรู้ และทักษะเพียงพอในด้านการบริหารยาในหอผู้ป่วยเนื่องจากการให้ยาเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการให้ยาและพยาบาลมีบทบาทในทุกกระบวนการของการให้ยาตั้งแต่ด้านการรับคำสั่งการใช้ยา การคัดลอกคำสั่งการใช้ยา การจ่ายยา จัดยาและการบริหารยาให้แก่ผู้ป่วย รวมถึงการติดตามอาการของผู้ป่วยหลังจากได้ยาและนำอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยามาวิเคราะห์และแก้ไขหาแนวทางป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา¹²

จากการรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลกำแพงเพชร¹³ ในปีพ.ศ. 2560 - 2562 ยังพบว่าความคลาดเคลื่อนในการให้ยา/บริหารยา ซึ่งเกิดจากการละเลยแนวปฏิบัติการบริหารยาตามหลัก 7R ซึ่งการจัดการกับอุบัติการณ์ทางยาที่เกิดขึ้นได้อุบัติการณ์มาวิเคราะห์หาสาเหตุราก(Root Cause Analysis:RCA) เป็นการค้นหาสาเหตุและแนวทางแก้ไข แต่เป็นการจัดทำในแต่ละด้านของปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้การแก้ไขปัญหาเกิดขึ้นเฉพาะด้านไม่ครอบคลุมกระบวนการของการให้ยาจึงเป็นเหตุให้มีการเกิดอุบัติการณ์ทางยาซ้ำๆ และผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด จากอุบัติการณ์ดังกล่าว คณะกรรมการส่งเสริมความปลอดภัยด้านยาได้นำมาวางระบบ จัดการหาแนวทางป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ได้แก่ ด้านการสั่งใช้ยา ส่งเสริมให้ใช้ชื่อสามัญทางยาที่ระบุความแรง รูปแบบยาและวิธีใช้ไปตามมาตรฐาน ด้านการจ่ายยา จัดให้มีการตรวจสอบคำสั่งใช้ยาโดยเภสัชกรก่อนจ่ายยา ด้านการบริหารยา กำหนดให้มีการตรวจสอบอย่างอิสระระหว่างวิชาชีพก่อนบริหารยา และส่งเสริมใช้ e-MAR (electronic medication administration record) ด้านการถ่ายถอดคำสั่ง กำหนดให้มีการตรวจสอบชำระระหว่างบุคลากรระหว่างแพทย์ พยาบาลและเภสัชกร ด้านการใช้ยากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง กำหนดให้มีการทบทวนแนวปฏิบัติการใช้ยากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและด้านการแก้ปัญหากรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ กำหนดให้มีการวิเคราะห์หารากของสาเหตุ ในความคลาดเคลื่อนทางความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป¹¹ และถึงแม้ว่าจะมีการบริหารจัดการ วางแนวทางหรือระบบในการจัดการความปลอดภัยทางยา แต่ยังพบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาในแต่ละด้านเกิดโดยสาเหตุเกิดจากปัจจัยบุคคล การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนระหว่างบุคลากร ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม สถานที่ของหอผู้ป่วยแออัดมีสิ่งรบกวนขณะเตรียมยา ปัจจัยจากยาที่ผลิตภัณฑ์มีรูปร่างและชื่อคล้ายกัน ปัจจัยเครื่องมือ อุปกรณ์ในการคำนวณอัตราเร็วของยาไม่เพียงพอ ไม่มีประสิทธิภาพ และปัจจัยเชิงระบบ จากอัตรากำลังพยาบาลน้อย ภาระงานที่เพิ่มขึ้นและจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้น และเมื่อมีความคลาดเคลื่อนทางยา

เกิดขึ้นการวิเคราะห์จะแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในแต่ละด้านที่เกิดขึ้นทำให้ด้านที่ไม่พบปัญหาไม่ได้รับการประเมินและแก้ไขทำให้อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ยังคงเกิดขึ้นๆ และผลลัพธ์ที่ได้ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ซึ่งในการจัดการความคลาดเคลื่อนทางยาให้เกิดความปลอดภัยในกระบวนการใช้ยาควรจะต้องมีการประเมินทั้งระบบในทุกองค์ประกอบของกระบวนการใช้ยา และการศึกษาด้านการจัดการความปลอดภัยทางยาในโรงพยาบาลของประเทศไทยยังมีการศึกษาเฉพาะด้านไม่ครบทุกองค์ประกอบของการใช้ยา เช่น การศึกษาการพัฒนากระบวนการจ่ายยาเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา การศึกษาการพัฒนากระบวนการให้ที่มีความเสี่ยงสูง เป็นต้น ดังนั้นผู้ศึกษาซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกำแพงเพชรจึงมีความสนใจในการที่จะศึกษาการจัดการความปลอดภัยทางยาในโรงพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาล โรงพยาบาลกำแพงเพชร และศึกษาข้อเสนอแนะปรับปรุงการจัดการความปลอดภัยทางยาของพยาบาลโรงพยาบาลกำแพงเพชร เพื่อให้ทราบถึงข้อมูลพื้นฐานของการจัดการความปลอดภัยทางยาตามการรับรู้ของพยาบาลและนำไปปรับปรุงแนวทางและพัฒนาระบบการจัดการความปลอดภัยทางยาของผู้ป่วยในโรงพยาบาลกำแพงเพชรต่อไป

วิธีการดำเนินการศึกษา เป็นการศึกษาพรรณนา (descriptive study)

ประชากร ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ภายใต้กำกับของกลุ่มงานการพยาบาล จำนวน 422 คน¹² สุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรหรือเทียบเท่า และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพพยาบาลและผดุงครรภ์ ชั้น 1 จากสภาพยาบาล และ 2) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกำแพงเพชรตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Taro Yamane ได้พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 246 คน และสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของแต่ละหน่วยงานแบบชั้นภูมิ (Stratified Random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้การศึกษานี้ ได้แก่ เครื่องมือประเมินการจัดการความปลอดภัยทางยาในโรงพยาบาลตามแนวปฏิบัติของงานวิจัย เพชรสุณี ทั้งเจริญกุล และคณะ (2561)¹⁰ ประกอบด้วยชุดคำถาม 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ 1) เพศ 2) อายุ 3) การศึกษา 4) ตำแหน่งงาน 5) สถานที่ปฏิบัติงาน 6) ประสบการณ์ในการทำงาน และ 7) บทบาทที่เคยเป็นคณะกรรมการที่เกี่ยวกับการบริหารยา เช่น คณะกรรมการความปลอดภัยในโรงพยาบาลหรือคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล โดยลักษณะข้อคำถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวนทั้งหมด 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 การจัดการความปลอดภัยทางยาในโรงพยาบาลซึ่งนำมาจากแบบประเมินการจัดการความปลอดภัยทางยาในโรงพยาบาลของเพชรสุณี ทั้งเจริญกุล และคณะ (2561) ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ จำนวน 48 ข้อ ได้แก่ ด้านการสั่งจ่ายยาแก่ผู้ป่วย (6ข้อ) ด้านการจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย (5ข้อ) ด้านการบริหารยาให้แก่ผู้ป่วย (14ข้อ) ด้านการใช้ยากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (9ข้อ) ด้านการแก้ปัญหาการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางยา (9ข้อ) และด้านมาตรการเชิงรุกในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางยา (5ข้อ) โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด มีข้อให้เลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (rating scale) เห็นด้วยอย่างยิ่ง ค่าคะแนนเท่ากับ 4 เห็นด้วย ค่าคะแนนเท่ากับ 3 ไม่เห็นด้วย ค่าคะแนนเท่ากับ 2 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ค่าคะแนนเท่ากับ 1 การแปลผลคะแนนใช้คะแนนเฉลี่ยการจัดการความปลอดภัยทางยาในแต่ละด้าน ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 2.85 ระดับการจัดการอยู่ในระดับต้องปรับปรุง คะแนนเฉลี่ย 2.85 – 3.67 ระดับการจัดการอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 3.67 ระดับการจัดการอยู่ในระดับดีมาก การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีการนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาพบว่าได้ค่า ICVI และ SCVI ทั้งฉบับเท่ากับ .96 และ .83 และตรวจสอบค่าความตรงเชิงโครงสร้าง พบว่าองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านของเครื่องมือสามารถประเมินคุณภาพของการจัดการความปลอดภัยทางยาได้ดี (RMSEA < .048, X²/d.f.=1.73, NFI = .899, CFI = .98, PNFI = .91) ในการศึกษาที่ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหาและเชิงโครงสร้างมาแล้วมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ทั้งส่วนที่ 1 และ 2 โดยไม่ได้มีการดัดแปลงจึงไม่ทดสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำ นำแบบสอบถามไปหาความเชื่อมั่น (reliability) ผู้ศึกษานำแบบสอบถามส่วนที่ 1 และ 2 ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับเท่ากับ .96



ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการจัดการความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลกำแพงเพชรโดยใช้แนวคิดการจัดการความปลอดภัยด้านยาของเพชรบูรณ์ ทั้งเจริณกุลและคณะ (2561) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบของกระบวนการใช้ยา เป็นแบบสอบถามคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อคำถาม ได้แก่ 1) ในหน่วยงานที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ท่านเจอปัญหาด้านความปลอดภัยเคลื่อนทางยาในด้านใดบ้าง อย่างไร อธิบายพอสังเขป และ 2) ท่านมีข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบการจัดการความปลอดภัยด้านยาในหน่วยงานของท่านแต่ละด้านอย่างไรบ้าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบอย่างอิสระและนำข้อคิดเห็นมาจัดหมวดหมู่และลำดับของคำตอบ สรุปเนื้อหาและจัดหมวดหมู่โดยอธิบายเชิงพรรณนาตามเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง และได้นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษซึ่งเป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลกำแพงเพชร 1 ท่าน และเป็นคณะกรรมการความปลอดภัยทางยาของโรงพยาบาลกำแพงเพชร 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการบริหารทางการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 1 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.66 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเลขที่โครงการ 2562 – 109 : รหัสโครงการ : 2562 – EXP070

การเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาได้ทำหนังสือผ่านคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ถึงผู้อำนวยการและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย 13 กลุ่มงานการพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลกำแพงเพชร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และแยกแบบสอบถาม ใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาโดยกำหนดระยะเวลาในการส่งแบบสอบถามคืน ภายใน 2 สัปดาห์ โดยนำใส่กล่องที่ผู้ศึกษาเตรียมไว้ให้ และเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่ 18 กันยายน ถึง 2 ตุลาคม 2562 และนำแบบสอบถามที่ได้รับตอบกลับโดยผู้ศึกษาเป็นผู้เก็บแบบสอบถามเองได้แบบสอบถามคืน จำนวน 239 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 97.15

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลการจัดการความปลอดภัยทางยาในโรงพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลกำแพงเพชร วิเคราะห์การจัดการโดยรวมและรายด้านโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการจัดการความปลอดภัยทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกำแพงเพชรนำมาสรุปเนื้อหาและจัดหมวดหมู่โดยอธิบายเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน สถานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาปฏิบัติงาน การเป็นกรรมการในระดับโรงพยาบาล/ระดับหอผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลกำแพงเพชร (n=239)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	7	2.93
หญิง	232	97.07
อายุ (X =37.14, S.D.=9.92 Min= 22 Max= 60)		
20-30	68	28.50
31-40	86	36.00
41-50	57	23.80
51-60	28	11.70
ระดับการศึกษา		
ระดับปริญญาตรี	223	93.31
ระดับปริญญาโท	16	6.69
ตำแหน่งงาน		
พยาบาลวิชาชีพประจำการ	80	33.47
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	155	64.85
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	4	1.67
สถานที่ปฏิบัติงาน		
กลุ่มงานผู้ป่วยนอก	15	6.28
กลุ่มงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน	14	5.86
กลุ่มงานอายุรกรรม	41	17.15
กลุ่มงานศัลยกรรม	29	12.13
กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม	10	4.18
กลุ่มงานการพยาบาลห้องคลอด	12	5.02
กลุ่มงานกุมารเวชกรรม	21	8.79
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก	32	13.39
กลุ่มงานการพยาบาลห้องผ่าตัด	15	6.28
กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี	15	6.28
กลุ่มงานการพยาบาลพิเศษ	15	6.28
กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก	10	4.18
กลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรมกระดูก	10	4.18
ประสบการณ์ในการทำงาน (ปี) (\bar{X}= 13.19 S.D.=9.66 Min=1 Max= 39)		
1-2 ปี	35	14.64
3-4 ปี	20	8.37
5-10 ปี	64	26.78
มากกว่า 10 ปี	120	50.12
กรรมการคุณภาพในระดับโรงพยาบาล/หอผู้ป่วย (ตอบได้มากกว่า 1)		
เคยเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยง	60	25.10
เคยเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	36	15.06
เคยเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารยา	24	10.04
เคยเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ service plan	17	7.11
เคยเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการใน PCT	74	30.96
เคยเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ 5 ส	91	38.08
เคยเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการอื่นๆ เช่น การบริหารอัตรากำลัง การพัฒนาความรู้ การพัฒนาบุคลากร	28	11.72



จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.07 มีอายุอยู่ระหว่าง 31- 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.00 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 37.14 ($X = 37.14$) $SD = 9.92$ $Min=22$ $Max=60$) ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 93.31 เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คิดเป็นร้อยละ 64.85 สถานที่ปฏิบัติงานแบ่งตามสัดส่วนพยาบาลที่ทำงานตามกลุ่มงาน 13 กลุ่มงาน ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานอายุรกรรม คิดเป็นร้อยละ 17.15 ประสบการณ์ในการทำงานส่วนใหญ่อยู่มากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.21 ประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ยอยู่ที่ 13.19 ($X = 13.19$ $SD = 9.66$, $Min = 1$ $Max = 39$) และการเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยาส่วนใหญ่จะเป็นคณะกรรมการ 5ส คิดเป็นร้อยละ 38.08

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพการจัดการความปลอดภัยทางยาของพยาบาลในโรงพยาบาลกำแพงเพชรโดยรวม และรายด้าน

การจัดการความปลอดภัยทางยา	ค่าเฉลี่ย \bar{X}	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน SD	การแปลผล
1.ด้านคำสั่งการใช้ยาให้ผู้ป่วย	3.32	0.39	ดี
2.ด้านการจ่ายยาให้ผู้ป่วย	3.30	0.45	ดี
3.ด้านการบริหารยาให้ผู้ป่วย	3.31	0.40	ดี
4.ด้านการใช้ยากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง	3.47	0.44	ดี
5.ด้านการแก้ปัญหากรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางยา	3.22	0.44	ดี
6.ด้านมาตรการเชิงรุกเพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางยา	3.07	0.53	ดี
รวม	3.28	0.36	ดี

จากตารางที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า ระดับคุณภาพการจัดการความปลอดภัยทางยาตามการรับรู้พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลกำแพงเพชร รวมอยู่ในระดับดี ($X = 3.28$, $SD = 0.36$) ระดับคุณภาพการจัดการความปลอดภัยทางยาตามการรับรู้พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลกำแพงเพชรในทุกด้านอยู่ในระดับ ดี และพบว่าด้านการใช้ยากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าทุกข้อ ($X = 3.47$ $SD = 0.44$) รองลงมาคือด้านการสั่งใช้ยาแก่ผู้ป่วย ($X = 3.32$ $SD = 0.39$) ด้านการบริหารยาให้ผู้ป่วย ($X = 3.31$ $SD = 0.40$) ด้านการจ่ายยาให้ผู้ป่วย ($X = 3.30$ $SD = 0.45$) ด้านการแก้ปัญหากรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางยา ($X = 3.22$ $SD = 0.44$) และด้านมาตรการเชิงรุกในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางยา ($X = 3.07$ $SD = 0.53$)

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการจัดการความปลอดภัยทางยา ในโรงพยาบาลกำแพงเพชร

1. ด้านการสั่งใช้ยาผู้ป่วย ปัญหาที่พบ ได้แก่ การเขียนคำสั่งใช้ยาไม่ชัดเจน เขียนคำสั่งการรักษาซ้ำซ้อน ไม่บันทึกคำสั่งการรักษาและขาดการลงในระบบสั่งคำสั่งการรักษาทางวาจาหรือทางโทรศัพท์ ไม่เขียนคำสั่งการรักษาในใบคำสั่งการใช้ยาเป็นลายลักษณ์อักษรและไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้ เช่น ไม่ได้สั่งยาเดิมให้ผู้ป่วยเนื่องจากไม่ได้ตรวจยาเดิม (จำนวนพยาบาล 108 คน) พยาบาลได้ให้ข้อเสนอแนะให้มีการทบทวนคำสั่งการใช้ยาพร้อมยืนยันคำสั่งใช้ยากับแพทย์ แจ้งแพทย์เขียนคำสั่งการใช้ยาให้ชัดเจน จัดให้มีระบบการให้คำปรึกษาและการประสานงานระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ มีระบบให้คำปรึกษาระหว่างวิชาชีพ จัดให้มีระบบเทคโนโลยีช่วยในการสั่งใช้ยา โดยให้แพทย์พิมพ์คำสั่งการใช้ยาแทนการเขียนด้วยลายมือและประสานส่งต่อข้อมูลด้านการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการใช้ยาในองค์กรแพทย์ (จำนวนพยาบาล 165 คน)

2 ด้านการจ่ายยาให้ผู้ป่วย ปัญหาที่พบ ไม่ได้ตรวจสอบซ้ำก่อนการจ่ายยา ชื่อหรือรูปร่างของผลิตภัณฑ์ใกล้เคียงหรือเหมือนกันทำให้มีการจ่ายยาผิด การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของการจ่ายยาไม่ครบถ้วน (จำนวนพยาบาล 123 คน) พยาบาลได้ให้ข้อเสนอแนะได้แก่ จัดให้มีระบบทบทวนและตรวจสอบความถูกต้องก่อนการจ่ายยา ตรวจสอบฉลากยาและผลิตภัณฑ์ให้ถูกต้อง มีระบบตรวจสอบซ้ำระหว่างวิชาชีพ ปรับบทบาทให้มีส่วนร่วมในการบริหารยาในหอผู้ป่วย ประสานส่งต่อข้อมูลอุบัติการณ์ให้กลุ่มงานเภสัชกรรมเพื่อให้มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ (จำนวนพยาบาล 130 คน)

3.ด้านการบริหารยาให้ผู้ป่วย ปัญหาที่พบ ปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาไม่ครบถ้วน เช่น พยาบาลบริหารยาผิดขนาดผิดเวลา ผิดชนิด ไม่มีการประเมินและติดตามอาการหลังการให้ยา ไม่ได้ตรวจสอบซ้ำ มีความรู้เรื่องยา และการคำนวณปริมาณยา

ไม่เพียงพอ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมาก อัตรากำลังน้อย ยานางตัวไม่คุ้นเคย และนานๆใช้ทำให้มีการคำนวณผิดพลาด (จำนวนพยาบาล 90 คน) พยาบาลได้ให้ข้อเสนอแนะจัดระบบตรวจสอบซ้ำระหว่างสหสาขาวิชาชีพปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาให้เป็นไปตามมาตรฐาน มีระบบปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านยา มีระบบเตือนในการบริหารยาและระบบการบริหารยาในหอผู้ป่วย ทบทวนการบริหารยาตามหลัก 7R ส่งเสริมให้หาความรู้เรื่องยาที่ทันสมัยและข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารยา (จำนวนพยาบาล 122 คน)

4. ด้านการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ปัญหาที่พบไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ไม่สอบถามชื่อนามสกุลผู้ป่วยก่อนให้ยา ไม่ได้ประเมินติดตามอาการหลังให้ยา ไม่ได้ป้ายเฝ้ารอการให้ยา ไม่ได้ตรวจสอบซ้ำก่อนให้ยา เนื่องจากผู้ป่วยมีปริมาณมาก ภาระงานมากทำให้ไม่มีเวลาตรวจสอบยา ผลลัพธ์ที่มีรูปร่างและชื่อคล้ายกันเวลาเก็บมักจะถูกใส่ผิดกันทำให้หยาบยาผิด อุบัติการณ์การให้ยาไม่เพียงพอ ไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมีจำนวนมากและต้องให้ยาในเวลาเดียวกันทำให้เครื่องคำนวณยาไม่พอใช้ (จำนวนพยาบาล 101 คน) พยาบาลได้ให้ข้อเสนอแนะจัดให้มีทบทวนแนวทางการใช้ยากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง จัดระบบนิเทศรายบุคคล แจ้งเภสัชกรแบบเอกสารการใช้และข้อระวังการใช้ยากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง จัดระบบเครื่องมือในการคำนวณยาให้เพียงพอพร้อมใช้และมีประสิทธิภาพ จัดให้มีอบรมความรู้เรื่องยาและการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง จัดระบบการตรวจสอบซ้ำระหว่างวิชาชีพในการสั่งใช้ยา จ่ายยาและการบริหารยา (จำนวนพยาบาล 138 คน)

5. ด้านการแก้ปัญหากรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ปัญหาที่พบ ระบบของการลงบันทึกรายงานอุบัติการณ์ยุ่งยาก ซ้ำซ้อน เข้าใจยาก เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนระบบการบันทึกการรายงานความเสี่ยง และความรู้เรื่องของการจัดการเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางยา (จำนวนพยาบาล 23 คน) พยาบาลได้ให้ข้อเสนอแนะ ประสานเภสัชกรจัดประชุมอบรมให้ความรู้เรื่องยา หรือลงในแอปพลิเคชันไลน์กลุ่มโรงพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการความรู้ของยาที่ทันสมัย สร้างวัฒนธรรมการรายงานความเสี่ยงโดยกระตุ้นให้บุคลากรมีการรายงานความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์ทางยาให้เพิ่มมากขึ้นโดยไม่กลัวความผิดและสร้างแรงจูงใจในการรายงานความเสี่ยง จัดระบบสื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการใช้ยาให้ถูกต้อง (จำนวนพยาบาล 60 คน)

6. ด้านมาตรการเชิงรุกในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางยา ปัญหาที่พบคือ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยายังไม่ต่อเนื่อง ไม่สม่ำเสมอ และระบบนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยยังไม่ต่อเนื่อง ไม่สม่ำเสมอ การนิเทศด้านการให้ยา ไม่ต่อเนื่อง ไม่สม่ำเสมอ (จำนวนพยาบาล 23 คน) พยาบาลได้ให้ข้อเสนอแนะจัดระบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ทางยาระหว่างหอผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง จัดช่องทางแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จัดระบบการตรวจเยี่ยมหอผู้ป่วยที่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางยาบ่อยเพื่อหาแนวทางแก้ไข และมีการนิเทศเรื่องยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง (จำนวนพยาบาล 38 คน)

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาการจัดการความปลอดภัยทางยาในโรงพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาล โรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับการรับรู้การจัดการความปลอดภัยทางยาในโรงพยาบาลกำแพงเพชรตามกรอบแนวคิดการจัดการความปลอดภัยทางยา 6 องค์ประกอบ ดังนี้

พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลกำแพงเพชรมีการรับรู้การจัดการความปลอดภัยทางยาด้านคำสั่งการใช้ยาอยู่ในระดับดี $\bar{X} = 3.32$ $SD = 0.39$ (ตารางที่ 2) เนื่องจากคณะกรรมการส่งเสริมความปลอดภัยทางยาโรงพยาบาลกำแพงเพชรได้จัดทำแนวทางการปฏิบัติคำสั่งการใช้ยา แนวปฏิบัติการรับคำสั่งแพทย์กรณีฉุกเฉิน การมีระบบให้คำปรึกษา แนวทางการจัดการกับยาที่ผู้ป่วยและครอบครัวนำติดตัวมารวมถึงการลดการคัดลอกคำสั่งการใช้ยาโดยใช้ e- MAR ทำให้ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งการใช้ยาลดลง จึงทำให้พยาบาลมีการรับรู้ในระดับดี สอดคล้องกับกรอบแนวทางของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลในด้านระบบการจัดการด้านยาในด้านการสั่งใช้ยาและถ่ายทอดคำสั่ง⁹ และการกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในโรงพยาบาลอย่างชัดเจน ปัญหาที่พบส่วนใหญ่เกิดจากการอ่านลายมือแพทย์ไม่ออก การเขียนคำสั่งการใช้ยาไม่ชัดเจน การไม่ปฏิบัติตามแนวทาง ข้อเสนอแนะ การใช้เทคโนโลยีช่วยในการสั่งใช้ยา การประสานข้อมูล ส่งต่อองค์กรแพทย์ในเรื่องการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด การจัดระบบการตรวจสอบซ้ำระหว่างวิชาชีพและการมีระบบให้คำปรึกษาระหว่างวิชาชีพ

พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลกำแพงเพชรมีการรับรู้การจัดการความปลอดภัยทางยาด้านจ่ายยาให้ผู้ป่วยอยู่ในระดับดี $\bar{X} = 3.30$ $SD = 0.45$ (ตารางที่ 2) เนื่องจากว่าทางคณะกรรมการส่งเสริมความปลอดภัยด้านยาของโรงพยาบาลกำแพงเพชรได้จัดทำแนวทางการปฏิบัติ medication reconciliation โดยมีการกำหนดแบบฟอร์มบันทึกและกำหนดบทบาทการทำงานของพยาบาล เภสัชกรและแพทย์ มีแผนผังขั้นตอน medication reconciliation ให้กับทุกหน่วยงาน จัดทำคู่มือ LASA และแก้ไขข้อผิดพลาดให้เป็นที่ปัจจุบันและมีระบบบันทึกและระบบเตือนการใช้ยา LASA ในคอมพิวเตอร์¹¹ จึงทำให้พยาบาลมีการรับรู้ในระดับดี สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล การเตรียมเขียนฉลาก จัดจ่ายยาและส่งมอบยาโดยเภสัชกรหรือ



บุคคลที่ได้รับการฝึกฝน⁹ ปัญหาที่พบเภสัชกรปฏิบัติตามแนวทางการจ่ายยาไม่ครบถ้วน ไม่ได้ตรวจสอบซ้ำก่อนจ่ายยา ชื่อหรือรูปร่างยาใกล้เคียงทำให้จ่ายยาผิด ข้อเสนอแนะ จัดให้มีระบบการตรวจสอบซ้ำระหว่างวิชาชีพ จัดให้มีการตรวจสอบฉลากยา ก่อนจ่ายยา ปรับบทบาทเภสัชกรให้มีส่วนร่วมในการบริหารยา การมีบาร์โค้ดช่วยในการจ่ายยา

พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลกำแพงเพชร มีการรับรู้การจัดการความปลอดภัยทางยาด้านการบริหารยาให้ผู้ป่วยอยู่ในระดับดี $\bar{X} = 3.31$ $SD = 0.40$ (ตารางที่ 2) เนื่องจากว่าคณะกรรมการส่งเสริมความปลอดภัยทางยาโรงพยาบาลกำแพงเพชรได้มีการพัฒนาระบบการจ่ายยา เป็นแบบ one day dose และมี flow chart การจ่ายยาให้กับทุกหน่วยงานทราบ มีแนวทางการจัดเก็บสำรองยา การใช้ยาแรงด่วน ยาฉุกเฉิน จัดทำแนวปฏิบัติการบริหารยาตามหลัก 7R และมีการสื่อสารให้กับหอผู้ป่วยทราบเพื่อปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน¹¹ จึงทำให้พยาบาลมีการรับรู้อยู่ในระดับดีสอดคล้องกับกรอบแนวทางของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ในด้านปฏิบัติการใช้ยาด้านการบริหารยา มีการให้ยากับผู้ป่วยอย่างปลอดภัยโดยบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ติดตามผลการให้ยาและมีการจัดการกับยาที่ผู้ป่วยและครอบครัว นำติดตัวมา และการเก็บสำรองยาที่เหมาะสม เพียงพอ พร้อมใช้⁹ ปัญหาที่พบคือพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาไม่ครบถ้วน ไม่มีการตรวจสอบซ้ำก่อนบริหารยา ไม่ได้ประเมินอาการหลังให้ยา ความรู้เรื่องยาและการคำนวณยาไม่เพียงพอ ข้อเสนอแนะจัดให้มีระบบการตรวจสอบซ้ำก่อนบริหารยา ทบทวนแนวปฏิบัติการบริหารยาอย่างสม่ำเสมอ ส่งเสริมให้มีการหาความรู้เรื่องยาและหลักการบริหารยาอย่างสม่ำเสมอ

พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลกำแพงเพชรมีการรับรู้การจัดการความปลอดภัยด้านการใช้ยากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงอยู่ในระดับดี $\bar{X} = 3.47$ $SD = 0.44$ (ตารางที่ 2) เนื่องจากว่าจากเดิมที่พยาบาลไม่ทราบรายการยา High Alert Drug ของโรงพยาบาลทางคณะกรรมการส่งเสริมความปลอดภัยด้านยาจึงได้กำหนดรายการยา High Alert Drug จัดทำ flow chart การสั่งยา จ่ายยา บริหารยากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง กำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน มีป้ายสัญลักษณ์ในการบ่งบอกการใช้ยากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง จัดทำแนวทางการซักประวัติการแพ้ยา ร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สารสนเทศจัดทำระบบเตือนการแพ้ยาในคอมพิวเตอร์และยากลุ่มที่มีอันตรายกิริยาต่อกัน¹¹ สอดคล้องกับ สุพัตธา เมฆพิรุณ ที่การพัฒนากระบวนการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงโดยการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องยาและแนวปฏิบัติที่กำหนดแก่พยาบาลทั้งโรงพยาบาลรวมถึงตรวจสอบการปฏิบัติงานในเรื่องของการบริหารยาและจัดเก็บยา¹⁴ ปัญหาที่พบปฏิบัติตามแนวทางการใช้ยากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงไม่ครบถ้วน ไม่มีการเฝ้าระวังและติดตามอาการหลังใช้ยา เครื่องมือไม่เพียงพอ ข้อเสนอแนะ จัดอบรมให้ความรู้การใช้ยากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง การจัดให้มีอุปกรณ์ในการใช้ยากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและพร้อมใช้

พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลกำแพงเพชรมีการรับรู้การจัดการความปลอดภัยด้านการแก้ปัญหากรณีเกิดเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ทางยา อยู่ในระดับดี $\bar{X} = 3.22$ $SD = 0.44$ (ตารางที่ 2) ที่เป็นเช่นนี้เนื่องมาจากพยาบาลได้มีการรับทราบนโยบายความเสี่ยงจากคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล รวมถึงกำหนดแนวทางในการรายงานอุบัติการณ์ในแต่ละระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์และหัวหน้ามีการกระตุ้นในการนำเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางยามาวิเคราะห์ และหาแนวทางแก้ไขในหน่วยงาน สร้างแรงจูงใจในการรายงานอุบัติการณ์และกำหนดการรายงานในแต่ละบุคคล ปัญหาที่พบมี การปรับเปลี่ยนระบบการรายงานอุบัติการณ์เป็นระบบใหม่คือระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล (Healthcare Risk Management System : HRMS) การบันทึกอุบัติการณ์มีความซับซ้อนเข้าใจยาก ทำให้มีการบันทึกรายงานอุบัติการณ์น้อยลง ข้อเสนอแนะพยาบาลต้องมีการเรียนรู้การบันทึกและทำความเข้าใจกับระบบการรายงาน

พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลกำแพงเพชรมีการรับรู้การจัดการความปลอดภัยด้านมาตรการเชิงรุกในการป้องกันเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ทางยา อยู่ในระดับดี $\bar{X} = 3.07$ $SD = 0.53$ (ตารางที่ 2) ที่เป็นเช่นนี้เนื่องมาจากว่าคณะกรรมการส่งเสริมความปลอดภัยด้านยา โรงพยาบาลกำแพงเพชรได้จัดระบบการตรวจเยี่ยมหอผู้ป่วยและสำรวจการจัดเก็บสำรองยาในหอผู้ป่วยทุก 3 เดือน และมีระบบการให้คำปรึกษาด้านยาแก่แพทย์และพยาบาลรวมถึงการจัดให้มีช่องทางในการนำเสนอปัญหาและข้อเสนอแนะของความผิดพลาดด้านยาในการประชุมคณะกรรมการระบบยาทุก 3 เดือน¹¹ จึงทำให้พยาบาลมีการรับรู้ระดับดี ปัญหาที่พบคือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อุบัติการณ์ความผิดพลาดทางยาระหว่างหน่วยงานยังมีน้อยและไม่สม่ำเสมอและช่องทางในการนำเสนอปัญหามีน้อยพบแค่การรายงานในวาระประชุมของกรรมการ ข้อเสนอแนะ จัดช่องทางแลกเปลี่ยนเรียนรู้อุบัติการณ์ความผิดพลาดทางยาให้มีหลากหลายช่องทาง เช่น จัดเวทีการนำเสนอผลงาน การมีช่องทางแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางใหม่ในการแก้ปัญหาทางยาในช่องทางออนไลน์ และสื่อสารสนเทศต่างๆ รวมถึงการจัดระบบการตรวจเยี่ยมหอผู้ป่วยที่พบปัญหาเรื่องความผิดพลาดทางยาอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ

ข้อสรุปและการนำไปใช้

ผลการศึกษาสรุปได้ว่าพยาบาลโรงพยาบาลกำแพงเพชรมีการรับรู้เรื่องการจัดการความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลโดยรวม อยู่ในระดับดี เนื่องมาจากที่พยาบาลได้รับทราบถึงแนวปฏิบัติต่างๆ ด้านยาตั้งแต่การรับคำสั่งการใช้ยา การจ่ายยา การบริหารยา การใช้ยากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง มาตรการในการแก้ปัญหาและการป้องกันกรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ที่กำหนดมาจากคณะกรรมการส่งเสริมความปลอดภัยด้านยา โรงพยาบาลกำแพงเพชร แต่ยังมีปัญหาด้านการอ่านลายมือแพทย์ การไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดของบุคลากร การบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความผิดพลาดทางยาที่ยังซับซ้อนเข้าใจยากและบันทึกยาก รวมถึงการมีช่องทางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อุบัติการณ์ความผิดพลาดทางยาที่ยังมีน้อย ไม่ต่อเนื่องและไม่สม่ำเสมอ การนิเทศบุคลากรด้านยายังไม่สม่ำเสมอ ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหาร การนำเทคโนโลยีมาช่วยปรับระบบกระบวนการใช้ยา จัดระบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และช่องทางการนำเสนอปัญหาและแนวทางการป้องกันเหตุการณ์ความผิดพลาดทางยาและการปรับระบบการบันทึกการรายงานความเสี่ยงให้มีความง่าย ไม่ซับซ้อนและสร้างแรงจูงใจในการรายงานอุบัติการณ์ความผิดพลาดทางยา และการจัดระบบการนิเทศติดตามอุบัติการณ์ความผิดพลาดทางยาอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาการพัฒนาระบบการจัดการความปลอดภัยทางยาในกระบวนการที่มีปัญหา เช่น การสั่งยา การจ่ายยา การบริหารยาและระบบการรายงานอุบัติการณ์ทางยา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์.ดร.อภิรดี นันทศุภวัฒน์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์.ดร.เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล รวมถึงคณาจารย์ สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาลทุกท่านที่ได้ให้คำปรึกษา ดร.พว.อรอนงค์ กลางนภา พว.อารมณ จิตต์อารี ที่ได้ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณ พญ.รจนา ขอนทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงเพชร คุณจริยา เจริญพันธ์วิทย์กุล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยที่อนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูล และพยาบาลวิชาชีพทุกท่านที่ให้ความร่วมมือช่วยเหลือสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization Medication. Without Harm : WHO Global Patient Safety challenge .[online]. 2017. [cited 2017 Nov 22]. Available from: URL: http://file:///C:/Users/USER/Downloads/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng_2.pdf
2. อนุวัฒน์ ศุภชติกุล. Patient Safety : SIMPLE. นนทบุรี : สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์กรมหาชน) ; 2551.
3. National Coordinating Council for Medication Error Report and Prevention (NCC MERP). About Medication Errors [Online]. 2017. [cited 2017 Nov 22]. Available from: URL:<http://www.nccmerp.org/about-medication-errors> accessed on Nov. 1, 2017
4. Zarea K., Mohammadib A, Beiranvand S, Hassanid F, Baraza S. Iranian nurses' medication errors: A survey of the types, the causes, and the related factors. International Journal of Africa Nursing Sciences 2018 ;8:112-6. [Online]. [cited 2017 Nov 22]. Available from: URL:<https://www.sciencedirect.com/science/journal/22141391>
5. ธิดา นิงสานนท์, สุวัฒนา จุฬาววัฒนทล, ปรีชา มนทกานติกุล. การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ประชาชน ; 2549.
6. World Health Organization [WHO]. Medication Error: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: Department of Service Delivery and Safety; 2016. pp.7-8.
7. ศูนย์ติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ. แนวทางปฏิบัติงานติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์การศาสนา; 2560.



8. ปัญญฉัตร ซอสุขไพบูลย์. ผลการพัฒนากระบวนการประสานรายการยาผู้ป่วยในโรงพยาบาลใหญ่แห่งหนึ่ง. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล 2556 ; 23(3):135-46.
9. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ระบบการจัดการด้านยา. นนทบุรี : สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน); 2561. pp. 99-110.
10. เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล, กุลวดี อภิชาติบุตร, วราภร ศรีรัตนา, วิทวดี สุวรรณศรี. การพัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพการจัดการความปลอดภัยทางยาในโรงพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก 2561;19(พิเศษ): 300-1.
11. คณะกรรมการส่งเสริมความปลอดภัยด้านยาโรงพยาบาลกำแพงเพชร : โรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประเมินตนเองระบบยา โรงพยาบาลกำแพงเพชร. กำแพงเพชร : โรงพยาบาลกำแพงเพชร ; 2562.
12. กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลกำแพงเพชร. ข้อมูลพื้นฐานขององค์กรพยาบาล โรงพยาบาลกำแพงเพชร. กำแพงเพชร : โรงพยาบาลกำแพงเพชร ; 2562.
13. คณะกรรมการความปลอดภัยด้านยาโรงพยาบาล กำแพงเพชร. ข้อมูลตัวชี้วัดความคลาดเคลื่อนทางยา โรงพยาบาลกำแพงเพชร. กำแพงเพชร : โรงพยาบาลกำแพงเพชร ; 2562.
14. สุพัตรา เมฆพิรุณ. การพัฒนาระบบการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. วารสารเภสัชกรรมไทย 2556; 5(1):24-42.

Nursing Practice Environment as Perceived by Nurses in Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

Natthanidcha Techakittiroj, M.N.S*

Apiradee Nantsupawat, D.N.S**

Phetsunee Thungjarekul, D.N.S**

Abstract

Introduction : The nursing practice environment is important to ensure that nurses can practice with excellence.

Objectives : studying the nursing practice environment and make recommendations to improve the nursing practice environment based on the perception of nurses in Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital.

Methods : The sample is 347 nurses with at least 1 year working experience. The instrument used in this study was the Practice Environment Scale of Nurse Work Index (PES-NWI), Thai version, translated by Nantsupawat (2011) from Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (Lake, 2002). The total reliability of this instrument was 0.96 , for each aspect equal to 0.84-0.94. Data were analyzed using descriptive statistics consisting of mean and standard deviations.

Results : The results of the study are as follows:

1. The findings of the study indicated that the score of the nursing practice environment, as perceived by nurses was at a moderate level for five aspects ($X=2.88$, $SD=0.68$). The perceived nursing practice environment of nursing foundations for quality of care and the relationship between doctors and nurses were good level. The other three aspects, consisting of nurse manager ability, nurse leadership, and nurse participation in hospital affairs, and staffing and resource adequacy were at moderate levels. The highest average score is nursing foundations for quality of care and the lowest average score is staffing and resource adequacy.

2. The study suggests ways to improve the nursing practice environment. The nurses' participation in hospital affairs should be promoted such as listening to their opinions on policy and decisions making. In addition, nurses should be promoted for knowledge and capacity development training and supporting funding for further study. The nursing foundations for quality of care include encouraging nurses to be trained in specialized fields and updating nursing standards regularly. Suggestions for improving nurse manager ability and nurse of leadership include listening to the opinions and suggestions of practitioners and receiving leadership development training. Suggestions for improving the staffing and resource adequacy including arranging adequate staffing and workload and increasing the wages, salaries, compensation or other benefits. Suggestion for improving the relationship between doctors and nurses arranging monthly meetings between doctors and nurses and performing activities which develop the relationship between physicians and other departments.

Conclusions : Nurse administrators can take the results of this study as the basis for improving the environmental quality of nursing practice environments.

Keyword : Nursing practice environment Professional nurse

* Nurse, Orthopedics Department, Faculty of Medicine, Chiang Mai University.

**Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาล ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ณัฐธัญญา เตชะกิตติโรจน์, พย.ม*

อภิรดี นันทศุภาวัฒน์, พย.ต**

เพชรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล, พย.ต**

บทคัดย่อ

บทนำ : สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล มีความสำคัญในการปฏิบัติงานของพยาบาลให้มีคุณภาพ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

วิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงาน 1 ปีขึ้นไป จำนวน 347 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบสอบถามสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติของดัชนีงานพยาบาลฉบับภาษาไทยของ Nantasupawat (2011) ซึ่งแปลมาจากแบบวัดสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติงาน (Practice Environment Scale of the Nursing Work Index) ของ เลค (Lake, 2002) โดยมีความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.96 รายด้านเท่ากับ 0.84-0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อเสนอแนะใช้การสรุปเนื้อหาและจัดหมวดหมู่

ผลการศึกษา : พบว่า

1. พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.88$, $SD = 0.68$) พยาบาลมีการรับรู้สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับดี 2 ด้าน ได้แก่ ด้านมาตรฐานการดูแล และด้านสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และพยาบาล และอยู่ในระดับปานกลาง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านภาวะผู้นำของหัวหน้า ด้านการร่วมมือของพยาบาลในโรงพยาบาล และด้านอัตรากำลังและทรัพยากร ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือด้านมาตรฐานการดูแล และ ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านอัตรากำลังและทรัพยากร

2. ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการมีส่วนร่วมของพยาบาล ได้แก่ ควรเปิดโอกาสให้พยาบาลมีส่วนร่วมรับรู้ เสนอแนะข้อคิดเห็นและตัดสินใจเชิงนโยบาย ส่งเสริมการอบรมพัฒนาความรู้และศักยภาพของบุคลากร ควรให้ทุนสนับสนุนในการศึกษาต่อ ด้านมาตรฐานการดูแล ควรส่งเสริมให้พยาบาลได้รับการอบรมต่างๆ เช่นการอบรมสาขาเฉพาะทาง และพัฒนาระบบพี่เลี้ยง ควรมีการปรับปรุงมาตรฐานการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ด้านภาวะผู้นำของหัวหน้า หัวหน้าควรรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ปฏิบัติงาน หัวหน้าควรได้รับการพัฒนาและอบรมภาวะผู้นำอย่างต่อเนื่อง ด้านอัตรากำลังและทรัพยากร ควรจัดอัตรากำลังให้เพียงพอกับปริมาณงาน ควรจัดสรรเวลาปฏิบัติงานให้เหมาะสม ควรเพิ่มอัตราเงินเดือน ค่าเวร ค่าตอบแทนหรือสวัสดิการอื่นๆ ด้านสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และพยาบาล ควรจัดประชุมประจำเดือนระหว่างแพทย์และพยาบาล ควรจัดกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และหน่วยงานต่างๆ

สรุป : ผลการศึกษาครั้งนี้ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำเอาผลการศึกษาครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพต่อไป

คำสำคัญ : สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ

* พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทนำ

พยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญในการให้บริการพยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด โดยต้องให้การพยาบาลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพในการจัดระบบสุขภาพที่ดีต้องมีอัตรากำลังของพยาบาลที่เพียงพอในการให้การดูแลผู้ป่วย แต่ปัญหาสำคัญที่สุดที่องค์กรพยาบาลแทบทุกแห่งกำลังเผชิญ คือ ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนทางการพยาบาล¹ สำหรับในประเทศไทยนั้นพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร เป็นสังคมผู้สูงอายุ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ การเปลี่ยนแปลงแบบแผนความเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้น ส่งผลให้มีความต้องการกำลังคนทางการพยาบาลมากขึ้น² จากข้อมูลโดยพื้นฐาน พบว่าสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลประชากรในแต่ละประเทศดังนี้ ประเทศในยุโรปมีสัดส่วนพยาบาล 8.1-17.6 คนต่อประชากร 1,000 คน ประเทศในอาเซียนมีสัดส่วนพยาบาล 3.3-7.8 คนต่อประชากร 1,000 คน ในขณะที่ประเทศไทยมีสัดส่วนพยาบาล 2.2 คนต่อประชากร 1,000 คน³ องค์กรอนามัยโลกแนะนำระดับที่จะให้บริการสุขภาพถ้วนหน้าได้ คือ พยาบาล 2.5 คนต่อประชากร 1,000 คน⁴ ซึ่งผลของอัตรากำลังที่ไม่เพียงพอมีผลกระทบต่อผลลัพธ์ในหลายด้าน

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับพยาบาล ทำให้มีผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ ภาระงานที่หนักมากขึ้น ความเสี่ยงจากการทำงาน และความเครียด การเจ็บป่วยจากการทำงานเพิ่มขึ้น จากการสำรวจพยาบาลที่เจ็บป่วยจากการทำงานในปี พ.ศ. 2551 พบว่า พยาบาลถูกเข็มฉีดยา หรือถูกของมีคมบาด ร้อยละ 34.7 เจ็บป่วยติดเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วยร้อยละ 32.6 และถูกผู้ป่วยทำร้าย ร้อยละ 14.9 การขาดสมดุลของชีวิตครอบครัวและการทำงาน ซึ่งหากอัตรากำลังไม่เพียงพอจะส่งผลทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานต้องรับภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นจนเกิดความเหนื่อยล้าในการทำงานเกิดความเครียด ความไม่พึงพอใจในการทำงาน และทำให้เกิดการลาออกจากวิชาชีพไปในที่สุด⁵

เป็นผลกระทบต่อองค์กร ในด้านการให้บริการสุขภาพกับผู้ป่วยบริการในหลายด้าน โดยเฉพาะด้านคุณภาพในการดูแล ถ้าอัตรากำลังในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดปัญหาการติดเชื้อในโรงพยาบาลสูงขึ้น ส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น อัตราการตายในโรงพยาบาลสูงขึ้น เป็นผลทำให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น ทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยลดลง โดยคุณภาพการดูแลมีส่วนสำคัญสำหรับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเพราะเป็นเครื่องชี้วัดถึงควมมีประสิทธิภาพ และควมมีประสิทธิผลของระบบการให้บริการ⁶ การสร้างความเชื่อมั่นและความไว้วางใจให้แก่ผู้รับบริการเป็นการสร้างความประทับใจและความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ มีผลต่อคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ในการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ดี⁷

สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล หมายถึง ลักษณะขององค์การการทำงานที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานที่สนับสนุนหรือเป็นข้อจำกัดในการปฏิบัติงานทางการพยาบาล⁸ ซึ่งมีองค์ประกอบทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการมีส่วนร่วมของพยาบาลในโรงพยาบาล 2) ด้านมาตรฐานการดูแล 3) ด้านภาวะผู้นำของหัวหน้า 4) ด้านอัตรากำลังและทรัพยากร และ 5) ด้านสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศมีการศึกษาในโรงพยาบาลหลายระดับ ผลการศึกษาพบสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลในภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี แต่ก็พบบางการศึกษาที่อยู่ในระดับไม่ดี เพราะความแตกต่างกันเนื่องจากมีบริบทที่ต่างกัน ส่วนการศึกษาในประเทศไทย พบผลการศึกษาสีงแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลที่ผ่านมาส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี การศึกษาส่วนใหญ่จะมีความแตกต่างกันเนื่องจากโรงพยาบาลในแต่ละระดับและแต่ละโรงพยาบาลมีสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลที่ต่างกัน อย่างไรก็ตามพบว่าจากการศึกษาสีงแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่ผ่านมานั้นมีเพียงหนึ่งการศึกษาและแสดงผลโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่อาจจะมีข้อจำกัดในการนำไปพัฒนาใช้ในระดับโรงพยาบาล รวมทั้งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในแต่ละด้าน

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ระดับตติยภูมิขั้นสูง ที่ให้บริการรักษาโรคยากและซับซ้อน ขนาด 1,400 เตียง ให้บริการรักษาพยาบาล แก่ผู้ป่วยในจังหวัดเชียงใหม่และในเขต 17 จังหวัดภาคเหนือ โดยใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ และมีระบบบริการพยาบาลที่มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน AHA ให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพมุ่งสู่ความเป็นเลิศในสถานการณ์สิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาลของโรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี แต่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องการมีส่วนร่วมของพยาบาลในโรงพยาบาล การมีโอกาสการเข้าร่วมในการตัดสินใจเชิงนโยบายของโรงพยาบาล การใช้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มาตรฐานการดูแลทางการพยาบาล ปริมาณงานมากกว่าอัตรากำลังของบุคลากร



ผู้ศึกษาในฐานะเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จึงสนใจศึกษา สิ่งแวดล้อม การปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ให้ผู้บริหารทางการพยาบาลจะได้นำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาปรับปรุงสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลต่อไป

วิธีการดำเนินการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study)

ประชากร ประชากรในการศึกษาคั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน จำนวน 1,029 คน⁹ สุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์คัดเลือกคั้งนี้ คือ เป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ที่ไม่อยู่ในช่วงการลาพักร้อน หรือลาออก และไม่ได้ดำรงตำแหน่งเป็นหัวหน้าหรือผู้ป่วย คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Taro Yamane¹⁰ ได้พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 347 คน และสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นและการสุ่มแบบมีระบบ (stratified random sampling and systematic random sampling)¹⁰

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้การศึกษาคั้งนี้ ประกอบด้วยชุดคำถาม 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพ 4) สถานะที่ปฏิบัติงาน 5) สถานภาพปัจจุบัน 6) ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และ 7) การศึกษาโดยลักษณะข้อคำถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวนทั้งหมด 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ศึกษาใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับคุณลักษณะของสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลของพื้นที่ศุกวฒัน¹¹ ที่แปลมาจากแบบวัดสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล (The Practice Environment Scale) ของเลค⁸ ประกอบด้วยข้อคำถาม 31 ข้อ รวม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมของพยาบาลในโรงพยาบาล (9 ข้อ) ด้านมาตรฐานการดูแล (10 ข้อ) ด้านภาวะผู้นำของหัวหน้า (5 ข้อ) ด้านอัตรากำลังและทรัพยากร (4 ข้อ) ด้านสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และพยาบาล (3 ข้อ) โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด มีข้อให้เลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (rating scale) เห็นด้วยอย่างยิ่ง ค่าคะแนนเท่ากับ 4 ค่อนข้างเห็นด้วย ค่าคะแนนเท่ากับ 3 ค่อนข้างไม่เห็นด้วย ค่าคะแนนเท่ากับ 2 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ค่าคะแนนเท่ากับ 1 การแปลผลคะแนนใช้คะแนนเฉลี่ยสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล ในแต่ละด้าน คั้งนี้ ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึง มีสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติงานอยู่ในระดับดี ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึงมีสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง มีสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติงานอยู่ในระดับไม่ดี การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือมีการใช้แบบสอบถามสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลของ อภิศรี นันท์ศุกวฒัน¹¹ ที่ผ่านการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ ในการศึกษาคั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหาและเชิงโครงสร้างมาแล้วมาใช้ในการศึกษาคั้งนี้ทั้งส่วนที่ 1 และ 2 โดยไม่ได้มีการดัดแปลง จึงไม่ทดสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำ นำแบบสอบถามไปหาความเชื่อมั่น (reliability) ผู้ศึกษานำแบบสอบถามส่วนที่ 1 และ 2 ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับเท่ากับ 0.96

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อเสนอแนะในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล ในการตรวจสอบความตรงในเนื้อหา ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 1 ท่าน หัวหน้าหอผู้ป่วย 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาล สาขาการบริหารทางการพยาบาล 2 ท่าน ทำการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับแนวคิด ความชัดเจนและความเหมาะสมของคำถาม หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาคุณภาพแนวคำถามแล้วผู้ศึกษานำมาปรับ แก้ไขตามความคิดเห็นในเรื่องข้อเสนอแนะให้สั้นลง แก้กัคำว่า “เช่น” เป็น “ได้แก่” ก่อนนำไปทดลองใช้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยคั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเลขที่โครงการ 2562 – 119 : รหัสโครงการ : 2562 – EXP079

การเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2562 โดยทำหนังสือถึงคณะบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อขออนุญาตในการรวบรวมข้อมูล และเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้างานการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษาและติดต่อผู้ประสานงานการวิจัยเพื่อเก็บข้อมูลในการวิจัย ผู้ศึกษาเข้าพบผู้ประสานงานการวิจัยเพื่อชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอน และบทบาทในการรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด จากนั้นมอบชุดแบบสอบถามให้ผู้ประสานงานการวิจัยเพื่อดำเนินการเก็บข้อมูล เมื่อครบ 2 สัปดาห์ผู้ประสานงานเก็บรวบรวมแบบสอบถามส่งคืนผู้ศึกษา โดยผู้ศึกษาได้รับกลับคืนทั้งสิ้น จำนวน 328 ฉบับ เป็นแบบสอบถามที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 314 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 90.49

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ วิเคราะห์สิ่งแวดล้อมโดยรวมและรายด้านโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ นำมาสรุปเนื้อหาและจัดหมวดหมู่โดยอธิบายเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพ แผนกที่ปฏิบัติงาน สถานภาพ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (n=314)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (\bar{X} = 38.00, S.D = 10.84, Min= 23 Max= 60)		
ต่ำกว่า 30 ปี	102	32.48
31-40 ปี	75	23.89
41-50 ปี	75	23.89
51-60 ปี	62	19.74
เพศ		
ชาย	27	8.60
หญิง	287	91.40
สถานภาพ		
โสด	191	60.83
คู่	107	34.07
หม้าย/หย่า, แยกกันอยู่	16	5.10
แผนกที่ปฏิบัติงาน		
งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์	65	20.70
งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์	63	20.06
งานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์	48	15.29
งานการพยาบาลผู้ป่วยสูตินรีเวชศาสตร์	19	6.05
งานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์	26	8.28
งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและพักฟื้น	33	10.51
งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษทั่วไป	21	6.69
งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษเฉพาะทาง	20	6.37
งานการพยาบาลผู้ป่วยทั่วไป จิตเวชและจักษุ โสต คอ นาสิก	19	6.06



ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพปัจจุบัน		
ข้าราชการ	51	16.24
พนักงานมหาวิทยาลัย	209	66.56
พนักงานเงินรายได้โรงพยาบาล	54	17.20
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน		
$(\bar{X} = 12.50, S.D = 10.27, \text{Min} = 1.00 \text{ Max} = 39.00)$		
1-10 ปี	142	45.22
11-20 ปี	74	23.57
21 ปีขึ้นไป	98	31.21
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	279	88.85
ปริญญาโท	35	11.15

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.40 มีอายุต่ำกว่า 30 ปี ร้อยละ 32.48 ($\bar{X} = 38.00, S.D = 10.84, \text{Min} = 23, \text{Max} = 60$) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.83 พยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในงาน การพยาบาลอายุรศาสตร์ ร้อยละ 20.70 พยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพนักงานมหาวิทยาลัย ร้อยละ 66.56 พยาบาลส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 88.85 และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลมหาราช 1-10 ปี ร้อยละ 45.22 ($\bar{X} = 12.50, S.D = 10.27, \text{Min} = 1.00 \text{ Max} = 39.00$)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้สิ่งแวดลอมการปฏิบัติการพยาบาลของประชากรพยาบาลวิชาชีพ แยกเป็นรายด้าน (n=314)

สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านการมีส่วนร่วมของพยาบาลในโรงพยาบาล	2.75	0.77	ปานกลาง
ด้านมาตรฐานการดูแล	3.28	0.60	ดี
ด้านภาวะผู้นำของหัวหน้า	2.98	0.65	ปานกลาง
ด้านอัตรากำลังและทรัพยากร	2.39	0.77	ปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และพยาบาล	3.02	0.59	ดี
สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลโดยรวม	2.88	0.68	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่มีการรับรู้สิ่งแวดล้อม การปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.88, SD = 0.68$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้สิ่งแวดล้อม การปฏิบัติการพยาบาล 2 ด้านอยู่ในระดับดี โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านมาตรฐานการดูแล ($\bar{X} = 3.28, SD = 0.60$) รองลงมา คือ ด้านสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และพยาบาล ($\bar{X} = 3.02, SD = 0.59$) และอีก 3 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านภาวะผู้นำของ หัวหน้า ($\bar{X} = 2.98, SD = 0.65$) ด้านการมีส่วนร่วมของพยาบาลในโรงพยาบาล ($\bar{X} = 2.75, SD = 0.77$) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านอัตรากำลังและทรัพยากร ($\bar{X} = 2.39, SD = 0.77$)

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีดังต่อไปนี้

- 1) ด้านการมีส่วนร่วมของพยาบาลในโรงพยาบาล มีดังต่อไปนี้
 - ควรเปิดโอกาสให้พยาบาลมีส่วนร่วมรับรู้ เสนอแนะข้อคิดเห็นและตัดสินใจเชิงนโยบาย
 - ควรส่งเสริมให้มีการอบรมพัฒนาความรู้และศักยภาพของบุคลากร
 - ควรให้ทุนสนับสนุนในการศึกษาต่อทั้งปริญญาโท-เอก และการอบรมดูงาน

- 2) ด้านมาตรฐานการดูแล ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีดังต่อไปนี้
 - ควรส่งเสริมให้พยาบาลได้รับการอบรมต่างๆ เช่น อบรมสาขาเฉพาะทาง และพัฒนาระบบพี่เลี้ยง
 - ควรมีการปรับปรุงมาตรฐานการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ
- 3) ด้านภาวะผู้นำของหัวหน้า ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีดังต่อไปนี้
 - หัวหน้าควรรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ปฏิบัติงาน
 - หัวหน้าควรได้รับการพัฒนาและอบรมภาวะผู้นำอย่างต่อเนื่อง
- 4) ด้านอัตรากำลังและทรัพยากร ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีดังต่อไปนี้
 - ควรจัดอัตรากำลังให้เพียงพอกับปริมาณงาน
 - ควรจัดสรรเวลาปฏิบัติงานให้เหมาะสม
 - ควรเพิ่มอัตราเงินเดือน ค่าเวร ค่าตอบแทนหรือสวัสดิการอื่นๆ
- 5) ด้านสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และพยาบาล ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีดังต่อไปนี้
 - ควรจัดประชุมประจำเดือนระหว่างแพทย์และพยาบาล
 - ควรจัดกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และหน่วยงานต่างๆ

การอภิปรายผล

การศึกษาสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีการรับรู้สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยที่ผ่านมา โดยจะมีการรับรู้อยู่ในระดับดีทั้ง 5 ด้าน มี 3 การศึกษา จากผลการศึกษาเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พยาบาลมีการรับรู้สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับดี 2 ด้าน และอยู่ในระดับปานกลาง 3 ด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านมาตรฐานการดูแล ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Alharbi¹², Ambani¹³, Nantasupawat¹⁴ มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง 3 ด้าน คือ ภาวะผู้นำของหัวหน้าด้านการมีส่วนร่วมของพยาบาลในโรงพยาบาล และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านอัตรากำลังและทรัพยากร มี 2 การศึกษา คือ Ambani¹³, Nantasupawat¹⁴ ที่สอดคล้องกับการศึกษานี้ ได้ข้อสรุปสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ตามกรอบแนวคิดสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลของเลค⁵ ทั้ง 5 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการมีส่วนร่วมของพยาบาลในโรงพยาบาล พยาบาลมีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อธิบายได้ว่าโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ได้กำหนดระบบกลไกการส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาลเข้าร่วมในการกำกับดูแลภายในของโรงพยาบาล ฝ่ายการพยาบาลใช้รูปแบบการบริหารผ่านคณะกรรมการในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนการดำเนินงานติดตามผลตลอดจนวิเคราะห์ และนำเสนอคณะกรรมการบริหาร และมีคณะกรรมการระดับงานนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติ และฝ่ายการพยาบาลได้สนับสนุนให้พยาบาลได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนของคณะพยาบาลศาสตร์ทั้งหลักสูตรปริญญาตรี ปริญญาโท ปริญญาเอก และหลักสูตรเฉพาะทาง ส่งเสริมสนับสนุนพยาบาลเป็นครูคลินิก และผู้ให้คำปรึกษาในการดูแลการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล⁵ อีกทั้งโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิที่มีการบริหารงานโดยองค์กรแพทย์ มีผู้นำสูงสุดขององค์กรพยาบาลคือหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล แต่อาจจะพบว่าฝ่ายการพยาบาลเป็นองค์กรที่ใหญ่และมีบุคลากรมาก ทำให้การเข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดเชิงนโยบายได้ไม่มากนัก และผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูงลงมาเดินเยี่ยมสำรวจเพื่อดูปัญหาการทำงานในแต่ละงานการพยาบาลเป็นช่วงเวลา แต่มีตัวแทนผู้บริหารทางการพยาบาลระดับงานการพยาบาลเดินเยี่ยมสำรวจแทน ทำให้พยาบาลอาจจะไม่มีโอกาสได้พบปะ ได้ปรึกษาหารือปัญหากับผู้บริหารระดับสูงโดยตรงได้ ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม 1) ควรเปิดโอกาสให้พยาบาลมีส่วนร่วมรับรู้ เสนอแนะข้อคิดเห็นและตัดสินใจเชิงนโยบาย เพราะการมีส่วนร่วมรับรู้เชิงนโยบาย มีโอกาสเสนอแนะและการแสดงความคิดเห็น จะเป็นการระดมสมองและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อใช้ในการวางแผนและแก้ไขปัญหาต่างๆร่วมกันเพื่อการพัฒนาองค์กร 2) ควรส่งเสริมให้มีการอบรมพัฒนาความรู้และศักยภาพของบุคลากร เพราะว่าการอบรมและการพัฒนาความรู้จะช่วยทำให้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติและคุณภาพขององค์กร สามารถเข้าร่วมประชุมหรือในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพและทันสมัย 3) ควรให้ทุนสนับสนุนในการศึกษาต่อทั้งปริญญาโท-เอก และการอบรมดูงาน เพราะว่ามีเมื่อมีความรู้บุคลากรก็อยากจะทำวิจัย เพื่อพัฒนาคุณภาพขององค์กร เป็นการสร้างความมั่นคงให้กับบุคลากรจะทำให้เกิดความก้าวหน้าทั้งในส่วนขององค์กรและประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน



2. พยาบาลมีการรับรู้สิ่งแวดลอมการปฏิบัติการพยาบาล ด้านมาตรฐานการดูแลอยู่ในระดับดี ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มีการนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มีโปรแกรมประกันคุณภาพ มีโปรแกรมระบบพี่เลี้ยง มีทีมนิเทศทางการพยาบาลที่คอยควบคุมกำกับ ดูแล และสนับสนุนส่งเสริม การให้ความรู้ ทักษะและความเชี่ยวชาญให้กับพยาบาลวิชาชีพในแต่ละงานการพยาบาลเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ การพยาบาล และเป็นไปตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้ผ่านการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลเป็นกระบวนการที่กระตุ้นให้มีการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กรอย่างเป็นระบบ โดยการใช้กิจกรรมต่างๆ เช่น กิจกรรม การประกันคุณภาพที่เป็นกระบวนการช่วยป้องกันความผิดพลาดในการให้บริการ กิจกรรมการบริหารความเสี่ยง ซึ่งเป็นการระบ วิเคราะห์ ประเมินและวางแผนจัดการความเสี่ยง ซึ่งกลไกดังกล่าว ทำให้สามารถจัดการความเสี่ยงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล และสามารถพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ดีขึ้นได้ จะเห็นได้จากกรที่พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้สิ่งแวดลอมการปฏิบัติการพยาบาล ในด้านมาตรฐานการดูแล ที่มีระดับสูงสุด ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงสิ่งแวดลอม 1) ควรส่งเสริมให้พยาบาลได้รับการอบรมต่างๆ เช่น อบรมสาขาเฉพาะทาง และพัฒนาระบบพี่เลี้ยง เพราะว่าพยาบาลพี่เลี้ยงต้องมีความพร้อม มีความมั่นใจในการให้ความรู้ใหม่ๆ ด้านการจัดอบรมการพยาบาลเฉพาะทางมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการพยาบาลเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ ทางวิชาชีพ กิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ในการทำวิจัย เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติให้มีคุณภาพและการทำวิจัยเพิ่มขึ้น 2) ควรมีการปรับปรุงมาตรฐานการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ เพราะว่าจะเป็นการช่วยส่งเสริมทำให้เกิดคุณภาพการดูแลผู้ป่วย อย่างสม่ำเสมอและก้าวสู่ความเป็นเลิศ ช่วยทำให้มีการพัฒนาในด้านมาตรฐานการดูแลให้มีคุณภาพเพิ่มมากขึ้น

1.3 พยาบาลมีการรับรู้สิ่งแวดลอมการปฏิบัติการพยาบาลด้านภาวะผู้นำของหัวหน้าอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ อธิบาย ได้ว่าโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่มีแผนในการเสนอชื่อผู้ที่มีความเหมาะสมเพื่อทาบทามเข้าสู่กระบวนการเตรียมความพร้อม (suandok succession plan)⁹ และมีการกำหนดบทบาทของหัวหน้าอย่างชัดเจน โดยหัวหน้าที่ดีต้องคอยให้การสนับสนุน การตัดสินใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ การยกย่องชมเชยและการให้โอกาสในการพัฒนา การรับรู้ของพยาบาล วิชาชีพเกี่ยวกับพฤติกรรมภาวะผู้นำของหัวหน้าในการสร้างเสริมบรรยากาศในการทำงาน กระตุ้นให้บุคคลทำงานโดยมีภารกิจ ที่มากขึ้น มีจุดมุ่งหมายที่สูงขึ้น มีความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะบรรลุภารกิจที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน มีการสนับสนุนและ การนิเทศงานในลักษณะการให้อิสระในการตัดสินใจแก่พยาบาล โดยหัวหน้าหรือผู้ป่วยที่ดีควรมีการวิพากษ์วิจารณ์งานของพยาบาล ประจำการอย่างสร้างสรรค์ รับฟังความคิดเห็นของบุคลากรทุกคน ส่วนใหญ่หัวหน้าพยาบาลแต่ละคนจะมีลักษณะบุคลิกภาพ ที่แตกต่างกันไป ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงสิ่งแวดลอม 1) หัวหน้าควรรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ปฏิบัติงาน เพราะว่าหัวหน้าเป็นตัวแทนของหน่วยงาน ในการติดต่อสื่อสารกับผู้บริหารระดับสูง เพื่อให้เกิดการประสานงานที่ดีและต้องรับฟัง ปัญหาและข้อเสนอแนะของผู้ปฏิบัติงานนำไปแก้ไขปัญหา 2) หัวหน้าควรได้รับการพัฒนาและอบรมภาวะผู้นำอย่างต่อเนื่อง เพราะว่า หัวหน้าจะได้มีการพัฒนาความคิดในเรื่องต่างๆ รวมทั้งมีวิสัยทัศน์ มีความกระตือรือร้น มีการสนับสนุนด้านความรู้ มีมาตรฐาน และ พัฒนาการด้านวิชาชีพ สามารถนำทีมไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่มีคุณภาพหรือได้มาตรฐานตามวิชาชีพ ทำให้สามารถขับเคลื่อน นโยบายต่างขององค์กรให้ประสบความสำเร็จ มีการวางแผน สร้างแรงบันดาลใจ สนับสนุนและหนุนเสริมให้บุคลากรทำงานอย่างมี ความสุข เพิ่มประสิทธิผลขององค์กร ยึดมั่นในหลักการ มีแนวคิดที่จะช่วยให้บุคลากรมีการพัฒนาและมีความก้าวหน้าเพิ่มขึ้น

1.4 พยาบาลมีการรับรู้สิ่งแวดลอมการปฏิบัติการพยาบาลด้านอัตรากำลังและทรัพยากร ระดับปานกลาง ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ได้มีการจัดทำแผนอัตรากำลังด้านบุคลากรให้มีเพียงพอ ทั้งในด้านคุณสมบัติและสมรรถนะ มีการวิเคราะห์อัตรากำลังพยาบาลต่อผู้ป่วยในของแต่ละหน่วยงาน มีการแบ่งอัตรากำลังตามลักษณะหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน ตามลักษณะบริบทของหน่วยงานที่มีความเสี่ยงแตกต่างกัน เป็นเพราะว่าโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ที่ต้องรับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนส่งต่อมารับการรักษาเจ้าหน้าที่พยาบาลต้องมีความรู้และความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย เฉพาะทาง และจากการวิเคราะห์พบว่ายังมีอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพที่ไม่เพียงพอตามเกณฑ์สภาการพยาบาล พ.ศ.2548 โดยมี บุคลากรพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มการพยาบาล ร้อยละ 75.47 พยาบาลมีการเตรียมเข้าสู่วัยเกษียณอายุ 51-60 มีจำนวน 19.74% ที่จะต้องออกจากงานตามช่วงอายุ จึงจำเป็นต้องรับพยาบาลน้องที่จบใหม่มาปฏิบัติงาน มีพยาบาลที่มีช่วงอายุ ต่ำกว่า 30 ปี มีจำนวน 32.48% ซึ่งอาจเป็นพยาบาลน้องใหม่ขึ้นปฏิบัติงาน จึงจำเป็นต้องมีพี่เลี้ยงที่ต้องคอยประกบและให้การดูแล การที่มี บุคลากรอย่างเพียงพอจะทำให้งานประสบความสำเร็จ พยาบาลสามารถมีเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลได้เต็มที่ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีทำให้เกิดคุณภาพและงานที่ปฏิบัติก็จะสำเร็จ รวมทั้งการมีทรัพยากรที่เพียงพอก็สามารถช่วยให้พยาบาลมีเวลาใน

การปฏิบัติการพยาบาลที่ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ทำให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม 1) ควรจัดอัตรากำลังให้เพียงพอกับปริมาณงาน เพราะว่า การจัดอัตรากำลังเพิ่มขึ้นประกอบกับสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลที่ดีจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลดีขึ้น สภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาล 2) ควรจัดสรรเวลาปฏิบัติงานให้เหมาะสม เพราะว่า การจัดสรรเวลาปฏิบัติงานให้เหมาะสม จะทำให้พยาบาลไม่ต้องขึ้นปฏิบัติงานต่อเวรติดต่อกันมากเกินไป เช่น เวรเช้าต่อยาวแล้วขึ้นเวรเช้าต่อเวรอีก หรือขึ้นต่อเวรติดต่อกันหลายวัน จนไม่มีเวลาได้หยุดพักผ่อน อาจทำให้เกิดความเจ็บป่วย ความเครียด และหดหู่ ทำให้มีความสุขลดลงและไม่สามารถทำ กิจกรรมทางด้านสังคมได้เหมือนคนทั่วไป จึงเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย เหงื่อ หมดแรง ขาดความกระตือรือร้น กิจกรรมดังกล่าว ส่งเสริมทำให้บุคลากรไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพได้ 3) ควรเพิ่มอัตราเงินเดือน ค่าเวรค่าตอบแทนหรือสวัสดิการอื่นๆ เพราะว่า ค่าตอบแทนเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตของพยาบาลวิชาชีพเนื่องจากใช้แลกเปลี่ยนสิ่งต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทุกคนจึงมุ่งทำงานเพื่อให้ได้รับรายได้เพียงพอกับการครองชีพตามสถานะทางสังคมของแต่ละคน การได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสมจะเป็นการกระตุ้นให้บุคลากรมีขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาลที่ดี

1.5 พยาบาลมีการรับรู้สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล ด้านสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และพยาบาลอยู่ในระดับดี อธิบายได้ว่าโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่มีค่านิยมขององค์กร คือ CQIT (มุ่งเน้นผู้รับบริการ ทำงานมีคุณภาพ ชีพชาบนวัตกรรม คุณธรรมคู่ความดี และทีมสามัคคีมีผลงาน) เป็นเพราะว่า โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่มีการทำงานประสานระหว่างทีมแพทย์ พยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และการทำงานในระบบสุขภาพที่ต้องทำงานเกี่ยวข้องกับบุคลากรภายในกลุ่มและนอกกลุ่มจึงมีความจำเป็นที่จะต้องใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเข้ามาช่วยในการทำงานเพราะสัมพันธภาพที่ดีเป็นพลังแฝงในการปฏิบัติงาน ช่วยทำให้ทุกคนปฏิบัติงานร่วมกันอย่างมีความสุข เกิดความเชื่อใจ มั่นใจ และช่วยเหลือเกื้อกูล มีความรู้สึกอยากทำงานตลอดไป ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม 1) ควรจัดประชุมประจำเดือนระหว่างแพทย์และพยาบาล เพราะว่า กิจกรรมดังกล่าว ส่งเสริมทำให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพและต่อเนื่อง มีการประชุมในเรื่องโรค แผนการรักษาในผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพและมีความต่อเนื่อง¹⁵ 2) ควรจัดกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และหน่วยงานต่างๆ ซึ่งการประชุมหรือเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและแพทย์ที่จะทำให้การประสานความร่วมมือในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยดำเนินไปด้วยดีและมีคุณภาพ

ข้อสรุปและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาลได้มีโอกาสที่จะเข้าร่วมเสนอแนะข้อคิดเห็นและตัดสินใจในเชิงนโยบายพร้อมร่วมวางแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาล ควรมีการจัดประชุมผู้บริหารพบปะบุคลากร
2. มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากร และแผนการปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติให้มีความทันสมัย รวมทั้งควรส่งเสริมการอบรม การเพิ่มทุนในการอบรมเฉพาะทางและการศึกษาเรียนต่อปริญญาโท-เอก
3. จัดอบรมเพื่อพัฒนาและอบรมภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
4. จัดอัตรากำลังให้มีความเหมาะสมกับภาระงานของแต่ละงานการพยาบาลและแต่ละหอผู้ป่วย เพิ่มการบรรจุแต่งตั้งตำแหน่ง เพิ่มขึ้นเงินเดือน หรือเงินตอบแทนในการปฏิบัติงาน
5. มีการจัดประชุมปรึกษาหารือในเรื่องโรคและแผนการรักษา ร่วมกับแพทย์ ควรมีการจัดกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพร่วมกันกับแพทย์

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ควรมีการศึกษาเพื่อจัดโครงการในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลในด้านต่างๆ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์ และ ผศ.ดร. เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล รวมถึงคณาจารย์ สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาลทุกท่านที่ได้ให้คำปรึกษา ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งนี้ ทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี



เอกสารอ้างอิง

1. ดุษฎีนิย ยศทอง. ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลและแนวทางการแก้ไข: การจัดการปัจจัยระดับบุคคล. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม 2562 ; 20(38) : 134-143.
2. อรุณรัตน์ คันทธา. ผลกระทบและทางออกของการขาดแคลนกำลังคนทางการพยาบาลในประเทศไทย. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2557 ; 32(1) : 81-90.
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). สถิติสาธารณสุข 2559. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
4. องค์การอนามัยโลก. (2560). ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างไทยและองค์การอนามัยโลก พ.ศ.2560-2564 . นนทบุรี : องค์การอนามัยโลกไทย
5. วิจิตร ศรีสุพรรณ, กฤษดา แสงวดี. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. วารสารสมาการพยาบาล 2555 ; 27(1) : 5-12.
6. ลดาวัลย์ จันทร์แจ่ม, บุญทิพย์ สิริรังศรี. คุณภาพการบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ หอผู้ป่วยพิเศษโรงพยาบาลตรวด. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2557 ; 31(4) : 281-296.
7. Bogaert, P. V., Heusden, D. V., Timmermans, O., Franck, E. Nurse work engagement impacts job outcome and nurse-assessed quality of care: Model testing with nurse practice environment and nurse work characteristics as predictors. *Frontiers in Psychology* 2014 ; 5 : 1-11.
8. Lake, E. T. Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health* 2002 ; 25 : 176-188.
9. ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. (2561). แบบรายงานการประเมินตนเอง การตรวจเยี่ยมเพื่อรับรองคุณภาพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ปี 2562 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
10. รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์:แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2561.
11. Nantasupawat, A. The predictive ability of the nurses' work environment and nurse staffing levels for nurse and patient outcomes in public hospitals (Unpublished doctoral dissertation). Chiang Mai University, Thailand ; 2011
12. Alharbi, A. A. The impact of nurse work environment on nurse outcomes, nurse-preceived quality of care and patient safety in Saudi Arabia (Unpublished master's thesis). The University of British Columbia ; 2018
13. Ambani, Z. A. (2017). The nursing practice environment and job outcomes in Saudi hospitals (Dotoral dissertation). Publicly Accessible Penn Dissertations. Retrieved from <https://repository.upenn.edu/edissertations/2165>
14. Nantasupawat, A., Kunaviktikul, W., Nantasupawat, R., Wichaicham, O. A., Theienthong, H., & Poghosyan, L. Effects of nurse work environment on job dissatisfaction, burnout, intention to leave. *International Council of Nurses* 2017 ; 64(1) : 91-98.
15. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่21. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2551.

Epidermiology of ocular injury in Somdejphrajaotaksinmaharaj Hospital

Pattana Poopattanakul, M.D.*

Abstract

Introduction : Ocular injury is one of major causes of monocular visual impairment and blindness worldwide. The epidermiology of ocular injuries varies in different parts of the world and different age groups, and depends on many factors including occupation, environment, lifestyle, and socioeconomic status.

Objectives : To determine demographics, clinical characteristics, and factors associated ocular injury, and to identify risk factors and clinical predictors of visual impairment due to ocular trauma.

Methods : Medical records of 892 patients with ocular trauma from October 2014 to September 2019 at Somdejphrajaotaksinmaharaj Hospital were retrospectively reviewed. The demographic data and characteristics of each patient were collected. The risk factors associated with visual impairment and blindness was analyzed using chi-square test and binary logistic regression analysis.

Results : A total of 892 injured patients were included, of which 647 (72.5%) were male with mean age of 39.75 ± 17.09 years, and 39.5% of patients were agriculturist. Most injuries were due to work-related accidents. Upon presentation to the hospital, 61% of patients had a best-corrected visual acuity better than 20/60 in the injured eye. There were 729 patients (81.7%) who were examined at follow-up clinic, 13.4% of patients had visual acuity worse than 20/60 to 20/400 and 3.3% had visual acuity worse than 20/400. Visual impairment and blindness were associated with age group ($p = 0.011$), male gender (OR 1.88; 95%CI=1.11-3.16, $p = 0.017$), agricultural occupation (OR 7.66; 95%CI=1.02-57.61, $p = 0.001$), and work-related injury (OR 2.06; 95%CI=1.61-6.97, $p = 0.003$).

Conclusions : Ocular injury was common occurrence in adult males and usually due to work-related activities. The prevalence of visual impairment and blindness of injured eye were 13.4% and 3.3%, respectively. These findings suggest the need for educational and preventive strategies to increase eye health awareness to reduce incidence of visual loss due to trauma in the future.

Keywords : Ocular injury, Ocular trauma, Visual impairment

* Ophthalmologist, Department of Ophthalmology, Somdejphrajaotaksinmaharaj Hospital



การศึกษาผู้ป่วยอุบัติเหตุทางตาที่ได้รับการรักษา ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

พัฒนะ ภูพัฒนะกุล, พ.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ : อุบัติเหตุทางตาเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียสมรรถภาพในการมองเห็น และถึงแม้การสูญเสียสายตาจากอุบัติเหตุจะเป็นภาวะที่สามารถป้องกันได้ แต่ก็ยังคงถือว่าเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลกที่พบได้บ่อย สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุทางตานั้นมีความแตกต่างกันไปตามอายุ เพศ อาชีพของประชากร และสภาพแวดล้อม ในแต่ละพื้นที่

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาข้อมูลทางระบาดวิทยาของการเกิดอุบัติเหตุทางตา และวิเคราะห์ปัจจัยทางประชากรที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสูญเสียสายตาจากอุบัติเหตุ

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา โดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางตาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชและได้รับการตรวจรักษาโดยจักษุแพทย์ ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2557 จนถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2562 และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะสูญเสียสายตาจากการเกิดอุบัติเหตุด้วยสถิติ Chi-square test และ Binary logistic regression analysis

ผลการศึกษา : จากการศึกษาผู้ป่วย จำนวน 892 คน พบว่า เป็นเพศชาย จำนวน 647 คน (ร้อยละ 72.5) เพศหญิง 245 คน (ร้อยละ 27.5) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 39.75 ± 17.09 ปี และผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 39.5) สาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุมาจากการทำงาน พบผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 61 มีระดับสายตาแรกรับอยู่ในช่วง 20/20 – 20/60 มีผู้ป่วยที่มาตรวจติดตามและตรวจวัดสายตาหลังการรักษา จำนวน 729 คน (ร้อยละ 81.7) พบความชุกของการเกิดภาวะสูญเสียสายตาข้างที่เกิดอุบัติเหตุทั้งหมด 122 คน เท่ากับร้อยละ 16.7 แบ่งเป็นผู้ป่วยสายตาเลือนราง 98 คน (ร้อยละ 13.4) และผู้ป่วยตาบอดเป็น จำนวน 24 คน (ร้อยละ 3.3) ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยทางประชากรที่สัมพันธ์กับการเกิด ภาวะสูญเสียตาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศชาย (OR 1.88; 95%CI=1.11-3.16, $p = 0.017$) อาชีพเกษตรกร (OR 7.66 ; 95%CI=1.02-57.61, $p = 0.001$) สาเหตุการบาดเจ็บจากการทำงาน (OR 2.06 ; 95%CI=1.61-6.97, $p = 0.003$) และช่วงอายุ ($p = 0.011$) โดยช่วงอายุ 31- 45 ปี (OR 2.59 ; 95%CI=1.33-5.06) และ 46-60 ปี (OR 2.92; 95%CI=1.49-5.71) มีโอกาสเกิดสายตาเลือนรางหรือตาบอดจากอุบัติเหตุมากกว่าช่วงอายุอื่นๆ

สรุป : การเกิดอุบัติเหตุทางตานั้นมักพบในเพศชาย วัยทำงาน และเกิดจากการทำงานเป็นหลักอีกทั้งการเกิดภาวะสูญเสียสายตาจากอุบัติเหตุก็สัมพันธ์กับผู้ป่วยกลุ่มนี้เช่นเดียวกัน โดยพบผู้ป่วยสายตาเลือนรางจากอุบัติเหตุ ร้อยละ 13.4 และพบผู้ป่วยตาบอด ร้อยละ 3.3 ดังนั้น การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางตาแก่ประชาชน รวมถึง การรณรงค์ให้ใช้อุปกรณ์ป้องกันดวงตาขณะทำงานหรือทำกิจกรรมต่างๆ เป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะช่วยลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุทางตา และภาวะสูญเสียสายตาในอนาคตได้

คำสำคัญ : อุบัติเหตุทางตา ภาวะสูญเสียสายตา

* นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

บทนำ

อุบัติเหตุทางตาเป็นปัญหาที่พบบ่อย และเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียสมรรถภาพในการมองเห็น และถึงแม้การสูญเสียสายตากรณีอุบัติเหตุจะเป็นภาวะที่สามารถป้องกันได้ แต่อุบัติเหตุทางตาก็ยังคงถือว่าเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก จากรายงานองค์การอนามัยโลกเมื่อปีพ.ศ. 2541 พบผู้ป่วยตาบอดทั้งสองข้างจากอุบัติเหตุประมาณ 1.6 ล้านคนทั่วโลก ตาบอดหนึ่งข้างจากอุบัติเหตุ 19 ล้านคน และพบผู้ป่วยสายตาดำมืดทั้งสองข้างจากอุบัติเหตุประมาณ 2.3 ล้านคน¹ จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อปีพ.ศ. 2548² มีรายงานผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางตาในแต่ละปีประมาณ 2 ล้านคน และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยประมาณ 40,000 คนที่ต้องสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร

การเกิดอุบัติเหตุทางตานั้นพบได้ในทุกเพศทุกวัย และพบบ่อยในประเทศที่กำลังพัฒนามากกว่าในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว จากการศึกษาพบว่าในประเทศกำลังพัฒนา มีผู้ป่วยตาบอดจากอุบัติเหตุทางตาประมาณ 75 คน ต่อประชากรแสนคนต่อปี ในขณะที่ประเทศพัฒนาแล้วพบผู้ป่วยตาบอดจากอุบัติเหตุทางตาประมาณ 9 คนต่อประชากรแสนคนต่อปี³ นอกจากนี้การเกิดอุบัติเหตุทางตายังส่งผลให้ผู้ป่วยต้องหยุดงานหรือสูญเสียความสามารถในการทำงาน อีกทั้งต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจจำนวนมาก

สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุทางตานั้นมีความแตกต่างกันไปตามอายุ เพศ สภาพแวดล้อม อาชีพ และการทำงานของประชากรในแต่ละพื้นที่⁴⁻⁷ สำหรับโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ประจำจังหวัดตากที่ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคทางตาในเขตอำเภอเมืองตาก และรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนจากอำเภอใกล้เคียงนั้น ยังไม่เคยมีการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการกระจายของประชากรและสาเหตุที่พบบ่อยของการเกิดอุบัติเหตุทางตามาก่อน ถึงแม้จะมีการศึกษาข้อมูลจากพื้นที่อื่นในประเทศไทย แต่ลักษณะทางประชากร อาชีพการงานของประชากร และสภาพแวดล้อมในแต่ละจังหวัดก็มีความแตกต่างกับจังหวัดตาก

ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลทางระบาดวิทยาของการเกิดอุบัติเหตุทางตา และวิเคราะห์ปัจจัยทางประชากรที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสูญเสียสายตากรณีอุบัติเหตุ เพื่อประโยชน์ในการนำข้อมูลมาใช้พัฒนาแนวทางการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางตาของประชากรจังหวัดตาก และลดอุบัติเหตุการสูญเสียสายตากรณีอุบัติเหตุต่อไปในอนาคต

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) โดยผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บทางตาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก ซึ่งได้รับการตรวจรักษาโดยจักษุแพทย์ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2557 จนถึงกันยายน พ.ศ. 2562 โดยข้อมูลดังกล่าวประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ สาเหตุของการบาดเจ็บ ประวัติการดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์ขณะเกิดเหตุ ช่วงเวลาที่เกิดเหตุ ระยะเวลาตั้งแต่เกิดเหตุจนมาถึงโรงพยาบาล ผลการวินิจฉัยและการรักษา รวมถึงระดับสายตาแรกรับและระดับสายตาเมื่อมาตรวจติดตามหลังจากสิ้นสุดการรักษาแล้วที่ 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาศึกษาถึงการกระจายของประชากรและสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุทางตาที่พบบ่อย โดยแสดงค่าเป็นจำนวนและร้อยละ และวิเคราะห์หาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะสูญเสียสายตากรณีอุบัติเหตุ ด้วยการคำนวณทางสถิติ Chi-square test และ Binary logistic regression analysis โดยการศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช เลขที่โครงการ 2/2563

ในการศึกษานี้ได้แบ่งระดับสายตาที่ผิดปกติตามคำกัตความขององค์การอนามัยโลก⁸ เมื่อตรวจวัดระดับสายตาด้วย Snellen's chart ดังนี้

1) สายตาดำมืด (Visual impairment) หมายถึง ระดับสายตาเมื่อแก้ไขด้วยแว่นแล้วอยู่ในระดับน้อยกว่า 20/60 (หรือ 6/18) ลงไปจนถึง 20/400 (หรือ 3/60) โดยแบ่งเป็น 2 ความรุนแรง ได้แก่ สายตาดำมืดปานกลาง (Moderate visual impairment) คือระดับสายตาที่น้อยกว่า 20/60 ไปจนถึง 20/200 และสายตาดำมืดรุนแรง (Severe visual impairment) คือระดับสายตาที่น้อยกว่า 20/200 ไปจนถึง 20/400

2) ตาบอด (Blindness) หมายถึง ระดับสายตาเมื่อแก้ไขด้วยแว่นแล้วอยู่ในระดับน้อยกว่า 20/400 ลงไปจนกระทั่งมองไม่เห็นแสงสว่าง



ดังนั้นในการศึกษานี้ ผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียการมองเห็น จึงหมายถึงเมื่อผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาสายตาด้วยแว่นแล้ว ระดับสายตาข้างนั้นอยู่ในระดับที่น้อยกว่า 20/60 ลงไปจนถึงมองไม่เห็นแสงสว่าง

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยอุบัติเหตุทางตา มีจำนวนทั้งสิ้น 892 คน แบ่งเป็นเพศชาย 647 คน (ร้อยละ 72.5) และเพศหญิง 245 คน (ร้อยละ 27.5) ดังตารางที่ 1 โดยพบว่าผู้ป่วยเพศชายมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยเพศหญิงในทุกช่วงอายุ ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางตาในการศึกษานี้ มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 39.75 ± 17.09 ปี (ช่วงอายุตั้งแต่ 2-97 ปี) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31-45 ปี (ร้อยละ 33.9) และประกอบอาชีพเกษตรกรรมจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 39.5) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูล	จำนวน (ราย) (N = 892)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	647	72.5
หญิง	245	27.5
อายุ (ปี)		
0 – 15	65	7.3
16 – 30	192	21.5
31 – 45	302	33.9
46 - 60	239	26.8
61 – 75	81	9.1
> 75	13	1.5
อาชีพ		
เกษตรกรรม	352	39.5
รับจ้างทั่วไป	231	25.9
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	108	12.1
งานก่อสร้าง/แรงงาน/กรรมกร	69	7.7
นักเรียน/นักศึกษา	64	7.2
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/เกษียณ	40	4.5
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	28	3.1

ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุของการบาดเจ็บทางตานั้นเกิดจากอุบัติเหตุจากการทำงานมากที่สุด จำนวน 566 คน (ร้อยละ 63.5) รองลงมา ได้แก่ อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์จำนวน 168 คน (ร้อยละ 18.8) อุบัติเหตุจากการเล่นหรือการละเล่น (ร้อยละ 5.4) จากการถูกทำร้ายร่างกาย (ร้อยละ 3.9) อุบัติเหตุจากสาเหตุอื่นที่ไม่สามารถจัดหมวดหมู่ได้ เช่น ดินสอที่มตาตนเอง (ร้อยละ 3.5) อุบัติเหตุจากกิจกรรมภายในบ้านหรืองานบ้าน (ร้อยละ 3.3) อุบัติเหตุจากการเล่นกีฬา (ร้อยละ 1.0) จากการถูกสัตว์ทำร้าย (ร้อยละ 0.6) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงสาเหตุของการบาดเจ็บทางตา

สาเหตุของการบาดเจ็บ	จำนวน (ราย) (N = 892)	ร้อยละ
อุบัติเหตุจากการทำงาน	566	63.5
เศษวัสดุ/ผงโลหะ	165	18.5
เศษไม้/กิ่งไม้	112	12.6
เครื่องตัดหญ้า	104	11.7
เศษหิน/หินกระเด็นเข้าตา	52	5.8
ลวด/เชือก	49	5.5
ตะปู/สังกะสี/วัสดุก่อสร้าง	31	3.5
วัสดุเกษตรกรรมอื่นๆ	25	2.8
สารเคมี	18	2.0
ความร้อน/ไฟ	10	1.1
อุบัติเหตุจราจร	168	18.8
รถจักรยานยนต์	117	13.1
รถยนต์	31	3.5
อื่นๆ	20	2.2
อุบัติเหตุจาก खेल/การละเล่น	48	5.4
ปืนอัดลม	8	0.9
หนังยาง	12	1.4
พลุ/ประทัด	7	0.8
खेलเด็ก	11	1.2
อื่นๆ	10	1.1
ถูกทำร้ายร่างกาย	35	3.9
ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย	27	3.0
กระสุนปืน	3	0.3
อาวุธอื่นๆ	5	0.6
อุบัติเหตุจากกิจกรรมภายในบ้าน/งานบ้าน	29	3.3
พลัดตก/หกล้ม	21	2.4
อื่นๆ	8	0.9
อุบัติเหตุจากการเล่นกีฬา	9	1.0
ฟุตบอล	5	0.6
ชกมวย	2	0.2
อื่นๆ	2	0.2
อุบัติเหตุจากสัตว์ทำร้าย	5	0.6
อุบัติเหตุจากสาเหตุอื่น ๆ	32	3.5

ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุมากที่สุดอยู่ในช่วงเวลา 8.01 น. - 16.00 น. (ร้อยละ 54.8) มีผู้ป่วยที่มีประวัติ ตี๋มแอลกอฮอล์ หรือสุราขณะเกิดเหตุ จำนวน 94 คน (ร้อยละ 10.5) และผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการตรวจรักษาภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากเกิดเหตุ (ร้อยละ 60.8) โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยนอก จำนวน 631 คน (ร้อยละ 70.7) และผู้ป่วยใน 261 คน (ร้อยละ 29.3) และจากจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด 261 คน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้เวลาอนรักษาด่วนในโรงพยาบาล 1-3 วัน (ร้อยละ 62.5) ดังตารางที่ 3



ผลการวินิจฉัยที่พบมากที่สุด คือ สิ่งแปลกปลอมที่กระจกตา (Corneal foreign body) จำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 17.8 รองลงมาได้แก่ สิ่งแปลกปลอมที่เยื่อตา (Conjunctival foreign body), เลือดออกใต้เยื่อตา (Subconjunctival hemorrhage) และแผลถลอกที่กระจกตา (Corneal abrasion) คิดเป็นร้อยละ 14.7, 13.5 และ 12.2 ตามลำดับ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดจำนวน 201 คน (ร้อยละ 22.5) และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยไม่ผ่าตัดจำนวน 691 คน (ร้อยละ 77.5) ดังแสดงในตารางที่ 3

ผู้ป่วยที่เกิดอุบัติเหตุทางตาส่วนใหญ่มีระดับสายตารับอยู่ในช่วง 20/20 – 20/60 เป็นจำนวน 590 คน (ร้อยละ 66.1) รองลงมาได้แก่ ระดับสายตาในช่วง <20/60 – 20/200, <20/400, และ <20/200 – 20/400 คิดเป็นร้อยละ 13.3, 11.0 และ 5.4 ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถวัดระดับสายตาได้จากสาเหตุต่างๆ เช่น ผู้ป่วยเด็ก, ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือ จำนวน 37 คน (ร้อยละ 4.1) และเมื่อตรวจวัดระดับสายตาผู้ป่วยหลังจากสิ้นสุดการรักษาแล้ว 2 สัปดาห์ พบว่า มีผู้ป่วยที่มาตรวจติดตามการรักษาและสามารถตรวจวัดสายตาได้ จำนวนทั้งสิ้น 729 คน (ร้อยละ 81.7) ในจำนวนนี้พบว่า มีผู้ป่วยระดับสายตাপกติหรือใกล้เคียงปกติ (ระดับสายตา 20/20 – 20/60) จำนวน 607 คน คิดเป็นร้อยละ 83.3 และมีผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียการมองเห็นทั้งหมด 122 คน (ร้อยละ 16.7) ได้แก่ ผู้ป่วยสายตาเลือนรางปานกลาง จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 9.1 ผู้ป่วยสายตาเลือนรางรุนแรง จำนวน 32 คน หรือร้อยละ 4.4 และมีผู้ป่วยตาบอดเป็นจำนวน 24 คน หรือร้อยละ 3.2 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลทางคลินิก

ข้อมูล	จำนวน (ราย) (N = 892)	ร้อยละ
ช่วงเวลาที่เกิดเหตุ		
00.01 น. – 8.00 น.	74	8.3
8.01 น. – 16.00 น.	489	54.8
16.00 น. – 00.00 น.	329	36.9
ประวัติการดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์ขณะเกิดเหตุ		
ดื่ม	94	10.5
ไม่ดื่ม	798	89.5
ระยะเวลาก่อนมาโรงพยาบาล		
ภายใน 24 ชั่วโมง	542	60.8
1-3 วัน	276	30.9
4-7 วัน	39	4.4
8-14 วัน	29	3.3
ตั้งแต่ 15 วันขึ้นไป	6	0.6
ประเภทผู้ป่วย		
ผู้ป่วยนอก	631	70.7
ผู้ป่วยใน	261	29.3
- จำนวนวันนอน: 1-3 วัน	163	62.5
4-7 วัน	77	29.5
8-14 วัน	19	7.3
ตั้งแต่ 15 วันขึ้นไป	2	0.7

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลทางคลินิก (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (ราย) (N = 892)	ร้อยละ
คำวินิจฉัยโรค		
Corneal foreign body	159	17.8
Conjunctival foreign body	131	14.7
Subconjunctival hemorrhage	120	13.5
Corneal abrasion	109	12.2
Corneal ulcer	86	9.6
Open wound of eyelids and periorbital structures	67	7.5
Ruptured globe	55	6.2
Traumatic hyphema	36	4.0
Traumatic cataract	29	3.3
Retinal detachment	26	2.9
Traumatic glaucoma	21	2.4
Traumatic optic nerve neuropathy	19	2.1
Burn and corrosions	16	1.8
Others	18	2.0
การรักษา		
รักษาโดยการผ่าตัด (Surgical treatment)	201	22.5
รักษาโดยไม่มีการผ่าตัด (Non-surgical treatment)	691	77.5
ระดับสายตาแรกรับของตาข้างที่บาดเจ็บ		
20/20 – 20/60	590	66.1
< 20/60 – 20/200	119	13.3
< 20/200 – 20/400	48	5.4
< 20/400	98	11.0
วัดสายตาไม่ได้	37	4.2
ระดับสายตาหลังรักษา		
20/20 – 20/60	607	68.0
< 20/60 – 20/200	66	7.4
< 20/200 – 20/400	32	3.6
< 20/400	24	2.7
วัดสายตาไม่ได้/ไม่ได้มาติดตามการรักษา	163	18.3

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของประชากรกับการเกิดภาวะสูญเสียสายตจากการเกิดอุบัติเหตุ (ตารางที่ 4) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะสายตาเลือนรางหรือตาบอดจากอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศชาย (OR 1.88; 95%CI=1.11-3.16, p=0.017), อาชีพเกษตรกร (OR 7.66; 95%CI=1.02-57.61, p=0.001), สาเหตุการบาดเจ็บที่เกิดจากการทำงาน (OR 2.06; 95%CI=1.61-6.97, p=0.003) และช่วงอายุ (p=0.011) โดยช่วงอายุ 31-45 ปี (OR 2.59; 95%CI=1.33-5.06) และ 46-60 ปี (OR 2.92; 95%CI=1.49-5.71) มีโอกาสเกิดสายตาเลือนรางหรือตาบอดจากอุบัติเหตุมากกว่าช่วงอายุอื่นๆ ส่วนประวัติการดื่มสุราขณะเกิดเหตุ, ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติเหตุ และระยะเวลาก่อนมาถึงโรงพยาบาลนั้นไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสูญเสียสายตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับภาวะสายตาสั้นหรือตาบอดจากอุบัติเหตุ จากจำนวนผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาและตรวจวัดสายตาทั้งหมด 729 คน (N=729)

ปัจจัยที่ต้องการศึกษา	จำนวน (%)	สายตาสั้นหรือตาบอด		P-value	Odd ratio (95% CI)
		ไม่พบ จำนวน (%)	พบ จำนวน (%)		
เพศ				0.017	
ชาย	554 (76.0)	451 (81.4)	103 (18.6)		1.88 (1.11-3.16)
หญิง	175 (24.0)	156 (89.1)	19 (10.9)		1
อายุ (ปี)				0.011	
≤ 30	147 (20.2)	135 (91.8)	12 (8.2)		1
31 – 45	256 (35.1)	208 (81.3)	48 (18.8)		2.59 (1.33-5.06)
46 - 60	233 (32.0)	185 (79.4)	48 (20.6)		2.92 (1.49-5.71)
> 60	93 (12.7)	79 (84.9)	14 (15.1)		1.99 (0.88-4.52)
อาชีพ				0.001	
รับราชการ/พนักงานประจำ	26 (3.6)	25 (96.2)	1 (3.8)		1
รับจ้างทั่วไป	209 (28.7)	173 (82.8)	36 (17.2)		5.20 (0.68-39.64)
งานก่อสร้าง/แรงงาน/กรรมกร	60 (8.2)	53 (88.3)	7 (11.7)		3.30 (0.39-28.31)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	85 (11.7)	74 (87.1)	11 (12.9)		3.72 (0.46-30.25)
เกษตรกร	273 (37.4)	209 (76.6)	64 (23.4)		7.66 (1.02-57.61)
นักเรียน/นักศึกษา	48 (6.6)	46 (95.8)	2 (4.2)		1.09 (0.09-12.59)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/เกษียณ	28 (3.8)	27 (96.4)	1 (3.6)		0.93 (0.06-15.61)
สาเหตุการบาดเจ็บ				0.003	
อุบัติเหตุจากการทำงาน	513 (70.4)	408 (79.5)	105 (20.5)		2.06 (1.61-6.97)
อุบัติเหตุจากรถ	114 (15.6)	105 (92.1)	9 (7.9)		0.69 (0.17-2.73)
อุบัติเหตุจากกิจกรรมภายในบ้าน	21 (2.9)	20 (95.2)	1 (4.8)		0.40 (0.04-4.15)
อุบัติเหตุจากการเล่น/เล่นกัน	25 (3.4)	7 (70.0)	3 (30.0)		0.92 (0.17-5.02)
ถูกทำร้ายร่างกาย	27 (3.7)	24 (88.9)	3 (11.1)		0.33 (0.32-3.44)
อุบัติเหตุจากสาเหตุอื่นๆ	29 (4.0)	26 (89.7)	3 (10.3)		1
ประวัติการดื่มสุราระยะเกิดเหตุ				0.307	
ไม่ดื่ม	663 (90.9)	555 (83.7)	108 (16.3)		1
ดื่ม	66 (9.1)	52 (78.8)	14 (21.2)		1.38 (0.74-2.59)
ช่วงเวลาที่เกิดเหตุ				0.552	
00.01 น. – 8.00 น.	66 (9.1)	58 (87.9)	8 (12.1)		1
8.01 น. – 16.00 น.	380 (52.1)	316 (83.2)	64 (16.8)		1.47 (0.66-3.22)
16.00 น. – 00.00 น.	283 (38.8)	233 (82.3)	50 (17.7)		1.56 (0.69-3.46)
ระยะเวลาก่อนมารพ.				0.070	
ภายใน 24 ชั่วโมง	473 (64.9)	384 (81.2)	89 (18.8)		1
1-3 วัน	182 (25.0)	154 (84.6)	28 (15.4)		1.28 (0.80-2.03)
4-7 วัน	39 (5.3)	36 (92.3)	3 (7.7)		0.46 (0.13-1.59)
ตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป	35 (4.8)	33 (94.3)	2 (5.7)		0.33 (0.08-1.47)

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการกระจายของประชากรที่ได้รับอุบัติเหตุทางตา และสาเหตุที่พบได้บ่อยรวมถึงระดับสายตาค่อนและหลังได้รับการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางตาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก

จากผลการศึกษาพบว่า อุบัติเหตุทางตาสามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยทุกเพศ และทุกช่วงอายุ ตั้งแต่วัยเด็กไปจนถึง ผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่เกิดอุบัติเหตุทางตาสวนมากมักเป็นเพศชาย โดยมีอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 2.6 ต่อ 1 ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ^{5-7,9-10} และผลการศึกษาครั้งนี้ยังแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเพศชายมีโอกาสสูญเสียสายตากรณีอุบัติเหตุได้มากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยชายมักทำงานประเภทที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุที่รุนแรงมากกว่า เช่น การทำงานที่ใช้อุปกรณ์ เครื่องมือ หรือเครื่องจักรต่างๆ งานก่อสร้างหรืองานที่ใช้กำลังมาก รวมถึงวิถีชีวิต อุบัติเหตุ การขับขี่ยานพาหนะ หรือเล่นกีฬาที่ใช้ความเร็วสูง และมีความรุนแรงมากกว่าเพศหญิง

สาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ สาเหตุจากการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับช่วงอายุที่พบบ่อย คือ อายุ 31-60 ปี ที่เป็นวัยทำงานและช่วงเวลาที่เกิดเหตุก็มักจะอยู่ในช่วงเวลาทำงาน คือ 8.00-16.00 น. โดยสาเหตุและช่วงอายุดังกล่าว นั้นมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อภาวะสูญเสียสายตากรณีอุบัติเหตุ ซึ่งจากการศึกษาในหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางตาจากการทำงานมากกว่าร้อยละ 90 ไม่ได้มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันดวงตาขณะทำงาน¹¹⁻¹⁴ ซึ่งเป็นเหตุผลหลักที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บที่ดวงตาได้ ซึ่งพบได้ตั้งแต่การบาดเจ็บเล็กน้อย เช่น เศษผง เศษวัสดุต่างๆ กระเด็นเข้าตา เชือกหรือลวดบาดดวงตา สารเคมีเข้าตา ไปจนถึงการบาดเจ็บที่รุนแรงขึ้นจนต้องได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งมักเกิดจากวัสดุที่มีความแรงและความเร็วสูง กระแทกบริเวณดวงตา เช่น การใช้เครื่องมือ เลื่อยไฟฟ้า หรือเครื่องตัดหญ้าไปโดนเศษวัสดุต่างๆ แล้วกระเด็นมากระแทกตา เป็นต้น

จากการศึกษานี้ พบว่า อาชีพที่เกิดอุบัติเหตุทางตามากที่สุด คือ อาชีพเกษตรกร รองลงมา คือ รับจ้างทั่วไป ซึ่งผลการศึกษาที่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ของประเทศไทย^{6,7} ถ้าเป็นในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑลอาจพบผู้ป่วยที่ทำอาชีพรับจ้างสูงกว่า แต่ในพื้นที่จังหวัดตากนั้นประชากรส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกรเป็นหลัก ไม่ว่าจะเป็นทำนา ทำไร่ ทำสวน ประมงและปศุสัตว์ จึงเป็นผลให้ผู้ป่วยที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชนั้นมีผู้ป่วยที่เป็นเกษตรกรจำนวนมาก รวมถึงลักษณะของการทำงานในพื้นที่เกษตร ซึ่งมักจะต้องมีการใช้เครื่องมือต่างๆ ในการทำงาน จึงมีโอกาสประสบกับวัตถุที่เป็นสาเหตุให้เกิดการบาดเจ็บมากกว่าอาชีพอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นเศษหิน เศษไม้ การใช้เครื่องตัดหญ้า ซึ่งจากการศึกษานี้ พบว่า เศษวัสดุ เศษไม้ การใช้เครื่องตัดหญ้า และเศษหิน เป็นวัตถุจากการทำงานที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บทางตามากที่สุดตามลำดับ นอกจากนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจไม่ได้มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันที่ดวงตาที่เพียงพอขณะทำงานอีกด้วย

สาเหตุที่พบรองลงมา ได้แก่ อุบัติเหตุจราจร ซึ่งมักเกิดจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์เป็นหลักไม่ว่าจะเป็นอุบัติเหตุ รถชนกัน หรือขับขี่รถจักรยานยนต์ล้มแล้วดวงตาไปกระแทกกับยานพาหนะหรือวัตถุต่างๆ จากการศึกษาของ Gahlot A และคณะ¹⁵ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บทางตาจากอุบัติเหตุจราจรมักเกิดจากการใช้รถจักรยานยนต์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี มักสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ขณะขับขี่ และไม่ได้สวมหมวกนิรภัย หรืออุปกรณ์ป้องกันดวงตาขณะขับขี่ยานพาหนะ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากเกิดเหตุ และจากการศึกษานี้พบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 29.3 จำเป็นต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และมักใช้เวลาประมาณ 1-7 วัน แต่มีผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 10 ที่ต้องนอนโรงพยาบาลเกินกว่า 7 วัน ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยมีภาวะบาดเจ็บที่รุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ร่วมกับต้องมีการให้ยาการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องมีการหยุดทำงานเป็นเวลานาน ทำให้ต้องสูญเสียรายได้และเศรษฐกิจของตนเองหรือครอบครัวตามมา

จากจำนวนผู้ป่วยที่มาตรวจติดตามวัดระดับสายตาหลังการรักษา จำนวน 729 คน พบว่า มีผู้ป่วยที่ต้องสูญเสียการมองเห็นจากอุบัติเหตุ จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 โดยแบ่งเป็นสายตาลีอนราง ร้อยละ 13.4 และตาบอด ร้อยละ 3.3 ซึ่งเกิดผลเสียต่อความสามารถหรือความคล่องแคล่วในการทำงานและการดำรงชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยบางคนอาจไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสภาพจิตใจของผู้ป่วย รวมถึงบุคคลในครอบครัวอีกด้วย

อย่างไรก็ตาม การศึกษาในครั้งนี้มีข้อจำกัด เนื่องจากมีผู้ป่วยที่ไม่ได้มารับการติดตามการรักษา จำนวน 163 คน (ร้อยละ 18.3) โดยส่วนใหญ่มักเป็นผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บเล็กน้อยหรือมีอาการทางตาดีขึ้นแล้วจึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้มา ตรวจติดตามการรักษา ซึ่งอาจมีผลต่อค่าความชุกของผู้ป่วยที่เกิดภาวะสูญเสียสายตากรณีอุบัติเหตุที่คำนวณได้ และเนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาข้อมูลทางเวชระเบียนย้อนหลังจึงไม่สามารถเก็บข้อมูลบางส่วนได้ ซึ่งอาจส่งผลต่อการวิเคราะห์หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสูญเสียสายตากรณีอุบัติเหตุ เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคทางสายตาหรือมีภาวะสูญเสียสายตาดังแต่ก่อนเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น



สรุป

อุบัติเหตุทางตาเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ จากผลการศึกษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช พบว่าการเกิดอุบัติเหตุทางตานั้นมักเป็นเพศชาย วัยทำงาน และเกิดจากการทำงานเป็นหลัก อีกทั้งการเกิดภาวะสูญเสียการมองเห็นจากอุบัติเหตุก็สัมพันธ์กับผู้ป่วยในกลุ่มนี้เช่นเดียวกัน ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางตาแก่ประชาชน รวมถึงการรณรงค์ให้ใช้อุปกรณ์ป้องกันดวงตาขณะทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ เป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะช่วยลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุและภาวะสูญเสียสายตาคงในอนาคตได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์โยธิน จินดาหลวง หัวหน้าแผนกจักษุวิทยา โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช และแพทย์หญิงวรรณิตา จิตต์การุญ รวมถึงบุคลากรในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชทุกท่าน ที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- 1.Negrel AD, Thylefors B. The global impact of eye injuries. *Ophthalmic epidemiology*. 1998;5(3):143-69.
- 2.Mcgwin G, Xie A, Owsley C. Rate of eye injury in the United States. *Archives of ophthalmology*. 2005;123(7):970-6.
- 3.Negrel AD. Magnitude of eye injuries worldwide. *J Comm Eye Health*. 1997;10(24):49-53.
- 4.Ihesiulor GC, Ahuama OC, Onyeachu CC, Ubani UA, Timothy CO, Anonaba C, Ezeigbo A, Ebere A, Ndukauba S. Prevalence of Ocular Trauma among Paediatrics and Geriatrics: A Hospital based Study in Abia State Nigeria. *Journal of the Nigerian Optometric Association*. 2018;20(1):70-6.
- 5.Pandita A, Merriman M. Ocular trauma epidemiology: 10-year retrospective study. *Journal of the New Zealand Medical Association*. 2012;125:61-9.
- 6.Kampitak K. ocular injury in Thammasat hospital. *Thai Journal of public Health Ophthalmology*. 2000 Jan;14(1):19-24.
- 7.Mahasuverachai K. Prevalence of eye injury in Mukdaham hospital. *Srinagarind Medical Journal*. 2017;32(1):17-23.
- 8.Pizzarello L, Abiose A, Ffytche T, Duerksen R, Thulasiraj R, Taylor H, Faal H, Rao G, Kocur I, Resnikoff S. VISION 2020: The Right to Sight: a global initiative to eliminate avoidable blindness. *Archives of ophthalmology*. 2004;122(4):615-20.
- 9.Sintuwong S, Srichantapong S, Narinpaikit W. Epidemiology of hospitalized eye injuries in Mettapracharak Hospital. *Thai J Ophthalmol*. 2008;22:111-7.
- 10.Wang JD, Xu L, Wang YX, You QS, Zhang JS, Jonas JB. Prevalence and incidence of ocular trauma in North China: the Beijing Eye Study. *Acta ophthalmologica*. 2012;90(1):61-7.
- 11.Chaikitmongkol V, Leeungurasatien T, Sengupta S. Work-related eye injuries: important occupational health problem in northern Thailand. *The Asia-Pacific Journal of Ophthalmology*. 2015;4(3):155-60.
- 12.Cao H, Li L, Zhang M. Epidemiology of patients hospitalized for ocular trauma in the Chaoshan region of China, 2001–2010. *PLoS one*. 2012;7(10).
- 13.Jafari AK, Anvari F, Ameri A, Bozorgui S, Shahverdi N. Epidemiology and sociodemographic aspects of ocular traumatic injuries in Iran. *International ophthalmology*. 2010;30(6):691-6.
- 14.Keel S, Xie J, Foreman J, Taylor HR, Dirani M. The prevalence of vision loss due to ocular trauma in the Australian National Eye Health Survey. *Injury*. 2017;48(11):2466-9.
- 15.Gahlot A, Magdum R, Singh M, Kumari P. A study of ocular trauma profile and its visual outcome in road traffic accidents. *National Journal of Medical Research NJMR*. 2015;5(3):211-5.

**The influent of custom-made teaching program to the knowledge and carefulness
of the caregiver of children presented with thalassemia disease
at Sawangdaendin Crown Prince Hospital**

Lawan Tesrean, B.N.S.*

Thantanapa Seesatan, Dip in Nursing Science**

Abstract

Introduction : Thalassemia is one of the most common genetically disease which cause the significant losses of public health and social economy. Due to the complexity of the disease and expensive medical fee leading to medical burden, public health and social economy. At Sawangdaendin Crown Prince Hospital, there were 116, 143 and 171 of thalassemia patients who were admitted since 2017-2019, respectively. However, there were 12 patients required the regularly blood transfusion while 10 patients were presented with iron overload.

Objective : To investigate the knowledge and carefulness of caregiver after apply the custom-made teaching program.

Methods : This research was quasi – experiment research based only single group of caregiver which their improvement of knowledge score and carefulness score will be compared after apply teaching program. The caregiver was chosen based on purposive sampling criteria such the caregiver must be get an appointment at department of pediatrics at Sawangdaendin Crown Prince Hospital during January to April 2020 for 15 people. The test and questionnaire for evaluation of knowledge score and carefulness score of caregiver will be analyzed by using statistics, percentage, mean and standard deviation and Paired Samples T Test.

Results : The result found that most of the caregivers are paternal relationship with the average 45.93 years old (S.D.=15.38). Additionally, most of them are primary educational background therefore the average monthly income is quite low (3,000-6,000 THB). While, the children who presented with thalassemia have the average 8.67 years old (S.D.= 6.67) and time for acquired iron chelating drugs is 25.44 month (S.D.=5.57). The knowledge score shown the significantly higher with 12.13 (S.D.=1.95) and 13.86 (S.D.=1.12) either before or after apply teaching program ($P - value < 0.05$). Consistency with the carefulness score which indicating the significantly improvement with 12.13 (S.D.=1.95) and 13.86 (S.D.=1.12) either before or after apply teaching program ($P - value < 0.05$).

Conclusions : Our custom-made teaching program can help to improve the knowledge and carefulness of the caregiver. Since, the teaching program include the information involving in the basic knowledge of thalassemia disease such as cause, symptom, treatment, complications and also emphasizing how to do the proper care. Furthermore, we also design the teaching program according to patients' appointment by giving the teaching manual even before an appointment.

Keyword : Thalassemia anemia, Knowledge, Behavior

*Registered nurse, Professional Level, Pediatric Department, Sawangdaendin Crown Prince Hospital

**Registered nurse, Professional Level, Pediatric Department, Sawangdaendin Crown Prince Hospital



ผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

ลาวัลย์ เทศน์เรียน, พย.บ.*
ธัญรนาภา สีสถาน, ป.พ.ส.**

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคโลหิตจางธาลัสซีเมียเป็นโรคทางพันธุกรรมที่พบบ่อย เป็นปัญหาสำคัญทั้งทางสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมที่ยากต่อการบริหารจัดการเนื่องจากมีลักษณะของโรคที่ซับซ้อน และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเด็กป่วยที่ค่อนข้างสูง เป็นภาระหนักทางการแพทย์ สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน มีผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียเข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยในปี 2560 – 2562 จำนวน 116 ครั้ง 143 ครั้ง และ 171 ครั้ง ตามลำดับ ในจำนวนผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว มีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องมารับเลือดประจำ 12 คน ได้รับเลือดจนมีภาวะเหล็กเกิน 10 คน

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสอนต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสอน

วิธีการศึกษา : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ออกแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสอนที่ผู้วิจัยได้ออกแบบขึ้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ที่เข้ารับการรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ในระหว่างเดือน มกราคม 2563 ถึง เดือน เมษายน 2563 จำนวน 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย และโปรแกรมการสอน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired Samples T Test

ผลการศึกษา : ผู้ดูแลเด็กป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบิดามารดา อายุเฉลี่ย 45.93 ปี (S.D.=15.38) ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือนค่อนข้างน้อย (3,000-6,000 บาท) ผู้ป่วยเด็กมีอายุเฉลี่ย 8.67 ปี (S.D.=6.67) ระยะเวลาที่รักษาโดยการให้ยาขับเหล็กเฉลี่ย 25.44 เดือน (S.D.=5.57) ระดับความรู้ของผู้ดูแลเด็กก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสอนอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 12.13 (S.D.=1.95) และ 13.86 (S.D.=1.12) ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P - value < 0.05$) และระดับพฤติกรรมการดูแลเด็กก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสอนอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเด็กเท่ากับ 2.55 (S.D.=0.23) และ 2.67 (S.D.=0.16) ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P - value < 0.05$)

สรุป : โปรแกรมการสอนที่เน้นให้ผู้ดูแลมีความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ การรักษา และภาวะแทรกซ้อน รวมถึงเน้นการมีพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสม และออกแบบให้สอดคล้องกับระยะเวลานัดหมายผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยใน รวมถึงเน้นการประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่บ้านในช่วงก่อนมารับบริการตามแพทย์นัด และการจัดทำคู่มือให้ความรู้ และสื่อภาพพจนานุกรมประกอบการสอน ซึ่งสามารถสร้างการเรียนรู้ให้ผู้ดูแลเด็กได้ ทำให้มีระดับความรู้สูงขึ้น และมีพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยได้ดีขึ้น

คำสำคัญ: โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ความรู้ พฤติกรรมการดูแล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน



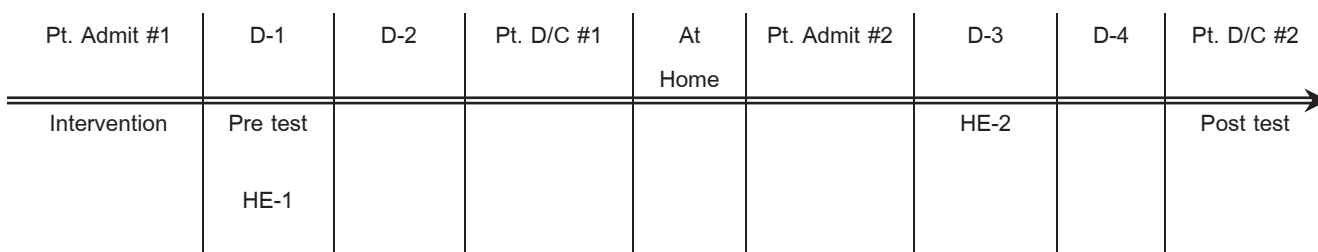
บทนำ

โรคโลหิตจางธาลัสซีเมียเป็นโรคทางพันธุกรรมที่พบบ่อยที่สุดในโลก และในประเทศไทย เป็นปัญหาสำคัญทั้งทางสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม ที่ยากต่อการบริหารจัดการเนื่องจากมีลักษณะของโรคที่ซับซ้อน และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเด็กป่วยที่ค่อนข้างสูง จึงเป็นภาระหนักทางการแพทย์ ทางสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ¹ โรคโลหิตจางธาลัสซีเมียสามารถแบ่งกลุ่มตามระดับความรุนแรงได้เป็น กลุ่มความรุนแรงมาก (Sever) ปานกลาง (Moderate) ความรุนแรงน้อย (Mild) และไม่มีอาการ (Asymptomatic) โดยปัจจัยในการแบ่งกลุ่มประกอบด้วย อาการทางคลินิก (Clinical) ระดับความเข้มข้นของเลือดในภาวะปกติ (Steady-state hemoglobin level) และชนิดของโรค พาหะหรือภาวะฮีโมโกลบินผิดปกติ (Thalassemia type) ซึ่งการแบ่งกลุ่มโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียตามความรุนแรงของโรค ในบางครั้งได้นำมาใช้เพื่อกำหนดวางแผนการรักษาได้ ดังนี้ กลุ่มที่ 1 Thalassemia major (Transfusion-dependent thalassemia : TDT) หมายถึง กลุ่มโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมาก มีอาการซีดระหว่างอายุ 6 – 24 เดือน ซึ่งจำเป็นต้องให้เลือด ถ้าผู้ป่วยได้รับเลือดเป็นประจำ (regular transfusion) โดยรักษาระดับฮีโมโกลบินให้อยู่ในระหว่าง 9.5 – 10.5 g/dl ร่วมกับการให้ยาขับธาตุเหล็กอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ได้มากกว่า 40 ปี กลุ่มที่ 2 Thalassemia intermedia (Non-transfusion-dependent-thalassemia : NTD) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงน้อยและรุนแรงปานกลางส่วนใหญ่จะได้รับการวินิจฉัยเมื่อมีอายุระหว่าง 2 – 6 ปี อาการซีดจะไม่มากโดยมีความเข้มข้นของเลือดในภาวะปกติประมาณ 7 – 10 g/dl เมื่อมีภาวะการติดเชื้อจะทำให้ซีดลงอาจได้รับเลือดเป็นบางครั้ง (occasional transfusion)²

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน มีผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียเข้ารับบริการในปี 2560 – 2562 จำนวน 116 ครั้ง 143 ครั้ง และ 171 ครั้ง ตามลำดับ³ ในจำนวนผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องมารับเลือดประจำ จำนวน 12 คน ได้รับเลือดจนมีภาวะเหล็กเกินจำนวน 10 คน ซึ่งต้องได้รับการรักษาด้วยการให้ยาขับเหล็กควบคู่กับการให้เลือด จากการทบทวนการให้ยาขับเหล็กในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวยังพบว่ายังมีภาวะเหล็กเกิน (Serum ferritin > 1,000) จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 70 ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่คือผู้ดูแลเด็กยังขาดความรู้ความเข้าใจ ไม่เห็นความสำคัญของการกระตุ้นให้เด็กรับประทานหรือฉีดยาขับเหล็ก ซึ่งจะเห็นได้จากการมีผู้ป่วย จำนวน 7 ราย ยังมียาขับเหล็กเหลือคืนมาในวันนัดถัดไป จำนวน 5 ราย อีกทั้งยังให้บุตรรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น ตับและเลือดสัตว์ เนื่องจากเห็นว่ามีอาการซีด จำนวน 3 ราย เปลี่ยนผู้ดูแลโดยขาดการส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย 2 ราย เป็นต้น ในกลุ่มผู้ป่วยชนิดไม่พึ่งพาเลือด (Non-transfusion-dependent-thalassemia: NTD) เป็นกลุ่มที่มารับเลือดเป็นครั้งคราวเมื่อเกิดภาวะซีด จำนวน 18 คน และส่วนใหญ่พบว่าเด็กมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจที่มาพร้อมกับภาวะซีด ซึ่งในกลุ่มนี้ยังเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดภาวะเหล็กเกินได้หากผู้ดูแลยังขาดความรู้และขาดการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสอนต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย เพื่อเป็นการป้องกันการสะสมเหล็กในร่างกายของผู้ป่วย และสามารถแก้ไขปัญหาค่าความรุนแรงของโรคได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

วิธีการศึกษา (Methods)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) โดยเปรียบเทียบผลการสอนก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสอน ออกแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการจัดโปรแกรมการสอน รายละเอียดตามผังภูมิการวิจัย ดังนี้





โดยที่

Pt. Admit #1 , #2	หมายถึง ผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย เข้ารับการรักษาดำเนินการตามนัด ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2
Pt. D/C #1 , #2	หมายถึง วันที่ผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2
D-1, D-2, D-3, D-4	หมายถึง วันที่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล
At Home	หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก ให้การดูแลที่บ้านก่อนมารับการรักษาตามนัดที่โรงพยาบาล
HE-1, HE-2	หมายถึง โปรแกรมการสอนให้ความรู้และการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ในระหว่างที่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล
Pre test	หมายถึง การประเมินความรู้ และการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียก่อน การเข้าโปรแกรมการสอน
Post test	หมายถึง การประเมินความรู้ และการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ภายหลังการเข้าโปรแกรมการสอน ก่อน D/C

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ที่เข้ารับการรักษาดำเนินการตามนัดที่โรงพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ในระหว่างเดือน มกราคม 2563 ถึง เดือน เมษายน 2563 โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ที่พาเด็กมารับการรักษาที่โรงพยาบาล
2. ผู้ดูแลเด็กสามารถเรียนรู้ และสื่อสารกับผู้วิจัยได้
3. ผู้ดูแลเด็กที่ยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมการสอนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ผู้ดูแลที่ไม่สามารถมาดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล ตลอดระยะเวลาในการรักษา
2. ผู้ดูแลเด็กที่ไม่สามารถนำเด็กเข้ามารับการรักษาตามนัดได้อย่างต่อเนื่อง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้สามารถดำเนินการวิจัยได้ โดยมติของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยในคน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ตามเอกสารรับรองเลขที่ SWDCPH 2019 – 006 รหัสโครงการ 801 / 2562 ระยะเวลาในการรับรองระหว่างวันที่ 30 ตุลาคม 2562 ถึงวันที่ 29 ตุลาคม 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย แบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลระดับบุคคลของผู้ป่วย จำนวน 4 ข้อ ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วย จำนวน 6 ข้อ และข้อมูลระดับบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 11 ข้อ

1.2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ หรือ ไม่ใช่ การตรวจและกำหนดคะแนนของข้อคำถาม หากตอบถูกต้องค่าคะแนนเท่ากับ 1 ตอบผิดได้ค่าคะแนนเท่ากับ 0 จำนวนข้อคำถามในแบบทดสอบจำนวน 15 ข้อ คะแนนสูงสุดเท่ากับ 15 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0

การแปลความหมายคะแนนระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ออกแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์จากการวัดระดับความรู้ของอภิชัย แก้วสมบัติ⁴ คือ

- | | |
|--------------|--|
| ระดับสูง | หมายถึง ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (12 – 15 ข้อ) |
| ระดับปานกลาง | หมายถึง ได้คะแนนร้อยละ 60.0 – 79.9 (9 – 11 ข้อ) |
| ระดับต่ำ | หมายถึง ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.0 ลงมา (0 – 8 ข้อ) |

1.3 แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ซึ่งเป็นคำถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลในด้านการดูแลสุขภาพอนามัยทั่วไป การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การพักผ่อนและการออกกำลังกาย การป้องกันการติดเชื้อ การมาพบแพทย์ตามนัด และการดูแลขณะให้เลือด เป็นการวัดโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด (Close Ended Question) ประกอบไปด้วยข้อคำถามเชิงบวก และเชิงลบ ให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก		ข้อคำถามเชิงลบ	
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้ค่า 3 คะแนน	ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้ค่า 1 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ให้ค่า 2 คะแนน	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ให้ค่า 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้ค่า 1 คะแนน	ไม่เคยปฏิบัติ	ให้ค่า 3 คะแนน

การแปลความหมายคะแนนรวมระดับพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ผู้วิจัยกำหนดระดับพฤติกรรมดูแลเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมดูแลที่ดี ปานกลาง และไม่ดี ในการจัดระดับคะแนนประยุกต์ใช้หลักการสร้างตารางแจกแจงความถี่ ความกว้างของชั้น หาได้ดังนี้

$$\text{ความกว้างชั้น} = \frac{\text{ค่าพิสัย}}{\text{จำนวนชั้นหรือจำนวนระดับของพฤติกรรม}}$$

การแปลความหมายระดับพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย รายข้อ พิจารณาคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามรายข้อ คัดคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) / จำนวนชั้น⁴ สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมดูแลที่ดี ปานกลาง และไม่ดี ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับพฤติกรรมดูแล
1.00 – 1.66	- ระดับไม่ดี
1.67 – 2.32	- ระดับปานกลาง
2.33 – 3.00	- ระดับดี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย และคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย

2.1 โปรแกรมการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย สำหรับการสอนผู้ดูแลเด็กแบบรายบุคคล ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนเนื้อหาความรู้ แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย โดยจัดการสอนในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามนัด แบ่งเนื้อหาการสอนออกเป็น 2 ครั้ง เพื่อให้สอดคล้องกับช่วงเวลาของผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล

ครั้งที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียมีความรู้เรื่องโรค สาเหตุ การเกิดโรค อาการ การรักษา และภาวะแทรกซ้อน รวมถึงเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย มีพฤติกรรมดูแลที่เหมาะสม ส่งเสริมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการดำเนินของโรคที่รุนแรงขึ้นได้

ครั้งที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ในประเด็นของโรค สาเหตุการเกิดโรค อาการ การรักษา และภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการประเมินพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย

2.2 คู่มือการให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย และสื่อภาพพลิกประกอบการสอน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสอนความรู้ และการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ซึ่งประกอบด้วย 1) แผนการสอนความรู้เกี่ยวกับโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย และการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ในประเด็น การดูแลสุขภาพอนามัยทั่วไป การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การพักผ่อนและการออกกำลังกาย การป้องกันการติดเชื้อ การมาพบแพทย์ตามนัด และการดูแลขณะให้เลือด และ 2) คู่มือการให้ความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย และผู้เชี่ยวชาญด้านการออกแบบ



กระบวนการวิจัย จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือในการดำเนินการวิจัยภายหลังที่ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะแล้ว ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้ในการดำเนินการกิจกรรม และเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรู้ และพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย และแบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) พบว่า แบบทดสอบความรู้ มีค่าระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.628 และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแล มีค่าระดับความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.767

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย และข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมการสอน ใช้สถิติ Paired sample t-test

ผลการศึกษา (Results)

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของเด็กป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย จำแนกตามข้อมูลทั่วไป และประวัติการเจ็บป่วย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็ก และประวัติการเจ็บป่วย	จำนวน (n = 15)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	10	66.7
หญิง	5	33.3
อายุ (ปี)		
3 – 6	5	33.3
7 – 10	4	26.7
11 – 14	6	40.0
Mean = 8.67 , S.D. = 3.67 , Min = 3 , Max = 14		
เป็นบุตรในลำดับที่ของครอบครัว		
คนแรก	10	66.7
ช่วงกลาง	3	20.0
คนสุดท้าย	2	13.3
จำนวนพี่น้องบิดา/มารดาเดียวกัน ที่ป่วยด้วยโรคเดียวกัน		
มี	4	26.6
ไม่มี	11	73.3
ชนิดที่ป่วยด้วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย		
ชนิดพึ่งพาเลือดที่ต้องได้รับเลือดเป็นประจำ (TDT)	12	86.6
ชนิดไม่พึ่งพาเลือดที่ได้รับเลือดเมื่อมีอาการซีด (NTDT)	3	13.4
ระยะเวลาที่รักษาโดยการให้ยาขับเหล็ก (เดือน)		
14 – 19	2	20.0
20 – 25	3	30.0
26 – 34	5	50.0
Mean = 25.44 , S.D. = 5.57 , Min = 14 , Max = 34		
ชนิดของยาขับเหล็ก		
ชนิดยาเม็ดรับประทาน GPOL1	5	50.0
ชนิดยาเม็ดรับประทาน Deferasirox (Exjade)	4	40.0
ชนิดยาฉีด Desferoxamine	1	10.0

จากตารางที่ 1 พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 8.67 ปี (S.D.=3.67) เป็นบุตรคนแรก จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 มีพี่น้องที่ป่วยด้วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย คิดเป็นร้อยละ 26.6 ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดที่ต้องได้รับเลือดเป็นประจำ (TDT) จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 86.6 กลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียได้รับยาขับเหล็ก จำนวน 10 คน มีระยะเวลาที่รักษาโดยการให้ยาขับเหล็ก มากกว่า 24 เดือน (Mean = 25.44 เดือน S.D. = 5.57) ส่วนใหญ่ใช้ยาขับเหล็กชนิดยาเม็ดรับประทาน GPOL1 จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย จำแนกตามข้อมูลทั่วไป และประวัติการเจ็บป่วย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล และประวัติการเจ็บป่วย	จำนวน (n = 15)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	2	13.3
หญิง	13	86.7
อายุ (ปี)		
17 – 33	3	20.0
34 – 50	6	40.0
51 – 70	6	40.0
Mean = 45.93 , S.D. = 15.38 , Min = 17, Max = 70		
มีความเกี่ยวข้องกับเด็กโดยเป็น		
บิดา/มารดา/พี่	8	53.4
ปู่-ย่า/ตา-ยาย/ลุง-ป้า/หน้า-อา	7	46.6
เป็นผู้ดูแลเด็กเป็นประจำ		
เป็น	15	100.0
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	9	60.0
มัธยมศึกษา	6	40.0
รายได้ของครอบครัว		
ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน	3	20.0
3,000 – 6,000 บาท/เดือน	9	60.0
6,001 – 9,000 บาท/เดือน	3	20.0
อาชีพ		
เกษตรกร	7	46.7
ผู้ใช้แรงงาน	2	13.3
อื่นๆ ระบุ...แม่บ้าน ค้าขาย รับจ้างทั่วไป....	6	50.0
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	10	66.7
ครอบครัวขยาย	5	33.3
ที่อยู่อาศัย		
บ้านตัวเอง	15	100.0
โรคประจำตัว		
ไม่มี	8	53.3
มี	7	46.7



จากตารางที่ 2 พบว่า ในกลุ่มผู้ดูแลเด็กป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 45.93 ปี (S.D.=15.38) มีความสัมพันธ์เป็นกลุ่มบิดา/มารดา/พี่ คิดเป็นร้อยละ 53.4 และกลุ่มอื่น ๆ ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 46.6 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา และมีรายได้ค่อนข้างต่ำ สุขภาพแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัวเป็นส่วนใหญ่

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย จำแนกตามระดับความรู้ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย

ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
		จำนวน (n = 15)	ร้อยละ	จำนวน (n =)	ร้อยละ
ความรู้					
ระดับสูง	(ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)	11	73.3	15	100.0
ระดับปานกลาง	(ได้คะแนนร้อยละ 60.0 – 79.9)	2	13.3	0	0.0
ระดับต่ำ	(ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.0 ลง)	2	13.3	0	0.0
พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก					
ระดับดี	(คะแนนเฉลี่ย 2.33 – 3.00)	14	93.3	15	100.0
ระดับปานกลาง	(คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.32)	1	6.7	0.0	0.0
ระดับไม่ดี	(คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66)	0	0.0	0	0.0

จากตารางที่ 3 พบว่า ระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ก่อนการทดลองอยู่ในระดับสูง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3 และหลังการทดลองมีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง ทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100.0 ระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก ก่อนและหลังการทดลองอยู่ในระดับดีเช่นกัน จำนวน 14 คน (ร้อยละ 93.3) และจำนวน 15 คน (ร้อยละ 100.0) ตามลำดับ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสอน

ตัวแปร	n = 15	\bar{X}	S.D.	df	T	P – value
ความรู้						
ก่อนทดลอง	15	12.13	1.95	14	- 3.833	0.002 [*]
หลังทดลอง	15	13.86	1.12			
พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย						
ก่อนทดลอง	15	2.55	0.23	14	- 2.433	0.029 [*]
หลังทดลอง	15	2.67	0.16			

^{*}ระดับนัยสำคัญที่ $P - value < 0.05$

จากตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสอน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยหลังการทดลองมีค่าสูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า $P - value < 0.05$ และ $P - value < 0.05$ ตามลำดับ

วิจารณ์ (Discussion)

1. ด้านโปรแกรมการสอน ผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมการสอนเน้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย มีความรู้เรื่องโรค สาเหตุการเกิดโรค อาการ การรักษา และภาวะแทรกซ้อน รวมถึงเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย มีพฤติกรรมดูแลที่เหมาะสม ส่งเสริมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการดำเนินของโรคที่รุนแรงขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วรางคณา มหานิล⁵ ได้ออกแบบการสอนในกลุ่มผู้ป่วยเป็นกลุ่ม ๆ ละ 3 – 5 ราย สอนเกี่ยวกับความรู้ภาวะเหล็กเกิน พฤติกรรม

การดูแลตนเองในการชะลอการสะสมเหล็กในร่างกาย โดยใช้สื่อวีซีดี มีการแจกหนังสือการ์ตูนให้นำกลับไปอ่านทบทวนที่บ้าน พร้อมทั้งการโทรศัพท์กระตุ้นเตือน ผลการศึกษาพบว่า เด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับการสอนมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการชะลอการสะสมเหล็กในร่างกายดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการศึกษาของ สุภาพร หมุกรอด⁶ ได้สอนมารดาที่มีบุตรวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย พฤติกรรมการดูแลเด็กของมารดา และการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียเป็นรายบุคคล ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนของมารดาที่ได้รับการสอนดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้ได้มีการออกแบบโปรแกรมการสอนที่มีเนื้อหาครอบคลุมประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กที่อยู่ในความปกครองของผู้ดูแล อีกทั้งมีการใช้สื่อภาพพลิกที่สามารถแสดงให้เห็นถึงลักษณะอาการของโรค และภาวะแทรกซ้อนในด้านต่างๆ ได้อย่างชัดเจน เหมาะกับบริบทของผู้ดูแลเด็กป่วยที่เป็นกลุ่มบิดา/มารดา/พี่ ซึ่งมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย และการใช้สื่อภาพพลิกที่มีเนื้อหาเข้าใจง่ายเหมาะกับระดับการศึกษาของผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา

2. ผลของการใช้โปรแกรมการสอนต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสอน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยหลังการทดลองมีค่าสูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า P -value < 0.05 และ P -value < 0.05 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิภาพรณ บุญช่วย และคณะ⁷ ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการสอน ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับการสอนมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนสูงกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ภายหลังจากที่ควบคุมตัวแปรร่วม คือ คะแนนความรู้ก่อนได้รับโปรแกรมการสอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(2,27) = 15.26, p < 0.05$) จะเห็นได้ว่าการจัดโปรแกรมการสอนที่มีรูปแบบชัดเจน และมีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย มีความจำเป็นสำหรับการนำไปใช้เพื่อให้ความรู้แก่กลุ่มผู้ดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมีย ในระยะที่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล และช่วยให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลเด็กที่ป่วยได้อย่างถูกต้อง

สรุป (Conclusion)

โปรแกรมการสอน ผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมการสอนเน้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย มีความรู้เรื่องโรค สาเหตุการเกิดโรค อาการ การรักษา และภาวะแทรกซ้อน รวมถึงเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย มีพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสม ส่งเสริมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการดำเนินของโรคที่รุนแรงขึ้นได้ และให้สอดคล้องกับระยะเวลานัดหมายผู้ป่วยเข้ามารับบริการในแผนกผู้ป่วยใน รวมถึงเน้นการประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่บ้านในช่วงก่อนมารับบริการตามแพทย์นัด และออกแบบจัดทำคู่มือการให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย และสื่อภาพพลิกประกอบการสอน ซึ่งสามารถสร้างการเรียนรู้ให้ผู้ดูแลเด็กได้ทำให้มีระดับความรู้และพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยได้ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgments)

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ข้อเสนอแนะ คำแนะนำ ตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอขอบคุณคณะผู้ดูแลเด็กป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่เข้าร่วมการวิจัย และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับการวิจัยในครั้งนี้



เอกสารอ้างอิง (References)

1. อรุณี เจตศรีสุภาพ. ชาติลีซซี่เมียแบบองค์กรรวม. ขอนแก่น : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2552.
2. อำไพวรรณ จวนสัมฤทธิ์, พัฒน์ มหาโชคเลิศพัฒนา, สุเทพ วาณิชย์กุล. การรักษาภาวะธาตุเหล็กเกินในผู้ป่วยโรคชาติลีซซี่เมีย. วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต ฉบับที่ 3 กรกฎาคม 2550; 17: 275-290.
3. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร. รายงานสถิติกลุ่มงานกุมารเวชกรรมประจำปี โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ประจำปี พ.ศ. 2560 – 2562. เอกสารอัดสำเนา. 2562.
4. วรพจน์ พรหมสัตยพรต, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์, เกษียร นวนน่วม. การดำเนินงานควบคุมการขยายยาแผนปัจจุบันตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 ของพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ ในจังหวัดมหาสารคาม. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2544.
5. วรางคณา มหานิล. ผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการชะลอการสะสมเหล็กในร่างกายของเด็กโรคชาติลีซซี่เมียที่โรงพยาบาลน่าน ประเทศไทย (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
6. สุภาพร หมุ่กรอด. ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของมารดาและการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคชาติลีซซี่เมีย (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
7. นิภาพรณ บุญช่วย, วนิดา เสนะสุทธิพันธ์, นงลักษณ์ จินตนาติลก, กลับสไบ สรรพกิจ. ผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคชาติลีซซี่เมีย. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ฉบับที่ 3(ก.ค.-ก.ย. 2559); 34 : 41-53.

The Expectation to Expression of Caring Behavior in Nursing Professional

Yaowaret Kanmali, Ed.D.*

Varunee Khemla, M.N.S.**

Tawan Khetpanya, M.N.S.***

Abstract

Introduction : Caring behavior is considered the heart of nursing professional that ingrained in the dimension of practice and be commitment to the society because that is an ideal that emphasize value and respect for human dignity. Caring behavior is transpersonal caring, skill of nurses must practice and develop all the time in the professional acting base on love, benevolence, attention by universal phenomenon.

Objective : The purpose of this qualitative research was to study the expression of caring behavior of nursing professional according to the expectation of the nurses, multidisciplinary medical, patients and relatives of patients.

Research methodology : The field of this study was Kalasin hospital. The purposive of key performance were 20 register nurses in ward of Kalasin hospital, 8 multidisciplinary medical, 20 patients and relatives of patients. Data were collected between April and May 2020. Research instrument composed of guideline for focus group discussion and guideline for in-depth interview. Data were analyzed using content Analysis and categorized.

Research result : The findings showed that the expression of caring behavior of nursing professional as expected by the nurses, multidisciplinary medical, patients and relatives of patients were in the same direction consisting of 54 behaviors in 6 paradigms which were 1) benevolence 2) understanding, appreciation and respect for human dignity 3) professional caring relationships 4) professional competence 5) ethical morality and 6) holistic care.

Conclude : Caring behavior of nursing professional in all 6 paradigms began with the provision of education that shaped and refined emphasizing that the learners have nursing professionals characteristics that meet the program objectives. Later, when actually working caring behavior is due to the accumulation of professional experience, social expectations and professional traditions that have been passed down caused the nursing profession to recognize and demonstrate caring behavior.

Key word : Caring behavior, Nursing professional, Expectation

*Registered nurse, professional level, Research and nursing development nursing department, Kalasin Hospital

**Registered nurse, professional level, Emergency Accident Surgery ward, Kalasin Hospital

***Registered nurse, professional level, Out patient department, Kalasin Hospital



ความคาดหวังต่อการแสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของวิชาชีพพยาบาล

เยาวเรศ ก้านมะลิ, คด.*

วารุณี เข้มลา, พย.ม.**

ตะวัน เขตปัญญา, พย.ม.***

บทคัดย่อ

บทนำ : พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร นับเป็นหัวใจของวิชาชีพพยาบาลที่ฝังแน่นอยู่ในมิติของการปฏิบัติ และเป็นพันธะของวิชาชีพพยาบาลต่อสังคมที่วิชาชีพพยาบาลต้องมี เนื่องจากเป็นอุดมคติที่ให้ความสำคัญกับคุณค่า และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เป็นการดูแลระหว่างบุคคลที่เข้าใจจิตใจซึ่งกันและกัน เป็นทักษะที่พยาบาลทุกคนต้องฝึกฝน และพัฒนาตลอดเวลาที่ทำหน้าที่อยู่ในวิชาชีพ โดยมีความรัก ความเมตตา ความสนใจ เอาใจใส่ เป็นพื้นฐาน และเป็นปรากฏการณ์ที่เป็นสากล

วัตถุประสงค์ : การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการแสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของวิชาชีพพยาบาล ตามความคาดหวังของพยาบาลประจำหอผู้ป่วย สหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และญาติของผู้ป่วย

วิธีการศึกษา : ศึกษาในพื้นที่ (Field) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญ (Key Performance) เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ประจำการในหอผู้ป่วยต่างๆ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 20 คน สหสาขาวิชาชีพ จำนวน 8 คน ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยต่างๆ ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 20 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงเมษายน 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม และแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และจัดกลุ่ม (Categorized)

ผลการศึกษา : ผลการวิจัยพบว่า การแสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของวิชาชีพพยาบาลตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพ สหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และญาติของผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งประกอบด้วย 54 พฤติกรรมใน 6 กระบวนทัศน์ คือ 1) ความมีเมตตากรุณา 2) การเข้าใจ เห็นคุณค่าและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ 3) การมีสัมพันธภาพที่เอื้ออาทรเชิงวิชาชีพ 4) ความสามารถเชิงวิชาชีพ 5) การมีจริยธรรมเชิงวิชาชีพ และ 6) การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

สรุป : พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของวิชาชีพพยาบาลทั้ง 6 กระบวนทัศน์ เริ่มจากการจัดการศึกษาที่หล่อหลอมขัดเกลา มุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีคุณลักษณะของผู้ปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาลตรงตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ต่อมาเมื่อปฏิบัติงานจริง พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรเกิดจากการสั่งสมประสบการณ์ตามวิชาชีพ ความคาดหวังทางสังคม และการมีต้นแบบวิชาชีพที่สืบต่อกันมา ทำให้วิชาชีพพยาบาลรับรู้และแสดงออกซึ่งพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร วิชาชีพพยาบาล ความคาดหวัง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

บทนำ

วิชาชีพพยาบาล เป็นวิชาชีพที่ให้บริการสังคมในการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับธรรมชาติของชีวิตมนุษย์คือ การเกิด การเจริญเติบโต การเจ็บป่วย การเสื่อมสภาพของร่างกาย และความตาย ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบรรเทาความทุกข์ทรมานจากโรคต่างๆ และการฟื้นฟูสภาพ¹ รวมทั้งบทบาทในการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างทางเพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม และไม่มีแยกชั้นวรรณะ² โดยยึดองค์ประกอบหลักในการปฏิบัติการพยาบาล 3 ประการคือ 1) ศาสตร์ทางการพยาบาล 2) ศิลปะทางการพยาบาล และ 3) สุนทรียทางการพยาบาล³ พยาบาลจึงต้องเรียนรู้ศาสตร์ทางการพยาบาลและสาขาที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการแต่ละบุคคล โดยอาศัยทักษะที่สำคัญคือ ทักษะด้านการสื่อสาร ความเอาใจใส่ และความเอื้ออาทร ที่เรียกว่าเป็นศิลปะทางการพยาบาล หรือศิลปะในการดูแลบุคคล (Art of Caring)⁴

พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร นับเป็นหัวใจของวิชาชีพพยาบาลที่ฝังแน่นอยู่ในมิติของการปฏิบัติ และเป็นพันธะของวิชาชีพพยาบาลต่อสังคมที่วิชาชีพพยาบาลต้องมี⁵ เนื่องจากเป็นอุดมคติที่ให้ความสำคัญกับคุณค่า และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เป็นการดูแลระหว่างบุคคลที่เข้าใจจิตใจซึ่งกันและกัน (Transpersonal Caring) เป็นทักษะที่พยาบาลทุกคนต้องฝึกฝน และพัฒนาตลอดเวลาที่ทำหน้าที่อยู่ในวิชาชีพ โดยมีความรัก ความเมตตา ความสนใจ เอาใจใส่ เป็นพื้นฐาน และเป็นปรากฏการณ์ที่เป็นสากล⁶ หากแต่การปฏิบัติหน้าที่ในวิชาชีพพยาบาล มีลักษณะงานที่ต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมซึ่งขาดองค์ประกอบที่สนับสนุนหรือส่งเสริมให้เกิดความสดชื่นรื่นรมย์ ก่อให้เกิดความเครียด และส่งผลต่อจิตใจของผู้ปฏิบัติงาน⁷ สภาพแวดล้อมดังกล่าว ได้แก่ การอยู่ใกล้ชิดเพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะผู้ป่วยในระยะวิกฤติ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย การเผชิญกับภาวะใกล้ตาย และความตาย รวมทั้งการปฏิบัติงานที่เป็นผลัด การปฏิบัติงานท่ามกลางความคาดหวังด้านสุขภาพของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งการทำงานพยาบาลเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิภาพและความปลอดภัยของชีวิตมนุษย์ ที่ต้องไม่มีความผิดพลาดใดๆ เกิดขึ้น⁸ พยาบาลจึงเป็นผู้ที่ต้องมีความรับผิดชอบสูง ซึ่งปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดดังกล่าวส่งผลต่อการแสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างเอื้ออาทร

การปฏิบัติในวิชาชีพพยาบาลยังพบจุดอ่อนหลายประการ ได้แก่ การปฏิบัติตามงานประจำ การให้ความสำคัญกับการปฏิบัติงานด้านเทคนิคที่เน้นการดูแลเครื่องมือมากกว่าความเอาใจใส่ต่อความต้องการของผู้รับบริการ การใช้เวลาส่วนใหญ่กับงานที่ไม่ใช่งานพยาบาลอย่างแท้จริง รวมทั้งไม่เห็นคุณค่าของงานที่สามารถใช้ศาสตร์ทางการพยาบาลได้อย่างอิสระ (Care) แต่เห็นความสำคัญของการรักษา (Cure) มากกว่า สิ่งเหล่านี้แสดงถึง การปฏิบัติการพยาบาลที่ขาดความเอื้ออาทรซึ่งเป็นสิ่งที่มีคุณค่าที่สำคัญของวิชาชีพ^{9,10} สอดคล้องกับผลการศึกษาของเยวเรศ ก้านมะลิ¹¹ ที่พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพพบใหม่ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ตามความคิดเห็นของตนเอง ตามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ และตามความคิดเห็นของผู้ป่วย เป็นไปในทิศทางเดียวกันคือ ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และผลการสนทนากลุ่ม ที่พบว่า พยาบาลพบใหม่มีการแสดงออกถึงพฤติกรรมที่ไม่เอื้ออาทร ส่งผลต่อภาพลักษณ์ของวิชาชีพและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ นอกจากนี้ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลข้อเสนอแนะผ่านตัวรับความคิดเห็นเพื่อการพัฒนากระบวนการพยาบาลกาฬสินธุ์ ประจำปีงบประมาณ 2562 ยังพบว่า เกือบร้อยละ 50 ของข้อเสนอแนะ ผู้ใช้บริการต้องการให้พยาบาลพัฒนาพฤติกรรมบริการ¹² ด้วยเหตุนี้ คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความคาดหวังต่อการแสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของวิชาชีพพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการแสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของวิชาชีพพยาบาลตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย สหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และญาติของผู้ป่วยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาการแสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของวิชาชีพพยาบาล เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงเมษายน 2563 รวมระยะเวลา 6 สัปดาห์

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ประจำการในหอผู้ป่วยต่างๆ ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์, สหสาขาวิชาชีพ ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยต่างๆ ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์



กลุ่มผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญ (Key performance)

1. พยาบาลวิชาชีพที่ประจำการในหอผู้ป่วยต่างๆ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 12 คน
2. สหสาขาวิชาชีพ ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา และนักโภชนาการ อย่างละ 1 คน
3. ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยต่างๆ ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกต่างๆ โดยเป็นผู้มีสติสัมปชัญญะ สามารถอ่านออกเขียนได้ และยินดีให้ข้อมูล อย่างละ 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ชุด ดังนี้

1. แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Guide Line for Focus Group Discussion) เกี่ยวกับความคาดหวังต่อการแสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของวิชาชีพพยาบาล เพื่อใช้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ โดยนำแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ
2. แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (Guide Line for In-depth Interview) เกี่ยวกับความคาดหวังต่อการแสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของวิชาชีพพยาบาล เพื่อใช้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และญาติของผู้ป่วย โดยนำแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ดำเนินการโดย ติดต่อประสานกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพนัดหมายวัน เวลา และสถานที่สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 10 คน มีผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้จัดบันทึกและอำนวยความสะดวก ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการบันทึกเสียง การสนทนา ระยะเวลาการสนทนากลุ่มประมาณ 120 นาที
2. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ดำเนินการโดย ติดต่อประสานกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย นัดหมายวัน เวลา และสถานที่สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างครั้งละ 1 คน มีผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้จัดบันทึกและอำนวยความสะดวก ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการบันทึกเสียงสัมภาษณ์ ระยะเวลา การสัมภาษณ์ 45-60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ถอดเทปบันทึกเสียงการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และจัดกลุ่ม (Categorized)¹³ ดังนี้

1. วิเคราะห์หากระบวนทัศน์ (Thematic analysis) ได้แก่ สรุปความคิดรวบยอดที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ศึกษาจากการแสดงความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง โดยถอดเสียงและอ่านข้อความที่ได้จากการสนทนาและการสัมภาษณ์ทั้งหมดอย่างรอบคอบ
2. กำหนดรหัส (Coding) ของประเด็นสำคัญจากการสนทนาและการสัมภาษณ์ แบบประโยคต่อประโยค ในแต่ละบรรทัด (line by line) เพื่อให้ได้สาระสำคัญของข้อมูลที่ได้
3. กำหนดกระบวนทัศน์ (Theme) จัดหมวดหมู่ของรหัสที่มีความคล้ายคลึงกันหรือข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กัน โดยอิงข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม
4. วิเคราะห์กระบวนทัศน์ที่ได้ สรุปหาแนวคิดหลักและแนวคิดรองที่มีความสัมพันธ์กันเพื่อให้ได้คำตอบของการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรม

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยดำเนินการศึกษาหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เลขที่ COA No.010-2020 ออกให้ ณ วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2563

ผลการศึกษา (Results)

สาระสำคัญจากการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับพยาบาลวิชาชีพที่ประจำการในหอผู้ป่วย และข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยในประเด็นเกี่ยวกับความคาดหวังต่อการแสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของวิชาชีพพยาบาล นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และจัดกลุ่ม (Categorized) กำหนดกระบวนการทัศนัยของความคาดหวังต่อการแสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรได้ ดังนี้

1. ความเมตตาการุณา เป็นพฤติกรรมการแสดงออกของพยาบาลที่บ่งบอกถึงความห่วงใย และต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยความตั้งใจจริง พฤติกรรมที่แสดงออกถึงการดูแลอย่างเอื้ออาทรประกอบด้วย

- 1.1 แสดงความห่วงใย เอาใจใส่ผู้ป่วย
- 1.2 แสดงความเห็นอกเห็นใจ และเข้าใจในความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย
- 1.3 ช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้สุขสบาย ตอบสนองความต้องการ และเพื่อบรรเทาความทุกข์ด้วยความเต็มใจ
- 1.4 พุดหรือสัมผัสให้กำลังใจผู้ป่วย
- 1.5 ปฏิบัติการพยาบาลอย่างอ่อนโยน นุ่มนวล

ดังคำพูดของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

สหสาขาวิชาชีพ

“พยาบาลต้องมี Service Mind ซึ่งการแสดงออกที่สำคัญ คือ การต้องการเห็นผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยนั้น มีความห่วงใย เอาใจใส่ต่อผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ช่วยเหลือผู้ป่วยตามที่เขาต้องการ และช่วยเหลือดูแลเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานให้มากที่สุดตามบทบาทของตน ”

พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย

“พยาบาลเห็นเขาเจ็บก็ต้องรู้สึกสงสาร ห่วงใย แล้วก็ช่วยเหลือเขาอย่างเต็มที่ ช่วยเหลือทันที ต้องใส่ใจเขาให้มากที่สุดนั่นแหละ ”

“พยาบาลต้องเห็นใจผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยอย่างใส่ใจ ซักถาม แสดงความห่วงใย ช่วยทุกๆ อย่างตามที่เขาต้องการและช่วยให้เขามีอาการดีขึ้นโดยเร็ว ”

ผู้ป่วย

“ เวลาเรียกก็อยากให้มาหาไวๆ ไม่พุดว่าเดี๋ยวก่อน เพราะมันจะนานแล้วก็ลืมผู้ป่วยไป พยาบาลต้องเห็นใจผู้ป่วยมากๆ ต้องเต็มใจ และต้องรวดเร็วด้วย ”

“ มาทำแผลก็ต้องมีอบเบาๆ ถามว่าผู้ป่วยเจ็บไหม ถ้าเห็นว่าเจ็บก็เบาๆ มือหน่อย ”

“ เอื้ออาทรก็คือ เอาใจใส่ผู้ป่วย แสดงความเป็นห่วง เห็นใจผู้ป่วยบ้าง เขาเป็นคนทำให้เราเป็นคนเจ็บ ไม่ใช่ทำๆ พอให้เสร็จๆ ไป คนเจ็บก็เกือบตาย อยากให้นุ่มๆ เบาๆ หน่อย อยากให้มากุญมาถามบ้างว่าดีขึ้นไหม ก็รู้สึกว่าเขาใส่ใจ ให้เวลากับผู้ป่วยบ้าง ”

ญาติผู้ป่วย

“ พยาบาลต้องมาดูแลผู้ป่วยทันทีเมื่อคนไข้ขอความช่วยเหลือ เพราะเขาขอความช่วยเหลือก็คือเขามีความทุกข์ ต้องเอาใจใส่เป็นห่วงคนไข้ แล้วก็แก้ไขให้เร็วๆ อย่างที่คนไข้ต้องการ ”

“ ทำกับคนไข้ค่อยๆ หน่อย ก็มีนะบางคนทำแรงมากๆ เราเองเป็นญาติก็เหมือนใจจะขาดแทน เขาควรลองเอาใจตัวเองมาเป็นคนไข้บ้าง บางทีบอกเขาว่าคนไข้เจ็บ ก็ยังทำแรงอีก คนไข้ก็นอนร้องไห้อยู่ ”

“ พยาบาลก็ช่วยพยุงคนไข้บ้าง เวลาเขาลุกไม่ได้ เดินไม่ไหว หรือช่วยทำอะไรอย่างที่คุณไข้ต้องการ ”

“ ก็ต้องสนใจผู้ป่วยนะ ไม่ใช่ นั่งเฉย เดินมาดู ถามบ้าง จับดูบ้าง ดูตรงที่เจ็บว่าเป็นอย่างไร มาดูบ่อยๆ มาถามว่าดีขึ้นหรือยัง เวลาผู้ป่วยปวดแล้วไปเรียกก็อยากให้มาเลยทันที พยาบาลต้องสงสารและเห็นใจผู้ป่วยบ้าง ”

2. การเข้าใจ เห็นคุณค่าและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เป็นพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลที่แสดงถึงการยอมรับความรู้สึก ยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยซึ่งมีความแตกต่างกันตามธรรมชาติของมนุษย์ การดูแลที่สะท้อนถึงการให้ความสำคัญต่อผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลอย่างเสมอภาคกันตามสิทธิผู้ป่วยโดยไม่เลือกปฏิบัติ พฤติกรรมที่แสดงออกถึงการดูแลอย่างเอื้ออาทรประกอบด้วย

- 2.1 ใช้คำพูดที่ให้เกียรติ เช่น ไม่ออกคำสั่ง ดุ ตะคอก หรือแสดงอำนาจกับผู้ป่วย



- 2.2 ให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกคนอย่างเสมอภาคไม่มีการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย
- 2.3 ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤต/ฉุกเฉินทันทีโดยไม่รอให้ผู้ป่วยต้องร้องขอ
- 2.4 บอกหรือขออนุญาตผู้ป่วยก่อนปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้ง
- 2.5 กล่าว “ขอโทษ” ผู้ป่วยทุกครั้งเมื่อต้องเอื้อมมือข้ามศีรษะ หรือลำตัวขณะให้การดูแล
- 2.6 เคารพความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย เช่น เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเท่าที่จำเป็น กั้นม่านขณะเปิดเผยร่างกายผู้ป่วย เป็นต้น
- 2.7 เข้าใจความแตกต่างของบุคคล โดยไม่ถือโกรธ แสดงอาการหงุดหงิด แสดงความไม่พอใจ ตำหนิ หรือต่อว่า เมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้
- 2.8 ไม่แสดงความรังเกียจผู้ป่วยโดยสีหน้า ท่าทาง คำพูด หรือพฤติกรรมอื่นๆ
- 2.9 รับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยและญาติอย่างตั้งใจ
ตั้งคำพูดของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

สหสาขาวิชาชีพ

“ผู้ป่วยก็เป็นคนๆ หนึ่ง ดังนั้น พยาบาลต้องเคารพสิทธิ์ของผู้ป่วย อย่างเช่น ก่อนให้การพยาบาลต้องขออนุญาต และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจทุกครั้ง ต้องให้การพยาบาลด้วยความสุภาพ ใช้คำพูดที่ให้เกียรติ ให้การพยาบาลอย่างเสมอภาค ไม่แบ่งชั้นวรรณะ ”

“ พยาบาลต้องยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วย ไม่ถือโกรธ ไม่ใช้อารมณ์กับผู้ป่วย ไม่นินทาหรือตำหนิผู้ป่วย ”

พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย

“ มนุษย์ทุกคนต้องการให้คนอื่นเห็นคุณค่าของตนเอง มีศักดิ์ศรี ผู้ป่วยก็เป็นมนุษย์ พยาบาลต้องคำนึงถึงตรงนี้ด้วย ต้องดูแลเขาด้วยความสุภาพ ไม่ดู ไม่ตะคอก ใช้คำพูดที่ไพเราะให้เกียรติเขา ไม่แสดงอำนาจกับผู้ป่วย ”

“ พยาบาลต้องให้ความเสมอภาคกับผู้ป่วยทุกคนไม่ว่าจะยากดีมีจน แสดงท่าทีใส่ใจต่อสิ่งที่เขาบอก ไม่แสดงท่าทีรังเกียจ ”

“ พยาบาลต้องไม่ใช่คำพูดแรงๆ ไม่ดูว่าผู้ป่วย ”

ผู้ป่วย

“ ถ้าเราต้องการอะไร อย่างน้ำเกลือหมดย่างนี้ ถ้าพยาบาลยุ่งจริงๆ ก็ต้องพูดดีๆ ไม่ตะคอก หรือทำเหมือนไม่ได้ยินเราก็ไม่รู้จะทำอย่างไร กับมาก็ได้แต่นั่งมองว่าเมื่อไรเขาจะมาเปลี่ยนน้ำเกลือให้สักที จะไปตามอีกก็ไม่กล้ากลัวถูกดู พยาบาลต้องพูดสุภาพ ไม่ดู ไม่ตะคอก ใช้คำพูดที่ไพเราะให้เกียรติเขา ไม่แสดงอำนาจกับผู้ป่วย ”

“ เราก็คือคนนะ พยาบาลยกของข้ามหัวข้ามหางมันก็ดูยังงี้ไม่รู้ จะทำอะไรก็บอกหน่อย อย่างฉีดยาอย่างเนี่ยอยู่ๆ ก็มาจิ้มเลย อยากจะเปิดเสื้อผ้าตรงไหนก็ทำเลย เราก็อาย บางคนก็พูดเสียงดัง ”

ญาติผู้ป่วย

“ พยาบาลต้องไม่แสดงท่าทีรังเกียจเวลาดูแลคนไข้ เช่น บางทีก็ไม่อยากเข้าใกล้คนไข้ บางทีก็แสดงออกทางสายตา ท่าทาง ไม่อยากให้ดู ตะคอก สั่ง ”

“ จะทำอะไรก็ปิดผู้ป่วยหน่อย เช่น เวลาเช็ดตัว ทำแผล ก็กั้นม่านให้หน่อยเพราะผู้ป่วยเขายาย หรือจะทำอะไรก็บอกก่อน อย่างฉีดยา ถ้ามานั่งเลยผู้ป่วยก็ตกใจ ”

“ พยาบาลต้องไม่ดูต่ำ ว่าผู้ป่วยและญาติ ไม่พูดเสียดแทงจิตใจ ต้องรับฟังความรู้สึกของคนที่มีทุกข์ด้วย ”

3. การมีสัมพันธภาพที่เอื้ออาทรเชิงวิชาชีพ เป็นพฤติกรรมสื่อสารของพยาบาลต่อผู้ป่วยที่สะท้อนถึงความจริงใจ ความเห็นอกเห็นใจ ความเอื้อเฟื้อ การเอาใจใส่ และเข้ากันได้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ พฤติกรรมที่แสดงออกถึงการดูแลอย่างเอื้ออาทรประกอบด้วย

- 3.1 กล่าวทักทาย พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติด้วยน้ำเสียงสุภาพ นุ่มนวล
- 3.2 พูดคุยหรือแนะนำผู้ป่วยและญาติด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย
- 3.3 สบตาขณะพูดคุย สีหน้ายิ้มแย้ม แสดงท่าทีเป็นมิตรขณะพูดคุยหรือให้การพยาบาล
- 3.4 รับฟังผู้ป่วยและญาติอย่างตั้งใจ
- 3.5 สอบถามอาการ พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติเป็นประจำและสม่ำเสมอ

- 3.6 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติพูดคุย ชักถาม หรือระบายความรู้สึก
- 3.7 สัมผัสผู้ป่วยอย่างนุ่มนวลในภาวะที่ผู้ป่วยมีความต้องการ
- 3.8 ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
- 3.9 อยู่เป็นเพื่อนเพื่อรับฟังปัญหา พูดคุย ให้กำลังใจ และดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาที่ผู้ป่วยมีความทุกข์

เจ็บปวด ทรมาน หรือสูญเสีย

ดังคำพูดของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

สหสาขาวิชาชีพ

“พยาบาลต้องยิ้มแย้มแจ่มใส พูดเพราะ สุภาพกับผู้ป่วย”

พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย

“พยาบาลต้องพูดเพราะ ๆ มีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส แสดงท่าทีเต็มใจต่อผู้ป่วย”

“พยาบาลต้องยิ้มแย้มแจ่มใส ทำตัวให้ดูอบอุ่นเป็นมิตร เป็นกันเอง พูดเพราะ แสดงความเต็มใจเวลาพูดคุยกับผู้ป่วย”

ผู้ป่วย

“พยาบาลต้องพูดดี ๆ คุยดี ๆ พูดเพราะ ๆ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย”

“ก็มาทักทายคนไข้บ้าง ยิ้มให้ ถามว่ากินข้าวยัง ดีขึ้นไหม แค่นี้ก็ดีใจแล้ว”

ญาติผู้ป่วย

“เวลาเราเดินเข้ามาก็อย่างให้ทักทาย ถามว่าเป็นอะไรมา ต้องคุยกับผู้ป่วยดี ๆ พูดเพราะ มาถามว่าเป็นอย่างไร อะไรอยู่ไหน ต้องทำอะไรบ้าง อะไรอยู่ตรงไหน”

4. ความสามารถเชิงวิชาชีพ เป็นพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลที่เป็นที่สะท้อนถึงการใช้ความรู้ ความสามารถ และสติปัญญา ในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยตามหลักการพยาบาล พฤติกรรมที่แสดงออกถึงการดูแลอย่างเอื้ออาทรประกอบด้วย

4.1 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สอน ให้คำปรึกษา หรือคำแนะนำในการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยและญาติจนเข้าใจ เพื่อสนับสนุนความสามารถในการดูแลตนเองอย่างเต็มศักยภาพ

4.2 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของอาการ และแผนการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยและญาติทราบเป็นระยะ

4.3 ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ ตามความต้องการของผู้ป่วย เช่น กิจกรรมประจำวัน que ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติเองได้ ช่วยจัดท่านอน เช็ดตัวลดไข้ ดูแลความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสบาย

4.4 ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้สอดคล้องกับปัญหาการเจ็บป่วย

4.5 ช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และรวดเร็วด้วยความชำนาญอย่างมีทักษะ

4.6 อธิบายเหตุผลของการพยาบาลทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล

4.7 พูดปลอบโยนหรือให้กำลังใจขณะให้การดูแลผู้ป่วย

4.8 แนะนำ สอน หรือสาธิตผู้ป่วยและ/หรือญาติให้สามารถดูแลตนเองได้

4.9 รายงาน ปรึกษาที่มการพยาบาลและ/หรือทีมสุขภาพเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วย

4.10 ตรวจเยี่ยมเพื่อติดตาม และประเมินอาการผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

4.11 มีความระมัดระวังอยู่ตลอดเวลา ปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก

ดังคำพูดของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

สหสาขาวิชาชีพ

“ที่สำคัญควบคู่กันไปกับการปฏิบัติคือ พยาบาลต้องมีความรู้ เช่น ความรู้เรื่องโรค การดูแล การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค นั้นๆ เพื่อที่จะได้ให้คำปรึกษา แนะนำผู้ป่วยได้ถูกต้อง โดยเฉพาะในสาขาที่ตัวเองปฏิบัติงานอยู่”

พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย

“พยาบาลต้องมีความรู้ที่แม่นยำ โดยเฉพาะใน ward ที่ตนปฏิบัติงาน”

“พยาบาลต้องสามารถดูแลผู้ป่วยโดยใช้ความรู้ที่เรียนมาได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว”



ผู้ป่วย

“พยาบาลอยู่กับความเป็นความตายของผู้ป่วยนะ เขาต้องมีความรู้ กับพยาบาลบางคน บางทีก็รู้สึกกลัวๆ ไม่ค่อยไว้วางใจอยู่นะแอบๆ คิดกลัวว่าเขาจะดูแลเราได้หรือเปล่า”

ญาติผู้ป่วย

“พยาบาลก็ควรมีการแนะนำผู้ป่วยว่าต้องทำอะไร หรือวันนี้ดีขึ้นไหม ผลเลือด ผลเอ็กซเรย์เป็นอย่างไร แล้วจะต้องดูแลอย่างไรต่อไป”

5. การมีจริยธรรมเชิงวิชาชีพ เป็นพฤติกรรมกรรมการแสดงออกของพยาบาลตามหลักแห่งความประพฤติที่ถูกต้องเหมาะสมของวิชาชีพ พฤติกรรมที่แสดงออกถึงการดูแลอย่างเอื้ออาทรประกอบด้วย

5.1 ให้การดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยทันทีที่ร้องขอ

5.2 มีความกระตือรือร้น พร้อมทั้งจะดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา

5.3 ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความมีสติ รอบคอบ

5.4 ปกปิดข้อมูลของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด

5.5 มีความตรงต่อเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ เช่น มาปฏิบัติงานตรงเวลา ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ต่อผู้ป่วยตามเวลาที่

ได้นัดหมายไว้ เป็นต้น

5.6 มีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่

5.7 ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

5.8 สามารถรอได้เมื่อผู้ป่วยยังไม่พร้อมที่จะให้ปฏิบัติการพยาบาล

5.9 มีความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติหน้าที่ เช่น ให้อาหารผู้ป่วยตรงตามแผนการรักษา บันทึกอาการผู้ป่วยตามความเป็น

จริง ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพปฏิบัติ เป็นต้น

5.10 ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ

5.11 สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเอง ไม่ฉุนเฉียว หงุดหงิดขณะปฏิบัติหน้าที่

5.12 วางตัวเหมาะสม มีบุคลิกภาพน่าเชื่อถือ

ดังคำพูดของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

สหสาขาวิชาชีพ

“เรื่องจริยธรรมก็สำคัญ เช่น ความตรงต่อเวลา ความซื่อสัตย์ต่อตนเอง ผู้ป่วย และเพื่อนร่วมวิชาชีพ ความอดทน ความรับผิดชอบ รวมทั้งการรักษาความลับผู้ป่วย”

พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย

“ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ ความอดทน ความตรงต่อเวลา ความซื่อสัตย์ต่อหน้าที่เป็นเรื่องสำคัญ เพราะพยาบาลทำงานอยู่กับชีวิตคน”

“พยาบาลต้องมีความรับผิดชอบสูง ต้องรักษาความลับผู้ป่วย ไม่นินทาผู้ป่วย ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอาย”

ผู้ป่วย

“พยาบาลต้องวางตัวให้เหมาะสม เพราะใครๆ ก็คิดว่าพยาบาลต้องมีจิตใจดี มีภาพลักษณ์ดี อย่างเช่น ต้องแต่งตัวสะอาด พุดสุภาพ ไม่ใช้อารมณ์กับผู้ป่วย ไม่เอาแต่ใจตัวเอง ไม่ใช่สยบอย่างเดียว”

ญาติผู้ป่วย

“พยาบาลต้องวางตัวให้เหมาะสมกับการเป็นพยาบาล อย่าหงุดหงิด ใช้อารมณ์ ต้องมีความสุภาพอ่อนหวาน นุ่มนวลกับผู้ป่วย”

“พยาบาลต้องใจเย็น พุดเพราะๆ กับผู้ป่วยนะ แคนี่ก็เหมือนหายไปครึ่งหนึ่งแล้ว”

6. การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เป็นพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมองค์ประกอบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ พฤติกรรมที่แสดงออกถึงการดูแลอย่างเอื้ออาทรประกอบด้วย

6.1 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก และความต้องการด้านจิตวิญญาณ

6.2 ให้ความสำคัญ สนใจ และเอาใจใส่ต่อความรู้สึกของผู้ป่วย

6.3 ประเมิน ดูแล และช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาของผู้ป่วยครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

6.4 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางแผนการดูแล และการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

6.5 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้มีเวลาพบปะเยี่ยมเยียนกันตามสมควร

6.6 ไม่ใช่คำพูด หรือแสดงท่าทีดูหมิ่นในความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรมของผู้ป่วยที่มีความแตกต่าง

6.7 เปิดโอกาสและอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยและญาติได้ปฏิบัติศาสนกิจหรืออื่นใดตามความเชื่อ นับถือ ศรัทธาที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษา เช่น การสวดมนต์ กราบไหว้ บบนาน การละหมาด การบูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ในหอผู้ป่วยหรือเตียงนอน

6.8 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอื่นที่มีปัญหาการเจ็บป่วยที่คล้ายคลึงกัน

ดังคำพูดของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

สหสาขาวิชาชีพ

“พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยให้ครบทั้งทางกาย จิตใจสังคมหรือชุมชนที่เขาอยู่ อย่างเช่น การดูแลอะไรที่เขาจะสามารถทำต่อหรือเป็นข้อจำกัดเมื่อเขากลับไปบ้านที่เอื้อหรือขัดต่อแผนการรักษาบ้าง ก็ควรได้ให้ความสนใจ และช่วยเขาจัดการดูแลด้วย”

“การดูแลผู้ป่วยคงไม่ใช่ดูแลแต่ร่างกายที่เจ็บป่วย แต่ต้องดูแลจิตใจเขาด้วย ครอบคลุมว่าเขา สังคม ชุมชนที่เขาอยู่ จึงจะเรียกว่าดูแลได้ครบทุกมิติ”

ผู้ป่วย

“เวลาญาติมาเยาะๆ ก็ให้เวลาญาติหน่อย มีญาติมาเยี่ยมก็รู้สึกดี มีกำลังใจนะ ให้เห็นหน้าญาติ เขามาอวยพร ก็มีกำลังใจขึ้นเยาะๆ ก็ไม่อยากจะให้พยาบาลไล่ญาติกลับเร็ว”

“ญาติเอาผ้ามาผูกแขนให้ พยาบาลก็ห้าม เพราะจะเป็นเชื้อโรค เราก็อยากได้แรงใจบ้างตามที่เรานับถือศรัทธา ถ้าไม่เหลือบปากว่าแรงก็อนุโลมกันบ้างจะเป็นอะไรไป”

ญาติผู้ป่วย

“เวลาญาติผู้ป่วยมาพยาบาลก็จะไล่ญาติออก บอกว่าเสียงดัง เรารู้สึกไม่สบายใจ เพราะจริงๆ ญาติเขาก็อยากเห็นอยากมาให้กำลังใจผู้ป่วย อันนี้พยาบาลควรจะต้องเข้าใจและเห็นใจผู้ป่วยด้วย”

“เวลาเขาของอะไรที่เรานับถือมาไว้ที่เตียง เช่น พระ พยาบาลจะบอกว่าเกะกะ เขาน่าจะคิดว่าต่างคนก็ต่างความเชื่อ ถ้าเรามีเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจบ้าง ก็ควรจะยอมให้เราทำนะ”

“มาอยู่โรงพยาบาลเนี่ย ก็ไม่รู้ว่ามีใครตายใส่เตียงบางไหม ก็กลัวนะ เราจะเอาพระเอาสายสิญจน์มาไว้บ้างก็บอกว่าจริงจริง น่าจะอนุญาติบ้าง”

“การอนุญาติให้ญาติมาอยู่ด้วยก็จะดีไม่น้อยเลย ผู้ป่วยจะได้มีกำลังใจขึ้นเยาะ มั่นชวยได้จริงๆ นะ”

สรุป

ผลการสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพที่ประจำการในหอผู้ป่วย และผลการสัมภาษณ์เชิงลึก กับสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และญาติของผู้ป่วย ในประเด็นเกี่ยวกับความคาดหวังต่อการแสดงออกถึงพฤติกรรมกรดูแลอย่างเอื้ออาทรของวิชาชีพพยาบาล มีความสอดคล้องกัน โดยพบว่า

1. การแสดงออกถึงพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทร ประกอบด้วย 54 พฤติกรรมใน 6 กระจวนทัศน์ ได้แก่ 1) ความเมตตา กรุณา 2) การเข้าใจ เห็นคุณค่าและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ 3) การมีสัมพันธภาพที่เอื้ออาทรเชิงวิชาชีพ 4) ความสามารถเชิงวิชาชีพ 5) การมีจริยธรรมเชิงวิชาชีพ และ 6) การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม อธิบายได้ว่า พฤติกรรมกรดูแลอย่างเอื้ออาทรของวิชาชีพพยาบาล เริ่มจากการจัดการศึกษาที่หล่อหลอมขัดเกลา มุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีคุณลักษณะของผู้ปฏิบัติวิชาชีพ การพยาบาลตรงตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ต่อมาเมื่อปฏิบัติงานจริง พฤติกรรมกรดูแลอย่างเอื้ออาทรเกิดจากการสั่งสมประสบการณ์ตามวิชาชีพ ความคาดหวังทางสังคม และการมีต้นแบบวิชาชีพที่สืบต่อกันมา ทำให้วิชาชีพพยาบาลรับรู้และแสดงออกซึ่งพฤติกรรมกรดูแลอย่างเอื้ออาทร สอดคล้องกับผลการวิจัยของ จินตามาศ โภทศชั้นวิจิตร¹⁴ ที่พบว่า องค์ประกอบของพฤติกรรมกรดูแลอย่างเอื้ออาทร แบ่งเป็น 6 องค์ประกอบ คือ มีมนุษยสัมพันธ์ดี มีความเมตตา กรุณา เคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ มีกลยุทธ์และทักษะในการบริการ ยึดมั่นผูกพันในหน้าที่ และส่งเสริมให้มีสุขภาพดีแบบองค์รวม ทั้งนี้เนื่องจากการแสดงออกถึงพฤติกรรมกรดูแลอย่างเอื้ออาทร มีองค์ประกอบที่เป็นผลมาจาก 2 ส่วนหลักๆ คือ องค์ประกอบด้านความคิด ความรู้สึก ค่านิยม และเจตคติ และองค์ประกอบด้านการกระทำที่แสดงออกถึงความรู้ ความสามารถ และทักษะเฉพาะของวิชาชีพ



หากดูแลโดยใช้เพียงความรู้ ความสามารถ แต่ปราศจากความเห็นอกเห็นใจ ก็จะเป็นพฤติกรรมที่แข็งกระด้าง และหากดูแลด้วยความเห็นอกเห็นใจ แต่ปราศจากความรู้ ความสามารถ ก็จะเป็นการดูแลที่ไม่มีจุดหมาย¹⁵

2. กระบวนทัศน์ที่ 1 ของการแสดงออกถึงพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทร คือ ความเมตตากรุณา อธิบายได้ว่า การที่พยาบาลมีความปรารถนาให้ผู้ป่วยมีความสุข และต้องการช่วยให้พ้นทุกข์ที่มาจากความเจ็บป่วยนั้น พยาบาลจะแสดงออกถึงซึ่งพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรที่สำคัญ ได้แก่ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความทุกข์ ความกังวลใจต่างๆ หมั่นซักถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยความห่วงใย ปลอดภัย ให้กำลังใจ เอาใจใส่ ดูแลช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆ จากความเจ็บป่วย ตลอดจนให้การช่วยเหลือในเรื่องกิจวัตรประจำวันด้วยความเต็มใจ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เป็นคุณลักษณะสำคัญของวิชาชีพพยาบาล สอดคล้องกับ พะยอม อยู่สวัสดิ์⁶ ที่กล่าวไว้ว่า การให้บริการพยาบาลเป็นการผสมผสานระหว่างการปฏิบัติการพยาบาลกับการใส่ความรู้สึกที่ดีที่แสดงถึงความเมตตากรุณาและการเข้าใจชีวิตมนุษย์ อันนำไปสู่การปฏิบัติต่อกันด้วยความปรารถนาดี ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างครบถ้วน เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงคุณภาพของการพยาบาล

3. กระบวนทัศน์ที่ 2 ของการแสดงออกถึงพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทร คือ การเข้าใจ เห็นคุณค่าและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ อธิบายได้ว่า พฤติกรรมที่แสดงออกถึงการเข้าใจความรู้สึก หรือยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยซึ่งมีความแตกต่างกันตามธรรมชาติของมนุษย์ การดูแลที่สะท้อนถึงการให้เกียรติ ให้ความสำคัญต่อผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลอย่างเสมอภาคโดยไม่เลือกปฏิบัตินั้น เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความปรารถนาดีต่อกันซึ่งผู้ป่วยทุกคนปรารถนา สอดคล้องกับ Morse, Janice. et al.⁶ ที่กล่าวว่า พฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทร เป็นอุดมคติที่ให้ความสำคัญกับคุณค่า และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เป็นการดูแลระหว่างบุคคลที่เข้าใจจิตใจซึ่งกันและกัน (Transpersonal Caring) เป็นทักษะที่พยาบาลทุกคนต้องฝึกฝนและพัฒนาตลอดเวลาที่ทำหน้าที่อยู่ในวิชาชีพ

4. กระบวนทัศน์ที่ 3 ของการแสดงออกถึงพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทร คือ การมีสัมพันธภาพที่เอื้ออาทรเชิงวิชาชีพ อธิบายได้ว่า พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยที่สะท้อนถึงความจริงใจ ความเห็นอกเห็นใจ และเข้ากันได้กับผู้ป่วย พฤติกรรมเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจและสามารถทำให้กลับคืนสู่สภาพเดิมเร็วที่สุด สอดคล้องกับ Murray R. and Huelskoetter M.¹⁷ ที่กล่าวไว้ว่า การดูแลอย่างเอื้ออาทรเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยสร้างความไว้วางใจและความสมบูรณ์ในชีวิตให้กับผู้ป่วย การใช้ความรู้และทักษะทางวิชาชีพ ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง หรือที่เรียกว่า สัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ (Professional Relationship) เป็นกระบวนการที่ใช้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพัฒนา เติบโต ปรับตัว หรือฟื้นจากความเจ็บป่วยได้

5. กระบวนทัศน์ที่ 4 ของการแสดงออกถึงพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทร คือ ความสามารถเชิงวิชาชีพ อธิบายได้ว่า พยาบาลเป็นวิชาชีพที่ให้บริการด้านสุขภาพโดยใช้การปฏิบัติทั้งศาสตร์และศิลป์ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลทั้งบุคคลปกติและเจ็บป่วย ดังนั้น พยาบาลจึงต้องเรียนรู้ศาสตร์ทางการพยาบาลและสาขาที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสมกับความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการแต่ละบุคคล โดยอาศัยทักษะที่สำคัญคือ ทักษะด้านการสื่อสาร ความเอาใจใส่ และความเอื้ออาทร ที่เรียกว่าเป็น ศิลปะทางการพยาบาล หรือศิลปะในการดูแลบุคคล (Art of Caring)⁴ เช่นเดียวกับ กุลยา ตันติผลาชีวะ³ ที่กล่าวไว้ว่าองค์ประกอบหลักในการปฏิบัติการพยาบาล 3 ประการ คือ 1) ศาสตร์ทางการพยาบาล 2) ศิลปะทางการพยาบาล และ 3) สุนทรียทางการพยาบาล

6. กระบวนทัศน์ที่ 5 ของการแสดงออกถึงพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรคือ การมีจริยธรรมเชิงวิชาชีพ อธิบายได้ว่า พฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลจำเป็นต้องแสดงออกถึงการเป็นผู้มีความประพฤติที่ถูกต้อง ดีงาม และเหมาะสมตามคุณลักษณะวิชาชีพ สอดคล้องกับ Schwirian, P. M.¹⁸ ที่กล่าวว่า การที่พยาบาลจะเป็นผู้ที่มีคุณลักษณะของความเอื้ออาทรได้นั้น นอกจากความรู้ความสามารถเชิงวิชาชีพแล้ว พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่มีจริยธรรม รู้จักและเข้าใจผู้อื่น มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีความอดทนอดกลั้น ตลอดจนสามารถเผชิญและจัดการกับความเครียดของตนเองได้อย่างเหมาะสมด้วย

7. กระบวนทัศน์ที่ 6 ของการแสดงออกถึงพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรคือ การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม อธิบายได้ว่า การดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมองค์ประกอบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการแสดงออกถึงพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทร เนื่องจากการดูแลที่แสดงถึงการเข้าใจจิตใจซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับข้อค้นพบซึ่งเป็ผลการศึกษาของ บุญสืบ โสโสม และคณะ¹⁹ ที่พบว่า รูปแบบการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์สำหรับหญิงตั้งครรภ์องค์ประกอบหนึ่งคือ การยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง สนับสนุนให้คนในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล และการคำนึงถึงความเชื่อของผู้ใช้บริการ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการแสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของวิชาชีพพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งนำไปใช้วางแผนเพื่อพัฒนาพยาบาลให้มีคุณลักษณะอันพึงประสงค์ตามมาตรฐานของวิชาชีพ และตามความคาดหวังของสังคม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ

2.2 การพัฒนาแนวปฏิบัติ โปรแกรม หรือหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อให้พยาบาลเกิดพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่เกี่ยวข้องและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญทุกคน ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Ellis, Janice Rider & Celia, Hartley Love. Nursing in Today' s World: Challenges, Issues, and Trend. 6 th .ed. Philadelphia : Lippincott – Raven. 1998.
2. กองการพยาบาล. จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล. [online]. [cited 2020 Apr 13]. Available from: URL: http://www.nursing.go.th/?page_id=1058
3. กุลยา ตันติผลาชีวะ. แก่นของพยาบาล. วารสารสมาคมศิษย์เก่าพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข 2550;8(1):14-16.
4. ทศนีย์ ทองประทีป. จิตวิญญาณ : มิติหนึ่งของการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : บุญศิริการพิมพ์ ; 2558.
5. Leininger, Madeleine M. Caring an Essential Human Need : Proceedings of the Three National Caring Conferences. Detroit: Wayne State University. 1988.
6. Morse JM, Solberg SM, Neander WL, Bottorff JL, Johnson JL. Concepts of Caring and Caring as A Concept. Advances in Nursing Science 1990;13(1):1-14.
7. พัชรินทร์ สุตันปฤดา. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจากการปฏิบัติงานที่ก่อให้เกิดความเครียด ภาวะเครียดจากการปฏิบัติงาน และพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดของพยาบาล ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2555.
8. สันต์ ใจยอดศิลป์. พยาบาลกับความผิดพลาดในอาชีพ. [online]. [cited 2020 Apr 17]. Available from: URL: https://visitdrsant.blogspot.com/2016/07/blog-post_27.html
9. พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์. บูรณาการการบริหาร การบริการ การศึกษา และการวิจัย. ใน เอกสารการประชุมวิชาการเรื่อง วิทยาการก้าวหน้าทางการพยาบาล: Nursing Update. หน้า 88-136. พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์ (บรรณาธิการ). ชลบุรี : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2556.
10. William, Susan A. The Relationship of Patients' Perception of Holistic Nursing Care to Satisfaction with Nursing Care. Journal of Nursing Care Quality 1997;11(5):15-29.
11. Yaowaret Kanmali, Arun Suikraduang and Chananchidadussadee Toonsiri. Analysis and Synthesis Concept of Caring in Nursing Professional. Sociology Study 2012;3(8):633-8.
12. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. สรุปรายงานอุบัติการณ์และข้อร้องเรียน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ประจำปีงบประมาณ 2562 ; 30 ตุลาคม 2562.
13. สุมางค์ จันทวานิช. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย. 2553.



14. จินตมาศ โกศลชื่นวิจิตร. การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยบูรณาการหลักพุทธธรรมเพื่อปลูกฝังการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล. ปรินญาณิพนธ์ดุสิตบัณฑิต (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร) กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2551.
15. Roach, Simone. A Global Agenda for Human Caring. In The Proceedings of The 7th Asian Regional Conference of CICIAMS ; Caring .A Path to Health and Healing. The Academics Committee of CNG of Thailand. Editor. 9-13 November,1997. Bangkok: The Catholic Nurses' Guild of Thailand. 1997.
16. พะยอม อยู่สวัสดิ์. ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน : แนวทางการประยุกต์สู่ปฏิบัติการพยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครทุ่งเทพ 2553;15(2):13-23.
17. Murray R, Huelskoetter M. Psychiatric mental health nursing : Giving emotional care. 3rd ed. California : Appleton & Lange, 1991.
18. Schwirian, PM. Evaluating the performance of nurse: A multidimensional approach. Nursing Research1988; 27(6):347.
19. บุญสืบ โสโสม, ยอดสร้อย วิเวการณม เยาวดี สุรณนาคะ. รูปแบบของการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์สำหรับการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ : องค์ความรู้จากประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาล. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร. 2560; 5(2):245-58.

The Development of Nursing Care Model for Prevention of Hospital Acquired Pneumonia in Internal Medicine Department, Uthai Thani Hospital

Noppornpong Wongwikkarn, M.N.S.*

Kwanta Klakanna, M.N.S.**

Abstract

Introduction : Hospital acquired pneumonia (HAP) in patients that were not submitted to mechanical ventilation often caused by aspiration. There is still common among patients who cannot move physically, elderly people and related to comorbid illness. Nursing care for prevention of hospital acquired pneumonia is still a matter of concern.

Objectives : To develop nursing care model for prevention of hospital acquired pneumonia and study the result after using a nursing care model development in Internal medicine department, Uthai Thani hospital.

Methods : This participatory action research was conducted in four stages : the planning stage; the implementation stage; the observation stage; the reflection stage and continuous improvement. The purposive sampling technique was applied for the sample group. Participants were 45 registered nurses who developed nursing care model and 51 patients who taken care of this model. Research instruments consisted of 2 aspects 1) tools for implementation research were focus group discussion proceeded with PAR. 2) Tools for collecting data were: the demographic data form for patients and registered nurses, Braden Scale assessment score, swallow screening record, nosocomial infection surveillance form, and HAP prevention checklist. This research was carried out from August 2019 to January 2020, in internal medicine department Uthai Thani hospital. Qualitative data were analyzed by content analysis and summarize. Quantitative data were analyzed by using descriptive statistics and Fisher's exact test.

Results : After the developed implementing nursing care model for prevention of hospital acquired pneumonia in internal medicine department the main components of this nursing care model consisted of 6 aspects : 1) stimulate ambulation 2) swallow screening when there are indications 3) positioning the head of the bed comprehensive elevated to at least 30°. 4) considering stop sedative drugs if not necessary 5) Oral care and 6) Nasogastric tube feeding protocols. After the application of the developed nursing care model for prevention of HAP, the following was observed. The percentage of capacities for practice after using the 6 aspects of nursing care model of registered nurses was higher at 96.35. The incidence of hospital acquired pneumonia was reduced significantly at 0.05 level. ($P < 0.05$)

Conclusions : Implementation a participatory action research (PAR) developed the nursing care model for prevention of hospital acquired pneumonia, this should be increased participatory patient care process and reduced the incidence of hospital acquired pneumonia.

Keyword : nursing care model prevention of hospital acquired pneumonia

*Registered nurse, Professional Level, Infection Prevention and Control Department, Uthai Thani Hospital

**Registered nurse, Professional Level, Infection Prevention and Control Department, Uthai Thani Hospital



การพัฒนา รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลอุทัยธานี

นพพรพงศ์ ว่องวิทย์การ, พย.ม.*

ขวัญตา กล้าการนา, พย.ม.**

บทคัดย่อ

บทนำ : ปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจ มักเกิดจากการสูดสำลักในผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ ผู้สูงอายุ มีโรคร่วม การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล จึงมีความสำคัญ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนา รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล และศึกษาผลของการพัฒนา รูปแบบการพยาบาลในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลอุทัยธานี

วิธีการศึกษา : ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนคิด และปรับปรุงต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 45 คน และกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบการพยาบาล จำนวน 51 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ลักษณะ คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่ม ดำเนินการตามกระบวนการ PAR 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ แบบประเมิน Braden scale แบบประเมินการกลืนแบบแผ้วระวางการติดเชื้อมในโรงพยาบาล และแบบตรวจสอบรายการการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาล ระยะเวลาในการทำวิจัยระหว่างเดือนสิงหาคม 2562 – เดือนมกราคม 2563 ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลอุทัยธานี การวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและสร้างข้อสรุป ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และค่าสถิติพีเชอร์

ผลการศึกษา : ได้รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 6 หมวด 1) กระตุ้นให้ เคลื่อนไหวร่างกาย 2) ประเมินการกลืนในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ 3) จัดทำนอนหัวสูงอย่างน้อย 30 องศา 4) พิจารณาการหยุดยานอน หลับเมื่อหมดความจำเป็น 5) ทำความสะอาดปากและฟัน และ 6) การให้อาหารทาง สายยางอย่างถูกวิธี ภายหลังจากนำรูปแบบ ไปใช้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติ ตามรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล ใน 6 หมวด ร้อยละ 96.35 และอุบัติการณ์ปอดอักเสบในโรงพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)

สรุป: การใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในการพัฒนา รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบ ในโรงพยาบาล ก่อให้เกิดความร่วมมือในดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้การเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลลดลง

คำสำคัญ : รูปแบบการพยาบาล การป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ โรงพยาบาลอุทัยธานี

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ โรงพยาบาลอุทัยธานี

บทนำ

ปอดอักเสบในโรงพยาบาลชนิดที่ไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจ (Nonventilator hospital-acquired pneumonia : NV-HAP) คือ การเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจ เกิดขึ้นภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลัง 48 ชั่วโมงขึ้นไป โดยมีอาการและอาการแสดง ได้แก่ การปรรอยโรคของปอดเกิดขึ้นใหม่ อาการไข้ ไอ หรือหอบ พบเสมหะมีหนอง เม็ดเลือดขาวในเลือดเพิ่มมากขึ้น¹ ในต่างประเทศพบอุบัติการณ์ปอดอักเสบในโรงพยาบาลชนิดที่ไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจประมาณ 0.12-2.28 ครั้ง/1,000 วันนอน อัตราตายร้อยละ 18.7 และโดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่อยู่นอกห้องผู้ป่วยหนัก² ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจ 0.9 ครั้ง/1,000 วันนอน และพบสูงถึง 8.00 ครั้ง/1,000 วันนอน ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง³

สาเหตุของปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจ คือ การสำลักเชื้อสร้างนิคมอยู่ภายในร่างกาย บริเวณคอหอย หลอดลม เชื้อจากโพรงจมูก หรือ ในกระเพาะ เข้าสู่ปอด เชื้อดังกล่าวอยู่ภายในตัวผู้ป่วย อีกกลไกหนึ่งเป็นการสูดสำลัก และหรือการปนเปื้อน เอาเชื้อภายนอกร่างกายผู้ป่วย หรือเชื้อที่ปนเปื้อนจากบุคลากรการแพทย์ จากการสัมผัสผู้ป่วยรายหนึ่งสู่ผู้ป่วย อีกรายหนึ่งจากอุปกรณ์ต่างๆ เข้าสู่ร่างกาย และเกิดปอดอักเสบตามมา นอกจากนี้อาจเกิดติดเชื้อในกระแสโลหิตและเกิดการติดเชื้อที่ปอดตามมาได้⁴

การป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลชนิดที่ไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจ มีแนวปฏิบัติจากหลายการศึกษาที่สามารถลดการเกิดปอดอักเสบได้อย่างมีนัยสำคัญ ประกอบด้วย 1) การทำความสะอาดช่องปาก⁵ 2) การจัดทำนอนศีรษะสูง 30-45 องศา⁶ 3) การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย⁷ 4) การบริหารปอดด้วยการใช้ Spirometer 5) การฝึกหายใจลึกและการไออย่างมีประสิทธิภาพ⁸ ในปัจจุบันการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบในโรงพยาบาล มีคำแนะนำใช้หลายวิธีร่วมกัน (bundle of care) ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี⁹ ซึ่งแนวปฏิบัติดังกล่าวเป็นมาตรฐานที่ใช้ทั่วไปในหลายสถานพยาบาล แต่ปัญหาที่ผ่านมามีพบว่าการดูแลผู้ป่วยโดยตรง มักละเลยการปฏิบัติ เช่น ปฏิบัติไม่ครบถ้วน ไม่ต่อเนื่อง ให้นุคลากรอื่นทำแทนหรือไม่ได้ปฏิบัติ¹⁰ เป็นต้น โดยพบว่าหากต้องการให้นุคลากรปฏิบัติตามการป้องกัน การติดเชื้อปอดอักเสบได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องได้รับการกระตุ้นและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง¹¹ ซึ่งการพัฒนาแบบการพยาบาล เป็นวิธีการหนึ่งที่น่าสนใจ ผลช่วยลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹²

ข้อมูลที่ผ่านมาในโรงพยาบาลอุทัยธานี พบปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับเครื่องช่วยหายใจในแผนกอายุรกรรม อัตรา 1.36 0.67 และ 1.23 ครั้ง /1,000 ต่อวันนอนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหว (Braden scale < 16) กลุ่มผู้สูงอายุ และมีโรคร่วม ผู้ป่วยเสียชีวิต ร้อยละ 32.00 สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพ ประมาณ 30,000 บาท / ครั้ง โดยส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลนานมากกว่า 5 วัน ร้อยละ 37.21¹³ ที่ผ่านมามีคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล แต่ผลจากการสุ่มสังเกตการดูแลผู้ป่วยของผู้วิจัย และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม พบว่า การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลปฏิบัติได้ยังไม่ครบถ้วน เช่น การทำความสะอาดมือก่อนการสัมผัสปฏิบัติได้ ร้อยละ 30.63 การ oral care มีการปฏิบัติวันละ 1 ครั้ง ในเวรตึก หรือ ร้อยละ 20 การจัดทำนอนหัวสูงในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพียงร้อยละ 50 ส่งผลให้ผลลัพธ์การดูแลยังไม่มีประสิทธิภาพ¹³ ทั้งนี้พยาบาลเป็นบุคลากรที่สำคัญในทีมสุขภาพเนื่องจากเป็นบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา และทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ที่ผ่านมามีพบว่าการพัฒนาแบบการพยาบาล ช่วยลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นไปตามเป้าหมาย¹¹

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสม นำไปปฏิบัติได้ในบริบทของโรงพยาบาล และศึกษาผลของการพัฒนาแบบต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล



กรอบแนวคิด

การป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล สามารถลดอุบัติการณ์ลงได้ หากมีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาล มีความสำคัญต่อการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลเกิด ความปลอดภัยต่อผู้ป่วย โดยการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดคุณภาพในการดูแลการศึกษาครั้งนี้ ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR)¹⁴ นำมาพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด ปอดอักเสบในโรงพยาบาล โดยมีขั้นตอน ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนคิดและนำมาปรับปรุงเป็น วงจรต่อเนื่อง โดยให้พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ทำให้ได้รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด ปอดอักเสบในโรงพยาบาล ที่นำไปปฏิบัติได้ในบริบทของโรงพยาบาล

วิธีการศึกษา

ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (purposive sampling) คือ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน แผนกอายุรกรรม ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย อายุรกรรมหญิงและพิเศษควรออยู่และผู้วิจัย รวมจำนวนทั้งหมด 45 คน และกลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 51 คน (Braden Scale \leq 16 คะแนน) ในหอผู้ป่วยดังกล่าว ระหว่างเดือน สิงหาคม 2562 ถึงเดือนมกราคม 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยเป็นแนวทางการสนทนากลุ่ม ลักษณะคำถามปลายเปิด มีเนื้อหา เกี่ยวกับปัญหาการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล อุบัติการณ์การเกิดผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน การเกิด ปอดอักเสบ แนวคิดการป้องกัน ปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัตินำมาวางแผนปฏิบัติสังเกต และสะท้อนคิด 2) เครื่องมือ ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบบันทึกการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลที่สร้างขึ้นจากการพัฒนารูปแบบ แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลอุทัยธานี แบบประเมินการกลืน โรงพยาบาลอุทัยธานี และแบบประเมิน Braden Scale เพื่อประเมินความเสี่ยงการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยต่อการเกิดแผลกดทับ นำมาใช้ประเมินความเสี่ยงในการ ไม่เคลื่อนไหวร่างกาย จนเกิดความเสี่ยงในการสำลักและเกิดปอดอักเสบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด ผ่านการตรวจสอบความตรง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 1.00 และหาค่าความเชื่อมั่นในการสังเกต (Inter rater reliability) การปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาล ระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย มีค่าเท่ากับ 1.00 การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติการทำวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุทัยธานี เลขที่ 3/2562 ลงวันที่ 11 มิถุนายน 2562

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ใช้ระยะเวลาในการศึกษาวิจัยรวม 6 เดือน ดำเนินการพัฒนาตาม กระบวนการ 4 ระยะ คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนคิด และวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 2 วงรอบ ระหว่าง เดือนสิงหาคม 2562 ถึงเดือนมกราคม 2563

วงรอบที่ 1 ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 1 เดือน มีขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน

1.1 ศึกษาสภาพปัญหาการพยาบาล โดยการสนทนากลุ่ม ครั้งที่ 1 เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล

1.2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพที่ เข้าร่วมวิจัย ในแผนกอายุรกรรมทั้ง 3 หน่วยงาน จำนวนทั้งหมด 11 คน ร่วมกันสืบค้นข้อมูล จากงานวิจัย

นำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการสืบค้นมาสรุปเป็นข้อปฏิบัติ และนำมากำหนดและปรับรูปแบบการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิด ปอดอักเสบในโรงพยาบาล ก่อนนำมาใช้สร้างแบบเก็บข้อมูล นำไปทดลองใช้ ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4 ราย นำมาปรับปรุงรูปแบบการปฏิบัติ 1 หัวข้อ คือ การกระตุ้นให้เคลื่อนไหวร่างกาย เพิ่มในผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ ให้พยุงลูกนั่ง การยกไม้กันเตียงขึ้น

ระยะที่ 2 การปฏิบัติ ทีมพยาบาลแผนกอายุรกรรมนำรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลไปสู่การปฏิบัติ โดยมีขั้นตอน ดังนี้ 1) ผู้วิจัยเข้าร่วมประชุมกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรม เพื่อชี้แจงการนำรูปแบบการพยาบาล ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย 2) ผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมวิจัยทั้ง 3 หน่วยงาน ที่ร่วมสนทนากลุ่ม พัฒนารูปแบบการพยาบาล ดำเนินการให้ความรู้เป็นกลุ่มกับทีมพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง 3) จัดทีมที่ปรึกษาให้กับพยาบาลวิชาชีพทั้ง 3 หน่วยงาน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และนักกิจกรรมบำบัด เพื่อประเมินการดูแลที่สำคัญในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 4) ผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมวิจัยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา ประสานงาน และอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน

ระยะที่ 3 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ ทั้งเวรเช้า เวรบ่าย และดึก และติดตามตรวจเยี่ยมระหว่างทีมพยาบาลทั้ง 3 หน่วยงาน เพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรคต่อการปฏิบัติ และร่วมกันสังเกตและให้คำแนะนำการปฏิบัติ

ระยะที่ 4 การสะท้อนคิด โดยการสนทนากลุ่มและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันกับผู้วิจัยและทีมพยาบาลที่ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในหอผู้ป่วย เพื่อรวบรวมปัญหาและนำมาปรับปรุงแผนต่อไป

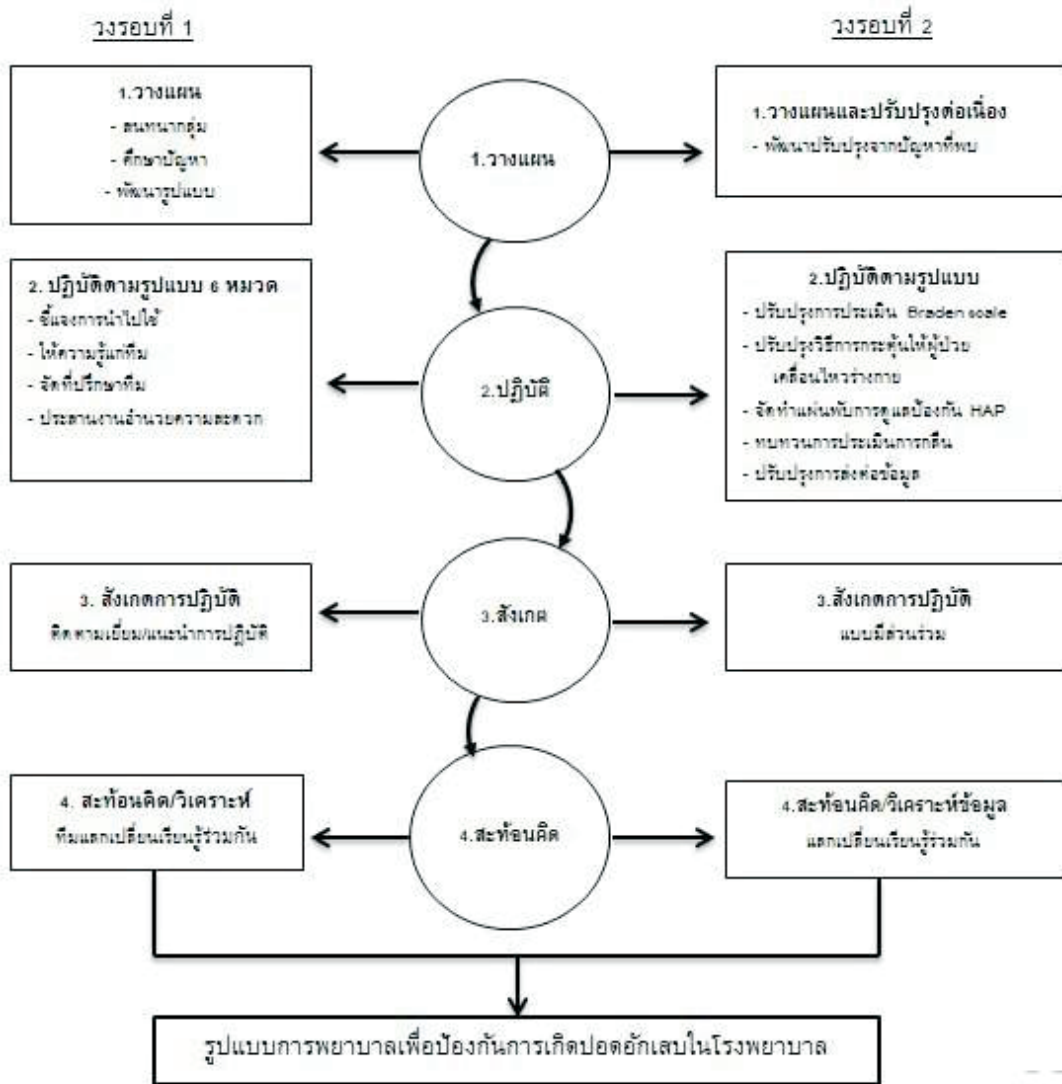
วงรอบที่ 2 ดำเนินการพัฒนา 1 เดือน และเก็บรวบรวมข้อมูลต่อเนื่อง ในช่วงระยะเวลา 4 เดือน ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน จากผลการสะท้อนคิด การปฏิบัติในระยะที่ 4 ของวงรอบที่ 1 พบปัญหาจากการสังเกตการสนทนากลุ่ม และการติดตามการปฏิบัติในหอผู้ป่วย คือ 1) การประเมินผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีความแตกต่างกันในการใช้ Braden scale ทำให้กลุ่มเสี่ยงที่เกิดปอดอักเสบไม่ได้ดูแลตามรูปแบบที่กำหนดไว้ 2) การกระตุ้นให้เคลื่อนไหวร่างกาย ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงบางครั้งผู้ป่วยไม่สามารถลุกเดินได้ 3) ผู้ป่วยห้องพิเศษมีญาติร่วมดูแล และบางครั้งญาติเปลี่ยนผู้ร่วมดูแลผู้ป่วย ทำให้ไม่ได้รับการกระตุ้นให้เคลื่อนไหวร่างกาย 4) การประเมินการกลืนยังมีการปฏิบัติไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน 5) ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดูแลย้ายหอผู้ป่วย ทำให้การดูแลไม่ต่อเนื่องไม่มีการส่งต่อข้อมูล ผู้วิจัยและทีมพยาบาลผู้เข้าร่วมวิจัยนำปัญหาที่เกิดขึ้นในวงรอบที่ 1 นำมาวางแผนการแก้ไข

ระยะที่ 2 การปฏิบัติ ผู้วิจัยและทีมพยาบาลผู้เข้าร่วมวิจัย ได้ปรับปรุงรูปแบบจากปัญหาและอุปสรรค ดังนี้ 1) ปรับปรุงการปฏิบัติโดยนำแบบประเมิน Braden scale ไปประเมินพนักงานในผู้ป่วยที่รับใหม่ทุกราย และให้คำแนะนำการให้คะแนนแต่ละหัวข้อ นำแบบประเมินใส่ในแฟ้มผู้ป่วยทุกราย 2) ปรับปรุงการปฏิบัติโดยหากผู้ป่วยลุกเดินไม่ได้ ให้จัดทำพุงลูกนั่งบ่อยๆ อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง ช่วยสอนโดยนักกิจกรรมบำบัด 3) จัดทำแผนพับให้ความรู้ญาติในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบทุกราย เพื่อให้ญาติมีส่วนร่วมและกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกาย 4) ทบทวนการประเมินการกลืนให้กับทีมพยาบาลโดยนักกิจกรรมบำบัด 5) หากผู้ป่วยมีการย้ายหอผู้ป่วยให้ส่งข้อมูลต่อ และนำแบบบันทึกการสังเกตส่งคืนผู้วิจัยให้หอผู้ป่วยที่รับย้ายทำการประเมินผู้ป่วยใหม่ และบันทึกข้อมูลเมื่อเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบ

ระยะที่ 3 การสังเกต ใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยทีมพยาบาลผู้เข้าร่วมวิจัยสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลตามแบบบันทึกการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาล ทั้งเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก และติดตามตรวจเยี่ยมระหว่างทีมพยาบาลทั้ง 3 หน่วยงาน ในปัญหาที่นำมาปรับปรุงการปฏิบัติในวงรอบที่ 2

ระยะที่ 4 การสะท้อนคิด โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหอผู้ป่วย การตรวจเยี่ยมการปฏิบัติ กับผู้วิจัย และทีมพยาบาลผู้เข้าร่วมวิจัยที่ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย และเก็บข้อมูลการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลและอุบัติการณ์การติดเชื้อปอดอักเสบในโรงพยาบาล หลังจากนั้นผู้วิจัยและทีมพยาบาลผู้เข้าร่วมวิจัยได้ติดตามสังเกตการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล ภายหลังจากดำเนินการพัฒนารูปแบบ และปรับปรุง 2 วงรอบพบว่าพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลได้ไม่พบปัญหาในการปฏิบัติ จึงนำรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย สรุปการดำเนินการวิจัย ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 การดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและสร้างข้อสรุป ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และค่าไคสแควร์แบบฟิชเชอร์

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 45 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 93.33 อายุเฉลี่ย 41 ปี มีประสบการณ์ในการทำงานส่วนใหญ่ มากกว่า 20 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 55.56 และโดยส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมการป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล ร้อยละ 91.11

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

กลุ่มผู้ป่วยทั้งหมดมีจำนวน 51 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.78 มีอายุระหว่าง 71 – 80 ปี ร้อยละ 33.34 เป็นส่วนใหญ่เฉลี่ย 73.64 ปี กลุ่มการวินิจฉัยโรคที่พบมากที่สุด คือ หัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 31.27 รองลงมา คือ ระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 23.53 ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ มีระดับคะแนน Braden scale อยู่ระหว่าง 13-16 คะแนน ร้อยละ 52.94 รองลงมา คือ 10-12 คะแนน ร้อยละ 45.10 ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลโดยส่วนใหญ่มากกว่า 10 วัน ร้อยละ 47.06 และสถานภาพการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต ร้อยละ 72.55

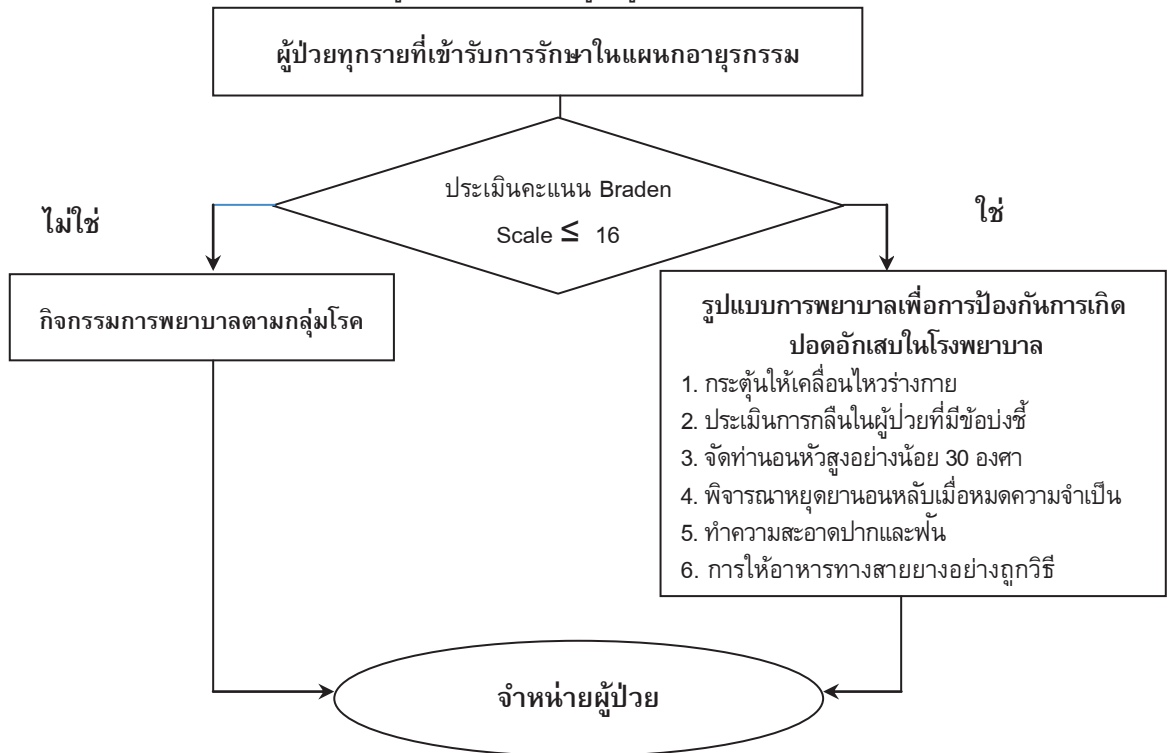
ผลการศึกษารอบที่ 1

สภาพปัญหาที่พบจากการสนทนากลุ่ม ระหว่างพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม พบว่า ผู้ป่วยที่เกิดปัญหาปอดอักเสบในโรงพยาบาลมักมุ่งเน้นการดูแลในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และอายุรกรรมหญิง ส่วนหอผู้ป่วยพิเศษผู้ป่วยมักเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังเข้าออกโรงพยาบาลหลายครั้ง และส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงกลุ่มสูงอายุ ร้อยละ 70.85 ไม่มีแบบประเมินความเสี่ยงในผู้ป่วยที่เกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลไม่ทราบกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบ อุบัติการณ์ยังสูงในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เคลื่อนไหวร่างกายเองไม่ได้ ผู้ป่วยที่ได้รับยานอนหลับในผู้ป่วยสูงอายุ บางครั้งผู้ป่วยหลับนาน และเกิดสับสน ส่วนการจัดทำนอนพบมีการนอนราบเป็นส่วนใหญ่ ผู้ร่วมสนทนากลุ่มต้องการแก้ปัญหา เนื่องจากผู้ป่วยหากเกิดปอดอักเสบต้องย้ายไปห้องผู้ป่วยหนัก และบางรายเสียชีวิตหรือเข้ารับการรักษาซ้ำ บางรายติดเชื้อสาเหตุจากแบคทีเรียดื้อยา

รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบ การสืบค้นข้อมูลที่เป็นงานวิจัย เพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อการป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล จากฐานข้อมูล CINAHL MEDLINE and the Cochrane Library ระหว่างปี ค.ศ. 2014 -2019 และการค้นหาวารสารทางการแพทย์พยาบาลต่างๆ ที่ตีพิมพ์ในประเทศไทย ระหว่างปี 2555 - 2562 ผลการสืบค้นข้อมูลได้ guidelines จากสถาบันในต่างประเทศ จำนวน 13 ฉบับ และการสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) 3 ฉบับ รวมทั้งงานวิจัยที่สังเคราะห์แล้ว 1 ฉบับ¹⁵ นำมาจัดทำเป็นรูปแบบการพยาบาล ประกอบด้วย การปฏิบัติ 6 หมวดกิจกรรม นำมาสังเคราะห์และจัดหมวดหมู่กิจกรรม เพื่อนำไปปฏิบัติได้โดยง่าย ดังนี้ คือ หมวดที่ 1 กระตุ้นให้เคลื่อนไหวร่างกาย หมวดที่ 2 ประเมินการกลืนในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ หมวดที่ 3 จัดทำนอนหัวสูงอย่างน้อย 30 องศา หมวดที่ 4 พิจารณายานอนหลับเมื่อหมดความจำเป็น หมวดที่ 5 ทำความสะอาดปากและฟัน และหมวดที่ 6 การให้อาหารทางสายยางอย่างถูกวิธีนำมาสรุปเป็นกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล รวมทั้งการสร้างแบบสังเกตตามหมวดกิจกรรม

ผลการศึกษารอบที่ 2

ผลการศึกษาในวงรอบที่ 2 จากการสังเกต การสะท้อนคิด การสนทนากลุ่มได้นำมาจัดปรับปรุงรูปแบบเพิ่มเติม ได้แก่ ปรับปรุงการปฏิบัติโดย 1) ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติให้คะแนน Braden scale 2) ปรับปรุงการกระตุ้นให้เคลื่อนไหวร่างกาย 3) จัดทำแผ่นพับให้ความรู้ญาติในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบทุกราย 4) ทบทวนการประเมินการกลืนให้กับทีมการพยาบาลโดยนักกิจกรรมบำบัด และ 5) การส่งต่อข้อมูล และบันทึกข้อมูลเมื่อเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบ และนำผลการปรับปรุงในวงรอบที่ 2 ไปสังเกตอย่างมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ ทำให้ได้รูปแบบการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล 6) หมวดกิจกรรมการพยาบาล และมีขั้นตอนการนำรูปแบบไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย ดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 ขั้นตอนการนำรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย



ภายหลังการปรับปรุงในวงรอบที่ 2 นำรูปแบบการพยาบาลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย และติดตามสังเกตอย่างมีส่วนร่วม พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อการป้องกันการเกิดปอดอักเสบในภาพรวม ทั้ง 6 หมวด กิจกรรม ร้อยละ 96.35 โดยหมวดที่ปฏิบัติได้มากที่สุด คือ การให้อาหารทางสายยาง ร้อยละ 99.66 รองลงมา คือ การรายงาน แพทย์เพื่อพิจารณาการหยุดยานอนหลับเมื่อหมดความจำเป็น ร้อยละ 96.30 ส่วนในหมวดที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือ การทำความสะอาดปากและฟัน คือ ร้อยละ 90.67 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนครั้งและร้อยละของเหตุการณ์ที่สังเกตการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล

รูปแบบการพยาบาล	จำนวนเหตุการณ์		ผลการปฏิบัติ
	ที่สังเกต (ครั้ง)	ปฏิบัติ (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ (ร้อยละ)
1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย	442	414 (93.67)	28 (6.33)
2. ประเมินการกลืนในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้	26	25 (96.15)	1 (3.85)
3. จัดทำนอนหัวสูงอย่างน้อย 30 องศา	183	180 (98.36)	3 (1.64)
4. พิจารณาการหยุดยานอนหลับเมื่อหมดความจำเป็น	27	26 (96.30)	1(3.70)
5. ทำความสะอาดปากและฟัน	193	175 (90.67)	18 (9.33)
6. การให้อาหารทางสายยาง	583	581 (99.66)	2 (0.34)
รวม	1,454	1,401 (96.35)	53 (3.65)

ภายหลังการพัฒนาูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผลทำให้ผู้ป่วยเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลลดลง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) ดังแสดงใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของอุบัติการณ์เกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาูปแบบ

ระยะเวลา	จำนวนผู้ป่วยเกิด	จำนวนผู้ป่วยไม่เกิด	รวม	χ^2	p - value
	ปอดอักเสบ	ปอดอักเสบ			
ก่อนการพัฒนาูปแบบ (4 เดือน)	7	38	45	4.14	0.024*
หลังการพัฒนาูปแบบ (4 เดือน)	1	50	51		
รวม	8	88	96		

* $p < 0.05$ (Fisher's exact test)

วิจารณ์

1. การพัฒนาูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล

การพัฒนาูปแบบการพยาบาลในครั้งนี้ เริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์ โดยการสนทนากลุ่มร่วมกับพยาบาลแผนกอายุรกรรม ที่ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง ทำให้ทราบปัญหา การติดเชื้อปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งส่วนใหญ่พบในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ มีโรคร่วม เคลื่อนไหวร่างกายเองไม่ได้ กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง กล้ามเนื้ออ่อนแรงทำให้มีปัญหาด้านการกลืนมากถึง ร้อยละ 70.85 ประกอบกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่มีการประเมินความเสี่ยงและรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบที่ชัดเจนเช่นเดียวกับผลการศึกษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย พบปัญหาเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล และไม่มีแนวทางการปฏิบัติในการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยกลุ่มนี้¹⁷ ซึ่งหลังจากทีมการพยาบาลได้ทบทวนรับทราบปัญหา และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย นำไปสู่ความเข้าใจและร่วมมือของพยาบาลมากขึ้น ทำให้พยาบาลวิชาชีพตระหนักถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความปลอดภัย¹⁸ และร่วมกันพัฒนาูปแบบการพยาบาลเพื่อลดการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลโดยได้สืบค้นผลงานวิจัย ซึ่งเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้จากกระบวนการวิเคราะห์ สังเคราะห์อย่างเป็นระบบนำมาจัดเป็นหมวดหมู่(bundle of care) 6 หมวดกิจกรรม

การพยาบาลที่สามารถนำไปปฏิบัติได้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล และชี้แจงการนำรูปแบบไปใช้ โดยให้ความรู้เป็นกลุ่ม ในหน่วยงาน จัดทีมที่ปรึกษา ประสานงานอำนวยความสะดวกในทุกๆระดับกับทีมการพยาบาลทั้งหมด ที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว หลังจากนำรูปแบบไปใช้มีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และสะท้อนคิดรวมทั้งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วย นำปัญหาที่ได้ไปปรับปรุงในระยะที่ 2 อย่างต่อเนื่อง จนได้รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ ศิรินาฏ สอนสมนึกและคณะ ที่พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ด้วยวิธีการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งการค้นคว้าหาความรู้จากงานวิจัยต่าง ๆ มาจัดทำเป็นแนวปฏิบัติ และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ทำให้ได้แนวปฏิบัติที่มีข้อตกลงร่วมกัน และนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้¹⁹

2. ผลของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล

ผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล ทำให้ได้รูปแบบ นำไปสู่การปฏิบัติ เช่นเดียวกับที่พบในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์²⁰ พยาบาลวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการวิจัยและปรับปรุงแนวปฏิบัติทำให้ได้แนวทางที่เหมาะสม สามารถนำไปปฏิบัติได้ สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ปฏิบัติ ทำให้อัตราการติดเชื้อ และอัตราการเกิดผลกดทับลดลง ซึ่งเป็นไปในลักษณะเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้อย่าง อาจเนื่องมาจากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ใช้วิธีการสังเกต การสะท้อนคิด และปรับปรุงการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตลอดเวลา พยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ทำให้แก้ปัญหาได้อย่างตรงประเด็น²¹ และได้รับความร่วมมือจากทีมการพยาบาลผู้ป่วยสามารถนำรูปแบบที่ได้นำไปปฏิบัติได้ในบริบทของโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม สะท้อนได้จากภายหลังการพัฒนาและปรับปรุง 2 วนรอบ ทำให้พยาบาลวิชาชีพในแผนกอายุรกรรม ปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาในภาพรวมทุกหมวดขึ้นสูงถึง ร้อยละ 96.35 (ตารางที่ 1)

การศึกษาในครั้งนี้ได้ใช้การสืบค้นผลงานวิจัย ซึ่งเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้ จากกระบวนการ วิเคราะห์ สังเคราะห์อย่างเป็นระบบ นำมาพัฒนารูปแบบการพยาบาล โดยจัดเป็นหมวดหมู่ (bundle of care) เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล ส่งผลทำให้อุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อลดลง เมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนาและแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 2) อาจเนื่องมาจากการพัฒนารูปแบบครั้งนี้ ได้นำหลักฐานที่น่าเชื่อถือที่สังเคราะห์มาจากงานวิจัยมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ การประเมินกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยง ในผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้⁷ ประเมินการกลืนในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ร่วมกับการจัดท่านอนศีรษะสูงอย่างน้อย 30 องศา การหยุดยานอนหลับเมื่อหมดความจำเป็น รวมทั้งการให้อาหารทางสายยางอย่างถูกวิธี ผลทำให้ลดความเสี่ยงการเกิดการสำลัก นอกจากนี้แล้วการทำความสะอาดช่องปากด้วยการแปรงฟันหรือการใช้ยา 0.12% CHG เช็ดคราบฟัน วันละ 2 ครั้ง ทำให้ลดแบคทีเรียในช่องปากได้เป็นจำนวนมาก²² ผลการศึกษานี้ จึงทำให้การปอดอักเสบในโรงพยาบาลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในหลายโรงพยาบาลที่นำผลการวิจัยจัดทำเป็นรูปแบบการพยาบาลมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น¹⁹

สรุป

การเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลพบได้ในผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหว มีโรคร่วมหลายโรค การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ทำให้ได้รูปแบบที่เหมาะสม นำไปปฏิบัติได้ ส่งผลให้การเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลลดลง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การพัฒนารูปแบบการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีการยอมรับการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ ควรให้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในทุกขั้นตอน
2. การพัฒนารูปแบบที่นำมาใช้ใหม่ ควรใช้กระบวนการนิเทศมาใช้เพื่อคงไว้ซึ่งรูปแบบการปฏิบัติ รวมทั้งให้ความรู้อย่างต่อเนื่องจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจในการปฏิบัติ



ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ทำการวิจัยและพัฒนารูปแบบการวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจำกัดการเคลื่อนไหว เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบ โดยให้ญาติหรือผู้ดูแลเข้าร่วมการวิจัยด้วย เพื่อลดการเกิดปอดอักเสบหลังจำหน่าย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์สุรชัย โชคครรชิตไชย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทัยธานี นางณภัคคณันท์ ยูวดี หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลอุทัยธานีที่สนับสนุนให้มีการทำวิจัยเพื่อพัฒนางาน หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย อายุรกรรมหญิง พิเศษครออยู่ และพยาบาลวิชาชีพทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. American Thoracic Society, Infectious Diseases Society of America. Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia. American journal of respiratory and critical care medicine 2005;171(4):388.
2. Baker D, Quinn B. (2018). Hospital Acquired Pneumonia Prevention Initiative-2: incidence of nonventilator hospital-acquired pneumonia in the United States. American journal of infection control 2018;46(1): 2-7.
3. ไกล่รุ่ง แสงสว่าง, พิพัฒน์ ลักษณะมีจรลกุล, สุคนธา ศิริ, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง. อุบัติการณ์ของปอดอักเสบจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลและแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2560;61(5): 563 –76.
4. วิภา รัชชพิชิตกุล. HAP, VAP and HCAP Guidelines: from Guidelines to Clinical Practice. Srinagarind Medical Journal 2553;25(Suppl):87-94.
5. de Lacerda Vidal, CFde Lacerda Vidal AK, de Moura Monteiro JG, Cavalcanti A, da Costa Henriques AP, Oliveira M, ... Gomes, B. Impact of oral hygiene involving toothbrushing versus chlorhexidine in the prevention of ventilator-associated pneumonia: a randomized study. BMC infectious diseases 2017;17(1):112.
6. Niël-Weise BS, Gastmeier P, Kola A, Vonberg, RP, Wille, JC, van den Broek P. J. An evidence-based recommendation on bed head elevation for mechanically ventilated patients. Critical care 2011;15(2):R111.
7. Stolbrink M, McGowan L, Saman H, Nguyen T, Knightly R, Sharpe J, Turner A M The Early Mobility Bundle: a simple enhancement of therapy which may reduce incidence of hospital-acquired pneumonia and length of hospital stay. Journal of Hospital Infection 2014;88(1):34-9.
8. Pasquina P, Tramèr MR, Granier JM , Walder, B. Respiratory physiotherapy to prevent pulmonary complications after abdominal surgery: a systematic review. Chest 2006;130(6):1887-99.
9. Morris AC, Hay AW, Swann DG, Everingham K, McCulloch C, McNulty J ,Walsh, T S. Reducing ventilator-associated pneumonia in intensive care: impact of implementing a care bundle. Critical care medicine 2011;39(10): 2218-24.
10. Pedersen PU, Larsen P ,Håkonsen SJ . The effectiveness of systematic perioperative oral hygiene in reduction of postoperative respiratory tract infections after elective thoracic surgery in adults: a systematic review. JBI database of systematic reviews and implementation reports 2016;14(1):140-73.
11. ประภาดา วัชรนาถ, อัมภพร นามวงศ์พรหม, น้ำอ้อย ภัคติวงศ์. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ เครื่องช่วยหายใจต่อการเกิดปอดอักเสบขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ. วารสารเกื้อการุณย์ 2558;22(1):35-42.
12. Al-Tawfiq JA, Abed MS. Decreasing ventilator-associated pneumonia in adult intensive care units using the Institute for Healthcare Improvement bundle. American journal of infection control 2010;38(7):552-6.

13. คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลอุทัยธานี .รายงานการอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล. อุทัยธานี : โรงพยาบาลอุทัยธานี ; 2562.
14. Kemmis S, McTaggart R, Nixon R. Introducing critical participatory action research. In The action research planner .Springer Singapore 2014:1-31.
15. Pássaro L, Harbarth S , Landelle C. Prevention of hospital-acquired pneumonia in non-ventilated adult patients: a narrative review. Antimicrobial Resistance & Infection Control 2016; 5(1):43.
- 16.ภริตา บุญรักษา, คมกฤษณ์ ปัญญาพัฒน์กิจ, ทอม กำภู ณ อยุธยา, วีรวรรณ แก้ว ทอง, กชกร พงศ์พิศาล, วิน เตชะเคหะกิจ. โรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลในผู้ใหญ่สาเหตุและความชุกของการติดต่อ ยา ปฏิชีวนะช่วง ปี พ. ศ. 2554 - 2555 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2556;7(2):296-301.
- 17.นิตยา ธีรวิโรจน์, สุจิตรา สุขผดุง , ไกรวุฒิ สุขสนิท. ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการ เกิดปอด อักเสบในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2561; 33(3) : 291-309.
18. El-Khatib MF, Zeineldine S, Ayoub C, Husari A, Bou-Khalil PK.. Critical care clinicians' knowledge of evidence-based guidelines for preventing ventilator-associated pneumonia. American Journal of Critical Care 2010;19(3): 272-6.
19. ศิรินาฏ สอนสมนึก, กุสุมา คุววัฒนาสัมฤทธิ์ , สุปรีดา มั่นคง. ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันปอด อักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจต่ออุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบ. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2560;23(3):284-96.
20. สุพัตรา อุนนิสากร, ทิพย์พิมล สมหมาย, ปิยะนันต์ วัฒนประสาน, จารุวรรณ บุญรัตน์. การป้องกันและดูแลแผลที่เกิดจากการควบคุมการขยับถ่ายไม่ได้ ผู้ป่วยวิกฤตที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม. วารสารสภาการพยาบาล 2558;30(2): 86-100.
21. Crane P, O'Regan M. On PAR: Using participatory action research to improve early intervention. Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs, Australian Government ; 2010.
22. Ames, N. J. Evidence to support tooth brushing in critically ill patients. American Journal of Critical Care 2011; 20(3):242-50.

The effect of using discharge planning guidelines for chronic kidney disease patients In the female medical ward Sawangdaendin Crown Prince Hospital

Ratchanee Sombutsri, Dip in Nursing Science*

Khwanrat Daseewangpa, B.N.S.**

Nutdanai Kumnahom, B.N.S.***

Abstract

Introduction : Chronic kidney disease (CKD) has increased tendency and has become to a worldwide public health problem. In 2015, Ministry of Public Health, Thailand reported chronic kidney disease patients found around 8 million or 17.6% of populations. CKD found at top ten ranking diseases in Sawangdaendin Crown Prince Hospital. There is a rising incidence and prevalence of kidney failure with poor outcomes, quality of life imbalance and high cost.

Objectives This study aimed to explore the effect of using discharge planning guidelines based on D-M-E-T-H-O-D concept for knowledge and self-care for CKD patients and explored the knowledge and caring practices for CKD caregivers.

Methods : This Quasi – Experimental one group pretest-posttest design applied D-M-E-T-H-O-D concept to develop discharge planning guidelines for CKD patients. The purposive samples composed of 38 CKD patients and 38 CKD caregivers. The research instruments were 1) the instrument for data collection included the questionnaire for CKD patients caregivers 2) the research instrument had been developed for this intervention. Data had been analyzed by using descriptive statistics; frequency, percentage, mean and standard deviation. Compare mean difference of knowledge and self-care between pre and post using discharge planning guidelines by using the dependent sample t-test (paired t-test).

Results : The results showed; CKD participants had average age 68.21 years old (S.D=10.24), average years of CKD illness were 7.02 years (S.D=4.65), average time for admission at inner patient ward found 2.97 times (S.D=2.65). Most CKD patients had health problems of diabetes mellitus and hypertension. The results revealed that after using discharge planning guidelines, the CKD participants had statistically significant higher mean scores of knowledge and self-care than before using the guidelines (p-value < 0.05). Most CKD caregivers had average age 48.25 years old (S.D=17.42), graduated at primary school level and had poor monthly income. Most of them were daughters of CKD patients. The results showed that after using discharge planning guidelines, caregivers had statistically significant higher mean scores of knowledge and caring practices than before using the guidelines (p-value < 0.05).

Conclusions : Discharge planning guidelines for CKD patients based on D-M-E-T-H-O-D concept were found to be effective in knowledge and self-care. As a result, home healthcare team should observe and provide support for CKD patients and their caregivers how they can apply the guidelines in self-care practices at home appropriately and continually, aimed to reduce complications, maintain health status and quality of life of CKD patients.

Keyword : Discharge planning guidelines, Chronic kidney disease patients

*Registered nurse, Professional Level, Medical Department, Sawangdaendin Crown Prince Hospital

**Registered nurse, Professional Level, Medical Department, Sawangdaendin Crown Prince Hospital

***Registered nurse, Medical Department, Sawangdaendin Crown Prince Hospital



ผลของการใช้แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

รัชนีย์ สมบัติศรี, ป.พ.ส.*
ขวัญรัตน์ ดาสีวังปา, พย.บ.**
ณัฐนัย คำนาโฮม, พย.บ.***

บทคัดย่อ

บทนำ : ในปัจจุบันสถานการณ์โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease : CKD) กำลังเป็นปัญหาระดับโลก คนไทยมีแนวโน้มเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขปี 2558 พบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 17.6 ของประชากร หรือประมาณ 8 ล้านคน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็น 1 ใน 10 อันดับแรก ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่สูงขึ้น

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของแนวทางการวางแผนจำหน่าย โดยใช้รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D ต่อความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และศึกษาความรู้ และการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในครอบครัว

วิธีการศึกษา : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลัง การจัดกระบวนการตามแนวทางการวางแผนจำหน่ายที่ผู้วิจัยได้ออกแบบและพัฒนาขึ้น ตามแนวคิด D-M-E-T-H-O-D กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 38 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว 38 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) เครื่องมือในการวิจัยที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการดูแลตนเองก่อนและหลังการใช้แนวทางการวางแผนจำหน่าย โดยใช้ Paired Samples T Test

ผลการศึกษา : ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีอายุเฉลี่ย 68.21 ปี (S.D.=10.24) มีระยะเวลาเฉลี่ยที่ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง 7.02 ปี (S.D.=4.65) เคยเข้ามารับการรักษาพยาบาลในแผนกผู้ป่วยในเฉลี่ย 2.97 ครั้ง (S.D.=2.65) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่นร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง เปรียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนและหลังการใช้แนวทางการวางแผนจำหน่าย พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P - value < 0.05$) ด้านผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า อายุเฉลี่ย 48.25 ปี (S.D.=17.42) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และรายได้เดือนได้ค่อนข้างต่ำ ส่วนใหญ่เป็นบุตรสาวของผู้ป่วย ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนและหลังการใช้แนวทางการวางแผนจำหน่าย พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P - value < 0.05$)

สรุป : การใช้แนวทางการวางแผนจำหน่าย โดยใช้รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งทีมดูแลสุขภาพที่บ้านควรมีการติดตามการใช้แนวทางในการดูแลตนเองที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน คงไว้ซึ่งสภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : แนวทางการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

***พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง เป็นโรคที่พบได้ทั่วโลกและเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย จำเป็นต้องได้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่องและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงมาก โดยเฉพาะเมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย (End-stage renal disease: ESRD) จำเป็นต้องให้การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis) หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation) นอกจากนี้ในปัจจุบันยังมีแนวโน้มอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้การรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อป้องกันหรือชะลอไม่ให้เกิดการดำเนินของโรคเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย โดยการตรวจคัดกรองและดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเพื่อชะลอการเสื่อมของไตให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น¹ สถานการณ์โรคไตเรื้อรัง มีอุบัติการณ์พบสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยทั่วโลกอยู่ระหว่างร้อยละ 3.2 – 7.6 ต่อปี² ข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2559 – 2561 มีจำนวน 764,077, 1,063,728 และ 1,121,224 คน ตามลำดับ³

ข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 – 2561 มีจำนวน 456, 604 และ 708 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในจำนวนนี้ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่การล้างไตทางช่องท้อง ปัจจุบันมีผู้ป่วยสะสม จำนวน 188 คน ผู้ป่วยมีชีพ จำนวน 127 คน มีผู้ป่วยที่ต้องเปลี่ยนวิธีการรักษาเป็นวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ร้อยละ 5.32 ได้รับการปลูกถ่ายไต ร้อยละ 0.53 ยกเลิกการล้างไต ร้อยละ 0.53 และพบอัตราการตายของผู้ป่วย ร้อยละ 25.53³ โรคไตเรื้อรังยังเป็นโรคที่มีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ด้วยโรคเดิมของหอผู้ป่วยอายุรกรรม มีจำนวน 114, 135 และ 164 ราย ตามลำดับ คิดเป็นมากกว่าร้อยละ 20 ของผู้ป่วยไตเรื้อรังทั้งหมด พบค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2559 – 2561 มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จำนวน 3,571,345.50 บาท 4,675,597.20 บาท และ 6,139,586.00 บาท ตามลำดับ และจากการศึกษาข้อมูลการสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ประจำปี 2561 มีผู้ป่วยไตเรื้อรัง จำนวน 708 ราย พบเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังในระยะที่ 3 – 5 โดยพบระยะที่ 5 มากที่สุด อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด คือ อาการชืด เหนื่อย อ่อนเพลีย พบจำนวน 425 ราย รองลงมา คือ อาการภาวะน้ำเกิน พบจำนวน 141 ราย และอาการอื่นๆ จากการล้างไตทางช่องท้อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นต้น⁴

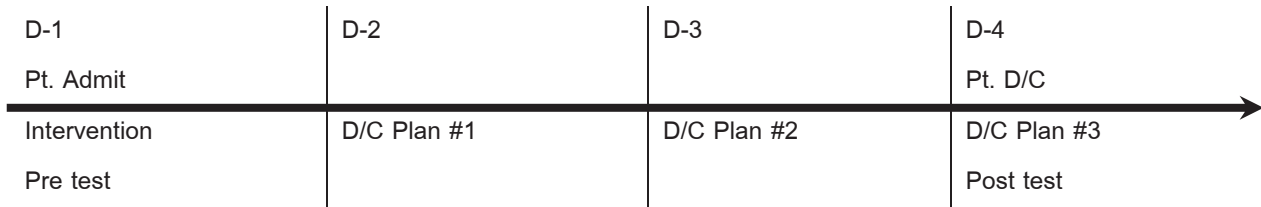
การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง เป็นมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในเป็นข้อกำหนดให้พยาบาลนำไปปฏิบัติการดูแลผู้ให้บริการตั้งแต่เริ่มมาใช้บริการในหน่วยบริการจนออกจากหน่วยบริการรวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน⁵ การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง โดยเน้นที่การพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ความพร้อม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ก่อนที่ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีการประสานระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัว ในการค้นหาปัญหาความต้องการและนำมาวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพการดำเนินชีวิตเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องมีความพร้อมในการดำเนินชีวิตที่บ้านได้อย่างปกติสุข⁶ การวางแผนจำหน่ายจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เป็นโรคเรื้อรังการควบคุมโรคไตเรื้อรังที่ให้ผลดีนั้นต้องอาศัยการปฏิบัติและการดูแลตนเองที่ถูกต้องและต่อเนื่อง² และจากการที่ผู้วิจัยเป็นส่วนหนึ่งในทีมการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม พบปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังคือ ผู้ป่วยส่วนมากรู้ว่าตัวเองป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง แต่ยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นแบบแผนเดิมในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย เนื่องจากไม่เข้าใจและไม่ทราบว่าจะต้องดูแลตนเองอย่างไร และมีบางส่วนเพิ่งทราบครั้งแรกว่าตนเองป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังในขณะที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และยังไม่เคยได้รับความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ในส่วนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และครอบครัว หรือการจัดกระบวนการให้ความรู้เรื่องโรคกับผู้ป่วยและผู้ดูแล หน่วยงานยังไม่มีแบบแผนการวางแผนจำหน่ายที่ชัดเจนเป็นรูปแบบเดียวกัน

จากประเด็นข้อมูลสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวทางการวางแผนจำหน่าย D-M-E-T-H-O-D มากำหนดเป็นกระบวนการที่มีมาตรฐานสำหรับจัดกิจกรรมดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และศึกษาผลของแนวทางการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง รวมถึงความรู้ และการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้อง และสามารถดูแลตนเองได้ และผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง



วิธีการศึกษา (Methods)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) ออกแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการจัดกระบวนการตามแนวทางการวางแผนจำหน่ายที่ผู้วิจัยได้ออกแบบและพัฒนาขึ้น รายละเอียดตามผังภูมิการวิจัย ดังนี้



โดยที่

Pt. Admit	หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
Pt. D/C	หมายถึง วันที่ผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน
D-1, D-2, D-3, D-4	หมายถึง วันที่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล
D/C Plan #1, #2, #3	หมายถึง แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยใช้รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ในระหว่างที่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล
Pre test	หมายถึง การประเมินความรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และครอบครัวก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D
Post test	หมายถึง การประเมินความรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และครอบครัวหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D ก่อนจำหน่าย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จำนวน 38 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 38 คน เข้ารับการรักษาในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2563 ถึง เดือน เมษายน 2563 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้สามารถดำเนินการวิจัยได้ โดยมติของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยในคนโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ตามเอกสารรับรองเลขที่ SWDCPH 2019 – 007 รหัสโครงการ 811 / 2562 ระยะเวลาในการรับรองระหว่างวันที่ 30 ตุลาคม 2562 ถึงวันที่ 29 ตุลาคม 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ และแบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย และแบบทดสอบความรู้ และแบบสอบถามการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบเองภายใต้กรอบการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

3.1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลระดับบุคคลของผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ และข้อมูลระดับบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ

3.1.2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ หรือ ไม่ใช่ การตรวจและกำหนดคะแนนของข้อคำถาม ตอบถูกได้ค่าคะแนน เท่ากับ 1 ตอบผิดได้ค่าคะแนนเท่ากับ 0 จำนวนข้อคำถามในแบบทดสอบจำนวน 12 ข้อ คะแนนสูงสุดเท่ากับ 12 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0

และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ หรือ ไม่ใช่ การตรวจและกำหนดคะแนนของข้อคำถาม หากตอบถูกได้ค่าคะแนนเท่ากับ 1 ตอบผิดได้ค่าคะแนนเท่ากับ 0 จำนวนข้อคำถามในแบบทดสอบจำนวน 12 ข้อ คะแนนสูงสุดเท่ากับ 12 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0

การแปลความหมายคะแนนระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ออกแบ่งเป็น 3 ระดับ⁷ คือ

- ระดับสูง หมายถึง ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (10 – 12 ข้อ)
- ระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนร้อยละ 60.0 – 79.9 (6 – 9 ข้อ)
- ระดับต่ำ หมายถึง ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.0 ลงมา (0 – 5 ข้อ)

3.1.3 แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และแบบสอบถามการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว เป็นการวัดโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด (Close Ended Question) ประกอบไปด้วยข้อคำถามเชิงบวก และเชิงลบ ให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก		ข้อคำถามเชิงลบ	
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้ค่า 3 คะแนน	ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้ค่า 1 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ให้ค่า 2 คะแนน	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ให้ค่า 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้ค่า 1 คะแนน	ไม่เคยปฏิบัติ	ให้ค่า 3 คะแนน

การแปลความหมายคะแนนรวมระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้วิจัยกำหนดระดับพฤติกรรมดูแลเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมการดูแลที่ดี ปานกลาง และไม่ดี ในการจัดระดับคะแนนประยุกต์ใช้หลักการสร้างตารางแจกแจงความถี่ ความกว้างของชั้น หาได้ดังนี้

$$\text{ความกว้างชั้น} = \frac{\text{ค่าพิสัย}}{\text{จำนวนชั้นหรือจำนวนระดับของพฤติกรรม}}$$

การแปลความหมายระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของผู้ดูแลในครอบครัว รายข้อ พิจารณาคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามรายข้อ คัดคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด) / จำนวนชั้น⁽⁷⁾ สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมการดูแลที่ดี ปานกลาง และไม่ดี ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับการดูแลตนเอง และการดูแลผู้ป่วย
1.00 – 1.66	- ระดับไม่ดี
1.67 – 2.32	- ระดับปานกลาง
2.33 – 3.00	- ระดับดี

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบเองภายใต้กรอบการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย แผนการสอนความรู้และการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ตามกรอบแนวทางการวางแผนจำหน่าย D-M-E-T-H-O-D และแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D และเอกสารประกอบการจัดกิจกรรม ได้แก่ คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และภาพพลิกสื่อการสอนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

3.2.1 แผนการสอนความรู้และการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ตามกรอบแนวทางการวางแผนจำหน่าย D-M-E-T-H-O-D ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนเนื้อหาความรู้ แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) โดยจัดการสอนในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามนัด แบ่งเนื้อหาการสอนออกเป็น 3 ครั้ง เพื่อให้สอดคล้องกับช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล



ครั้งที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเรื่องโรคไตเรื้อรัง และมีความรู้ตามแนวทางการวางแผนจำหน่าย D-M-E-T-H-O-D ในประเด็น

E = Environment & Economic การสร้างความคุ้นเคยและรู้จักสถานที่ การใช้สถานที่ การปฏิบัติตามกฎระเบียบในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงสิทธิในการรักษาการบำบัดทดแทนไตตามสิทธิของตนเอง

D = Disease การให้ความรู้เรื่องโรค เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะใดของโรคไตเรื้อรัง ทราบถึงสาเหตุการเกิดโรค ทราบการดูแลตนเองในระยะที่เป็นเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ทราบถึงอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใกล้บ้านก่อนนัด

T = Treatment ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจแผนการรักษาในแต่ละระยะของโรคไตเรื้อรัง

D = Diet การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค หลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เรื่องอาหารสามารถเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับระยะของโรคไตเรื้อรังที่ตัวเองเป็น ผู้ป่วยทราบการจำกัดน้ำดื่ม

ครั้งที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเรื่องโรคไตเรื้อรัง และมีความรู้ตามแนวทางการวางแผนจำหน่าย D-M-E-T-H-O-D ในประเด็น

M = Medication แนะนำการใช้ยาที่ได้รับอย่างละเอียด สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อน รวมถึงข้อห้ามในการใช้ยา ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้เรื่องยา ตระหนักในความสำคัญของยาแต่ละชนิดที่จะต้องรับประทานให้ถูกต้อง ตรงตามเวลา

H = Health การส่งเสริม ฟิ้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค

D = Diet การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค หลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวสามารถบอกเกี่ยวกับการรับประทานที่เหมาะสมกับโรคไตเรื้อรังได้ และสามารถบอกเกี่ยวกับการจำกัดน้ำดื่มได้

E = Environment & Economic ให้ความรู้เรื่องการจัดสถานที่ สิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวสามารถจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านได้เหมาะสมกับสภาวะโรคของผู้ป่วย

T = Treatment ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถตัดสินใจเลือกการรักษาในการบำบัดทดแทนไตได้

ครั้งที่ 3 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเรื่องโรคไตเรื้อรัง และมีความรู้ตามแนวทางการวางแผนจำหน่าย D-M-E-T-H-O-D ในประเด็น

M = Medication ผู้ป่วยมีความรู้ และตระหนักถึงความสำคัญในการรับประทานยา

O = Outpatient referral การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับใบนัด เข้าใจการนัด สถานที่ และการเตรียมตัว

3.2.2 แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D และเอกสารประกอบการจัดกิจกรรม ได้แก่ คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และภาพพลิกสื่อการสอนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

3.2.2.1 คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ 1) ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง 2) อาการของโรคไตเรื้อรัง 3) การป้องกันไม่ให้เป็นโรคไตเรื้อรัง 4) จะเกิดอะไรได้บ้างถ้าการทำงานของไตลดลงเรื่อยๆ 5) วิธีการชะลอไตเสื่อม

3.2.2.2 ภาพพลิกแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D มีการระบุขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในแต่ละวันไว้อย่างชัดเจน เป็นระยะเวลา 3 วัน ในแต่ละวันจะใช้เวลาประมาณ 30 – 50 นาที โดยมีการให้ความรู้ การสอน ให้คำแนะนำ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแลในครอบครัว ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับ ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง การดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การจำกัดน้ำดื่ม การพักผ่อน การนอนหลับ และการออกกำลังกาย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ความตรงของเครื่องมือ (Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย และเอกสารประกอบการจัดกิจกรรม เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และผู้เชี่ยวชาญด้านการออกแบบกระบวนการวิจัย จำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยการหาค่าดัชนีความเที่ยงตรง (Content Validity Index: CVI) พบว่าแบบทดสอบความรู้มีค่า CVI = 0.80 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลมีค่า CVI = 0.88 และผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้ในขั้นตอนต่อไป

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรู้ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบเครื่องมือ และคำนวณค่าระดับความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) พบว่าแบบทดสอบความรู้ มีค่าระดับความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.74 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแล มีค่าระดับความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.82

สถิติที่ใช้ในการวิจัย ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน Paired Samples T-test

ผลการศึกษา (Results)

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน n = 38	ร้อยละ
ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง		
อายุ (ปี)		
37 – 53	1	2.5
54 – 70	22	58.0
71 – 88	15	39.5
Mean = 68.21 , S.D. = 10.24 Min = 37 , Max = 88		
ระยะเวลาในการป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง (ปี)		
1 – 6	20	52.6
7 – 12	14	36.9
13 – 20	4	10.5
Mean = 7.02 , S.D. = 4.65 Min = 1 , Max = 20		
โรคประจำตัวอื่น ๆ		
เป็นโรคความดันโลหิตสูง	35	89.7
เป็นโรคเบาหวาน	33	86.8
เป็นโรคอื่น ๆ ระบุ...โรคหัวใจ โรคเกาต์ โรคไต โรคหัวใจในไต...	5	13.1



ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน n = 38	ร้อยละ
การเข้ามานอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเดิม (ครั้ง)		
1 – 3	30	79.0
4 – 6	4	10.5
7 – 10	4	10.5
Mean = 2.97 , S.D. = 2.65 Min = 1 , Max = 10		
ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง		
เพศ		
ชาย	16	42.1
หญิง	22	57.9
อายุ (ปี)		
20 – 38	13	34.2
39 – 57	12	31.6
58 – 78	13	34.2
Mean = 48.25 , S.D. = 17.42 Min = 20 , Max = 78		
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7	18.4
เกษตรกรกรรม	29	76.3
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	5.3
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	25	65.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	15.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4	10.5
อนุปริญญา	3	7.9
รายได้ (บาท/เดือน)		
ต่ำกว่า 2,000	18	47.4
2,000 – 5,000	14	36.8
5,001 – 10,000	5	13.1
มากกว่า 10,000	1	2.6
บทบาทความสัมพันธ์ในครอบครัว		
สามี	13	34.2
ลูก	22	57.9
อื่น ๆ ระบุ...หลาน....	3	7.9

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีอายุเฉลี่ย 68.21 ปี (S.D.=10.24) มีระยะเวลาเฉลี่ยที่ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง 7.02 ปี (S.D.=4.65) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่นร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง เคยเข้ามารับการรักษายาบาลในแผนกผู้ป่วยในเฉลี่ย 2.97 ครั้ง (S.D.=2.65) ด้านผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นบุตรสาวของผู้ป่วยอายุเฉลี่ย 48.25 ปี (S.D.=17.42) เกี่ยวข้องเป็นบุตรมีการศึกษาระดับประถมศึกษาและรายต่อเดือนได้ค่อนข้างต่ำ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้แนวทางการวางแผนจำหน่าย n = 38

ตัวแปร	n	\bar{X}	S.D.	df	T	P - value
ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง						
ความรู้						
ก่อนทดลอง	38	7.84	1.76	37	- 7.638	< 0.001*
หลังทดลอง	38	10.31	1.21			
การดูแลตนเอง						
ก่อนทดลอง	38	2.61	0.22	37	- 4.064	< 0.001*
หลังทดลอง	38	2.80	0.21			
ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง						
ความรู้						
ก่อนทดลอง	38	8.36	1.53	37	- 5.970	< 0.001*
หลังทดลอง	38	10.15	1.38			
การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง						
ก่อนทดลอง	38	2.55	0.25	37	- 6.153	< 0.001*
หลังทดลอง	38	2.82	0.20			

* ระดับนัยสำคัญที่ P - value < 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้ และการดูแล มีคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P - value < 0.001)

วิจารณ์ (Discussion)

กระบวนการวางแผนจำหน่าย D-M-E-T-H-O-D ในประเด็น Disease ซึ่งเน้นการให้ความรู้เรื่องโรค เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบถึงสาเหตุ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทราบถึงอาการผิดปกติที่ต้องมาก่อนนัด Medication การใช้ยาที่ได้รับอย่างละเอียด ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อน รวมถึงข้อห้ามในการใช้ยา ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้เรื่องยา ตระหนักในความสำคัญของยาแต่ละชนิดที่จะต้องรับประทานให้ถูกต้อง ตรงตามเวลา Environment & Economic การสร้างความคุ้นเคยด้านสถานที่ ทราบถึงสิทธิในการรักษาของตนเอง Treatment ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจแผนการรักษาในแต่ละระยะของโรคไตเรื้อรัง H = Health การส่งเสริมฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ Outpatient referral การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง Diet การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค หลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ผู้ป่วยทราบการจำกัดน้ำดื่มได้อย่างเหมาะสม การจัดกระบวนการได้ออกแบบให้สอดคล้องกับกระบวนการดูแลทางการแพทย์ให้กับผู้ป่วยในระหว่างเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล ซึ่งสามารถทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีมากขึ้น สอดคล้องกับ นิรธา บุญมาตย์⁹ ซึ่งดำเนินการวิจัยเรื่องการพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและครอบครัว ตามแนวทาง D-M-E-T-H-O-D เน้นประเด็นความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา การปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานอาหารและยา ความรู้ในเรื่องการดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การส่งต่อการดูแลต่อเนื่อง สิทธิบัตรและเศรษฐกิจ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะมีการดำเนินการเป็นขั้นตอนตามวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และการปฏิบัติตัวถูกต้องเพิ่มมากขึ้น มีความพร้อมและความมั่นใจก่อนกลับบ้าน และยังช่วยให้พยาบาลมีแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นระบบ ซึ่งช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น และการศึกษาของ ลุนนี ราชไชย⁹ ที่ทำการวิจัยเรื่องผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามรูปแบบ PP-METHOD ในโรงพยาบาลส่องดาว พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตามรูปแบบ PP-METHOD มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.28 (S.D.=0.33) และ 3.21 (S.D.=0.19) และสอดคล้องกับ อภินิษฐ์ กมลวัชรพันธ์¹⁰ ที่ทำการวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคหัด อายุ 0 - 5 ปี โดยใช้รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D โดยเน้นกระบวนการให้ผู้ดูแลมีความรู้และสามารถดูแลเด็กป่วยได้อย่างถูกต้องในระยะเวลาที่เข้ามารับบริการ



ในโรงพยาบาล แสดงให้เห็นว่าการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยใช้รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D สามารถช่วยให้ผู้ป่วยดูแลเด็กมีความรู้เกี่ยวกับโรคหัดและมีทักษะในการพินยาได้ดีขึ้น

สรุป (Conclusion)

การใช้แนวทางการวางแผนจำหน่าย โดยใช้รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคไต้เรื้อรัง และการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งที่มดูแลสุขภาพที่บ้านควรมีการติดตามการใช้แนวทางในการดูแลตนเองที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล สามารถแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนคงไว้ซึ่งสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgments)

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ข้อเสนอแนะ คำแนะนำ ตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่อง ขอบพระคุณผู้ป่วยโรคไต้เรื้อรัง และผู้ดูแลผู้ป่วย ที่เข้าร่วมในกระบวนการวิจัย และให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้ รวมถึงเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ที่อำนวยความสะดวกในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (References)

1. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง. กรุงเทพมหานคร : เบอริงเกอร์ อินเทลไฮม์ ; 2560.
2. ปิยะพร แตนกะใส. ผลการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนต่อความรู้และความพึงพอใจของ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 (ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่). คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2555.
3. มณฑนา เพชรคำ. ผลของการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อเยื่อหุ้มสมองในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ; 2561.
4. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน. สรุปผลงานประจำปี 2562. จังหวัดสกลนคร. เอกสารอัดสำเนา ; 2562.
5. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ; 2539.
6. พัชราษ บัวเกิด. ผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุ 0-5 ปี โดยใช้รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D ต่อความรู้เรื่องโรคและความรู้ในการดูแลเด็กของผู้ดูแล. (รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพเด็ก). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2552.
7. วรพจน์ พรหมสัตยพรต, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ และเกษียร นวนน่วม. รายงานการวิจัยเรื่อง การดำเนินงานควบคุมการขยายแผนปัจจุบันตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ของพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอในจังหวัดมหาสารคาม. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ; 2544
8. ณีรัชชา บุญมาตย์. การพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและครอบครัว (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2556.
9. ลุณนี ราชไชย. ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามรูปแบบ PP-METHOD ในโรงพยาบาลส่องดาว. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2562;27:40 – 52.
10. อกนิษฐ์ กมลวัชรพันธ์. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคหัด อายุ 0-5 ปี โดยใช้รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D (รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพเด็ก). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2555.

Nursing Care of Patient with Sepsis and septic shock : A Case Study

Kittiya Jitturongaporn, B.N.S.*

Abstract

Introduction : Sepsis and septic shock are complex disorder that associate with high mortality and substantial morbidity these syndrome need urgent treatment thus, dysregulation of infection to inflammatory response and organ dysfunction . The pathology is systemic inflammation hyper inflammation all organ that molecule, gene, cell to vasodilated leakage and inflammation organ dysfunction make the patient maybe shock and dead. In condition part energy often, as a result, the patient has low immune, that leading cause of dead too. Between 2016- 2018. In medicine department there was sepsis and septic shock patient 1,030,1,585 and 1,566, dead rate 38.30,32.78 and 33.78. Urgency treatment and appropriate. The accurate diagnosis, the process of evaluating and monitoring the patient in the early stage quickly and efficiently as a result, the appropriate treatment process is followed. together with the knowledge and the advent of Nursing Theory used. It reduces mortality the incidence of disability and the other complications, patient quality good, reduce the length of stay in hospital, reduce the cost and burden of family too.

Objective: To provide effective nursing care in the patient with Sepsis and septic shock

Result: A case study of the 79 years old Thai male patient was admitted with fever, cough, white sputum, tachypnea, hypotension and bradycardia blood lactate 7.9 mmol/L. Septic shock, source pneumonia, metabolic acidosis and hyperkalemia was diagnosis. The nursing problem were 3 stage; crisis emergency phase have a septic shock, bradycardia result from hyperkalemia, renal dysfunction, impaired gas exchange from the change of circulatory in cardiopulmonary. Ongoing phase risk for hypoxia from mechanical ventilator weaning, volume overload from renal dysfunction to retention water and waste, intolerance to activity result from low cardiac output and imbalance of oxygen demand and oxygen consumption to fatigue, anxiety about disease and health promotion for discharge plan phase. Provide nursing care for crisis emergency, ongoing and discharge plan phase. Use sepsis protocol bundle care with fluid resuscitation, administration antibiotic, vasopressor, inotropic drug with treatment for severe metabolic acidosis, hyperkalemia Renal impair function, diuresis and hemodialysis. The nursing care process was applied in critical, ongoing phase and discharge plan result the patient was safe and no any complication until discharge. The length of stay was 7days.

Conclusion : The patient was safe from life-threatening. The nurse should have skill in sepsis and septic shock care. Apply Nursing process and the advent of Nursing Theory used for holistic care, to early detection, to quickly diagnosis solve problems as they arise, the patient safe from a life threatening no complication and reduce mortality.

Keywords : sepsis, septic shock, sepsis and septic shock nursing care

*Registered nurse, professional Level, Nurse intermediate Department, Kamphaeng Phet hospital



การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะช็อก : กรณีศึกษา

กิตติยา จิตตุงค์อำภรณ์, ปพส.*

บทคัดย่อ

บทนำ : ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะช็อกเป็นภาวะเจ็บป่วยที่ซับซ้อนซึ่งพบว่ามีอัตราป่วย และอัตราตายสูง ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน เป็นภาวะที่ร่างกายมีการตอบสนองที่ผิดปกติต่อการติดเชื้อทำให้เกิดการอักเสบและการทำงานที่ผิดปกติของหลายอวัยวะในร่างกาย พยาธิสภาพหลักคือการอักเสบทั่วร่างกายอันเกิดจากการติดเชื้อที่ลุกลามจากจุดที่ติดเชื้อเป็นกลไกการอักเสบที่เกิดขึ้นนี้เป็นทั่วร่างกายตั้งแต่ระดับโมเลกุล ยีน เซลล์ ส่งผลไปทุกส่วนของอวัยวะทำให้หลอดเลือดขยายตัว รั่ว และอักเสบ อวัยวะเสื่อมหน้าที่ผู้ป่วยอาจช็อกจนเสียชีวิต ส่วนภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องมักเกิดขึ้นพร้อม ๆ กันส่งผลให้ผู้ป่วยมีระบบภูมิคุ้มกันลดลงและอาจเสียชีวิตได้ จากสถิติโรงพยาบาลกำแพงเพชรปี 2559 – 2561 ในแผนกอายุรกรรม พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อเป็นจำนวน 1,030, 1,585 และ 1,566 ราย และมีอัตราการเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 38.30, 32.78 และ 33.78 ตามลำดับ การได้รับการรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสม กระบวนการในการประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยในระยะเริ่มต้นให้ได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดกระบวนการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ร่วมกับการนำความรู้ทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ความพิการและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่จะตามมาได้ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดวันนอนรักษาในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย ลดภาระของครอบครัว

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะช็อกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษา : ชายไทยอายุ 76 ปี มาโรงพยาบาลด้วยไข้ ไอ เสมหะสีขาว หายใจเหนื่อยหอบ ความดันโลหิตต่ำ 80/50 มิลลิเมตรปรอท หัวใจเต้นช้า 36 ครั้งต่อนาที blood lactate 7.9 มิลลิโมลต่อลิตร ได้รับการวินิจฉัย ติดเชื้อในกระแสเลือด และมีภาวะช็อก มีสาเหตุจากปอดอักเสบ มีภาวะเลือดเป็นกรดร่วมกับมีภาวะโพแทสเซียมในร่างกายสูงปัญหาทางการพยาบาลที่พบแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะฉุกเฉินวิกฤต มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อ มีภาวะหัวใจเต้นช้าเนื่องจากโพแทสเซียมสูงจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงระบบไหลเวียนเลือดในปอดจากการบีบตัวของหัวใจผิดปกติ ระยะต่อเนืองมีโอกาสหยาบเครื่องช่วยหายใจ มีภาวะน้ำเกินในร่างกายเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ในการกรอง ทำให้มีการคั่งของของเสียและน้ำ ความทนในกิจกรรมลดลงเนื่องจากปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลงจากความไม่สมดุลของการได้รับและความต้องการใช้ออกซิเจนจากการเหนื่อยล้า วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของโรค และระยะวางแผนจำหน่ายส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ให้การพยาบาลระยะวิกฤต ระยะต่อเนืองและวางแผนจำหน่ายได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดย การให้สารน้ำอย่างเพียงพอให้ยาปฏิชีวนะ ยาตีบหลอดเลือดหัวใจ ยาเพิ่มแรงบีบตัวของหัวใจ ร่วมกับให้การรักษาภาวะเลือดเป็นกรด ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง ไตเสีย หน้าที่โดยการให้ยาขับปัสสาวะ ทำการฟอกเลือดเพื่อให้ผลลัพธ์ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 7 วัน

สรุป : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และมีภาวะช็อก และนำกระบวนการพยาบาล แนวคิดทฤษฎีทางด้านการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้ครอบคลุมองค์รวมร่วมกับทีมสุขภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างทันที่ทั้งนี้ ผู้ป่วยปลอดภัยผ่านพ้นภาวะวิกฤตไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต จากกรณีศึกษาสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกได้

คำสำคัญ : ติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะช็อก

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะช็อกเป็นภาวะเจ็บป่วยที่ซับซ้อนซึ่งพบว่ามีอัตราป่วย และอัตราตายสูงต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน เป็นภาวะที่ร่างกายมีการตอบสนองที่ผิดปกติต่อการติดเชื้อทำให้เกิดการอักเสบ และการทำงานที่ผิดปกติของหลายอวัยวะในร่างกาย พยาธิสภาพหลักคือการอักเสบทั่วร่างกาย อันเกิดจากการติดเชื้อที่ลุกลามจากจุดที่ติดเชื้อเป็นปกติ การอักเสบที่เกิดขึ้นทั่วร่างกายตั้งแต่ระดับโมเลกุล ยีน เซลล์ ส่งผลไปทุกส่วนของอวัยวะทำให้หลอดเลือดขยายตัว รั่ว และอักเสบ อวัยวะเสื่อม หน้าที่ผู้ป่วยอาจช็อกจนเสียชีวิต ส่วนภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องมักเกิดขึ้นพร้อมๆกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระบบภูมิคุ้มกันลดลง และอาจเสียชีวิตได้ การได้รับการรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสม กระบวนการในการประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยในระยะเริ่มต้นให้ได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดกระบวนการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมตามมา

จากสถิติโรงพยาบาลกำแพงเพชรปี 2559 - 2561 ในแผนกอายุรกรรม พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อเป็นจำนวน 1,030,1,585 และ 1,566 ราย และมีอัตราการเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 38.30, 32.78 และ 33.78 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ายังมีอุบัติการณ์สูง พบปัจจัยที่ทำให้เสียชีวิต ได้แก่ ภาวะช็อกและมีภาวะล้มเหลวหลายระบบซึ่งเป็นภาวะวิกฤต และคุกคามต่อชีวิตทำให้การดูแลผู้ป่วยมีความยุ่งยากซับซ้อน ในการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ที่มีภาวะวิกฤต จึงมีเป้าหมายเพื่อการลดความรุนแรง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ชะลอความก้าวหน้าของโรค ลดสาเหตุที่จะทำให้เสียชีวิต และลดอัตราการตาย เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุอาการ และอาการแสดงของโรค พยาธิสภาพที่สำคัญของโรค การวินิจฉัย แนวทางการรักษา และต้องมีทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นอย่างดีในแต่ละระยะของการดำเนินของโรค พร้อมทั้งให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในระยะฟื้นฟู มีการติดต่อประสานงานระหว่างสหวิชาชีพเพื่อผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบถ้วนเพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ จากเหตุผลดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกและมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพื่อนำกระบวนการพยาบาลและแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้ครอบครัวครอบคลุมองค์รวม เพื่อประคับประคองให้ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤต ช่วยผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย และลดภาระของครอบครัว

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศชายอายุ 76 ปี มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง 5 ปี โรคไตวายเรื้อรัง 2 ปี มาโรงพยาบาลด้วย 14 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้ ไอ มีเสมหะสีขาว ไม่ได้รักษา 8 ชั่วโมงก่อนมา ผู้ป่วยเวียนศีรษะบ้านหมุน ตาลาย หายใจไม่สะดวก ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก อาเจียนเป็นน้ำ 7 ครั้ง ถ่ายเหลวเป็นน้ำ 2 ครั้ง ปัสสาวะออกน้อย ญาตินำส่งโรงพยาบาลชุมชน มีปัญหาความดันโลหิตต่ำ 80/50 mmHg หัวใจเต้นช้า 36 ครั้งต่อนาที หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 34 ครั้งต่อนาที oxygen saturation 90% ใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก No.7.5 mark 20 blood lactate 7.9 mmol/L แพทย์สั่งยา metabolic acidosis และมีโพแทสเซียมในเลือดสูง ร่วมด้วย ให้ 10% calcium gluconate 10 ml iv stat, 50% glucose 50 ml ผสมใน RI 10 unit iv stat, Atropine 1 amp iv stat, 0.9% NSS 1,000 ml iv loading then 80 ml/hr., Dopamine (2:1) iv 10 ml/hr. RI (1:1) 6 ml/hr. 7.5% NaHCO₃ 100 ml iv push และ refer มา แพทย์ได้ตรวจประเมินอาการของผู้ป่วยและวินิจฉัยว่าเป็น septic shock สาเหตุจากปอดติดเชื้อ ที่แผนกฉุกเฉินผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS E4M6VT สัญญาณชีพความดันโลหิต 96/53 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 114 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส oxygen saturation 99% blood lactate 7.4 มิลลิโมลต่อลิตร load NSS 500 ml ABG at ER metabolic acidosis ได้ 7.5% NaHCO₃ 100 ml iv push

รับผู้ป่วยจากแผนกฉุกเฉินวันที่ 19 ตุลาคม 2562 แกรับผู้ป่วย ใส่ท่อช่วยหายใจทางปากต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจ ชนิดควบคุมปริมาตร อัตราการหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที oxygen saturation 99% ฟังปอดได้ยินเสียง crepitation ทั้งสองข้าง หายใจเหนื่อย ผู้ป่วยมีปัญหา septic shock ซึ่งมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อในปอด โดยผู้ป่วยมีประวัติไอ เสมหะสีขาวขุ่นปริมาณปานกลาง เหนื่อยหอบร่วมด้วย มีอุณหภูมิร่างกายต่ำ ให้การดูแลตามแนวทางการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ให้ยาปฏิชีวนะ ให้สารน้ำ 1,500 ml ให้ vasopressor และ inotropic drug จนกระทั่ง MAP \geq 65 mmHg อัตราการเต้นของหัวใจ 100-110 bpm สามารถหยุดให้ยา vasopressor และ inotropic ได้สำเร็จ ปัญหา severe metabolic acidosis (ผล ABG pH=6.990, PaCO₂=13, PaO₂=444



HCO₃⁻=3.1) ผู้ป่วยมีภาวะโพแทสเซียมสูงวิกฤต (7.0-8.4 m Eq/L) ไตวายเรื้อรัง (71 mg/dl, 7.10 mg/dl) ปัสสาวะออกน้อย แพทย์ได้ทำการแก้ไขภาวะโพแทสเซียมสูง และภาวะไตวายเรื้อรังโดยการให้ยาขับปัสสาวะ และ hemodialysis 2 ครั้ง จนกระทั่ง โพแทสเซียมอยู่ในเกณฑ์ปกติและไตทำงานได้ดีขึ้น ปัสสาวะออกดี 300-500 ml in 8 hr. จึงวางแผนร่วมกับผู้ป่วยเพื่อทำการล้างไตทางช่องท้องหลังจากจำหน่าย หลังจาก vital sign ปกติ ผู้ป่วยทุเลาเหนื่อย หายใจตามเครื่องดี แพทย์พิจารณา on mechanical ventilator weaning CPAP 2 วัน ผู้ป่วยฝึกหายใจได้ดี Oxygen saturation และสัญญาณชีพปกติ จึงทดลองให้ฝึกหายใจและสามารถเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ On O₂ canular 3 L/M วันต่อมาเลิกใช้ออกซิเจนได้ ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้นในการทำกิจกรรมประจำวันรวมใช้เครื่องช่วยหายใจ 3 วัน รวมระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาล 7 วัน ก่อนจำหน่ายได้มีการวางแผนจำหน่ายโดยให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเรื่องการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดซ้ำ ให้สูดศึกษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบ และวางแผนจำหน่ายเกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งให้เห็นสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้โรคกำเริบ อธิบายความสำคัญของการควบคุมอาหารมัน เค็ม จำกัดน้ำ ควบคุมการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ การมาเรียนฟอกไตทางหน้าท้องตามนัด

อาการสำคัญ

Refer มาจากโรงพยาบาลพรานกระต่ายด้วยความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้า 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้ ไอ มีเสมหะสีขาว ไม่ได้ไปรักษา 8 ชั่วโมงก่อนมา ผู้ป่วยเวียนศีรษะบ้านหมุน ตาลาย หายใจไม่สะดวก ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก ถ่ายเหลว 3 ครั้ง ปัสสาวะออกน้อย ญาตินำส่งโรงพยาบาลพรานกระต่าย มีปัญหาความดันโลหิตต่ำ 70/50 mmHg หัวใจเต้นช้า 26 bpm แพทย์สงสัยมีโพแทสเซียมในเลือดสูงให้ 10% calcium gluconate 10 ml V 50% glucose 50 m ผสม RI 10unit, Atropine 1amp V, 0.9% NSS 500 ml V loading then 40 ml/hr. Dopamine (2:1) V 10 ml/hr. refer มาโรงพยาบาลกำแพงเพชร

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง 5 ปี, ไตวายเรื้อรัง 2 ปี

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : ผิวดำแดง รูปร่างท้วม
สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 96/53 mmHg อัตราการเต้นของหัวใจ 114 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที
ผิวหนัง : ผิวดำแดง มีความตึงตัวของผิวหนังดี บวมกดบุ๋ม 2+ บริเวณขา 2 ข้าง
ศีรษะและใบหน้า : ศีรษะรูปทรงปกติ ผมสั้น หนึ่งศีรษะสะอาด ลักษณะใบหน้ากลม
ตา : ตาเท่ากันทั้งสอง 2 ข้าง สายตาสปกติ มองเห็นชัดเจน เปลือกตาชมพู
จมูก : ลักษณะสมมาตรกัน สันจมูกตรง ผนังจมูกตรงไม่คด
ปากและคอ : ริมฝีปากสีชมพูอ่อน ชุ่มชื้นเล็กน้อยไม่แตก ลิ้นปกติไม่มีฝ้า ต่อมทอนซิลไม่โต ไม่แดง เยื่อบุช่องปากสีชมพูอ่อนไม่มีบาดแผล เหงือกสีชมพู ไม่มีอาการอักเสบ ฟันสีขาวเหลือง ไม่มีฟันปลอม ต่อมไทรอยด์ไม่โต คอสามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ

ทรวงอกและระบบทางเดินหายใจ

: รูปร่างทรวงอกปกติ สมมาตร
 : หายใจสม่ำเสมอ หายใจ 22 ครั้ง/นาที
 : เสียงปอดมี Crepitation both lung

ระบบหัวใจและหลอดเลือด

: ซีฟจรเต้นช้า หัวใจเต้น 40 ครั้ง/นาที ไม่มีเส้นเลือดที่คอโป่งพอง

ระบบทางเดินอาหารและท้อง

- : รูปร่างท้องปกติ กดไม่เจ็บ
- : ตับ ม้าม ปกติ ไม่โต
- : เสียงลำไส้ปกติ 3-5 ครั้ง/นาที

ระบบทางเดินปัสสาวะ

- : ปัสสาวะสีเหลืองเข้มคาสาย
- : อวัยวะเพศปกติ ไม่มีสารคัดหลั่งที่ผิดปกติ

ระบบประสาท

- : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารเข้าใจ

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

- : กล้ามเนื้อแขน ขา สามารถเคลื่อนไหวได้ปกติ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

BUN	71	mg/dl
Creatinine	7.10	mg/dl
Sodium	130	m Eq/L
Potassium	7.2	m Eq/L
Chloride	106	m Eq/L
Carbon dioxide	16	m Eq/L

Arterial Blood Gas	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ
		19/10/62
PH	7.35 – 7.45	7.10
PaCO ₂	35-45 mmHg	25
PaO ₂	80-100 mmHg	55
HCO ₃	18-23 mmol/L	7.8
O ₂ Saturation	95-98 %	74

Microbiology	ผลตรวจ
Urine Culture	No Growth
Sputum Gram	Gram positive cocci
Sputum Culture	staphylococcus aureus
Hemo Culture X 2 specimen	No Growth

การวางแผนการพยาบาล

แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การพยาบาลระยะฉุกเฉินวิกฤต การพยาบาลระยะต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย

การพยาบาลระยะฉุกเฉินวิกฤต

ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือดจากปอดอักเสบ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำ BP 80/50 mmHg MAP 63.33
2. หัวใจเต้นช้า 36 ครั้งต่อนาที
3. เหงื่อหอบ
4. ปัสสาวะออกน้อยแวลละ 0-50 ซีซี. ต่อแวล



5. อุณหภูมิกายต่ำ 36 องศาเซลเซียส ต่อมา มีไข้สูง 38.3-38.6 องศาเซลเซียส ไอ เสมหะขาวขุ่น
6. Sputum Gram stain Gram positive cocci, Sputum Culture staphylococcus aureus
7. ฟังปอดทั้งสองข้างได้ยินเสียง Crepitation

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมินผล

1. MAP \geq 65 mmHg, HR > 50 bpm
2. Urine \geq 200 ml ต่อเวลา
3. ซีพจรส่วนปลายแรง ชัดเจน
4. Capillary refill ไม่เกิน 3 วินาที
5. ผิวหนังอุ่น แห้ง มีความตึงตัวดี
6. เสียงปอดปกติ (clear)
7. เสมหะลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. เมื่อความดันโลหิตไม่คงที่วัดทุก 15-30 นาที และเมื่อความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติวัดทุก 1 ชั่วโมง เพื่อค้นหาความดันโลหิตที่ต่ำเพราะความดันโลหิตที่ต่ำแสดงถึงการมีปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อหน้าที่ลดลง อันอาจทำให้การกำซาบเลือดของหลอดเลือดโคโรนารีลดลง

2. ประเมินอัตรา จังหวะการเต้นของหัวใจ อย่างต่อเนื่องทุก 1 ชั่วโมง ค้นหาการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ
3. ให้ยาตามแนวการรักษาและประเมินผลของยาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ Dopamine (2:1)

iv 5-25 ml/hr. Dobutamine (2:1) iv 3-30 ml/hr. Adrenaline (1:10) iv 5-25 ml/hr. Levophed (1:25) iv 3-30 ml/hr.

4. ประเมินการหายใจ ค้นหาอาการหายใจลำบาก หายใจเร็ว หายใจเร็วตื่น และสังเกตอาการไอ ทุก 1 ชั่วโมง หรือถี่มากขึ้นกับอาการ ฟังเสียงปอดทุก 2 ชั่วโมง ค้นหาเสียงผิดปกติ เช่น เสียง crepitation เสียง wheezing

5. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนในลมหายใจเข้า ช่วยทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น แก้ไขภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำที่เกิดจากปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อหน้าที่ลดลง และจากการเสียสมดุลระหว่างการกำซาบเลือดและการระบายอากาศที่เกิดจากการมีสารน้ำในถุงลม

6. สังเกตอาการบวมบริเวณแขนขา ก้นกบติดตามและบันทึกสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย (I/O) อย่างน้อยทุก 4-8 ชั่วโมง สังเกตสีและปริมาตรของปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง ควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำและการให้ยาขับปัสสาวะ ได้แก่ Lasix 250 mg iv ทุก 6 hr.

7. ประเมินซีพจรแขนขาทั้งสองข้างเปรียบเทียบกัน สังเกตความแรง ความสม่ำเสมอ คุณภาพ

8. ประเมินการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวทุก 2-4 ชั่วโมง

9. ประเมินค้นหาแหล่งติดเชื้อ พบว่า มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ คือ โรคปอดอักเสบ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด

10. ดูแลให้ให้ยาฆ่าเชื้อตามแผนการรักษา ได้แก่ Ceftriazone 2 gm iv OD Tamiflu (75) 1 cap oral bid pc จนครบ 5 วัน

11. ดูแลความสะอาดร่างกาย และสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ

12. สังเกตลักษณะและปริมาณของเสมหะ ซึ่งเป็นลักษณะของการติดเชื้อ และส่งตรวจ sputum gram stain, sputum c/s ตาม

แผนการรักษาและติดตามผล

13. ลดการแพร่ระบาดเชื้อ เช่น ล้างมือก่อนและหลังทำหัตถการ หรือให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกครั้ง

14. ดูแล และจัดให้ได้พักผ่อนแบบเตียงอย่างสมบูรณ์ (absolute bed rest) ในท่าที่สุขสบาย ส่งเสริมให้มีการพักทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ งดกิจกรรมต่าง ๆ

การประเมินผล

1. MAP 67-80 mmHg สามารถ Off Dopamine, Dobutamine, Adrenaline และ Levophed ได้
2. HR 100-110 ครั้ง/นาทีที่ชีพจรส่วนปลายแรงชัดแจน, อุณหภูมิกาย 36.8-37.3 องศาเซลเซียส
3. Urine 300-500 ซี.ซี.ต่อเวร
4. capillary refill ไม่เกิน 3 วินาที
5. ผิวน้ำอุนแห้ง มีความตึงตัวดี
6. ทูเลาเหน้อยหอบ อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที
7. both lung มี crepitation ลดลง เสมหะลดลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะหัวใจเต้นช้าเนื่องจากโพแทสเซียมสูงจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นช้า 40 ครั้ง/นาที
2. โพแทสเซียมสูง 7.0 m Eq/L
3. EKG มี tall peak T
4. BUN 71 mg/dl, Cr 7.10 mg/dl

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหัวใจเต้นช้าและภาวะโพแทสเซียมสูง

เกณฑ์การประเมินผล

1. HR > 50 bpm คลื่นหัวใจปกติ ไม่มี Tall peak T
2. โพแทสเซียมอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3.6 – 5.1 m Eq/L
3. การทำงานของไตดีขึ้น BUN 8-20 mg/dl, Cr 0.55-1.02 mg/dl

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของโพแทสเซียมสูง คือ อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจวาย สับสน เพ้อคลั่ง ไม่รู้สึกตัว คลื่นไส้ อาเจียน ลำไส้หยุดทำงาน หัวใจเต้นเร็ว เต้นช้า หรือหยุดเต้น คลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ Tall peak T เป็นต้น
2. บันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจทุก 8 ชั่วโมง หรือถี่ขึ้นเมื่อมีอาการผิดปกติ ในรายที่มีการเต้นผิดจังหวะต้องสังเกต และตรวจสอบ QRS, PR, QT interval และ ST segment และรายงานแพทย์เมื่อมีความผิดปกติ การเปลี่ยนแปลงของ ST segment อาจแสดงถึงกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งเกิดจากการไหลเวียนในหลอดเลือดโคโรนารีลดลง
3. ให้ยาเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ ตามแผนการรักษา ได้แก่ Atropine 1mg iv stat, Adrenaline (1:10) iv 5-25 ml/hr. keep MAP ≥ 65 mmHg, HR > 50 ครั้ง/นาที ให้ผู้ป่วยพักผ่อนมากๆ เพื่อลดการทำงานของหัวใจ
4. จัดโพแทสเซียมออกจากร่างกายตามแผนการรักษา กรณีให้ Insulin 10 unit ผสมกับ 50% Glucose 50 ml ฉีดเข้าหลอดเลือดดำช้าๆ Insulin จะเป็นตัวพาโพแทสเซียมเข้าสู่เซลล์ และ kalimate 30 gm ผสม H₂O 50 ml oral
5. ให้ 10% Calcium gluconate ทางหลอดเลือดดำช้าๆ เพื่อลดพิษของโพแทสเซียมต่อหัวใจ เพื่อป้องกันหัวใจวาย
6. ให้ 7.5% NaHCO₃ 50 ml iv push เพื่อลดภาวะกรดในกระแสเลือด ทำให้โพแทสเซียมเข้าสู่เซลล์มากขึ้น
7. เตรียมผู้ป่วยเพื่อฟอกไต เนื่องจากมีโพแทสเซียมสูงวิกฤต
8. บรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยให้บ้วนปากบ่อยๆ ด้วยน้ำอุ่น
9. ติดตามการตรวจหาค่าโพแทสเซียม การทำงานของไต บันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง โดยเฉพาะชีพจร และอัตราการเต้นของหัวใจ

การประเมินผล

1. อัตราการเต้นของหัวใจ 100-110 ครั้ง/นาที ไม่มี Tall peak T
2. โพแทสเซียมอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3.8 – 5.0 m Eq/L
3. การทำงานของไตดีขึ้น BUN 64 mg/dl, Cr 6.47 mg/dl
4. ปัสสาวะออก 0.5-0.6 cc./kg/hr.



ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง เนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากปอดอักเสบ การเปลี่ยนแปลงระบบไหลเวียนเลือดในปอดและการบีบตัวของหัวใจผิดปกติ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 34 ครั้งต่อนาที
2. ปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือดต่ำ O₂Saturation 90% กระสับกระส่าย สับสนแพทย์พิจารณาใส่ ET-tube with volume ventilator PCV mode
3. ฟังปอดได้ยินเสียง crepitation ทั้ง 2 ข้าง
4. ผลABG pH 6.990, PaCO₂ 13, PaO₂ 444, HCO₃⁻ 33.1

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น หรือได้รับออกซิเจนเพียงพอที่จะเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วย

1. อัตราการหายใจ 12-24 ครั้ง/นาที
2. oxygen saturation \geq 95%
3. ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ
4. เสียงปอดปกติ (Clear)
5. ไม่มีอาการหายใจลำบากขณะพักผ่อน
6. ค่าความดันก๊าซในเลือดแดง (ABGs) ปกติ : PH 7.35-7.45, PaCO₂ 35- 45 mmHg ,PaO₂ 80-100 mmHg,

HCO₃ 18-23 mmol/L, O₂Saturation 95-98%, หรือค่า Carbon dioxide ปกติ,CO₂21-31mEq /L

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา โดยใช้เครื่องช่วยหายใจ และปรับให้เหมาะสมตามแผนการรักษาเป็นการเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนในลมหายใจเข้า ช่วยทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น ร่างกายได้รับออกซิเจนมากขึ้น
2. เคาะปอดและดูดเสมหะตามสภาพของผู้ป่วย
3. ประเมินการหายใจ ค้นหาอาการหายใจลำบาก หายใจเร็ว และสังเกตการไอ ทุก 1 ชั่วโมง หรือตามการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย ฟังเสียงปอดทุก 2 ชั่วโมง ค้นหาเสียงผิดปกติ เช่น crepitation, wheezing เป็นต้น
4. หลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็น เพื่อลดภาระงานของหัวใจ การเคลื่อนไหวหรือการมีกิจกรรมจะเพิ่มการใช้ออกซิเจนของหัวใจ
5. ประเมินระดับความรู้สึกตัวเพื่อค้นหาอาการสมองได้รับออกซิเจนลดลงเช่นระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย สับสน
6. ประเมินสีผิว ค้นหาอาการเขียวคล้ำ ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อส่วนปลาย
7. วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดโดยใช้เครื่องวัดออกซิเจนที่ปลายนิ้ว (pulse oximetry) และติดตามผลค่าความดันก๊าซในเลือดแดง
8. จัดทำนอนศีรษะสูง 30-60 องศา จะทำให้อวัยวะในช่องท้องไม่รบกวนการเคลื่อนที่ต่ำลงของกระบังลมทำให้ปอดขยายได้ดีหายใจได้สะดวก
9. กระตุ้นให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัว ไอ และหายใจเข้าออกลึกๆ ทุก 2 ชั่วโมง และให้สังเกตการเปลี่ยนท่าว่าจะมีผลกระทบต่อการใช้ออกซิเจนด้วยหรือไม่
10. ให้ยาขับปัสสาวะ ได้แก่ Lasix 250 mg iv ทุก 6 hr. และให้ยาเพื่อแก้ไขภาวะเลือดเป็นกรด ได้แก่ 7.5% NaHCO₃ 100 ml iv slowly push Then 7.5% NaHCO₃ 100 ml iv drip in 15 นาที ตามแนวทางการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา
11. อธิบายการรักษาพอสังเขปในการอธิบายต่อระมัดระวังข้อมูลนี้อาจทำให้หมดกำลังใจด้วย เพราะการอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย และลดความวิตกกังวล ความวิตกกังวลมีผลต่อการใช้ออกซิเจน และอัตราการหายใจ

การประเมินผล

1. ทุเลาเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 16-22 ครั้งต่อนาที
2. oxygen saturation 99-100%
3. ไม่มีเขียวคล้ำตามปลายมือปลายเท้า
4. ไม่มีอาการหายใจลำบากขณะพักผ่อน
5. ฟังปอดเสียง crepitation ลดลง
6. Carbon dioxide 23 m Eq/L ผลABG pH7.390, PaCO₂35, PaO₂=9, HCO₃⁻24

การพยาบาลระยะต่อเนื่อง

ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วย on ET-tube mechanical weaning ventilator setting CPAP mode, FiO₂ 0.4%, PS 6 cmH₂O, PEEP 5 CmH₂O

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจนขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจสามารถกลับมาหายใจได้เอง

เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วย

1. หย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ
2. RR 12-24ครั้ง/นาที
3. oxygen saturation ≥ 95%
4. ไม่มีอาการหายใจลำบาก
5. ไม่มีอาการเขียวคล้ำ
6. เสียงปอดปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าขณะนี้ภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยดีขึ้น และสามารถที่จะหย่าเครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้ผู้ป่วยหายใจเองได้แล้ว พยาบาลจะต้องให้ความมั่นใจ และให้กำลังใจว่าผู้ป่วยจะหายใจได้เองและจะอยู่ดูแลอย่างใกล้ชิดระหว่างที่ผู้ป่วยหย่าจากเครื่องช่วยหายใจ

2. เตรียมอุปกรณ์ในการให้ oxygen คือ oxygen T- piece ปรับ flow O₂ ให้ได้ตามแผนการรักษา
3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะทั้งในปากและลำคอ และที่หลอดลมคอ
4. จัดทำให้ออกซิเจนอยู่ในท่าที่สุขสบาย โดยจัดทำนั่งหรือกึ่งนั่ง เพื่อลดความดันในช่องอก และปอดขยายตัวได้ดีขึ้น ดูแลให้ oxygen T - Piece โดยเปิดออกซิเจน 8 ลิตรต่อนาที

5. ตรวจวัด และบันทึกสัญญาณชีพโดย monitor EKG, SpO₂, การหายใจและความดันโลหิต ทุก 5-10 นาที ถ้าผู้ป่วยมีอาการดังต่อไปนี้ควรทำการหยุดหย่าเครื่องช่วยหายใจไว้ก่อน คือ อัตราการหายใจมากกว่า 35 ครั้ง/นาที oxygen saturation น้อยกว่า 90 %ชีพจรเร็วกว่า 140 ครั้ง/นาที หรือเปลี่ยนแปลงเกินร้อยละ 20 ความดันเลือด systolic สูงกว่า 180 มม.ปรอท หรือต่ำกว่า 90 มม.ปรอท เกิดอาการกระสับกระส่าย หายใจเหนื่อย ถ้าผู้ป่วยสัญญาณชีพปกติดูแลให้ทำการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เมื่อ on oxygen T- piece ครบ 60นาที

6. พิจารณาถอดท่อช่วยหายใจเมื่อผู้ป่วยทำการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ครบ 60 นาที โดยดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เอลมออกจากกระเปาะท่อหลอดลมคอ และถอดท่อช่วยหายใจออก ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนทาง canula หรือหน้ากากครอบ

7. กระตุ้นการไอขับเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ
8. ประเมินสภาพผู้ป่วย การไหลเวียนของโลหิต การหายใจ O₂ saturation และฟังเสียงปอดซ้ำหลังจากถอดท่อช่วยหายใจ
9. พยายามลดการช่วยเหลือด้วยออกซิเจนที่ผู้ป่วยพยายามหายใจอยู่ลงไปเรื่อยๆ จนกระทั่งหายใจโดยไม่ต้องใช้ออกซิเจนช่วยระหว่างนี้สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดพร่องออกซิเจนว่ามีหรือไม่



การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้ หายใจโดยใช้ออกซิเจนทาง canular 3 ลิตรต่อนาที ต่อมาสามารถหายใจได้เอง โดยไม่ใช้ออกซิเจน หายใจเหนื่อยเล็กน้อยขณะมีกิจกรรม ไม่มีอาการกลับไปใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ไม่มีอาการหายใจลำบาก ไม่มีอาการเขียวคล้ำ

2. อัตราการหายใจ 18-22 ครั้งต่อนาที
3. oxygen saturation 96-98% ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน
4. ฟังปอดทั้งสองข้าง clear

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะน้ำเกินในร่างกายเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ในการกรอง ทำให้มีการคั่งของของเสีย และน้ำ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือ CKD state 5,
2. ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้
3. ฟังปอดทั้งสองข้างได้ยินเสียง crepitation เสมหะเป็นน้ำสีขาวขุ่น
4. ขาสองข้างบวมกดบวม 1+
5. ปัสสาวะออกน้อยเวรละ 0-50 ml
6. BUN 71 mg/dl Cr 7.10 mg/dl

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยมีสมดุลสารน้ำในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วย

1. Intake/Output balance to negative balance
2. อาการบวมตามแขนขา ก้นกบ รอบกระบอกตา ลดลง
3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ MAP ≥ 65 mmHg , HR > 50 bpm
4. เสียงปอดปกติ (clear) หลอดเลือดดำจุกูลาร์ไม่โป่งพอง
5. การทำงานของไตดีขึ้น BUN 8-20 mg/dl, Cr 0.55-1.02 mg/dl

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินการบวมบริเวณแขน ขา ก้นกบ รอบกระบอกตา อย่างน้อยทุกเวร
2. วัดความดันโลหิต และตรวจชีพจร 2 - 4 ชั่วโมง ค้นหาความดันโลหิตที่สูงขึ้น หัวใจเต้นผิดจังหวะ และอ่อนเพลียมาก เพราะการมีความดันสูงอาจบ่งชี้การมีปริมาตรเลือดมากเกินไป
3. ประเมินการโป่งพองของหลอดเลือดดำจุกูลาร์ ทุก 8 ชั่วโมง (สังเกตการมีสารน้ำมากเกินไป เช่น หลอดเลือดดำจุกูลาร์โป่งพอง และสังเกตอาการตับโต ปวดท้อง)
4. ฟังเสียงปอดทุก 2 - 4 ชั่วโมง ประเมินเสียงหายใจที่ผิดปกติ แสดงถึงภาวะน้ำเกิน เช่น crepitation สังเกตอาการหายใจลำบากมากขึ้น หายใจเร็ว นอนราบไม่ได้ ไอเสมหะเป็นฟอง หรือมีสีชมพู
5. จำกัดน้ำในแต่ละวันตามแนวการรักษาอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญ แบ่งปริมาณน้ำที่ควรได้รับในแต่ละเวรตามกิจกรรมและตามมื้ออาหาร ควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำอย่างเข้มงวด และควรใช้เครื่องควบคุมปริมาตรสารละลายที่ให้การผสมยาฉีด หรือยาน้ำสำหรับรับประทานต้องใช้น้ำในปริมาณที่น้อยที่สุด
6. จำกัดโซเดียมในอาหารและเครื่องดื่ม จัดให้รับประทานอาหารจืด ลดเกลือ หรือจำกัดเกลือในอาหาร
7. บันทึกปริมาตรน้ำเข้าและออก สังเกตความสมดุล สำหรับปัสสาวะให้บันทึกจำนวนครั้งในการปัสสาวะ ปริมาตรทุก 1-8 ชั่วโมง ตามสภาพของผู้ป่วย รายงานเมื่อความถ่วงจำเพาะเปลี่ยนแปลงหรือปัสสาวะออกน้อยกว่า 20-30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ติดต่อกัน 2 ชั่วโมง
8. ให้ยาขับปัสสาวะได้แก่ Lasix 250 mg iv ทุก 6 hr. ตามแผนการรักษา ติดตามผลของยาและสังเกตอาการข้างเคียง และติดตามผลอิเล็กโทรลิตโดยเฉพาะโปแตสเซียม
9. เตรียมผู้ป่วยเพื่อฟอกไตใช้ในไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเท่านั้น เพราะการรักษาแบบประคับประคองเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้ดำรงชีวิตอยู่ได้ และวางแผนการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยยุบววม หลอดเลือดดำjugularไม่โป่งพอง
2. บันทึกสารน้ำเข้า-ออกแต่ละวันสมดุล Urine 300-500 ml/8hr.
3. MAP 67-80 mmHg, HR 65-80 ครั้ง/นาที
4. เสมหะเป็นสีขาวขุ่นไม่มี pink frothy ปริมาณเสมหะลดลง
5. ฟังปอดไม่มีเสียง crepitation
6. ผู้ป่วยได้รับการฟอกไต 2 ครั้ง UF 1,950 ml และ 100 ml การทำงานของไตดีขึ้น BUN 64 mg/d, Cr 6.47 mg/dl

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ความทนในกิจกรรมลดลงเนื่องจากปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อหน้าที่ลดลงจากความไม่สมดุลของการได้รับและความต้องการใช้ออกซิเจนจากการเหนื่อยล้า

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอก “เหนื่อยไม่ยากทำอะไร”
2. ผู้ป่วยมีลักษณะ หายใจเหนื่อยหอบง่ายเวลามีกิจกรรมต่าง ๆ มีการเคลื่อนไหวร่างกายลำบาก

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยมีความทนต่อกิจกรรมเพิ่มขึ้นในระดับปานกลาง

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วย

1. มีความทนต่อกิจกรรมเพิ่มขึ้น
2. ซ้ำพจร การหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน และความดันโลหิตขณะมีกิจกรรม และหลังมีกิจกรรมอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ HR>50 bpm , RR 12-18 ครั้ง/นาที, Sat \geq 95%, SBP 90-140 mmHg, DBP 60-90 mmHg

กิจกรรมการพยาบาล

1. วางแผนกับผู้ป่วยถึงกิจกรรมที่ควรทำได้ส่งเสริมให้มีการพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ การเพิ่มหรือลดกิจกรรมต้องพิจารณาการตอบสนองของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมนั้น ๆ
2. จัดช่วงการพักผ่อนให้เพียงพอ การมีระยะพักทำให้อาการเหนื่อยล้าลดลง และลดภาระงานของหัวใจ
3. วัตถุประสงค์ซีพและติดตามการตอบสนองของระบบไหลเวียนเลือดและปอดต่อการทำกิจกรรม ก่อนและหลังการทำกิจกรรม สังเกตอาการหัวใจเต้นเร็ว หัวใจเต้นผิดจังหวะ หายใจลำบาก เหงื่อออกมาก ซีด และติดตามความดันโลหิต ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน และอัตราการหายใจ
4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพักสลับกับการทำกิจกรรม หรือจัดให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนก่อนและหลังมีกิจกรรม
5. ให้การดูแลและช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันที่ทำไม่ได้ ทำให้ความต้องการดูแลตนเองได้รับการตอบสนองโดยหัวใจไม่ได้รับอันตรายและไม่ใช้ออกซิเจนอย่างมากเกิน

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในกิจวัตรประจำวัน ไม่มีเหนื่อยหอบ
2. ซ้ำพจร การหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนและความดันโลหิตหลังทำกิจกรรมเป็นปกติ อัตราการหายใจ 18-22 ครั้งต่อนาที oxygen saturation 95-98%, SBP 100-130 mmHg, DBP 70-80 mmHg, HR 100-110 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของโรค

ข้อมูลสนับสนุน

1. ญาติถามว่า “อาการดีขึ้นไหม?”
2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล ญาติซักถามอาการและแผนการรักษาทุกครั้งที่เข้าเยี่ยม สังเกตเห็นญาติร้องไห้

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง



เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยและครอบครัว

1. ผู้ป่วยและญาติบอกว่าวิตกกังวลลดลง สิ้นหน้าสดขึ้น
2. บอกเล่าสิ่งที่ตนเองกังวลได้
3. มีความสามารถในการเผชิญและขอความช่วยเหลือในการแก้ปัญหา

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการของความวิตกกังวล เช่น กระสับกระส่าย เหงื่อออก บ่น เก็บตัว ร้องไห้ ซ้ำพจนและอัตราการหายใจเร็ว เป็นต้น
2. สร้างสัมพันธภาพ กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึกวิตกกังวล ความไม่สบายใจที่มีอยู่ ยอมรับความรู้สึกต่าง ๆ ของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้สอบถาม และตอบตามความจริงอย่างเหมาะสม เพื่อลดความวิตกกังวล
3. จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบ ลดตัวเสริมการเกิดความวิตกกังวล
4. อธิบายสภาพแวดล้อม เครื่องมือต่าง ๆ เจ้าหน้าที่และกฎระเบียบของหอผู้ป่วยเพื่อให้คุ้นเคยและลดตัวเสริมความวิตกกังวล
5. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ แผนการรักษา ความก้าวหน้าในการรักษา ดูแลให้ ได้พบแพทย์เพื่อซักถามอาการ และแผนการรักษาตามความเหมาะสม
6. ให้ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในทางที่ดี เช่น สัญญาณชีพดีขึ้น อาการบวมลดลง การไหลเวียนเลือดดีขึ้น แต่ไม่ควรให้ความมั่นใจเกินความจริง
7. อธิบายญาติให้เข้าใจว่าความวิตกกังวล และความเครียดของญาติจะมีผลต่อผู้ป่วย ควรช่วยเหลือให้ญาติได้พักผ่อน และให้หมายเลขโทรศัพท์ของหอผู้ป่วย ที่ญาติสามารถติดต่อขอข้อมูลได้
8. ผู้ป่วยหรือญาติที่มีความวิตกกังวลอาจอนุญาตให้ญาติเยี่ยมบ่อยครั้งขึ้น ถ้าหากไม่ทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลีย
9. แนะนำเทคนิคผ่อนคลายความวิตกกังวล และร่วมกับผู้ป่วยและญาติเลือกวิธีที่เหมาะสมใช้ลดความวิตกกังวล และฝึกเทคนิคให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ เช่น อ่านหนังสือ กำหนดลมหายใจเข้าออก และการนั่งสมาธิ เป็นต้น
10. ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติ คลายวิตกกังวล สิ้นหน้าสดขึ้นขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษา และอาการของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ

การพยาบาลระยะวางแผนจำหน่าย

ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1 สงเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีความสามารถในการดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัว

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า "ชอบกินอาหารรสจัด ไม่ชอบอาหารโรงพยาบาล เพราะ จืด"
2. สังเกตเห็นผู้ป่วยเติมน้ำปลาเพิ่มในอาหารทุกมื้อ

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วย

1. บอกถึงสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมทำให้อาการกำเริบได้
2. วางแผนจำกัดน้ำและควบคุมอาหารทั้งพลังงานและโซเดียมได้
3. บอกการปฏิบัติตนในเรื่องสุขอนามัย การออกกำลังกายได้ถูกต้อง
3. บอกอาการและอาการแสดงที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้
4. บอกวิธีการใช้ยา การสังเกตอาการข้างเคียงได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายความสำคัญของการจำกัดน้ำ และควบคุมอาหารทั้งพลังงานและโซเดียม เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรัง จัดทำคู่มือแนะนำเกี่ยวกับอาหาร หลักการควบคุมโซเดียม วิธีการเลือกอาหารที่มีโซเดียมต่ำ ช่วยผู้ป่วยและญาติในการวางแผนจัดเมนูอาหาร รวมถึงวิธีการจำกัดน้ำ การสังเกตปริมาณปัสสาวะ และประเมินความสมดุลของน้ำเบื้องต้น

2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา เช่น เวลาเหมาะสมที่ควรรับประทาน การออกฤทธิ์ วิธีสังเกตผลของยา และอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ Lasix(500) ½X1 oral pc เข้า /5, Tamiflu 1X1 oral pc ครบ 10 day, Augmentin (625) 1X3 oral pc / 12tab, Amoxicillin (250) 1X3 oral pc /12cap, sodamint1X3 oral pc /30 tab

3.ชี้ให้เห็นความสำคัญของการมาพบแพทย์ตามนัด เนื่องจากผู้ป่วยมีนัดเรียนฟอกไตทางหน้าท้อง ซึ่งเป็นการรักษาต่อเนื่อง แนะนำการสังเกตอาการและอาการแสดงที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น น้ำหนักเพิ่มขึ้นรวดเร็ว บวม หายใจลำบาก เหนื่อยล้ามากผิดปกติ ไอมาก ไอเป็นเลือด และมีไข้ เป็นต้น

4. แนะนำวิธีการออกกำลังกายข้อต่อต่าง ๆ ที่เหมาะสม และหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ทำให้เหนื่อย หรือการสวมเสื้อผ้าที่ขัดขวางการไหลเวียนของเลือด

5. แนะนำการดูแลสุขภาพจิตและสุขอนามัยส่วนบุคคล

6. แนะนำให้พบทันตแพทย์ประจำตัวผู้ป่วย ระบุชื่อที่อยู่ ญาติที่สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือได้ เบอร์โทรศัพท์ แพทย์ที่รักษา

7. แนะนำแหล่งประโยชน์ใกล้บ้าน เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในอาการโรคไตวายเรื้อรัง สาเหตุ และปัจจัยที่ทำให้โรคกำเริบ การปฏิบัติตนที่เหมาะสม เรื่องการควบคุมอาหารหวาน และโซเดียม ความสำคัญของการจำกัดน้ำ การออกกำลังกาย สุวิทยาเบื้องต้น และการใช้ยา รวมถึงการฉีดอินซูลิน เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัดและบอกอาการและอาการแสดงที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 76 ปี มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรังมาโรงพยาบาลด้วย ไข้ ไอ มีเสมหะ สีขาว หายใจเหนื่อยหอบ ปัสสาวะออกน้อย ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้า blood lactate 7.9 mmol/L ได้รับการวินิจฉัย Septic shock source pneumonia มีภาวะ metabolic acidosis และมีโพแทสเซียมในเลือดสูงร่วมด้วย จึงใส่ท่อช่วยหายใจ ให้ 10% calcium gluconate 10 ml iv stat, 50%glucose 50 ml ผสมในRI 10 unit iv stat, Atropine 1 amp iv stat, 0.9% NSS 1,000 ml iv loading then 80 ml/hr., Dopamine (2:1) iv 10 ml/hr. 7.5% NaHCO3 100 ml iv push และ refer มาที่แผนกฉุกเฉินผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS E4M6VT สัญญาณชีพความดันโลหิต 96/53 mmHg อัตราการเต้นของหัวใจ 114 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส Spo₂ 99% blood lactate7.4mmol/L load NSS 500 ml ABG at ER metabolic acidosis ได้ 7.5% NaHCO3 100 ml iv push

รับผู้ป่วยจากแผนกฉุกเฉินวันที่ 19 ตุลาคม 2562 แรกรับผู้ป่วย ใส่ท่อช่วยหายใจทางปากต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร RR 22-24 ครั้ง/นาที oxygen saturation 99% ฟังปอดได้ยินเสียง crepitation ทั้งสองข้าง ยังคงหายใจเหนื่อย ผู้ป่วยมีปัญหา septic shock ซึ่งมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อในปอด แพทย์จึงให้การดูแลตามแนวทางการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีการกำจัดเชื้อโดยให้ยาปฏิชีวนะให้สารน้ำ 1,500 ml ให้ vasopressor และ inotropic จนกระทั่ง MAP ≥ 65 mmHg, HR 100-110 bpm และสามารถ Off vasopressor และ inotropic ได้สำเร็จ ปัญหา severe metabolic acidosis (ผลABG pH=6.990,PaCO₂=13,PaO₂=444 ,HCO₃-=3.1) มีภาวะโพแทสเซียมสูงวิกฤต (7.0-8.4 mEq/L) ไตวายเรื้อรัง (BUN 71mg/dl, creatinine 7.10 mg/dl) ปัสสาวะออกน้อย แพทย์ได้ทำการแก้ไขภาวะโพแทสเซียมสูงและภาวะไตวายเรื้อรังโดยการให้ยาขับปัสสาวะ และhemodialysis 2 ครั้ง จนกระทั่งโพแทสเซียมอยู่ในเกณฑ์ปกติ และไตทำงานได้ดีขึ้น ปัสสาวะออกดี 300-500 ml in 8 hr. จึงวางแผนร่วมกับผู้ป่วยเพื่อทำการล้างไตทางช่องท้องหลังจากจำหน่าย หลังจาก vital sign ปกติ ผู้ป่วยทุเลาเหนื่อย หายใจร่วมเครื่องพิจารณา on mechanical ventilator weaning CPAP 2 วัน ผู้ป่วยฝึกหายใจได้ดี Oxygen saturation ปกติ vital sign ปกติ conscious ดี จึง wean SBT by ET tube with O₂-piece และสามารถ off ET-tube ได้สำเร็จ On O₂ canular 3 L/M วันต่อมา room air ได้ดีไม่เหนื่อยหอบ ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้นในการทำกิจวัตรประจำวัน รวมใช้เครื่องช่วยหายใจ 3 วันสามารถหยุดเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ รวมระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาล 7 วัน ก่อนจำหน่ายได้มีการวางแผนจำหน่ายโดยให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเรื่องการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดซ้ำ ให้สุศึกษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบ และวางแผนจำหน่าย



เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรัง สาเหตุ และปัจจัยที่ทำให้โรคกำเริบ ความสำคัญของการควบคุมอาหาร มัน เค็ม จำกัดน้ำ ควบคุมการออกกำลังกายที่เหมาะสม การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ การมาเรียนฟอกไตทางหน้าท้องตามนัด

วิจารณ์

ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่ต้องให้การรักษายาบาลอย่างเร่งด่วนต้องได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และดูแลให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน จากกรณีศึกษาที่ผู้ศึกษาได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จึงนำด้วยกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ประกอบไปด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ครบถ้วน สามารถลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการประสานความร่วมมือกันของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และทีมผู้ให้การดูแลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรค แนวทางการรักษา ตลอดจนการประเมินและเฝ้าระวังผลของการรักษา มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่ชัดเจน และเกณฑ์ในการประเมินผล นำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพทันต่อเหตุการณ์และอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย รวมทั้งควรมีแนวทางการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ การป้องกันการติดเชื้อซ้ำรวมถึงการติดเชื้อระบบอื่นในร่างกาย ซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้ การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ ไม่ควรรอให้อาการหนักเพราะจะทำให้เกิดความล่าช้าในการให้การรักษา เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

- 1.งานศูนย์ข้อมูลคุณภาพ กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. รายงานประจำปี 2560 โรงพยาบาลกำแพงเพชร. Annual Report 2017.
- 2 ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล. ภาวะพิษเหตุติดเชื้อและช็อกเหตุพิษติดเชื้อ (SEPSIS and SEPTIC SHOCK). กรุงเทพมหานคร: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ ; 2561.
- 3.CRITICAL CARE MEDICINE: The Smart ICU. กรุงเทพมหานคร: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ ; 2557.
- 4.ขวัญฤทัย พันธุ์. การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2556.
- 5.ดวงมณี เลหาประสิทธิภาพ, สุนีย์รัตน์ คงเสรีพงศ์. คู่มือแนวทางการรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis/septic shock. กรุงเทพมหานคร : โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2556.
- 6.ผ่องพรรณ อรุณแสง. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. (พิมพ์ครั้งที่ 6).ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา ; 2552.
- 7.สุจิตรา ลิมอำนาจลาภ. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา ; 2551.
- 8.Nguyen, HB, Corbett, SW, Steele, R, Banta, J, Clark, RT, Hayes, SR, et al. Implementation of a bundle of quality indicators for the early management of severe sepsis and septic shock is associated with decreased mortality. Critical Care Med 2007;35(2):1105-13.
- 7.พิชัย ชาตกิจอนันต์. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยแบคทีเรียในโรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารควบคุมโรค 2550; 33:279-88.

9. Levinson AT, Casserly BP, Levy MM. Reducing mortality in severe sepsis and septic shock. *Semin Respir Crit Care Med* 2011; 32(2):195-205.
10. Mahantassanapong C. Outcome of the Surin Sepsis Treatment Protocol in Sepsis Management. [online]. *Srinagarind MedJ* 2012;27(4):332-37. [cited 2017 Nov 22]. Available from: URL:http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/showpdf.php?file_pdf=1745_02-ChooHong.pdf&art_id=1745
11. ทิฏฐิ ศรีวิสัย และวิมล อ่อนเส็ง. ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ : ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉิน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์* 2560; 9(2):152-62.
12. Scott BA, Carol VF, John WS, Tonya, C, Cynthia JW, Cheri, W, Thomas, ET, Marissa, G, Christopher JD, Christopher, SH. Improving Outcomes in Patients With Sepsis. *Am J Med Qual* 2016 ; 31(1): 56–63.
13. Pornsiri, T. Septic Shock. Shock. In Naowapanich, S., and Pinyopasakul, W.(ed.), *Criticalcare : edicalnursing*. Bangkok : Parbpim ; 2015.
14. Rhodes A, Evans EL, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, ... Dellinger RP. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2016. *Intensive Care Med* 2017 ; 43:304–77.

The Outpatient Nursing Care of Multi Drug Resistant Tuberculosis, Kamphaeng Phet hospital : A Case Study

Chongruk Rodkasem, B.N.S*

Abstract

Introduction : Multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB) takes very long treatment period. Lack of medication is an important cause. Since the anti-tuberculosis drugs cause adverse side effects, resulting in patient discouraged and bored of the treatment. Furthermore the non-systemic and discontinuing medical care lead to unsuccessful treatment and uncured disease.

Objective : To provide unremitting nursing care in MDR-TB patients until cured. The patients achieve proper, safe and non-spreading behavior.

Case study : A 58-year Thai female was referred from the community hospital with MDR-TB symptoms. On the first outpatient visit, she looked weak, thin, body temperature was 37.5^oC, blood pressure 90/55 mmHg, pulse rate 108 beats/min and respiratory rate 20 times/minute. She underwent chest X-ray, phlebotomy and received medical treatment with periodic clinic visit in conjunction with home visit during the initial and follow up phases. The nursing care composed of encouraging activity for patients to continue medication and relieving side effects in physically and mentally. The outcome revealed the patients took the medicine continuously, increasing appetite and continued treatment until negative finding from sputum examination. The total course was 2 years until discharge from TB clinic.

Conclusion : The MDR-TB nursing care aims to promote patients' health regarding correct and unremitting medication with proper nutrition, exercise, emotional and stress management, spreading prevention. The outpatient nurses are crucial personnel to support personal, emotional, economic and social factors included provide appropriate counselling to patients and family to achieve successful treatment and cure then return to normal life in family and community.

Keywords : Tuberculosis, Multidrug resistant tuberculosis, Nursing care of multidrug resistant tuberculosis



การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคคอตีบที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกำแพงเพชร : กรณีศึกษา

จงรักษ์ รอดเกษม, พย.บ. *

บทคัดย่อ

บทนำ : วัณโรคคอตีบ เป็นภาวะที่ต้องใช้เวลาในการรักษานานกว่าปกติ การขาดยาเป็นสาเหตุที่สำคัญ เนื่องจากยารักษาวัณโรคปอดทำให้เกิดอาการข้างเคียงไม่พึงประสงค์ เป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายต่อการรักษา หากได้รับการรักษาพยาบาลที่ไม่เป็นระบบไม่ต่อเนื่องแล้วจะส่งผลให้การรักษาไม่ประสบผลสำเร็จและไม่หายจากการเป็นโรคได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคคอตีบได้รับการรักษาพยาบาลต่อเนื่องจนหาย ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและปลอดภัย ไม่แพร่กระจายเชื้อให้ผู้อื่น

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 58 ปี รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกด้วยอาการวัณโรคคอตีบ แกร็บอ่อนเพลีย ผอม อุนหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 90/55 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 108 ครั้ง อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ได้รับการตรวจเอกซเรย์ปอด เจาะเลือด รักษาด้วยยา นัดติดตามที่คลินิกร่วมกับติดตามเยี่ยมที่บ้าน ทั้งระยะเริ่มการรักษาวัณโรคคอตีบ และระยะติดตามอาการ ทีมการดูแลรักษาพยาบาลได้มีกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มีกิจกรรมพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการรบกวนจากยา ร่วมกับทีมในการติดตามเยี่ยมบ้านและติดตามอาการของผู้ป่วย โดยครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ รับประทานยาสม่ำเสมอ รับประทานอาหารได้มากขึ้น รับการรักษาพยาบาลต่อเนื่องจนกระทั่งผลการตรวจเชื้อวัณโรคจากเสมหะเป็นลบ ในระยะเวลาการรักษาพยาบาล 2 ปี จึงจำหน่ายออกจากคลินิกวัณโรค

สรุปผลกรณีศึกษา : การดูแลผู้ป่วยวัณโรคคอตีบเป็นการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอดในเรื่องการรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องตามแผนการรักษา การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์และความเครียด การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค โดยพยาบาลผู้ป่วยนอกเป็นบุคคลสำคัญในการสนับสนุนปัจจัยทั้งด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งดูแลให้คำปรึกษาและแนะนำวิธีการที่ถูกต้อง เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคคอตีบประสบผลสำเร็จ สามารถรักษาโรคได้หายขาด สามารถดำรงชีวิตกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติ

คำสำคัญ : วัณโรค วัณโรคคอตีบ การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคคอตีบ

บทนำ

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขมาอย่างยาวนาน และประเทศไทยถูกจัดให้เป็น 1 ใน 14 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูง ทั้งวัณโรค (TB) วัณโรคที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย (TB/HVI) และ วัณโรคดื้อยา (MDR-TB) องค์การอนามัยโลกประมาณการในปี 2560 ว่าประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ 108,000 รายต่อปี นอกจากนี้ คนไทย 20 ล้านหรือ 1 ใน 3 ของคนไทย มีเชื้อวัณโรคแฝงที่ไม่แพร่กระจาย 1 วัณโรคดื้อยา (multidrug resistance tuberculosis, MDR-TB) หมายถึง การที่เชื้อวัณโรคดื้อต่อยา INH และ rifampicin หรือ INH และ rifampicin ร่วมกับยา อื่นหรือไม่ก็อย่างน้อยสองชนิด วัณโรคที่ดื้อยา INH และ rifampicin พร้อมกันและอาจจะดื้อต่อยาชนิดอื่น ๆ ด้วยก็ได้² ซึ่งยา INH และ rifampicin ถือเป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาวัณโรคจากการเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยาหลายขนานทั่วโลกขององค์การอนามัยโลก พบว่าประมาณร้อยละ 3.5 ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทั่วโลกเป็นวัณโรคดื้อยา (MDR-TB) และพบสูงถึงประมาณร้อยละ 20.5 ในผู้ป่วยที่เคยรักษามาก่อน³

วัณโรคดื้อยาที่มีปริมาณสูงในหลาย ๆ สถานพยาบาลมีสาเหตุหลักที่เกิดจากการใช้ระบบยาระยะสั้นตามยุทธศาสตร์การรักษา โดยให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า (DOTS) มาใช้แต่ยังไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอและหายขาดจากโรคได้ ปัญหาของของวัณโรคดื้อยามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและซับซ้อนเพราะระบบยาสารองมีน้อย และบางครั้งในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่มีระบบกำกับกรกินยาที่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร⁴ ประกอบกับวัณโรคดื้อยาเป็นภาวะที่จะต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนานกว่าปกติ การขาดยามักเป็นสาเหตุที่สำคัญ เนื่องจากยารักษาวัณโรคดื้อยามีฤทธิ์ออกฤทธิ์ข้างเคียงไม่พึงประสงค์ตั้งแต่ระดับไม่รุนแรง จนถึงรุนแรงอันตรายต่อชีวิต เป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ เมื่อหน่ายต่อการรักษาและไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้⁵

โรงพยาบาลเป็นหน่วยบริการที่สำคัญในการตรวจวินิจฉัยและเป็นจุดศูนย์กลางของการรักษาและดูแลผู้ป่วยวัณโรค จากข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ พบว่า มีผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันและขึ้นทะเบียนการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา จำนวน 955 รายในปี 2559 และมีการคาดการณ์จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี 2561 ว่าประเทศไทยจะมีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (MDR/RR-TB) ประมาณ 3,900 ราย คิดเป็น 5.7 รายต่อประชากรแสนคน โดยพบในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ร้อยละ 2.2 และพบในผู้ป่วยวัณโรคที่เคยรักษามาก่อนร้อยละ 24⁶ ซึ่งจากสถิติที่ผ่านมาในโรงพยาบาลกำแพงเพชร ในปี 2560, 2561, 2562 พบผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนใหม่ จำนวน 229, 319, 344 ราย และพบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาสะสม คิดเป็นร้อยละ 4.80, 4.07 และ 4.60 ราย ตามลำดับ⁷ ซึ่งผู้ป่วยที่เข้ามารักษาพยาบาลในโรงพยาบาล จะมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก และต้องนัดมารับยา รวมทั้งใช้การดูแลในระยะยาว พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกหากมีความเข้าใจในปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ เมื่อผู้ป่วยมารับการรักษา จะมีบทบาทสำคัญ ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายและตัดสินใจร่วมกันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ทำหน้าที่ให้ข้อมูลข่าวสารให้บริการสุขภาพครอบคลุมด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้ป่วย ทำหน้าที่เป็นผู้นำด้านสุขภาพ รวมไปถึงการประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องให้มีการดูแลรักษาต่อเนื่อง อีกทั้งการที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสำเร็จในการรักษาวัณโรคดื้อยา ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติตัวดูแลตนเองอย่างเหมาะสมมีกำลังใจที่ดีในการดูแลตัวเอง เชื่อมั่นในการรักษาของทีมการดูแล มั่นใจว่าจะหายจากโรค และมีความอดทนต่ออาการข้างเคียงของยา รวมไปถึงการมีความรู้ ความเข้าใจในการรับประทานอาหารไม่ให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ และได้กำลังใจที่ดีจากบุคคลรอบข้าง เป็นต้น

ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาจำเป็นต้องมารับการรักษายาวนานกว่าผู้ป่วยทั่วไป โดยเฉพาะการรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก จึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญในทีมสุขภาพที่ต้องประเมินผู้ป่วย ร่วมจัดระบบการดูแลในทีมให้คำแนะนำ ข้อมูลที่สำคัญ เพื่อการดูแลรักษาที่ต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาได้ครบตามแผน และหายขาดจากโรค การศึกษาผู้ป่วยดื้อยาในแผนกผู้ป่วยนอกนี้ จึงมุ่งเน้นให้การดูแลตามแนวคิดการพยาบาลที่เน้นการส่งเสริมให้การรักษาประสบผลสำเร็จรักษาให้หายขาด ผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็ง มีการดูแลตัวเองที่ถูกต้อง ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่เหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน จำเป็นต้องจัดระบบที่มีความชัดเจนเนื่องจากระยะเวลาในการรักษาจะใช้เวลานาน มีความเฉพาะในการปฏิบัติและการดูแล ทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคนี้มีความยุ่งยากซับซ้อนตามมาด้วย การรักษาพยาบาลต้องมีความครอบคลุมหลายด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอก รับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน และนัดมาตรวจตามนัด การให้การดูแลที่เข้าใจผู้ป่วย โรค การรักษา จะเพิ่มปัจจัยความสำเร็จในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ได้ผลดี

กรณีศึกษาในครั้งนี้จะช่วยสะท้อนให้เห็นถึงการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย และใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยดื้อยาวัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อไป



กรณีศึกษา

หญิงไทย อายุ 58 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

อาการสำคัญ

Refer มาจากโรงพยาบาลคลองขลุง ด้วยมารับการรักษาวัณโรคดื้อยา วันนี้

ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน

2 ปี ก่อนมา ผู้ป่วยพบเป็นวัณโรคปอดได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ เริ่มให้การรักษาด้วยยาสูตร 2 HRZE(S)/4HR เมื่อรับประทานยา 5 เดือน ตรวจ AFB = Positive รับประทานยา HR ส่งตรวจ Sputum AFB C/S for TB พบ Drug susceptibility test = Resistant : Isoniazid (H), Rifampicin (R) ผู้ป่วยไม่ได้รับยาต่อเนื่อง

1 ปี ก่อนมา ผู้ป่วยยังมีอาการไข้ ไอ น้ำหนักลด รับประทานที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ และพบว่าผลเสมหะ AFB ยังเป็นบวก และผลเพาะเชื้อเป็นวัณโรคดื้อยา รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง

10 วัน ก่อนมาอาการเหนื่อยง่ายมีเสมหะ รักษาที่โรงพยาบาลคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ส่งตรวจ Sputum AFB พบ 3+

3 วัน ก่อนมา ส่ง Sputum AFB C/S for TB สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์ พบ Drug susceptibility test = Resistant : Isoniazid (H), Rifampicin (R)

วันนี้จึงส่งตัวมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

10 ปีก่อนเคยผ่าตัดก้อนในมดลูกอาการหลังผ่าตัดปกติ ปฏิเสธโรคประจำตัวอื่นๆ ไม่แพ้ยา

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างค่อนข้างผอม น้ำหนัก 43 กิโลกรัม ส่วนสูง 159 เซนติเมตร BMI=17.01

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 37.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 90/55 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 108 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดีตอบคำถามได้ ไม่สับสนพูดคุยได้ การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล E₄M₆V₅ GCS = 15 คะแนน pupil 3 min Reactive to light both eyes

ผิวหนัง : ผิวสองสี ไม่มีจ้ำเลือด ไม่มีผื่น ไม่มี Skin turgor

ศีรษะและใบหน้า : ผมสั้นสีดำ ศีรษะไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อนบริเวณต่อมเหงื่อ ตา 2 ข้าง สมมาตรกัน มองเห็นปกติ ตา 2 ข้างมองเห็นปกติ เปลือกตาซีดทั้ง 2 ข้าง ใบหู จมูก ปาก ลักษณะภายนอกปกติ ใบหน้าไม่มีแผล อ้าปากและหุบปากได้ปกติ ก้มเงยศีรษะได้สมบูรณ์ เอียงศีรษะได้ด้านซ้ายขวาจนใบหูติดไหล่ได้

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติสมมาตรกัน หายใจสม่ำเสมออัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที เสียงการหายใจปกติ

หัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจปกติสม่ำเสมอ ชีพจร 108 ครั้ง/นาที ไม่มีเส้นเลือดที่คอโป่งพอง

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : บริเวณหน้าท้องกดไม่เจ็บ ไม่มีแข็งตึง ท้องไม่อืด bowel sound ปกติ ชับถ่ายปกติ

กล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกายปกติ

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ชับถ่ายปัสสาวะได้ตามปกติ ปัสสาวะสีเหลืองเข้มเล็กน้อย กระเพาะปัสสาวะไม่โป่งตึง

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : เต้านมปกติ อวัยวะสืบพันธุ์ปกติ

สภาพจิตใจ : สีหน้าไม่สุขสบาย ไม่ตอบคำถามบางครั้ง กังวลเรื่องการรักษา รู้สึกเศร้า

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

1. ผลตรวจจากโรงพยาบาลคลองขลุง (10/07/60) พบ AFB = Positive+3
2. ผลตรวจจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์ (17/07/60) พบ Sputum culture DST= Resistance; H,R
3. ผลตรวจจากโรงพยาบาลกำแพงเพชร (20 กรกฎาคม 2560) BUN 13mg/dL K 4.2mmol/L Total Protein 0.3 g/dL Albumin 3.8g/dL SGOT(AST) 36 U/L SGPT(ALT) 21 U/L ALP 73 IU/L Creatinine 0.63 mg/dL eGFR 101.3 ml/min/1.73m² TSH 6.7 uIU/mL FT3 3.33 pg/mL FT4 0.61 ng/dL

ผลการตรวจเอกซเรย์

วันเดือนปี	รายการ	ผล
20 กรกฎาคม 2560	FILM CXR	left lung infiltration
11 มกราคม 2561	FILM CXR	no lung infiltration

สรุปการดำเนินโรคขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

20 กรกฎาคม 2560

แรกรับผู้ป่วยอ่อนเพลีย ผอม อุนหภูมิกาย 37.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 90/55 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 108 ครั้ง อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ได้รับการรักษาโดยรักษาสูตร 6 KsLfxEtoCsPAD/ 18 LfxEtoCs+ PAD การตรวจเอกซเรย์ปอด เจาะเลือด นัดติดตามหลังรับประทานยา 7 วัน

27 กรกฎาคม 2560 : ไข้มีเสมเห หนึ่งอย่าง ทานอาหารได้ น้ำหนัก 41 กิโลกรัม BMI 16.22 อุนหภูมิกาย 37 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 93/55 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 104 ครั้ง อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ทานยาเกินไป 2 ชุด ได้รับการรักษาโดย การตรวจเอกซเรย์ปอด พบ left lung infiltration เจาะเลือดนัดติดตามอาการเป็นระยะๆ ทุกเดือน

สิงหาคม - ตุลาคม 2560 : ไข้มีเสมเห หนึ่งอย่าง ไม่มีไข้ มีอาการคันตามตัว รับประทานอาหารได้น้อย ปวดหัว นอนไม่ค่อยหลับเป็นมา 1 สัปดาห์ ทานยาเกิน น้ำหนัก 42-44 กิโลกรัม AFB=neg นัดติดตามอาการเป็นระยะๆ ทุกเดือน

พฤศจิกายน - ธันวาคม 2560 : ไข้มีเสมเห ช่วงอาการเย็น ทานได้น้อย หนึ่งอย่างบางครั้ง อ่อนเพลีย ปวดศีรษะตอนกลางคืน นอนไม่หลับ ทานยาครบ น้ำหนัก 41 กิโลกรัม ในเดือนธันวาคมความดันโลหิต 147/ 90 มิลลิเมตรปรอท AFB=neg นัดติดตามอาการเป็นระยะๆ ทุกเดือน

มกราคม - มีนาคม 2561 : ไข้มีเสมเห เสมเหสีขาวขุ่น หนึ่งอย่างบางครั้ง ไข้บ่อยในช่วงกลางคืน ผิวหนึ่งแห่ง ปวดแขนขวา ไม่มีไข้ กินอาหารได้ ทานยาเกิน น้ำหนัก 41-42.5 กิโลกรัม ในเดือนมีนาคมความดันโลหิต 100/85 มิลลิเมตรปรอท AFB=neg นัดติดตามอาการเป็นระยะๆ ทุกเดือน

เมษายน - มิถุนายน 2561 : ไข้บ่อยตอนกลางคืน ไม่มีเสมเห ไม่มีไข้ กินอาหารได้ ในเดือนเมษายน ทานยาขาด แต่หลังจากนั้นทานยาครบ น้ำหนัก 42 กิโลกรัม AFB=neg นัดติดตามอาการเป็นระยะๆ ทุกเดือน

กรกฎาคม - ตุลาคม 2561 : อาการปกติดี ไม่มีไข้ ไม่มีเสมเห ไม่มีไข้ กินอาหารได้มากขึ้น ปวดตามข้อ ข้อไม่วม ทานยาครบ น้ำหนัก 42-43 กิโลกรัม AFB=neg นัดติดตามอาการเป็นระยะๆ ทุกเดือน

พฤศจิกายน 2561-กุมภาพันธ์ 2562 : อาการทั่วไปปกติดี มีไข้หนึ่งครั้ง ไม่มีเสมเห หนึ่งอย่าง ทานยาได้ มีบริเวณระหว่างหัวคิ้ว และขอบหน้าแก้มผื่นแดงคัน ทานยาครบ น้ำหนัก 43 กิโลกรัม ความดันโลหิต 130-141/ 71-85 มิลลิเมตรปรอท AFB=neg นัดติดตามอาการเป็นระยะๆ ทุกเดือน

มีนาคม - เมษายน 2562 : ไข้หนึ่งครั้ง กินอาหารได้ เดือนเมษายนมีอาการเวียนศีรษะ โงนงน ใจสั่น นอนไม่หลับ ไปตรวจโรงพยาบาลคลองขลุง ได้ยามาทานอาการทุเลา ทานยาครบ น้ำหนัก 43-44 กิโลกรัม ความดันโลหิต 121-129/69-74 มิลลิเมตรปรอท AFB=neg นัดติดตามอาการเป็นระยะๆ ทุกเดือน

พฤษภาคม - มิถุนายน 2562 : มีอาการโงนงน รู้สึกเหมือนเดินชาลอยๆ หูอื้อ 2 ข้าง ทานยาเกิน น้ำหนัก 42.3 - 44 กิโลกรัม สัญญาณชีพปกติ AFB=neg นัดติดตามอาการเป็นระยะๆ ทุกเดือน

กรกฎาคม - สิงหาคม 2562 : ไข้หนึ่งครั้ง นอนหลับได้ รับประทานอาหารได้ ทานยาครบ น้ำหนัก 43.3 - 44 กิโลกรัม AFB=neg นัดติดตามอาการเป็นระยะๆ ทุกเดือน ผล sputum C/S Neg

5 กันยายน 2562 ผู้ป่วยดูสดชื่นขึ้น หน้าตาอิมแย้ม ทานยาครบ น้ำหนัก 44.8 กิโลกรัม BMI 17.72 อุนหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 100/62 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 88 ครั้ง อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที AFB = Neg การตรวจเอกซเรย์ปอด ผล no lung infiltration จำหน่ายออกจากคลินิกวัณโรค ติดตามการกินยาโดยวิธีไอคอลลผ่านทาง อสม. นัดไปฟิล์มเอกซเรย์ปอดที่โรงพยาบาลคลองขลุงทุก 6 เดือน จำนวน 4 ครั้ง



ปัญหาของผู้ป่วยและบทบาทของพยาบาลในการดูแล

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มการรักษาวัณโรคดื้อยา

ปัญหาข้อที่ 1 การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่เพียงพอ และการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากพยาธิสภาพการติดเชื้อที่ปอด

ปัญหาข้อที่ 2 ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายเนื่องจากเบื่ออาหาร ต่อมรับรสผิดปกติ และผลข้างเคียงจากยาพยาธิสภาพของโรค

ปัญหาข้อที่ 3 ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้จากการติดเชื้อในร่างกาย

ปัญหาข้อที่ 4 มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค เนื่องจากอยู่ในระยะ Active TB (MDR-TB)

ปัญหาข้อที่ 5 ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเองขณะป่วยเป็นวัณโรคดื้อยา

ปัญหาข้อที่ 6 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลต่อโรค อาการ การปฏิบัติตัว และการดำรงชีวิตให้เหมาะสมกับโรค

ปัญหาข้อที่ 7 มีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาวัณโรค

การวางแผนพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 1 : การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่เพียงพอ และการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากพยาธิสภาพการติดเชื้อที่ปอด

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า "ไอมีเสมหะ สีขาว มา 1 เดือน เหนื่อยเพลียเจ็บหน้าอกบางครั้ง เวลาไอ"

O : ภาพถ่ายทางรังสีปอด left lung infiltration, Sputum AFB ผล Positive³⁺ Sputum culture DST= Resistance;

H,R หายใจ 20 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์

1. ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับออกซิเจนในเลือด มากกว่า ร้อยละ 95 และสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้
2. อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16-24 ครั้ง/นาทีลักษณะการหายใจปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำการประเมินภาวะความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน หากผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยมากขึ้น หายใจไม่สะดวก หอบเหนื่อย ให้มารักษาที่สถานบริการใกล้บ้าน

2. แนะนำการจัดทำอนัตริษะสูงเพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง ปอดขยายตัวได้เต็มที่เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงเพื่อช่วยลดการใช้ออกซิเจนในการทำกิจกรรม ช่วยลดอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย

3. สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพลดการคั่งค้างของเสมหะที่ปอดทำให้ปอดขยายตัวเพิ่มขึ้น สอนสาธิตให้หายใจเข้าออกลึกๆ ช้าๆ และปฏิบัติทุก 1-2 ชั่วโมง ส่งเสริมให้ถูกลมปอดขยายตัวได้เต็มที่ แลกเปลี่ยนก๊าซได้ดีขึ้น และ/หรือแนะนำให้กรณีศึกษาหายใจโดยใช้กลัมน้ำหน้าท้องและกระบังลม

4. ประสานงานกับ รพ.สต. และ อสม. ใกล้บ้าน เพื่อส่งต่อการเยี่ยมบ้าน

ประเมินผล

1. ระดับออกซิเจนในเลือด ร้อยละ 96 และสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้
2. อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 20-24 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 2 : ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายเนื่องจากเบื่ออาหาร ต่อมรับรสผิดปกติ

และผลข้างเคียงจากยาพยาธิสภาพของโรค

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า " รู้สึกเพลีย รับประทานอาหารน้อย วันละประมาณ 2 มื้อ ทานข้าวได้น้อย "

O : ผลการตรวจเลือด (K⁺ = 3.8 mmol/L (ค่าปกติ 3.5-5.1 mmol/L), ซีพีจอร์ 104 ครั้งต่อนาที น้ำหนัก 43 กก. BMI=17.009

วัตถุประสงค์

1. ไม่เกิดภาวะ ขาดสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ได้รับสารอาหารเพิ่มขึ้น
2. ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแอ no skin turgor

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผลการตรวจเลือดค่าเกลือแร่ เช่น โปตัสเซียมเกณฑ์ปกติ ($K^+ = 3.5-5.1 \text{ mmol/L}$)
2. ผู้ป่วยดื่มน้ำได้อย่างน้อย 2 ลิตร/วัน และรับประทานอาหารได้ ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือเบื่ออาหาร
3. น้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่า 1 กิโลกรัม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ร่วมกับงานโภชนศาสตร์ เพื่อประเมินภาวะโภชนาการ เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคมีน้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน ติดตามภาวะโภชนาการในระยะการรักษาด้วยยารักษา เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคหวังผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีของการดำรงชีพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. แนะนำให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอ ประกอบด้วยอาหารหลัก 5 หมู่ เพื่อช่วยให้ร่างกายแข็งแรง มีภูมิคุ้มกันต่อสู้กับวัณโรค ป้องกันภาวะน้ำหนักลดลงมากกว่าปกติ เน้น เนื้อสัตว์ต่างๆ นม ไข่ เต้าหู้ เพราะร่างกายต้องการโปรตีนเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทาน อาหารที่ควรงด-เลี่ยง คือ ของทอด ของมัน กะทิ น้ำมันที่กรดไขมันอิ่มตัวสูง อาทิ น้ำมันจากสัตว์ น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว อาหารมีแก๊สสูง เช่น ของดอง ถั่ว น้ำอัดลม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาหารกลิ่นแรง อาหารสำเร็จรูป เป็นต้นประเมินการรับประทานอาหารและให้บันทึปกินทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร¹⁰

3. ซักประวัติการรับประทานอาหาร การตรวจชีวเคมีของเลือด เช่น serum albumin และ ลักษณะทางคลินิก เช่น ภาวะโลหิตจาง เพื่อให้ได้ข้อมูลไปประกอบการให้การปรึกษาซึ่งดำเนินควบคู่ไปกับการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วย เช่น ประเมินภาวะโภชนาการตามอายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ประเมินภาวะน้ำหนักตัวทุกเดือนเพื่อประเมินภาวะโภชนาการ

4. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่เพิ่มโปตัสเซียม ได้แก่ กกล้วย ส้ม มะเขือเทศ มันฝรั่ง และถั่วชนิดต่างๆ

5. แนะนำให้ผู้ป่วยเพิ่มมื้อการรับประทานอาหาร จากวันละ 3 มื้อ เป็น วันละ 5 มื้อ และให้ดื่มน้ำ ก่อน-หลัง รับประทานอาหาร 1 ชั่วโมง เพื่อช่วยในการย่อยอาหาร ควรมีการออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมเบาๆ เพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร

ประเมินผล

1. ผลการตรวจเลือด K^+ ในแต่ละครั้งอยู่ระหว่าง 4 - 4.3 mmol/L
2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ดื่มน้ำได้ 1.8 - 2.2 ลิตรต่อวัน อาการอ่อนเพลียทุเลา ไม่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแอ
3. ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 2.3 กิโลกรัม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3 : ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้จากการติดเชื้อในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “บางครั้งรู้สึกเหมือนมีไข้ ไอ เสมหะสีขาว รู้สึกเพลีย”

O : อุณหภูมิร่างกาย 37.5 องศาเซลเซียส หายใจ 20 ครั้ง/นาที ฟลิ์มเอกซเรย์ปอด left lung infiltration

: Sputum culture DST= Resistance; H,R

วัตถุประสงค์

1. อุณหภูมิกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีการติดเชื้อเพิ่มเติม

เกณฑ์การประเมินผล

1. T = 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส
2. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้ดี
3. ฟลิ์มเอกซเรย์ปอด no infiltration
4. เสมหะไม่มีสีเหลือง หรือเขียว ไอลดลง



กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำเมื่อมีไข้ ให้เช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำธรรมดาอย่างนุ่มนวลเพราะน้ำจะช่วยพาความร้อนออกจากร่างกาย ผิวหนังทำให้อุณหภูมิลดลงและทำให้ผู้ป่วยสบายขึ้น
2. แนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนให้เพียงพอ อย่างน้อย 7-8 ชั่วโมง เพราะเป็นการลดอัตราการเผาผลาญภายในเซลล์ลดการทำงานของ กล้ามเนื้อ เป็นการลดการผลิตความร้อน ทำให้อุณหภูมิร่างกายลดลง
3. แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำบ่อยๆ อย่างน้อย 2 ลิตรต่อวัน เพราะเป็นการทดแทนการขาดน้ำและเป็นการลดความร้อนของร่างกายโดยการขับออกทางเหงื่อและปัสสาวะ
4. ติดตามผลฟิล์มเอกซเรย์ปอด

ประเมินผล

1. สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 - 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 80-100 ครั้ง อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที
2. นอนหลับ พักผ่อนได้ ใจแจ่มใส ไม่เหนื่อย รับประทานอาหารได้ ไม่อาเจียน
3. เสมหะสีขาว ฟิล์มเอกซเรย์ปอด no infiltration

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 4 : มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค เนื่องจากอยู่ในระยะ Active TB (MDR-TB)

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกเพลีย รู้สึกเหมือนมีไข้ทุกวัน ใจมาก เหนื่อย ”
: ผู้ป่วยถามว่า “ตนออกจากบ้านได้ไหม”
- O : Sputum AFB Positive 3⁺ Sputum culture DST= Resistance; H,R
: อุณหภูมิร่างกาย 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที
: ผู้ป่วยสวมหน้ากากผ้าแต่จะดึงลงมาไว้ที่คางบ่อยๆ
: คะแนนความรู้ความเข้าใจหลังการแนะนำ ร้อยละ 52

วัตถุประสงค์

1. ไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น
2. เข้าใจการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
2. ไม่มีญาติติดเชื้อเพิ่ม
3. มีคะแนนความรู้ความเข้าใจหลังการแนะนำ มากกว่า ร้อยละ 80

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายเหตุผล และแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อก่อนให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัย(Face Mask) ปิดปากปิดจมูกที่ถูกต้องตลอดเวลา
2. ดูแลให้เคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างปลอดภัยไม่มีการแพร่กระจายเชื้อไปยังห้องแยกโรคทางเดินหายใจ (isolation room) ที่หอผู้ป่วยนอก สื่อสารการเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อแก่ทีมสุขภาพโดยติดป้าย “Airborne” ที่ใบตรวจสอบสิทธิ์ และใบคิวของกรณีศึกษา
3. ดูแลให้พักรอในห้องแยกโรคทางเดินหายใจอย่างปลอดภัย ไม่มีการแพร่กระจายเชื้อรวบรวม ข้อมูลเพิ่มเติม เช่น อาการไอ ประวัติดูไข้ น้ำหนักลด การเป็นหวัดและการใช้ยาเป็นต้น อธิบายเหตุผล ที่พยาบาลผู้ซักประวัติต้องป้องกันการรับเชื้อโดยสวมหน้ากากอนามัยชนิด N95 ระหว่างให้การดูแล (ใช้หลัก Airborne precaution และ contact precaution) ดูแลให้ได้รับการตรวจจากแพทย์และไม่มีการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลและสิ่งแวดล้อม
4. อธิบายให้ญาติและผู้ดูแลเข้าใจถึงวิธีการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยา โดยหลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกับผู้ป่วยแยกอุปกรณ์ในการรับประทานอาหารและเสื้อผ้า ควรแยกล้างหรือแยกซักต่างหาก และนำไปตากแดดเพื่อฆ่าเชื้อโรค

5. แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคติดต่อ โดยให้หลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัว ไม่ควรพกร่วมห้องกับผู้อื่น 3-6 เดือนนับตั้งแต่เริ่มรับประทานยารักษาเป็นเวลา วันโรค และควรอยู่ในบริเวณหรือห้องที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก หลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่ที่มีคนแออัด เช่น สถานบันเทิง โรงภาพยนตร์ สถานที่สาธารณะต่างๆ⁸

6. ส่งเสริมการรับประทานยารักษาโรคครบชนิดและถูกขนาดอย่างต่อเนื่องประมาณ 6 เดือน - 1 ปี ให้ข้อมูล อาการไม่พึงประสงค์จากยาและการจัดการอาการรบกวน เพื่อป้องกันการหยุดยาระหว่างการรักษา อธิบายผลดีของการมาตรวจตามนัดและอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์

7. ประสาน อสม. เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค การแพร่กระจายเชื้อ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การรับประทานยาต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัด เป็นต้น

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อกลับบ้าน ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจหลังการแนะนำด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันและแพร่กระจายเชื้อ อสม. ได้รับความดูแลได้เหมาะสม
2. ไม่มีรายงานบุคคลในครอบครัวและในชุมชนติดเชื้อเพิ่มเติม
3. มีคะแนนความรู้ความเข้าใจหลังการแนะนำ ร้อยละ 83

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 5 : ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเองขณะป่วยเป็นโรคติดต่อ

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยถามว่า “ตนออกจากบ้านได้ไหม”

: ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกเพลีย ไม่อยากกินยา”

O : มีประวัติการขาดยาในการรักษาที่ผ่านมา และมีการรับประทานยาเกิน หรือช้าช่วงเวลาในบางครั้ง

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตนเองขณะป่วยเป็นโรคติดต่อที่ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

2. ผู้ป่วยแสดงความต้องการและยินดีให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
3. ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำและสามารถบอกถึงที่ต้องปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ระบุภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้
4. ผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้องตามจำนวน และเวลา

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพ รับฟังปัญหาและการระบายอารมณ์ของผู้ป่วย ให้กำลังใจ และแนะนำการปฏิบัติตัว ประเมินความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยด้านการดูแลตัวเองของโรคติดต่อ⁹

2. วางแผนการควบคุมโรค และการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน อธิบายโรค สาเหตุ การดำเนินโรค แผนการรักษา การให้ยา อาการข้างเคียงที่ต้องสังเกต บัญชีเสี่ยง ให้ผู้ป่วยและญาติ เข้าใจโดยอธิบายง่ายๆ ไม่ซับซ้อนไม่ให้เกิดความวิตกกังวลมาก

3. ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การรับประทานยาที่เหมาะสม การออกกำลังกายพักผ่อน

4. อธิบายถึงผลเสียในการรับประทานยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษาว่าจะเกิดผลเสียในการหายของโรค

5. สร้างเสริมพลังอำนาจ (empowerment) ให้ผู้ป่วยมั่นใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง โดยการให้กำลังใจว่าโรคนี้สามารถรักษาหายได้ถ้าผู้ป่วยอดทน รับประทานยาได้ครบตามคำสั่งแพทย์ ซึ่งมีบุคคลที่รักษาหายขาดมาแล้วหลายราย

6. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าทีสุภาพเป็นกันเอง ประเมินสภาพอารมณ์จิตใจของผู้ป่วยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อข้องใจ และบอกถึงความรู้ที่มิต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ ให้ญาติได้พบแพทย์และพยาบาลเพื่อทราบแนวทางการรักษา

7. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการที่ยังมีการเพลีย เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค อาการดังกล่าวจะค่อยๆ ดีขึ้น หากพยาธิสภาพของโรคดีขึ้นตามลำดับ

8. แนะนำและเน้นให้เห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง การร่วมมือในการรักษา การมาตามนัด

9. ประสาน อสม. เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค การแพร่กระจายเชื้อ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การรับประทานยาต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัด เป็นต้น และการทำวิดีโอคอล ในการรับประทานยาแต่ละครั้ง



ประเมินผล

1. ในระยะแรกผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวลบ้าง แต่มีสีหน้าแจ่มใสมากขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษา
2. ตอบคำถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองได้ สามารถตอบความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยด้านการดูแลตัวเองของวัณโรคได้
3. ในระยะแรกผู้ป่วยยังคงมีการรับประทานยาเกิน/ขาด/ช้า แต่หลังจากการดำเนินการร่วมกับ อสม. และใช้วิธีการวิดีโอคอล ผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้องครบถ้วน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 6 : ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลต่อโรค อาการ การปฏิบัติตัว และการดำรงชีวิตให้เหมาะสมกับโรค

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลใกล้ชิดในบ้านเดียวกัน มีญาติห่างๆ มาดูแลบ้าง

O : ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าเคร่งเครียดหวั่นวิตก สอบถามอาการของผู้ป่วยแนวทางและระยะเวลาการรักษา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วย และญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น
2. ยอมรับฟังและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้การต้อนรับด้วยท่าทีที่เป็นมิตร พร้อมจะให้ความช่วยเหลือและเปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย จัดให้ได้พูดคุยกับแพทย์ที่ท่าเกี่ยวกับอาการรักษาของโรคและแนวทางการ รักษาพร้อมลงชื่อในเอกสาร
2. ให้ข้อมูลถึงอาการเจ็บป่วยด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย แผนการดูแลรักษาต่างๆ
3. ประเมินความวิตกกังวลและท่าทีต่างๆ ที่แสดงออกต่อความเจ็บป่วย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกต่างๆ รวมทั้งยอมรับท่าทีและปฏิบัติที่ตอบสนองต่อความเครียดนั้น ให้กำลังใจและสนับสนุนส่งเสริมให้ อสม. และชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
4. ให้สุศึกษาแก่ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อส่งเสริมการหายของโรค ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และดูแลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา รวมทั้งการทำความเข้าใจและการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยจาก อสม. และประสาน รพ.สต.ใกล้บ้าน เพื่อให้ยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อแก่ผู้ป่วยที่บ้าน¹¹

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 7 : มีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาวัณโรค ได้แก่ เบื่ออาหารและคันทตามผิวหนัง

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกอ่อนเพลีย ทานอาหารได้น้อย เบื่ออาหาร เหนื่อยบางครั้ง และมีอาการคันทตามผิวหนัง”

O : Sputum AFB ครั้งที่ 2 Positive 3⁺ เริ่ม รักษาโดยใช้ยา 6 KsLfxEtoCsPAD/ 18 LfxEtoCs+ PAD

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องการใช้ยารักษาวัณโรคและทราบวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา
2. ผู้ป่วยรับประทานยา ครบจำนวน ขนาด และเวลา
3. ผู้ป่วยทราบผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยารักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายชื่อลักษณะขนาดและจำนวนยาแต่ละชนิด บอกเหตุผลที่ต้องรับประทานยา เพื่อการรักษาเป็นจำนวนมาก การรับประทานยาต่อเนื่อง และผลของการรับประทานยาไม่ตรงตามเวลาหรือไม่ต่อเนื่องที่อาจก่อให้เกิดการดื้อยาส่งผลต่อประสิทธิภาพของการรักษา คือ การหายจากโรคเป็นไปได้ยากและต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานขึ้น

2. อธิบายอาการและอาการแสดงของอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ตับอักเสบอาการชาปลายประสาท ผื่น สีผิวหนังลอกโลหิตจาง เม็ดเลือดขาวต่ำคลื่นไส้อาเจียน เมื่ออาหาร ปวด ยอดอก ปวดท้อง ท้องเสีย เป็นต้น

3. แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา และควรรีบไปพบแพทย์ทันที หากมีอาการเหล่านี้ ได้แก่ ความอยากอาหารลดลงผิวซีดเหลืองปัสสาวะมีสีเข้มมีอาการไข้ติดต่อกัน 3 วันขึ้นไป โดยไม่มีสาเหตุหายใจลำบาก หน้าท้องมีอาการแข็ง หรือบวมผิดปกติมีอาการบวมที่หน้า ริมฝีปาก ลิ้น หรือคอมีปัญหาเรื่องการมองเห็นเช่นเห็นภาพไม่ชัดหรือเห็นสีผิดปกติ

4. ประเมินอาการข้างเคียงของยาเป็นระยะ ๆ ทุกเดือน

ประเมินผล

1. ทราบผลข้างเคียงที่อาจเกิด และวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรค
2. ให้ความร่วมมือในการรักษา แม้จะมีอาการข้างเคียงจากยา เช่น นอนไม่หลับ คัน และมาตามนัดทุกครั้ง
3. รับประทานยา ครบจำนวน ขนาด และเวลา

ระยะที่ 2 ระยะติดตามอาการ

ปัญหาข้อที่ 1 เสี่ยงต่อการขาดการรักษาที่ต่อเนื่องจากขาดกำลังใจในการรักษา

ปัญหาข้อที่ 2 สภาพแวดล้อมและปฏิบัติตัวที่บ้านไม่เหมาะสมต่อโรคที่เป็น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 8 : เสี่ยงต่อการขาดการรักษาที่ต่อเนื่องจากขาดกำลังใจในการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “อยู่บ้านคนเดียว สามี หรือเพื่อนบ้านมีมาเยี่ยมมานาน ๆ ครั้ง เบื่อกินยา ยา กินยาก เยอะ”

O : มีประวัติการรับประทานยาที่ไม่ต่อเนื่อง สีหน้าไม่แจ่มใส ในวันนี้ขาดจากจำนวนยาที่เหลือในวันนัด พบว่า ผู้ป่วย

ทานยาขาด / เกิน / ซ้ำ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่อง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษาจนหาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น
2. ผู้ป่วยยอมรับฟังและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
3. ผู้ป่วยทานยาต่อเนื่อง จำนวนยาที่เหลือในวันนัดเหมาะสม ไม่พบภาวะผู้ป่วยทานยาขาด/เกิน/ซ้ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สนับสนุนให้กำลังใจ พร้อมอธิบายความสำคัญในการรักษาและกินยาที่ต่อเนื่อง เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเอง พร้อมจะให้ความช่วยเหลือและเปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย จัดให้ได้พูดคุยกับแพทย์ที่ทำการรักษาของโรค และแนวทางการรักษา

2. ประเมินความวิตกกังวลและทำที่ต่าง ๆ ที่แสดงออกของญาติและครอบครัวต่อความเจ็บป่วย และการต้องอยู่โรงพยาบาล พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ รวมทั้งยอมรับทำที่และปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความเครียดนั้น

3. ให้ข้อมูลถึงอาการเจ็บป่วยด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย แผนการดูแลรักษา ความสำคัญในการรักษาที่ต่อเนื่อง

4. ติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วย ส่งต่อข้อมูลเพื่อให้ รพ.สต. และ อสม. ช่วยติดตาม การรับประทานยา

5. วางแผนร่วมกับพื้นที่ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ประสาน อสม. ช่วยกระตุ้นผู้ป่วยรับประทานยา ครบจำนวน

ขนาด และเวลา

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้นเมื่อมารับยา
2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล โดยบางครั้งหากผู้ป่วยมารับยาเองไม่ได้ อสม. จะมารับยาแทน
3. ผู้ป่วยทานยาต่อเนื่อง จำนวนยาที่เหลือในวันนัดเหมาะสม ไม่พบภาวะผู้ป่วยทานยาขาด/เกิน/ซ้ำ



วินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 สภาพแวดล้อมและปฏิบัติตัวที่บ้านไม่เหมาะสมต่อโรคที่เป็น

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “ ตอนนี้อยู่บ้านคนเดียว กลับมาอยู่บ้าน เนื่องจากป่วย ญาติไม่ค่อยมาเยี่ยม สามีทำงานอยู่กรุงเทพ ”

O : มีประวัติการรับประทานยาที่ไม่ต่อเนื่อง ทานยาขาด / ยาเกิน / ยาซ้ำช่วงเวลา

: ลักษณะเป็นบ้านปูน 1 ชั้น มีหน้าต่าง แต่ไม่ได้เปิด ค่อนข้างอับ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้าน
2. จัดสิ่งแวดล้อมได้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้กำลังใจผู้ป่วย และชี้แจงว่าจะมีทีมออกไปติดตามการรักษา การกินยา และการเยี่ยมบ้าน
2. ประสานงานกับทีมเยี่ยมบ้าน

2.1. ผู้ป่วยวัดโรคปอดที่ต้องดูแลตนเองที่ถูกต้อง ปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะกับวิถีชีวิต และปรับหาวิธีส่งเสริมการหายของโรคเพิ่มตลอดระยะเวลาการรักษา

2.2. กำกับการรับประทานยา ติดตามให้ไปรักษาตามนัดต่อเนื่อง ให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจว่าจะหายจากโรคตลอดระยะเวลาการรักษา

2.3. ประเมินอาการ ตรวจสอบการรับประทานยา สอบถามอาการข้างเคียง วางแผนเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล พร้อมบันทึกผลงานอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์ พร้อมสร้างและปรับปรุงคู่มือการเยี่ยมบ้าน แบบบันทึกการเยี่ยมกับเจ้าหน้าที่ในทีมอย่างต่อเนื่อง

2.4. อสม. นัดวันเวลาและร่วมเยี่ยมบ้านกับทีมสหวิชาชีพอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย

2.5. ผู้นำชุมชน ร่วมเยี่ยมบ้าน อำนวยความสะดวก สนับสนุนทรัพยากร เป็นผู้นำจัดการสิ่งแวดล้อมละแวกบ้าน ผู้ป่วยให้เป็นระเบียบ

3. ประเมิน ติดตามอาการ สิ่งแวดล้อม ให้มีห้องพัก หรือห้องนอนแยกจากผู้อื่น แนะนำการไอจาม การล้างมือ การทิ้งขยะติดเชื้อ และการหาสถานที่ในการกำจัดขยะ (แนะนำให้มียะที่ปิดมิดชิดและกำจัดขยะติดเชื้อ เช่น หน้ากากอนามัย กระดาษทิชชูที่ใช้จากการสัมผัสน้ำมูก น้ำลาย โดยการเผา)

4. มีการบันทึกและสื่อสารกับทีมสุขภาพเพื่อไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อและมีการรับประทานยาที่ต่อเนื่อง

5. มีช่องทางในการสื่อสารเพื่อให้คำปรึกษากับผู้ป่วยโดยใช้โทรศัพท์ หรือ Line application

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ตามแนวทางของการรักษาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
2. มีการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก มีแสงแดดเข้าถึงภายในบ้าน

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 58 ปี รับการส่งต่อจาก รพ.ชุมชนด้วยต้องการมารักษาต่อด้วยอาการวัณโรคคือยา แกร็บอ่อนเพิลีย ผอม อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียสความดันโลหิต 90/55 มิลลิเมตรปรอท ซีพีจร 108 ครั้ง อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกห้องแยกโรค ตรวจเอกซเรย์ปอด พบ left lung infiltration เจาะเลือด ได้รับการรักษาโดยรักษาสูตร 6 KsLfxEtoCsPAD/18 LfxEtoCs+ PAD นัดติดตามอาการเป็นระยะ และร่วมกับทีมในการติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งผู้ป่วยมีปัญหาในการพยาบาลที่สำคัญ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะเริ่มการรักษาวัณโรคคือยาและระยะติดตามอาการ โดยสรุป ผู้ป่วยจะมีปัญหาทางด้านร่างกาย คือการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่เพียงพอ ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เบื่ออาหาร ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้และการรับผลข้างเคียงจากยา ส่วนปัญหาทางด้านจิตใจ จะมีความวิตกกังวลต่ออาการของโรค การปฏิบัติตัว การดำรงชีวิตให้เหมาะสมกับโรค ขาดกำลังใจในการรักษา อีกทั้งขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเองขณะป่วยเป็นวัณโรคคือยา ทำให้มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ทีมการดูแลรักษาพยาบาล ได้มีกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและประเภทยาอย่างต่อเนื่อง มีกิจกรรมพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการรบกวน และร่วมกับทีมในการติดตามเยี่ยมบ้านและติดตามอาการของผู้ป่วย ให้การดูแลรักษาพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลรักษามากขึ้น รับประทานยาได้มากขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่ม รับประทานยาสม่ำเสมอ จนกระทั่งผลการตรวจเชื้อวัณโรคเป็นลบ และผลการเอกซเรย์ no lung infiltration รวมระยะเวลาการรักษาที่โรงพยาบาล จำนวน 2 ปี จึงจำหน่ายออกจากคลินิกวัณโรค

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

วัณโรคคือยาเป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานกว่าผู้ป่วยวัณโรคทั่วไป ผู้ป่วยจะมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาที่เล็กน้อยจนถึงรุนแรง ภาวะขาดสารอาหาร รวมทั้งการเกิดการติดเชื้อ ถูกสังคมรังเกียจได้ ผู้ป่วยจึงเกิดการท้อแท้ในการรักษาและมีการรับประทานยาที่ไม่ต่อเนื่อง รวมถึงขาดแรงสนับสนุนทางสังคมเนื่องจากญาติไม่ได้ดูแลตลอดเวลา การดูแลผู้ป่วยในกรณีศึกษาจำเป็นต้องใช้วิธีการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งกาย ใจ สังคม รวมถึงต้องให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ สร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลเมื่อมีโอกาส รวมทั้งต้องมีการประเมินสิ่งแวดล้อมและการดูแลผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับทีมในพื้นที่ เพื่อให้กำลังใจ ทบทวนความเข้าใจและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยให้เป็นไปตามหลักการป้องกันและแพร่กระจายเชื้อ รวมถึงการสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ครบตามแผนการรักษา การรับประทานยาที่มีประโยชน์ สิ่งสำคัญคือความเข้าใจและมั่นใจในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยว่าจะหายจากโรค มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลจนหายจากโรคและดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติ

สรุป

การดูแลผู้ป่วยวัณโรคคือยาเป็นการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่บ้านในเรื่องการรับประทานยา อย่างถูกต้องและต่อเนื่องตามแผนการรักษา การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การจัดการ อารมณ์และความเครียด การใช้หน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค โดยมีพยาบาลผู้ป่วยนอกเป็นผู้ประสานงานบุคคลที่เกี่ยวข้อง เป็นผู้ให้การสนับสนุนทั้งปัจจัยด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและสังคม ดูแลให้คำปรึกษาและแนะนำวิธีการที่ถูกต้องและเหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในด้านสุขภาพ เป็นผู้นำ ให้เกิดการพัฒนาและปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลที่หลากหลายให้มีความทันสมัยตามสถานการณ์ของสังคม ที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งวิธีการเหล่านี้ช่วยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคคือยาประสบความสำเร็จมากขึ้น ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษา สามารถรักษาโรคได้หายขาด ลดโอกาสเกิดการดื้อยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด และ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข และร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน และการดูแลแบบที่กล่าวมา ได้ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง ไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อ สามารถฟื้นฟูร่างกายได้ คลายความวิตกกังวล ตลอดจนมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2018 [internet]. 2018 [cited 2019 May 7]. Available from: https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
2. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,แนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคคือยา , Guideline for Programmatic Management of Drug-Resistant Tuberculosis, 2558 โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
3. ธนรักษ์ ผลิพัฒน์, พรทิพย์ ศิริภานุมาศ, บรรณารักษ์. แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ.2560-2564. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟิกแอนดดิไซน์; 2560.
4. <https://www.hfocus.org/content/2019/09/17640>
5. แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค Guidelines for Prevention and Control of tuberculosis transmission พิมพ์ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2559 สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดดิไซน์
6. กรมควบคุมโรค. สำนักวัณโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561 = National Tuberculosis control Programme Guidelines, Thailand, 2018 . กรุงเทพฯ : สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2561.
7. ข้อมูลสารสนเทศ ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร (2562)
8. อະเคื้อ อุนหละกะ, แนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. มิ่งเมืองนวัตน์, 2560 (225-240)
9. Dowdy DW, Grant AD, Dheda K, Nardell E, Fielding K, Moore DA. Designing and evaluating interventions to halt the transmission of tuberculosis. J Infect Dis 2017; 216(6): 654-61.
10. Boeykens, K., Hecke, A.V. (2018). Advanced practice nursing: Nutrition Nurse Specialist role and function. Clinical Nutrition ESPEN, 26, 72-76.
11. ชุติกร ด่านยุทธศิลป์. กระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชน: แนวคิดและการปฏิบัติการพยาบาล. พิษณุโลก: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2560.

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ และเป็นเวทีเสนอผลงานทางวิชาการ และงานวิจัย มีความยินดีรับผลงานเกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประสงค์จะส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารควรเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำอย่างถูกต้อง ทั้งนี้เพื่อความสะดวก และรวดเร็วในการลงพิมพ์

ประเภทผลงานที่ตีพิมพ์

1. นิตยสารต้นฉบับ (original article)

เป็นรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุข

2. กรณีศึกษา (case study)

เป็นรายงานการศึกษา วิเคราะห์ ข้อมูลของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม

3. บทความปริทัศน์ (review article)

เป็นบทความที่ทบทวนหรือรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ

การเตรียมต้นฉบับ

รายละเอียดของการพิมพ์

1. เป็นบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน โดยผู้เขียนเป็นผู้รับผิดชอบต่อเนื้อหาที่เขียน
2. บทความที่ส่งมาจะได้รับการตรวจแก้ไขเพื่อความเหมาะสมทั้งในเรื่องของรูปแบบ (format) และความถูกต้องของเนื้อหาโดยกองบรรณาธิการ และส่งข้อเสนอแนะให้ผู้เขียนทาง e-mail
3. ขั้นตอนการให้ข้อเสนอแนะและแก้ไขให้แล้วเสร็จ กองบรรณาธิการจะกำหนดเวลา เพื่อให้ทันเวลาในการออกวารสาร ใช้เวลาเฉลี่ยภายใน 2 เดือนโดยประมาณ โดยกองบรรณาธิการจะรับลงวารสารตามที่เห็นชอบแล้วเท่านั้น
4. เมื่อบทความได้รับการตีพิมพ์แล้ว ผู้เขียนจะได้รับวารสารจำนวน 2 เล่มต่อเรื่อง
5. ต้นฉบับ พิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์ 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. การเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

1.1 ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) ควรกะทัดรัด สื่อเป้าหมายหลักของการศึกษาวิจัย ไม่ใช่คำย่อ ไม่ควรยาวเกิน 100 ตัวอักษร จัดไว้กึ่งกลางหน้ากระดาษ

1.2 ชื่อผู้นิพนธ์ (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 เป็นรายการเชิงอรรถที่ระบุตำแหน่งและหน่วยงานต้นสังกัดของผู้นิพนธ์

***** ข้อ 1.1 - 1.5 ไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4 *****

1.6 Title (ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ) จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ มีความหมายตรงกับชื่อเรื่องภาษาไทย

1.7 Authors (ชื่อผู้นิพนธ์ภาษาอังกฤษ) จัดชิดขวาของหน้ากระดาษ พร้อมระบุตัวย่อของวุฒิการศึกษาสูงสุดภาษาอังกฤษ

1.8 Abstract (บทคัดย่อภาษาอังกฤษ) ต้องมีเนื้อหาตรงกับบทคัดย่อภาษาไทย และเป็นประโยคที่ดี โดยเขียนแบบโครงสร้างตามลำดับดังนี้

- Introduction :
- Objectives :
- Methods :
- Results :
- Conclusions :

1.9 Keyword (คำสำคัญภาษาอังกฤษ) ต้องตรงกับบทคัดย่อภาษาไทย ไม่เกิน 5 คำ ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อของภาษาอังกฤษ

1.10 Footnote (เชิงอรรถ) ระบุตำแหน่ง และหน่วยงานต้นสังกัดของผู้นิพนธ์เป็นภาษาอังกฤษ

***** ข้อ 1.6 - 1.10 ไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4 และแยกไว้คั่นหน้ากับภาษาไทย*****

1.11 เนื้อเรื่อง (Text) ใช้หัวข้อดังนี้

- บทนำ (Introduction)

เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผล นำไปสู่การศึกษา แต่ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรม ที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านรู้ปัญหา ลักษณะ และขนาด เป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ได้ และให้รวมวัตถุประสงค์ของการศึกษาเป็นร้อยแก้วในส่วนท้ายของบทนำ ไม่ใส่ผลการศึกษาและสรุป

- วิธีการศึกษา (Methods)

ประกอบด้วย ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และจริยธรรมการวิจัย

- ผลการศึกษา (results)

แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูได้ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมากบรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากควรใช้ตาราง หรือแผนภูมิโดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญๆ อย่างจำกัด แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้

- วิจารณ์ (discussion)

เริ่มด้วยการวิจารณ์ผลการศึกษาดตรงกับวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง อาจแสดงความคิดเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่ตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ แล้วจบบทความด้วยข้อยุติ

- สรุป (conclusion)

ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ ให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ประเด็นคำถามการวิจัยต่อ ข้อยุติอาจใส่ไว้ในหัวข้อเดียวกันกับวิจารณ์ก็ได้

- กิตติกรรมประกาศ (acknowledgments)

มีเพียงย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีใครช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคบางอย่าง และผู้สนับสนุนทุนการวิจัยเท่าที่จำเป็น แต่การใส่ชื่อคนช่วยมาๆ ทำให้บทความดูย่ำความภูมิใจเพราะผู้อ่านจะอนุมานว่างานส่วนใหญ่มีคนช่วยทั้งหมด

- เอกสารอ้างอิง (references) ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

2. การเตรียมต้นฉบับกรณีศึกษา (Case Study)

2.1 เรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ คำสำคัญ และเชิงอรรถ ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ มีข้อกำหนดในการเขียนและการจัดรูปแบบเหมือนนิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

2.2 บทคัดย่อ (ภาษาไทย) ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเองไม่ต้องหาความหมายเพิ่มเติม ไม่ควรมีคำย่อ เขียนแบบโครงสร้างตามลำดับดังนี้

- บทนำ : เขียนย่อถึงความสำคัญโรคที่ศึกษาการดูแลรักษาที่สำคัญ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (ไม่ควรเกิน 2 บรรทัด)



- วัตถุประสงค์ : เขียนวัตถุประสงค์การศึกษาต่อผู้ป่วย เช่น เพื่อดูแลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจนผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เป็นต้น

- กรณีศึกษา : เขียนย่อเพื่อให้เห็นภาพรวมว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นใคร จำนวนกี่ราย เข้าการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงใด อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล แพทย์ให้การรักษาที่สำคัญอะไร ในช่วงเวลาที่ศึกษาพบปัญหาทางการพยาบาลอะไรบ้าง และให้การพยาบาลที่สำคัญอย่างไร ผลการประเมินหลังให้การพยาบาลเป็นอย่างไร

- สรุป : เขียนสรุปกรณีศึกษา สรุปโรค และข้อเสนอแนะสั้นๆ อยู่ในย่อหน้าเดียวกัน

2.3 Abstract (บทคัดย่อภาษาอังกฤษ) ต้องมีเนื้อหาตรงกับบทคัดย่อภาษาไทย และเป็นประโยคอดีตโดยเขียนแบบโครงสร้างตามลำดับดังนี้

- Introduction :

- Objectives :

- Case Study :

- Conclusions :

2.4 เนื้อเรื่อง (Text) ใช้หัวข้อดังนี้

- บทนำ

เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผลที่มาของการนำไปสู่การศึกษา ได้แก่ ความสำคัญของโรคที่ศึกษา ข้อมูลสถิติ (อย่างน้อยในสถานที่ที่ศึกษา) วิธีการคัดเลือกกรณีศึกษาหรือสาเหตุที่เลือกผู้ป่วยรายนี้มาศึกษา แต่ไม่ต้องใส่ทฤษฎีและทบทวนวรรณกรรมมาทั้งหมด ใช้ลักษณะการวิเคราะห์มาเขียนแทน และให้รวมวัตถุประสงค์การศึกษาเป็นร้อยแก้วในส่วนท้ายของบทนำ

- กรณีศึกษา

เป็นการสรุปข้อมูลของผู้ป่วยที่ศึกษา เขียนสรุปใจความสำคัญตามลำดับหัวข้อดังนี้ ข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วย การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ การประเมินสภาพด้านจิตใจและสังคม ผลการเอกซเรย์และ/หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ (ตามโรคและแสดงให้เห็นถึงแนวโน้ม) การวางแผนการพยาบาล โดยสรุปปัญหาที่สำคัญเป็นรายชื่อ

- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

เขียนเรียงลำดับตามความสำคัญของปัญหา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลต้องเป็นสิ่งที่ถูกวิเคราะห์มาจากปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยที่ศึกษา โดยมีข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์การพยาบาล เกณฑ์การประเมินผลกิจกรรมการพยาบาลที่ให้ในกรณีศึกษานี้ และประเมินผลการพยาบาล

- สรุปกรณีศึกษา

เป็นการสรุปกรณีศึกษาที่สำคัญ 1 ย่อหน้า เพื่อให้เห็นภาพรวมทั้งหมดตั้งแต่อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ทำกรณีศึกษา ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ ผู้ศึกษาให้การพยาบาลที่สำคัญอะไรบ้าง และการประเมินผลการพยาบาล

- วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

อธิบายสาเหตุสำคัญของการเกิดปัญหา หรือหลุมพราง (pitfall) ที่พบจากการศึกษาเฉพาะกรณีนี้ และข้อแนะนำในการให้การพยาบาลที่จะนำไปใช้ในผู้ป่วยรายอื่นๆ ต่อไป

- สรุป

ให้สรุปโรคที่ศึกษาที่สัมพันธ์กับทฤษฎี

- เอกสารอ้างอิง

ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิงยกเว้นชื่อย่อต้นและชื่อวารสาร บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่ว ๆ ไปให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง

ชื่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. Nation Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.html>

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

1. วารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารปีที่พิมพ์ ; ปีที่ : หน้าแรก - หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้พิมพ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือและคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้น ๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้าย ตามตัวอย่างดังนี้

1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

1. วิทยา สวัสดิคุณพิงศ์, พัชรี เงินตรา, ปราณิ มหาศักดิ์พันธ์, ฉวีวรรณ เขาวงกิตพิงศ์, ยุวดี ดาทิพย์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2550. วารสารวิชาการ สาธารณสุข 2551 ; 7 : 20-6.

2. Russell FD, Coppell AL, Davenport AP. In Vitro enzymatic processing of Radiolabelled big ET-1 in human kidney as a food ingredient. Biochem Pharmacol ; 1998 ; 55 : 697-701.

1.2 องค์การเป็นผู้พิมพ์

1. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอุรเวชแห่งประเทศไทย เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสีย สมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทย์สภาสาร 2538 ; 24 : 190-204.

1.3 ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

1. Coffee drinking and cancer of the pancreas (editorial). BMJ 1981 ; 283 : 628.

1.4 บทความในฉบับแทรก

1. วิชัย ตันไพจิตร. สิ่งแวดล้อม โภชนาการกับสุขภาพ ใน : สมชัย บวรกิตติ, จอห์น พี ลอฟท์ส บรรณาธิการ. เวชศาสตร์-สิ่งแวดล้อม. สารศิริราช 2539 ; 48 (ฉบับผนวก) : 153-61.



วิธีการเขียนฉบับแทรก

1. Environ Health Perspect 1994 ; 102 Suppl 1 : 275-82.
2. Semin Oncol 1996 : 23 (1 Suppl 2) : 89-97.
3. Ann clin Biochem 1995 ; 32 (pt 3) : 303-6.
4. N Z Med J 1994 ; 107(986 pt 1) : 377-8
5. Clin Orthop 1995 ; (320) : 110-4.
6. Curr opin Gen Surg 1993 : 325-33.

1.5 ระบุประเภทของบทความ

1. บุญเรือง นิยมพร, ดำรง เพ็ชรพลาย, นันทวัน พรหมผลิน, ทวี บุญโชติ, สมชัย บวรกิตติ, ประหยัด ทัศนากรณ์. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน (บทบรรณาธิการ). สารคดีราช 2539 ; 48 :616-20.
2. Enzenseberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease (letter). Lancet 1996 ; 347 :1337.

2. หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

2.1 หนังสือหรือตำราผู้พิมพ์เขียนทั้งเล่ม

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์.

- หนังสือแต่งโดยผู้พิมพ์

1. ธงชัย สันติวงษ์. องค์การและการบริหารฉบับแก้ไขปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช ; 2535.

2. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY) : Delmar Publishers ; 1996.

- หนังสือมีบรรณาธิการ

1. วิชาญ วิทยาศัย, ประคอง วิทยาศัย, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติในผู้ป่วยติดเชื่อเอดส์. กรุงเทพมหานคร : มุลนิธิเด็ก ; 2535.

2. Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York : Churchill Livingstone ; 1996.

2.2 บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่องใน. ใน : ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์. หน้า (หน้าแรก-หน้าสุดท้าย).

1. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน : มนตรี ตูจันทา, วินัย สุวัตถิ, อรุณ วงษ์จิราษฏร์, ประอร ชวลิตธารง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้ว การพิมพ์ ; 2550. หน้า 424-7.

2. Phillpps SJ. Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York : Raven Press ; 1995. p 465-78.

3. รายงานการประชุม สัมมนา

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม ; วัน เดือน ปีประชุม ; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์.

1. อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล, งามจิตต์ จันทรสานิต, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ : บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน ; 6-8 พฤษภาคม 2541 ; ณ โรงแรมบีบีเทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร : ดีไซน์ ; 2541.

2. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International congress of EMG and clinical Neurophysiology ; 1995 Oct 15-19 ; Kyoto, Japan. Amsterdam : Elsevier ; 1996.

3. Bengtsson S, Solheim BG, Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In : Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics ; 1992 Sep 6-10 ; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland ; 1992. p. 1561-5.

4. รายงานการวิจัย พิมพ์โดยผู้ให้ทุน

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์ : หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน ; ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน.

1. ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. การพัฒนากลไกการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพในระบบสาธารณสุขด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม. กรุงเทพมหานคร : กองโรงพยาบาลภูมิภาค/สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไทย/องค์การอนามัยโลก ; 2540.

2. Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX) : Dept. of Health and Human Services (US). Office of Evaluation and Inspections ; 1994. Report No. : HHSIGOEI69200860.

5. วิทยานิพนธ์

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง (ประเภทปริญญา). ภาควิชา คณะ. เมือง : มหาวิทยาลัย ; ปีที่ได้ปริญญา.

1. ชยชัย ซาลี. ต้นทุนในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐบาล : ศึกษาเฉพาะกรณีตัวอย่าง 4 โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาเศรษฐศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2530.

2. Kaplan SJ. Post-hospital home health care : the elderly's access and utilization (dissertation). St. Louis (MO) : Washington Univ. ; 1995.

6. สิ่งพิมพ์อื่นๆ

6.1 บทความในหนังสือพิมพ์

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์ วันเดือนปีที่พิมพ์ ; ส่วนที่ : เลขหน้า (เลขคอลัมน์).

1. เพลิงมรดก. หมอ. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ วันที่ 30 สิงหาคม 2539 ; 23. (คอลัมน์ 5).

2. Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21 ; Sect. A : 3 (col.5).



6.2 กฎหมาย

1. พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง 2532. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 37 พ.ศ. 2532, ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 106, ตอนที่ 129. (ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2532).

2. Preventive Health Amendments of 1993. Pub L No. 103-188, 107 Stat. 2226. (Dec 14, 1993).

6.3 พจนานุกรม

1. พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2535. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : อักษรเจริญทัศน์ ; 2538 . หน้า 545.

2. Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins ; 1995. Apraxia ; p. 199-20.

6.4 วิทยุทัศน์

ลำดับที่. ชื่อเรื่อง (วิทยุทัศน์). เมืองที่ผลิต : แหล่งผลิต ; ปีที่ผลิต.

1. HIV+/AIDS : the facts and the future (videocassette). St. Louis (MO) : Mosby-year Book ; 1995.

6.5 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

1. ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ [serial online] ปีที่พิมพ์ [วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล] ; ปีที่(เล่มที่ถ้ามี) : [จำนวนหน้าหรือจำนวนภาพ]. แหล่งข้อมูล : URL **address underlined**.

1. Morse SS. Factors in the emergence of infectious disease. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar[cited 1999 Dec 25] ; 1 (1) : [24 Screens]. Available from: URL : [http:// www/cdc/gov/ncidoc/EID/eid.htm](http://www.cdc.gov/ncidoc/EID/eid.htm)

2. Garfinkel PE, Lin E, Goering p. Should amenorrhoea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa? Br J Psych [serial online] 1996 [cited 1999 Aug 17] ; 168(4) : 500-6. Available from : URL : [http:// biomed. niss.ac.uk](http://biomed.niss.ac.uk)

2. กรณีที่ไม่ปรากฏชื่อผู้พิมพ์ให้เริ่มต้นจากอ้างอิง

1. National Organization for Rare Disease [online]. 1999 Aug 16 [cited 1999 Aug 21] ; Available from: URL: <http://rarediseases.org/>

2. Royal College of General Practitioners. The primary health care team. [online]. 1998 [cited 1999 Aug 22] ; [10 screen]. Available from : URL : [http://rcgp.org.uk /informat/publicat/rcf_0021.htm](http://rcgp.org.uk/informat/publicat/rcf_0021.htm)

3. Zand J. The natural pharmacy: herbal medicine for depression [online]. [1999?] [cited 2001 Aug 23] ; [15 screens]. Available from : URL : [http://www.healthy.net/ asp/templates/Article.asp?Page Type=Article & Id= 920](http://www.healthy.net/asp/templates/Article.asp?PageType=Article&Id=920)

3. Web based / online Databases

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ [online]. โรงพิมพ์ถ้ามี. แหล่งข้อมูล : ชื่อเรื่องและฐานข้อมูลถ้ามี. [วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล].

Kirkpatrick GL. Viral infections of the respiratory tract. In : Family Medicine. 5th ed.[online], 1998. Available from: Stat! Ref. Jackson (WY): Teton Data System; 2001. [cited 2001 Aug 31].

4. CD-ROM

Clinical pharmacology 2000 [CD-ROM]. Version 2.01. [cited 2001 Aug 7]; Gainesville (FL): Gold standard Multimedia; 2001.

5. Book on CD-ROM

1. The Oxford English dictionary [book on CD-ROM]. 2nd ed. New York (NY): oxford university Press; 1992.

2. Paracetamol. Martindale's: the extra pharmacopoeia. In: International Healthcare Series [CD-ROM]. [cited 1998 Sep 3]; Englewood (co): Micromedex; 1998.

6. Journal on CD-ROM

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร(ชื่อย่อ) [Serial on CD-ROM] ปี; เล่มที่ : หน้า.

1. Gershon ES. Antisocial behavior. Arch Gen Psychiatry [Serial on CD-ROM]. 1995; 52: 900-901.

7. Other Software

Format : Title (1 space) medium in square brackets [eg. Computer program, Computer file.] Version. Place of production: Producer; Year.

1. Epi Info [computer program]. Version 6. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 1994.

การส่งต้นฉบับ

ต้นฉบับที่ส่งให้บรรณาธิการ ต้องเป็นต้นฉบับสำเนา 2 ชุด (ไฟล์ข้อมูล / แผ่น CD) ไม่ควรม้วนหรือพับต้นฉบับ ควรส่งในซองหนา และใหญ่พอเหมาะกับแผ่นกระดาษต้นฉบับการส่งต้นฉบับควรส่งจดหมายแนบไปด้วย แจ้งรายละเอียดบางประการ อาทิเช่น สถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ของผู้พิมพ์ ที่กองบรรณาธิการสามารถจะติดต่อได้ จำนวนสำเนาต้นฉบับที่ส่งไป และอื่นๆ เมื่อผู้เขียนย้ายที่อยู่ หรือเดินทางไปจากสถานที่อยู่เดิมเป็นเวลานาน ควรแจ้งให้บรรณาธิการทราบ

การตรวจทานต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof)

ผู้เขียนต้องตรวจทานพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้าย เพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้อง ครบถ้วนของเนื้อหา ก่อนลงตีพิมพ์

กำหนดการรับต้นฉบับ และกำหนดการออกของวารสาร

- กำหนดออกของวารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปีละ 2 ฉบับ ราย 6 เดือน
 - ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – มิถุนายน (ส่งต้นฉบับภายใน 30 เมษายน ออกภายใน 30 มิถุนายน)
 - ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม – ธันวาคม (ส่งต้นฉบับภายใน 30 ตุลาคม ออกภายใน 30 ธันวาคม)
- **หมายเหตุ :** บทความไม่ยาวเกิน 10-12 หน้าต่อเรื่อง (รวมบทคัดย่อ และเอกสารอ้างอิง) และควรมีที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ง่าย เพื่อติดต่อผู้พิมพ์



การส่งต้นฉบับ

กรุณาส่งถึง **คุณอากาศ เอ็มโอฐ**
งานห้องสมุด โรงพยาบาลกำแพงเพชร
เลขที่ 428 ถนนราชดำเนิน 1 อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร 62000
e-mail : librarian_hh@hotmail.com
โทรศัพท์ (055) 022000 - 29 ต่อ 1403
โทรสาร (055) 711232

