



โรงพยาบาลพุทธโสธร
Buddhasothorn Hospital

วารสารโรงพยาบาล พุทธโสธร

Buddhasothorn Hospital Journal

ปีที่ 38 | ฉบับที่ 4
ตุลาคม - ธันวาคม 2565

ISSN
2586-8624



โรงพยาบาลพุทธโสธร
Buddhasothorn Hospital

วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร Buddhasothorn Hospital Journal

วิสัยทัศน์โรงพยาบาล

เป็นโรงพยาบาลศูนย์ชั้นนำที่มีมาตรฐาน
และความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค ภายในปี 2565

พันธกิจ

1. เป็นโรงพยาบาลที่บริการแบบองค์รวมที่ครอบคลุม
ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรครักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ
2. จัดบริการทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพเชื่อมโยงทั้งเครือข่าย
3. เป็นแหล่งผลิต ร่วมผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ค่านิยมหลัก (Core Value)

M : ซื่อสัตย์ มีวินัย

O : สรรค์สร้างสิ่งใหม่

P : ใส่ใจประชาชน

H : ทำตนอ่อนน้อม



โรงพยาบาลพุทธโสธร
Buddhasothorn Hospital

BUDDHASOTHORN HOSPITAL JOURNAL

วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร
Buddhasothorn Hospital Journal

ปีที่ 38 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม 2565

ISSN 2586-8624

เจ้าของ โรงพยาบาลพุทธโสธร

ผู้อำนวยการ พญ.นาคยา มิลล์

ที่ปรึกษา 1. พญ.นาคยา มิลล์
2. ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษา
ชั้นคลินิก

ประธาน พญ.ศิริลักษณ์ ผ่องจิตศิริ

**บรรณาธิการ
วารสาร** พญ.ศิริลักษณ์ ผ่องจิตศิริ

คณะกรรมการ นพ.เวทิส ปทุมศรี
พญ.ภิกินี ภัทรกุล
นพ.ยุทธนา จันวะโร
นพ.ชัยชนะ จันทกริด
ภญ.สุชาดา จาปะเกษตร
นางจิราภรณ์ ฉลาณวัฒน์
ดร.สมใจ นกดี
ดร.อรนรินทร์ ขจรวงษ์วัฒนา
ดร.วรากร เกรียงไกรศักดิ์
นางสาวสุธาทิพย์ อนันต์
นายภาสวัฒน์ บุญจันทร์
นางศิริพร สาครน้อย

เหรียญก นางสาวสุธาทิพย์ อนันต์

เลขานุการ ดร.อรนรินทร์ ขจรวงษ์วัฒนา

ผู้ช่วยเลขานุการ นางศิริพร สาครน้อย

**ผู้ประสานงาน
สมาชิก** นางสาวรณัฐ พุทธเจริญ

ฝ่ายศิลป์
นางสาวชนิษฐา ยาวะโนภาส
นายเจริญ สุวรรณวิเวก
นายมานพ สุจริต
นางสาวพัชรี วอนศิริ
นางสาวบุหงา ศรีเจริญ

วัตถุประสงค์

- รวบรวมและเผยแพร่วิชาการทั้งภาคทฤษฎีปฏิบัติ และประสบการณ์ที่โรงพยาบาลพุทธโสธร ใช้เป็นแนวทางในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขมาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- เป็นศูนย์สำหรับตอบปัญหาหรือเผยแพร่ความคิดเห็นหรือบทความจากประสบการณ์ของผู้ที่สนใจได้พบเห็นมาอันจะเป็นแนวทางให้เกิดความเจริญก้าวหน้าทางวิชาการและการดูแลผู้ป่วย
- เป็นสื่อสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในจังหวัดฉะเชิงเทรา และที่เกี่ยวข้อง ทั่วประเทศ

กำหนดออก ปีละ 4 ฉบับ ทุก 3 เดือน

สำนักงาน หน่วยเวชนิทัศน์ และโสตทัศนศึกษา
โรงพยาบาลพุทธโสธร
174 ถ.มรุพงษ์ ต.หน้าเมือง
อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา 24000
โทร. (038) 511033, 512545,
514722-3 ต่อ 3234-35
FAX : (038) 814235

แบบ-พิมพ์ที่ หจก.แสม คอมพิวเตอร์
ต.หน้าเมือง อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา
24000
โทร. 038-088246
แฟกซ์ 038-814495

บทบรรณาธิการ

บทบรรณาธิการ

สวัสดีท่านผู้อ่านทุกท่าน วารสาร โรงพยาบาลพุทธโสธร ฉบับนี้ เป็นฉบับสุดท้ายของปี 2565 ตลอดปีที่ผ่านมา สถานการณ์โรคโควิด เริ่มคลี่คลาย มีการปรับตัว และแนวทางการดูแลให้เป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวัง ถึงทิศทางจะเป็นไปในแนวโน้มที่ดีขึ้น ก็ยังหวังว่าท่านผู้อ่านทุกท่านยังคงป้องกันตนเอง นิดวักขึ้นกระตุ้นและแคล้วคลาดจากโรคกันถ้วนทั่ว ในบรรยากาศของหน้าฝน-หนาว โรคที่ยังพบเจอได้ประจำของประเทศไทย เช่น ไข้เลือดออก ไข้หวัดใหญ่ ก็ยังมีทิศทางพบได้อย่างต่อเนื่อง และมีความรุนแรงในบางพื้นที่ รวมถึงฝุ่น PM2.5 ซึ่งก็คงยังมีปัญหาเป็นช่วงๆ และมีระดับสูงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ การออกไปทำกิจกรรมกลางแจ้ง คงต้องเพิ่มความระมัดระวัง สวมใส่หน้ากากอนามัย ลดกิจกรรมในพื้นที่เสี่ยง เพื่อสุขภาพที่ดีของท่าน

สำหรับเนื้อหาในฉบับนี้ ก็ยังคงมีความหลากหลาย ทั้งด้านการพยาบาลดูแลรักษา ผู้ป่วยทั้งการได้รับบาดเจ็บหลายระบบ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยสูงอายุ กระดูกหัก การประเมินความรู้และทัศนคติ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การใช้เทคโนโลยีช่วยในการรักษา หรือแม้กระทั่งการวิจัยด้านการป้องกันเพื่อลดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาล

หวังว่าท่านผู้อ่านจะได้รับทั้ง ความเพลิดเพลินและสาระ ส่วนปีใหม่ที่กำลังจะมาถึงในปี 2566 ขอให้ท่านผู้อ่านทุกท่าน มีความสุข สุขภาพแข็งแรง ปลอดภัย และพบกับรูปแบบใหม่ของวารสาร โรงพยาบาลพุทธโสธร ในปีที่จะถึงนี้ หวังว่าคงได้รับการตอบรับที่ดีจากท่านผู้อ่านทั้งหลายเช่นที่ผ่านมา

แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ผ่องจิตสิริ

บรรณาธิการ

การส่งผลงานวิชาการเพื่อลงพิมพ์ วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร

วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร ยินดีรับรายงานวิจัย บทความทางวิชาการ
ข่าวความเคลื่อนไหว และภาพกิจกรรมต่างๆ

การเตรียมต้นฉบับ

1. ส่งต้นฉบับ 1 ชุด พร้อม Diskette ที่บรรณาธิการวารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร
174 ถ.มรุพงษ์ ต.หน้าเมือง อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา 24000
โทร. (038) 511033, 514722, 814375-8 โทรสาร (038) 511633
2. ต้นฉบับบทความทางวิชาการหรือรายงานวิจัยความยาวไม่ควรเกิน 8 หน้า
3. ลำดับเนื้อหาต้นฉบับรายงานวิจัย ประกอบด้วย
 - ชื่อเรื่องภาษาไทย
 - ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ
 - นามผู้แต่ง วุฒิการศึกษา สถานที่ทำงาน (ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)
 - บทคัดย่อภาษาไทย และบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (ถ้ามี)
- * เนื้อหาประกอบด้วย
 - บทนำ
 - วัสดุและวิธีการศึกษาหรือวิจัย
 - ผลการศึกษาหรือวิจัย
 - วิจารณ์ผลและข้อเสนอแนะ
 - คำขอบคุณหรือกิตติกรรมประกาศ
 - เอกสารอ้างอิง ให้เรียงตามลำดับที่อ้างอิงในเรื่อง และมีเลขกำกับในวงเล็บ
บนไหล่บรรทัด
4. แผนภูมิภาพประกอบ ควรแยกจากเนื้อเรื่อง หน้าละ 1 รายการ ภาพถ่ายควรเป็นภาพ
ขาวดำ หรือภาพสี ขนาดโปสการ์ด ที่มีความชัดเจน ถ้าเป็นภาพวาดควรเป็นสีคำมีลายเส้นชัดเจน
5. บทความที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ทราบทุกเรื่อง บทความที่ไม่ได้รับ
พิจารณาลงตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
6. กองบรรณาธิการถือสิทธิ์ในการปรับปรุงแก้ไข เพื่อความสมบูรณ์ของบทความ

สารบัญ

ปัญหาการนอนในผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ในโรงพยาบาลชลบุรี.....1	
สุพิชฌาย์ ธรรมอิสระกุล	
กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลชลบุรี	

Role of 3D printing technology in Pre-operative planning of tibia plateau fractures in Buddhasothorn hospital....11	
Artchawin Inkanuwat, MD, Buddhasothorn hospital	
Choen Jirawison, MD, Buddhasothorn hospital	

ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19.....19	
ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเกาะขาม อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา	
Knowledge, Attitudes, and Preventive Behaviors of COVID-19 among Public Health	
Volunteers Kohkhanoon Subdistrict Phanomsarakham District, Chachoengsao Province.	
ชุมสาย พูลมณฑล	

ผลการใช้แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด.....27	
ทางหน้าท้องและความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติ	
ปัทมา ยัมพงศ์ , พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยพิเศษหลวงพ่อแพเขมมังกโร ชั้น 7	
กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี	

การพยาบาลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหลายระบบ ที่ศีรษะ ทรวงอก ช่องท้อง.....35	
พรเพ็ญ จันทกร	
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลผู้ป่วยหนัก)	
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.....47	
ตำบลเกาะขาม อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ในช่วงการระบาดของไวรัสโควิด 19	
Factors relationships Mental Health Status of Public Health Volunteers Kohkhanoon	
Subdistrict Phanomsarakham District, Chachoengsao Province during the Covid 19 Pandemic.	
ศรันยา สถิตย์	

รายงานกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก และมีภาวะแทรกซ้อน.....57	
สิรินทร เลิศคุปนิจ, พย.บ, ส.ม.	
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลชลบุรี	

ผลการใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อความรู้ความเข้าใจ.....67	
และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์	
นางศุริย์ สร้อยทอง	
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านโพธิ์	

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดและมีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง : กรณีศึกษา.....77	
Nursing Care for Breast Cancer with Chronic Hypertension : Case study	
นางอรุณญา พลเจริญ	
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว	

การประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ในช่วงเทศกาล จังหวัดสมุทรปราการ.....85 นนท์ จินดาเวช พ.บ. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสมุทรปราการ	
การพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม.....93 และมีโรคร่วมความดันโลหิตสูง Elderly care hip fracture, hip replacement surgery and joint disease, hypertension นางจิราพัชร ลาวัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ , โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว	
ความแม่นยำของการตรวจมะเร็งเต้านมทางรังสี BIRADS 4 และ 5.....103 เทียบกับผลตรวจชิ้นเนื้อในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ณัฐญา ปราอาภรณ์ พ.บ. กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว	
ความรู้ ทักษะ และ การให้แรงสนับสนุนมีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรค.....111 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา The Knowledge Attitude and Support Affecting the Practice of TB Control Guideline of Village Health Volunteers Thatakiab Hospital. Chachoengsao Province. ลำเพย แก้วยา	

ปัญหาการนอนในผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ในโรงพยาบาลชลบุรี

สุพิชญ์ ธรรมอิสระกุล
กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลชลบุรี

บทนำ : ปัญหาการนอนหลับ เป็นปัญหาทางพฤติกรรม ที่พบได้บ่อยที่สุดปัญหาหนึ่งในวัยเด็ก และยังพบว่า มีความชุกมากขึ้นในเด็กที่เป็นโรคลมชัก และเป็นหนึ่งในโรค หรืออาการร่วมที่พบได้บ่อยที่สุดของโรคลมชักในเด็ก

วัตถุประสงค์ : เพื่อทราบถึงความชุกของปัญหา การนอน ลักษณะและพฤติกรรมการนอน คัดกรองปัญหา การนอนในผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ในโรงพยาบาลชลบุรี

วิธีการวิจัย : การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้ป่วยเด็กโรคลมชักอายุ 4-10 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิก ระบบประสาทเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง พฤศจิกายนพ.ศ. 2565 เก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามปัญหาการนอนของเด็ก ฉบับภาษาไทย The Children's Sleep Habits Questionnaires : CSHQ-Thai version วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้ SPSS

ผลการศึกษา: มีผู้เข้าร่วมวิจัย 75 คน มีอายุเฉลี่ย 7.26 ± 1.95 ปี เป็นเพศชาย 36 คน คิดเป็นร้อยละ 48 มีชั่วโมงการนอนหลับเฉลี่ย 9.49 ชั่วโมง ปัญหาการนอน โดยรวมของเด็กเฉลี่ย 45.49 ± 5.73 คะแนน ปัญหาการนอน ที่พบบ่อยในงานวิจัยนี้คือ พฤติกรรมต้านทานก่อนการเข้านอน (bedtime resistance) 10.48 ± 2.48 คะแนน เวลาที่เริ่มนอน (sleep onset delay) 1.5 ± 0.69 คะแนน ระยะเวลาในการนอน (sleep duration) 4.18 ± 1.63 คะแนน ความวิตกกังวล ในการเข้านอน (sleep anxiety) 6.5 ± 2.04 คะแนน ปัญหาการนอนที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ (sleep disordered breathing) 4.23 ± 1.45 คะแนน และการตื่นในตอนเช้า และความง่วงระหว่างวัน (daytime sleepiness) 12.41 ± 2.58

สรุปผลการศึกษา: ความชุกของปัญหาการนอนในเด็ก โรคลมชักร้อยละ 74.7 และ phenytoin เป็นปัจจัยที่ส่งผล ต่อปัญหาการนอนในเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัญหาการนอนหลับไม่ควรมองข้ามโดยเฉพาะในผู้ป่วย โรคลมชัก

คำสำคัญ: โรคลมชักในเด็ก ปัญหาการนอน

Sleep Problems in Pediatric Childhood Epilepsy in Chonburi Hospital

Supitcha Thamissarakul

Department of Pediatric, Chonburi hospital

Background: Sleep disturbances are one of the most common behavioral problems in childhood. Sleep problems have an even greater prevalence in children with epilepsy and are one of the most common comorbid conditions in childhood epilepsy.

Objectives: To assess the prevalence of sleep problems and associated factors in epilepsy pediatric patients at Chonburi Hospital.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted in Pediatric Childhood Epilepsy aged 4 to 10 years at neurology clinic, Chonburi hospital between October to November 2022. Data were collected using the Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ) Thai version and analyzed using SPSS.

Result: Of the total 75 children, 48% were male, the mean age was 7.26 ± 1.95 years. The mean hours of sleep were 9.49 hours. The mean total CSHQ score was 45.49 ± 5.73 . Bedtime resistance (10.48 ± 2.48), sleep onset delay (1.5 ± 0.69), sleep duration (4.18 ± 1.63), sleep anxiety (6.5 ± 2.04), sleep disordered breathing (4.23 ± 1.45) and daytime sleepiness (12.41 ± 2.58) were the most frequent sleep disorders in the studied sample.

Conclusion: The prevalence of sleep problems in childhood epilepsy was 74.7% and phenytoin was a statistically significant factor. Sleep problems should not be overlooked, especially in patients with epilepsy.

Keywords: Childhood epilepsy, Sleep problems

ปัญหาการนอนในผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ในโรงพยาบาลชลบุรี

โรคลมชัก (Epilepsy) เป็นโรคเรื้อรังทางระบบประสาทที่พบบ่อยที่สุด ส่งผลกระทบต่อเด็กร้อยละ 0.5 – 1 ทั่วโลก ซึ่งอุบัติการณ์การเกิดโรคแตกต่างกันไปตามประเทศ เชื้อชาติ และวัฒนธรรม ซึ่งการเก็บข้อมูลและการรักษาทางการแพทย์มีความแตกต่างกันไป ประเทศที่มีรายได้สูงพบอุบัติการณ์ที่ลดลง¹⁻² การศึกษาล่าสุดในปี 2017 พบว่าเด็กประมาณ 1 ใน 150 คน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชัก ในช่วง 10 ปีแรกของชีวิต³ มีการศึกษาความชุกของประเทศกลุ่มกำลังพัฒนาในประเทศอิหร่าน พบว่ามีความชุกที่สูงกว่าถึงร้อยละ 1.8⁴

โรคลมชักจะส่งผลในด้านลบต่อชีวิตผู้ป่วย เด็กโรคลมชักเมื่อเทียบกับเด็กที่มีสุขภาพดีจะพบปัญหาทางด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจมากมาย ยังส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านการสื่อสาร การทำงาน ความสามารถทางสังคม และส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้⁵⁻⁶ อย่างไรก็ตามหนึ่งสิ่งที่เป็นพฤติกรรมถูกละเลยในผู้ป่วยเด็กโรคลมชักคือความผิดปกติของการนอนหลับ การนอนหลับอย่างเพียงพอทั้งคุณภาพการนอนและระยะเวลาในการนอนเป็นปัจจัยขึ้นพื้นฐานของการมีสุขภาพที่ดีในทุกกลุ่มอายุ⁷

มีความสัมพันธ์แบบสองทิศทางระหว่างการนอนหลับและโรคลมชัก วงจรการนอนหลับและการตื่น (sleep-wake cycle) มีความสำคัญในการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าในสมองและการทำงานของฮอโมน ดังนั้นอาการชักกับวงจรการนอนหลับและการตื่น เป็นไปอย่างสัมพันธ์กัน บางคนมีอาการชักขณะหลับ หรืออดนอน หรือตื่นนอน หรือบางคนเกิดขึ้นทั้งกลางวันและกลางคืน⁸ วงจรการนอนหลับ (sleep cycle) พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงในเด็กส่วนหนึ่งที่เป็นโรคลมชัก⁹ ใน 1 วงจรการนอนหลับจะแบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ Non-REM sleep (Non Rapid Eye Sleep) เป็นช่วงที่มีระยะหลับลึก การเคลื่อนไหวของร่างกายน้อย และการหายใจเป็นปกติ REM sleep (Rapid Eye Sleep) หรือช่วงหลับฝัน มีการเคลื่อนไหวของดวงตารวดเร็ว หายใจและหัวใจเต้นเร็ว ซึ่งอาการชักส่วนใหญ่มักจะเกิดขึ้นในช่วงของ Non-REM sleep^{8,10}

การศึกษาของ Byars AW และคณะพบว่าพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น การอดนอน สามารถกระตุ้นอาการชักให้กำเริบได้¹¹ การนอนและการอดนอนมีบทบาทสำคัญในภาวะเริ่มต้นของโรคลมชัก ซึ่งพบว่ามีบทบาทสำคัญในการพยากรณ์โรคลมชักในเด็ก¹² การศึกษานำร่องของ Malow BA

และคณะพบว่า ความผิดปกติของการนอนหลับที่รักษาได้ เช่น ภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (obstructive sleep apnea)¹³ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Batista BH. และคณะพบว่า การนอนในเด็กโรคลมชักอาจได้รับผลกระทบจากความรุนแรงของโรคลมชัก เช่น ความผิดปกติจากการนอนหลับมีความรุนแรงมากขึ้นในผู้ป่วยโรคลมชักชนิดชักแบบ generalized epilepsy และโรคลมชักดื้อยา (drug resistant epilepsy)¹²

มีการศึกษาของ Larson AM และคณะถึงผลกระทบต่อรูปแบบของการนอนของเด็กโรคลมชักเทียบกับเด็กสุขภาพดี โดยใช้แบบสอบถามปัญหาการนอน (Children's Sleep Habits Questionnaire: CSHQ) ในปี 2012 พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคลมชักมีคะแนนรวมของปัญหาการนอน และพบปัญหาพฤติกรรมก่อนการเข้านอน (bedtime resistance) เวลาที่เริ่มนอน (sleep onset delay) ระยะเวลาในการนอน (sleep duration) ด้านพฤติกรรมระหว่างที่นอนหลับและการตื่นระหว่างหลับ (night waking) ปัญหาพฤติกรรมการนอนในช่วงระหว่างการนอน (parasomnias) ด้านการตื่นในตอนเช้าและความง่วงระหว่างวัน (daytime sleepiness) ที่มากกว่าเด็กสุขภาพดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁴

นอกจากนี้มีการศึกษาของ Ozalp E และคณะ¹⁵ ในปี 2017 ที่มหาวิทยาลัยเมอร์ซิน ประเทศตุรกี พบความชุกของปัญหาการนอนในเด็กโรคลมชักร้อยละ 26.4 มีคะแนนเฉลี่ยรวมของพฤติกรรมการนอน 51.02 (8.87) Mean (SD) และการศึกษาของ Dehghani M และคณะ¹⁶ ในปี 2019 ที่มหาวิทยาลัยฮามเดน ประเทศอิหร่าน พบคะแนนเฉลี่ยรวมของพฤติกรรมการนอน 55.08 (6.71) Mean (SD) พบพฤติกรรมด้านทานก่อนการเข้านอน (bedtime resistance) ปัญหาพฤติกรรมการนอนในช่วงระหว่างการนอน (parasomnias) และความวิตกกังวลในการเข้านอน (sleep anxiety) บ่อยที่สุดในการศึกษานี้ และพบว่ามีความสัมพันธ์แบบสองทิศทางระหว่างพฤติกรรมด้านทานก่อนการเข้านอน ปัญหาพฤติกรรมการนอนในช่วงระหว่างการนอน และปัญหาการนอนที่เกี่ยวข้องกับการหายใจกับคะแนนเฉลี่ยรวมของพฤติกรรมการนอนจากแบบสอบถามปัญหาการนอน (CSHQ)

การศึกษาเรื่องความชุกของปัญหาการนอนในเด็กโรคลมชักวัยเรียนในประเทศไทยปัจจุบันยังมีข้อมูลจำกัดจากการทบทวนงานวิจัยจะเห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการนอนกับโรคลมชักค่อนข้างสูง และมีความแตกต่างกันในแต่ละงานวิจัยเนื่องจากความแตกต่างของเชื้อชาติ จะเห็นว่า

ประเทศในแถบตะวันตกได้มีการตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวมากขึ้น ทำให้เกิดประโยชน์ในการรักษาโรคลมชักและคุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัวมากขึ้น ด้วยเหตุนี้ทางคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการเก็บข้อมูลเพื่อศึกษาปัญหาการนอนของเด็กโรคลมชักวัยเรียนอายุ 4-10 ปี ในโรงพยาบาลชลบุรี เพื่อใช้เป็นข้อมูลเข้าใจปัญหาของการนอนของเด็กพร้อมด้วยจะทำให้สามารถเข้าใจถึงตัวโรคสามารถนำมาปรับการรักษา สภาพแวดล้อม และแนะนำผู้ปกครองในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเด็กโรคลมชักได้รับการดูแลเป็นองค์รวม

การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

โรคลมชักเป็นโรคทางระบบประสาทเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุด พบว่าเด็กประมาณ 1 ใน 150 คน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชักในช่วง 10 ปีแรกของชีวิต³ มีความสัมพันธ์แบบสองทิศทางระหว่างการนอนหลับและโรคลมชัก วงจรการนอนหลับและการตื่น (sleep-wake cycle) มีความสำคัญในการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าในสมอง และการทำงานของฮอริโมน ดังนั้นอาการชักกับวงจรการนอนหลับและการตื่น เป็นไปอย่างสัมพันธ์กัน บางคนมีอาการชักขณะหลับ หรือตอนนอน หรือตื่นนอน หรือบางคนเกิดขึ้นทั้งกลางวันและกลางคืน ซึ่งอาการชักส่วนใหญ่มักจะเกิดขึ้นในช่วงของ Non-REM sleep⁸

การศึกษาของ Byars AW และคณะพบว่าพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น การอดนอน สามารถกระตุ้นอาการชักให้กำเริบได้¹¹ การศึกษาของ Batista BH. และคณะ พบว่าการนอนในเด็กโรคลมชักอาจได้รับผลกระทบจากความรุนแรงของโรคลมชัก เช่น ความผิดปกติจากการนอนหลับ มีความรุนแรงมากขึ้นในผู้ป่วยโรคลมชักชนิดชักแบบ generalized epilepsy และโรคลมชักดื้อยา (drug resistant epilepsy)¹²

มีการศึกษาของ Larson AM และคณะถึงผลกระทบต่อรูปแบบของการนอนของเด็กโรคลมชักเทียบกับเด็กสุขภาพดี โดยใช้แบบสอบถามปัญหาการนอน (Children's Sleep Habits Questionnaire : CSHQ) ในปี 2012 พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคลมชักมีคะแนนรวมของปัญหาการนอน และพบปัญหาพฤติกรรมก่อนการเข้านอน (bedtime resistance) เวลาที่เริ่มนอน (sleep onset delay) ระยะเวลาในการนอน (sleep duration) ด้านพฤติกรรมระหว่างที่นอนหลับและการตื่นระหว่างหลับ (night waking) ปัญหาพฤติกรรมนอนในช่วงระหว่างการนอน (parasomnias) ด้านการตื่นในตอนเช้าและความง่วงระหว่างวัน (daytime sleepiness) ที่มากกว่าเด็กสุขภาพดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁴

นอกจากนี้มีการศึกษาของ Ozalp E และคณะ¹⁵ ในปี 2017 ที่มหาวิทยาลัยเมอร์ซิน ประเทศตุรกี พบความชุกของปัญหาการนอนในเด็กโรคลมชักร้อยละ 26.4 มีคะแนนเฉลี่ยรวมของพฤติกรรมนอน 51.02 (8.87) Mean (SD)

การศึกษาของ Dehghani M และคณะ¹⁶ ในปี 2019 ที่มหาวิทยาลัยฮามแดน ประเทศอิหร่าน พบคะแนนเฉลี่ยรวมของพฤติกรรมนอน 55.08 (6.71) Mean (SD) พบพฤติกรรมต้านทานก่อนการเข้านอน (bedtime resistance) ปัญหาพฤติกรรมนอนในช่วงระหว่างการนอน (parasomnias) และความวิตกกังวลในการเข้านอน (sleep anxiety) บ่อยที่สุดในการศึกษานี้ และพบว่ามีความสัมพันธ์แบบสองทิศทางระหว่างพฤติกรรมต้านทานก่อนการเข้านอน ปัญหาพฤติกรรมนอนในช่วงระหว่างการนอน และปัญหาการนอนที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ กับคะแนนเฉลี่ยรวมของพฤติกรรมนอนจากแบบสอบถามปัญหาการนอน (CSHQ)

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อทราบถึงความชุกของปัญหาการนอน ลักษณะ และพฤติกรรมนอน คัดกรองปัญหาการนอนในผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก อายุ 4-10 ปี ในโรงพยาบาลชลบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยเรื่องชนิดของโรคลมชัก ชนิดและจำนวนยาโรคลมชัก ที่ส่งผลร่วมต่อการเกิดปัญหาการนอนของผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลชลบุรี ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักอายุ 4-10 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกระบบประสาทเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 กลุ่มตัวอย่าง

จำนวนประชากรเป้าหมายได้จากการคำนวณค่า n โดยใช้สูตรคำนวณ

$$n = \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}{d^2}$$

n = ขนาดของประชากรเป้าหมาย

p = สัดส่วนของปัญหาการนอนในผู้ป่วยโรคลมชัก = 0.26415

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ในการประมาณค่า = 0.105

z = 1.95 เมื่อกำหนดที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

จะได้จำนวนประชากรที่ต้องการศึกษา 68 ราย และทำการเก็บข้อมูลเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบ ดังนั้นจึงต้องการผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งสิ้น 75 ราย

ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดการวิจัยเพื่อขออนุญาตจากเด็กและผู้ปกครอง ในการตอบแบบสอบถาม เป็นลายลักษณ์อักษร โดยมีเกณฑ์คัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ

1. ผู้ป่วยเด็กโรคลมชักอายุ 4-10 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคระบบประสาท โรงพยาบาลชลบุรี
2. ผู้ปกครองที่ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ที่นอนกับผู้ป่วยเด็กโรคลมชักอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์
3. ผู้ปกครองสามารถอ่านภาษาไทยได้
4. ผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ

1. เด็กที่มีโรคร่วมทางพันธุกรรม เช่น คาวชินโดม เป็นต้น
2. เด็กที่มีโรคพัฒนาการทางระบบประสาท ได้แก่ สติปัญญาบกพร่อง และกลุ่มอาการออทิสติก
3. เด็กที่มีโรคปอดเรื้อรัง
4. เด็กที่มีภาวะสมองพิการ หรือความพิการซ้ำซ้อน
5. ผู้ที่ไม่ได้มีสัญชาติไทย

คำนิยามศัพท์ที่ใช้ในงานวิจัย

1. โรคลมชักในเด็ก (Childhood epilepsy) หมายถึง โรคลมชักในเด็กอายุ 1 ถึง 10 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยยากันชัก รวมผู้ป่วยที่คุมอาการชักได้ และยังคงคุมอาการชักไม่ได้
2. โรคลมชัก (Epilepsy) วินิจฉัยโดยอาการ คือ หากมีอาการชักโดยไม่มีปัจจัยกระตุ้น เช่น ความผิดปกติของเกลือแร่ เป็นต้น อย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นไป หรือมีอาการชักโดยไม่มีปัจจัยกระตุ้น เพียง 1 ครั้ง ร่วมกับมีผลคลื่นไฟฟ้าสมอง (Electroencephalography; EEG) ผิดปกติ หรือร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้ชักซ้ำสูง

3. ปัญหาการนอน (Sleep problems)

3.1 ปัญหาไม่ยอมเข้านอนหรือนอนหลับยาก (Bedtime resistance and sleep onset delay) เป็นลักษณะพฤติกรรมที่มีปัญหาในช่วงแรกก่อนเข้านอน เช่น มีการเอะอะไม่ยอมเข้านอน หรือต้องการให้พ่อแม่อยู่ด้วยเวลาเข้านอน

3.2 ปัญหาการนอนเนื่องจากความวิตกกังวล (sleep related anxiety) เป็นพฤติกรรมนอนที่มักจะพบว่ามีอาการหวาดกลัวในเวลากลางคืน ต้องมีคนหรือสิ่งของอยู่ติดตัวหรือพฤติกรรมการออกจากห้องนอนเพื่อให้แน่ใจว่าพ่อแม่ยังอยู่ด้วย

3.3 ปัญหาพฤติกรรมนอนในช่วงระหว่างนอน (Parasomnias) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับเกิดขึ้นในช่วงของการนอนหลับ เช่น การฝันร้าย การเดินละเมอ การผวาตื่น ปัสสาวะรดที่นอน นอนกัดฟัน และภาวะ periodic limb movement disorder

3.4 ปัญหาการนอนที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ (Sleep disordered breathing) พบในเด็กที่มีปัญหาการนอนเนื่องจากมีปัญหาทางระบบทางเดินหายใจร่วมด้วย เช่น นอนกรน หยุดหายใจขณะหลับ

3.5 ภาวะง่วงนอนกลางวัน (Daytime sleepiness) เป็นพฤติกรรมที่ไม่สามารถตื่นเต็มที่ในช่วงเวลาของการตื่นในตอนกลางวัน

4. Localization related (focal) epilepsy หมายถึง กลุ่มโรคลมชักที่มีอาการเป็นแบบ partial seizure และมีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมองเฉพาะที่ในขณะมีอาการชัก

5. Generalized epilepsy หมายถึง กลุ่มโรคลมชักที่มีอาการชักเป็นแบบ generalized seizure และมีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมองจาก cortical area ทั้ง 2 ซีกของสมองพร้อมกันตั้งแต่เริ่มแรกขณะที่มีอาการชัก

6. การควบคุมอาการชัก (Seizure control) หมายถึง ไม่มีอาการชักในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

7. โรคลมชักชนิดดื้อต่อยากันชัก (drug resistant epilepsy) หมายถึง โรคลมชักที่ได้รับการรักษาด้วยยากันชักแบบใช้ยาชนิดเดียว หรือใช้ยากันชักร่วมกันอย่างน้อย 2 ชนิด ด้วยชนิด ขนาด และเวลาที่เหมาะสมแล้วยังคุมอาการชักไม่ได้ 2 ปีโดยประมาณ

8. สติปัญญาบกพร่อง หมายถึง ผู้ป่วยเด็กที่มีระดับสติปัญญาดำกว่าร้อยละ 70

9. พิกัดซ้ำซ้อน หมายถึง ความบกพร่องร่วมกันมากกว่า 1 ลักษณะที่เกิดขึ้นต่อบุคคล เช่น บกพร่องทางสติปัญญาร่วมกับตาบอด หรือบกพร่องทางสติปัญญาร่วมกับความผิดปกติของกระดูกและกล้ามเนื้อ

10. โรคปอดเรื้อรัง หมายถึง โรคปอดเรื้อรังที่เป็นตั้งแต่ทารกแรกเกิด (bronchopulmonary dysplasia) ที่ยังต้องรักษาต่อเนื่อง โรคความผิดปกติแต่กำเนิดของระบบทางเดินหายใจ เช่น trachea-esophageal malformation โรคติดเชื้อเรื้อรังในปอด เช่น วัณโรคปอด bronchiectasis เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ ระดับชั้นที่ศึกษา ผู้เลี้ยงดูหลัก รายได้ต่อเดือน ของครอบครัว ประวัติโรคลมชักในครอบครัว จะเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยสอบถามจากผู้ปกครอง

2. ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูล ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชักตั้งแต่อยู่ที่ใด ชนิดของโรคลมชัก จำนวนยากันชักที่ใช้ ชนิดของยากันชักที่ใช้ ไม่มีอาการชัก มาแล้วกี่เดือน จะเก็บข้อมูลโดยการสืบค้นประวัติ จากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

3. แบบสอบถามปัญหาการนอนของเด็ก ฉบับภาษาไทย The Children's Sleep Habits Questionnaires: CSHQ – Thai version พัฒนาโดยผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ ฉัตร พิศัยรัตน์เสถียร เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการประเมิน กัดกรองปัญหาพฤติกรรมนอน และปัญหาการนอน ในเด็กอายุ 4–10 ปี แบบสอบถามนี้มีจำนวน 48 ข้อ โดยผู้ปกครองเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม มีข้อคำถามที่มีคะแนน ทั้งหมด 33 ข้อ แบ่งออกเป็น 8 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรม ด้านทานก่อนการเข้านอน (bedtime resistance) 6–18 คะแนน 2) ด้านเวลาที่เริ่มนอน (sleep onset delay) 1–3 คะแนน 3) ด้านระยะเวลาในการนอน (sleep duration) 3–9 คะแนน 4) ด้านความวิตกกังวลในการเข้านอน (sleep anxiety) 4–12 คะแนน 5) ด้านพฤติกรรมระหว่างที่นอนหลับ และการตื่นระหว่างหลับ (night waking) 3–9 คะแนน 6) ด้านปัญหาการนอนที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ (sleep disordered breathing) 3–9 คะแนน 7) ด้านปัญหาพฤติกรรม การนอนในช่วงระหว่างการนอน (parasomnias) 7–21 คะแนน

8) ด้านการตื่นในตอนเช้าและความง่วงระหว่างวัน (daytime sleepiness) 8–24 คะแนน โดยให้คะแนนตามความถี่ ของพฤติกรรม ดังนี้ 3 คะแนนคือบ่อยครั้ง (5–7 ครั้งต่อสัปดาห์) 2 คะแนนคือบางครั้ง (2–4 ครั้งต่อสัปดาห์) 1 คะแนนคือ น้อยครั้ง (0–1 ครั้งต่อสัปดาห์) รวมคะแนน 33–99 คะแนน คะแนนรวมที่มากกว่า 41 คะแนน ถือว่ามีปัญหาการนอน แบบสอบถามฉบับนี้มีค่าความเชื่อมั่นภาพรวม เท่ากับ 0.83 และรายด้านอยู่ระหว่าง 0.392–0.77

การวิเคราะห์ข้อมูล

โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูล SPSS สำหรับการคำนวณ และแปลผลเป็นค่าทางสถิติ ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงในรูปแบบของค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือ ค่ามัธยฐานและร้อยละ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มที่มีปัญหาการนอน และกลุ่มไม่มีปัญหาการนอน ใช้สถิติ Chi-square test และ Independent t test โดยกำหนด ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

ลักษณะข้อมูลทั่วไปและข้อมูลโรคลมชัก

การศึกษานี้มีผู้เข้าร่วมวิจัย 75 คน มีอายุเฉลี่ย 7.26 ± 1.95 ปี เป็นเพศชาย 36 คน คิดเป็นร้อยละ 48 และเพศหญิง 39 คนคิดเป็นร้อยละ 52 ไม่มีประวัติโรคลมชัก ในครอบครัว (ร้อยละ 66.7) ชนิดของโรคลมชักส่วนใหญ่ เป็นแบบ focal epilepsy (ร้อยละ 56) ไข้ชัก 1 ชนิด (ร้อยละ 76) ก็สามารถคุมอาการชักได้ (ร้อยละ 61.3) ยากันชัก ที่ใช้ส่วนใหญ่ คือ valproate, phenytoin และ levetiracetam (ร้อยละ 41.3, 40, และ 28) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลโรคลมชักของผู้ร่วมวิจัย

	N (%) or mean $\pm$ SD.
อายุ (ปี)	7.26 $\pm$ 1.95
เพศ	
ชาย	36 (48%)
หญิง	39 (52%)
น้ำหนัก	26.75 $\pm$ 11.49
ส่วนสูง	123.53 $\pm$ 14.15
ระดับชั้นที่ศึกษา	
อ.1	7 (9.3%)
อ.2	13 (17.3%)
อ.3	13 (17.3%)
ป.1	8 (10.7%)
ป.2	10 (13.3%)

ต่อตารางที่ 1

	N (%) or mean $\pm$ SD.
ป.3	12 (16%)
ป.4	12 (16%)
ผู้เลี้ยงดูหลัก	
มารดา	15 (20.0%)
บิดามารดา	46 (61.4%)
ปู่ย่าตายาย	13 (17.3%)
ญาติพี่น้อง	1 (1.3%)
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว	
0 – 10,000 บาท	10 (13.3%)
10,0001 – 20,000 บาท	18 (24%)
20,0001 – 30,000 บาท	19 (25.3%)
30,0001 – 40,000 บาท	10 (13.3%)
40,0001 – 50,000 บาท	7 (9.3%)
มากกว่า 50,000 บาท	11 (14.7%)
ประวัติโรคลมชักในครอบครัว	
มี	25 (33.3%)
ไม่มี	50 (66.7%)
ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชักตั้งแต่อายุ (เดือน)	39.73 $\pm$ 31.02
ชนิดของโรคลมชัก	
focal epilepsy	42 (56%)
generalized epilepsy	33 (44%)
จำนวนยากันชักที่ใช้	
1 ชนิด	57 (76%)
2 ชนิด	11 (14.7%)
≥ 3 ชนิด	7 (9.3%)
ยากันชักที่ใช้	
Valproate	31 (41.3%)
Carbamazepine	9 (12%)
Topiramate	7 (9.3%)
Clonazepam	5 (6.7%)
Lamotrigine	3 (4%)
Clobazam	4 (5.3%)
Phenobarbital	11 (14.7%)
Phenytoin	30 (40%)
Levetiracetam	21 (28%)
Seizure control	
คุมชักได้	46 (61.3%)
คุมชักไม่ได้	29 (38.7%)

คะแนนปัญหาการนอน (CSHQ-Thai) ของเด็ก

การนอนของเด็กตอนกลางคืนเฉลี่ย 569.6 นาที คะแนนรวมปัญหาการนอน CSHQ-Thai เท่ากับ 45.49 คะแนน มีคะแนนทั้ง 8 ด้าน ดังนี้ bedtime resistance 9.81 คะแนน sleep onset delay 1.41 คะแนน sleep duration 3.92 คะแนน sleep anxiety 5.91 คะแนน night waking 3.48 คะแนน sleep disordered breathing 3.99 คะแนน parasomnias 8.47 คะแนน และ daytime sleepiness 11.85 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลชั่วโมงการนอนและคะแนนปัญหาการนอน (CSHQ-Thai) ของเด็ก

	N (%) or mean $\pm$ SD.
ชั่วโมงในการนอน (นาท)	569.6 $\pm$ 59.9
CSHQ subscales	
Bedtime resistance (6-18)	9.81 $\pm$ 2.47
Sleep onset delay (1-3)	1.41 $\pm$ 0.66
Sleep duration (3-9)	3.92 $\pm$ 1.5
Sleep anxiety (4-12)	5.91 $\pm$ 2.05
Night waking (3-9)	3.48 $\pm$ 0.66
Parasomnias (7-21)	8.47 $\pm$ 1.51
Sleep disordered breathing (3-9)	3.99 $\pm$ 1.34
Daytime sleepiness (8-24)	11.85 $\pm$ 2.5
Total score (33-99)	45.49 $\pm$ 5.73

ปัญหาการนอนของเด็กที่มีปัญหาโรคลมชักในงานวิจัยนี้ คิดเป็นร้อยละ 74.7 (95% CI [64 - 83.4]) เมื่อนำมาแยกผู้วิจัยเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่มีปัญหาการนอน และกลุ่มที่ไม่มีปัญหาการนอน เพื่อหาปัจจัยที่จะเกี่ยวข้อง พบว่า ปัญหาการนอนทั้ง 8 ด้าน มีคะแนน 6 ด้านที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ Bedtime resistance, Sleep onset delay, Sleep duration, Sleep anxiety, Sleep disordered breathing และ Daytime sleepiness นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มที่มีปัญหาการนอนมีการรับประทานยา phenytoin มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัญหาการนอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลกับปัญหาการนอน

	ไม่มีปัญหาการนอน (n=19)	มีปัญหาการนอน (n=56)	p-value
CSHQ subscales			
Bedtime resistance (6-18)	7.84 $\pm$ 0.9	10.48 $\pm$ 2.48	<0.001*
Sleep onset delay (1-3)	1.16 $\pm$ 0.5	1.5 $\pm$ 0.69	0.025*
Sleep duration (3-9)	3.16 $\pm$ 0.5	4.18 $\pm$ 1.63	<0.001*
Sleep anxiety (4-12)	4.16 $\pm$ 0.5	6.5 $\pm$ 2.04	<0.001*
Night waking (3-9)	3.32 $\pm$ 0.48	3.54 $\pm$ 0.71	0.136
Parasomnias (7-21)	7.95 $\pm$ 1.18	8.64 $\pm$ 1.58	0.083
Sleep disordered breathing (3-9)	3.26 $\pm$ 0.45	4.23 $\pm$ 1.45	<0.001*
Daytime sleepiness (8-24)	10.21 $\pm$ 1.23	12.41 $\pm$ 2.58	<0.001*
ชนิดของโรคลมชัก			
focal epilepsy	7 (36.8%)	35 (62.5%)	0.052
generalized epilepsy	12 (63.2%)	21 (37.5%)	
จำนวนยากันชักที่ใช้			
1 ชนิด	14 (73.7%)	43 (76.8%)	0.555
2 ชนิด	4 (21.1%)	7 (12.5%)	
≥ 3 ชนิด	1 (5.3%)	6 (10.7%)	
ยากันชักที่ใช้			
Valproate	9 (47.4%)	22 (39.3%)	0.536

ต่อตารางที่ 3

	ไม่มีปัญหาการนอน (n=19)	มีปัญหาการนอน (n=56)	p-value
Carbamazepine	2 (10.5%)	7 (12.5%)	0.819
Topiramate	2 (10.5%)	5 (8.9%)	0.836
Clonazepam	2 (10.5%)	3 (5.4%)	0.435
Lamotrigine	2 (10.5%)	1 (1.8%)	0.093
Clobazam	2 (10.5%)	2 (3.6%)	0.244
Phenobarbital	2 (10.5%)	9 (16.1%)	0.555
Phenytoin	12 (63.2%)	18 (32.1%)	0.017*
Levetiracetam	6 (31.6%)	15 (26.8%)	0.688
Seizure control			0.258
คุมชักได้	13 (68.4%)	33 (58.9%)	
คุมชักไม่ได้	6 (31.6%)	23 (41.1%)	0.463

*p-value < 0.05

วิจารณ์

ในการศึกษานี้พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีปัญหาการนอน สูงถึงร้อยละ 74.7 ซึ่งสูงกว่าในการศึกษาในต่างประเทศที่พบปัญหาการนอนของผู้ป่วยโรคลมชักเพียงร้อยละ 26.4¹⁵ ทั้งนี้เนื่องจากผู้เข้าร่วมงานวิจัยอายุ 4-10 ปี อาจจะมีผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มหนึ่งที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชัก หรืออาการยังไม่ได้แสดงในช่วงอายุน้อย

การศึกษาของ Byars AW และคณะ¹¹ พบว่าพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น การนอนหลับ สามารถกระตุ้นอาการชักให้กำเริบได้ และ การศึกษาของ Batista BH. และคณะ ที่พบว่าโรคลมชักชนิด generalize seizure และโรคลมชักที่ยังไม่สามารถคุมอาการได้ หรือโรคลมชักคือยาจะส่งผลต่อการนอนในเด็ก แต่จากงานวิจัยว่าปัจจุบันนี้ไม่พบว่าส่งผลต่อการนอนในเด็กโรคลมชัก กลับพบว่าการรับประทานยากันชัก phenytoin ส่งผลปัญหาต่อปัญหาการนอนในเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของ Ozalp E และคณะ¹⁵ ในปี 2017 ที่มหาวิทยาลัยเมอร์ซิน ประเทศตุรกี พบความชุกของปัญหาการนอนในเด็กโรคลมชักร้อยละ 26.4 มีคะแนนเฉลี่ยรวมของพฤติกรรมการนอน 51.02 (8.87) Mean (SD) และ การศึกษาของ Dehghani M และคณะ¹⁶ ในปี 2019 ที่มหาวิทยาลัยฮามัดัน ประเทศอิหร่าน พบคะแนน คะแนนเฉลี่ยรวมของพฤติกรรมการนอน 55.08 (6.71) Mean (SD) พบพฤติกรรมต้านทานก่อนการเข้านอน (bedtime resistance)

ปัญหาพฤติกรรมการนอนในช่วงระหว่างการนอน (parasomnias) และความวิตกกังวลในการเข้านอน (sleep anxiety) บ่อยที่สุด ซึ่งคะแนนค่าเฉลี่ยรวมของพฤติกรรมการนอนของงานวิจัยนี้ 45.49 (5.73) Mean (SD) ซึ่งมีค่าที่ต่ำกว่างานวิจัยในต่างประเทศก่อนหน้านี้ แต่พฤติกรรมปัญหาการนอนที่พบบ่อยมากกว่าได้แก่ พฤติกรรมต้านทานก่อนการเข้านอน (bedtime resistance) เวลาที่เริ่มนอน (sleep onset delay) ระยะเวลาในการนอน (sleep duration) ความวิตกกังวลในการเข้านอน (sleep anxiety) ปัญหาการนอนที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ (sleep disordered breathing) และการตื่นในตอนเช้า และความง่วงระหว่างวัน (daytime sleepiness) แสดงให้เห็นว่าปัญหาการนอนของเด็กแต่ละเชื้อชาติ อาจมีความแตกต่างกัน ถึงอย่างไรก็ตามยังเป็นสมมติฐาน ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง จึงไม่สามารถ บอกว่าสิ่งใดเป็นสาเหตุหรือสิ่งใดเป็นผลได้ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนไม่มาก และแบบสอบถามส่วนใหญ่ ผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินจึงอาจมีอคติของข้อมูล (information bias) และมีความคลาดเคลื่อนจากความทรงจำ (recall bias) ได้ การศึกษาในอนาคตควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้น และนำเครื่องมือที่วัดปัญหาการนอนที่เป็นรูปธรรม เช่น actigraphy มาใช้วัดผลรวม และสามารถนำไปใช้ในการวางแผนเพื่อลดหรือป้องกันปัญหาการนอนในผู้ป่วยเด็กโรคลมชักได้อย่างเป็นระบบต่อไป

สรุป

ผู้ป่วยเด็กโรคลมชักพบว่ามีปัญหาการนอนได้สูงถึงร้อยละ 74.7 และ phenytoin เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหาการนอนในเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เด็กโรคลมชักที่มีปัญหาการนอนพบปัญหาการนอนในด้าน Bedtime resistance, Sleep onset delay, Sleep duration, Sleep anxiety, Sleep disordered breathing และ Daytime sleepiness มากที่สุดในงานวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Saarinen MM, Sillanpaa M, Schmidt D, Virta LJ. Long-term changes in the incidence of childhood epilepsy. A population study from Finland. *Epilepsy Behav.* 2016 ;58:81-85.
2. Meeraus WH, Petersen I, Chin RF, Knott F, Gilbert R. Childhood epilepsy recorded in primary care in the UK. *Arch Dis Child.* 2013;98(3):195-202.
3. Kari MA, Nina G, Inger JB, Camilla LS, Aleksander B, Per M, et al. Incidence and Prevalence of Childhood Epilepsy: A Nationwide Cohort Study. *Pediatrics.* 2017; 139(5):e20163908.
4. Darabi L, Montazeri A, Ebrahimi F, Vahdani nia M, Tagha M. Clinical and demographic characteristics prediciting QOL in patient with epilepsy. *Payesh* 2010; 2(9): 215-21.
5. Chan B, Cheong EYK, Grace Ng SF, Chan YC, Lee QU, Chan KY. Evaluation of sleep disturbances in children with epilepsy: A questionnaire-based casecontrol study. *J Epilepsy & Behavior* 2011; 21: 437-40.
6. Ghasempour A, Nourian M, Moharari F, Khalesi. Comparing Social Competence and Behavioral Problems of Healthy Children and Children with Epilepsy. *Health Journal of Ardabil* 2012; 4(2):36-43.
7. Kothare SV, Kaleyias J. Sleep and epilepsy in children and adolescents. *J Sleep Medicine* 2010; 11: 674-85.
8. Khoshraftar A, Amini Y, Amini z. Sleep and epilepsy. *Iranian Epilepsy Association Journal* 2009; 25(7):31-2.
9. Ong LC, Yang WW, Wong SW, Siddiq F, Khu YS. Sleep habits and disturbances in Malaysian children with epilepsy. *J Paediatrics Child Health* 2010; 46: 80-4.
10. J.Layne M, Diego ZC, Erik K, Carl B. Sleep and Epilepsy: a Focused Review of Pathophysiology, Clinical Syndromes, Co morbidities, and Therapy. *Neurotherapeutics* 2021; 18:170-180.
11. Byars AW. The relationship between sleep problems and neuropsychological functioning in children with first recognized seizures. *J Epilepsy Behavior* 2008; 13: 607-13.
12. Motamedi M, Yordkhani F, Shirali A, Gheini MR. Comparison of the baseline, waking and sleep EEGs after sleep deprivation in patients with sleep seizure. *Tehran University Medical Journal* 2011; 69(8): 482-88.
13. Malow BA, Weatherwax KJ, Chervin RD, Hoban TF, Marzec ML, Martin C, et al. Identification and treatment of obstructive sleep apnea in adults and children with epilepsy: a prospective pilot study. *Sleep Med* 2003; 4:509-15.
14. Larson AM, Ryther RCC, Jennesson M, Geoffrey AL, Bruno PL, Anagnos CJ, et al. Impact of pediatric epilepsy on sleep patterns and behaviors in children and parents. *J Epilepsia* 2012; 53(7):1162-69.
15. Ozalp E, ๑etin O, Serkan G, Nuran E, Merve K, Muhammet ET, et al. Sleep problems in pediatric epilepsy and ADHD: The impact of comorbidity. *Epilepsy & Behavior* 2017; 71:7-12.
16. Dehghani M, Fayyazi A, Cheraghi F, Hakimi H, Mosazadeh S, Almasi S. The Relationship between Severity of Epilepsy and Sleep Disorder in Epileptic Children. *Iran J Child Neurol.* Spring 2019; 13(2): 77-88.
17. Disayawanwat P, Pityaratstian N. Development of children's sleep habit questionnaire Thai version. *Chula Med J* 2016;60(3):297-312.

Role of 3D printing technology in Pre-operative planning of tibia plateau fractures in Buddhasotorn hospital

Artchawin Inkanuwat, MD, Buddhasotorn hospital

Choen Jirawison, MD, Buddhasotorn hospital

Abstract

Objective: We aimed to determine the cost of applying 3D printing technology for pre-operative planning of tibial plateau fracture, the time-dependent cost of surgical intervention and other advantages of applying 3D printing technology when applied in the settings of Buddhasotorn hospital.

Methods: A total of 10 patients with tibial plateau fracture who had undergone preoperative computed tomography with 3D reconstruction of knee were recruited. The cost of producing 3D models and time-dependent cost of surgical intervention was calculated. Questionnaires were made to evaluate advantages of the model for the patient and surgeon.

Results: The average cost of producing 3D models ranged from 59.1 thb to 129.4 thb for each model (Average 86.0 thb per model). Time-dependent cost of surgical intervention ranged from 5.10 thb to 13.61 thb for each operation (Average 9.20 thb). Most patients report high satisfaction and confidence for surgical treatment. Orthopedic surgeons evaluated 3D printing models as beneficial for selection of surgical approaches, selection of implant types and potentially viable for application in other types of fractures.

Conclusion: The cost of producing 3D models for tibial plateau fracture far exceeds time-dependent cost of surgical intervention. However, 3D printed models have an invaluable advantage on patient experience, selection of surgical approaches, implant selection and potential for application in other types of fractures.

Introduction

In the current state of things, 3D printing is becoming increasingly accessible due to wide availability^(1,2) and low cost of operation. Furthermore, since various computer-aided design programs can now be accessed without cost, the expenditure only depends on materials, electricity cost and the cost of the 3D printer itself.

Tibia plateau fracture is a complex condition often resulting from traumatic events, which could potentially lead to a range of devastating complications including but not limited to infection, malunion, nonunion and degenerative joint diseases^(3,4). The Importance of this condition on the patient's life could not be understated.

Complex nature of this particular condition often warrants the role of computed tomography, often with 3D reconstruction, as an investigation of choice for preoperative planning. Particularly, the three-column concept system needs an axial computed tomography image in order to properly assess the nature of each fracture.⁽⁶⁾ According to medical records of the Buddhasotorn hospital, in the Thai fiscal year 2021 (1 October 2020 – 30 September 2021), our hospital saw a total of 58 cases of tibial plateau fracture. Among this number, 8 patients had undergone computerized tomography with 3D reconstruction.

In the global community, 3D printing technology has been researched and applied to a wide range of fields⁽²⁾ including but not limited to cardiac surgery, maxillofacial surgery, urosurgery and orthopedic

surgery. In orthopedics surgery, 3D printing technology has various applications including but not limited to education, preoperative planning and production of prosthesis.⁽¹⁾

Our team envisioned the potential application of computed tomography data by conversion of them into actual-sized 3D printable models, which could accurately visualize the relationship of each fracture fragment including but not limited to displacement and rotation. The information obtained from visualization of the model could benefit various aspects of surgical planning such as surgical approach and implant selection^(1,5).

Currently, however, there was no research conducted in Thailand which emphasizes on the cost of applying 3d printers as a preoperative planning tool for tibial plateau fracture nor their advantages on patient and orthopedic surgeons, particularly in the environment of regional hospitals. If the production cost for 3D models exceeds the time-dependent surgical costs, 3D printing technology might be a novel method in reducing costs of tibial plateau fracture operation.⁽⁶⁻¹⁰⁾

In addition to the potential in reduction of surgical costs, other benefits of 3D models include improving patient experience undergoing surgical treatment of their condition⁽⁷⁾ and assisting surgeons in choosing surgical approaches and implants.

Method & Tools

From March to July 2022, a total of 10 adult patients were recruited from Thai inpatients who had visited the emergency and trauma department of Buddhasothorn hospital with tibia plateau fractures and were scheduled to undergo computed tomography with 3D reconstruction as a preoperative planning. Exclusion criteria included tibial plateau fracture patients who had not undergone computed tomography as preoperative planning.

An Informed consent was obtained from each patient before proceeding to create 3D models based on computed tomography data. Other patient-specific data including age, gender, nationality, underlying diseases, side of injury, date of injury, date of surgical treatment, severity of injury classified by Schatzker classification, operation time, intraoperative blood loss and surgical complications was recorded. Resources expended in the creation of 3D models including printing time and amount of polylactic filament spent was also recorded.

All patients who had undergone surgical treatments received tourniquet on the operated limb

The information of the control group was obtained from medical records of the patients who had undergone surgical treatment for tibial plateau fractures in the previous fiscal year (1 October 2020 – 30 September 2021). The data included demographic data and operative records, particularly operation time for tibia plateau fracture, in order to calculate average electric cost for tibia plateau fracture surgery done without assistance of 3D printing technology.

Production of Tibia plateau 3D model

For the production of 3D models, firstly computed tomography of each patient in DICOM format (Digital Imaging and communications in medicine) was obtained from our hospital's database. Then, those files was converted into surface geometry files .STL (Standard triangle language) using Inversalius 3.1 software (Centro de Tecnologia da Informação Renato Archer (CTI), Brazil), underwent fine adjustments in 3D design software Meshmixer (Autodesk®, San Francisco, California) before converted to GCODE file as a command for our 3D printer using 3D printing software Ultimaker Cura 4.13 (Ultimaker, Zaltbommel, the Netherlands). Slice thickness is set at 0.3 millimeters⁽²⁾ to best reproduce dimensions of fracture sites.

An actual-sized 3D model was then printed with our Biqu B1 3D printer using FDM (Fused deposition modeling) technology. The material used in the production of tibial plateau model was orange polylactic acid filament, which is a thermoplastic with melting point around 160 degrees celsius. A questionnaire (in Thai language) was obtained after presenting each patient with 3D models of their own and explaining to them how those models correlate with their injuries prior to the surgery date. The 3D model was then delivered to orthopedic surgeons prior to surgery in order to plan for surgical approaches, particularly in correlation with three column concepts.

Calculation of electrical costs for surgery and 3D model production

The electric cost for surgery was calculated from the number of real power unit and reactive power unit, Ignoring demand charge and service charge which are negligible and minimally affected by surgical time

The electrical appliances used in tibia plateau surgery is listed as below:

1. Maquet PowerLED II surgical light (185 W), (Getinge, Loiret, France)
2. Bedside monitor BSM-3763 (3.4 W), (Nihon Kohden corporation, Tokyo, Japan)
3. Anesthetic machine (Zeus® Infinity® Empowered) (530 W), (Drägerwerk AG & Co, Germany)
4. Electrosurgical generator 8CS (Average voltage 100 W on monopolar mode) (Covidien, Dublin, Ireland)
5. Ceiling fluorescent lights in operating room 18 W (24 light bulbs per room)

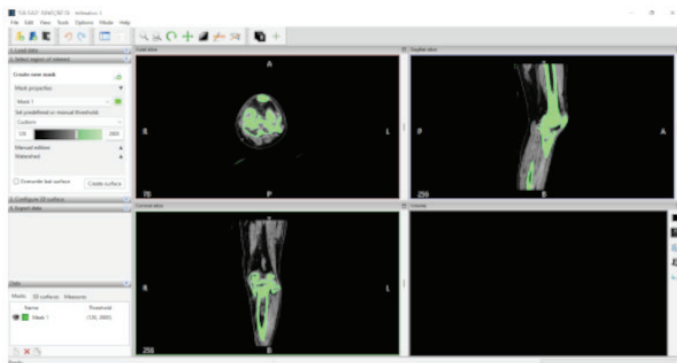
In total, the power of electricity spent in an hour of operation is 1250.4 watt.

The 3D printer used in this research is Biqu B1 printer (350 W), (Shenzhen BIQU Technology Co., Shenzhen, China). The time spent for the printing of each model was recorded.

The total cost of electricity which is dependent on operative time is then calculated by multiplying cost of real power and reactive power with time and Ft (variable tariff), respectively⁽¹¹⁾. Energy cost of real power as of September 2022 is 3.1471 thb per unit, and the variable tariff is 0.9343 thb per kilowatt-hour. The cost of time-dependent electrical energy for surgery of each patient in the intervention group is then compared directly to the cost of electrical energy, materials, and the cost of the 3D printer. The average electrical cost for tibial plateau surgery without assistance of a 3D model is calculated from average operative time from control group patient data in fiscal year 2021. The electrical cost between the 3D printing-assisted group and old patient data was not directly compared.

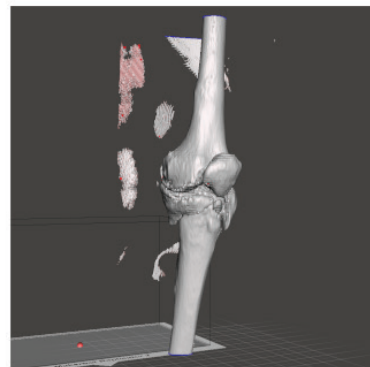
$$\text{Electricity cost} = \text{Demand charge} + \text{Energy charge} + \text{Variable tariff}$$

After surgery was completed, a survey was sent to surgeons who had examined 3D models prior to surgery. Demographic data, operation time, blood loss and postoperative complications were recorded from medical records after the patient was discharged from our hospital. Then at 6 months after surgery, patients were scheduled for post-operative examination using hospital for special surgery (HSS) knee score⁽⁶⁾. The model was then disposed of or sent to the patient as required.



Convert DICOM files to STL file in Inversalius 3.1

>



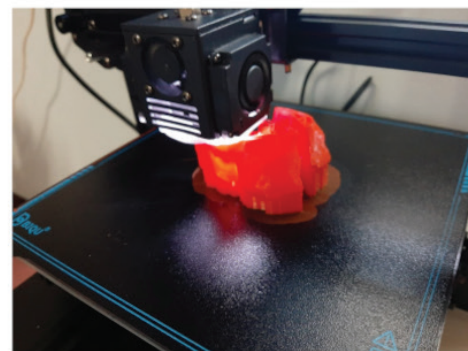
Edit STL file in CAD software Meshmixer

V



Finished product

<



Print STL file with Ultimaker Cura 4.1 and a 3D Printer

Figure1: Production of 3D printed model for tibial plateau fractures



Figure 2: Application of the 3D model in the operating theater

Results

Demographic data: Experimental group contains 10 subjects equally distributed between male and female, age ranged from 21 to 73 years (mean age 46.3 years). Seven of the patients enrolled have associated injuries including fracture of proximal fibula, humerus, distal radius and metacarpal bone. One patient received surgical treatment 9 months after the incident due to malunion, while other patients received treatment within 2 weeks after the incident.

Severity of fractures ranged from Schatzker II to VI. Surgical time ranged from 60 to 160 minutes (Average operative time 109 minutes), intraoperative blood loss ranged from 20–100 ml (Average

intraoperative blood loss 49 ml). Postoperative blood loss (measured by amount of content in drainage bottle) ranged from 0 to 560 ml (Average postoperative blood loss 192 ml). One patient received one unit of packed red cells due to postoperative anemia. Other complications during admission included hospital-acquired urinary tract infection in one of the patients

As for the control group which consists of 27 patients who had undergone surgical treatment for tibial plateau fracture in Fiscal year 2021 of Buddhasothorn hospital, operative time ranged from 39 to 140 minutes (Average 87 minutes). One of the patients had undergone screw fixation without the use of a locking plate device.

No.	Age	Gender	Side of injury	Schatzker classification	Operative time (minutes)	Intraoperative blood loss (ml)	3D model printing time (Hours)	3D model printing time (minutes)	3D model weights (grams)	HSS knee score 6 months postoperative	Electrical costs for operation (thb)	Electrical costs for printing (thb)	Material cost for printing (thb)	Total cost for 3D model printing (thb)
1	44	M	L	V	125	50	14:07	847	107	66	10.63	72.04	32.10	104.14
2	21	M	R	VI	125	100	8:38	518	62	n/a	10.63	44.06	18.60	62.66
3	73	F	R	II	90	20	12:30	750	121	n/a	7.66	63.79	36.30	100.09
4	30	F	L	IV	125	30	8:00	480	61	n/a	10.63	40.83	18.30	59.13
5	42	M	R	VI	60	50	13:25	805	107	97	5.10	68.47	32.10	100.57
6	57	F	L	V	65	50	8:53	533	65	84	5.53	45.34	19.50	64.84
7	32	M	L	VI	160	50	16:18	978	154	100	13.61	83.19	46.20	129.39
8	60	M	R	V	125	100	10:28	628	90	n/a	10.63	53.42	27.00	80.42
9	54	F	R	V	110	20	8:41	521	65	n/a	9.36	44.31	19.50	63.81
10	50	F	L	V	100	20	12:51	771	99	n/a	8.51	65.58	29.70	95.28
Average	46.3				108.5	49	11:23	683.1	93.1		9.23	58.10	27.93	86.03

Table1: Patient demographic data & calculated costs (thb)

The total electrical costs dependent on surgical time, when calculated with electrical cost and variable tariff of September 2022, ranged from 5.10 thb to 13.61 thb (Average 9.20 thb) in the experiment group. In the control group, the electrical cost ranged from 3.3 thb to 11.9 thb (Average 6.6 thb)

For 3D model creation, time needed for the creation of the models ranged from 8 hours to 16 hours and 18 minutes, with an average of 11 hours and 23 minutes for the creation of each model. The amount of material used ranged from 61 to 154 grams (Average 93.1 grams).

The calculation of electrical costs for the creation of 3D models was done using electrical cost per unit and variable tariff rate as of September 2022, which presents electrical cost ranging from 40.8 thb to 83.2 thb per model (average of 58.1 thb). Material cost was calculated from the price of polylactic filament used in creation of each model (300 thb per 1,000 grams of polylactic filament), which reveals a cost ranging from 18.6 thb to 46.2 thb per model. Combined electrical and material cost for each model ranged from 59.1 thb to 129.4 thb for each model (Average 86.0 thb per model) as shown in table 1.

Questionnaires results regarding patient satisfaction and how informative the models are results in mostly high to highest insight regarding their own injuries (Mode of 5), high confidence to received surgical treatment (Mode of 5) and high patient satisfaction (Mode of 5) after the model was presented to each patient and correlate the model with the character of their injuries

Physicians' questionnaires reveal that using 3D models in conjunction with their computed tomography did not make them feel more confident in choosing surgical treatment over conservative treatment (Mode of 4 on both questions). However, most physicians

feel that 3D models did have an effect on surgical approaches and choice of an implant (7 and 8 out of 10 respectively), and 3D printing technology might be beneficial to treatment of other types of fractures such as calcaneus fractures (7 out of 10 physicians). All physicians who answered the questionnaire did agree that they would like to recommend 3D models to other physicians in the future as shown in table 2.

HSS (Hospital for special surgery) knee score at 6 months follow-up of 5 patients ranged from 66 to 100 scores. Other patients did not visit our investigator on the follow-up date.

Questions	mean	median
<For patients>		
1. Does examining 3D models helps you understand your injury? (1-5)	4.2	5
2. Does examining 3D models makes you feel confident receiving surgical treatment? (1-5)	4.2	5
3. Do you feel satisfied with medical care in Buddhasotorn hospital? (1-5)	4.7	5
<For surgeons>		
4. How confident you feel operating with CT scan & 3D reconstruction data? (1-5)	4.2	4
5. How confident you feel operating with CT scan, 3D reconstruction data and 3d models? (1-5)	4.4	4
6. Do you think 3D printed models effects your surgical approaches? (Yes/No)	Yes = 7 (70%), No = 3 (30%)	
7. Do you think 3D printed models effects your choice of implant? (Yes/No)	Yes = 8 (80%), No = 2 (20%)	
8. Do you think 3D printed models might be beneficial to other kind of fractures such as calcaneus fracture? (Yes/No)	Yes = 7 (70%), No = 3 (30%)	
9. Would you recommended using 3d printed model to other surgeons in the future?	Yes = 10 (100%), No = 0 (0%)	

Table 2: Questionnaire results.

1 = strongly disagree, 2 = disagree, 3 = average, 4 = agree, 5 = strongly agree

Discussion

Results of our investigation shows that the cost of producing 3D models exceeds electricity costs during surgical intervention. This fact alone, however, does not discourage any further use of 3D printed models in preoperative planning since finance is not the only benefit of applying this technology in clinical settings. Prior studies⁽¹⁾ have found other advantages in application of 3D printed models including reduced blood loss and frequency of fluoroscopic examination which is a complex cost to measure.

Most patients in the intervention group felt that examining 3D models of their own bone helped them understand their own injuries and how their own injury warrants surgical intervention, which leads to a better patient satisfaction. Orthopedic surgeons also view 3D models as an additional instrument which could help them design surgical approaches and choose an appropriate implant. Since some surgeons prioritize as least exposure as possible during surgical intervention, those 3D models might have a significant effect on certain outcomes of surgical intervention such as postoperative pain.

Study design

This research was intended as a preliminary descriptive study, since there was no study on the cost of producing 3D models in the setting of provincial hospitals in Thailand yet. The number of patients was not high enough to achieve a power needed for comparative study. The patient in the intervention group also has high heterogeneity, comprising a wide range of severity. One particular patient received surgical intervention nine months after initial injury due to malunion of the fracture.

Limitations

There were several limitations to this study that limited the potential to investigate roles of 3D models. As frequency of fluoroscopy was never recorded in the medical records of the Buddhasotorn hospital, there were no possible solutions to verify the possible advantages of 3D models in reducing fluoroscopy frequency.

Acknowledgements

The author would like to acknowledge all orthopedic surgeons of the Buddhasotorn hospital who participated in the study and radiology department staff members of the Buddhasotorn hospital for technical support.

Software used in this study was publicly provided by Renato Archer Information Technology Center, Brazil (Inversalio), Autodesk®, San Francisco, California (Meshmixer), Ultimaker, Zaltbommel, the Netherlands (Ultimaker Cura). We would like to express gratitude for the generosity provided by the developers.

Conflict of interest

The author declares no conflict of interest.

Funding

The author received no external funding from any external sources including public, commercial or non-profit organizations.

Reference

1. Assink N, Reininga IHF, Ten Duis K, Doornberg JN, Hoekstra H, Kraeima J, et al. Does 3D-assisted surgery of tibial plateau fractures improve surgical and patient outcome? A systematic review of 1074 patients. *Eur J Trauma Emerg Surg* [Internet]. 2021 Aug 31; Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00068-021-01773-2>
2. Chepelev L, Wake N, Ryan J, Althobaity W, Gupta A, Arribas E, et al. Radiological Society of North America (RSNA) 3D printing Special Interest Group (SIG): guidelines for medical 3D printing and appropriateness for clinical scenarios. *3D Print Med*. 2018 Nov 21;4(1):11.
3. Shen S, Wang P, Li X, Han X, Tan H. Pre-operative simulation using a three-dimensional printing model for surgical treatment of old and complex tibial plateau fractures. *Sci Rep*. 2020 Apr 8;10(1):6044.
4. J. L. Marsh MDK. Tibia plateau fractures. In: Charles M. Court-Brown, James D. Heckman, Margaret M McQueen, William M. Ricci, Paul Tornetta III, editor. *Rockwood and Green's fractures in adults*. Two Commerce Square, 2001 Market street, Philadelphia, PA 19103 USA: Wolters Kluwer Health; 2015. p. 2303-67.
5. Luo CF, Sun H, Zhang B, Zeng BF. Three-column fixation for complex tibial plateau fractures. *J Orthop Trauma*. 2010 Nov;24(11):683-92.
6. Xie L, Chen C, Zhang Y, Zheng W, Chen H, Cai L. Three-dimensional printing assisted ORIF versus conventional ORIF for tibial plateau fractures: A systematic review and meta-analysis. *Int J Surg*. 2018 Sep;57:35-44.
7. Samaila EM, Negri S, Zardini A, Bizzotto N, Maluta T, Rossignoli C, et al. Value of three-dimensional printing of fractures in orthopaedic trauma surgery. *J Int Med Res*. 2020 Jan; 48(1):300060519887299.
8. Ozturk AM, Suer O, Derin O, Ozer MA, Govsa F, Aktuglu K. Surgical advantages of using 3D patient-specific models in high-energy tibial plateau fractures. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2020 Oct;46(5):1183-94.
9. Guo C, Zhang Y, Yang L, Zhu Q, Zou S, Others. The application and operation-effect analysis for complex tibial plateau fractures with 3D printing technique. *Int J Clin Med*. 2019;10(03):101.
10. Lou Y, Cai L, Wang C, Tang Q, Pan T, Guo X, et al. Comparison of traditional surgery and surgery assisted by three dimensional printing technology in the treatment of tibial plateau fractures. *Int Orthop*. 2017 Sep;41(9):1875-80.
11. Department of Alternative Energy Development and Efficiency. การอนุรักษ์พลังงานสำหรับโรงพยาบาล [Internet]. Department of Alternative Energy Development and Efficiency. 2004 [cited 2022 Sep 28]. Available from: <http://e-lib.dede.go.th/mm-data/Bib10767.pdf>

ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเกาะขนุน อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา Knowledge, Attitudes, and Preventive Behaviors of COVID-19 among Public Health Volunteers Kohkhanoon Subdistrict Phanomsarakham District, Chachoengsao Province.

ชุมสาย พูลมงคล

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเกาะขนุน ในอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาศึกษาวิเคราะห์ในช่วงเวลา (Cross-sectional analytics study) ระยะเวลาดำเนินการระหว่าง เดือน กันยายน ถึง ตุลาคม 2565 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ตำบลเกาะขนุน อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 124 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทักษะเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 8.54 1.67 และ 1.12 ระดับความรู้ และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.18$ และ 0.19) บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เพื่อส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเกาะขนุนให้มีความรู้ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19

คำสำคัญ : โรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้เริ่มต้นขึ้นในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยพบครั้งแรกในนครอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน โดยสาเหตุที่เป็นไปได้มากที่สุดในการติดต่อสู่คน และองค์การอนามัยโลก ได้ออกมาระบุว่าไวรัสชนิดดังกล่าว คือ SARS-CoV-2 เรียกว่า COVID-19 (ย่อมาจาก CO แทน corona, VI แทน virus, D แทน disease และ 19 แทน 2019) และพบการแพร่เชื้อจากคนสู่คน ผ่านละอองฝอยขนาดเล็ก (aerosol) ได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern-PHEIC) ในวันที่ 30 มกราคม 2563 ต่อมาได้พบผู้ป่วยยืนยันในหลายประเทศทั่วโลก⁽¹⁾ สถานการณ์ในประเทศไทยมีการระบาด และมีจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 2,826 คน จำนวนผู้รักษาหาย 2,352 คน คิดเป็นร้อยละ 83.2 ร้อยละของการรักษาหายอยู่ในลำดับที่ 2 ของโลก รองจากประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ส่วนการระบาดรอบที่ 2 ในประเทศไทยนั้น เริ่มช่วงปลายเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 จำนวนผู้ติดเชื้อมีจำนวนมากกว่า มีการกระจายไปหลายจังหวัด ทำให้คาดว่า การระบาดรอบที่ 2 คงไม่หมดไปอย่างรวดเร็วเหมือนรอบแรก⁽²⁾ แม้ระบบควบคุมโรคของประเทศไทยมีการแยกผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งมีการติดตามผู้ที่สัมผัสเชื้อทุกราย และมีการตรวจเชื้อจากผู้ป่วยให้ได้อย่างรวดเร็ว แต่การระบาดในประเทศไทยก็ยังดำเนินอย่างต่อเนื่อง และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของประชาชน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทางสังคม เศรษฐกิจ และมีผลกระทบต่อตัวบุคคลทั้งสิ้น เช่น ตกงาน หรือถูกเลิกจ้าง สมาชิกครอบครัวต้องอยู่ห่างกัน และมีการรักษาระยะห่างทางสังคม (social distancing) รวมถึงสัมผัสสภาพในครอบครัวและชุมชนลดลง ทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไปเกิดปัญหาการขาดรายได้และชีวิตประจำวันที่ต้องปรับเปลี่ยนไป⁽³⁾ ในประเทศไทยได้ประกาศภาวะฉุกเฉินของประเทศไทย

โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนอยู่บ้าน (stay at home) ปฏิบัติงานที่บ้าน (Work from home : WFH) รักษาระยะห่างทางกายภาพ (physical distancing) รักษาระยะห่างทางสังคม (social distancing) สวมหน้ากากอนามัย และล้างมือบ่อยๆ⁽⁴⁾ ซึ่งการประกาศภาวะฉุกเฉินส่งผลให้ประชาชนต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทั้งหมดสำหรับสถานการณ์การระบาดและการติดเชื้อไวรัส โควิด - 19 ในจังหวัดฉะเชิงเทรานั้น ได้มีมาตรการในการเฝ้าระวังติดตามผู้ที่เดินทางกลับมาจากจังหวัดเสี่ยงสูงที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 โดยความร่วมมือทั้งจากฝ่ายปกครอง สาธารณสุข กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เฝ้าระวังในพื้นที่อย่างใกล้ชิด และต่อเนื่องซึ่งการประกาศพื้นที่เสี่ยงและยกระดับมาตรการในการป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด - 19 ที่เข้มข้นขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่⁽⁵⁾ และการเฝ้าระวังของอำเภอพนมสารคาม ผู้ที่มีบทบาทอย่างมากในการช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโควิด - 19 คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละตำบล ซึ่งล้วนต้องมีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติที่สามารถป้องกันการระบาดของโรคไวรัสโควิด - 19 เหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 กับ พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของ อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลเกาะขนุน อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ในช่วงที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคไวรัสโควิด - 19 ทั้งนี้ผลจากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพของประชาชน เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด - 19 โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นต้นแบบ และเป็นข้อมูลให้ทีมสุขภาพสามารถเตรียมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงในการดูแลสุขภาพของประชาชนในอนาคต เมื่อมีโรคระบาดเกิดขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษา ความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด - 19 และพฤติกรรมในการป้องกัน ตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด - 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเกาะขนุน ในอำเภอพนมสารคาม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด - 19 กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด - 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเกาะขนุนในอำเภอพนมสารคาม

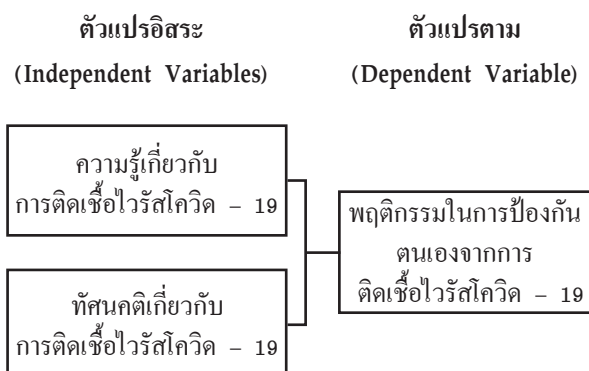
สมมติฐานการวิจัย

ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเกาะขนุน ในอำเภอพนมสารคาม

คำถามการวิจัย

1. ความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด - 19 และพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด - 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเกาะขนุน ในอำเภอพนมสารคามเป็นอย่างไร
2. ความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเกาะขนุน ในอำเภอพนมสารคามหรือไม่

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาวิเคราะห์ในช่วงเวลา (Crosssectional analytics study) ระยะเวลาดำเนินการศึกษา เดือน กันยายน ถึง ตุลาคม 2565 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ตำบลเกาะขนุน อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

กลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเกาะขนุน ที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ปีขึ้นไปในตำบลเกาะขนุน จำนวน 124 คน ระหว่างเดือน กันยายน ถึง ตุลาคม 2565 กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเกาะขนุน ปฏิบัติงานมากกว่า 1 ปีในตำบลเกาะขนุน จำนวน 124 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่เขตตำบลเกาะขนุน อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่ปฏิบัติงานมากกว่า 1 ปี
2. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มองเห็น และสามารถตอบแบบสอบถามได้
3. ได้รับการศึกษาตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อ่าน และเขียนหนังสือภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

1. ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้
2. ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ อ่าน และเขียนหนังสือภาษาไทยไม่ได้

คำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

1. ความรู้ หมายถึง การรับรู้ หรือความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกี่ยวกับสาเหตุของโรค การติดต่อ อาการของโรค การรักษา การระบาด และการป้องกันควบคุมโรคไวรัสโคโรนา-19
2. ทักษะ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดหรือความเชื่อ และแนวโน้มที่จะแสดงออกซึ่งพฤติกรรมของบุคคล เป็นปฏิกิริยาโต้ตอบ โดยการประมาณค่าว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย ที่จะส่งผลกระทบต่อคำตอบของบุคคลในเชิงบวกหรือเชิงลบต่อโรคไวรัสโคโรนา-19
3. พฤติกรรม หมายถึง การกระทำเพื่อการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ การไม่ไปในที่ที่มีคนจำนวนมาก สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน
4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้นโดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และการ

คุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ในพื้นที่ตำบลเกาะขนุน อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่ปฏิบัติงานมากกว่า 1 ปี⁽⁸⁾

5. โรคไวรัสโคโรนา - 19 หมายถึงเชื้อไวรัสโคโรนา (CoVs) เป็นไวรัสชนิดอาร์เอ็นเอสายเดี่ยว (single stranded RNA virus) ทำให้มีอาการแสดงในระบบต่างๆ เช่น ระบบทางเดินหายใจ (รวมถึงโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงอาจทำให้เกิดอาการไข้ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ มีน้ำมูก เจ็บคอ ไอ โดยในทารกที่มีอาการรุนแรง อาจมีลักษณะของปอดอักเสบ (Pneumonia) หรือ หลอดลมฝอยอักเสบ (Bronchiolitis) ในเด็กโตอาจมีอาการของหอบหืด (Asthma) ส่วนในผู้ใหญ่อาจพบลักษณะปอดอักเสบ (Pneumonia) หลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic-bronchitis) หรือการกลับเป็นซ้ำของโรคหอบหืดได้ และอาจทำให้เกิดอาการรุนแรงได้มากในผู้สูงอายุหรือผู้ที่ภูมิคุ้มกันบกพร่อง โดยพบการติดเชื้อแบบไม่แสดงอาการได้ในทุกกลุ่มอายุ ระยะฟักตัวของโรคโดยเฉลี่ยประมาณ 2 วัน (อาจมีระยะฟักตัวนานถึง 3 - 4 วัน หรืออาจนานถึง 10 - 14 วัน) วิธีการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัส (Contact) กับสารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจ หรือแพร่กระจายเชื้อจากฝอยละออง น้ำมูก น้ำลาย (Droplet) จากผู้ป่วยที่มีเชื้อโดยการ ไอ หรือจาม จากคนสู่คน⁽¹⁾

วิธีการศึกษา**1. ขั้นเตรียมการ**

1.1 เสนอโครงการวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลเกาะขนุนเพื่อขออนุญาตในการ ดำเนินการวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอน การเก็บ รวบรวมข้อมูล และเตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อการดำเนินการ

1.2 ขออนุญาตกรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา รหัส : PH_CCO_REC032/2565

2. ขั้นดำเนินการ

1.ขั้นเตรียมการการเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินการในกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพอธิบายวัตถุประสงค์ขั้นตอนการวิจัยประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น การเก็บรักษาความลับ และการยกเลิกหรือถอนตัวจากการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในยินยอมหลังจากนั้นจึงทำการเก็บรวบรวมโดยการตอบแบบสอบถามการวิจัย ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะขนุน อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา

2. ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องลงรหัสข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถาม

จากการศึกษาที่ผ่านมาของ ญัฐวรณ คำแสน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของ แบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.81 มาประยุกต์ใช้⁽⁷⁾ แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

เครื่องมือในการวิจัย เป็นแบบสอบถามความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 จำนวน 16 ข้อ แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1) ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 จำนวน 12 ข้อคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด และไม่ทราบ คำตอบที่ถูกต้องให้ 1 คะแนน คำตอบที่ผิด และไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์จำแนก ระดับของคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 0.00-4.00 หมายถึง ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 4.01-8.00 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 8.01-12.00 หมายถึง ระดับมาก

2) ด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 จำนวน 2 ข้อ แบบสอบถามให้ตอบ เห็นด้วยให้ 1 คะแนน ไม่เห็นด้วย และไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์การจำแนก ระดับของคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 0.00 - 1.00 หมายถึง ทัศนคติไม่ดี คะแนนเฉลี่ย 1.01 - 2.00 หมายถึง ทัศนคติดี

3) ด้านพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 มี 2 ข้อ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบ คือ ถ้าปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ ไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน โดยมี เกณฑ์การจำแนก ระดับของคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 0.00-1.00 หมายถึง พฤติกรรมไม่ดี คะแนนเฉลี่ย 1.01-2.00 หมายถึง พฤติกรรมดี

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เพื่อตอบคำถามการวิจัย วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น และตัวแปรตาม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation coefficient) โดยกำหนดค่าระดับความสัมพันธ์จากค่า r ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเกาะขนุน ในอำเภอนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 124 คน พบว่า

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) จำนวน และร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเกาะขนุน อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา (n = 124)

รายการความรู้	M	SD	จำนวน (ร้อยละ)		
			จริง	เท็จ	ไม่ทราบ
ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19					
1. อาการแสดงที่สำคัญของการติดเชื้อ โรคโควิด - 19 คือ ไข้ อ่อนเพลีย ไอแห้ง ปวดเมื่อยตามตัว	0.90	0.27	112 (90.32)	8(6.45)	4(3.23)
2. อาการคัดจมูก น้ำมูกไหล และจาม พบได้น้อยในผู้ที่ติดเชื้อโควิด - 19 ซึ่งอาการเหล่านี้แตกต่างจากโรคไข้หวัด	0.59	0.49	73(58.88)	40(32.25)	11(8.87)
3. ปัจจุบันนี้ยังไม่มีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ แต่การรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากการติดเชื้อได้เร็ว	0.82	0.32	102(82.25)	13(10.49)	9(7.26)
4. ไม่ใช่ทุกคนที่ติดเชื้อโควิด - 19 แล้วจะต้องเข้าสู่ระยะรุนแรงของโรคมียังผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและคนอ้วนที่มีโอกาสที่จะมีอาการรุนแรงจากการติดเชื้อไวรัสโควิด - 19	0.61	0.44	76(61.29)	30(24.20)	18(14.51)
5. การรับประทานและสัมผัสสัตว์ป่า อาจส่งผลให้เกิดการติดเชื้อโควิด - 19	0.72	0.52	90(72.58)	19(15.32)	15(12.10)
6. ผู้ที่ติดเชื้อโควิด - 19 ไม่สามารถจะส่งต่อเชื้อไวรัสให้คนอื่นเมื่อไม่มีอาการไข้	0.31	0.41	38(30.65)	79(63.70)	7(5.65)
7. ไวรัสโควิด - 19 แพร่ผ่านทางละอองฝอยของทางเดินหายใจจากผู้ติดเชื้อ	0.89	0.23	110(88.71)	9(7.25)	5(4.04)
8. ทุกคนสามารถที่จะสวมหน้ากากทางการแพทย์เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด - 19 ได้	0.85	0.10	106(85.48)	11(8.87)	7(5.65)
9. สำหรับเด็กและผู้ใหญ่ตอนต้นไม่จำเป็นต้องสวมหน้ากากเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด - 19	0.28	0.58	35(28.23)	72(58.07)	17(13.70)
10. เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด - 19 แต่ละบุคคลควรหลีกเลี่ยงการออกไปอยู่ในสถานที่ที่มีผู้คนจำนวนมาก เช่น ตลาดนัดและหลีกเลี่ยงการใช้บริการสาธารณะ	0.84	0.12	104(83.88)	10(8.06)	10(8.06)
11. การกักตัวและการรักษาของผู้ที่ติดเชื้อโควิด - 19 เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการลดการแพร่เชื้อโควิด - 19	0.85	0.19	106(85.48)	10(8.06)	8(6.46)
12. คนที่สัมผัสกับผู้ติดเชื้อโควิด - 19 ควรจะมีการกักตัวแยกโรคทันทีในสถานที่เหมาะสม โดยทั่วไประยะเวลาในการกักตัวคือ 14 วัน	0.88	0.09	110(88.71)	12(9.68)	2(1.61)
คะแนนความรู้ในภาพรวม (mean ± SD)			8.54 ± 1.43		

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเกาะขนุน (n = 124) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 อยู่ในระดับมาก (M = 8.54 SD = 1.43) โดยกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 90.32 มีความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงที่สำคัญของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 ได้แก่ ไข้ อ่อนเพลีย ไอแห้ง ปวดเมื่อยตามตัว ร้อยละ 88.71 มีความรู้ว่าการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อโรคโคโรนา - 19 ควรจะมีการกักตัวแยกโรคทันทีในสถานที่ที่เหมาะสม โดยทั่วไประยะเวลาในการกักตัว คือ 14 วัน ร่วมกับมีความรู้ไวรัสโคโรนา - 19 แพร่ผ่านทางละอองฝอย

ของทางเดินหายใจจากผู้ติดเชื้อ ร้อยละ 85.48 มีความรู้ว่าการติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 ได้ ตามลำดับ มีความรู้ที่น้อยที่สุด ร้อยละ 28.23 ในเรื่องเด็กและผู้ใหญ่ตอนต้น ไม่จำเป็นที่ต้องสวมหน้ากากเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 ร้อยละ 30.65 ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 ไม่สามารถจะส่งต่อเชื้อไวรัสให้คนอื่น เมื่อไม่มีอาการไข้ และร้อยละ 58.88 อาการคัดจมูก น้ำมูกไหล และจามพบได้น้อยในผู้ที่ติดเชื้อโรคโคโรนา - 19 ซึ่งอาการเหล่านี้แตกต่างจากโรคไข้หวัด ตามลำดับ ดังแสดงตาราง 1

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) จำนวนและร้อยละของทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเกาะขนุน อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา (n = 124)

รายการทัศนคติ	M	SD	จำนวน(ร้อยละ)		
			เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด - 19					
1. ในที่สุดแล้วโรคโควิด - 19 สามารถถูกควบคุมได้	0.84	0.12	104(83.87)	2(1.61)	18(14.52)
2. ท่านเชื่อมั่นว่าประเทศไทยสามารถเอาชนะโรคโควิด - 19	0.83	0.13	103(83.07)	5(4.03)	16(12.90)
คะแนนทัศนคติในภาพรวม (mean ± SD)	1.67 ± 0.19				

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.87 มีความมั่นใจว่าในที่สุดแล้วโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 จะสามารถถูกควบคุมได้ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.07 มีความเชื่อมั่นว่าประเทศไทยจะสามารถเอาชนะโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 ได้ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 (M = 1.67, SD = 0.19) ดังแสดงตาราง 2

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเกาะขนุน อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา (n = 124)

รายการพฤติกรรม	M	SD	จำนวนและร้อยละ		
			ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ไม่แน่ใจ
1. เมื่อเร็ว ๆ นี้ทำไปในที่มีคนจำนวนมาก	0.20	0.54	25(20.16)	94(75.81)	5(4.03)
2. เมื่อเร็ว ๆ นี้ทำสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน	0.92	0.19	114(91.93)	9(7.26)	1(0.81)
คะแนนพฤติกรรมในภาพรวม (mean ± SD)	1.12 ± 0.47				

ด้านพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20.16 มีพฤติกรรม เมื่อเร็ว ๆ นี้ได้ไปในสถานที่ที่มีบุคคลแออัด และร้อยละ 91.93 มีพฤติกรรมสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้านทุกครั้ง ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 อยู่ในระดับดี (M = 1.12, SD = 0.45) รายละเอียดดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเกาะขนุน อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา (n = 124)

ปัจจัย	พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19	
	r	p
ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา - 19	0.18	0.04
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา - 19	0.19	0.03

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) พบว่า ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเกาะขนุน อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r = 0.18, และ 0.19 ตามลำดับ) รายละเอียด ดังแสดงในตาราง 4

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 มีคะแนนเฉลี่ย 8.54 ซึ่งอยู่ในระดับมาก อาจเป็นผลมาจากการให้ข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลเกาะขนุน หรือจากสื่อสาธารณะต่างๆ เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประทีปจัน(6) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 ความรู้ในระดับสูงจากการศึกษานี้เมื่อพิจารณาในรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยได้แก่ เด็กและผู้ใหญ่ตอนต้น ไม่จำเป็นที่ต้องวัดไข้เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 (M = 0.28)

ผู้ที่ติดเชื้อโควิด - 19 ไม่สามารถจะส่งต่อเชื้อไวรัสให้คนอื่นเมื่อไม่มีอาการไข้ ($M = 0.31$) และอาการคัดจมูก น้ำมูกไหล และจาม พบได้น้อยในผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ซึ่งอาการเหล่านี้แตกต่างจากโรคไข้หวัด ($M = 0.59$) ตามลำดับ ซึ่งในข้อเหล่านี้ หากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเกาะขนุน มีความรู้ในข้อดังกล่าวนี้ย่อมอาจมีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด - 19 ดังนั้นการส่งเสริมให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเกาะขนุน เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด - 19 ในข้อที่พบอย่างชัดเจนถูกต้องในด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ร้อยละ 83.87 มั่นใจว่า ในที่สุดแล้วโรคติดเชื้อไวรัสโควิด - 19 จะถูกควบคุมได้ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.07 เชื่อมั่นว่าประเทศไทยจะสามารถเอาชนะโรคไวรัสโควิด - 19 ได้ในที่สุด อาจเป็นเพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเกาะขนุน เป็นผู้ดำเนินการช่วยเหลือในด้านต่างๆ เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด - 19 จึงทำให้ทราบแนวโน้มการควบคุมโรคโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และจากการได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เน้นย้ำให้มีความเชื่อมั่นต่อการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขที่จะพยายามควบคุมการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด - 19 จึงทำให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเกาะขนุน มีทัศนคติทางบวกต่อการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐวรรณ คำแสน⁽⁷⁾ ส่วนพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด - 19 พบมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด - 19 อยู่ในระดับมากนั้น เนื่องจากค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในระดับมาก รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด - 19 จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด - 19 ด้วยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าประชาชนชาวจีนมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด - 19 เป็นอย่างดีโดยเฉพาะอย่างยิ่งสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้านทุกครั้ง ในช่วงที่มีการระบาดของไวรัสโควิด - 19 ในสาธารณรัฐประชาชนจีน จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าระดับความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ($r = 0.18$, และ 0.19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเกาะขนุน มีความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด - 19 ระดับมาก และทัศนคติที่ดีต่อโรคติดเชื้อไวรัสโควิด - 19 จะส่งผลให้มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด - 19 มากขึ้นด้วย

ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา⁽⁶⁾ ที่พบว่าความรู้ และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 นั่นคือความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างเป็นขั้นตอน โดยความรู้ที่ดี และทัศนคติเชิงบวกของบุคคลย่อมนำไปสู่พฤติกรรมและการปฏิบัติที่ดีที่สุดในที่สุด⁽⁷⁾

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเกาะขนุน และผู้นำชุมชน สถานบริการทางสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ในการควบคุมและป้องกันโรคเพื่อให้เกิดความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีอันจะส่งผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด - 19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไปทำการศึกษาวิจัยในการใช้โปรแกรมที่เป็นสื่อในการให้ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด - 19 แก่กลุ่มผู้นำชุมชนอื่นๆ และมีการรณรงค์ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเกาะขนุน อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา สาธารณสุขอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่ช่วยสนับสนุนให้การศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
2. สุรัชย์ โชคครรชิตไชย. (2563). โควิด-19: การระบาดระลอกใหม่ในประเทศไทยปลายปี 2563. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 10(3), 1-2.
3. บัญชา เกียมณี, สุรัชย์ ธรรมทวีกุล, ญาณพิณิจ วชิรสุรงค์, บดินทร์ชาติ สุขบท, และสมบัติ ทิมทรัพย์. (2563). แนวคิดและทิศทางการแก้ปัญหาโควิด-19. วารสารก้าวหน้าโลกวิทยาศาสตร์, 20(1), 1-12.
4. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). ข้อมูลสำหรับการป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 เอกสารเผยแพร่สำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย.

5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. (2564). รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา. ฉะเชิงเทรา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

6. ญัฐวรณ คำแสน. (2564). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 4 (1),33-47.

7. Suphanburi Public Health Office. Covid 19 situation in Suphanburi[Internet], (2020). [cited 2021 Jan 5]Available from: <http://www.spo.moph.go.th/spo>.

8. Zhong, B. L., Luo, W., Li, H. M., Zhang, Q. Q., Liu, X. G., Li, W. T., & Li, Y. (2020). Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: A quick online cross-sectional survey. International Journal of Biological Sciences, 16(10), 1745-1752. doi: 10.7150/ijbs.4522

ผลการใช้แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด ทางหน้าท้องและความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติ

ปัทมา ยิ้มพงศ์ , พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยพิเศษหลังคลอดแพชเม้งโกร์ ชั้น 7
กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่อง ผลการใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ทดแทนผ้าอนามัยแบบห่วงสำหรับการประเมินการสูญเสียโลหิตในผู้ป่วยผ่าตัดคลอด: การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการประเมินการสูญเสียโลหิตในมารดาที่ผ่าตัดคลอดโดยการใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปแทนผ้าอนามัยแบบห่วงในมารดาหลังผ่าตัดคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่แพทย์นัดมาผ่าตัดคลอดและมารับบริการที่หอผู้ป่วยพิเศษหลังคลอดแพชเม้งโกร์ ชั้น 7 ทุกราย เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 148 คน เครื่องมือที่ใช้การศึกษา ประกอบด้วย (1) แบบบันทึกผลการใช้กระบวนการพยาบาล และ 4T (2) แบบประเมินความพึงพอใจ (3) แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดคลอด (4) แบบบันทึกค่าใช้จ่ายในการทำความสะดวกหรือจัดการขยะปนเปื้อน คุณภาพด้านความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเท่ากับ .80 - 1.00 สำหรับค่าเชื่อมั่นด้วยวิธีของแอลฟาครอนบาคของเครื่องมือชุดที่ (2) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .74 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1. มารดาตั้งครรภ์แพทย์นัดมาอนเพื่อรอผ่าตัดคลอดที่หอผู้ป่วยพิเศษ ชั้น 7 จำนวน 148 ราย และได้รับการดูแลตามแนวทางที่กำหนด 100 % พบมารดาหลังผ่าตัดคลอดตกเลือดหลังคลอด จำนวน 1 ราย คิดเป็น 0.14 %

2. ด้านความพึงพอใจ พบว่า ความพึงพอใจของมารดาหลังผ่าตัดคลอด พยาบาลประจำหอผู้ป่วยหลังคลอด พยาบาลห้องผ่าตัด และวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปแบบเทพในมารดาหลังผ่าตัดคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดโดยมีค่าระหว่าง 72.23 % - 95.25 %

3. ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด พบว่า (3.1) อัตราการตกเลือดหลังคลอดมีค่าเท่ากับ 0.14 (3.2) อัตราการติดเชื้อ CAUTI ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปแบบเทพมีค่าเท่ากับ 0 (< 4 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน) (3.3) อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปแบบเทพมีค่าเท่ากับ 0 (< 2 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน)

4. ด้านค่าใช้จ่ายพบว่า สามารถลดงบประมาณค่าใช้จ่ายสำหรับทำความสะอาดเหลือ 7.30 บาท ต่อ 1 กก.

คำสำคัญ: การสูญเสียโลหิต ผ่าตัดคลอด ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ความพึงพอใจ

Effects of the Practice Guideline for Postpartum Hemorrhage in Maternal Caesarean sections and nurses' Satisfaction with Using the Guideline.

Patama Yimpong, R.N. Obstetrics Gynecology Department
Singburi Hospital, Singburi Province

ABSTRACT

The title of this study is effects of using adult diapers instead of loop tampons for the assessment of blood loss in cesarean section patients: application of nursing procedures. Aim to increase the efficiency of the assessment Blood loss in mothers undergoing caesarean sections using disposable adult diapers instead of loop tampons in mothers after caesarean section in the first 24 hours. The samples were all pregnant women who were scheduled for caesarean section and came to receive services at Luang Por Phae Khemungkaro Special Ward, 7thfl., and was selected by a specific sample of 148 people. The instruments used in the study consisted of (i) Nursing process results record form and 4T (ii) satisfaction assessment form (iii) Complications assessment of caesarean section form (iv) Recording expenses of cleaning or handling contaminated waste form. Content validity by 3 experts with a accuracy index of .80 – 1.00. Alpha Cronbach's reliability statistical significance of the ii tool was .74., and data was analyzed by compute program with descriptive statistics such as frequency, percentage, the results of the study as

follows; (1) Pregnant women, who was appoint to cesarean section at the 7th floor special ward, numbering 148 cases and receiving care according to the guidelines 100 % found that the mother after the cesarean section had postpartum hemorrhage, 1 case, or 0.14 %. (2) The satisfaction of mothers after caesarean section, postpartum wards nurses, the operating room nurses, and the operating room nurses on the use of disposable adult diapers among mothers after cesarean section in the first 24 hours was at the high level was found that at the high level average 72.23 % – 95.25 %. (3) Postoperative complications were found: (3.1) Postpartum hemorrhage rate was 0.14. (3.2) The CAUTI rate among mothers after caesarean section using tape adult diapers was 0 (< 4 times per 1,000 hospital-days). (3.3) The rate of surgical wound infection among mothers after caesarean section using tape disposable adult diapers was 0 (< 2 times per 1,000 hospital-days). (4) The cost was found can reduce the budget for cleaning expenses to 7.30 baht per 1 kg.

Keywords: Blood loss, cesarean section, adult diapers, satisfaction

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage, PPH) คือ ภาวะที่มีเลือดออกปริมาณมากกว่า 500 มิลลิลิตร หลังการคลอดทางช่องคลอดหรือมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร หลังการผ่าตัดคลอด หากเกิดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เรียกว่า early postpartum hemorrhage (Cunningham, Gant, Leveno, Gilstrap, Hauth & Wenstrom, 2014) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มารดาเสียชีวิตมากที่สุด โดยรหัสโรคตามหลักของ ICD - 10 - CM คือ 072.1 จากข้อมูลองค์การอนามัยโลกพบว่า มารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 25 ในทวีปเอเชียพบว่า ร้อยละ 27.1 ของมารดาที่เสียชีวิตเกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด (World Health Organization, 2014) สาเหตุหลักของการตกเลือดมากที่สุดคือ ภาวะหดรัดตัวของมดลูกไม่ดี รองลงมาคือ มีการฉีกขาดของช่องทางการคลอดและมีเศษรกหรือรกค้าง โดยเฉพาะมารดาหลังคลอดในระยะ 24 ชั่วโมงแรก อาจเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดและมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น Shock (WHO, 2012) ดังนั้นการประเมินสาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงมารดาหลังคลอดตามหลัก 4T ได้แก่ Tone, Trauma, Tissue, Thrombin (Perry et al, 2010; Su 2012; Murray and McKinney, 2014) โดยเฉพาะการประเมิน ปริมาณการสูญเสียเลือดภายใน 2 ชั่วโมงหลังคลอด แผนกหรือหน่วยงานหรือหอผู้ป่วยที่ดูแลมารดาหลังคลอดจำเป็นต้องตระหนักถึงการวัดปริมาตรเลือดที่สูญเสียให้เกิดความเที่ยงตรงมากที่สุดจึงจะสามารถป้องกันภาวะการตกเลือดหลังคลอดได้ (ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ, 2560) ในช่วงที่ผ่านมาหอผู้ป่วยพิเศษหลวงพ่อแพะหมังกโรชั้น 7 โรงพยาบาลสิงห์บุรี เป็นหอผู้ป่วยที่ให้บริการดูแลรักษาพยาบาลแก่มารดาหลังคลอดทารกแรกเกิด สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนและสตรีที่มีความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์ โดยให้บริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและฟื้นฟูแก่ผู้รับบริการแบบองค์รวม ตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน เกิดความพึงพอใจในบริการรวมทั้งวางแผนส่งต่อ และติดตามเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นประชาชนในพื้นที่เขตจังหวัดสิงห์บุรี ที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายและจังหวัดใกล้เคียง โดยมีกลุ่มผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นมารดาหลังคลอด ซึ่งในปีงบประมาณ 2562 พบว่า มีมารดามากลอดที่โรงพยาบาลสิงห์บุรีจำนวน 1,132 ราย เป็นมารดาคลอดปกติจำนวน 509 ราย (44.96%) และผ่าตัดคลอดจำนวน 622 ราย (54.95%) ใช้เข็มคลอดจำนวน 1 ราย (0.09%) โดยมารดาหลังคลอดที่รับบริการในหอผู้ป่วยพิเศษหลวงพ่

แพะหมังกโรชั้น 7 ทั้งหมดจำนวน 588 ราย เป็นมารดาคลอดปกติจำนวน 189 ราย (32.14%) และมารดาผ่าตัดคลอดจำนวน 399 ราย (67.86%) มีมารดาหลังคลอดที่มารับบริการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ภาวะตกเลือดหลังคลอด สำหรับในปีงบประมาณ 2562 พบมารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ราย (0.34% เป็นมารดาหลังคลอดปกติ 1 ราย และเป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอด 1 ราย) ซึ่งขณะมีภาวะตกเลือดจากการมีก้อนลิ่มเลือด (Blood Clot) ตกค้างในมดลูก ซึ่งทำให้ไม่สามารถคำนวณปริมาณเลือดที่ออกได้อย่างเที่ยงตรง ส่งผลต่อการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดของมารดาหลังคลอดและอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ทำให้เกิดปัญหาในด้านต่างๆ ดังนี้ (1) ด้านการรายงานปริมาณการสูญเสียเลือดในห้องผ่าตัดและแรกรับของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ การรายงานปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดของแพทย์และวิสัญญีพยาบาลไม่ตรงกัน การรายงานปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดของหน่วยงานแรกรับจาก OR ใช้การคาดคะเน ไม่มีการชั่ง ตวง วัด ซึ่งมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย (2) ด้านผู้ป่วย ได้แก่ ในมารดาที่มีน้ำหนักมากไม่สามารถใส่ผ้าอนามัยแบบห่วงได้แผนกห้องผ่าตัดใช้วิธีการพับผ้าวางตามยาวและนำไปใส่ห่อขามารดาหลังผ่าตัดคลอดเพื่อซับเลือดที่ออกจากช่องคลอดทำให้การคาดคะเนปริมาณเลือดที่สูญเสียได้ไม่ตรงตามความเป็นจริง ในรายที่มารดาน้ำหนักมากเมื่อใส่ผ้าอนามัยแบบห่วงส่วนใหญ่พบว่า สายรัดจะไปรัดบริเวณบาดแผล ทำให้มารดาเจ็บแผล หากพลิกตะแคงตัวบ่อยๆ เพื่อเปลี่ยนผ้าอนามัยทำให้มารดาเกิดความเจ็บปวด ปัจจัยความเสี่ยงด้านมารดาเอง เช่น ครรภ์แฝด การหดรัดตัวของมดลูก เป็นต้น (3) ด้านค่าใช้จ่าย ได้แก่ การสิ้นเปลืองผ้าวางเมื่อแรกรับผู้ป่วย (ใช้ 1 - 2 ผืนเมื่อแรกรับ) การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการซักผ้าเปื้อนเลือดรวมทั้งต้นทุนแฝงต่างๆ เช่น ค่าแรง การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายถุงมือ Disposable ในการเปลี่ยนผ้าอนามัยแต่ละครั้ง (4) ด้านความเสี่ยงของการติดเชื้อ ได้แก่ ความเสี่ยงของเจ้าหน้าที่ต่อการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของมารดา ความเสี่ยงของญาติต่อการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของมารดา เป็นต้น หอผู้ป่วยพิเศษหลวงพ่อแพะหมังกโรชั้น 7 ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงหาแนวทางในการการพัฒนาเพื่อคำนวณปริมาณเลือดมารดาหลังผ่าตัดคลอดให้เที่ยงตรงมากยิ่งขึ้นโดยการใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปแทนผ้าอนามัยแบบห่วงหรือการใช้ผ้าวางใส่ห่อขาเพื่อซับเลือดที่ออกจากช่องคลอดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดใน 24 ชั่วโมง ร่วมกับการประเมินมารดาหลังคลอดตามหลัก 4T เพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ภายใต้การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ประกอบด้วย

5 ขั้นตอน ได้แก่ การวินิจฉัยและการกำหนดปัญหาทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ทั้งนี้ นำผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปมาประยุกต์ใช้แทนผ้าอนามัยแบบห่วง หรือการใช้ผ้าขวางใส่หว่างขาเพื่อซับเลือดที่ออกจากช่องคลอด ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดใน 24 ชั่วโมง ร่วมกับการประเมินมารดาหลังคลอดตามหลัก 4T เพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

วัตถุประสงค์ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ประเมินการสูญเสียเลือดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดได้เที่ยงตรงตามหลัก 4T
2. ศึกษาความพึงพอใจของมารดาหลังคลอด พยาบาลห้องผ่าตัด วิทยาลัยพยาบาล พยาบาลประจำหอผู้ป่วยหลังคลอด ที่มีต่อผลของการพัฒนางานบริการด้านพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ด้วยการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย การวินิจฉัยและกำหนดปัญหาทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล
3. ลดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น การตกเลือด อัตราการติดเชื้อของแผลผ่าตัด อัตราการติดเชื้อ CAUTI
4. ลดค่าใช้จ่าย เช่น ค่าใช้จ่ายสำหรับการทำความสะอาดผ้าเบื่อน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้มีประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์ที่แพทย์นัดมาผ่าตัดคลอดและมารับบริการที่หอผู้ป่วยพิเศษหลังคลอดแพชเม้งกร์ชั้น 7 ทุกราย เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 148 คน สำหรับเกณฑ์การคัดออกคือ ผู้รับบริการที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้การศึกษา ประกอบด้วย แบบบันทึกผลการใช้กระบวนการพยาบาล และ 4T แบบประเมินความพึงพอใจ แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดคลอด แบบบันทึกค่าใช้จ่ายในการทำความสะอาดหรือจัดการขยะปนเปื้อน

วิธีดำเนินการศึกษา

คณะผู้ศึกษาได้ทำการทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นภายในหอผู้ป่วยในเรื่อง การดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดการวางแผนการ

และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แนวคิดและวิธีการศึกษาโดยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน มาพัฒนาการบริการที่มุ่งเน้นการป้องกันภาวะตกเลือดของมารดาหลังคลอดแบบผ่าตัด ดำเนินการสร้างเครื่องมือในการวิจัยและเครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการศึกษา การขออนุญาตจากโรงพยาบาลสิงห์บุรีเพื่อดำเนินการทดลองในนวัตกรรม และเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบโดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

สรุปผลการศึกษา

1. มารดาตั้งครรภ์ที่แพทย์นัดมาอนเพื่อรอผ่าตัดคลอดที่หอผู้ป่วยพิเศษ ชั้น 7 จำนวน 148 ราย และได้รับการดูแลตามแนวทางที่กำหนด 100 % พบว่า มีเพียงมารดาหลังผ่าตัดคลอดตกเลือดหลังคลอด จำนวน 1 ราย คิดเป็น 0.14 %
2. ด้านความพึงพอใจ พบว่า ความพึงพอใจของมารดาหลังผ่าตัดคลอด พยาบาลประจำหอผู้ป่วยหลังคลอด พยาบาลห้องผ่าตัด และวิทยาลัยพยาบาลต่อการใช้อยู่สำเร็จรูปแบบเทปในมารดาหลังผ่าตัดคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดโดยมีค่าระหว่าง 72.23% – 95.25%
3. ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด พบว่า (1) อัตราการตกเลือดหลังคลอดมีค่าเท่ากับ 0.14 (2) อัตราการติดเชื้อ CAUTI ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ใช้อยู่สำเร็จรูปแบบเทปมีค่าเท่ากับ 0 (< 4 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน) (3) อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ใช้อยู่สำเร็จรูปแบบเทป มีค่าเท่ากับ 0 (< 2 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน)
4. การลดค่าใช้จ่าย ผลการศึกษาพบว่า สามารถลดในการทำมาสะอาด 7.30 บาทต่อ 1 กก. จากราคา 15.44 บาท/กก. เหลือเพียงราคา 8.10 บาท/กก.

การอภิปรายผล

1. มารดาตั้งครรภ์ที่แพทย์นัดมาอนเพื่อรอผ่าตัดคลอดที่หอผู้ป่วยพิเศษ ชั้น 7 จำนวน 148 ราย และได้รับการดูแลตามแนวทางที่กำหนด 100 % พบว่า มีเพียงมารดาหลังผ่าตัดคลอดตกเลือดหลังคลอด จำนวน 1 ราย คิดเป็น 0.14% เนื่องจากการเกิดภาวะ Internal Bleeding ในมดลูก OS ปิด มีเลือดออกขณะผ่าตัดคลอด 600 ml. และที่หอผู้ป่วย

มีเลือดออกทางช่องคลอดเพิ่มอีก 260 ml. มารดาหลังคลอดหน้ามดลูกจะเป็นลม มดลูกแข็งลอยตัวอยู่เหนือระดับสะดือมีอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดมดลูกพบว่า มีเลือดออกและค้างอยู่ในโพรงมดลูก จากปัญหาที่พบดังกล่าวมีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยเมื่อกลับจากห้องผ่าตัด ดังต่อไปนี้

1.1 การวินิจฉัย

ข้อมูลพื้นฐาน : การประเมินสัญญาณชีพ การประเมินแผลผ่าตัด ประเมินปริมาณเลือดที่ผู้ป่วยสูญเสีย ระดับความรู้สึกตัว ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของมารดาหลังผ่าตัดคลอดอย่างละเอียด มีการปรับรูปแบบบันทึก 3 ครั้ง

1.2 การกำหนดปัญหา

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะการตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด

1.3 การวางแผนการพยาบาล

(1) วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อป้องกันภาวะการตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด

(2) เกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล : สัญญาณชีพของผู้ป่วยปกติ แผลผ่าตัดไม่มีภาวะ active bleeding ระดับความรู้สึกตัวเป็นปกติ ปริมาณเลือดที่ผู้ป่วยสูญเสียภายหลังการผ่าตัดคลอดไม่เกิดปริมาณผิดปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของมารดาหลังผ่าตัดคลอด

1.3 การปฏิบัติการพยาบาล

(1) วัดสัญญาณชีพตามแนวปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยที่มีระดับความเสี่ยงในแต่ละกลุ่ม จนกระทั่งอยู่ในระดับปกติสม่ำเสมอ

(2) วัดระดับความรู้สึกตัวภายหลังการผ่าตัดคลอด ทุก 1 ชั่วโมง จนกระทั่งระดับความรู้สึกตัวปกติและคงที่

(3) สังเกตและประเมินปริมาณเลือดที่สูญเสียทางช่องคลอดโดยใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปแบบกาวที่ประยุกต์และพัฒนาขึ้นทุก ๆ 1 ชม. จนกระทั่งไม่พบความผิดปกติ

(4) ให้อาหารและสารน้ำตามแผนการรักษา

(5) หากเกิดภาวะฉุกเฉินหรืออาการทางคลินิกที่ผิดปกติ เช่น การตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดให้ปฏิบัติการพยาบาลอย่างเร่งด่วนตามแนวทางของแผนการรักษาที่กำหนดไว้โดยสูตินรีแพทย์

(6) จัดการและดูแลสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมสำหรับการให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดพักผ่อนอย่างเต็มที่

1.4 การประเมินผลการพยาบาล

(1) วัดสัญญาณชีพทุกค่าอยู่ในระดับปกติ สม่าเสมอ
(2) วัดระดับความรู้สึกตัวเป็นปกติ (GCS = 15)
(3) ไม่พบความผิดปกติของปริมาณเลือดที่สูญเสียทางช่องคลอดและแผลผ่าตัด

(4) ได้รับยาและสารน้ำตามแผนการรักษา

(5) ไม่เกิดภาวะฉุกเฉินหรืออาการทางคลินิกที่ผิดปกติ เช่น การตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดให้ปฏิบัติการพยาบาลอย่างเร่งด่วนตามแนวทางของแผนการรักษาที่กำหนดไว้โดยสูตินรีแพทย์

(6) ผู้ป่วยได้รับการจัดการและดูแลสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมสำหรับการพักผ่อน

2. ด้านความพึงพอใจ พบว่า (2.1) ความพึงพอใจของมารดาหลังผ่าตัดคลอดต่อการใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปแบบเทปในมารดาหลังผ่าตัดคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็น 7.24% ในระดับมากคิดเป็น 92.76% (2.2) ความพึงพอใจของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหลังคลอดต่อการใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปแบบเทปในมารดาหลังผ่าตัดคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก อยู่ในระดับมากคิดเป็น 4.75 % และระดับมากที่สุด คิดเป็น 95.25 % (2.3) ความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อการใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปแบบเทปในมารดาหลังผ่าตัดคลอดอยู่ในระดับมากคิดเป็น 10.7 % และระดับมากที่สุด คิดเป็น 89.30 % (2.4) ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปแบบเทปในมารดาหลังผ่าตัดคลอด อยู่ในระดับมากคิดเป็น 27.77 % และระดับมากที่สุดคิดเป็น 72.23 % เนื่องจากปัจจุบันผ้าอ้อมสำเร็จรูปแบบเทปมีความมีความสามารถในการซึมซับของเหลวหรือน้ำได้มากกว่ากับน้ำ 8 แก้ว อายุการใช้งานยาวนานโดยใส่ได้ถึง 8-12 ชั่วโมง มีสารป้องกันการระคายเคืองไม่ก่อให้เกิดผดผื่นได้ง่าย คุณสมบัติต่างๆ เหล่านี้มีผลให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ใช้โดยเฉพาะความสะดวกสบาย การใช้งานที่ง่าย และความสามารถในการซึมซับของเหลวเช่น เลือด ทำให้สะดวกแก่การนำไปชั่งน้ำหนักเพื่อกำหนดปริมาณเลือดที่ผู้ป่วยสูญเสียในทางตรงกันข้ามพบว่า การนำผ้าอ้อมสำเร็จรูปแบบเทปไปชั่งน้ำหนักควรทำในขณะที่ผ้าอ้อมยังเปียกชื้นจะได้น้ำหนักหรือปริมาณเลือดที่สูญเสียตามความเป็นจริง ทำให้เกิดแนวปฏิบัติการตรวจสอบและคำนวณปริมาณเลือดภายหลังการผ่าตัดคลอดโดยใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปแบบเทปเมื่อเกิดการซึมซับเลือดที่สูญเสียจากตัวผู้ป่วยควรทำการชั่งทันทีหรือทุกครั้งที่มีการซึมซับของเลือดที่ออก การนำผ้าอ้อมไปทำการชั่งน้ำหนักไม่ควรนานเกิน 15 นาทีหรือไม่ควรจนกระทั่งผ้าอ้อมเริ่มแห้ง ปัจจุบันมีผลการศึกษาที่พบว่ามีความสัมพันธ์ที่สำคัญ 5 ประการของผ้าอ้อมสำหรับผู้ใหญ่ที่ควรพิจารณาเลือกใช้ ประกอบด้วย (1) ความสามารถในการดูดซับ (2) วิธีการสวมใส่ (3) ขนาดของผ้าอ้อม (4) การป้องกันกลิ่นไม่พึงประสงค์ (5) วัสดุระบายอากาศได้ดี ป้องกันการระคายเคืองต่อผิว จากผลการศึกษาของรัตนภรณ์ มาสแสง (2562) ที่พบว่า คุณลักษณะของผ้าอ้อมสำเร็จรูปแบบเทปที่มีความสามารถในการซึมซับได้นาน

ป้องกันการรั่วซึม ปลอดภัยไร้สารเคมี ผลลัพธ์ที่สวมใส่สบาย ถนอมผิว ผิวสัมผัสอ่อนโยน ไม่ระคายเคือง เป็นสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญมากในการตัดสินใจเลือกซื้อและใช้ จากผลการศึกษาของจิรนนท์ แสนนิล (2564) พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นาฬิกาปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ใน 24 ชั่วโมงแรกแบบใหม่และแบบเดิมพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติใหม่ มีค่าเฉลี่ยคะแนน ค่าเฉลี่ย 4.46 ($SD = 0.26$) และสูงกว่าความพึงพอใจตามแนวปฏิบัติเดิมที่มีค่าเฉลี่ย 3.78 ($SD = 0.17$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.08, p < .001$) สามารถอธิบายได้ว่าในการพัฒนาแบบใหม่ พยาบาลมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนา และเห็นผลของการใช้นาฬิกาปฏิบัติแบบใหม่ เมื่อนำไปปฏิบัติจึงเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยเป็นผลให้เกิดความพึงพอใจที่มีต่อสิ่งที่ตนเองมีส่วนพัฒนาเพื่อนำมาประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยโดยตรง พยาบาลจึงเป็นบุคคลสำคัญยิ่งในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเพราะเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับมารดาตลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด ดังนั้นจึงต้องมีความรู้และทักษะในการดูแล โดยเฉพาะการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด และการที่มีแนวทางการนำผ้าอ้อมสำเร็จรูปมาประยุกต์ใช้ ก็เป็นอีกกลยุทธ์หนึ่งที่ถูกนำมาใช้เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดได้

3. ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด พบว่า (1) อัตราการตกเลือดหลังคลอดมีค่าเท่ากับ 0.14 (2) อัตราการติดเชื้อ CAUTI ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปแบบเทปมีค่าเท่ากับ 0 (< 4 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน) (3) อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูป มีค่าเท่ากับ 0 (< 2 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน เพราะภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้รับการติดตามและประเมินตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดอย่างเคร่งครัด ได้แก่ ประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมการเกิดการตกเลือดหลังคลอด โดยจำแนกตามกลุ่มดังนี้ (จิรนนท์ แสนนิล, 2564)

(1) กลุ่มเสี่ยงต่ำ ประกอบด้วย การบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที x 4 ครั้ง ทุก 30 นาที x 2 ทุก 1 ชม. x 2 และ ทุก 4 ชม. การประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 1 ชม. x 2 ครั้ง และทุก 4 ชม. การสังเกตเลือดที่ออกทางช่องคลอด ทุก 1 ชม. X 2 ครั้งและทุก 4 ชม. การให้สารน้ำที่มียากระตุ้นการหดตัวของ มดลูก 100-120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง การประเมินลักษณะและจำนวนปัสสาวะทุก 4 ชม. การกระตุ้นทารกคุดนมมารดาทุก 2 ชม.

(2) กลุ่มเสี่ยงปานกลาง ประกอบด้วย การบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที x 4 ครั้ง ทุก 30 นาที x 2 ทุก 1 ชม. x 2 จน stable และทุก 4 ชม. การประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที x 4 ครั้ง จน stable และทุก 4 ชม. การสังเกตเลือดที่ออกทางช่องคลอด ทุก 30 นาที x 4 ครั้ง และทุก 4 ชม. การให้สารน้ำที่มียากระตุ้นการหดตัวของมดลูก 100-200 มิลลิลิตร/ชั่วโมง การประเมินลักษณะและจำนวน ปัสสาวะทุก 4 ชั่วโมง การกระตุ้นทารกคุดนมมารดาทุก 2 ชม.

(3) กลุ่มเสี่ยงสูง ประกอบด้วย การจัดให้นอนใกล้เคาน์เตอร์พยาบาลหรือมีพยาบาลดูแลใกล้ชิด การบันทึกสัญญาณชีพทุก 5-15 นาที x 4 ครั้ง ทุก 30 นาที x 2 ทุก 1 ชม. X 2 จน Stable และทุก 4 ชม. การประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 15 นาที x 4 ครั้ง ทุก 30 นาที x 2 และทุก 4 ชม. การสังเกตเลือดที่ออกทางช่องคลอด ทุก 30 นาที x 4 ทุก 1 ชม. X 2 ครั้งและทุก 4 ชม. ถ้ามี Active bleeding ให้เฝ้าระวังภาวะช็อก การให้สารน้ำที่มียากระตุ้นการหดตัวของมดลูก 120-240 มิลลิลิตร/ชั่วโมง การประเมินลักษณะและจำนวนปัสสาวะทุก 4 ชม. การ observe bleeding ทุก ๆ 15 นาที จนครบกำหนด 2 ชั่วโมงภายหลังการผ่าตัดคลอด

นอกจากนี้การนำผ้าอ้อมผู้ใหญ่ผ่านการทำความสะดวกแบบไร้เชือกก่อนนำมาใช้กับผู้ป่วย ทำให้ไม่เกิดการติดเชื้อใดๆ เกิดขึ้น การปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งกระตุ้นผู้ป่วยให้สามารถทำ Hygiene care ด้วยตนเองภายใน 24 ชั่วโมงภายหลังผ่าตัดคลอด การประเมินอาการปวดแผล กอปรกับเทคโนโลยีในการผ่าตัดในปัจจุบันมีการพัฒนาก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ทำให้ผลแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดลดน้อยลงเป็นอย่างมาก

4. การลดค่าใช้จ่าย ผลการศึกษาพบว่า สามารถลดในการทำความสะดวก 7.30 บาทต่อ 1 กก. จากราคา 15.44 บาท/กก. เหลือเพียงราคา 8.10 บาท/กก. เนื่องจากการใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปสำหรับผู้ใหญ่เมื่อคำนวณค่าใช้จ่ายภายหลังจากผ่านการใช้ในการรองซับเลือดแล้วถือว่าขยะติดเชื้อสามารถส่งทำลายรวมกับขยะติดเชื้ออื่นๆ ทำให้ต้นทุนด้านค่าใช้จ่ายสำหรับการทำความสะอาดหรือทำลายทิ้งลดลงเป็นอย่างมาก ทั้งนี้จะแตกต่างค่าใช้จ่ายสำหรับการใช้ผ้าอนามัยแบบสอดเพื่อการซับเลือดที่มีราคาต้นทุนที่สูงกว่า และการนำผ้าปูที่นอน และผ้าขาวแดงที่เปื้อนเลือดไปซักกรดที่ต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายมากกว่าปกติ

บรรณานุกรม

จิรนนท์ แสนนิล. (2564). พัฒนาแนวปฏิบัติ เพื่อป้องกันการตกเลือดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ใน 24 ชั่วโมงแรก ในหอผู้ป่วยพิเศษน้ำไขภ. วารสาร โรงพยาบาลนครพนม, 8(3), 37 – 49.

ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. (2560). การตกเลือดหลังคลอด : บทบาทสำคัญของพยาบาล. วารสารสมาคม สถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 6(2), กรกฎาคม-ธันวาคม.

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล. (2557). การป้องกันตกเลือดใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด: บทบาทผดุงครรภ์. วารสารพยาบาล ศาสตร์และสุขภาพ, 37(2), 155-162.

รัตนภรณ์ มาสแสง. (2562). กลยุทธ์ทางการตลาด ของผลิตภัณฑ์เด็กประเภทผ้าอ้อมสำเร็จรูปในเขต กรุงเทพมหานคร. (สารนิพนธ์ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต, วิทยาลัยการจัดการมหาวิทยาลัยมหิดล).

ACOG educational bulletin. Postpartum hemorrhage. (2020). American College of Obstetricians and Gynecologists. Available online December 22, 2020 from <https://www.https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9622181/>.

World Health Organization. (2012). WHO Recommendation for Prevention and Treatment of Postpartum Hemorrhage. Italy: WHO Library cataloguing-in-Publication data.

World Health Organization. UNICEF. (2014). Trend in Maternal mortality: 1990 – 2013: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA. The World Bank and the United Nations Population Division: Available online December 22, 2020 from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/978924150226_eng.pdf?ua=1.

Murray, S. S. and McKinney, E. S. (2014). Pain Management during childbirth. Foundation of Maternal-Newborn and Woman,s Health Nursing. (6th ed)., (pp.278-282). United State of America: Saunders Elsevier.

Perry, E., Hockenberry, M.J., Lowdermilk, D.L. and Winson, D. (2010). Postpartum complications. Maternal Child Nursing Care. (4 th ed.) Canada: Mosby Elsevier: pp.576-585.

Su, C.W. (2012). Postpartum Hemorrhage. Available online December 22, 2020 from <https://primarycare.theclinics.com>.

การพยาบาลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหลายระบบ ที่ศีรษะ ทรวงอก ช่องท้อง

พรเพ็ญ จันทอร

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลผู้ป่วยหนัก)
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

บทนำ

การบาดเจ็บหลายระบบเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็วจากระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบประสาททำงานล้มเหลว อย่างเฉียบพลัน หรือจากการติดเชื้อ (นวลทิพย์ ธีระเดชากุล, นุชศรา พรหมชัย และ นงลักษณ์ พลแสน, 2561) สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บเสียชีวิตคือ การเสียเลือดอย่างรุนแรง และทางเดินหายใจอุดตัน การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ และสมองได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง เป้าหมายในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบคือการช่วยให้รอดชีวิต ซึ่งต้องทำโดยเร็วที่สุด (ปัทมดา เสนะคุณ, 2564) ด้วยการประเมินสภาพให้การรักษาเบื้องต้นอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (วิจิตรา กุศลภรณ์ และคณะ, 2556) จากข้อมูลด้านการรักษาผู้ป่วยของกลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร พบมีผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบระหว่างปี พ.ศ. 2562-2564 จำนวน 562 ราย 438 ราย และ 420 ราย ตามลำดับ ซึ่งจัดอยู่ 1 ใน 5 โรคที่พบได้บ่อยในกลุ่มงานศัลยกรรม ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร ที่พบบ่อยได้แก่ การได้รับบาดเจ็บร่วมกันกับการบาดเจ็บที่ศีรษะ ทรวงอก และช่องท้อง จากข้อมูลกลุ่มงานศัลยกรรมพบการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นการบาดเจ็บที่พบเป็นลำดับต้นๆ และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต รองลงมาคือ การบาดเจ็บช่องท้องและทรวงอก จะเห็นได้ว่าการบาดเจ็บหลายระบบทำให้เกิดผลกระทบกับผู้ป่วยทั้งด้านสุขภาพ และค่าใช้จ่าย พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดตั้งแต่แรกเริ่มในระยะวิกฤตจนถึงการดูแลในระยะพักฟื้น หลังผ่าตัดในหอผู้ป่วย ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมจึงจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในระยะวิกฤต สามารถประเมินความผิดปกติเร่งด่วนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต เพื่อแก้ไขปัญหาพร้อมกับบุคลากรในทีมสุขภาพได้อย่างทันท่วงที และมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้ผู้ป่วยผ่านพ้น

ระยะวิกฤตไปได้อย่างปลอดภัย เพิ่มโอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วย ช่วยลดความพิการและภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

พยาธิสภาพ

การบาดเจ็บหลายระบบ (Multiple Trauma) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรง และมี Associated Injury ที่รุนแรง อีกอย่างน้อย 1 หรือ 2 body region และอาจมี Traumatic Shock หรือ Hemorrhagic Hypotension และมีการเปลี่ยนแปลงใน Vital Function Of The Organism อันใดอันหนึ่ง การบาดเจ็บหลายระบบ อาจมีอาการ และอาการแสดงในอวัยวะต่างๆ ดังนี้ (ไสว นรสาร, 2563)

1. การบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง อันตรายที่เกิดขึ้นเมื่อมีแรงภายนอกมากระทบที่ศีรษะ ทำให้มีการบาดเจ็บที่ส่วนต่าง ๆ ของศีรษะ ได้แก่ หนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมองและหลอดเลือดภายในกะโหลกศีรษะอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างรวมกัน ในการรักษาพยาบาลใช้เกณฑ์ในการจำแนกความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะตามความรุนแรงทางคลินิก โดยใช้แบบประเมิน Glasgow Coma Scale (GCS) ร่วมกับการซักประวัติการเกิดอุบัติเหตุและกลไกการบาดเจ็บ ตั้งแต่แรกเริ่มที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หรือจากจุดเกิดเหตุ Glasgow Coma Scale (GCS) เป็นการประเมินพฤติกรรม 3 ด้าน คือ การลืมตา การพูด และการเคลื่อนไหว นำคะแนนทั้งสามด้านมารวมกัน จะมีค่าคะแนน 3-15 คะแนน สามารถนำมาใช้เป็นเกณฑ์ในการจำแนกความรุนแรง ได้แก่ ระดับรุนแรง (Severe Head Injury) 3 - 8 คะแนน ระดับปานกลาง (Moderate Head Injury) 9 -12 คะแนน และระดับ (Mild Head Injury) 13 -15 คะแนน

Subdural hematoma : (SDH) เป็นภาวะที่มีเลือดออกใน Subdural space ซึ่งเป็น potential space เช่นเดียวกัน อยู่ระหว่าง dura mater และ outer arachnoid layer ภาวะนี้เกิดจากการฉีกขาดของ bridging vein โดยเมื่อศีรษะได้รับการกระทบจะทำให้สมองซึ่งลอยอยู่ใน cerebrospinal fluid เคลื่อนที่ไปมาอยู่ภายในกะโหลก ส่งผลให้ arachnoid ซึ่งอยู่ติดกับสมอง และ dura ซึ่งอยู่ติดกับกะโหลกศีรษะ

มีการเลื่อนออกจากกันและทำให้มีการฉีกขาดของ bridging vein ซึ่งอยู่ระหว่าง 2 ชั้นนี้ ในภาวะ acute subdural hematoma ผู้ป่วยมักจะมีอาการภายใน 48 ชั่วโมง เนื่องจากภาวะนี้เป็นเลือดที่ออกจากหลอดเลือดดำจึงสามารถหยุดเองได้ นอกจากนี้อาจเกิดกระบวนการ organization of hematoma ตามมาคือ มีการสร้าง granulation tissue และเนื้อเยื่อเกี่ยวพันขึ้นมาแทนที่ เรียกว่า chronic subdural hematoma ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจมีเลือดออกซ้ำซ้อนได้บ่อยจากหลอดเลือดใน granulation tissue

ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased intracranial pressure) หมายถึง การเพิ่มขึ้นของความดันของน้ำไขสันหลัง (cerebral-spinal fluid, CSF) โดยวัดในท่านอนมีค่ามากกว่า 200 มิลลิเมตรน้ำ (mmH₂O) สาเหตุเกิดจากการเพิ่มขึ้นอย่างผิดปกติของเนื้อสมอง หรือการเพิ่มขึ้นของปริมาณเลือดในสมอง หรือน้ำไขสันหลังมีปริมาณมากขึ้น ตัวอย่างเช่น generalized brain edema ภาวะที่มีก้อนผิดปกติภายในกะโหลกศีรษะ (mass effect) เช่น เนื้องอก ก้อนหนอง หรือภาวะเลือดออก (intracerebral hemorrhage) อาการทางคลินิกของผู้ป่วยที่มีความดันภายในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นกับระยะเวลา ถ้าความดันเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ มักจะไม่ค่อยมีอาการเนื่องจากร่างกายมีการปรับตัวได้ทัน แต่ถ้าเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจะทำให้มีอาการ ปวดศีรษะ อาเจียน จากการกระตุ้นศูนย์การอาเจียนใน medulla oblongata ประสาทตาบวม (papilledema) จากความบวมพร่งของการไหลเวียนของ axon การเพิ่มขึ้นของความดันภายในกะโหลกศีรษะอาจทำให้มีการเคลื่อนของสมองไปกดกับส่วนของ dural fold คือ falx และ tentorium เกิดเป็นภาวะ herniation ตามมา

อาการ และอาการแสดง : ระดับความรู้สึกตัวลดลง หรือเปลี่ยนแปลงไป ชีพจร ปวดศีรษะ รูปร่างตาตอบสนองต่อแสงช้าลง รูปร่างเปลี่ยนจากกลมเป็นรี 2 ข้างมีขนาดไม่เท่ากัน แขนขาอ่อนแรงการรับรู้รู้สึกลดลง อาเจียนพุ่ง โดยไม่มีคลื่นไส้ มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ 3 อย่าง Cushing's triad ได้แก่ มีการเพิ่มขึ้นของ Systolic blood pressure มี pulse pressure กว้างขึ้น ชีพจรช้าลง หายใจช้าลึกและไม่สม่ำเสมอ

การรักษา

1. Endotracheal intubation with restriction of cervical spine motion
 - ในรายที่ไม่ได้ใส่ ET tube ให้ Oxygen supplement ด้วย mask with bag 10 LPM

2. Controlled ventilation
 - ควบคุมอัตราการหายใจให้อยู่ในช่วง 10-14 ครั้ง ไม่ควรทำ Prophylaxis hyperventilation
3. Intravenous fluid infusion
 - ให้เป็น Crystalloid solution เช่น Normal saline, Ringer Lactate solution หรือ Acetate
4. Medication
 - Mannitol, Furosemide, Antibiotics และ Antiepileptic drug

5. การรักษาด้วยการผ่าตัด

5.1 Acute SDH : มักต้องผ่าตัด craniectomy ในรายที่ไม่ทำตามสิ่ง, brain swelling, midline shift > 0.5 cm และ neurological deficit

5.2 Thin layer SDH : คือก้อนเลือดหนาไม่เกิน 3 mm และไม่มี midline shift ให้รักษาโดย conservative treatment , close observation และพร้อมผ่าตัดถ้าแย่ลง

2. การบาดเจ็บที่ทรวงอก (Chest injury) หรือบาดเจ็บทรวงอก (Chest trauma หรือ Chest injury หรือ thoracic injuries) หมายถึง ภาวะที่ผนังทรวงอกและอวัยวะที่อยู่ภายในทรวงอกได้รับบาดเจ็บจากแรงภายนอก ที่มากระทำต่อทรวงอก

อาการ และอาการแสดง : เจ็บแน่นหน้าอก หายใจเหนื่อย หายใจลำบาก ไอเป็นเลือด ภาวะที่มีผลต่อการหายใจของผู้ป่วยที่พบบ่อยได้แก่ tension pneumothorax, open pneumothorax และ flail chest with pulmonary contusion อัตราการหายใจที่มากกว่า 20 ครั้งต่อนาที เป็นสัญญาณเตือนถึงว่าอาจจะมีปัญหาในระบบการหายใจของผู้ป่วย

การวินิจฉัยโรค : จากการตรวจร่างกาย ฟัง Breath Sound พบเสียงลมไม่เท่ากัน 2 ข้าง หรือเบากว่าปกติ คลำพบ Subcutaneous Emphysema และจากการตรวจ Film Chest

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลมและมีเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด:

1. ฝักระวัง สังเกตและประเมินอาการอย่างใกล้ชิด ถ้ามีอาการหรืออาการแสดงที่ผิดปกติ รีบรายงานแพทย์
2. บันทึกสัญญาณชีพอย่างสม่ำเสมอ
3. ดูแลให้ออกซิเจน แก้อาการพร่องออกซิเจน
4. ใส่ท่อระบายทรวงอกและดูแลท่อระบายทรวงอกให้เป็นระบบปิด ห้ามหนีบสายท่อระบาย แม้จะมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เนื่องจากการหนีบท่อระบายจะทำให้ลมยิ่งอัดแน่นในทรวงอก
5. จัดการกับความปวด

3. การบาดเจ็บของอวัยวะภายในช่องท้อง : แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ชนิดที่มีแผลทะลุ (Penetrating Abdominal Injury) และชนิดไม่มีแผลทะลุ (Blunt Abdominal Injury) สาเหตุจากการถูกกระแทกกระแทกอย่างรุนแรงหรือจากของมีคมมีผลทำให้ผนังหน้าท้องหรืออวัยวะภายในช่องท้องได้แก่ กระบังลม หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ ตับ ตับอ่อน ม้าม ไต หลอดเลือดในช่องท้อง อวัยวะสืบพันธุ์หญิงในช่องท้อง กระเพาะปัสสาวะ และทวารหนักได้รับบาดเจ็บ อาการของการบาดเจ็บอาจมีเพียงเล็กน้อยจนถึงรุนแรงทำให้อวัยวะสูญเสียหน้าที่และผู้บาดเจ็บอาจเสียชีวิตในที่สุด อวัยวะที่ได้รับการบาดเจ็บจากแรงกระแทกที่พบบ่อยได้แก่ ตับและม้าม

ม้ามแตก (Ruptured Spleen) : การบาดเจ็บเกิดได้จากการถูกกระแทกบริเวณหน้าท้อง ม้ามเป็นอวัยวะที่อยู่ในส่วนบนของช่องท้องด้านซ้ายใต้ซี่โครง มีขนาดประมาณกำปั้นที่กำแน่นและมีบทบาทสำคัญในการต่อสู้กับการติดเชื้อและกรองเลือด

อาการ และอาการแสดง : ตำแหน่งของม้ามอยู่ด้านบนซ้าย เมื่อเกิดการบาดเจ็บที่อวัยวะนี้อาจทำให้เกิดอาการปวดที่ส่วนบนซ้ายของช่องท้อง อย่างไรก็ตามม้ามแตกยังสามารถเจ็บปวดในตำแหน่งอื่นๆได้ด้วย เช่น หน้าอกด้านซ้ายและไหล่ซ้าย อาการปวดไหล่ซ้ายที่เป็นผลมาจากม้ามแตก เรียกว่า Kehr's sign อาการนี้จะแย่ลงเมื่อหายใจเข้า ม้ามแตกอาจทำให้เกิดอาการปวดที่ไหล่ซ้ายได้ เนื่องจากเลือดออกจากม้ามอาจจะคายเคืองเส้นประสาทเฟรนิค (phrenic) ซึ่งเป็นเส้นประสาทบริเวณคอและขยายออกไปทางกะบังลม

การตรวจวินิจฉัย : แพทย์จะมองหาการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้นกับกะบังลม ตับอ่อน และลำไส้ ร่วมด้วย

1. ตรวจช่องท้อง เพื่อหาจุดกดเจ็บหรือการขยายตัวของช่องท้อง อันเป็นผลมาจากการสะสมของของเหลว โดยส่วนใหญ่จะเป็นเลือด ในการตรวจนี้จะใช้แรงกดเบาๆที่หน้าท้อง สิ่งสำคัญคือ ต้องสังเกตว่าผู้ที่เข้ารับการรักษามีในโรงพยาบาลเนื่องจากการบาดเจ็บอาจยังคงมีม้ามแตกแม้ว่าการตรวจช่องท้องจะไม่พบความผิดปกติ อัตราการเดินของหัวใจและความดันโลหิตจะเป็นตัวบ่งชี้ว่าจะต้องดำเนินการตรวจอะไรต่อไป

2. การสแกนอัลตราซาวด์ช่องท้อง (FAST) เป็นวิธีการวินิจฉัยที่ละเอียดที่สุดสำหรับการบาดเจ็บที่ช่องท้องแม้ว่าผลการสแกนที่ปกติอาจไม่สามารถแยกแยะการแตกของม้ามได้

3. การสแกนคอมพิวเตอร์ (CT scan) ในผู้ที่มิมีสัญญาณชีพคงที่ โดยทั่วไปจะใช้ CT scan เพื่อช่วยในการวิเคราะห์ระดับของการบาดเจ็บ

ระดับการบาดเจ็บ : การบาดเจ็บที่ม้ามแบ่งตามความรุนแรงโดยคำนึงถึงระดับของการฉีกขาด การบาดเจ็บที่หลอดเลือดดำ และหลอดเลือดแดง และการแข็งตัวของเลือด กำหนดโดยสมาคมศัลยแพทย์อุบัติเหตุอเมริกา (American Association for the Surgery of Trauma grading system for spleen injury) มีดังนี้ :

ระดับ 1 : ขึ้นนี้เกี่ยวข้องกับการฉีกขาดของแคปซูลที่ลึกลงไปน้อยกว่า 1 เซนติเมตร ลึกเข้าไปในม้าม หรือการสะสมของเลือดที่จับตัวเป็นก้อน หรือที่เรียกว่าห่อเลือดใต้แคปซูล โดยห่อเลือดนี้ครอบคลุมพื้นที่ผิวของม้ามน้อยกว่าร้อยละ 10

ระดับ 2 : ในขั้นนี้มีการฉีกขาด 1 ถึง 3 เซนติเมตร เกิดขึ้น ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับการฉีกขาดของม้าม หรืออีกทางหนึ่งคืออาจเกิดเลือดออกใต้แคปซูลซึ่งครอบคลุมระหว่างร้อยละ 10 ถึง 50 ของพื้นที่ผิว ระดับนี้อาจเกี่ยวข้องกับก้อนเลือดที่มีเส้นผ่านศูนย์กลางน้อยกว่า 5 เซนติเมตร ในเนื้อเยื่อของม้าม

ระดับ 3 : การแตกในระยะกลาง เป็นการฉีกขาดลึกมากกว่า 3 เซนติเมตรนอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับหลอดเลือดแดงม้าม หรือเลือดที่ปกคลุมพื้นที่ผิวกว่าครึ่งหนึ่งของม้าม การแตกระดับ 3 อาจหมายความว่าม้ามอยู่ในเนื้อเยื่อที่มีขนาดมากกว่า 5 เซนติเมตรหรือขยายตัวมากกว่า

ระดับ 4 : คือการฉีกขาดที่ทำให้เส้นเลือดปล้องหรือชนิดขาดของเส้นเลือดหลัก และทำให้สูญเสียเลือดไปเลี้ยงอวัยวะมากกว่าร้อยละ 25

ระดับ 5: เป็นการฉีกขาดที่รุนแรงมาก ซึ่งทำให้เส้นเลือดบางส่วนขาดและทำให้สูญเสียเลือดไปเลี้ยงอวัยวะทั้งหมด ขึ้นนี้อาจหมายถึงการที่ห่อเลือดทำให้ม้ามแตกอย่างสมบูรณ์

การรักษา : การรักษาจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ผู้ป่วยที่มีอาการเพียงเล็กน้อย รักษาได้โดยไม่ต้องผ่าตัด แพทย์อาจให้การรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการ สัญญาณชีพ หรือปริมาณเลือดอย่างใกล้ชิด ซึ่งอาจต้องให้เลือดแก่ผู้ป่วยในระหว่างนั้น ทั้งนี้ อาจต้องตรวจประเมินเป็นระยะเพื่อพิจารณาว่าควรสังเกตอาการต่อไป หรือควรได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีเลือดออกภายในปริมาณมากหรือผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตต่ำหรือสัญญาณชีพไม่คงที่อาจต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อซ่อมแซมม้าม ซึ่งหากเป็นรอยฉีกขาดขนาดเล็ก แพทย์อาจเย็บแผลหรือใช้วิธีอุดหลอดเลือดแดง (Arterial Embolization) โดยใส่สวนพิเศษผ่านท่อขนาดเล็กเข้าไปอุดหลอดเลือดเพื่อยับยั้งการไหลของเลือด ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมักไม่จำเป็นต้องผ่าตัดม้ามออก แต่หากบาดเจ็บอย่างรุนแรงและมีเลือดออกมากอาจต้องผ่าตัดเอาม้ามออกทั้งหมด

รายงานกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป : ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 26 ปี น้ำหนัก 50 กิโลกรัม ส่วนสูง 175 เซนติเมตร เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ไม่มีประวัติโรคประจำตัว รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 19 มิถุนายน 2564 เวลา 09.47 น.

อาการสำคัญ : ขับขี้จึกรยานยนต์ล้มเอง หมดสติ 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน : วันที่ 18 มิถุนายน 2564 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยขับขี้จึกรยานยนต์ล้มเอง ไม่รู้สึกตัว รกัฐีพุกัฏย อบต.นำส่งห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาดี เวลา 22.10 น. อาการแรกเริ่ม ประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score ; GCS) ได้ 3 คะแนน (E1M1V1) Pupil size 3 มิลลิเมตร เท่ากันทั้งสองข้าง ไม่ทำปฏิกิริยาต่อแสง ประเมินกระดูกสันหลังไม่พบว่ามีบาดเจ็บของกระดูกสันหลัง (C-spine injury) ใส่เฝือกชนิดแข็งไว้ (Hard collar) ฟังเสียงหายใจมีเสียง Stridor ฟังเสียงปอดมีเสียง Creptitation ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง Oxygen saturation 88 % พบปัญหาในระบบทางเดินหายใจ แพทย์ทำการใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ 7.5 ลึก 22 เซนติเมตร ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 148 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 86/46 มิลลิเมตรปรอท ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9 % NSS 1,000 มิลลิตร load 2 เส้น เวลา 22.30 น. แพทย์ตรวจวินิจฉัยทางหน้าท้อง อัลตราซาวด์ FAST และ E-FAST ผล Negative และตรวจซ้ำเวลา 23.00 น. E-FAST ผล Positive พบ มีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดข้างซ้าย (Left lung hemothorax) และมีลมและเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดข้างขวา (Right lung pneumo-hemothorax) แพทย์พิจารณาใส่สายระบายทรวงอก (ICD) ที่ปอดข้างซ้าย ได้เลือด 200 ml และปอดข้างขวาได้ลม ต้องลงขวดระบบปิดชนิด 2 ขวด FAST ผล Positive at Cul-de-sac ดูแลให้ใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใส และให้ Leucocyte Poor red blood cell (LPRC) 2 units ทางหลอดเลือดดำ ติดตามประเมินสัญญาณชีพซ้ำ ความดันโลหิต 93/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 108 ครั้ง/นาที หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ 16 ครั้ง/นาที และส่งตัวผู้ป่วยรักษาต่อที่โรงพยาบาลกบินทร์บุรี

วันที่ 19 มิถุนายน 2564 เวลา 00.10 น. โรงพยาบาลกบินทร์บุรี รับผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลนาดี อาการแรกเริ่ม ประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score ; GCS) ได้ 3 คะแนน (E1M1V1) Pupil size ข้างขวา 4 มิลลิเมตร

เท่ากันทั้งสองข้าง ไม่ทำปฏิกิริยาต่อแสง ตรวจวัดสัญญาณชีพ แรกเริ่ม อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 155 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 162/138 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที Oxygen saturation 96 % ใส่สายระบายทรวงอก (ICD) ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง ต้องลงขวดระบบปิดชนิด 2 ขวด เวลา 00.25 น. FAST ผล Positive at Cul-de-sac ปรีกษาแพทย์ศัลยกรรม ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเปลี่ยนชนิดสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น Acetar 1,000 มิลลิตร อัตรา 120 มิลลิตร/ชั่วโมง ให้ยา Transamine 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ส่ง CT Whole Adomen, CT Brain include C-spine ติดตามผล CT Scan, (CT Brain include C-spine) พบ Subdural hematoma along right parietal convexity, about 0.4 cm in thickness, CT Whole Adomen พบ Rupture spleen เวลา 00.46 น. แพทย์ศัลยกรรม Set ทำผ่าตัด Emergency for Exploratory laparotomy ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Exploratory laparotomy with splenectomy Estimated Blood Loss (EBL) 1,600 มิลลิตร ได้ Packed Red Cell (PRC) 6 unit และ Frest Frozen Plasma (FFP) 2 units ผล CT Brain พบ Subdural hematoma along right parietal convexity, about 0.4 cm in thickness ได้รับยา Dilantin 750 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ประสานส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร เนื่องจากเกินศักยภาพการรักษา ขาดแพทย์เฉพาะทาง เวลา 09.47 น. โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร รับผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลกบินทร์บุรี อาการแรกเริ่ม ประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score ; GCS) ได้ 3 คะแนน (E1M1V1) Pupil size ข้างขวา 4 มิลลิเมตร ไม่ทำปฏิกิริยาต่อแสงข้างซ้าย 3 มิลลิเมตร ทำปฏิกิริยาต่อแสง ตรวจวัดสัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 150 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 116/106 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที Oxygen saturation 99 % Hematocrit stat 45 % ใส่สายระบายทรวงอก (ICD) ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง ต้องลงขวดระบบปิดชนิด 2 ขวด Fluctuation ดี ปรีกษาแพทย์แผนกศัลยกรรมและแผนกศัลยกรรมประสาทและสมอง ให้ผู้ป่วยเข้ารักษาตัวที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม เวลา 11.20 น. แรกเริ่มผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score ; GCS) ได้ 6 คะแนน (E1M4V1) Pupil size ข้างขวา 4 มิลลิเมตร ไม่ทำปฏิกิริยาต่อแสง ข้างซ้าย 3 มิลลิเมตร ทำปฏิกิริยาต่อแสง กำลังกล้ามเนื้อแขนขา (Motor power) ได้ระดับ 2-3 ใส่ท่อช่วยหายใจ

และต่อเครื่องช่วยหายใจโดยให้เครื่องทำงานแทนผู้ป่วยทั้งหมด แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องปิดก๊อชและพลาสติกชนิดแน่น ไม่มีเลือดซึม ตรวจวัดสัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 140 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 83/57 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที Oxygen saturation 99 % Hematocrit stat 37 % รายงานแพทย์ มาตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วย ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9 % NSS 1,000 มิลลิตร load ใน 15 นาที และต่อด้วย Acetar 1,000 มิลลิตร อัตรา 120 มิลลิตร/ชั่วโมง Packed Red Cell (PRC) 1 unit และ Frest Frozen Plasma (FFP) 2 units ทางหลอดเลือดดำ free flow, CXR port emergency แพทย์พิจารณาใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Right internal jugular vein) วัด CVP 15 เซนติเมตรน้ำ และประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย คื่นไปมาเป็นพักๆ แพทย์ให้ยา Fentanyl 50 microgram ทางหลอดเลือดดำ และให้ซ้ำได้ทุก 4 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ หลังให้ยาผู้ป่วยพักผ่อนได้ ไม่พบอาการข้างเคียงของยา เวลา 18.00น. แพทย์ให้ส่งทำ CT brain NC ซ้ำ พบ Acute subdural hematoma measured about 3.8 x 4.6 x 4.3 cm at right parietal lobe, Left midline shifting about 0.4 cm is seen.

วันที่ 21 มิถุนายน 2564 เวลา 12.00 น. ผู้ป่วย มีระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score ; GCS) ได้ 8 คะแนน (E2M5V7T) Pupil size ข้างขวา 4 มิลลิเมตร ทำปฏิกิริยาต่อแสงช้า (Sluggish) ข้างซ้าย 3 มิลลิเมตร ทำปฏิกิริยาต่อแสง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 102 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/87 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที Oxygen saturation 100 % สัญญาณชีพทั้งที่ แพทย์คัดกรองประสาทและสมองตรวจเยี่ยม อาการผู้ป่วย Set ทำผ่าตัด Craniectomy emergency ไปห้องผ่าตัดเวลา 14.30-16.40 น. Estimated Blood Loss (EBL) 800 มิลลิตร Hematocrit stat 31 % ได้รับ Packed Red Cell (PRC) 1 unit แผลผ่าตัดที่ศีรษะปิดก๊อช และพลาสติกชนิดแน่น ไม่มีเลือดซึม มีสายระบายเลือดระบบ สูญญากาศ (Radivac drain) 1 สาย มี Content สีแดงออกเล็กน้อย ผู้ป่วยมีภาวะ โพแทสเซียมในเลือดต่ำ (Hypokalemia) ดูแลให้สารน้ำ 0.9 % NSS 1,000 มิลลิตร ผสม KCL 40 mEq ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 80 มิลลิตร/ชั่วโมง หลังผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วยเริ่มต้นระดับความรู้สึกตัวดีขึ้น

(Glasgow Coma Score ; GCS) ได้ 10-11 คะแนน (E3-4M6V7T) ตรวจกำลังกล้ามเนื้อแขนขา (Motor power) ได้ระดับ 4-5 Pupil size 2-3 มิลลิเมตร ทำปฏิกิริยาต่อแสง เท่ากันทั้งสองข้าง แผลผ่าตัดที่ศีรษะไม่มีเลือดซึม สายระบายเลือด ที่ศีรษะมีเลือดออกประมาณ 50 มิลลิตร สัญญาณชีพ อยู่ในเกณฑ์ปกติ อัตราการหายใจ 14-24 ครั้ง/นาที ชีพจร 70-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท ค่า MAP 65-106 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation 99 - 100% ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลา 6 วัน จึงสามารถหย่าและถอดเครื่องช่วยหายใจออกได้ ผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอกข้างขวาเป็นเวลา 7 วัน ข้างซ้าย 9 วัน หลังถอดสายระบายทรวงอกขยายตัวดี ไม่หอบเหนื่อย และจำหน่ายย้ายลงตึกสามัญศัลยกรรมหญิงวันที่ 27 มิถุนายน 2564 จำหน่ายส่งตัวกลับไปรักษาต่อตามสิทธิ์โรงพยาบาลกบินทร์บุรี วันที่ 1 กรกฎาคม 2564 เวลา 13.00 น. รวมระยะเวลา ที่รับไว้ในความดูแลในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรเป็นเวลา 12 วัน

สรุปการวินิจฉัยโรค

1. มีภาวะเลือดออกในช่องท้อง เนื่องจากม้ามแตก หรือฉีกขาด (Ruptured Spleen)
2. มีภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มปอดด้านซ้าย (Hemothorax) มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอดและมีเลือดออกในเยื่อหุ้มปอด ด้านขวา (Pneumo-hemothorax)
3. มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (Acute subdural hematoma)

การพยาบาลในระยะวิกฤตและฉุกเฉิน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะช็อกเนื่องจากการสูญเสียเลือดจากการได้รับบาดเจ็บในช่องท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. CT Whole Adomen พบ Rupture spleen S/P Exploratory laparotomy with splenectomy Estimated Blood Loss (EBL) 1,600 มิลลิตร
2. เวลา 11.20 น. สัญญาณชีพ ชีพจร 140 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 83/57 มิลลิเมตรปรอท Hematocrit stat 37 % จากเดิมที่ห้องฉุกเฉิน Hematocrit stat 45 %

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น กระสับกระส่ายมากขึ้น เหงื่อออก ตัวเย็น สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง
2. ผิวหนังอุ่น สีผิวปกติ ไม่ซีด capillary filling time น้อยกว่า 2 วินาที
3. ปัสสาวะออกมากกว่า 0.5-1 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง
4. สัญญาณชีพ อยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 36.5 - 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 14-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90-140/60-90 มิลลิเมตรปรอท ค่า MAP 65-110 มิลลิเมตรปรอท
5. Hematocrit เพิ่มขึ้นหรือคงที่ และ Hemoglobin 12-16 กรัม/เดซิลิตร
6. แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่มีเลือดซึม ท้องไม่แข็งตึง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และดูแลเครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ตรวจสอบทุกเวลาให้ตรงตามแผนการรักษา
2. ดูแลให้สารน้ำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ load ใน 15 นาที และต่อด้วย Acetar 1,000 มิลลิลิตร อัตรา 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง เพื่อทดแทนสารน้ำที่สูญเสียไปและเพิ่มปริมาตรเลือดในร่างกาย
3. ดูแลให้ Packed Red Cell (PRC) 1 unit ทางหลอดเลือดดำ free flow และ Frest Frozen Plasma (FFP) 2 units ทางหลอดเลือดดำ free flow สังเกตอาการแทรกซ้อนขณะและหลังให้เลือด เช่น เหนื่อยหอบ มีไข้ หนาวสั่น ผื่นคัน แน่นหน้าอก และสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง หากมีอาการผิดปกติให้หยุดเลือดและรายงานแพทย์
4. ดูแลเจาะเลือดส่งตรวจ CBC, BUN, creatinine, electrolyte, LFT, PT, PTT, INR และติดตามผล
5. ช่วยแพทย์ในการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Right internal jugular vein) เพื่อให้สารน้ำกับผู้ป่วย และประเมิน Hemodynamic วัด CVP ทุก 4 ชั่วโมง Keep 8-15 เซนติเมตรน้ำ ตามแผนการรักษา
6. สังเกตปริมาณเลือดที่ออกจากแผล (External bleeding) เปลี่ยนผ้าก๊อชปิดแผลเมื่อเลือดซึม ปิดแผลให้แน่น สังเกตการเสียเลือดภายในร่างกาย เช่น หน้าท้องแข็งตึง กดเจ็บ (Internal bleeding) และรายงานแพทย์ทันที

7. ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะให้มีการระบายที่ดี รวมทั้งบันทึกและติดตามจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง Keep มากกว่าหรือเท่ากับ 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไต และภาวะเสียสมดุลของสารน้ำ

8. ดูแลให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย โดยการให้สารน้ำที่อุ่น ห่มผ้าเพื่อเพิ่มอุณหภูมิให้แก่ร่างกาย

9. สังเกตติดตามและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ได้แก่ การตรวจวัดสัญญาณชีพ, capillary filling time และประเมินค่า MAP ทุก 15 นาที จนกว่าค่าต่างๆ จะไม่เปลี่ยนแปลงและผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเพื่อป้องกันการเกิดภาวะช็อกที่รุนแรง

10. ติดตามประเมินระดับ Oxygen saturation โดยหากค่า Oxygen saturation น้อยกว่า 95% ให้รายงานแพทย์ทันทีเพื่อบ่งชี้ถึงการไหลเวียนของเลือดที่ต่ำทำให้ค่าออกซิเจนไปยังเซลล์ต่าง ๆ

11. ติดตามและประเมินการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว รวมทั้งพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงทางสมอง เช่น ซึม ไม่รู้สึกตัวมากขึ้น ปลุกไม่ตื่น กระสับกระส่ายเป็นต้น

12. ติดตามและประเมินการเปลี่ยนแปลงอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น กระสับกระส่ายมากขึ้น เหงื่อออก ตัวเย็น

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการกระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวดีขึ้น (Glasgow Coma Score ; GCS) ได้ 10-11 คะแนน (E3-4M6V7) แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่มีเลือดซึม ท้องไม่แข็งตึง ผิวหนังอุ่น สีผิวปกติ ไม่ซีด capillary filling time น้อยกว่า 2 วินาที ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 100/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท ค่า MAP 65-106 มิลลิเมตรปรอท Hematocrit 34-37% และ Hemoglobin 8-13.8 กรัม/เดซิลิตร

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะหายใจล้มเหลวเนื่องจากมีภาวะบาดเจ็บทรวงอกและมีเลือดออกในสมอง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลเอ็กซเรย์ปอด พบ Left lung hemothorax และ Right lung pneumo-hemothorax ได้สายระบายทรวงอก Intercostal drainage (ICD) ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง
2. CT Brain พบ Acute subdural hematoma measured about 3.8x4.6x4.3 cm at right parietal lobe, Left midline shifting, about 0.4 cm is seen.

3. ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score ; GCS) แกร็บได้ 6 คะแนน (E1M4VT)

4. อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ ทางเดินหายใจโล่ง และได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีอาการกระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวไม่ลดลงจากเดิม
2. Oxygen saturation มากกว่า 95%
3. หายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 14 – 20 ครั้ง/นาที
4. เสียงหายใจปกติ ทางเดินหายใจโล่งไม่มีสิ่งอุดกั้น
5. ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ
6. ไม่มีอาการเขียวตามปลายมือปลายเท้า

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการหายใจโดยสังเกตลักษณะอัตราการหายใจ ความลึกของการหายใจ พร้อมทั้งรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ
2. ประเมินระดับความรู้สึกตัวเพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันที
3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา และวัดระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนที่เส้นเลือดแดงส่วนปลาย (Oxygen saturation) มากกว่า 95% ทุก 1 ชั่วโมง ตามสภาพอาการผู้ป่วย
4. ดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ตรวจสอบทุกเวรให้ตรงตามแผนการรักษา
5. ตรวจสอบตำแหน่งของท่อหลอดลมคอ (Endotracheal tube) ให้ตรงตามตำแหน่งที่ระบุไว้ในใบบันทึกทางการแพทย์
6. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้ปอดขยายได้ดีขึ้น และให้ท่านอนพลิกอย่างสมบูรณ์เพื่อลดการใช้ออกซิเจน
7. ควบคุมความชื้นและอุณหภูมิ (hyperoxygenation & hyperventilation) ไม่เกิน 15 วินาที/รอบ
8. ดูแลและติดตามการทำงานของสายระบาย ทรวงอก ให้มีการระบายอย่างมีประสิทธิภาพตลอดเวลา

8.1 ประเมินการสูญเสียเลือดที่ออกทางสายระบาย โดยสังเกตจำนวนสี ปริมาณ หากพบว่ามีเลือดออกมากกว่า 1,200 – 1,500 มิลลิลิตร ในระยะเวลา 1 ชั่วโมงหรือมีมากกว่า 100 – 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 4 – 6 ชั่วโมง ให้รีบรายงานแพทย์

8.2 ประเมิน content และจุดบันทึก เพื่อรายงานแพทย์ในการพิจารณาเอาสายระบายทรวงอกออก เมื่อปริมาณที่ออกในแต่ละวันน้อยกว่า 100 มิลลิลิตร ติดต่อกัน 2 วัน สีของ content เป็นสีเหลืองใส ไม่มีเลือด หรือหนอง และ CXR ผลทรวงอกขยายตัวดีและไม่มีลมรั่ว

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดีขึ้น (Glasgow Coma Score; GCS) ได้ 10–11 คะแนน (E3–4M6VT) ไม่มีอาการกระสับกระส่าย หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ อัตราการหายใจ 14 – 24 ครั้ง/นาที Oxygen saturation 99 – 100 % เสียงหายใจปกติ ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ ไม่มีการเขียวตามปลายมือปลายเท้า ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลา 6 วัน จึงสามารถหย่าและถอดเครื่องช่วยหายใจออกได้ และใส่ท่อระบายทรวงอกเป็นเวลาข้างขวา 7 วัน ข้างซ้าย 9 วัน รวมมี content สีแดงออกจากช่องอก 1,273 มิลลิลิตร ไม่มีหนองปน หลังถอดสายระบายทรวงอกขยายตัวดี ไม่หอบเหนื่อย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีโอกาสเกิดภาวะการกำเริบเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง เนื่องจากมีเลือดออกในสมอง

ข้อมูลสนับสนุน

1. CT Brain พบ Acute subdural hematoma measured about 3.8x4.6x4.3 cm at right parietal lobe, Left midline shifting, about 0.4 cm is seen.
2. ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score ; GCS) แกร็บ 8 – 9 คะแนน (E2M4–5VT) Pupil size ข้างขวา 4 มิลลิเมตร ไม่ทำปฏิกิริยาต่อแสง ข้างซ้าย 3 มิลลิเมตร ทำปฏิกิริยาต่อแสง มิลลิเมตร
3. สัญญาณชีพ ชีพจร 140 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 83/57 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที Oxygen saturation 99 %

วัตถุประสงค์

มีการกำเริบเลือดไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมิน

1. ระดับความรู้สึกตัวไม่ลดลง คะแนนรวม Glasgow Coma Scale (GCS) ไม่ลดลงมากกว่าหรือเท่า 2 คะแนน Motor response ไม่ลดลงมากกว่า 1 คะแนน Pupil size ของตาทั้งสองข้างอยู่ระหว่าง 2 – 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง

2. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Cushing's response) ได้แก่ ความดันโลหิตสูง อัตราการเต้นของหัวใจต่ำกว่า 60 ครั้ง/นาที รูปแบบการหายใจเปลี่ยนแปลงและไม่สม่ำเสมอ

3. สัญญาณชีพ อยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส, ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 14-20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 90-140/60-90 มิลลิเมตรปรอท และค่า MAP 65-110 มิลลิเมตรปรอท

4. Pulse Pressure อยู่ในเกณฑ์ปกติ 30-50 มิลลิเมตรปรอท (ผลต่างของ Systolic Blood Pressure และ Diastolic Blood Pressure)

5. Oxygen saturation มากกว่าหรือเท่ากับ 95%

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา โดยให้ศีรษะและคออยู่ในแนวเดียวกันไม่บิดหมุนซ้ายขวา และการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยควรทำด้วยความระมัดระวัง ไม่ให้ศีรษะก้มมากกว่า 2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง

2.1 ดูแลให้เครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา และทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ตรวจสอบทุกเวรให้ตรงตามแผนการรักษา

2.2 ดูแลเสมหะตามความจำเป็นและมีประสิทธิภาพ (hyperoxygenation & hyperventilation) ไม่เกิน 15 วินาที/รอบ

2.3 Keep Oxygen saturation มากกว่าหรือเท่ากับ 95%

3. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท ในระยะวิกฤตอย่างใกล้ชิด อย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง และรายงานแพทย์ทันทีหากพบความผิดปกติ ดังนี้

3.1 ระดับความรู้สึกตัวโดยใช้แบบประเมิน Glasgow Coma Scale (GCS) ซึ่งประเมินพฤติกรรมตอบสนอง 3 ด้าน คือ การลืมตา (Eye opening) การสื่อสาร (Verbal response) และ การเคลื่อนไหว (Motor response) ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 3 - 15 โดยคะแนนมาก หมายถึง มีระดับความรู้สึกตัวดี คะแนนน้อยกว่า 8 หมายถึง อยู่ในภาวะ Coma

3.1.1 ระดับความรู้สึกตัวลดลงจากเดิมที่ต้องรายงานแพทย์ด่วน ได้แก่ GCS ลดลง มากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน หรือ Motor response ลดลงมากกว่า 1 ระดับ

3.1.2 ตรวจการตอบสนองของรูม่านตา(Pupil) ต่อแสง คือ ขนาด รูปร่างของรูม่านตา ปกติจะมีรูปร่างกลมเท่ากันทั้ง 2 ข้าง

3.1.3 ตรวจกำลังกล้ามเนื้อ (Motor power) ถ้าตรวจพบการอ่อนแรงของร่างกายด้านใด ด้านหนึ่ง จะเรียกว่า อ่อนแรงครึ่งซีก (Hemiplegia Hemiparesis) ซึ่งบ่งบอกว่า น่าจะมีรอยโรคในสมองด้านตรงข้ามกับด้านที่อ่อนแรง

3.2 ประเมินสัญญาณชีพ (Vital Signs) โดยประเมินการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับพยาธิสภาพทางสมองหรือกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ดังนั้น ควรมีการบันทึกและสังเกตความดันโลหิต ชีพจร อุณหภูมิ และการหายใจเป็นระยะ ๆ

3.2.1 สัญญาณชีพผิดปกติที่ต้องรายงานแพทย์ได้แก่ ชีพจรน้อยกว่า 60 หรือมากกว่า 100 ครั้ง/นาที การหายใจไม่สม่ำเสมอ ใช้แรงในการหายใจและหายใจช้าลง

3.2.2 Pulse Pressure กว้าง มากกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท

3.2.3 ค่าความดัน Systolic Blood Pressure มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท เพื่อป้องกันการเกิดเลือดออกในสมองเพิ่ม ร่วมกับการเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตต่ำ เพื่อป้องกันไม่ให้สมองขาดเลือด

4. ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะเลือดออกในสมองและรายงานแพทย์ทันทีหากพบอาการ ได้แก่

4.1 ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และรายงานแพทย์ทันทีหากพบอาการ ดังนี้

4.1.1 คะแนนระดับความรู้สึกตัวลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน สับสนกระสับกระส่าย ไม่รับรู้วัน เวลา สถานที่บุคคล หรือมีอาการง่วงซึม

4.1.2 แขนขาอ่อนแรงแย่งจากเดิมตั้งแต่ 1 ระดับ มีอาการตาพร่ามัว อาการปวดลำคอ

4.1.3 ขนาดของ Pupil ที่เปลี่ยนแปลง 2 ข้าง แตกต่างกันเกิน 1 มิลลิเมตร ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสง แสดงว่าอาจมีภาวะ Brain herniation

4.1.4 ปวดศีรษะมากขึ้น ได้รับยาบรรเทาปวดแล้วอาการไม่ทุเลา

4.1.5 อาการแสดงของ Cushing's response ได้แก่ ความดันโลหิตสูง อัตราการเต้นของหัวใจต่ำกว่า 60 ครั้ง/นาที รูปแบบการหายใจเปลี่ยนแปลงและไม่สม่ำเสมอ (Hypertension, Bradycardia, and Irregular respiration)

4.2 ภาวะชัก จากเนื้อเยื่อสมองขาดเลือด ถ้าผู้ป่วยชักให้บันทึก ระยะเวลาที่ชัก ลักษณะการชัก ระดับความรู้สึกตัวขณะชัก หลังชัก เพื่อรายงานแพทย์

5. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ดังนี้

5.1 ยากันชักเพื่อป้องกันการชักซึ่งเป็นสาเหตุทำให้สมองบวมมากขึ้นได้แก่ยา Dilantin 750 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทันที และต่อด้วย 100 มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง

5.2 Tranexamic acid 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง 2 วัน

5.3 Vitamin K 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง 2 วัน

6. Monitor Hematocrit เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสเกิด cerebral ischemia ได้ง่าย จึงควรให้มี Oxygen ไปยังเนื้อสมองอย่างเพียงพอ ดังนั้น ระดับ Hematocrit ต่ำสุดที่ยอมรับได้ คือ 30%

7. เจาะ Dextro stix เพื่อติดตามระดับน้ำตาลในเลือด keep 80 - 180 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ระดับน้ำตาลในเลือดสูงส่งผลทำให้ภาวะสมองขาดเลือดมากขึ้น ภาวะเลือดจะเป็นกรด (Acidosis) และสมองบวม ส่งผลให้มีความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น และเพิ่มอัตราการตายโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือด สูงกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จะมีโอกาสเกิด Hemorrhagic transformation

8. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อรักษาระบบการไหลเวียนเลือดและสมดุลของน้ำและ Electrolyte ในร่างกาย

9. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างนุ่มนวลและลดการรบกวนผู้ป่วยเพื่อป้องกันความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นได้เนื่องจากการทำกิจกรรมพยาบาลต่างๆ

10. ให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง

10.1 ประเมินลักษณะ สี จำนวน Content ที่ออกมาจากสาย Radivac drain ที่ศีรษะตรวจสอบสาย Radivac Drain ไม่ให้หักพับ หรือ งอ ระวังระวังการเลื่อนหลุด และไม่ให้มีการดึงรั้ง

10.2 สังเกตลักษณะแผลผ่าตัด Craniectomy ที่ศีรษะ มีเลือดซึมหรือไม่ เปิดแผลและดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันแผลผ่าตัดติดเชื้อ

11. บันทึกจำนวนสารน้ำเข้าและออก จำนวนปัสสาวะต้องออกมากกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

ประเมินผลการพยาบาล

หลังผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัวดี มีระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score ; GCS) ได้ 10-11 คะแนน (E3-4M6VT) Pupil size 2-3 มิลลิเมตร ทำปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง กำลังกล้ามเนื้อแขนขา (Motor power) ได้ระดับ 3-4 ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อัตราการหายใจ 14-24 ครั้ง/นาที ชีพจร 70-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60- 140/90 มิลลิเมตรปรอท ค่า MAP 65-106 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation 99-100% Pulse Pressure 30-50 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (Hypokalemia)

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

ผล Serum Potassium ในเลือด 3 mmol/L (21 มิถุนายน 2564)

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่เกิดอาการแสดงของภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่อาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง
2. ค่าระดับโพแทสเซียมในเลือดปกติอยู่ในช่วง 3.5-5 mmol/L

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตร ผสม KCL 40 mEq ทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ ควบคุมการไหลโดยใช้ Infusion pump

2. ติดตามการทำงานของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ประเมินสัญญาณชีพ ประเมิน GCS ตรวจกำลังกล้ามเนื้อ (Motor power) ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการแสดงของภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่อาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ และกล้ามเนื้ออ่อนแรง

3. ประเมินบริเวณที่ให้สารน้ำ หากพบรอยแดง บวม รอยกดตามเส้นเลือด ให้หยุดยาและดูดยาออก ประคบด้วยน้ำแข็ง และยกแขนสูง

4. บันทึกปัสสาวะทุก 8 ชั่วโมง ปัสสาวะออกมากกว่า 0.5-1 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง

5. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินความรุนแรง โดยดูค่าระดับโพแทสเซียมในเลือดปกติอยู่ในช่วง 3.5-5 mmol/L ถ้าผิดปกติให้รายงานแพทย์

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดอาการแสดงของภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่อาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ได้รับการแก้ไขภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำจนปกติ ค่าผล Serum Potassium ในเลือดเพิ่มเป็น 3.9 mmol/L (25 มิถุนายน 2564)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัดสมอง ผ่าตัดหน้าท้อง และใส่ท่อระบายทรวงอก

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยมีความสุขสบาย อาการปวดทุเลาลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยนอนไม่หลับ กระสับกระส่ายไปมาเป็นพักๆ บอกรู้สึกปวดศีรษะ ปวดแผลบริเวณเจาะปอดและแผลผ่าตัดหน้าท้อง

2. ประเมินระดับการปวด Pain Score ได้ระดับ 7-8 คะแนน

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้
2. อาการปวดลดลง Pain Score น้อยกว่า 3 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการปวดโดยสอบถาม สังเกตสีหน้าท่าทางที่แสดงอาการปวด

2. สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ แสดงความจริงใจที่จะช่วยเหลือพูดคุยเบี่ยงเบนความสนใจ เพื่อบรรเทาอาการปวด แนะนำให้ขอความช่วยเหลือเมื่อไม่สุขสบาย

3. ทำกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน ให้การพยาบาลโดยรบกวนผู้ป่วยให้น้อยที่สุด ลดการรบกวนผู้ป่วยจากสิ่งแวดล้อม ดูแลจัดท่าให้อยู่ในท่าที่สุขสบาย หลีกเลี่ยงการนอนทับบริเวณที่ทำการผ่าตัด เพราะจะมีแรงกดทับทำให้เกิดการปวดแผลได้

4. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา และประเมินอาการของผู้ป่วยหลังได้รับยาแก้ปวด ได้แก่ Fentanyl 500 microgram ทางหลอดเลือดดำ เวลาปวดทุก 4 ชั่วโมง เป็นยาในกลุ่ม opioid agonist ก่อนฉีดยาให้ผู้ป่วยควรมีการประเมิน Pain Score มากกว่า 5 โดยที่ Sedation Score = 0 หรือ 1 อัตราการหายใจมากกว่า 10 ครั้ง/นาทีขึ้นไป ไม่มีภาวะความดันเลือดต่ำและไม่มี อาการสับสน หาก Sedation Score = 3 จึงให้ยา

5. ติดตามสัญญาณชีพหลังการให้ยา 15 นาที ประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยาได้แก่ กดการหายใจ ความดัน เลือดคลั่ง

6. ประเมินอาการปวดทุก 4 ชั่วโมง โดยประเมินอาการผู้ป่วยทุกครั้งก่อนและหลังให้ยาแก้ปวด

ประเมินผลการพยาบาล

หลังได้ยาแก้ปวด Fentanyl ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ Pain Score ลดลงจาก 7-8 เหลือ 2-3 คะแนน Sedation Score 1 คะแนน สามารถควบคุมอาการปวดได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและแผนการรักษาของแพทย์

วัตถุประสงค์

ญาติไม่มีสีหน้าวิตกกังวลและเข้าใจอาการของผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

ญาติมีสีหน้าวิตกกังวล คอยสอบถามอาการผู้ป่วยตลอด

เกณฑ์การประเมิน

ญาติคลายความวิตกกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี พูดคุยกับญาติผู้ป่วยด้วยท่าทางอ่อนโยน ให้กำลังใจ ตั้งใจรับฟังปัญหาและช่วยเหลือ ประคับประคองด้านจิตใจแก่ครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ

2. ช่วยประสานให้พบแพทย์ เพื่อรับฟังการดำเนินของโรค อธิบายให้ญาติทราบ เข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ญาติซักถามอาการหรือปัญหาข้อข้องใจต่างๆ และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ประเมินผลการพยาบาล

หลังจากญาติได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค แผนการรักษาของแพทย์และอาการของผู้ป่วยแล้ว สีหน้าคลายความวิตกกังวล ยอมรับกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เป็นอยู่และให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นอย่างดี

บทสรุป

จากกรณีศึกษาพบว่า ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการช่วยเหลือแก้ไขภาวะวิกฤตที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชนและสามารถส่งต่อมายังโรงพยาบาลศูนย์เพื่อการรักษาที่มีศักยภาพที่สูงขึ้น และได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องในระยะวิกฤตได้ทันเวลา ผู้ป่วยรายนี้มีพยาธิสภาพซับซ้อนในการดูแล เนื่องจากได้รับบาดเจ็บหลายระบบพร้อมกันในร่างกาย ได้แก่ ศีรษะ ทรวงอก และช่องท้อง ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดที่ศีรษะ Craniectomy with Remove clot การผ่าตัดช่องท้อง Exploratory laparotomy with splenectomy และใส่ท่อระบายทรวงอก 2 ข้าง (ICD) ใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ ถือว่าเป็นผู้ป่วยวิกฤตและมีโอกาสเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา การดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องรวดเร็ว เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมโดยทีมที่มีศักยภาพ รวมทั้งอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ตลอดเวลา การอยู่โรงพยาบาล ทีมพยาบาลมีบทบาทสำคัญเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดตลอด

24 ชั่วโมง เป็นผู้ประสานทีมสหสาขา เฝ้าระวังติดตามอาการผู้ป่วยได้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง มีความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบในระยะวิกฤต ที่ถูกต้อง แม่นยำ เข้าใจพยาธิสภาพของโรคช่วยแพทย์ในการทำการหัตถการและสามารถใช้เครื่องมือพิเศษ เพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยได้เหมาะสมให้คำแนะนำผู้ป่วย และสอนญาติให้ปฏิบัติกิจกรรมช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถพึ่งพาตัวเองได้หลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างมีความมั่นใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. มีการกำหนดสมรรถนะของพยาบาลในหน่วยงานเฉพาะ (specific functional competency) ที่สะท้อนการมีความรู้ ทักษะเพื่อให้การปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤต ได้แก่ การประเมินระดับความรุนแรงและเร่งด่วนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในระยะวิกฤต และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ถูกต้องและเหมาะสม การจัดรูปแบบการบริหารจัดการในเวรโดยกำหนดพยาบาล ที่ประสบการณ์มากกว่า 10 ปี เป็นหัวหน้าเวรหลัก และส่งเสริมความก้าวหน้าในวิชาชีพ (career path) ให้นุคลากรในหน่วยงานได้อบรมเฉพาะทางพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอย่างต่อเนื่อง

2. จัดทำแนวปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบให้เป็นมาตรฐานทุกโรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัด เพื่อเป็นคู่มือให้นุคลากรทางการพยาบาล ตั้งแต่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินหอผู้ป่วย และทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย และทีมต้องมีสมรรถนะ การสื่อสารประสานความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด และหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมได้อย่างรวดเร็ว

3. ควรมีการประเมินคุณภาพและทบทวนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ (trauma audit) โดยตรวจสอบความถูกต้อง แม่นยำของการวินิจฉัย การรักษา หรือผลการรักษาโดยความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อป้องกันการวินิจฉัยผิดพลาดล่าช้า เป็นต้น

อ้างอิง

1. ดวงกมล สุวรรณ, วิภา แซ่แซ่ และประณีต สังวัฒนา. (2561). ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ. วารสารสภาการพยาบาล, 33(4), 33-45.
2. ปัทมา เสนะคุณ. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองร่วมกับเลือดออกในเยื่อหุ้มปอด. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 6(1), 23-28.
3. พิรุณ ลิทธิไชยากุล. (2559). PATHOLOGY OF THE NERVOUS SYSTEM [เอกสารที่ไม่มีการตีพิมพ์] ภาควิชาพยาธิวิทยาและนิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
4. วิบูลย์ บุญสร้างสุข. (2560). Pneumothorax. <https://med.mahidol.ac.th>.
5. วิมล อิมอุไร. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ. วารสารหัวหินสู่ใจไกลกังวล, 4(1), 54-67.
6. สมพล ฤกษ์สมถวิล. (2559). PATHOLOGY OF THE NERVOUS SYSTEM [เอกสารที่ไม่มีการตีพิมพ์] ภาควิชาพยาธิวิทยาและนิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
7. สมพล ฤกษ์สมถวิล. (2560). การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง. วารสารสถาบันบำราศนราดูร, 11(3), 12-19.
8. สุจินดา ราษฎร์ชัย. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกซี่โครงหักร่วมกับมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด [เอกสารที่ไม่มีการตีพิมพ์] โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักการแพทย์.
9. ไสว นรสาร. (2563). การพยาบาลผู้บาดเจ็บ Trauma Nursing. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพมหานคร: ไอเดีย อินสแตนซ์ พรินท์.
10. โสพิศ เวียงโสด. (2564). การพยาบาลผู้บาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะช็อกและได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน. เชียงรายเวชสาร, 13(1), 224-237.
11. อนัญญา รัตนเกียรติจิตร. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหลายระบบ ที่ศีรษะ ทรวงอก ช่องท้อง และกระดูกขาขาท่อนล่างหัก. <https://www.trathospital.go.th>.

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ตำบลเกาะขนุน อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ในช่วงการระบาดของไวรัสโควิด 19**
**Factors relationships Mental Health Status of Public Health Volunteers Kohkhanoon
Subdistrict Phanomsarakham District, Chachoengsao Province during the Covid 19 Pandemic.**

ศรinya สถิตย์

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะคิด ในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัย ได้แก่ ความรู้ ทักษะคิด ในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 กับภาวะสุขภาพจิต (ความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19) ศึกษาในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเกาะขนุน อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทราในช่วงการระบาดของไวรัสโควิด 19 จำนวน 124 คน เก็บข้อมูลในช่วงเดือน กันยายน ถึง พฤศจิกายน 2565 โดยใช้แบบสอบถาม พบว่าระดับความรู้ ทักษะคิดในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 อยู่ในระดับดี ($M = 8.66 \pm 1.61$ และ 1.63 ± 0.32) ภาวะสุขภาพจิต พบความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับโรคไวรัสโควิด 19 ระดับน้อย ($M = 3.23 \pm 4.66$ และ 20.04 ± 6.74) และความรู้ ทักษะคิดในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.16$ และ 0.15) จากผลการศึกษานี้มีประโยชน์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการวางแผนให้คำแนะนำ และส่งเสริมให้ความรู้จะก่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ซึ่งผลที่สุดแล้วจะส่งผลดีต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนทั่วไปเมื่อมีโรคระบาดของโรคไวรัสโควิด 19 ในระลอกใหม่อีกต่อไป

คำสำคัญ : โรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 สุขภาพจิต,อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยประสบกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ตั้งแต่เดือนมกราคม 2563 โดยภาครัฐได้กำหนดมาตรการในการควบคุมโรคและการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ ประกอบกับ ความร่วมมือจากภาคเอกชน และภาคประชาสังคมในการปฏิบัติตามมาตรการต่าง ๆ อย่างเข้มข้น ทำให้สถานการณ์การระบาดของประเทศไทยดีขึ้นตามลำดับจนอยู่ในระดับที่ควบคุมได้ อย่างไรก็ตามการระบาดของโรค ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนานทำให้เกิดผลกระทบต่อสังคมหลายด้านอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทั้งผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ปัญหาต่อสุขภาพจิตของประชาชนทั่วไป และบุคลากรทางการแพทย์ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ ความเครียด ภาวะหมดไฟ โรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตสำคัญที่ต้องรับมืออย่างทันทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ตระหนักช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาที่เหมาะสม แต่ทั้งนี้ประชาชนส่วนหนึ่งยังขาดการเข้าถึงเครื่องมือเพื่อสำรวจสุขภาพจิตของตนเองและคนรอบข้าง และเครื่องมือที่ใช้ในทางคลินิกปัจจุบันมีความซับซ้อนและไม่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ในการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 จึงมีความจำเป็นในการเรียนรู้และศึกษากลุ่มอาการที่เข้าใจได้ง่ายในประชาชน เช่น ภาวะเหนื่อยล้าจากโรคระบาด หรือ Pandemic fatigue ซึ่งกำลังถูกกล่าวถึงมากขึ้นในงานวิชาการในต่างประเทศขณะนี้โดยในภาวะวิกฤติด้านสุขภาพจิตของประเทศเช่นนี้ กรมสุขภาพจิตจึงมีความจำเป็นในการดำเนินงานอย่างเร่งด่วนภายใต้กรอบแนวคิดการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์ระบาดของโรคไวรัสโควิด 19⁽¹⁾ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจและเทคโนโลยีในปัจจุบัน ซึ่งล้วนมีผลกระทบต่อตัวบุคคล เช่น ตกงานหรือถูกเลิกจ้าง สมาชิกครอบครัวต้องอยู่ห่างกัน และมีการรักษาระยะห่างสังคม (Social distancing) รวมถึงสัมพันธภาพในครอบครัว และชุมชนลดลงทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไป⁽²⁾ เกิดปัญหาภาวะสุขภาพจิตทั้งความวิตกกังวล

เรื่องการขาดรายได้ ชีวิตประจำวันที่ต้องปรับเปลี่ยน และความกลัวต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 มากขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาเมื่อเร็วๆ นี้ ที่ได้ศึกษาผลกระทบของการระบาดของโรคไวรัสโควิด 19 ต่อภาวะสุขภาพจิตของชาวจีนในเมืองเหลียวหนิง สาธารณรัฐประชาชนจีนพบว่าประชาชนผู้เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยมากกว่าร้อยละ 50 รู้สึกหวาดกลัว และวิตกกังวลเนื่องจากมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 อย่างกว้างขวาง และผู้เข้าร่วมในการวิจัยส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 78 ได้รับความกังวลและมีแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน สมาชิกในครอบครัวมีการแบ่งปันความรู้สึก และการดูแลกันในครอบครัว นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าการระบาดของโรคไวรัสโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างในระดับปานกลาง⁽³⁾ และในประเทศไทยก็ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) (ศบค.) ได้ประกาศภาวะฉุกเฉินของประเทศไทย โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนอยู่บ้าน (Stay at home) ปฏิบัติงานที่บ้าน (Work from home) รักษาระยะห่างทางกายภาพ (Physical distancing) รักษาระยะห่างทางสังคม (Social distancing) ใส่หน้ากากอนามัย (Wear a mask) และล้างมือบ่อยๆ (Wash your hands) ด้วยสถานการณ์โรคไวรัสโควิด 19 และการประกาศภาวะฉุกเฉินส่งผลให้ประชาชนต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทั้งหมด สำหรับสถานการณ์การระบาดและการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ในพื้นที่ตำบลเกาะขนุน อำเภอนมสาร จ.ฉะเชิงเทรา ได้มีมาตรการในการเฝ้าระวัง เชื้อไวรัสโควิด 19 เช่นกัน โดยความร่วมมือจากฝ่ายต่าง โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านช่วยในการป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่เพิ่มขึ้นนั้นย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อย่างแน่นอน⁽⁴⁾ และจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 กับภาวะสุขภาพจิตที่ได้รับผลกระทบจาก โรคไวรัสโควิด 19 ด้วยสถานการณ์ และเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้ที่ปฏิบัติงานหนัก และเสี่ยงในการควบคุมป้องกันการเกิด โรคไวรัสโควิด 19 ที่สำคัญคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนั้นผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความรู้ ทักษะ และภาวะสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัส โควิด 19 ในตำบลเกาะขนุน อำเภอนมสาร จ.ฉะเชิงเทรา ซึ่งจากผลการวิจัยนี้

จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรด้านสุขภาพในการส่งเสริม และดูแลภาวะสุขภาพจิตของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และประชาชน และเป็นข้อมูลให้ทีมสุขภาพสามารถเตรียมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงในการดูแลภาวะสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนที่มีโรคระบาดขึ้นในอนาคตด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเกาะขนุน อำเภอนมสาร จ.ฉะเชิงเทรา
2. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตในช่วงที่มีการระบาดของโรคไวรัสโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเกาะขนุน อำเภอนมสาร จ.ฉะเชิงเทรา
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ ความรู้ ทักษะในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 กับภาวะสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเกาะขนุน อำเภอนมสาร จ.ฉะเชิงเทรา

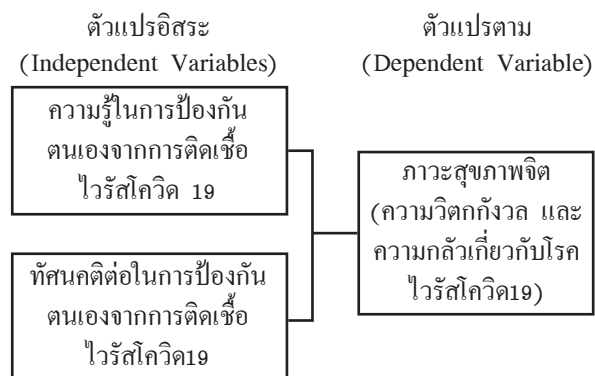
คำถามการวิจัย

1. ความรู้ ทักษะในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคไวรัสโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเกาะขนุน ในอำเภอนมสาร จ.ฉะเชิงเทรา เป็นอย่างไร
2. ภาวะสุขภาพจิตในช่วงที่มีการระบาดของโรคไวรัสโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเกาะขนุน ในอำเภอนมสาร จ.ฉะเชิงเทรา เป็นอย่างไร
3. ปัจจัย ได้แก่ ความรู้ ทักษะในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 การติดเชื้อโรคไวรัสโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเกาะขนุน ในอำเภอนมสาร จ.ฉะเชิงเทรา หรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัย ได้แก่ ความรู้ ทักษะในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเกาะขนุน อำเภอนมสาร จ.ฉะเชิงเทรา

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยเป็นเชิงพรรณนาศึกษาวิเคราะห์ในช่วงเวลา (Cross – sectional analytics study) ระยะเวลาดำเนินการระหว่าง เดือน กันยายน ถึง พฤศจิกายน 2565 เก็บรวบรวม ข้อมูลโดยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ตำบลเกาะขนุน อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ในตำบลเกาะขนุน จำนวน 124 คน ระหว่างเดือน กันยายน ถึง พฤศจิกายน 2565 กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเกาะขนุน ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ในตำบลเกาะขนุน จำนวน 124 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่เขตตำบลเกาะขนุน อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
2. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการมองเห็นและสามารถตอบแบบสอบถามได้
3. ได้รับการศึกษาตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อ่าน และ เขียนหนังสือภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

1. ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้
2. ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ อ่าน และ เขียนหนังสือภาษาไทยไม่ได้

คำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

1. โรคไวรัสโควิด 19 หมายถึง เชื้อไวรัสโคโรนา (CoVs) เป็นไวรัสชนิดอาร์เอ็นเอสายเดี่ยว (single stranded RNA virus) ทำให้มีอาการแสดงในระบบต่างๆ เช่น ระบบทางเดินหายใจ (รวมถึงโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงอาจทำให้เกิดอาการไข้ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ มีน้ำมูก เจ็บคอ ไอ โดยในทารกที่มีอาการรุนแรง อาจมีลักษณะของปอดอักเสบ (Pneumonia) หรือ หลอดลมฝอยอักเสบ (Bronchiolitis) ในเด็กโตอาจมีอาการของหอบหืด (Asthma) ส่วนในผู้ใหญ่ อาจพบลักษณะปอดอักเสบ (Pneumonia) หลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic bronchitis) หรือการกลับเป็นซ้ำของโรคหอบหืดได้ และอาจทำให้เกิดอาการรุนแรงได้มากในผู้สูงอายุ หรือผู้ที่ภูมิคุ้มกันบกพร่อง โดยพบการติดเชื้อแบบไม่แสดงอาการได้ในทุกอายุ ระยะฟักตัวของโรคโดยเฉลี่ยประมาณ 2 วัน (อาจมีระยะฟักตัวนานถึง 3 – 4 วัน หรืออาจนานถึง 10 – 14 วัน) วิธีการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัส (Contact) กับสารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจ หรือแพร่กระจายเชื้อจากฝอยละออง น้ำมูก น้ำลาย (Droplet) จากผู้ป่วยที่มีเชื้อโดยการ ไอ หรือจามจากคนสู่คน^(๑)

2. ความรู้ หมายถึง การรับรู้ หรือความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกี่ยวกับสาเหตุของโรค การติดต่อ อาการของโรค การรักษา การระบาด และการป้องกันควบคุมโรคไวรัสโควิด 19

3. ทักษะคิด หมายถึง ความรู้สึก ความคิดหรือความเชื่อ และแนวโน้มที่จะแสดงออกซึ่งพฤติกรรมของบุคคล เป็นปฏิกิริยาโต้ตอบ โดยการประมาณค่าว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยที่จะส่งผลกระทบต่อตอบสนองของบุคคลในเชิงบวกหรือเชิงลบต่อโรคไวรัสโควิด 19

4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละหมู่บ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อสารข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริม สุขภาพ การเฝ้าระวัง และป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้นโดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการการฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ในพื้นที่ตำบลเกาะขนุน

อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทราที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

5. ภาวะสุขภาพจิต หมายถึง การประเมิน 2 ประเด็น ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ได้แก่

- ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์อันไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากความยุ่งเหยิงภายในจิตใจ มักเกิดขึ้นพร้อมกับพฤติกรรมทางประสาท อาทิ ความแปรปรวนทางอารมณ์, ความวิตกกังวลทางกาย และภาวะคิดร้าย

- ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกเชิงลบที่เป็นนามธรรมเกิดขึ้นได้เมื่อครุ่นคิด คาดการณ์ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และความกลัวเกี่ยวกับโรคไวรัสโควิด 19 เป็นการตอบสนองต่อตัวกระตุ้นที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบัน หรือในอนาคต ซึ่งรับรู้ว่าเป็นความเสี่ยงต่อสุขภาพหรือชีวิต สถานภาพ อำนาจ ความปลอดภัย หรือความมั่งคั่ง หรือสิ่งมีค่าใด ๆ การตอบสนองความกลัวเกิดขึ้นได้จากการรับรู้อันตรายที่นำไปสู่การเผชิญหน้าหรือการหลบหนีจากภัยคุกคาม ซึ่งในกรณีความกลัวสุดโต่ง อาจทำให้ช็อกหรืออาการขาดสติได้⁽⁶⁾

วิธีการศึกษา

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 เสนอโครงการวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมตำบลเกาะขนุนเพื่อขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอน การเก็บ รวบรวมข้อมูล และเตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อการดำเนินการ

1.2 ขออนุญาตโครงการศึกษาวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา รหัส : PH_CCO_REC046/2565

2. ขั้นตอนดำเนินการ

2.1 ขั้นตอนเตรียมการการเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินการในกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพอธิบายวัตถุประสงค์ขั้นตอนการวิจัยประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น การเก็บรักษาความลับ และการยกเลิกหรือถอนตัวจากการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอม หลังจากนั้นจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและผลลัพธ์โดยการตอบแบบสอบถามการวิจัย ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะขนุน อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา

2.2 ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของรหัสข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถาม จากการศึกษาที่ผ่านมาของ สุพรรณิ เป็ยนาลาว⁽¹²⁾ วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.87 มาประยุกต์ใช้⁽⁶⁾ แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ทักษะคิดในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 จำนวน 14 ข้อ แบบสอบถามได้แก่ 1) ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 จำนวน 12 ข้อคำตอบเป็นแบบ เลือกตอบ ถูก ผิด และไม่ทราบ คำตอบที่ถูกต้องให้ 1 คะแนน คำตอบที่ผิดและคำตอบว่าไม่ทราบให้ 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์จำแนกระดับของคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 0.00 – 4.00 หมายถึง ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 4.01 – 8.00 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 8.01–12.00 หมายถึง ระดับมาก 2) ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 จำนวน 2 ข้อ แบบสอบถามให้ตอบ เห็นด้วย ให้ 1 คะแนน ไม่เห็นด้วย และไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์การจำแนกระดับของคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 0.00 – 1.00 หมายถึง ทัศนคติไม่ดี คะแนนเฉลี่ย 1.01 – 2.00 หมายถึง ทัศนคติดี

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิต (ความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับโรคไวรัสโควิด 19) ได้แก่ ความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับโรคไวรัสโควิด 19 ได้ใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคไวรัสโควิด 19 แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ จาก 0 (ไม่ใช่เลย) ถึง 4 (เกือบทุกวัน) จำนวน 5 ข้อ ใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 (the Coronavirus Anxiety Scale (CAS)) น้อยกว่า 9 คะแนน ไม่มีความวิตกกังวล แบบสอบถามเกี่ยวกับความกลัวเกี่ยวกับโรคไวรัสโควิด 19 แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ จาก 1 (ไม่เห็นด้วยมากที่สุด) ถึง 5 (เห็นด้วยมากที่สุด) จำนวน 7 ข้อ ใช้แบบสอบถาม the Fear of Covid-19 Scale (FCV-19S) คะแนนรวมที่เป็นไปได้เริ่มตั้งแต่ 1 – 35 คะแนน คะแนนยิ่งสูงยิ่งบ่งบอกว่ามีความกลัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19⁽⁶⁾

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยการหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน เพื่อตอบคำถามการวิจัย วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (the Pearson correlation coefficient) ความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ในการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโควิด 19 จำนวน 12 ข้อ อยู่ในระดับดี (Mean = 8.66, SD = 1.61) ซึ่งพิจารณารายชื่อจำนวนผู้ตอบถูกมากที่สุดร้อยละ 99.20 ทราบว่าการกักตัวและการรักษาของผู้ติดเชื้อโควิด 19 เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการลดการแพร่เชื้อโควิด 19 ร้อยละ 98.39 ทราบว่าเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 แต่ละบุคคลควรจะหลีกเลี่ยง

การออกไปอยู่ในสถานที่ที่มีผู้คนจำนวนมาก เช่น ตลาดนัด และหลีกเลี่ยงการใช้บริการสาธารณะ และร้อยละ 97.58 ทราบว่าคนที่สัมผัสกับผู้ติดเชื้อโควิด 19 ควรจะมีการกักตัวแยกโรคทันทีในสถานที่ที่เหมาะสมโดยทั่วไประยะเวลาในการกักตัว คือ 14 วัน ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโควิด 19 น้อยที่สุด ร้อยละ 20.16 ทราบว่าผู้ติดเชื้อโควิด 19 ไม่สามารถจะส่งต่อเชื้อไวรัสให้คนอื่นเมื่อไม่มีอาการใช้ร้อยละ 35.48 ทราบว่า สำหรับเด็กและผู้ใหญ่ตอนต้นไม่จำเป็นต้องฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 และร้อยละ 54.03 ทราบว่าอาการคัดจมูก น้ำมูกไหล และจาม พบได้น้อยในผู้ติดเชื้อโควิด 19 ซึ่งอาการเหล่านี้แตกต่างจากโรคไข้หวัด และการรับประทานและสัมผัสสัตว์ป่า อาจส่งผลให้เกิดการติดเชื้อโควิด 19 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโควิด 19 (n = 124)

ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโควิด 19	การตอบแบบสอบถาม (จำนวนร้อยละ)		
	จริง	เท็จ	ไม่ทราบ
1. อาการแสดงที่สำคัญของการติดเชื้อโรคโควิด19 คือ ไข้ อ่อนเพลีย ไอแห้ง ปวดเมื่อยตามตัว	116(93.54)	6(4.84)	2(1.62)
2. อาการคัดจมูก น้ำมูกไหล และจาม พบได้น้อยในผู้ติดเชื้อโควิด 19 ซึ่งอาการเหล่านี้แตกต่างจากโรคไข้หวัด	67(54.03)	50(40.32)	7(5.65)
3. ปัจจุบันนี้ยังไม่มีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ แต่การรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากการติดเชื้อได้เร็ว	107(86.30)	10(8.06)	7(5.64)
4. ไม่ใช่ทุกคนที่ติดเชื้อโควิด 19 แล้วจะต้องเข้าสู่ระยะรุนแรงของโรค มีเพียงผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและคนอ้วนที่มีโอกาสที่จะมีอาการรุนแรงจากการติดเชื้อไวรัสโควิด19	87(70.17)	22(17.74)	15(12.09)
5. การรับประทานและสัมผัสสัตว์ป่า อาจส่งผลให้เกิดการติดเชื้อโควิด 19	67(54.03)	29(23.38)	28(22.58)
6. ผู้ติดเชื้อโควิด 19 ไม่สามารถจะส่งต่อเชื้อไวรัสให้คนอื่นเมื่อไม่มีอาการไข้	25(20.16)	90(72.58)	9(7.25)
7. ไวรัสโควิด 19 แพร่ผ่านทางละอองฝอยของทางเดินหายใจจากผู้ติดเชื้อ	120(96.79)	3(2.41)	1(0.80)
8. การสวมหน้ากากทางกายเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ได้	120(96.78)	4(3.22)	0(0.00)
9. สำหรับเด็กและผู้ใหญ่ตอนต้น ไม่จำเป็นต้องฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19	44(35.48)	70(56.45)	10(8.07)
10. เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 แต่ละบุคคลควรจะหลีกเลี่ยงการออกไปอยู่ในสถานที่ที่มีผู้คนจำนวนมาก เช่น ตลาดนัดและหลีกเลี่ยงการใช้บริการสาธารณะ	122(98.39)	2(1.61)	0(0.00)
11. การกักตัวและการรักษาของผู้ติดเชื้อโควิด19 เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการลดการแพร่เชื้อโควิด 19	123(99.20)	1(0.80)	0(0.00)
12. คนที่สัมผัสกับผู้ติดเชื้อโควิด 19 ควรจะมีการกักตัวแยกโรคทันทีในสถานที่ที่เหมาะสม โดยทั่วไประยะเวลาในการกักตัว คือ 14 วัน	121(97.58)	3(2.42)	0(0.0)
คะแนนความรู้ในภาพรวม (mean ± SD)	8.66 ± 1.61		

จากกลุ่มตัวอย่างพบว่าทัศนคติในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 อยู่ในระดับดี (Mean = 1.63, SD = 0.32) กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 83.07 มีความมั่นใจ

ว่าในที่สุดแล้วโรคไวรัสโควิด 19 จะถูกควบคุมได้ และร้อยละ 80.65 มีความเชื่อมั่นว่าประเทศไทยจะสามารถเอาชนะโรคไวรัสโควิด 19 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ และค่าเฉลี่ย ของคะแนน ทัศนคติในการป้องกันตนเองจากโรคไวรัสโควิด 19 (n = 124)

ทัศนคติ การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด19	การตอบแบบสอบถาม จำนวน(ร้อยละ)		
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
1. ในที่สุดแล้วโรคโควิด 19 สามารถถูกควบคุมได้	103(83.07)	15(12.10)	6(4.83)
2. ท่านเชื่อมั่นว่าประเทศไทยสามารถเอาชนะโรคโควิด 19	100(80.65)	20(16.12)	4(3.23)
คะแนนทัศนคติในภาพรวม (mean ± SD) 1.63 ± 0.32			

การวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนภาวะสุขภาพจิต (ความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับโรคไวรัสโควิด 19) จากผลการศึกษาพบว่าคะแนนรวมของภาวะสุขภาพจิตเท่ากับ 36.21 (SD = 9.05) ส่วนคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด 19 เท่ากับ 4.26 (SD = 3.33) ซึ่งน้อยกว่า 9 คะแนน (Cut off score = 9)(5) ซึ่งบ่งชี้ว่าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างไม่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด19 ซึ่งเมื่อแจกแจงอาการที่แสดงถึงความวิตกกังวลรายข้อ พบว่าความกังวลมากที่สุด ร้อยละ55.65 จะรู้สึกหิวไปทั้งตัว/มือเท้าเย็นเมื่อคิดเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด 19 หรือได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด 19 ร้อยละ 47.60 จะคลื่นไส้หรือป็นป่วนในท้องเมื่อคิดเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด19 หรือได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด 19 และร้อยละ 44.35

จะเวียนศีรษะ ปวดศีรษะเล็กน้อย หรือเป็นลมเมื่ออ่านหรือได้ฟังข่าวสารเกี่ยวกับโควิด 19 ตามลำดับ ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีอาการแสดงถึงความวิตกกังวลน้อยกว่า 1-2 วัน ส่วนคะแนนความกลัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด 19 ในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 20.06, SD = 4.86) เมื่อพิจารณารายข้อกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความกลัวรู้สึกวิตกกังวลมากเมื่อพูดถึงการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ร้อยละ 42.74 กลัวว่าตัวเองจะเสียชีวิต เนื่องจากการติดเชื้อโควิด 19 ร้อยละ 37.10 และจะเป็นโรคประสาทเมื่อดูข่าวหรือรับรู้เรื่องราวของการติดเชื้อโควิด19 จากสื่อต่าง ๆ ร้อยละ 36.29 ตามลำดับ ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีอาการแสดงถึงความกลัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด19 น้อยกว่า 1-2 วัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละและค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ ความวิตกกังวล และความกลัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด 19 (n = 124)

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด 19	ไม่มีเลย	น้อยกว่า 1-2วัน	2-3วัน	มากกว่า 7วัน	เกือบทุกวัน
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด 19					
1. เวียนศีรษะ ปวดศีรษะเล็กน้อย หรือเป็นลมเมื่อท่านอ่านหรือได้ฟังข่าวสารเกี่ยวกับโควิด19	44(35.49)	55(44.35)	16(12.90)	6(4.84)	3(2.42)
2. มีปัญหาการนอนหลับ เพราะว่าท่านคิดเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด 19	36(29.03)	45(36.30)	22(17.74)	12(9.68)	9(7.25)
3. หิวไปทั้งตัว/มือเท้าเย็น เมื่อท่านคิดเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด 19 หรือท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด 19	17(13.71)	69(55.65)	26(20.97)	7(5.64)	5(4.03)
4. กินได้น้อยลง เมื่อนึกถึงการติดเชื้อโควิด 19 หรือท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด 19	46(37.10)	50(40.32)	20(16.13)	6(4.84)	2(1.61)
5. คลื่นไส้หรือป็นป่วนในท้องเมื่อท่านคิดเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด 19 หรือท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด 19	53(42.74)	59(47.60)	6(4.83)	4(3.22)	2(1.61)

ต่อตารางที่ 3

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด 19

ไม่มีเลย น้อยกว่า 1-2 วัน 2-3 วัน มากกว่า 7 วัน เกือบทุกวัน

คะแนนความวิตกกังวลในภาพรวม (mean $\pm$ SD) 3.23 $\pm$ 4.66

ความกลัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด 19

1. กลัวการติดเชื้อโควิด 19 มากที่สุด	47(37.90)	18(14.52)	35(28.22)	15(12.10)	9(7.25)
2. ไม่สบายใจ เมื่อนึกถึงการติดเชื้อโควิด 19	8(6.45)	8(6.45)	48(38.71)	38(30.65)	22(17.74)
3. รู้สึกวิตกกังวลมาก เมื่อพูดถึงการติดเชื้อโควิด 19	47(37.90)	53(42.74)	9(7.26)	8(6.45)	7(5.65)
4. กลัวว่าตัวท่านจะเสียชีวิต เนื่องจากการติดเชื้อโควิด 19	32(25.80)	46(37.10)	26(20.97)	12(9.68)	8(6.45)
5. จะเป็นโรคประสาทเมื่อดูข่าวหรือรับรู้เรื่องราวของการติดเชื้อโควิด 19 จากสื่อต่าง ๆ	28(22.58)	45(36.29)	38(30.65)	10(8.06)	3(2.42)
6. นอนไม่หลับเพราะท่านกลัวว่าจะติดเชื้อโควิด 19	43(34.67)	56(45.16)	16(12.91)	8(6.45)	1(0.81)
7. มีอาการหัวใจเต้นแรงเมื่อนึกถึงการติดเชื้อโควิด 19	41(33.07)	58(46.77)	20(16.13)	4(3.23)	1(0.80)

คะแนนความกลัวในภาพรวม (mean $\pm$ SD) 20.04 $\pm$ 6.74

คะแนนของภาวะสุขภาพจิตในภาพรวม (mean $\pm$ SD) 23.29 $\pm$ 7.74

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยได้แก่ ความรู้ ทักษะในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 กับภาวะสุขภาพจิต (ความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด 19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเกาะขนุน การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

(The Pearson correlation coefficient) พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก กับภาวะสุขภาพจิต (ความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด 19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.16, 0.18$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยได้แก่ ความรู้ ทักษะในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 กับภาวะสุขภาพจิต (ความวิตกกังวล และความกลัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด 19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 124)

ตัวแปร	ภาวะสุขภาพจิต	
	r	p - value
ความรู้ในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19	0.16	0.04
ทักษะในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19	0.18	0.03

p < 0.05

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ความรู้ในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 มีคะแนนเฉลี่ย 8.66 ซึ่งอยู่ในระดับมาก อาจเป็นผลมาจากการให้ข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลเกาะขนุน หรือจากสื่อสาธารณะต่างๆทุกทาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประเสริฐ (6) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 โรคอยู่ในระดับสูง และจากการศึกษานี้เมื่อพิจารณาในรายข้อพบว่าข้อที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยได้แก่ผู้ที่ติดเชื้อโควิด 19

ไม่สามารถจะส่งต่อเชื้อไวรัสให้คนอื่นเมื่อไม่มีอาการไข้ ร้อยละ 20.16 สำหรับเด็กและผู้ใหญ่ตอนต้นไม่จำเป็นที่ต้องวัดไข้เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ร้อยละ 35.48 และอาการคัดจมูก น้ำมูกไหล และจามพบได้น้อยในผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งอาการเหล่านี้แตกต่างจากโรคไข้หวัดร้อยละ 54.03 ซึ่งในข้อเหล่านี้ หากกลุ่มตัวอย่างยังไม่ทราบอาจมีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 และก่อให้เกิดการแพร่ระบาดได้มากยิ่งขึ้น ดังนั้นการให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเกาะขนุน จึงควรเน้นย้ำ

ในประเด็นเหล่านี้ให้มากขึ้น ในด้านทัศนคติกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ร้อยละ 83.87 มั่นใจว่าในที่สุดแล้วโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 จะถูกควบคุมได้ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80.65 เชื่อมั่นว่าประเทศไทยจะสามารถเอาชนะโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ได้ในที่สุด อาจเป็นเพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเกาะขนุนทราบถึงสถานการณ์โรคไวรัสโคโรนา 19 ของตำบลเกาะขนุน อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา และประเทศไทยมีแนวโน้มการแพร่กระจายเชื้อลดลงจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลเกาะขนุนอย่างต่อเนื่อง และยังเป็นผู้ดำเนินการช่วยเหลือในด้านต่างๆ เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 จึงให้ความเชื่อมั่นในการควบคุมการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ส่งผลให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเกาะขนุนมีทัศนคติทางบวกต่อการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวรรณ คำแสน⁽⁷⁾

ส่วนผลการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ความวิตกกังวล และความกลัวเกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 19 นั้นพบว่า ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวล และความกลัวเกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 19 ในระดับน้อย อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลเกาะขนุนที่ถูกต้องเหมาะสม และจากหลากหลายช่องทางสื่อสารอย่างต่อเนื่อง แต่จะแตกต่างจากผลการศึกษาเชิงสำรวจความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ในสาธารณรัฐประชาชนจีน⁽⁶⁾ ที่พบว่าประชาชนชาวจีนมีความวิตกกังวลสูงซึ่งอาจมีสาเหตุจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ในสาธารณรัฐประชาชนจีนมีความรุนแรงมากกว่าและขยายวงกว้างไปอย่างรวดเร็วจึงส่งผลให้ชาวจีนวิตกกังวลสูงและแตกต่างจากผลการศึกษาความกลัวต่อโควิด 19 และผลลัพธ์ทางภาวะสุขภาพจิตในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบว่าประชาชนชาวอเมริกันรู้สึกกลัวต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ในระดับที่สูงมาก⁽⁹⁾ ส่วนผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ความรู้ ทัศนคติ ในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.03 และ 0.04 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Liang และคณะ⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาผลกระทบของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ต่อภาวะสุขภาพจิตของเยาวชนชาวจีนพบว่าระดับการศึกษา และความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะสุขภาพจิต ซึ่งการมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีสามารถอธิบายตามแนวคิดของ Spielberger และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่กล่าวถึงความวิตกกังวลตามสถานการณ์ซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาที่มีเหตุการณ์เฉพาะเมื่อมีสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกถึงสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัยต่อตัวบุคคล ซึ่งจะส่งผล

ให้บุคคลเกิดความตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย มีความตื่นตัวสูง ทั้งนี้ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดความกังวลตามสถานการณ์นี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และส่วนหนึ่งจะขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวลประจำตัว และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคลซึ่งเป็นบุคลิกภาพของแต่ละบุคคลด้วยเหตุนี้ในช่วงที่มีการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 19 บุคคลจึงเกิดความรู้สึกวิตกกังวล กลัว กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้หากบุคคลมีความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 19 ที่ดี และถูกต้องบุคคลนั้นย่อมสามารถจัดการกับความวิตกกังวล และความกลัวที่เกิดขึ้นได้ดี⁽⁶⁾

ข้อเสนอแนะ

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ส่งผลต่อสุขภาพของทุกคน สถานบริการทางสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับการให้ความรู้สร้างความเข้าใจและเผยแพร่องค์ความรู้แก่ผู้นำชุมชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องรวมถึงการสนับสนุนอุปกรณ์ในการป้องกันโรคให้เพียงพอ เพราะทุกคนมีโอกาสเสี่ยงต่อการสัมผัสโรคได้ตลอดเวลา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ทำการวิจัยในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ในระลอกต่อไป และติดตามเปรียบเทียบกัน ศึกษาการประยุกต์ใช้ความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับเชื้อไวรัส โคโรนา 19 โดยการสร้างนวัตกรรมเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 19
2. ศึกษาวิธีการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ในกลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยเฉพาะโรคเพื่อลดความเสี่ยง ในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเกาะขนุน อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา สาธารณสุขอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่ช่วยสนับสนุนให้การศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
2. สุรัชย์ โชคครรชิตไชย. (2563). โควิด-19: การระบาดระลอกใหม่ในประเทศไทยปลายปี 2563. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 10(3), 1-2
3. บัญชา เกิดมณี, สุรัชย์ ธรรมทวีวิกุล, ญาณพินิจ วชิรสุรงค์, บดินทร์ชาติ สุขบท, และสมบัติ ทิมทรัพย์.

(2563). แนวคิดและทิศทางการแก้ปัญหาโควิด-19. วารสารก้าวหน้าโลกวิทยาศาสตร์, 20(1), 1-12.

4. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). ข้อมูลสำหรับการป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 เอกสารเผยแพร่สำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย.

5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. (2565) รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา. ฉะเชิงเทรา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

6. ญัฐวรรณ คำแสน. (2564). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของประชาชนในเขตอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 4 (1), 33-47.

7. สุพรรณิ เปี่ยมลาว, และศิริธิดา ศรีพิทักษ์. (2563) การศึกษาผลกระทบของการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ต่อภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในเขตอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี, 21(2), 56-62.

8. Azlan AA, Hamzah MR, Sern TJ, Ayub SH, Mohamad E. (2020). Public knowledge, attitudes and practices towards COVID-19: A cross-sectional study in Malaysia. PLoS ONE. (2020). May 21;15(5):e0233668.

9. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. Psychiatry Research. 2020 Jun;288:112954.

10. Liang L, Ren H, Cao R, Hu Y, Qin Z, Li C, et al. The Effect of COVID-19 on Youth Mental Health. Psychiatr Q. 2020 Sep;91(3):841-52.

11. Suphanburi Public Health Office. Covid 19 situation in Suphanburi[Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 5]Available from: <http://www.spo.moph.go.th/spo>.

12. Zhong, B. L., Luo, W., Li, H. M., Zhang, Q. Q., Liu, X. G., Li, W. T., & Li, Y. (2020). Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: A quick online cross-sectional survey. International Journal of Biological Sciences, 16(10), 1745-1752. doi: 10.7150/ijbs.4522.

รายงานกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก และมีภาวะแทรกซ้อน

สิรินทร เลิศฤทธินิจ, พย.บ, ศ.ม.
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลชลบุรี

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2564) ในปัจจุบันพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก และหลอดเลือดสมองตีบมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากข้อมูลตั้งแต่ปี 2560-2564 พบผู้ป่วยหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค, 2565) ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองแตกเป็นภาวะที่มีการพยากรณ์โรคค่อนข้างแย่ เนื่องจากผู้ป่วยจะมีอัตราการตายร้อยละ 35-52 ใน 30 วันแรก และครึ่งหนึ่งเสียชีวิตภายใน 2 วันแรก โดยมีการดำเนินโรคไปในทางที่แย่ลงอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยมีความพิการหรือเสียชีวิตได้ ถ้าทำการรักษาล่าช้า ข้อมูลของประเทศไทย ในปี 2565 พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) ร้อยละ 23.58 สำหรับ เขตสุขภาพที่ 6 ร้อยละ 28.92 และในจังหวัดชลบุรี ซึ่งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 6 พบอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 26.84 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของทั้งประเทศถึงร้อยละ 3.26 (รายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

ในปี 2563, 2565 พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในโรงพยาบาลชลบุรี มีจำนวนละ 23.2, 30.7 และ 26.84 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกของโรงพยาบาลชลบุรี ยังไม่ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดอัตราการเสียชีวิตไม่เกินร้อยละ 25 (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2564)

ดังนั้นการพัฒนาบริการสุขภาพ ตลอดจนความพร้อมของบุคลากรทั้งแพทย์และพยาบาลจึงเป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ที่มีความซับซ้อน รวมถึงพยาบาลชุมชนก็มีส่วนสำคัญอย่างยิ่ง ต่อการพัฒนาความรู้ ความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน หลังจากผ่านภาวะวิกฤตแล้ว แต่ยังมีความคิดปกติ ของร่างกาย

บางส่วน เพื่อช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราความพิการและเสียชีวิต รวมทั้งการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

จากการติดตามเยี่ยมบ้านของกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลชลบุรี พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจะยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ไม่มากนักน้อย ผู้ป่วยบางรายต้องใช้ชีวิตเป็นผู้พิการตลอดช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัว และชุมชนอีกด้วย พยาบาลชุมชนและทีมเยี่ยมบ้านจึงมีความสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีกำลังใจ สามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น การติดเชื้อ แผลกดทับ ภาวะซึมเศร้า ในอนาคตได้ การพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต (Quality of Care) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก และมีภาวะแทรกซ้อน เพื่อนำผลที่ได้มาวิเคราะห์และพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่บ้าน และในชุมชนต่อไป

รายงาน : กรณีศึกษา

การศึกษารายกรณี (Case Study) ในผู้ป่วยหญิงไทย ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองแตก เข้ามาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี เมื่อวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2565 และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2565 รวมจำนวน 16 วัน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งที่ 1 ผู้ป่วยกลับมานอนรักษาต่อที่โรงพยาบาลครั้งที่ 2 ด้วยปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และหลอดลมอักเสบเมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2565 และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2565 รวมจำนวน 9 วัน ได้มีการติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 3 ครั้ง โดยรายละเอียดข้อมูลเพิ่มเติมของผู้ป่วยรายนี้ ประกอบด้วย

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 48 ปี มีโรคประจำตัว คือโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจมา 2 ปี ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองชลบุรี แต่ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง สถานภาพสมรสคู่

นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ประกอบอาชีพรับจ้างกรรมกรก่อสร้าง อาศัยอยู่ที่จังหวัดฉะเชิงเทรา มีสมาชิกในครอบครัว 5 คน ได้แก่ ผู้ป่วย สามี อายุ 48 ปี ลูกชาย อายุ 19 ปี ลูกสาว อายุ 18 ปี และแม่สามีอายุ 86 ปี

2. อาการแรกเริ่ม และประวัติการรักษา

ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาครั้งแรกเมื่อวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2565 ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชลบุรี ด้วยอาการ 'ไม่รู้สึกรู้สึ ตัว ทุรนทุราย ชีพจร 111 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 188/110 มม.ปรอท ชีพจร 111 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที การประเมินทางระบบประสาท ลิ้นตาเมื่อเรียกชื่อ pupill 3 mm มีปฏิกิริยาต่อแสง Glasgow Coma Score = E3M1V1 ระบบหัวใจและระบบการหายใจปกติ ได้รับการใส่ ET tube on ventilator เพื่อป้องกันการสำลักและช่วย hyperventilation เพื่อลดความดันในสมอง ส่งเข้ารับการรักษาที่ ICU stroke ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดย control BP On NG tube และ On Foley's catheter ระดับน้ำตาลและ electrolyte อยู่ในเกณฑ์ปกติ เมื่ออาการคงที่ ผู้ป่วยสามารถ wean off ventilator ที่ตึก ICU Stroke หลังจากนั้นจึงจำหน่ายกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาทั้งหมดที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล 16 วัน โดยสภาพผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ประเมิน Glasgow Coma Score (GCS) = E3M1V1 มีเสมหะมาก หายใจเหนื่อยหอบ ให้ออกซิเจน collar mask 5 L/min และได้มีทีมสุขภาพติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยผ่านการส่งต่อข้อมูลจากโปรแกรมเยี่ยมบ้าน

3. แนวทางการรักษาและการพยาบาล

การวินิจฉัยโรค

โรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection) และ หลอดลมอักเสบ (bronchitis) ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ชลบุรี รวม 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน มีอาการสำคัญ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มาด้วยอาการซึมลง ขาชาขาอ่อนแรง หลังจากนั้นไม่รู้เรื่องและหมดสติ จึงถูกนำส่งโรงพยาบาล ชลบุรี อาการแรกเริ่มผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึตัว ลิ้นตาเมื่อเรียกชื่อ รูม่านตา ขนาด 3 มม. มีปฏิกิริยาต่อแสงช้าเล็กน้อย แขนขาไม่ขยับ ออกเสียงไม่ได้ ไม่มีอาการชัก สัญญาณชีพแรกเริ่ม ความดันโลหิต 188/110 มม.ปรอท ชีพจร 111 ครั้ง/นาที และ หายใจ 20 ครั้ง/นาที

จากการตรวจร่างกาย การประเมินทางระบบประสาท Glasgow Coma Score = E3M1V1 pupill 3 mm มีปฏิกิริยาต่อแสงตรวจร่างกายระบบอื่นๆปกติ ได้ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์แบบไม่ฉีดสี พบว่ามีเลือดออกที่ก้านสมอง (Brain stem hemorrhage) ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) บริเวณก้านสมอง การรักษาเบื้องต้นที่ห้องฉุกเฉินจึงใส่ ET tube on ventilator เพื่อป้องกันการสำลักและช่วย hyperventilation แพทย์ได้ส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ ICU stroke control BP, on NG tube และ On Foley's catheter บันทึก I/O ได้รับการพยาบาลเพื่อขยายหลอดลมช่วงที่หายใจหอบ และมีเสมหะมาก ระหว่างการรักษาใน ICU stroke น้ำตาล และ electrolyte อยู่ในเกณฑ์ปกติ ก่อนผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน Glasgow Coma Score (GCS) = E3M1Vt ผู้ป่วยสามารถ wean off ventilator ได้ ต่อมาเมื่ออาการทั่วไปคงที่ จึงเปลี่ยนจาก ET tube เป็นการเจาะคอและใส่ Tracheostomy tube มีอาการเหนื่อยหอบเล็กน้อยให้ออกซิเจน collar mask 5 L/min ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลรวม 16 วัน ก่อนกลับส่งข้อมูล เพื่อติดตามเยี่ยมบ้านผ่านโปรแกรม smart COC

ครั้งที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 3 วันหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทีมพยาบาลชุมชนออกเยี่ยมบ้าน ได้ประเมินภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยติดเชื้อเรียกชื่อ ลิ้นตา ไม่พูด แขนและขาทั้งสองข้างเคลื่อนไหวไม่ได้ (motor power gr.0) GCS = 5 (E3V1M1) พลิกตะแคงตัวเองไม่ได้ ตรวจพบมีไข้ หายใจเร็ว เสมหะเหนียวมากขึ้น ซึ่งอาจมีภาวะติดเชื้อ จึงติดต่อให้ผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลชลบุรี แพทย์ได้ตรวจวินิจฉัยพบว่าการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและ หลอดลมอักเสบ โดยมีตรวจ UA : พบ WBC numerous : จึงให้ยาปฏิชีวนะ Augmentin 2.2 gram IV ทุก 12 ชม. และส่งตรวจ urine culture : พบเชื้อ Enterococcus faecalis. Klebsiella pneumonia ไม่ตอบสนองต่อยาที่ใช้อยู่ ไข้ไม่ลง จึงเปลี่ยนยาตามผล antibiogram เป็น Tazocin 4.5 gram IV ทุก 8 ชม. Film Chest x ray ไม่พบ pneumonia แพทย์ได้ให้การรักษาโดย On ventilator ให้ Flumucil พยาบาล Berodual และ normal saline เกาะปอด และดูแลเสมหะ มีอาการทางปอดดีขึ้น แต่ยังต้องให้ collar mask มีผล hemoculture ไม่พบเชื้อ จึงให้ยาปฏิชีวนะ 7 วัน เปลี่ยนเป็นยากินต่อจนอาการดีขึ้นและไข้ลดลง แต่ยังมีเสมหะเหนียวมาก มีปัสสาวะใส On tracheostomy tube, NG tube, และ On Foley's catheter แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ต่อเนื่องที่บ้าน โดยส่งข้อมูลทางโปรแกรม smart COC ยาที่ได้รับกลับบ้าน

คือ Losartan 50mg OD, amlodipine 5mg OD, apres-soline/ 25 mg 1 tab tid pc , Levoflox 500 mg 1.5 tab OD และ Fluimucil 1 ซอง tid pc ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลรวม 9 วัน ก่อนกลับพยาบาลได้ส่งต่อข้อมูลเพื่อติดตามเยี่ยมบ้านผ่านโปรแกรม Smart COC

2. การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน แบบ Home ward

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 : หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 วัน พยาบาลชุมชนออกเยี่ยมบ้านร่วมกับแพทย์ทีมสหสาขาวิชาชีพ และ Care giver พบญาติผู้ดูแลหลัก ได้แก่สามี ลูกสาว ลูกชายและแม่สามี ผู้ป่วยคิดเตียง วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.0 องศาเซลเซียส หายใจ 24 ครั้ง/นาที ชีพจร 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 180/90 มิลลิเมตรปรอท เรียกชื่อ ลืมตา ไม่พูด แขนและขาทั้งสองข้างเคลื่อนไหวไม่ได้ (motor power gr.0) GCS= 5 (E3V1M1) พลิกตะแคงตัวเองไม่ได้ On Tracheostomy tube ใส่เครื่องผลิตออกซิเจน collar mask 5 ลิตร Sat O₂ = 96 % ผู้ป่วยมีเสมหะเหนียวสีขาวข้น แนะนำให้ญาติผู้ดูแลช่วยดูดเสมหะก่อนให้อาหารทุกมื้อ On NG tube feed อาหาร Feed BD 1:1 300*4 รับประทานได้ และ On Foley's catheter with urine bag เทปัสสาวะทิ้งไว้ในขวดได้เพียง 650 ml ลักษณะของปัสสาวะสีเหลืองเข้ม มีตะกอน มีแผลกดทับระดับ 2 บริเวณก้นกบ ขนาด 6x8 cm. พยาบาลชุมชนได้ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย และให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลเรื่องการดูแลเสมหะและการเคาะปอดให้ถูกวิธี เพื่อป้องกันการติดเชื้อในปอด ให้คำแนะนำการพลิกตะแคงตัว รวมทั้งสอนและสาธิตวิธีการทำแผล โดยปราศจากเชื้อให้ความรู้การดูแลสายสวนปัสสาวะ โดยการทำความสะอาดอวัยวะเพศและสายสวนปัสสาวะและวางถุงปัสสาวะให้ต่ำกว่าตัวผู้ป่วย กอຍสังเกตลักษณะและสีของปัสสาวะ

จากการประเมินภาวะสุขภาพ ในการติดตามเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1 พบว่าผู้ป่วย มีไข้ ชีพจรเร็ว เสมหะเหนียวมากขึ้น ซึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ จึงติดต่อให้ผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลชลบุรี

การประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม (IN HOMESSS ASSESSMENT)

I = Immobility (การเคลื่อนไหว) : การเดิน และการเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เป็นผู้ป่วยติดเตียง มีอาการอัมพาต Motor power แขนซ้าย grade III แขนขวาและขาทั้งสอง grade 0

N = Nutrition ภาวะโภชนาการ : On NG tube ได้รับอาหารปั่นจำนวน 300 CC จำนวน 4 มื้อต่อวัน นน. 60 Kgs รอบเอว 82 ซม. สูง 165 cms BMI 22.0 ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการปกติ ผู้ดูแลหลักคือ สามีของผู้ป่วย เป็นผู้จัดเตรียมอาหาร และให้อาหาร โดยมีจัดอุปกรณ์และเตรียมอาหารอย่างถูกต้อง

H = Home environment : บ้านปูนชั้นเดียวหน้าบ้าน ติดกับถนนคอนกรีตในซอย ด้านข้าง และหลังบ้านมีเพื่อนบ้านที่อยู่ติดกันในซอย ภายในบ้านจัดวางของใช้เป็นระเบียบ ห้องผู้ป่วยมีเตียงนอนเป็นห้องที่กั้นกระจกและติดแอร์ เป็นสัดส่วน

O = Other People : เพื่อนบ้านบริเวณโดยรอบบ้านของผู้ป่วย มีสัมพันธ์ภาพดีต่อกัน ซึ่งเป็นเพื่อนบ้านที่อาศัยใกล้เคียงมานานแล้ว

E = Examination : BP = 180/90 mmHg P = 100 ครั้ง/นาที R = 24 ครั้ง/นาที T = 38.0 C ศีรษะ 2 ข้าง สมมาตรกัน การแต่งกายสะอาด สวมเสื้อผ้าหน้า ช่องปากสะอาด ลืมตาได้เอง On Tracheostomy tube มีเสมหะเหนียว ฟังปอดมีเสียงเสมหะ แขนและขาขยับไม่ได้ ใส่ Foley's catheter ลักษณะปัสสาวะมีสีเหลืองขุ่นมีตะกอน มีแผลกดทับที่ก้นกบเกรด 2 ขนาด 6x8 cm

M = Medication : ไม่มีประวัติแพ้ยา รับยาจาก รพ.ชลบุรี การเก็บรักษายาเหมาะสม ยาที่ได้รับกลับบ้านคือ Lorsatan 50 mg วันละครั้ง, amlodipine 5 mg วันละครั้ง, apres-soline 25 mg วันละ 3 ครั้ง, fluimucil 200 mg วันละ 3 ครั้ง และมะขามแขก 400 mg วันละ ครั้ง

S = Safety : มีประตู หน้าต่างและสภาพภายในบ้านที่คงทนถาวร แต่ไม่มีรั้วบ้าน ภายในบ้านสะอาด จัดของใช้เป็นระเบียบ มีห้องแยกเป็นสัดส่วน

S = Spiritual : นับถือศาสนาพุทธ ความเชื่อ ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ แต่ญาติมีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพตามแผนการรักษาแผนปัจจุบัน

S = Service by home care : การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยให้การพยาบาลที่บ้านแก่ผู้ป่วยในรูปแบบ Home Ward จากงานพยาบาลที่บ้านและชุมชน ร่วมกับทีมหมอครอบครัว (Family care Team) และสหสาขาวิชาชีพ ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา

กิจกรรมการพยาบาลเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านครั้งที่ 1

1. การประเมินสภาพร่างกาย : Vital signs, Bathel Index, Motor strength, Feeding, Nutritional status, Skin, Extremities, การขับถ่าย, การประเมินจิตสังคม, การประเมินสิ่งแวดล้อม, อุปกรณ์ของใช้ต่างๆ

2. เตรียมความพร้อมด้านการดูแลผู้ป่วยติดเตียงแก่ญาติ และ Care giver เช่น การดูแล suction, Feeding, การทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วย, การเตรียมยา, safety precaution, การดูแลสายสวนปัสสาวะ

3. ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วย และญาติ

4. ประเมิน V/S และภาวะสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและมีอาการแทรกซ้อน

5. บันทึกข้อมูลลงในแฟ้มเยี่ยมบ้าน และโปรแกรมเยี่ยมบ้าน

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและช่วยเหลือตนเองได้

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลับมาดูแลต่อที่บ้าน โดยการส่งต่อจากโปรแกรมเยี่ยมบ้าน มีความพิการหรือใส่เครื่องมือทางการแพทย์ จำเป็นต้องมีผู้ดูแล

O : ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองแขนและขาทั้งสองข้างเคลื่อนไหวไม่ได้ ประเมิน motor power grade 0

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น ช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยขยับตัว พลิกตะแคงตัวเองได้และได้รับการดูแลตามความเหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการทางระบบประสาทว่าผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวมากน้อยเพียงใด

2. ประเมินลักษณะผิวหนัง สีผิว ความตึงตัว ความชื้น โดยเฉพาะบริเวณผิวหนังที่ถูกกดทับ

3. จัดท่านอนให้ผู้ป่วย นอนในท่าที่สบาย

4. แนะนำให้ญาติ ดูแลผิวหนังให้แห้งสะอาดอยู่เสมอเพื่อป้องกันแผลกดทับ

5. กายภาพบำบัด ข้อต่างๆ เช่น มือ ศอก ไหล่ สะโพก เข่า และข้อเท้า เพื่อป้องกันข้อติด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสเกิดการติดเชื้อทางปัสสาวะ เนื่องจากใส่สายสวนปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยติดเตียง ต้องใส่สายสวนปัสสาวะ ต่อถุงปัสสาวะ เพิ่งกลับจากโรงพยาบาล ด้วยภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

O : สังเกตเห็นลักษณะของปัสสาวะสีเหลืองขุ่น มีตะกอน

วัตถุประสงค์

เพื่อไม่เกิดภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่เกิดภาวะกระเพาะปัสสาวะอุดตัน มีการระบายออกจากสายสวนปัสสาวะได้สะดวก ไม่มีตะกอนอุดตันสาย

2. ไม่พบอาการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ไม่มีไข้ ลักษณะ ปัสสาวะมีสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ไม่มีกลิ่นเหม็นผิดปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ ที่แสดงถึงการติดเชื้อ เช่น มีไข้ ชีพจรเร็ว

2. ประเมินลักษณะสีเข้ม ขุ่น มีตะกอน ของปัสสาวะ จำนวนและความถี่ของปัสสาวะ

3. แนะนำญาติผู้ดูแลสังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะให้ความรู้การดูแลสายสวนปัสสาวะ โดยการทำความสะอาดอวัยวะเพศและสายสวนปัสสาวะและวางถุงปัสสาวะให้ต่ำกว่าตัวผู้ป่วย คอยสังเกตลักษณะและสีของปัสสาวะ

4. แนะนำให้น้ำแก่ผู้ป่วยให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ 3 ลิตร

5. รายงานแพทย์ประจำทีมหมอบรรลุ เมื่อลักษณะของปัสสาวะสีเหลืองขุ่น มีตะกอน

6. เก็บปัสสาวะส่งตรวจเพื่อประเมินการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด Aspiration Pneumonia

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยใส่ NG tube Feed BD 300 cc. X 4 มื้อ ผู้ดูแลยังจำขั้นตอนการ Feed ไม่ได้

O : ญาติผู้ดูแลให้ผู้ป่วยนอนราบหนุนหมอน 1 ใบ ขณะให้อาหาร

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ญาติผู้ดูแล มีความรู้ ความเข้าใจ แนวทางการป้องกันการเกิด Aspirate Pneumonia และผู้ป่วยไม่เกิด Aspirate Pneumonia

เกณฑ์การประเมิน

ญาติผู้ดูแล สามารถดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิด Aspirate Pneumonia ได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอนการจัดท่านอนหัวสูง 45 องศา ระหว่างการ Feed อาหาร
2. สอนสาธิตการ Feed อาหารโดย การตรวจว่าสายอยู่ในกระเพาะอาหาร การให้อาหารและยา ให้ผู้ดูแลทดลองฝึกปฏิบัติ พร้อมทบทวนขั้นตอนการ Feed อาหารที่ถูกต้อง
3. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติ อาจเกิดภาวะปอดติดเชื้อ เช่น ไข้ ไอมีเสมหะ เหนื่อยหอบ ที่อาจต้องพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 การดูแลเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากเสมหะเหนียวข้น

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วย On Tracheostomy tube ใส่ collar mask ไอมีเสมหะเหนียว

O : ผู้ป่วยมีอาการ หอบเหนื่อย ไอ มีเสมหะเหนียวสีขาวข้น อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ฟัง ปอด มีเสียงเสมหะ

วัตถุประสงค์

เพื่อผู้ป่วยไม่เกิดเสมหะอุดตัน

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยไม่มีเสมหะอุดตัน หายใจได้ดี เสมหะใสขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ถ้าหากมีอาการผิดปกติ เช่น หายใจมีเสียงดัง หายใจหอบ ชีพจรเร็ว จะต้องรายงานแพทย์ที่ร่วมทีมเยี่ยมบ้าน
2. สอนและสาธิตการดูแลเสมหะอย่างถูกต้องทุกเทคนิค ทุกครั้งที่มีการเสมหะ และควรดูแลเสมหะก่อนการให้อาหารทางสายยาง ประเมิน ลักษณะ จำนวนของเสมหะและลงบันทึก

ไว้ในใบบันทึกการพยาบาล เมื่อพยาบาลได้ให้การพยาบาลที่บ้าน พร้อมทั้งให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ดูแล

3. สอนการฟัง เสียงเสมหะ ขณะผู้ป่วยไอ ถ้ามีเสมหะมาก ควรทำการดูดเสมหะ
4. สอนการสังเกต สีและลักษณะของเสมหะ ถ้ามีสีเขียวหรือเหลือง ต้องติดต่อพยาบาลทันที
5. สอนการประเมิน O₂ Sat โดยใช้เครื่องวัด O₂ Sat ที่ปลายนิ้วผู้ป่วย โดยค่า O₂ Sat ไม่ควรต่ำกว่า 95%
6. สอนการนับการหายใจ โดยสังเกตการหายใจเข้า โดยดูหน้าอกที่พองขึ้น และการหายใจออกโดยดูหน้าอกที่ยุบ นับเป็นการหายใจ 1 ครั้ง นับจำนวนครั้งการหายใจใน 1 นาที ว่าได้กี่ครั้งต่อนาที ควรมีค่าปกติ 12-20 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ดูแลยังไม่เข้าใจวิธีการใช้เครื่องผลิตออกซิเจนที่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

S : หลังออกจากโรงพยาบาล มาดูแลต่อเนื่องที่บ้านผู้ป่วย On Tracheostomy tube ผู้ป่วยต้องใช้เครื่องผลิตออกซิเจน 5 ลิตรต่อนาที

O : ผู้ดูแลบอกวิธีการใช้และดูแลเครื่องผลิตออกซิเจนที่บ้านยังไม่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ญาติผู้ดูแลหลัก มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถดูแลผู้ป่วยให้ออกซิเจนที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

เกณฑ์การประเมิน

ญาติผู้ดูแลหลัก มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถดูแลผู้ป่วยให้ออกซิเจนที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอนสาธิตและทบทวนการให้ออกซิเจนที่บ้าน และการบำรุงรักษาเครื่องผลิตออกซิเจนและให้ญาติผู้ดูแลปฏิบัติตาม
2. สอนสาธิตการนับหายใจและให้ญาติผู้ดูแลปฏิบัติตาม พร้อมแนะนำอาการผิดปกติ เช่น เหนื่อย หายใจเร็วมากกว่า 24 ครั้ง/นาที การให้ออกซิเจน Collar mask 5 ลิตร / นาที หากอาการเหนื่อยไม่ดีขึ้น ควรพาไปโรงพยาบาล
3. สอนสาธิตและให้ญาติผู้ดูแลปฏิบัติตามการใช้เครื่องผลิตออกซิเจนย้อนกลับ

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 : 5 วันหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากรพ. ครั้งที่ 2 พยาบาลชุมชนเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และ Care giver พบญาติผู้ดูแลได้แก่สามี ลูกสาว และแม่สามี ผู้ป่วยติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ Bathel Index = 0 ลืมตาได้เมื่อเรียก แขนข้างซ้ายยกได้ grade 3 แขนข้างขวาไม่ได้อำละ่งกล้ามเนื้อแขนขา ระดับ 0 (motor power gr.0) พลิกตัวเองไม่ได้ ขาทั้งสองข้างอ่อนแรง motor power gr.0 GCS= 7(E3VtM3) วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส หายใจ 20 ครั้ง/นาที่ ชีพจร 110 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 180/90 มิลลิเมตร/ปรอท เรียกรู้สึกตัว ไม่พูด ส่งเสียงอ้ออในคอ ขาทั้งสองข้างเคลื่อนไหวไม่ได้ On Tracheostomy tube ไม่มีอาการหอบเหนื่อยไม่มีเสียง secretion ใส่เครื่องผลิตออกซิเจน 5 ลิตร Sat O₂ 96 % ไอ มีเสมหะไม่เหนียว สีขาวขึ้น On NG tube feed อาหาร BD. 1:1 300 cc. x 4 รับประทานได้ ผลกดทับขนาดเล็กลง 5x6 cm แห้งดี ไม่มี discharge แนะนำญาติผู้ดูแลช่วยดูดเสมหะก่อนให้อาหารทุกมื้อ ญาติได้ขอคำปรึกษาเรื่องอาหารเพื่อลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ทีมพยาบาลชุมชนได้ประสานนักโภชนาการให้ร่วมออกเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำการสอนทำอาหารปั่นเฉพาะโรค ซึ่งช่วยลดค่าใช้จ่ายมากกว่าการสั่งอาหารสำเร็จรูปที่ให้ทางสายยาง สำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง แก่ญาติผู้ดูแลพยาบาลชุมชนได้ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยและให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลเรื่องการดูดเสมหะและการเคาะปอดให้ถูกวิธี เพื่อป้องกันการติดเชื้อในปอด ให้คำแนะนำการพลิกตะแคงตัว รวมทั้งสอนและสาธิตวิธีการทำแผลโดยปราศจากเชื้อและ On foley's catheter with urine bag เทปัสสาวะทิ้งไว้ในขวดได้เพียง 380 ml มีลักษณะขุ่นเป็นตะกอน ให้ความรู้การดูแลสายสวนปัสสาวะโดยให้คำแนะนำญาติผู้ดูแล ได้แก่ สามีและลูกของผู้ป่วย ให้ทำความสะอาด ดูแลไม่ให้สายสวนปัสสาวะให้อยู่สูงกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะผู้ป่วย ให้ Feed น้ำเพิ่ม 50 cc. และคอยสังเกตความผิดปกติอย่างต่อเนื่อง จากการพูดคุยกับสามีของผู้ป่วยยังมีความเครียดและกังวลในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยยังขาดความพร้อมและไม่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง พยาบาลชุมชนและทีมสหวิชาชีพได้ให้การพยาบาลเพื่อคลายความเครียดและความวิตกกังวลของญาติ และให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ให้คำแนะนำเรื่องการบริหารกายภาพบำบัดเพื่อป้องกันการข้อติด กล้ามเนื้อลีบ รวมทั้งการให้ความรู้และทักษะในการป้องกันแผลกดทับและการติดเชื้อจากทางเดินปัสสาวะ

กิจกรรมการพยาบาลเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านครั้งที่ 2

1. การประเมินสภาพร่างกาย : Vital signs, Bathel

Index , Motor strength, Feeding, Nutritional status

2. ติดตามอาการและประเมินปัญหาสุขภาพผู้ป่วย หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3. สอนสาธิต, ทบทวน สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยกับญาติและ Care giver ในเรื่องการดูแล suction, Feeding, การทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วย, การเตรียมยา, safety precaution, การดูแลสายสวนปัสสาวะ และการเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วย

4. ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วย และญาติ

5. นัดหมายการเยี่ยมครั้งต่อไป

6. บันทึกข้อมูลลงในแฟ้มเยี่ยมบ้าน และโปรแกรมเยี่ยมบ้าน

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การเยี่ยมครั้งนี้ได้พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพิ่มอีก 2 ข้อ คือ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง
ข้อมูลสนับสนุน

S : สามีผู้ป่วย เป็นญาติผู้ดูแลหลัก บอกว่ายังไม่มั่นใจว่าจะดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องหรือไม่

O : สามีผู้ป่วย มีสีหน้าวิตกกังวล และคอยสอบถามข้อสงสัยในการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ญาติผู้ดูแลหลัก มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างถูกต้อง

เกณฑ์การประเมิน

ญาติผู้ดูแลหลัก มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยติดเตียง เช่น การนอน การพลิกตะแคงตัว การให้อาหาร การขับถ่าย เพื่อป้องกันแผลกดทับ และกล้ามเนื้อลีบ

2. แนะนำการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับ การทำกายภาพบำบัดเพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและข้อติด

3. ให้ญาติผู้ดูแลฝึกปฏิบัติ เพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 มีโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ และแผลกดทับ

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยติดเตียง มีภาวะพึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด กิจกรรมส่วนใหญ่อยู่บนเตียง

O : ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ขาทั้งสองข้างเคลื่อนไหวไม่ได้ แขนข้างซ้ายยกได้ แขนข้างขวายกไม่ได้ ประเมิน motor power แขนซ้าย grade 3 แขนขวา grade 0 และ Barthel Index = 0 ยังไม่มีภาวะข้อติด กล้ามเนื้อลีบ แต่มีแผลกดทับ ที่ก้นกบเกรด 2 ขนาด 5x6 cm

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีข้อติด กล้ามเนื้อลีบ และแผลกดทับ

เกณฑ์การประเมิน

ลดการเกิดข้อติด กล้ามเนื้อลีบ และแผลกดทับ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประสานทีมกายภาพบำบัดออกประเมินและให้คำแนะนำ ญาติผู้ดูแลฝึกบริหารแขนขาและข้อเพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ
2. สอนและสาธิตให้ผู้ดูแลพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย ทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันแผลกดทับ และ ฝึกทำ Passive Exercise แขนขาให้ผู้ป่วย เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบ และข้อติด
3. สอนและสาธิตให้ผู้ดูแลดูแลผิวหนังให้สะอาด อยู่เสมอ ไม่ให้อับชื้น และจัดที่นอนให้เรียบตึง

จากการเยี่ยมบ้านทั้ง 2 ครั้ง ปัญหาการดูแลผู้ป่วยรายนี้ที่ได้แก้ไขแล้วมีทั้งหมด 4 ข้อ คือ

ปัญหาข้อที่ 2 มีโอกาสเกิดการติดเชื้อทางปัสสาวะ เนื่องจากใส่สายสวนปัสสาวะ

ปัญหาข้อที่ 3 มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด Aspiration Pneumonia

ปัญหาข้อที่ 4 การดูแลเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากเสมหะเหนียวข้น

ปัญหาข้อที่ 5 ผู้ดูแลยังไม่เข้าใจวิธีการใช้เครื่องผลิตออกซิเจนที่บ้าน

พบว่าปัญหาที่ต้องติดตามและดูแลอย่างต่อเนื่องคือ ปัญหาข้อที่ 1 ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและช่วยเหลือตนเองได้ ปัญหาข้อที่ 6 ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งให้การแนะนำการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ถึงการให้อาหารทางสายยาง

และการดูแลสายปัสสาวะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วย เริ่มมีความมั่นใจเพิ่มขึ้น และปัญหาข้อที่ 7 มีโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ และแผลกดทับเกิดจาก ภาวะเลือดออกในก้นสมอง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถขยับแขนและขาได้ และมีแนวทางในการดูแลคือ การทำกายภาพบำบัด เพื่อให้แขนขาไม่ยึดติด และการพลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันแผลกดทับ

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 : 1 เดือนหลังจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 พยาบาลชุมชนเยี่ยมบ้านร่วมกับ Care giver ประจำครอบครัว ซึ่งได้มีการติดตามปัญหาสุขภาพที่ยังมีอยู่ได้แก่ ปัญหาข้อที่ 6 ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และปัญหาที่ 7 มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ และแผลกดทับ และประเมินภาวะสุขภาพเพิ่มเติม ได้พบญาติผู้ดูแลเอง ได้แก่ ลูกสาว และแม่สามี ผู้ป่วยนอนบนเตียง ลูกนั่งและพลิกตะแคงตัวเองไม่ได้ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ลืมตาได้เอง เรียกชื่อ รู้สึกตัว พูดไม่ได้ แต่สามารถตอบโต้ด้วยการพยักหน้า ส่งเสียงอ้ออในคอ แขนข้างซ้ายยกได้เล็กน้อย grade 3 แขนข้างขวายกไม่ได้ กำลังกล้ามเนื้อแขนขวาระดับ 0 (motor power gr.0) ขาทั้งสองข้างอ่อนแรง motor power gr.0 (GCS=12, E4 V2 M6) BI = 0 วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส หายใจ 20 ครั้ง/นาที จีพจร 102 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 170/80 มิลลิเมตร/ปรอท On Tracheostomy tube ไม่มีอาการหอบเหนื่อย หายใจ room air เยี่ยมบ้านแนะนำผู้ดูแลช่วยดูแลเสมหะก่อนให้อาหารทุกมื้อ On NG tube feed อาหารปั่นรับได้ 300 cc. x 4 มื้อ และ On Foley's catheter with urine bag เทปัสสาวะทิ้งไว้ในขวดได้เพียง 580 ml มีลักษณะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน แผลกดทับเล็กน้อย ขนาด 1x1 cm แห้งดี ไม่มี discharge

จากการพูดคุยและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แสดงความรู้สึกและสอบถามข้อสงสัย พบว่าญาติผู้ดูแลลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง จึงให้การพยาบาลในการเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งพยาบาลชุมชนได้มีการติดตามเยี่ยมบ้านและเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะเป็นประจำเมื่อครบกำหนด

กิจกรรมการพยาบาลเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านครั้งที่ 3

1. การประเมินสภาพร่างกาย : Vital signs, Bathel Index, Motor strength, Feeding, Nutritional status
2. ติดตามอาการและประเมินปัญหาสุขภาพผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3. สอนสาธิต, ทบทวน สนับสนุนการดูแลผู้ป่วย กับญาติและ Care giver ในเรื่องการดูแล suction, Feeding, การทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วย, การเตรียมยา, safety precaution, การดูแลสายสวนปัสสาวะและการเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วย

4. ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วย และญาติ

5. นัดหมายการเยี่ยมครั้งต่อไป

6. บันทึกข้อมูลลงในแฟ้มเยี่ยมบ้าน และโปรแกรมเยี่ยมบ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 - 7 จากการเยี่ยมครั้งที่ 3 พบว่าผู้ป่วยมีผลกดทับเล็กน้อย เกิดแผลกดทับ แต่ผู้ป่วยยังมีปัญหาเรื่องการมีโอกาสดูแลตนเอง การเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อคิดจึงมีการวางแผน เพื่อการดูแลต่อเนื่องคือ การทำกายภาพบำบัด เพื่อให้แขนขาไม่ยึดติด และการพลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันแผลกดทับ ซึ่งอาจจะเกิดซ้ำได้ใหม่

การประเมินผลทางการพยาบาล

ผลของการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน บรรลุตามเกณฑ์การประเมินของการพยาบาลที่บ้านตามรูปแบบ Home Ward ดังนี้

1. ผู้ป่วยยังไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ แต่มีการโต้ตอบสื่อสารด้วยการพยักหน้าและส่ายหน้าได้ รวมทั้งแสดงสีหน้าสดชื่นและยิ้มแย้ม
2. ผู้ป่วยได้รับการรักษาหายจากการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และญาติผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะทางเดินปัสสาวะได้อย่างถูกต้อง
3. ญาติผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิด Aspirate Pneumonia ได้อย่างถูกต้อง
4. ญาติผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถดูแลตนเองให้ผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างถูกต้อง
5. ญาติผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถดูแลผู้ป่วยให้ออกซิเจนที่บ้านได้อย่างถูกต้อง
6. ญาติผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถดูแลผู้ป่วยติดเชื้อได้อย่างถูกต้อง
7. ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนลดลง คือ ไม่มีข้อติด ไม่มีกล้ามเนื้อลีบ แผลกดทับหายดี

สรุปผลการศึกษา

โรคหลอดเลือดสมองแตก เป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน พิกการหรือเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักจะมีภาวะพิการของร่างกายหลงเหลืออยู่ พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการประเมินภาวะสุขภาพ วางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลที่บ้านและชุมชน โดยมีการประสานงานกับแพทย์ ทีมสหสาขาวิชาชีพ และนักบริบาลอาสาสมัคร (Care giver) กรณีศึกษาผู้ป่วย

รายนี้ได้รับการรักษาจนอาการคงที่ จึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พยาบาลชุมชนได้ประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ประกอบด้วยระดับความรุนแรงของผู้ป่วย 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 การเจ็บป่วยระยะแรกจากโรคเรื้อรัง

ระดับที่ 2 การเจ็บป่วยส่งผลต่อชีวิตปกติ/ไร้ความสามารถเล็กน้อย ต้องการผู้ดูแลกิจกรรมบางส่วน

ระดับที่ 3 การเจ็บป่วยที่ส่งผลให้เกิดความพิการ หรือใส่เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อช่วยดำรงชีวิต จำเป็นต้องมีผู้ดูแล

ระดับที่ 4 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ได้จัดอยู่ระดับที่ 3 เนื่องจากการเจ็บป่วยที่มีความพิการและมีการใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ (tracheostomy tube, foley's catheter) เพื่อช่วยดำรงชีวิตจำเป็นต้องมีผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องทำหัตถการที่บ้าน และมีภาวะแทรกซ้อนในช่วงแรกของการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยการประเมินอาการทางสมองผู้ป่วยมี GCS ก่อนกลับบ้าน = 3 E1V1M1 เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่บ้าน หลังจากไปเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้านทั้ง 3 ครั้ง ได้สอนผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วย แนะนำการดูแลเรื่องการให้อาหาร การทำความสะอาด ร่างกาย และการดูแลสายสวนปัสสาวะ/ อุจจาระ การดูแลสภาพแวดล้อม การใช้อุปกรณ์ต่างๆ พบว่า GCS ดีขึ้น = 11 E4V2M5 ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมมากขึ้น และสามารถดูแลผู้ป่วยติดเชื้อได้ดี ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนซ้ำ ไม่หอบเหนื่อย แผลกดทับหาย และไม่มีแผลกดทับเพิ่ม ไม่มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและทางเดินหายใจ ที่ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล จากนั้นพยาบาลชุมชน ซึ่งมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน จึงส่งต่อข้อมูลการติดตามผู้ป่วยรายนี้เข้าระบบทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) ประจำพื้นที่ ในการติดตามดูแลต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเฉพาะราย โดยทีมพยาบาล แพทย์ และสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกัน เพื่อเตรียมความพร้อมและเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2. ควรพัฒนาแนวทางส่งต่อข้อมูลและตอบกลับ ในโปรแกรมเยี่ยมบ้าน โดยเน้นการส่งต่อข้อมูลที่ต้องการให้ติดตามให้ชัดเจน ตรงประเด็น

3. ควรมีการส่งต่อข้อมูลในระบบออนไลน์ ที่ผู้ดูแลสามารถส่งข้อมูลให้กับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อตอบสนอง และให้การดูแลได้อย่างทันท่วงที

บรรณานุกรม

นวลขนิษฐ ลิจิตลือชา, ทิพย์สุตา ลาภักดี และพัชรีย์ กัดจอมพงษ์, บรรณารักษ์. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน. นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย พัฒนาพล เอ็งสุโสภณ. (2564). เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้วใช้อย่างไร. <https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/line/%E0%B9%80%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%B7%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%94%E0%B8%AD%E0%B8%AD%E0%B8%81%E0%B8%8B%E0%B8%B4%E0%B9%80%E0%B8%88%E0%B8%99%E0%B8%9B%E0%B8%A5%E0%B8%B2%E0%B8%A2/>

สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (28/4/2565) กรมควบคุมโรค รณรงค์ วันหลอดเลือดสมองโลก หรือวันอัมพาตโลก 2565

มุ่งเน้นเสริมสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับ สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองให้กับประชาชน กรมควบคุมโรค.

<https://www.prd.go.th/th/content/category/detail/id/9/iid/130588>

สมศักดิ์ เทียมเก่า.(2564).สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง.วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย.34(4),54-60

Health Data Center.(2565). อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกปี2565 เขต 6. https://hdc-service.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=1&flag_kpi_year=2022&source=pformatted/format1.php&id=db98b653287b753aab3b-86222589f12e

Siamhealth.(n.d.) การนับการหายใจ. https://www.siamhealth.net/public_html/Disease/heart_disease/vs/respiratory.html

ผลการใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์

นางสุรีย์ สร้อยทอง
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านโพธิ์

บทคัดย่อ

งานวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม - เดือน พฤศจิกายน 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การฝึกทักษะความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน การศึกษาข้อมูลด้วยตนเองผ่านแอปพลิเคชัน และเว็บไซต์ออนไลน์ คู่มือการดูแลตนเอง การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามตอบด้วยตนเอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 10.6 คะแนน (SD = 2.01) อยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ามีความเท่ากับ 14.5 คะแนน (SD = 0.68) อยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.80, p < .005$) ส่วนด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.08 คะแนน (SD = 0.33) อยู่ในระดับปานกลางและหลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.27 คะแนน (SD = 0.22) อยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.42, p < 0.05$)

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ สามารถส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นได้

จึงควรนำโปรแกรมมาใช้ในคลินิกฝากครรภ์ จะทำให้บุคลากรสามารถจัดกิจกรรมการสอนได้ครบถ้วน และหญิงตั้งครรภ์สามารถเข้าถึงกิจกรรม ความรู้ได้ง่ายขึ้น ได้รับความสะดวกมากขึ้น

คำสำคัญ : โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ ความรู้ ความเข้าใจ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และหญิงตั้งครรภ์

ความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์ถือว่าเป็นภาวะวิกฤติตามระยะพัฒนาการ (Maturation Crisis) ของวงจรชีวิตครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งในหญิงตั้งครรภ์ เพราะเป็นช่วงชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ในระบบต่างๆ ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของบทบาท การเป็นมารดาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจึงส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงในระยะตั้งครรภ์¹ ที่ส่งผลกระทบอย่างมากต่อหญิงตั้งครรภ์ ผลกระทบที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตสังคม ได้แก่ ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปในขณะตั้งครรภ์ และการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาที่ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความกดดันและความเครียดสะสมในการตั้งครรภ์² และผลกระทบต่อสภาวะร่างกาย โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์เกือบทุกรายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ตั้งแต่ได้รับผลกระทบเล็กน้อยเช่น อาการไม่สบายจากการตั้งครรภ์ จนถึงเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือโรคต่าง ๆ ขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงหรือครรภ์เป็นพิษ การคลอดยาก การคลอดก่อนกำหนด การแท้ง ภาวะโลหิตจาง และภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น ซึ่งบางรายภาวะแทรกซ้อนอาจรุนแรงถึงขั้นทำให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์เสียชีวิตตามมา³ การดูแลครรภ์หรือการฝากครรภ์เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญยิ่งของสตรีที่ตั้งครรภ์ เนื่องจากสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์จะมีผลโดยตรงกับสุขภาพของทารกในครรภ์ บทบาทของพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์นอกจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจครรภ์ตามเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพแล้ว การให้ข้อมูลในการส่งเสริมสุขภาพพระยะตั้งครรภ์เป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถดูแลตนเองและปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ได้ถูกต้องเหมาะสม

ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ข้อมูลที่จำเป็นจะต้องสอน แก่หญิงตั้งครรภ์ในช่วงอายุครรภ์ก่อน 28 สัปดาห์ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยาบำรุง การดูแลสุขภาพช่องปาก และการกระตุ้นพัฒนาการทารก ในครรภ์⁴ หากหญิงตั้งครรภ์ไม่มีความรู้ก็จะส่งผล ให้ปฏิบัติตนได้ไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหาร ไม่เหมาะสม ไม่ได้สัดส่วนตามที่ร่างกายต้องการ กล่าวคือ รับประทานอาหารมากเกินไปจะทำให้มีภาวะอ้วน และน้ำหนักเกิน⁵ และอาจส่งผลให้เกิดผลลัพท์จากการคลอด ไม่ดี เช่น การคลอดก่อนกำหนด จำเป็นต้องได้รับการชักนำ ในการคลอด ต้องผ่าตัดคลอดเนื่องจากทารกมีขนาดโตกว่าปกติ หรือทารกมีความพิการแต่กำเนิด หรือเสียชีวิตในครรภ์⁶ และในทางตรงกันข้ามหากหญิงตั้งครรภ์รับประทานอาหาร น้อยเกินไป หรือได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการ ก็อาจส่งผลให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย การขาดธาตุเหล็ก อาจส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางเนื่องจากขาด ธาตุเหล็ก การขาดสารอาหารกลุ่มโพลีอากจะทำให้เกิด ความผิดปกติของระบบประสาทไขสันหลัง⁷ นอกจากนี้ยังพบว่า การรับประทานกรดโฟลิกยังช่วยป้องกันหรือลดความพิการ ของอวัยวะระบบอื่น ๆ เช่น ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ และโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดด้วย ทั้งช่วยลดภาวะแทรกซ้อน จากการตั้งครรภ์ เช่น ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะแท้งบุตร และภาวะครรภ์เป็นพิษด้วย⁸ และการขาดไอโอดีน อย่างรุนแรงอาจส่งผลให้เซลล์สมองของทารกไม่พัฒนา ทำให้ทารกมีภาวะปัญญาอ่อนได้ (Cretinism) หญิงตั้งครรภ์ ควรได้รับสารอาหารเหล่านี้เพียงพอ นอกจากจะได้รับ จากอาหารที่รับประทานแล้วการรับประทานยาเม็ดบำรุงครรภ์ ไตรเฟอรัดิน (Triferdine) ให้ถูกต้องจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ ได้รับสารอาหารครบถ้วน เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จะเห็นได้ว่า การให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ในระยะก่อนคลอด มีความจำเป็นเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง สามารถดูแลตนเองได้ หากหญิงตั้งครรภ์ไม่มีความรู้ในการดูแล ตนเองอย่างถูกต้องอาจส่งผลให้ปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานยาบำรุง การรับประทาน อาหาร การจัดการกับความเครียดไม่เหมาะสม สิ่งเหล่านี้ อาจส่งผลให้เกิดผลลัพท์ของการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ เช่น การคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ไปจนถึง มีพัฒนาการทางสมองและสติปัญญาไม่ดี เมื่อทบทวนรูปแบบ ในการให้ความรู้ส่วนใหญ่ในปัจจุบัน จะให้แบบรายกลุ่ม รายบุคคล โดยผู้เรียนต้องมารับบริการที่โรงพยาบาล แต่จาก การปฏิบัติงานพบว่า หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถมาเข้าร่วม กิจกรรมให้ความรู้ได้ครบ 100% เนื่องจากบางส่วนมีภาระใน การทำงานไม่สามารถลงงานได้บ่อยจึงไม่สามารถมาเข้าร่วม กิจกรรมการสอนในโรงเรียนพ่อแม่ได้ หญิงตั้งครรภ์เหล่านั้น จึงได้ข้อมูลในการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน มีการศึกษา พบว่า กลุ่มหญิงตั้งครรภ์

วัยรุ่นที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการในระยะตั้งครรภ์ มีน้ำหนักเฉลี่ยของทารกแรกเกิดสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งมีผลลัพธ์สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรม การสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง ช่วยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีสุขภาพที่ดีมีภาวะโลหิตจาง มีพฤติกรรมที่ดูแลตนเองเพื่อป้องกันโลหิตจางดีขึ้น¹⁰ จะเห็นว่าการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์แสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ได้

ความรู้ด้านสุขภาพมารดา (maternal health literacy) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ของสตรีตั้งครรภ์ โดยสตรีตั้งครรภ์จะต้องมีความสามารถในการ เข้าใจ พิจารณา ประเมินและแสวงหาข้อมูล เพื่อการตัดสินใจ ใช้ข้อมูลสุขภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างมีวิจารณญาณ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของ Nutbeam (2008)¹¹ เป็นความสามารถของบุคคล ที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน การใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพ ตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งภาวะ สุขภาพที่ดีตลอดชีวิต การที่บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทำให้บุคคลมีความสามารถที่จะประเมินและตัดสินใจ ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือเลือกใช้บริการสุขภาพ ได้อย่างเหมาะสม โดย Nutbeam (2008)¹¹ ความรอบรู้ ด้านสุขภาพประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้

- 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล (Access Skill) หมายถึง การใช้ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการค้นหา ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนและตรวจสอบข้อมูลจากหลาย แหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ
- 2) ทักษะความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Skill) หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการ ปฏิบัติ
- 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและ ยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน
- 4) ทักษะการจัดการตนเอง (Self-Management Skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผนและ ปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติ ตามเป้าหมาย เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง
- 5) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy Skill) หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอและสามารถเปรียบเทียบ วิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยง ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น กับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อ เพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม
- 6) ทักษะการตัดสินใจ ที่จะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ในระยะตั้งครรภ์

จากการทบทวนวรรณกรรมและการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมเท่าที่ควร งานวิจัยนี้จึงประยุกต์แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ¹¹ ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ เพื่อเตรียมความพร้อมในด้านความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ที่ส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมขณะหญิงตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่มีผลความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา

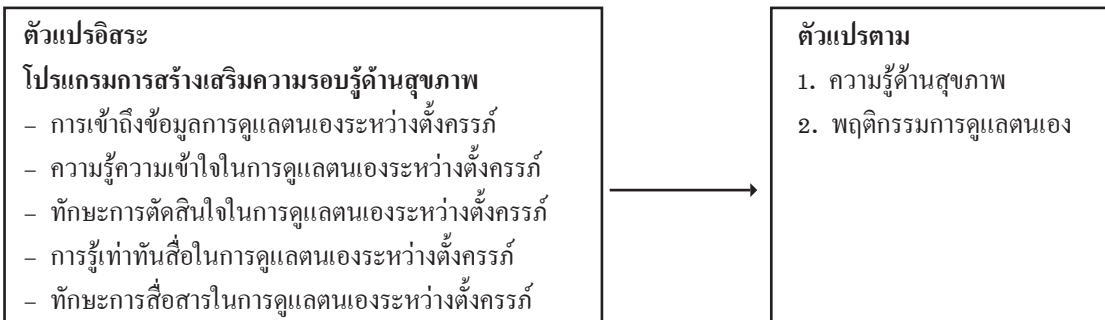
สมมติฐานของการวิจัย

1. ความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. พฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008)⁽¹¹⁾



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีรูปแบบการวิจัยเป็นแบบ 1 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group Pre-Post Test Design)

ประชากร ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่ได้มาแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมการเรียนรู้เรื่องการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ผ่านระบบออนไลน์ในกลุ่มเฟสบุ๊กกลุ่มไลน์ ที่ผู้ศึกษาจัดทำขึ้น ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการ

- 1) สร้างเสริมการเข้าถึงข้อมูลการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์
- 2) สร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์
- 3) สร้างทักษะการตัดสินใจในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์
- 4) สร้างการรู้เท่าทันสื่อในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์
- 5) สร้างทักษะการสื่อสารในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ และ
- 6) สร้างทักษะการจัดการตนเองในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์

2. ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจในด้านโภชนาการ การใช้ยาและสารเสพติด การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย และความปลอดภัย วัดโดยใช้แบบทดสอบวัดความรู้ เป็นแบบทดสอบปรนัย แบบ 2 ตัวเลือก คือ ถูก - ผิด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3. พฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง การกระทำของหญิงตั้งครรภ์เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ให้มีผลลัพธ์สุขภาพที่ดี ประกอบด้วย ด้านโภชนาการ การใช้ยาและสารเสพติด การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย และความปลอดภัย วัดโดยใช้แบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ

- 1) ครรภ์ที่ 1 และครรภ์ที่ 2
- 2) อายุครรภ์ไม่เกิน 24 สัปดาห์
- 3) เข้าใจภาษาไทย สื่อสารได้และอ่านออกเขียนได้
- 4) มีสมาร์ทโฟนสามารถใช้สมาร์ทโฟนได้ และมีแอปพลิเคชันไลน์ในสมาร์ทโฟน

5) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยลงนามในเอกสารยินยอมด้วยความสมัครใจ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อหากต้องการและหากพบว่าจะทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนไม่สามารถร่วมการศึกษาและส่งต่อ คัดออกจากการศึกษาทันที

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยกึ่งทดลอง ทดลอง (Quasi-Experimental Research) จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ แบบสอบถามจำนวน 15 ข้อ ค่าคะแนนแต่ละข้อ 0 - 1 คะแนน รวม 15 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนรวม 0 - 5 คะแนน แสดงว่ามีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ 6 - 10 คะแนน แสดงว่ามีความรู้ด้านสุขภาพปานกลาง 11 - 15 คะแนน แสดงว่ามีความรู้ด้านสุขภาพสูง และส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ ด้านโภชนาการ ด้านการใช้ยาและสารเสพติด ด้านการจัดการความเครียด ด้านการออกกำลังกาย ด้านความปลอดภัย เก็บข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ ค่าคะแนนแต่ละข้อ 1 - 5 คะแนน ซึ่งการแปลผลคะแนนแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ 3 ระดับดังนี้ พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับต่ำคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.00 - 3.99 คะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับสูงคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 - 5.00 คะแนน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2008) ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเองในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และโปรแกรมการสอน นำมาทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย สติแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์-นรีเวช 1 ท่าน พยาบาลเชี่ยวชาญสาขาจิตวิทยาสังคม และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหน่วยฝากครรภ์ 1 ท่าน นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI) ได้เท่ากับ 0.80 จากนั้นผู้วิจัยนำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้ (Try out) กับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ชุด และวิเคราะห์หาความน่าเชื่อถือได้ (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบครอนบาชแอลฟา (Cronbach's alpha

coefficient) สำหรับแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองได้เท่ากับ 0.83 และใช้ KR - 20 สำหรับแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

ขั้นตอนดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้ศึกษาแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งวัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูล ประเด็นหัวข้อวิจัยผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รวมทั้งการเก็บรักษาความลับและการป้องกันสวัสดิภาพและเกียรติภูมิของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ผู้ศึกษาจะได้ชี้แจงถึงวิธีการเก็บข้อมูลโดยวิธีการใช้แบบทดสอบและแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างตามที่เขียนขอไว้ในจริยธรรมการวิจัย

2. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ศึกษาจะมีการพูดคุยสร้างความสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่าง แล้วเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบทดสอบความรู้ด้านสุขภาพและแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง

3. ผู้ศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกลุ่มไลน์ เฟสบุ๊ค โดยการสแกน QR CODE เมื่อเข้าร่วมกลุ่มเรียบร้อยแล้ว ผู้ศึกษาได้อธิบายรายละเอียดการเข้าศึกษาเนื้อหาแต่ละเรื่อง

4. ให้กลุ่มตัวอย่าง ศึกษาความรู้จากกิจกรรมการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ที่ผู้ศึกษาได้ออกแบบและพัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการ

- 1) สร้างเสริมการเข้าถึงข้อมูลการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์
- 2) สร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์
- 3) สร้างทักษะการตัดสินใจในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์
- 4) สร้างการรู้เท่าทันสื่อในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์
- 5) สร้างทักษะการสื่อสารในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์
- 6) สร้างทักษะการจัดการตนเองในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์

โดยเนื้อหาประกอบด้วย ด้านโภชนาการ การใช้ยาและสารเสพติด การจัดการความเครียด การออกกำลังกายและความปลอดภัย เป็นระยะเวลา 1 เดือน

5. หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมกิจกรรมครบ 1 เดือน ผู้ศึกษาได้ดำเนินการเก็บข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้วยแบบทดสอบ และแบบประเมินพฤติกรรมชุดเดียวที่ใช้เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง

6. นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล/สถิติ

โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนการทดสอบความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ

และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลัง
ทำการทดลองโดยการทดสอบ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม
วิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา
รหัสโครงการวิจัย PH_CCO_REC 036/2565 ผู้วิจัยได้แจ้ง
การเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอน
การวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือ
ในการรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย
หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้
ไม่มีผลต่อการบริการใดๆที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้
จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหาย
แก่กลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัย การวิจัยนำเสนอภาพรวม
และใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีอายุ ระหว่าง 16 - 19 ปี
ร้อยละ 33.33 อายุน้อยสุด 16 ปี อายุมากที่สุด 37 ปี

($\bar{X}$ = 23, S.D.=4.95) น้ำหนักต่ำสุด 46 กิโลกรัม น้ำหนัก
สูงสุด 103 กิโลกรัม ($\bar{X}$ = 63, S.D. = 15) ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง
ร้อยละ 53.4 รองลงมาอาชีพแม่บ้าน/ช่วยเหลืองานในครอบครัว
ร้อยละ 20.0 ส่วนมากจบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา
ตอนต้น ร้อยละ 56.7 รองลงมามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
ร้อยละ 20.0 สถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 96.7 รายได้ต่อเดือน
10,000 - 20,000 บาท ร้อยละ 60 ($\bar{X}$ = 20,100,
S.D. = 8825.316) ส่วนใหญ่รายได้มีความเพียงพอ ร้อยละ
70.0 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 90.0 ส่วนมากอายุ
ครรภ์ที่มาฝากครรภ์ระหว่าง 13 - 18 สัปดาห์ ร้อยละ 53.33
รองลงมา ระหว่าง 6 - 12 สัปดาห์ ร้อยละ 30 ($\bar{X}$ = 15,
S.D. = 4.26) จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 60
รองลงมาจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ที่ 2 ร้อยละ 40

2. ความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้าน
สุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนน = 10.6) หลังการเข้า
ร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง
(คะแนน = 14.5) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (n = 30)

ความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
	คะแนน	ระดับความรู้	คะแนน	ระดับความรู้
	10.6	ปานกลาง	14.5	สูง

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแล
ตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.08) เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน
พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง
เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ ด้านความปลอดภัย
($\bar{X}$ = 3.75) ด้านการใช้ยาและสารเสพติด ($\bar{X}$ = 3.25)
ด้านโภชนาการ ($\bar{X}$ = 2.75) ด้านการจัดการความเครียด
($\bar{X}$ = 2.60) และด้านการออกกำลังกายกลุ่มตัวอย่าง
มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 1.67)

หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแล
ตนเองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.27) เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน
พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูงเรียงตาม
ลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ ด้านการใช้ยาและสารเสพติด
($\bar{X}$ = 4.91) ด้านการจัดการความเครียด ($\bar{X}$ = 4.87) ด้านความ
ปลอดภัย ($\bar{X}$ = 4.65) ด้านโภชนาการ ($\bar{X}$ = 4.22) และกลุ่ม
ตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ได้แก่
ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X}$ = 3.87) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (n = 30)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของหญิงตั้งครรภ์	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ด้านโภชนาการ	2.75	0.44	ปานกลาง	4.22	0.31	สูง
ด้านการใช้ยาและสารเสพติด	3.25	0.43	ปานกลาง	4.91	0.25	สูง
ด้านการจัดการความเครียด	2.60	0.59	ปานกลาง	4.87	0.44	สูง
ด้านการออกกำลังกาย	1.67	0.64	ต่ำ	3.73	0.47	ปานกลาง
ด้านความปลอดภัย	3.75	0.36	ปานกลาง	4.65	0.29	สูง
รวม	3.08	0.33	ปานกลาง	4.27	0.22	สูง

4. เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 10.6$, S.D. = 2.01) กับกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 14.5$, S.D. = 0.68) มีความรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่กลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีความรู้ด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (n = 30)

ความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์	n	$\bar{X}$	S.D.	df	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	30	10.6	2.01	29	10.80*	0.00
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	30	14.5	0.68			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

5. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (n = 30)

พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์	n	$\bar{X}$	S.D.	df	t	p-value
ด้านโภชนาการ						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	30	3.80	0.44	29	6.56*	0.00
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	30	4.22	0.31			
ด้านการใช้ยาและสารเสพติด						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	30	4.74	0.43	29	2.81*	0.00
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	30	4.91	0.24			
ด้านการจัดการความเครียด						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	30	3.63	0.59	29	2.78*	0.00
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	30	3.87	0.44			
ด้านการออกกำลังกาย						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	30	3.01	0.64	29	4.85*	0.00
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	30	3.73	0.47			
ด้านความปลอดภัย						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	30	4.40	0.36	29	3.52*	0.00
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	30	4.65	0.29			
รวม						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	30	3.93	0.33	29	5.42*	0.00
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	30	4.27	0.22			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ที่มีผลต่อความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของหญิงตั้งครรภ์พบว่า โปรแกรมที่จัดทำขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มทดลองด้านความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองสามารถอภิปรายผล ดังนี้

1. ความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการเข้าร่วม โปรแกรมมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง และเปรียบเทียบ ความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับผลการศึกษาของดวงหทัย เกตุทอง¹² ที่ศึกษาการใช้โปรแกรมเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่คลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรม ซึ่งประยุกต์จากแนวความคิดความรู้ด้านสุขภาพ ของนันทิม ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 พบว่า การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ของหญิงตั้งครรภ์ โดยจัดกิจกรรม เพื่อพัฒนาทักษะความรู้ ความเข้าใจ จะสามารถทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการดูแล ตนเองและทารกในครรภ์ที่ถูกต้องด้านสุขภาพ เช่นเดียวกับการ ศึกษาของสุรางค์รัตน์ โหมยธนะสาร, นงลักษณ์ แสนกิจตะ และอภิสรา มาประจักษ์¹³ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการสอน ผ่านสื่อสังคมออนไลน์มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในขณะ ตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้อง กับผลการศึกษาของสฤติ ภูห่องไสยและคณะ¹⁴ ที่ศึกษา การพัฒนาความรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริม ความรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ด้านความรู้ มีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เช่นเดียวกับการศึกษาของ ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์¹⁵ ได้จัดโปรแกรมการสร้างเสริม ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ความเข้าใจ ทางสุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตนตาม 3๒๓. เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการเข้าร่วม

โปรแกรมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ หลังการทดลองสูงกว่า ก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบาย ได้ว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง สูงขึ้นส่งผลให้เกิด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ กริสรพี และคณะ¹⁶ ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของรพีพร ขวัญพร้อม, จันทรัตน์ เจริญสันติ และพรรณพิไล ศรีอาภรณ์¹⁷ ที่พบว่าความรู้ ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จะทำให้ สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการออกกำลังกายมาก และสอดคล้อง แนวคิดของดริ์ตัน เตชะศักดิ์ศรีและคณะ¹⁸ ความรู้ ทางสุขภาพมีอิทธิพลทางบวกทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อหญิงตั้งครรภ์ หากหญิงตั้งครรภ์มีความรู้ทางสุขภาพ เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ จะทำให้สามารถจัดการตนเองได้อย่างดี มีประสิทธิภาพทำให้หญิงตั้งครรภ์มีสุขภาพที่ดีทั้งด้านจิตสังคม และด้านสุขภาพทางกายส่งผลให้มีผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ดี มีคุณภาพ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของรุ่งอรุณ อาระหงษ์¹⁹ ที่พบว่าภายหลังการทดลองโดยใช้โปรแกรม การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดัน โลหิตสูง ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดัน โลหิตสูงของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และสอดคล้อง กับผลการศึกษาของ รจนารถ ชูใจ, ชลธิชา บุญศิริ และกมลพร แพทย์ชีพ²⁰ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรม การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกัน โรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด 19 สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับแนวคิด ของอังคินันท์ อินทรกำแหง²¹ ที่ระบุว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพ ในระยะกลางที่สำคัญของความรู้ด้านสุขภาพคือ ตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพที่บ่งชี้ว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ ด้านสุขภาพที่เพียงพอจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งอธิบายได้จากแนวคิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนันทิม(2008) ที่ระบุว่าความรู้ ด้านสุขภาพจะเกิดขึ้นได้ต้องมีปัจจัยพื้นฐานคือความรู้ ความเข้าใจของบุคคลที่มีอยู่เดิม ซึ่งทักษะเหล่านี้จะพัฒนาได้ จะต้องมีการบวนการคิดวิเคราะห์คัดกรองสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

ทำให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนข้อมูลที่ได้รับและนำมาพัฒนาตนเองจนเกิดความรู้ในการดูแลสุขภาพ ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองในทางที่ดีขึ้น และนำไปสู่การปฏิบัติมากขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะการวิจัย

จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ช่วยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ จึงควรนำวิธีการสร้างเสริมความรู้ผ่านสื่อสังคมออนไลน์มาประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มช่องทางให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเข้าถึงความรู้และข้อมูลในการปฏิบัติตัวได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลหรือบุคลากรสาธารณสุขสามารถนำผลจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการจัดโปรแกรมเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ โดยกำหนดกิจกรรมในโปรแกรมที่สอดคล้องกับความรู้ด้านสุขภาพแต่ละองค์ประกอบจะช่วยพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพได้ครอบคลุมทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดทักษะและความสามารถที่จะเลือกตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาทดลองแบบกึ่งทดลอง 1 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ดังนั้นควรมีการศึกษาแบบ 2 กลุ่มเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง
2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในระยะติดตาม ซึ่งเป็นความต่อเนื่องของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Antony, K.M., Racusin, D.A., Aagaard, K., Dildy, G.A. (2018). Maternal physiology. Gabbe,s Obstetrics Essentials: Normal & Problem Pregnancies. Published 2016, DOI:10.1016/B978-0-323-32108-2.00003-2.
2. Lowdermilk, Perry, Cashion, Alden. (2012). Maternity & Women's Health Care,10th edition. Elsevier-Health Sciences Division.
3. Lim W.Y., Kwek K., Chong Y.S., Lee Y.S., Lee F., Chan Y.H., et al.(2014). Maternal adiposity and blood pressure in pregnancy: varying relations by ethnicity and gestational diabetes. Journal of Hypertension, 2014, 32, 857-865.
4. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy.(2008). Social Science & Medicine, 67(12), 2072-2078.
5. Tenenbaum-Gavish k., Hod m.(2013). Impact of maternal obesity on fetal health. Fetal Diagn Ther 34 (1):1-7.doi:10.1159/000350170.Epub.
6. กรมอนามัย สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ. คู่มือโรงเรียนพ่อแม่ เพื่อลูกรัก. สืบค้นเมื่อ 25 สิงหาคม 2565, จาก <https://hp.anamai.moph.go.th/th/manuals-of-official/download>
7. กรรณิการ์ การี, พรทิพย์ มาลาธรรม และนุชนาฏ สุทธิ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วารสารราชบัณฑิตยบาลสาร, 25(3), 280-294.
8. ชาญชัย พานทองวิริยะกุล. โฟลิดต้องเริ่มต้นก่อนตั้งครรภ์ (อินเทอร์เนต). สืบค้นเมื่อ 25 สิงหาคม 2565, จากแหล่งข้อมูล https://www.thatoornhsp.com/userfiles/โฟลิด_ต้องเริ่มก่อนตั้งครรภ์.pdf.
9. ดวงหทัย เกตุทอง. การใช้โปรแกรมเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่คลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการสุขภาพสตรี เข้าถึงเมื่อ 20 กรกฎาคม 2565, จาก <https://mwi.anamai.moph.go.th/th/news-anamai/206849>.
10. ศิริรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, พริยา ศุภศรีณิรัตน์ และบุญเนตรชรินทร์ ขวัญเนตร.(2560) แบบจำลองเชิงสาเหตุคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4(1), 28-46.

11. ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานของคลินิกหมอครอบครัว. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29(4), 618-624.

12. ปิยธิดา สัมมาวรรณ, นิตยา สีนสุกใส และวรรณพาหุวัฒน์. (2556). ผลของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. วารสารเกื้อการุณย์, 20(2), 100-115.

13. พวงน้อย สาครรัตนกุล. โภชนาการระหว่างตั้งครรภ์ (อินเทอร์เน็ต). สืบค้นเมื่อ 25 สิงหาคม 2565, จาก <https://www.doctor.or.th/article/detail/3591>.

14. มนัสมีน เจะโนะ. (2555). ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อลดภาวะโลหิตจางต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์มุสลิม. (วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์)

15. รจนารถ ชูใจ, ชลธิชา บุญศิริ และกมลพร แพทย์ชีพ. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 8(1), 250-262.

16. รพีพร ขวัญพร้อม, จันทรัตน์ เจริญสันติ และพรรณพิไล อาภากร. (2564). ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการออกกำลังกายในสตรีตั้งครรภ์. พยาบาลสาร, 48(1), 210-221.

17. รุ่งนภา อาระหัง. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยคริสเตียน)

19. สุรางรัตน์ โมยิตธนสาร, นงลักษณ์ แสนกิจตะ และอาภัสรา มาประจักษ์. (2562). ผลของโปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์แรก. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น, 13(1), 74-87.

18. สดุดี ภูห่องไสย, กัญญา จันทร์ผล, อินทัช ฝ่ายขาว และปาริชาติ ชนะหาญ. การพัฒนาความรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7 เข้าถึงเมื่อ 20 กรกฎาคม 2565, จาก <http://203.157.71.148/hpc7data/Res/Res-File/2564000701.pdf>.

20. อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2560). ความรู้ด้านสุขภาพ การวัดและการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดและมีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง : กรณีศึกษา Nursing Care for Breast Cancer with Chronic Hypertension : Case study

นางอรัญญา พลเจริญ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้หญิง มักเกิดในผู้หญิงอายุมากกว่า 50 ปี แต่ปัจจุบันพบในผู้หญิงที่อายุน้อยมากขึ้น สำหรับประเทศไทย พบว่าผู้หญิงไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมถึงวันละ 7 ราย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561) มะเร็งเต้านมจึงเรียกได้ว่าเป็นภัยร้ายใกล้ตัวที่ผู้หญิงทุกคนควรระวัง เรียนรู้วิธีการดูแลตัวเองให้ห่างไกลโรค และเมื่อเป็นแล้วต้องรักษาให้ถูกต้องกับชนิดของมะเร็งที่เป็น หลังพบว่าผู้หญิงวัยรุ่นอายุน้อยก็สามารถป่วยเป็นมะเร็งเต้านมได้และความรุนแรงของโรคมักมากกว่าผู้ป่วยที่อายุมาก อธิบายได้จากรูปแบบชีวิตที่เปลี่ยนไปตามความเจริญของสังคมเมืองอุตสาหกรรมจึงทำให้มีโอกาสสัมผัสสารก่อมะเร็งหรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งได้มาก สตรีที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปควรได้รับการตรวจเอ็กซเรย์ด้วยแมมโมแกรมปีละครั้ง เพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเต้านม หากพบก้อนมะเร็งยิ่งเล็กลงยิ่งมีโอกาสรักษาหายขาด ปัจจุบันการรักษามะเร็งเต้านมมีทั้งการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด การฉายแสงด้านฮอร์โมน การรักษาด้วยยากลุ่มใหม่ๆ การรักษาจะไม่ใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง แต่จะใช้หลายๆวิธีร่วมกัน เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด ส่วนใหญ่แล้วถ้ามาในระยะเริ่มต้นการรักษามักทำด้วยวิธีการผ่าตัดก่อน ซึ่งการผ่าตัดก็จะมี 2 วิธีหลักคือ วิธีที่ 1 คือ การผ่าตัดแบบเก็บเต้านมไว้ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองไปตรวจ ซึ่งวิธีนี้จำเป็นต้องได้รับการฉายแสงร่วมด้วย และวิธีที่ 2 การตัดเต้านมออกทั้งหมดร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ วิธีนี้เรียกว่า Modified Radical Mastectomy ดังนั้นพยาบาลต้องมีการเตรียมพร้อมทั้งในเรื่องของความรู้ ทักษะ การพยาบาลผู้ป่วย และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ พยาบาลเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด วิธีการผ่าตัด เพื่อสามารถวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลถูกต้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำจำกัดความ

มะเร็งเต้านมเกิดจากความผิดปกติของเซลล์ที่อยู่ภายในท่อน้ำนม เซลล์เหล่านี้มีการแบ่งตัวผิดปกติไม่สามารถควบคุมได้ มักแพร่กระจายไปตามทางเดินน้ำเหลือง ไปสู่อวัยวะที่ใกล้เคียง เช่น ต่อมน้ำเหลือง ที่รักแร้หรือแพร่กระจายไปสู่อวัยวะที่อยู่ห่างไกล เช่น กระดูก ปอด ตับ และสมอง เช่นเดียวกับมะเร็งชนิดอื่นๆ เมื่อเซลล์มะเร็งมีจำนวนมากขึ้นก็จะแย่งสารอาหารและปล่อยสารบางอย่างที่เป็นอันตรายและทำลายอวัยวะต่างๆ จนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

สาเหตุของโรคมะเร็ง

เกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ 1. เพศ พบมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2. อายุ พบช่วงอายุ 45-55 ปี 3. ฮอโมน ฮอโมนเอสโตรเจนเป็นฮอโมนเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเต้านม ผู้หญิงที่มีประจำเดือนมาตั้งแต่อายุก่อน 12 ปี หรือ ประจำเดือนหมดช้าหลังอายุ 55 ปี จะมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งเต้านมได้มากกว่าคนปกติ 4. พันธุกรรม 5. ประวัติโรคมะเร็ง ผู้ที่เคยเป็นมะเร็งเต้านมจะมีโอกาสที่จะตรวจพบโรคมะเร็งเต้านมอีกข้างหนึ่ง ได้ 3-4 เท่า 6. ประวัติการรับรังสี 7. ความเครียด 8. ปัจจัยอื่น เช่น การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารไขมันสูง ภาวะอ้วน การขาดการออกกำลังกาย (ชนิต วัชรพุก, 2547; สุวรรณิ สิริเลิศระกุล, สุวลักษณ์ วงศ์จรรโลงศิลป์, ประไพ อริยประยูร และเมื่อนนา จิระจรัส, 2555)

พยาธิสรีรภาพ

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของยีน โดยยีนทำหน้าที่ควบคุมการแบ่งตัวของเซลล์เกิดการกลายพันธุ์ หรือมีความผิดปกติของกลไกการซ่อมแซมดีเอ็นเอที่ผิดปกติ (abnormal DNA - repair) เซลล์มะเร็งแปลงสภาพมาจากเซลล์เยื่อบุผิวชั้นนอกของท่อน้ำนม (epithilium) ทำให้กลุ่มเซลล์บางส่วนมีการเจริญเติบโตผิดปกติ เซลล์มีการแบ่งตัวเพิ่มขึ้น (hyperplasia) มีรูปร่างลักษณะของเซลล์ที่ผิดปกติไปจากเดิม (atypia) ไม่สามารถควบคุมการเจริญเติบโตได้เรียกว่า เซลล์มะเร็ง สามารถแพร่กระจาย (metastasis) ไปยังส่วนอื่นๆของร่างกาย โดยผ่านทางเส้นเลือด

และระบบน้ำเหลืองทะลุผ่านเยื่อเบสเม้นท์ (basement membrane) เซลล์ไขมัน (mammary fat) และลูกกลมเข้าสู่ท่อน้ำเหลืองของเต้านม ทำให้เกิดการบวมของผิวหนังแบบผิวส้ม (Peaud'orange) มักมีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ (supraclavicular) หรือมีการกระจายไปอวัยวะอื่น (วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชิธร, 2554; สุวรรณิ สิริเลิศตระกูล และคณะ, 2555)

อาการและอาการแสดง

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่รักษาให้หายได้หากพบในระยะแรก การตรวจเต้านมด้วยตนเองจึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้ค้นพบมะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ซึ่งการตรวจเต้านมด้วยตนเองมักจะพบอาการและอาการแสดงดังนี้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561; ACS, 2019)

1. ก้อนที่เต้านม เป็นลักษณะที่พบได้บ่อย มีลักษณะเป็นก้อนหรือไตก้อนเล็กๆ ที่เต้านม ส่วนมากจะไม่มีอาการเจ็บปวดหรือก้อนจะโตขึ้นอย่างรวดเร็วจนทำให้เต้านมมีลักษณะผิดปกติไป เช่น อาจทำให้เต้านมใหญ่ขึ้นหรือบางชนิดทำให้เต้านมแข็ง หดตัวเล็กน้อยหรือแบนลงได้
2. มีการเปลี่ยนแปลงของขนาดรูปร่าง หรือสีของหัวนม ก้อนมะเร็งอาจรั้งให้หัวนมปูดเข้าไปจากระดับเดิมเต้านมทั้งสองข้างไม่อยู่ในระดับเดียวกัน ขนาดและรูปร่างของเต้านมต่างกันอย่างไม่ปกติ
3. มีของเหลวไหลซึมออกมาจากบริเวณหัวนม เช่น น้ำเหลือง และเลือด เป็นต้น
4. เต้านม มีขนาดผิดปกติ เช่น มีการบวมของเต้านม ผิวหนังบริเวณเต้านมมีรอยปูด หรือมีลักษณะหยาบและขรุขระคล้ายผิวส้ม (peaud'orange) มีการระคายเคืองผิวหนังบริเวณเต้านมหรือหัวนม เช่น มีปวด บวม แดง มีผื่นคัน เป็นต้น
5. มีก้อนบริเวณรักแร้ เนื่องจากเซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วไปทางหลอดเลือดและน้ำเหลือง
6. กดเจ็บบริเวณก้อนที่เต้านม

การวินิจฉัย

1. การเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็ก (fine needle aspiration [FNA]) เป็นการดูดเนื้อเยื่อจากบริเวณที่สงสัยโดยใช้เข็มที่มีท่อกลวง จากนั้นนำไปส่งด้วยกล้องจุลทรรศน์ ถ้าก้อนที่เต้านมไม่สามารถคลำได้จะทำการถ่ายภาพอัลตราซาวด์ หรืออาจทำโดยใช้สเตอริโอแทคติก นิเคิล ไบออปซี (stereotactic needle biopsy) โดยการใช้คอมพิวเตอร์มาเป็นตัวกำหนดตำแหน่งของก้อนที่จะเป็นตัวแทนทางในการแทงเข็มไปในตำแหน่งที่ถูกต้อง
2. การเจาะเอาชิ้นเนื้อออกโดยใช้เข็มขนาดใหญ่ เจาะลงบริเวณเนื้ออกแล้วนำไปอ่านผลทางเซลล์วิทยา เรียกว่า การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจโดยใช้เข็มเจาะ (Core needle biopsy)
3. Mammogram เป็นการตรวจหา

โรคมะเร็งเต้านมในผู้หญิง โดยจะมีการถ่ายภาพเอกซเรย์เต้านมด้านละ 2 รูป หรืออาจเป็น 1 รูปแล้วแต่กรณี ซึ่งฟิล์มเอกซเรย์ที่ออกมาจะสามารถแสดงให้เห็นถึงความผิดปกติภายในเต้านม เช่น ก้อนเนื้อหรือแม้แต่นิพุนขนาดเล็กที่อาจเป็นสัญญาณของโรคมะเร็งเต้านม

4. การตัดชิ้นเนื้อโดยการผ่าตัดแบบเปิด (surgical open biopsy) เป็นการผ่าตัดเอาก้อนเนื้อทั้งหมดออกมาตรวจสอบด้วยกล้องจุลทรรศน์ โดยทั่วไปจะเรียกว่า เอ็กซิซันนอล ไบออปซี (excisional biopsy)

การรักษา

วัตถุประสงค์ เพื่อทำลายหรือฆ่าเซลล์มะเร็งเฉพาะที่ โดยการรักษาเฉพาะที่ (local treatment) ได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา แต่มะเร็งเต้านมมีการกระจายทางเลือดและน้ำเหลือง และมีการกระจายที่เป็นเซลล์มะเร็งที่มีขนาดเล็กมากเมื่อมีการแพร่กระจาย (micrometastasis) จึงมีการรักษาทั้งระบบ (systemic treatments) ได้แก่ เคมีบำบัด ฮอโมนบำบัด ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและการได้รับเคมีบำบัดหลังการผ่าตัด จึงขอกล่าวรายละเอียดเฉพาะการรักษา 2 วิธีนี้

ดังรายละเอียดต่อไปนี้ การผ่าตัด (surgery) การผ่าตัดมีวัตถุประสงค์ เพื่อตัดเอาก้อนมะเร็งออกเป็นการรักษาเฉพาะที่ มักทำการผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่เป็นระยะที่ 1-3 โดยมีแนวทางการรักษาด้วยการผ่าตัด แบ่งออกเป็น การผ่าตัดโดยสงวนเต้านม (breast-conserving surgery) และการผ่าตัดเอาเต้านมออกทั้งหมด (mastectomy) ดังนี้

1. การผ่าตัดสงวนเต้านม เป็นการผ่าตัดเอาเนื้อเยื่อเต้านมบางส่วนออกขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของก้อนเนื้อและปัจจัยอื่นๆ โดยยังคงเต้านมไว้แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ 1.1 การผ่าตัดเอาเฉพาะก้อนมะเร็งออก (lumpectomy) หมายถึง การตัดออกเฉพาะก้อนของเต้านมและเนื้อเยื่อปกติรอบๆ ก้อนนั้นพร้อมทั้งต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้
- 1.2 การตัดเต้านมออกบางส่วน (partial or segmental or quadrantectomy) เป็นการตัดเนื้อเยื่อของเต้านมที่มากกว่าการตัดเอาเฉพาะก้อนมะเร็งออก (pectomy) สำหรับการทำให้ quadrantectomy เป็นการผ่าตัดเนื้อเยื่อเต้านม 1 ใน 4 ส่วนออก
2. การผ่าตัดเอาเต้านมออกทั้งหมด (mastectomy) เป็นการตัดเอาเนื้อเยื่อเต้านมออกทั้งหมด บางครั้งอาจเอาเนื้อเยื่อบริเวณใกล้เคียงออกด้วย แบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือ 2.1 การตัดเต้านมออกทั้งหมด (simple or total mastectomy) เป็นการตัดเต้านมทั้งหมดรวมทั้งหัวนมด้วยแต่ไม่มีการตัดต่อมน้ำเหลืองใต้แขนออก บางครั้งจะทำที่เต้านมทั้งสองข้าง เพื่อป้องกันผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงในการเป็นมะเร็งเต้านม
- 2.2 การตัดเต้านมออกแบบถอนราก ชนิดปรับปรุง (modified radical mastectomy)

เป็นการผ่าตัดเอาเต้านมทั้งหมดออกรวมทั้งผิวหนังส่วนที่อยู่เหนือก้อนมะเร็งรวมทั้งหัตถ์และฐานนม ต่อม้าน้ำเหลืองบริเวณรักแร้บางส่วนแต่เหลือกล้ามเนื้อหน้าอกไว้ 2.3 การตัดเต้านมแบบถอนรากรวมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองใต้กระดูกซี่โครง (extended radical mastectomy) เป็นการผ่าตัดเอาเนื้อเยื่อเต้านม ต่อม้าน้ำเหลืองบริเวณรักแร้และกล้ามเนื้อที่อยู่ใต้เต้านมออก รวมทั้งตัดกระดูกซี่โครงอ่อนซี่ที่ 2 ถึง ซี่ที่ 4 ส่วนที่อยู่ติดกับกระดูกสันนอกออกเพื่อเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใต้นอกมาด้วย มักจะทำเฉพาะรายที่ก้อนมะเร็งอยู่ด้านครึ่งในของเต้านม (inner quadrant) คือระหว่างหัตถ์กับกระดูกสันอก ผลข้างเคียงของการผ่าตัดแบ่งได้เป็นผลข้างเคียงระยะสั้น และผลข้างเคียงระยะยาว ดังนี้ ผลข้างเคียงระยะสั้น ได้แก่ การปวดแผลหลังผ่าตัด การติดเชื้อบวมและกดเจ็บบริเวณเต้านม การมีก้อนเลือดคั่งในแผลผ่าตัด (hematoma) หรือมีของเหลวใสคั่งในแผลผ่าตัด (seroma) เกิดในระยะแรกประมาณ 1 เดือนหลังผ่าตัด ผลข้างเคียงระยะยาวได้แก่ การเปลี่ยนแปลงรูปร่างของเต้านม ทำให้มีขนาดไม่เท่ากัน เนื้อเยื่อเต้านมเป็นแผลแข็ง บริเวณที่ทำการผ่าตัดเคลื่อนไหวของข้อไหล่ผิดปกติ (iripaired shoulder movement) และมีอาการบวมจากท่อน้ำเหลือง (sympheiderma) เกิดหลังการผ่าตัดและคงอยู่นานกว่า 1 เดือน บางรายอาจเกิดผลข้างเคียงไปตลอดชีวิต เคมีบำบัด (chemotherapy) เป็นการรักษาที่ให้ยาซึ่งเป็นสารพิษต่อเซลล์มะเร็งมีวัตถุประสงค์เพื่อทำให้หายจากโรคมะเร็ง ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง ลดขนาดของก้อนมะเร็ง บรรเทาอาการหรือเพิ่มระยะเวลาการมีชีวิตให้ยืนยาวขึ้นหรือเข้าไปรบกวนการแบ่งตัวอย่างรวดเร็วของเซลล์มะเร็งทำให้เซลล์มะเร็งไม่สามารถแบ่งตัวเพิ่มขึ้น ในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะมีการให้ยาเพียงชนิดเดียวหรือหลายชนิดร่วมกัน แต่ในปัจจุบันนิยมให้ยาเคมีบำบัดหลายชนิดร่วมกันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและการรักษาครั้งต่อไปจะมีการเพิ่มขนาดของยาเคมีบำบัด ทั้งนี้เนื่องจากอัตรา การเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งจะเพิ่มขึ้นเมื่อก่อนเนื้อออก ลดขนาดลงหลังให้ยาเคมีบำบัดแล้ว ดังนั้นปริมาณยาเคมีบำบัดที่เพียงพอสำหรับการทำลายเซลล์มะเร็งในครั้งแรกๆ อาจจะไม่ใช่เพียงพอต่อการรักษาก้อนมะเร็งในระยะต่อมา (นรินทร์ วรุณ และคณะ, 2556) การให้เคมีบำบัดก่อนการผ่าตัดเพื่อลดขนาดของก้อนในกรณีที่ก้อนมีขนาดใหญ่ และเพื่อลดการตอบสนองต่อยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยเรียกว่า การรักษาดูด้วยเคมีบำบัด (neoadjuvant chemotherapy) ถ้าให้ยาเคมีบำบัดแล้วก้อนมะเร็งยังไม่เล็กลง แพทย์จะพิจารณาให้ยาเคมีบำบัดชนิดอื่นๆ หากให้หลังการผ่าตัดเรียกว่า การให้ยาเคมีบำบัดในการรักษาร่วม

(adjuvant chemotherapy) เพื่อลดความเสี่ยงในการกลับมาเป็นซ้ำ เนื่องจากเซลล์มะเร็งสามารถแพร่กระจายเข้าไปอยู่ในกระแสเลือดได้โดยยังไม่มีอาการ ทำให้ไม่สามารถตรวจพบได้โดยการถ่ายภาพรังสีหรือการตรวจร่างกาย การให้ยาเคมีบำบัดในการรักษาร่วมจึงมีเป้าหมายเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็งที่ไม่สามารถตรวจสอบได้ไม่ให้เกิดการแพร่กระจายออกไป (นรินทร์ วรุณ และคณะ, 2556; ACS, 2019) รังสีรักษา (Radiation therapy) การใช้รังสีรักษาร่วมกับการผ่าตัดสามารถลดโอกาสลุกลามเฉพาะที่ได้ วัตถุประสงค์ของการฉายรังสีหลังผ่าตัด เพื่อทำลาย Microscopic disease ที่อาจหลงเหลืออยู่ที่บริเวณ chest wall และ peripheral typhatics การใช้รังสีรักษาหลังผ่าตัดมักเริ่มให้ภายใน 4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัดแต่หากจำเป็นต้องให้เคมีบำบัดด้วยก็สามารถเริ่มรังสีรักษาหลังให้เคมีบำบัดครบแล้วแต่ไม่ควรเกิน 6 เดือน หลังการผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาดูด้วยเคมีบำบัด ต้องให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (สมพร ชินอรส, 2557; สุวรรณี สิริเลิศตระกูล และคณะ, 2555; อุษาวดี อัครวิเศษ, 2556) การพยาบาลผู้ป่วยประกอบด้วย 3 ระยะดังต่อไปนี้

ระยะก่อนผ่าตัด ในระยะนี้พยาบาลจะเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการประเมินปัญหาสุขภาพ ส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวการเผชิญกับโรคของผู้ป่วย และการตัดสินใจรักษาตลอดจนการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วยให้พร้อมก่อนผ่าตัด มีดังนี้ 1. ด้านร่างกาย การประเมินความพร้อมด้านร่างกายโดยการซักประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร การใช้ยาต่างๆ โรคประจำตัว การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ ตลอดจนการงดน้ำงดอาหารก่อนการผ่าตัดและดูแลให้ได้รับยาก่อนการผ่าตัดตามแผนการรักษา 2. ด้านจิตใจ การประเมินความพร้อมด้านจิตใจให้คำปรึกษาและแนะนำตลอดจนการแนะนำแหล่งประโยชน์ต่างๆ 3. การเตรียมความพร้อมด้านเอกสารได้แก่ ใบสำคัญต่างๆ เช่น เชื้อยืนยอมผ่าตัดรักษา ใบรายงานผลการตรวจต่างๆ รวมทั้งประสานงานกับทีมสหวิชาชีพอื่นๆ

ระยะหลังผ่าตัด การพยาบาลระยะนี้ที่สำคัญคือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ภายหลังผ่าตัด ได้แก่ 1. การมีเลือดหรือซึ่มคั่งอยู่ใต้แผล (hematoma) เนื่องจากการผ่าตัดจะมีการเลาะใต้ผิวหนังและตัดต่อมน้ำเหลืองออกหลังผ่าตัดจึงมีน้ำเหลืองซึมออกมา การป้องกันหลังผ่าตัด แพทย์จะใส่ท่อระบายแบบสูญญากาศไว้ (radivac drain) ดังนั้นพยาบาลควรเฝ้าระวังการติดเชื้อของแผล

2. เกิดการติดเชื้อของแผลผ่าตัด (Infection) ภาวะนี้อาจพบได้บ่อยเพราะการผ่าตัดบาดแผลกว้างมี flap ทำให้เลือดมาเลี้ยงบริเวณนั้นน้อย หากพบการอักเสบติดเชื้อแพทย์จะให้ยาปฏิชีวนะซึ่งภาวะนี้สามารถป้องกันได้โดยการให้ยาปฏิชีวนะก่อนการผ่าตัด 3. บวม (lymphedema) ที่แขนและเต้านมจากการผ่าตัดที่เลาะเอาต่อมน้ำเหลืองที่เต้านมและรักแร้ออก การยกของหนักและการบีบรัดแขนเป็นสาเหตุทำให้การไหลกลับของน้ำเหลืองจากแขนช้าลง 4. ข้อไหล่ติดของแขนข้างเดียวกับที่ผ่าตัด เนื่องจากการปวดตึงแผลมากทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมยกแขนข้างที่ผ่าตัดทำให้เกิดข้อไหล่ติดได้ 5. อาการชา (numbness) บริเวณผิวหนังแขนด้านในเนื่องจากการผ่าตัดอาจเกิดอันตรายต่อเส้นประสาทระหว่างผ่าตัดอาการจะดีขึ้น 1-3 เดือนหลังผ่าตัด 6. การเสียสมดุลของทรูวอกอาจทำให้ไหล่เอียง ไหล่ห่อ เดินเอียงทำให้เสียบุคลิกภาพมาพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การรักษา โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้ 1. การพยาบาลหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพและความรู้สึกตัวจากการดมยาสลบ ประเมินเลือดออกจากบาดแผล ความรุนแรงของการปวด และการพยาบาลเพื่อป้องกันแขนบวม ข้อไหล่ติด การเฝ้าระวังการติดเชื้อของแผลผ่าตัด 2. การพยาบาลหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นขณะนอนในโรงพยาบาลการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ ประเมินระบบทางเดินหายใจ การสำลัก ระดับความรู้สึกตัว ลดและป้องกันภาวะตกเลือดจากการมีเลือดออกทางบาดแผล บรรเทาอาการปวดแผล ป้องกันการติดเชื้อของแผล ประเมินความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ การป้องกันการเกิดภาวะแขนบวมและการวางแผนจำหน่ายเมื่อผู้ป่วยพร้อม เป็นต้น ระยะจำหน่ายระยะนี้มีวัตถุประสงค์ เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในทุกๆด้าน ได้แก่ การประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย ทั้งด้านร่างกายจิตใจและความรู้ในการดูแลตนเอง แหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ การมาตรวจตามนัด เพื่อประเมินประสิทธิภาพการรักษาและส่งเสริมการตัดสินใจของผู้ป่วยในการวางแผนการรักษาหลังผ่าตัดต่อไป การให้ความรู้ในการดูแลตนเองที่บ้านและการสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ที่ควรมาพบแพทย์

โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่มีค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตในขณะหัวใจมีการคลายตัว (diastolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท สำหรับผู้ที่มิโรคเบาหวาน หรือโรคไตวายเรื้อรังร่วมด้วย เป็นภาวะที่มีค่า

ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 130 มิลลิเมตรปรอท และ มีค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 80 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตสูง ความดันเลือดสูง ความดันสูง หรือที่แพทย์บางท่านเรียกว่า ภาวะความดันโลหิต สูง (Hypertension / High blood pressure) หมายถึง ภาวะที่ความดันช่วงบนมีค่าตั้งแต่ 130 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และ/หรือความดันช่วงล่างมีค่าตั้งแต่ 80 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ซึ่งโดยมากผู้ป่วยจะมีความดันช่วงล่างสูง (Diastolic hypertension) โดยที่ความดันช่วงบนจะสูงหรือไม่ก็ได้ แต่บางรายอาจมีความดันช่วงบนสูงเพียงอย่างเดียว แต่มีค่าความดันช่วงล่างไม่สูงก็ได้เช่นกัน เรียกว่า “ความดันช่วงบนสูงเดี่ยว” (Isolated systolic hypertension - ISHT) ซึ่งนับว่าเป็นอันตรายไม่น้อยไปกว่าความดันช่วงล่างสูง และผู้ป่วยควรได้รับการรักษาอย่างจริงจัง โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบได้บ่อยมากโรคหนึ่งในผู้ใหญ่ โดยพบได้สูงถึงประมาณ 25-30% ของประชากรโลกที่เป็นผู้ใหญ่ทั้งหมด พบได้ในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง และจะพบได้สูงขึ้นในผู้สูงอายุ (ในบางประเทศพบโรคความดันโลหิตสูงได้สูงถึง 50% ของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) ส่วนในเด็กก็สามารถพบเป็นโรคนี้ได้เช่นกัน แต่จะพบได้น้อยกว่าในผู้ใหญ่มาก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าทั่วโลกมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากถึง 1 พันล้านคน ซึ่ง 2 ใน 3 ของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนาโดยประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลก 1 คน ใน 3 คน มีภาวะความดันโลหิตสูง สถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นเรื่อย (คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วทั้งโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 1.56 พันล้านคน) และเป็นหนึ่งในสาเหตุของการเสียชีวิตของคนทั่วโลกก่อนวัยอันควรถึงเกือบ 8 ล้านคนต่อปี และยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเกือบร้อยละ 50 ด้วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตและโรคหัวใจ (ความดันโลหิตสูงโลกปี 2560. [online]. Available from: <http://www.thaincd.com/about-us/organization-monitor-injured.html>, (20/10/2022).

สาเหตุ

โรคความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งตามสาเหตุการเกิดได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ได้แก่ 1. ชนิดที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด (Primary Essential Hypertension) โรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้มักเกิดขึ้นในวัยผู้ใหญ่เป็นส่วนใหญ่ โดยมีการพัฒนาของโรคอย่างค่อยเป็นค่อยไปและยังไม่สามารถระบุต้นเหตุที่ทำให้เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน 2. ชนิดที่ทราบสาเหตุ (Secondary

Hypertension) เป็นโรคความดันสูงที่เป็นผลมาจากร่างกายมีโรคประจำตัวเดิม ต่อมาเกิดความดันโลหิตสูงขึ้นและมักเกิดขึ้นแบบเฉียบพลันมากกว่าชนิดแรกเช่น ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ โรคไต ปัญหาต่อมไทรอยด์ เนื้องอกที่ต่อมหมวกไต โรคเบาหวาน ตั้งครรภ์หลอดเลือดผิดปกติแต่กำเนิด การใช้ยาบางชนิด (ยาคุมกำเนิด ยาลดน้ำหนัก ยาลดไขมัน ยาบรรเทาอาการปวด) การใช้สารเสพติด เช่น โคเคนหรือแอมเฟตามีน รวมไปถึงการติดสุราเรื้อรัง หรือการติดแอลกอฮอล์

อาการ

โรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่ค่อยแสดงอาการผิดปกติ ยกเว้นผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงระยะรุนแรงก็อาจมีอาการแสดง เช่น ปวดศีรษะรุนแรง หายใจสั้น เลือดกำเดาไหล ซึ่งอาการเหล่านี้ยังถือว่าเป็นอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจงและบอกได้ไม่ชัดเจน หรือในบางรายทราบเมื่อตรวจพบภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงขึ้นแล้วทำให้ต้องมีการตรวจสุขภาพและวัดค่าความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอจึงทำให้โรคนี้ถูกเรียกว่า ฆาตกรเงียบ (Silent Killer) ที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างไม่ทันระวังตัว

การวินิจฉัย

ระดับการวินิจฉัยเบื้องต้นจากผลการวัดความดันโลหิตในครั้งแรกที่มาพบแพทย์ เป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 High normal blood pressure (ระดับความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 130/80 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไปแต่ยังไม่ถึง 140/90 มิลลิเมตรปรอท ระดับ 2 Possible Hypertension (อาจเป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปแต่ยังไม่ถึง 160/100 มิลลิเมตรปรอท ระดับ 3 Probable Hypertension (น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 160/100 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปแต่ยังไม่ถึง 180/110 มิลลิเมตรปรอท ระดับ 4 Definite Hypertension (เป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 180/110 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “เป็นโรคความดันโลหิต” นี้ ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตได้เลยแม้ว่าอาจไม่มีอาการใดๆ

การรักษา

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงมี 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการให้ยาลดความดันโลหิต ข้อมูลการศึกษาผลของการให้ยาลดความดันโลหิตแสดงให้เห็นว่าการลดความดันโลหิต systolic (systolic blood pressure : SBP) ลง 10 มิลลิเมตรปรอทหรือการลดความดันโลหิต diastolic (diastolic blood pressure : DBP) ลง 5 มิลลิเมตรปรอทสามารถลดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดลงมาได้อย่างร้อยละ 20 ลดอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุได้ร้อยละ 15 ลดอัตราการเกิดหัวใจล้มเหลวร้อยละ 40 การลดความดันโลหิตยังสามารถส่งผลในการป้องกันการเสื่อมการทำงานของไต ซึ่งจะเห็นผลได้ชัดเจนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคเบาหวานหรือโรคไตเรื้อรังตั้งแต่การเริ่มให้ยาลดความดันโลหิต

การพยาบาล

1. แนะนำส่งเสริมและดูแลสุขภาพโดยทั่วไป เพื่อป้องกันและควบคุมความดันโลหิตสูง เช่น การตรวจวัดความดันโลหิตเป็นประจำ การป้องกันภาวะอ้วน การออกกำลังกาย งดสูบบุหรี่ งดดื่มแอลกอฮอล์ และการป้องกันความเครียด
2. ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาควรต้องอธิบายให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการรับประทานยาและมารับการรักษาโดยสม่ำเสมอ
3. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรง มีดังนี้
 - 3.1 วัดความดันโลหิตทุกๆ 1-2 ชั่วโมง
 - 3.2 ให้ยาลดความดันโลหิตทางหลอดเลือด
- ตามแผนการรักษา
 - 3.3 ตรวจร่างกายเน้นระบบประสาท
 - 3.4 ประเมินอาการปวดศีรษะ ความเครียด พวดูดตอบข้อซักถามด้วยความเต็มใจ จัดสภาพสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ
4. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงระยะเรื้อรัง ต้องเน้นการควบคุมอาหารเค็ม อาหารไขมันสูง และแนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
5. แนะนำให้ผู้ป่วยงดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงการสูดควันบุหรี่เพราะนิโคตินในบุหรี่ทำให้หลอดเลือดหดตัวซึ่งทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น
6. แนะนำให้ผู้ป่วยงดดื่มสุรา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด
7. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงภาวะเครียดซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ควรทำจิตใจให้แจ่มใส หาวีธีคลายความเครียด เช่น ฝึกการทำสมาธิ

8. แนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
สม่ำเสมอไม่ซื้อยารับประทานเอง และมาตรวจตามนัด
อย่างสม่ำเสมอ

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดและมีภาวะ ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง

1. การดูแลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน
และหลังผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคประจำตัว
การรักษา และการปฏิบัติตัว โดยอธิบายเรื่องการเตรียมตัว
ด้านร่างกายการทำความสะอาด ใบหน้า ปาก ฟัน และร่างกาย
ทั่วไปเพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด การเตรียมตัวสำหรับ
การผ่าตัดโดยทั่วไป ได้แก่ การตรวจเลือด เตรียมเลือด
การเตรียมการเพื่อดมยาสลบ การงดน้ำและอาหารก่อน
และหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหารเข้าปอด
ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
ดูแลให้ดื่มน้ำและดื่มน้ำทางปาก ดูแลทำความสะอาดช่องปาก
ตรวจสอบสิ่งของมีค่าและฟันปลอมในตัวผู้ป่วยและแจ้งญาติ
ของผู้ป่วยให้ทราบถึงอาการ การเจ็บป่วย แนวทางการรักษา

2. ดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Shock จากการ
เสียเลือดหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมงแรก โดยการบันทึก
สัญญาณชีพจนสัญญาณชีพคงที่อยู่ในเกณฑ์ปกติและดูแล
ให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอและเหมาะสม
รวมถึงสังเกตเลือดออกบริเวณแผลผ่าตัดหากมีเลือดออก
ขอบเขตขยายกว้างรวดเร็วให้รายงานแพทย์ทันที ดูแล
ให้สาวยาระบายที่ต่อออกจากแผลผ่าตัดไม่ให้สายหักพับงอ
หรือดึงรั้งเพื่อให้สิ่งคัดหลั่งไหลออกสะดวก ดูแลขวด radivac
drain เป็นระบบสุญญากาศและทำงาน อย่างมีประสิทธิภาพ
พร้อมทั้งบันทึกเลือดที่ออกมากกว่า 200 มิลลิเมตรต่อชั่วโมง
รายงานแพทย์

3. การดูแลเรื่องการปวดแผล เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับ
บาดเจ็บขณะผ่าตัดโดยมีการประเมินความเจ็บปวดโดยใช้แบบ
ประเมิน Pain scale และให้การพยาบาลตามระดับ
ความเจ็บปวด นอกจากนั้นยังแนะนำเทคนิคการหายใจบรรเทา
อาการปวด โดยการหายใจเข้าออกยาวๆ ลึกๆ ทางปาก
เพื่อผ่อนคลายและเบี่ยงเบนความสนใจ และช่วยผู้ป่วย
ประคับประคองแผลด้วยมือและหมอนขณะที่ยังผู้ป่วยพลิกตะแคง
ตัวเพื่อลดอาการปวดแผล ดูแลสาวยาระบายไม่ให้ดึงรั้งแผล
และไม่ให้สายหัก พับงอ ก่อความระคายเคืองต่อแผล
ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์

4. การดูแลผู้ป่วยลดอาการปวดศีรษะและท้ายทอย
เนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงโดยสังเกตอาการปวดศีรษะ
ตาพร่ามัว หากมีรายงานแพทย์ วัดสัญญาณชีพทุก 4-6 ชั่วโมง
และให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมความดันโลหิตสูง

โดยสร้างพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง
ได้แก่ การควบคุมอาหารเค็ม อาหารไขมันและอาหาร
ที่ให้พลังงานสูง หลีกเลี่ยงภาวะเครียดซึ่งจะทำให้ความดัน
โลหิตสูงขึ้น หวีสผ่อนคลายความเครียด เช่น การออกกำลังกาย
การนั่งสมาธิ และการพักผ่อนให้เพียงพอ การรับประทานยา
อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพราะโรคนี้รักษาไม่หายขาด การรักษา
อย่างสม่ำเสมอจะช่วยควบคุมภาวะของโรคไม่ให้เพิ่มมากขึ้น
หรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นน้อยหรือซ้ำที่ซ้ำ ไม่ควรหยุดยาเอง
ไม่ซื้อยารับประทานเอง ควรไปตรวจตามนัดทุกครั้งและนำยา
ที่มีทั้งหมดไปพบแพทย์

5. การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ข้อไหล่ติด
การกลับเป็นซ้ำของโรคประจำตัว โดยประเมินอาการและ
อาการแสดงของความผิดปกติในการทำงานของกล้ามเนื้อ
และการรับรู้ความรู้สึกของแขน และหัวไหล่ข้างซ้ายที่ทำ
การผ่าตัดเต้านม เช่น ไม่สามารถหมุนหรือขยับข้อได้หรือ
มีอาการปวดเสียว ซามมากขึ้น หรืออ่อนแรงของแขนข้าง
ที่ทำผ่าตัด อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการบริหาร
หัวไหล่พร้อมกับให้ซักถามปัญหาต่างๆ แนะนำให้ผู้ป่วยเริ่ม
บริหารข้อไหล่ ตั้งแต่วันที่ 2 หลังผ่าตัด โดยเริ่มจากท่าง่ายๆ
และเบาๆก่อน ได้แก่ ท่าไต่ผนัง ท่าแกว่งแขนเป็นวงกลม
ท่าดึงเชือกขึ้นลง ท่าแกว่งเชือกเป็นวงกลม เป็นต้น การบริหาร
ไม่จำเป็นต้องมีกำแพงหรือเชือก ผู้ป่วยสามารถบริหารคนเดียว
ได้โดยการยกแขนบริหารท่าไต่ผนังกับอากาศ ทั้งนี้การบริหาร
ต้องยึดหลักไม่หักโหม ค่อยๆ ยกข้อไหล่ไปเรื่อยๆ ถ้าปวด
ก็หยุดตรงระดับนั้นแล้วค่อยๆเพิ่มในวันต่อไป หลังผ่าตัด 5 วัน
ไปแล้ว จึงให้บริหารไหล่ ท่ากางแขน 180 องศา (Abduction)
เพราะถ้าบริหารก่อนหน้านั้นจะทำให้มีการดึงรั้งของแผล
อาจทำให้แผลอักเสบได้

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 50 ปี สถานภาพสมรส โรคประจำตัว
เป็นความดันโลหิตสูง คีโมสุราเป็นบางครั้ง ไม่สูบบุหรี่
เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 8 กันยายน 2564
เวลา 09.34 น. ให้ประวัติว่า 2 เดือนก่อน คลำพบก้อน
ที่เต้านมข้างซ้าย ได้รับการทำ Mammogram , CT-Scan
และ Biopsy พบว่าเป็นมะเร็งเต้านม ข้างซ้าย แพทย์นัดมานอน
โรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัดวันที่ 8 กันยายน 2564 แรก
ที่ห่อผู้ป่วยพิเศษสงฆ์อาพาธชั้น 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือ
ตนเองได้ คลำพบก้อนที่เต้านมข้างซ้าย 2 เดือน ก่อนมา
โรงพยาบาล แรกพบสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส
ชีพจร 76 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต
125/75 มิลลิเมตรปรอท ได้รับวินิจฉัยว่าเป็น CA Left Brest
ได้รับการเจาะเลือด CBC , BUN , Cr , E'lyte , Anti HIV

ผลปกติ EKG 12 lead Normal , film chest no infiltration Set OR for Left Modified Radical Mastectomy under GA on call มีประวัติเป็นความดันโลหิตสูง ได้รับยา Amlodipine 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหาร ได้รับยา Lorazepam 0.5 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนนอน เพื่อคลายความกังวลก่อนรับการผ่าตัด ดูแลให้ดื่มน้ำดื่มน้ำอาหาร หลังเที่ยงคืน วันที่ 9 กันยายน 2564 เวลา 08.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตามตอบรู้อย่างดี ดูแลให้ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร หยดในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ดูแลให้ Amlodipine 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด เช้าวันผ่าตัด เตรียม Cefazolin 1 กรัม ไปห้องผ่าตัด ผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด เวลา 10.00 น. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 139/82 มิลลิเมตรปรอท วันที่ 10 กันยายน 2564 แพทย์ตรวจเย็บอาการ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 132/88 มิลลิเมตรปรอท แผลผ่าตัดด้านมซ้ายปิดก๊อสไว้ ไม่มีสารคัดหลั่งซึม สายระบายสารคัดหลั่ง ขวดที่ 1 ออก 130 มิลลิลิตร ขวดที่ 2 ออก 100 มิลลิลิตร ปวดแผล pain score 7 คะแนน ดูแลให้ Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ หลังได้รับยาอาการปวดลดลง pain score 3 คะแนน ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ดี วันที่ 11 กันยายน 2564 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 162/96 มิลลิเมตรปรอท แผลไม่ซึม สายระบายสารคัดหลั่ง ขวดที่ 1 ออก 120 มิลลิลิตร ขวดที่ 2 ออก 50 มิลลิลิตร ปวดแผลเล็กน้อย pain score 3 คะแนน ไม่ขอยาแก้ปวด ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ และท้ายทอย pain score 6 คะแนน ดูแลให้ยา Hydralazine 25 มิลลิกรัม 1 เม็ดทันที และเพิ่มปริมาณยา Amlodipine 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เช้าและเย็น ดูแลให้นอนพักผ่อนหลังได้รับยา Hydralazine 25 มิลลิกรัม สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 134/84 มิลลิเมตรปรอท ปวดศีรษะลดลง pain score 2 คะแนน นอนหลับพักผ่อนได้ ไม่ปวดแผล วันที่ 12 กันยายน 2564 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีไข้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 132/84 มิลลิเมตรปรอท มีอาการปวดตึงบริเวณแผลผ่าตัด pain score 3 คะแนน สายระบายสารคัดหลั่ง ขวดที่ 1 ออก 100 มิลลิลิตร ขวดที่ 2 ออก 40 มิลลิลิตร แพทย์ตรวจเย็บอาการ เปิดแผล พบแผลมีลักษณะบวมแดง 2 Stitches มีสารคัดหลั่งสีเหลืองใสซึมบริเวณแผลเล็กน้อย พิจารณาให้ยา Cephalixin 500 มิลลิกรัม 1 เม็ด ก่อนอาหาร

เช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน ส่งตรวจ CBC พบ WBC 13,221 cells/ul วันที่ 13 กันยายน 2564 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หน้าตาสดชื่น ไม่มีไข้ ลูกนึ่ง ลงเดิน เข้าห้องน้ำได้คล่องขึ้น สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 112/74 มิลลิเมตรปรอท ปวดแผลเล็กน้อย pain score 2 คะแนน แผลบวมแดงลดลง ไม่มีสารคัดหลั่งซึมบริเวณแผล สายระบายสารคัดหลั่ง ขวดที่ 1 ออก 80 มิลลิลิตร ขวดที่ 2 ออก 25 มิลลิลิตร สามารถยกแขนซ้ายได้ แต่ยังไม่ได้มาก พิจารณาส่งฟิสิกส์บริหารข้อไหล่ และแขนที่แผนกกายภาพ วันที่ 14 กันยายน 2564 ผู้ป่วยหน้าตาสดชื่น ไม่มีไข้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 112/74 มิลลิเมตรปรอท ไม่ปวดแผล แผลไม่บวมแดง ไม่มีสารคัดหลั่งซึมบริเวณแผล สายระบายสารคัดหลั่ง ขวดที่ 1 ออก 60 มิลลิลิตร ขวดที่ 2 ออก 10 มิลลิลิตร ลักษณะสีแดงคล้ำไหลออกดีไม่มีกลิ่นผิดปกติ สอนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกบริหารข้อไหล่ และแขนด้วยตนเอง โดยมีตัวอย่างทำการบริหารตามแผนพับ ผู้ป่วยสามารถทำการบริหารข้อไหล่ และแขนได้ถูกต้องท่าละ 2-3 ครั้ง แต่ยังรู้สึกปวดตึงแขน pain score 3 คะแนน วันที่ 15 กันยายน 2564 ผู้ป่วยสามารถลุกนั่ง ลงเดินได้เป็นปกติ หน้าตาสดชื่น ไม่มีไข้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 112/74 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการปวดท่ายทอยหรือเวียนศีรษะ ไม่ปวดแผล สายระบายสารคัดหลั่ง ขวดที่ 1 ออก 80 มิลลิลิตร ขวดที่ 2 ไม่ออก สามารถ ฝึกบริหารข้อไหล่และแขนได้ถูกต้อง ท่าละ 5-7 ครั้ง ปวดตึงแขนลดลง pain score 2 คะแนน ระยะพักฟื้น วันที่ 16 กันยายน 2564 หลังผ่าตัด วันที่ 7 วางแผนจำหน่ายกลับบ้าน 17 กันยายน 2564 ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 127/72 มิลลิเมตรปรอท บริหาร แขนซ้ายที่ทำการผ่าตัดด้านมซ้ายได้ 180 องศา ไม่มีภาวะข้อยึดติด ปวดแผลเล็กน้อย pain score 2 คะแนน สายระบายสารคัดหลั่ง ขวดที่ 1 ออก 100 มิลลิลิตร ขวดที่ 2 ไม่ออก แพทย์จึงให้เอาสายระบายสารคัดหลั่ง ขวดที่ 2 ออก วันที่ 17 กันยายน 2564 หลังผ่าตัดวันที่ 8 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าสดชื่น ไม่มีไข้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/75 มิลลิเมตรปรอท มีสารคัดหลั่ง ออกจากสายระบาย 130 มิลลิลิตร ลักษณะสีแดงคล้ำปนเหลืองใส ไม่มีกลิ่นเหม็นแพทย์จึงหยุดให้รับประทานยา Cephalixin และอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ พร้อมขอระบายสารคัดหลั่งเนื่องจากยังมีสารคัดหลั่งออกมากกว่า

100 มิลลิกรัม แนะนำเรื่องการดูแลการบันทึกสารคัดหลั่งที่ออกในขวาระบาย และให้ยา ดังนี้ Paracetamol 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด เวลามีอาการปวดแผล รับประทานห่างกันอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมง และ Amlodipine ขนาด 5 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้า-เย็น แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงไม่ให้แผลเปื่อยก้ำ และสังเกตอาการผิดปกติ ถ้าพบว่าแผลผ่าตัดอักเสบ บวมแดง มีน้ำเหลืองซึมให้มาพบแพทย์ทันที ญาติและผู้ป่วยเข้าใจสามารถตอบคำถามได้นัดมาพบแพทย์ 1 สัปดาห์ เพื่อติดตามดูแลอาการ และสายระบายสารคัดหลั่งที่ยังไม่ได้ถอดออก ในวันที่ 24 กันยายน 2564 รวมนอนพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ อาพาธชั้น 2 แผนกศัลยกรรม เป็นเวลา 10 วัน

ข้อเสนอแนะ

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดและมีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพนั้นพยาบาลควรมีความรู้ ความเข้าใจในหลากหลายองค์ประกอบ ซึ่งได้แก่ ความเข้าใจด้านพยาธิสภาพของโรคและการรักษา การประเมินปัญหาและการตอบสนองต่อปัญหาของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้ครอบคลุม ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และการวางแผนการจำหน่ายได้อย่างเหมาะสม ผู้เขียนเห็นว่าจุดเน้นสำคัญคือ การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยพยาบาลต้องประเมินปัญหาวางแผนและให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งในระยะนอนโรงพยาบาลและกลับไปอยู่ที่บ้านรวมทั้งการส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ที่ถูกต้องทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปลอดภัยสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุข

สรุป

โรคมะเร็งเต้านม มีแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และพบเป็นอันดับ 2 ในเพศหญิง เนื่องจากไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอนที่ทำให้เกิดโรคและป้องกันการเกิดได้ยากแต่ก็สามารถป้องกันได้ ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบ Modified Radical Mastectomy พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดคือภาวะไหล่ติดหลังผ่าตัด 4 สัปดาห์ และภาวะแขนบวมจากการขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเต้านมไม่ต่อเนื่องและไม่ถูกต้อง ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจภายหลังผ่าตัด การดูแลให้คำแนะนำ จะช่วยส่งเสริมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมการรักษาของแพทย์ให้เกิดผลดี และผู้ป่วยมีโรคเรื้อรังคือ ความดันโลหิตสูงทำให้มีความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองได้ เกิดความวิตกกังวลจำเป็นต้อง

พบแพทย์รับยาต่อเนื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติ และมีกำลังใจในการรักษาต่อเนื่องเพื่อไม่ให้มะเร็งกลับมาเป็นซ้ำหรือลุกลามต่อไปได้

เอกสารอ้างอิง

- กองบรรณาธิการ. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. กรุงเทพฯ.
- ความดันโลหิตสูงโลก ปี 2560. [online]. Available from: <http://www.thaincd.com/about-us/organization-monitor-injured.html>, (20/10/2022).
- จินตนา กิ่งแก้ว. (2560). ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดมะเร็งเต้านม. วารสารโรคมะเร็ง, 37, 167-168.
- ธนิต วัชรพุก, 2547; สุวรรณิ สิริเลิศตระกูล, สุวลักษณ์ วงศ์จรัสโลศีล, ประไพ อริยประยูร, และ แม้นมมา จิระจรัส, 2555. สาเหตุของโรคมะเร็ง.
- นรินทร์ วรวิทย์ และคณะ. (2556). แนวทางการรักษา มะเร็งเต้านม.
- ปิยวรรณ สวัสดิ์สิงห์ และทพพร วงศ์หงษ์กุล. (2556). มะเร็งเต้านม. พิมพ์ครั้งที่ 3. เชียงใหม่: ธนุพรีนติ้ง.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554; สุวรรณิ สิริเลิศตระกูล และคณะ, 2555. การพยาบาลที่เป็นเลิศ ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วิเชียร ศรีมนินทร์นิมิต. (2558). บทบาทของ Molecular Targeted Therapy ในการรักษามะเร็งชนิด solid tumors. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยศึกษาและบำบัดโรคมะเร็ง สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). ข้อมูลทะเบียนมะเร็ง [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2565, จาก: <http://tcb.nci.go.th/CWEB/cwebBase.domode=initialApplication>
- สมพร ชีโนรส, 2557; สุวรรณิ สิริเลิศตระกูลและคณะ, 2555; อุษาวิดี อัครวิเศษ, 2556. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม.

การประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ในช่วงเทศกาล จังหวัดสมุทรปราการ

นนท์ จินดาเวช พ.บ.

สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสมุทรปราการ

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง : การเกิดอุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาในอันดับต้นๆที่ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยและสูญเสียชีวิตของคนไทยนอกจากนี้การเกิดอุบัติเหตุยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นสำหรับในจังหวัดสมุทรปราการ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 พบว่ามีการเกิดอุบัติเหตุ 948 ครั้ง มีผู้เสียชีวิต 315 ราย และมีผู้บาดเจ็บ 746 ราย

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาล จังหวัดสมุทรปราการ

วิธีการ : เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน โดยรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน 2565 – สิงหาคม 2565 โดยใช้แนวคิดวัฏจักรของการบริหารจัดการภัยพิบัติตามหลัก 2P2R กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงปริมาณเป็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุในจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 147 คน และเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงคุณภาพจำนวน 7 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผล : พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการดำเนินการเพื่อป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนเกือบทุกข้ออยู่ในระดับมาก

โดยการจัดเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ และระบบการขนส่ง มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ = 3.91, S.D. = 0.74) รองลงมาเป็นการเตรียมความพร้อมของทีมป้องกันอุบัติเหตุในพื้นที่ ($\bar{X}$ = 3.81, S.D. = 0.80) และ การประสานงานและขอความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ($\bar{X}$ = 3.81, S.D. = 0.71) สำหรับด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในระดับปานกลาง คือ การฝึกอบรม พัฒนา และเตรียมความพร้อมของบุคลากร ($\bar{X}$ = 3.30, S.D. = 0.82) การขยายพื้นที่คุ้มครองที่ได้รับอุบัติเหตุ ($\bar{X}$ = 3.22, S.D. = 0.79) และระบบดูแลและขยายยาในผู้ประสบอุบัติเหตุ ($\bar{X}$ = 3.33, S.D. = 0.81)

สรุป : พบว่า ผลการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาล มีการป้องกันและลดผลกระทบก่อนการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน มีการเตรียมความพร้อมรองรับอุบัติเหตุทางถนน การดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน และการฟื้นฟูหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยมีระบบติดตามขยายผู้ประสบเหตุและครอบครัวภายหลังจากการเกิดอุบัติเหตุ ทั้งนี้ ควรมีการวางแผนการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุซ้ำอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การประเมินผล, การป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน, ช่วงเทศกาล

Evaluation of Road Accident Prevention and Reduction Operations during the Festival, Samut Prakan Province.

Non Chindavech , M.D.

Samut Prakan Province Public Health office

ABSTRACT

BACKGROUND : Road accidents are among the top causes of illness and loss of life for Thai people. In addition, accidents tend to increase. In Samut Prakan Province, in the fiscal year 2020, there were 948 accidents with 315 deaths and 746 injured

OBJECTIVE : Aim to assess the result of preventing and reducing road accidents during the festival of Samut Prakan Province

METHODS : This research is mixed –method research between June 2022 – August 2022, using the 2P2R cycle concept of disaster management. The participants of the quantitative approach were 147 healthcare professionals responsible for accident management in Samut Prakan Province, and 7 participants were recruited in the qualitative part. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics such as number, percentage, mean and standard deviation. The content analysis was used to analyze qualitative data. **RESULT :** The finding indicated that mean scores of preventing and reducing road accidents were high period. The highest mean score was providing equipment, drugs, medical supplies, and transportation ($\bar{X} = 3.91$, S.D. = 0.74), followed by being prepared for the accident prevention team to deal with in the area ($\bar{X} = 3.81$, S.D. = 0.80) and coordinating and requesting cooperation with other organizations ($\bar{X} = 3.81$, S.D. = 0.71). Besides, the lowest average scores (middle period), including the training, development, and readiness of personnel ($\bar{X} = 3.30$, S.D. = 0.82), healing for families affected by accidents ($\bar{X} = 3.22$, S.D. = 0.79), and the caring and healing for accident victims ($\bar{X} = 3.33$, S.D. = 0.81).

CONCLUSIONS : It was found that the prevention and reduction of road accidents during the festive season, there is prevention and mitigation before road

accident prevention and reduction work is undertaken. There is preparation for road accidents. operations to prevent and reduce road accidents and restoration after road accidents There should be a follow-up system for the victims and their families after the accident and effective plan to prevent recurrence of accidents.

KEYWORDS : Evaluation, Prevention and reduction of road accidents, Festival

บทนำ

การเกิดอุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาในอันดับต้นๆ ที่ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยและสูญเสียชีวิตของคนไทยนอกจากนี้การเกิดอุบัติเหตุยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากข้อมูลทางสถิติพบว่า ในปี พ.ศ. 2560 มีอัตราการเกิดอุบัติเหตุจำนวน 85,805 ครั้ง ต่อมาในปี พ.ศ. 2564 มีอัตราการเกิดอุบัติเหตุเพิ่มสูงขึ้นเป็น จำนวน 99,855 ครั้ง¹ ซึ่งจากการเกิดอุบัติเหตุในปีพ.ศ. 2564 มีผู้ได้รับบาดเจ็บ 883,307 ราย เสียชีวิต 13,655 ราย และทุพพลภาพ 163 ราย² สำหรับจังหวัดสมุทรปราการ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 พบว่ามีการเกิดอุบัติเหตุ 948 ครั้ง มีผู้เสียชีวิต 315 ราย และมีผู้บาดเจ็บ 746 ราย³

การดำเนินงานเพื่อป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยมีการกำหนดเป้าหมาย คือ การลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนให้ได้ไม่เกิน 10 คนต่อประชากรแสนคนภายใน พ.ศ.2563 โดยในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานอุบัติเหตุทางถนนให้สอดคล้องกับเป้าหมายของประเทศ และสอดคล้องเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals หรือ SDGs) โดยหนึ่งในเป้าหมายของ SDGs เป้าหมายที่ 3 คือ การสร้างหลักประกันว่า คนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย และได้กำหนดเรื่องการลดอัตราการเสียชีวิตและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการจราจรทางถนนให้ได้ครึ่งหนึ่งภายในปี 2563 โดยเป้าหมายในระดับประเทศ ลดอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกิน 16.4 ต่อประชากรแสนคน ภายในปี 2565 (ตามร่างแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน 2561– 2565)³

ส่วนใหญ่การศึกษาที่ผ่านมาในการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ทำการศึกษาในกลุ่มประชาชนทั่วไป หรือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการเกิดอุบัติเหตุ โดยศึกษาเกี่ยวกับการลดจำนวนอุบัติเหตุทางถนน ณ จุดเสี่ยงอันตรายตามท้องถนน⁴ ซึ่งมุ่งเน้นศึกษาผลการลดจำนวนอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น นอกจากนี้มีการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน โดยศึกษาพฤติกรรม การมีส่วนร่วมป้องกันอุบัติเหตุของผู้ขับขี่⁵ สำหรับการศึกษาประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุในการศึกษาก่อนหน้าในพื้นที่อันยังพบว่า มีข้อจำกัดด้านนโยบายและกลไกการทำงาน ขาดการเชื่อมโยงการจัดการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนระหว่างองค์กรในระดับอำเภอและท้องถิ่น อีกทั้งยังควรมีการพัฒนาทักษะของบุคลากรในการดำเนินการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน⁶

สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ มีการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ในช่วงเทศกาล โดยมีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานระบบบัญชาการเหตุการณ์ทั้งระดับจังหวัดและระดับอำเภอ เพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวซึ่งมีเป้าหมายสำคัญในการลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ในช่วงเทศกาล จังหวัดสมุทรปราการ โดยมุ่งเน้นศึกษาการดำเนินการของบุคลากรภายในจังหวัด ที่รับผิดชอบดูแลบริหารจัดการงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ในช่วงเทศกาล ผลการวิจัยนี้เป็นประโยชน์ในการหาแนวทางการดำเนินงานและแก้ไขปรับปรุงการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัดสมุทรปราการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วิธีการศึกษา (METHODS)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (mixed methods study) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อประเมินผลการดำเนินการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาล ของจังหวัดสมุทรปราการ ทำการศึกษาในเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุที่ปฏิบัติงานในจังหวัดสมุทรปราการ โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุ ซึ่งต้องดำเนินการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลที่ปฏิบัติงานในจังหวัดสมุทรปราการ ในช่วงเดือนมกราคม 2565 ถึง เมษายน 2565 จำนวนทั้งหมด 147 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา และดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 คน เป็นแบบสอบถาม

ที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแนวคิดวัฏจักรของการบริหารจัดการภัยพิบัติตามหลัก 2P2R ซึ่งผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานป้องกันอุบัติเหตุ และการเข้าร่วมอบรมงานป้องกันและลดอุบัติเหตุ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการป้องกันและการลดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาล ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 2.1) การป้องกันและลดผลกระทบก่อนดำเนินการป้องกันและการลดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาล 2.2) การเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉินก่อนการดำเนินการป้องกันและการลดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาล 2.3) การดำเนินงานป้องกันและการลดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาล และ 2.4) การฟื้นฟูภายหลังการดำเนินการป้องกันและการลดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาล เป็นข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ โดยมีค่าคะแนนแบบ Rating Scale 5 ระดับ ตั้งแต่ น้อยที่สุด ไปถึงมากที่สุด

2) การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิดวัฏจักรของการบริหารจัดการภัยพิบัติตามหลัก 2P2R ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเดือน มิถุนายน - สิงหาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง : คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ 4/2565 ปี 2565 ลงวันที่ 13 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 147 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 116 คน (ร้อยละ 78.9) มีอายุอยู่ในช่วง 20-40 ปี จำนวน 79 คน ($\bar{X}$ = 40.25 ปี, S.D. = 11.67) ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ

(ร้อยละ 61.90) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานส่วนใหญ่ ≤ 10 ปี (ร้อยละ 44.20) นอกจากนี้พบว่า ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน (ร้อยละ 77.60) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย (N = 147)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	31	21.10
หญิง	116	78.90
อายุ (ปี)		
20 - 40	79	53.70
41 - 60	68	46.30
($\bar{X}$ = 40.25 ปี, S.D. = 11.67)		
ตำแหน่ง		
แพทย์	15	10.20
พยาบาลวิชาชีพ	91	61.90
นักวิชาการสาธารณสุข	41	27.90
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน (ปี)		
≤ 10	65	44.20
11-20	23	15.60
21-30	32	21.80
≥ 31		
($\bar{X}$ = 16.91 ปี, S.D. = 12.27)	27	18.40
อบรมการป้องกันอุบัติเหตุ		
เคย	33	22.40

การประเมินผลการดำเนินการป้องกันและลดอุบัติเหตุจากการประจักษ์แนวคิดวัฏจักรของการบริหารจัดการภัยพิบัติตามหลัก 2P2R ซึ่งประกอบด้วย การป้องกันและลดผลกระทบก่อนการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาล การเตรียมความพร้อมรองรับอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาล การดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาล และการฟื้นฟูหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุช่วงเทศกาล ผลการวิจัยพบว่าจะคะแนนเฉลี่ยของการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนเกือบทุกข้ออยู่ในระดับมาก โดยการเตรียมความพร้อมรองรับอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลเกี่ยวกับการจัดเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ และระบบการขนส่ง มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ = 3.91, S.D. = 0.74) รองลงมาเป็นการ

เตรียมความพร้อมรองรับอุบัติเหตุทางถนน ในการเตรียมความพร้อมของทีมป้องกันอุบัติเหตุในพื้นที่ ($\bar{X}$ = 3.81, S.D. = 0.80) และ การประสานงานและขอความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ในช่วงของการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาล ($\bar{X}$ = 3.81, S.D. = 0.71) สำหรับด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในระดับปานกลาง คือ การเตรียมความพร้อมรองรับอุบัติเหตุทางถนนในการฝึกอบรม พัฒนา และเตรียมความพร้อมของบุคลากร ($\bar{X}$ = 3.30, S.D. = 0.82) และการฟื้นฟูหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดเกี่ยวกับการเยียวยาฟื้นฟูครอบครัวที่ได้รับอุบัติเหตุ ($\bar{X}$ = 3.22, S.D. = 0.79) และระบบดูแลและเยียวยาในผู้ประสบอุบัติเหตุ ($\bar{X}$ = 3.33, S.D. = 0.81) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาล

การดำเนินงานป้องกันและการลดอุบัติเหตุทางถนน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น
ก่อนการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาล			
1. มีการวางระบบการป้องกันและลดอุบัติเหตุที่ชัดเจน	3.64	0.75	มาก
2. มีการวางระบบการลดความรุนแรงและลดความสูญเสียจากอุบัติเหตุ การเตรียมความพร้อมรองรับอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาล	3.59	0.74	มาก
3. การฝึกอบรม พัฒนาและเตรียมความพร้อมบุคลากร	3.69	0.87	มาก
4. เตรียมความพร้อมของทีมป้องกันอุบัติเหตุในพื้นที่	3.60	0.75	มาก
5. เตรียมความพร้อมของทีมดูแลรักษาผู้ป่วย	3.30	0.82	ปานกลาง
6. จัดการและเตรียมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง	3.64	0.79	มาก
7. จัดเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ และระบบการขนส่ง	3.81	0.80	มาก
8. เตรียมระบบไฟฟ้าระวังเหตุการณ์	3.58	0.77	มาก
9. เตรียมระบบประสานการทำงานร่วมกับเครือข่าย	3.91	0.74	มาก
10. เตรียมระบบการสื่อสารความเสี่ยง	3.78	0.73	มาก
11. เตรียมงบประมาณและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง	3.78	0.74	มาก
12. เตรียมระบบการสื่อสารความเสี่ยง	3.66	0.73	มาก
13. เตรียมงบประมาณและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง	3.60	0.81	มาก
การดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาล			
14. ติดตามและประเมินสถานการณ์การป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน	3.65	0.70	มาก
15. จัดทีมลงพื้นที่เพื่อดูแลรักษาผู้ป่วย	3.81	0.71	มาก
16. จัดทรัพยากรที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย	3.67	0.66	มาก
17. สื่อสารความเสี่ยงอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ	3.61	0.77	มาก
18. จัดการเอกสารและงบประมาณที่เพียงพอเพื่อการป้องกัน และลดอุบัติเหตุได้อย่างทันทั่วทั้ง	3.73	0.70	มาก
19. มีระบบการบริหารจัดการหลังจากเกิดอุบัติเหตุ	3.56	0.77	มาก
20. มีระบบดูแลและเยียวยาในผู้ประสบอุบัติเหตุ	3.60	0.75	มาก
การฟื้นฟูหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุช่วงเทศกาล			
21. เยียวยาฟื้นฟูครอบครัวที่ได้รับอุบัติเหตุ	3.44	0.72	มาก
22. ภายหลังจากเกิดอุบัติเหตุได้จัดทำแผนการป้องกัน เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุซ้ำ	3.33	0.81	ปานกลาง
23. เยียวยาฟื้นฟูครอบครัวที่ได้รับอุบัติเหตุ	3.22	0.79	มาก
24. ภายหลังจากเกิดอุบัติเหตุได้จัดทำแผนการป้องกันเพื่อป้องกัน การเกิดอุบัติเหตุซ้ำ	3.41	0.78	มาก

จากข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและลดผลกระทบก่อนการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาล ในจังหวัดสมุทรปราการมีการวางแผนเพื่อตอบรับนโยบายการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน

ในช่วงเทศกาล ร่วมกันวางระบบมาตรการในการป้องกันและลดผลกระทบในช่วงก่อนการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาล เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับ

การวางระบบการป้องกันและลดอุบัติเหตุที่ชัดเจน ($\bar{X} = 3.64$, S.D. = 0.75) และ การวางระบบการลดความรุนแรงและลดความสูญเสียจากอุบัติเหตุ ($\bar{X} = 3.59$, S.D. = 0.74) มีคะแนนอยู่ในระดับมาก โดยผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ประชุมรับคำสั่งจากศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัดสมุทรปราการ โดยกำหนดแนวทางเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยยึดพื้นที่รับผิดชอบเป็นที่ตั้ง เพื่อควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุทางถนนทั้งด้านคน ถนน ยานพาหนะ และสิ่งแวดล้อมให้เหลือน้อยที่สุด มีการบูรณาการร่วมกับทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน หน่วยทหารในพื้นที่ อำเภอ อปท. อาสาสมัคร และภาคประชาชน เพื่อกำหนดมาตรการร่วมกันและนำไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันของจังหวัดสมุทรปราการ” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

การเตรียมความพร้อมรองรับอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาล ข้อมูลจากการสัมภาษณ์สอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงปริมาณ ที่มีการเตรียมความพร้อมด้านต่างๆ ชัดเจน แต่ในส่วนของการฝึกอบรม พัฒนาและเตรียมความพร้อมบุคลากร ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.30$, S.D. = 0.82) ยังไม่ได้มีการบริหารจัดการที่ชัดเจน เพื่อเตรียมความพร้อมในการรองรับอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาล โดยผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ในหน่วยงานมีการเตรียมทีมบุคลากร รถ และอุปกรณ์ให้เพียงพอพร้อมใช้ มีมาตรการที่เข้มข้นขึ้นของทุกภาคส่วน และภาคีเครือข่าย หน่วยบริการทั้งตำรวจ สาธารณสุข อปท.” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

“สถานพยาบาลเตรียมความพร้อมรับมือเพื่อรองรับการเกิดอุบัติเหตุทางถนน เช่น การซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ การเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาล ตรวจสอบสภาพรถฉุกเฉินให้พร้อมใช้งาน เตรียมความพร้อมให้ทีมบุคลากรเตรียมความพร้อมของเครื่องมือทางการแพทย์ให้พร้อมใช้งาน” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

การดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาล หน่วยงานมีการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและลดอุบัติเหตุ 7 วันอันตราย เขียนรายงานส่งเข้าระบบเมื่อผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุทางถนนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำงานร่วมกับอาสาสมัครกู้ชีพในการช่วยเหลือผู้ประสบเหตุทางถนน รับคำสั่งจากศูนย์ชี้แจงปรการในการออกปฏิบัติงานในการช่วยเหลือผู้ประสบภัย ดูแลผู้ประสบเหตุทางถนนตามมาตรฐานและความเร่งด่วนเพื่อลดความเสียหายและความพิการให้มากที่สุด ประสานงานส่งต่อผู้ป่วยตามศักยภาพทางการรักษาของโรงพยาบาล” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

การฟื้นฟูหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนช่วงเทศกาล ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่ามีการบริหารจัดการทีมที่ดูแลฟื้นฟูหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนน จะเป็นทีมดำเนินงานคณะทีมกันคือทีมสุขภาพที่ดูแลในช่วงของการรับการรักษาที่สถานพยาบาลกับทีมที่ติดตามดูแลที่บ้าน โดยผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ติดตามอาการของผู้ป่วยที่บาดเจ็บสาหัส ประสานกับสหสาขาวิชาชีพในการติดตามอาการและการรักษาต่อเนื่องที่บ้านในกรณีผู้ป่วยได้รับความพิการจากการเจ็บป่วย” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

“ประสานข้อมูลทีม MCATT และเครือข่าย รพ.สต. ติดตามเยี่ยมบ้านในระยะ 6 เดือนแรก” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

สิ่งสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาล จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมากกว่าครึ่งกล่าวว่าทีมสหสาขาวิชาชีพที่เข้มแข็งและความพร้อมของวัสดุ อุปกรณ์ และรถ เป็นสิ่งสนับสนุนสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานครั้งนี้สำเร็จ โดยผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ผู้บริหารให้จัดสรรกำลังเสริมในช่วงเทศกาล มีทีมเครือข่ายบริการในพื้นที่เข้มแข็ง ทั้งมูลนิธิ อบต. ให้ความร่วมมืออย่างดี และก็มีเครือข่าย รพ.เอกชนในพื้นที่ ทีมพร้อม อุปกรณ์ และรถ พร้อมใช้ ทำให้ปฏิบัติงานราบรื่น” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

“ความร่วมมือของทีมงานที่เกี่ยวข้อง มีการวางแผนและซ้อมแผนร่วมกันเพื่อป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน มีความพร้อมของอุปกรณ์ รถฉุกเฉินต่างๆ” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

อุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาล ซึ่งยังมีระบบรายงานบางส่วนที่ยังมีความซ้ำซ้อน และยังมีประชาชนบางส่วนที่ขาดความตระหนักในการป้องกันและลดอุบัติเหตุ ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า

“ระบบการรายงานผลมีความซ้ำซ้อนหลายหน่วยงาน ขาดการสื่อสารเชื่อมโยงข้อมูล” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

“ประชาชน บางส่วนยังขาดความตระหนัก ไม่สวมหมวกนิรภัย และดื่มสุราขณะขับขี่ยานพาหนะ” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยเพื่อประเมินผลการดำเนินการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาล จังหวัดสมุทรปราการ มีประเด็นในการอภิปรายผลดังนี้

1. การป้องกันและลดผลกระทบก่อนการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาล ในจังหวัดสมุทรปราการ มีการวางระบบการป้องกันและลดอุบัติเหตุที่ชัดเจน และมีการวางระบบการลดความรุนแรงและลดความสูญเสียจากอุบัติเหตุซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก การดำเนินงานในส่วนนี้มีความเชื่อมโยงกับการเตรียม

ความพร้อมรองรับอุบัติเหตุทางถนน เกี่ยวกับ จัดทำคำสั่งศูนย์ปฏิบัติการการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน และจัดทำแผนจัดการการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งจากการประเมินทั้งสองข้อนี้มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเช่นกัน ซึ่งการดำเนินงานด้านนี้ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการมีการกำหนดแผนปฏิบัติการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งยุทธศาสตร์ที่ 1 ของแผนนี้เป็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานการปฏิรูประบบการจัดการด้านความปลอดภัยทางถนน ซึ่งจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุกล่าวถึงการร่วมประชุมวางแผนตอบรับนโยบาย มีการบูรณาการร่วมกับทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน หน่วยทหารในพื้นที่ อำเภอ อปท. อาสาสมัคร และภาคประชาชน เพื่อกำหนดมาตรการร่วมกันและนำไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันของจังหวัดสมุทรปราการดังนั้น ในการวางระบบเพื่อป้องกันและลดผลกระทบก่อนการดำเนินงานของจังหวัดสมุทรปราการจึงค่อนข้างมีความชัดเจน

2. การเตรียมความพร้อมรองรับอุบัติเหตุทางถนน ในช่วงเทศกาล ของจังหวัดสมุทรปราการ พบว่าในการจัดเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ และระบบการขนส่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ซึ่งข้อมูลนี้สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งเกือบทั้งหมดของผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ รถขนส่งที่จะรองรับสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนน เกี่ยวกับเตรียมความพร้อมของทีมดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง รองลงมาจากการจัดเตรียมเครื่องมือ ซึ่งข้อมูลจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมในส่วนนี้จะเห็นได้ว่า มีการจัดเตรียมทีมทั้งในส่วน of สถานพยาบาลภาครัฐ และเอกชน รวมถึงมูลนิธิกุฎต่างๆ เพื่อรองรับในการให้การช่วยเหลือ ดูแลรักษา ผู้ประสบเหตุให้ทันทั่วถึง สำหรับการฝึกอบรม พัฒนา และเตรียมความพร้อมบุคลากร ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดในด้านนี้ และมีค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง จะเห็นได้ว่าค่าคะแนนสัมพันธ์กับข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.60) ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ดังนั้นควรมีการสนับสนุนเพิ่มเติมเกี่ยวกับการฝึกอบรมเพื่อเตรียมความพร้อมและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนเพิ่มมากขึ้น

3. การดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ในช่วงเทศกาล พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดในด้านนี้คือการประสานงานและขอความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลส่วนนี้สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่กล่าวถึง ทำงานร่วมกับอาสาสมัครกุฎในการช่วยเหลือผู้ประสบเหตุทางถนน รับคำสั่งจากศูนย์กู้ชีพสมุทรปราการ ในการออกปฏิบัติงานในการช่วยเหลือผู้ประสบภัย

และประสานงานส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในกรณีที่เกิดความไม่สามารถของสถานพยาบาล สำหรับค่าคะแนนเฉลี่ยที่สูงเป็นอันดับที่สองคือจัดทรัพยากรที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ในส่วนนี้พบว่ามีการจัดเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อใช้ในการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนเอาไว้ล่วงหน้า อีกทั้งการรณรงค์มีการดำเนินการต่อเนื่องทุกปีในช่วงเทศกาล ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่ามีการบริหารจัดการและคาดการณ์เกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรส่วนนี้ไว้ล่วงหน้า ส่งผลให้มีทรัพยากรเพียงพอต่อการดำเนินงาน สำหรับประเด็นการสื่อสารความเสี่ยงอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดนั้น เมื่อพิจารณาข้อมูลจากการสัมภาษณ์ในช่วงของการดำเนินงาน มีการรณรงค์การป้องกันความเสี่ยงต่างๆ เช่น การสวมหมวกนิรภัยเมื่อขับขี่รถจักรยานยนต์ ไม่ขับขี่ยานพาหนะขณะดื่มสุรา แต่ยังไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งมีการศึกษา⁷ พบว่าประชาชนให้ความร่วมมือไม่ขับขี่ยานพาหนะเมื่อดื่มแอลกอฮอล์เป็นอย่างดี ในการรณรงค์เมาไม่ขับ ดังนั้นหากมีการสื่อสารความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในด้านนี้มากขึ้น

4. การฟื้นฟูหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุช่วงเทศกาล เป็นที่น่าสังเกตว่าค่าคะแนนเฉลี่ยในด้านนี้จะน้อยกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยในด้านอื่นๆ ซึ่งข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่ามีหลายหน่วยงานที่ทีมดำเนินการในการฟื้นฟูหลังเกิดอุบัติเหตุ เป็นคนละทีมงานกับการป้องกันและลดอุบัติเหตุ สำหรับระบบดูแลและเยียวยาในผู้ประสบอุบัติเหตุ และเยียวยาฟื้นฟูครอบครัวที่ได้รับอุบัติเหตุ ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางนั้น เมื่อพิจารณาจากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่ามีระบบติดตามเยียวยาผู้ประสบเหตุและครอบครัวภายหลังจากการเกิดอุบัติเหตุ แต่ในกรณีที่ทีมดำเนินการเป็นคนละทีมกัน จึงมีความเป็นไปได้ที่การส่งต่อข้อมูลย้อนกลับอาจจะยังไม่ชัดเจน ดังนั้นอาจต้องเพิ่มเติมการวางระบบการฟื้นฟูหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนร่วมกัน มีการส่งต่อข้อมูลย้อนกลับให้กับทีมป้องกันและลดอุบัติเหตุในกรณีที่ผู้ประสบเหตุได้รับการฟื้นฟูภายหลังเกิดอุบัติเหตุเรียบร้อยแล้ว เพื่อนำมาวางแผนการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุซ้ำอย่างมีประสิทธิภาพ และมีความชัดเจนมากขึ้น

5. สำหรับสิ่งสนับสนุนและปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุ จากการสัมภาษณ์พบว่า ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เข้มแข็ง และความพร้อมของวัสดุอุปกรณ์ และรถ เป็นสิ่งสนับสนุนสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานครั้งนี้สำเร็จ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับค่าคะแนนเฉลี่ยของการเตรียมความพร้อมและการดำเนินการเพื่อป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ในช่วงเทศกาลที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง

สำหรับอุปสรรคที่พบว่าระบบรายงานบางส่วนที่ยังมีความซ้ำซ้อน และยังมีประชาชนบางส่วนที่ขาดความตระหนักในการป้องกันและลดอุบัติเหตุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า⁵ ที่พบว่าผู้ขับขี่ที่มีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมป้องกันอุบัติเหตุในการขับขี่ต่ำ จะไม่ตรวจสอบความพร้อมของรถ บางครั้งขับขี่ไม่สวมหมวกนิรภัย ขับรถเร็ว บางคนดื่มเหล้าระหว่างการขับขี่ โดยให้เหตุผลว่าขณะนั้นไม่คิดว่าจะเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เชื่อว่าขับรถมานานควบคุมได้

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานเพื่อประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลจังหวัดสมุทรปราการ ปี 2565 ในการดำเนินงานเพื่อป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนเกือบทุกข้ออยู่ในระดับมาก โดยการจัดเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ และระบบการขนส่ง มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}$ = 3.91, S.D. = 0.74) รองลงมาเป็นการเตรียมความพร้อมรองรับอุบัติเหตุทางถนน ในการเตรียมความพร้อมของทีมป้องกันอุบัติเหตุในพื้นที่ ($\bar{X}$ = 3.81, S.D. = 0.80) และ การประสานงานและขอความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ในช่วงของการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาล ($\bar{X}$ = 3.81, S.D. = 0.71) สำหรับด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในระดับปานกลาง คือการเตรียมความพร้อมรองรับอุบัติเหตุทางถนนในการฝึกอบรม พัฒนา และเตรียมความพร้อมของบุคลากร ($\bar{X}$ = 3.30, S.D. = 0.82) และการฟื้นฟูหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดเกี่ยวกับการเยียวยาฟื้นฟูครอบครัวที่ได้รับอุบัติเหตุ ($\bar{X}$ = 3.22, S.D. = 0.79) และระบบดูแลและเยียวยาในผู้ประสบอุบัติเหตุ ($\bar{X}$ = 3.33, S.D. = 0.81)

ข้อเสนอแนะ

1. นำผลการประเมินที่ได้จากการวิจัยทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพไปวางแผนเพื่อพัฒนาระบบการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัดสมุทรปราการ เพื่อให้ระบบการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนมีประสิทธิภาพมากขึ้น และมีการดำเนินงานที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

2. การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรมีการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการดำเนินการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งสามารถนำผลการศึกษามาพัฒนาระบบและลดปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการดำเนินการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในจังหวัดสมุทรปราการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานป้องกันและลดอุบัติเหตุที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. หน่วยเฝ้าระวังและสะท้อนสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนน. สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนในภาพรวม[อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 25 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://trso.thairoads.org/statistic/national/N-SPI-A/N-SPI-A1/N-SPI-A1-01>.

2. ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน. รายงานสถิติผู้ประสบภัยจากรถทั่วประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 25 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrJoiZWFK-ZWYzNjMtMzlmNy00ZGI1LWJkNTItNGQ3ZDk2MDNk-MGVmliwidCI6IjBiNTRkMTRILTM5YTktNGEyMC1iOT-VhLTgzMWQ0ZTQ5MmE5NyIsImMiOiJEWfQ%3D%3D>.

3. ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัดสมุทรปราการ. แผนปฏิบัติการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนจังหวัดสมุทรปราการ พ.ศ. 2564' 2565. สมุทรปราการ:สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดสมุทรปราการ; 2564.

4. อนุชิต วังทอง, อังคณา วังทอง, ดารารัตน์ บุญไชยสุริยา, นุรไอนี ลาเตะ, และนิมาเร็นิ คอละ. ผลการลดจำนวนอุบัติเหตุทางถนน ณ จุดเสี่ยงอันตรายทางท้องถนน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี.วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ 2562; 1(1): 33-41.

5. นัธวพันธ์ ศิดาษ.การมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐและประชาชนในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในจังหวัดสงขลา. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น 2564; 18(1):233-46.

6. ศศิกานต์ ธนธีรกุล. ผลของการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนกับการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เขตสุขภาพที่ 3.วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ 2562; 13(2): 14-24.

7. สัตยญา วงศ์อนุ. การประเมินผลโครงการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนช่วงเทศกาลสงกรานต์ ประจำปี 2559 เทศบาลตำบลเขียงคาน อำเภอเขียงคาน จังหวัดเลย. วารสารวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏเลย 2560; 12(41): 71 - 80.

การพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และมีโรคร่วมความดันโลหิตสูง

Elderly care hip fracture, hip replacement surgery and joint disease, hypertension

นางจิราพัชร ลาวัน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ , โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

บทนำ

กระดูกสะโพกหักเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในสตรีสูงอายุที่ได้รับอุบัติเหตุเพียงเล็กน้อย เช่น ลื่นล้ม (Wilairat, 2019) กระดูกสะโพกหักนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและประเทศไทย เนื่องจากพบผู้ป่วยจำนวนมากและมีอาการรุนแรงโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะโรคกระดูกพรุน จากข้อมูลของประธานมูลนิธิโรคกระดูกพรุนแห่งประเทศไทย (Songpatanasilp, 2018) พบว่าในยุโรปมีผู้หญิงสูงอายุมากกว่าเจ็ดแสนราย ประสบปัญหากระดูกสะโพกหักมีอัตราการตาย ประมาณร้อยละ 20-25 ในปีแรกที่เกิดการหักของกระดูกสะโพกจะเห็นว่าการขึ้นข้างรุนแรง สำหรับในประเทศไทย จากข้อมูลสถิติกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ คิดเป็นอุบัติการณ์ 181 ต่อ 100,000 และเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2.4 เท่า โดยคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 และพ.ศ. 2593 จะมีจำนวนผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักถึง 34,246 คน และ 56,443 ตามลำดับ

โดยทั่วไปกระดูกสะโพกหักส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป มีโรคร่วม (Co-morbidities) อย่างน้อย 1 โรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น (Klaewklong, Chanruangvanich, Danaditsudekul & Riansuwan, 2014) ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งกายภาพ สรีระและทำหน้าที่ของระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคนี้ทำให้การดูแลซับซ้อนมากขึ้น เข้าใจร่วมกันเหล่านี้มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ทำให้การฟื้นฟูหายล่าช้า การผ่าตัดข้อต่อสะโพก (HIP ARIHROPLASTY) เป็นการผ่าตัดใหญ่ของการผ่าตัด ศัลยกรรมกระดูกที่มีความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในช่วง 30 วัน เป็นความเสี่ยงระดับปานกลาง (Moderate risk) ร้อยละ 1-5 ดังนั้น หากผู้ป่วยมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมยิ่งทำให้ความเสี่ยงดังกล่าวเพิ่มสูงขึ้นและทำให้การเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นระหว่างการผ่าตัด สำหรับโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเป็นการผ่าตัด

ที่พบมากที่สุดอันดับ 1 ใน 10 ของการผ่าตัดกระดูกทั้งหมด ซึ่งในปี 2564 พบว่ามีจำนวน 30 รายหรือคิดเป็นร้อยละ 28.93 ของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกทั้งหมด อีกทั้งผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งมักมีโรคประจำตัวหลายโรค

หลักการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ที่มีภาวะโรคร่วมความดันโลหิตสูงต้องให้ผู้ป่วยควบคุมโรคได้ตามวิสัยแพทย์และอายุรแพทย์กำหนด คือ ค่าความดันเลือดสูงสุดขณะหัวใจห้องล่างบีบตัว (Systolic Pressure) 150/90 mmhg

กระดูกสะโพกหัก (Hip fracture)

กระดูกสะโพกเป็นกระดูกบริเวณส่วนต้นขา (Proximal Femur) แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ Femoral neck, Intertrochanteric, Subtrochanteric กระดูกสะโพกทำหน้าที่เป็นข้อต่อระหว่างกระดูกเชิงกราน (pelvis) และกระดูกต้นขา (Proximal) ทำหน้าที่ก้ำกึ่งในเวลานั่ง เดิน ขึ้น หรือนอน ทำหน้าที่รับน้ำหนัก (Weight bearing) ของร่างกาย กระดูกสะโพกหักบริเวณ Trochanter เป็นการหักระหว่าง Trochanter กับ lesser Trochanter เรียกว่า Intertrochanteric Fracture และถ้าต่ำกว่า lesser trochanter ลงมาไม่เกิน 5 เซนติเมตร เรียกว่า Subtrochanteric fracture

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

กระดูกสะโพกหักพบมากในผู้สูงอายุ มีสาเหตุสำคัญคือการหกล้ม และมีสาเหตุส่งเสริม คือ ภาวะกระดูกพรุน ซึ่งจะเกิดขึ้นในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากผู้หญิงในวัยหมดประจำเดือน มีการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง ทำให้มีมวลกระดูกและความหนาแน่นของกระดูกลดลง ส่วนปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ทำให้กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ ได้แก่ เชื้อชาติ ฐานะยากจน โรคหลอดเลือดสมอง การสูบบุหรี่ การมีกิจกรรมของร่างกายลดลง การทรงตัวไม่ดี

อาการและการแสดง

อาการสำคัญที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ คือ อาการปวดข้อสะโพกซึ่งอาการปวดจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับอาการเคลื่อนไหวของกระดูก จะปวดมากขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนไหวขาข้างที่บาดเจ็บ ผู้ป่วยจะขยับหรือเดินลงน้ำหนักขาข้างนั้นไม่ได้ ขาข้างที่หักจะสั้นกว่าขาข้างปกติและอยู่ในท่าที่บิดออก (external rotator) อาจมีอาการบวมหรือรอยฟกช้ำจากแรงกระแทกที่บริเวณสะโพก การหักของกระดูกตำแหน่ง trochanter เป็นการหักขาหนีบ หากผู้ป่วยมาหลังบาดเจ็บ 2-3 วัน อาจพบรอยฟกช้ำหรือห้อเลือดที่บริเวณรอยหักชัดเจนขึ้น สำหรับการบาดเจ็บร่วมในผู้ป่วยสูงอายุที่พบได้บ่อย ได้แก่ กระดูกหักที่ปลายต้นแขน กระดูกซี่โครง กระดูกเชิงกราน และกระดูกสันหลัง

ในผู้ป่วยหนุ่มสาวเนื่องจากการการหักของกระดูกสะโพกมักเกิดจากการบาดเจ็บที่รุนแรง อาจมีอาการบาดเจ็บที่อวัยวะอื่นร่วมด้วย เช่น การบาดเจ็บในช่องท้อง การบาดเจ็บทางสมองหรือมีการหักที่กระดูกตำแหน่งอื่นร่วมด้วย

การพยากรณ์โรคขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ดังนี้

ผู้ป่วยสูงอายุที่มีสภาพร่างกายที่พร้อมก่อนกระดูกหัก ไม่มีภาวะเสี่ยงต่อการเข้ารับการผ่าตัด ถ้าได้รับการผ่าตัดที่ดี โอกาสฟื้นหายจะมีมาก ผู้ป่วยจะมีระยะของการฟื้นฟูสภาพที่ได้ผลดีที่สุดภายใน 3 เดือน หลังจากทำผ่าตัด ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นหายของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ โรคประจำตัว ตำแหน่งลักษณะการหักของกระดูก ระยะวันนอนรอผ่าตัด มีผลต่อการเข้ารับการรักษผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยมี Early ambulation เข้าการพยากรณ์โรคมักไม่ดี

การวินิจฉัยโรค

1. จากการซักประวัติ มักมีประวัติหกล้มและไม่สามารถลุกขึ้นและเดินได้
2. การได้รับอุบัติเหตุจากแรงกระแทก
3. การตรวจร่างกายมีอาการสำคัญของกระดูกสะโพกหัก เช่น ปวดสะโพกมาก เดินลงน้ำหนักขาข้างที่หักไม่ได้ ขาทั้งสองข้างยาวไม่เท่ากัน ขาข้างที่สั้นอยู่ในท่าที่บิดออก (external rotator) มีอาการบวมหรือรอยฟกช้ำที่บริเวณสะโพก หากผู้ป่วยมาหลังการบาดเจ็บ 2-3 วัน อาจพบรอยห้อเลือดฟกช้ำที่บริเวณรอยหักชัดเจนขึ้น
4. การตรวจทางรังสี การถ่ายภาพรังสีข้อสะโพก ทั้งแนวหน้า-หลัง และด้านข้างที่ชัดเจนเพื่อประเมินตำแหน่งรอยหักความโปร่งบางของกระดูกรูปแบบและจำนวนชิ้นหักของรอยที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการรักษา

5. ถ้าถ่ายภาพรังสีแล้วไม่พบความผิดปกติของกระดูก แต่ยังมีอาการปวดข้อสะโพกให้ส่งตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า

การรักษา

เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนั้นการรักษาจึงมุ่งหวังให้ผู้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวและลุกขึ้นจากเตียงได้โดยเร็ว (Early ambulation) รวมทั้งสามารถฟื้นฟูสภาพกลับไปสู่สภาพกลับไปสู่ระดับก่อนการบาดเจ็บได้โดยเร็ว การรักษาโดยไม่ผ่าตัดมักไม่ให้ผลตามเป้าหมาย อีกทั้งมีอัตราการตายสูงราวร้อยละ 10-35 ของผู้ป่วยทั้งหมด สำหรับการผ่าตัดรักษาจะได้ประโยชน์มากกว่า อีกทั้งยังสามารถทำให้การรักษามุ่งบรรลุจุดหมายได้

การรักษาโดยไม่ผ่าตัด (Nonsurgical treatment) จะพิจารณาใช้ในกรณี ต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตระหว่างผ่าตัดจากการดมยาสลบหรือการผ่าตัด
2. ผู้ป่วยมีปัญหา ยืน เดินไม่ได้ ตั้งแต่ก่อนกระดูกหักซึ่งมีอาการปวดน้อยมาก
3. ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรคร้ายแรงอื่นๆ ที่จะไม่ได้ประโยชน์จากการผ่าตัดรักษา การรักษาจะเน้นให้ผู้ผู้ป่วยขยับลุกจากเตียงเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยไม่ต้องผ่าตัดรักษากระดูกที่หักหรืออาจจะต้องรักษา โดยการใส่เครื่องมือดึงถ่วงน้ำหนัก (traction) นานประมาณ 6 สัปดาห์ขึ้นอยู่กับตำแหน่งกระดูกหักและลักษณะการหักและมือขยับได้โดยไม่เจ็บแล้ว ให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวโดยรถเข็น (Wheel Chair)

การรักษาโดยการผ่าตัด (Surgical Treatment) ถือว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุดและเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ ป้องกันรอยหักไม่ประสานติดกันและหัวกระดูกขาดเคลื่อนมาเลี้ยงต้องจัดชิ้นส่วนที่หักให้เข้าที่โดยเร็วและยึดตรึงด้วยวิธีที่เหมาะสม ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกพรุนคือการเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยผ่าตัดเอาเฉพาะส่วนหัวกระดูกต้นขาออก แล้วใส่ข้อสะโพกเทียมทำจากโลหะเข้าไปแทนที่ซึ่งเป็นวัสดุประดิษฐ์ทำจากโลหะใช้แทนหัวกระดูกต้นขาเดิมและยึดตรึงกับกระดูกต้นขา โดยใช้แกนเหล็กใส่ในแกนกลางของกระดูกต้นขาพร้อมเพิ่มความแข็งแรงด้วยซีเมนต์ยึดกระดูกในตำแหน่งที่ดี เพื่อให้เกิดความมั่นคง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เร็วที่สุดและเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดจากการนอนอยู่บนเตียงนานๆ เช่น ปอดอักเสบ แผลกดทับ ท่อและกระเพาะปัสสาวะอักเสบซึ่งมีผลทำให้เกิดการติดเชื้อในร่างกาย และเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด สำหรับระยะเวลา

ในการผ่าตัดกระดูกสะโพกในผู้สูงอายุนั้น ควรพิจารณาการผ่าตัดโดยเร็วที่สุด เนื่องจากการศึกษาพบว่าการเลื่อนระยะเวลาในการผ่าตัดให้นานออกไป ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น แต่โดยทั่วไปแล้ว ผู้สูงอายุมักมีโรคร่วม เช่น โรคทางอายุรกรรมหรือภาวะสับสน ซึ่งควรจะต้องควบคุมภาวะเหล่านั้นให้ดีขึ้นก่อนแล้วจึงผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้จากการผ่าตัด มีดังนี้

1. ภาวะเสียเลือดมาก ขณะผ่าตัดอาจเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดหรือเกิดจากเครื่องมือยึดตรึงกระดูก ทำให้เกิดปัญหากระดูกแตกเพิ่มเติมหรือทะลุเข้าสะโพก ทำให้เกิดการเสื่อมข้อสะโพก หรือเกิดความเสียหายต่อข้อสะโพกได้

2. หลอดเลือดดำอุดตัน (Venous thrombosis) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ภายหลังการผ่าตัดบริเวณข้อสะโพกอาจแสดงอาการได้ทั้งหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (Deep vein thrombosis) หรือหลอดเลือดที่ปอดอุดตัน (Pulmonary embolism)

3. ภาวะสับสนเฉียบพลันเกิดขึ้นได้หลังการผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุซึ่งมีปัจจัย คือ ความดันโลหิตลดลง

4. ความล้มเหลวจากการยึดตรึงกระดูกภายใน เป็นภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษาซึ่งอาจเกิดขึ้นจากวิธีการหรือรูปแบบของรอยหัก เหตุส่งเสริมให้เกิดปัญหา นอกจากนี้ อาจเกิดจากความไม่เชื่อฟังและไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ภายหลังการรักษาหรือเกิดอุบัติเหตุซ้ำ

โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง หมายถึงภาวะที่มีค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว(systolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตในขณะหัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท สำหรับผู้ที่มีโรคเบาหวานหรือโรคไตวายเรื้อรังร่วมด้วย เป็นภาวะที่มีค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 130 มิลลิเมตรปรอท และมีค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 80 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตสูง, ความดันเลือดสูง, ความดันสูง หรือที่แพทย์บางท่านเรียกว่า ภาวะความดันโลหิตสูง (อังกฤษ : Hypertension หรือ High blood pressure) หมายถึงภาวะที่ความดันช่วงบนมีค่าตั้งแต่ 130 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และ/หรือความดันช่วงล่างมีค่าตั้งแต่ 80 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ซึ่งโดยมากผู้ป่วย จะมีความดันช่วงล่างสูง (Diastolic

hypertension) โดยที่ความดันช่วงบนจะสูงหรือไม่ก็ได้ แต่บางรายอาจมี ความดันช่วงบนสูงเพียงอย่างเดียว แต่มีค่าความดันช่วงล่างไม่สูงก็ได้เช่นกัน เรียกว่า “ความดันช่วงบนสูง เดี่ยว” (Isolated systolic hypertension – ISHT) ซึ่งนับว่าเป็นอันตรายไม่น้อยไปกว่าความดันช่วงล่างสูง และผู้ป่วยควรได้รับการรักษาอย่างจริงจัง โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบได้บ่อยมากโรคหนึ่งในผู้ใหญ่ โดยพบได้สูงถึงประมาณ 25-30% ของ ประชากรโลกที่เป็นผู้ใหญ่ทั้งหมด พบได้ในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง และจะพบได้สูงขึ้นในผู้สูงอายุ (ในบางประเทศ พบโรคความดันโลหิตสูงได้สูงถึง 50% ของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) ส่วนในเด็กก็สามารถพบเป็นโรคนี้ได้เช่นกัน แต่จะพบได้น้อยกว่าในผู้ใหญ่มาก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าทั่วโลกมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากถึง 1 พันล้านคน ซึ่ง 2 ใน 3 ของจำนวนนี้อยู่ ในประเทศกำลังพัฒนา โดยประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลก 1 คน ใน 3 คนมีภาวะความดันโลหิตสูง สถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นเรื่อย (คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วทั้งโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 1.56 พันล้านคน) เพราะเป็นหนึ่งใน สาเหตุของการเสียชีวิตของคนทั่วโลกก่อนวัยอันควรถึงเกือบ 8 ล้านคนต่อปี และยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต เกือบร้อยละ 50 ด้วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคหัวใจ (ความดันโลหิตสูงโลกปี 2560.[online] .Availablefrom: <http://www.thaincd.com/about-us/organization-monitor-injured.html>, (20/10/2022).

สาเหตุ

สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งตามสาเหตุการเกิดได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ได้แก่

1. ชนิดที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด(Primary Essential Hypertension) โรคความดันชนิดนี้มักเกิดขึ้นในวัยผู้ใหญ่เป็นส่วนใหญ่โดยมีการพัฒนาของโรคอย่างค่อยเป็นค่อยไป และยังไม่สามารถระบุต้นเหตุที่ทำให้เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน

2. ชนิดที่ทราบสาเหตุ (Secondary Hypertension) เป็นโรคความดันสูงที่เป็นผลมาจากร่างกายมีโรคประจำตัวเดิมต่อมาเกิดความดันโลหิตสูงขึ้นและมักเกิดขึ้นแบบเฉียบพลันมากกว่าชนิดแรกเช่นภาวะหยุดหายใจขณะหลับ โรคไต ปัญหาต่อมไทรอยด์ เนื่องจากที่ต่อมหมวกไต โรคเบาหวานตั้งครรภ์ หลอดเลือดผิดปกติแต่กำเนิด การใช้ยาบางชนิด (ยาคุมกำเนิด ยาลดน้ำหนัก ยาลดไขมัน ยาบรรเทาอาการปวด) การใช้สารเสพติดอย่างโคเคนหรือแอมเฟตามีน รวมไปถึงการติดเชื้อเรื้อรังหรือการติดเชื้อเอชไอวี

อาการ

โรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่ค่อยแสดงอาการผิดปกติ ยกเว้นผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงระยะรุนแรงก็อาจมีอาการแสดง เช่นปวดศีรษะรุนแรง หายใจสั้น เลือดกำเดาไหล ซึ่งอาการเหล่านี้ยังถือว่าเป็นอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจงและบอกได้ไม่ชัดเจน หรือในบางรายทราบเมื่อตรวจพบภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันสูงขึ้นแล้ว ทำให้ต้องมีการตรวจสุขภาพและวัดค่าความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ จึงทำให้โรคนี้ถูกเรียกว่าฆาตกรเงียบ(Silent Killer) ที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างไม่ทันระวังตัว

การวินิจฉัย

ระดับการวินิจฉัยเบื้องต้นจากผลการวัดความดันโลหิตในครั้งแรกที่มาพบแพทย์ เป็น 4 ระดับดังนี้

ระดับ 1 High normal blood pressure (ระดับความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 130/80 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไปแต่ยังไม่ถึง 140/90 มิลลิเมตรปรอท

ระดับ 2 Possible Hypertension (อาจเป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 160/100 มิลลิเมตรปรอท

ระดับ 3 Probable Hypertension (น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึงค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 160/100 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 180/110 มิลลิเมตรปรอท

ระดับ 4 Definite Hypertension (เป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึงค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 180/110 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “เป็นโรคความดันโลหิต” นี้ ให้นิยามวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตได้เลยแม้ว่าอาจ ไม่มีอาการใดๆ

การรักษา

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นการรักษามาตรฐาน มี 2 วิธี คือการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการให้ยาลดความดันโลหิต ข้อมูลการศึกษาผลของการให้ยาลดความดันโลหิตแสดงให้เห็นว่าการลดความดันโลหิต systolic (systolic blood pressure, SBP) ลง 10 มิลลิเมตรปรอทหรือการลดความดันโลหิต diastolic (diastolic blood pressure, DBP) ลง 5 มิลลิเมตรปรอท สามารถลดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดลงมาได้ร้อยละ 20 ลดอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุได้ร้อยละ 15 ลดอัตราการเกิดหัวใจล้มเหลว

ร้อยละ 40 การลดความดันโลหิตยังสามารถส่งผลในการป้องกันการเสื่อมการทำงานของไต ซึ่งจะเห็นผลได้ชัดเจนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคเบาหวาน หรือโรคไตเรื้อรังตั้งแต่การเริ่มให้ยาลดความดันโลหิต

การพยาบาล

1. แนะนำ ส่งเสริมและดูแลสุขภาพโดยทั่วไปเพื่อป้องกันและควบคุมความดันโลหิตสูง เช่น การตรวจวัดความดันโลหิตเป็นประจำ การป้องกันภาวะอ้วน การออกกำลังกาย งดสูบบุหรี่ งดดื่มแอลกอฮอล์และการป้องกันความเครียด

2. ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาควรต้องอธิบายให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการรับประทานยาและมารับการรักษาโดยสม่ำเสมอ

3. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรงมีดังนี้

- 3.1 วัดความดันโลหิตทุกๆ 1-2 ชั่วโมง
- 3.2 ให้ยาลดความดันโลหิตทางหลอดเลือด

ตามแผนการรักษา

- 3.3 ตรวจร่างกายเน้นระบบประสาท

3.4 ประเมินอาการปวดศีรษะ ความเครียด พุดคุยตอบข้อซักถาม ด้วยความเต็มใจ จัดสภาพสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ

4. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงระยะเรื้อรังต้องเน้นการควบคุมอาหารเค็ม อาหารไขมันสูง และแนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ให้เหมาะสมกับสภาพหัวใจสภาพร่างกาย

5. แนะนำให้ผู้ป่วยงดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงการสูดควันบุหรี่ เพราะนิโคติน ในบุหรี่ทำให้หลอดเลือดหดตัวซึ่งทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

6. แนะนำให้ผู้ป่วยงดดื่มสุรา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด

7. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงภาวะเครียดซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ควรทำจิตใจให้แจ่มใส หาวิธีคลายความเครียด เช่นฝึกการทำสมาธิ

8. แนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่ซื้อยารับประทานเอง และมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการใส่ข้อสะโพกเทียมแบบ 2 ชั้น Bipolar hemiarthroplasty พยาบาลห้องผ่าตัดต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเตรียมผู้ป่วยและญาติให้มีความพร้อมที่จะรับการผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ คือ การพยาบาลระยะก่อนการผ่าตัด

ระยะการผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด รวมทั้งมีการเช็กก่อนและหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วยด้วย

การเตรียมผู้ป่วยก่อนรับการผ่าตัด

1. การเยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้าเพื่อรวบรวมปัญหา วินิจฉัย ทั้งปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ สภาพสังคมและเศรษฐกิจ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลก่อนผ่าตัดและเป็นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความไว้วางใจให้เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและลดความวิตกกังวล

2. การแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด และขั้นตอนเกี่ยวกับการผ่าตัดให้พอเข้าใจ สิ่งที่ผู้ป่วยจะได้พบเมื่อไปถึงห้องผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ เช่น การงดน้ำ งดอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย ตรวจสอบให้มีใบยินยอมผ่าตัดที่ถูกต้องด้วยการจองเลือด ที่สำคัญพยาบาลต้องสามารถแยกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะก่อนผ่าตัดได้ รวมถึงการวางแผนให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งในและนอกโรงพยาบาล ต่อเนื่องจนผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้าน รวมถึงการพยาบาลที่จำเป็นภายหลังการผ่าตัดที่ครอบคลุม ทั้งร่างกายและจิตใจ สังคมทั้งผู้ป่วยและญาติ

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด

1. เมื่อผู้ป่วยถึงห้องผ่าตัดควรแนะนำตัวกับผู้ป่วยว่าเป็นพยาบาลประจำห้องผ่าตัดเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและญาติ

2. ลดความวิตกกังวลโดยพูดคุยทักทายผู้ป่วยกล่าวถึงการเยี่ยมในระยะก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยจำได้และคุ้นเคยกับห้องผ่าตัดมากขึ้น

3. สอบถาม ชื่อ-สกุล ผู้ป่วยและการผ่าตัดเพื่อให้ระบุตัวผู้ป่วยได้ถูกต้องป้องกันความเสี่ยง การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าจะมีการถามแบบนั้นซ้ำๆ หลายรอบให้ผู้ป่วยช่วยตอบ เพื่อเป็นการยืนยันข้อมูลผ่าตัดที่ถูกต้อง

ขั้นตอนการเตรียมห้องผ่าตัดและเครื่องมือ

ต้องมีการเตรียมล่วงหน้าตามตารางผ่าตัดในวันนั้นๆ การเตรียมงานประจำวันในห้องผ่าตัดพยาบาลที่อยู่ประจำห้องผ่าตัดเป็นผู้รับผิดชอบในการเตรียมห้องผ่าตัดให้พร้อมใช้งานได้ทันที ต้องมีความปลอดภัยต่อผู้ป่วย มีความสะอาดมีอุปกรณ์เครื่องมือที่ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในการให้บริการและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ จัดเตรียมชุดเครื่องมือผ่าตัด ผ้าผ่าตัด รวมทั้งอุปกรณ์อื่นที่ใช้ในการผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยระยะผ่าตัด

1. เริ่มจากรับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด การพยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยตลอดระยะเวลาของการผ่าตัดด้วยการทำ Surgical Safety Checklist เพื่อตรวจสอบความปลอดภัยของผู้ป่วยทุกระยะของการผ่าตัด

2. มีการ Sign in Time out Sign out เป็นการรับทราบร่วมกันระหว่างทีมผ่าตัดกับผู้ป่วยก่อนเริ่ม ทำผ่าตัด

ขั้นตอนวิธีการส่งเครื่องมือผ่าตัด

ในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมแพทย์ทำการเปิดแผลผ่าตัดเพื่อเข้าหาข้อสะโพกเทคนิคการเปิดแผลผ่าตัดมีหลายวิธีการจะใช้เทคนิคใดขึ้นอยู่กับความถนัดของศัลยแพทย์ ส่วนใหญ่จะใช้การผ่าตัดแบบ Posterolateral approach โดยจัดทำให้ผู้ป่วยตะแคงเอาสะโพกข้างที่จะทำการผ่าตัดขึ้น เปิดแผลเพื่อนำหัวกระดูกออกจากเบ้า จากนั้นทำการตัดส่วนคอของกระดูกต้นขา (Femoral neck) เพื่อเอาหัวกระดูกที่มีพยาธิสภาพออกและช่วยให้เห็นส่วนของเบ้าสะโพกมากขึ้น จากนั้นเจาะกระดูกต้นขา ทำให้โพรงกระดูกเป็นช่องตามลักษณะของข้อเทียมและขยายมากขึ้นจนแน่นกับโพรงกระดูก ทดลองใส่ข้อเทียมชนิดทดสอบใส่ส่วนของ Bearing Surface แล้วทดสอบการทำงานของข้อสะโพกเทียมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ความมั่นคงของข้อและความยาวของขาจนเป็นที่พอใจ นำข้อสะโพกเทียมที่ใช้ทดสอบออก แล้วใส่ข้อสะโพกเทียมของกระดูกต้นขา และส่วนหัวจริง แล้วดึงข้อสะโพกให้เข้าที่ทำการตรวจสอบการเคลื่อนไหวความมั่นคงของข้อความยาวของขาอีกครั้ง จึงทำการ Sign out เพื่อตรวจสอบไม่มีสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วยก่อนขยับปิดแผลผ่าตัด

บทบาทของพยาบาลรอบนอก (Circulate Nurse)

1. ต้องมีทักษะในการจัดทำผ่าตัด เริ่มจากการจัดทำตะแคงผู้ป่วย โดยใช้ AP Support ด้านหน้าตามบริเวณกระดูกหัวเหน่ด้านหลังตามบริเวณ Coccyx โดย Support จุดกดทับทั้งหมดของผู้ป่วยด้วยผ้าเพื่อให้ผู้ป่วยไม่ได้รับบาดเจ็บจากการจัดทำ ซึ่งการจัดทำตะแคงในผู้ป่วยน้ำหนักน้อยจะได้ง่ายกว่าผู้ป่วยน้ำหนักมาก

2. ต้องมีทักษะในการอำนวยความสะดวกรอบนอก รวมทั้งการเปิด Implant ที่ถูกต้องแม่นยำ เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยไม่เสียเลือดเป็นจำนวนมาก

บทบาทของพยาบาลช่วยผ่าตัด (Scrub Nurse)

การผ่าตัด Bipolar Hemiarthroplasty เป็นการผ่าตัดที่ต้องใช้เครื่องมือเฉพาะ การเปิดแผลผ่าตัดที่ต้องระมัดระวังเส้นประสาทเส้นเลือด การนำหัวกระดูกออก การขยายโพรง

กระดูกต้นขา การระมัดระวังเครื่องมือที่ไม่มีประสิทธิภาพจะทำให้กระดูกแตกเพิ่มอันไม่พึงประสงค์ได้ พยาบาลต้องมีความรอบคอบชำนาญในการส่งเครื่องมือเพราะในบางขั้นตอนอาจมีการเจาะทะลุเข้าสะโพกได้ การเจาะโพรงกระดูกต้นขาอาจไม่เหมาะสมกับแกนโลหะที่ใส่ไปในกระดูกต้นขา ต้องมีการขานรับและทานสอบขนาดของเครื่องมือที่ใช้ตลอดเวลา กับแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด การทดสอบสะโพกเทียมตรวจสอบการนำออกและใส่สะโพกเทียมจริง ตลอดจนการผ่าตัดจนเย็บปิดแผล

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

เมื่อการผ่าตัดเสร็จสิ้นเรียบร้อย ผู้ป่วยจะถูกเคลื่อนย้ายออกมายังห้องพักฟื้น เพื่อสังเกตอาการและมีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการที่ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึก พยาบาลประจำห้องพักฟื้นต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อสังเกตอาการผิดปกติที่อาจมีขึ้นหลังผ่าตัด เมื่ออาการคงที่นำผู้ป่วยส่งกลับยังหอผู้ป่วย พร้อมส่งต่อข้อมูล

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 75 ปี รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 27 พฤศจิกายน 2564 เวลา 00.38 น. ด้วยอาการปวดสะโพกซ้าย ขยับไม่ได้ ก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง จากอุบัติเหตุ นั่งยองๆ ขัดห้องน้ำแล้วล้มล้มสะโพกข้างซ้ายกระดูกหัก มีอาการปวดที่สะโพกซ้ายจะแนบความเจ็บปวดเท่ากับ 8 ปวดมากเวลาขยับ ลูกเดินไม่ได้ กระดกเท้าได้เล็กน้อย แพทย์ตรวจวินิจฉัย ส่ง X-Ray Both hip พบว่ากระดูกต้นขาส่วนคอหักแบบปิด (Close Fracture Neck Of Left femur) โรคประจำตัว เป็นความดันโลหิตสูงมา 10 ปี รับยารักษาอย่างต่อเนื่อง การรักษาเบื้องต้นเพื่อลดความเจ็บปวด โดยการดัดถ่วงน้ำหนักที่ขาข้างซ้ายโดยเจาะผ่านกระดูก (Skeletal traction) 5 กิโลกรัม ปรีกษาแพทย์อายุรกรรมเพื่อวางแผนผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ความดันโลหิตไม่เกิน 160/100 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ Set ผ่าตัด วันที่ 3 ธันวาคม 2564 เช้า และประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและกลัวการผ่าตัด ความดันโลหิต 157/70-150/72 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 75-80 ครั้ง/นาที การหายใจ 20-20 ครั้ง/นาที ผลความเข้มข้นของเลือด 36 เปอร์เซนต์ เติร์ม PRO 2 ยูนิต ก่อนรับผู้ป่วยมาห้องผ่าตัดรู้สึกตัวดี ไม่มีตาพร่ามัว หายใจเหนื่อยหอบ ได้รับสารน้ำเป็น 0.9 %NSS 1000 ml 80 cc/hs เวลา 08.55 น. รับผู้ป่วยถึงห้องผ่าตัด ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกลัวการผ่าตัดอยู่ ชักถามพูดคุยเพื่อลดความวิตกกังวลกลัวการผ่าตัดอยู่ แพทย์ทำการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมข้างซ้ายชนิดผิวสัมผัส 2 ชั้น ไม่เปลี่ยน

เป็นแบบไม่ใช้ซีเมนต์ (Left Bipolar Hemiarthroplasty : cementless) โดยให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General Anesthesia with endotracheal tube) ให้ยา Cefazolin 2 gm เข้าหลอดเลือดดำ ก่อนผ่าตัดใช้วิธีผ่าตัดเข้าทางด้าน Anterolateral เริ่มผ่าตัด เวลา 10.06 น. ถึง 11.50 น. แพทย์พิจารณาโพรงกระดูกของผู้ป่วยแล้วยังมีความหนาแน่น แข็งแรงอยู่ จึงผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมแบบไม่ใช้ซีเมนต์

ขณะผ่าตัดเสียเลือดประมาณ 250 ml ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 182/90' 150/80 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 182/90' 150/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 70-80 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงหลังผ่าตัดผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง ไม่เหนื่อยหอบ หลัง Off Tube จัดให้ผู้ป่วยนอนทางขาออก 30 องศา โดยใช้หมอนสามเหลี่ยมวางระหว่างขาทั้ง 2 ข้าง เพื่อป้องกันข้อสะโพกหลุดระหว่างผ่าตัดใช้เวลาผ่าตัด 1 ชั่วโมง 44 นาที เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปห้องพักฟื้นเพื่อดูแลต่อเนื่อง 11.56 น. - 12.50 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัว ลืมตาเวลาเรียก ครางเบาๆ สามารถทำตามคำสั่งได้ ปวดแผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม Radivac drain มีเลือดออก 20 cc ปัสสาวะ 50 cc อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 136/97-140/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 78-85 ครั้ง/นาที การหายใจ 20-20 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97-99 เปอร์เซนต์ ผู้ป่วยได้รับการดูแลในห้องพักฟื้น 1 ชั่วโมง ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและส่งกลับหอผู้ป่วยให้ O₂ cannula 3 ลิตร/นาที ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 4 ธันวาคม 2564 ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยมีปัญหาคือวินิจัยทางการทางการพยาบาลที่ต้องได้รับการรักษาและดูแลแบ่งเป็น 3 ระยะ

ระยะก่อนผ่าตัด

1. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดสะโพกข้างซ้าย
2. วิตกกังวลและกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัด
3. ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด

และหลังผ่าตัด

4. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุขณะรอผ่าตัด และจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

ระยะผ่าตัด

1. เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อเส้นเลือด เส้นประสาทจากการจัดทำ
2. เสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง
3. เสี่ยงต่อการบาดเจ็บเนื้อเยื่อและการเกิดอันตรายต่อเส้นเลือด เส้นประสาทจากการใช้เครื่องมือผ่าตัด

4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อคจากร่างกายสูญเสียเลือด และสารน้ำระหว่างผ่าตัด (Hypovolemic Shock)

5. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อแผลผ่าตัด

6. เสี่ยงต่อการที่มีสิ่งตกค้างในแผลผ่าตัดปัญหา

ระยะหลังผ่าตัด

7. เสี่ยงต่อการมีสิ่งตกค้างในแผลผ่าตัด

ระยะหลังผ่าตัด

1. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด
2. เสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม
3. เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมिर่างกายต่ำ
4. เสี่ยงต่อการเสียเลือดหลังผ่าตัด

การพยาบาลระยะผ่าตัด

1. ทบทวนประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียน ได้แก่ ประวัติส่วนบุคคล ผลการตรวจร่างกายโดยการซักประวัติและการสืบค้นประวัติโรคร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคร่วมอื่นๆ การดำเนินการของโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และปัจจัยร่วมต่างๆ ที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Risk)

1.1 ประเมินควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ติดตามภาวะช็อคจากค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง

1.2 ประเมินความปวดของผู้ป่วยเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง

1.3 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ เพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวล

1.4 แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

1.5 เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง

การบาดเจ็บของแขนและขา การเลื่อนหลุดของอุปกรณ์ต่างๆ คู่มือที่ On Skin Traction ให้อยู่ในท่าเหยียดตรง ยกที่ก้นเตียงทั้ง 2 ข้างขึ้น เพื่อกันตกเตียง ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

1.6 อนุญาตให้ญาติเข้ามาดูแลระหว่างรอผ่าตัดได้ 1 คน โดยให้เปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นของห้องผ่าตัด จนกว่าจะถึงเวลาทำการผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวล ความกลัวของผู้ป่วย จนอาจทำให้ควบคุมความดันได้ไม่ดี หรืออาจทำให้ความดันโลหิตสูงจนต้องงดผ่าตัด

1.7 ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ การท้องเลือด การงดน้ำและงดอาหาร ตรวจสอบความถูกต้อง การยืนยันชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ตำแหน่งข้างที่ผ่าตัด ชนิดการผ่าตัด ใบยินยอมผ่าตัด ความพร้อมของเครื่องมือวัสดุวิสัญญะเทียม ตามหลักการทำ Surgical Safety Checklist

1.8 หลังดมยาสลบ จัดท่านอนตะแคง Lateral Position สะโพกข้างซ้ายขึ้น โดยใช้ A – Support ช่วยจัดท่า ใช้ผ้านุ่มรองปุ่มกระดูก แขนไม่กางเกิน 90 องศา ไม่ให้ส่วนของร่างกายสัมผัสกับโลหะขอบเตียง

1.9 เตรียมชุดเครื่องมือพื้นฐานและชุดเครื่องมือพิเศษเฉพาะในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก รวมทั้งวัสดุที่ใช้ในการผ่าตัด จัดเตรียมอุปกรณ์ห้ามเลือดและเครื่องจี้ไฟฟ้า ติดตั้งเครื่องมือ Air Power Machine ที่ใช้ในการตัดหรือเจาะกระดูก

1.10 ส่งผ่าตัดตามขั้นตอนการผ่าตัดด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อสะโพกเทียม ร่วมกับพยาบาลบริการรอบนอก (Circulating Nurse) ก่อนนำมาใช้

1.11 ตรวจนับผ้าซับโลหิต และเครื่องมือผ่าตัด มาตรฐานการตรวจนับ ลงบันทึก

1.12 ช่วยแพทย์ทำผ่าตัด ซับเลือด ดูดน้ำเลือด ช่วยตัดไหม ใช้เครื่องมือถ่างขยายแผลผ่าตัด

1.13 ประเมินการสูญเสียเลือด ขณะผ่าตัด และแจ้งวิสัญญี รับทราบเป็นระยะ

1.14 ฝ้าระวังภาวะเสี่ยงจากน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือสูงเกินปกติ โดยตรวจระดับน้ำตาลในเลือดทุก 2 ชั่วโมง ขณะผ่าตัดร่วมกับทีมวิสัญญี

1.15 เมื่อสิ้นสุดการผ่าตัดเช็ดทำความสะอาดแผล ปิดแผลผ่าตัด แต่งตัวผู้ป่วยให้ผู้ป่วยนอนหงาย ดึงถ่วงน้ำหนักขาซ้าย โดยใช้แถบเทป (Skin Traction) 1 กิโลกรัม

1.16 ประเมินความรู้สึกตัวของผู้ป่วยเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจและหลอดเลือด หลังจากนั้นช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปห้องพักฟื้น

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

1. ให้การดูแลในระยะห้องพักฟื้นดูแลให้ผู้ป่วยนอนหงาย 15 องศา โดยใช้หมอนสามเหลี่ยมก้นไว้ระหว่างขา ตรวจสอบท่อระบายเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัดให้ทำงานและบันทึกจำนวนเลือดที่ออก ให้ความอบอุ่นร่างกายประเมินความเจ็บปวดร่วมกับพยาบาลห้องพักฟื้น

2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว และดูแลให้ได้รับออกซิเจน

3. ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและส่งกลับหอดผู้ป่วย

4. ติดตามประเมินภาวะแทรกซ้อนให้คำแนะนำผู้ป่วย และญาติในการดูแลเรื่องความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันข้อสะโพกเลื่อนหลุด

อาการสำคัญ

3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล นั่งยองๆ ขัดห้องน้ำ แล้วลื่นล้มเอาสะโพกข้างซ้ายลง ปวดสะโพกซ้ายขยับไม่ได้ ส่งตรวจภาพรังสี พบกระดูกสะโพกซ้ายส่วนคอหักแบบปิด

ข้อวินิจฉัยแพทย์

Closed Fracture Neck of left femur

การผ่าตัด (Operation)

Bipolar Hemiarthroplasty Left Hip Cementless เป็นการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมชนิดไม่เปลี่ยนเบ้าสะโพก (Hemiarthroplasty) เนื่องจากเบ้าสะโพกของผู้ป่วยยังมีสภาพดีและใช้หัวสะโพกชนิดผิวสัมผัส 2 ชั้น (Bipolar Hemiarthroplasty) โดยผู้ป่วยทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกชนิดไม่ใช้ซีเมนต์เนื่องจากกระดูกยังแข็งแรง การใช้ซีเมนต์จะทำให้ในผู้ป่วยที่มีกระดูกบาง หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีข้อสะโพกเทียมอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องมั่นคง

วิธีเปิดแผลผ่าตัด

เปิดแผลผ่าตัดเข้าทาง Anterolateral เป็นวิธีผ่าตัดที่เปิดให้เห็นหัวกระดูกสะโพกได้ดี ช่วยลดการเสียเลือดขณะผ่าตัดเพิ่มการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เนื่องจากเป็นวิธีที่ไม่มีการตัดกล้ามเนื้อรอบๆ ข้อสะโพก

การระงับความรู้สึก

การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anesthesia with endotracheal tube) เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุ ร่วมกับเป็นโรคความดันโลหิตสูง การใช้วิธีระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย สามารถควบคุมระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ดีกว่าหลังได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้และให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจนทางหน้ากาก (Mask) อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 140/80 - 150/90 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97-99 เปอร์เซ็นต์

บทวิจารณ์

ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกที่มีภาวะโรคร่วม ความดันโลหิตสูง เป็นเพศหญิง อายุ 75 ปี มีประวัติการลื่นล้มทำให้กระดูกข้อสะโพกส่วนคอหัก สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่ากระดูกสะโพกหักเป็นสภาวะที่พบได้บ่อยในสตรีสูงอายุที่ได้รับอุบัติเหตุเพียงเล็กน้อย เช่น ลื่นล้ม (Wilairat, 2019) ผู้ป่วยมีโรคร่วมสอดคล้องกับผลการศึกษา Klaweklong, Chanruang Vanich, Danai Dutsadeekul & Rainsuwan (2014) ที่พบว่าผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่

50 ปีขึ้นไป โดยมีโรคร่วม(Co-morbidities) อย่างน้อย 1 โรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการแสดงปวดต้นขาและสะโพกข้างที่หักทำให้ไม่กล้าขยับตัว เดินไม่ได้ ไม่มีแผลภายนอก กดเจ็บบริเวณสะโพก แพทย์เลือกวิธีการรักษาโดยการผ่าตัดชนิดเปลี่ยนเฉพาะส่วนหัวกระดูกต้นขา (Hemiarthroplasty) ด้วยสภาพเบ้ายังดี แพทย์เลือกการผ่าตัดข้อสะโพกเทียมชนิดไม่ใช้ซีเมนต์ (Cementless hip arthroplasty) เนื่องจากกระดูกมีความแข็งแรง หลังผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อน แต่เนื่องจากต้องควบคุมความดันโลหิตทำให้ชะลอการผ่าตัดออกไป ทำให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลยาวนานขึ้น

บทสรุป

กรณีศึกษาเป็นผู้สูงอายุ ที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย มีปัญหาหลังล้ม ปวดสะโพกเดินไม่ได้ ข้อสะโพกส่วนคอหัก ต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมชนิดไม่ใช้เบ้า ระหว่างรอผ่าตัดต้องได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายจิตใจ และควบคุมสภาวะโรคที่เป็นอยู่ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ระยะผ่าตัดได้รับการประเมินการให้ยาระงับความรู้สึกตามสภาวะของโรคร่วม เทคนิคการผ่าตัดของแพทย์ผ่าตัดต่างกัน โดยเลือกวิธีผ่าตัด ที่ปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกอย่างปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ปัจจุบันการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี วิธีการผ่าตัดขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของผู้ป่วย แต่ไม่ว่าการผ่าตัดด้วยเทคนิคใดก็ตาม ความสำเร็จทางการผ่าตัดขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และการบรรเทาอาการข้างเคียงจากการผ่าตัด จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้น รวมถึงคำแนะนำในการปฏิบัติตัวในระยะฟื้นตัวเมื่ออยู่บ้าน จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงเดิมมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะโรคร่วมความดันสูง พยาบาลควรพัฒนาความรู้ในเรื่องโรคร่วมของผู้ป่วยและความเสี่ยงต่อการทำผิด และการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

2. พยาบาลห้องผ่าตัดควรมีสมรรถนะ ในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (Bipolar hemiarthroplasty) ตามบทบาทพยาบาลช่วยแพทย์ผ่าตัด (Assistant) พยาบาลส่งเครื่องมือ (Scrub Nurse) และพยาบาลช่วยรอบนอก (Circulate Nurse) ได้เป็นอย่างดี

3. พยาบาลห้องผ่าตัดควรมีบทบาท การประเมินความรู้ของผู้ป่วยสามารถให้ข้อมูลคำแนะนำ การปฏิบัติตัว ก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนมีการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

ความดันโลหิตสูงโลก ปี 2560. [online].Available from: <http://www.thaincd.com/about-us/organization-monitor-injured.html>, (20/10/2022).

ปรับสลิล ไชยวุฒิ. (2554). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : ธนาเพลส.

วรรณิ สัตยวิวัฒน์ และสุปราณี เชื้อสุวรรณ. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็นพีเพลส.

วิวัฒน์ วนะวิศิษฐ์และคณะ. (2554). ออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โฮลิสติก แพบลิชชิง.

สมพร ชินโนรส. (2557).การพยาบาลศัลยศาสตร์ เล่มที่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : ไร่ไทเพลส.

อรพรรณ โตสิงห์, พรสนี เต็งพานิชกุล, ชีรารณ เชื้อตาแสง, ณัฐมา ทองธีรธรรม. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัดเอ็นพีเพลส.

Klaewklong, S., Chanruangwanich, W., Dannaidutsadeekul, S. & Rainsuwan, K. (2014). Wilairat, W. (2019). Fracture of Femur. Retrieved May28, 2019, From [http. www.//ortho.MD.chukla.ac](http://www.ortho.MD.chukla.ac).

ความแม่นยำของการตรวจมะเร็งเต้านมทางรังสี BIRADS 4 และ 5 เทียบกับผลตรวจชิ้นเนื้อ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

ณัฐยา ปราอาภรณ์ พ.บ.

กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

บทคัดย่อ

ที่มา: มะเร็งเต้านมอันดับหนึ่งของมะเร็งของผู้หญิงในประเทศไทย การแปลผลการตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ด้วยระบบ BIRADS เป็นมาตรฐานสากลในการคัดกรองมะเร็งเต้านม หากผลระดับ BIRADS 4 และ BIRADS 5 อาจเสี่ยงในการเป็นมะเร็งเต้านมได้ 2-94% และมากกว่า 95% ตามลำดับ ซึ่งเป็นระดับที่อาจมีการส่งผลตรวจทางพยาธิหรือชิ้นเนื้อ ซึ่งมีผลต่อการรักษาที่เหมาะสม หากรักษาได้รวดเร็วอาจลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมได้ โดยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วยังไม่มีการศึกษาหาความแม่นยำประสิทธิภาพของการตรวจมะเร็งเต้านมทางรังสี BIRADS 4 และ 5 เทียบกับผลตรวจชิ้นเนื้อมาก่อน

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบความแม่นยำประสิทธิภาพของการตรวจมะเร็งเต้านมทางรังสี BIRADS 4 และ 5 กับผลตรวจชิ้นเนื้อ

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาย้อนหลังโดยรวบรวมผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งหมดที่เข้ารับการรักษา ตรวจแมมโมแกรมและมีผลชิ้นเนื้อที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2559 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ.2563 จำนวน 390 คน ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย PPV

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยที่รายงานผล BIRADS 4 และ BI-RADS 5 ทั้งหมด 390 คน มี 180 (46.15%) คนที่ผลชิ้นเนื้อเป็นมะเร็ง ใน BIRADS 4 พบมากที่สุดคือ Invasive ductal carcinoma 67% กลุ่ม BIRADS 5 พบมากที่สุดคือ Invasive ductal carcinoma 76% ค่าการพยากรณ์ผลบวก (PPV) ของการตรวจแมมโมแกรมพบ BIRADS 4 ได้เท่ากับ 18.9% ส่วนกลุ่ม BIRADS 5 พบทั้งหมดเป็นบวกหรือ 100% อายุมากกว่า 50 ปี เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม 1.68 เท่า (chi-square $\chi^2 = 6.3.5$, P value=0.012) หรือขนาดของก้อนมากกว่า 2 เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง 9.1 เท่า (chi-square $\chi^2 = 93.4$, P value=<0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถ้าคนไข้มี BIRADS 5 จะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดมะเร็งเต้านมเท่ากับ 5.28 เท่า (95%CI: 4.11-6.8), p<0.001เมื่อเทียบกับ BIRADS 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: การรายงานผลแมมโมแกรมตาม BIRADS 4 และ BIRADS 5 มีประสิทธิภาพที่ดีในการทำนายผลบวกมะเร็งเต้านม 18.9% และ 100% ตามลำดับ ปัจจัยที่มีผลต่อมะเร็งเต้านมคือ อายุมากกว่า 50 ปี และ ขนาดก้อนมากกว่า 2 cm.

คำสำคัญ: มะเร็งเต้านม, แมมโมแกรม, อัลตราซาวด์

Diagnostic accuracy of imaging BIRADS 4 and 5 with pathology of breast cancer in Sakaeo Crown Prince Hospital

Nuttaya Praaporn, M.D.

Department of Radiology. Sakaeo Crown Prince Hospital.

ABSTRACT

Background and objective : Breast cancer is the most common cancer in Thai woman. The BI-RADS system is commonly used to categorize the risk of cancer of the breast lesions on mammography and breast ultrasound. Based on the BI-RADS (Breast Imaging-Reporting and Data System) mammography, the final assessment BI-RADS category 4 and BI-RADS 5 representing 2-94% and over 95% probability of malignancy respectively. The purpose of this retrospective descriptive study was to evaluate the positive predictive value (PPV) of imaging BIRADS 4 and 5 with pathology of breast cancer in Sakaeo Crown Prince Hospital.

Material and methods : Total 390 patients who had performed mammograms combined with ultrasound during 4 years period, between January 2017 to March 2021. 390 Patients with diagnosis BI-RADS 4 and 5. 180 patients was pathologically proven case of breast cancer. The statistics: percentage and positive predictive value (PPV) for breast cancer detection were calculated.

Results : 390 patients with diagnosis BI-RADS 4 and BI-RADS 5. 180 were pathologically proven case of breast carcinoma. The PPV for breast cancer was 49 (18.9%) in BI-RADS 4 and 100% (131) in BI-RADS 5.

Conclusion : The PPV for breast cancer was 18.9% (49) in BI-RADS 4 and 100% (131) in BI-RADS 5. Combined mammography with ultrasonography is useful for predicting the present of malignancy in female 50 years or older as well as more than 2 cm palpable breast mass and biopsy still proper procedure should be taken in BIRADS 4 and 5 patients.

Key words: Breast cancer, mammogram, ultrasound

บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยที่สำคัญที่พบบ่อยทั้งในประชากรทั่วโลก^(1, 2, 3) และมีอุบัติการณ์อันดับหนึ่งของมะเร็งของผู้หญิงในประเทศไทย⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตามจากการจากการรณรงค์การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีเต้านม (mammogram and ultrasonography) ทำให้ในปัจจุบันแพทย์สามารถวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม และสามารถรักษาให้หายขาดได้

ข้อมูลขององค์การวิจัยมะเร็งนานาชาติปี 2555 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยหญิง มะเร็งเต้านมราว 1.6 ล้านราย คิดเป็นอุบัติการณ์ 43.1 ต่อแสนประชากรและมีจำนวนผู้เสียชีวิตราว 521,907 ราย⁽¹⁾ สำหรับในประเทศไทยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีอัตราการตายต่อแสนประชากรปี 2547 เท่ากับ 3 ปี 2556 เท่ากับ 5.1, และปี 2557 เท่ากับ 5.4 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ⁽²⁾ อัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องแม้ว่าช่วงอายุที่พบสูงสุด จะอยู่ที่ 50-55 ปี⁽⁷⁻¹²⁾ แต่จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งของประเทศไทยพบว่ามะเร็งเต้านมเกิดขึ้นได้ตั้งแต่อายุประมาณ 20 ปีขึ้นไป และพบว่าช่วงอายุ 30-35 ปี มีแนวโน้มเป็นมะเร็งเต้านมสูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอัตราการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในกลุ่มสตรีมีอายุน้อยลง และหญิงไทยเสี่ยงเป็นมะเร็งเต้านมสูงอย่างต่อเนื่อง⁽⁴⁾

สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลางของประเทศไทย ปี 2551 มะเร็งเต้านมเป็นอันดับแรกคิดเป็น 32.4 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือมะเร็งปากมดลูก/มะเร็งมดลูก 16.4 และอันดับสามคือมะเร็งลำไส้ 12.7 ต่อแสนประชากร

อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งของจังหวัดสระแก้ว ปี 2564⁽¹⁴⁾ พบมะเร็งเต้านมเป็นอันดับหนึ่งคิดเป็น 43.05 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือมะเร็งท่อน้ำดี 28.08 และอันดับสามคือมะเร็งปากมดลูก 13.10 ต่อแสนประชากร

มะเร็งเต้านมมีอาการแสดงหลายอย่างที่พบบ่อยที่สุดคือคลำได้ก้อนที่เต้านม ก้อนที่คลำได้มักจะมีขนาดใหญ่กว่า 1-2 ซม.จึงจะคลำได้ หากเล็กกว่านี้ต้องใช้แมมโมแกรมและอัลตราซาวด์จึงจะตรวจพบ การตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์เป็นประจำทำให้ตรวจพบตั้งแต่ยังไม่มีอาการแสดงได้โดยแพทย์จะทำการแปลผลการตรวจโดยอ้างอิงตามหลักการของสมาคมรังสีแพทย์แห่งอเมริกา

(American college of radiology, ACR) ตามระบบ BIRADS ⁽⁵⁾ คือ BIRADS 1 เต้านมปกติ BIRADS 2 พบความผิดปกติแต่ไม่ชัดเจน เช่น หินปูนใหญ่ๆ ถุงน้ำ BIRADS 3 พบความผิดปกติ เช่น ก้อนเนื้อออก ถุงน้ำหรือหินปูน โอกาสที่จะเป็นมะเร็ง ร้อยละ 1-2 BIRADS 4 พบความผิดปกติสงสัยว่าจะเป็นมะเร็งเต้านม (4A ร้อยละ 2-10, 4B ร้อยละ 10-50 และ 4C ร้อยละ 50-95) BIRADS 5 สงสัยจะเป็นมะเร็งโอกาสมากกว่าร้อยละ 95 ในกรณีที่ผลออกมาเป็น BIRADS 4 หรือ 5 ควรตรวจชิ้นเนื้อ การใช้เข็มขนาดเล็กเจาะตัดชิ้นเนื้อ (core needle biopsy) วิธีนี้มีความแม่นยำสูง ประมาณร้อยละ 99 ⁽⁵⁾

จากการศึกษางานวิจัยชี้ว่าแมมโมแกรมร่วมกับอัลตราซาวด์เต้านมเป็นการตรวจที่มีความไวสูงโดยมีความถูกต้องแม่นยำของการรายงานผลร้อยละ 82.79 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแมมโมแกรมเป็นการตรวจที่มีประโยชน์มากในการคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้น เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม นอกจากนี้ ยังสนับสนุนการศึกษาและพัฒนาคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อหาแนวทางที่จะช่วยให้การวินิจฉัยมีความถูกต้องแม่นยำมากยิ่งขึ้น และศึกษาความคุ้มค่าในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมในประเทศไทย ⁽¹³⁾

จากที่กล่าวมาทั้งหมดนั้นในบทบาทรังสีแพทย์ผู้ให้การตรวจทางรังสีวินิจฉัยมะเร็งเต้านมจึงดำเนินการศึกษาถึงความแม่นยำประสิทธิภาพของการตรวจพบมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์เต้านมซึ่งได้รับการนำเจาะชิ้นเนื้อของก้อนในเต้านมในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธราชสระแก้ว เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นข้อมูลในการปรับปรุงพัฒนาการตรวจให้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบความแม่นยำของการตรวจมะเร็งเต้านมทางรังสี BIRADS 4 และ 5 กับผลตรวจชิ้นเนื้อ

วัตถุประสงค์และวิธีการ

วิธีการศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

เก็บข้อมูลผู้ป่วยและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลแบบย้อนหลัง (Retrospective evaluation of imaging with retrospective data collection) โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการตรวจแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ แผลผลระดับ BIRADS 4 และ 5 เทียบกับผลชิ้นเนื้อ ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธราชสระแก้ว ช่วงปี 2559-2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลของผู้วิจัยจัดทำขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพื้นฐาน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย PPV

ผลการศึกษา

จากกลุ่มตัวอย่างในช่วงปี พ.ศ. 2559-2563 จำนวนทั้งสิ้น 390 คน ทุกคนที่ศึกษาเป็นเพศหญิง (100%) ที่มาตรวจแมมโมแกรมและมีลักษณะภาพทางรังสีแปลผลเป็น BIRADS 4 จำนวน 259 คน และ BIRADS 5 จำนวน 131 คน โดยจะต้องมีผลพยาธิของชิ้นเนื้อทุกราย จากการศึกษพบว่า เป็นมะเร็งจำนวน 180 คน (46.2%) ไม่เป็นมะเร็งจำนวน 210 คน (53.8%) ส่วนมากจะมากด้วยก้อนที่เต้านม (palpable breast mass) โดยขนาดของก้อนมากกว่า 2 cm พบเป็นมะเร็งเต้านม 147 คน (68.1%) และไม่เป็นมะเร็งเต้านม 69 คน (31.9%) ส่วนขนาดของก้อนที่น้อยกว่า 2 cm พบว่าเป็นมะเร็งเต้านม 33 คน (19%) และไม่เป็นมะเร็งเต้านม 141 คน (81%) และอายุมากกว่า 50 เป็นมะเร็งเต้านม 107 คน (52.2%) ไม่เป็นมะเร็งเต้านม 98 คน (47.8%) อายุน้อยกว่า 50 ปี เป็นมะเร็งเต้านม 73 คน (39.5%) และไม่เป็นมะเร็งเต้านม 112 คน (60.5%) คน ดังตารางที่ 1

กลุ่มที่มีผลชิ้นเนื้อเป็นมะเร็งเต้านม มีทั้งสิ้น 180 คน พบมี microcalcification จำนวน 45 คน (25%) ไม่มี microcalcification จำนวน 135 คน (75%) และพบต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ จำนวน 82 คน (45.6%), ไม่มีต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ จำนวน 98 คน (54.4%) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1. ค่าความสัมพันธ์ระหว่างผลแมมโมแกรมกับผลพยาธิ (N=390)

ผลตรวจแมมโมแกรม	pathology		χ^2	P-value	OR	95%CI	
	carcinoma N=180(46.2%)	benign N=210(53.8%)					
อายุ ≥ 50 ปี	107 (52.2%)	98 (47.8%)	6.35	0.012**	1.68	1.10	2.56
อายุ <50 ปี	73	(39.5%)	112 (60.5%)				
N=390							
ขนาดก้อน ≥ 2 cm	147 (68.1%)	69 (31.9%)	93.45	$<0.001^{**}$	9.10	5.53	15.10
ขนาดก้อน < 2 cm	33 (19%)	141 (81%)					
N=390							
มีหินปูน	45 (25%)	0 (0%)	N/A	N/A	–	–	–
ไม่มีหินปูน	135 (75%)	0 (0%)					
N=180							
มีต่อมน้ำเหลือง	82 (45.6%)	0 (0%)	N/A	N/A	–	–	–
ไม่มีต่อมน้ำเหลือง	98 (54.4%)	0 (0%)					
N=180							
มีต่อมน้ำเหลือง	82 (45.6%)	0 (0%)	N/A	N/A	–	–	–
ไม่มีต่อมน้ำเหลือง	98 (54.4%)	0 (0%)					
N=180							
					IRR	95%CI	
BI-RADS 5	131 (72.7%)	0 (0%)	230.14	$<0.001^{**}$	5.28	4.11	6.8
BI-RADS 4	49 (27.3%)	210 (81.1%)					
N=390							
เพศหญิง	180	210	N/A	N/A	–	–	–

ผลชิ้นเนื้อของ 180 คนที่เป็นมะเร็งเต้านม (carcinoma) สามอันดับแรกที่พบคือ invasive ductal carcinoma พบมากที่สุดจำนวน 133 คน (73.9%) อันดับสองคือ infiltrating ductal carcinoma จำนวน 18 คน (10%) และอันดับสามคือ round cell carcinoma จำนวน 9 คน (6.1%) ดังตารางที่ 2

Invasive ductal carcinoma จำนวน 133 คน (73.9%) นั้น เป็นผลพยาธิที่สูงสุดของทั้ง BIRADS 4 จำนวน 33 คน (67.3%) และ BIRADS 5 จำนวน 100 คน (76.3%) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 malignant pathological diagnosis of breast lesion according to BIRADS category (N =180)

Malignant	BIRADS		Total 180
	4 (N =49)	5 (N=131)	
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)
1. invasive ductal carcinoma	33(67.3%)	100(76.3%)	133(73.9%)
2. infiltrating ductal carcinoma	8(16.3%)	10(7.6%)	18(10.0%)
3. invasive mammary carcinoma	0(0%)	5(3.8%)	5(2.8%)
4. atypical carcinoma	2(4.1%)	9(6.9%)	11(6.1%)
5. round cell carcinoma	0	0	0
6. invasive ductal in situ	0	2(1.5%)	2(1.1%)
7. mucinous carcinoma	1(2.0%)	1(0.8%)	2(1.1%)
8. epithelial cell carcinoma	1(2.0%)	0	1(0.6%)
9. papillary carcinoma	1(2.0%)	3(2.3%)	4(2.2%)
10. small cell carcinoma	2(4.1%)	0	2(1.1%)
11. metastatic adenocarcinoma	1(2.0%)	1(0.8%)	2(1.1%)

กลุ่มตัวอย่างที่ผลชิ้นเนื้อไม่เป็นมะเร็งเต้านม (benign) มีทั้งสิ้น 210 คน ทั้งหมดไม่พบต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ และไม่พบ microcalcification ดังตารางที่ 1 และ BIRADS 4 จำนวน 210 คน ผลพยาธิสูงสุดอันดับหนึ่งคือ fibroadenoma จำนวน 60 คน (28.6%) อันดับสองคือ benign breast tissue จำนวน 47 คน (22.4%) และอันดับสามคือ cyst จำนวน 36 คน (17.1%) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 benign pathological diagnosis of breast lesion according to BI-RADS category (N=210)

Benign	BIRADS	
	4 (N =210)	5 (N=0)
	จำนวน(%)	จำนวน(%)
1. benign breast tissue	47(22.4%)	0
2. fibroadenoma 60	(28.6%)	0
3. fibrocystic change	27(12.9%)	0
4. inflammation	30(14.3%)	0
5. abscess	2(1.0%)	0
6. cyst	36(17.1%)	0
7. phyllodes tumor	(3.8%)	0
Total	210	0

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมจากการศึกษาพบว่า อายุมากกว่า 50 ปี เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม 1.68 เท่า (chi-square $\chi^2 = 6.3.5$, P value=0.012) เมื่อเทียบกับอายุน้อยกว่า 50 ปี และขนาดของก้อนมากกว่า 2 cm เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง 9.1 เท่า (chi-square $\chi^2 = 93.4$, P value=<0.001)เมื่อเทียบกับก้อนน้อยกว่า 2 cm อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ถ้าวิเคราะห์ในรูปแบบ prevalence พบว่า BIRADS 5 ทุกรายอยู่ในกลุ่ม carcinoma 100% และ BIRADS 4 อยู่ในกลุ่ม carcinoma 18.9% ที่เหลืออยู่ในกลุ่ม benign 81.1% สรุปได้ว่า BIRADS 5 มีความสัมพันธ์กับการเกิดผล

carcinoma อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) หากวิเคราะห์ในเรื่องขนาดระดับความสัมพันธ์ BIRADS จะหา OR ไม่ได้ เนื่องจาก มี cell เป็น 0 ดังนั้นจึงใช้ IRR ในการแสดงผลแทน พบความสัมพันธ์สรุปได้ว่า ถ้าคนไข้มี BIRADS 5 จะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิด carcinoma เท่ากับ 5.28 เท่า (95%CI: 4.11-6.8), P value<0.001 เมื่อเทียบกับคนไข้ที่มี BIRADS 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 1

ประสิทธิภาพของการพยากรณ์ผลบวก (positive predictive value, PPV) ของ BIRADS 4 ได้กับ 18.90 % และ BIRADS 5 ได้เท่ากับ 100% ตามตารางที่ 4

ตาราง 4 Summary of pathology results according to BIRADS category and positive predictive value

BIRADS	Pathology Total		Total	Positive predictive value
	malignant (คน)	benign (คน)		
BI-RADs 4	49	210	259	18.90 %
BI-RADs 5	131	0	131	100 %
Total	180	210	390	-

วิจารณ์

1. เนื่องจากการเก็บข้อมูลเป็นการศึกษาย้อนหลัง retrospective data collection ไม่สามารถติดตามการตรวจและผลชิ้นเนื้อคนที่ไม่ได้เป็นมะเร็งเต้านมได้จึงทำให้ไม่สามารถหาค่า negative predictive value (NPV) ส่งผลให้ไม่สามารถหาค่าความแม่นยำ accuracy เทียบระหว่างผล BIRADS กับผลพยาธิชิ้นเนื้อได้

2. จากการศึกษาค้นพบว่าประสิทธิภาพของการรายงานผลตรวจมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ BIRADS 4 และ BIRADS 5 มีพยากรณ์ผลบวก positive predictive values (PPV) 18.9% และ 100% ตามลำดับจากการศึกษาอื่นๆ⁽¹⁵⁻¹⁹⁾พบว่าพยากรณ์ผลบวกของ BIRADS 4 อยู่ระหว่าง 23-52% ส่วน BIRADS 5 อยู่ระหว่าง 81-100% จากการศึกษานี้พบว่า PPV ของ BIRADS 4 ค่อนข้างต่ำกว่าการศึกษาอื่น⁽¹⁵⁻¹⁹⁾และการรายงานผล BIRADS 4 บางรายอ่านไม่ได้แยกย่อยเป็น 4a, 4b หรือ 4c รวมทั้งรายละเอียดของรอยโรคที่ยังมีข้อมูลไม่มากเนื่องจากผลการตรวจแปลผลโดยรังสีแพทย์ 3 คนที่มีประสบการณ์แตกต่างกัน แต่ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการรายงานตามระบบของสมาคมรังสีแพทย์แห่งอเมริกา (American college of radiology, ACR) ตามระบบ BIRADS (5) คือ BIRADS 4 พบความผิดปกติสงสัยว่าจะเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 2-95

BIRADS 5 สงสัยจะเป็นมะเร็งโอกาสมากกว่าร้อยละ 95 ดังนั้นจึงควรมีการจัดอบรมหรือส่งเสริมให้รังสีแพทย์อบรมและศึกษาเรื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ที่มากขึ้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการวินิจฉัยมะเร็งเต้านม ส่วนการศึกษาการพยากรณ์ผลบวก (PPV) ของ BIRADS 5 คืออยู่ในเกณฑ์สูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับกรายงานที่อื่นๆ⁽¹⁵⁻¹⁹⁾

3. มะเร็งเต้านมที่พบมากที่สุด BIRADS 4 และ BIRADS 5 คือชนิด Invasive ductal carcinoma จำนวน 133 คน (73.9%) นั้น เป็นผลพยาธิที่สูงสุดของทั้ง BIRADS 4 จำนวน 33 คน (87.3%) และ BIRADS 5 จำนวน 100 คน (76.3%) สอดคล้องกับการศึกษาที่อื่นๆ⁽²⁰⁻²¹⁾

4. รอยโรคที่ไม่ใช่มะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น BIRADS 4 ที่พบมากที่สุดคือ fibroadenoma 28.6% ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่น⁽²⁰⁾

5. ความสัมพันธ์ระหว่างผลตรวจแมมโมแกรมกับผลตรวจทางพยาธิวิทยาการศึกษานี้พบว่าอายุมากกว่า 50 ปีเสี่ยงต่อการตรวจพบมะเร็งเต้านม 1.68 เท่าเมื่อเทียบกับของกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 50 ปี สอดคล้องกับการรายงานมะเร็งเต้านมในคนไทยที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปีพบได้น้อยมากส่วนใหญ่มียูมากกว่า 45 ปีขึ้นไปและจะพบมากขึ้นไปอีกเมื่อมีอายุมากกว่า 50-55 ปี สอดคล้องกับรายงานอื่น^(4,22)

6. ส่วนมากมะเร็งเต้านมจะมาด้วยก้อนที่เต้านม palpable breast mass) โดยขนาดของก้อนมากกว่า 2 cm เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง 9.1 เท่า ($\chi^2=93.4$, $P\text{value}<0.001$) เมื่อเทียบกับก้อนน้อยกว่า 2 cm อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยขนาดของก้อนใหญ่ขึ้นมีโอกาสเสี่ยงเป็นมะเร็งสูงขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาอื่น⁽²³⁾

สรุป

BIRADS category มีประโยชน์ในการพยากรณ์โอกาสที่จะเป็นมะเร็งเต้านมซึ่งการตรวจชิ้นเนื้อควรทำในกลุ่ม BIRADS 4 และ 5 โดยที่ ค่าพยากรณ์ผลบวก (PPV) ของกลุ่ม BIRADS 4 ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว มีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับการศึกษาที่อื่นๆ ส่วนค่าพยากรณ์ผลบวก (PPV) ของกลุ่ม BIRADS 5 มีค่าสูงที่สุด 100%

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดอบรมหรือส่งเสริมให้รังสีแพทย์อบรมและศึกษาเรื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ที่มากขึ้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการวินิจฉัยมะเร็งเต้านม
2. ควรมีการส่งเสริมให้มีการตรวจแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์เพื่อคัดกรองโรคเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปีให้มากขึ้นเพื่อการวินิจฉัยมะเร็งที่มีประสิทธิภาพรวดเร็วและนำไปสู่การรักษาที่เหมาะสมต่อไป
3. หากมีก้อนที่เต้านมมีขนาดใหญ่กว่า 2 cm ของ BIRADS 4 หรือ BIRADS 5 ควรได้ผลพยาธิของชิ้นเนื้อ
4. การทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีคณะกรรมการที่มีความเชี่ยวชาญด้านสถิติงานวิจัยทางการแพทย์ทั้งการรักษาและการวินิจฉัย เพื่อให้การเก็บข้อมูลตรงตามขอบเขตการวิจัยและตรงเป้าประสงค์ให้ได้มากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทุกท่านโดยเฉพาะผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์และคณะกรรมการจริยธรรมที่ให้โอกาสดำเนินการวิจัยในพื้นที่ขอขอบคุณหน่วยงานรังสีทุกท่านรวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องในการรวบรวมข้อมูลและอำนวยความสะดวกงานเอกสารงานวิจัยสำเร็จไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Parkin DM, Ferlay LMG. Use of statistics to assess the global burden of breast cancer. Breast J. 2006 Feb;12 Suppl 1: S70-80.
2. Okobia MN, Bunker CH, Okonofua FE, Osime U. Knowledge, attitude and practice of Nigerian women towards breast cancer: a cross-sectional study. World J Surg Oncol. 2006; 4:11.
3. Sankaranarayanan R, Swaminathan R, Jayant K, Brenner H. An overview of cancer survival in Africa, Asia, the Caribbean and Central America: the case for investment in cancer health services. IARC Sci Publ. 2011;(162):257-91.
4. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2555 HOSPITAL BASED CANCER REGISTRY ANNUAL REPORT 2017. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ตะวันออก; 2557.
5. โรงพยาบาลนמרักษ์. ตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านม [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.) [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.namarak.com/breast/detail/2>.
6. American College of Radiology : Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS) 5th eds, Reston, VA. American College of Radiology, 2013.
7. Boyd NF, Martin LJ, Bronskill MJ, Yaffe MJ, Duric N, et al. (2010) Breast tissue composition and susceptibility to breast cancer. J Natl Cancer Inst 102: 1224-1237.
8. สมรัตน์ ทินอยู่. ค่าพยากรณ์บวกของการรายงานผลตรวจแมมโมแกรม BI-RADS 4 และ 5 เปรียบเทียบกับผลพยาธิวิทยาในโรงพยาบาลลำปาง. ลำปางเวช สาร.2555;33 (2):115-26.
9. Muttarak M, Srivichai K, Chaiwun B, Sukhamwang N. The breast imaging reporting and data system- BI- RADS: positive predictive value of category 4 and 5 lesions. Chiang Mai Med J.2010;49(3):111-6.
10. Wiratkapun C, Bunyapaiboonsri W, Wibulpolprasert B, Lertsithichai P. Biopsy rate and positive predictive value for breast cancer in BI-RADS category 4 breast lesions. Medical journal of the Medical Association of Thailand. 2010;93(7):830-7
11. Panida I. Accuracy of Mammography and

Breast Ultrasound at Chaoprayayommarat Hospital: a Retrospective Analysis Journal of Health Science Vol. 28 No. 5, September – October 2019

12. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสระแก้ว Health data center: HDC จังหวัดสระแก้ว: 2564.

13. Puwasit T, Somkiat S, Srila S, Pattama T, Rassamee Diagnostic Value of BI-RADS Categorization in Songklanagarind Hospital. Songkla Med J 2011; 29(4): 155–161

14. Somrat Thinyu MD. Positive Predictive Value of Mammographic Report BI-RADS Category 4 and 5 Correlating with Pathologic Results in Lampang Hospital. Lampang MedJ2012;33(2):115–12610.

15. Lacquement MA, Mitchell D, Hollingsworth AB. Positive predictive value of the breast imaging reporting and data system. J Am CollSurg 1999; 189: 34–40.

16. Muttarak M, Sriwichai K, Chaiwun B, Sukhamwang N. The Breast Imaging Reporting and Data System– BI-RADS : Positive predictive value of category 4 and 5 lesions. ChiangMai MedJ2010;49(3):111–6.

17. Orel SG, Kay N, Reynolds C, Sullivan DC. BI-RADS categorization as a predictor of malignancy. Radiology 1999; 211(3): 845–50

18. Phensri S, Naruporn M, Siriwan T, Kong-sak L. Positive Predictive Value of Malignancy in BI-RADS 4 and 5 Breast Lesions. Vajira medical journal 2014; 58(2):

19. Sukhuman S, Positive Predictive Value of Mammographic Report BIRAD category 4 and 5 in Thungsong hospital. Reg 11, Med J 2013; 27(3): 375–38

20. American Cancer Society. Breast cancer facts and figures 2005–2006. Atlanta: American Cancer Society; 2005

21. ทวีศักดิ์ รักแต่งงาน. การศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษา(ผ่าตัด) ณ โรงพยาบาลตะกั่วป่า (ประสบการณ์ 8 ปี วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 ม.ค. – มี.ค. 2558

**ความรู้ ทักษะ และการให้แรงสนับสนุนมีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุม
วัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา**
**The Knowledge Attitude and Support Affecting the Practice of TB Control Guideline
of Village Health Volunteers Thatakiab Hospital. Chachoengsao Province.**

ลำเพย แก้วยา

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความรู้เรื่องวัณโรค ทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และการให้แรงสนับสนุนมีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลท่าตะเกียบ ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม 2565 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่โรงพยาบาลท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 95 คน พบว่ามีการปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมวัณโรคอยู่ในระดับมาก และ ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเกียบได้แก่ ทักษะที่ดีต่อการควบคุมวัณโรค ($r=0.53$ p 0.01) การได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ ($r=0.51$ p 0.01) แรงสนับสนุนด้านการประเมินผล ($r=0.48$ p 0.02) แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร ($r=0.60$ p 0.00) แรงสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ ($r=0.62$ p 0.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับพื้นที่สามารถนำไปใช้ประกอบการวางแผนพัฒนาความรู้เรื่องวัณโรค ทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และการส่งเสริมแรงสนับสนุนการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการประเมินติดตามเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยในการควบคุมโรควัณโรคในโรงพยาบาลท่าตะเกียบได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ ความรู้ ทักษะ การให้แรงสนับสนุน วัณโรค อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทนำ

วัณโรคเป็น 1 ใน 10 อันดับของโรคที่มีสาเหตุการเสียชีวิตจากการติดเชื้อเพียงครั้งเดียว (มากกว่าเอชไอวี/เอดส์) ในปีพ.ศ. 2560 มีผู้เสียชีวิตจากวัณโรค ประมาณ 1.3

ล้านคนทั่วโลก ผู้เสียชีวิตจากวัณโรคเพิ่มขึ้นอีก 3,000 คนในกลุ่มคนที่ติดเชื้อเอชไอวีและมีผู้ป่วยวัณโรคทั่วโลกมีประมาณ 10 ล้านคน⁽¹⁾ ซึ่งการแพร่ระบาดของวัณโรคไปทั่วโลก ทำให้เกิดความพยายามในการแก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วน ย้ำให้เห็นถึงความจำเป็นในการดำเนินการเพื่อบูมการยุติการแพร่ระบาดของวัณโรค ในปี พ.ศ. 2558 องค์การสหประชาชาติจึงได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable development goals : SDGs) ที่จะบรรลุในอีก 15 ปี (พ.ศ. 2573) โดยหนึ่งในเป้าหมายนั้นคือการยุติการแพร่ระบาดของวัณโรค และในปี พ.ศ. 2559 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) มีเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรค (Incidence) ให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากรภายในปี พ.ศ. 2578⁽²⁾ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานควบคุมวัณโรคของไทยที่ผ่านมาพบปัญหาทั้งการวินิจฉัย และตรวจพบผู้ป่วยเพียงร้อยละ 55.30 ของจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่เกิดประมาณ อีกทั้งผลการรักษายังต้องเพิ่มความสำเร็จการรักษาให้สูงขึ้น ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี พ.ศ. 2561 การค้นพบผู้ป่วยวัณโรคและขึ้นทะเบียนรักษาต่ำกว่าเป้าหมาย ร้อยละ 81.00 (เป้าหมาย คือ ร้อยละ 82.50)⁽³⁾ จากรายงานสถานการณ์วัณโรคของโรงพยาบาลท่าตะเกียบ 5 ปีย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 ถึงปี พ.ศ. 2565 พบจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ 46, 59, 51, 58 และ 67 ราย ตามลำดับ ซึ่งยังอยู่ในระดับต่ำ อัตราความครอบคลุมของการรักษา (Treatment coverage) ร้อยละ 92.88, 90.00, 86.66, 88.89 และ 92.31 พบการดื้อยาวัณโรคในผู้ป่วยรักษาซ้ำ 0, 0, 2, 1 และ 0 รายตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และพบอัตราการตาย 7.66, 6.00, 14.80, 11.11, และ 7.69 ตามลำดับ⁽⁴⁾ จากแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย กำหนดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทสำคัญอันเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการควบคุมวัณโรคในระดับชุมชน ซึ่งระบุไว้อย่างชัดเจนในแผนดังกล่าวว่า บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคมีดังนี้ 1) ด้านการเป็นพี่เลี้ยงดูแลรับประทานยา 2) ด้านการค้นหาผู้

ป่วยวัณโรครายใหม่ 3) ด้านการป้องกันวัณโรคในชุมชน และ 4) ด้านการเยี่ยมบ้าน อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่ผ่านมา กลับสะท้อนให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคในประเทศไทยอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการปฏิบัติงานป้องกัน และควบคุมวัณโรคอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 59.90^(2,5) มีศักยภาพในด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรคอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 71.00⁽⁶⁾ มีส่วนร่วมต่อการรักษาวัณโรคด้วยระบบระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.19⁽⁷⁾ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้นมีทั้งหมด 4 ปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม⁽⁸⁾ ปัจจัยด้านความรู้เรื่องวัณโรค ปัจจัยด้านทัศนคติที่มีต่อการควบคุมวัณโรคในชุมชน และปัจจัยส่วนบุคคล⁽⁹⁾ จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว จะเห็นได้ว่า การทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมวัณโรคเป็นข้อมูลสำคัญที่ช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องทุกส่วนได้เกิดความร่วมมือกันถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นและปฏิบัติหน้าที่ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์มุ่งมั่นแก้ปัญหาได้ตรงประเด็น

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยด้านความรู้เรื่องวัณโรค ทัศนคติที่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเกรา เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นข้อเสนอแนะในการวางแผนพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเกรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ให้มีประสิทธิภาพในการควบคุมวัณโรคมากยิ่งขึ้น อันจะก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ และสามารถปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้รวมทั้งใช้เป็นเครื่องมือพื้นฐานเบื้องต้นในการ ศึกษาวิจัยเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม

- แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์
- แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล
- แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร
- แรงสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ

-ความรู้เรื่องวัณโรค
-ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อศึกษาความรู้เรื่องวัณโรค ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และการให้แรงสนับสนุนการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเกรา

2.เพื่อศึกษาความรู้เรื่องวัณโรค ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และการให้แรงสนับสนุนมีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเกรา

คำถามการวิจัย

1.ความรู้เรื่องวัณโรค ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค การให้แรงสนับสนุนและการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเกราอยู่ในระดับใด

2.ปัจจัยได้แก่ ความรู้เรื่องวัณโรค ทัศนคติทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และการให้แรงสนับสนุนที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเกราหรือไม่อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1.ปัจจัยด้านความรู้เรื่องวัณโรค ทัศนคติเรื่องวัณโรค แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และแรงสนับสนุนทางด้านเครื่องมือในการป้องกันและควบคุมวัณโรคมีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเกรา

ตัวแปรตาม (Dependent Variable)

การปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรค

- ด้านการเป็นพี่เลี้ยงดูแลรับประสานยา
- ด้านการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่
- ด้านการป้องกันวัณโรคในชุมชน
- ด้านการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาภาคตัดขวาง (Cross sectional survey research) โดยศึกษาความรู้เรื่องวัณโรค ทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และการให้แรงสนับสนุนมีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเียบ โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom⁽¹⁰⁾ และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support theory)⁽¹¹⁾ ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ระยะเวลาดำเนินการระหว่าง เดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม 2565

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเียบ จำนวน 95 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเียบ จำนวน 95 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ(Inclusion Criteria)

1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่โรงพยาบาลท่าตะเียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการมองเห็นและสามารถตอบแบบสอบถามได้
3. อ่านและเขียนหนังสือภาษาไทยได้

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ

(Exclusion Criteria)

1. ไม่ยินยอมในการตอบแบบสอบถาม
2. ไม่สามารถสื่อสารและตอบแบบสอบถามได้

คำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชนและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คณะกรรมการกลางกำหนด ปฏิบัติงานอยู่จริงในพื้นที่ มีชื่ออยู่ในทะเบียน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเียบ

2. แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติตามแนวทางควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเียบ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และสมาชิกในชุมชน ใน 4 ด้าน ประกอบด้วย แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล แรงสนับสนุน

ด้านข้อมูลข่าวสาร และแรงสนับสนุนด้านเครื่องมือในการป้องกันและควบคุมวัณโรค⁽⁸⁾

3. แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเียบ ได้รับการสนับสนุนด้านการยกย่อง ชมเชย การยอมรับนับถือ การกระตุ้นเตือน ความหวังใจ กำลังใจที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตามแนวทางควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเียบ

4. แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล หมายถึง การได้รับการติดตาม การประเมินผล ในการปฏิบัติตามแนวทางควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเียบ

5. แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับข่าวสารในรูปแบบต่างๆ การให้คำแนะนำ การตักเตือน และให้คำปรึกษาในการปฏิบัติตามแนวทางควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเียบ

6. แรงสนับสนุนด้านเครื่องมือ หมายถึง การได้รับงบประมาณ เวลา และวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือในการปฏิบัติตามแนวทางควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเียบ⁽⁹⁾

7. ความรู้เรื่องวัณโรค หมายถึง ความจำและความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค อาการ การรักษา การป้องกัน และแนวทางควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเียบ⁽¹⁰⁾

8. ทักษะต่อการควบคุมวัณโรคในชุมชน หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเียบในการปฏิบัติตามแนวทางควบคุม และป้องกันวัณโรคในชุมชน⁽¹⁰⁾

9. การปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรค หมายถึง การปฏิบัติเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขด้านการควบคุมวัณโรค ประกอบด้วย ด้านการเป็นพี่เลี้ยงดูแลรับปรึกษา ด้านการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ด้านการป้องกันวัณโรคในชุมชน และด้านการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเียบ⁽⁹⁾

วิธีการศึกษา

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 เสนอโครงการวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าตะเียบ เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และเตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อดำเนินการ

1.2 ขอบจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา รหัส :PH_CCO_REC054/2565

2. ขั้นตอนการ

2.1 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินการ
ในกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัว สร้าง
สัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์
และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น การเก็บรักษาความลับ และ
การยกเลิกหรือถอนตัวจากการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจ
เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อ
ในใบยินยอม หลังจากนั้นจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและ
ผลลัพธ์โดยการตอบแบบสอบถามการวิจัย ณ ห้องประชุม
โรงพยาบาลท่าตะเกียบ อำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา

2.2 ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง ลงรหัส
ข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้
เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ผู้วิจัยดัดแปลงจาก
การศึกษาของ ญัตติ ชันกสิกรรม⁽¹²⁾ โดยมีระดับความเชื่อมั่น
0.8 โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องวัณโรค
มีทั้งหมด 20 ข้อ มีลักษณะคำถาม เป็นแบบชนิดให้ เลือกคำตอบ
“ถูก” หรือ “ผิด” แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ กำหนด
ระดับความรู้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ ความรู้ระดับสูง คะแนน
อยู่ระหว่าง 16-20 คะแนน ความรู้ระดับปานกลาง คะแนน
อยู่ระหว่าง 12-15 คะแนน ความรู้ระดับต่ำ คะแนนอยู่ระหว่าง
0- 11 คะแนน ⁽¹⁰⁾

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการควบคุมวัณโรค
ในชุมชน มีทั้งหมด 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามตามมาตรวัด
ของลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง
เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบ่งระดับ
คะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 36.67-50.00 คะแนน
หมายถึง ทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมวัณโรคในชุมชนอยู่ใน
ระดับมาก 23.34-36.66 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง
10.00-23.33 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย⁽¹³⁾

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม
มีทั้งหมด 15 ข้อ จำนวน 5 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง
บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่เคย แบ่งออกเป็น 4 ส่วนประกอบด้วย
1)แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ แบ่งระดับคะแนน

ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 18.35-25.00 คะแนน หมายถึง
ได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์อยู่ในระดับมาก 11.68-18.34
คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง 5.00-11.67 คะแนน หมายถึง
ระดับน้อย 2) แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผลทั้งหมด
2 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 7.35-10.00 คะแนน
หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผลอยู่ใน
ระดับมาก 4.68-7.34 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง
2.00-4.67 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย 3) แรงสนับสนุน
ทางด้านข้อมูลข่าวสารทั้งหมด 6 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้
23.00-30.00 คะแนน หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนด้านข้อมูล
ข่าวสาร อยู่ในระดับมาก 15.00-22.00 คะแนน หมายถึง
ระดับปานกลาง 6.00-14.00 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย
4) แรงสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ ทั้งหมด 2 ข้อ แบ่งเป็น
3 ระดับ ดังนี้ 7.35-10.00 คะแนน หมายถึง ได้รับแรง
สนับสนุนด้านเครื่องมืออยู่ในระดับมาก 4.68-7.34 คะแนน
หมายถึง ระดับปานกลาง 2.00-4.67 คะแนน หมายถึง ระดับ
น้อย⁽¹³⁾

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน
ตามแนวทางควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน มีทั้งหมด 23 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่
1) ด้านการเป็นพี่เลี้ยงดูแลรับประทานยา 2) ด้านการค้นหา
ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 3) ด้านการป้องกันวัณโรคในชุมชน และ
4) ด้านการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วน
ประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ
ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคย
ปฏิบัติเลย แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 84.35-115.00 คะแนน
หมายถึง การปฏิบัติตามแนวทางควบคุมวัณโรคของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับมาก 53.68-84.34
คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง 55 23.00-53.67 คะแนน
หมายถึง ระดับน้อย⁽¹³⁾

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป
ทางสถิติ โดยการหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน เพื่อตอบคำถามการวิจัย วิเคราะห์ความสัมพันธ์
ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์เพียร์สัน (the Pearson correlation coefficient)
ความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 1 แสดงจำนวน และร้อยละ ความรู้เรื่องวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเกียบ จำแนกตามคำถามรายชื่อ (n = 95)

ข้อความรู้เรื่องวัณโรค	ตอบถูก	ตอบผิด
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
1 วัณโรคเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย	76(80.2)	19(19.8)
2 โรควัณโรคสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกอวัยวะของร่างกาย เช่น วัณโรคโพรงจมูก วัณโรคคอตีบ หลอดลม วัณโรค กระดูก เป็นต้น	78(82.0)	17(18.0)
3 อาการที่พบได้บ่อยๆ ในผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคคือ อาการไอที่เรื้อรังนานกว่า 2 สัปดาห์	90(95.1)	5(4.9)
4 ขณะที่ผู้ป่วยวัณโรค ไอจาม ทำให้ เชื้อวัณโรคแพร่กระจายได้	94(98.9)	1(1.0)
5 โรควัณโรคปอด ติดต่อได้ทางระบบทางเดินหายใจเท่านั้น	41(43.2)	54(56.8)
6 การบ้วนเสมหะลงพื้น ไม่ทำให้เชื้อวัณโรคแพร่กระจายได้	49(51.5)	46(48.5)
7 การรับประทานอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อวัณโรคไม่ทำให้ติดเชื้อวัณโรค	60(63.2)	35(36.8)
8 ปัจจัยของสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สถานที่แออัดและคับแคบ แสงแดดส่องไม่ถึง การถ่ายเทอากาศไม่ดีทำให้เชื้อวัณโรคแพร่กระจายได้	84(88.4)	11(11.6)
9 ผู้ป่วยวัณโรคมีโอกาสที่จะหายขาดจากโรควัณโรคได้ ถ้ารับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจนครบตามที่แพทย์สั่ง	92(96.8)	3(3.2)
10 ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาหายแล้ว จะไม่กลับมาป่วยเป็นวัณโรคอีก แม้ว่าจะได้รับเชื้อวัณโรคใหม่อีกครั้ง	69(72.6)	26(27.4)
11 เด็กที่ติดเชื้อมีวัณโรค หรืออยู่ในพื้นที่ ที่มีความชุกของวัณโรคสูง ก็มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคได้ ถึงแม้ว่าจะได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรคแล้วก็ตาม	85(89.4)	10(10.6)
12 ผู้ที่รับเชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกายแล้ว จะป่วยเป็นวัณโรคทุกราย	35(36.8)	60(63.2)
13 ความร้อน และแสงแดด สามารถฆ่าเชื้อวัณโรคได้	56(56.0)	39(44.0)
14 ผู้ที่อยู่อาศัยในบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคเท่ากับทุกคนทั่วไป	29(27.4)	66(72.6)
15 วิธีที่ดีที่สุดที่จะทราบว่าป่วยเป็นวัณโรค คือ การถ่ายภาพรังสีทรวงอก X-ray แล้วพบความผิดปกติของภาพถ่ายที่เข้าได้กับวัณโรค แล้วจึงตรวจเสมหะ	73(76.8)	22(23.2)
16 ผู้ป่วยวัณโรคที่รับประทานยาไม่ครบตามกำหนด จะมีโอกาสทำให้เชื้อวัณโรคดื้อยาได้	92(96.8)	3(3.2)
17 ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาหายแล้ว จะไม่กลับมาป่วยเป็นวัณโรคอีก แม้ว่าจะได้รับเชื้อวัณโรคใหม่อีกครั้ง	86(90.5)	9(9.5)
18 เด็กที่ติดเชื้อมีวัณโรคหรืออยู่ในพื้นที่ที่มีความชุกของวัณโรคสูงก็มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคได้ถึงแม้ว่าจะได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรคแล้วก็ตาม	85(89.0)	10(11)
19 ผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีวัณโรคมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรค ได้สูงกว่าผู้ที่ไม่ติดเชื้อมีวัณโรค	80(84.2)	15(15.8)
20 ที่อุณหภูมิ 60 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 20 นาที ความร้อนสามารถทำลายเชื้อวัณโรคได้	54(56.8)	41(43.2)

จากตาราง 1 พบว่า ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเกียบ ตอบถูกมากที่สุด คือ ความรู้เรื่อง ในขณะที่ผู้ป่วยวัณโรคไอจามทำให้เชื้อวัณโรคแพร่กระจายได้ ร้อยละ 98.9 รองลงมา คือ ผู้ป่วยวัณโรคที่รับประทานยาไม่ครบตามกำหนดจะมีโอกาสทำให้

เชื้อวัณโรคดื้อยาได้ และ ผู้ป่วยวัณโรคมีโอกาสที่จะหายขาดจากโรควัณโรคได้ถ้ารับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจนครบตามที่แพทย์สั่ง ร้อยละ 96.8 ส่วนข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ผู้ที่อยู่อาศัยในบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคเท่ากับทุกคนทั่วไปร้อยละ 27.4

ตาราง 2 แสดงจำนวน และร้อยละระดับความรู้เรื่องวัณโรคอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเียบ (n = 95)

ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	34	35.8
ระดับปานกลาง	56	59.0
ระดับต่ำ	5	5.2
$\bar{X}$ = 14.1, S.D. = 2.31, Min = 9, Max = 20		

จากตาราง 2 พบว่าระดับความรู้เรื่องวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเียบ อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 59.0 รองลงมา คือ มีความรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 35.8

และมีความรู้ในระดับน้อย ร้อยละ 5.2 ตามลำดับ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 14.1 คะแนน มีค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 9 คะแนน และ ค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน

ตาราง 3 แสดงจำนวน และร้อยละทัศนคติต่อการควบคุมวัณโรค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเียบ จำแนกตามคำถามรายชื่อ (n = 95)

ข้อความ	ทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมวัณโรคในชุมชน				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
1 ท่านไม่รู้สึกกลัวติดวัณโรคหากต้องดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน	13(11.9)	34(35.5)	26(27.9)	12(13.7)	10(11.0)
2 การกักกับการกักกันวัณโรคโดย อสม. สามารถรักษาวัณโรคได้สำเร็จ	14(15.3)	48(50.1)	19(19.8)	9(9.5)	5(5.3)
3 ท่านคิดว่าผู้ป่วยวัณโรคที่กักกันอย่างต่อเนื่องจะรักษาโรคนี้หายขาดได้	38(40.6)	42(44.2)	10(10.3)	2(1.9)	3(3.0)
4 ท่านเห็นว่าควรกักกันหวัดวัณโรคในชุมชน โดยการคัดกรองอาการไอนานกว่า 2 สัปดาห์	31(32.7)	53(56.0)	6(7.3)	3(2.8)	2(1.2)
5 ท่านคิดว่าการติดตามผู้ป่วยวัณโรคให้ไปพบแพทย์ต่อเนื่องจะควบคุมวัณโรคได้	41(43.6)	46(47.9)	4(3.7)	1(1.4)	3(3.4)
6 ท่านรู้สึกเห็นใจผู้ป่วยโรควัณโรค และคอยให้การช่วยเหลือ	21(22.0)	63(66.7)	6(6.0)	2(2.1)	3(3.2)
7 การเป็นพี่เลี้ยงดูแลการกักกันของผู้ป่วยวัณโรคเป็นเรื่องยาก	11(11.5)	35(37.2)	22(22.9)	22(23.2)	5(5.2)
8 การบันทึกผลการเยี่ยมบ้านในแบบบันทึก มีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อการรักษาวัณโรค	25(26.4)	55(57.9)	9(9.3)	3(2.9)	3(3.5)
9 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรควัณโรค มีขั้นตอนที่ยุ่งยากและเป็นภาระของ อสม.	7(7.9)	24(24.7)	14(15.0)	39(40.9)	11(11.5)
10 การแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย และญาติมีความสำคัญอย่างยิ่ง	35(37.1)	49(51.1)	7(7.6)	3(3.0)	1(1.2)

จากตาราง 3 พบว่า ทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเียบ เห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุด คือ คิดว่าการติดตามผู้ป่วยวัณโรคให้ไปพบแพทย์ต่อเนื่องจะควบคุมวัณโรคได้ ร้อยละ 43.6 รองลงมา คือ คิดว่าผู้ป่วยวัณโรคที่กักกันอย่างต่อเนื่องจะรักษาโรคนี้หายขาดได้ร้อยละ 40.6 และการแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติมีความสำคัญอย่างยิ่งในการรักษาวัณโรค ร้อยละ 37.1 ตามลำดับ ส่วนข้อที่เห็นด้วยอย่างยิ่งน้อยที่สุด คือ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรควัณโรคมีขั้นตอนที่ยุ่งยากและเป็นภาระของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเียบ ร้อยละ 7.9

ตาราง 4 แสดงจำนวน และร้อยละ จำแนกตามระดับทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมโรคโควิด (n = 95)

ทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมโรคโควิด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก (36.67-50.00 คะแนน)	58	61.2
ระดับปานกลาง (23.34-36.66 คะแนน)	3	36.0
ระดับน้อย (10.00-23.33 คะแนน)	3	2.8
(Mean = 38.78, S.D. = 4.78, Min = 18, Max = 50)		

จากตาราง 4 พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเกองมีระดับทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมโรคโควิดอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 61.2 รองลงมา คือ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.0 และระดับน้อย ร้อยละ 2.8 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 38.78 ค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 18 คะแนน และค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 50 คะแนน

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละ ของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเกอง จำแนกตามคำถามรายชื่อ (n = 95)

ข้อคำถาม	การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม				
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
แรงสนับสนุนด้านอารมณ์					
1 ท่านได้รับการยกย่องชมเชยจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
เรื่องการบันทึกผลการเยี่ยมบ้านในแบบบันทึก	18(19.1)	16(17.0)	38(40.0)	12(12.8)	11(11.1)
2 ผู้ป่วยโควิดให้การยอมรับนับถือท่านในด้าน					
การปฏิบัติงานเป็นที่เลื่อมใสการรับประทายยา	12(12.9)	23(24.5)	26(27.3)	8(7.8)	26(27.5)
3 เมื่อท่านได้ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยโควิด					
ท่านได้รับความห่วงใยจากคนในครอบครัว	27(28.0)	28(30)	16(17.2)	5(5.2)	19(19.6)
4 ท่านได้รับความไว้วางใจจากผู้นำชุมชน ชาวบ้าน					
ในการปฏิบัติงานวันโรคนในชุมชน	14(14.5)	27(28.0)	26(27.3)	11(12.2)	17(18.0)
5 ท่านได้รับการกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเรื่อง					
ของการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อท่านไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโควิด	44(45.8)	27(28.1)	11.0(11.6)	4(4.9)	9(9.6)
แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล					
6 ท่านได้ รับการติดตามผลในการปฏิบัติงานด้านการแนะนำ					
การเก็บเสมหะแก่ผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	21(21.7)	22(23.1)	23(24.0)	9(9.7)	20(21.5)
7 ท่านได้รับการประเมินผลการปฏิบัติงานการให้คำปรึกษาด้าน					
การปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย และครอบครัว เกี่ยวกับการรับประทายยา					
ให้สม่ำเสมอและครบตามแผนการรักษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	26(27.4)	27(28.4)	15(15.8)	11(11.6)	16(16.8)
แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร					
8 ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการให้ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโควิด					
แก่ผู้ป่วยและชุมชน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	33(35.1)	32(33.3)	15(16.1)	8(8.5)	7(7.0)
9 ท่านได้รับการให้คำปรึกษาในการปฏิบัติหน้าที่					
การเป็นที่เลื่อมใสการรับประทายยา	20(21.0)	26(27.5)	20(20.7)	10(10.1)	19(20.7)
10 ท่านได้รับการอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่					
การเป็นที่เลื่อมใสการรับประทายยา	17(17.6)	21(22.5)	22(22.9)	15(15.5)	20(21.5)
11 ท่านได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเรื่องสังเกตอาการผู้ป่วย					
ถ้าพบสิ่งผิดปกติ ให้แนะนำมาพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ไปโรงพยาบาล	32(34.0)	26(26.9)	21(21.7)	8(8.7)	8(8.7)

ต่อตาราง 5

ข้อคำถาม	การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม				
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
12 ท่านได้รับการคัดค้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเรื่องของการบันทึกบัตรกำกับการกินยา โดยใช้เครื่องหมาย / ในวันที่กินใช้เครื่องหมาย x ในวันที่ไม่กินยา	21(21.9)	17(18.1)	20(20.9)	12(12.7)	25(26.4)
13 ท่านเคยได้รับหนังสือคู่มือเรียนรู้ เข้าใจวัณโรค ด้วยตนเองสำหรับ อสม. จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	22(23.1)	26(26.9)	23(24.0)	14(14.9)	10(11.1)
แรงสนับสนุนด้านเครื่องมือ					
14 ท่านได้รับการสนับสนุน เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ ในการปฏิบัติงาน เช่น หน้ากากอนามัย จาก รพ.สต.	30(32.1)	24(24.8)	21(22.3)	7(7.0)	13(13.8)
15 ท่านได้รับการสนับสนุนด้านเวลาในการปฏิบัติงาน การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคจากครอบครัว	21 (22.0)	24(25.8)	22(22.9)	9(9.5)	19(19.8)

จากตาราง 5 พบว่า เมื่อพิจารณารายชื่อการได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเกียบได้รับการกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเรื่องของการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคเป็นประจำที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.8 รองลงมาคือ เมื่อได้ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคได้รับความห่วงใยจากคนในครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 28.0 การได้รับแรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล ได้รับการประเมินผลการปฏิบัติงานในการให้คำปรึกษาด้านการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการรับประทานยาให้สม่ำเสมอและครบตามแผนการรักษาวัณโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นประจำที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.4 และ 21.7

ตามลำดับ การได้รับแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการให้ข่าวสาร ความรู้ เกี่ยวกับวัณโรคแก่ผู้ป่วยและชุมชน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นประจำที่สุดมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 35.1 รองลงมาคือ ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเรื่องสังเกตอาการผู้ป่วยถ้าพบสิ่งผิดปกติให้แนะนำมาพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข / ไปโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 34.0 และการได้รับแรงสนับสนุนด้านเครื่องมือ ได้รับการสนับสนุนเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน เช่น หน้ากากอนามัย จากรพ.สต.เป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 32.1 และได้รับการสนับสนุนด้านเวลาในการปฏิบัติงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคจากครอบครัวร้อยละ 22.0 ตามลำดับ

ตาราง 6 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมรายด้าน (n = 95)

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์		
ระดับมาก (18.35-25.00 คะแนน)	38	40.0
ระดับปานกลาง (11.68-18.34 คะแนน)	41	42.7
ระดับน้อย (5.00-11.67 คะแนน)	16	17.3
(Mean = 15.78, S.D. = 5.54, Min = 5, Max = 25)		
การได้รับแรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล		
ระดับมาก (7.35-10.00 คะแนน)	39	40.9
ระดับปานกลาง (4.68-7.34 คะแนน)	38	39.7
ระดับน้อย (2.00-4.67 คะแนน)	18	19.4
(Mean = 6.87, S.D. = 3.56, Min = 2, Max = 10)		

ต่อตาราง 6

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การได้รับแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร		
ระดับมาก (23.00–30.00 คะแนน)	42	43.7
ระดับปานกลาง (15.00–22.00 คะแนน)	35	37.0
ระดับน้อย (6.00–14.00 คะแนน)	18	19.3
(Mean = 20.56, S.D. = 5.98, Min = 6, Max = 30)		
การได้รับแรงสนับสนุนด้านเครื่องมือ		
ระดับมาก (7.35–10.00 คะแนน)	45	47.0
ระดับปานกลาง (4.68–7.34 คะแนน)	32	34.1
ระดับน้อย (2.00–4.67 คะแนน)	18	18.9
(Mean = 6.65, S.D. = 2.76, Min = 2, Max = 10)		

จากตาราง 6 พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเกียบอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 42.7 รองลงมา คือ ระดับมากร้อยละ 40.0 และระดับน้อย ร้อยละ 17.3 การได้รับแรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผลอยู่ในระดับมากร้อยละ 40.9 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง

ร้อยละ 39.7 และระดับน้อยร้อยละ 19.3 การได้รับแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 43.7 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 37.0 และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 19.3 และการได้รับแรงสนับสนุนด้านเครื่องมืออยู่ในระดับมากร้อยละ 47.0 รองลงมา คือระดับปานกลางร้อยละ 34.1 และระดับน้อยร้อยละ 18.9

ตาราง 7 แสดงจำนวน และร้อยละการปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเกียบ จำแนกตามคำถาม รายข้อ (n = 95)

ข้อความ	การปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุมวัณโรค				
	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
1 การปฏิบัติเกี่ยวกับการเป็นที่เลี้ยงดูและการรับประทานยา 1 ท่าน					
จัดยาให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้า (ควรเป็นเวลาตอนเย็น)วันละ 1 ช่อ	18(18.9)	18(18.7)	17(17.9)	7(8.0)	35(36.5)
2 ท่านบันทึกบัตรกำกับการกินยา โดยใช้เครื่องหมาย / ในวันที่กิน					
ใช้เครื่องหมาย x ในวันที่ไม่กินยา	19(19.5)	21(22.0)	15(16.3)	9(9.2)	31(33.0)
3 ท่านสังเกตอาการผิดปกติผู้ป่วย เช่น ผื่นคัน ปวดศีรษะอาเจียน	16(16.9)	21.0(22.5)	23(24.9)	10(11.1)	25(35.7)
4 ท่านแนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อน					
งดสารเสพติดทุกชนิดแก่ผู้ป่วย	24(25.9)	30(31.0)	17(17.5)	7(7.5)	17(18.1)
5 ท่านได้มีการประสานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ					
เช่น กรณีที่พบผู้ป่วยขาดยา	23(23.8)	27(27.8)	18(19.0)	8(8.9)	19(20.5)
6 ท่านได้ให้คำแนะนำแก่ญาติ ชุมชนให้เข้าใจ					
ถึงการควบคุมป้องกันโรค	21(22.1)	37(39.0)	17(17.9)	8(8.4)	12(12.6)
7 ท่านสังเกตและสอบถามอาการทั่วไปเกี่ยวกับอาการแพ้ยา					
หรือผลข้างเคียงของยาจากผู้ป่วยโรควัณโรค	21(22.1)	30(31.6)	19(20.0)	7(7.4)	18(18.9)
8 ท่านได้ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจผู้ป่วย กับผู้ป่วยที่					
มีอาการแพ้/ผลข้างเคียงของยา	19(19.6)	31(32.2)	19(19.9)	10(11.0)	16(17.3)

ต่อตาราง 7

ข้อความ	การปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุมวัณโรค				
	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
9 ท่านกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยเก็บเสมหะส่งตรวจตามกำหนด	23(24.1)	33(35.2)	14(15.0)	7(6.9)	18(18.8)
10 ท่านให้คำแนะนำ และการพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยวัณโรค เช่น การเช็ดตัวลดไข้การดื่มสารละลายเกลือแร่เมื่ออ่อนเพลียจากการอาเจียนหรือถ่ายเหลวเป็นต้น	16(16.8)	22(22.9)	23(24.1)	13(13.5)	21(22.1)
การค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ แบบเชิงรุก					
11. ท่านให้บริการคัดกรองโรค วัณโรค โดยการใช้แบบคัดกรองเบื้องต้นกับคนในชุมชนของท่าน	19(20.0)	27(27.9)	21(22.5)	14(14.8)	14(14.8)
12 ท่านได้แนะนำกลุ่มเสี่ยงวัณโรคเช่น กลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน ไป เอกซเรย์ปอดทุกปี	22(23.1)	24(25.4)	22(23.1)	12(12.6)	15(15.8)
การป้องกันวัณโรคในชุมชน					
13 ท่านได้กระตุ้นเตือนให้ประชาชนที่สงสัย ตนเองว่าป่วยเป็นวัณโรคให้ไปรับบริการตรวจเสมหะที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน	24(24.7)	30(31.4)	20(21.5)	9(9.5)	12(12.9)
14 หากมีเด็กในพื้นที่รับผิดชอบบริเวณใกล้เคียงยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรค ท่านแนะนำให้ผู้ปกครอง พาเด็กไปรับวัคซีนทันทีที่พบ	33(34.3)	26(27.1)	17(18.1)	11(11.6)	8(8.9)
การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน					
15 ท่านให้คำปรึกษาด้านการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยวัณโรค และครอบครัว เกี่ยวกับการปิดปากปิดจมูก เวลาไอ หรือจาม เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค	32(33.1)	33(34.9)	14(15.0)	8(8.7)	8(8.3)
16 เมื่อออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคท่านตรวจปัสสาวะของผู้ป่วยวัณโรค ว่ามีปัสสาวะสีแสดส้ม	13(13.2)	16(16.9)	21(21.9)	11(11.9)	34(36.1)
17 ท่านให้คำปรึกษาด้านการปฏิบัติตัว แก่ผู้ป่วยวัณโรค และครอบครัวเกี่ยวกับความสำคัญของการ กินยาทุกวัน และอันตรายของการกินยาไม่สม่ำเสมอ	20(21.5)	29(30.0)	18(18.9)	12(12.4)	16(17.2)
18 ท่านตรวจนับซองยาเท่าจำนวนวันที่ใช้ไปหรือไม่ ตรวจบัตรบันทึกการกินยาพร้อมเซ็นชื่อไว้	17(17.8)	21(21.6)	14(14.8)	11(12.0)	32(33.8)
19 เมื่อเสร็จจากการเยี่ยมบ้าน ท่านได้บันทึกผลการเยี่ยมบ้านลงในแบบบันทึก	25(26.1)	24(24.9)	14(15.1)	12(12.9)	20(21.0)
20 ท่านแนะนำการเก็บเสมหะแก่ผู้ป่วยโดยให้เก็บเสมหะในตอนเช้าหลังจากตื่นนอน และย่ำ/เตือน ผู้ป่วยเรื่องกำหนดตรวจเสมหะ	22(22.8)	25(25.8)	18(18.9)	12(13.2)	18(19.3)
21 ท่านได้มีการซักถามผู้สัมผัสร่วมบ้านและบ้านใกล้เคียง หากมีอาการไอเรื้อรังติดต่อกันเกิน 2 สัปดาห์แนะนำให้มาตรวจคัดกรองวัณโรคที่โรงพยาบาล	24(25.1)	27(27.8)	18(18.9)	12(13.0)	14(15.2)
22 เมื่อเสร็จจากการเยี่ยมบ้าน ท่านบันทึกผลการเยี่ยมบ้านในแบบบันทึก	23(23.9)	24(24.8)	18(19.4)	12(12.4)	18(19.5)

ต่อตาราง 7

ข้อความ	การปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุมวัณโรค				
	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
23 ท่านออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคในเขตพื้นที่ของท่านเพื่อการประสานงานข้อมูลและการดูแลอย่างต่อเนื่องร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	27(28.1)	21(21.8)	15(16.0)	11(11.6)	21(22.5)

จากตาราง 7 พบว่าการปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุมวัณโรค ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลท่าตะเกียบ ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คือหากมีเด็กในพื้นที่รับผิดชอบบริเวณใกล้เคียงยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรคแนะนำให้ผู้ปกครองพาเด็กไปรับวัคซีนทันทีที่พบร้อยละ 34.3 รองลงมาคือให้คำปรึกษาด้านการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยวัณโรคและครอบครัวเกี่ยวกับการปิดปาก ปิดจมูก เวลาไอ

หรือจาม เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคร้อยละ 33.1 และท่านออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคในเขตพื้นที่ของท่านเพื่อการประสานงานข้อมูล และการดูแลอย่างต่อเนื่องร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 28.1 ส่วนข้อที่ปฏิบัติเป็นประจำน้อยที่สุด คือ เมื่อออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคท่านตรวจปัสสาวะของผู้ป่วยวัณโรคว่ามีปัสสาวะสีแสดส้ม ร้อยละ 13.2

ตาราง 8 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับการปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุมวัณโรค (n = 95)

การปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุมวัณโรค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก (84.35-115.00 คะแนน)	40	42.2
ระดับปานกลาง (53.68-84.34 คะแนน)	32	34.1
ระดับน้อย (23.00-53.67 คะแนน)	23	23.7
(Mean = 75.09, S.D. = 25.1, Min = 22, Max = 115)		

จากตาราง 8 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลท่าตะเกียบ มีระดับการปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุมวัณโรคอยู่ในระดับมากร้อยละ 42.2 รองลงมา คือ

ระดับปานกลางร้อยละ 34.1 และระดับน้อยร้อยละ 23.7 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 75.09 คะแนน ค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 22 คะแนน และค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 115 คะแนน

ตาราง 9 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เรื่องวัณโรค ทักษะคิดต่อการควบคุมวัณโรค แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ ด้านการให้การประเมินผล ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเครื่องมือ กับการปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมวัณโรค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเกียบ

(n = 95)

ตัวแปร	การปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมวัณโรค	
	r	p-value
ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค	0.03	0.38
ทักษะคิดที่ดีต่อการควบคุมวัณโรค	0.53	0.01
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์	0.51	0.01
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการให้การประเมินผล	0.48	0.02
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร	0.60	0.00
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมือ	0.62	0.00

*p-value = 0.05

จากตาราง 9 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเกียบ ได้แก่ ทักษะต่อการควบคุมวัณโรค ($r = 0.53$, p -value 0.01) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ($r = 0.51$, p -value 0.01) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการให้การประเมินผล ($r = 0.48$ p -value 0.02) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ($r = 0.60$, p -value 0.00) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมือ ($r = 0.62$, p -value 0.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเกียบ มีความรู้เรื่องวัณโรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.9 ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้มากที่สุดในเรื่องผู้ป่วยวัณโรคไอจาม ทำให้เชื้อวัณโรคแพร่กระจายได้ ร้อยละ 98.9 รองลงมาคือ ผู้ป่วยวัณโรคที่รับประทานยาอย่างไม่ครบตามกำหนด จะมีโอกาสทำให้เชื้อวัณโรคดื้อยาได้ร้อยละ 100.0 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะสามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของวัณโรคได้เป็นอย่างดีซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภูษิต ชันกสิกรรม⁽¹²⁾ และพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมวัณโรคอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 61.2 ซึ่งส่งผลให้การปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุมวัณโรคอยู่ในระดับมากด้วยเช่นกันสอดคล้องกับการศึกษาของสุรเดช ชวะเดช⁽¹⁴⁾ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเกียบ ได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 42.7 ด้านการให้การประเมินผลร้อยละ 40.9 ด้านข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 43.7 ด้านเครื่องมือจากเจ้าหน้าที่ผู้นำชุมชน และผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 47.0 การได้รับการสนับสนุนส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากนี้ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเกียบสามารถปฏิบัติงานตามแนวทาง ควบคุมวัณโรคได้เป็นอย่างดี ซึ่งได้แก่การปฏิบัติงานคือ 1. การปฏิบัติเกี่ยวกับการเป็นพี่เลี้ยงดูแลการรับประทายยา 2. การค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่แบบเชิงรุก 3. การป้องกันวัณโรคในชุมชน 4. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า มีการปฏิบัติตามแนวทางควบคุมวัณโรคอยู่ในระดับดีจำนวนมากเช่นกัน ซึ่งการมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รับการส่งเสริมประสิทธิภาพได้รับการเสริมสร้างพลังจากบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลท่าตะเกียบ ส่งผลให้ทั้งผู้ป่วย

วัณโรคผู้ปฏิบัติงานดูแลมีความพร้อมในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ทักษะที่ดีต่อการควบคุมวัณโรค การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยด้านอารมณ์ ด้านการประเมินผล ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านเครื่องมือในการป้องกันและควบคุมวัณโรค มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้การดำเนินงานตามแผนการควบคุมวัณโรคประสบผลสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค มีผลต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน⁽¹⁴⁾ และจากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคคือหนึ่งในปัจจัยที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมในการจัดการควบคุมป้องกันโรคติดต่อได้ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน⁽⁷⁾ จากปัจจัยที่ศึกษานี้โรงพยาบาลท่าตะเกียบสามารถให้การสนับสนุนทางด้านสังคมและการส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติตามแนวทางควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นอย่างดีตามการศึกษานี้ อย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้การดูแลควบคุมวัณโรคดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ในพื้นที่ควรให้ความสำคัญ และมุ่งเน้นให้การสนับสนุน การให้แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการจัดกิจกรรมในชุมชนส่งเสริมความรู้เรื่องวัณโรคให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องวัณโรคมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และเพื่อเป็นการสร้างขวัญ และกำลังใจในบทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่งผลให้การปฏิบัติตามแนวทาง การควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านการเป็นพี่เลี้ยงดูแลการรับประทายยา ด้านการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ด้านการป้องกันวัณโรคในชุมชน และด้านการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยดียิ่งขึ้น ร่วมกับการพัฒนาระบบการติดตาม และตรวจสอบความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคหรือดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการควบคุมวัณโรคในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเกียบ เพื่อให้การดำเนินงานด้านการควบคุมวัณโรค

เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านอื่นๆ

2.2 ศึกษาเพิ่มเติมในรูปแบบการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อข้อมูลที่ครบถ้วนและละเอียดมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลท่าตะเียบ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าตะเียบตะเียบ ที่ช่วยสนับสนุนให้การศึกษาครั้งนี้ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลท่าตะเียบ อำเภอท่าตะเียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. (2558). แนวทางการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (active case finding) ในการควบคุมป้องกันวัณโรค เอ็ดส์ ซิฟิลิส โรคเรื้อน มาลาเรีย แลโรคพยาธิใบไม้ตับ. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

2. World Health Organization. (2018). Global tuberculosis report. France: World Health Organization

3. กรมควบคุมโรค. (2561). แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.2561. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์.

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ฉะเชิงเทรา. (2564) <http://www.HDC - Dashboard moph.go.th>.

5. นงคราญ สมฤทธิ์. (2558). ศักยภาพและความพร้อมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขด้านการกำกับดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้ระยะสั้น ภายใต้การสังเกตโดยตรง อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง (การศึกษาค้นคว้าอิสระ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

6. ภัทธา ผาแก้ว. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาแบบสั้น (dots) จังหวัดสระแก้ว (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏราชรินทร์.

7. เมธี สุทธิศิลป์. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ ตามแนวชายแดนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา.วารสารพยาบาลทหารบก, 18(1), 83-93.

8. ยุทธนา แยกคาย. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา, 19(3), 145-155.

9. สรศักดิ์ ดวงคำสวัสดิ์. (2539). การประยุกต์กระบวนการกลุ่มและให้แรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแม่บ้าน อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

10. Bloom, B. S. (1956). Taxonomy of educational objectives, the classification of educational goals - handbook i: Cognitive domain. New York: McKay.

11. Devellis, R. (2012). Scale development theory and applications. New York: Sage Publications.

12. ภูษิต ชันกลีกรรม. (2564).ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก.(วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). จังหวัดพิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.

13. Best, J. W. (1977). Research in education (3rd ed.). New Jersey: Prentice hall.

14. สุระเดช ชะเดช. (2560). การพัฒนารูปแบบของการรักษาวัณโรคแบบมีที่เลี้ยงกับ (dot) อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 8(3), 399-351.





โรงพยาบาลพุทธโสธร
Buddhasothorn Hospital