



โรงพยาบาลพุทธโสธร
Buddhasothorn Hospital

วารสาร โรงพยาบาลพุทธโสธร

Buddhasothorn Hospital Journal



ปีที่ 39 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน 2566

ISSN 2586-8624



โรงพยาบาลพุทธโสธร
Buddhasothorn Hospital

วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร Buddhasothorn Hospital Journal

วิสัยทัศน์โรงพยาบาล

ศูนย์การแพทย์ชั้นเลิศและสร้างสุขภาพ
แห่งภาคตะวันออก

พันธกิจ

1. พัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์
2. พัฒนาสถาบันร่วมผลิต วิจัยและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์
การสาธารณสุข และการบริหารจัดการ
3. พัฒนาคูณภาพบริการสร้างสุขภาพอย่างยั่งยืนทุกระดับ
4. พัฒนาระบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลและเครือข่าย
ให้เป็นองค์กรสมรรถนะสูง (HPO)

ค่านิยมหลัก (Core Value)

BSH : Service "By hearts Smart and Harmony"

ดูแลด้วยใจ ผู้รับบริการปลอดภัย นวัตกรรมนำสมัย ร่วมใจสามัคคี

เข็มมุ่ง : SMART HOSPITAL

อัตลักษณ์

สามัคคี บริการดี มีน้ำใจ



โรงพยาบาลพุทธโสธร
Buddhasothorn Hospital

BUDDHASOTHORN HOSPITAL JOURNAL

วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร
Buddhasothorn Hospital Journal

ปีที่ 39 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2566
ISSN 2586-8624

เจ้าของ โรงพยาบาลพุทธโสธร

ผู้อำนวยการ พญ.นาคยา มิลส์

ที่ปรึกษา 1. พญ.นาคยา มิลส์
2. ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษา
ชั้นคลินิก

ประธาน พญ.ศิริลักษณ์ ผ่องจิตศิริ

**บรรณาธิการ
วารสาร** พญ.ศิริลักษณ์ ผ่องจิตศิริ

คณะกรรมการ นพ.เวทิส ปทุมศรี
พญ.ภคินี ภัทรกุล
นพ.ยุทธนา จันทะโร
นพ.ชัยชนะ จันทะโร
ภญ.สุชาดา จาปะเกษตร
นางจิราภรณ์ ฉลาวัณน์
ดร.สมใจ นกดี
ดร.อรนรินทร์ จรุงวงศ์วัฒนา
ดร.วรากร เกียรติไกรศักดิ์
นางสาวสุธาทิพย์ อนันต์
นายภาสวัฒน์ บุญจันทร์
นางศิริพร สาครน้อย

เหรียญกิตติ นางสาวสุธาทิพย์ อนันต์

เลขานุการ ดร.อรนรินทร์ จรุงวงศ์วัฒนา

ผู้ช่วยเลขานุการ นางศิริพร สาครน้อย

**ผู้ประสานงาน
สมาชิก** นางสาววรรณุช พุทธเจริญ

ฝ่ายศิลป์ นางสาวณิษฐา ยาวะโนภาส
นายจัญญ์ 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.แฮม คอมพิวเตอร์ ออฟเซต
ต.หน้าเมือง อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา
24000
โทร. 081-3143871, 089-7899922
แฟกซ์ 038-814495
E-mail : hamcompute20@gmail.com

บรรณาธิการ

เรียนท่านผู้อ่านวารสารทุกท่าน

เป็นอย่างไรกันบ้างหลังผ่านพ้นปี พ.ศ.2566 มาได้ครึ่งทาง เดือนที่ร้อนที่สุดได้ผ่านพ้นไป เข้าสู่ฤดูฝน โรคที่มากับฤดูนี้ก็ยังคงต้อง เฝ้าระวัง ปีนี้สถานการณ์ไข้เลือดออกมีความรุนแรงในหลายๆพื้นที่ มีทั้งผู้เสียชีวิตและอาการหนัก ดังนั้นมาตรการที่รณรงค์สม่ำเสมอ 5 ป.อันได้แก่ ปิดภาชนะให้มิดชิด ปล่อยปลากินลูกน้ำ เปลี่ยนน้ำในภาชนะทุก 7 วัน ปรับสภาพแวดล้อมให้ปลอดโปร่ง และปฏิบัติเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ ยังคงพอช่วยบรรเทาสถานการณ์ได้ นอกจากนี้รณรงค์ผู้ที่มีความเสี่ยง หรือประสงค์รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ ประจำฤดูกาลให้สามารถรับบริการในสถานบริการใกล้ๆบ้านของท่าน เพื่อป้องกันความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น

เนื้อหาในวารสารฉบับนี้ ยังคงมีความน่าสนใจต่อเนื่อง ทั้งการวิจัยในโรคเรื้อรัง เช่น หลอดเลือดสมอง อุ้งลมโป่งพอง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อเฝ้าระวัง ตระหนัก และลดภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา นอกจากนี้ยังมีการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการเกิดโรคทั้งการประเมินเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงของประชาชนในจังหวัดฉะเชิงเทรา หวังว่าเนื้อหาที่ได้รับจะเป็นประโยชน์และสามารถนำไปปรับใช้หรือสร้างแรงบันดาลใจ ในการดูแลประชาชนให้ได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ฝ่องจิตศิริ
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
- วิเคราะห์ผลและข้อเสนอแนะ
- คำขอบคุณหรือกิตติกรรมประกาศ
- เอกสารอ้างอิง ให้เรียงตามลำดับที่อ้างอิงในเรื่อง และมีเลขกำกับในวงเล็บ
บนไหล่บรรทัด

4. แผนภูมิภาพประกอบ ควรแยกจากเนื้อเรื่อง หน้าละ 1 รายการ ภาพถ่ายควรเป็นภาพ
ขาวดำ หรือภาพสี ขนาดโปสเตอร์ ที่มีความชัดเจน ถ้าเป็นภาพวาดควรเป็นสีดำมีลายเส้นชัดเจน

5. บทความที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ทราบทุกเรื่อง บทความที่ไม่ได้รับ
พิจารณาลงตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

6. กองบรรณาธิการถือสิทธิ์ในการปรับปรุงแก้ไข เพื่อความสมบูรณ์ของบทความ

สารบัญ

ปัจจัยที่ทำให้ทารกที่คลอดครบกำหนดในโรงพยาบาลสนามชัยเขตมีภาวะหายใจลำบาก.....1
(Risk factors of respiratory distress in term newborns: Sanamchaikhet hospital)

เอี่ยมพร ทูคำมี

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์

กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสนามชัยเขต

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงและภาวะติดเชื้อในกรณีศึกษา.....11
(Nursing care for Hemorrhagic stroke with Hypertension patients and Bed ridden in community: Case study)

ไลทอง ภักดิ์ปริยากุล

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดยาเสพติดของผู้เข้ารับการรักษาเสพติดจังหวัดสมุทรสาคร.....19

จิตติมา จิระชีวี

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร

ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น.....27
ในเขตพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา

นายสมชาย ห่องทองคำ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.....37

ผู้สูงอายุตำบลบางนก อําเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

นางสาวธัญญ์ ธรรมธร

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว

การพัฒนาและประเมินผลกระบวนการติดตามผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.....47
ผิคนัดการรักษาในโรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา

Development and Evaluation of The Follow Absence of Treatment Appointments process for The Patients with diabetics and hypertension in Phanomsarakham hospital Chachoengsao Province.

พรลภัส คำภาวัญ (พช.บ)

ดวงมณี วิยะทัศน์ (พช.ม.)

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงบันดาลใจทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร.....57
และการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดตราด

รุจาภา ถือสัจย์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลตราด

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังได้รับวัคซีนโควิด 19 อำเภอคลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทรา.....67
"FACTORS INFLUENCING THE ADVERSE EVENTS FOLLOWING IMMUNIZATION FOR COVID-19 IN KLONG KHUEAN DISTRICT, CHACHOENGSAO PROVINCE"

วิพัชรินทร์ ทรงเดชพิพัฒน์

แพทยศาสตรบัณฑิต โรงพยาบาลคลองเขื่อน

Doctor of Medicine Klong Khuean Hospital

Incidence and Risk Factors Associated with Symptomatic Intracranial Hemorrhage in Acute.....73

Ischemic Stroke Patients after Thrombolytic Therapy at Chaophrayayommarat Hospital

Wattanakit Chantorntanasut M.D.

Department of medicine, Chaophrayayommarat Hospital

ปัจจัยเสี่ยงการเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลพุทธโสธร.....79

Risk Factors for Hemorrhagic Transformation in

Patients with Acute stroke in Bhudasothon Hospital

รัฐภาส วรชาติ พ.บ.

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร

การพัฒนารูปแบบการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพพื้นที่ของประชาชนในเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมือง.....89

จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ พ.ศ.2566

The development of a model for making a public health development plan in the area

of the health network of Muang Chachoengsao District Chachoengsao Province, fiscal year 2023.

นางอุบลรัตน์ แสงเมฆ Mrs.Ubonrat Saengmek

โรงพยาบาลพุทธโสธร

ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับสมาธิบำบัดต่ออาการหายใจลำบาก.....97

และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าตะเกียบ

THE EFFECTIVENESS OF SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM WITH SKT MEDITATION ON DYSPNEA

AND QUALITY OF LIFE IN PERSONS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

อรสา ปิ่นแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลท่าตะเกียบ

ผ่องพรรณ ภาโว อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนร่วมกับมีภาวะช็อก :103

Nursing care of patients with upper gastrointestinal bleeding with shock

นางยุพิน ถกมลประจักษ์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวร่วมกับภาวะตัวเหลืองจากหมู่เลือดมารดา.....115

และทารกไม่เข้ากันร่วมกับภาวะซีดจากการที่มีเม็ดเลือดแดงแตก :

Transient tachypnea of newborn, Neonatal Jaundice due to BO incompatibility, Anemia from hemolysis

ศิริกุล ทรัพย์เรือง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

ปัจจัยที่ทำให้ทารกที่คลอดครบกำหนดในโรงพยาบาลสนามชัยเขตมีภาวะหายใจลำบาก (Risk factors of respiratory distress in term newborns: Sanamchaikhet hospital)

เอี่ยมพร ทุคำมี

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์

กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสนามชัยเขต

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ

ภาวะหายใจลำบาก เป็นภาวะที่พบบ่อยที่สุดในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ซึ่งเกิดได้ทั้งในทารกคลอดครบกำหนดและก่อนกำหนด ประเทศไทยมีการศึกษาเรื่องปัจจัยที่ทำให้ทารกคลอดครบกำหนดมีภาวะหายใจลำบากไม่มากนักและมีปัจจัยเสี่ยงบางอย่างไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงต้องการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหายใจลำบากในทารกคลอดครบกำหนดในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำให้ทารกที่คลอดครบกำหนดในโรงพยาบาลสนามชัยเขตมีภาวะหายใจลำบาก และศึกษาอัตราการเสียชีวิตของทารกที่มีภาวะหายใจลำบากที่คลอดในโรงพยาบาลสนามชัยเขต

วิธีการศึกษา

การศึกษาแบบย้อนหลัง matched case-control study โดยการทบทวนเวชระเบียนจากกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่ม case และ control กลุ่มละ 113 ราย โดยทำการจับคู่ matched case control เพศและ อายุครรภ์ (สัปดาห์)

ผลการศึกษา

จากทารกคลอดครบกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากจำนวน 113 ราย สาเหตุส่วนใหญ่คือ Transient tachypnea of newborn 69 ราย (ร้อยละ 61.06), Early onset neonatal sepsis จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 7.08), Congenital pneumonia จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 23.01), Birth asphyxia จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 11.50), Meconium aspiration syndrome จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 3.54) และสาเหตุอื่นๆ จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 3.53) ผลกระทบของภาวะหายใจลำบากในทารกคลอดครบกำหนดพบว่า ระยะเวลาในอนโร

พยาบาลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มทารกปกติคำมัยฐาน 2 วัน (ต่ำสุด 2 วันและสูงสุด 17 วัน) ในกลุ่มที่มีภาวะหายใจลำบากคำมัยฐาน 4 วัน (ต่ำสุด 1 วันและสูงสุด 26 วัน) แต่อย่างไรก็ตามพบว่าทั้งสองกลุ่ม มีทารกแรกเกิดเสียชีวิตไม่แตกต่างกันโดยมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าในกลุ่มทารกหายใจลำบากมีทารกเสียชีวิต 2 ราย เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ละตัวแปรด้วยวิธี univariate logistic regression เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจลำบากในทารกคลอดครบกำหนด พบว่าปัจจัย APGAR ที่ 1 นาที <7 เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจลำบาก 5.38 เท่า (Odd-ratio 5.38, 95%CI: 1.15-25.17, P-value 0.03), มีขี้เทาในน้ำคร่ำ (Meconium stain amniotic fluid; MASF) เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจลำบาก 3.49 เท่า (Odd-ratio 3.49, 95%CI: 1.86-6.55, P-value <0.01), มีการช่วยหายใจแรงดันบวกหลังเกิด (Positive pressure ventilation; PPV) เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจลำบาก 3.85 เท่า (Odd-ratio 3.85, 95%CI: 1.22-12.09, P-value <0.01) และเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยแบบพหุด้วยวิธี multiple logistic regression เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจลำบากในทารกคลอดครบกำหนด พบว่ามีขี้เทาในน้ำคร่ำ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจลำบาก 3.52 เท่า (adj.Odd-ratio 3.52, 95%CI: 1.85-6.67, P-value <0.01)

สรุปการศึกษา

ปัจจัย APGAR ที่ 1 นาที < 7, มีขี้เทาในน้ำคร่ำ และมีการช่วยหายใจแรงดันบวกหลังเกิด เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ทารกที่คลอดครบกำหนดในโรงพยาบาลสนามชัยเขตมีภาวะหายใจลำบาก

คำสำคัญ ภาวะหายใจลำบาก, ปัจจัยเสี่ยง, ทารกคลอดครบกำหนด

บทนำ

ภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress) ในทารกแรกเกิด เป็นภาวะที่พบได้บ่อย สามารถเกิดได้ทั้งในทารกคลอดครบกำหนดและคลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญและนำไปสู่ความพิการหรือการเสียชีวิต ภาวะหายใจลำบากในทารก พบอุบัติการณ์ร้อยละ 7 ของทารกเกิดมีชีวิต โดยมีการวินิจฉัยจากอาการข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้^{1,2} ได้แก่ หายใจเร็วกว่า 60 ครั้งต่อนาที หายใจกลั่น ปีกจมูกบาน มีการใช้กล้ามเนื้อในการช่วยหายใจเพิ่มขึ้นหรือมีภาวะเขียว สาเหตุของภาวะหายใจลำบากในทารกครบกำหนดและทารกก่อนกำหนดมีสาเหตุแตกต่างกัน กล่าวคือ ทารกที่คลอดก่อนกำหนด^{3,4} มักมีสาเหตุเกิดจากกลุ่มอาการหายใจลำบาก (Respiratory distress syndrome) ทารกที่คลอดครบกำหนด^{1,5} มักมีสาเหตุจาก ภาวะหายใจเร็วชั่วคราว (Transient tachypnea of the newborn), ปอดอักเสบ (congenital pneumonia) และกลุ่มอาการสำลักขี้เทา (meconium aspiration syndrome)

ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของภาวะหายใจลำบากในเด็กคลอดครบกำหนดร้อยละ 9⁶ สาเหตุเกิดจากภาวะหายใจเร็วชั่วคราวเช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศ^{3,4} การรักษาภาวะหายใจลำบากมีการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด noninvasive มากขึ้น⁷ ซึ่งสามารถลดภาวะที่นำไปสู่การใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ^{7,8} ลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีทารกส่วนหนึ่งที่มีภาวะหายใจล้มเหลวนำไปสู่การใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งเมื่อถึงภาวะนี้ยังส่งผลต่อความเสียหายต่อคนไข้ ครอบครัว และสังคมตามมาจากการศึกษาพบว่าภาวะหายใจลำบาก หากวินิจฉัยและรักษาล่าช้า จะนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะสั้นและระยะยาว รวมถึงเสียชีวิตได้^{9,10}

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยทางมารดาที่ทำให้ทารกมีภาวะหายใจลำบาก^{5,6,11-13} คือ มารดาสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์, มารดาเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์, มีการคลอดโดยการผ่าคลอด, มารดาไม่ได้ฝากครรภ์, มีไข้ในน้ำคร่ำก่อนคลอดและมีปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อ ส่วนปัจจัยของทารก^{6,14} คือ ทารกมีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ของอายุครรภ์, APGAR score นาทีที่ 1 ต่ำกว่า 7 คะแนน คือปัจจัยที่ทำให้ทารกมีภาวะหายใจลำบาก

โรงพยาบาลสนามชัยเขตเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางที่มีกุมารแพทย์ประจำโรงพยาบาล 1-2 คน และได้เริ่มก่อตั้งหอผู้ป่วยดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะป่วย (Sick newborn care unit) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 ต่อมาปี พ.ศ.2561 โรงพยาบาลเริ่มมีการนำเครื่องช่วยหายใจชนิด noninvasive คือ Continuous positive airway pressure (CPAP) และ High flow nasal cannula (HFNC) เข้ามาใช้ในการดูแลทารกแรกเกิด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลทารกที่มีภาวะเจ็บป่วย

โรงพยาบาลสนามชัยเขตพบอุบัติการณ์ของภาวะหายใจลำบากในปี พ.ศ. 2564 - 2565 ร้อยละ 7 และ 10 ตามลำดับ ซึ่งเป็นตัวเลขที่มากขึ้น การดูแลรักษาทารกในภาวะนี้จำเป็นต้องใช้ทีมบุคลากรที่มีประสบการณ์ เครื่องมือที่ทันสมัย และองค์ความรู้ที่มากขึ้น เพื่อการดูแลให้มีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการเสียชีวิต อีกทั้งสามารถดูแลทารกที่ใส่ท่อช่วยหายใจ หากมีทารกที่มีทางเดินหายใจล้มเหลวและใส่ท่อช่วยหายใจ ยังคงต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลทารกแรกเกิดที่คลอดในโรงพยาบาล โดยต้องการลดการเกิดภาวะหายใจลำบากในทารกคลอดครบกำหนด ที่ผ่านมาการศึกษาในประเทศไทยมีไม่มากนัก และมักเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่บริบทของผู้ป่วยแตกต่างจากโรงพยาบาลสนามชัยเขต ผู้วิจัยหวังว่าการศึกษานี้จะทำให้พบปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ทารกคลอดครบกำหนดในโรงพยาบาลสนามชัยเขตมีภาวะหายใจลำบาก อันจะนำมาสู่การกำหนดแนวทางป้องกัน และแนวทางดูแลได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำให้ทารกที่คลอดครบกำหนดในโรงพยาบาลสนามชัยเขตมีภาวะหายใจลำบาก

วัตถุประสงค์รอง ศึกษาอัตราการเสียชีวิตของทารกที่มีภาวะหายใจลำบากที่คลอดในโรงพยาบาลสนามชัยเขต

วิธีการศึกษา

การศึกษาย้อนหลัง matched case-control study โดยการทบทวนเวชระเบียนของกุมารเวชและทารกที่มีการคลอดในโรงพยาบาลสนามชัยเขต ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 - 30 กันยายน 2565

ในการศึกษานี้ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างแบบ matched case control อัตราส่วน case ต่อ control คือ 1 ต่อ 1 ซึ่งจากการศึกษา risk factors associated with severity of respiratory distress in Cameroon¹⁵ พบว่าปัจจัยเรื่อง APGAR score ที่ 5 นาที < 7 มีความสัมพันธ์กับภาวะหายใจลำบาก ร้อยละ 90.8 และ Odds Ratio 9.42

$$n_{case} = \frac{(M+1) \left[\frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}(1+\psi) + 2Z_{1-\beta}\sqrt{\psi}}{\psi-1} \right]^2}{2Mk(\psi+1)\pi_p(1-\pi_p)}$$

$$k = 1/[1 + (\psi - 1)\pi_p], M = \text{controls: case}$$

$$\psi = OR., \pi_p = p(\text{exposure})$$

อัตราส่วน case ต่อ control คือ 1 ต่อ 1 โดยทำการจับคู่ math case control เพศและ อายุครรภ์ (สัปดาห์) มีกลุ่มประชากร 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีภาวะหายใจลำบาก (cases) จำนวน 113 คน และกลุ่มที่มีภาวะหายใจปกติ (controls) จำนวน 113 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมศึกษา (Inclusion criteria) คือ ข้อมูลทารกที่คลอดครบกำหนดในโรงพยาบาลสนามชัยเขต มีอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ ทั้งครรภ์เดี่ยวและครรภ์แฝด ที่มีภาวะหายใจลำบากในอายุ 72 ชั่วโมงหลังเกิด ซึ่งการวินิจฉัยภาวะหายใจลำบาก คือ มีอัตราการหายใจมากกว่า 60 ครั้งต่อนาที หรือ มีการใช้แรงในการหายใจมากขึ้น เช่น ออกนุ้ม ปีกจมูกบาน เป็นต้น หรือหายใจกลั่น หรือ ออกซิเจนน้อยกว่าร้อยละ 95 กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ข้อมูลทารกที่คลอดครบกำหนดโรงพยาบาลสนามชัยเขต ทั้งครรภ์เดี่ยวและครรภ์แฝด มีอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ ที่มีไม่มีภาวะหายใจลำบากในอายุ 72 ชั่วโมงหลังเกิด

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ข้อมูลทารกที่มีภาวะหายใจลำบากที่เป็นสาเหตุจากโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และภาวะไส้เลื่อนกระบังลม ทารกตายในครรภ์ ทารกมีความพิการแต่กำเนิด ดำเนินเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน โดยสืบค้นรายชื่อผู้ป่วยด้วยระบบคอมพิวเตอร์ นำรายชื่อทั้งหมดคัดแยกเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีเกณฑ์เข้าการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมศึกษา จากนั้นทำการเก็บรวบรวมข้อมูลบันทึกลง case record form

สถิติวิเคราะห์

ใช้สถิติพรรณนาข้อมูล กรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ นำเสนอค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และในกรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ นำเสนอค่ามัธยฐาน ค่า interquartile range ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ใช้สถิติอนุมาณ McNemar test และสถิติ paired t test ตัวแปรเชิงปริมาณที่มี การกระจายตัวปกติและไม่เป็นปกติ ตามลำดับ ใช้สถิติเชิงอนุมาณในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาปัจจัยที่ละตัวแปร โดยใช้การวิเคราะห์ลอจิสติกถดถอยอย่างง่าย (Simple logistic regression) หาค่า OR และช่วงความเชื่อมั่น 95% Confidence Interval และวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปรโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple logistic regression)

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ PH_CCO_REC 038/2566 เมื่อวันที่ 24 มีนาคม 2566

ผลการศึกษา

จากกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่ม case และ control กลุ่มละ 113 ราย โดยทำการจับคู่ matched case control เพศและ อายุครรภ์ (สัปดาห์) ผลการศึกษาในตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของทารก พบว่าในกลุ่มทารกปกติที่ไม่มีภาวะหายใจลำบาก ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวเหมาะสมกับอายุครรภ์ 107 ราย (ร้อยละ 94.69) ส่วนใหญ่คลอดทางช่องคลอด จำนวน 94 ราย (ร้อยละ 83.19) ค่าเฉลี่ยอายุมารดา 25.90 ปี ตั้งครรภ์ครั้งแรก 40 ราย (ร้อยละ 35.40) ผ่าครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์น้อยกว่า 5 ครั้ง 10 ราย (ร้อยละ 8.85) มารดามีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ 0 ราย มารดาเป็นโรคหอบหืด 1 ราย (ร้อยละ 0.88) มารดาเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 7 ราย (ร้อยละ 6.19) ไม่พบมารดาสูบบุหรี่ แต่พบมารดาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน 2 ราย (ร้อยละ 1.77) ผลลัพธ์ของทารกแรกเกิดในกลุ่มทารกปกติที่ไม่มีภาวะหายใจลำบาก พบว่า APGAR score ที่ 1 นาที < 7 จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 1.77) ภาวะน้ำเดินก่อนคลอดเกิน 18 ชั่วโมง 2 ราย (ร้อยละ 1.77) มีไข้ภายในน้ำคร่ำ 18 ราย (ร้อยละ 15.93) มีการช่วยหายใจแรงดันบวกหลังเกิด จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 3.54) ในกลุ่มทารกหายใจลำบาก ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวเหมาะสมกับอายุครรภ์ 103 ราย (ร้อยละ 91.15) ส่วนใหญ่คลอดทางช่องคลอด จำนวน 93 ราย (ร้อยละ 82.30) ค่าเฉลี่ยอายุมารดา 25.87 ปี ตั้งครรภ์ครั้งแรก 50 ราย (ร้อยละ 44.25) ผ่าครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ 7 ราย (ร้อยละ 6.25) มารดามีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ 4 ราย (ร้อยละ 3.54) มารดาเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 9 ราย (ร้อยละ 7.96) ไม่พบมารดาสูบบุหรี่ แต่พบมารดาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน 1 ราย (ร้อยละ 0.88) ผลลัพธ์ของทารกแรกเกิดในกลุ่มทารกหายใจลำบาก พบว่า APGAR score ที่ 1 นาที < 7 จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 8.85) APGAR score ที่ 5 นาที < 7 จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 1.77) ภาวะน้ำเดินก่อนคลอดเกิน 18 ชั่วโมง 7 ราย (ร้อยละ 6.19) มีไข้ภายในน้ำคร่ำ 45 ราย (ร้อยละ 39.82) มีการช่วยหายใจแรงดันบวกหลังเกิด จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 12.39) ในทารกกลุ่มหายใจลำบาก จำเป็นต้องได้รับออกซิเจนชนิด Oxygen flowหรือbox 49 ราย (ร้อยละ 43.46) มีกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยหายใจโดย CPAP หรือ HFNC จำนวน 41 ราย (ร้อยละ 36.28) และมีทารกที่หายใจล้มเหลวจนต้องใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 7.96) ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการใช้ออกซิเจน 34.80 ชั่วโมง ค่าเฉลี่ยจำนวนเม็ดเลือดขาว 22972.38 เซลล์/มม.³

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม case และ control พบว่าปัจจัยที่มารดามีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ และปัจจัยของทารกแรกเกิดที่มี APGAR score ที่ 1 นาที < 7 , มีไข้ภายในน้ำคร่ำ, ต้องการการช่วยหายใจแรงดันบวกหลังเกิด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไป

ข้อมูล	ทารกปกติ (N=113)	ทารกมีภาวะหายใจลำบาก (N=113)	P-value
เพศชาย	73 (64.60)	73 (64.60)	1.0
อายุครรภ์ (สัปดาห์)			1.0
- 37 ' น้อยกว่า 38	12 (10.62)	12 (10.62)	
- 38 ' 40	95 (84.07)	95 (84.07)	
- มากกว่า 40	6 (5.31)	6 (5.31)	
น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)			0.47
- Small for gestational age	4 (3.54)	5 (4.42)	
- Appropriate for gestational age	107 (94.69)	103 (91.15)	
- Large for gestational age	2 (1.77)	5 (4.42)	
การคลอด			0.23
- คลอดทางช่องคลอด	94 (83.19)	93 (82.30)	
- ผ่าตัดคลอด	18 (15.93)	14 (12.39)	
- คลอดทำกันทางช่องคลอด	0 (0)	2 (1.77)	
- ช่วยคลอดโดยเครื่องดูดสุญญากาศ	1 (0.88)	4 (3.54)	
อายุมารดา (ปี)	25.90 ± 6.91	25.87 ± 6.72	0.97
ลำดับการตั้งครรภ์			0.17
- ลำดับที่ 1	40 (35.40)	50 (44.25)	
- ลำดับที่ 2 ขึ้นไป	73 (64.60)	63 (55.75)	
จำนวนการฝากครรภ์			0.46
- ฝากครรภ์น้อยกว่า 5 ครั้ง	10 (8.85)	7 (6.25)	
- ฝากครรภ์มากกว่า 5 ครั้ง	103 (91.15)	105 (93.75)	
มารดามีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์	0 (0.00)	4 (3.54)	0.04*
มารดาเป็นโรคหอบหืด	1 (0.88)	0 (0)	0.31
มารดาเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์	7 (6.19)	9 (7.96)	0.61
มารดาสูบบุหรี่	0	0	-
มารดาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน	2 (1.77)	1 (0.88)	0.56
APGAR score			
- นาที่ที่ 1 น้อยกว่า 7	2 (1.77)	10 (8.85)	0.02*
- นาที่ที่ 5 น้อยกว่า 7	0 (0.00)	2 (1.77)	0.15
ภาวะน้ำเดินก่อนคลอดเกิน 18 ชั่วโมง	88 (77.88)	95 (84.07)	0.23
มีไข้ภายในน้ำคร่ำ	18 (15.93)	45 (39.82)	0.01*
มีการช่วยหายใจแรงดันบวกหลังเกิด	4 (3.54)	14 (12.39)	0.01*
จำเป็นต้องได้รับออกซิเจน			
- Oxygen flow/box	-	49 (43.46)	
- CPAP/HFNC	-	41 (36.28)	
- ใส่ท่อช่วยหายใจ	-	9 (7.96)	
ระยะเวลาที่ได้รับออกซิเจน (ชั่วโมง)	-	34.80 ± 35.09	
เม็ดเลือดขาวในทารก (เซลล์/มม.3)	-	22972.38 ± 19577.81	

*Statistic significant: P-value < 0.05

จากข้อมูลตารางที่ 2 สาเหตุภาวะหายใจลำบากของทารก พบ Transient tachypnea of newborn 69 ราย (ร้อยละ 61.06) Early onset neonatal sepsis จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 7.08) Congenital pneumonia จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 23.01) Birth asphyxia จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 11.50) Meconium aspiration syndrome จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 3.54) Symptomatic hypoglycemia จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 2.65) และ Hypovolemic shock 1 ราย (ร้อยละ 0.88)

ตารางที่ 2 สาเหตุภาวะหายใจลำบากของทารก

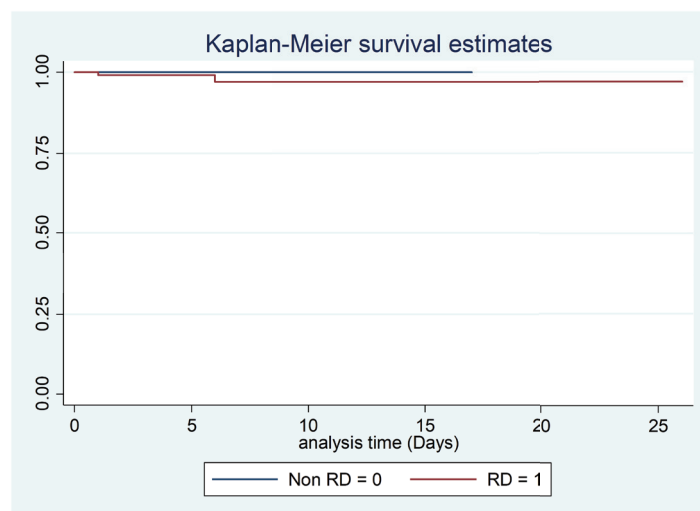
โรค	จำนวน (ร้อยละ) N = 113
Transient tachypnea of newborn	69 (61.06)
Early onset neonatal sepsis	8 (7.08)
Congenital pneumonia	26 (23.01)
Birth asphyxia	13 (11.50)
Meconium aspiration syndrome	4 (3.54)
Symptomatic hypoglycemia	3 (2.65)
Hypovolemic shock	1 (0.88)

จากข้อมูลตารางที่ 3 ผลกระทบของภาวะหายใจลำบากในทารกที่คลอดครบกำหนด พบว่า ระยะเวลาในโรงพยาบาลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มทารกปกติ ค่ามัธยฐาน 2 วัน ต่ำสุด 2 วันและสูงสุด 17 วัน ในกลุ่มทารกมีภาวะหายใจลำบาก ค่ามัธยฐาน 4 วัน ต่ำสุด 1วันและสูงสุด 26 วัน แต่อย่างไรก็ตามพบว่าทั้งสองกลุ่ม มีทารกแรกเกิดเสียชีวิตไม่แตกต่างกันทางสถิติ โดยพบว่า ในกลุ่มทารกมีภาวะหายใจลำบาก มีทารกเสียชีวิต 2 ราย โดยเสียชีวิตหลังจากส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ดังรูปที่ 1

ตารางที่ 3 ผลกระทบของภาวะหายใจลำบากในทารกที่คลอดครบกำหนด

ข้อมูล	ทารกปกติ (N=113)	ทารกมีภาวะหายใจลำบาก (N=113)	P-value
ค่ามัธยฐานระยะเวลาการนอนรพ.(วัน)(ต่ำสุด-สูงสุด)	2 (2-17)	4 (1-26)	<0.01*
ทารกเสียชีวิต	0 (0)	2 (1.77)	0.15

*Statistic significant: P-value < 0.05



เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ละตัวแปร ด้วยวิธี univariate logistic regression เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจลำบากในทารกคลอดครบกำหนด พบว่า APGAR score ที่ 1 นาทีก่อนที่ < 7 เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจลำบาก 5.38 เท่า (Odd-ratio 5.38, 95%CI: 1.15-25.17, P-value 0.03), มีไข้ภายในน้ำคร่ำ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจลำบาก 3.49 เท่า (Odd-ratio 3.49, 95%CI: 1.86-6.55, P-value <0.01), มีการช่วยหายใจแรงดันบวกหลังเกิดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจลำบาก 3.85 เท่า (Odd-ratio 3.85, 95%CI: 1.22-12.09, P-value <0.01) ดังข้อมูลในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยต่างๆที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด เมื่อใช้ univariate analysis

ปัจจัยเสี่ยง	Odd-ratio	95% CI	P-value
น้ำหนักแรกเกิด <2500 กรัม	1.26	0.32-4.82	0.73
ครรภ์แรก	1.44	0.84-2.47	0.17
ผ่าคลอด	0.74	0.35-1.58	0.44
APGAR ที่ 1 นาที < 7	5.38	1.15-25.17	0.03*
APGAR ที่ 5 นาที < 7	5.08	0.24-107.21	0.29
ฝากครรภ์ < 5 ครั้ง	0.68	0.25-1.87	0.46
มีไข้ในน้ำคร่ำ	3.49	1.86-6.55	<0.001*
ภาวะน้ำเดินก่อนคลอดเกิน 18 ชั่วโมง	3.66	0.74-18.04	0.11
มารดามีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์	9.32	0.49-175.32	0.13
มารดาเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์	1.31	0.47-3.64	0.60
มารดาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน	0.49	0.04-5.54	0.56
มีการช่วยหายใจแรงดันบวกหลังเกิด	3.85	1.22-12.09	0.02*

*Statistic significant: P-value < 0.05

และเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยแบบพหุ ด้วยวิธี multiple logistic regression เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะหายใจลำบากในทารกคลอดครบกำหนด พบว่ามีไข้ในน้ำคร่ำ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจลำบาก 3.52 เท่า (adj.odd-ratio 3.52,95ci: 1.85-6.67,p-value <0.01) ดังข้อมูลในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงปัจจัยต่างๆที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด เมื่อใช้ multivariate analysis

ปัจจัยเสี่ยง	Adj.Odd-ratio	95% CI	P-value
น้ำหนักแรกเกิด <2500 กรัม	0.92	0.22-3.81	0.91
ครรภ์แรก	1.08	0.60-1.97	0.78
ผ่าคลอด	0.96	0.43-2.16	0.93
APGAR ที่ 1 นาที < 7	1.43	0.18-11.01	0.72
APGAR ที่ 5 นาที < 7	1.40	0.05-38.81	0.84
ฝากครรภ์ <5 ครั้ง	0.78	0.28-2.18	0.64
มีไข้ในน้ำคร่ำ	3.52	1.85-6.67	<0.01*
ภาวะน้ำเดินก่อนคลอดเกิน 18 ชั่วโมง	1.71	0.35-8.23	0.50
มารดามีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์	7.80	0.35-169.65	0.19
มารดาเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์	1.19	0.39-3.62	0.75
มารดาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน	0.44	0.04-4.04	0.47
มีการช่วยหายใจแรงดันบวกหลังเกิด	2.58	0.53-12.50	0.23

*Statistic significant: P-value < 0.05

อภิปรายผลการศึกษา

ในการศึกษาวิจัยนี้ทำการศึกษาในทารกที่คลอดครบกำหนด พบทารกที่มีภาวะหายใจลำบากเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คือ พบเพศชายร้อยละ 64 แต่ไม่สามารถนำมาเป็นปัจจัยเสี่ยงได้เนื่องจากผู้วิจัยได้ match case และ control โดยใช้เพศและอายุครรภ์ แต่การศึกษาของ Ahmed และคณะ¹³ และการศึกษาของธนัญญา โกลานวัตรเสถียรและคณะ⁹ พบว่าเพศชายเป็นปัจจัยเสี่ยงของการหายใจลำบากในทารกคลอดครบกำหนด โรคที่พบมากที่สุดที่ทำให้เกิดภาวะหายใจลำบาก คือ Transient tachypnea of newborn พบร้อยละ 61 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Armed และคณะ¹¹ ซึ่งพบภาวะ Transient tachypnea of newborn มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70

พบปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะหายใจเร็วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ มารดามีภาวะซีเทอในน้ำคร่ำ, ทารกมี APGAR ที่ 1 นาที < 7 และทารกได้รับการช่วยหายใจแรงดันบวกหลังเกิด ปัจจัยที่มารดามีภาวะซีเทอในน้ำคร่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของธนัญญา โกลานวัตรเสถียรและคณะ⁶ ซึ่งการมีซีเทอในน้ำคร่ำนั้นส่งผลให้ทารกอาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนเรื้อรัง หรือ การมีซีเทอในน้ำคร่ำส่งผลต่อการติดเชื้อทารกหลังเกิดจึงทำให้ทารกเกิดภาวะหายใจเร็ว¹⁶ ปัจจัยทารกมี APGAR ที่ 1 นาที < 7 สอดคล้องกับการศึกษาของพรพรรณ เปาริก¹⁷ แต่ปัจจัยทารกได้รับการช่วยหายใจแรงดันบวกหลังเกิดซึ่งเป็นปัจจัยที่มีการศึกษาน้อย พบว่าไม่สอดคล้องกับการศึกษาของธนัญญา โกลานวัตรเสถียรและคณะ⁶ จากการศึกษาวิจัยนี้จึงควรนำปัจจัยที่ทำให้ทารกหายใจลำบากนี้ มาพัฒนาแนวทางการดูแลทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลสนามชัยเขต ปัจจัยที่มีผลให้ทารกมีภาวะหายใจลำบากในการศึกษานี้ไม่ใช่ปัจจัยป้องกัน แต่ปัจจัยเหล่านี้ทำให้เห็นว่าควรเพิ่มการดูแลและเฝ้าระวังภาวะหายใจลำบากในทารกที่มีปัจจัยดังกล่าว เพื่อให้เกิดการดูแลและรักษาได้อย่างรวดเร็วลดภาวะแทรกซ้อน ปัจจุบันในโรงพยาบาลสนามชัยเขตมีการสังเกตอาการทารกที่มารดามีภาวะซีเทอในน้ำคร่ำในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย เพื่อติดตามค่าการหายใจและค่าออกซิเจนอย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนส่งคืนมารดาและให้การพยาบาลตามปกติ การศึกษานี้ทำให้ผู้วิจัยและทีมวางแผนเพิ่มการเฝ้าระวังภาวะหายใจลำบากในทารกที่มี APGAR ที่ 1 นาที < 7 และทารกได้รับการช่วยหายใจแรงดันบวกหลังเกิด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลทารกแรกเกิด

ปัจจัยทางด้านน้ำหนักตัว ในทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2500 กรัม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยทางน้ำหนักตัว มีการศึกษาของธนัญญา โกลานวัตรเสถียรและคณะ⁶ พบว่าทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่าอายุครรภ์ส่งผลต่อภาวะหายใจลำบากในทารกคลอดครบกำหนด และการศึกษาของ Baseer KAA และคณะ¹² พบว่าทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่าอายุครรภ์เป็นปัจจัยที่ทำให้ทารกหายใจลำบาก

ปัจจัยเสี่ยงทางด้านมารดา คือ มารดามีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ มารดาเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มารดาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน จากการศึกษาที่ผ่านมา¹¹⁻¹³ พบว่ามีผลต่อภาวะหายใจเร็วในทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จากการศึกษานี้พบว่าไม่มีผลต่อภาวะหายใจลำบากเช่นกัน แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นผลจากการเก็บข้อมูลแบบ retrospective ทำให้ข้อมูลของมารดาอาจไม่ครบถ้วนสมบูรณ์

การคลอดโดยผ่าตัดคลอด จากการศึกษาของ Ahmed และคณะ¹¹ และการศึกษาของ Hameed และคณะ¹³ พบว่าเป็น

ปัจจัยที่ทำให้ทารกมีภาวะหายใจลำบากอย่างมีนัยสำคัญ และจากการศึกษาของพรพรรณ เปาริกพบว่า¹⁷ การเลือกผ่าตัดคลอดโดยไม่มีการเจ็บครรภ์ ควรทำหลังอายุครรภ์ 39 สัปดาห์ แต่จากการศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผ่าตัดคลอดในบางเวลาโรงพยาบาลไม่มีสูติแพทย์ จำเป็นต้องส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่นๆเพื่อผ่าตัดคลอด ดังนั้นเมื่อจำนวนทารกที่ได้รับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลอาจจะมีน้อยกว่าความเป็นจริง

ระยะเวลาอนโรพยาบาลในกลุ่มทารกปกติ คำนวณฐาน 2 วัน ต่ำสุด 2 วันและสูงสุด 17 วัน ในกลุ่มทารกมีภาวะหายใจลำบาก คำนวณฐาน 4 วัน ต่ำสุด 1 วันและสูงสุด 26 วัน เนื่องจากทารกที่มีภาวะหายใจลำบากจำเป็นต้องมีการให้ออกซิเจนและบางกลุ่มต้องให้ยาฆ่าเชื้อ จึงมีระยะเวลาอนโรพยาบาลที่มากกว่า

ข้อเสนอแนะ

ในอนาคตข้างหน้าควรมีการศึกษาแบบ randomized control study ถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการรักษาโดยการให้ออกซิเจนชนิดต่างๆ เพื่อหาความสัมพันธ์ในปัจจัยต่างๆและอัตราการล้มเหลวของการรักษาเด็กที่มีภาวะหายใจลำบากต่อไป

ข้อจำกัด

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังทำในโรงพยาบาลสนามชัยเขตซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 120 เตียงและศึกษาในเด็กคลอดครบกำหนด และศึกษาเฉพาะทารกที่คลอดในโรงพยาบาลเท่านั้น จึงอาจไม่ได้เป็นตัวแทนของทารกทั้งหมดในประเทศไทย และเป็นการศึกษาแบบ retrospective study ทำให้ข้อมูลบางอย่างอาจไม่ครบถ้วนสมบูรณ์

สรุปผลการศึกษา

ภาวะหายใจลำบากในทารก เป็นภาวะสำคัญและพบมากที่สุด ในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งโรคที่พบได้มากที่สุดคือ Transient tachypnea of newborn ปัจจัยที่ทำให้ทารกคลอดครบกำหนดในโรงพยาบาลสนามชัยเขตมีภาวะหายใจลำบากคือ คือ ปัจจัย APGAR ที่ 1 นาที < 7, มีซีเทอในน้ำคร่ำ และมีการช่วยหายใจแรงดันบวกหลังเกิด เมื่อทารกมีภาวะหายใจเร็วจะส่งผลกระทบต่อทารกทั้งระยะสั้น คือ เพิ่มระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และทารกบางคนต้องได้รับยาฆ่าเชื้อ และระยะยาว คือ เกิดโรคปอดเรื้อรังและพิการ รวมถึงส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม จากการศึกษาทางผู้ศึกษาจะนำข้อมูลไปประชุมหารือกับทีมกุมารแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ เพื่อกำหนดแนวทางการดูแลทารกที่มีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษา ลดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลสนามชัยเขต และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ที่อนุญาตให้ทำการวิจัยและเก็บข้อมูล

และขอขอบคุณพญ.เกศินี กิ่งแก้ว, พญ.อ้อมพันธ์ พุกามี และครอบครัวที่คอยช่วยเหลือและสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Edwards MO, Kotecha SJ, Kotecha S. Respiratory distress of the term newborn infant. Paediatric respiratory reviews. 2013;14(1):29–37.
2. Warren JB, Anderson JM. Newborn respiratory disorders. Pediatrics in review. 2010;31(12):487.
3. Fraser J, Walls M, McGuire W. Respiratory complications of preterm birth. *Bmj*. 2004;329(7472):962–5.
4. McPherson C, Wambach JA. Prevention and treatment of respiratory distress syndrome in preterm neonates. Neonatal Network. 2018;37(3):169–77.
5. Gamhewage NC, Jayakodi H, Samarakoon J, de Silva S, Kumara LS. Respiratory distress in term newborns: Can we predict the outcome? Sri Lanka Journal of Child Health. 2020;49(1):30–4.
6. Lokanuwasatien T, Kositamongkol S, Prachuthum S. Incidence, Presentation, Risk Factors and Causes of Respiratory Distress in Term Newborns at Thammasat University Hospital. *TMJ*. 2020;20(2):130–6.
7. Cimino C, Saporito MAN, Vitaliti G, Pavone P, Mauceri L, Gitto E, et al. N-BiPAP vs n-CPAP in term neonate with respiratory distress syndrome. *Early Human Development*. 2020;142:104965.
8. Dewez JE, van den Broek N. Continuous positive airway pressure (CPAP) to treat respiratory distress in newborns in low-and middle-income countries. *Tropical doctor*. 2017;47(1):19–22.
9. Reuter S, Moser C, Baack M. Respiratory distress in the newborn. *Pediatrics in review*. 2014;35(10):417.
10. Hermansen CL, Mahajan A. Newborn respiratory distress. *American family physician*. 2015;92(11):994–1002.
11. Ahmed IA, Hommadi SA, Raheem SA, Murad MM. Early respiratory distress in full term newborns. *The Pharma Innovation Journal* 2019;2019;8(2):638–44.
12. Baseer KAA, Mohamed M, Abd-Elmawgood EA. Risk factors of respiratory diseases among neonates in neonatal intensive care unit of Qena University Hospital, Egypt. *Annals of global health*. 2020;86(1).
13. Hameed NN, Al-Janabi MK, AL-Reda YI. Respiratory distress in full term newborns. *Iraqi Postgraduate Med J*. 2007;6(3):233–39.
14. Bak SY, Shin YH, Jeon JH, Park KH, Kang JH, Cha DH, et al. Prognostic factors for treatment outcomes in transient tachypnea of the newborn. *Pediatrics International*. 2012;54(6):875–80.
15. Kue DSM, Nanfack AS, NLEND AEN. Respiratory distress in Full and Post term neonates: Prevalence, Etiologies and Outcomes in a Tertiary Health Center in Yaoundé. 2020.
16. Gallo DM, Romero R, Bosco M, Gotsch F, Jaiman S, Jung E, et al. Meconium-stained amniotic fluid. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2023.
17. Paurika P. Risk factors Affecting Transient Tachypnea of Newborn in Singburi Hospital Singburi Hospital Journal. 2021;30(1):105 – 18.

Abstract

Introduction

Respiratory distress is the most common condition in neonatal intensive care units that can occur in full-term and premature babies. Few studies in Thailand studied factors predisposing full-term infants to respiratory distress syndrome but with no conclusion on some of the risk factors. Therefore, we investigated the factors affecting respiratory distress in Primary hospitals.

Objectives

To study factors causing respiratory distress and mortality rate in infants born at Sanamchaikhet Hospital.

Methods

It was a retrospective, case-control study in which 113 term infants born with respiratory distress were matched in terms of sex and gestational age (weeks) and investigated using medical records.

Results

Of 113 newborns, the causes of respiratory distress were transient tachypnea of newborns in 69 (61.06%), early onset neonatal sepsis in 8 (7.08%), congenital pneumonia in 28 (23.01%), birth asphyxia in 13 (11.50%), meconium aspiration syndrome in 4 (3.54%) and others causes in 4 (3.53%). The median length of hospital stay in the respiratory distress group was two days (2 – 17 days) compared to four days (1–26 days), higher and statistically different than the no respiratory distress group. However, the study found no significant differences in neonatal deaths between the two groups. There were two deaths among infants born with respiratory distress. The univariate logistic regression analysis revealed that the risk factors for respiratory distress were APGAR factor at 1 min <7

(OR 5.38, 95%CI: 1.15–25.17, P= 0.03), meconium stain amniotic fluid (OR 3.49, 95%CI: 1.86–6.55, P <0.01), and PPV requirements (OR 3.85, 95%CI: 1.22–12.09, P=0.02). On multiple logistic regression analysis, meconium stain amniotic fluid was causing 3.38 times the risk for respiratory distress in term infants (Adj. OR 3.38, 95%CI: 1.78–6.44, P <0.01)

Conclusion

APGAR factor at 1 min < 7, meconium stain amniotic fluid, and requirements for PPV were risk factors for respiratory distress in term newborns at Sanamchaikhet Hospital.

Keyword

Respiratory distress, Risk Factors, Full-term Infants

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง และภาวะติดเตียงในกรณีศึกษา (Nursing care for Hemorrhagic stroke with Hypertension patients and Bed ridden in community: Case study)

ไลทอง ภัทรปริยากุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, cerebrovascular disease) หมายถึง กลุ่มอาการที่มีลักษณะความผิดปกติทางระบบประสาทเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด มีอาการและอาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง ซึ่งมีสาเหตุจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบแคบ อุดตันหรือแตก พบได้ทั้งในเพศหญิงเป็นอันดับ 1 และชายเป็นอันดับ 2 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2561) มีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 5.5 ล้าน มีผู้ป่วยรายใหม่ 13.7 ล้านคนต่อปี (World Stroke Organization, 2018) ในประเทศไทยอัตราการเสียชีวิต 42.68 คนต่อแสนประชากร (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561) หากไม่ได้รับการรักษาที่ทันทั่วถึงจะทำให้ถึงแก่ชีวิตหรือเกิดความพิการถาวรได้ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและอายุมากกว่า 50 ปี หากสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตอำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ปี 2565 จำนวน 198 ราย เป็นหญิงร้อยละ 52.27 ชาย ร้อยละ 47.73 มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็น ร้อยละ 61.36 และพบว่า ร้อยละ 90 มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงและหรือเบาหวานหรือไขมัน มีปัจจัยเสี่ยงเรื่องสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ร้อยละ 20.45 ขาดยา ร้อยละ 13.64 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม บางรายเกิดความพิการหลงเหลืออยู่ (ฉัฐวิพรรณ พันธมิ่ง, อลิสร่า อยู่เลิศบ, และอามิเนห์ จะปอ, 2561) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองแตก มีเลือดออกในสมองจะมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ คือ ติดเตียง อ่อนแรงด้านใดด้านหนึ่ง การเบี่ยงเบนทางใบหน้า การคิดตัดสินใจช้า การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และบุคลิกภาพ ได้แก่ หงุดหงิดง่าย อารมณ์แปรปรวน มีภาวะสมองเสื่อมวิตกกังวล ซึมเศร้า หลับยาก เป็นต้น (American Stroke Association, 2021)

ความหมายและชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, cerebrovascular disease) หมายถึง กลุ่มอาการที่มีลักษณะความผิดปกติทางระบบประสาทเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด มีอาการและอาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง ซึ่งมีสาเหตุจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบแคบ อุดตันหรือแตก แบ่งตามสาเหตุการเกิด ได้เป็น 2 ชนิด คือ

1. โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (ischemic stroke) พบประมาณ ร้อยละ 75-80 เกิดจากมีการอุดตันของหลอดเลือดแดงในสมองจากลิ่มเลือด (thrombosis) หรือสิ่งหลุดอุดหลอดเลือด (embolism)

2. โรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) พบประมาณ ร้อยละ 20-25 เกิดจากมีการแตกของหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง (aneurysm) หรือเลือดออกในสมองจากการแตกของหลอดเลือดที่แข็งและมีแรงดันภายในสูง (atherosclerosis)

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (อุดม สุทธิพนไพศาล, 2563)

1. โรคความดันโลหิตสูง ผู้มีความดันโลหิตสูงกว่า 160/90 mmHg เป็นระยะเวลานาน จะทำให้หลอดเลือดแข็งตัวเร็วผิดปกติ ทำให้หลอดเลือดแดงแข็ง มักพบบริเวณวงกลมวิลลิส ขึ้นอยู่กับระยะเวลาและความรุนแรงของความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตสูงทำให้กลไกการปรับตัวของร่างกายเสียไป ส่งผลทำให้สมองทำงานผิดปกติ เกิดหลอดเลือดตีบตันหรือแตก

2. โรคเบาหวาน ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดตีบแข็งผนังหลอดเลือดแดงใหญ่ ๆ เกิดการแข็ง (atherosclerosis) เมื่อเลือดไหลเวียนไป หลอดเลือดแข็งยืดหยุ่นไม่ได้ จึงมีโอกาสดเกิดการอุดตันได้ง่ายและยังมีโอกาสเกิดหลอดเลือดโป่งพองง่าย

3. โรคหัวใจ กลไกการเกิดจากโรคหัวใจพบในโรคของลิ้นหัวใจตีบ, atrial fibrillation, กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เมื่อหัวใจบีบตัวทำให้เกิดลิ่มเลือดหลุดลอยไปอุดหลอดเลือดที่สมองได้ง่าย และเกิดการขาดเลือดไปเลี้ยง

4. การสูบบุหรี่ มีความเสี่ยงก่อให้เกิดหลอดเลือดตีบหรืออุดตันที่สมองและหัวใจ (Chin, Sakinah, Aryati, & Hassan, 2018)

5. ไขมันในเลือดสูง ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองเร็วกว่าปกติ

6. การดื่มแอลกอฮอล์มาก

7. ขาดการออกกำลังกาย

8. สอริโมนบางอย่าง โดยเฉพาะสอริโมนเพศหญิง ทำให้หลอดเลือดดำในสมองอักเสบ

9. โรคอ้วน ความอ้วนสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง เบาหวานและไขมันในเลือดสูง (Chin, Sakinah, Aryati, & Hassan, 2018) นอกจากนี้การมีเม็ดเลือดแดงสูง (Polycythemia) ในผู้ที่อาศัยอยู่ในที่สูง หรือผู้ที่ Hematocrit เกินกว่า 45 % จะทำให้การไหลเวียนเลือดหนืดกว่าปกติ เกิดเนื้องอกสมองได้ (อุคม สุทธิพนไพศาล, 2563)

อาการเบื้องต้นที่พบบ่อย

1. ตาพร่ามัวมองเห็นภาพซ้อน

2. มีอาการชา อ่อนแรง หรือมีอาการแขนขาอ่อนแรงร่วมด้วย

3. หน้าเบี้ยว ปากเบี้ยว พูดลำบาก หรือฟังไม่เข้าใจ

4. เวียนศีรษะ การทรงตัวไม่ดี เดินเซกลิ้งล้มปากปวดศีรษะ (บางครั้งจะมีอาการปวดศีรษะรุนแรง)

การป้องกันที่ควรปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

1. งดสูบบุหรี่

2. ควบคุมอาหาร อย่าน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์มาตรฐาน

3. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

4. ควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

5. ถ้าเป็นเบาหวาน ควรรักษาระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด

6. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

7. ถ้าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ควรดูแลความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหากมีอาการผิดปกติ เช่น แขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดลำบาก เวียนศีรษะ มองเห็นภาพซ้อน ควรรีบพบแพทย์โดยเร็วที่สุด และควรตรวจวินิจฉัยโรคหัวใจ เพื่อตรวจหาความเสี่ยง เพราะอาจเกิดลิ่มเลือดในหัวใจหลุดเข้าไปอุดตันในหลอดเลือดสมอง

การตรวจวินิจฉัย

ภาวะเลือดออกในสมองจากภาวะเส้นเลือดสมองแตกเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนทันทีที่นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล แพทย์จะทำการซักประวัติและตรวจประเมินอาการเพื่อวินิจฉัยโรคเลือดออกในสมอง เช่น การปวดศีรษะรุนแรง ร่างกายอ่อนแรงอย่างเฉียบพลัน มีอาการอัมพาตที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย มีอาการชักหรือเป็นลมหมดสติ เป็นต้น โดยแพทย์จะทำการตรวจร่างกายอย่างละเอียดด้วยวิธีการดังนี้

1. การประเมินร่างกายเบื้องต้นโดยแพทย์

2. การเอกซเรย์ CT scan เพื่อให้เห็นตำแหน่งเลือดออกในสมองหรือบริเวณที่สมองได้รับความเสียหาย ซึ่งจะช่วยให้แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคและแยกโรคเพื่อเป็นแนวทางในการหาสาเหตุของภาวะเลือดออกในสมอง

3. การทำ MRI Scan หรือ การตรวจหลอดเลือดโดยใช้เครื่องถ่ายภาพสนามแม่เหล็ก ซึ่งเป็นการตรวจเพื่อหาความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง โดยการทดสอบจะระบุตำแหน่งขอบเขต และอาจรวมถึงระบุสาเหตุของเลือดออกในสมอง

4. การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง EEG (Electroencephalography) เพื่อตรวจการทำงานของเซลล์ประสาทสมองในผู้ที่ปวดศีรษะอย่างรุนแรง เวียนศีรษะโดยไม่ทราบสาเหตุ หรือวินิจฉัยโรคลมชัก (Epilepsy)

5. การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด CBC (Complete blood count)

6. การเจาะน้ำไขสันหลัง (Spinal tap test) เพื่อตรวจสอบภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง (Hydrocephalus)

7. การตรวจสอบภาวะเส้นเลือดแดงโป่งพอง (Aneurysm) หรือตรวจภาวะหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำผิดปกติ (Arteriovenous malformations)

การรักษา

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะเลือดออกในสมองขึ้นอยู่กับปริมาณเลือดที่ออกในสมอง สาเหตุ ตำแหน่งและรวมถึงขอบเขตที่เลือดออก การรับการรักษาอย่างทันท่วงทีจะช่วยลดความเสียหายที่เกิดขึ้นที่สมองและช่วยให้สามารถฟื้นตัวจากภาวะเลือดออกในสมองได้เร็ว โดยแพทย์จะทำการเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคลดังนี้

1. การผ่าตัด (Surgery) หากเลือดออกในสมองเป็นบริเวณกว้าง มีการคั่งค้างของเลือดในสมองจนทำให้สมองบวม แพทย์อาจใช้วิธีการผ่าตัดชนิดใดชนิดหนึ่งเพื่อลดอาการสมองบวม เช่น

1.1 การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (Craniectomy incision) เพื่อนำลิ่มเลือดหรือก้อนเลือดอุดตันอันเป็นสาเหตุที่ทำให้สมองบวมออกและช่วยลดความดันในสมอง การผ่าตัดใส่สายระบายเลือดและน้ำจากโพรงสมอง (Burr hole procedure) เพื่อทำการระบายเลือดที่คั่งในสมองให้ไหลออก

1.2 การผ่าตัดโดยใช้คลิปหนีบทับบริเวณเส้นเลือดโป่งพอง (Clipping) หลอดเลือดสมองโป่งพองที่ยังไม่แตกแพทย์อาจใช้วิธีผ่าตัดใช้คลิปหนีบทับบริเวณเส้นเลือดโป่งพอง ทั้งนี้แพทย์อาจพิจารณาฉีดสารทึบรังสี (Angiography) ที่เส้นเลือดพร้อมกับเอกซเรย์บันทึกภาพของหลอดเลือดสมองไว้เพื่อการพยากรณ์โรคในอนาคต

1.3 การผ่าตัด “รูปผิดปกติของหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ” AVM (Arteriovenous malformation: AVM)

ที่ยังไม่แตก โดยจะทำการผ่าตัดดูดเอาก้อนเลือดภายในเส้นเลือด AVM ออก โดยใช้ระบบภาพนำวิถีช่วยเพื่อปิดหลอดเลือดที่ผิดปกติ และใช้กาวชนิดพิเศษหรือสารพิเศษที่ช่วยปิดกั้นการไหลเวียนของเส้นเลือดขนาดเล็กที่นำเลือดเข้าสู่เส้นเลือด AVM โดยจะเป็นการผ่าตัดที่ปราศจากแผลผ่าตัด

2. การรักษาโดยใช้ยา (medications treatment) หากบริเวณเลือดออกในสมองเป็นจุดเล็ก ๆ และไม่มีอาการอื่นร่วม แพทย์อาจพิจารณาให้ยาควบคุมความดันโลหิต ยาลดสมองบวม เพื่อลดอาการบวมและลดความเสียหายจากภาวะเลือดออกในสมอง ยาคลายเครียด (Anti-anxiety medicine) ยาต้านโรคลมชัก (Anti-epileptic medicine) ยาบรรเทาอาการปวดหัวรุนแรง หรือยาช่วยให้อุจจาระอ่อนนุ่มเพื่อป้องกันไม่ให้ท้องผูก และเกิดการเบ่งอุจจาระ ทั้งนี้แพทย์อาจทำ CT Scan สมองเป็นระยะเพื่อประเมินผลการรักษา

3. การปรับยา/และสั่งยาใหม่ (Medication adjustment or new prescriptions) ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ต้องทานยาต้านการแข็งตัวของเกร็ดเลือด และมีภาวะเลือดออกในสมอง แพทย์อาจพิจารณาปรับยาหรือสั่งยาใหม่เพื่อไม่ให้มีเลือดออก

โรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure, SBP) ≥ 140 มม.ปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure, DBP) ≥ 90 มม.ปรอท โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล

Isolated systolic hypertension (ISH) หมายถึง ระดับ SBP ≥ 140 มม.ปรอท แต่ ระดับ DBP < 90 มม.ปรอท โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล

Isolated office hypertension หรือ white-coat hypertension หมายถึง ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่สถานพยาบาล อยู่ในเกณฑ์สูงผิดปกติ (SBP ≥ 140 มม.ปรอท และ/หรือ DBP ≥ 90 มม.ปรอท) แต่ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่บ้านเป็นปกติ (SBP < 135 มม.ปรอท และ DBP < 85 มม.ปรอท)

Masked hypertension หมายถึง ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่สถานพยาบาล เป็นปกติ (SBP < 140 มม.ปรอท และ DBP < 90 มม.ปรอท) แต่ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่บ้าน สูงผิดปกติ (SBP ≥ 135 มม.ปรอท และ/หรือ DBP ≥ 85 มม.ปรอท)

การควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมักมีความดันโลหิตสูง

ในระยะแรก ส่วนใหญ่แล้วระดับความดันโลหิตจะลดลงได้เอง อย่างไรก็ตามผู้ป่วยทุกรายจำเป็นต้องได้รับการติดตามระดับความดันโลหิตอย่างใกล้ชิด และให้การรักษามีเมื่อมีข้อบ่งชี้ ในผู้ป่วยที่ตรวจพบว่ามีระดับความดันโลหิตสูง แพทย์ควรตรวจความแรงของชีพจร และวัดความดันโลหิตที่แขนทั้งสองข้างเพื่อแยกโรคหรือภาวะที่ทำให้ความดันโลหิตที่แขนทั้งสองข้างแตกต่างกัน และควรประเมินหาภาวะอันตรายอื่นที่อาจเกิดร่วม เช่น ภาวะเลือดเซาะในผนังหลอดเลือดเออร์ตา (aortic dissection) โรคความดันโลหิตสูงขั้นวิกฤตที่ทำให้เกิดอาการทางสมอง (hypertensive encephalopathy) ไตวายเฉียบพลัน น้ำท่วมปอดเฉียบพลัน และกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในกรณีที่พบโรคหรือภาวะดังกล่าวให้การรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติของโรคนั้นร่วมไปด้วย

การควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือด (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

ระยะเฉียบพลัน ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังจากเกิดอาการของภาวะสมองขาดเลือด ควรแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

ก. ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ของการให้ยาละลายลิ่มเลือด tissue plasminogen activator (t-PA) ทางหลอดเลือดดำ หรือมีแผนจะให้การรักษาด้วยการทำหัตถการดึงลิ่มเลือด (mechanical thrombectomy)

ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ถ้าความดันโลหิตสูงกว่า 185/110 มม.ปรอท ควรรีบให้การรักษาเพื่อลดความดันโลหิตอย่างเร่งด่วน ก่อนเริ่มยา t-PA หรือ ก่อนเริ่มทำหัตถการ mechanical thrombectomy โดยเลือกให้ยาที่ออกฤทธิ์สั้น เช่น nicardipine เริ่มให้ทางหลอดเลือดดำ 2 มก. ในเวลา 1-2 นาที จากนั้นหยดเข้าหลอดเลือดดำต่อเนื่องในอัตรา 5 มก.ต่อชม. โดยสามารถปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นได้ตามความต้องการ ครั้งละ 2.5 มก.ต่อชม. ทุกๆ 5-15 นาที หรืออาจเลือกใช้ labetalol ในขนาดเริ่มต้นที่ 10 มก. ทางหลอดเลือดดำ ในเวลา 1-2 นาที จากนั้นให้หยดเข้าหลอดเลือดดำต่อเนื่องในอัตรา 2-8 มก.ต่ออนาที

ภายหลังให้ยา t-PA หรือทำหัตถการ mechanical thrombectomy ให้ติดตามวัดความดันโลหิตอย่างใกล้ชิดทุก 15 นาที เป็นเวลา 2 ชั่วโมง จากนั้นให้วัดทุก 30 นาที จนครบ 6 ชั่วโมง และทุก 1 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง โดยควรควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 180/105 มม.ปรอท ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการรักษาไม่แนะนำให้เลือกใช้ยาในกลุ่มไนเตรทเป็นยาตัวแรกเพื่อลดความดันโลหิต เนื่องจากอาจทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ภายหลังการให้ยาดังกล่าวข้างต้น หรือกรณีที่ DBP ยังคงสูงกว่า 140 มม.ปรอท อาจเลือกใช้ sodium nitroprusside ได้ และห้ามให้ยา nifedipine ชนิดออกฤทธิ์สั้น ทั้งโดยการรับประทานและบิบิไลต์สั้น เนื่องจากระดับความดันโลหิตอาจลดลงมากเกินไปจนไม่สามารถควบคุม

ข. ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยา t-PA หรือทำการหัตถการ mechanical thrombectomy

ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ถ้าความดันโลหิตสูงกว่า 200/120 มม.ปรอท ให้วัดความดันโลหิตซ้ำภายใน 1 ชั่วโมง ถ้าระดับความดันโลหิตยังสูงเกิน 200/120 มม.ปรอท โดยควรควบคุมให้ SBP ต่ำกว่า 220 มม.ปรอท และ DBP ต่ำกว่า 120 มม.ปรอท โดยให้ยาลดความดันโลหิต สำหรับชนิดและวิธีบริหารยา ให้ปฏิบัติตามแนวทางเดียวกับที่ได้กล่าวไว้ ในข้อ

ก. โดยมีเป้าหมายให้ความดันโลหิตลดลงร้อยละ 15 ของค่าความดันโลหิตเริ่มต้น หรือ DBP ต่ำกว่า 110 มม.ปรอท ภายใน 30-60 นาที เมื่อความดันโลหิตลดลง และอาการทางระบบประสาทคงที่แล้ว อย่างน้อย 24 ชั่วโมง จึงเริ่มให้ยาชนิดรับประทาน และค่อยๆ ลดยาที่ให้อาการหลอดเลือดดำ

ควรระมัดระวังเมื่อพบผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตปกติหรือต่ำกว่าปกติ เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักมีความดันโลหิตสูง หรือมีโรคความดันโลหิตสูงมาก่อนระดับความดันโลหิตที่ดูเหมือนปกติในคนทั่วไปอาจต่ำเกินไปสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้นในกรณีที่ความดันโลหิตไม่สูง ควรค้นหาสาเหตุของภาวะความดันโลหิตต่ำเสมอ เช่น ภาวะขาดน้ำ ภาวะเลือดเซาะในผนังหลอดเลือดเออร์ดำ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน รวมทั้งภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และเมื่อพบแล้วให้แก้ไขตามสาเหตุ

ระยะที่อาการทางระบบประสาทคงที่ และผ่านพ้นภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันในช่วง 72 ชั่วโมงแรก ควรแบ่งแผนการรักษาเป็น 2 กรณี คือ

1. กรณีที่เคยได้รับการรักษาความดันโลหิตสูงมาก่อนที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรพิจารณาให้ยาลดความดันโลหิตชนิดรับประทาน และควรเริ่มการรักษาก่อนผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

2. กรณีที่ไม่เคยได้รับการรักษาความดันโลหิตสูงมาก่อน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรเริ่มให้การรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตชนิดรับประทาน เมื่อความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มม.ปรอท โดยมีระดับความดันโลหิตเป้าหมาย คือ 120-130/70-79 มม.ปรอท โดยเฉพาะผู้ที่ไม่มีสมองขาดเลือดชนิด lacunar (lacunar stroke) การลดความดัน SBP ให้ต่ำกว่า 130 มม.ปรอท อาจสามารถลดการเกิดเลือดออกในสมองได้ ในผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การลดความดันโลหิตลงจะช่วยลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้มาก อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยบางรายที่มีอาการสมองขาดเลือดชั่วคราว หรือสมองขาดเลือดที่เกิดขึ้นซ้ำๆ สัมพันธ์กับความดันโลหิตที่ลดลง ผู้ป่วยกลุ่มนี้พบได้น้อยและมักจะพบร่วมกับการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมอง การลดความดันโลหิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ และอาจต้องพิจารณาระดับความดันโลหิตเป้าหมายที่เหมาะสมเป็นรายๆ ไป

สำหรับชนิดของยาลดความดันโลหิตที่ใช้ อาจเลือกใช้ยาชนิดใดก็ได้ที่สามารถลดความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย แพทย์ควรพิจารณาผู้ป่วยเป็นรายๆ โดยดูจากโรคที่เป็นร่วมภาวะแทรกซ้อน และสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อย่างไรก็ตามมีหลักฐานว่าการใช้ยาในกลุ่ม ACEIs ร่วมกับยาขับปัสสาวะมีประโยชน์ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำจึงอาจเป็นยาที่เลือกใช้ก่อนยาอื่น

การดูแลผู้ป่วยติดเตียงระยะยาวจากโรคหลอดเลือดสมองแตกในชุมชน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกหลังจากพ้นระยะวิกฤตจากโรงพยาบาลแล้วส่วนใหญ่จะได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกายจิตใจ และสังคม บางรายเกิดความพิการ (ฉ้อฉลารมณ์ พันธมุง, อธิสร, อยู่ติลล, และอามิเนห์ จะปอ, 2561) เข้าสู่ภาวะติดเตียงที่ต้องดูแลในระยะยาวต่อไป สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องนอนติดเตียงในนี้ หมายถึง ผู้ที่มีสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง จนต้องใช้เวลาด้านใหญ่นอนอยู่บนเตียงขยับตัวได้บ้าง แต่ก็ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในบางเรื่องได้อย่างเต็มที่ เกิดจากการเจ็บป่วยจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตกและความดันโลหิตสูง การนอนติดเตียงยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ เช่น การเกิดแผลกดทับ การขาดสารอาหารอย่างรุนแรง เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินปัสสาวะ ดังนั้น ผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจึงมีความสำคัญมาก เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือไม่สามารถทำอะไรอย่างเต็มที่ ผู้ดูแล (care giver) เป็นบุคคลที่สำคัญยิ่งในการช่วยดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปที่บ้าน หน้าที่ดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ ของผู้ป่วย และยังเป็นการช่วยป้องกันผู้ป่วยจากโรคแทรกซ้อนตามมาอีกด้วย ซึ่งผู้ดูแล (care giver) ควรดูแลในเรื่องต่อไปนี้

1. การนอน ผู้ป่วยที่นอนติดเตียงจะไม่สามารถพลิกตัวเองได้ และหากต้องนอนอยู่ในท่าเดิมเป็นเวลานานๆ ก็อาจทำให้เกิดแผลกดทับ ซึ่งในระยะแรกอาจทำให้ลอกแค่ผิว แต่พอวันเข้าก็อาจลอกจนถึงชั้นกล้ามเนื้อ หรืออาจถึงชั้นกระดูกเลยทีเดียว และหากร่างกายปราศจากผิวหนังปกคลุมแล้ว โอกาสที่จะติดเชื้อก็มีมากขึ้น และอาจร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ดังนั้น ผู้ดูแลควรพลิกตัวผู้ป่วยทุกๆ 2 ชั่วโมง เปลี่ยนท่าในการนอน เช่น นอนหงาย นอนตะแคง และใช้ที่นอนลมห้องนอนควรจัดให้เหมาะกับการใช้งาน อยู่ชั้นล่างของบ้าน และมีพื้นที่มากพอในการวางเตียงผู้ป่วย เครื่องมือ และอุปกรณ์ทางแพทย์ นอกจากนี้ยังสะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน (สิรินธร ฉันทศิริกาญจน์, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, สันติลาภบุญกุล และคณะ, 2559)

2. การรับประทานอาหาร หากผู้ป่วยทานอาหารในท่านอน อาจจะทำให้สำลัก หรือปอดเกิดการอักเสบ หรือติดเชื้อเพราะเศษอาหารหลุดเข้าหลอดลม และที่แย่ไปกว่านั้นคือ เศษอาหาร

ขึ้นใหญ่อาจเข้าไปอุดหลอดลม ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดอากาศหายใจ ดังนั้น ผู้ดูแลควรจัดให้ผู้ปวยนั่งตรงก่อนจะรับประทานอาหาร โดยอาจใช้หมอนช่วยคั่นหลังให้ทรงตัว หรือปรับหัวเตียงผู้ป่วย ควรให้ผู้ปวยนั่งในท่าเดิมเพื่อให้อาหารย่อยก่อนสัก 1-2 ชั่วโมงแล้วจึงนอนลงได้

3. การจับถ่าย การใส่สายสวนปัสสาวะเข้าไปภายในร่างกายของผู้ป่วย เป็นการเพิ่มโอกาสในการติดเชื้อได้ง่ายผู้ดูแลควรเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะให้ผู้ปวยเป็นประจำทุก 2 - 4 สัปดาห์ และทำความสะอาดสายด้วยน้ำสบู่อ่อนๆ ทุกครั้ง และหากพบว่าปัสสาวะของผู้ปวยมีสีขุ่นข้น หรือปัสสาวะไม่ออก ควรรีบพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ใกล้บ้านทันที หากใส่แอมเพริส ควรตรวจสอบ และเปลี่ยนแอมเพริสให้ผู้ปวยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการรับเชื้อต่างๆ เข้าสู่ร่างกาย ปัญหาด้านการจับถ่าย อุจจาระ ท้องผูกจากติดเตียง นั่งๆ นอนๆ ทำให้แรงบีบของลำไส้น้อย รวมทั้งได้รับอาหารที่มีกากใยน้อย ดื่มน้ำน้อย หรือได้รับยาต้านโคลิเนอจิก ควรเพิ่มการเคลื่อนไหวทางกายโดยผู้ดูแลทำให้ ปรับอาหารผลไม้ที่มีกากใย เพิ่มปริมาณน้ำดื่มให้เหมาะสมจะช่วยแก้ปัญหาได้

4. การเคลื่อนไหวร่างกายและการฟื้นฟูสภาพ เป็นสิ่งที่สำคัญที่ผู้ดูแลต้องให้ความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลและทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทำกายภาพบำบัด ออกกำลังกายให้ผู้ปวยหรือกระตุ้นผู้ปวยให้ทำด้วยตนเอง การเคลื่อนไหวให้ผู้ปวย ควรทำช้าๆ และนุ่มนวล ขณะทำการเคลื่อนไหว ถ้าผู้ปวยมีอาการปวดมาก ควรหยุดทำแล้วปรึกษาแพทย์ ห้ามทำในกรณีสงสัยว่ากระดูกหักและเคลื่อน

5. ปากและฟัน ควรแปรงฟันด้วยแปรงสีฟันขนอ่อน และบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ หากผู้ปวยไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง ผู้ดูแลสามารถใช้ผ้าก๊อชพันค้ำตะเกียบชุบน้ำอุ่น ทำความสะอาดภายในช่องปาก

6. สุขภาพจิต ผู้ปวยแต่ละรายมีภาวะของโรคแตกต่างกัน แต่สิ่งที่คล้ายกันคือ ความเบื่อหน่าย และความทุกข์ที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้ดูแลสามารถหากิจกรรมต่างๆ มาทำร่วมกันผู้ปวย เพื่อผ่อนคลาย และลดความเศร้าลง มีสุขภาพจิตที่ดี ควรมีการประเมินสัญญาณเตือน ลดสิ่งกระทบความรู้สึก พุดคุยรับฟังให้กำลังใจ ให้มีส่วนร่วมในการในการตัดสินใจ หมั่นชื่นชมความดี (สิรินธร ฉันทศิริกาญจน, ศิริพันธ์ สาสดี, สันติ ลาภเบญจกุล และคณะ, 2559)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การพยาบาลและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่อยู่ใน ICU หรือระยะเฉียบพลัน (Early Rehabilitation) การวางแผนจำหน่ายและการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จะช่วยให้การฟื้นตัวทางด้านสมองและกำลังกล้ามเนื้อเร็วขึ้น และยังสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2558)

1. กิจกรรมการพยาบาลในการส่งเสริมและเตรียมความพร้อมให้ผู้ปวยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

1.1 ประเมินสภาพและความสามารถของผู้ปวยและญาติ ในการให้อาหาร แนะนำการดูแลความสะอาดของร่างกาย การแต่งตัว การเคลื่อนไหว ตลอดจนการเคลื่อนย้ายจากเตียงไปที่เก้าอี้ ฯลฯ เพื่อวางแผนในการช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

1.2 สอนและฝึกผู้ปวย ญาติ/ผู้ดูแล (caregiver) เกี่ยวกับ

1.2.1 การดูแลเพื่อให้ผู้ปวยได้รับสารอาหารและน้ำครบถ้วน ตลอดจนการเลือกชนิดอาหารที่ เหมาะสมกับสภาวะโรคของผู้ปวย

1.2.2 กรณีที่ผู้ปวยมีปัญหาการเคี้ยวและการกลืน แนะนำและฝึกวิธีการกลืนอย่างถูกวิธีสอนและแนะนำให้ผู้ดูแลช่วยผู้ปวยในการเลือกอาหารที่เคี้ยวง่ายและสะดวกต่อการกลืน เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม เป็นต้น โดยให้ผู้ปวยอยู่ในท่านั่งตัวตรง 90 องศา และจัดศีรษะตั้งตรงขณะรับประทานอาหาร ในกรณีที่ผู้ปวยจำเป็นต้องให้อาหารทางสายยาง จะต้องฝึกทักษะให้กับญาติ/ผู้ดูแล รวมทั้งการจัดเตรียมสูตรอาหาร และการปั่นอาหารผสม

1.2.3 การสอนและฝึกผู้ปวย/ญาติ เกี่ยวกับ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั่วไป เช่น วิธีแปรงฟัน การอาบน้ำ หรือ เช็ดตัว การสวมใส่หรือถอดเสื้อผ้า

1.2.4 สอนและฝึกผู้ปวย/ญาติ ให้สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ปวยเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น เช่น ให้ผู้ปวยออกกำลังกายแบบ active - passive exercise อย่างน้อยวันละ 2 ครั้งในขณะที่ผู้ปวยนอน ควรจัดท่านอนให้ผู้ปวยตามแนวปกติของร่างกาย ดูแลให้ระดับประคองแขน-ขาข้างที่ อ่อนแรงทุกครั้งที่คุณผู้ปวยทำกิจกรรม ไม่ควรดึงแขน-ขาข้างที่อ่อนแรง กระตุ้นให้ผู้ปวยใช้อุปกรณ์ในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เครื่องพยุงต่างๆ และจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมในการหิบบุคลิกและของใช้

2. กิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันและเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ

2.1 อธิบายให้ผู้ปวยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่องห้ามหยุดยาหรือเพิ่มขนาดยาเอง

2.2 อธิบายและให้คำแนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมที่จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เช่น การจัดการกับความเครียด หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

2.3 อธิบายถึงอาการและอาการแสดงที่ผู้ปวยต้องมาพบแพทย์ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน แขน-ขาอ่อนแรง สูญเสียความรู้สึก การควบคุมการทรงตัวมากขึ้น มีความผิดปกติของสายตามากขึ้น ง่วงซึม กระสับกระส่าย สับสนมากขึ้น พูดลำบาก ไม่เข้าใจคำพูด ไม่สามารถแสดงออกเพื่อการสื่อสารได้มากขึ้น

2.4 อธิบายให้ผู้ปวยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการกลับมาพบแพทย์ตามนัด

2.5 เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมฟังการให้ความรู้และคำแนะนำร่วมกับผู้ป่วย ให้เวลาในการซักถามและทำความเข้าใจ

3. กิจกรรมการพยาบาลในกรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการสื่อสาร

3.1 ประเมินความสามารถการสื่อสารของผู้ป่วย เช่น พูดไม่ชัด พูดลำบาก ไม่เข้าใจคำพูดหรือภาษาในการสื่อสาร ไม่สามารถแสดงออกเพื่อการสื่อสารได้

- ถามคำถามที่สามารถตอบได้ด้วยคำว่า “ใช่” หรือ “ไม่” เช่น คุณรู้สึกร้อนไหม

- ถามคำถามตรงกันข้าม เช่น คุณรู้สึกหนาวไหม เป็นการตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจจริงหรือไม่ถ้าผู้ป่วยพูดไม่ได้ให้พยักหน้าแทน

- ถามคำถามที่สั้นและง่ายและแสดงลักษณะท่าทางประกอบ

- ผู้ประเมินหรือสหวิชาชีพอื่นอยู่ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ หรือ อยู่ในลานสายตาผู้ป่วยที่สามารถเห็นได้

4. กิจกรรมการพยาบาลในกรณีที่มีผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ-ปัสสาวะ

4.1 ประเมินความสามารถในการขับถ่ายปัสสาวะ ดังนี้

4.1.1 ดูแลให้ดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มอุ่นๆ อย่างน้อยวันละ 2,000-3,000 มิลลิลิตร

4.1.2 ประเมินความสมดุล โดยบันทึกจำนวนน้ำเข้า-น้ำออก

4.1.3 ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ในรายคาสาขาสวนปัสสาวะอย่างน้อย วันละ 2 ครั้ง

5. กิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อในระบบทางเดิน

ปัสสาวะ ข้อติดขัด ผลกดทับ อุบัติเหตุจากการพลัดตกหล่นล้ม

ควรมีการเฝ้าระวังและประเมินตามมาตรฐานทางการพยาบาล

6. กิจกรรมการพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

6.1 ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พร้อมเอกสารความรู้ของโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันปัจจัยเสี่ยงเรื่องต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ

การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ฯลฯ

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป : ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 66 ปี รูปร่างสันทนต์ ผิวดำแดง ส่วนสูง 158 เซนติเมตร น้ำหนัก 50 กิโลกรัม สถานภาพ สมรส เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 4 ประกอบอาชีพค้าขาย ภูมิลาเนา จังหวัดสระแก้ว

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล : ปวดศีรษะ แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการสับสน มีอาการชาที่แขนขาเล็กน้อย 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ แขนขาอ่อนแรง ข้างซ้าย ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ได้รับการตรวจสมองด้วยCT (computer tomography) : A 2.2 X 2.7 X 3.7 cm, acute hematoma with mild perilesional edema involving deep white matter of right frontal lobe, right basal ganglia, posterior limb of Right internal capsule and right thalamus with mild pressure effect. Few small hypodense lesions at right caudate nucleus and left basal ganglia, probably old lacunar infarction. Small amount of acute IVH in bilateral and third ventricles. Mild hydrocephalus. แพทย์ได้ผ่าตัดระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมอง 4 ครั้ง ใส่ท่อช่วยหายใจและผ่าตัดเจาะคอใส่ท่อหลอดลม ใส่สายยางให้อาหารและใส่สายสวนปัสสาวะ รักษาในโรงพยาบาล เป็นระยะเวลา 2 เดือน และได้จำหน่ายกลับบ้าน อาการผู้ป่วยก่อนกลับบ้านผู้ป่วยรู้สึกดี ตอบสนองได้บ้าง สื่อสารได้น้อย E4 VTM5 อ่อนแรงทั้งสองข้าง ช่วยเหลือตนเองน้อย Barthel Index ADL 20

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้วรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ขาดยา ขาดนัดไปนาน 4 เดือน ปฏิเสธโรคติดต่อทางพันธุกรรม

ประวัติการแพ้ยาและแพ้อาหาร : ผู้ป่วยปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหารและสารเคมี

วินิจฉัยครั้งสุดท้าย : Hemorrhagic stroke, Rt. Basal ganglia and Hypertention

ระยะเวลารับไว้ในการรักษาต่อเนื่องที่บ้าน : 6 พฤศจิกายน 2565 - 6 มีนาคม 2566

สภาพโดยทั่วไปแรกพบ

ลักษณะทั่วไป : ผู้หญิงไทย ผิวดำแดง รู้สึกตัวดี ลิ้นตาได้เอง พูดไม่ได้ ทำตามคำสั่งได้บ้าง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ รูปร่างสันทนต์ น้ำหนัก 50 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร BMI 20.09 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 106 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 165/96 mmHg การตรวจร่างกายตามระบบดังนี้

ผิวหนัง : สีผิวดำแดง ไม่ซีด มีผื่นแดง มีแผลกดทับที่ก้นกบ ขนาด 2X2X1cm. แผลแดงดี ปิดผ้าก๊อช มีdischarge สีเหลืองใส

ศีรษะ : ศีรษะและใบหน้าสมมาตรกันทั้ง 2 ข้างรูปร่างพื้นฐานปกติ ไม่พบก้อนเนื้อและรอยโรค, มีรอยแผลเป็น

ที่ด้านขวาของศีรษะจากการทำ Ventriculostomy

ตา : สมมาตรกัน เยื่อบุตาปกติสีตาได้เอง 2 ข้าง
รูม่านตามีขนาดประมาณ 2 มม. เลนส์ตาไม่ขุ่น การเคลื่อนไหว
ของลูกตาในทุกทิศทางปกติ

หู : ใบหูปกติ ไม่พบก้อนเนื้อบริเวณหูด้านนอก ไม่มี
รอยโรค การได้ยินปกติทั้ง 2 ข้าง

จมูก : สมมาตร ภายนอกปกติ, เยื่อบุจมูกบวมเล็กน้อย
มีสีชมพู

ปากและลำคอ : ปากเบี้ยวด้านซ้าย เยื่อบุช่องปาก
เป็นปกติมีสีชมพู, ไม่มีรอยเขียวม่วง, ลิ้นไก่อยู่ในแนวกลาง,
เพดานอ่อนและเพดานแข็งไม่มีรอยโรค, ต่อมทอนซิลไม่มี
อาการบวม มีต่อไธที่คอ แผลแห้งดี ไม่มี dischargeใดๆ

ต่อมน้ำเหลือง : คลำไม่พบก้อน ต่อมน้ำเหลืองไม่โต

ทรวงอกและปอด : รูปร่างปกติ ฟังเสียงหัวใจ ไม่มีเสียง
ผิดปกติ(murmur) หายใจไม่หอบเหนื่อย

ท้อง : คลำท้องนิ่ม ไม่มีก้อน ตรวจโดยการเคาะมีเสียง
กังวานคลำไม่พบตับและม้ามโต ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของ
ลำไส้ปกติประมาณ 4 - 6 ครั้ง/นาที มีคลจับบริเวณสะดือ
เล็กน้อย

ทางเดินปัสสาวะ : ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ มีสีเหลือง
มีตะกอนปน มีปัสสาวะในถุงปริมาณ 600 มล.

กล้ามเนื้อและข้อ : แขนขวาและขาข้างขวา ขยับได้ อ่อนแรง
เล็กน้อย แขนซ้ายและขาข้างซ้ายอ่อนแรง ไม่มีภาวะข้อติด
บริเวณข้อต่าง ๆ ไม่มีกล้ามเนื้อลีบ ไม่มีอาการบวม ไม่มีผิด
รูป

ระบบประสาทและสมอง : ผู้ป่วยมีภาวะสับสน Glasgow
Coma Scale = 11 (E4 VTM5) ปฏิกริยาตอบกลับผิดปกติ
แขนขาซ้ายอ่อนแรงมากกว่าแขนขาข้างขวา ช่วยเหลือตัวเอง
ไม่ได้ แขนขาข้างขวา Motor power อยู่ระดับ 4 แขนขาข้าง
ซ้าย Motor power อยู่ระดับ 1

สรุป

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองแตก มีเลือดออกสมองและ
มีภาวะความดันโลหิตสูง จากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ
ผู้ดูแลไม่มีเวลาดูแลใกล้ชิด อีกทั้งผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีความ
เสื่อมทางกายภาพตามวัย จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดเส้นเลือดในสมองแตก
แพทย์รักษาด้วยยา ไม่ได้ผ่าตัด จากอาการโรคดังกล่าว
นำมาสู่ภาวะติดเชื้อที่ต้องดูแลในระยะยาว การพยาบาลที่บ้าน
ที่สำคัญคือการดูแลกิจวัตรประจำวัน การฝึกทำกายภาพบำบัด
ที่บ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความพิการ ลดภาวะแทรกซ้อน
ต่างๆ จึงต้องติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง
ซึ่งการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยนี้ถ้าเริ่มการฟื้นฟูได้เร็วก็จะส่งผลให้

ผู้ป่วยกลับมาคงสภาพเดิมได้เร็วไม่มากก็น้อยและสามารถช่วย
เหลือตนเองทำกิจวัตรประจำวันได้โดยพึ่งพาผู้อื่นให้น้อยลง
ดังนั้นรายนี้ ผู้ดูแล (Care giver) คือหัวใจสำคัญในการดูแล
ฟื้นฟูผู้ป่วย การปรับบ้านและสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะ
กับผู้ป่วย พยาบาลชุมชนต้องให้การดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแล
รวมทั้งครอบครัว ดึงศักยภาพชุมชนซึ่งส่วนสำคัญที่ช่วยให้
ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และพัฒนาได้อย่างมีศักยภาพ โดยสิ่งสำคัญ
พยาบาลชุมชนต้องฝึกทักษะผู้ดูแลให้มีความรู้ ทักษะในการฝึกฝน
ดูแลผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ทำกิจวัตร
ประจำวัน ตลอดจนการกระตุ้นความจำ มีส่วนสำคัญในการ
พัฒนาสมองและกล้ามเนื้อของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องหมั่น
สังเกตสภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย และสามารถปรับ
กิจกรรมการฝึกได้อย่างเหมาะสมในช่วงเวลานั้น ๆ โดยผู้ดูแล
ที่ได้รับการฝึกฝนมาเป็นอย่างดีมีความสำคัญในการสร้างความ
เข้าใจ ความเชื่อมั่น และช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว
โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะ

1. ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะแรก
ที่กลับสู่ชุมชนนั้นมีความยุ่งยาก สำหรับรายนี้ขาดผู้ดูแลที่
ชัดเจนจึงเป็นปัญหาและอุปสรรคในการดูแลอย่างต่อเนื่อง
การวางแผนจำหน่ายร่วมกับหอผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญในการ
เตรียมความพร้อมการดูแล การดึงศักยภาพการมีส่วนร่วมของ
ชุมชน และองค์กรส่วนท้องถิ่น

2. พยาบาลจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยและติดตามเยี่ยม
อย่างต่อเนื่องร่วมกับผู้ดูแล

3. จัดมีการฟื้นฟูพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเพื่อ
เป็นการเพิ่มพูนความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเป็น
ประจำอย่างต่อเนื่อง

4. การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวโรคหลอดเลือดสมองแตก
ควรทำงานในรูปแบบการดูแลแบบองค์รวม โดยอาศัยทีม
สหสาขาวิชาชีพทำงานเป็นทีม เพื่อการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ
อารมณ์ และสังคมอย่างต่อเนื่อง เพื่อไม่ให้เกิดซ้ำอีก (จุฑาทิพย์
เทพสุวรรณ, วินัส ลิฬหกุล, และทิพา ต่อสกุลแก้ว, 2561)
และควรจัดโปรแกรมการป้องกันการเกิดโรคซ้ำโดยการรับ
ประทานยาสม่ำเสมอ การพบแพทย์ตามนัด การควบคุมอาหาร
และมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม (Burnier & Egan Brent,
2019)

5. จัดให้มีกิจกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด
สมองในกลุ่มเสี่ยงต่างๆเพื่อลดความรุนแรงโรค ลดภาระค่าใช้จ่าย
ของครอบครัวและประเทศชาติ (ฉิรณัฐ วรโชตง, อนุวัฒน์
สุรินราช, จิราภรณ์ จำปาจันทร์ และคณะ (2565))

อ้างอิง

จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ, วินัส ลิพกุล, และทิพา ต่อสกุลแก้ว. (2561). ผลของโปรแกรมป้องกันการเกิดซ้ำ สำหรับโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดนครปฐม. วารสารสมาคมโรคหลอดเลือด สมองไทย, 17(1), 5-18.

สิรินธร ฉันทศิริกาญจน, ศิริพันธุ์ ศาสต์ย์, สันติ ลาภเบญจกุล และคณะ. (2559). คู่มือการดูแลระยะยาว (Long Term Care) สำหรับทีมหมอกรอบครัว. กรุงเทพฯ:ไซเบอร์พริ้นท์กรุ๊ป.

ชาญพงศ์ ดังคณะกุล. (ม.ป.ป.). เส้นเลือดในสมองตีบแตก. สืบค้นวันที่ 22 ธันวาคม 2565, จาก <https://www.bangkokinternationalhospital.com/th/health-articles/disease-treatment/a-leader-%20in-stroke-treatment-and-care>

ณัฐวิวัฒน์ พันธุ์มุง, อลิสร่า อยู่เลิศลบ, และอาณินะห์ เจปะปอ. (2561). ประเด็นสารธรรมะวันอัมพาคโลกปี 2561. ค้นเมื่อ 10 มกราคม 2566, จาก <http://www.thaincd.com/2016/news/announcement-detail.php?id=13251&gid=16>

ฉิรนุช วรโธสง, อนุวัฒน์ สุรินราช, จิราภรณ์ จำปาจันทร์ และคณะ (2565). ผลของโปรแกรมป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในชุมชน. วารสารวิชาการสุขภาพและสิ่งแวดล้อม, 1(1), 619. <https://doi.org/10.55674/ajhe.v1i1.619>

นิพนธ์ พวงวารินทร์. (2534). โรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.

สถาบันประสาทวิทยา. (2558). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ : ธนาเพรส.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562. เชียงใหม่ : ทรिकิ่ง.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2561). รายงานประจำปีสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2561. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์.

อุดม สุทธิพนไพศาล. (2563). โรคหลอดเลือดสมอง. สืบค้นวันที่ 21 กันยายน 2563, จาก <https://www.med-parkhospital.com/content/stroke>

American Stroke Association. (2021). Life after stroke. Retrieved from <http://www.stroke.org/en/Professionals>.

Burnier, M., & Egan Brent, M. (2019). Adherence in hypertension. *Circulation Research*, 124(7), 1124-1140.

Chin, Y.Y., Sakinah, H., Aryati, A., & Hassan, B.M. (2018). Prevalence, risk factors and secondary Prevention of stroke recurrence in eight countries from South East and Southeast Asia: A scoping review. *Medical Journal of Malaysia*, 73(2), 90-99.

World Stroke Organization. (2018). World stroke organization annual report 2018. Retrieved From <https://www.world-stroke.org>.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดยาเสพติดของผู้เข้ารับการรักษา รักษาเสพติดจังหวัดสมุทรสาคร

จิตติมา จิระชีวี

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลของผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาในจังหวัดสมุทรสาคร ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดยาเสพติดของผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาในจังหวัดสมุทรสาคร และศึกษารูปแบบการดำเนินงาน ผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดจังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 329 คน ที่เข้ารับการรักษาในจังหวัดสมุทรสาคร ในระหว่างเมษายน 2566 ถึงเดือน มิถุนายน 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยทางเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์กับบิดามารดา ความสัมพันธ์กับเพื่อน ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการป้องกัน ทักษะการต่อต้านยาเสพติด สุขภาพจิตและการปรับตัว บุคลิกภาพและการติดยาเสพติด มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.21 - 0.79 มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.83 - 0.93 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย และวิเคราะห์ข้อมูลงานยาเสพติด ด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยปรากฏว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดยาเสพติดของผู้เข้ารับการรักษาในจังหวัดสมุทรสาคร ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้ปกครองที่ไม่ดี และความสัมพันธ์กับเพื่อนทางลบ โดยมีความสัมพันธ์กับการติดยาเสพติด อาการระดับรุนแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นไม่พบความสัมพันธ์ ด้านปัจจัยที่ไม่พบความสัมพันธ์กับการติดยาเสพติดอาการระดับเบื้องต้นของผู้เข้ารับการรักษาในจังหวัดสมุทรสาคร มีจำนวน 14 ตัวแปร ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ฐานะทางเศรษฐกิจดี ความสัมพันธ์กับผู้ปกครองที่ดี ความสัมพันธ์กับผู้ปกครองที่ไม่ดี ความสัมพันธ์กับเพื่อนทางบวก ความสัมพันธ์กับเพื่อนทางลบ ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการป้องกันมาก ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการป้องกันน้อย ทักษะการต่อต้านยาเสพติดด้านบวก ทักษะการต่อต้านยาเสพติดด้านลบ สุขภาพจิตและการปรับตัวดี สุขภาพจิตและการปรับตัวไม่ดี บุคลิกภาพแบบเก็บตัว และบุคลิกภาพแบบ

เปิดเผย ส่วนปัจจัยที่ไม่พบความสัมพันธ์กับการติดยาเสพติด อาการระดับรุนแรง มีจำนวน 12 ตัวแปร ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ฐานะทางเศรษฐกิจดี ความสัมพันธ์กับผู้ปกครองที่ดี ความสัมพันธ์กับเพื่อนทางบวก ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการป้องกันมาก ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการป้องกันน้อย ทักษะการต่อต้านยาเสพติดด้านบวก ทักษะการต่อต้านยาเสพติดด้านลบ สุขภาพจิตและการปรับตัวดี สุขภาพจิตและการปรับตัวไม่ดี บุคลิกภาพแบบเก็บตัว และบุคลิกภาพแบบเปิดเผย

ข้อเสนอแนะ ควรเน้นให้ครอบครัวและชุมชนบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ผ่านการบำบัด และควรศึกษาปัญหายาเสพติดในสถานศึกษาในประเด็นสิ่งที่ชักจูงและยั่วยุที่นำไปสู่การเสพยาเสพติดเพื่อจะได้หาแนวทางในการป้องกันและแก้ไขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทนำ

การระบาดของยาเสพติดมีผลกระทบต่อมวลมนุษยชนอย่างมากโดยในด้านสุขภาพของผู้เสพยาเสพติดมีผลให้ทรุดโทรมอย่างรวดเร็ว นอกจากนั้นยังก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ในสังคมอีกมากมายอาทิเช่น ปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว เนื่องจากผู้เสพยาจะมีความต้องการใช้ยาเสพติดในปริมาณเพิ่มขึ้นตลอดเวลา จึงจำเป็นต้องหาเงินมาซื้อยาเสพติดให้เพียงพอกับความต้องการ ส่งผลทางการเงินคือ เป็นการบ่อนทำลายความเข้าใจอันดีระหว่างประเทศ เช่น ในกรณีชาวพม่าพลัดถิ่นได้พยายามผลิตและขายยาเสพติด เพื่อนำเงินไปซื้ออาวุธสงครามมาใช้ในการต่อสู้เรียกร้องเอกราชอันเป็นจุดที่ทำให้นานาประเทศเกิดความเข้าใจว่า ประเทศไทยให้การสนับสนุนกลุ่มดังกล่าว (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2565)

จากการศึกษาเกี่ยวกับประมาณการจำนวนผู้เสพยาเสพติดในประเทศไทย พบว่ามีจำนวนผู้เสพยาเสพติด 3,650,000 คน และในแต่ละภาคมีปัญหายาเสพติดแตกต่างกัน คือ ภาคอีสานมีจำนวนผู้เสพยาเสพติดมากที่สุด รองลงมาคือ กรุงเทพฯ ภาคใต้ ภาคกลางและภาคเหนือตามลำดับ ชนิดยาเสพติดที่พบมากที่สุดคือ ยาบ้า สารระเหย เฮโรอีน และกัญชา ตามลำดับ

(สุกัญญา เจียมประชา ,2564) อัตราผู้เสพยาเสพติดจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 15 – 24 ปี พบมากที่สุดถึงร้อยละ 99.01 กลุ่มอายุ 25 – 59 ปี และกลุ่ม 10 – 14 ปี พบตามลำดับ ผู้เสพยาเสพติดเป็นเพศชายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.34 และพบว่าจำนวนผู้ที่เข้ารับการรักษากลุ่มผู้ที่เสพยาบ้าร้อยละ 82.5 เป็นเด็กและเยาวชนอายุไม่เกิน 25 ปี ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการใช้ยาบ้าเปลี่ยนจากจุดประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานไปเป็นเพื่อความสนุกสนานและต้องการเข้ากับกลุ่มเพื่อน (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2564)

จากข้อมูลพบว่าสิ่งที่เป็จุดเริ่มต้นของการทดลองเสพยาเสพติดคือ สภาพครอบครัวไม่สมบูรณ์ ครอบครัวที่บิดามารดาทะเลาะเบาะแว้งกันเป็นประจำ ครอบครัวมีปัญหาการหย่าร้าง ครอบครัวที่บิดาหรือมารดาหรือทั้งบิดาและมารดาเสียชีวิต ครอบครัวที่บิดามารดาไม่มีเวลาดูแลอบรมสั่งสอนลูกอันเนื่องมาจากหน้าที่การงานหรือปัญหาเศรษฐกิจ รวมทั้งครอบครัวที่ลูกรู้สึกว่บิดามารดาร์กลูกไม่เท่ากัน ทั้งนี้ปัญหาส่วนใหญ่มีสาเหตุจากบิดามากกว่ามารดา และส่วนใหญ่ช่วงเวลาที่เกิดปัญหาครอบครัวจะเป็นช่วงที่ลูกอยู่ในวัยเด็กจนถึงวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่ต้องการเพื่อนเมื่อไม่มีความสุขในครอบครัวก็จะหาความสุขจากการคบเพื่อนมาชดเชย แต่เนื่องจากเด็กได้รับการอบรมเลี้ยงดูในครอบครัวไม่สมบูรณ์ จึงขาดทักษะหรือวิจารณญาณในการเลือกคบเพื่อนและพร้อมที่จะทำตามที่เพื่อนชักชวนโดยไม่คำนึงถึงความเหมาะสม ถ้าสถานการณ์เช่นนี้ประกอบกับลักษณะบุคลิกภาพส่วนบุคคล เช่น การชอบลองชอบการท้าทาย มีบุคลิกภาพแบบทะลุคุดันรวมถึงการขาดความรัก ความภาคภูมิใจในครอบครัว เด็กก็จะมีโอกาสกลายเป็นคนติดยาเสพติดในที่สุด (วันชัย ธรรมสังการ และคณะ, 2564)

ผู้ติดยาเสพติดให้โทษจะถูกพิษภัยของยาเสพติดครอบงำจนก่อให้เกิดโทษร้ายแรงต่าง ๆ นับตั้งแต่ร่างกายและจิตใจของตนเอง ทรัพย์สินทั่วไป นั่นคือสิ่งเสพติดมีโทษต่อตนเองทั้งต่อร่างกายและจิตใจมีโทษต่อครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมและการปกครอง สูญเสียความมั่นคงของประเทศด้านต่าง ๆ จนหมดสิ้น (สนธิ สมักรการ และคณะ,2563) ดังนั้นหากประชาชนได้รู้ถึงโทษและอันตรายของยาเสพติดดังกล่าวมาแล้ว ก็จะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้รู้จักป้องกันตนเอง และหลีกเลี่ยงจากยาเสพติดให้โทษได้ สาเหตุที่ทำให้เยาวชนติดยาเสพติดให้โทษนั้น กองกำกับการสวัสดิภาพเด็กและเยาวชนกรมตำรวจได้รวบรวมสาเหตุที่ทำให้ติดยาเสพติดไว้ 6 ประการ ประการแรกสาเหตุมาจากครอบครัวและผู้ปกครองแตกแยกหรือหย่าร้าง การไม่เอาใจใส่และทอดทิ้งเด็ก ผู้ปกครองเด็กกลุ่มหลงใหลอบายมุขต่าง ๆ ขาดความรู้ทางจิตวิทยารวมทั้งปัญหาด้านเศรษฐกิจในครอบครัว สาเหตุที่สองสาเหตุจากโรงเรียนและ

การศึกษา เช่น อัตราส่วนของครูกับนักเรียนไม่เพียงพอ มีการอบรมทางด้านศีลธรรมน้อย การส่งเสริมด้านกีฬาไม่เพียงพอ ขาดการควบคุมด้านระเบียบวินัย ครูมีคุณสมบัติไม่เพียงพอ สถานที่และสิ่งแวดล้อมของโรงเรียนไม่เหมาะสม ประการที่สามสาเหตุจากสิ่งแวดล้อมและการถูกชักชวน เช่น บ้านพักหรือโรงเรียนมีตัวอย่างที่ไม่ดีให้เห็นเป็นประจำ ทุกวัน เช่น หนังสือเอกสารต่าง ๆ และสื่อวิทยุ โทรทัศน์ ภาพยนตร์ เป็นตัวอย่างไม่ดีให้เด็กประพฤติตามมีอันธพาลหรือลูกพี่ที่ไม่ดีเป็นผู้ชักนำ เพื่อนฝูงชักนำไปในทางที่ชั่ว เป็นต้น ประการที่สี่สาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม เช่น การหลงเชื่อความซลังและลัทธิบางอย่าง การรับเอาวัฒนธรรมต่างชาติเข้ามา โดยมีได้คำนึงถึงความเหมาะสม การส่งเสริมสิทธิเสรีภาพจนเกินควรการแพร่ข่าวเกินความจริง การเปลี่ยนแปลงจากสังคมชนบทเป็นสังคมเมืองอย่างรวดเร็ว เป็นต้น ประการที่ห้า สาเหตุจากปัญหาทางร่างกายและจิตใจ เช่น ความผิดปกติของร่างกาย โรคภัยไข้เจ็บ เชาวปัญญาและความสามารถเฉพาะตัว อารมณ์และบุคลิกภาพที่แตกต่างจากคนอื่น ความผิดปกติทางจิตใจ เป็นต้น ประการที่หก สาเหตุจากปัญหาทางเศรษฐกิจ เช่น พ่อแม่ ผู้ปกครองมีฐานะครอบครัวที่ยากจนมาก หรือพ่อแม่ร่ำรวย แต่ตามใจเด็กมากเกินไป หรือตระหนี่มากเกินไป เด็กและเยาวชนอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นชุมชนหนาแน่น แหล่งเสื่อมโทรม แหล่งอบายมุข หรือแหล่งอุตสาหกรรม ได้พบเห็นตัวอย่างที่ไม่ดีอยู่เป็นประจำ ได้พบเห็นคนที่ไม่ดีมีความร่ำรวย จึงเป็นสิ่งยั่วใให้อยากรวยมากขึ้น ซึ่งการค้ายาเสพติดก็เป็นอีกทางหนึ่งที่ทำให้รวยเร็ว ทั้ง ๆ ที่รู้ว่าเป็นการกระทำที่ไม่ดีและผิดกฎหมาย (บุญสม มาร์ติน และคณะ, 2563)

จากการศึกษาที่ชี้ให้เห็นในลักษณะเดียวกันว่า สาเหตุที่นักเรียนติดยาเสพติดให้โทษนั้นเป็นผลมาจากการอยากทดลองหรืออยากสนุกคิดเป็นร้อยละ 72.4 รองลงมาจากเพื่อนหรือบุคคลที่รู้จักชักชวนให้เสพ คิดเป็นร้อยละ 28.6 สภาพสังคมปัจจุบันเข้าวนให้ประพฤติตาม คิดเป็นร้อยละ 16.3 มีปัญหภายในครอบครัวของตนคิดเป็นร้อยละ 15.3 และมีสาเหตุจากโรงเรียนหรือครูน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 1.3 (กษมา สุขสวนธ์, 2563) และผลการวิจัยที่ชี้ให้เห็นในทำนองเดียวกันว่าสิ่งที่เป็จุดเริ่มต้นของการทดลองเสพยาเสพติดคือสภาพครอบครัวไม่สมบูรณ์ครอบครัวที่บิดามารดาทะเลาะเบาะแว้งกัน เป็นประจำ ครอบครัวมีปัญหาการหย่าร้าง ครอบครัวที่บิดาหรือมารดาหรือทั้งบิดาและมารดาเสียชีวิต ครอบครัวที่บิดามารดาไม่มีเวลาดูแลอบรมสั่งสอนลูกอันเนื่องมาจากหน้าที่การงานหรือปัญหาเศรษฐกิจ รวมทั้งครอบครัวที่ลูกรู้สึกว่บิดามารดาร์กลูกไม่เท่ากัน ทั้งนี้ปัญหาส่วนใหญ่มีสาเหตุจากบิดามากกว่ามารดา และส่วนใหญ่ช่วงเวลาที่เกิดปัญหาครอบครัวจะเป็นช่วงที่ลูกอยู่ในวัยเด็กจนถึงวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่ต้องการเพื่อน เมื่อไม่มี

ความสุขในครอบครัวก็จะหาความสุขจากการคบเพื่อนมาชดเชย แต่เนื่องจากเด็กได้รับการอบรมเลี้ยงดูในครอบครัวไม่สมบูรณ์ จึงขาดทักษะหรือวิจรรณญาณในการเลือกคบเพื่อน และพร้อมที่จะทำตามสิ่งที่เพื่อนชักชวนโดยไม่คำนึงถึงความเหมาะสม ถ้าสถานการณ์เช่นนี้ผนวกเข้ากับลักษณะบุคลิกภาพส่วนบุคคล เช่น การชอบลอง ชอบการทำหาย มีบุคลิกภาพแบบทะลุคั้น รวมถึงการขาดความรักความภาคภูมิใจในครอบครัว เด็กก็จะมีโอกาสกลายเป็นคนติดยาในที่สุด (บุญชร เจือดี, 2564)

ผู้วิจัยในฐานะรับผิดชอบงานปัญหาเสพติดเป็นอีกปัญหาหนึ่งที่เป็นปัญหาหลักของชาติ ที่ต้องร่วมมือร่วมใจกันแก้ไข ปัญหาทุกภาคส่วน ซึ่งศึกษาค้นคว้าปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้ติดยาเสพติดจากงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องซึ่งมีทั้งปัจจัยภายในของผู้ติดยาและปัจจัยภายนอก รวมทั้งตระหนักถึงความสำคัญในการศึกษาวิจัยเรื่องยาเสพติด จึงได้สนใจศึกษาในเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดยาเสพติด ซึ่งเป็นการศึกษาทั้งปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก กล่าวคือปัจจัยภายใน ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจของบิดามารดา ความสัมพันธ์กับพ่อแม่และความสัมพันธ์กับเพื่อน ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการป้องกัน ทักษะการต่อต้านยาเสพติด สุขภาพจิต และการปรับตัว และบุคลิกภาพ ซึ่งการวิจัยนี้ถือเป็นแนวทางไปสู่การช่วยให้ข้อมูลสารสนเทศ โดยผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทางหนึ่งที่ใช้ประโยชน์ต่อการวางแผนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของจังหวัดสมุทรสาครต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลของผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในจังหวัดสมุทรสาคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดยาเสพติดของผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในจังหวัดสมุทรสาคร
3. เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงาน ผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดจังหวัดสมุทรสาคร

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์กับบิดามารดาความสัมพันธ์กับเพื่อน มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการติดยาเสพติด
2. ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการป้องกัน ทักษะการต่อต้านยาเสพติด สุขภาพจิตและการปรับตัว บุคลิกภาพ มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการติดยาเสพติด

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดยาเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด จังหวัดสมุทรสาคร เป็นการ

วิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Method Research) มีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในจังหวัดสมุทรสาคร ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดยาเสพติดของผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา และศึกษา รูปแบบการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติด จังหวัดสมุทรสาคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่มีอายุระหว่าง 15 - 30 ปี ที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในสถานบำบัดยาเสพติดจังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 365 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่มีอายุระหว่าง 15 - 30 ปี ที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในสถานบำบัดยาเสพติดจังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งเลือกมาจากประชากรที่สมัครใจเข้าร่วมตอบแบบสอบถาม คิดเป็นร้อยละ 90 ของกลุ่มประชากร จำนวน 329 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยเนื้อหา 8 ตอน ประกอบด้วย
 - ตอนที่ 1 แบบสอบถามฐานะทางเศรษฐกิจ
 - ตอนที่ 2 แบบวัดความสัมพันธ์กับผู้ปกครอง
 - ตอนที่ 3 แบบวัดความสัมพันธ์กับเพื่อน
 - ตอนที่ 4 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด
 - ตอนที่ 5 แบบวัดสุขภาพจิตและการปรับตัว
 - ตอนที่ 6 แบบวัดทัศนคติต่อยาเสพติด
 - ตอนที่ 7 แบบวัดบุคลิกภาพ เป็นแบบวัดบุคลิกภาพ
 - ตอนที่ 8 การศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลงานยาเสพติด

การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ

1. ศึกษาเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดยาเสพติด
2. ศึกษาเครื่องมือและเทคนิคในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. สร้างแบบสอบถามตามจุดมุ่งหมายและตัวแปรที่ต้องการศึกษา
4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน โดยผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะให้ปรับปรุง การใช้ภาษาและจำนวนข้อ ผู้วิจัยจึงดำเนินการปรับปรุงตามที่เสนอแนะ
5. นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารายงานตัวที่สำนักงานคุมประพฤติจังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งไม่ใช่

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาคุณภาพ ดังนี้

5.1 หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย (Item-total Correlation) ของแบบสอบถามแต่ละข้อ (บุญชม ศรีสะอาด, 2555) โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกผ่านเกณฑ์ซึ่งอยู่ระหว่าง 0.21 ถึง 0.76

5.2 หาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการป้องกันโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน (ชุดที่ตรวจแบบสอบถาม) โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ .80 - 1.00

5.3 หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยให้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Bach) (บุญชม ศรีสะอาด, 2555) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ระหว่าง เท่ากับ 0.83 - 0.93

6. นำแบบสอบถามที่ผ่านการทดลองใช้แล้วและตรวจสอบคุณภาพแล้ว จัดพิมพ์เป็นฉบับสมบูรณ์ สำหรับนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ความถี่และร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม
2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดยาเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดและการติดยาเสพติด
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัยภายนอก ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์กับผู้ปกครอง และความสัมพันธ์กับเพื่อน และปัจจัยภายใน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการป้องกัน ทักษะคิดต่อยาเสพติด สุขภาพจิตและการปรับตัวและบุคลิกภาพ และเปรียบเทียบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการติดยาเสพติด โดยใช้วิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (The Pearson Product Moment Correlation Coefficient)
4. รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลงานยาเสพติด ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ ด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับรักษายาเสพติดที่ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดจังหวัดสมุทรสาคร ส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี (ร้อยละ 91.49) มีความสัมพันธ์กับผู้ปกครอง ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ที่ไม่ดี (ร้อยละ 58.97) มีความสัมพันธ์กับเพื่อนส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวก (ร้อยละ 58.97) มีความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการป้องกันน้อย (ร้อยละ 55.92) มีทัศนคติส่วนใหญ่มีทัศนคติด้านบวก (ร้อยละ 57.45) มีสุขภาพจิตและ

การปรับตัวไม่ดี (ร้อยละ 64.44) และมีอาการระดับเบื้องต้น (ร้อยละ 69.91)

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการติดยาเสพติดโดยรวม ($\bar{X} = 4.38$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน 2 ด้าน มีรายละเอียดดังนี้ ด้านปัจจัยภายนอกมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ($\bar{X} = 2.96$) ความสัมพันธ์กับผู้ปกครองที่ไม่ดี ($\bar{X} = 3.40$) และความสัมพันธ์กับเพื่อนทางบวก ($\bar{X} = 3.65$) และด้านปัจจัยภายใน มีความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการป้องกันน้อย ($\bar{X} = 10.22$) ทักษะคิดต่อยาเสพติดด้านลบ ($\bar{X} = 3.51$) สุขภาพจิตและการปรับตัวไม่ดี ($\bar{X} = 3.40$) และมีบุคลิกภาพแบบเปิดเผย ($\bar{X} = 3.55$) และผู้รับการบำบัดรักษายาเสพติดที่ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด จังหวัดสมุทรสาคร โดยรวมมีการติดยาเสพติดอาการระดับรุนแรง ($\bar{X} = 3.76$)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดยาเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดจังหวัดสมุทรสาคร ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้ปกครองที่ไม่ดี และความสัมพันธ์กับเพื่อนทางลบ โดยมีความสัมพันธ์กับการติดยาเสพติดอาการระดับรุนแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นไม่พบความสัมพันธ์ ด้านปัจจัยที่ไม่พบความสัมพันธ์กับการติดยาเสพติดอาการระดับเบื้องต้นของผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในจังหวัดสมุทรสาคร มีจำนวน 14 ตัวแปร ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ฐานะทางเศรษฐกิจดี ความสัมพันธ์กับผู้ปกครองที่ดี ความสัมพันธ์กับผู้ปกครองที่ไม่ดี ความสัมพันธ์กับเพื่อนทางบวก ความสัมพันธ์กับเพื่อนทางลบ ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการป้องกันมาก ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการป้องกันน้อย ทักษะคิดต่อยาเสพติดด้านบวก ทักษะคิดต่อยาเสพติดด้านลบ สุขภาพจิตและการปรับตัวดี สุขภาพจิตและการปรับตัวไม่ดี บุคลิกภาพแบบเก็บตัว และบุคลิกภาพแบบเปิดเผย ส่วนปัจจัยที่ไม่พบความสัมพันธ์กับการติดยาเสพติดอาการระดับ มีจำนวน 12 ตัวแปร ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ฐานะทางเศรษฐกิจดี ความสัมพันธ์กับผู้ปกครองที่ดี ความสัมพันธ์กับเพื่อนทางบวก ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการป้องกันมาก ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการป้องกันน้อย ทักษะคิดต่อยาเสพติดด้านบวก ทักษะคิดต่อยาเสพติดด้านลบ สุขภาพจิตและการปรับตัวดี สุขภาพจิตและการปรับตัวไม่ดี บุคลิกภาพแบบเก็บตัว และบุคลิกภาพแบบเปิดเผย

4. ผลการวิเคราะห์งานบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดในระบบสมัครใจ

4.1 รูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดในระบบสมัครใจ ของจังหวัดสมุทรสาครได้ดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยมีกรอบแนวทางการดำเนินงาน ซึ่งยึดนโยบายของรัฐบาลที่ได้กำหนดให้ปัญหายาเสพติดเป็นวาระแห่งชาติ กำหนดยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเอาชนะ

ยาเสพติด โดยให้องค์กรที่เกี่ยวข้องทุกระดับนำไปปฏิบัติและให้พลังมวลชนเป็นปัจจัยสำคัญในการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติด การนำนโยบายด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติด / ผู้ติดยาเสพติด มาดำเนินการในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่ มีการประชุมผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน เพื่อชี้แจงนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม และบูรณาการในการจัดทำแผนงาน / โครงการด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติด/ผู้ติดยาเสพติด และกำหนดเป้าหมายการบำบัดรักษาร่วมกัน พร้อมทั้งนำปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานมาวางแผนหาแนวทางในการแก้ไข ปัญหาโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ และใช้เวทีการประชุมศูนย์ อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดจังหวัดสมุทรสาคร ในการติดตามความก้าวหน้า เพื่อรับทราบผลการดำเนินงาน การแก้ไขปัญหายาเสพติดและข้อเสนอแนะ

4.1.3 กำหนดให้การรายงานผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นสาระสำคัญ ที่ต้องรายงานภาพรวม โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมาย เป็นการติดตามควบคุมกำกับให้เป็นตามแผนและเป้าหมายของจังหวัดสมุทรสาคร

4.1.4 จุดเด่นของการคัดกรองของจังหวัดสมุทรสาคร การคัดกรองผู้เสพยาเสพติดมีการดำเนินงานหลากหลายตั้งแต่ทำประชาคมของปลัดกับผู้นำท้องถิ่น ประชุมหมู่บ้านเข้าไปรณรงค์ ประชาคม นอกจากนี้การประชาสัมพันธ์ให้คนรู้ยังมีทางเลือก ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดการที่ตำรวจแนะนำผู้นำชุมชน ให้ทำความเข้าใจกับลูกบ้านในการเข้ารับการบำบัดด้วยความสมัครใจ มีการคุยแบบไม่เป็นทางการ เข้าไปปรับเปลี่ยนทัศนคติของคนในครอบครัวด้วย โดยคุยกับผู้บำบัดแบบเป็นกันเอง ผู้ปกครองต้องเป็นหม่อมหอกคนในการช่วยบำบัด ไม่ต้องมีแบบกรอกแต่ใช้วิธีสังเกตพฤติกรรมต่างๆ ทำให้ได้รับความร่วมมือจากครอบครัว ชุมชนและโรงงาน จนสามารถคัดกรองได้เกินเป้าหมายที่ส่วนกลางกำหนดและสามารถนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดเพื่อให้ได้รับการดูแลต่อไป

4.2 ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้สารเสพติด จังหวัดสมุทรสาครมีการบริหารจัดการโดยการ จัดตั้งค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อรองรับการบำบัดในกลุ่ม ผู้ใช้สารเสพติดเมื่อได้รับการคัดกรองแล้วว่าเป็นผู้เสพยาโดยการ จัดค่ายใช้พื้นที่ของวัด/ส่วนราชการ เมื่อบำบัดครบแล้วจะส่งผู้ผ่านการบำบัดสู่ชุมชน โดยมีผู้นำชุมชนหรือผู้ปกครอง มารับกลับ และส่งข้อมูลผู้ผ่านการบำบัดให้อาเภอ รวมทั้งความพยายามในการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพแบบสมัครใจจังหวัด อภิปรายผล

การวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดยาเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด จังหวัดสมุทรสาคร มีประเด็น ที่ควรนำมาอภิปรายดังนี้

1. อาการติดยาเสพติดเบื้องต้นไม่มีความสัมพันธ์กับ ตัวแปรภายในและตัวแปรภายนอกทั้ง 14 ตัวแปร เนื่องจาก

การติดยาเสพติดอาการระดับเบื้องต้น เป็นระยะแรกของการ ติดยาเสพติดซึ่งผู้ป่วยยังมีความสามารถในการควบคุมตนเอง สามารถรับประทานยาเองได้ ทำให้อาการระดับนี้ ไม่ปรากฏ ลักษณะพฤติกรรมที่เด่นชัด ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลง ทางร่างกายพฤติกรรมทางสังคมก็จะมีลักษณะเหมือนคนปกติ ทัวไปหรือการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ นิสัย ความประพฤติและ บุคลิกภาพ ก็ยังถือได้ว่าเหมือนกับคนปกติที่ไม่ติดยาเสพติด จึงทำให้ไม่พบตัวแปรทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในที่มี ความสัมพันธ์ทั้ง 14 ตัวแปร

2. อาการติดยาเสพติดรุนแรง มีความสัมพันธ์อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติกับความ สัมพันธ์กับผู้ปกครองที่ไม่ดีและ ความสัมพันธ์กับเพื่อนทางลบ สามารถอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

2.1 ความสัมพันธ์กับผู้ปกครองที่ไม่มีความสัมพันธ์ กับการติดยาเสพติดอาการระดับรุนแรง อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 นั่นคือ ผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติดที่มีความสัมพันธ์กับผู้ปกครองที่ไม่ดีจะมีการ ติดยาเสพติดระดับรุนแรงน้อย ความสัมพันธ์กับผู้ปกครอง ที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับการติดยาเสพติดอาการระดับรุนแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นั่นคือ ผู้ที่เข้ารับการ บำบัดรักษายาเสพติดที่มีความสัมพันธ์กับผู้ปกครองที่ไม่ดี จะมีการติดยาเสพติดระดับรุนแรงน้อยทั้งนี้เพราะว่า ครอบครัว เป็นจุดกำเนิดของทุกคน สอดคล้องกับผลการวิจัยของ พรจิรา วงศ์ชนะภัย (2565) ที่พบว่าสัมพันธ์ภาพระหว่าง นักเรียนกับสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับ สุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ สอดคล้องกับผลการศึกษาของจอห์นสัน (นิลวรรณ ศิริอังกุล, 2560) ที่พบว่าเด็กวัยรุ่นในประเทศอุตสาหกรรม เช่น สวีเดน กับประเทศกำลังพัฒนาทำให้พ่อแม่มีโอกาสควบคุมลูกน้อยลง ความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลง บางครอบครัวไม่มีความ สัมพันธ์กันเลย

2.2 ความสัมพันธ์กับเพื่อนทางลบมีความสัมพันธ์ ทางลบกับการติดยาเสพติดอาการระดับรุนแรง อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 นั่นคือ ผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด ในจังหวัดสมุทรสาครที่มีความสัมพันธ์กับเพื่อนที่ไม่ดี จะมีการ ติดยาเสพติดระดับรุนแรงน้อย ทั้งนี้เนื่องจากเนื่องจากการ ทดลองเสพยาเสพติด ส่วนใหญ่จะเริ่มในช่วงวัยรุ่น ทั้งนี้มี เหตุผลหลายประการ ประการหนึ่งเนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่อยาก รู้ อยากลอง อีกประการหนึ่งต้องยอมรับว่าวัยรุ่นกับเพื่อนเป็น สิ่งที่แยกกันไม่ออก เพราะเพื่อนคือบุคคลที่มีอิทธิพลต่อ วัยรุ่นมาก ถึงกับมีผู้กล่าวว่า วัยรุ่นจะเชื่อ และปฏิบัติตามเพื่อน มากกว่าพ่อแม่ของตน ดังนั้นพฤติกรรมใดของวัยรุ่นไม่ว่า จะเป็นพฤติกรรมทางบวกหรือทางลบ ล้วนแต่มีอิทธิพลของ กลุ่มเพื่อนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องทั้งสิ้น ทั้งนี้รวมถึงพฤติกรรม

การเสพยาหรือสารเสพติดด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทิพย์อร ไชยณรงค์ (2565) ที่ได้รวบรวมงานวิจัยในระหว่างปี 2561 - 2565 ก็พบว่าอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนเป็นสาเหตุสำคัญ ในระดับต้น ๆ ที่ทำให้เยาวชนหรือวัยรุ่นติดยาเสพติด

3. รูปแบบการบำบัดที่มีความหลากหลาย มีความยืดหยุ่น เข้าถึงง่ายและการแบ่งประเภทของผู้บำบัดรักษาอย่างชัดเจน ทำให้การบำบัดรักษาประสบความสำเร็จ ความสำเร็จในการบำบัดรักษามีปัจจัยสำคัญอยู่ที่การยอมรับว่าคนสามารถเปลี่ยนแปลงได้ในทางที่ดีเมื่อได้รับการชี้แนะและได้รับคำปรึกษาแนะแนวทางที่ถูกต้องในการดำเนินชีวิต ตามคำกล่าวจากคำสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานด้านการบำบัดที่ว่า “ทัศนคติและแนวคิดพื้นฐานในการทำงานบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดคือ คนเปลี่ยนแปลงได้ ทำงานกับผู้ติดยาเสพติดจะต้องเชื่อว่าคนสามารถเปลี่ยนแปลงได้ มิฉะนั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้... ทุกคนเปลี่ยนได้ ถ้าได้รับโอกาสที่ดีและการอุทิศตนเพื่อเขาจริงๆ” ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของสถาบันวิจัยด้านยาเสพติดของ ประเทศสหรัฐอเมริกา (Nation Institute of Drug Abuse - NIDA) ที่กล่าวว่าโรคติดสารเสพติดเป็นโรคที่มีความซับซ้อนทั้งทางสมองและพฤติกรรมแต่สามารถรักษาให้หายได้

4. การกำกับดูแลผู้บริหารงานการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่ระดับนโยบายหลักของภาครัฐ ระดับปฏิบัติการ และระดับชุมชนท้องถิ่น หน่วยงานทุกหน่วยงานที่ประสบความสำเร็จในการบำบัดรักษามีการดูแลกำกับกับการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ ตั้งแต่การให้ความสำคัญของนโยบายของรัฐบาลที่ระบุให้การบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดเป็นนโยบายหลักของรัฐโดยมีการจัดทำคำสั่งเป็นทางการและให้ทุกจังหวัดยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ การให้ความสำคัญของผู้บริหารระดับสูงที่มีการดูแลการทำงานตามนโยบายอย่างใกล้ชิดและแก้ไขปัญหาในการทำงานอย่างทันที่ การบริหารงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพทำให้งบประมาณสามารถสนับสนุนการดำเนินงานอย่างทั่วถึงและเกิดประโยชน์สูงสุด มีการกำหนดแผนการดำเนินงานและแนวทางการดำเนินงาน (roadmap) ในทุกแผนงานไว้ล่วงหน้าก่อนการดำเนินงานและมีแผนในการติดตามและประเมินผลควบคู่ไปด้วย การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานอย่างชัดเจนเพื่อให้การทำงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน แต่ในขณะเดียวกันก็มีการแบ่งอำนาจให้ท้องถิ่นสามารถบริหารงานได้ด้วยตนเองตามความเหมาะสม สอดคล้องกับแนวทางการบำบัดรักษาขององค์การสหประชาชาติ (Principle of Drug Dependence Treatment) ที่ว่าการดำเนินการบำบัดรักษาการติดยาเสพติดต้องได้รับการกำกับดูแลที่ถูกต้อง (Clinical Governance of Drug Dependence Treatment Services) หมายถึงการบำบัดรักษาการติดยาเสพติดต้องได้รับการดำเนินงานที่ถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ไว้ไว้ โดยที่นโยบายกำหนดการและ

ความร่วมมือต่างๆ จะต้องมีการเตรียมการไว้ล่วงหน้าอย่างชัดเจน เพื่อแจ้งไปที่กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหารและกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับการบำบัด มีจุดมุ่งหมายและการบริหารจัดการอย่างชัดเจน การบำบัดรักษาต้องมีความเชื่อมโยงกับการป้องกัน การแพร่ระบาดของยาเสพติดในกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มเด็กและเยาวชน กลุ่มผู้ใหญ่ และกลุ่มชุมชน โดยการให้ความรู้ ทักษะในการเลี่ยงจากการใช้ยาเสพติด ความเชื่อมโยงระหว่างมาตรการป้องกันและการให้บริการบำบัดมีส่วนสำคัญในการส่งต่อผู้บำบัดยาเสพติดที่เพิ่งจะเริ่มใช้ยาให้เข้าสู่กระบวนการแนะแนวและให้คำปรึกษาที่ถูกต้องเหมาะสม

5. ความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ทำงานไปในทิศทางเดียวกันอย่างมุ่งมั่นและต่อเนื่องรวมทั้งการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัดรักษาในทุกๆ หน่วยงาน ทุกหน่วยงานที่ประสบความสำเร็จในการบำบัดรักษาเนื่องมาจากการได้รับความร่วมมือและสนับสนุนจากหลายหน่วยงาน ภาคสังคม (Social unit) ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน สถานประกอบการ หน่วยงานในท้องถิ่นรวมถึงครอบครัวทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จและทำให้ผู้เสพยาเสพติดซ้ำอีกโดยการทำงานเป็นเครือข่าย (Network) ที่มีการติดต่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อมูลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ การยอมรับและการสนับสนุนและการยอมรับของหน่วยงาน ภาคสังคมในการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดเป็นการป้องกันการติดยาซ้ำและเปิดโอกาสให้ผู้เสพยาสามารถกลับตัวเป็นคนดีของสังคมได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ingrid A Binswanger และคณะ (2022) พบว่า การกลับมาติดยาของผู้ติดยาเสพติดและผู้ดื่มสุราเป็นผลมาจากการขาดการสนับสนุนทางสังคม (Poor social support) การมีอาการเจ็บป่วย (Medical co-morbidity) และการไม่มีปัจจัยทางเศรษฐกิจที่เพียงพอ (Inadequate economic resources) นอกจากนั้นทฤษฎีทางอาชญาวิทยายังได้กล่าวถึงการทำที่ผู้เสพยาได้รับความรักและการยอมรับจากครอบครัวและสังคมทำให้ป้องกันการกระทำผิดและการกระทำผิดซ้ำได้อีกตามแนวคิดของทฤษฎี การควบคุม (Control Theory ของ Travis's Hirschi) ถือความรู้สึกรู้สึกผูกพันเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะให้ผลในทางยับยั้งบุคคลไม่ให้กระทำผิดหรือกระทำผิดซ้ำอีก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1 ผู้ปกครองต้องตระหนักและให้ความสำคัญต่อการจัดสภาพแวดล้อมภายนอกให้กับบุตรหลาน รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือภาคสังคมควรให้ความสำคัญกับการจัดสภาพแวดล้อมทางสังคม ให้เหมาะสมปลอดภัยต่อเยาวชนของชาติ

1.2 ผู้ปกครอง หน่วยงานทางการศึกษา โรงเรียนหรือภาคสังคมที่เกี่ยวข้อง ควรให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความ

เข้มแข็งทางจิตใจแก่เยาวชน ให้เยาวชนได้มีความรู้ ความเข้าใจ ต่อยาเสพติดที่ถูกต้อง สามารถปรับตัวได้เมื่อประสบปัญหา อุปสรรคในการดำเนินชีวิต และมีบุคลิกภาพที่ดีหลีกเลี่ยงให้ห่างไกลจากยาเสพติด

1.3 โรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการประสานข้อมูลกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินงานแก้ไข ปัญหา ยาเสพติด

1.4 ควรให้การสนับสนุนส่งเสริมทั้งด้านวิชาการ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ และด้านเทคโนโลยีให้แก่ สถานบำบัดรักษา ยาเสพติด

1.5 ควรกำหนดนโยบายการป้องกันยาเสพติดที่มุ่งไปที่ การป้องกันปัญหาเสพติดโดยการเตรียมความพร้อมให้กับ เยาวชน ดังนั้นหน่วยงานของรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง ต้องทำงานระดับนโยบายร่วมกันก่อนนำแผนลงสู่การปฏิบัติ

1.6 การใช้แนวคิดแก้ปัญหาโดยชุมชน (Community Based) เป็นแนวทางหลักในการบำบัดรักษา การให้ชุมชนเป็น ศูนย์กลางในการบำบัดและดูแลผู้บำบัดหลังการบำบัดรักษา/ การแบ่งกลุ่มอาสาสมัครในชุมชนในการสอดส่องดูแล/ คัดกรอง/ติดตามผลผู้บำบัดในชุมชน การขยายเครือข่ายสถาน ศึกษา ผู้นำและอาสาสมัครในชุมชนโดยเฉพาะอาสาสมัคร รุ่นใหม่และวิทยากรกลุ่มเยาวชน เน้นการทำงานแบบจิตอาสา และอาสาสมัคร (Volunteer) ทำให้งานบำบัดรักษาสามารถ ดำเนินการได้ด้วยความเข้มแข็งของชุมชน

1.7 ควรเน้นให้ครอบครัวและชุมชนบทบาทสำคัญใน การดูแลผู้ผ่านการบำบัด โดยเฉพาะการให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ในการบำบัดตั้งแต่เริ่มการบำบัดรักษา และการรายงานตัวของ ผู้ผ่านการบำบัดในทุกระยะ โดยมีกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบลเป็นที่ปรึกษาและประสาน งานช่วยเหลือในกรณีที่ผู้บำบัดมีความเดือดร้อนในเรื่องต่าง ๆ เช่น การจัดการศึกษาต่อการทำงานในสถานประกอบการ การพัฒนาทักษะชีวิตต่อเนื่องหลังจากผ่านค่ายบำบัดมาแล้ว เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยต่อไป

2.1 ควรศึกษาปัญหา ยาเสพติดในสถานศึกษาในประเด็น สิ่งที่ยกย่องและช่วยที่นำไปสู่การเสพยาเสพติดเพื่อจะได้หา แนวทางในการป้องกันและแก้ไขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 การศึกษาเจาะลึกแนวทางการพัฒนาระบบเครือข่าย ความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ระบบอาสาสมัคร ในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยความอนุเคราะห์ จากหลายท่าน ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สมุทรสาคร ที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ คณะเจ้าหน้าที่และผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่กรุณา สนับสนุนและให้คำแนะนำด้านวิชาการที่เป็นประโยชน์ต่อ

การวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่มีส่วนร่วม ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยและทำให้การทำวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

กษมา สุขสวนนท์.(2563). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการ สูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคกลุ่มอาชีวศึกษาภาคกลาง สังกัดกรมอาชีวศึกษา. ปรินญาณพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

กฤษกร เจือดี. (2564). การศึกษาตัวแปรที่สัมพันธ์กับ พฤติกรรมการใช้ยาเสพติดตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ เด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครอง. ปรินญาณพนธ์ กศ.ม. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

ทิพย์อร ไชยณรงค์.(2565). การวิเคราะห์ผลงานวิจัยด้าน ยาเสพติด. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.

บุญชม ศรีสะอาด. (2555). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.

บุญสม มาร์ติน และคณะ.(2563). หนังสือเรียนพลานามัย รายวิชา พ 013 – พ 014 สุขศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น หลักสูตรมัธยมศึกษาตอนต้น พุทธศักราช 2551 (ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2563). กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์.

นิลวรรณ ศิริอังกุล. (2560). สุขภาพจิตของนักเรียนใน ชุมชนแออัดเขตห้วยขวางกรุงเทพมหานคร. ปรินญาณพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

พรจิรา วงษ์ชนะภัย.(2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนมัธยมศึกษาใน สหวิทยาเขตเสรีไทยกรุงเทพมหานคร. ปรินญาณพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

วันชัย ธรรมสังการ และคณะ. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์ กับการติดยาและสารเสพติดของผู้ป่วยในศูนย์บำบัดยาเสพติด ภาคใต้. สงขลา : ศูนย์วิจัยพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา ภาควิชาสารคดีศึกษา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลา นครินทร์.

สนธิ สมครการ และคณะ.(2563). พฤติกรรมและทัศนคติที่เกี่ยวกับยาเสพติดของหนุ่มสาวไทย.กรุงเทพฯ : สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2564). สรุปสถานการณ์การดำเนินการป้องกันและแก้ไข ปัญหา ยาเสพติดในประเทศไทย.กรุงเทพฯ : สำนักงานรัฐมนตรี.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2565). แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติดใน สถานศึกษา. กรุงเทพฯ : สำนักงานรัฐมนตรี.

สุกัญญา เขียมประชา. (2564). การศึกษารายกรณีการ เสพยาบ้า : ปัญหาสาเหตุและแนวทางในการแก้ไข. สารนิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา

นายสมชาย ห้องทองคำ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของนักเรียนชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา และศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม และรายด้านทั้ง 4 ด้าน ได้แก่

- 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ
- 2) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ
- 3) การประเมินข้อมูล และบริการด้านสุขภาพ และ
- 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ รวมทั้งศึกษาพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ปีพ.ศ.2565 จำนวน 73,077 คน คำนวณตัวอย่างได้ 383 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ เป็นแบบสอบถามวัดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง หมายถึง นักเรียนมีการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลสุขภาพตามสุขบัญญัติ 10 ประการ ได้แก่

1. ดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด
2. รักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง
3. ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังขับถ่าย
4. กินอาหารสุก สะอาด ปราศจากสารอันตรายและหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด สีสันฉูดฉาด

5. งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ

6. สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น

7. ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาท

8. ออกกำลังกายสม่ำเสมอและตรวจสุขภาพประจำปี

9. ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ และ

10. มีส่วนร่วมต่อส่วนรวม ร่วมสร้างสรรค์สังคม โดยผู้วิจัยหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธีของ Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.87 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าสูงสุด-ต่ำสุด ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการแปลผล ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของนักเรียนชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.0 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 42.0 มีอายุเฉลี่ย 12.50 ปี ในการศึกษาข้อมูลมีนักเรียนที่อายุน้อยที่สุด คือ อายุ 7 ปี และมีอายุมากที่สุด อายุ 18 ปี พบกลุ่มอายุมากที่สุด อยู่ระหว่าง 10 - 12 ปี มีกลุ่มนักเรียนที่กำลังศึกษามากที่สุด คือ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 ส่วนใหญ่มีบทบาทหน้าที่เป็น แขนงน่านักเรียน

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับดี

3. พฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติของตัวอย่างนักเรียนชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับดี

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพตนเองของตัวอย่างนักเรียนชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง 0.002 - 0.328

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีความเจริญก้าวหน้าในด้านต่างๆ มากมาย ทั้งด้านเศรษฐกิจ การคมนาคม อุตสาหกรรม เทคโนโลยีการสื่อสาร และเทคโนโลยีทางการแพทย์ แต่ประเทศไทยยังคงมีปัญหาด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้น และเริ่มป่วยในอายุน้อยลงเรื่อยๆ จากสถิติสาธารณสุขปี 2558 (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558) พบว่าสาเหตุของการตายที่สำคัญ 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดในสมอง โรคปอดอักเสบ โรคหัวใจขาดเลือด และอุบัติเหตุ เท่ากับ 112.8, 43.3, 42.1, 29.9 และ 29.9 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ส่วนสาเหตุของผู้ป่วยนอกสูงสุด 5 อันดับแรก คือ โรคระบบไหลเวียนโลหิต โรคต่อมไทรอยด์ ไส้ติ่ง และเมตาบอลิซึม โรคระบบหายใจ โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โรคระบบย่อยอาหารรวมโรคในช่องปาก เท่ากับ 489.9, 462.23, 408.14, 371.76 และ 362.53 ต่อประชากรพันคนตามลำดับ ซึ่งส่งผลให้ประเทศต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นทุกปี จากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2552-2553 ของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข (คณะกรรมการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552-2553, 2555) พบว่าสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพรวมต่อ GDP ในปี 2553 คิดเป็นร้อยละ 4.1 เมื่อเทียบกับปี 2545 คิดเป็นร้อยละ 3.4 และปี 2557 คิดเป็นร้อยละ 3.1 และสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ได้คาดการณ์ว่าปี 2558 ประเทศไทยจะสูญเสียรายได้เนื่องจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถึง 52,150 ล้านบาท แต่หากคนไทยช่วยกันป้องกันตนเองจะช่วยลดการสูญเสียได้ถึงร้อยละ 10-20 สาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพ ดังกล่าวคือ ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้ประชาชนส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ที่ไม่เพียงพอต่อการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างด้านสุขภาพ (มะลิ ไพฑูรย์เนรมิต, 2560)

ความรู้ด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ มาจากภาษาอังกฤษคำเดียวกันคือ Health Literacy โดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) ให้คำนิยามว่า “เป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ และความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อยู่เสมอ” สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam ว่า “เป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ชี้แนะ ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูล

ข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง” (Nutbeam, 2008) ดังนั้น จะเห็นได้ว่าความรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นไปเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของแต่ละบุคคล ตลอดช่วงอายุ โดยอาศัยทักษะในการรับรู้ เข้าใจ และตัดสินใจในข้อมูลสารสนเทศและบริการด้านสุขภาพที่ได้รับ ตลอดจนสามารถเข้าถึงข้อมูลต่างๆ เหล่านั้นได้ด้วยตนเอง จากการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 7 ณ กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา วันที่ 26-30 ตุลาคม พ.ศ.2552 (อังสินท์ อินทรกำแหง, 2560) องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการพัฒนาให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพ หลังจากนั้นคำว่า Health Literacy จึงมีปรากฏในเอกสารเผยแพร่ และบทความวิจัยจำนวนมากขึ้น สำหรับประเทศไทย กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2556 ได้นำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพมาใช้ และกำหนดคุณลักษณะสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

- 1) ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ
- 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ
- 3) การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ
- 4) การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ
- 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และ
- 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

จากแนวคิดเรื่อง “ความรู้ด้านสุขภาพ” ทำให้สังคมเกิดความตื่นตัว และให้ความสำคัญกับข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพที่สำคัญ (Parker et.al, 1995) ได้แก่ สถานะสุขภาพ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ จากรายงานวิจัยพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย (BMI) ของเด็กที่มีน้ำหนักเกิน โดยมีความสามารถทำนายค่า BMI ได้ถึงร้อยละ 38 และการเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (Sharif & Blank, 2010) เช่น การบริโภคอาหาร การเข้ายาสีฟัน การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ ทั้งนี้เนื่องจากการขาดความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้ และการเลือกบริการด้านสุขภาพที่ถูกต้อง (De Walt et al, 2004) บุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้ข้อมูล การเข้ารับบริการสุขภาพ การดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง และการป้องกันโรค (De Walt et al., 2004) รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพตั้งแต่อายุยังน้อย และมักจะมีสุขภาพแย่กว่าหรือป่วยหนักจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า (NAAL, 2006) และมีรายงานการศึกษาพบว่า

ผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและโรคเมตาบอลิซึม (Baker et al, 2007) เนื่องจากมีความรู้ที่ไม่ถูกต้อง และขาดทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง หากประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำย่อมจะส่งผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพในภาพรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโรคที่มีราคาแพง โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพจะต้องมีภาระหนักในการรักษาพยาบาล จนทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงานส่งเสริมสุขภาพ และไม่อาจสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างสมบูรณ์ได้ (ขวัญเมือง แก้วคำแก้ง, 2561)

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2560) ได้นำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพมาใช้เป็นตัวชี้วัดระดับความสำเร็จในการทำงานด้านสุศึกษา และการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีเป้าหมายให้คนไทยทุกคนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ประกอบด้วยอาหารออกกำลังกาย อารมณ์สุขภาพดี และสุรา จากการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อายุ 15-59 ปีตั้งแต่ปี พ.ศ.2557-2560 ในภาพรวมพบว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี ดังนั้นควรมีการพัฒนาความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพต่อเนื่อง และต้องมีการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้เกิดขึ้นกับประชาชน เพื่อการเพิ่มสมรรถนะด้านการเรียนรู้ขั้นสูง เพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม และยั่งยืน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ เพศ ซึ่งเพศชายมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าเพศหญิง โดยเฉพาะด้านกิจกรรมทางกาย (อรุณรัตน์ สารวิโรจน์ และ กานดา จันทร์แย้ม, 2557) อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ โดยอายุมีผลต่อการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล โดยจะเพิ่มขึ้นตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (สุริรัตน์ รุ่งเรือง และสมเกียรติ สุขนันตพงศ์, 2554) คชนิมิตลกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร (สุชา จุลคำลี และนันทยา ทางเรือ, 2561) ชั้นปี ที่กำลังศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ รายได้ที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ และด้านการออกกำลังกาย (มาลีวัล เลิศสาครศิริ และชะบา คำปัญญา, 2560) ขณะที่ศึกษามีความสัมพันธ์ในทางบวก กับพฤติกรรมสุขภาพ

โดยนักศึกษากลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพมีแนวโน้มพฤติกรรมด้านสุขภาพ ดีกว่านักศึกษากลุ่มสาขาวิชาอื่น (วิไลวรรณ จงรัชต์ชัย, 2548) การมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย (อัญจิรา พิชัยพันธ์ และคณะ, 2556) และความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (จิระภา จำพิสุทธิ, 2561) การศึกษาในระดับประถมศึกษา และชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เป็นช่วงชีวิตที่สำคัญของบุคคล อยู่ในช่วงวัยนักเรียนต่อวัยรุ่นตอนต้นซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง และเป็นหัวเลี้ยวหัวต่อระหว่างความเป็นวัยรุ่นและความเป็นวัยรุ่น มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สติปัญญา สังคม และอารมณ์ การศึกษาในระดับประถมศึกษา และชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เป็นช่วงชีวิตที่สำคัญของบุคคลที่มีโอกาสได้ศึกษาในสถานศึกษา และนักเรียนถือว่าเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญของประเทศ เป้าหมายสำคัญตาม พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 มาตรา 6 ได้กล่าวไว้ว่าการศึกษามุ่งเน้นให้ผู้เรียน มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญาความรู้ และคุณธรรม มีจริยธรรมในการดำรงชีวิต สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข (กระทรวงศึกษาธิการ, 2553) ซึ่งการที่นักเรียน จะสามารถเรียน และใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขนั้น ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งก็คือการมีสุขภาพที่ดี (เบญจพร อรุณ ประภารัตน์, โชติกา วงศ์เจริญ และรัชดาภรณ์ แม้นศิริ, 2559)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงมีความสนใจศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ชั้นปีที่กำลังศึกษา บทบาทหน้าที่) เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลที่ได้นำมาใช้ในการวางแผนปรับปรุง จัดกิจกรรม การเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษา และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมต่อไป

คำถามของงานวิจัย

1. ลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลของของนักเรียนชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทราเป็นอย่างไร
2. ความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม และรายด้านทั้ง 4 ด้าน ได้แก่

- 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ
- 2) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ
- 3) การประเมินข้อมูล และบริการด้านสุขภาพ และ
- 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการด้านสุขภาพของ

นักเรียนชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทราเป็นอย่างไร

3. พฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทราเป็นอย่างไร

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทราอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของนักเรียนชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา

2. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม และรายด้านทั้ง 4 ด้าน ได้แก่

- 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ
- 2) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ
- 3) การประเมินข้อมูล และบริการด้านสุขภาพ และ
- 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการด้านสุขภาพของ

นักเรียนชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา

3. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา

4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2566 ถึง เมษายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ นักเรียนชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา ทั้งเพศชาย

และเพศหญิง ปี พ.ศ.2565 จำนวน 73,077 คน ซึ่งการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้มาโดยใช้โปรแกรมสำหรับคำนวณในงานวิจัย n4studies (เชษฐา งามจิรัส, 2557) ที่ระดับความเชื่อมั่น เท่ากับร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อน หรือผิดพลาดที่ยอมรับได้ไม่เกินร้อยละ 5 หรือที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 383 คน

ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 383 คน และใช้วิธีการสุ่มโรงเรียนเป็นตัวแบ่งชั้นภูมิ ตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างเป็นระบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 สำรวจและจัดทำบัญชีรายชื่อโรงเรียน แยกรายอำเภอ โดยเรียงลำดับเป็นชั้นประถมศึกษา และชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

ขั้นที่ 2 คำนวณหาจำนวนตัวอย่างจำแนกเป็นรายอำเภอ แล้ว เทียบตามสัดส่วนของแต่ละอำเภอโดยให้กลุ่มตัวอย่างจำนวนรวม 383 ตัวอย่าง

ขั้นที่ 3 นำรายชื่อสถานศึกษาแต่ละแต่ละอำเภอ จากการสำรวจในขั้นที่ 1 มาใช้วิธีสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งแบบประเมินนี้มีจุดมุ่งหมาย ใช้เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถ ทักษะ และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ที่อยู่ในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ บัญญัติ ซึ่งประกอบด้วย 3 ตอน กองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2564)

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตอนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับการแปลผล

3. การทดสอบสมมติฐานการวิจัย การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรม

สุขภาพ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) นำเสนอข้อมูลในรูปแบบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคลของตัวอย่างนักเรียนชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.0 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 42.0 มีอายุเฉลี่ย 12.50 ปี ในการศึกษาข้อมูลมีนักเรียนที่อายุน้อยที่สุด คือ อายุ 7 ปี และมีอายุมากที่สุด อายุ 18 ปี พบกลุ่มอายุมากที่สุด อยู่ระหว่าง 10 - 12 ปี ร้อยละ 42.82 รองลงมา คือ กลุ่มอายุระหว่าง 6 - 9 ปี ร้อยละ 23.24 ส่วนอายุน้อยที่สุด คือ กลุ่มอายุระหว่าง 16 - 18 ปี ร้อยละ 15.93 มีกลุ่มนักเรียนที่กำลังศึกษามากที่สุด คือ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 จำนวน 177 คน คิดเป็นร้อยละ 46.21 และกลุ่มนักเรียนที่กำลังศึกษาน้อยที่สุดคือ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 13.32 ส่วนใหญ่มีบทบาทหน้าที่เป็นแกนนำนักเรียน ร้อยละ 36.81 รองลงมาเป็น อสม. น้อย ร้อยละ 32.38 และเป็นกลุ่มนักเรียน ร้อยละ 30.81

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของตัวอย่างนักเรียนชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุดอยู่ในระดับดี มีจำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 37.86 เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ และมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้อง รองลงมาอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 28.72 ส่วนจำนวนน้อยที่สุดอยู่ในระดับไม่ดี มีจำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 9.68 เมื่อแยกตามทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 4 องค์ประกอบ มีการแปลผลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยกตามรายข้อพบว่า มีคะแนนอยู่ในระดับสูง อยู่จำนวน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ และมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง มีจำนวน 1 องค์ประกอบ ได้แก่ ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ

3. พฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ

พฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติของตัวอย่างนักเรียนชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก สุขบัญญัติแห่งชาติ ในภาพรวมอยู่ในระดับดี

ร้อยละ 55.87 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ ระดับดีมาก และระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 27.15, 16.19 และ 0.78 ตามลำดับ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองของตัวอย่างนักเรียนชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ 10 ตัวกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองของนักเรียนชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง 0.02 - 0.328 ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มีจำนวน 5 ตัวแปร คือ เพศหญิง ($r = .002$), ชั้นปีที่กำลังศึกษา ($r = .157$), ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ($r = .289$), ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ ($r = .586$) และทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ($r = .328$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตนเองของนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของตัวอย่างนักเรียนชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา

ผลจากการศึกษาด้านพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน พบว่า นักเรียนที่มีปัจจัยส่วนบุคคล มีระดับการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพตนเองตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ มีตัวแปรด้านเพศ และชั้นปีที่กำลังศึกษามีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณรัตน์ สารวิโรจน์, และ กานดา จันทร์แย้ม (2557) ในนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ โดยเพศชายมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าเพศหญิง โดยเฉพาะด้านกิจกรรมทางกาย และสอดคล้องกับการศึกษาของของมาลีวัล เลิศสารศิริ และ ชบา คำปัญญา (2560) ในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัย เชนต์หลุยส์เป็นพื้นฐานสำคัญในการทำให้บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักเกี่ยวกับความสำคัญของสุขภาพ และการแสวงหาหนทางเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้นระดับชั้น

ปีที่สูงจึงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ต่างจากปัจจัยด้านอายุ และบทบาทหน้าที่ซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาบริบทของสถานศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของเพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ และคณะ (2561) ศึกษาความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม จังหวัดนครพนม ปีที่ 1-4 ปี การศึกษา 2561 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ และความรู้ทางสุขภาพในภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ความรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านการตัดสินใจกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของตัวอย่างนักเรียนชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา และสอดคล้องกับการศึกษาของจิระภา ขำพิสุทธิ์ (2561) ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนิสิตมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาพบว่านิสิตมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี แนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยเห็นว่าควรมีการกำหนดนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม เน้นการปลูกฝังค่านิยมการมีพฤติกรรมสุขภาพ ที่ถูกต้อง มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ โดยผ่านการสื่อสารที่ทันสมัย ตลอดจนการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพในมหาวิทยาลัย เพื่อเสริมสร้างความยั่งยืนของพฤติกรรม และสอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล (2562) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนของนักศึกษาปริญญาตรี ในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ผลการวิจัย พบว่านักศึกษามีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้ด้านสุขภาพจะมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพ กล่าวคือ หากบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับดี พฤติกรรมสุขภาพจะดีตามไปด้วย เนื่องจากมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ มีทักษะการสื่อสารการตัดสินใจการรู้เท่าทันสื่อ และสามารถจัดการตนเองได้

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ทางด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ โดยส่วนมากพบว่าความรู้ด้านสุขภาพทุกองค์ประกอบมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อ และ

ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และความรู้ทางสุขภาพในภาพรวม

2. ความรู้ด้านสุขภาพ ของตัวอย่างนักเรียนชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีคะแนนอยู่ในระดับสูง ซึ่งหมายถึง นักเรียนมีความรู้ด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตนของตนเองซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิระภา ขำพิสุทธิ์ (2561) ในนิสิตมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ พบว่านักศึกษามีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง และในการศึกษาของฉัตรรัตน์ นฤมล และยุวรงค์ จันทรวิจิตร (2560) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วน และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ มีความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านทักษะการสื่อสาร และด้านการตัดสินใจ อยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของวานิช สุขสถาน (2560) ที่ศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลสวนสุนันทาชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 310 คน พบว่านักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของวัชรพร เขยสุวรรณ และอมลวรรณ ดันแสนทวี (2561) ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก พบว่าความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนพยาบาลศาสตร์อยู่ในระดับขั้นพื้นฐานมากที่สุด และแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี โดยอาจใช้วิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือการเป็นแบบอย่างในการสื่อสารด้านสุขภาพกับผู้บริหาร

จากการศึกษาของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่ประเมิน ระดับความรู้สุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จากกลุ่มตัวอย่าง 4,800 คน เมื่อปี 2560 (กองสุขศึกษา, 2560) พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป อยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งหมายถึงเป็นผู้มีความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ และอาจจะมีการปฏิบัติตนตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติได้ถูกต้องบ้าง เมื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างกับ ประชาชนทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำกว่า จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจว่าในขณะที่กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาได้รับความรู้ และมีโอกาสเข้าถึงเรื่องสุขภาพมากกว่าประชาชนทั่วไป แต่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำกว่าประชาชน ดังนั้น จึงควรมีการทบทวนและปรับปรุงหลักสูตรการจัดการเรียนการสอนจัดทำแนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้กับนักศึกษา และมีการนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

2.1 ความรู้ด้านสุขภาพ ในทักษะการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ อยู่ในระดับสูง หมายถึง ในการแสวงหา

ข้อมูลและบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือเพียงพอต่อการตัดสินใจ ทั้งนี้เนื่องจากจากการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารบนเว็บที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพมีเป็นจำนวนมาก จึงเป็นเรื่องยากที่กลุ่มตัวอย่างจะรู้และเลือกสารสนเทศทางสุขภาพ เพราะข้อมูลด้านสุขภาพเป็นเรื่องละเอียดอ่อนและเกี่ยวข้องกับชีวิตของบุคคลโดยตรง ทำให้การแสวงหา และประเมินสารสนเทศทางสุขภาพจึงมีลักษณะแตกต่างไปจากสารสนเทศทั่วไป (เทอดศักดิ์ ไม่เท่าทอง, 2554) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างอาจจะประสบปัญหาการเข้าใช้บริการอินเทอร์เน็ตจากสถานศึกษา เช่น การเชื่อมต่อข้อมูลผ่านมือถือไม่เสถียรปัญหาความเร็วอินเทอร์เน็ตที่ช้าลง ความครอบคลุมพื้นที่ให้บริการเครือข่ายไร้สาย (สมชัย แก้วศิริรัตน์, 2563)

2.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ อยู่ในระดับสูง หมายถึง เป็นผู้มีการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่มากเพียงพอ และมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเรียนอยู่ในระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา ซึ่งมีความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ใน ระดับดีมาก ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมแผนการเรียนในแต่ละหลักสูตรมีเนื้อหาทางสุขภาพ จึงทำให้ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ผลการวิจัยสอดคล้องกับแนวคิดของ Paashe-Orlow M.K. & Wolf M.S. (2007), Kickbusch I. & Maag D. (2008) ที่กล่าวว่าการศึกษาและระบบการศึกษาเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในทักษะการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง หมายถึง เป็นผู้มีการประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพที่มากเพียงพอ และมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องและ ยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ มีการจัดการเงื่อนไขต่างๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเอง จัดการสภาพแวดล้อม และด้านการประเมินตนเองต่อสุขภาพตนเองได้ ทั้งนี้เนื่องจากนักเรียนต้องรับผิดชอบเรื่องการเรียน ทำให้มีความสนใจต่อสุขภาพตนเองและการประเมินตนเอง อีกทั้งกระบวนการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างสุขภาพยังมีในกลุ่มนักเรียน ที่จะได้รับงานไปปฏิบัติได้กำหนดวิธีการที่จะนำไปสู่กระบวนการปฏิบัติด้วยตนเอง ทำให้นักเรียนมีการพัฒนาความสามารถทางความคิด การวิเคราะห์ และทบทวนความถูกต้อง (ฉิธรรัตน์ นฤมลต์, 2560) จึงส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการจัดการตนเองนั้นอยู่ในระดับดี

2.4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ อยู่ในระดับสูง หมายถึง เป็นผู้มีการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพที่มากเพียงพอ และมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องและ ยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ ทั้งนี้เนื่องจากนักเรียนเป็นกลุ่มที่มีความสนใจมี

ทักษะในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการแสวงหาข้อมูลสุขภาพ แต่การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารบนเว็บมีเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพจำนวนมาก ทำให้นักเรียนยอมรับและเชื่อถือข้อมูลโดยมีการวิเคราะห์หรือตรวจสอบข้อมูลก่อนในบางครั้ง ถึงแม้ว่านักเรียนจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศในระดับดีมาก ที่มีการพัฒนาให้มากยิ่งขึ้นเนื่องจากการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเป็นเรื่องสำคัญต่อการดำเนินชีวิตการเข้าถึงสารสนเทศที่มีคุณภาพ และมีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพ จะช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจส่งผลให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บ และยังช่วยลดภาระของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอีกด้วย (เทอดศักดิ์ ไม่เท่าทอง, 2554)

3. พฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ของตัวอย่างนักเรียนชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติโดยรวมอยู่ในระดับดี ซึ่งหมายถึง นักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติต่อการปฏิบัติตนของตนเองซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (2001) สอดคล้องกับแนวคิดของกองสุศึกษา (2552) สุขบัญญัติแห่งชาติทำให้สุขภาพทั้งร่างกาย และใจแข็งแรง มีสมรรถภาพในการเรียน การทำงานมีภูมิคุ้มกันโรค ไม่เจ็บป่วย ทำกิจกรรม ประจำวันและอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรฐาส พรหมมา (2553) ศึกษาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุข บัญญัติแห่งชาติของนักเรียนโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยรามคำแหง ผลการศึกษพบว่า นักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับสุขบัญญัติแห่งชาติ ทั้งโดยรวม และรายข้อสุขบัญญัติอยู่ในระดับสูงและมีพฤติกรรม สุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติโดยรวมอยู่ในระดับสูง และยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุนิสา พรหมป้าชัด (2556) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติใน นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ โดยรวมอยู่ในระดับมาก และมีปัจจัยความรู้เกี่ยวกับสุขบัญญัติและปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ

ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติที่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่ามีการศึกษาของสุชาดา วงศ์สาวสดี (2555) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนโรงเรียนมัธยมพุทธเกษตรวัดโนนเมือง พบว่าในภาพรวมนักเรียนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ อยู่ในระดับดี เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติระหว่างนักเรียนเพศชายกับเพศหญิง

พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการเปรียบเทียบพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติระหว่างนักเรียนระดับ ประถมศึกษากับระดับมัธยมศึกษา

ดังนั้นการแก้ปัญหาสุขภาพโดยใช้การส่งเสริมสุขบัญญัติจึงเป็นกลวิธีหนึ่งในการเสริมสร้าง และปลูกฝังพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เพื่อให้เด็ก เยาวชนและประชาชนปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การมี สุขภาพอนามัยที่ดีองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2555) ได้กล่าวถึงแนวปฏิบัติขั้น พื้นฐานของสุขบัญญัติแห่งชาติ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากผลการศึกษาพบว่าความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา ในภาพรวมอยู่ในระดับดี และมีประเด็นสำคัญที่ต้องพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในนักศึกษา ซึ่งมีแนวทางการพัฒนาดังนี้

1) ความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในภาพรวมของนักเรียนอยู่ในระดับดีมาก ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากนักเรียนเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีความสนใจ มีทักษะในการใช้เทคโนโลยี สารสนเทศในการแสวงหาข้อมูลสุขภาพ แต่การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารบนเว็บมีเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพจำนวนมาก ทำให้นักเรียนยอมรับ และเชื่อถือข้อมูล โดยมีการวิเคราะห์หรือตรวจสอบ ข้อมูลก่อนในบางครั้ง นอกจากนี้ นักเรียนยังประสบปัญหาการเข้าใช้บริการอินเทอร์เน็ตจากสถานศึกษา ดังนั้น สถานศึกษาในพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา ควรจัดสิ่งสนับสนุนบริการสุขภาพอย่างเพียงพอ และเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น บอร์ดประชาสัมพันธ์ ป้ายนิเทศการ เสียตามสาย เฟซบุ๊ก และเว็บไซต์ของทั้งระดับ โรงเรียนในพื้นที่และนอกพื้นที่ รวมทั้งมีการแนะนำให้นักเรียนรู้จักวิธีการประเมินสารสนเทศทางสุขภาพ เพื่อจะได้เลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ ค้นหาข้อมูลที่ต้องการทันสมัย และรู้จักตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือสำหรับนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพ แนะนำการใช้ mobile health technology และ applications รวมถึงการบริการอุปกรณ์ไร้สาย (wireless devices)

2) ความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในภาพรวมของนักเรียน อยู่ในระดับดีมาก ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากโปรแกรมแผนการเรียนในแต่ละหลักสูตรมีเนื้อหาทางสุขภาพบรรจุอยู่ หรือมีเนื้อหาด้านสุขภาพในการศึกษา

ได้ง่าย เช่น บรรจุเนื้อหาที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ในหลักสูตรหรือบรรจุในรายวิชาของหมวดวิชาศึกษาทั่วไป (General Education) ซึ่งเป็นผลดีในการจัดทำแผนการดำเนินงานการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้กับนักเรียน และมีการนำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

3) ความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพในภาพรวมของนักเรียน พบว่าอยู่ในระดับดีมาก ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากสถานศึกษาได้มีการกำหนดวิธีการที่จะนำไปสู่กระบวนการปฏิบัติ ทำให้นักเรียนมีการพัฒนาความสามารถทางความคิด การวิเคราะห์ และ ทบทวนความถูกต้อง ดังนั้นสถานศึกษาจึงต้องมีการส่งเสริมการจัดกิจกรรม เพื่อฝึกการจัดการตนเอง เช่น กิจกรรมการอบรมภาวะผู้นำ กิจกรรมการพัฒนาทักษะการพูด เจริญ เพื่อเพิ่มทักษะการประเมินข้อมูล ข่าวสารทั้งทางตรงและทางอ้อมจากการเข้าร่วมกิจกรรม โดยสถานศึกษาอาจมีเงื่อนไขให้นักเรียนเป็นผู้กำหนดเป้าหมาย วางแผน ปฏิบัติตามแผน และทบทวนวิธีการปฏิบัติหรือส่งเสริมกิจกรรมผ่านทางรายวิชาที่เรียน โดยมีการจัดการแข่งขันการมอบรางวัลให้รายย่อย สำหรับนักเรียนที่เป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ

4) ความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพในภาพรวมของนักเรียน พบว่าอยู่ในระดับดีมาก ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากพื้นที่ที่มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนกันเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพทั้งในห้องเรียน แหล่งเรียนรู้ต่างๆ ในปัจจุบัน มีการเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพ ทำให้ออกาสที่นักเรียนจะมาเล่าเรื่องด้านสุขภาพโน้มน้าวให้ผู้อื่นให้เข้าใจในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพตนเองจึงมีมากตามไปด้วย ดังนั้นสถานศึกษา จึงควรส่งเสริมการสร้างพื้นที่เพื่อให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนกันเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพ เช่น สร้างชุมชนสื่อสารออนไลน์ (Social Media) อีกทั้งพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการอารมณ์ โดยนักเรียนสามารถมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดีตามไปด้วย สถานศึกษาควรส่งเสริมนโยบายและพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อกับสุขภาพ เช่น ผู้บริหารกำหนดกฎระเบียบพร้อมทั้งควบคุมตรวจสอบให้ร้านค้ามีการจำหน่ายอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ในสถานศึกษากำหนดเวลาเรียนให้นักเรียนมีการออกกำลังกายในระหว่างวัน อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์

2. ข้อเสนอแนะต่อนักเรียน

1) นักเรียนควรตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ อีกทั้งควรนำข้อมูลจากการศึกษาไปเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ตนเองว่าควรพัฒนาการเรียนรู้เพื่อให้มีสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดี

2) ในการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพนักเรียนควรวิเคราะห์ สังเคราะห์

จนนำมาสู่การสร้างทักษะในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในด้านต่างๆ ได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพกับปัจจัยส่วนบุคคลของนักเรียน โดยใช้สถิติ Independent Samples T Test และ One-Way ANOVA
2. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียน
3. ควรใช้การวิจัยเชิงคุณภาพร่วมด้วย เพื่อศึกษาหาแนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักเรียน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่มแบบเจาะจง (Focus group discussions)
4. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะของนักเรียนชั้นประถมศึกษา และมีมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา เท่านั้น ควรมีการศึกษาในสถานศึกษา หรือกลุ่มประชากรตัวอย่างอื่นๆ เพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษามีความแตกต่างกันอย่างไร จะได้นำผลการวิจัยที่ได้ไปประกอบการวางแผนนโยบายแผนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของสถานศึกษาต่อไป
5. ควรมีการศึกษาวิจัยถึงทดลองถึงโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน
6. ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของครู อาจารย์ และบุคลากรในสถานศึกษาเขตพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2555). สุขบัญญัติแห่งชาติ. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). ผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเด็ก และเยาวชนตามสุขบัญญัติแห่งชาติ. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงศึกษาธิการ. (2553). พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2545 และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2553. กรุงเทพฯ: อรุณ.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). การปฏิรูปความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) กลุ่มที่ 2. สืบค้นจาก <http://164.115.25.41/expertcenter/wp-content/uploads/2018/conference/HPT3/Report/G2.Health%20LiteracyV5.pdf>. (วันที่สืบค้น 16 กุมภาพันธ์ 2566)
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). แนวทางการสร้างเสริม พฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติในสถานศึกษากรุงเทพมหานคร. โอวาท (ประเทศไทย).
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง

สาธารณสุข. (2560). โครงการศึกษาและ พัฒนาการความรู้เรื่อง health literacy เพื่อสร้างเสริมภูมิปัญญาและการเรียนรู้ด้าน สุขภาพสำหรับประชาชน ปีงบประมาณ 2553-2554. กรุงเทพฯ: นิทรรศการพิมพ์. (2559). แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30 28 ของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

ขวัญเมือง แก้วคำแกง. (2561). ความรู้ด้านสุขภาพ เข้าใจเข้าใจและการนำไปใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ.2560-2564. สืบค้นจาก http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20180914162453_1_.pdf. (วันที่สืบค้น 20 กุมภาพันธ์ 2566)

คณะทำงานจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552-2553. (2555). บัญชีรายจ่ายสุขภาพ แห่งชาติ ของประเทศไทย พ.ศ.2552-2553. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.

จิระภา จำพิสุทธิ. (2561). ความฉลาดทางสุขภาพ และ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนิสิตมหาวิทยาลัยนครสวรรค์. วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

เชษฐา งามจรัส. (2557). การพัฒนาและการทดสอบ n4Studies โปรแกรมบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ สำหรับคำนวณขนาดตัวอย่างในงานวิจัยทางด้านระบาดวิทยา. สืบค้นจาก http://rdo.psu.ac.th/pride/pride_show_reward_detail.php?rewardid=0068. (วันที่สืบค้น 15 กุมภาพันธ์ 2566)

ฉัตรรัตน์ นฤมลต์, และยุวรงค์ จันทรวิจิตร. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ เกี่ยวกับโรคอ้วน และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ.

ณัฐภาส พรหมมา. (2553). "ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียน โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยรามคำแหง." วิทยานิพนธ์หลักสูตรศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุศึกษา มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

เทอดศักดิ์ ไม้เท้าทอง. (2554). การสืบค้นและการประเมินแหล่งสารสนเทศทางสุขภาพบนเว็บ ประเด็นและบทวิเคราะห์จากงานวิจัย. วารสารสารสนเทศศาสตร์.

เบญจพร อรุณประภารัตน์, โชติกา วงศ์เจริญ, และรัชดาภรณ์ แม้นศิริ. (2559). พฤติกรรมสุขภาพ ของนิสิตมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ปีที่ 3. ในการประชุมวิชาการระดับชาตินครสวรรค์วิจัย ครั้งที่ 12 (น.1636-1648). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนครสวรรค์.

พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ, ประไพจิตร โสมภีร์, อาทิตยา แก้วน้อย, และกนกกาญจน์ เมฆอนันต์ธวัช. (2561). ความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของ

นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม นครพนม. วารสารวิชาการสาธารณสุข.

มะลิ ไพฑูรย์เนรมิต. (2560). การเสริมสร้างความรอบรู้สู่การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพด้วย กระบวนการสุศึกษา. วารสารสุศึกษาและสื่อสารสุขภาพ.

มาลีวัล เลิศสาครศิริ, และชะบา คำปัญญา. (2560). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่ฝึกปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ. วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร: วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี.

วานิช สุขสถาน. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษา พยาบาลสวนสุนันทา ในการประชุมสวนสุนันทาวิชาการด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ระดับชาติ ครั้งที่ 3 และระดับนานาชาติ ครั้งที่ 1 (น. 252-258). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

วิไลวรรณ จงกฤษดิ์ (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมด้านสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม้ไผ่ ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

วัชรพร เชยสุวรรณ, และอมลวรรณ ดันแสนทวี. (2561). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ ด้านสุขภาพของนักเรียนพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ. วารสารแพทย์นาวี.

ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนของนักศึกษาปริญญาตรี ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วารสารสหวิทยาการวิจัย.

สมชัย แก้วศิริรัตน์. (2563). บันทึกข้อความเลขที่ อว.0635.07/วอ11. สำนักวิทยบริการและเทคโนโลยีสารสนเทศ. (2563, 14 มกราคม). เรื่องแจ้งปัญหาการใช้งานระบบอินเตอร์เน็ต มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง. มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง.

สุชา จุลลาลี, และนันทยา ทางเรือ. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมบริโภคกับระดับ น้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือดและค่าดัชนีมวลกายของพระภิกษุสงฆ์ในจังหวัด สมุทรปราการ. วารสาร มจร.วิชาการ.

สุชาดา วงศ์สวัสดิ์. (2555). "ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียน โรงเรียนมัธยมพุทธเกษตรวัดโนนเมือง ปีการศึกษา 2553."งานวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม.

สุนิสา พรหมป้าชด์. (2556). "พฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนบ้านร้านตัดผม ตำบลสองพี่น้อง อำเภอกำแพง จังหวัด ชุมพร." วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ เพชรบุรี.

สุริรัตน์ รุ่งเรือง, และสมเกียรติ สุขนันทพงศ์. (2554). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขล

นครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี. วารสารพฤติกรรมศาสตร์.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2558). สถิติสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.

อรุณรัตน์ สารวิโรจน์, และกานดา จันทร์เยี่ยม. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่. วารสารวิทยาศาสตร์ สาขาสังคมศาสตร์.

อังศินันท์ อินทรกำแหง, และธัญชนก ขุมทอง. (2560). การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรีไทยวัยรุ่น อายุ 15 - 21 ปี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข.

อัญญิรมา พิสัยพันธ์, จรรยา ภัทรอาชาชัย, และกนกพักรวีวรรณพาณิชย์. (2556). ความสัมพันธ์ของ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ใหญ่. ธรรมศาสตร์เวชสาร.

Baker, D.W., et al., (2007). Health literacy and mortality among elderly persons. Archives of Internal Medicine, 167(14), 1503-9.

De walt, D.A., et al., (2004). Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. The Journal of General Internal Medicine, 19(12), 1228-39.

Kickbusch I, Maag D. (2008). Health Literacy, in: International. Encyclopedia of Public Health, First Edition. Academic Press, vol.

NAAL. (2006). National Assessment of Adult Literacy. The Health Literacy of America's Adults Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. U.S. Department of Education.

Orem, D. E. (2001). Nursing: concept of practices. พิมพ์ครั้งที่ 6. St. Louis MO: Mosby

Paasche-Orlow, M,K., & Wolf, MS. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. American Journal of Health Behavior.

Parker R.M., Baker D.W., William M.V., Nurss J.R. (1995). The test of functional health literacy in adult: a new instrument for measuring patient's literacy skills. Journal of General Internal Medicine, 10(10), 537-541.

Sharif, I. & Blank A.E. (2010). Relationship between child health literacy and body mass index in overweight children. Patient Education and Counseling, 79(1).

World Health Organization (WHO). (1998). Health Promotion Glossary. Retrieved from <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>. (Retrieved 2019 September 3)

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลบางขนาก อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

นางสาวธัญญ์ ธรรมธร

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลบางขนาก อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยใช้วิธีสุ่มอย่างแบบเจาะจงกลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 40 คน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินงานตามโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 13 สัปดาห์ เครื่องมือในการทดลองคือโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลบางขนาก อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired samples t-test และ Independent samples t-test

ผลการวิจัย ปรากฏว่า การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะ พฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะ พฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ควรมีการศึกษาคัดตามประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

บทนำ

การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2565 พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมจากการประเมินตนเอง ร้อยละ 40.50 ของผู้สูงอายุประเมินว่าตนเองมีสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 36.90 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดี และร้อยละ 3.60 ประเมินว่าตนเองสุขภาพดีมาก ประเมินตนเองสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 16.40 และมีเพียงร้อยละ 2.60 ที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดีมาก เมื่อพิจารณาตามกลุ่มช่วงวัย พบว่าผู้สูงอายุวัยต้นประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีมากในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย (ร้อยละ 45.20 ร้อยละ 29.80 และร้อยละ 18.60 ตามลำดับ) สัดส่วนของผู้สูงอายุชายประเมินตนเองว่ามีภาวะสุขภาพดีมากสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง (ร้อยละ 40.40 และร้อยละ 34.10 ตามลำดับ) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) จังหวัดฉะเชิงเทรามีจำนวนประชากรทั้งหมด 721,198 คน ประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 56,185 คน คิดเป็นร้อยละ 10.30 สำหรับตำบลบางขนาก มีประชากรทั้งหมด 5,534 คน ประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 1,256 คน คิดเป็นร้อยละ 22.69 มีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 1,026 คน คิดเป็นร้อยละ 81.68 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางขนาก มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีกิจกรรมเชิงรุก ได้แก่ กิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ กิจกรรมโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพและกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางขนาก, 2565)

จากข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลบางขนาก ประจำปี 2565 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ยังขาดการออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรม และผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหารเนื่องจากมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารรสเค็ม ไขมันสูง พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา จากข้อมูลการดูแลปณิบัติในการทำกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเป็นผู้ดูแลตนเอง ร้อยละ 88.90 เมื่อพิจารณาถึงผู้ที่ใช้เวลาในการดูแลปณิบัติในการทำกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุมากที่สุดหรือผู้ดูแลหลัก 5 อันดับแรก พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่

เป็นบุตรหญิง ร้อยละ 42.00 รองลงมาคือ คู่สมรส ร้อยละ 28.70 บุตรชาย ร้อยละ 13.20 บุตรเขยหรือบุตรสะใภ้ ร้อยละ 5.60 และผู้ดูแลที่เป็นพี่ น้อง หรือญาติ ร้อยละ 4.70 ประชากรสูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2557 ด้านลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565)

จำนวนผู้สูงอายุและการมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อสภาพทางสังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโรคภัยไข้เจ็บและปัญหาทางด้านจิตใจเพิ่มขึ้นด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางนกแขวก อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา มีกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังดูแลอย่างต่อเนื่อง คือ ผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 928 คน กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม เป็นกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีเป็นผู้ที่มีสุขภาพทั่วไปดี ไม่มีโรคเรื้อรังหรือเป็นเพียงผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือเป็นผู้มีโรคเรื้อรัง 1-2 โรค แต่ควบคุมได้ แต่ก็ยังต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเหมือนกับกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้หรือต้องการความช่วยเหลือบางส่วน มีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคม และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อนหลายโรค ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคมชัดเจน และอาจมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน พื้นฐานทำให้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นบ้างบางส่วน เช่น ในการเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่สามารถเดินตามลำพังบนทางเรียบได้ ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือหรือผู้ช่วยเหลือมารับประทานอาหาร ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องการความช่วยเหลือขณะรับประทานอาหาร การขับถ่าย เป็นต้น ปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น มีภาวะซึมเศร้า ทางสติปัญญา การคิดรู้ เช่น ภาวะการหลงลืมและสมองเสื่อม ในด้านสังคม พบว่า มีส่วนร่วมกับสังคมน้อยเนื่องจากมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย เช่น ไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมที่วัดได้เช่นเดิม รวมถึงกลุ่มที่ไปมานอกบ้านได้โดยอิสระแต่ไม่ชอบออกสังคม และกลุ่มที่ไม่สามารถร่วมกิจกรรมสังคมได้เนื่องจากติดภาระทางบ้าน เช่น ต้องดูแลหลาน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้อาจมีหรือไม่มีศักยภาพในการช่วยเหลือครอบครัวและสังคมได้

ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้ทั่วถึง ที่ผ่านมามีพบว่า ผู้สูงอายุยังได้รับการดูแลยังไม่ทั่วถึงเนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีภาระงานค่อนข้างมาก เจ้าหน้าที่น้อย ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ ส่งผลให้ผู้สูงอายุยังขาดการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ จากการติดตามโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ปีพ.ศ. 2565 พบว่า ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง ไม่มีคนดูแลในช่วงเวลาที่สมาชิกในครอบครัวออกไปทำงาน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองยังไม่ถูกต้อง ได้แก่

การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และมีปัญหาทางจิตใจมีโอกาสเสี่ยงเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ผู้สูงอายุติดเตียงและผู้สูงอายุติดบ้านไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องมีคนคอยดูแลอย่างใกล้ชิด จากปัญหาดังกล่าวทางทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางนกแขวก ได้แจ้งให้ทางญาติผู้ดูแลได้รับทราบปัญหาเพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน พบว่าญาติผู้ดูแลไม่คิดที่จะทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังคนเดียวแต่มีความจำเป็นต้องหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว ปัจจุบันเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีบทบาทภาระงานเพิ่มขึ้น จำเป็นต้องอาศัยตัวแทนด้านสุขภาพจากประชาชนที่มีอยู่กระจายทั่วทุกหมู่บ้าน นั่นคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ที่ได้รับการคัดเลือกมาจากชุมชนนั้นเป็นบุคคลที่ถูกกลั่นกรองและได้รับการยอมรับจากพื้นฐานของการเป็นคนดี เห็นแก่ส่วนรวม มีน้ำใจและชอบให้ความช่วยเหลือผู้อื่น รวมทั้งเป็นผู้ที่ใส่ใจและมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพดี นอกจากนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับงานสาธารณสุข มีความไว้วางใจและมีเข้าใจที่ถูกต้องงานสุขภาพชุมชน พร้อมทั้งจะให้ความร่วมมือในการทำงานต่างๆ โดยไม่ต้องชี้แจงหรือความเข้าใจมาก จนอาจกล่าวได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นเสมือนทูตที่เชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างระบบสาธารณสุขของรัฐกับชุมชนให้ได้อยู่เสมอ การมีอาสาสมัครที่มีคุณลักษณะดังกล่าว เป็นกลไกการทำงานนับเป็นทุนทางสังคมที่มีศักยภาพในอันที่จะพัฒนาให้เกิดประโยชน์สาธารณะต่อชุมชนต่อระบบสุขภาพไทย (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550) โดยมีการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า มีบทบาทในการแจ้งข่าวสารแก่ประชาชน เก็บรวบรวมข้อมูล เป็นผู้นำด้านสุขภาพ มีความสามารถและแสดงบทบาทในกิจกรรมที่ทำได้สำเร็จในระยะเวลาสั้นๆ เช่น การให้ความรู้ แจ้งข่าวสาร การเก็บข้อมูล การรณรงค์เพื่อควบคุมโรคไข้หวัดนก ใช้เลือดออก เป็นต้น (สุจินดา สุขกำเนิด, 2564) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทหน้าที่ต้องดูแลรับผิดชอบทุกกลุ่มอายุ ทั้งด้านการส่งเสริมป้องกันรักษาและฟื้นฟู มีบทบาทสำคัญในการสร้างความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของประชาชน มีความใกล้ชิด จำเป็นอย่างยิ่งต้องพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้และเกิดความมั่นใจในการส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชนและเป็นแบบอย่างที่ดีทางด้านสุขภาพ (วิทยา ใจวิถี และคณะ, 2560)

การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ผ่านมา พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบางนกแขวก อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้รับการอบรมหรือพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แต่ยังขาดองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุ ขาดความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเมื่อเข้าสู่

วัยสูงอายุ ขาดความมั่นใจในการให้ข้อมูล คำแนะนำปรึกษา ตลอดจนการให้กำลังใจเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุยังไม่เห็นความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพตนเองเท่าที่ควร ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่ทั่วถึง ดังนั้น อาสาสมัครประจำหมู่บ้านจำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้มีความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดีและสามารถปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายคือ แนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender, 1996; อ้างถึงใน วิภาพร สิทธิศาสตร์ และสุชาดา สวนนุ่น, 2563) ที่มุ่งเน้นการเพิ่มระดับความผาสุกและความเป็นอยู่ที่ดีของตนเองของบุคคล จึงเป็นการปฏิบัติเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด ถ้าบุคคลสามารถปฏิบัติตามจนกลายเป็นนิสัยและแบบแผนในการดำเนินชีวิตก็จะสามารถคงไว้หรือยกระดับภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้ศึกษาวิจัยตระหนักว่าประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่ทรงคุณค่า และมีความสำคัญยิ่งต่อครอบครัว สังคมและประเทศชาติ จึงสนใจศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนอย่างมีความสุข โดยนำแนวคิดทฤษฎีเพนเดอร์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพที่ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียด มาประยุกต์ใช้จัดทำโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลบางชนาก อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่สามารถสนับสนุนผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพ และนำผลการศึกษาวินิจฉัยไปใช้เป็นแนวทางและคู่มือในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางชนาก ที่สอดคล้องเหมาะสมกับความต้องการและบริบทของผู้สูงอายุในเขตตำบลบางชนาก อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลบางชนาก อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ พฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง

3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ พฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลอง มีความรู้ทัศนคติ พฤติกรรม เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนการทดลอง

2. ภายหลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลอง มีความรู้ทัศนคติ พฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดสองครั้ง (The two-group pre test – post test design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลบางชนาก อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 80 คน กลุ่มทดลองจำนวน 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 40 คน

1. เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) เข้าโปรแกรมสุขภาพ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของตำบลบางชนาก ที่มีผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ ไม่จำกัดเพศและอายุยินยอมตกลงสมัครใจเข้าร่วมวิจัยจนสิ้นสุดการวิจัย

2. เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบ 13 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างขอลาออกและมีเหตุภาวะความจำเป็น เช่น เจ็บป่วย เสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลบางชนาก อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ส่วนประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2

แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยการนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ซึ่งได้ค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไปทุกข้อ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลอง จำนวน 30 คน ผลการทดลองให้นำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น ดังนี้

- 1) แบบทดสอบความรู้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.776
- 2) แบบสอบถามทัศนคติ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.882
- 3) แบบสอบถามพฤติกรรม ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.882

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. **ขั้นก่อนการทดลอง** เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ครั้งที่ 1 ด้วยแบบสอบถามก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 40 คน

2. ขั้นทดลอง

1) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลบางนก อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ระยะเวลา 13 สัปดาห์ ประกอบด้วยทั้งหมด 4 กิจกรรม ดังนี้ (1) กิจกรรมส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (2) กิจกรรมส่งเสริมทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (3) กิจกรรมพัฒนาทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และ (4) กิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2) กลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลบางนก อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้รับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามปกติ

3. **ขั้นหลังการทดลอง** เก็บข้อมูลหลังการทดลอง ครั้งที่ 2 ด้วยแบบสอบถามหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 40 คน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ใช้แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติอนุมาน (inferential statistics) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลองในด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้วยสถิติ paired samples t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในด้านค่าคะแนนของความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้วยสถิติ independent samples t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลักคือเกษตรกร มีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 6-10 ปี ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11 ปี ระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ระหว่าง 1-5 ปี

2. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภาพรวม กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง

2.2 ทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภาพรวม กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการทดลอง มีทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากที่สุด กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองมีทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการทดลองมีทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง

2.3 พฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภาพรวม กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง

มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากที่สุด กลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ก่อนการทดลองภาพรวมมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง

3.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการทดลอง

4.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน

ทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.1 ภายหลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนการทดลอง เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มทดลอง ได้เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยกิจกรรมการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลอง ตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ (Pender, 1996) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียด มีวิธีการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจ โดยการบรรยายประกอบการนำเสนอรูปแบบ power point ชมวีดิทัศน์ แจกคู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แจกเอกสารประกอบการบรรยายให้ความรู้ การสาธิตและฝึกปฏิบัติการนั่งสมาธิ แบ่งกลุ่มและนำเสนอ อภิปรายกลุ่ม และติดตามให้ความรู้ โดยการติดตามเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากกิจกรรมดังกล่าว ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลอง ดำเนินงานมาก อาเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้รับการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในประเด็นมีความรู้ในระดับปานกลางขึ้นมาอยู่ในระดับสูง ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนาธิป ศรีพรหม (2563) ได้ทำการศึกษาแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้ง 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียด ใช้รูปแบบการพัฒนาและการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจให้กับผู้สูงอายุ ด้วยวิธีการบรรยายให้ความรู้ สาทิต อภิปราย ชักถาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สังเกต บรรยายประกอบกับฝึกปฏิบัติการนั่งสมาธิ สวดมนต์ การเรียนรู้จากสื่อ ด้านตำราและเอกสารวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง หลังจากได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เรียบร้อยแล้ว ได้นำรูปแบบไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 60 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจโดยภาพรวมและรายด้าน ก่อนการทดลองใช้อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองใช้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจระดับมากที่สุด และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาส อนันดา และจริญญ ทองอนอก (2565) ได้ทำการศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านตำบลขาว อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ปีพ.ศ. 2565 ผลการศึกษาพบว่า ความรู้และทักษะการปฏิบัติงานในการเยี่ยมบ้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้เพิ่มมากขึ้นหลังจากได้รับการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้มีกิจกรรมจัดอบรมให้ความรู้ในการเยี่ยมบ้านและทักษะการปฏิบัติงานแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและลงพื้นที่ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านจริง

1.2 ภายหลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มทดลองมีทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนการทดลอง เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 โดยกิจกรรมการส่งเสริมทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลอง ตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ (Pender, 1996) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียด มีวิธีการส่งเสริมทัศนคติ โดยการแบ่งกลุ่มและนำเสนออภิปรายกลุ่ม ชมวีดิทัศน์ สาทิตและฝึกปฏิบัติการนั่งสมาธิ สวดมนต์ไหว้พระ ออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีดัดตน และบุคคลตัวแบบด้านบวกร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากกิจกรรมดังกล่าว ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลอง ตำบลบางขนาก อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้รับการส่งเสริมทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ เขียวลักษณ์ วงษ์ประภารัตน์ และคณะ (2564) ได้ทำการศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านสันทรายหลวง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ดำเนินกิจกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุ ประกอบด้วย กิจกรรม การนั่งสมาธิ ฟังธรรมะ สวดมนต์ไหว้พระ ปฏิบัติกิจกรรมตามหลักพระพุทธศาสนา เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น ทำบุญ ตักบาตร แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย ได้รับความรู้ด้านสุขภาพและทัศนคติสำหรับการดำเนินชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขทางปัญญา มีความสงบในใจตนเอง ส่งผลให้ภายหลังการดำเนินกิจกรรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนทัศนคติการดูแลตนเองของผู้สูงอายุแต่ละคนได้ รวมทั้งการสร้างบรรยากาศการช่วยเหลือพึ่งพากันภายในกลุ่ม

1.3 ภายหลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงกว่าก่อนการทดลอง เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 โดยกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลอง ตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ (Pender, 1996) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียด มีวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีพัฒนาทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ ฝึกปฏิบัติการตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น ฝึกการออกกำลังกาย ฝึกการนั่งสมาธิ แสดงละคร ฝึกทักษะการเยี่ยมบ้านก่อนลงพื้นที่จริง และติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากกิจกรรมดังกล่าว ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลอง ตำบลบางขนาก อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการทดลองโดยภาพรวมมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลางขึ้นมาอยู่ในระดับมาก ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของประภาส อนันดา และ จริญญ ทองอนอก (2565) ได้ทำการศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านตำบลขาว อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ปีพ.ศ. 2565 ผลการศึกษาพบว่า หลังการอบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีทักษะในการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้มีกิจกรรมออกฝึกปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน

ในชุมชน มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง และยังคงคล้อย กับ จุฬาทิพย์ กองจันทร์ศรี และอรสา กงตาล (2564) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตเทศบาลเมือง เพชรบูรณ์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุได้รับการเยี่ยมบ้านโดย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่ ได้รับการพัฒนาทักษะในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุและผู้ดูแล มีความพึงพอใจในการบริการสุขภาพ ได้มีกิจกรรมอบรมให้ความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ เนื้อหาเกี่ยวกับการ ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ อาหารและการออกกำลังกาย การผ่อนคลาย และออกเยี่ยมบ้านพร้อมประหมัดกลุ่มแลกเปลี่ยน เรียนรู้ประสบการณ์การเยี่ยมบ้าน

2. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการทดลอง

2.1 ภายหลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านกลุ่มทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 2 อาจเนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มทดลอง ได้รับการพัฒนาทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุ โดยเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ประกอบด้วยทั้งหมด 3 กิจกรรม ดังนี้ (1) กิจกรรม ส่งเสริมทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (แบ่งกลุ่ม นำเสนออภิปรายกลุ่ม) เนื้อหากิจกรรมนี้เป็นการแบ่งกลุ่ม วิธีการแบ่งกลุ่มจะเล่นเกมสโตนโดยออกมาราวงเป็นวงกลม เมื่อเพลงหยุดให้รวมกลุ่มกันให้ครบ 10 คน หลังจากนั้นแต่ละกลุ่ม ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านด้านรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียด แล้วส่งตัวแทนนำเสนออภิปรายกลุ่ม (2) กิจกรรมการพัฒนาทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (บรรยาย วิดีทัศน์ ฝึกการนั่งสมาธิ แบ่งกลุ่มและนำเสนออภิปรายกลุ่ม) เนื้อหากิจกรรมนี้เป็นการ ส่งเสริมทัศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยชมวีดิทัศน์ธรรมะ ในผู้สูงอายุ การฝึกนั่งสมาธิ (3) กิจกรรมส่งเสริมทัศนคติเกี่ยวกับ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (บุคคลตัวแบบด้านบวก) คือ ผู้สูงอายุที่เป็นแบบอย่างที่ดีในชุมชนและเป็นบุคคลที่ชุมชน เคารพนับถือ ช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน มาพูดคุย ชักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองได้รู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีจิตอาสา เป็นห่วง ผู้สูงอายุกลัวจะไม่มีใครดูแล และมีความรู้สึกรู้ว่าตนเองควร เสียสละในการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้เข้าร่วม โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้านมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แต่ได้รับกิจกรรม การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามปกติ (อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านตำบลบางขนาก ยังไม่เคยได้รับการพัฒนา ทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ) จากกิจกรรม ดังกล่าวส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ภายหลังทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับ การศึกษาของ สุมาลี เอี่ยมสมัย รัตนา เหมือนสิทธิ์ และ จริญญา ทอมาก (2565) ได้ทำการศึกษารูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบล พกร่าง อำเภอพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี ผลการวิจัยพบว่า ความคิดเห็นและศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัคร ผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับ ปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.25 ภายหลังการใช้รูปแบบ การดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.95 ซึ่งสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ได้มีกิจกรรม ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ

2.2 ภายหลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านกลุ่มทดลองมีทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สูงกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบ เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อาจเนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลอง ได้รับการพัฒนา ทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเข้าร่วม โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ทั้งหมด 3 กิจกรรม ดังนี้ (1) กิจกรรมส่งเสริมทัศนคติเกี่ยวกับ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (แบ่งกลุ่มนำเสนออภิปรายกลุ่ม) เนื้อหากิจกรรมนี้เป็นการแบ่งกลุ่ม วิธีการแบ่งกลุ่มจะเล่นเกมสโตนโดยออกมาราวงเป็นวงกลม เมื่อเพลงหยุดให้รวมกลุ่มกัน ให้ครบ 10 คน หลังจากนั้นแต่ละกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านความสัมพันธ์ระหว่าง บุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการ ความเครียด แล้วส่งตัวแทนนำเสนออภิปรายกลุ่ม (2) กิจกรรม การพัฒนาทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (บรรยาย วิดีทัศน์ ฝึกการนั่งสมาธิ แบ่งกลุ่มและนำเสนออภิปรายกลุ่ม) เนื้อหากิจกรรมนี้เป็นการส่งเสริมทัศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยชมวีดิทัศน์ธรรมะในผู้สูงอายุ การฝึกนั่งสมาธิ (3) กิจกรรม ส่งเสริมทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (บุคคล ตัวแบบด้านบวก) คือ ผู้สูงอายุที่เป็นแบบอย่างที่ดีในชุมชน และเป็นบุคคลที่ชุมชนเคารพนับถือ ช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน มาพูดคุย ชักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองได้รู้สึกว่าคุณ

ตนเองมีจิตอาสา เป็นห่วงผู้สูงอายุกลัวจะไม่มีใครดูแล และมีความรู้สึกว่าตนเองควรเสียสละในการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แต่ได้รับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามปกติ (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลบางขนาก ยังไม่เคยได้รับการพัฒนาทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ) จากกิจกรรมดังกล่าวส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ภายหลังทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของเยาวลักษณ์ วงษ์ประภารัตน์ และคณะ (2564) ได้ทำการศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านสันทรายหลวง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ดำเนินกิจกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรม การนั่งสมาธิ ฟังธรรมะ สวดมนต์ไหว้พระ ปฏิบัติกิจกรรมตามหลักพระพุทธศาสนา เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น ทำบุญ ตักบาตร แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย ได้รับความรู้ด้านสุขภาพและทัศนคติสำหรับการดำเนินชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขทางปัญญา มีความสงบในใจตนเอง ส่งผลให้ภายหลังการดำเนินกิจกรรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนทัศนคติการดูแลตนเองของผู้สูงอายุแต่ละคนได้ รวมทั้งการสร้างบรรยากาศการช่วยเหลือพึ่งพากันภายในกลุ่ม

2.3 ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อาจเนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยทั้งหมด 4 กิจกรรม ดังนี้ (1) กิจกรรมการพัฒนาทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (ฝึกปฏิบัติตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นและการออกกำลังกาย) เนื้อหากิจกรรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองจับคู่ฝึกปฏิบัติตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว และวัดความดันโลหิต ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย โดยฤทัย ดัดตน 15 ท่า (2) กิจกรรมการพัฒนาทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เนื้อหากิจกรรม ฝึกการนั่งสมาธิ แบ่งกลุ่มและนำเสนออภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับเนื้อหาการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ (3) กิจกรรมการพัฒนาทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการแสดงละครเกี่ยวกับการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุก่อนลงพื้นที่จริง (4) กิจกรรมเยี่ยมบ้าน

ผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แต่ได้รับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามปกติ จากกิจกรรมดังกล่าวส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ภายหลังทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของประภาส อนันดา และจัญญู ทองอเนก (2565) ได้ทำการศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเยี่ยมบ้านตำบลขาว อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ปีพ.ศ. 2565 ผลการศึกษาพบว่า หลังการอบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีทักษะในการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้มีกิจกรรมออกฝึกปฏิบัติการเยี่ยมบ้านในชุมชน มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้เลี้ยง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนั้นควรให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องส่งเสริมสนับสนุนการจัดโปรแกรมในลักษณะนี้ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อื่นต่อไป
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลบางขนาก ยังขาดการประเมินผลความพึงพอใจของผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ดังนั้นควรมีการประเมินผลหลังจากการติดตามเยี่ยมบ้านทุกครั้ง เพื่อนำปัญหา มาวิเคราะห์ สรุป เป็นแนวทาง และปรับปรุงแก้ไขต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ ญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน ชาวชน เพื่อให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และสร้างความตระหนักให้พื้นที่เห็นความสำคัญของการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี
2. ควรมีการศึกษาวิจัยโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านแพทย์แผนไทยในกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้พิการอัมพฤกษ์อัมพาต
3. ควรมีการศึกษาคิดตามประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อเป็น

แนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมการสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงไปด้วยดี โดยความอนุเคราะห์จากหลายท่าน ผู้วิจัยขอขอบคุณสาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว ที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณคณะเจ้าหน้าที่และผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่กรุณาสับสนุนและให้คำแนะนำด้านวิชาการที่เป็นประโยชน์ต่อการการวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่มีส่วนร่วมให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยและทำให้การทำวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- โกมาตร จิงเสถียรทรัพย์. (2550). อสม. ศักยภาพและยุทธศาสตร์ในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง. บทความพิเศษ หมออนามัย, 17 (3), 50.
- จุฑาทิพย์ ยอจันทร์ศรี และอรสา กงตาล. (2564). การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 13 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชนาธิป ศรีพรหม. (2563). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนากุมาร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- ประภาส อนันดา และจรัญญู ทองเอนก. (2565). ผลของการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านตำบลขวาว อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ปีพ.ศ. 2655. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น, 20 (1), 55-58.

เขวาลักษณ์ วงษ์ประภารัตน์ และคณะ. (2564). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านสันทรายหลวง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางขนาก. (2565). สรุปรายงานประจำปี 2565. (อัดสำเนา).

วิภาพร สิทธิศาสตร์ และสุชาดา สนวนุ่ม. (2563). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช สถาบันพระบรมราชชนก สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

วิทยา ใจวิถี และคณะ. (2560). หลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปีพุทธศักราช 2560. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 9 พฤษภาคม 2564 จาก http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/ifm_mod.

ศุจินดา สุขกำเนิด. (2564). รายงานผลการศึกษากการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับบทบาทที่กำลังเปลี่ยนแปลง. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น.

สุมาลี เอี่ยมสมัย รัตนา เหมือนสิทธิ์ และจรัญญูศรี ทองมาก. (2565). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุกทุ่ง อำเภอพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 22 (3), 55.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.

การพัฒนาและประเมินผลกระบวนการติดตามผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผิมนัดการรักษาในโรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา

Development and Evaluation of The Follow Absence of Treatment Appointments process for The Patients with diabetics and hypertension in Phanomsarakham hospital Chachoengsao Province.

พรลภัส คำภางษ์ (พย.บ)

ดวงมณี วิยะทัศน์ (พย.ม.)

บทคัดย่อ

การศึกษาพัฒนาและประเมินผลนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลกระบวนการติดตามผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผิมนัดการรักษาในโรงพยาบาลพนมสารคาม โดยศึกษาอัตราการผิมนัดของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพนมสารคาม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการผิมนัดการรักษา และประเมินผลหลังนำการพัฒนากระบวนการติดตามผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผิมนัดการรักษา โดยศึกษา ร้อยละการเข้ารับการรักษาในระบบ ดำเนินการตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2565 ถึง เดือนพฤษภาคม 2566 ผลการวิจัยพบว่า ระยะที่ 1 ศึกษาข้อหลังผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิมนัดการรักษาตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2565 ถึง กุมภาพันธ์ 2566 พบว่า ผู้ป่วยผิมนัดการรักษาร้อยละ 4.47 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการผิมนัดการรักษา จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 207 คน ได้แก่ อายุ อาชีพ รายได้ ($p = 0.00, 0.00, 0.02$) ระยะที่ 2 การพัฒนากระบวนการติดตามผู้ป่วยผิมนัดการรักษา เดือน มีนาคม ถึง พฤษภาคม 2566 ดำเนินการโดยรวบรวมรายชื่อผู้ป่วยที่ผิมนัดการรักษาโทรศัพท์ ติดตามประสานการเข้ารับการรักษาส่งรายชื่อผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตาม ได้แก่ เจ้าหน้าที่พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดำเนินการติดตามผู้ป่วยที่ไม่เข้ารับการรักษาดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้าน ค้นหาปัญหา/สาเหตุการไม่เข้ารับการรักษา ร่วมแก้ปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษา ระยะที่ 3 การนำกระบวนการไปใช้และประเมินผลผลลัพธ์ หลังใช้การพัฒนากระบวนการติดตามผู้ป่วยผิมนัดการรักษาเข้าสู่ระบบการรักษาร้อยละ 97.87

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของโลก และประเทศไทย

จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2563) ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า ความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁾ กรมควบคุมโรคโดยกองโรคไม่ติดต่อมีการกำกับติดตามคุณภาพบริการการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ผ่านตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ได้พิจารณาผลการดำเนินงานตัวชี้วัดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และทบทวนรายละเอียดตัวชี้วัด รวมถึงปัญหาอุปสรรคต่อการดำเนินงาน ซึ่งการผิมนัดการรักษาเป็นปัญหาอุปสรรคหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณที่ผ่านมา (พ.ศ. 2562 – 2564) ให้ได้รับการดูแลตามมาตรฐานที่ควรได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องนั้น ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย ส่งผลกระทบต่อจิตใจและสังคม ซึ่งหากผู้ป่วยผิมนัดการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยขาดยา ไม่ได้รับประทานยาตามแผนการรักษา ขาดการเข้าถึงการรับบริการตามมาตรฐานการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จากสถิติโรงพยาบาลพนมสารคามการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ 2565 พบผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับการรักษาจำนวน 1,500 คน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 2,100 คน อัตราการผิมนัดการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานรักษาร้อยละ 6.42 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผิมนัดการรักษาร้อยละ 9.98 ซึ่งสาเหตุการผิมนัดการรักษานั้นอาจเกิดจากหลายสาเหตุ ส่วนใหญ่มาจากสาเหตุปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านคลินิก การผิมนัดการรักษานั้นส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการดูแลรักษาของผู้ป่วยในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลต่อการควบคุมโรค⁽²⁾

ประเด็นดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุการผิมนัดการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลพนมสารคาม ดังนั้นการพัฒนา

ระบบการติดตามการผิวนัดการรักษาสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาได้ กระบวนการติดตามผู้ป่วยผิวนัดรักษาเดิมคือ ค้นหารายชื่อผู้ป่วยผิวนัดการรักษาทุกสัปดาห์ โทรศัพท์ตามผู้ป่วยจากประวัติที่แจ้งไว้ และนัดการรักษาครั้งต่อไปจากสถิติพบร้อยละ 25 ผู้ป่วยได้รับการรักษาในระบบและร้อยละ 50 ที่ไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งหลุดออกจากระบบการเข้ารับการรักษา จึงพัฒนากระบวนการติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงผิวนัดรักษาเดิมโดยการประสานการติดตามโดยเจ้าหน้าที่พื้นที่และการเยี่ยมบ้านซึ่งจะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการติดตามผู้ป่วยผิวนัดการรักษา ให้สอดคล้องและครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนากระบวนการติดตามผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผิวนัดการรักษาในโรงพยาบาลพนมสารคาม โดย

1.1 ศึกษาอัตราการผิวนัดของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพนมสารคาม

1.2 ศึกษาปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านคลินิกมี

ความสัมพันธ์ต่อการผิวนัดของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพนมสารคาม

2. เพื่อประเมินผลหลังนำกระบวนการพัฒนาการติดตามผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผิวนัดการรักษาในโรงพยาบาลพนมสารคาม โดย

2.1 ศึกษาอัตราการเข้ารับการรักษาในระบบของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ผิวนัดการรักษา

คำถามการวิจัย

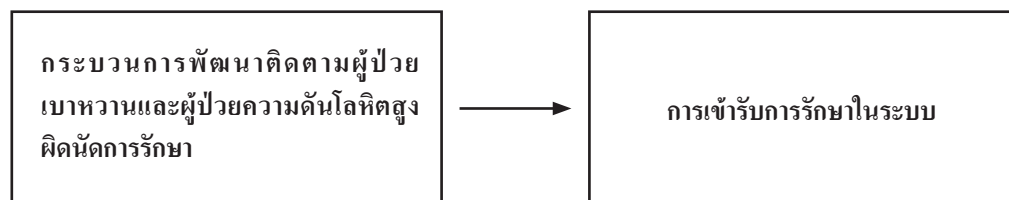
1. อัตราการผิวนัดการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพนมสารคามเป็นอย่างไร

2. ปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์ต่อการผิวนัดการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพนมสารคาม

3. การพัฒนากระบวนการติดตามผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผิวนัดการรักษาในโรงพยาบาลพนมสารคามเป็นอย่างไร

4. ผลการเข้ารับรักษาในระบบหลังการนำกระบวนการพัฒนาติดตามผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผิวนัดการรักษาในโรงพยาบาลพนมสารคามเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิด



ระเบียบวิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนากระบวนการติดตามผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผิวนัดการรักษาในโรงพยาบาลพนมสารคาม ตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2565 ถึง พฤษภาคม 2566 โดยศึกษาอัตราการผิวนัดการรักษา ศึกษาปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านคลินิกมีความสัมพันธ์ต่อการผิวนัดการรักษา เก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง (retrospective study) ตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2565 ถึง กุมภาพันธ์ 2566 จากเวชระเบียนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพนมสารคาม และดำเนินการพัฒนากระบวนการติดตามผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผิวนัดการรักษาในโรงพยาบาลพนมสารคาม และประเมินผลเดือน มีนาคม ถึง พฤษภาคม 2566

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกในโรงพยาบาลพนมสารคาม ตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2565 ถึง กุมภาพันธ์ 2566 จำนวน 3,563 คน

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรงพยาบาลพนมสารคาม ตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2565 ถึง กุมภาพันธ์ 2566 การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER สูตรการคำนวณ effect size Cohen(1977) = 0.30⁽³⁾ ได้ขนาดตัวอย่าง 207 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง(Purposive sampling) โดยเลือกผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเข้ารับรักษาตรงตามนัดจำนวน 101 คน ผิวนัดการรักษาจำนวน 106 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
2. รักษาในโรงพยาบาลพนมสารคาม

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

1. ไม่ได้อาศัยในพื้นที่อำเภพนมสารคาม
2. ไม่ใช่คนไทย

คำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

1. เพศ หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็น หญิง หรือชาย

2. อายุ หมายถึง จำนวนอายุเป็นปีของผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

3. อาชีพ หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ประกอบอาชีพในการทำกิจกรรม การทำงาน การประกอบ การที่ไม่เป็นไทยแท้สังคม และมีรายได้ตอบแทน โดยอาศัย แรงงาน ความรู้ ทักษะ อุปกรณ์ เครื่องมือ วิธีการ แตกต่าง กันไปตามกลุ่มอาชีพตามลักษณะการประกอบอาชีพ ได้แก่ รับจ้าง เกษตรกรรม ค้าขาย งานบ้าน⁽⁴⁾

4. รายได้ หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดัน โลหิตสูง ได้รับผลตอบแทนหรือสิ่งที่ได้มาจากการประกอบ อาชีพ หรือบริการในรูปของเงินสดหรือสิ่งเทียบเท่าเงินสด และ รายได้ที่เกิดจากการสนับสนุนขององค์กรภาครัฐ หรือได้มาจาก บุคคลและองค์กรต่างๆ⁽⁵⁾

5. การศึกษา หมายถึง ระดับความสำเร็จการศึกษาของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

6. จำนวนผู้ดูแล หมายถึง จำนวนผู้ให้การดูแลในกิจกรรม ลักษณะต่างๆ ที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทน หรือ ไม่ได้รับค่าตอบแทน เป็นการดูแลที่มีพื้นฐานมาจากจริยธรรม อารมณ์ โดยมีหรือไม่มีแผนผูกพันทางเครือญาติ⁽⁶⁾

7. ระยะเวลาที่รับการรักษาที่คลินิก หมายถึง ระยะเวลา จำนวนปีที่ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเริ่ม เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพนมสารคาม

8. ระดับ HbA1c หมายถึง ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ในเลือด เกิดจากการที่น้ำตาลในเลือดไปจับกับฮีโมโกลบิน ซึ่งเป็นโปรตีนในเม็ดเลือดแดง ที่ทำหน้าที่พาออกซิเจนไปเลี้ยง เซลล์ต่าง ๆ โดยปกติเม็ดเลือดแดงจะมีอายุประมาณ 3 เดือน ดังนั้น การตรวจฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี (Hemoglobin A1C ; HbA1C) เป็นการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือดตลอดระยะเวลา 2-3 เดือนที่ผ่านมา ถ้าเราได้รับอาหารที่มีปริมาณน้ำตาล มากเกินความต้องการที่ร่างกายจะนำไปใช้ น้ำตาลบางส่วนที่ เหลือในเลือดจะไปจับกับเม็ดเลือดแดง จนมีปริมาณฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ⁽⁷⁾

9. ระดับความดันโลหิต หมายถึง ระดับความดันโลหิตที่ อยู่ในระดับควบคุมได้ ความดันโลหิตตัวบนไม่เกิน 139 มม.ปรอท ตัวล่างไม่เกิน 89 มม.ปรอท⁽⁸⁾

10. ระยะทางที่ตั้งสถานบริการ หมายถึง ระยะเป็น กิโลเมตรทางจากที่อยู่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงถึงโรงพยาบาลพนมสารคาม

11. การผิวนัดการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่มารับการรักษาตามวันนัดเวลา

12. การเข้ารับการรักษาระบบ หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ผิวนัดการรักษาได้เข้ารับการรักษาร ะบบ โรงพยาบาลพนมสารคาม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 เสนอโครงการวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล พนมสารคามเพื่อขออนุญาตในการ ดำเนินการวิจัย ชี้แจง วัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอน การเก็บ รวบรวมข้อมูล และ เตรียมผู้ช่วยวิจัย

1.2 ขอจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

2. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ดำเนินการวิจัยเป็น 4 ระยะ วิธีการดำเนินการศึกษา ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิวนัดการรักษาตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2565 ถึง กุมภาพันธ์ 2566 โดย

1.1 ศึกษาอัตราการผิวนัดการรักษาของผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาร ะบบ โรงพยาบาล พนมสารคาม

1.2 ศึกษาปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านคลินิกมีความ สัมพันธ์ต่อการผิวนัดการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาร ะบบ โรงพยาบาลพนมสารคาม เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective study) จากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความ ดันโลหิตสูงในคลินิกโรงพยาบาลพนมสารคามโดยเก็บข้อมูล ประวัติส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ การศึกษา จำนวน ผู้ดูแล ระยะทางที่ตั้งสถานบริการ ระยะเวลาที่รับการรักษาที่ คลินิก ประวัติทางคลินิก ได้แก่ ระดับ HbA1c ระดับความดันโลหิต

1.3 ศึกษาข้อมูลปัญหาในการดำเนินงานกระบวนการ ติดตามผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแบบเดิม

1.4 ทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.5 เก็บรวบรวมข้อมูลปัญหาในการดำเนินงาน กระบวนการติดตามผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แบบเดิม

ระยะที่ 2 การพัฒนากระบวนการติดตามผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผิวดนการรักษานในโรงพยาบาล พนมสารคาม ตั้งแต่เดือน มีนาคม ถึง พฤษภาคม 2566 โดย

2.1 วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล อัตรา และสาเหตุการผิวดนการรักษาน จากระยะที่ 1

2.2 ประชุมทีมการติดตามการผิวดนการรักษานของผู้ป่วย ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลพนมสารคาม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลทุกแห่งในอำเภอพนมสารคาม เพื่อวางแผนกระบวนการติดตามผู้ป่วยผิวดนการรักษานโดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมนำไปสู่การได้กระบวนการติดตามผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้เข้ารับการรักษานอย่างต่อเนื่อง

2.3 รวบรวมกระบวนการที่พัฒนาการติดตามผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงผิวดนการรักษานเพื่อนำไปปฏิบัติ

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบไปใช้และประเมินผลลัพท์ โดย

3.1 เตรียมความพร้อมผู้รับผิดชอบโรงพยาบาลพนมสารคาม และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.2 จัดเตรียมจำนวนกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ผิวดนการรักษาน

3.3 นำกระบวนการพัฒนาติดตามผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงผิวดนการรักษานไปใช้

3.4 ประเมินผลลัพท์ ร้อยละของการเข้ารับการรักษานจากการผิวดนของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหลังใช้กระบวนการพัฒนาติดตามผู้ป่วยผิวดนการรักษาน

ระยะที่ 4 การปรับปรุงกระบวนการพัฒนาติดตามผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผิวดนการรักษานและข้อเสนอแนะ

4.1 ทบทวนกิจกรรมของกระบวนการติดตามผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผิวดน

4.2 นำเสนอผลของการใช้กระบวนการพัฒนาติดตามผู้ป่วยผิวดนการรักษานในที่ประชุม และนำกระบวนการนี้ใช้ในการติดตามผู้ป่วยผิวดนการรักษานต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

1. พรรณนาปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางคลินิก การผิวดนการรักษานของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการผิวดนการรักษานของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลพนมสารคาม โดยใช้สถิติ ทดสอบไค - สแควร์ (Chi-square Test Statistic) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

3. ประเมินผลการเข้ารับการรักษานในระบบของผู้ป่วยผิวดนการรักษานหลังใช้กระบวนการพัฒนาติดตามผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดย จำนวนและร้อยละ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ศึกษาผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ผิวดนการรักษานในคลินิกจำนวน 3,563 คน ตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2565 ถึง กุมภาพันธ์ 2566 ผลการศึกษาเป็นดังนี้

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละการเข้ารับการรักษานตามนัดและการผิวดนการรักษานของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลพนมสารคาม (n= 3,563)

จำนวนผู้ป่วย(คน)	จำนวน(คน) (ร้อยละ)	
	ตรงตามนัดการรักษาน	ผิวดนการรักษาน
ผู้ป่วยเบาหวาน (1,772)	1,687(95.21)	85(4.79)
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (1,791)	1,707(95.31)	84(4.69)
รวม (3,563)	3,394(95.26)	169(4.74)

ผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 1,772 คน รักษาตรงตามนัดจำนวน 1,687 คน ร้อยละ 95.21 ผิวดนการรักษานจำนวน 85 คน ร้อยละ 4.79 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 1,791 คน รักษาตรงตามนัดจำนวน 1,707 คน ร้อยละ 95.31 ผิวดน

การรักษาน 84 คน ร้อยละ 4.69 รวมผู้ป่วยมารักษาตรงตามนัดจำนวน 3,563 คน รักษาตรงตามนัด 3,394คน ร้อยละ 95.26 รวมผู้ป่วยผิวดนการรักษานจำนวน 169 คน ร้อยละ 4.74

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการผัดผ่อนการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลพนมสาร (n = 207)

ปัจจัย	จำนวน(คน) (ร้อยละ)				p
	รักษาตามนัด		ผัดนัดการรักษา		
	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง	
เพศ					
-หญิง	40(71.40)	39(72.20)	31(68.90)	34(65.40)	0.19
-ชาย	16(28.60)	15(27.80)	14(31.10)	18(34.60)	
อายุ					
-35-45 ปี	0(0.00)	16(29.61)	0(0.00)	14(26.90)	0.00
-46-56 ปี	6(10.70)	10(18.50)	6(13.30)	16(30.80)	
-57-67 ปี	18(32.10)	11(20.40)	15(33.30)	9(17.30)	
-มากกว่า67ปี	32(57.10)	17(31.50)	24(53.30)	13(25.00)	
อาชีพ					
-รับจ้าง	11(19.60)	6(11.10)	11(50.00)	16(30.80)	0.00
-เกษตรกร	10(17.90)	25(46.30)	8(17.80)	19(36.50)	
-ค้าขาย	0(0.00)	0(0.000)	2(4.40)	0(0.00)	
-รับราชการ	1(1.80)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	
-ไม่มีอาชีพ	34(60.70)	23(42.60)	24(53.30)	17(32.70)	
รายได้					
-พอใช้	35(62.50)	34(63.00)	26(57.80)	30(57.70)	0.02
-ไม่พอใช้	21(37.50)	20(37.00)	19(42.20)	22(42.30)	
การศึกษา					
-ประถม	50(89.30)	29(53.70)	38(84.40)	26(50.00)	0.23
-มัธยม	0(0.00)	25(46.30)	3(6.70)	26(50.00)	
-ปริญญาตรี	6(10.70)	0(0.00)	4(8.90)	0(0.00)	
จำนวนผู้ดูแล					
-มี	40(71.40)	33(61.10)	30(66.70)	30(57.70)	0.41
-ไม่มี	16(28.60)	21(38.90)	15(33.30)	22(42.30)	
ระยะทางที่ตั้ง					
-< 1กก.	6(10.70)	5(9.30)	5(11.10)	4(7.70)	0.06
-1-5กก.	16(28.60)	43(76.60)	13(28.90)	34(65.40)	
-6-10 กก.	28(50.50)	6(11.10)	21(46.70)	14(26.90)	
->10 กก.	6(10.70)	0(0.00)	6(13.30)	0(0.00)	
ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา					
-1-5 ปี	6(10.70)	15(27.80)	4(8.90)	19(36.50)	0.14
-6-10 ปี	18(32.10)	27(50.00)	15(33.30)	24(46.20)	
->10 ปี	32(57.10)	12(22.20)	26(57.80)	9(17.30)	
ระดับ HbA1c (ผู้ป่วยเบาหวาน)					
-ควบคุมได้	28(50.00)	0(0.00)	19(42.20)	0(0.00)	0.11
-ควบคุมไม่ได้	28(50.00)	0(0.00)	26(57.80)	0(0.00)	

ต่อตาราง 2

ปัจจัย	จำนวน(คน) (ร้อยละ)				p
	รักษาตามนัด		ผิคนัดการรักษา		
	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง	
ระดับความดันโลหิต					0.16
-ควบคุมได้	33(58.90)	16(29.60)	28(62.20)	20(38.50)	
-ควบคุมไม่ได้	23(41.10)	38(70.40)	17(37.80)	32(61.50)	
รวม	56(27.05)	54(26.09)	45(21.74)	52(25.12)	

P < 0.05

ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเข้ารับการรักษามาตามนัด 110 คน ผิคนัดการรักษา 97 คน รวม 207 คน ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงผิคนัดการรักษาพบว่าเพศหญิงผิคนัดรักษามากกว่าชาย จำนวน 31 คน ร้อยละ 68.90 และ 34 คน ร้อยละ 65.40 อายุ มากกว่า 67 ปีมากที่สุด จำนวน 24 คน ร้อยละ 53.30 และจำนวน 13 คน ร้อยละ 25.00 อาชีพ ไม่มีอาชีพ มากที่สุด จำนวน 24 คน ร้อยละ 53.30 และจำนวน 17 คน ร้อยละ 32.70 รายได้ พอใช้ มากกว่า ไม่พอใช้ จำนวน 26 คน ร้อยละ 57.80 และจำนวน 30 คน ร้อยละ 57.70 การศึกษา ประถม มากที่สุด จำนวน 38คน ร้อยละ 84.40 และจำนวน 26 คน ร้อยละ 50.00 จำนวนผู้ดูแล มีมากกว่าไม่มี จำนวน 30 คน ร้อยละ 66.70 และ จำนวน 30 คน ร้อยละ 57.70 ระยะทางที่ตั้งแต่ 1-5 กก. มากที่สุด จำนวน 21 คน ร้อยละ 46.70 และ จำนวน 14 คน ร้อยละ 26.90 ระยะเวลาที่รับการรักษาที่คลินิก->10 ปี มากที่สุด จำนวน 26คน ร้อยละ 57.80 และจำนวน 9คน ร้อยละ17.30 ระดับ HbA1c (เฉพาะผู้ป่วยเบาหวาน) ควบคุมไม่ได้มากกว่าคุมได้ มากกว่า คุมได้ จำนวน 26 คน ร้อยละ 57.80 ระดับความดันโลหิต ควบคุมไม่ได้ มากกว่า คุมได้ จำนวน 28 คน ร้อยละ 62.20 และ จำนวน 20 คน ร้อยละ 38.50 รวมผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเข้ารับการรักษามาตามนัดจำนวน 56 คน ร้อยละ 27.05 และจำนวน 45 คน ร้อยละ 21.74 ผิคนัดการรักษาจำนวน 54 คน ร้อยละ

26.09 และ จำนวน 52 คน ร้อยละ 25.12

พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการผิคนัดการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้แก่ อายุ อาชีพ รายได้ (p = 0.00, 0.00, 0.02) ตามลำดับ

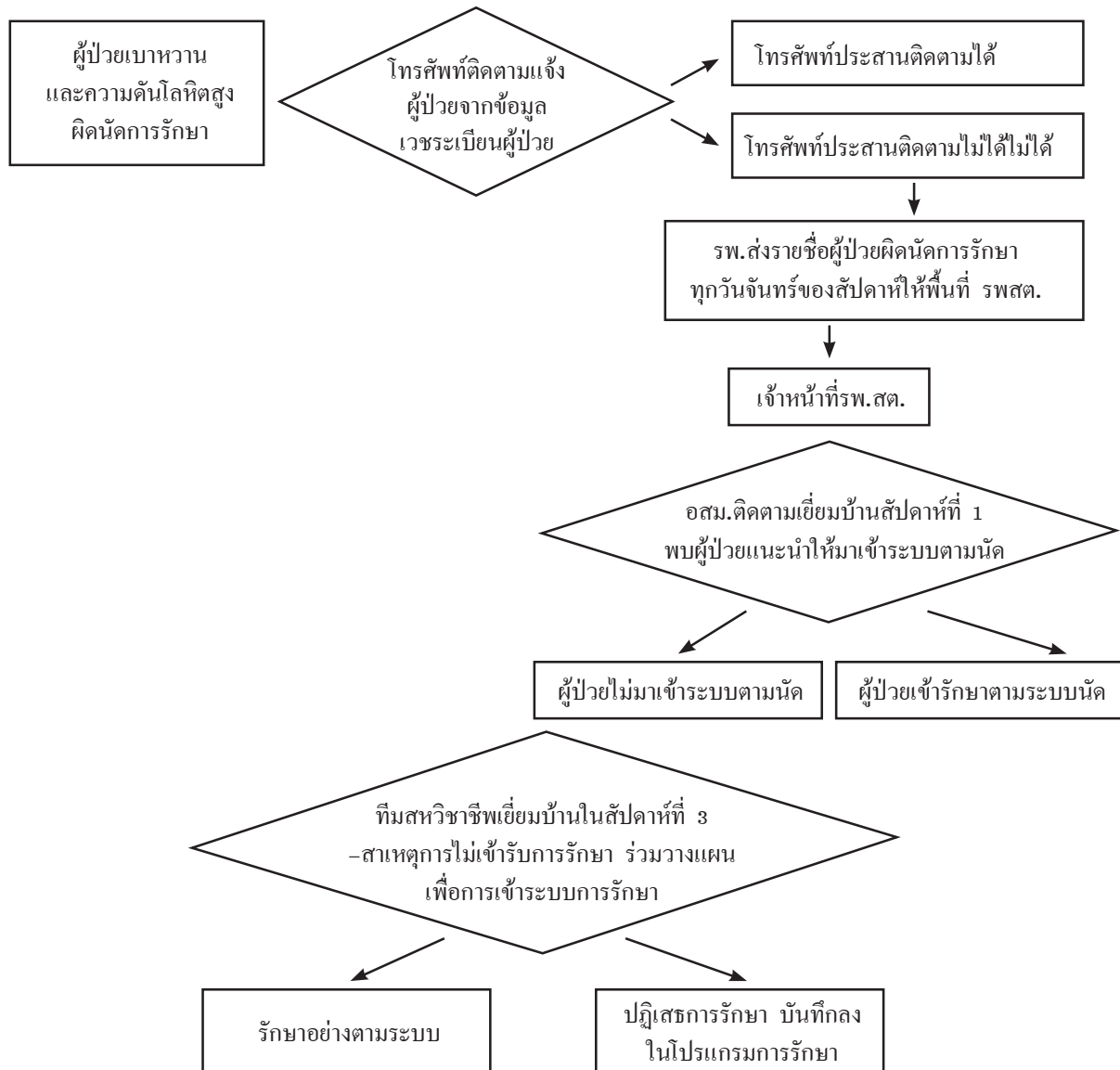
ส่วนที่ 2 การพัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผิคนัดการรักษาในโรงพยาบาล พนมสารคาม ดำเนินการดังนี้

1. รวบรวมรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ผิคนัดการรักษา
2. โทรศัพท์ติดตามประสานการเข้ารับการรักษามาตามระบบ
3. ส่งรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผิคนัดการรักษาที่ไม่สามารถติดตามได้จากการโทรศัพท์ให้แก่เจ้าหน้าที่พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลทุกวันจันทร์ของสัปดาห์
4. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมระดับตำบลมอบหมายหน้าที่แก่อาสาสมัครสาธารณสุขในการติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 1
5. ติดตามผู้ป่วยที่ไม่เข้าสู่ระบบการรักษาโดยทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้าน ค้นหาปัญหา/สาเหตุการไม่เข้ารับการรักษาร่วมแก้ปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาในสัปดาห์ที่ 3
6. นัดวันเวลาเข้ารับการรักษากรณีปฏิเสธการรักษาจำหน่ายจากระบบการรักษาในโปรแกรมรักษาของโรงพยาบาล

กระบวนการติดตามผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผิคนัดการรักษาแบบเดิม



การพัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผิคนัดการรักษา



รูปภาพ 1 การพัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผิคนัดการรักษาในโรงพยาบาลพนมสารคาม

ส่วนที่ 3 ประเมินผลหลังการนำระบบการติดตามผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผิคนัดการรักษาในโรงพยาบาลพนมสารคาม โดย

2.1 ศึกษาร้อยละการเข้ารับการรักษาในระบบของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหลังใช้การพัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยผิคนัดการรักษา

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเข้ารับการรักษาในระบบก่อนและหลังใช้ระบบพัฒนาการติดตามผู้ป่วยผิคนัดการรักษา (n= 97)

ผู้ป่วยผิคนัดการรักษา(คน)	จำนวน(คน) (ร้อยละ)	
	หลังใช้การติดตามนัดแบบเดิม เข้ารับการรักษา	หลังใช้ระบบการพัฒนาติดตาม เข้ารับการรักษา
ผู้ป่วยเบาหวาน (45)	16(35.55)	44(97.77)
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง(52)	22(42.30)	50(96.15)
รวม(97)	38(39.17)	94(97.87)

พบผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผิวดำ 45 คน และจำนวน 52 คน หลังดำเนินการติดตามผู้ป่วยผิวดำผิวดำรักษาแบบเดิมพบผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับการรักษาในระบบจำนวน 16 คน ร้อยละ 35.55 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 22 คน ร้อยละ 42.30 และหลังใช้กระบวนการพัฒนาติดตามผู้ป่วยผิวดำผิวดำรักษาผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 44 คน ร้อยละ 97.77 และ 50 คน ร้อยละ 96.15 รวมทั้งหมดจำนวน 97 คน ติดตามผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบเดิมได้จำนวน 38 คน ร้อยละ 39.17 หลังใช้กระบวนการพัฒนาติดตามผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในระบบจำนวน 94 คน ร้อยละ 97.87

อภิปรายผล

อัตราการผิวดำผิวดำรักษาของผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 4.79 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร้อยละ 4.69 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า อัตราการผิวดำผิวดำรักษาผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 14.87⁽⁹⁾ ซึ่งสูงกว่าการศึกษานี้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการผิวดำผิวดำรักษาของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพนมสารคามได้แก่ อายุ อาชีพ และ รายได้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่วนใหญ่ไม่สามารถแก้ไขได้ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนากระบวนการติดตามผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อให้เข้าสู่ระบบการรักษาซึ่งการติดตามแบบเดิมดำเนินการโดยประสานแจ้งติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์เท่านั้นและขาดการติดตามผู้ป่วยซึ่งยังพบในกลุ่มที่ไม่สามารถติดตามเพื่อให้เข้าสู่ระบบการรักษา จึงดำเนินการพัฒนากระบวนการติดตามผู้ป่วยผิวดำผิวดำรักษาให้เข้าสู่ระบบการรักษาให้มากที่สุดเพื่อประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเมื่อประเมินผลหลังการนำกระบวนการพัฒนาการติดตามผู้ป่วยผิวดำผิวดำรักษาไปใช้พบว่า ร้อยละการเข้ารับรักษาในระบบของผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 97.77 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร้อยละ 96.15 และไม่เข้าสู่ระบบการรักษาได้ในผู้ป่วยเบาหวาน 1 ราย เนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิต และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่เข้ารับการรักษาจำนวน 2 คน เนื่องจากย้ายที่อยู่ และมีโรคแทรกซ้อนอื่นจำเป็นต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น จึงดำเนินการจำหน่ายจากระบบการรักษา แต่ยังคงติดตามความครอบคลุมในการดูแลรักษาซึ่งกระบวนการติดตามผู้ป่วยผิวดำผิวดำรักษาที่ได้พัฒนาขึ้นมานี้ได้มีการคืนข้อมูลการผิวดำผิวดำรักษาผู้ป่วยให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลซึ่งเป็นพื้นที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยสามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้โดยการเยี่ยมบ้านติดตามจากการดำเนินงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและการวางแผนระหว่างผู้ป่วยและญาติกับทีมสหวิชาชีพในการแก้ไขปัญหาจึงเป็นกระบวนการติดตามผู้ป่วยที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างต่อเนื่องส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยดูแลผู้ป่วยดีขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

การพัฒนากระบวนการติดตามผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผิวดำผิวดำรักษาในโรงพยาบาลพนมสารคามได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการผิวดำผิวดำรักษาของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงซึ่งปัจจัยส่วนใหญ่ไม่สามารถแก้ไขได้ทั้งหมด ดังนั้นการพัฒนากระบวนการเพื่อติดตามผู้ป่วยที่ผิวดำผิวดำรักษาเข้าสู่ระบบการรักษาจึงเป็นกระบวนการที่สำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐานกระบวนการพัฒนาดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมในการช่วยแก้ไขปัญหา

ประโยชน์จากผลการวิจัย

1. สามารถนำกระบวนการพัฒนาติดตามผู้ป่วยผิวดำผิวดำรักษาไปใช้เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผิวดำผิวดำรักษาได้เข้าสู่ระบบการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง
2. นำกระบวนการนี้ไปใช้ในการติดตามผู้ป่วยที่ผิวดำผิวดำรักษาในกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและญาติที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพนมสารคาม แพทย์หญิงอุไร ศิลปกิจโกศล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนมสารคาม ที่ให้การสนับสนุน เจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพพนมสารคาม และทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้ความช่วยเหลือในการศึกษารังนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2563). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 Retrieved from <https://www.hsri.or.th/media/printed-matter/detail/13443>.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2564). รายละเอียดตัวชี้วัด.ปีที่ 6.ฉบับที่ 4 เมษายน - พฤษภาคม 2564, หน้า 14-17.
3. ธวัชชัย วรพงษ์สร และ สุรีย์พันธุ์วรพงษ์สร. (2561). การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป. G*Power Retrieve on January 20, 2019. From http://advisor.anamai.moph.go.th/download/Journal_health/2561HEALTH41_2HEALTH_Vol41No2_02.pdf.
4. การงานอาชีพ. (2564). การศึกษาข้อมูลด้านอาชีพ. Retrieved from sers/lenovo/Downloads/ใบความรู้ประกอบการสอน_เรื่อง_อาชีพในปัจจุบัน_2-06161832.pdf.
5. ศูนย์การเรียนรู้. (2554). รายได้คือ. Retrieved from <https://www.prosoft.co.th/Article/Detail/139357/>.
6. พิสมัย สุระกาญจน์. บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: การสังเคราะห์วิทยานิพนธ์ แบบการวิจัยเชิงคุณภาพ. สำนักงาน

ป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น.ปีที่ 26 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2562.

7. ภาควิชาพยาธิวิทยาคลินิก. (2563). คู่มือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ Retrieved from <https://www.si.mahidol.ac.th/th/manual/Project/pdf/hba1c.pdf>.

8. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2564). โรคความดันโลหิตสูง (Hypertention). Retrieved from https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=52.

9. วิสรา ลูวีระ. (2561). การผด้นและตัวชี้วัดทางคลินิกของผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วย บริการปฐมภูมิสามเหลี่ยมโรงพยาบาลศรีนครินทร์. สรณครินทร์เวชสาร; 29 (5): 449-454.

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดตราด

รจนา ถือสัตย์
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลตราด

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลตราด อำเภอเมือง จังหวัดตราด ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และมีระดับความดันโลหิตระหว่าง 140/90 มิลลิเมตรปรอท ถึง 160/100 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 70 คน ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง ตามสูตรของ เล็มโชว์ (Lemeshow) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน ที่เข้าร่วมโปรแกรมการทดลองเป็นเวลา 4 เดือน ประกอบด้วยกิจกรรม การบรรยาย สาธิต ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับอาหารและการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีการใช้ตัวแบบจากผู้เข้าร่วมโปรแกรมที่มีพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ดี และได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากญาติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 35 ราย ได้รับการบริการตามปกติจากโรงพยาบาลตราด รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและวัดความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired samples t - test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีค่าระดับความดันโลหิตลดลงจากก่อนการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ($p < 0.05$) สรุปได้ว่าโปรแกรมการทดลองที่เน้นการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติ ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ จึงสามารถนำไปประยุกต์กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นได้ต่อไป

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การที่มีระดับความดันโลหิตในขณะหัวใจบีบตัวเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว เท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกรายงานว่าผู้ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงทั่วโลกจาก 194 ประเทศ มีจำนวนถึง 970 ล้านคน โดย 330 ล้านคนอยู่ในประเทศพัฒนา และ 640 ล้านคนอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา รวมถึงประเทศไทย และในปี ค.ศ.2025 คาดว่าจะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน สำหรับในประเทศไทยจากข้อมูลของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วประเทศ เพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2561-พ.ศ.2565 อัตราป่วยต่อแสนประชากรด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 1,954.46, 2,034.76, 2,358.78, 2,434.52 และ 2,587.56 ตามลำดับ และพบว่าอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วประเทศสูงขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2554-พ.ศ.2558 เท่ากับ 15.71, 15.73, 17.99, 20.95 และ 21.58 ต่อประชากรแสนคน (กรมควบคุมโรค สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

จังหวัดตราด เดิมเป็นพื้นที่เกษตรกรรมอาชีพของประชากรส่วนใหญ่ เป็นเกษตรกร ทำสวน ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ ประมง ต่อมาสภาพสังคม เปลี่ยนไปเป็นสังคมกึ่งเมืองมากขึ้น วิธีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป มีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มมากขึ้น ทั้งด้านการบริโภค การออกกำลังกาย การดูแลตนเอง ทำให้ประชากรใน จังหวัดตราดมีผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปีพ.ศ.2561-พ.ศ.2565 มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 2,162.45, 2,258.86 2,860.10 2,963.56 และ 3,089.30 ตามลำดับ ในส่วนของข้อมูลผู้เสียชีวิตพบว่ามียอดการเสียชีวิตมากขึ้นในปี พ.ศ.2561 - พ.ศ.2565 มีอัตราตายต่อแสนประชากรเท่ากับ 13.22, 14.90, 19.74,

21.34 และ 26.18 ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) อำเภอเมืองตราดเป็นอำเภอหนึ่งที่มีการเปลี่ยนไปของสภาพสังคม จากสถิติผู้ป่วยของโรงพยาบาลตราด จังหวัดตราด พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตราดสูงเป็นอันดับต้นๆ ในจำนวนโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีจำนวนมากขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ.2554-2558 มีจำนวนผู้ป่วยเท่ากับ 654 ราย, 837 ราย, 1004 ราย, 1258 ราย และ 1840 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลตราด, 2565) จะเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี ในจำนวนนี้พบผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ในปี พ.ศ. 2561 - 2565 ร้อยละ 42.59, 30.80, 35.27, 35.83 และ 37.34 ตามลำดับ และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมอง ในปี พ.ศ. 2561-2565 เป็นจำนวนร้อยละ 1.35 1.46, 1.56, 2.87 และ 3.29 ตามลำดับ (โรงพยาบาลตราด, 2565) จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองตราดเป็นสถานการณ์ที่เป็นปัญหาสำคัญอันดับต้นๆ สำหรับพื้นที่

โรคความดันโลหิตสูงเรียกว่าเป็นมัจจุราชมืด (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2551) เนื่องจากเมื่อเป็นแล้ว จะไม่แสดงอาการ การดำเนินของโรคจะค่อยเป็นค่อยไป ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้ตัวและไม่สนใจดูแลตนเอง โรคความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดมีการเปลี่ยนแปลงทั่วร่างกาย ทำให้หลอดเลือดแข็งตัวและมีความยืดหยุ่นลดลง ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่างๆ ลดลง และหัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น (วิทยา ศรีดามา, 2550) ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (coronary heart disease) โรคหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure) โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease) และโรคไตวาย (renal failure) ซึ่งเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อาจเป็นอันตรายเกิดความพิการและเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ความดันโลหิตสูงยังมีผลต่อจอประสาทตา ทำให้เกิดภาวะเสื่อมของจอประสาทตา ทำให้ตามัวจนถึงตาบอดได้ (Howard & Kirshner, 2009) ปัจจัยที่ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ได้แก่ การรับประทานอาหารรสเค็ม อาหารที่มีไขมันและคอเลสเตอรอลสูง มีภาวะอ้วน สูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ ขาดการออกกำลังกาย มีภาวะเครียดเป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้เนื่องมาจากเข้าใจว่าระดับความดันโลหิตของตนเองปกติแล้วจึงหยุดรับประทานยาเอง ไม่ไปพบแพทย์ต่อเนื่อง กินอาหารที่มีส่วนประกอบของไขมันและเกลือสูง ขาดการออกกำลังกาย ไม่หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ (จริญ บุญฤทธิการ, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของ

สุภัททา อินทรศักดิ์ (2551) พบว่าสาเหตุที่ทำให้ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยสูงกว่าระดับปกติเนื่องจากสภาพสังคม เศรษฐกิจ การเมืองและวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ป่วยขาดความเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง กินอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลเพิ่มขึ้น ขาดการออกกำลังกาย รับประทานยาตามแพทย์สั่ง หยุดรับประทานยาและซื้อยารับประทานเอง ทำให้การดูแลรักษาไม่ต่อเนื่องทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

เป้าหมายของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงนั้นคือการป้องกันและลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยต้องควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท แนวทางการดูแลรักษาความดันโลหิตสูงเริ่มจากการรักษาโดยไม่ใช้ยา เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต และควบคุมปัจจัยต่างๆ เช่น การรับประทานอาหารประเภทลดเค็ม ลดไขมัน การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การงดสูบบุหรี่และลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น เมื่อไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้จึงเริ่มใช้ยาควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งยาที่ใช้ในการลดความดันโลหิตมีอยู่หลายกลุ่ม การเลือกใช้ยารักษาความดันโลหิตสูงในทางปฏิบัติมักพิจารณาตามสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง ระดับของความดันโลหิต และการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย การควบคุมความดันโลหิตเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยจะต้องมีการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคเพื่อที่จะสามารถดำรงชีวิตร่วมกับโรคที่เป็นอยู่ได้อย่างปกติ ซึ่งการควบคุมความดันโลหิตสามารถทำได้โดยการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารและพฤติกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรค (World Health Organization, 1996)

พฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย เป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญสำหรับการควบคุมความดันโลหิต การทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีรายงานที่ศึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในด้านการควบคุมอาหาร การรับประทานอาหารที่เน้นผักผลไม้ และอาหารที่มีไขมันต่ำ สามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 8-14 มิลลิเมตรปรอท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหากรับประทานอาหารควบคุมความดันโลหิตร่วมกับจำกัดปริมาณโซเดียมในอาหาร มีผลทำให้ความดันซิสโตลิกลดลง 11.5 มิลลิเมตรปรอท (Sacks, F.M., 2016) นอกจากนี้ยังสามารถทำให้ระดับ LDL (low-density lipoprotein) ในเลือดลดลง สามารถลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ ส่วนในด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิกไม่ว่าจะเป็นรูปแบบไหน ความหนักและถี่เท่าใด

ผลจากการออกกำลังกายสามารถลดระดับความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกได้ 3.84 มิลลิเมตรปรอทและ 2.58 มิลลิเมตรปรอทตามลำดับ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการออกกำลังกายโดยการเดินแอโรบิกและการเดินเร็ว หรือการออกกำลังกายแบบไท้จี๋ ซึ่งสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกได้ นอกจากนี้การออกกำลังกายยังส่งผลต่อจิตใจด้วย เพราะการออกกำลังกายร่างกายจะหลั่งสารเอนโดฟิน (endorphin) ซึ่งเป็นสารแห่งความสุข ช่วยลดความเครียดและคลายความวิตกกังวลได้ จะเห็นได้ว่าวิธีการดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องปฏิบัติด้วยตนเอง ถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรคจะช่วยทำให้สามารถควบคุมความดันโลหิต

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรม การออกกำลังกาย แม้จะมีผลช่วยลดระดับของความดันโลหิตได้ แต่จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรคอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น การรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพทำเป็นบางครั้ง ไม่ได้ทำเป็นประจำทุกวัน มีการปฏิบัติแบบแผนการออกกำลังกาย และวิธีการออกกำลังกายที่ไม่สม่ำเสมอ (วาสนา ครุฑเมือง, ศิริรัตน์ ปานอุทัยและดวงฤดี ลาสุขะ, 2563) การรับประทาน อาหารตามความชอบความเคยชิน รับประทานอาหารที่มี โซเดียมสูงโดยลดการบริโภคเฉพาะอาหารที่มีความเค็ม โดยไม่ทราบว่ามีอาหารอื่นๆที่มีโซเดียมก็ต้องจำกัดการบริโภค ด้วย เช่น ผงชูรส ผลปรุงรสต่างๆ (สุวิมล สังฆะมณี, 2559) พฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ที่ไม่เหมาะสมดังกล่าว เป็นปัจจัยหนึ่งที่ก่อให้เกิดความล้มเหลวของการควบคุมความดันโลหิต จากการศึกษาทะเบียนประวัติ และการสัมภาษณ์ แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ ญาติที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลตราด พบว่าในคลินิกมีการให้สุศึกษาเรื่องของการปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการปฏิบัติตัวอื่นๆอย่างสม่ำเสมอ แต่ผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ เนื่องจากยังมีพฤติกรรมกระทำความผิดที่เหมือนเดิมทั้ง ในเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ทั้งยังไม่เชื่อมั่นว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย จะช่วยลดความดันโลหิตลดลง ทั้งสมาชิกในครอบครัว ยังขาดการสนับสนุนทั้งในด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจที่จะควบคุมอาหารและออกกำลังกาย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตของตนเองให้อยู่ในระดับปกติได้ เสี่ยงต่อการเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ความพิการ และ

เสียชีวิตได้สูง (โรงพยาบาลตราด, 2559)

โรคความดันโลหิตสูงถึงแม้เป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถ รักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมได้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การที่จะให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ตระหนักถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ปัจจัยหนึ่งที่สำคัญคือการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (perceived self-efficacy) เพราะการรับรู้สมรรถนะของตนเอง จะเกิดขึ้นก่อนความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรม ช่วยให้บุคคลสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการปฏิบัติกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura, 1977) และการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์สูงกับการเปลี่ยนแปลงและคงอยู่ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Schwazer, (1992) คือในการมีส่วนร่วมของการกระทำกิจกรรมของแต่ละคน บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีเป้าหมายและปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ทำให้มีความพยายามมากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) โดยการให้ข้อมูล ข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก การดูแลเอาใจใส่ ให้คำแนะนำ คำปรึกษา และการกระตุ้นเตือนจากญาติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งจะช่วยให้ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนมีกำลังใจ และเกิดการพัฒนาพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง (House, 1981) จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้องและสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย จนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self efficacy) มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ของนักจิตวิทยาชาวแคนาดาชื่อ Albert Bandura มีความเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองจะมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคลอาจจะมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจมีพฤติกรรมที่มีคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าหากพบว่าบุคคลสองคนมีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่แตกต่างกัน แม้แต่ในตัวบุคคลเดียวกันก็เช่นกัน ถ้าการรับรู้ความสามารถของตนเองแต่ละสภาพการณ์ที่แตกต่างกันก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันได้เช่นกัน Bandura พบว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกจึงขึ้นอยู่กับรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาพการณ์นั้นๆ นั่นเอง นั่นคือถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าตนมีความสามารถ

จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อดสาหะไม่ท้อถอย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (Bandura, 1977) แนวทางการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนประกอบด้วย 1.ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง(mastery experiences) เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์ตรงที่บุคคลได้รับจากการกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง 2.การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น(vicarious experience) โดยการใช้ตัวแบบ (modeling) การได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลที่พึงพอใจ จะทำให้ผู้สังเกตมีความรู้สึกว่าเขามีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้ามีความพยายามจริงและไม่ย่อท้อ 3.การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) เป็นการบอกว่าคุณคนนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้จะเข้าร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ โดยค่อยๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไป และให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน 4.การกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional aroused) ปัจจุบันได้มีการนำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกันอย่างแพร่หลาย ซึ่งพบว่ามีประสิทธิภาพ จากการศึกษาของ อูมากรไจยังฮิน (2561) พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และจากการศึกษาของโซลและคณะ(Sol, Graaf, Bijl, Goessens, & Visseren, 2020) ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคเกี่ยวกับหลอดเลือด พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองด้านการเลือกอาหารเพื่อสุขภาพและเพิ่มการออกกำลังกายมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.05$) จากการทบทวนงานวิจัยดังกล่าวทำให้เห็นว่าทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ดีขึ้น

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฮาส์ (House, 1981) ได้อธิบายว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับและผู้ให้ที่ก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งจะทำให้ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนมีกำลังใจ และเกิดการพัฒนาพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง โดยมีการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม, 2561) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ของบุคคล(พรทิพย์ มาลาธรรม, จิราพร คงเยี่ยม, และประครอง อินทรสมบัติ, 2552)

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาประยุกต์ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม จัดเป็นโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยเชื่อว่าการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จะสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ ก่อให้เกิดผลดีต่อคุณภาพชีวิตของตนเองและบุคคลรอบข้างต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองตราด จังหวัดตราด
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม
3. เพื่อเปรียบเทียบความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม
4. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง
5. เพื่อเปรียบเทียบความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ดีกว่าก่อนการทดลอง
2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม มีพฤติกรรมออกกำลังกาย ดีกว่าก่อนการทดลอง
3. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม มีระดับความดันโลหิต ต่ำกว่าก่อนการทดลอง

4. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

5. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

6. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม มีระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ รวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (Pre-test-post-test comparison group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมมาเป็น แนวทางในการจัดโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลตราด อำเภอเมืองตราด จังหวัดตราด จำนวน 2,604 คน (โรงพยาบาลตราด, 2565)

2. กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าการรักษาที่โรงพยาบาลตราด อำเภอเมืองตราด จังหวัดตราด จำนวน 70 แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 35 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตระหว่าง 140/90 มิลลิเมตรปรอท ถึง 160/100 มิลลิเมตรปรอท ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง 1 ปีขึ้นไป อายุระหว่าง 35 - 60 ปี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรค เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย เช่น อัมพาต โรคข้อและกระดูก ไม่มีปัญหาการได้ยินและการมองเห็น ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายตลอดการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) ผู้ที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษา ค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม 4 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 เดือน โดยมีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 ในเดือนที่ 1 วัดความดันโลหิต มีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการจัดกิจกรรมกลุ่มและกติกาของกลุ่ม สาธิตและฝึกปฏิบัติการเลือกเครื่องปรุงอาหาร ชนิดของอาหาร การจัดเมนูอาหาร การสาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายโดยการเดินแอโรบิก การสนับสนุนให้ญาติคอยกระตุ้นและให้กำลังใจกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

กิจกรรมครั้งที่ 2 เดือนที่ 2 วัดความดันโลหิต และบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพ คัดเลือกตัวแบบจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ดีจนประสบผลสำเร็จในการควบคุมความดันโลหิตได้มาแล้ว ถ่ายทอดประสบการณ์ ให้กลุ่มตัวอย่างฟัง เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มทดลองเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองก็สามารถปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวได้เช่นเดียวกัน เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมซักถามและบอกเล่าถึงความรู้สึก มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ พูดชมเชยและให้กำลังใจเพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

กิจกรรมครั้งที่ 3 ในเดือนที่ 3 การเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัดความดันโลหิต บันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพ ประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยความดันโลหิต ชื่นชมให้กำลังใจ รับฟังปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ดูแลให้ญาติและผู้ป่วยร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา

กิจกรรมครั้งที่ 4 ในเดือนที่ 4 วัดความดันโลหิต มีการชั่งน้ำหนัก บันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพ คัดเลือกตัวแบบจากผู้เข้าร่วมโปรแกรมที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและ

การออกกำลังกายที่ติดจนประสบผลสำเร็จในการควบคุมความดันโลหิตได้มาแล้วถ่ายทอดประสบการณ์ ให้กลุ่มตัวอย่างฟัง เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มทดลองเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองก็สามารถปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวได้เช่นเดียวกัน เก็บข้อมูลหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย โดยการวัดความดัน ชั่งน้ำหนัก และการตอบแบบสอบถามชุดเดิม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 เครื่องวัดความดันโลหิตมาตรฐานชนิดปรอท (Mercury Sphygmomanometer) ซึ่งได้รับการการสอบเทียบมาตรฐานเครื่องมือทางการแพทย์ จากกองวิศวกรรมทางการแพทย์ ปีละ 1 ครั้ง และหูฟัง (stethoscope)

2.2 แบบสอบถาม พฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาทฤษฎี เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง แนวคิด และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self efficacy theory) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support theory)

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดขอบเขตโครงสร้างเนื้อหา และทฤษฎีและครอบคลุมตามประเด็นที่ต้องการแต่ละตัวแปรในการวิจัย ทั้งในด้านข้อมูลทั่วไป ด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย เพื่อประเมินข้อมูลพื้นฐาน และข้อมูลสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 3 สร้างเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 4 หาค่าความตรงของเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือโดยผู้วิจัยได้นำ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนำเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านตรวจสอบหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา ความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ จากการหาค่าความตรงของเนื้อหา (IOC) พบว่า แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย มีค่า IOC = 0.93

ขั้นตอนที่ 5 หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (try out) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้

กับที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เท่ากับ 0.925 และค่าความเที่ยงของพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย เท่ากับ 0.893

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทางด้านลักษณะประชากร โดยแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกายและระดับความดันโลหิต ภายในกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการเข้าโปรแกรมและหลังการเข้าโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ด้วยสถิติ Paired samples t-test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกายและระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ก่อนการทดลอง โดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าอยู่ในระดับพอใช้ทุกด้าน โดยเรียงค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย และด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ก่อนการทดลอง โดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าอยู่ในระดับพอใช้ทุกด้าน โดยเรียงค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร รองลงมาได้แก่ ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ตามลำดับ

2. กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย หลังการทดลอง โดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าอยู่ในระดับดีทุกด้าน โดยเรียงค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย และด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย หลังการทดลอง โดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าอยู่ในระดับพอใช้ทุกด้าน

โดยเรียงค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร รองลงมาได้แก่ ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ตามลำดับ

3. ความดันโลหิตก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตตัวบน มีค่าเฉลี่ย 134.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.95 ความดันโลหิตตัวล่างมีค่าเฉลี่ย 84.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.84 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีความดันโลหิตตัวบนมีค่าเฉลี่ย 136.06 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.92 ความดันโลหิตตัวล่างมีค่าเฉลี่ย 84.09 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.63 ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตตัวบน มีค่าเฉลี่ย 129.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.56 ความดันโลหิตตัวล่าง มีค่าเฉลี่ย 79.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.20 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย 136.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.27 ความดันโลหิตตัวล่าง มีค่าเฉลี่ย 83.94 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.95

4. พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง รายด้านและโดยรวม หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนการทดลอง ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ทำให้พฤติกรรมโดยรวมสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง แสดงว่าการจัดโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายดีขึ้น

5. ความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง หลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มเปรียบเทียบค่าความดันตัวบนและตัวล่างไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง แสดงว่า การจัดโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความดันโลหิตดีขึ้น

6. พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ รายด้านและโดยรวม หลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

7. ความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง อยู่ในเกณฑ์ที่ดี

กว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

อภิปรายผล

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอำเภอเมือง จังหวัดตราด อภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผลการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง รายด้านและโดยรวม พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมและพัฒนาความสามารถตนเองที่เน้นการฝึกปฏิบัติปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการใช้ตัวแบบ ร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติ บุคคลใกล้ชิด ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เป็นเพราะโปรแกรมการส่งเสริมและพัฒนาความสามารถตนเองที่ผู้วิจัยออกแบบมานั้น ได้ผ่านกระบวนการออกแบบอย่างเป็นระบบ โดยมีการศึกษาแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการตัดสินใจที่ตนเองว่าความสามารถในการทำงานได้ในระดับใดในขณะที่คาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น เป็นการตัดสินใจว่าผลกรรมใดจะเกิดขึ้นจากการทำพฤติกรรมดังกล่าว การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์นั้นมีความสัมพันธ์กันมาก โดยความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ และแนวคิดในเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมของGottlieb, 1985 (อ้างถึงใน เบนญามิน สุขศรีเพ็ง, 2560) ที่ได้แบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับกว้าง (macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมหรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคมด้วยความสมัครใจและการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่างๆ ในสังคม ชุมชน ที่เขาอาศัยอยู่ 2) ระดับกลุ่มเครือข่าย (mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้าง และหน้าที่ของเครือข่ายสังคมด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติ ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ ความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง และ 3) ระดับแคบหรือระดับเล็ก (micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อกันว่าคุณภาพของความสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์มากในเชิงปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์

หรือโครงสร้างของเครือข่ายในการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจ และแสดงความรัก และห่วงใย (affective support) ซึ่งในการออกแบบโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม สอดคล้องกับอารีรัตน์ กนสวน (2564) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับศิริณี โพธิ์ศรี (2563) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่สถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดยโสธร เลือกตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระยะหลังการทดลองระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ผลการศึกษาความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มทดลอง มีความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างลดลง อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานยิ่งขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ออกแบบมาสำหรับเป็นแนวทางในการปฏิบัติตนเพื่อดูแลและรักษาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งครอบคลุมในทุกๆ ด้าน ทั้งในเรื่องพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติและพฤติกรรมที่ควรหลีกเลี่ยง ตลอดจนแนวคิดทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วย ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีอยู่ในโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยออกแบบขึ้น และเมื่อผู้ป่วยได้เข้าร่วมและปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามระยะเวลาที่กำหนด จึงส่งผลให้ความดันโลหิตของผู้ป่วยมีแนวโน้มอยู่ในเกณฑ์ปกติมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับความดันโลหิตก่อน

การทดลอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับกษมาพร บุญมาศ (2563) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืด โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง ค่าความดันโลหิตภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีระดับความดันซิสโตลิก และไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับศิริณี โพธิ์ศรี (2563) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่สถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดยโสธร เลือกตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระยะหลังการทดลองระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ผลการศึกษาวุฒิกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า หลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เป็นเพราะกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมและพัฒนาความสามารถตนเองที่เน้นการฝึกปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการใช้ต้นแบบ ร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติ บุคคลใกล้ชิด ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่กล่าวว่า การพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองทำได้หลายวิธี ที่สำคัญคือ การฝึกปฏิบัติ (Vicarious experience) การเรียนรู้จากตัวแบบ (Modeling) และการได้รับคำพูดจูงใจ (Verbal persuasion) และการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการปฏิบัติพฤติกรรม และการจัดกิจกรรมที่เน้นกิจกรรมกลุ่ม 4 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 เดือน ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการปฏิบัติตนในการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น ด้วยเหตุนี้จึงส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ดีกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับอารีรัตน์ กนสวน (2564) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรม

การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและความดันโลหิตในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน และ กลุ่มทดลอง 30 คน หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารหลังได้รับโปรแกรม สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับศิริณี โพธิ์ศรี (2563) ที่ได้ศึกษาผล ของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่สถานบริการปฐมภูมิ จังหวัด ยโสธร เลือกตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ระยะหลังการ ทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2 สูงกว่าระยะก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ผลการศึกษาความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความดันโลหิตตัวบนและ ตัวล่าง อยู่ในเกณฑ์ที่ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เป็นไปตาม สมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองนั้นได้รับการจัดกิจกรรมการส่งเสริมและพัฒนา ความสามารถตนเองที่เน้นการฝึกปฏิบัติ การแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ และการใช้ต้นแบบ ร่วมกับการได้รับ แรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติ บุคคลใกล้ชิด ซึ่งเป็นไปตาม แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) รวมทั้งมีการนำเอาแนวทางการปฏิบัติตน จากกิจกรรมในโปรแกรมมาปฏิบัติจริงในการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงทำให้ระดับความดันเลือดมีแนวโน้ม การเปลี่ยนแปลง ไปในทางทิศทางที่ดีขึ้น แต่ในขณะเดียวกันในกลุ่มผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มเปรียบเทียบนั้นยังคงมีการปฏิบัติ ตนเพื่อป้องกันอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูงไม่ดีเท่าที่ควร หรืออาจจะไม่ได้ปฏิบัติ จึงทำให้สภาวะความดันโลหิตไม่มีการ เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ด้วยเหตุนี้จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนา ความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม มีความดัน โลหิตที่มีแนวโน้มเป็นมาตรฐานมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตที่เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้อง กับ Sivana และคณะ (2015) ที่ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้

ในการควบคุมความดันโลหิตในผู้สูงอายุจำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มเปรียบเทียบ 30 ราย เก็บข้อมูล 3 เดือน โดยกลุ่มทดลองได้รับความรู้เรื่องความดัน โลหิตสูงและการดูแลตนเอง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับความรู้ตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับความรู้ ในการดูแลตนเอง และเรื่องความดันโลหิต หลังการทดลอง มีความดันโลหิตลดลง 8 มิลลิเมตรปรอท ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ลดลง 3 มิลลิเมตรปรอท แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค, สำนักงานโรคไม่ติดต่อ. (2565). ข้อมูล โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. กรุงเทพมหานคร. กระทรวงสาธารณสุข.
- กษมาพร บุญมาศ. (2563). ผลของโปรแกรมการ ออกกำลังกายด้วยยางยืดโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี ความสามารถ ของตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันในกลุ่มเสี่ยงโรคความดัน โลหิตสูง. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพัฒนาชุมชน, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
- จริญ บุญฤทธิการ. (2551). รายงานการวิจัยเรื่อง การพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว. สระแก้ว : โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว.
- เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง. (2560). แบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพ. วันที่ ค้นข้อมูล 18 เมษายน 2563 จาก <http://gotoknow.org/blog/benbenblogtheory/115420>.
- พรทิพย์ มาลาธรรม, จิราพร คงเอี่ยม, และประครอง อินทรสมบัติ. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุน จากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจใน ชีวิตของผู้สูงอายุ. ราชบัณฑิตยสาร, 15(3), 431-448.
- โรงพยาบาลตราด (2565). ทะเบียนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลตราด จังหวัดตราด ประจำปี 2565.
- วาสนา ครุฑเมือง, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และดวงฤดี ลาสุขะ. (2563). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุโรค ความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร, 32(4), 53-68.
- ศิริณี โพธิ์ศรี. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการ ตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรม สุขภาพและ ระดับความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิด ไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขา วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุรฉัตร สุขพรั่งพร้อม. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอ อัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหา บัณฑิต, สาขาสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.

สุภัททา อินทศักดิ์. (2561). รูปแบบการบริการสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลนางบวช อำเภอบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต(สาธารณสุขชุมชน) : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

สุวิมล สังฆะมณี. (2559). การดูแลสุขภาพตนเองด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ หมู่บ้านไทยพัฒนา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนาการชุมชน บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อารีรัตน์ คนสวน. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(การพยาบาลผู้ใหญ่), มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

อุมากร ใจยังยืน. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.

Howard, S., & Kirshner. (2009). Differentiating ischemic stroke subtypes: Risk factors and secondary prevention. *Journal of the Neurological Sciences*, 279, 1-8.

House, J.S. (1981). *Work Stress and Social Support*. California: Addison Wesley Publishing.

Sack, F.M. (2016). "Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and dietary approaches to stop hypertension(DASH) diet. *The New England Journal of Medicine*. (Online).344(1): 3 - 10.Available: <http://content.nejm.org/cgi/content/abstract/344/1/3>. (2016 May 15).

Sivana,F.and Others. (2015). Effect of Education on Blood pressure control in elderly person.(online). Available:http://203.220.217/doh/deptd/Knowledge/_cigurete.html.(2016 May 15).

Sol, Graaf, Bijl, Goessens, and Visseren. (2020). The role of self-efficacy in vascular risk factor management : A randomized controlled trial. Retrieved July 41, 2010, from the website <http://www.cinnahl.com>.

World Health Organization. (2003). "Primary Prevention of hypertension." World Health Organization Technical Report Series.689 : 12 -19.

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังได้รับวัคซีนโควิด 19 อำเภอคลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทรา

“FACTORS INFLUENCING THE ADVERSE EVENTS FOLLOWING IMMUNIZATION FOR COVID-19 IN KLONG KHUEAN DISTRICT, CHACHOENGSAO PROVINCE”

วิพัชรินทร์ ทรงเดชาพิพัฒน์

แพทยศาสตรบัณฑิต โรงพยาบาลคลองเขื่อน

Doctor of Medicine Klong Khuean Hospital

บทคัดย่อ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังได้รับวัคซีนโควิด 19 อำเภอคลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทรา รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เพื่อศึกษาความชุก ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังการได้รับวัคซีนโควิด 19 และศึกษาแนวทางการเฝ้าระวังการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์สำหรับวัคซีนโควิด 19 อำเภอคลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างได้แก่ (1) ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลผู้รับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 โรงพยาบาลคลองเขื่อน อำเภอคลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทรา และมีอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ระหว่างเดือนเมษายน 2564 - กันยายน 2565 โดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 316 คน และ (2) บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลคลองเขื่อนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง โดยการสุ่มแบบเจาะจงจำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 จากระบบ MOPH Immunization Center และแบบบันทึกข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับวัคซีน (Adverse Event Following Immunization: AEFI) กรณีเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โดยกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค และแบบสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยวิเคราะห์การถดถอย โลจิสติกทวิ (Binary logistic regression) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษาความชุกของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 อำเภอคลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าผู้รับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จำนวน 1,407 คน (ร้อยละ 98.7) เป็นกรณีไม่ร้ายแรงจำนวน 1,400 คน และกรณีร้ายแรง 7 คน (เสียชีวิต 1 คน และรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 6 คน) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มอายุ 41-50 ปี กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่

เป็นประชาชนทั่วไป ไม่มีประวัติการแพ้วัคซีนหรือแพ้ยา ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติเป็นโรคโควิด 19 ไม่มีการใช้ยาในรอบ 1 เดือนก่อนรับวัคซีนโควิด 19 ชนิดวัคซีนที่ได้รับสูงสุดได้แก่ ไฟเซอร์ รองลงมาได้แก่ แอสตราเซนกา โดยลำดับเข็มที่ได้รับวัคซีนและเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ฯ สูงสุดได้แก่เข็มที่ 2 และเข็มที่ 1 ตามลำดับ นอกจากนี้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์พบว่า เพศหญิงมีโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มากกว่าเพศชาย 1.5 เท่า กลุ่มอายุ 41-50 ปี และกลุ่มอายุ 51 ปีขึ้นไป มีโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เท่ากับ 1.02 เท่าและ 2.11 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี กลุ่มเสี่ยงประเภทยุสสุอายุ 60 ปี ขึ้นไปและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัวมีโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เท่ากับ 3.6 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับประชาชนทั่วไป ผู้ที่มีประวัติแพ้วัคซีน/แพ้ยามีโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เท่ากับ 8.1 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยแพ้วัคซีน/ไม่แพ้ยา วัคซีนแอสตราเซนกาและไฟเซอร์ มีโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เท่ากับ 2.3 เท่าและ 2.3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับซิโนแวค และลำดับเข็มที่ได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 และเข็มที่ 2 มีโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เท่ากับ 2.15 เท่าและ 1.31 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับลำดับเข็มที่ 3 และแนวทางการเฝ้าระวังการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้รับวัคซีนโควิด 19 อำเภอคลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทรา ประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) ทบทวนนิยาม (2) เผยแพร่และประชาสัมพันธ์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (3) กำหนดช่องทางในการแจ้งเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (4) จัดตั้งทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับตำบลในทุกตำบล และทีมติดตามอาการและดูแลผู้ป่วย และ (5) สรุปรายงานการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ฯ และส่งคืนข้อมูลแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

คำสำคัญ : เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังการได้รับวัคซีนป้องกันโรค, โรคโควิด 19

บทนำ

อำเภอคลองเขื่อน ณ วันที่ 13 พฤศจิกายน 2565 มีจำนวนประชากรที่ได้รับวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 1 รวมจำนวน 11,437 คน (ร้อยละ 88.60) แบ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 375 คน (ร้อยละ 99.47) ผู้สูงอายุ 2,324 คน (ร้อยละ 83.45) ผู้ที่มีโรคประจำตัว 1,428 คน (ร้อยละ 97.01) บุคลากรด่านหน้า 458 คน (ร้อยละ 100) หญิงตั้งครรภ์ 19 คน (ร้อยละ 100) และประชาชนทั่วไป กลุ่มอายุ 5-59 ปี 6,833 คน (ร้อยละ 87.63) ได้รับวัคซีนโควิดเข็มที่ 2 รวมจำนวน 10,824 คน (ร้อยละ 83.85) แบ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 369 คน (ร้อยละ 97.88) ผู้สูงอายุ 2,214 คน (ร้อยละ 79.50) ผู้มีโรคประจำตัว 1,385 คน (ร้อยละ 94.09) บุคลากรด่านหน้า 458 คน (ร้อยละ 100) หญิงตั้งครรภ์ 18 คน (ร้อยละ 94.74) และ ประชาชนทั่วไปกลุ่มอายุ 5-59 ปี 6,380 คน (ร้อยละ 81.82) และได้รับวัคซีนโควิดเข็มที่ 3 รวมจำนวน 5,400 คน (ร้อยละ 41.83) แบ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 292 คน (ร้อยละ 77.45) ผู้สูงอายุ 993 คน (ร้อยละ 35.66) ผู้มีโรคประจำตัว 775 คน (ร้อยละ 52.65) บุคลากรด่านหน้า 379 คน (ร้อยละ 82.75) หญิงตั้งครรภ์ 8 คน (ร้อยละ 42.11) และ ประชาชนทั่วไปกลุ่มอายุ 5-59 ปี 2,953 คน (ร้อยละ 37.87)¹ โดยวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 เป็นวัคซีนที่นำเข้ามาใช้ในภาวะฉุกเฉินเพื่อควบคุมการระบาด เมื่อมีการฉีดในปริมาณมากย่อมมีโอกาสที่จะเจอเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มากขึ้นได้ ซึ่งการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมิได้หลายสาเหตุ อาจเกิดจากวัคซีนโดยตรงหรือจากความคลาดเคลื่อนด้าน การให้บริการวัคซีน หรือเป็นอาการของความกลัวเจ็บหรือความวิตกกังวลของผู้ได้รับวัคซีนเอง หรือเป็นอาการร่วมอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับวัคซีนหรือการให้บริการวัคซีน แต่เกิดขึ้นมาในช่วงเวลาเดียวกัน เช่น เป็นลม ปวดท้องเกร็ง คลื่นไส้ ตามัว ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว อันเป็นผลจากการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ ไปจนถึงอาการทางระบบประสาทเช่น อาการอ่อนแรง การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ ความผิดปกติของการทรงตัว พุงไม่ขจัด อาการคล้ายภาวะหลอดเลือดสมองหรือชัก ส่วนใหญ่อาการมักเกิดขึ้นเร็วภายในไม่กี่นาทีหลังการฉีดวัคซีน²

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังได้รับวัคซีนโควิด 19 อำเภอคลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีอิทธิพลกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 อำเภอคลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทรา และศึกษา

แนวทางการเฝ้าระวังการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังได้รับวัคซีนโควิด 19 ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปปรับปรุงการให้บริการ รวมทั้งวางแผนระบบบริการวัคซีนและระบบการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วิธีการศึกษา

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังได้รับวัคซีนโควิด 19 อำเภอคลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทรา รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เพื่อศึกษาความชุก ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังการได้รับวัคซีนโควิด 19 และศึกษาแนวทางการเฝ้าระวังการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์สำหรับวัคซีนโควิด 19 อำเภอคลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างได้แก่ (1) ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลผู้รับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 โรงพยาบาลคลองเขื่อน อำเภอคลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทราและมีการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ระหว่างเดือน เมษายน 2564 – กันยายน 2565 โดยการสุ่มอย่างง่ายจำนวน 316 คน และ (2) บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลคลองเขื่อน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง โดยการสุ่มแบบเจาะจงจำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 จากระบบ MOPH Immunization Center และแบบบันทึกข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับวัคซีน (Adverse Event Following Immunization: AEFI) กรณีเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โดยกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค และแบบสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยวิเคราะห์การถดถอย โลจิสติกทวิ (Binary logistic regression) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1.ความชุกของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 อำเภอ คลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จำนวน 1,407 คน (ร้อยละ 98.7) เป็นกรณีไม่ร้ายแรงจำนวน 1,400 คน และกรณีร้ายแรง 7 คน (เสียชีวิต 1 คน และรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 6 คน) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มอายุ 41-50 ปี กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นประชาชนทั่วไป ไม่มีประวัติการแพ้วัคซีนหรือแพ้ยา ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติเป็นโรคโควิด19 ไม่มีการใช้ยา

ในรอบ 1 เดือนก่อนรับวัคซีนโควิด 19 ชนิดวัคซีนที่ได้รับสูงสุดได้แก่ไฟเซอร์ (Pfizer) รองลงมาได้แก่ แอสตราเซนeca โดยลำดับเข็มที่ได้รับวัคซีนและเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์สูงสุดได้แก่เข็มที่ 2 และเข็มที่ 1 ตามลำดับ

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 อำเภอคลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า เพศหญิงมีโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ มากกว่าเพศชาย 1.5 เท่า (95% CI=1.38-1.60, p-value <0.001) กลุ่มอายุ 41-50 ปี และกลุ่มอายุ 51 ปีขึ้นไป มีโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เท่ากับ 1.62 เท่า (95% CI = 1.42-1.69, p-value <0.001) และ 2.11 เท่า (95% CI = 1.81-2.35, p-value <0.001) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี กลุ่มเสี่ยงประเภทยุคสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว มีโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เท่ากับ

3.6 เท่า (95% CI = 1.40-11.91, p-value <0.001) และ 2.2 เท่า (95% CI = 1.08-4.10, p-value <0.001) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับประชาชนทั่วไป ผู้ที่มีประวัติแพ้วัคซีน/ แพ้ยามีโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เท่ากับ 8.1 เท่า (95% CI= 1.78-32.42, p-value <0.001) เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยมีประวัติแพ้วัคซีน/ไม่แพ้ยา สำหรับชนิดวัคซีนได้แก่ แอสตราเซนecaและไฟเซอร์ มีโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เท่ากับ 2.3 เท่า (95% CI= 1.98-2.36, p-value <0.001) และ 2.3 เท่า (95% CI= 1.9-2.90, p-value <0.001) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับซีโนแวค และลำดับเข็มที่ได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 และเข็มที่ 2 มีโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เท่ากับ 2.15 เท่า (95% CI= 1.20-3.85, p-value <0.001) และ 1.31 เท่า (95% CI= 0.69-2.46, p-value <0.001) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับลำดับเข็มที่ 3 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 อำเภอคลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทรา

ปัจจัย	Univariable analysis				Multivariable analysis			
	Crude OR	95% CI		p-value	Adjusted OR	95% CI		p-value
		Lower	Upper			Lower	Upper	
เพศ								
ชาย	reference	group						
หญิง	1.510	1.401	1.662	<0.001	1.500	1.381	1.602	<0.001
อายุ								
≤30 ปี	reference	group						
31-40 ปี	1.662	1.430	1.72	0.067	-	-	-	-
41-50 ปี	1.226	1.271	1.352	<0.001	1.622	1.422	1.692	<0.001
51 ปีขึ้นไป	1.780	1.529	1.891	<0.001	2.114	1.818	2.351	<0.001
ประเภทกลุ่มเสี่ยง								
บุคลากรทางการแพทย์	0.913	0.410	2.144	0.781	-	-	-	-
บุคลากรด่านหน้า/ อสม.	0.966	0.562	2.890	0.669	-	-	-	-
ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป	3.767	1.571	7.899	<0.001	3.658	1.402	11.911	<0.001
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	1.901	1.124	3.155	<0.001	2.210	1.083	4.102	<0.001
ประชาชนทั่วไป	reference	group						
ประวัติการแพ้วัคซีน/ แพ้ยา								
ไม่มีประวัติแพ้วัคซีน	reference	group						
มีประวัติแพ้วัคซีน/แพ้ยา	5.820	1.51	20.42	<0.001	8.133	1.780	32.421	<0.001
โรคประจำตัว/การเจ็บป่วยในอดีต								
ไม่มีโรคประจำตัว	reference	group						
มีโรคประจำตัว	0.890	0.446	2.86	0.871	-	-	-	-

ต่อตารางที่ 1

ปัจจัย	Univariable analysis				Multivariable analysis			
	Crude OR	95% CI		p-value	Adjusted OR	95% CI		p-value
		Lower	Upper			Lower	Upper	
ประวัติการเป็นโรคโควิด 19								
ไม่มีประวัติเป็นโรคโควิด 19	reference	group						
มีประวัติเป็นโรคโควิด 19	0.087	0.562	2.381	0.913	–	–	–	–
ประวัติการเข้าในรพ 1 เดือน								
ไม่มีการเข้าในรพ 1 เดือน	reference	group						
มีการเข้าในรพ 1 เดือน	1.681	1.092	2.891	0.065	–	–	–	–
ชนิดวัคซีน								
ซิโนแวค	reference	group						
แอสตราเซนก้า	1.669	1.580	1.766	<0.001	2.311	1.982	2.364	<0.001
ไฟเซอร์	2.613	2.561	3.380	<0.001	2.330	1.932	2.902	<0.001
โมเดอร์นา	1.081	0.868	1.450	0.621				
ลำดับเข็มที่ได้รับวัคซีน								
เข็มที่ 1	1.602	1.031	2.544	<0.001	2.153	1.204	3.859	<0.001
เข็มที่ 2	1.522	1.018	2.802	<0.001	1.314	0.693	2.461	<0.001
เข็มที่ 3	reference	group						
เข็มที่ 4	1.003	0.471	2.270	0.929	–	–	–	–
เข็มที่ 5	0.445	0.242	0.841	0.322	–	–	–	–

3. ผลการศึกษาแนวทางการเฝ้าระวังการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้รับวัคซีนโควิด 19 อำเภอคลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยการสนทนากลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคใน 3 ประเด็น ผลปรากฏดังนี้

ประเด็นที่ 1 ปัญหาอุปสรรคในการดูแลและป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 สรุปดังนี้

1.1 การกำหนดนิยามของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนมีการปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่องและไม่ชัดเจน การสื่อสารนิยามสู่ผู้ปฏิบัติล่าช้าส่งผลต่อการจำแนกประเภทความรุนแรงของผู้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19

1.2. ระบบรายงานการเฝ้าระวังการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน โควิด 19 แตกต่างระบบการเฝ้าระวังการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ได้รับวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคทั่วไป ตรงที่ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19

ผู้แจ้งเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้แก่ ประชาชนรายงานเองผ่าน application หมอพร้อม หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องสามารถรายงานผ่านระบบ MOPH_IC ได้เอง ซึ่งแตกต่างจากวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคทั่วไปที่การรายงานตามแบบรายงาน AEFI ผ่านผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคเท่านั้น ส่งผลให้จำนวนผู้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังได้รับวัคซีนโควิด 19 มีจำนวนมากเนื่องจากไม่ได้ผ่านการคัดกรองความถูกต้องของข้อมูล

1.3 การสอบสวนโรคไม่ครอบคลุมผู้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เนื่องจากมีการแบ่งระบบรายงานเป็นหลายส่วน และแยกผู้รับผิดชอบในแต่ละส่วน ไม่มีศูนย์กลางพิจารณาความถูกต้องหรือความซ้ำซ้อนของข้อมูล รวมทั้งไม่มีการคืนข้อมูลแก่เกี่ยวข้องและทีมสอบสวนโรคเพื่อการติดตามอาการเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ไม่ชัดเจนและไม่มีกำหนดเป็นลายลักษณ์อักษร

ประเด็นที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับดูแลและป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 โดยเมื่อนำสรุปผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดเหตุการณ์

ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 อำเภอคลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้แก่ เพศ อายุ (41-50 ปี และ 50 ปีขึ้นไป) ประเภทกลุ่มเสี่ยง (ผู้สูงอายุ 60ปีขึ้นไป และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง) ประวัติการแพ้วัคซีน/แพ้ยา ชนิดวัคซีน (แอสตราเซนเกาและไฟเซอร์) และลำดับเข็มวัคซีน (ลำดับที่ 1 และลำดับที่ 2) มาร่วมวิเคราะห์ในประเด็นการสนทนากลุ่ม สรุปดังนี้

2.1 ประชาชนได้รับทราบข้อมูลความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากสื่อสังคมต่างๆ ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการฉีดวัคซีน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัวและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2.2 ประชาชนส่วนใหญ่ไม่มั่นใจเรื่องความปลอดภัยในชนิดวัคซีน วิธีการสังเกตอาการ แนวทางการดูแลตนเองเบื้องต้น และแนวทางการดูแลรักษาของหน่วยบริการสำหรับผู้มีอาการเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19

2.3 การเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของผู้มีอาการเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากยังอยู่ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรค โควิด 19 สถานบริการบางแห่งรับเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉิน ช่วงระยะเวลาการเฝ้าระวังตั้งแต่รับวัคซีนโควิด 19 และเกิดอาการไม่พึงประสงค์ไม่แน่นอน ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ประกอบด้วยหลายปัจจัย รวมทั้งผู้รับวัคซีนโควิด 19 ไม่ตระหนักในการเฝ้าระวังสังเกตอาการตนเองเท่าที่ควร

ประเด็นที่ 3 ข้อเสนอแนะทางการเฝ้าระวังการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์สำหรับวัคซีนโควิด 19 อำเภอคลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทรา สรุปดังนี้

3.1 จังหวัดฉะเชิงเทราควรกำหนดนิยามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ให้ชัดเจน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติในระดับต่างๆ สามารถเข้าใจและปฏิบัติได้อย่างชัดเจน รวมทั้งประชาสัมพันธ์นิยามดังกล่าวทั่วถึงโดยเฉพาะโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง

3.2 ควรกำหนดผู้ดูแลระบบข้อมูลทั้งใน application หมอพร้อม ในระบบ MOPH_IC กำหนดผู้ตรวจสอบข้อมูลเพื่อความถูกต้องทันเวลาและกำหนดทีมสอบสวนโรคและทีมติดตามอาการเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ให้ชัดเจนและครอบคลุมทั่วถึงทุกพื้นที่

3.3 จัดทำช่องทางประชาสัมพันธ์ความสำคัญและความจำเป็นของการฉีดวัคซีนโควิด 19 และผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด อำเภอคลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทราเพื่อลดความวิตกกังวลของกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป

3.4 ให้ความรู้ ความเข้าใจและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน

และเป็นลายลักษณ์อักษรแก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

3.5 เพิ่มช่องทางการรับแจ้งเหตุการณ์เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 โดยกำหนดผู้รับผิดชอบและแนวทางการประสานงานผู้เกี่ยวข้องที่ชัดเจนและทันเวลา

3.6 มีการคืนข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้อง มีแนวทางการติดตามประเมินผลและรายงานสถานการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง

จากผลการศึกษาโดยการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสรุปแนวทางการเฝ้าระวังการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้รับวัคซีนโควิด 19 อำเภอคลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทรา ประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก ได้แก่

(1) ทบทวนนิยามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 แก่บุคลากรในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอคลองเขื่อนทุกแห่ง

(2) เผยแพร่และประชาสัมพันธ์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ได้แก่ เพศหญิง, กลุ่มอายุ 41 ปีขึ้นไปและผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือมีโรคประจำตัว ผู้มีประวัติแพ้วัคซีน/แพ้ยา ผู้รับการฉีดวัคซีนแอสตราเซนเกา และวัคซีนไฟเซอร์ และผู้เข้ารับการฉีดวัคซีนเข็มที่ 1 และ เข็มที่ 2

(3) กำหนดช่องทางการรับแจ้งเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ของโรงพยาบาลโดยมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนและสามารถประสานงานผู้เกี่ยวข้องตามระบบได้ตลอดเวลา

(4) จัดตั้งทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับตำบลในทุกตำบล เพื่อร่วมทีมสอบสวนโรคระดับอำเภอ และทีมติดตามอาการและดูแลผู้ป่วยภายหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19

(5) สรุปรายงานการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 อำเภอคลองเขื่อน เพื่อประเมินผลการเฝ้าระวังและส่งคืนข้อมูลแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

วิจารณ์ผลและข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังได้รับวัคซีนโควิด 19 อำเภอคลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทราพบว่า เพศหญิง, กลุ่มอายุ 41 ปีขึ้นไปและผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือมีโรคประจำตัว ผู้มีประวัติแพ้วัคซีน/แพ้ยา ผู้รับการฉีดวัคซีนแอสตราเซนเกา วัคซีนไฟเซอร์ และผู้เข้ารับการฉีดวัคซีนเข็มที่ 1 และ เข็มที่ 2 มีอิทธิพลต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังได้รับวัคซีนโควิด 19 ทั้งนี้อาจเนื่องจากเพศหญิงอาจมีปฏิกิริยาตอบสนอง

ต่อความเครียดง่ายกว่าเพศชาย ประกอบกับส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ในวัยทำงานและวัยผู้สูงอายุ จึงอาจมีความวิตกกังวลกับสถานการณ์ของโรคที่มีการแพร่ระบาดที่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ จึงอาจเกิดปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายและระบบประสาทอัตโนมัติได้ สอดคล้องกับการศึกษาการศึกษาอาการไม่พึงประสงค์และความไม่ปลอดภัย ภายหลังการรับวัคซีนป้องกันโควิด 19 ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุ กรณีศึกษาโรงพยาบาลรามาริบัติ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย³ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับวัคซีนต่างชนิดกัน มีอาการไม่พึงประสงค์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 60 ปี และมีโรคเรื้อรัง มีอาการไม่พึงประสงค์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและมีโรคเรื้อรังที่ได้รับวัคซีนทั้งเข็มที่หนึ่งและเข็มที่สอง และผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีน Pfizer/Moderna มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการภายหลังฉีดวัคซีนอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ แนวทางการเฝ้าระวังการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้รับวัคซีนโควิด 19 อำเภอคลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทรา ประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) ทบทวนนิยามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 (2) เผยแพร่และประชาสัมพันธ์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ได้แก่ เพศหญิง, กลุ่มอายุ 41 ปีขึ้นไปและผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือมีโรคประจำตัว ผู้มีประวัติแพ้วัคซีน/แพ้ยา ผู้รับการฉีดวัคซีนแอสตราเซนเนกา และวัคซีนไฟเซอร์ และผู้เข้ารับการฉีดวัคซีนเข็มที่ 1 และ เข็มที่ 2 (3) กำหนดช่องทางการรับแจ้งที่ชัดเจนและสามารถประสานงานผู้เกี่ยวข้องตามระบบได้ตลอดเวลา (4) จัดตั้งทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับตำบลในทุกตำบล และทีมติดตามอาการและดูแลผู้ป่วยภายหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 และ (5) สรุปรายงานการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 อำเภอคลองเขื่อน เพื่อประเมินผลการเฝ้าระวังและส่งคืนข้อมูลแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับการศึกษาปัญหาและแนวทางการพัฒนาระบบเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในจังหวัดสงขลา พบว่าแนวทางการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง AEFI สรุปได้ 4 ด้าน คือ ด้านนโยบาย ด้านระบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง AEFI ด้านมาตรฐานและคู่มือ และด้านเจ้าหน้าที่และการอบรม

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาระบบบริการและการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 อำเภอคลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทราให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงควรมีการคืนข้อมูลภาพรวมการเกิดเหตุการณ์การไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีต่อการรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคแก่ประชาชนผู้รับบริการ โดยใช้สื่อเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้องตรงกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

2. ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการศึกษาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนสำหรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในกลุ่มอายุตามที่กำหนด เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังการ สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคต่อไปในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรโรงพยาบาลคลองเขื่อน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอ คลองเขื่อนทุกแห่งที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้อย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. (2565). เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ 2565. สืบค้นจาก <https://drive.google.com/drive/folders/1aTdHUR2fLawr1WNjrP1fdgw3uyODMmq>
2. กรมควบคุมโรค. (2564). แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การระบาดปี 2564 ของประเทศไทย (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท ทีเอส อินเตอร์พริ้นท์ จำกัด.
3. พูนสุข เชนพานิชย์และคณะ. (2565). การศึกษาอาการไม่พึงประสงค์และความไม่ปลอดภัย ภายหลังการรับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลรามาริบัติ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
4. กรกมล รุกขพันธ์และคณะ. สุทธิทิปธรรมรงค์. (2561). ปัญหาและแนวทางการพัฒนาระบบเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในจังหวัดสงขลา. วารสารเภสัชกรรมไทย. 10(2) : 517-532.

Incidence and Risk Factors Associated with Symptomatic Intracranial Hemorrhage in Acute Ischemic Stroke Patients after Thrombolytic Therapy at Chaophrayayommarat Hospital

Wattanakit Chantorntanasut M.D.

Department of medicine, Chaophrayayommarat Hospital

Abstract

Background

Thrombolytic therapy is the standard treatment of acute ischemic stroke in the first 4.5 hours. The important complication of this treatment is postthrombolytic intracranial hemorrhage, especially symptomatic intracranial hemorrhage that increases mortality rate. Studying the incidence and risk factors associated with symptomatic intracranial hemorrhage in patients with acute ischemic stroke after thrombolytic treatment can avoid this complication.

Objective

To explore the incidence and identify risk factors associated with symptomatic intracranial hemorrhage in acute ischemic stroke patients after thrombolytic therapy at Chaophrayayommarat Hospital.

Material and method

A retrospective cohort study was conducted in patients with acute ischemic stroke treated with

thrombolytic therapy at Chaophrayayommarat Hospital since January 2020 – April 2023. Baseline characteristics, laboratory tests, reports of CT brain imaging were recorded. Risk factors were compared between patients with and without symptomatic intracranial hemorrhage by using multivariable logistic regression analysis.

Results

Three hundred and one patients were analyzed in this study. The incidence of symptomatic intracranial hemorrhage was 6.3%. An associated risk factor was National institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) more than 25 (OR 13.03, 95%CI 2.69–63.23, P=0.001).

Conclusion

The incidence of symptomatic intracranial hemorrhage after thrombolytic therapy in patients with acute ischemic stroke at Chaophrayayommarat hospital was similar to previous study and risk factor that associated is NIHSS more than 25.

อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเลือดออกในสมองแบบแสดงอาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช

นายวัฒนกิจ จันทระนุสสุทธิ์ พ.บ.
กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จ.สุพรรณบุรี

บทคัดย่อ

ความสำคัญของปัญหา

การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ(rt-PA) เป็นการรักษามาตรฐานในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันในช่วง 4.5 ชั่วโมงแรก ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการรักษา คือ ภาวะเลือดออกในสมองหลังจากให้ยา โดยเฉพาะถ้าเป็นภาวะเลือดออกในสมองแบบที่แสดงอาการ จะเพิ่มอัตราการเสียชีวิต การศึกษาถึงอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเลือดออกในสมองแบบแสดงอาการ สามารถหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนนี้ได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเลือดออกในสมองแบบแสดงอาการ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช

วิธีการศึกษา

การศึกษาแบบย้อนหลัง (วิเคราะห์จากเหตุไปหาผล) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช วันที่ 1 มกราคม 2563 - วันที่ 30 เมษายน 2566 บันทึกข้อมูลพื้นฐาน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลรายงานเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีเลือดออกในสมองแบบแสดงอาการ วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะเลือดออกในสมองแบบแสดงอาการด้วยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุคูณ

ผลการวิจัย : วิเคราะห์ข้อมูลจากผู้ป่วย 301 คน พบอุบัติการณ์ของภาวะเลือดออกในสมองแบบแสดงอาการร้อยละ 6.3 ปัจจัยเดียวที่มีผลต่อภาวะเลือดออกในสมองแบบแสดงอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ คะแนนความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของสถาบันสุขภาพแห่งชาติสหรัฐอเมริกา มากกว่า 25 คะแนน (อัตราส่วนค้ำต่อ 13.03, ค่าความเชื่อมั่น 95% 2.69-63.23, ค่า $P=0.001$)

สรุปผลการวิจัย : อุบัติการณ์ของภาวะเลือดออกในสมองแบบ

แสดงอาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช มีความใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้ และปัจจัยที่พบว่ามีผล ได้แก่ คะแนนความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของสถาบันสุขภาพแห่งชาติสหรัฐอเมริกา มากกว่า 25 คะแนน

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองตีบเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตและมีความพิการตามมา⁽¹⁾ การรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ที่สำคัญในปัจจุบัน คือ การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ(rt-PA) เป็นการรักษามาตรฐาน⁽²⁾ ที่เป็นที่ยอมรับว่า ลดอัตราความพิการได้ชัดเจน แต่ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของยานี้คือ ภาวะเลือดออกในสมองหลังจากให้ยา โดยเฉพาะถ้าเป็นภาวะเลือดออกในสมองแบบที่แสดงอาการ จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นมาก

มีการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดภาวะเลือดออกในสมองหลังการให้ยาละลายลิ่มเลือด แต่ในประเทศไทยข้อมูลเหล่านี้มีค่อนข้างจำกัด และมีความแตกต่างกันไปในแต่ละการศึกษา อาทิเช่น การศึกษาในปี ค.ศ. 2010⁽³⁾ พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีผล ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นเร็ว , ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง, INR มากกว่า 1.0 การศึกษาในปี ค.ศ. 2014⁽⁴⁾ พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีผล ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงในช่วง 24 ชม.แรก การศึกษาในปี ค.ศ. 2015⁽⁵⁾ พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีผล ได้แก่ คะแนนความพิการ(Baseline Modified Rankin Scale Score) ที่คะแนนสูง การศึกษาในปี ค.ศ. 2016⁽⁶⁾ พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีผล ได้แก่ เพศชาย, ประวัติโรคเบาหวานร่วมกับเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบเดิม, ความดันโลหิตสูงในช่วงแรก, คะแนนความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของสถาบันสุขภาพแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (National Institutes of Health Stroke Scale) มากกว่า 10 การศึกษาในปี ค.ศ. 2021⁽⁷⁾ พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีผล ได้แก่ ระยะเวลาได้ยามากกว่า 3 ชม. , คะแนนความรุนแรงมากกว่า 16

ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญของข้อมูลส่วนนี้จึงได้ศึกษาถึงอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเลือดออกในสมองแบบแสดงอาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

เจ็บพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดที่โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช เพื่อนำมาประกอบการพิจารณาในการให้ยาละลายลิ่มเลือดในอนาคต่อไปอย่างมั่นใจมากขึ้น

รูปแบบการวิจัยและระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง(วิเคราะห์จากเหตุไปหาผล) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดที่โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม 2563 - วันที่ 30 เมษายน 2566 จากสมุดทะเบียนรับผู้ป่วยประจำหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ในแต่ละเดือนว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันโดยอายุรแพทย์ประสาทวิทยาที่ดูแลและได้รับยานีตละลายลิ่มเลือดทั้งหมดกี่ราย จากนั้นตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติมจากเวชระเบียน

โดยข้อบ่งชี้ของการได้รับยานีตละลายลิ่มเลือด ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ ที่มีอายุมากกว่า 18 ปี มีอาการภายในระยะเวลา 4.5 ชั่วโมงจากที่เริ่มมีอาการ โดยต้องไม่มีข้อห้ามแน่นอนในการใช้ยา เช่น เคยมีประวัติเลือดออกในสมอง เคยมีประวัติได้รับบาดเจ็บทางสมองอย่างรุนแรงในช่วง 3 เดือน ส่วนข้อห้ามสัมพัทธ์ในช่วง 3 ถึง 4.5 ชั่วโมงหลังจากมีอาการ⁽¹⁰⁾ ได้แก่ อายุมากกว่า 80 ปี คะแนนความรุนแรงมากกว่า 25 คะแนน เป็นโรคเบาหวานร่วมกับเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบเดิม รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด อาจพิจารณาให้ยาหรือไม่ให้ยาก็ได้ ขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์ผู้ทำการรักษาในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งข้อห้ามสัมพัทธ์นี้ นำมาเป็นตัวแปรต้นที่ใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์

กับภาวะเลือดออกในสมองแบบแสดงอาการในงานวิจัยนี้ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันโดยอายุรแพทย์ประสาทวิทยาที่ดูแลและได้รับยานีตละลายลิ่มเลือด เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามประวัติเวชระเบียนได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ตัวแปรแบบกลุ่ม นำเสนอจำนวนผู้ป่วยเป็นร้อยละ โดยแยกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองแบบแสดงอาการและกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะเลือดออกในสมองแบบแสดงอาการโดยใช้การทดสอบไคสแควร์ในการเปรียบเทียบของแต่ละกลุ่ม ประเมินปัจจัยต่างๆที่อาจมีผลต่อภาวะเลือดออกในสมองแบบแสดงอาการโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุนาม กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ค่าพิน้อยกว่า 0.05 งานวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย รพ.เจ้าพระยามรราช

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่ได้รับยานีตละลายลิ่มเลือดที่โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช ระหว่าง วันที่ 1 มกราคม 2563 - วันที่ 30 เมษายน 2566 มีจำนวนทั้งหมด 301 ราย แบ่งเป็น ไม่พบภาวะเลือดออกในสมองแบบแสดงอาการ 282 ราย พบภาวะเลือดออกในสมองแบบแสดงอาการ 19 ราย (ตารางที่ 1) ดังนั้นอุบัติการณ์ของภาวะเลือดออกในสมองแบบแสดงอาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดที่โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช คิดเป็น 6.3%

ตารางที่ 1 : ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดจำแนกตามกลุ่ม(n=301)

ลักษณะที่ศึกษา	ไม่มีภาวะเลือดออกในสมอง แบบแสดงอาการ (n=282)		มีภาวะเลือดออกในสมอง แบบแสดงอาการ (n=19)		ค่าพี
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	
อายุมากกว่า 80 ปี	39	13.8%	3	15.8%	0.74
เพศ					0.25
ชาย	163	57.8%	13	68.4%	
หญิง	119	42.2%	6	31.6%	
เป็นโรคเบาหวานร่วมกับ เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบเดิม	9	3.2%	0	0	1.00
ทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด	21	7.4%	0	0	0.38
อาการทางคลินิก					
1. คะแนนความรุนแรง มากกว่า 25	4	1.4%	3	15.8%	0.01

ต่อตารางที่ 1

ลักษณะที่ศึกษา	ไม่มีภาวะเลือดออกในสมอง แบบแสดงอาการ (n=282)		มีภาวะเลือดออกในสมอง แบบแสดงอาการ (n=19)		P-value
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	
2.เวลาเริ่มเป็นถึงได้รับยา มากกว่า 3 ชั่วโมง	115	40.8%	7	36.8%	0.81
3.ความดันโลหิตแรกรับสูงกว่า 185/110 มิลลิเมตรปรอท	61	21.6%	6	31.6%	0.39
น้ำตาลในเลือดมากกว่า 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์	31	11%	1	5.3%	0.70
พบรอยโรคในสมอง ที่มองเห็นได้	206	73%	16	84.2%	0.42

เมื่อนำปัจจัยต่างๆมาวิเคราะห์ข้อมูลทีละตัวแปรด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุนาม พบว่าปัจจัยเดียวที่มีผลต่อภาวะเลือดออกในสมองแบบแสดงอาการอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ คะแนนความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของสถาบันสุขภาพแห่งชาติสหรัฐอเมริกา มากกว่า 25 คะแนน โดยมีความเสี่ยงเป็น 13 เท่า (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 : ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองแบบแสดงอาการ

ลักษณะที่ศึกษา	อัตราส่วน แถมต่อแบบ หายา	ค่าความเชื่อ มั่น 95%	P-value	อัตราส่วน แถมต่อแบบ ปรับแล้ว	ค่าความเชื่อ มั่น 95%	P-value
อายุ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี มากกว่า 80 ปี	อ้างอิง 1.10	0.32-4.19	0.81	อ้างอิง 2.67	0.32-22.11	0.36
เพศ ชาย หญิง	อ้างอิง 0.63	0.23-1.71	0.37	อ้างอิง 1.80	0.58-5.59	0.30
คะแนนความรุนแรง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 มากกว่า 25	อ้างอิง 13.03	2.69-63.23	0.001	อ้างอิง 0.01	0.001-0.19	0.001
เวลาเริ่มเป็นถึงได้รับยา น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ชั่วโมง มากกว่า 3 ชั่วโมง	อ้างอิง 0.85	0.32-2.21	0.73	อ้างอิง 1.53	0.53-4.46	0.43
ความดันโลหิตแรกรับ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 185/110mmHg สูงกว่า 185/110mmHg	อ้างอิง 1.67	0.61-4.58	0.31	อ้างอิง 0.47	0.16-1.37	0.16

ต่อตารางที่ 2

ลักษณะที่ศึกษา	อัตราส่วน แต่มีต่อแบบ หายาบ	ค่าความเชื่อ มั่น 95%	ค่าพี	อัตราส่วน แต่มีต่อแบบ ปรับแล้ว	ค่าความเชื่อ มั่น 95%	ค่าพี
น้ำตาลในเลือด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 200 mg% มากกว่า 200 mg%	อ้างอิง 0.45	0.05–3.48	0.44	อ้างอิง 1.84	0.23–14.80	0.56
รอยโรคในสมองที่มองเห็นได้ ไม่พบ พบ	อ้างอิง 1.97	0.55–6.94	0.29	อ้างอิง 0.48	0.13–1.84	0.29

วิจารณ์

อุบัติการณ์ของภาวะเลือดออกในสมองแบบแสดงอาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ คิดเป็น 6.3% ซึ่งถือว่าใกล้เคียงมากกับการศึกษาก่อนหน้าที่ประมาณ 6.4%⁽²⁾ ทั้งนี้อาจด้วยระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อ้างอิงตามแนวทางเวชปฏิบัติและงานวิจัยก่อนหน้านี้ ผู้ป่วยทุกรายได้รับการดูแลโดยอายุรแพทย์ประสาทวิทยาที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง

ในการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองแบบแสดงอาการแบบมีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียงปัจจัยเดียว ได้แก่ คะแนนความรุนแรงมากกว่า 25 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาก่อนหน้านี้ว่า คะแนนที่สูงขึ้นก็จะยิ่งมีความเสี่ยงสูงขึ้น^(6,7) ซึ่งคะแนนความรุนแรงที่มากขึ้นอาจจะสัมพันธ์โดยตรงกับขนาดของบริเวณที่มีการขาดเลือดที่ใหญ่มากขึ้น โอกาสเกิดภาวะเลือดออกตามมาก็มากขึ้น

ปัจจัยเรื่อง การเป็นโรคเบาหวานร่วมกับเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบเดิม และการทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดไม่พบปัจจัยเสี่ยงนี้เลยในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองแบบแสดงอาการ อาจเป็นเพราะสองปัจจัยนี้เดิมเป็นข้อห้ามสัมพัทธ์ทำให้แพทย์ที่ประเมินเรื่องการให้ยาในช่วงแรกอาจมีความเห็นไปในทางไม่ให้ยาฉีดละลายลิ่มเลือด ทำให้พบสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงสองปัจจัยนี้ในผู้ป่วยที่ได้รับฉีดละลายลิ่มเลือดมีจำนวนน้อยมาก

ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ระยะเวลาได้ยามากกว่า 3 ชม. ความดันโลหิตสูงในช่วงแรก ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งมีการศึกษาก่อนหน้านี้^(3,6,7) ว่าอาจมีความสัมพันธ์ แต่ในการศึกษานี้กลับไม่พบความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดที่สำคัญอีกประการ คือเนื่องจากการศึกษานี้กลุ่มคนไข้ที่ศึกษาอาจมีความแตกต่างกันในเรื่องการพิจารณาการรักษา

โดยการให้ยาฉีดละลายลิ่มเลือดในแง่ข้อห้ามสัมพัทธ์เนื่องจากอายุรแพทย์ประสาทวิทยาที่ทำการรักษามีหลายท่าน จึงอาจประเมินความเสี่ยงในผู้ป่วยแต่ละรายไม่เหมือนกัน เช่น ผู้ป่วยอายุมาก ผู้ป่วยทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด รวมทั้งผู้ป่วยหรือญาติที่ไม่สามารถยอมรับความเสี่ยงหรือผลข้างเคียงจากการให้ยาได้ จึงปฏิเสธการรับการรักษาในบางราย

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด เฉพาะโรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ ในช่วงเวลา 3 ปี 4 เดือน ดังนั้นข้อมูลนี้สามารถนำไปอ้างอิงประกอบคำแนะนำและการพิจารณาให้ยาฉีดละลายลิ่มเลือดของโรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ ได้ และพัฒนาต่อยอดงานวิจัยในอนาคต โดยอาจเพิ่มจำนวนตัวอย่างหรือระยะเวลาเก็บตัวอย่างวิจัยให้นานขึ้น ซึ่งอาจทำให้พบปัจจัยเสี่ยงที่มากขึ้นได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ พญ.รติกร อนุสรณาวัดน์, พญ.ปิยาภรณ์ เพชรชู และเจ้าหน้าที่เวชสถิติ ที่ช่วยให้คำแนะนำในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Suwanwela NC. Stroke epidemiology in Thailand. J Stroke. 2014;16(1):1–7.
2. Tissue Plasminogen Activator for Acute Ischemic Stroke. New England Journal of Medicine. 1995;333(24):1581–8.
3. Dharmasaroja PA, Muengtawepong S, Pattaraarchachai J, Dharmasaroja P. Intracerebral hemorrhage following intravenous thrombolysis in Thai

patients with acute ischemic stroke. *J Clin Neurosci*. 2012;19(6):799–803.

4. Kunadison S, Mekawichai P. Factors Associated with Symptomatic Intracerebral Hemorrhage After Thrombolytic Therapy in Acute Ischemic Stroke. 2014.

5. Phuttharak W, Sawanyawisuth K, Sangpetngam B, Tiamkao S, Kongbunkiat K, Chotmongkol V, et al. Risk factors for intracerebral hemorrhage after treatment with recombinant tissue-type plasminogen activator for acute ischemic stroke. *Asian Biomedicine*. 2015;9(3):397–400.

6. Sutjarit Suankool TL. Factors affecting Intracerebral Hemorrhage following Intravenous Thrombolysis in Patients with Acute Ischemic Stroke. *Lampang Medical Journal*. 2016;37(2):67–77.

7. Pingarn Lorwanich WL. Factor related intracerebral hemorrhage of patients with acute ischemic stroke who receive rtPA at Ayutthaya hospital. *TUH journal* 2021;6(1):12–20.

8. สิงห์วิวานนท์ จตเวงแป. ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทางคลินิก. 2554:107–44.

9. Yew KS, Cheng EM. Diagnosis of acute stroke. *Am Fam Physician*. 2015;91(8):528–36.

10. Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, Brozman M, Dávalos A, Guidetti D, et al. Thrombolysis with Alteplase 3 to 4.5 Hours after Acute Ischemic Stroke. *New England Journal of Medicine*. 2008;359(13):1317–29.

11. Birenbaum D, Bancroft LW, Felsberg GJ. Imaging in acute stroke. *West J Emerg Med*. 2011;12(1):67–76.

12. Shobha N, Bal S, Boyko M, Kroshus E, Menon BK, Bhatia R, et al. Measurement of length of hyperdense MCA sign in acute ischemic stroke predicts disappearance after IV tPA. *J Neuroimaging*. 2014;24(1):7–10.

ปัจจัยเสี่ยงการเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลพุทธโสธร

Risk Factors for Hemorrhagic Transformation in Patients with Acute stroke in Bhudasothorn Hospital

รัฐภาส วรชาติ พ.บ.

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองตีบเป็นปัญหาทางสำคัญทางด้านสาธารณสุข เนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุมากเป็นอันดับ 2 รองจากกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ การให้ยาละลายลิ่มเลือด(rtPA) เป็นการรักษามาตรฐานในผู้ป่วยที่มีอาการ ภายใน 4.5 ชั่วโมง การให้ยาละลายลิ่มเลือด มีความเสี่ยงสำคัญที่จะทำให้ภาวะเลือดออกในสมองหลังจากเส้นเลือดสมองตีบได้ ซึ่งทำให้เกิดภาวะพิการทุพลภาพหรือเสียชีวิตได้

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง(Retrospective study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย เส้นเลือดสมองตีบหรืออุดตันทุกรายที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rtPA) ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2560 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ในโรงพยาบาลพุทธโสธร จำนวน 200 คน

ผลการศึกษา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลพุทธโสธร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ Atrial fibrillation, NIHSS และ CT official report seen infarction (ตารางที่ 3) โดยที่ ผู้ป่วยภาวะเส้นเลือดสมองตีบร่วมกับได้รับยาละลายลิ่มเลือดที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (atrial fibrillation) มีโอกาสเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือด 2.5 เท่า (Crude OR = 2.50, 95%CI: 1.08 – 5.76, $p\text{-value} = 0.032$) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (atrial fibrillation) ผู้ป่วยภาวะเส้นเลือดสมองตีบร่วมกับได้รับยาละลายลิ่มเลือดที่มีผลการตรวจทางระบบประสาทด้วย National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) ที่มีคะแนนอยู่ในช่วง 16–20 คะแนน มีโอกาสเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือด 3.84 เท่า (Crude OR = 3.84, 95%CI: 1.38 – 10.71, $p\text{-value} = 0.010$) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีคะแนนอยู่

ในช่วง 0–15 คะแนน และผู้ป่วยภาวะเส้นเลือดสมองตีบร่วมกับได้รับยาละลายลิ่มเลือดที่มีผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT-scan) พบความผิดปกติเข้าได้กับเนื้อสมองตายเหตุขาดเลือด (CT official report seen infarction) มีโอกาสเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือด 2.86 เท่า (Crude OR = 2.86, 95%CI: 1.30 – 6.33, $p\text{-value} = 0.009$) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีความผิดปกติ

สรุปผลการศึกษา

ภาวะเลือดออกในสมองในคนไข้เส้นเลือดสมองตีบหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rtPA)พบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยที่มี ภาวะ Atrial fibrillation, NIHSS มีคะแนนอยู่ในช่วง 16–20 คะแนน และ ผล CT brain non contrast ที่รังสีแพทย์พบความผิดปกติ(early ischemic change)

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมองตีบ, ภาวะเลือดออกในสมองหลังจากการเกิดเส้นเลือดสมองตีบ, recombinant tissue plasminogen activator,

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองตีบเป็นปัญหาทางสำคัญทางด้านสาธารณสุข เนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุมากเป็นอันดับ 2 รองจากกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบบแบบฉับพลัน คือ การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombotic agent) เพื่อให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนที่เสียหาย ให้เร็วที่สุดเพื่อลดโอกาสพิการ² โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยจะต้องเข้ารับการรักษายภายในเวลา 4.5 ชั่วโมงนับจากเวลาที่เกิดอาการผิดปกติ³⁻⁷

ภาวะเลือดออกในสมองหลังจากการเกิดเส้นเลือดสมองตีบ (Hemorrhagic transformation) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้หลังการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombotic agent) ซึ่งเกิดขึ้นประมาณ 6.4%⁸⁻⁹ เกิดจากมีการทำลายของตัวกั้นระหว่างเลือดกับสมอง(bloodbrain barrier)¹⁰

มีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อการเกิด ภาวะเลือดออกในสมอง หลังจากการเกิดเส้นเลือดสมองตีบ เช่น การที่เลือดกลับไปเลี้ยงสมองกลับทำให้เนื้อสมองบาดเจ็บ (reperfusion injury), อนุมูลอิสระ (oxidative stress), การทำลายตัวเองของหลอดเลือด (vascular activation, and dysregulated extracellular proteolysis)¹¹ ปัจจัยต่างๆเช่น ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง เกร็ดเลือดต่ำ สูงอายุ ปริมาณเนื้อสมองที่เสียหายมาก ระยะเวลาการเปิดหลอดเลือด การได้รับยาละลายลิ่มเลือด การได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดเลือดออกในสมองหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด¹²⁻¹⁵

จากการศึกษา Risk Factors for Hemorrhagic Transformation in Patients with Acute Middle Cerebral Artery Infarction Levent ÖCEK, Derya GÜNER, İrem Fatma ULUDAĞ, Bedile İrem TİFTİKÇİOĞLU, Yaşar ZORLU ศึกษาในผู้ป่วย 171 คน ที่มี MCA infarct ระหว่างเดือน ม.ค. 2011 ถึง ก.ค. 2012 ที่ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด หลังจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการทำ CT scan หรือ MRI brain หากมีอาการแย่ง หรือ 7 วันหลังการเกิดเส้นเลือดสมองตีบ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุดในการเกิดเลือดออกคือ ภาวะความดันโลหิตสูง (86.5%) ปัจจัยที่มีผลน้อยที่สุดคือ ภาวะไตบกพร่อง (chronic renal insufficiency), ระดับ LDL-C และ TC มีค่าต่ำกว่าในกลุ่มคนไข้ที่มี เลือดออกในสมอง ในผู้ป่วยที่มีสมองขาดเลือดจากหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) มีแนวโน้มจะมีเลือดออกง่ายกว่าผู้ป่วยที่มีสมองขาดเลือดจากหลอดเลือดฝอยอุดตัน (small vessel disease). ในกลุ่มคนไข้ที่มีภาวะเลือดออกในสมองแบบมีอาการมีแนวโน้มที่จะมี NIHSS scores มากกว่า คนไข้ที่มีเลือดออกแต่ไม่มีอาการ

จากการศึกษา Risk Factors for Severe Hemorrhagic Transformation in Ischemic Stroke Patients Treated With Recombinant Tissue Plasminogen Activator A Secondary Analysis of the European-Australasian Acute Stroke Study (ECASS II) Vincent Larrue, MD; Rüdiger von Kummer, MD; Achim Müller, MSc; Erich Bluhmki, PhD ศึกษาในผู้ป่วย อายุ 18-80 ปี ที่ถูกวินิจฉัยเส้นเลือดสมองตีบ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rtPA) ภายใน 6 ชั่วโมง โดยตัดผู้ป่วยที่มี เลือดออกในสมองและผู้ป่วยที่มีรอยขาดเลือดมากกว่า 1/3 ของหลอดเลือดสมอง middle cerebral artery การศึกษารวบรวมผู้ป่วยได้ 800 คน ใน 108 โรงพยาบาล ในยุโรป ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ พบว่าภาวะเลือดออกในสมองแบบมีอาการ (parenchymal hematoma, symptomatic intracranial hemorrhage) สัมพันธ์กับการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rtPA) ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆที่มีส่วนในการเกิดเลือดออกในสมอง ได้แก่ บริเวณที่สมองขาดเลือด (parenchymal hypoattenuation on baseline CT), ภาวะหัวใจล้มเหลว

(congestive heart failure), อายุมาก, ระดับความดันโลหิต (systolic blood pressure), คนไข้ได้รับยา aspirin มาก่อน

จากการศึกษา Treatment and Outcome of Hemorrhagic Transformation After Intravenous Alteplase in Acute Ischemic Stroke A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association The American Academy of Neurology affirms the value of this statement as an educational tool for neurologists. The American Association of Neurological Surgeons/Congress of Neurological Surgeons Joint Cerebrovascular Section affirms the educational benefit of this document. Shadi Yaghi, MD, Chair; Joshua Z. Willey, MD, MS, FAHA, Vice Chair; Brett Cucchiara, MD, FAHA; Joshua N. Goldstein, MD, PhD, FAHA; Nicole R. Gonzales, MD; Pooja Khatri, MD, MSc, FAHA; Louis J. Kim, MD; Stephan A. Mayer, MD, FAHA; Kevin N. Sheth, MD, FAHA; Lee H. Schwamm, MD, FAHA; on behalf of the American Heart Association Stroke Council; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Clinical Cardiology; and Council on Quality of Care and Outcomes Research ได้ทบทวน การศึกษาต่างๆทั้ง randomized trials, prospective, retrospective studies, case report ถึงปัจจัยเสี่ยงการเกิดเลือดออกในสมอง พบว่าปัจจัยเสี่ยง ที่สำคัญคือ อายุ, ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตีบ, ระดับน้ำตาลในเลือด, ความดันโลหิตสูง, ภาวะหัวใจล้มเหลว, ไตวาย, เบาหวาน, ผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมาก่อน, มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (atrial fibrillation), ผู้ป่วยที่มีการใช้ยาต้านเกร็ดเลือด (antiplatelet used), เห็นรอยสมองขาดเลือดจากภาพถ่ายสมอง

จากการศึกษา Risk factors of haemorrhagic transformation for acute ischaemic stroke in Chinese patients receiving intravenous thrombolysis A meta-analysis Lihong Wen, MD, Song Zhang, MD, Kunzhen Wan, MM, Hong Zhang, MM, Xiaoyun Zhang, BS เป็นการศึกษา metaanalysis เพื่อหาความเสี่ยงในการเกิด hemorrhagic transformation ในผู้ป่วยชาวจีนที่เป็น ischemic stroke ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี thrombolysis โดยผู้ศึกษา ได้ข้อมูลจาก ฐานข้อมูล PubMed, EMBASE, Vip, CNKI, และ WanFang จากข้อมูลทั้งหมด 36 การศึกษา พบว่า ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ คือ อายุ, เบาหวาน, หัวใจเต้นผิดจังหวะ (atrial fibrillation), เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน, ระยะเวลาที่มีอาการจนได้รับการรักษา, คะแนน NIHSS, ขนาดของสมองที่ขาดเลือด, มีลักษณะของสมองขาด

เลือดในการ Computer tomography ก่อนได้รับยาละลายลิ่มเลือด

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ หาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเลือดออกในสมองรุนแรง (symptomatic hemorrhagic transformation) และ โอกาสการเกิดโรคเลือดออกในสมองแบบไม่มีอาการ (asymptomatic hemorrhagic transformation) ในผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 18 ปีที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด IV rtPA ในช่วง 1 มกราคม พ.ศ.2560 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ในโรงพยาบาลพุทธโสธร จำนวน 200 คน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective Study) แบบเก็บข้อมูลจากประวัติการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rtPA) ในผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 18 ปีที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด IV rtPA ในช่วง 1 มกราคม พ.ศ.2560 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ในโรงพยาบาลพุทธโสธร จำนวน 200 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ได้แก่ อายุ, ความดันโลหิต, โรคประจำตัว, ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เส้นเลือดหัวใจตีบ ไตเสื่อมเรื้อรัง หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Atrial fibrillation), ระดับไขมัน (LDL C) แรกรับ, หัวใจล้มเหลวขณะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล, ประวัติการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (antiplatelet or anticoagulant), ระดับ INR แรกรับ, ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตีบ (NIHSS), ร่องรอยการขาดเลือดของสมองซึ่งเห็นได้จากการรายงานของรังสีแพทย์, ระยะเวลาหลังเกิดอาการเส้นเลือดสมองตีบจนถึงได้รับยาละลายลิ่มเลือด, การเกิดเลือดออกในสมองภายหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งแบบที่มีอาการและไม่มีอาการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงการเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลพุทธโสธร โดยการจำแนกปัจจัยตามการเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือดเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีการเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือด จำนวน 30 คน (ร้อยละ 15) และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีการเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือด จำนวน 170 คน และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อย่างหยาบ (Crude analysis)

โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-squared test) หรือ การทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) โดยกำหนดค่านัยสำคัญที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

การศึกษานี้ปัจจัยเสี่ยงการเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลพุทธโสธรมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความเสี่ยงและโอกาสของการเกิดภาวะเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rtPA) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอายุมากกว่า 18 ปี ที่มีภาวะเส้นเลือดสมองตีบร่วมกับได้รับยาละลายลิ่มเลือด IV rtPA ในช่วง 1 มกราคม พ.ศ.2560 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 200 คน ผลการศึกษามีรายละเอียดดังนี้

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีช่วงอายุมากกว่า 61-80 ปี ร้อยละ 44.0 มีค่าความดันโลหิต Initial Systolic blood pressure มากกว่า 160 mmHg ร้อยละ 42.0 กลุ่มตัวอย่างมีภาวะความดันโลหิตสูง (hypertension) ร้อยละ 57.0 โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) ร้อยละ 6.5 โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) ร้อยละ 26.0 และโรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) โดยอยู่ในระยะ CKD stage IIIa CKD stage IIIb และ CKD stage IV ร้อยละ 8.0, 4.0 และ 2.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับไขมันในเลือด Low density lipoprotein อยู่ในช่วง 70-100 mg/dL ร้อยละ 40 กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (atrial fibrillation) ร้อยละ 21.5 และภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure) ร้อยละ 5.0 กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet) ร้อยละ 13.0 และใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) ร้อยละ 4.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมี INR level มากกว่า 1.0-1.7 ร้อยละ 65.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีผลการตรวจทางระบบประสาทด้วย National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) ที่มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-15 คะแนน ร้อยละ 70.0 กลุ่มตัวอย่างมีผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT-scan) พบความผิดปกติเข้าได้กับเนื้อสมองตายเหตุขาดเลือด (CT official report seen infarction) ร้อยละ 29.5 และกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดหลังเกิดภาวะเส้นเลือดสมองตีบ 0-3 ชั่วโมง ร้อยละ 77.0 (ตารางที่ 1)

Table 1 Characteristics of patients with acute stroke in Bhudasothorn hospital

Variables	n	(%)
Age		
≤45 years	28	(14.0)
46–60 years	67	(33.5)
61–80 years	88	(44.0)
>80 years	17	(8.5)
Initial Systolic blood pressure		
<90 mmHg	2	(1.0)
90–140 mmHg	63	(31.5)
140–160 mmHg	51	(25.5)
>160 mmHg	84	(42.0)
Hypertension		
No	86	(43.0)
Yes	114	(57.0)
Ischemic heart disease		
No	187	(93.5)
Yes	13	(6.5)
Diabetes Mellitus		
No	148	(74.0)
Yes	52	(26.0)
Chronic kidney disease		
No CKD	171	(85.5)
CKD stage IIIa	16	(8.0)
CKD stage IIIb	8	(4.0)
CKD stage IV	5	(2.5)
Low density lipoprotein		
<70 mg/dL	30	(15.0)
70–100 mg/dL	80	(40.0)
100–160 mg/dL	68	(34.0)
160–190 mg/dL	12	(6.0)
>190 mg/dL	10	(5.0)
Atrial fibrillation		
No	157	(78.5)
Yes	43	(21.5)
Congestive heart failure		
No	190	(95.0)
Yes	10	(5.0)
Previous antiplatelet used		
No	174	(87.0)
Yes	26	(13.0)
Previous anticoagulant used		
No	192	(96.0)
Yes	8	(4.0)

Table 1 Characteristics of patients with acute stroke in Bhudasothorn hospital

Variables	n	(%)
INR level		
<1.0	69	(34.5)
1.0–1.7	130	(65.0)
>1.7	1	(0.5)
NIHSS		
0–4	25	(12.5)
5–15	140	(70.0)
16–20	21	(10.5)
21–42	14	(7.0)
CT official report seen infarction		
No	141	(70.5)
Yes	59	(29.5)
Symptom onset to rtPA		
0–3 hr	154	(77.0)
3–4.5 hr	46	(23.0)

ปัจจัยเสี่ยงการเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลพุทธโสธร

การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงการเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลพุทธโสธร โดยการจำแนกปัจจัยตามการเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือดเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีการเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือด จำนวน 30 คน (ร้อยละ 15) และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีการเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือด จำนวน 170 คน และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อย่างหยาบ (Crude analysis) โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-squared test) หรือการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีและไม่มีอาการเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือดส่วนมากมีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 53.3 และ 52.4 ตามลำดับ (p-value = 0.496) กลุ่มตัวอย่างที่มีและไม่มีอาการเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือดส่วนมากมีค่าความดันโลหิต Initial Systolic blood pressure มากกว่า 160 mmHg ร้อยละ 43.3 และ 41.8 ตามลำดับ (p-value = 0.733) กลุ่มตัวอย่างที่มีและไม่มีอาการเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือดมีภาวะความดันโลหิตสูง (hypertension) ร้อยละ 70 และ 54.7 ตามลำดับ (p-value = 0.119) โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) ร้อยละ 3.3 และ 7.1 ตามลำดับ (p-value = 0.696) โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) ร้อยละ 30 และ 25.3 ตามลำดับ (p-value = 0.588) และโรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) ร้อยละ 20 และ 13.5 ตามลำดับ (p-value = 0.398) กลุ่มตัวอย่างที่มีและไม่มีอาการเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือด

ส่วนมากมีระดับไขมันในเลือด Low density lipoprotein อยู่ในช่วง 70–100 mg/dL ร้อยละ 40 และ 40 ตามลำดับ (p-value = 0.544) กลุ่มตัวอย่างที่มีและไม่มีอาการเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือดมีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (atrial fibrillation) ร้อยละ 36.7 และ 18.8 ตามลำดับ (p-value = 0.028) และภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure) ร้อยละ 6.7 และ 4.7 ตามลำดับ (p-value = 0.648) กลุ่มตัวอย่างที่มีและไม่มีอาการเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือดมีการใช้ยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet) ร้อยละ 6.7 และ 14.1 ตามลำดับ (p-value = 0.381) และมีการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) ร้อยละ 3.3 และ 4.1 ตามลำดับ (p-value = 1.000) กลุ่มตัวอย่างที่มีและไม่มีอาการเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือดส่วนมากมี INR level มากกว่า 1.0 ร้อยละ 73.3 และ 64.1 ตามลำดับ (p-value = 0.328) กลุ่มตัวอย่างที่มีและไม่มีอาการเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือดส่วนมากมีผลการตรวจทางระบบประสาทด้วย National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) ที่มีคะแนนอยู่ในช่วง 0–15 คะแนน ร้อยละ 63.3 และ 85.9 ตามลำดับ (p-value = 0.008) กลุ่มตัวอย่างที่มีและไม่มีอาการเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือดมีผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT-scan) พบความผิดปกติเข้าได้กับเนื้อสมองตายเหตุขาดเลือด (CT official report seen infarction) ร้อยละ 50 และ 25.9 ตามลำดับ (p-value = 0.008)

Table 2 Characteristics of patients with acute stroke in Bhudasothorn hospital by hemorrhagic transformation

Variables	Non-hemorrhagic Transformation		Hemorrhagic Transformation					
	(n = 170)		All		Asymptomatic		Symptomatic	
			(n = 30)		(n = 24)		(n = 6)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Age								
≤45 years	22	(12.9)	6	(20.0)	3	(12.5)	3	(50.0)
46-60 years	59	(34.7)	8	(26.7)	7	(29.2)	1	(16.7)
>60 years	89	(52.4)	16	(53.3)	14	(58.3)	2	(33.3)
Initial Systolic blood pressure								
<140 mmHg	54	(31.8)	11	(36.7)	8	(33.3)	3	(50.0)
140-160 mmHg	45	(26.5)	6	(20.0)	5	(20.8)	1	(16.7)
>160 mmHg	71	(41.8)	13	(43.3)	11	(45.8)	2	(33.3)
Hypertension								
No	77	(45.3)	9	(30.0)	6	(25.0)	3	(50.0)
Yes	93	(54.7)	21	(70.0)	18	(75.0)	3	(50.0)
Ischemic heart disease								
No	158	(92.9)	29	(96.7)	23	(95.8)	6	(100)
Yes	12	(7.1)	1	(3.3)	1	(4.2)	0	(0.0)
Diabetes Mellitus								
No	127	(74.7)	21	(70.0)	16	(66.7)	5	(83.3)
Yes	43	(25.3)	9	(30.0)	8	(33.3)	1	(16.7)
Chronic kidney disease								
No	147	(86.5)	24	(80.0)	19	(79.2)	5	(83.3)
Yes	23	(13.5)	6	(20.0)	5	(20.8)	1	(16.7)
Low density lipoprotein								
<70 mg/dL	23	(13.5)	7	(23.3)	6	(25.0)	1	(16.7)
70-100 mg/dL	68	(40.0)	12	(40.0)	10	(41.7)	2	(33.3)
100-160 mg/dL	60	(35.3)	8	(26.7)	5	(20.8)	3	(50.0)
>160 mg/dL	19	(11.2)	3	(10.0)	3	(12.5)	0	(0.0)
Atrial fibrillation								
No	138	(81.2)	19	(63.3)	15	(62.5)	4	(66.7)
Yes	32	(18.8)	11	(36.7)	9	(37.5)	2	(33.3)
Congestive heart failure								
No	162	(95.3)	28	(93.3)	22	(91.7)	6	(100)
Yes	8	(4.7)	2	(6.7)	2	(8.3)	0	(0.0)
Previous antiplatelet used								
No	146	(85.9)	28	(93.3)	22	(91.7)	6	(100)
Yes	24	(14.1)	2	(6.7)	2	(8.3)	0	(0.0)
Previous anticoagulant used								
No	163	(95.9)	29	(96.7)	23	(95.8)	6	(100)
Yes	7	(4.1)	1	(3.3)	1	(4.2)	0	(0.0)

Variables	Non-hemorrhagic		Hemorrhagic Transformation					
	Transformation		All		Asymptomatic		Symptomatic	
	(n = 170)		(n = 30)		(n = 24)		(n = 6)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
INR level								
<1.0	61	(35.9)	8	(26.7)	7	(29.2)	1	(16.7)
>1.0	109	(64.1)	22	(73.3)	17	(70.8)	5	(83.3)
NIHSS								
0-15	146	(85.9)	19	(63.3)	15	(62.5)	4	(66.7)
16-20	14	(8.2)	7	(23.3)	6	(25.0)	1	(16.7)
21-42	10	(5.9)	4	(13.3)	3	(12.5)	1	(16.7)
CT official report seen infarction								
No	126	(74.1)	15	(50.0)	13	(54.2)	2	(33.3)
Yes	44	(25.9)	15	(50.0)	11	(45.8)	4	(66.7)
Symptom onset to rtPA								
0-3 hr	134	(78.8)	20	(66.7)	16	(66.7)	4	(66.7)
3-4.5 hr	36	(21.2)	10	(33.3)	8	(33.3)	2	(33.3)

P-value corresponds to ^cChi-square test or ^fFisher's exact test.

และกลุ่มตัวอย่างที่มีและไม่มีการเกิดเลือดออกในสมอง หลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือดส่วนมากมีระยะเวลาที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดหลังเกิดภาวะเส้นเลือดสมองตีบ 0-3 ชั่วโมง ร้อยละ 66.7 และ 78.8 ตามลำดับ (p-value = 0.145) (ตารางที่ 2)

การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงการเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลพุทธโสธร ด้วยการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (Univariable analysis) โดยใช้การวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Simple logistic regression analysis) โดยมีปัจจัยเสี่ยงการเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือดที่นำมาวิเคราะห์ ได้แก่ Age, Hypertension, Ischemic heart disease, Diabetes Mellitus, Chronic kidney disease, Low density lipoprotein, Atrial fibrillation, Congestive heart failure, Previous antiplatelet used, Previous anticoagulant used, INR level, NIHSS, CT official report seen infarction และ Symptom onset to rtPA ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลพุทธโสธร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ได้แก่ Atrial fibrillation, NIHSS และ CT official report seen infarction (ตารางที่ 3) โดยที่ ผู้ป่วยภาวะเส้นเลือดสมองตีบร่วมกับได้รับยาละลาย

ลิ่มเลือดที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (atrial fibrillation) มีโอกาสเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือด 2.5 เท่า (Crude OR = 2.50, 95%CI: 1.08 - 5.76, p-value = 0.032) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (atrial fibrillation) ผู้ป่วยภาวะเส้นเลือดสมองตีบร่วมกับได้รับยาละลายลิ่มเลือดที่มีผลการตรวจทางระบบประสาทด้วย National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) ที่มีคะแนนอยู่ในช่วง 16-20 คะแนน มีโอกาสเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือด 3.84 เท่า (Crude OR = 3.84, 95%CI: 1.38 - 10.71, p-value = 0.010) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-15 คะแนน และผู้ป่วยภาวะเส้นเลือดสมองตีบร่วมกับได้รับยาละลายลิ่มเลือดที่มีผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT-scan) พบความผิดปกติเข้าได้กับเนื้อสมองตายเหตุขาดเลือด (CT official report seen infarction) มีโอกาสเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือด 2.86 เท่า (Crude OR = 2.86, 95%CI: 1.30 - 6.33, p-value = 0.009) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีความผิดปกติ

การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงการเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลพุทธโสธร ด้วยการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (Multivariable analysis) โดยใช้การวิเคราะห์ความถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic

regression analysis) ซึ่งพิจารณาคำแปรที่เป็นปัจจัยเสี่ยง การเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ได้แก่ Age, Hypertension, Ischemic heart disease, Diabetes Mellitus, Chronic kidney disease, Low density lipoprotein, Atrial fibrillation, Congestive heart failure, Previous antiplatelet used, Previous anticoagulant used, INR level, NIHSS, CT official report seen infarction และ Symptom onset to rtPA เข้ามาวิเคราะห์ในการวิเคราะห์ แบบพหุตัวแปร (Multivariable analysis) ทั้งหมด ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดเลือดออกในสมองหลัง การได้รับยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลพุทธโสธร อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) เมื่อควบคุมอิทธิพลของ ปัจจัยกวน ได้แก่ Hypertension และ NIHSS (ตารางที่ 3)

โดยที่ ผู้ป่วยภาวะเส้นเลือดสมองตีบร่วมกับได้รับยาละลายลิ่ม เลือดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension) มีโอกาสเกิด เลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือด 3.23 เท่า (Adjusted OR = 3.23, 95%CI: 1.12 - 9.28, $p\text{-value} = 0.030$) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะความดันโลหิต สูง (Hypertension) และผู้ป่วยภาวะเส้นเลือดสมองตีบร่วม กับได้รับยาละลายลิ่มเลือดที่มีผลการตรวจทางระบบประสาท ด้วย National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) ที่มีคะแนนอยู่ในช่วง 16-20 คะแนน มีโอกาสเกิดเลือดออก ในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือด 5.13 เท่า (Adjusted OR = 5.13, 95%CI: 1.48 - 17.78, $p\text{-value} = 0.010$) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-15 คะแนน

Table 3 Factors associated with hemorrhagic transformation in patients with acute stroke in Bhudasothorn hospital

Factors	Univariable analysis			Multivariable analysis		
	OR ¹	95%CI	p-value	OR _{adj} ²	95%CI	p-value
Chronic kidney disease						
No	1.00	Reference		1.00	Reference	
Yes	1.60	(0.59 - 4.33)	0.357	1.10	(0.30 - 3.98)	0.888
Low density lipoprotein						
<70 mg/dL	1.00	Reference		1.00	Reference	
70-100 mg/dL	0.58	(0.20 - 1.65)	0.307	0.60	(0.18 - 2.01)	0.411
100-160 mg/dL	0.44	(0.14 - 1.35)	0.150	0.54	(0.15 - 1.99)	0.356
>160 mg/dL	0.52	(0.12 - 2.29)	0.386	0.49	(0.09 - 2.57)	0.396
Atrial fibrillation						
No	1.00	Reference		1.00	Reference	
Yes	2.50	(1.08 - 5.76)	0.032	2.39	(0.82 - 6.98)	0.110
Congestive heart failure						
No	1.00	Reference		1.00	Reference	
Yes	1.45	(0.29 - 7.17)	0.651	0.88	(0.13 - 5.83)	0.896
Previous antiplatelet used						
No	1.00	Reference		1.00	Reference	
Yes	0.44	(0.10 - 1.94)	0.276	0.37	(0.04 - 3.56)	0.388
Previous anticoagulant used						
No	1.00	Reference		1.00	Reference	
Yes	0.80	(0.10 - 6.77)	0.840	0.41	(0.03 - 5.12)	0.492
INR level						
<1.0	1.00	Reference		1.00	Reference	
>1.0	1.54	(0.65 - 3.67)	0.330	1.79	(0.61 - 5.22)	0.288

Table 3 Factors associated with hemorrhagic transformation in patients with acute stroke in Bhudasothorn hospital

Factors	Univariable analysis			Multivariable analysis		
	OR ¹	95%CI	p-value	OR _{adj} ²	95%CI	p-value
NIHSS						
0-15	1.00	Reference		1.00	Reference	
16-20	3.84	(1.38 - 10.71)	0.010	5.13	(1.48 - 17.78)	0.010
21-42	3.07	(0.88 - 10.77)	0.079	3.44	(0.73 - 16.24)	0.119
CT official report seen infarction						
No	1.00	Reference		1.00	Reference	
Yes	2.86	(1.30 - 6.33)	0.009	1.69	(0.66 - 4.33)	0.277
Symptom onset to rtPA						
0-3 hr	1.00	Reference		1.00	Reference	
3-4.5 hr	1.86	(0.80 - 4.33)	0.149	2.67	(0.96 - 7.42)	0.060

Abbreviations: OR, Odds Ratio; ORadj, Adjusted Odds Ratio; CI, confident interval; NA, data not applicable.

¹Crude Odds Ratio estimated by Binary Logistic regression. ²Adjusted Odds Ratio estimated by Multiple Logistic regression.

วิจารณ์

โรคหลอดเลือดสมองตีบเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขไทย เนื่องจากทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตสูง การให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือ rtPA สามารถช่วยลดอัตราการเกิดความพิการและเสียชีวิตได้ แต่การให้ยา rtPA ก็อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ ภาวะเลือดออกในสมองหลังการให้ยาได้ ซึ่งส่งผลให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต จากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงการเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลพุทธโสธร พบว่า อัตราการเกิดเลือดออกในสมองหลังให้ยา rtPA มีจำนวน 30 คน คิดเป็น 15% ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยแบ่งเป็นเลือดออกในสมองแบบมีอาการ 6 คน คิดเป็น 20 % ของผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองหลังให้ยา rtPA หรือ 3% ของผู้ป่วยทั้งหมด เลือดออกในสมองแบบไม่มีอาการ 14 คน คิดเป็น 80% ของผู้ป่วยเลือดออกในสมองหลังให้ยา rtPA หรือ 7% ของผู้ป่วยทั้งหมด ผลการศึกษาที่ได้มีความใกล้เคียงกับการศึกษาที่มีการศึกษาในไทย (symptomatic intracerebral hemorrhage 7.8%)¹⁶ ใกล้เคียงกับสากล(symptomatic intracerebral hemorrhage 6.4%)¹⁷ จากการศึกษา ยังพบ อีกว่าปัจจัยที่ทำให้เกิด ภาวะเลือดออกในสมองหลังได้รับยา rtPA อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติได้แก่ 1.Atrial fibrillation 2.NIHSS และ 3. CT official report seen infarction (ตารางที่ 3) โดยที่ ผู้ป่วยภาวะเส้นเลือดสมองตีบร่วมกับได้รับยาละลายลิ่มเลือดที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (atrial fibrillation) มีโอกาสเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือด 2.5 เท่า (Crude OR

= 2.50, 95%CI: 1.08 - 5.76, p-value = 0.032) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (atrial fibrillation) เนื่องจาก การเกิดภาวะเส้นเลือดสมองอุดตันจากลิ่มเลือด (Embolic stroke) มักทำให้เกิดความเสียหายต่อเซลล์สมองเป็นบริเวณกว้าง และเส้นเลือดสมองยังมีการปรับตัวสร้างเส้นเลือดฝอยได้น้อย (collateral vessel) ส่งผลให้เซลล์สมองเสียหายมาก จึงตามมาด้วยภาวะเลือดออกในสมองได้ง่ายขึ้น

ผู้ป่วยภาวะเส้นเลือดสมองตีบร่วมกับได้รับยาละลายลิ่มเลือดที่มีผลการตรวจทางระบบประสาทด้วย National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) ที่มีคะแนนอยู่ในช่วง 16-20 คะแนน มีโอกาสเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือด 3.84 เท่า (Crude OR = 3.84, 95%CI: 1.38 - 10.71, p-value = 0.010) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-15 คะแนน เนื่องจากการประเมินความรุนแรงของโรคเส้นเลือดสมองตีบด้วย NIHSS มักสัมพันธ์กับความเสียหายของเซลล์สมอง โดย NIHSS ที่มากขึ้นมักบ่งบอกถึงความเสียหายของสมองบริเวณกว้างกว่า จึงมักทำให้เกิดเลือดออกในสมองได้มากกว่า

ผู้ป่วยภาวะเส้นเลือดสมองตีบร่วมกับได้รับยาละลายลิ่มเลือดที่มีผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT-scan) พบความผิดปกติเข้าได้กับเนื้อสมองตายเหตุขาดเลือด (CT official report seen infarction) มีโอกาสเกิดเลือดออกในสมองหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือด 2.86 เท่า (Crude OR = 2.86, 95%CI: 1.30 - 6.33, p-value = 0.009)

เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีความผิดปกติ เนื่องจากหากรังสีแพทย์สามารถเห็นความผิดปกติทางรังสีได้ในช่วงเริ่มต้นของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ แปลว่า 1.ผู้ป่วยมีเซลล์สมองตาย (infarct core) จำนวนมาก ซึ่งง่ายต่อการเกิดเลือดออก 2.การขาดเลือดของสมองมีบริเวณกว้าง (large infarct) ซึ่งสัมพันธ์กับ NIHSS ที่สูง ซึ่งมักทำให้เกิดภาวะเลือดออกในสมองตามมาได้

การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการเช่น 1.การศึกษาแบบ Retrospective ทำให้ข้อมูลบางอย่างขาดหายไปเนื่องจากโรงพยาบาลมีนโยบายการเก็บ IPD card ย้อนหลัง 5 ปีทำให้ข้อมูลของปี 2560 หาไม่ได้ 2.จำนวนผู้ป่วยที่ทำการรักษาอาจจะไม่มากนักพอ ทำให้ปัจจัยเสี่ยงบางอย่างอาจจะยังไม่มีความสำคัญทางสถิติในการศึกษานี้ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงก่อนได้รับยา rtPA

สรุปผลการวิจัย

ภาวะเลือดออกในสมองภายหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด rtPA โดยพบอัตราการเกิดเลือดออก (intracerebral hemorrhage) 20%(symptomatic 7%) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอย่างมีนัยยะสำคัญ คือ Atrial fibrillation, NIHSS 16–20, CT official report seen infarction

บรรณานุกรม

1. Lopez AD, Mather CD, Ezzati M, et al. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001:systematic analysis of population health data. *Lancet* 2006;367: 1747–57.
2. Brott T, Broderick J, Kothari R, et al; NINDS rtPA Stroke Study Group. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. *N Engl J Med* 1995;333:1581–8.
3. Marler JR, Tilley BC, Lu M, et al; NINDS rtPA Stroke Study Group. Early stroke treatment associated with better outcome. *Neurology* 2000;55:1649–55.
4. Hacke W, Donnan G, Fieschi C, et al. Association of outcome with early stroke treatment: pooled analysis of ATLANTIS, ECASS, and NINDS rt-PA stroke trials. *Lancet* 2004;363:768–74.
5. Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke (ECASS III). *N Engl J Med* 2008;359:1317–29.
6. Floris R, Cozzolino V, Meschini A, et al. Efficacy of systemic thrombolysis within 4.5 h from stroke symptom onset: a single-centre clinical and diffusion-perfusion 3T MRI study. *Radiol Med* 2014;119:767–74
7. Del Zoppo GJ, Saver JL, Jauch EC, Adams HP. Expansion of the time window for treatment of acute ischemic stroke with intravenous tissue plasminogen activator. *Lancet* 2009;372:1303–9.
8. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke: the National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. *N Engl J Med*. 1995;333:1581–1587.
9. Chacon-Portillo MA, Llinas RH, Marsh EB. Cerebral microbleeds shouldn't dictate treatment of acute stroke: a retrospective cohort study evaluating risk of intracerebral hemorrhage. *BMC Neurol*. 2018;18:33. doi: 10.1186/s12883-018-1029-0.
10. Hiraga A. Prediction of hemorrhagic transformation in ischemic stroke. *Neuroepidemiology* 2009; 33:266–267.
11. Wang X, Lo EH. Triggers and mediators of hemorrhagic transformation in cerebral ischemia. *Mol Neurobiol* 2003; 28:229–244.
12. Kerenyi L, Kardos L, Szász J, Szatmári S, Bereczki D, Hegedüs K, Csiba L. Factors influencing hemorrhagic transformation in ischemic stroke: a clinicopathological comparison. *Eur J Neurol* 2006; 13:1251–1255.
13. Lindley RI, Wardlaw JM, Sandercock PAG, Rindusid P, Lewis SC, Signorini DF, Ricci S. Frequency and risk factors for spontaneous hemorrhagic transformation of cerebral infarction. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2004; 13:235–246.
14. Aviv RI, d'Esterre CD, Murphy BD, Hopyan JJ, Buck B, Mallia G, Li V, Zhang L, Symons SP, Lee TY. Hemorrhagic transformation of ischemic stroke: prediction with CT perfusion. *Radiology* 2009; 250:867–877.
15. Kazmierski R, Michalak S, Wencel-Warot A, Nowinski WL. Serum tight-junction proteins predict hemorrhagic transformation in ischemic stroke patients. *Neurology* 2012; 79:1677–1685.
16. Dharmasaroja PA, Muengtawepong S, Pattaraarchachai J, Dharmasaroja P. Intracerebral hemorrhage following intravenous thrombolysis in Thai patients with acute ischemic stroke. *J Clin Neurosci* 2012;19(6):799–803.
17. TISSUE PLASMINOGEN ACTIVATOR FOR ACUTE ISCHEMIC STROKE THE NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL DISORDERS AND STROKE rt-PA STROKE STUDY GROUP

การพัฒนารูปแบบการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพพื้นที่ของประชาชนในเครือข่ายสุขภาพ อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ พ.ศ.2566

The development of a model for making a public health development plan in the area of the health network of Muang Chachoengsao District Chachoengsao Province, fiscal year 2023.

นางอุบลรัตน์ แสงเมฆ Mrs.Ubonrat Saengmek
โรงพยาบาลพุทธโสธร

บทคัดย่อ

การพัฒนารูปแบบการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพพื้นที่ของประชาชนในเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อทบทวนรูปแบบการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เครือข่ายสุขภาพ 2) เพื่อศึกษาความคิดเห็นด้านแผนพัฒนาสุขภาพพื้นที่ของประชาชนในเครือข่ายสุขภาพ และ 3) เพื่อประเมินตัวชี้วัดการพัฒนาในแผนพัฒนาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรสาธารณสุข 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างที่ให้สัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ข้อมูลในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพพื้นที่ของประชาชนในเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 5 คน และ 2) กลุ่มตัวอย่างที่แสดงข้อคิดเห็นต่อแผนพัฒนาสุขภาพพื้นที่ของประชาชนเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 32 คน

ผลการศึกษาพบว่า ความคิดเห็นด้านแผนพัฒนาสุขภาพพื้นที่ของประชาชนในเครือข่ายสุขภาพ ทั้งด้านการวิเคราะห์ ทบทวนจุดยืนการพัฒนาปีงบประมาณ 2565 - 2566 (ฉบับทบทวนปี 2566) ด้านทิศทางการพัฒนา ปีงบประมาณ 2565 - 2569 (ฉบับทบทวนปี 2566) ด้านตัวชี้วัดการพัฒนา ปีงบประมาณ 2565 - 2569 (ฉบับทบทวนปี 2566) และ ด้านแนวทางการพัฒนา ปีงบประมาณ 2565 - 2569 (ฉบับทบทวนปี 2566) มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด การประเมินตัวชี้วัดการพัฒนาในแผนพัฒนาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ด้านยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค เป็นเลิศมีทั้งหมด 13 ตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ มีทั้งหมด 14 ตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์ที่ 3 บุคลากรเป็นเลิศ มีทั้งหมด 2 ตัวชี้วัด และยุทธศาสตร์ที่ 4

บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมมาภิบาลมีทั้งหมด 6 ตัวชี้วัด โดยผลการประเมินตัวชี้วัดการพัฒนาในแผนพัฒนาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เครือข่ายสุขภาพส่วนใหญ่ดำเนินการได้ผ่านเกณฑ์การประเมินอย่างไรก็ตามพบว่ากิจกรรมส่วนใหญ่ที่อาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

Abstract

The development of a model for making a public health development plan in the area of the health network of Muang Chachoengsao district Chachoengsao province, fiscal year 2023. Objectives: 1) to review the formulation of health development plans for people in the health network area. 2) to study the opinions on the area health development plan of the people in the health network. And 3) to assess the development indicators in the public health development plan in the area of the Muang Chachoengsao district health network. Chachoengsao province, fiscal year 2023. The study was conducted in two groups of health personnel samples : 1) the sample group gave in-depth interviews. To provide information for the preparation of a health development plan for people in the Muang Chachoengsao district health network. Chachoengsao province, 5 people. 2) the sample group expressing their opinions on the public area health development plan, Muang Chachoengsao district health network. Chachoengsao province, 32 people. The study area was Phutthasothorn hospital, Mueang Chachoengsao district Chachoengsao province.

The study found that : opinions on health development plans for people in the health network

both in terms of analysis and review of development positions for the fiscal year 2022 – 2023 (reviewed edition 2023). Development direction, fiscal Year 2022 – 2026 (Revised Edition 2023). Development indicators, fiscal year 2022 – 2026 (reviewed edition 2023) and Regarding the development guidelines for the fiscal year 2022 – 2026 (2023 review), the opinions were at the highest level. Assessment of development indicators in the public health development plan in the area of the Muang Chachoengsao district health network Chachoengsao province, fiscal year 2023. The study found that : strategy 1 health promotion and disease prevention and consumer protection are excellent with a total of 13 indicators. Strategy 2 develop a quality service system with a total of 14 indicators. Strategy 3 personnel excellence has 2 indicators and strategy 4 management excellence with good governance has 6 indicators. The results of the assessment of the development indicators in the public health development plan in the area of the health network were mostly conducted through the evaluation criteria. Most activities that rely on public participation have not been as successful as they should have been.

บทนำ

เครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้รับนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่ได้กำหนดนโยบาย และแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนางานสาธารณสุขเป็นประจำทุกปี โดยงานพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิและสนับสนุนเครือข่าย กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพุทธโสธร เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดทำแผน พัฒนาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอ เมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา รวมทั้ง ตรวจสอบติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาสุขภาพฯ ทำให้ทราบถึงสถานการณ์การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของเครือข่าย สุขภาพอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา อย่างไรก็ตาม ในส่วนของประเด็นความเพียงพอของข้อมูลที่จะนำมาใช้เพื่อ การบริหาร และจัดการยังคงเป็นประเด็นที่ต้องพัฒนา ดังนั้น จึงจำเป็นต้องศึกษา และรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อจะได้ทราบ กระบวนการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ที่สำคัญจากผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ปัญหาการดำเนินงานด้านการ สร้างความรู้ความเข้าใจในแผนยุทธศาสตร์ การจัดทำแผน ปฏิบัติการในระดับต่างๆที่ไม่สอดคล้องเชื่อมโยงไปในทิศทาง

เดียวกัน และการนำไปปฏิบัติ การมอบหมายผู้รับผิดชอบ ในแต่ละด้านไม่ชัดเจน ขาดขวัญกำลังใจตลอดจนแรงจูงใจ ในการปฏิบัติงาน ยังไม่มีระบบการทำงานเป็นทีมและพัฒนา ทีมเท่าที่ควร รวมถึงการกำกับติดตาม และประเมินผล มีขั้นตอนที่ไม่ชัดเจน และไม่ต่อเนื่องตามระยะเวลาที่กำหนด

แนวทางเพื่อพัฒนา และแก้ปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัย ได้ประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมา สังเคราะห์ ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดทำแผนพัฒนา สุขภาพพื้นที่ของประชาชนในเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมือง ฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 โดยการพัฒนารูปแบบการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพพื้นที่ของ ประชาชนในเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัด ฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ได้แผนพัฒนาสุขภาพพื้นที่ของประชาชนในเครือข่าย สุขภาพอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่มี ประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยเป็นแผนพัฒนาสุขภาพ พื้นที่ๆ ที่มีความสำคัญ ชัดเจน สอดคล้องกับนโยบายและ ยุทธศาสตร์ของประเทศ กระทรวงสาธารณสุข เหมาะสมบริบท ของพื้นที่ที่รับผิดชอบของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา ซึ่งเป็นแผนพัฒนาสุขภาพ ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายทุกภาคส่วนมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติสามารถใช้เป็นกรอบแนวทางในการปฏิบัติงานได้อย่างเป็นรูปธรรม มีแผนการใช้จ่ายงบประมาณที่จำเป็น และประหยัด และได้ผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เกิดประโยชน์สูงสุดต่อราชการ และประชาชนโดยนำกระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ในรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การวางแผนยุทธศาสตร์(Strategic Planning) และวงจรบริหารงานคุณภาพ (PDCA) มาเป็นกรอบแนวคิด ในการวิจัยและพัฒนา

วัตถุประสงค์การวิจัย

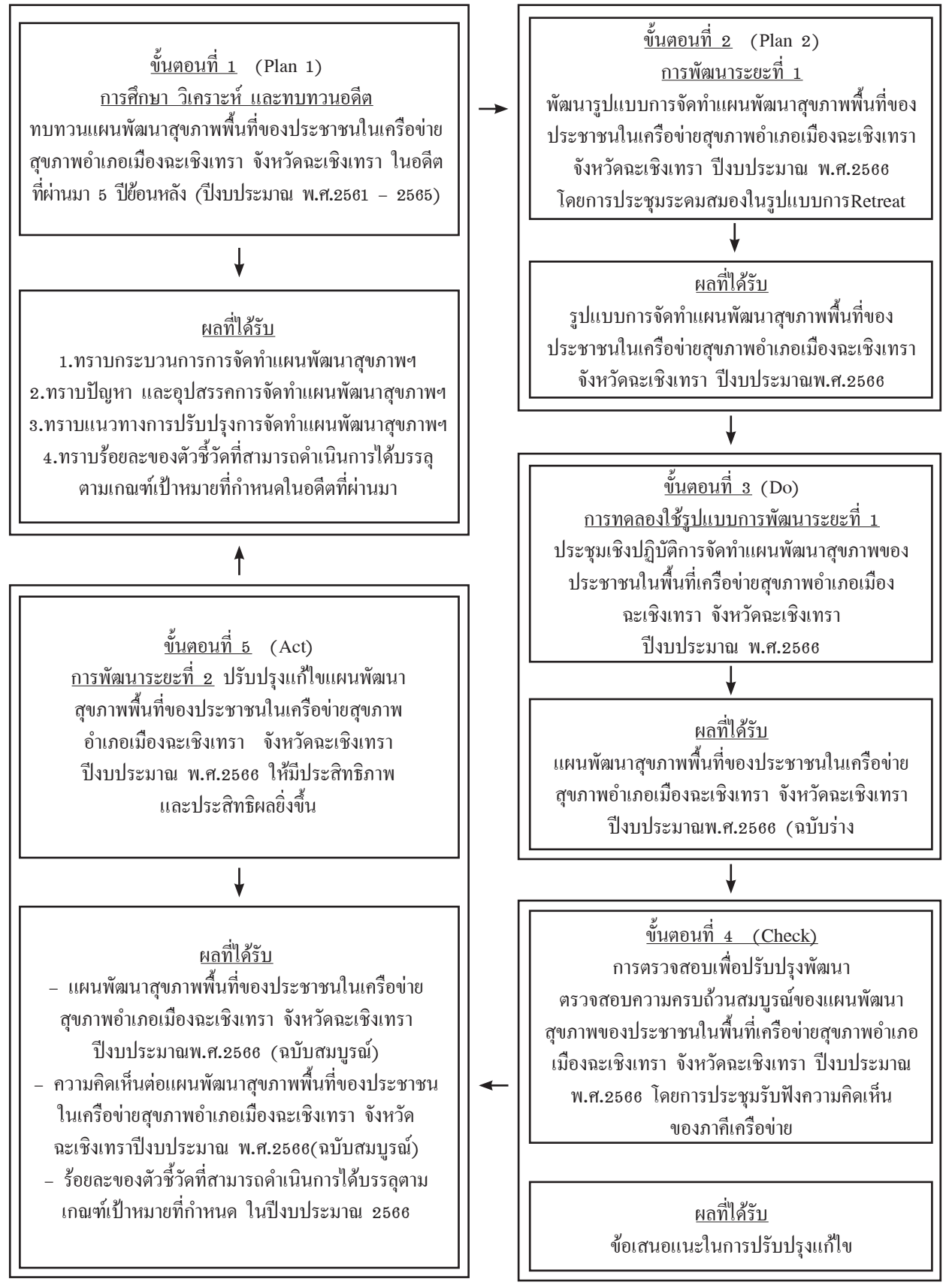
1. เพื่อทบทวนรูปแบบการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของ ประชาชนในพื้นที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ 2566
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นด้านแผนพัฒนาสุขภาพพื้นที่ของ ประชาชนในเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัด ฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ 2565 – 2569
3. เพื่อประเมินตัวชี้วัดการพัฒนาในแผนพัฒนาสุขภาพ ของประชาชนในพื้นที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพพื้นที่ของ ประชาชนในพื้นที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา

จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ครั้งนี้ ได้นำกระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ในรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

การวางแผนยุทธศาสตร์ (Strategic Planning) และวงจรบริหารงานคุณภาพ (PDCA) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยและพัฒนา ดังนี้



วิธีการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ได้แก่ หัวหน้างานกลุ่มงาน หัวหน้างาน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดจำแนกตามแผนยุทธศาสตร์ของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมือง และคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ตามกรอบโครงสร้างการบริหารงานควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผลเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จำนวน 37 คน แบ่งออกตามกลุ่มที่ต้องการศึกษา ได้แก่

1.1 กลุ่มตัวอย่างที่ให้สัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อนำข้อมูลมาสร้างรูปแบบในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพพื้นที่ของประชาชนในเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทราในอดีต และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข ตรวจสอบความสมบูรณ์ของรูปแบบการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพพื้นที่ของประชาชนในเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา (ฉบับร่าง) จำนวน 5 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่แสดงข้อคิดเห็นต่อแผนพัฒนาสุขภาพพื้นที่ของประชาชนเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ประจำปีงบประมาณ 2566 จำนวน 32 คน ประกอบด้วย

1.2.1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา 21 แห่ง จำนวนทั้งสิ้น 21 คน

1.2.2) หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา 2 แห่ง จำนวนทั้งสิ้น 2 คน

1.2.3) หัวหน้างานในกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพุทธโสธร 4 งาน ได้แก่ งานเวชปฏิบัติครอบครัว และชุมชนฯ งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค งานควบคุมป้องกันโรคและระบาดวิทยา และงานคุ้มครองผู้บริโภค จำนวนทั้งสิ้น 4 คน

1.2.4) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลพุทธโสธร จำนวน 1 คน

1.2.5) หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพุทธโสธร จำนวน 1 คน

1.2.6) หัวหน้ากลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร จำนวน 1 คน

1.2.7) พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานเป็นหัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา จำนวน 1 คน

1.2.8) ผู้รับผิดชอบงานยุทธศาสตร์ และแผนงานโครงการ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จำนวน 1 คน

2. เครื่องมือและการตรวจสอบ

2.1 แบบสนทนาเพื่อทบทวนรูปแบบการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เครือข่ายสุขภาพ อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ 2566

ซึ่งประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และแบบสอบถามเกี่ยวกับกระบวนการจัดทำแผนสุขภาพพื้นที่ โดยผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกได้นำมาสร้างรูปแบบการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพพื้นที่ของประชาชนในเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ประจำปี 2566 แล้วสรุปเป็นแผนพัฒนาสุขภาพพื้นที่ของประชาชนในเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมือง ฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ 2566(ฉบับร่าง)

2.2 นำแผนสุขภาพพื้นที่ของประชาชนในเครือข่ายสุขภาพ อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา ฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ/ (ฉบับร่าง) มาจัดทำเป็นแบบสอบถามการรับฟังความคิดเห็นต่อแผนพัฒนาสุขภาพพื้นที่ของประชาชนในเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ประจำปี 2566 แล้วนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ อาจารย์ในระดับอุดมศึกษา จำนวน 2 คน ผู้บริหารระดับหัวหน้ากลุ่มงานหรือหัวหน้างานโรงพยาบาลพุทธโสธรที่มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับปริญญาโททางด้านการแพทย์ และสาธารณสุข จำนวน 2 คน และผู้บริหารระดับหัวหน้ากลุ่มงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับปริญญาโท จำนวน 1 คน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องตามหลักวิชา ความเหมาะสมและความครบถ้วนสมบูรณ์ของคำถามทุกข้อ จากนั้นผู้วิจัยนำมาตรวจสอบแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ

3. ขั้นตอนการศึกษา

3.1 นำรูปแบบการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เครือข่ายสุขภาพ อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ 2566 มาใช้โดยผลจากการจัดประชุมโดยใช้รูปแบบการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของพื้นที่ของประชาชนในเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ประจำปี 2566 เพื่อการศึกษาข้อมูลในส่วนนี้

3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามการรับฟังความคิดเห็นต่อแผนพัฒนาสุขภาพพื้นที่ของประชาชนในเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ประจำปี 2566 ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง

3.3 การวิเคราะห์ข้อมูลทำการประมวลผลโดยวิธีการทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปตามวัตถุประสงค์ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3.4 ระยะเวลาการวิจัย คือ เดือน เมษายน พ.ศ. 2566 – เดือนตุลาคม 2566

ผลการศึกษา

1. การทบทวนรูปแบบการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เครือข่ายสุขภาพ

1.1 กระบวนการจัดทำแผนสุขภาพพื้นที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทราในอดีต การจัดทำแผนสุขภาพพื้นที่เครือข่ายสุขภาพอยู่ภายใต้การบริหารจัดการแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 เป็นกรอบทิศทางหลัก และแปลงสู่การปฏิบัติในระดับต่างๆ ที่สอดคล้องกับสภาพภูมิสังคม และกระจายการพัฒนาไปสู่พื้นที่ โดยยึดหลักการพัฒนาพื้นที่ การกิจ และการมีส่วนร่วมให้จังหวัดเป็นพื้นที่ดำเนินการขับเคลื่อนการพัฒนาและเป็นจุดเชื่อมโยงการพัฒนาจากระดับชุมชนสู่ประเทศและประเทศสู่ชุมชน มีเป้าประสงค์สูงสุด คือ บุคลากรของเครือข่ายสุขภาพทุกคน และประชาชนในพื้นที่ ความรับผิดชอบเห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดี มีสมรรถนะในการจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม เครือข่ายสุขภาพประสบความสำเร็จในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ให้ลดลงโดยมีประชากรสุขภาพดีให้ได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และบุคลากรสุขภาพดีไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 ภายใน 5 ปี ในขณะที่บทบาทของประชาชนยังคงถูกครอบงำโดยภาครัฐ แม้จะมีการจัดตั้งองค์กรชุมชนให้มีส่วนร่วมในการพัฒนามากขึ้นและปรับระบบบริหารการพัฒนาให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของชุมชนมากขึ้น การจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เครือข่ายสุขภาพมีโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการจัดทำแผน เช่น การรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งผ่านการบริหารจัดการแบบสั่งการและควบคุมการทำงานของท้องถิ่น จากการทบทวนรูปแบบการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เครือข่ายสุขภาพยังขาดการวิเคราะห์ SWOT Analysis ขององค์กร

1.2 ปัญหา และอุปสรรคในการจัดทำแผนสุขภาพพื้นที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทราในอดีต

- 1) การจัดทำแผนชุมชนไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากประชาชนในชุมชนยังขาดความสนใจ ไม่ให้ความสำคัญกับการจัดทำแผน
- 2) ขาดการดำเนินการในเรื่องแผนชุมชนอย่างจริงจัง
- 3) ปัญหาด้านการเตรียมความพร้อมของคนในชุมชนซึ่งยังขาดทักษะในการวิเคราะห์ จำแนกปัญหา มีการกำหนดวิสัยทัศน์กว้าง ไม่ชัดเจน และขาดความสอดคล้องกับสภาพชุมชน
- 4) องค์การบริหารส่วนตำบลมีบทบาทในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนด้วยกระบวนการแผนชุมชนน้อย
- 5) แผนชุมชน ถูกนำไปรวบรวมโดยขาดการวิเคราะห์ และไม่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์จังหวัด

6) ปัญหาด้านกระบวนการประชาคมอำเภอเพื่อรวบรวมปัญหาและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ระดับจังหวัด

7) ภาครัฐมีการประชาสัมพันธ์และส่งเสริมการเรียนรู้ในความสำเร็จของแผนชุมชนแก่ประชาชนไม่ต่อเนื่อง และขาดการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ

8) ชุมชนยังขาดกำลังและมืบทาบทน้อยในการติดตามความก้าวหน้าของแผนงาน/โครงการ รวมถึงขาดการติดตามและประเมินผลแผนท้องถิ่นอย่างเป็นระบบ

9) การกำหนดปัญหาสุขภาพพื้นที่เครือข่ายของพื้นที่ยังขาดการทำงานร่วมกันของเจ้าที่รัฐที่เกี่ยวข้องและประชาชนในพื้นที่

10) การกำหนดแผนปฏิบัติการของพื้นที่ ผู้จัดทำแผนที่แท้จริงไม่ใช่ผู้ที่ทราบปัญหาพื้นที่

11) การกำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละตัวชี้วัดไม่มีความชัดเจน เนื่องจากไม่ได้มีการระบุผู้รับผิดชอบตั้งแต่เริ่มทำ

12) เมื่อประเมินแผนพัฒนาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เครือข่ายและมีปัญหาที่ต้องทำการแก้ไข ความคิดเห็นส่วนใหญ่ของผู้ที่แก้ไขปัญหา คือ ผู้บริหารหรือผู้ไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งไม่ได้เป็นผู้ปฏิบัติในพื้นที่จริง

1.3 แนวคิดในการพัฒนา การจัดทำแผนสุขภาพพื้นที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา

1) ควรมีการวิเคราะห์แผนสุขภาพพื้นที่เครือข่ายและวิเคราะห์นโยบายกระทรวงร่วมกันระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลแม่ข่าย และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

2) ในการพัฒนาการจัดทำแผนสุขภาพพื้นที่เครือข่ายสุขภาพควรมีการร่วมวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนในกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง

3) ควรมีการสรุปปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นพื้นที่ร่วมกันในกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไข

4) การจัดทำแผนสุขภาพพื้นที่เครือข่ายสุขภาพควรมีการกำหนดผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดในแต่ละยุทธศาสตร์

5) การจัดทำแผนสุขภาพพื้นที่เครือข่ายสุขภาพควรเป็นการทำแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ที่มีความสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่นั้น

6) ทำการจัดหาผู้ที่มีความสามารถ เข้าใจในแผน และสามารถปฏิบัติงานได้จริงในพื้นที่

7) ควรถูกกำหนดการนำเสนอผลการประเมินตัวชี้วัดในแต่ละยุทธศาสตร์ และร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดมาเป็นประเด็นสำคัญในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในที่ประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอเมืองฉะเชิงเทราทุกไตรมาส เพื่อร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาจากการทำงาน

2. ความคิดเห็นด้านแผนพัฒนาสุขภาพพื้นที่ของประชาชนในเครือข่ายสุขภาพ

ความคิดเห็นด้านแผนพัฒนาสุขภาพพื้นที่ของประชาชนในเครือข่ายสุขภาพ ด้านการวิเคราะห์บทวนจุดยืนการพัฒนา ปีงบประมาณ 2565 - 2566 (ฉบับบททวนปี 2566) ด้านทิศทางการพัฒนา ปีงบประมาณ 2565 - 2569 (ฉบับบททวนปี 2566) ด้านตัวชี้วัดการพัฒนา ปีงบประมาณ 2565 - 2569 (ฉบับบททวนปี 2566) และด้านแนวทางการพัฒนา ปีงบประมาณ 2565 - 2569 (ฉบับบททวนปี 2566) ผลการศึกษาพบว่าระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด

3. การประเมินตัวชี้วัดการพัฒนาในแผนพัฒนาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เครือข่ายสุขภาพ

ผลการประเมินตัวชี้วัดการพัฒนาในแผนพัฒนาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 แสดงตามยุทธศาสตร์ดังนี้

3.1 ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ ซึ่งมีทั้งหมด 13 ตัวชี้วัด ผลการประเมินโดยส่วนใหญ่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ มีเพียง 2 ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ได้แก่ ตัวชี้วัดร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ 81.17) และตัวชี้วัดอัตราการตรวจคัดกรองค้นหาผู้ติดเชื้อซิฟิลิส และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (อัตรา 6.55)

3.2 ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ ซึ่งมีทั้งหมด 14 ตัวชี้วัด ผลการประเมินโดยส่วนใหญ่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ มีเพียง 3 ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ได้แก่ ตัวชี้วัดร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息療法ทางการแพทย์ (ร้อยละ 2.8) ตัวชี้วัดอัตราหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และจัดทำความสะอาดฟัน (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) (ร้อยละ 17.65) และตัวชี้วัดอัตราผู้สูงอายุ ได้รับการบริการตรวจสุขภาพช่องปาก(คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) (ร้อยละ 24.60)

3.3 ยุทธศาสตร์ที่ 3 บุคลากรเป็นเลิศ ซึ่งมีทั้งหมด 2 ตัวชี้วัด และผลการประเมินโดยส่วนใหญ่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ได้แก่ ตัวชี้วัดร้อยละของหน่วยงานที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 4.55) และตัวชี้วัดดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) (ร้อยละ 100)

3.4 ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล ซึ่งมีทั้งหมด 6 ตัวชี้วัด และผลการประเมินโดยส่วนใหญ่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

วิจารณ์ผล

กระบวนการจัดทำแผนสุขภาพพื้นที่ที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทราในอดีตที่ผ่านมาเน้นการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับต่างๆ โดยให้สอดคล้องกับสภาพภูมิสังคม และกระจายอำนาจสู่ชุมชน ซึ่งเป็นการปฏิบัติกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติตามแนวทางในการเพิ่มพูนความเห็น เป็นการรับความคิดเห็นต่าง ๆ จากระดับล่าง (Bottom Up) ผู้บริหารระดับสูง ตามแนวคิดของ David Brodwin and L.J.Bourgeois⁽¹⁾ เพื่อมุ่งให้เกิดความร่วมมือและผลักดันให้การนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติมีความสำเร็จมากขึ้น ทั้งนี้พบว่ากำหนดยุทธศาสตร์ในรูปแบบนี้ได้รับความนิยมมากขึ้นมาเป็นลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของเกษมสันต์ ชัยศิลป์⁽²⁾ ที่ศึกษาขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์สาธารณสุขสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ ทั้งนี้พบว่าประเด็นการขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนเนื่องจากสาเหตุต่าง ๆ นั้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ มาลี โชกเกิดและผาสุก แก้วเจริญตา⁽³⁾ ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบองค์รวมโดยใช้ชุมชนเป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลางที่มีประสิทธิภาพ จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกลุ่มเป้าหมายคือ การขาดกลไกการสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของประชาชนและภาคีเครือข่าย

แผนพัฒนาดังกล่าวเป็นการบริหารยุทธศาสตร์ที่ค่อนข้างมีประสิทธิภาพ ภายใต้สถานะแวดล้อมและบริบทในการดำเนินงานที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้การบริหารจัดการมีทิศทางและแผนงานที่ชัดเจนทำให้เกิดการขับเคลื่อนไปถึงจุดมุ่งหมายที่ต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁴⁾ เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ปัจจัยแวดล้อมของแผนพัฒนาสุขภาพพื้นที่ของประชาชนในเครือข่ายสุขภาพปีงบประมาณ 2565 - 2566 ด้วยเทคนิค SWOT Analysis เพื่อทราบจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและอุปสรรคของแผนพัฒนาฯ พบว่า จุดแข็งที่สำคัญของแผนพัฒนาฯ คือ มีแพทย์เฉพาะทางครบทุกสาขา จุดอ่อนที่สำคัญของแผนพัฒนาฯ คือ มีปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคติดต่อเป็นจำนวนมาก การทำงานเชิงบูรณาการด้านสุขภาพ และการทำงานเป็นทีมยังไม่ชัดเจน โอกาสที่สำคัญของแผนพัฒนาฯ คือ ประชาชนสามารถเข้าถึงหน่วยบริการสุขภาพทั้งภาครัฐ และเอกชน อุปสรรคที่สำคัญที่จะเป็นสิ่งขัดขวางความสำเร็จของแผนคือ ขาดศูนย์ข้อมูล/การวิเคราะห์ข้อมูลกลาง การควบคุม กำกับและประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยบริการในเครือข่ายไม่ต่อเนื่อง ทั้งนี้ในประเด็นจุดอ่อนของแผนพัฒนาฯ ในด้านการบูรณาการร่วมกันทำงานของ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนั้น ถือเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของการขับเคลื่อนแผนฯ หากการทำงานร่วมกันเกิดปัญหา ไม่ว่าจะเป็นภาคสังคม ภาคประชาชนและภาครัฐ อาจทำให้การขับเคลื่อนโครงการต่างๆ เป็นไปด้วยความยากลำบาก ประเด็นดังกล่าวนี้สอดคล้องกับการบริหารโครงการต่างๆ ด้วยแนวคิดวงจรบริหารคุณภาพ ที่จะประสบความสำเร็จได้นั้นต้องอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง⁽⁶⁾

ตัวชี้วัดที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรของโรงพยาบาลมักจะประสบความสำเร็จหรือมีแนวโน้มผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ได้มากกว่าตัวชี้วัดที่อาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งการวางแผนกลยุทธ์ด้านสุขภาพในประเทศไทยในปัจจุบันได้เน้นตอบสนองความต้องการของประชาชนเป็นสำคัญ จึงนำแนวคิดในการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management) โดยเน้นการบริหารราชการในระบบเปิดและเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน⁽⁶⁾ อย่างไรก็ตามในการดำเนินการอาจมีปัญหาและอุปสรรคต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้องได้มากกว่า เช่น ความไม่พร้อมของชุมชนหรือประชาชน ข้อจำกัดด้านเวลาของเจ้าหน้าที่และประชาชน ความพร้อมทางด้านงบประมาณของหน่วยงานซึ่งมีความจำเป็นที่ต้องใช้มากกว่าในกรณีของโครงการที่ต้องดำเนินการร่วมกับชุมชนหรือประชาชน ทั้งนี้ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมหรือการให้ความร่วมมือของประชาชนถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของโครงการเป็นอย่างยิ่ง ถือเป็นปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับองค์การโดยตรงหรือเป็นสภาพแวดล้อมภายนอกที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อความสำเร็จของการดำเนินการตามนโยบายต่างๆ มากกว่า สภาพแวดล้อมภายนอกที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการโดยตรง⁽⁷⁾

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ต่อไป
2. การมีการศึกษาเชิงลึกการดูแลสุขภาพตนเองในรายบุคคลและครัวเรือน เพื่อประกอบการวางแผนพัฒนาสุขภาพพื้นที่ของประชาชนในเครือข่ายสุขภาพในการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพระดับรายบุคคลและครอบครัวให้สามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้อันจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างแท้จริง
3. การศึกษาแนวทางการจัดการทรัพยากรในเครือข่ายสุขภาพ ควรได้รับการจัดการทรัพยากร เช่น คน เงิน หรือของในการดำเนินงานโครงการฯ ต่างๆ อย่างเท่าเทียม

โดยเฉพาะสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งถือได้ว่าเป็นด่านหน้าของการเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาหน้างาน ซึ่งจะส่งผลให้การนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเต็มที่

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับการรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน โรงพยาบาลพุทธโสธร เลขที่ BSH-IRB 009/2566 และดำเนินการสำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจาก จาก อาจารย์ชาตรี นันทพานิช ที่ปรึกษางานวิจัย ท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยและให้คำแนะนำที่ดีในการจัดทำเครื่องมือในการวิจัย รวมถึงขอขอบพระคุณ คณะผู้บริหาร และบุคลากรจากโรงพยาบาลพุทธโสธร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอำเภอเมืองฉะเชิงเทราทุกท่านที่ให้ข้อมูลต่างๆ ที่เอื้อต่อการดำเนินงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- (1) ปกรณ์ ปรียากร. (2545). การวางแผนกลยุทธ์: แนวคิดและแนวทางเชิงประยุกต์. พิมพ์ครั้งที่ 3. เสมาธรรม : กรุงเทพมหานคร.
- (2) เกษมसानต์ ชัยศิลป์. (2561). การศึกษาการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์สาธารณสุขสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. เล่มที่ .3. ฉบับที่ 1. 43-54 น.
- (3) มาลี โชกเกิดและผาสุก แก้วเจริญตา. (2561). ความฉลาดทางสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ. เล่มที่ 10. ฉบับที่ 1. 167-173 น.
- (4) พสุ เตชะรินทร์. (2548). การจัดการเชิงกลยุทธ์และนโยบายธุรกิจ. พิมพ์ครั้งที่ 2. บริษัท เซ็นทรัลเอดิชั่นเพลส จำกัด : กรุงเทพฯ.
- (5) กรมวิชาการ. (2544). แนวทางการตรวจสอบและทบทวนคุณภาพภายในของสถานศึกษา. เล่มที่ 5. โรงพิมพ์คุรุสภา : กรุงเทพฯ.
- (6) อรพินธ์ สฟโชคชัย. (2550). การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน. มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย : กรุงเทพฯ.
- (7) ฉันทะพันธ์ เขจรนันทน์. (2552). การจัดการเชิงกลยุทธ์. ฉบับปรับปรุงใหม่. ซีเอ็ดดูเคชั่น : กรุงเทพฯ.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับสมาธิบำบัดต่ออาการหายใจลำบาก
และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าตะเกียบ
THE EFFECTIVENESS OF SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM WITH
SKT MEDITATION ON DYSPNEA AND QUALITY OF LIFE IN PERSONS WITH
CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

อรสา ปิ่นแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลท่าตะเกียบ
ผ่องพรรณ ภาโว อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ความสำคัญและที่มา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: [COPD]) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ 3 ของโลก โดยพบว่า มากกว่า 3 ล้านคนเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และคิดเป็นร้อยละ 6 ของการเสียชีวิตทั้งหมด⁽¹⁾ ในประเทศไทยพบว่า สถิติการป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น พบความชุกและอุบัติการณ์ร้อยละ 7.1⁽²⁾ จากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบผู้ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 2.62 จากจำนวนของการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด⁽³⁾ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะพบการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในระบบทางเดินหายใจที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคนี้ โดยส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก และเมื่อเกิดอาการขึ้นแล้วจำเป็นต้องได้รับการจัดการกับอาการเพื่อให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมาน ไม่เกิดภาวะวิตกกังวลทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น⁽⁴⁾

อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ผู้ป่วยจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจที่จะจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเองเพื่อลดความรุนแรงของโรค⁽⁵⁾ จากการศึกษาของ Leidy and Traver⁽⁶⁾ พบว่า อาการที่สำคัญในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยได้ ดังนั้นการจัดการและการควบคุมอาการที่เกิดขึ้นจึงเป็นวิธีการสำคัญ เพื่อหวังประโยชน์ในการจัดการกับอาการหายใจลำบากได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยมาใช้ในการกระบวนการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากและคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในระยะ

ก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Design) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากร่วมกับสมาธิบำบัดต่ออาการหายใจลำบาก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผลการศึกษา

1. คะแนนเฉลี่ยคะแนนอาการหายใจลำบากในระยะหลังการทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
2. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในระยะหลังการทดลอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ

โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับสมาธิบำบัด, อาการหายใจลำบาก, คุณภาพชีวิต, ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยต้องใช้ชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยเรื้อรัง จากอาการของโรคส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ⁽⁷⁾ ระดับความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า อายุเป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมที่มีนัยสำคัญทางสถิติ และคุณภาพชีวิตจะลดลงในผู้ป่วยที่อายุมากขึ้น⁽⁸⁾

สำหรับประเทศไทยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายในผู้สูงอายุเป็นอันดับ 5 ของประเทศ⁽⁹⁾ และสถิติการป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยพบว่า มีอัตราผู้ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2563, 2564 และ 2565 คือ 10.53, 9.12 และ 8.00 ต่อแสนประชากรตามลำดับ⁽¹⁰⁾ ส่วนสถิติของโรงพยาบาลท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา ในปี พ.ศ. 2563, 2564 และ 2565 พบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 7.6, 6.5 และ 8.4 ต่อแสนประชากร นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการด้วยอาการหายใจลำบากที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ร้อยละ 7.7 และกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ร้อยละ 42.8 ซึ่งเป็นอัตราการกลับมารักษาซ้ำเป็นลำดับที่ 1 ของโรงพยาบาลท่าตะเกียบ⁽¹¹⁾ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ รวมถึงโรงพยาบาลท่าตะเกียบด้วย ในฐานะผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจึงได้จัดทำงานวิจัยขึ้นเพื่อประเมินประสิทธิผลโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับสมาธิบำบัดต่ออาการหายใจลำบาก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าตะเกียบเพื่อนำผลลัพธ์ที่ได้มาใช้ในการพัฒนางานคุณภาพด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับสมาธิบำบัดต่ออาการหายใจลำบาก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลท่าตะเกียบ อำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าตะเกียบ อำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่ได้มาจากการสุ่มประชากรแบบง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน 40 คน โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคำนวณ Power analysis โดยกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 และขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .50 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับกลาง และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยเปิดตาราง Statistical Power table ของ Kraemer and Theimann⁽¹²⁾ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20 รายต่อกลุ่ม

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบประเมินอาการหายใจลำบาก แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เป็นชุดคำถามแบบเลือกตอบและปลายเปิด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

1.2 แบบประเมินอาการหายใจลำบาก การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินอาการหายใจลำบากของ Gift⁽¹³⁾ มีลักษณะของแบบวัดเป็นเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 100 ที่ตำแหน่ง 0 คะแนนอยู่ทางซ้ายสุดหรือล่างสุดของแบบวัด หมายถึงไม่มีอาการหายใจลำบาก ส่วนตำแหน่ง 100 คะแนนอยู่ทางขวาสุดหรือบนสุดของแบบวัด หมายถึงมีอาการหายใจลำบากมากที่สุด

1.3 แบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิดคือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subjective) ประกอบด้วยองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8408 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.8515⁽¹⁴⁾

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ ประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับสมาธิบำบัด สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คู่มือการปฏิบัติ SKTs

การดำเนินการทดลอง

1. กลุ่มทดลอง การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองผู้วิจัยจะพบผู้ป่วยที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลท่าตะเกียบ แนะนำโครงการวิจัยชี้แจงการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา และขั้นตอนการวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินดียินยอมเข้าร่วมวิจัย ให้เซ็นชื่อลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยประเมินผู้ป่วยตามแบบ ประเมินข้อมูลทั่วไป แบบประเมินอาการหายใจลำบาก และแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิต จากนั้นดำเนินการทดลอง เป็นกลุ่ม กลุ่มละ 10 คนใช้เวลาทั้งหมด 30-45 นาทีต่อกลุ่ม

ระยะหลังการทดลอง 1 เดือนหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับสมาธิบำบัด ดำเนินเก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินอาการหายใจลำบาก และแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิต

2. กลุ่มเปรียบเทียบ การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองผู้วิจัยจะพบผู้ป่วยที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลท่าตะเกียบ แนะนำโครงการวิจัยชี้แจงการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา และขั้นตอนการวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินดียินยอมเข้าร่วมวิจัย ให้เซ็นชื่อลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยประเมินผู้ป่วยตามแบบประเมินข้อมูลทั่วไป แบบประเมินอาการหายใจลำบาก และแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิต จากนั้นให้การพยาบาลตามปกติ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง 1 เดือนจากวันที่เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบประเมินอาการหายใจลำบาก และแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ

ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบาก และแบบวัดคุณภาพชีวิตในระลอกก่อนการทดลอง และระลอกหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Independent T-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา รหัสโครงการวิจัย PH_CCO_REC 025/2566

ผลการศึกษา

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระลอกหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยวิธีการทดสอบค่าทีแบบเป็นอิสระต่อกัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระลอกหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=20)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนการทดลอง	64.25	19.88	87.75	13.61	4.341	.007
หลังการทดลอง	96.50	5.87	83.00	12.60		

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระลอกหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยวิธีการทดสอบค่าทีแบบเป็นอิสระต่อกัน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระลอกหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=20)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนการทดลอง	57.80	2.76	60.70	4.46	18.704	.037
หลังการทดลอง	88.45	5.55	61.15	3.42		

บทวิจารณ์

ผลการวิจัยพบว่าเป็นไปตามสมมติฐานได้แก่ คะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระลอกหลังการทดลอง ลดลงกว่าระลอกก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในระลอกหลังการทดลอง เพิ่มขึ้นกว่าระลอกก่อนการทดลอง ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการจัดการกับอาการ

ร่วมกับสมาริบำบัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนั้นได้ประยุกต์แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al.(15) ที่มี 3 องค์ประกอบ คือ ประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์จากอาการ บูรณาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิแบบSKT 3 ซึ่งสามารถอธิบายได้ ดังนี้

1. การประเมินประสิทธิผลการหายใจลำบาก ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์ของการจัดการต่ออาการหายใจลำบาก การรับรู้ต่ออาการหายใจลำบาก การประเมินและการตอบสนองต่ออาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นในอดีต เพื่อให้ตระหนักรู้ การเปลี่ยนแปลงความรู้สึก ความคิด ภาย จิต สังคมโดยมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการหรือชะลอผลลัพธ์ด้านลบที่เกิดจากอาการต่าง ๆ โดยเมื่อเกิดการรับรู้จะประเมิน และตัดสินใจจัดการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นนำไปสู่การหาวิธีการจัดการกับอาการหายใจลำบากเพื่อหลีกเลี่ยง บรรเทาอาการ และนำความรู้ไปใช้ทันทีเพื่อแก้ปัญหาของตนเอง⁽¹⁶⁾

2. การส่งเสริมกลวิธีการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการหายใจลำบาก และฝึกทักษะเกี่ยวกับการบริหารการหายใจ มีกิจกรรมฝึกทักษะสมาธิบำบัด SKT 3 เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตามทักษะการจัดการกับอาการหายใจลำบากได้ถูกต้อง มีความตั้งใจ และมีความต่อเนื่องส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจนเกิดผลลัพธ์ด้านบวก (15) อาการหายใจลำบากลดลงได้

3. การฝึกปฏิบัติการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ผู้วิจัยให้ฝึกปฏิบัติให้รู้ ร่วมกับฝึกทำสมาธิบำบัด SKT3 ซึ่งเป็นการหายใจลึกถึงช่องท้องโดยผ่านการเคลื่อนไหวของกระบังลม เป็นการกระตุ้นเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 ที่เรียกว่า วากัส ซึ่งการกระตุ้นเส้นประสาทวากัส มีผลในการผ่อนคลายของอวัยวะต่างๆ ซึ่งอธิบายการทำงานดังกล่าวว่าการเปลี่ยนแปลงคลื่นของกลีบสมองส่วนหน้าทำให้ส่งผลต่อการกลั่นกรองสัญญาณของคลื่นสมองที่บริเวณเครือข่ายสมองที่เรียกว่า Reticulum ส่งผลให้จิตสงบได้ ในสภาวะนี้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ทั้งระบบประสาทซิมพาเทติกมีความไวลดลงแต่ไปเพิ่มความไวของการทำงานของระบบพาราซิมพาเทติกสำหรับกล้ามเนื้อจึงมีการคลายตัว⁽¹⁷⁾ เป็นการทำให้สมาธิช่วยสงบจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล⁽¹⁷⁾ มีการควบคุมอาการหายใจลำบาก มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

หลังจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการใช้สมาธิบำบัดแล้วนั้นส่งผลให้มีทักษะในการจัดการกับอาการหายใจลำบากที่ถูกต้อง ส่งผลให้มีการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองทำให้มีอาการหายใจลำบากลดลง ซึ่งสอดคล้องกับ มณฑา ทองคำสิงห์, สุพรรณศิลป์⁽¹⁸⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการใช้สมาธิต่ออาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการใช้สมาธิมีอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออกดีกว่าก่อนได้รับ

โปรแกรม การจัดการกับอาการร่วมกับการใช้สมาธิบำบัด ในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถลดอาการหายใจลำบากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ Greer et al.⁽¹⁹⁾ ได้นำการปฏิบัติสมาธิมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมเพื่อจัดการอาการหายใจลำบาก และลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งปอด และสอดคล้องกับการศึกษาของนงนุช จิตรารัตน์⁽²⁰⁾ ที่พัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการตามการพัฒนาวิธีการในการจัดการกับอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิแบบ SKT 3 พบว่าอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักจะมีอาการหอบเหนื่อยรบกวนการทำงาน กิจวัตรประจำวัน ระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁽²¹⁾ เมื่อพิจารณาในกลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ และด้วยหน่วยงานยังไม่มีมาตรการดูแลอย่างเป็นระบบครบถ้วนส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบริการไม่เพียงพอในการส่งเสริมสมรรถภาพปอด ดังนั้นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มควบคุมบางคน ยังพบปัญหาในการออกแรงและการทำกิจกรรม เหนื่อยเร็วและเกิดอาการหายใจลำบากได้ง่ายและรุนแรงขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตแย่งลง สอดคล้องกับการศึกษาของกรวรรณ จันทพิมพะ⁽²²⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลต่อสมรรถนะทางกายและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองสูง กว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของโชติกา สังเสว⁽²³⁾ ที่ศึกษาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยการบริหารการหายใจ การให้ความรู้และการช่วยเหลือ ทางจิตใจ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลควรนำโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้สมาธิบำบัดในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคอื่นๆ ที่มีอาการหายใจลำบาก ส่งเสริมให้สาธารณจัดการกับอาการของตนเองได้อย่างเหมาะสมเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตลดอาการหายใจลำบาก

2. ด้านการบริหาร ผู้บริหารทางการพยาบาล และผู้บริหาร

โรงพยาบาลควรให้การสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์นำโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับสมานบำบัดไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกแผนกของโรงพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการหายใจลำบากได้อย่างถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD]. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease [Internet]. 2017 [cited 2019 feb 6]. Available from: <http://www.goldcopd.org/Guideline> 2017.
2. Thoracic society of Thailand Under Royal Patronage. Diagnosis and Treatment Guideline. Bangkok: Beyond Enterprise; 2017.
3. Health Data Center. Statistics of elderly with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2020 [cited 2020 feb. 9]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd.php&cat_id=67473ea582306d345ce1bb44b06ba2e9&id=33b1c30a4652927ac32fee24e8906170
4. Sairat p. Effects of a Self-management Training Program on Functional Performance, Acute Exacerbation and Quality of Life among Patients Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2014; 41(4):23-35.
5. Thakur, N., Blanc, P. D., Julian, L. J., Yelin, E. H., Katz, P. P., Sidney, S., et al. (2010). COPD and cognitive impairment: the role of hypoxemia and oxygen therapy. *Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon Dis.* 5, 263-269. doi: 10.1164/ajrccm-conference.2010.181.1_MeetingAbstracts.A4125.
6. Leidy NK., Traver GA., Psychologic factors contributing to functional performance in people with COPD: are there gender differences? *Res Nurs Health* 1995; 18: 535-546.
7. Taylor, E. J., Jone, P. & Bures, M. (1998). Quality of life. In I. M. Lubkin, & P. D. Larser (Eds.), *Chronic illness impact and interventions*. (4th ed.) Boston: Jones & Bartlett.
8. Thorbjorn, L. Gregersen, et.al. (2016). Do telemedical interventions improve quality of life in patients with COPD? A systematic review. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Volume 11: 809-822.
9. คลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2560). สถิติผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=33b1c30a4652927ac32fee24e8906170.
10. กองโรคไม่ติดต่อ. (2566). จำนวนและอัตราตายด้วยโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020>
11. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลท่าตะเกียบ. (2565). ข้อมูลสถิติผู้ป่วย โรงพยาบาลท่าตะเกียบ. ฉะเชิงเทรา: แผนกงานเวชระเบียน โรงพยาบาลท่าตะเกียบ.
12. Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The Practice of Nursing Research Conduct, Critique, and Utilization*. (5th ed.) Philadelphia: Elsevier Saunders.
13. Gift, A. G. (1989). Validation of a vertical analogue scale as measure of clinical dyspnea. *Rehabilitation Nursing*, 14(6), 323-325.
14. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2545). โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ป. พ.ศ. 2545.
15. Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E., Humphrey, J., Lee, K., Miasowski, C., Puntillo, K., rankin, S., & Taylor, D. Advancing the science of symptom management. *Journal of Advance Nursing* 2001; 33: 668-676.
16. Wattanawong S. Concepts in vocational and adult education. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2008.
17. Triamchaisri SK. Meditation for health remedies. Nakhon Pathom: Petchkasem Printing Group ;2011.
18. มณฑา ทองคำสิง. (2559). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการใช้สมานบำบัดอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย*, 28(3), 44-54.
19. Greer, J. A., MacDonald, J. J., & Vaughn, J., et al. Pilot study of a brief behavioral intervention for dyspnea in patients with advanced lung cancer. *J Pain Symptom Manage*; 2015; 50 (6):854-860.
20. นงนุช จิตราวิชต์. (2560). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์*, 37(1), 24-37.

21. Dudley DL, Glaser EM, Jorgenson BN, Logan DL. Psychosocial concomitants to rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. Part I. Psychosocial and psychological considerations. *Chest*. 1980 Mar;77(3):413-20. doi: 10.1378/chest.77.3.413. PMID: 7357945.

22. กรวรรณ จันทพิมพะ. (2550). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลต่อสมรรถนะทางกายและ คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัย นเรศวร, 1(1), 57-70.

23. โชติยา สังเสวก. (2550). ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใน ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนร่วมกับมีภาวะช็อก : Nursing care of patients with upper gastrointestinal bleeding with shock

นางยุพิน ถกลประจักษ์
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

บทนำ

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน คือภาวะที่เกิดความผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร ทำให้มีเลือดออกได้ในบริเวณตั้งแต่ หลอดอาหาร กระเพาะอาหารไปจนถึงลำไส้เล็กส่วนต้น เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นภาวะฉุกเฉินที่พบได้บ่อยในประเทศไทย สาเหตุที่พบเกิดจากกระเพาะอาหารอักเสบ เป็นแผลในกระเพาะอาหาร การฉีกขาดของเยื่อในกระเพาะอาหารมีก้อนเนื้อในทางเดินอาหารส่วนบนทำให้เกิดการอักเสบ แผลเป็ดที่เกิดจากการมีภาวะกรดเกินในกระเพาะอาหารเนื่องจากความเครียด จากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา การรับประทานอาหารรสจัดและอาหารหมักดองบ่อยๆ รวมทั้งพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวด ที่ไม่ใช่พาราเซตามอลและยาลดการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) อย่างไม่เหมาะสม และส่วนหนึ่งเกิดจากหลอดเลือดโป่งพองและแตกในทางเดินอาหารส่วนบนที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคอื่นอยู่ก่อนแล้ว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคตับแข็งจากการดื่มสุราร่วมกับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

ภาวะฉุกเฉินแรกพบที่พบเมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลมักจะพบผู้ป่วยมาด้วยอาการอาเจียนเป็นเลือด มีอาการปวดท้องอย่างรุนแรง อุจจาระเป็นสีดำหรือคล้ำ และหากมีเลือดออกปริมาณมาก ต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วทันทีเนื่องจากหากมีเลือดออกเป็นปริมาณมากอย่างเฉียบพลัน อาจทำให้ผู้ป่วยช็อกและเสียชีวิตได้และเมื่อผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การให้การดูแลทางการแพทย์ขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลมีความสำคัญต่อกระบวนการรักษาเป็นอย่างมาก จากสถิติผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนร่วมกับมีภาวะช็อกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ปี 2563 มีจำนวน 468 ราย เสียชีวิต 19 ราย , ปี 2564 จำนวน 385 ราย เสียชีวิต 20 ราย และ ปี 2565 จำนวน 298 ราย เสียชีวิต 9 ราย ซึ่งเป็นสถิติลำดับที่ 1 ของการเข้าพักรักษาตัวและเป็นลำดับที่ 2 ของการเสียชีวิต ของหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2565)

บุคลากรที่สำคัญในการให้การดูแลทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนร่วมกับมีภาวะช็อกเมื่อผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล คือพยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วยต้องมีความรู้ความสามารถทางการแพทย์ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยแรกพบมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลและให้การพยาบาลที่ถูกต้อง ครบถ้วนตามแผนการรักษาของแพทย์มีความตระหนักและเอาใจใส่ ในการติดตามอาการของผู้ป่วย ประเมินสถานการณ์และรายงานแพทย์ได้ทันเวลา เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นขณะผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลไปจนถึงการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ส่งเสริมให้กำลังใจให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว การมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรค มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและไม่กลับมาเป็นซ้ำอีก

ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน (upper gastrointestinal bleeding หรือ UGIB)

หมายถึง การมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารตั้งแต่หลอดอาหาร กระเพาะอาหารจนถึงลำไส้เล็กส่วนต้นเหนือ ligament of Treiz (เป็นจุดที่ใช้ในการแบ่งระหว่าง duodenum กับ jejunum) (ศักรินทร์ จิรพงศธร และชัยพิชิต พุทธาพิทักษ์พงศ์, 2561)

พยาธิสรีรวิทยา การเกิดแผลในกระเพาะอาหารเนื่องจาก การหลั่งกรดไฮโดรคลอริกมากผิดปกติ ทำให้เยื่อบุกระเพาะอาหารบางลง เลือดไปเลี้ยงน้อยลงและเกิดแผลในกระเพาะอาหาร โดยมีเลือดซึมมาจากเลือดฝอยในชั้นเยื่อเมือกหรือมีการเพิ่มการหลั่งกรดเพปซินเกิดขึ้น เกิดการย่อยเยื่อบุกระเพาะอาหารนำไปสู่แผลกัดกร่อนและจะกลายเป็นแผลเข้าไปถึงชั้นใต้เยื่อเมือก ซึ่งชั้นนี้ประกอบไปด้วยหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ ถ้าแผลเข้าไปถึงหลอดเลือดขนาดใหญ่กว่าทำให้เกิดภาวะเลือดออกอย่างรุนแรง ความรุนแรงของแผลในกระเพาะอาหารอาจเข้าไปถึงชั้นกล้ามเนื้อของกระเพาะอาหาร มีผลทำให้เกิดกระเพาะอาหารทะลุ หากปริมาณเลือดไหลกลับสู่หัวใจลดลง แรงดันของหัวใจห้องล่างลดลง ทำให้เลือดออกจากหัวใจลดลง ความดันโลหิตลดลงการกำซาบของ

เนื้อเยื่อลดลง เนื้อเยื่อของร่างกายจึงได้รับอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยงไม่เพียงพอ มีผลทำให้เกิดภาวะช็อกได้ (ศกรินทร์ จิรพงษ์ธร และชัยพิชิต พุทธาพิทักษ์พงศ์, 2561)

อาการและอาการแสดง ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยอาการต่อไปนี้ (มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์, 2561)

1. ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียนเป็นเลือดสด (hematemesis) ซึ่งแสดงถึงมีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนอย่างเฉียบพลันหรืออาเจียนเป็นเลือดเก่า (coffee ground emesis) ซึ่งเป็นเลือดที่อาจหยุดแล้วหรือมีเลือดออกไม่มาก
2. อุจจาระเป็นสีดำเหนียว (melena) มีกลิ่นคาวเลือดหรือกลิ่นเฉพาะซึ่งเกิดจากการสลายของฮีโมโกลบิน และตรวจพบเลือดในอุจจาระ (stool occult blood) ผู้ป่วยอาจมีอาการถ่าย melena ได้อีก 3-4 วัน ภายหลังจากหยุดแล้ว เพราะยังมีเลือดค้างอยู่ในลำไส้
3. ในกรณีที่มึนเลือดออกมากและเร็ว ผู้ป่วยอาจถ่ายอุจจาระเป็นสีแดงสด (hematochezia) หรือสีแดงเลือดคนก (maroon stool) ซึ่งกรณีนี้มักพบร่วมกับภาวะ hypovolemic shock มีอาการอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ หน้ามืด เหงื่อออก ตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ

การวินิจฉัย สามารถวินิจฉัยภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน ดังนี้ (อภิชญา ไกรฤทธิ์, 2560)

1. ชักประวัติถามถึงอาการที่อาจจะชี้ให้ทราบสาเหตุของอาการเลือดออก เช่น การรับประทานยาที่มีแอสไพรินหรือยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ การดื่มสุราและสูบบุหรี่ ประวัติที่เกี่ยวข้องกับโรคตับลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร รสจัด รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ความเครียดและความวิตกกังวล
2. การตรวจร่างกาย ตรวจพบอาเจียนเป็นเลือด ถ่ายเป็นเลือดหรือถ่ายอุจจาระดำ ตรวจพบภาวะซีดร่วมกับอาการของการเสียเลือด เช่น ชีพจรเบาเร็ว หายใจเร็ว ความดันโลหิตต่ำ เหงื่อออก ผิวหนังเย็นชื้นอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม ตรวจทางหน้าท้อง อาจมีการกดเจ็บบริเวณยอดอก
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญคือ hematocrit (HCT), hemoglobin (Hb), blood urea nitrogen (BUN) และ creatinine (Cr) ในเลือดช่วยประเมินการสูญเสียเลือดการตรวจ prothrombin time (PT), partial thromboplastin (PTT), International normalized ratio (INR) เพื่อดูความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด liver function test (LFT) เพื่อดูความผิดปกติของตับช่วยบอกภาวะตับแข็ง stool occult blood จะพบเม็ดเลือดแดง
4. การใส่สายสวนล้างกระเพาะอาหาร เพื่อดูลักษณะของสิ่งตกค้างในกระเพาะอาหาร (gastric content) และเพื่อทำการกระเพาะอาหารให้ว่างเตรียมพร้อมสำหรับการส่องกล้องทางเดินอาหาร
5. การตรวจวินิจฉัยเพื่อหาตำแหน่งของจุดเลือดออก คือการส่องกล้องทาง

เดินอาหารส่วนบน(esophagogastroduodenoscopy) สามารถบอกตำแหน่งที่เลือดออกได้และสามารถตัดชิ้นเนื้อไปตรวจได้

การรักษา หลักในการรักษาภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน ได้แก่ การเพิ่มปริมาตรเลือดไหลเวียนให้กลับสู่ปกติโดยเร็วทำให้เลือดหยุดและป้องกันไม่ให้เลือดออกซ้ำ (อภิชญา ไกรฤทธิ์, 2560)

1. การรักษาทางยา คือ

1.1 แก้ไขภาวะช็อกโดยให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด และสารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อเพิ่มปริมาตรเลือดที่ลดลงแก้ไขภาวะขาดสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย

1.2 การให้ยา ได้แก่ ยาลดการหลั่งกรด เช่น กลุ่ม H2 receptor antagonist (H2 RA) กลุ่ม Proton Pump Inhibitors (PP) ยา Splanchnic vasoconstrictors ใช้เพื่อลด portal venous flow ยาระงับประสาท ยาประเภท Anticholinergic

2. การรักษาโดยการส่องกล้อง เมื่อพบจุดเลือดออกหรือแผล แพทย์จะทำการรักษา เช่น

2.1 การฉีด epinephrine ช่วยห้ามเลือดและการใช้คลิป (hemoclip) ห้ามเลือด

2.2 การรักษาโดยใช้ยางรัดหรือ rubber band ไปผูกหลอดเลือดขอดในหลอดอาหาร (Esophageal variccal band ligation) เพื่อรัดเส้นเลือดป้องกันหลอดอาหาร

3. การผ่าตัด ในกรณีฉุกเฉิน เลือดออกไม่หยุด

การพยาบาล แบ่งเป็นทางด้านร่างกายและด้านจิตใจดังนี้ (มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์, 2561)

การพยาบาลด้านร่างกาย

1. ประเมินภาวะสูญเสียเลือดและน้ำของร่างกาย สังเกตอาการ อาการแสดง ตรวจสอบดูภาวะช็อกโดยการวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาทีในระยะแรก และทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงเหงื่อออก ตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตลดลงต่ำ หากพบว่าปริมาณเลือดที่อาเจียนหรือในสายสวนล้างกระเพาะอาหารและอุจจาระเป็นเลือด จำนวนมากกว่า 200 มิลลิตร ในเวลา 1 ชั่วโมง ให้รายงานแพทย์

2. เฝ้าระวังอาการแพ้เลือดโดยสังเกตอาการผื่นคัน แดงหน้าอก มีไข้ วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1- 4 ชั่วโมง และเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องหลังให้เลือดเป็นเวลา 48 ชั่วโมง

3. เฝ้าระวังอาการน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ในกรณีที่แพทย์ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำซึ่งจะปรากฏอาการหายใจลำบาก แดงหน้าอก นอนราบไม่ได้ เสมหะมีเลือดปนฟองอากาศ

4. การให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอเพื่อลดการทำงานของหัวใจ และระบบหายใจ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและบันทึกสัญญาณชีพ

5. เตรียมผู้ป่วยในการส่งกลไกทางเดินอาหารส่วนบน โดยให้ผู้ป่วยคนนั่งคอกอาหารก่อนเวลาตรวจอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง หรือเตรียมกระเพาะอาหารให้ว่าง ตรวจสอบผลเลือด ได้แก่ platelet ต้องไม่น้อยกว่า 100,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์ มิลลิเมตร และ International normalized ratio (INR) น้อยกว่า 1.4 หากผิดปกติควรรายงานแพทย์เพื่อแก้ไข อธิบาย ให้ผู้ป่วยและญาติทราบความสำคัญ และภาวะแทรกซ้อนของการส่งกลไกทางเดินอาหารส่วนบนว่าเป็นการส่งกลไกเพื่ออุดหลอดอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น เมื่อพบจุดเลือดออกหรือแผล แพทย์จะทำการรักษา เช่น การฉีดยาห้ามเลือด การรัดเส้นเลือดโป่งพองในหลอดอาหาร ก่อนส่งกลไกจะมีการพ่นยาชาที่คอก่อน ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกเจ็บ แต่จะรู้สึกคลื่นไส้ และมีอาการแน่นท้องในขณะที่ทำและหลังทำได้ อาการแน่นท้องจะทุเลาลงและหายไปเอง การตรวจอาจมีภาวะแทรกซ้อน เช่น มีเลือดออกและมีการฉีกขาดของเยื่อทางเดินอาหารได้

6. ให้การพยาบาลหลังส่งกลไกทางเดินอาหารส่วนบน เฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนหลังการส่งกลไกหากพบอาการผิดปกติภายหลังการตรวจ เช่น ปวดท้องมาก ถ่ายเป็นเลือด รายงานแพทย์ทราบทันที

การพยาบาลด้านจิตใจ สร้างความไว้วางใจ แสดงท่าทีเป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส และเต็มใจให้ความช่วยเหลือ อธิบาย ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และรับฟังผู้ป่วยอย่างเข้าใจ สร้างเสริมกำลังใจให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ภาวะช็อก ความหมายของภาวะช็อก (shock) หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากการไหลเวียนล้มเหลวทำให้เนื้อเยื่อได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เซลล์ขาดออกซิเจน และอวัยวะต่างๆ ทำงานล้มเหลว ภาวะช็อกเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการไหลเวียนโลหิตไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย จนอาจทำให้เกิดการล้มเหลวของอวัยวะที่สำคัญต่างๆ ในร่างกาย เช่น ไตวาย ระบบหายใจล้มเหลว หรือการทำงานของสมองล้มเหลว ในปัจจุบัน การรักษาภาวะช็อกจะเน้นที่สาเหตุของภาวะช็อกโดยพยายามหาสาเหตุและแก้ไขไปตามสาเหตุนั้นๆ ซึ่งต่างกันตามพยาธิสรีรวิทยาของภาวะช็อกแต่ละประเภท ภาวะช็อกจากการเสียน้ำและเลือดเป็นภาวะช็อกที่พบได้บ่อย การศึกษาถึง พยาธิสรีรวิทยาเกี่ยวกับสาเหตุภาวะช็อก จะทำให้พยาบาลสามารถให้ประเมินอาการได้อย่างทันทั่วถึง อีกทั้งยังสามารถให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตที่สูงขึ้น (รัชณี ผิวผ่อง, 2564)

ระยะของการเกิดภาวะช็อก (Stage of shock) แบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะแรกหรือระยะปรับชดเชย (Early, Reversible, and Compensated stage) เป็นระยะที่จำนวน เลือดที่ออก จากหัวใจใน 1 นาที เริ่มไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยร่างกายจะมีกลไกปรับชดเชย (compensatory mechanism) เพื่อให้ความสมดุลของระบบการไหลเวียนเลือด มีพลังงานเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย อวัยวะที่สำคัญ จะได้รับเลือดเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยเมื่อปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนลดลง จะทำให้ความดันโลหิตลดลงด้วยซึ่งมีผลไปกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติทำให้ระบบประสาท sympathetic ทำงานเพิ่มขึ้นมีการหลั่ง catecholamine มากขึ้น มีผลให้หลอดเลือดทั่วร่างกายหดตัว ยกเว้นหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองและหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้นและกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวได้แรงขึ้น ผลจากการปรับชดเชยนี้จะทำให้ความดันโลหิตมีแนวโน้มอยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. ระยะก้าวหน้า (Progressive stage) ภาวะช็อกยังดำเนินต่อไปและไม่ได้มีการแก้ไข เป็นระยะที่ร่างกายไม่สามารถปรับชดเชยเพื่อรักษาความสมดุลของระบบไหลเวียนไว้ได้ทำให้

1) เนื้อเยื่อขาดเลือดและออกซิเจน (anaerobic metabolism) และเกิดภาวะ lactic acidosis ภาวะกรดและมีการเพิ่มขึ้นของระดับคาร์บอนไดออกไซด์ (PaCO_2)

2) ภาวะ lactic acidosis มีผลให้การซึมผ่านของสารใน capillary สูงขึ้น ทำให้มีการสูญเสียของน้ำเข้าไปอยู่ในช่องว่างระหว่างเซลล์ส่งผลให้ปริมาณเลือดไหลเวียน ในร่างกายลดลงด้วย

3) การบีบตัวของหัวใจจะลดลงจากภาวะขาดเลือดและภาวะกรดทำให้ cardiac output ลดลงไปอีก

3. ระยะไม่สามารถฟื้นคืน (Irreversible stage) เป็นระยะสุดท้าย เมื่อภาวะช็อกไม่ได้รับการแก้ไข ภาวะความเป็นกรดเพิ่มมากขึ้นและเซลล์ขาดออกซิเจนไปเลี้ยงเป็นเวลานาน ทำให้เซลล์ตายและอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว (Organ failure) เมื่อถึงระยะนี้จะไม่สามารถแก้ไขได้สุดท้ายผู้ป่วยจะเสียชีวิตตามมา

อาการและอาการแสดงของภาวะช็อก อาการและอาการแสดงของภาวะช็อกขึ้นกับสาเหตุของภาวะช็อกแต่ละชนิด แต่มักจะมีอาการที่เหมือนกัน ดังนี้ (นภา ศิริวัฒนากุล, 2560) คือ

1. ความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) แบ่งเป็น

1) ความดันโลหิต systolic น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท
2) มีการลดลงของความดันโลหิต systolic มากกว่า 40 มิลลิเมตรปรอท จากความดันโลหิตเดิมของ ผู้ป่วย

2. ระบบไต เมื่อเกิดภาวะช็อกไตจะเป็นอวัยวะ ที่ตอบสนอง

เร็วที่สุด โดยระบบไหลเวียนเลือดมาที่ไตลดลง (renal blood flow) ทำให้ท่อไตขาดเลือดอย่างเฉียบพลัน (acute tubular necrosis: ATN) จึงทำให้อัตราการกรอง และปริมาณน้ำปัสสาวะลดลง (Oliguria)

3. ระดับความรู้สึกตัว ภาวะช็อกทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ซึ่งโดยปกติร่างกายจะมีกลไกอัตโนมัติเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอ ทำให้ระยะแรกสมองจะไม่ได้รับผลกระทบ แต่ถ้าภาวะช็อกยังดำเนินต่อไปผู้ป่วยจะมีอาการระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เช่น กระสับกระส่าย สับสน จนสุดท้ายผู้ป่วยจะเริ่มซึม และเข้าสู่ภาวะหมดสติได้

4. ผิวหนัง ผู้ป่วยจะมีผิวหนังเย็น (cool) ซึ่งเกิดจากการหดตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย

5. ภาวะความเป็นกรด - ด่างของร่างกาย : มีการเพิ่มขึ้นของ lactate ในกระแสเลือด จากกลไกของ anaerobic metabolism และการขับ lactate ออกจากร่างกายที่ลดลงจากการทำงานของตับและไตที่แย่ลง

ชนิดของภาวะช็อก (Classification of shock) ระบบการไหลเวียนของเลือดทำงานเป็นปกติโดยอาศัยการทำหน้าที่ของส่วนประกอบ 4 ส่วน คือ จำนวนเลือด ทั้งหมดในร่างกาย (circulation blood volume) การไหลเวียนของเลือด (blood flow) การบีบตัวของหัวใจ (myocardial contractility) และความตึงตัวของหลอดเลือด (vascular resistance) (รัชนิ ฝิพ่อง, 2564) เมื่อส่วนประกอบใดทำหน้าที่เสียไป ร่างกายจะมีกลไกปรับชดเชยเพื่อให้งานไหลเวียนเลือดที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย แต่ถ้าการชดเชย ของร่างกายล้มเหลวก็จะเกิดภาวะช็อกได้ ซึ่งชนิดของภาวะช็อกแบ่งได้ทั้งจากกลไกการเกิด สาเหตุการเกิด และพยาธิสภาพของภาวะช็อก ภาวะช็อกแบ่งตามสาเหตุการเกิดได้เป็น 4 ชนิด คือ 1) ช็อกจากการเสียเลือดและน้ำ (Hypovolemic shock) 2) ช็อกจากหัวใจทำงานไม่มีประสิทธิภาพ (cardiogenic shock) 3) ช็อกจากการกระจายเลือด (distributive shock/vasogenic shock) แบ่งเป็น 3 ชนิด ได้แก่ ภาวะช็อกจากระบบประสาท (neurogenic shock) ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) ภาวะช็อกจากการแพ้ (anaphylactic shock)

การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ระบบไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายเพียงพอ กับ ความต้องการของร่างกาย โดยมีการรักษา ดังนี้

1. การดูแลระบบหายใจ โดยการเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง และการให้ O₂ (Oxygen Administration) ผู้ป่วยช็อกต้องให้ high-flow oxygen เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยให้ non-rebreather mask 12-15 ลิตร/นาที่ หากในผู้ป่วยที่มี

อัตราการหายใจน้อยกว่า 12 ครั้ง/นาที่ ต้องช่วยให้ Hyperventilate ด้วย Ambubag ในอัตรา 20 ครั้ง/นาที่รวมถึงการจัดท่า (Positioning) ควรจัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะต่ำ เพื่อเพิ่มการไหลเวียนกลับของเลือดกลับเข้าสู่หัวใจ มากขึ้น

2. การให้สารน้ำ สารน้ำที่นิยมให้ในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกมี 2 ชนิด ได้แก่

2.1 Isotonic/ Crystalloid solution เป็นสารละลายเกลือแร่ประกอบด้วยโมเลกุลของสารละลายในน้ำ มักเป็นสาร น้ำตัวแรกที่ให้ผู้ป่วย ที่มีภาวะช็อก เนื่องจากหาง่าย ราคาประหยัดและไม่เกิดอาการแพ้ เป็นสารละลายที่มีขนาดโมเลกุลเล็ก สามารถซึมผ่านผนังของหลอดเลือดและกระจายเข้าไปอยู่ในรอบๆเซลล์ และขับถ่ายออกจากร่างกายในเวลา ที่รวดเร็วภายใน เวลา 1-2 ชั่วโมง ดังนั้นการใช้สารน้ำชนิดนี้จะต้องใช้ในปริมาณที่มากกว่าสารน้ำที่เสียไป 3-4 เท่า ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะน้ำเกินได้ง่าย ตัวอย่างสารน้ำในกลุ่มนี้ ได้แก่ 0.9% Normal Saline, Ringer's lactate solution, Ringer's acetate solution, 5%D/NSS/2, 5%DW

2.2 Colloid solution เป็นสารที่มีโมเลกุลใหญ่ ไม่สามารถไหลผ่านหลอดเลือดฝอยออกมาได้รวดเร็วเหมือนสารละลายคริสตัลลอยด์ทำให้คงปริมาตรในหลอดเลือดได้ดีกว่าสามารถนำมาชดเชยในปริมาณที่เทียบเท่ากับปริมาณที่ร่างกายเสียไป และใช้ปริมาณที่น้อยกว่าคริสตัลลอยด์แต่ข้อเสียคือราคาแพง ไม่สามารถนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อ อาจเกิด อาการแพ้ได้ และรบกวนการแข็งตัวของเลือด สารละลายคอลลอยด์ที่นิยมใช้ในภาวะช็อกมี 4 ชนิดคือ Gelatin, Starch, Dextran, 25% Albumin

2.3 เลือดและส่วนประกอบของเลือด ได้แก่ pack red cell, Fresh frozen plasma และ platelete ปริมาณและอัตราเร็วในการให้สารน้ำมักต้องให้ในปริมาณมากประมาณ 20 ซีซี/กก. โดยให้รวดเร็วภายใน 10-20 นาที (เอกรินทร์ ภูมิเชษฐ, 2555)

3. การให้ยาเพิ่มความดันโลหิต (Inotropic drug, vasopressors drug) หลังจากให้สารน้ำแล้วแต่ hemodynamic ของผู้ป่วยยังไม่คงที่ แพทย์จะพิจารณาให้ยาที่มีเพิ่มการบีบตัวของหัวใจและยาเพิ่มแรงดันของหลอดเลือดส่วนปลาย ยาที่ใช้บ่อยได้แก่

3.1 Epinephrine เป็นยาที่มีฤทธิ์กระตุ้นทั้ง beta และ alpha adrenergic receptor ซึ่งจะช่วยกระตุ้น cardiac output และเพิ่มความดันโลหิต ผลข้างเคียงอาจทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะภายในลดลง

3.2 Norepinephrine เป็นยาที่มีผลกระตุ้นทั้ง beta และ alpha adrenergic receptor แต่มีผลด้าน alpha adrenergic receptor เป็นหลักซึ่งพบว่าการใช้ norepinephrine สามารถเพิ่มระดับความดันโลหิตได้เร็วกว่า dopamine และทำให้เกิด

ภาวะ tachycardia น้อยกว่า

3.3 Dobutamine เป็นยาที่มีผลกระตุ้น alpha adrenergic receptor สามารถเพิ่ม cardiac output อัตราชีพจร และอาจเพิ่มความดันโลหิต

3.4 Dopamine ผลของยาจะขึ้นกับขนาดที่ใช้ ในขนาด low dose จะมีผลช่วยเพิ่ม renal blood flow และเมื่อ ขนาดเพิ่มขึ้นจะมีผลเพิ่ม cardiac output

4. การให้ยาปฏิชีวนะ ที่ครอบคลุมเชื้อซึ่งใช้วิธีการเพาะเชื้อ เพื่อหาเชื้อก่อโรคร่วมกับการกำจัดแหล่งของการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ

5. ใส่เครื่อง Intra-aortic balloon pump (IABP) เพื่อช่วยรักษาสภาพของความดันการออกซิเจนและปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงร่างกาย กรณีที่ผู้ป่วยช็อกจากหัวใจรักษาโดยการให้ยาเพิ่มความดันแล้วไม่ดีขึ้น

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 57 ปี สถานภาพสมรส เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ มีโรคประจำตัวเป็นโรคตับแข็ง คีบสุรา 2-3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ สูบบุหรี่ วันละ 3-5 มวนต่อวัน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว วันที่ 29 สิงหาคม 2565 เวลา 11.58 น. ให้ประวัติว่า 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาเจียนเป็นเลือดสดๆ 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1 แก้วน้ำ มีปวดท้อง ถ่ายดำ 1 ครั้ง เวียนศีรษะ หน้ามืด ที่ห้องอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอ่อนเพลีย เวียนศีรษะปวดท้อง สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 130 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 80/46 มิลลิเมตรปรอท on O2 cannula 3 LPM ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96 เปอร์เซ็นต์ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำด้วย 0.9% normal saline 1,000 มิลลิตร IV Free Flow ปริมาณ 1,000 มิลลิตร และต่อดังปริมาณ 120 มิลลิตรต่อชั่วโมง เจาะหาระดับน้ำตาลในเลือดจากเส้นเลือดฝอยที่ปลายนิ้ว (DTX) 407 mg% ให้ Regular Insulin 10 unit ฉีดเข้าทางใต้ผิวหนัง, เจาะหาค่าความเข้มข้นของเลือด 28% เจาะเลือด ส่งตรวจ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Cong, LFT ของ Pack red cell 4 Unit, Fresh Frozen plasma 4 Unit, Vit k 30 mg IV stat then 10 mg iv drip OD *3 Day, Losec 80 mg IV stat then 40 mg iv ทุก 12 hr, Sandostatin 50 mcg IV stat then Sandostatin 5 Amp ผสมกับ 5% D/W 100 ml IV drip 10 มิลลิตรต่อชั่วโมง

- Retained Nasogastric tube หลังใส่ Nasogastric tube ดูด Content ออกมาเป็นเลือดสีแดงสด จำนวน 200 มิลลิตร ดูแลส่วนล่างกระเพาะอาหารด้วย normal saline จำนวน 1,000 มิลลิตร Content เป็นเลือดสีแดงสดอยู่

ดูแลให้ส่วนล่างกระเพาะอาหารต่อด้วย Normal saline จำนวน 2,000 มิลลิตร ยังมี Content เป็นเลือดสีแดงสดอยู่

- Retained Foleys มีปัสสาวะสีเหลืองเข้ม ออกจำนวน 20 มิลลิตร ให้ดื่มน้ำคอกอาหารทางปากไว้ วัดความดันโลหิต ซ้ำ 110/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98% เจาะหาระดับน้ำตาลในเลือดจากเส้นเลือดฝอยที่ปลายนิ้ว (DTX) ซ้ำ 373 mg% ดูแลให้ Regular Insulin 10 unit ฉีดเข้าทางใต้ผิวหนังและให้เจาะหาระดับน้ำตาลในเลือดจากเส้นเลือดฝอยที่ปลายนิ้ว (DTX) ต่อทุก 4 ชั่วโมง และให้ย้ายผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

แรกรับที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย เวลา 12.40 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัว พูดคุยรู้เรื่อง อ่อนเพลีย มีปวดท้อง ปั่นเวียนศีรษะ On O2 Cannula 3 LPM สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/78 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 97 เปอร์เซ็นต์, Retained Nasogastric tube ต่อลง Plastic bag มี Content เป็นเลือดสีแดงสด 100 มิลลิตร, Retained Foleys มีปัสสาวะสีเหลืองเข้ม ออก 50 มิลลิตร ให้สารละลายทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9% Normal saline ขนาด 1,000 มิลลิตร ปริมาณ 120 มิลลิตรต่อชั่วโมง

เวลา 13.50 น. ผู้ป่วยมีอาการหน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น มีอาเจียนเป็นเลือดสดๆ ออกประมาณ 500 มิลลิตร ความดันโลหิตลดลง 82/50 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจรเร็ว 132 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ค่าความเข้มข้นของเลือด 23 เปอร์เซ็นต์ รายงานแพทย์ ดูแลให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ ชนิด 0.9% Normal saline 1,000 มิลลิตร IV drip free flow ให้เลือด Pack red cell 2 Unit IV drip 3 hr/unit หลัง load 0.9% normal saline ควบคุมวัดความดันโลหิตซ้ำ 110/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96 เปอร์เซ็นต์ เจาะหาระดับน้ำตาลในเลือดจากเส้นเลือดฝอยที่ปลายนิ้ว (DTX) เวลา 14.00 น. ได้ 295mg% แพทย์ให้ Regular Insulin 10 unit ฉีดเข้าทางชั้นใต้ผิวหนัง และเวลา 18.00 น. ได้ 269mg% ดูแลให้ Regular Insulin 10 unit ฉีดเข้าทางชั้นใต้ผิวหนัง และเวลา 24.00 น. ได้ 188 mg% ดูแลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสำหรับการส่องกล้องตรวจหลอดอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น ในวันที่ 30 สิงหาคม 2565 โดยเตรียมคำแนะนำใจผู้ป่วยแจ้งให้ผู้ป่วยรับทราบและเตรียมร่างกายผู้ป่วยโดยให้ดื่มน้ำคอกอาหารทางปากไว้ ดูแลให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอมทำการตรวจโดยการส่องกล้องตรวจ

หลอดอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น มีการอธิบายวัตถุประสงค์ของการส่องกล้องตรวจหลอดอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น ผู้ป่วยและญาติรับฟังคำแนะนำเข้าใจดี ผลตรวจค่าความเข้มข้นของเลือดเวลา 18.00น. ได้ 30%, เวลา 22.00น. ได้ 29 % คุณให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง ประเมินอาการผู้ป่วยอย่างค่อนเนื่อง อธิบายเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาพยาบาลให้กับญาติและผู้ป่วยรับทราบเพื่อคลายความกังวล วันที่ 30 สิงหาคม 2565 ผู้ป่วยรู้สึกตัว พูดคุยรู้เรื่อง ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด ไม่มีถ่ายอุจจาระสีแสดปนดำ 1 ครั้ง อ่อนเพลีย มีอาการหายใจเหนื่อยหอบเล็กน้อย On O2 cannula 3 LPM ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95 เปอร์เซ็นต์ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 106 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 119/70 มิลลิเมตรปรอท ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC พบว่า Hematocrit 25 % HGB 8.5 g/dl Plt.count 61,000 cells/ul ผล Electrolyte พบว่า Serum K.Potassium 5.21 mmol/L คุณให้ Kalimate 50 gm ผสมกับน้ำ 50 มิลลิลิตร สวนทางทวารหนักจำนวน 1 ครั้ง และดูแลตรวจสอบความถูกต้องก่อนให้เลือดตามหลัก ZERO Blood mismatch ดังนี้ ชื่อ-สกุล HN ของผู้ป่วยบนใบคล้องเลือดและป้ายชื่อมือผู้ป่วย ตรวจสอบหมู่เลือดให้ถูกต้อง มีการตรวจสอบโดยพยาบาลวิชาชีพ 2 คนเพื่อความถูกต้อง ให้เลือด Pack red cell 1 Unit IV drip in 3 hr/Unit เฝ้าระวังอาการขณะได้รับและหลังได้รับเลือด จากการประเมินไม่พบอาการผิดปกติ เวลา 10.00น. คุณแจ้งผู้ป่วยไปส่องกล้องตรวจหลอดอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น ผู้ป่วยรู้สึกตัว พูดคุยรู้เรื่อง ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด มีอาการอ่อนเพลีย On O2 cannula 3 LPM ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96 เปอร์เซ็นต์ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 102 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 105/76 มิลลิเมตรปรอท ให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ ชนิด 0.9% Normal saline 1,000 มิลลิลิตร IV drip 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เวลา 11.00 น. รับผู้ป่วยกลับจากการส่องกล้องตรวจหลอดอาหารกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น ผลการตรวจ พบว่า มีภาวะเลือดออกจากหลอดเลือดดำโป่งพองบริเวณหลอดอาหารและแพทย์ทำการรักษาโดยการใช้อย่างรัดผูกหลอดเลือดขอดในหลอดอาหารและกระเพาะอาหารจำนวน 4 เส้น (Esophageal Variccal band Ligation : EVL ให้ ceftriaxone 2 gm ผสมกับ 0.9% normal saline 100 ml IV drip stat with OD ให้ดื่มน้ำทางปากไว้ คุณแจ้งเจ้าหน้าที่ความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) ทุก 6 ชั่วโมง เวลา 12.00 น. ได้ 30% , เวลา 18.00 น. ได้ 31% , เวลา 24.00น. ได้ 30%, คุณแจ้งเจ้าหน้าที่พยาบาลในเลือด

จากเส้นเลือดฝอยที่ปลายนิ้ว (DTX) เวลา 12.00 น. ได้ 186 mg% และเวลา 18.00 น.ได้ 174 mg% และผล Serum K.Potassium 4.76 mmol/L ติดตามความเข้มข้นของเลือดพรั้งนี้วันที่ 31 สิงหาคม 2565 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่องไม่มีภาวะเลือดออกเพิ่ม ไม่มีถ่ายดำ On O2 cannular 3 LPM ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97 เปอร์เซ็นต์ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 80-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/60-120/70 มิลลิเมตรปรอท ทดลองอาหารทางปากไว้ ให้สารละลายทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9% Normal saline 1,000 มิลลิลิตร ปริมาณ 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ความเข้มข้นของเลือด 28 เปอร์เซ็นต์ ติดตามผลความเข้มข้นของเลือดพรั้งนี้ วันที่ 1 กันยายน 2565 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด ไม่มีถ่ายดำ ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 84-90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/60-130/70 มิลลิเมตรปรอท แพทย์มาตรวจเยี่ยมอาการ ให้เอาสายยางเข้ากระเพาะอาหารทางรูจมูกออก ให้เริ่มจิบน้ำตอนเที่ยงและให้รับประทานอาหารเหลวตอนเย็น ผู้ป่วยจิบน้ำและรับประทานอาหารเหลวได้ ไม่มีอาการอาเจียนเป็นเลือด ไม่ปวดท้อง ให้สารละลายทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9% normal saline ขนาด 1,000 มิลลิลิตร ปริมาณ 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ความเข้มข้นของเลือด 27 เปอร์เซ็นต์และให้ถอดสายสวนปัสสาวะออก หลังถอดสายสวนปัสสาวะผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้เอง ไม่มีปัสสาวะแสบขัด ติดตามความเข้มข้นของเลือดพรั้งนี้ วันที่ 2 กันยายน 2565 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าสดชื่น ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด ไม่มีถ่ายดำ ไม่ปวดท้อง ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ ความเข้มข้นของเลือด 27 เปอร์เซ็นต์ รับประทานอาหารเหลวตอนเที่ยงและรับประทานอาหารอ่อนตอนเย็นได้ดี แพทย์สั่งหยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและยาทุกชนิดเปลี่ยนเป็นยารับประทาน Losec 1x2 ac เข้า-เย็น ก่อนอาหาร, Propanolol (10) 1x1 pc เข้า-เย็นหลังอาหารและให้ติดตามความเข้มข้นของเลือดพรั้งนี้ วันที่ 3 กันยายน 2565 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง สีหน้าสดชื่น ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด ไม่มีถ่ายดำ ไม่ปวดท้อง ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ ความเข้มข้นของเลือด 32 เปอร์เซ็นต์ รับประทานอาหารอ่อนได้ ติดตามความเข้มข้นของเลือดพรั้งนี้ วันที่ 4 กันยายน 2565 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ความเข้มข้นของเลือด 30 เปอร์เซ็นต์ ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด ไม่มีถ่ายดำ ไม่ปวดท้อง รับประทานอาหารอ่อนได้นอนหลับพักผ่อนได้ แพทย์วางแผนจำหน่ายพรั้งนี้ ติดตามความเข้มข้นของเลือด

พุ่มนี้ วันที่ 5 กันยายน 2565 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พุดคุยรู้เรื่อง ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด ไม่มีถ่ายดำ ไม่ปวดท้อง ความเข้มข้นของเลือด 34 เปอร์เซ็นต์ ทำกิจวัตรประจำวันได้ดี แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ โดยให้ยากลับบ้านไปรับประทานอาหารต่อที่บ้านดังนี้ Losec (20) 1x2 ac # 60 tab , Propanolol (10) 1x1 pc # 30 tab ติดตามผลการรักษาในวันที่ 3 ตุลาคม 2565 แนะนำเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจนหมด

การรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย ควรดื่มน้ำสุกอย่างเด็ดขาด เพราะจะทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำได้อีก การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง เช่น มีคลื่นไส้ อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระสีดำ ถ้ามีให้รีบมาพบแพทย์และการมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยและญาติเข้าใจสามารถตอบคำถามได้ รวมนอนพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย เป็นเวลา 8 วัน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

วินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดในระบบทางเดินอาหารส่วนบน ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีอาเจียนเป็นเลือดสดๆ ประมาณ 500 มิลลิลิตร และมีอาการหน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น 2. สัญญาณชีพ ชีพจรเบาเร็ว 130 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 82/50 มิลลิเมตรปรอท 3. CBC Hematocrit 25 % HGB 8.5 g/dl Plt.count 61000 Cells/uL PT 13.8 sec	1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการเหงื่อออกตัวเย็น กระสับกระส่าย เพื่อประเมินอาการช็อก 2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอโดยการให้ ออกซิเจนทางสายยาง ชนิด Cannular / 3LPM ตามแผนการรักษา เพื่อลดการทำงานของหัวใจและลดภาวะความเป็นกรดในเลือด จากการที่เซลล์ขาดออกซิเจน 3. ดูแลการให้สายน้ำทางหลอดเลือดดำและผลิตภัณฑ์ของเลือดตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็ว 4. เตรียมอุปกรณ์เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน เช่น การทำหัตถการ EGD การใส่ท่อช่วยหายใจ การทำ EGD ข้างเตียงผู้ป่วย 5. ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15-30 นาทีเพื่อสังเกตการณ์อาการเปลี่ยนแปลงและรายงานแพทย์ทันที 6. เจาะเลือดตรวจค่า Hct ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะช็อก หากน้อยกว่า 28% ให้ PRC 1 ยูนิต ถ้าน้อยกว่า 25% ให้ PRC 2 ยูนิต 7. เจาะเลือดตรวจน้ำตาลในเลือดทุก 4 ชม. เพื่อประเมิน ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ keep 80-200 มก.เปอร์เซ็นต์ 8. สังเกตและบันทึกภาวะเลือดออก อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือดสดและสิ่งคัดหลั่งจากสายสวนล้างกระเพาะอาหาร 9. สวนล้างกระเพาะอาหารด้วยน้ำเกลือ 0.9% NSS ในกรณีมีเลือดออกเฉียบพลัน 10. สังเกตภาวะแทรกซ้อนในขณะและหลังให้เลือด เช่น อาการแน่นหน้าอก หายใจไม่ออกมีผื่นคันหรือหนาวสั่น เป็นต้น 11. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ได้แก่ 11.1 Losec 40 mg IV drips ทุก 12 hrs. Losec จะช่วยยับยั้งการหลั่ง Enzyme Hydrogen/Potassium ATPase (Proton pump) ซึ่งทำหน้าที่สร้างกรดอันเป็นขั้นตอนสุดท้ายในกระบวนการหลั่งกรดใน gastric parietal cell จึงสามารถยับยั้งการหลั่งกรดที่หลั่งเองปกติและที่เกิดจากการกระตุ้น ไม่ว่าจะกระตุ้นด้วยสารชนิดใด 11.2 Sandostatin 5 mg IV push stat หลังจากนั้นให้ Sandostatin 5 Ampen ผสมกับ 5% D/W 100 ml/IV drip 10 ml/hr Sandostatin จะช่วยลด portal pressure และลด azygous blood Flow ทำให้ splanchnic vasoconstriction สามารถทำให้เลือดหยุดได้ 12. งดน้ำงดอาหารทางปากทุกชนิด 13. ติดตามผลการตรวจเลือด ได้แก่ CBC, Blood, Chem, LFT ผิดปกติ รายงานแพทย์

วินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	14. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักอ่อนบนเตียง 15. ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวทางด้านจิตใจ การประเมินผล 1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่พบอาการแสดงของภาวะช็อก ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด ไม่มีอาการกระสับกระส่าย ไม่มีอาการใจสั่น หรือเหงื่อออก ไม่มีตัวเย็น ไม่เวียนศีรษะหรือหน้ามืด สัญญาณชีพ ชีพจร 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท 2. ความเข้มข้นของเลือด 30 เปอร์เซนต์
2. มีภาวะElectrolyte imbalance ข้อมูลสนับสนุน 1. มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย อาเจียนเป็นเลือดสด มีถ่ายดำ 1 ครั้ง 2. มีภาวะ Electrolyte imbalance -Sodium 136 mmol/L (ปกติ137-145) -Potassium 5.21 mmol/L (ปกติ3.5-5.0) -Chloride 105m mol/L (ปกติ 98-107) -CO2 19.20 mmol/L (ปกติ 22 -30)	1. สังเกตภาวะขาดสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เช่น ผิวหนังแห้ง ปัสสาวะน้อย ชิม ตัวเย็น เป็นต้น เพราะจะช่วยให้การ ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะขาดน้ำได้ 2. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามการรักษาของแพทย์ช่วยทดแทนน้ำและเกลือแร่ที่สูญเสียไป 3. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะอิเล็กโทรไลต์ไม่สมดุล คือหัวใจเต้นเร็วหรือช้ากว่าปกติ คลื่นไส้ อ่อนเพลียกล้ามเนื้ออ่อนแรง ชาปลายมือและปลายเท้า หายใจลำบาก 4. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อเพิ่มระดับความสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ ให้ kalimate 30 กรัมผสมน้ำ 50 ซีซี ส่วนกัน 1 ครั้ง 5. แนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีสารอิเล็กโทรไลต์สูงได้แก่ ผลไม้และน้ำผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว กล้วย องุ่น แอปเปิ้ล ผัก เนื้อสัตว์ และควรปรับลดลงหลังจากค่าอิเล็กโทรไลต์เป็นปกติ 6. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออกและปริมาณของน้ำปัสสาวะเพราะเป็นการประเมินการสมดุลของน้ำเข้าออกของร่างกายและถ้าปัสสาวะออกน้อยอาจแสดงถึงภาวะขาดน้ำได้ 7. วัด Vital sign ทุก 1ชม. เพราะเป็นการประเมินสัญญาณชีพของร่างกาย โดยเฉพาะความดันโลหิตและติดตามดู EKG ถ้าพบ T wave สูง QRS Complex กว้าง ต้องรีบรายงานแพทย์ทันที 8. ติดตามผล Lab Electrolyteและ ABG รายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ ติดตาม การรักษาของแพทย์ เพราะ Na, K เป็นค่าที่บ่งถึงเกลือแร่ภายในร่างกายและช่วยในการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะขาดน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ได้ 9. ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันอุบัติเหตุโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่ค่อยรู้สึกตัว ยกראกันเตียงขึ้นระวางอันตรายจากการ ชักประเมินระดับความรู้สึกตัวทุกชั่วโมง ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงรายงานแพทย์ทันที การประเมินผล 1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะHyperkalemia ได้แก่ หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจหุดหุด EKG ปกติ 2. Potassium 4.76 mmol/L
3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีภาวะซีดจากการสูญเสียเลือดในระบบทางเดินอาหาร ข้อมูลสนับสนุน	1. ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษาon o2 cannula 3 LPM/ oxygen saturation monitor ตามแผนการรักษาเพื่อประเมิน การได้รับออกซิเจนของผู้ป่วย Keep > 95 % 2. ให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงเพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่

วินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หายใจไม่อิ่ม 2. Hct 25 % , Hb=8.5 g/dl, Plt count 61,000 cell/mm³, WBC 10,120 cell/mm³, Neutrophil 83 % 3. NG tube มี Content เลือดสีแดง จาง ประมาณ 200 ml ถ่ายดำ 1 ครั้ง	3. ถ้าเสียเลือดมากดูแลให้ได้ PRC ตามแผนการรักษาของแพทย์และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของการให้เลือดด้วย 4. ดูแลให้ได้รับยาลดกรด/ยาที่ช่วยให้หลอดเลือดแข็งตัวทางหลอดเลือดดำ ดูแลให้ยา Omeprazole 40 mg q 12 hr, Sandostatin 5 amp + 5DW 100 ml drip 10 cc/ hr ยา Ceftriaxone 2 gm + 5DW 100 ml vein OD ตามแผนการรักษา 5. ช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆและพยายามให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเพื่อลดการใช้ออกซิเจน 6. สังเกตระดับความรู้สึกตัว/การหายใจ/อาการcyanosis /อาการช็อค/ อาเจียนเป็นเลือด/ถ่ายmelenae/ถ่ายเป็นเลือดสด 7. ติดตามผล Lab CBC, PT,PTT,INR Hct q 6 hr , Hb ตามแผนการรักษาเพื่อประเมินภาวะช็อค 8. ตาม PRC มาให้ตามแผนการรักษาของแพทย์ 9. ประเมิน Hct หลังผู้ป่วยได้รับเลือด ค่าHct ลดลง > 3 % มีอาเจียนถ่ายดำ, NG tbe active bleed มีอาการถ่ายดำ รายงานให้แพทย์ทราบทันที การประเมินผล 1. การประเมินผลค่า oxygen saturation 97 % ค่าHb 8.0 g/dl, Plt count 270,000 cell/mm³, PT< 18.1 sec, WBC =22,700 Cell/mm³, Neutrophil = 77% 2. ไม่มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร 3. สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท 4. ไม่มีอาการกระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว 5. ความเข้มข้นของเลือด 32 เปอร์เซนต์
4. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้องและคาสาย NG tube ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยถามว่า ถอดสายที่จมูกออกได้ไหม มันเจ็บ หายใจไม่สะดวกเลย 2. ผู้ป่วยบ่นปวดแน่นท้องและเจ็บบริเวณจมูก บ่นเจ็บคอมากเวลากิน น้ำลาย Pain score 8 คะแนน	1. ประเมินอาการปวดทุก 4 ชั่วโมง ประเมินอาการไม่สุขสบายจากอาการปวด อาการไอ สอบถามกิจกรรมที่ทำให้ ปวดมากขึ้นและทำให้อาการปวดลดลง 2. จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยสุขสบายที่สุด 3. เชื่อในสิ่งที่ผู้ป่วยบอกว่าปวด แสดงว่าปวดจริง 4. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้นอนพัก หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่ไม่จำเป็นที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการปวด มากขึ้น 5. แนะนำ วิธีการจัดการกับอาการปวดใช้เทคนิคการหายใจผ่อนคลายและใช้ดนตรีบำบัด การประเมินผล 1. ผู้ป่วยบ่นไม่ปวดมาก ประเมิน pain score ด้วย Visual analog scale = 3 คะแนน 2. นอนหลับได้ดี เวลากินน้ำลายไม่เจ็บคอมาก อาการปวดทุเลา
5. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยเกรงว่าจะเป็นอันตรายถึงชีวิต	1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติได้รับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคอาหารและขึ้นตอนการรักษาพยาบาลพอสังเขป 2. ส่งเสริมบรรยากาศที่เป็นกันเองระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัยต่างๆ

วินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยถามว่าอาการที่ผมเป็นอยู่จะมีโอกาสหายไหม เพราะมีโรคตับแข็งด้วย 2. ผู้ป่วยและญาติบอกว่ารู้สึกเครียดมากเวลามีอาการอาเจียนเป็นเลือดและมีถ่ายดำ	รับฟังปัญหาและความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติด้วยความสนใจ เข้าใจและเห็นอกเห็นใจ 3. อธิบายและให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยและญาติว่าขณะที่อยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาพยาบาลที่ดีที่สุดให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติโดยการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สร้างความมั่นใจให้แกผู้ป่วยและญาติว่าผู้ป่วยจะอยู่ในการดูแลของพยาบาลตลอดเวลาและพยาบาลก็พร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยได้อย่างทันทั่วทั้ง 4. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการใช้เครื่องมือพิเศษต่างๆที่ไม่คุ้นเคย และก่อนให้การพยาบาล ทุกครั้งจะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบจุดประสงค์และขั้นตอนต่างๆเพื่อลดความวิตกกังวล ลดความหวาดกลัวและเพื่อการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล 5. เปิดโอกาสให้ญาติและผู้ป่วยได้เข้าเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสม การประเมินผล 1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น 2. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือตามแผนการรักษาของแพทย์และการทำกิจกรรมการพยาบาล
6. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดความรู้และความตระหนักในการดูแลตนเอง ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีประวัติดื่มสุรา 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ 2. บุตรสาวบอกว่า ถ้าบิดากลับบ้านไปแล้วไปดื่มสุราอีกก็ต้องกลับมาโรงพยาบาลอีกเหมือนเดิม	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติเพื่อสร้างความไว้วางใจ 2. ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม 3. สอนผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ในโรงพยาบาลและกลับบ้าน ได้แก่ อาการผิดปกติ ที่ต้องสังเกต เช่นอาการปวดแน่นท้อง อาการปวดทั่วท้อง อาการแสดงการมีเลือดออก ได้แก่อาเจียนเป็นเลือดสด สีดำสีเทา ถ่ายอุจจาระสีดำเหนียวคล้ายยางมะตอยหรือมีอาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำให้รีบมาพบแพทย์ 4. แนะนำการพักผ่อน 6-8 ชั่วโมงต่อวัน งดการทำกิจกรรมในส่วนที่เกิดความเสี่ยง เช่น การขับรถยนต์ การขี่จักรยาน การทำกิจกรรมคนเดียวควรมีญาติคอยดูแลใกล้ชิด 5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัยต่างๆเกี่ยวกับโรค 6. สร้างความมั่นใจในความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ การประเมินผล 1. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร
7. แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและกิจกรรมการรักษาพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยบอกว่านอนไม่ค่อยหลับ อ่อนเพลีย มีเสียงคนเดินแปลดังตลอดเวลานอนแสงไฟแยงตา กลางคืนนอนหลับๆ ตื่นๆ กลางวันนอนไม่ได้ เสียงดัง	1. ประเมินอาการนอนไม่หลับโดยการสังเกตและรับฟังปัญหาของผู้ป่วยและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและสอบถามข้อสงสัย 2. อธิบายเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ตามความเหมาะสมและให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวให้ผู้ป่วยเข้าใจ 3. จัดสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการนอนหลับตามความเหมาะสม เช่น ย้ายเตียงผู้ป่วยให้ไปอยู่ในโซนผู้ป่วยที่มีอาการไม่มากเพื่อผู้ป่วยจะได้ไม่มีเสียงที่รบกวนจากการที่มีผู้ป่วยใหม่เข้ามารับการรักษา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้จัดการด้านสิ่งแวดล้อมต่างๆ - ลดเสียงจากเครื่องช่วยหายใจ/

วินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ พลิกตะแคงตัวไปมา	monitor ต่างๆโดยลดระดับเสียงให้เบาที่สุดเท่าที่จะสามารถได้ยินเมื่อเครื่องร้องเตือน หากผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ - ลดเสียงของเจ้าหน้าที่ที่ขณะปฏิบัติงาน เช่น ลดการสนทนาไม่รับ - ส่งเวรข้างเตียงผู้ป่วยและเสียงจากการเดิน - จัดการด้านแสงโดยการปิดไฟหลอดที่ไม่จำเป็นหรือใช้ผ้าปิดตาให้ผู้ป่วยในรายที่ต้องการ 4. จัดการด้านกิจกรรมการพยาบาลที่ทำในตอนกลางคืนเฉพาะที่จำเป็นเพื่อลดการรบกวนการนอนของผู้ป่วย 'มีการส่งเวรเกี่ยวกับการนอนของผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง กรณีที่ผู้ป่วยนอนไม่หลับติดต่อกัน 2-3 วัน ควรมีการประสานงานกับแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยานอนหลับต่อไป 5. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสุขสบาย การให้ข้อมูลที่ครบถ้วนโดย เช่น บอกให้ผู้ป่วยทราบความเสี่ยงที่เกิดจาก monitor ต่างๆ เป็นเสี่ยงที่ช่วยเตือนพยาบาลให้ทราบว่าผู้ป่วยอาจจะมีการผิดปกติจะได้ให้การดูแลได้ทันทั่วถึง 6. ให้ข้อมูลเรื่องแนวทางการรักษาเพื่อลดความวิตกกังวล การประเมินผล 1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่มีอาการหาว นอนชอบด้าไม่กล้า ขณะพูดคุยให้ความร่วมมือ ไม่แสดงอาการหงุดหงิด เวลากลางวันนอนหลับได้ต่อเนื่อง 5-6 ชั่วโมง/วัน

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 57 ปี สถานภาพสมรส เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ มีโรคประจำตัวเป็นโรคตับแข็ง คีบสุรา 2-3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ สูบบุหรี่ วันละ 3-5 มวนต่อวัน เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว วันที่ 29 สิงหาคม 2565 เวลา 11.58 น. ให้ประวัติว่า 1 ชั่วโมงก่อนมโรงพยาบาล มีอาเจียนเป็นเลือดสดๆ 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1 แก้วน้ำ มีปวดท้อง ถ่ายดำ 1 ครั้ง เวียนศีรษะ หน้ามืด ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอ่อนเพลีย เวียนศีรษะปวดท้อง สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 130 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 80/46 มิลลิเมตรปรอท on O2 cannula 3 LPM ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96 เปอร์เซ็นต์ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำด้วย 0.9% normal saline 1,000 มิลลิตร IV Free Flow ปริมาณ 1,000 มิลลิตร และต่อด้วยปริมาณ 120 มิลลิตรต่อชั่วโมง เจาะหาระดับน้ำตาลในเลือดจากเส้นเลือดฝอยที่ปลายนิ้ว (DTX) 407 mg% ให้ Regular Insulin 10 unit ฉีดเข้าทางใต้ผิวหนัง, เจาะหาค่าความเข้มข้นของเลือด 28% เจาะเลือด ส่งตรวจ CBC, BUN, Cr, Electnlyte, Cong, LFT จอ Pack recl cell 4 Unit, Fresh Frozen plasma 4 Unit, Vit k 30 mg IV stat , Losec 80 mg IV stat , Sandostatin 50 mcg IV stat then Sandostatin 5 Amp ผสมกับ 5% D/W 100 ml IV drip 10 cc/hr Retained Nasogastric tube หลังใส่ Nasogastric tube ดูด Content ออกมาเป็นเลือดสีแดงสด

จำนวน 200 มิลลิตร ดูแลสวนล้างกระเพาะอาหารด้วย normal saline จำนวน 3,000 มิลลิตร ยังมี Content เป็นเลือดสีแดงจางๆ Retained Foley's cath มีปัสสาวะสีเหลืองเข้ม ออกคาสาย ไหลค่าน้ำคอาหารทางปากไว้วัดความดันโลหิตซ้ำ 110/60 มิลลิตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98% เจาะหาระดับน้ำตาลในเลือดจากเส้นเลือดฝอยที่ปลายนิ้ว (DTX) ซ้ำ 373 mg% ดูแลให้ Regular Insulin 10 unit ฉีดเข้าทางใต้ผิวหนังและให้เจาะหาระดับน้ำตาลในเลือดจากเส้นเลือดฝอยที่ปลายนิ้ว (DTX) ต่อทุก 4 ชั่วโมง และให้ย้ายผู้ป่วยเข้าไประับการรักษาต่อที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมชายแรกรับที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัว พูดคุยรู้เรื่อง อ่อนเพลีย มีปวดท้อง บ่นเวียนศีรษะ On O2 Cannula 3 LPM สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/78 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 97 เปอร์เซ็นต์, Retained Nasogastric tube ต่อลง Plastic bag มี Content เป็นเลือดสีแดงจาง 100 มิลลิตร, Retained Foley's cath มีปัสสาวะสีเหลืองเข้ม ออก 20 มิลลิตร ให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ ชนิด 0.9% Normal saline ขนาด 1,000 มิลลิตร ปริมาณ 120 มิลลิตรต่อชั่วโมง ต่อมาผู้ป่วยมีอาการหน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น มีอาเจียนเป็นเลือดสดๆ ออกประมาณ 500 มิลลิตร ความดันโลหิตลดลง 82/50 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจรเร็ว 132 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28

ครั้งก่อนที่ ค่าความเข้มข้นของเลือด 23 เปอร์เซนต์ รายงานแพทย์ให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ ชนิด 0.9% Normal saline 1,000 มิลลิลิตร IV drip free flow ให้เลือด Pack red cell 2 Unit IV drip 3 hr/unit และเจาะค่าความเข้มข้นของเลือดหรือทุก 6 ชั่วโมงตามแผนการรักษาหลัง load 0.9% normal saline ควบคุมความดันโลหิตซ้ำ 110/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวของออกซิเจน ในเลือด 98 เปอร์เซนต์ เจาะหาระดับน้ำตาลในเลือดจากเส้นเลือดฝอยที่ปลายนิ้ว (DTX) 295 mg% ให้ Regular Insulin 10 unit ฉีดเข้าทางชั้นใต้ผิวหนัง และดูแลให้เจาะหาระดับน้ำตาลในเลือดจากเส้นเลือดฝอยที่ปลายนิ้ว (DTX) ต่อทุก 4 ชั่วโมงเตรียมผู้ป่วยสำหรับการส่งกล้องตรวจหลอดอาหารกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น ผลการตรวจพบว่ามีภาวะเลือดออกจากหลอดเลือดดำโป่งพองบริเวณหลอดอาหารและทำการรักษาโดยใช้สายยางรัดผูกหลอดเลือดคอในหลอดอาหารและกระเพาะอาหารจำนวน 4 เส้น (Esophageal Variccal band Ligation) : EVL 3 วันต่อมา เริ่มให้ขี้ผึ้ง รับประทานอาหารเหลว และอาหารอ่อนตามลำดับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีสีหน้าสดชื่น ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด ไม่มีถ่ายดำ ไม่ปวดท้อง สามารถรับประทานอาหารอ่อนได้ นอนหลับพักผ่อนได้พยาบาลดูแลให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน รวมทั้งมีการวางแผนจำหน่าย การเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ จำหน่ายผู้ป่วยหลังจากนอนโรงพยาบาล 8 วัน มีนัดติดตามอาการอีก 2 สัปดาห์ และดูแลส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเข้าระบบการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care)

ข้อเสนอแนะ

1. ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน เป็นภาวะฉุกเฉินที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความทรุดลง หรือเกิดความเสี่ยงขึ้นได้อย่างรวดเร็วพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ต้องมีการส่งเสริมสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกอย่างต่อเนื่อง
2. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาการกลับมาเป็นซ้ำจากการดื่มสุรา ควรมีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมจิตเวช
3. การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน ครอบครัวมีความสำคัญจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลพยาบาลจึงควรให้ความรู้และสนับสนุนให้ญาติและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดูแลรักษา การป้องกันและการรับประทานยาที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคและผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต ที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยอันจะนำไปสู่การมีชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

สรุป

ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน นับว่าเป็นภาวะวิกฤตทั้งทางร่างกายและจิตใจ เนื่องจากการสูญเสียเลือดภายในที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ประเมินได้ยาก การให้การพยาบาลที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายรุนแรงถึงชีวิตได้ พยาบาลต้องสามารถประเมินและดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆและที่สำคัญที่สุดคือการให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถกลับไปดูแลตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ชัชวาลย์ วงศ์จิตรรัตน์. (2556). สาเหตุของภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น. *Journal of Medicine and Health Sciences*, 20 (1), 47-48.
- นภา ศิริวัฒนากุล. (2560). การดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะช็อก. ใน ประเสริฐ ธนกิจจารุ. *Evidence-based practice in critical care medicine*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- ปราณี ทุไพบระ. (2559). คู่มือยา Handbook of drugs (พิมพ์ครั้งที่ 14). กรุงเทพฯ: NP press.
- ศักรินทร์ จิรพงษ์พร และ ชัยพิชิต พุทธาพิทักษ์พงศ์. (2561). *Manual of gastroenterology* (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพฯ: โครงการตำราอายุรศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า.
- มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์. (2561). ตำราการพยาบาลอายุรศาสตร์ 2. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส
- รัชณี ผิวผ่อง. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะช็อกและอวัยวะล้มเหลวหลายอวัยวะ. เอกสารประกอบการสอนวิชา 9553304 การพยาบาลผู้ใหญ่ 2. มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์. สืบค้น 27 กันยายน 2565, จาก <https://dspace.bru.ac.th/xmlui/bitstream/handle/123456789/7873/การพยาบาลผู้ป่วยช็อกและอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ>.
- ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว. (2565). โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว.
- สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย. (2557). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะ เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในประเทศไทย. สืบค้น เมื่อ 27 กันยายน 2565, จาก <http://www.thaitage.org/Thai/document/Guideline%20UGI%20Bleeding%202014.pdf>
- อรพินญา ไกรฤทธิ์. (2560). เลือดออกในทางเดินอาหาร ภาวะอันตรายที่ไม่ควรมองข้าม. สืบค้น 27 กันยายน 2565, จาก <http://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/ondemand/เลือดออกในทางเดินอาหาร>.

การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวร่วมกับภาวะตัวเหลืองจากหมู่เลือดมารดาและทารกไม่เข้ากันร่วมกับภาวะซีดจากการที่เม็ดเลือดแดงแตก : Transient tachypnea of newborn, Neonatal Jaundice due to BO incompatibility, Anemia from hemolysis

ศิริกุล ทรัพย์เรือง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

บทคัดย่อ

ทารกแรกเกิดเป็นช่วงชีวิตที่มีการปรับตัวทางด้านสรีระมากที่สุดช่วงเวลานึง ทารกจำเป็นต้องปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลภายใต้การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมจากภายในโพรงมดลูกสู่สภาพแวดล้อมภายนอก ในขั้นตอนของการปรับตัวอาจนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพหากการปรับตัวนั้นไม่สมบูรณ์หรือมีปัจจัยรบกวนการปรับตัวของทารกแรกเกิด เช่น ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด ภาวะหายใจลำบาก เป็นต้น โดยเฉพาะภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิดเป็นอาการที่แสดงถึงปัญหาของการปรับตัวของระบบหายใจของทารกแรกเกิด และเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทำให้ทารกเสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลผู้ให้การดูแลทารกแรกเกิดควรมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด ทั้งสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอาการหายใจเร็ว ในทารกแรกเกิด อาการและอาการแสดง แนวทางการตรวจวินิจฉัยและให้การดูแลอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของระบบทางเดินหายใจในทารกแรกเกิด (สุริพร ศรีโพธิ์อ่อน, 2562) และภาวะตัวเหลืองในทารกแรก หมายถึง การที่ร่างกายสะสมของสารเหลืองที่เรียกว่าบิลิรูบิน (Bilirubin) อยู่ในกระแสเลือดของทารกสูงกว่าปกติ ซึ่งเมื่อร่างกายของทารกมีระดับบิลิรูบินในเลือดสูงกว่า 5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (Hyperbilirubinemia) จะทำให้ทารกเกิดภาวะตัวเหลือง ซึ่งจะสังเกตได้จากบริเวณผิวหนัง เหลืองตา และเล็บ ภาวะตัวเหลือง ที่ปรากฏจะเริ่มจากบริเวณใบหน้า เข้าหาลำตัวไปสู่แขนขา ฝ่ามือ และฝ่าเท้า ระดับบิลิรูบินที่สูงมากอาจทำให้ทารกเกิดสมองพิการและเสียชีวิตได้ ดังนั้นเมื่อทารกแรกเกิดมีภาวะตัวเหลืองที่มีระดับบิลิรูบินในเลือดสูงเกินระดับปกติจึงต้องได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะแรกเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองพิการเนื่องจากภาวะบิลิรูบินในเลือดสูง และภาวะตัวเหลืองในทารกเป็นภาวะที่ทำให้ทารกต้องนอนโรงพยาบาลนานเนื่องจากต้องได้รับการส่องไฟ และอาจต้องได้รับการเปลี่ยนถ่ายเลือดถ้าทารกมีอาการของภาวะตัวเหลืองรุนแรง (รศ.พญ.โสภณพรหม เงินน้ำ, 2559)

คำสำคัญ: ทารกแรกเกิด การพยาบาลทารกแรกเกิด ภาวะหายใจเร็วชั่วคราว ภาวะตัวเหลือง ภาวะซีด

ความเป็นมาและความสำคัญ

ระยะแรกเกิดเป็นช่วงเวลาแห่งการเปลี่ยนผ่านของทารกจากสภาพแวดล้อมในครรภ์มารดาที่มีสภาพ อุ่น มีด และถูกห่อหุ้มด้วยน้ำ มาสู่สภาพแวดล้อมภายนอก ที่มีอุณหภูมิเย็นกว่า มีแสงสว่าง และต้องใช้ระบบประสาทรับสัมผัสในการปรับตัว ดังนั้น ในระยะแรกเกิดจึงเป็นช่วงเวลาของการปรับตัวทางด้านสรีระวิทยา เป็นอย่างมากเพื่อให้สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่ได้ หากทารกไม่สามารถปรับตัวในระยะแรกเกิดได้จะทำให้ทารกมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะปัญหาการปรับตัวของระบบหายใจ ทำให้เกิดภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด (Transient tachypnea of newborn : TTNB) นำไปสู่การเกิดภาวะหายใจลำบาก (Respiratory distress) ในทารกแรกเกิดได้ ภาวะหายใจเร็วชั่วคราว ในทารกแรกเกิด พบได้ประมาณ 3.6 - 6 ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 รายในทารกคลอดครบกำหนด สำหรับในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 2.14 และประมาณร้อยละ 40 ของทารกที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในระยะแรกเกิดจะมีภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress) ตามมาถึงแม้ว่าภาวะหายใจเร็ว จะเป็นสาเหตุของภาวะหายใจลำบากของทารก แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการวินิจฉัย เพราะผู้ให้การดูแลทารกคิดว่าไม่เป็นอันตราย เป็นเพียงการปรับตัวตามปกติของทารกแรกเกิดเท่านั้น จากข้อมูลสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในปีงบประมาณ 2565 มีทารกเกิดมีชีวิต 2,337 คน พบทารกมีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว จำนวน 415 คน คิดเป็นร้อยละ 17.75 และพบทารกที่มีภาวะตัวเหลือง จำนวน 501 คน คิดเป็นร้อยละ 21.43 ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ในการนำเสนอเกี่ยวกับภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด และภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด ครอบคลุมทั้งปัจจัย/สาเหตุของการเกิดภาวะหายใจเร็วชั่วคราว ในทารกแรกเกิด ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด อาการและอาการแสดง แนวทางการตรวจวินิจฉัย การดูแลรักษา ตลอดจนแนวทางการพยาบาล เพื่อให้บุคลากรผู้ให้การพยาบาลทารกในระยะแรกเกิดมีความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิดและภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากฎนิศึกษาการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวร่วมกับภาวะตัวเหลืองร่วมกับภาวะซีด

วิธีการดำเนินการศึกษา

ศึกษากฎนิศึกษาการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวร่วมกับภาวะตัวเหลืองร่วมกับภาวะซีดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว วันที่ 13 กันยายน 2565 ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ปวยตั้งแต่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลจากเวชระเบียน แบบบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล การสัมภาษณ์ ทำการวิเคราะห์ข้อมูล พยาธิสภาพ อาการ อาการแสดง การรักษาปัญหา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการวางแผนจำหน่าย

สาเหตุภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด มีสาเหตุมาจากการที่ทารกไม่สามารถขับน้ำที่อยู่ภายในปอดออกมาได้หมด ทำให้การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ ขณะอยู่ในครรภ์มารดา ทารกไม่มีการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดเพราะปอดเต็มไปด้วยน้ำ แต่เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ทารกจะมีการเตรียมเพื่อการหายใจครั้งแรกผ่านกระบวนการดูดซึมน้ำในปอดกลับเข้าสู่ระบบน้ำเหลือง และระบบไหลเวียนเลือด โดยในระยะ 2-3 สัปดาห์ก่อนถึงกำหนดคลอดจะมีการหลั่งสาร catecholamines เพื่อขึ้น โดยเฉพาะ epinephrine และ isoproterenol ซึ่งสารเหล่านี้มีบทบาทในการกระตุ้นให้มีการดูดซึมกลับสารน้ำในปอดผ่านทางเยื่อผิวทางเดินหายใจ ทำให้ปอดของทารกมีพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซและพร้อมสำหรับการหายใจเมื่อแรกคลอด และเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดทารกเคลื่อนผ่านเข้าสู่ช่องทางคลอดของมารดาทรวงอกของทารก จะถูกบีบ (vaginal squeeze) ทำให้มีการคายน้ำออกจากปอด เป็นการเตรียมพร้อมสำหรับการหายใจครั้งแรก เมื่อแรกคลอดทารกจะมีภาวะออกซิเจนในเลือดลดลงทำให้เลือดมีสภาพเป็นกรดเล็กน้อย ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้ทารกมีการหายใจครั้งแรกเกิดขึ้น แต่หากกระบวนการขจัดน้ำออกจากปอดของทารกถูกรบกวน เช่น คลอดก่อนกำหนด หรือเกิดการคลอดโดยไม่ผ่านกระบวนการคลอดเกิดขึ้น ทำให้มีน้ำคงเหลืออยู่ในปอดทารกส่งผลให้ทารกหายใจไม่มีประสิทธิภาพเกิดภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิดได้ (สุริพร ศรีโพธิ์อุ่น, 2562)

ปัจจัยเสี่ยง สำหรับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิดนั้น มีรายงานการศึกษาหลายงานที่ยืนยันว่าการที่มารดาเป็นโรคหอบหืด ภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์และทารกตัวโต การผ่าตัดคลอด การคลอดก่อนกำหนด ในระยะท้าย และความผิดปกติทางพันธุกรรมเกี่ยวกับการทำงานของ ion-channel สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหายใจเร็ว

ชั่วคราวในทารกแรกเกิด (พรพรรณ เปาริก, 2564)

- 1.โรคหอบหืดในมารดา (maternal asthma) พบว่า ทารกที่คลอดจากมารดาที่มีโรคหอบหืดมีโอกาสเกิดภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิดมากกว่าทารกปกติเกือบ 2 เท่า ในขณะที่เดียวกันทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในระยะแรกเกิดสัมพันธ์กับการเป็นโรคหอบหืดเช่นเดียวกัน โดยพบว่าเด็กที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิดมีโอกาสเป็นโรคหอบหืดเกือบ 3 เท่า ซึ่งเป็นสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจในทารกแรกเกิดที่มารดาเป็นโรคหอบหืดนั้นยังไม่แน่ชัด สันนิษฐานว่าน่าจะเกิดจากที่ระดับ catecholamines ที่เพิ่มขึ้นในระยะคลอดกระตุ้นการตอบสนองของ receptor ในทางเดินหายใจ ทำให้เกิดอาการหายใจเร็วในทารกแรกเกิด และกระตุ้นให้เกิดโรคหอบหืดตามมา
- 2.ภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์และทารกตัวโต (gestational diabetes mellitus and macromia) ภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์เป็นอย่างมากและสัมพันธ์กับการตายของทารกในครรภ์จากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงนอกจากนี้ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงยังมีผลยับยั้งเอนไซม์ที่จำเป็นในการสังเคราะห์ phospholipid ซึ่งเป็นสารตั้งต้นในการสังเคราะห์สาร surfactant ของปอดทารก ทำให้ทารกแรกเกิดมีภาวะหายใจเร็ว และเกิดภาวะหายใจลำบากได้มากกว่าทารกที่มารดาไม่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ นอกจากนี้การที่มารดามีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์จะทำให้ทารกตัวโต (macrosomia) จากภาวะ hyperinsulineemia ของทารกในครรภ์ที่ถูกกระตุ้นจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เสี่ยงต่อการคลอดติดขัดหรือจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดคลอด ซึ่งการผ่าตัดคลอดรบกวนการปรับตัวของระบบหายใจของทารกร่วมกับการสร้างสาร surfactant ที่น้อยกว่าปกติในทารกที่มารดามีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ทำให้ทารกมีภาวะหายใจเร็วเมื่อแรกคลอดได้มากกว่าปกติและเกิดภาวะหายใจลำบากตามมา
- 3.การผ่าตัดคลอด (cesarean section) ปัจจุบันอุบัติการณ์การผ่าตัดคลอดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากการมีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้นและลดการนิยมของการใช้เข็มและเครื่องดูดสุญญากาศในการช่วยคลอด รวมทั้งความต้องการของผู้รับบริการการผ่าตัดคลอดโดยที่ยังไม่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพทั้งต่อมารดาและทารก ทำให้ทารกมีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในระยะแรกเกิด และภาวะหายใจลำบาก เพราะทารกไม่มีการดูดกลับและคายน้ำออกจากทางเดินหายใจในระยะคลอด การผ่าตัดคลอดในขณะอายุครรภ์น้อยกว่า 38 สัปดาห์เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจเร็วในทารกแรกเกิด ดังนั้นในประเทศแถบยุโรปและสหรัฐอเมริกาจะทำการผ่าตัดคลอด เมื่ออายุครรภ์ 39 สัปดาห์ในมารดาที่ไม่มีความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์เพื่อผลดีต่อสุขภาพของทารก

แรกเกิด 4.การคลอดก่อนกำหนดในระยัย (late preterm) หมายถึง การคลอดในขณะอายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ การคลอดในขณะอายุครรภ์ไม่ครบกำหนดนั้นส่งผลโดยตรงต่อความสามารถในการปรับตัวของทารกแรกเกิด และทำให้ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิดได้โดยเฉพาะในรายที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกที่คลอดอายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ มีภาวะหายใจเร็วกว่าทารกครบกำหนดประมาณ 4 เท่า ดังนั้นจึงควรเฝ้าระวังภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิดของทารกกลุ่มนี้เพิ่มมากขึ้นในระยะแรกเกิด 5.ความผิดปกติทางพันธุกรรมเกี่ยวกับการทำงานของ ion-channel เกี่ยวกับการดูดซึมกลับสารน้ำในปอดผ่าน epithelial sodium channel ในรายที่มีความผิดปกติของระบบการทำงานของ ion-channel ทำให้ไม่สามารถดูดซึมกลับสารน้ำเข้าสู่ระบบน้ำเหลืองและระบบไหลเวียนได้ในระยะใกล้คลอดทำให้มีสารน้ำคั่งอยู่ในระบบทางเดินหายใจ ทำให้ทารกหายใจไม่มีประสิทธิภาพ และเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในระยะแรกเกิด อาการและอาการแสดง ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในระยะแรกเกิด ลักษณะอาการที่สำคัญ คือ อาการหายใจเร็ว (tachypnea) มีอัตราการหายใจมากกว่า 60 ครั้ง/นาที (อัตราการหายใจปกติในทารกแรกเกิด คือ 40-60 ครั้ง/นาที และอาจพบความผิดปกติอื่นๆ ของการหายใจร่วมด้วย เช่น หายใจออกเสียงดัง (expiratory grunting) ปีกจมูกบาน (nasal flaring) และอกบุ๋ม (retraction) เมื่อตรวจเอกซเรย์ปอดจะพบว่ามีน้ำในปอดและเยื่อหุ้มปอด ภาวะหายใจเร็วในทารกแรกเกิดมักไม่มีการเขียวร่วมด้วย ยกเว้นในรายที่มีอาการรุนแรง และส่วนใหญ่อาการจะดีขึ้นภายในระยะเวลา 48-72 ชั่วโมง ซึ่งจากลักษณะ

อาการและอาการแสดงดังกล่าว ทำให้หลายครั้งที่ทารกไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยภาวะหายใจเร็วชั่วคราวเมื่อแรกคลอด เพราะมีความคล้ายคลึงกับลักษณะของการปรับตัวตามปกติของทารก สำหรับในรายที่มีอาการรุนแรงอาการและอาการแสดงจะคล้ายกับกลุ่มอาการหายใจลำบากดังนั้นการจำแนกอาการและอาการแสดงของภาวะหายใจเร็วชั่วคราวแรกเกิดจึงมีความจำเป็นมากในการปฏิบัติงานของบุคลากรผู้ดูแลทารกในระยะแรกเกิด

เกณฑ์การวินิจฉัย ก่อนการภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิดต้องทำการสังเกตอาการอย่างน้อย 2 ชั่วโมง ก่อนการส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยตามแนวทางของกฎ 2 ชั่วโมง (Rule of hr) เพราะการหายใจเร็ว ในทารกแรกเกิดสามารถพบได้ในระยะของการปรับตัวของทารก จึงไม่ควรวินิจฉัยเร็วเกินไปและเมื่อสังเกตอาการครบ 2 ชั่วโมงแล้วอาการไม่ดีขึ้นควรพิจารณาส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัย ดังนี้ 1.ส่งตรวจนับจำนวน เม็ดเลือด

หายใจเร็วของทารก 2.ส่งตรวจ chest x-ray เพื่อประกอบการวินิจฉัย 3.หากมีอาการรุนแรงหรือคงอยู่หลายชั่วโมง ควรทำการส่งตรวจการติดเชื้อ ในกระแสเลือด (hemoculture)

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิดมีเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้ 1.เริ่มมีอาการหายใจเร็วภายในระยะเวลา 6 ชั่วโมงหลังคลอด 2.อาการหายใจเร็วยังคงอยู่นานอย่างน้อย 12 ชั่วโมง 3.ไม่สามารถ ดูคนมาได้ 4.การส่งตรวจ chest x-ray พบน้ำคั่งบริเวณปอดและเยื่อหุ้มปอด 5.ไม่มีสาเหตุความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจมาก่อนโดยทั่วไปแล้วภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิดจะคงอยู่ประมาณ 48-72 ชั่วโมง หากมีอาการนานกว่านี้มักมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น และกลายเป็นกลุ่มหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome: RDS)

แนวทางการดูแลรักษา ทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวควรได้รับการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด อาจจำเป็นต้องรับทารกแรกเกิดไว้ใน NICU โดยเฉพาะในรายที่พบความผิดปกติของปอดชัดเจนจากการตรวจเอกซเรย์ ในระยะ 48 ชั่วโมงแรก เพราะส่วนใหญ่ทารกมักมีอาการทรุดลงในระยะ 48 ชั่วโมงแรก และควรมีแนวทางในการดูแล ดังนี้ 1.ให้ออกซิเจนความเข้มข้น 40% ขึ้นไป ซึ่งทั่วไปให้ออกซิเจน canular หรือออกซิเจน box บางรายอาจจำเป็นต้องใช้ออกซิเจนแรงดันบวก (continuous positive airway pressure) หรือใส่ท่อช่วยหายใจ โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะหายใจลำบากเกิดขึ้น ซึ่งอยู่กับการดูแลของกุมารแพทย์ 2.ในรายที่อาการคงอยู่นานเกิน 48 ชั่วโมงขึ้นไป ควรได้รับการตรวจการติดเชื้อของปอด และให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันปอดอักเสบ 3.สังเกตภาวะแทรกซ้อน ภาวะหายใจเร็วในทารกแรกเกิดที่มีภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือ ภาวะความดันในปอดสูง ซึ่งจะทำให้เกิดความผิดปกติของระบบไหลเวียนตามมาจากการที่ ductus arteriosus ไม่ปิดเกิดการไหลลัดของเลือดจากหัวใจห้องขวาไปยังห้องซ้ายโดยตรงไม่ผ่านปอดซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา 4.ในรายที่มีภาวะความดันในปอดสูงอาจจำเป็นต้องใช้เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอด (extracorporeal membrane oxygenator: ECMO) นอกจากนี้ยังมีรายงานการศึกษาเชิงทดลอง (randomized control trail) ของ Gamfi-Bennerman และคณะที่ทำการศึกษาค้นคว้าของการให้ยาในกลุ่ม corticosteroids เพื่อป้องกันภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด โดยมีการให้ยา betamethasone ขนาด 12 มิลลิกรัม จำนวน 2 ครั้ง ก่อนการคลอดอย่างน้อย 12 ชั่วโมง ในกลุ่มมารดาที่มีอายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ พบว่า ทารกในกลุ่มที่ได้รับยา betamethasone ก่อนการคลอดมีภาวะการหายใจเร็วแรกเกิด และภาวะหายใจลำบากน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยา

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่มีผลต่อการเพิ่มอุบัติการณ์ของการติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ (chorioamnionitis) ซึ่งจากผลการทดลองนี้แสดงถึงแนวทาง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจในกลุ่มทารกคลอดก่อนกำหนดระยะท้าย (late preterm)

บทบาทของพยาบาลในการดูแลทารกที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรก พยาบาลห้องคลอดผู้ให้การดูแลทารกในระยะ 2 ชั่วโมงแรก ต้องสามารถอาการหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิดได้ และภาวะหายใจลำบาก ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรก มีอาการที่สำคัญคือ อัตราการหายใจมากกว่า 60 ครั้ง/นาที และอาจมีความผิดปกติของการหายใจร่วมด้วย เช่น ปีกจมูกบาน หายใจออกเสียงดัง ออกนุ้ม โดยส่วนใหญ่มักไม่มีอาการเขียว และการหยุดหายใจร่วมด้วย แต่มีภาวะหายใจลำบากจะมีการหายใจที่ผิดปกติ และมักมีอาการหยุดหายใจ (apnea) เขียว (cyanosis) และมีการเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจร่วมด้วย พยาบาลควรช่วยเหลือทารกตั้งแต่ในระยะคลอด เพื่อส่งเสริมการปรับตัวของระบบทางเดินหายใจ และเฝ้าระวังลักษณะผิดปกติของการหายใจ สำหรับการดูแลทารกที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวนั้น เป็นการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อส่งเสริมการปรับตัวของทารกและป้องกันภาวะแทรกซ้อนคือ 1.ก่อนการคลอดลำตัวของทารก ใช้ลูกสูบยางดูดเสมหะในปากและจมูกให้ทางเดินหายใจโล่ง ก่อนกระตุ้นให้ทารกร้องเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของทารกแรกเกิด และให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำได้ radiant warmer รีบเช็ดตัวทารกให้แห้งและห่อตัวทารกให้อบอุ่น 2.ในระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง ให้เฝ้าระวังสังเกตลักษณะการหายใจและระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ควรติดตามอาการอย่างใกล้ชิดในทารกที่มีปัจจัยเสี่ยง หรือมีอาการหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด 3.ในทารกที่มีอาการหายใจเร็วชั่วคราว ควรมีการให้ออกซิเจนที่มีความเข้มข้นตั้งแต่ 40% ขึ้นไปตามแผนการรักษา และเป็นออกซิเจนที่ผ่านความชื้น นิยมให้ออกซิเจน canular หรือออกซิเจน box เพื่อช่วยส่งเสริมการดูดกลับของสารน้ำในปอด ส่งเสริมการปรับตัวของระบบหายใจและระบบไหลเวียนเลือด 4.ในทารกที่อัตราการหายใจมากกว่า 80 ครั้ง/นาที ให้งดดื่มนม และให้สารละลาย 10% D/W ขนาด 60-80 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/วัน ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา 5. ถ้าทารกไม่ดีขึ้นภายใน 2 ชั่วโมง ต้องรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษเพื่อประกอบการวินิจฉัยภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด 6.ส่งต่อทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว ไปยังหออภิบาลทารกแรกเกิด (NICU) เพื่อดูแลป้องกันและเฝ้าระวังภาวะหายใจลำบากและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ จนกว่าอาการจะคงที่

ภาวะตัวเหลืองในทารกแรก ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดเป็นปัญหาความเจ็บป่วยที่สำคัญในทารกแรกเกิด จากสถิติในประเทศไทย สหราชอาณาจักรพบภาวะตัวเหลือง ประมาณร้อยละ 60 ในทารกคลอดครบกำหนด หรือประมาณ 4 ล้านคนต่อปีและพบมากในทารกคลอดก่อนกำหนดมากกว่าร้อยละ 80 ส่วนในประเทศไทย ยังไม่พบรายงานสถิติในภาพรวมของประเทศเกี่ยวกับอาการตัวเหลืองในทารกแรกเกิดที่ชัดเจน แต่มีการรายงานจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าภาวะตัวเหลืองเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยโดยทั่วไปถึงร้อยละ 25-50 อาการตัวเหลืองเกิดจากการมีสารสีเหลืองที่เรียกว่าบิลิรูบิน (Bilirubin) จำนวนมากกว่าปกติคงอยู่ในอวัยวะต่างๆ ทำให้เห็นว่ามีผิวหนังตัวและตาขาวเป็นสีเหลือง ส่วนใหญ่เกิดจากการมีเม็ดเลือดแดงแตกได้สารที่เรียกว่า บิลิเวอร์ดิน (Biliverdin) ซึ่งต่อมาเปลี่ยนเป็นสารชื่อบิลิรูบินอยู่ในกระแสเลือด โดยปกติสารนี้จะถูกนำเข้าไปสู่ตับมีการเปลี่ยนแปลงที่เซลล์ของตับเปลี่ยนจากสารที่ละลายน้ำไม่ได้ (แต่ละลายในไขมันได้) เป็นสารที่ละลายน้ำได้และขับออกจากร่างกายผ่านไปในทางเดินน้ำดีเข้าสู่ลำไส้ และขับออกทางอุจจาระส่วนหนึ่ง เป็นส่วนน้อยถูกดูดซึมจากลำไส้กลับเข้าสู่กระแสเลือด และขับออกทางปัสสาวะ ชนิดของภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด แบ่งได้ 2 ชนิด (โสภภาพรรณ เงินคำ, 2559) คือ 1.ภาวะตัวเหลืองจากสรีระภาวะ (Physiologic jaundice) เป็นภาวะตัวเหลืองซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาตามปกติ เนื่องจากเม็ดเลือดแดงของทารกมีจำนวนมากว่าผู้ใหญ่ 2.5 เท่า และมีฮีโมโกลบินชนิดเอฟ เป็นองค์ประกอบสำคัญมีอายุสั้นกว่าผู้ใหญ่คือเพียง 80-90 วัน แรกทำลายเร็วทำให้ฮีโมโกลบินถูกเปลี่ยนเป็นบิลิรูบินมากขึ้น ร่วมกับการทำงานของตับเพื่อเปลี่ยนบิลิรูบินให้อยู่ในรูปที่สามารถละลายน้ำได้ยังทำงานไม่เต็มที่ เพราะระดับเอนไซม์ glucuronyl transferase ต่ำ โปรตีน y และ z มีน้อย นอกจากนี้ยังมีบิลิรูบินเพิ่มจากการดูดซึมกลับจากลำไส้จำนวนมาก เนื่องจากยังมี beta glucuronidase activity สูง และมีแบคทีเรียในทางเดินอาหารน้อยกว่าผู้ใหญ่ บิลิรูบินที่สูงจะเป็นชนิดที่ไม่ละลายน้ำ ส่วนบิลิรูบินที่ละลายน้ำได้จะมีระดับน้อยกว่า บิลิรูบิน ทารกเกิดครบกำหนดปกติบิลิรูบินในซีรัมจากเลือดที่สายสะดือจะมีค่าประมาณ 1-3 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และค่าบิลิรูบินในซีรัมจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นจาก 1.5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เป็น 5-6 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ในวันที่ 3 หลังเกิด และอาจเพิ่มได้ถึง 8-12 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ในทารกคลอดครบกำหนดและไม่เกิน 15 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ในทารกเกิดก่อนกำหนดบิลิรูบินจะค่อยๆ ลดลงสู่ระดับปกติ คือ ต่ำกว่า 1 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เมื่ออายุ 10-14 วัน 2.ภาวะตัวเหลืองจากพยาธิสภาวะ (Pathologic jaundice) คือ ภาวะที่ทารกมีบิลิรูบินในเลือดสูงมากผิดปกติ จะมีอาการเหลืองให้เห็นเร็วภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังเกิด ระดับบิลิรูบินในซีรัมสูงเกิน 5 มิลลิกรัม/

เดซิลิตร/วัน มีบิลิรูบินชนิดที่ไม่ละลายน้ำเพิ่มสูงขึ้น 5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร/วัน และระดับบิลิรูบินชนิดละลายน้ำสูงกว่า 2 มิลลิกรัม/เดซิลิตร/วัน อาจจะมีสีซีด ปัสสาวะสีเข้ม และมีอาการตัวเหลืองมากกว่า 2 สัปดาห์ ทารกมีอาการแสดงของการเจ็บป่วยอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น ซึมไม่ดูดนม เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ถ้าระดับบิลิรูบิน สูงเกิน 17 มิลลิกรัม/เดซิลิตร มักจะถือว่าเป็นภาวะตัวเหลืองแบบมีพยาธิสภาพเกิดขึ้น การวินิจฉัยว่าทารกจะมีภาวะตัวเหลืองแบบมีพยาธิสภาพนั้นอาจทำได้ยากในระยะแรกหลังเกิด จะพยากรณ์โอกาสของการเกิดภาวะตัวเหลืองที่รุนแรงในเวลาต่อมาได้โดยการใช้ระดับบิลิรูบินในระยะหลังเกิดซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามอายุเป็นชั่วโมง

สาเหตุของภาวะตัวเหลืองจากพยาธิสภาพ 1. มีการสร้างบิลิรูบินเพิ่มขึ้นมากผิดปกติ (Increase production) จากภาวะต่างๆ ได้แก่ 1.1มีการแตกของเม็ดเลือดแดงจากการที่หมู่เลือดของมารดาและทารก ไม่เข้ากัน (Hemolytic disease of new born ,HDN) ซึ่งเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของภาวะตัวเหลืองจากพยาธิสภาพ การที่เลือดมารดากับทารกคนละหมู่กัน มารดาจะสร้างแอนติบอดีต่อเซลล์เม็ดเลือดแดงของทารก และผ่านจากรกมายังทารกในครรภ์ ทำให้เกิดการแตกทำลายเม็ดเลือดแดงของทารก ปัญหาที่พบบ่อย ในประเทศไทย คือ กลุ่ม ABO incompatibility เกิดจากมารดามีเลือดหมู่ O ทารกหมู่ A หรือ B ส่วนกลุ่ม Rh incompatibility พบได้น้อยในคนไทย มารดามีหมู่เลือด Rh negative เมื่อตั้งครรภ์ที่ 2 ทารกมี Rh positive จะทำให้เม็ดเลือดของทารกถูกทำลายตั้งแต่อยู่ในครรภ์ จะทำให้ทารกซีด ตับ ม้ามโต มีอาการบวมทั้งตัวหัวใจวาย เรียกว่า hydrop fetalis ซึ่งทารกจะเสียชีวิตในครรภ์ (กรณีการวินิจฉัย, 2557) 1.2มีความผิดปกติของเยื่อหุ้มเม็ดเลือดแดง (red blood cell membrane defect) ทำให้เม็ดเลือดแดงแตกง่ายกว่าปกติ เช่น congenital spherocytosis หรือ infantile pyknocytosis เป็นต้น 1.3มีความผิดปกติของเอนไซม์ในเม็ดเลือดแดง เช่น G6PD deficiency หรือ pyruvate kinase deficiency เป็นต้น 1.4มีเลือดออกภายในร่างกาย ทำให้มีบิลิรูบินเข้าสู่กระแสเลือดมากกว่าปกติ เช่น cephalhematoma , ecchymosis, hemangioma หรือมีเลือดออกในลำไส้ เป็นต้น 1.5ภาวะเม็ดเลือดแดงเกิน(polycythemia) จากทารกในครรภ์มีการขาดออกซิเจนเรื้อรัง หรือการตัดสายสะดือช้า 1.6โรคธาลัสซีเมีย (thalassemia) 2.มีการดูดซึมของบิลิรูบินจากลำไส้เพิ่มขึ้น จากภาวะต่างๆ เช่นภาวะลำไส้ดูดน้ำหรูดของกระเพาะอาหารตีบ 3.มีการกำจัดบิลิรูบินลดลงจากท่อน้ำดีอุดตันรวมทั้งการขาดเอนไซม์บางชนิดแต่กำเนิด เช่น Gilbert syndrome (galatosemia) ภาวะขาดรีดักชันของเอนไซม์ แต่กำเนิด ได้รับยาบางชนิดที่แย่งจับอัลบูมินในเลือด เช่น

ซาลิไซเลต ซัลโฟนาไมด์ เป็นต้น 4.มีการสร้างบิลิรูบินเพิ่มร่วมกับการกำจัดบิลิรูบินได้น้อยลงได้แก่ ภาวะติดเชื้อในครรภ์ และหลังคลอด เช่น มีการติดเชื้อ TORCH, syphilis, hepatitis, CMV หรือ rubella และภาวะเกิดก่อนกำหนดจะมีระดับของ conjugate enzyme ในเลือดต่ำกว่าทารกเกิดครบกำหนด และน้ำหนักร่างกายที่น้อยกว่าทำให้ระดับบิลิรูบินที่ต้องรักษาค่าต่ำกว่าทารกเกิดครบกำหนด 5.มีการดูดซึมกลับของบิลิรูบินจากลำไส้มากขึ้น ทำให้การสะสมบิลิูบินเพิ่มขึ้น ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังนี้ 5.1breastfeeding jaundice พบได้ทารกอายุ 2-4 วัน ที่ได้รับนมแม่ไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่เกิดจากการที่เริ่มให้ทารกดูดนมแม่ช้า คุณแม่ไม่ถูกวิธี และให้นมไม่บ่อยพอ การที่ทารกดูดนมแม่ได้น้อยการได้รับพลังงานและน้ำไม่เพียงพอจึงมีอาหารผ่านลำไส้ได้น้อย ทำให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ช้า การขับถ่ายจึงน้อยลงด้วย จึงทำให้มีโอกาสเกิดการดูดกลับของสารบิลิรูบิน (enterohepatic reuptake) เพิ่มมากขึ้นจากการศึกษาของซูนาและคณะ พบว่าภาวะตัวเหลืองมีความสัมพันธ์กับการดูดนมแม่ต่อการได้รับน้ำนมไม่เพียงพอ และทำให้ทารกน้ำหนักลดลง นอกจากนั้นการดูดนมแม่มักมีความสัมพันธ์กับภาวะตัวเหลืองในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล การให้ทารกดูดนมแม่โดยเร็ว คุณบ่่อย และดูดอย่างถูกวิธี จะช่วยให้ทารกได้รับพลังงานและน้ำเพียงพอ และเป็นการขับบิลิรูบินออกจากลำไส้ ไม่ควรให้ทารกดูดนมแปล่าหรือกลูโคส เพราะจะทำให้ทารกดูดนมแม่ได้น้อยลง และไม่สามารถทำให้ระดับบิลิรูบินลดลงได้ 5.2breastmilk jaundice syndrome พบได้ในทารกอายุ 4-7 วัน กลไกการเกิดยังไม่แน่นอนบางสมมุติฐานกล่าวถึงฮอร์โมน pregnane-3-&, 20 B-diol ในน้ำนมแม่รบกวนความสามารถในการจับน้ำตาเลเข้าไปในบิลิรูบิน บางสมมุติฐานว่าอาจเป็น nonesterified long-chain fatty acid ในน้ำนมแม่ไปยับยั้ง hepatic glucuronyl transferase ทำให้มีการกั่งของ unconjugated bilirubin ภาวะนี้ไม่เป็นอันตรายสำหรับทารกเกิดครบกำหนด หากบิลิรูบินไม่เกิน 20 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ให้ได้รับการรักษาโดยการส่องไฟและให้นมทารก แต่หากบิลิรูบินมีแนวโน้มสูงขึ้นเกิน 25 มิลลิกรัม/เดซิลิตร อาจให้หยุดนมแม่ชั่วคราวประมาณ 12-24 ชั่วโมง โดยให้ทารกได้รับนมผสมป้อนชั่วคราว และให้กลับมาดูดนมแม่ต่อ และควรสังเกตภาวะตัวเหลืองต่อเนื่องจนถึง 14 วันหลังคลอด

เกณฑ์การวินิจฉัยการวินิจฉัยภาวะตัวเหลืองต้องแยกแยะว่าเกิดจากสาเหตุใด ภาวะตัวเหลืองจากสรีระ ภาวะหรือตัวเหลืองจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัยประกอบด้วยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (จันทราพร เสาวรส, 2562) ดังนี้ 1.การซักประวัติ ระยะเวลาของการแสดงอาการตัวเหลืองจะช่วยบ่งบอกถึงความเสี่ยงของทารกได้

ทารกที่มีอาการตัวเหลืองภายใน 24 ชั่วโมงหลังเกิดถือเป็นพยาธิสภาพที่ควรประเมินอย่างต่อเนื่องนอกจากนี้ประวัติบางอย่างสามารถช่วยวินิจฉัยสาเหตุของภาวะตัวเหลืองได้เช่น ประวัติในครอบครัวเป็นโรคเม็ดเลือดแดงแตกง่าย ได้แก่ บิดา Rh positive มารดา Rh negative มารดามีประวัติติดเชื้อในระหว่างตั้งครรภ์ เบาหวาน ได้รับยาบางชนิด การคลอดผิดปกติ การแท้งคุกคาม อาจบ่งบอกภาวะ Rh incompatibility ภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD ประวัติการคลอดของทารก ได้แก่ คะแนน Apgar ค่า การได้รับบาดเจ็บจากการคลอด การคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย การติดเชื้อในช่องคลอด คุณแม่ได้ไม่ผิด 2.การตรวจร่างกาย สามารถดูที่ผิวหนังของทารก อาจใช้แผ่นกระจก (slide) กดผิวหนัง หรือใช้วิธีรีดผิวหนัง (blanching) ที่หน้าผากหรือลำตัวที่ซิด โดยวางนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้กดกันบนผิวหนัง กดเบาๆพร้อมกับแยกนิ้วออกขณะที่ยังคงแรงกดไว้ที่ผิวหนัง เพื่อกดหลอดเลือดฝอยที่อยู่ใต้ผิวหนังไม่ให้มีกำขามเลือด เปรียบเทียบสีผิวหนังของทารกกับสีผิวหนังที่ฝ่ามือของผู้ตรวจว่าเหลืองชัดเจนหรือไม่ หรือดูที่ตาขาวของทารกว่าเหลืองหรือไม่ หากมองเห็นอาการเหลืองบริเวณใบหน้าและตาขาว ระดับบิลิรูบินจะอยู่ระหว่าง 6-8 มิลลิกรัม/เดซิลิตร อาการเหลืองมาถึงหัวไหล่ ลำตัว ระดับบิลิรูบินจะอยู่ระหว่าง 8-10 มิลลิกรัม/เดซิลิตร อาการเหลืองมาถึงลำตัวส่วนล่าง ระดับบิลิรูบินจะอยู่ระหว่าง 10-12 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และหากมองเห็นอาการเหลืองทั้งตัว ระดับบิลิรูบินจะอยู่ระหว่าง 12-15 มิลลิกรัม/เดซิลิตร 3.การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระดับบิลิรูบินในเลือดต้องทำทุกรายในทารกที่มีภาวะตัวเหลืองระดับ direct bilirubin ในทารกที่มีอาการเหลืองนานกว่า 2 สัปดาห์ หรือสงสัยว่าเกิดภาวะ cholestatic jaundice การตรวจหมู่เลือดมารดาและทารก เพื่อประเมินภาวะ blood group incompatibility (ABO,Rh), การตรวจ Direct Coombs, test เพื่อประเมินภาวะ blood group incompatibility,การตรวจนับเม็ดเลือดแดง (CBC) เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อในทารก, Peripheral blood smear เพื่อประเมินลักษณะของเม็ดเลือดแดงที่ผิดปกติและประเมินภาวะติดเชื้อ ,Glucose-6-Phosphatase เพื่อดูภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD โดยเฉพาะทารกเพศชาย,Reticulocyte count เพื่อสนับสนุนว่าเกิดภาวะ hemolysis การตรวจอื่นๆเมื่อมีข้อบ่งชี้ TSH ,T4 , urine reducing substance เป็นต้น

การรักษาภาวะตัวเหลือง 1.การรักษาโดยการส่องไฟ (phototherapy) พลังงานจากแสงสว่างโดยเฉพาะแสงสีฟ้าเขียว (blue-green light) จะช่วยลดระดับของซีรัมบิลิรูบินที่ละลายไขมันลงได้ โดยแสงจะทำปฏิกิริยาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของโมเลกุลของบิลิรูบินชนิดที่ไม่ละลายน้ำ ให้เป็นสารที่ละลายน้ำได้ โดยพลังงานของแสงจะทำให้บิลิรูบินแตกตัวเป็นโมเลกุลที่เล็กลง

และเหมาะสมที่จะถูกขับออกจากร่างกาย ซึ่งขับออกทางปัสสาวะและอุจจาระ⁹ ในทางปฏิบัติแสงสีฟ้าจะทำให้ผู้ดูแลทารกมีอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ ถ้าต้องดูแลทารกเป็นเวลานานอาจใช้หลอดไฟนีออนสีฟ้าสลับกับสีขาว โดยใช้หลอดสีฟ้า 4 หลอด ใส่ไว้ตรงกลางและแสงสีขาวใส่ไว้ 2 ข้างๆ ละ 2 หลอด รวมเป็น 8 หลอด โดยวางให้มีระยะห่างจากทารกประมาณ 35-50 เซนติเมตร ควรใช้ผ้ากันรอบแสงไฟทั้ง 3 ด้าน ให้ต่ำลงมา 10-20 นิ้ว เพื่อป้องกันการกระจายของแสง ในทารกที่มีบิลิรูบินสูงมากอาจเพิ่มจำนวนหลอดไฟในการรักษา และดูแลแสงไฟครอบคลุมผิวกายมากที่สุด โดยส่องขึ้นจากด้านล่างพร้อมกับด้านบน ปัจจุบันได้มีการนำแสงจาก fiberoptic มาใช้แทนแสงที่เกิดจากหลอดไฟธรรมดา วิธีนี้สามารถทำให้แสงที่มีความเข้มข้นผ่านแผ่นพลาสติกหรือผ้าห่มได้ ซึ่งสามารถห่อทารกได้ จึงทำให้ลดระดับบิลิรูบินได้ดีขึ้น (โสภภาพรณเงินจำ, 2559) 2.การรักษาโดยการเปลี่ยนถ่ายเลือด การเปลี่ยนถ่ายเลือดเป็นวิธีที่ช่วยลดระดับบิลิรูบินได้เร็วที่สุด ในรายที่ได้รับการรักษาโดยการส่องไฟแบบเข้มข้นแล้วไม่ได้ผล หรือเริ่มมีอาการของ acute bilirubin encephalopathy ในรายที่มีภาวะ ABO incompatibility, Rh incompatibility ยังช่วยลด antigen-antibody reaction ซึ่งเป็นกลไกที่ทำให้เม็ดเลือดแดงแตก มักใช้การเปลี่ยนถ่ายเลือดในรายที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะ Kernicterus นิยมใช้ CPD blood อายุน้อยกว่า 3-5 วัน (fresh whole blood) ปริมาณ 2 เท่าของปริมาณเลือดในร่างกายทารก (160 มิลลิกรัม/กิโลกรัม) ซึ่งจะสามารถลดระดับบิลิรูบินได้ประมาณร้อยละ 50 กรณี Rh incompatibility ใช้เลือด Rh negative หมู่ ABO เดียวกับทารก ส่วนกรณี Rh incompatibility ใช้เลือดหมู่ O หรือ PRC หมู่ O ร่วมกับ FFP หมู่ AB ที่เข้ากับเลือดมารดาได้ ก่อนทำการเปลี่ยนถ่ายเลือดควรอุ่นเลือดที่ใช้ให้เสียก่อน โดยใช้เครื่องอุ่นเลือดหรือ water bath การเปลี่ยนถ่ายเลือดต้องปฏิบัติในห้องที่ปลอดเชื้อ ประเมินสัญญาณชีพตลอดขณะเปลี่ยนถ่ายเลือด ปลายสายสวนหลอดเลือดดำทางสะดือควรอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ปริมาณเลือดที่ดูดออกไม่ควรเกินร้อยละ 10 ของปริมาตรเลือดในร่างกายโดยทั่วไปใช้ 3-5 มิลลิกรัม/กิโลกรัม ใช้เวลาทำการถ่ายเลือดทั้งหมด 60-90 นาที หลังจากนั้นควรส่องไฟรักษาเพื่อลดระดับบิลิรูบิน โดยทั่วไปในทารกครบกำหนด จำทำการเปลี่ยนถ่ายเลือดเมื่อระดับบิลิรูบินมากกว่า 20 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ถ้ามีเม็ดเลือดแดงแตก และมากกว่า 25 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ถ้าไม่มีเม็ดเลือดแดงแตก

ภาวะแทรกซ้อนจากการเปลี่ยนถ่ายเลือดอาจเกิดขึ้นได้แต่มีโอกาสน้อยมากได้แก่ 1.1 Infection : sepsis bacteremia, CMV, hepatitis, HIV 1.2 Hypothermia 1.3 Cardiovascular

instability: hypovolemia, hypervolemia, arrhythmia, embolism, thrombosis, infarction 1.4 Coagulopathy 1.5 Metabolic & electrolyte disorders: hypoglycemia, hyperkalemia, hyponatremia, hypernatremia, hypokalemia, acidosis 1.6 Other: NEC

บทบาทของพยาบาลในการดูแลทารกที่มีภาวะตัวเหลือง

1. การสอน พยาบาลผู้สอนต้องมีความใส่ใจและความพร้อมของมารดาและญาติผู้ดูแลเพื่อให้ได้รับความรู้และมีทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติ เช่น เนื้อหาที่สำคัญ ข้อบ่งชี้ ข้อห้าม การประเมินและแบ่งระดับความรุนแรงเปิดโอกาสให้มารดาซักถามข้อมูลต่างๆ รวมทั้งแนวทาง การดูแลทารกที่มีภาวะตัวเหลือง 2. การสนับสนุน ส่งเสริมให้กำลังใจมารดาและญาติผู้ดูแลเพื่อให้มีพลังในการดูแลทารกตัวเหลืองได้อย่างต่อเนื่องและช่วยลดความวิตกกังวล 3. การชี้แนะ มีการติดตามการดูแลทารกที่ได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ เพื่อให้ทารกตัวเหลืองได้รับการส่องไฟอย่างถูกต้องเปิดโอกาสให้บิดามารดาซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับภาวะตัวเหลืองเพื่อลดความวิตกกังวลและให้คำชี้แนะส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาโดยเฉพาะหากได้รับการรักษาโดยการส่องไฟควรกระตุ้นให้ทารกดูดนมมารดาทุก 2-3 ชั่วโมง และสนับสนุนให้มารดาอยู่ด้วยกันตลอด 24 ชั่วโมง โดยให้นมมารดาสม่ำเสมอ ช่วยลดระดับบิลิรูบินในเลือดของทารก ลดลงและหายจากภาวะตัวเหลืองเร็วขึ้น 4. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการประเมินสภาพทารกเป็นระยะ ทั้งติดตามประเมินอาการของทารก การดูแลทารก การวินิจฉัย และการรักษาของแพทย์ตลอดจนพฤติกรรมกรรมการดูแลทารกของผู้ดูแล 5. การจัดบรรยากาศ/สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ในการดูแลทารกตัวเหลืองโดยสะท้อนให้เห็นกระบวนการ/วิธีการในการดูแลทารกที่ถูกต้อง ต่อเนื่องและเหมาะสม 6. เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการดูแลทารกที่มีภาวะตัวเหลืองมาวางแผน เพื่อค้นหาสาเหตุและหาแนวทางในการดูแลทารกตัวเหลืองแต่ละรายให้มีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ลดจำนวนวันนอนรักษาโดยการส่องไฟ ลดอัตราการเปลี่ยนถ่ายเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการส่องไฟ 7. มีการจัดระบบการตรวจวัดค่าความเข้มแสงของเครื่องส่องไฟให้ได้มาตรฐานกับการใช้งาน และพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงกับตัวเหลืองแต่ละราย 8. ส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาขณะอยู่โรงพยาบาล และให้คำแนะนำวิธีการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาเมื่อกลับบ้าน

ภาวะซีดในทารกแรกเกิด ภาวะซีดหรือภาวะโลหิตจางในเด็ก หมายถึงภาวะที่มีความเข้มข้นของเลือดหรือปริมาณเม็ดเลือดแดงน้อยกว่าปกติ โดยภาวะซีดในทารกแรกเกิดนั้นไม่ได้เกิด

จากการขาดธาตุเหล็กดังที่พบในเด็กเล็กหรือเด็กโต ดังนั้นหากเกิดภาวะซีดขึ้นก็จะต้องหาสาเหตุเพื่อการรักษาต่อไป

สาเหตุ ภาวะซีดในทารกแรกเกิดซีดจากการเสียเลือด ไม่ว่าจะเป็นการเสียเลือดตั้งแต่ก่อนคลอดจากการถ่ายเทเลือดไปที่รกหรือถ่ายเลือดไปให้ผ่าคลอดในกรณีที่เป็นการผ่าคลอดหรือซีดจากการที่เม็ดเลือดแดงแตกเช่น โรคผนังเซลล์ของเม็ดเลือดแดงมีความผิดปกติ โรคเม็ดเลือดแดงแตกง่าย เช่น ธาลัสซีเมียชนิดอัลฟ่าหรือเม็ดเลือดแดงแตกจากการที่เลือดแม่ลูกไม่เข้ากันและซีดจากการที่ทารกผลิตเม็ดเลือดแดงได้น้อยกว่าปกติ เช่น มีความผิดปกติของการสร้างเม็ดเลือดแดงแต่กำเนิด จากยา หรือทารกคลอดก่อนกำหนด (หรรษมน โพร้ผ่าน, 2564)

การวินิจฉัยภาวะซีด ทารกที่มีภาวะซีด ควรได้รับการประเมินโดยอาศัยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นเท่าที่จำเป็นเพื่อหาสาเหตุและการวินิจฉัย ร่วมกับการซักประวัติที่สำคัญ ประวัติโลหิตจางของคนในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยอื่นๆ ของทารก

อาการและอาการแสดง ทารกที่มีภาวะซีดหรือภาวะโลหิตจางจะมีสีที่ดูซีดลงโดยเฉพาะที่เยื่อต่างๆ เช่น ริมฝีปาก ลิ้น เยื่อตา ในบางรายอาจมีตัวเหลืองร่วมด้วย ทารกอาจมีอาการกระสับกระส่าย ไม่ค่อยยอม ดูดนม น้ำหนักไม่ค่อยขึ้น แม้จะให้นมอย่างเต็มที่ หรือแม้กระทั่งมีอาการเขียวหรือหยุดหายใจ

การรักษาทารกที่มีภาวะซีด สิ่งที่สำคัญที่สุดในการดูแลรักษาทารกที่มีภาวะซีดได้แก่การวินิจฉัยหาสาเหตุ การซักประวัติ การคลอด ประวัติปัจจุบัน ประวัติเลือดออกผิดปกติ การฝากครรภ์ของมารดาและประวัติครอบครัว การตรวจร่างกายอย่างละเอียด การตรวจทางห้องปฏิบัติการดูความเข้มข้นของเลือด อาจมีความจำเป็นต้องตรวจเลือดบิดา มารดาเพื่อหาสาเหตุที่เกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ซึ่งการรักษาภาวะซีด ก็ขึ้นกับสาเหตุเป็นหลัก โดยการรักษาอาจให้ยาทิน การให้ธาตุเหล็ก แต่ส่วนใหญ่หากมีภาวะซีดมาก หรือทารกมีสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงก็มีความจำเป็นต้องให้เลือดทางเส้นเลือดดำเพื่อเพิ่มความเข้มข้นเลือดเพิ่มสูงขึ้นและสัญญาณชีพกลับสู่ภาวะปกติ ร่วมกับการรักษาภาวะซีดต่อไป

กรณีศึกษา

ทารกเพศชาย อายุ 1 วัน เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพในปกครอง เป็นบุตรคนแรกของครอบครัว มารดาอายุ 29 ปี อาชีพ รับราชการ อายุครรภ์ 39 สัปดาห์

ฝากครรภ์ทั้งหมด 5 ครั้ง ผลเลือดซีฟิไลส ไวรัสตับอักเสบชนิดบี ไวรัสเอดส์ ไม่พบเชื้อไม่มีโรคแทรกซ้อนทางสูติกรรม คลอดด้วยวิธีผ่าตัด ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว วันที่ 13 กันยายน พ.ศ. 2565 เวลา 10.02 น. น้ำหนักแรกเกิด 3,470 กรัม เวลา Apgar score นาที ที่ 1 เท่ากับ 9 คะแนน (หักสีผิว 1 คะแนน) ที่ 5 นาที เท่ากับ 10 คะแนน น้ำคร่ำไม่มีขี้เทาปน ด้วยยาว 52 cm. รอบศีรษะ 33 cm. รอบอก 34 cm. แรกเกิดทารกร้องดี อัตราการหายใจ 56 ครั้งต่อนาที ค่าอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดผ่านทางผิวหนังเท่ากับ 100 % ขี้เทาจากห้องผ่าตัด มาสังเกตอาการในห้องคลอด เวลา 10.30 น. ทารกหายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 64 ครั้งต่อนาที มี mild subcostal retraction และ grunting แพทย์ให้ พิจารณา on Nasal prong PIP 18 เซนติเมตรน้ำ PEEP 5 เซนติเมตรน้ำ นาทีที่ 28 ทารกหายใจหอบเหนื่อย และหายใจมีเสียงคราง (grunting) มากขึ้น อัตราการหายใจ 64 ครั้งต่อนาที ปรับ Nasal prong PIP 20 เซนติเมตรน้ำ PEEP 5 เซนติเมตรน้ำ ค่าอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดผ่านทางผิวหนังเท่ากับ 100 % ค่าระดับน้ำตาลในเลือดได้เท่ากับ 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 50-150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ความเข้มข้นเลือดของเม็ดเลือดแดงเท่ากับ 45 กรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 45-65 กรัมต่อเดซิลิตร) อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 170 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 64 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 50/27 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้ย้ายมาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย วันที่ 13 กันยายน พ.ศ. 2565 เวลา 11.25 น. แรกแรกที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย ทารกรู้สึกตัวดี หายใจมี mild subcostal retraction ไม่มี grunting ไม่มี cyanosis ตาไม่มี discharge ท้องไม่อืด สะดือไม่มี bleed การรักษา ใส่เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมความดันทางจมูก on NIPPV Ventilator setting RR 50 ครั้งต่อนาที PIP 20 เซนติเมตรน้ำ PEEP 5 เซนติเมตรน้ำ Ti 0.6 วินาที Fio2 0.3 % หายใจเหนื่อยออกป่นเล็กน้อย ไม่มีหายใจมีเสียงคราง (grunting) อัตราให้สารน้ำชนิด 10% DW ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 10 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง งดให้สารอาหารทางปาก ใส่สายยางให้อาหาร เปิดปลายสายต่อลงถุงไม่มี content เจาะเลือดส่งตรวจโลหิตวิทยา ส่งตรวจเพาะเชื้อ เจาะ CBG หลัง on ใส่เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมความดันทางจมูก on NIPPV Ventilator setting RR 50 ครั้งต่อนาที PIP 20 เซนติเมตรน้ำ PEEP 5 ส่งถ่ายภาพรังสีทรวงอก และส่งตรวจเลือดทางโลหิตวิทยาพบว่า ฮีโมโกลบิน 14.4 กรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 12-15 กรัมต่อเดซิลิตร) ความเข้มข้นเลือดของเม็ดเลือดแดงเท่ากับ 45 กรัมต่อเดซิลิตร ปริมาณเม็ดเลือดขาว 14,700 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิกรัม (ค่าปกติ 9,000-30,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิกรัม) ปริมาณเกล็ดเลือด 278,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิกรัม (ค่าปกติ

140,000-400,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิกรัม) ระดับน้ำตาลในเลือดได้เท่ากับ 90 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร CBG หลัง on NIPPV pH 7.233 (ค่าปกติ 7.35 - 7.45), pCO2 57.7 (ค่าปกติ 32-48 มิลลิเมตรปรอท) pO2 35.8 (ค่าปกติ 83-108 มิลลิเมตรปรอท) ,HCO3 24.6 (ค่าปกติ 21 -29 มิลลิโมลต่อลิตร), ค่าอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด เท่ากับ 60.3 เปอร์เซนต์ (ค่าปกติ 95-99 เปอร์เซนต์) ภาพถ่ายรังสีทรวงอก พบ sunburst สัญญาณชีพแรกแรกที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย อุณหภูมิร่างกาย 38.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 160 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 64 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 76/36 มิลลิเมตรปรอท ค่าอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดผ่านทางผิวหนังเท่ากับ 100 % น้ำหนักแรกเกิด 3,470 กรัม ถ่ายเป็นขี้เทา 1 ครั้ง ปัสสาวะ 1 ครั้ง วันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2565 ทารกอายุ 1 วัน รู้สึกตัวดี หายใจไม่หอบไม่มี retraction ไม่มี grunting ไม่มี cyanosis ตาสะอาดไม่มี discharge ท้องไม่อืด ใส่สายยางให้อาหารเปิดปลายสายต่อลงถุงไม่มี content ตัวเหลือง เวลา 00.41 น. บิลิรูบินเท่ากับ 8.19 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 5-7 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ความเข้มข้นความเข้มข้นเลือดของเม็ดเลือดแดงเท่ากับ 40 กรัมต่อเดซิลิตร รายงานแพทย์ให้ ส่งไปรักษา (Single photo) เวลา 01.20 น. เจาะเลือดหาสาเหตุของภาวะตัวเหลือง ผล G6PD Normal, Direct coombs test Positive, Blood group บิลิรูบินเท่ากับ 11.87 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ความเข้มข้นเลือดของเม็ดเลือดแดงเท่ากับ 40 กรัมต่อเดซิลิตร เวลา 10.45 น. เปลี่ยนเครื่องช่วยหายใจเป็น mode NCPAP เซนติเมตรน้ำ Fio2 0.3% หลังเปลี่ยน ทารกหายใจไม่หอบเหนื่อย ให้นมทางสายยาง 15 มิลลิลิตร ทุก 3 ชั่วโมง ให้สารน้ำชนิด 10% DW ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ใส่สายสวนเส้นเลือดดำทางสะดือเบอร์ 5 ลึก 8 เซนติเมตร ภาพถ่ายรังสีทรวงอกครั้งที่ 2 ไม่พบ sunburst เวลา 15.00 น. บิลิรูบินเท่ากับ 11.09 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ความเข้มข้นเลือดของเม็ดเลือดแดงเท่ากับ 35 กรัมต่อเดซิลิตร แพทย์ให้เลือดเป็น LPRC จำนวน 35 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 8.75 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง แต่มารดาเลือด group O, Rh positive ทารกเลือด group B, Rh positive การทำ cross match เลือด group B ไม่ผ่าน แพทย์เปลี่ยนเป็น ให้เลือด LPRC group O จำนวน 35 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 8.75 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง แทน งดให้สารน้ำ 10% DW ขณะให้เลือด และระหว่างให้เลือดทารกไม่มีอาการผิดปกติ ทารกตัวแดงขึ้นและตัวเหลืองเท่าๆเดิม ไม่มีชักเกร็ง ให้นมทางสายยางนมรับได้ ไม่อาเจียน ท้องไม่อืด สะดือไม่แดง สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8- 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 126-148 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 56-62 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 63/38 -72/47 มิลลิเมตรปรอท

ค่าอิมตัวของออกซิเจนในเลือดวัดผ่านทางผิวหนังเท่ากับ 99-100 % อุจจาจะเป็นไข้ 2 ครั้ง ปัสสาวะ 3 ครั้ง สีเหลืองใส น้ำหนัก 3,475 กรัม วันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2565 ทารกอายุ 2 วัน รู้สึกตัวดี หายใจไม่หอบเหนื่อย on NCPAP Ventilator setting PEEP 5 เซนติเมตรน้ำ Fio2 0.3% ส่องไฟรักษา ใส่สายยางให้อาหาร ใส่สายสวนเส้นเลือดดำที่สะดือให้สารน้ำชนิด 10% DNS อัตราการไหล 4 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้นมทางสายยาง 25 มิลลิลิตร ทุก 3 ชั่วโมง เวลา 12.30 น. off NCPAP เปลี่ยนเป็นให้ออกซิเจนผ่านทางสายยางคู้ข้างมูก (canular) อัตราไหล 2 ลิตรต่อนาที ทารกไม่หอบเหนื่อย ผลเพาะเชื้อในเลือดที่ส่ง วันที่ 13 กันยายน พ.ศ. 2565 ไม่พบเชื้อ เวลา 15.00 น. บิลิรูบินเท่ากับ 11.56 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ความเข้มข้นเลือดของเม็ดเลือดแดงเท่ากับ 43 กรัมต่อเดซิลิตร ทารกยังตัวเหลือง ไม่มีชักเกร็ง นมรับได้ ท้องไม่อืด สะดือไม่แดง สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.7- 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 126-148 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 56-62 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 63/38 -72/47 มิลลิเมตรปรอท ค่าอิมตัวของออกซิเจนในเลือดวัดผ่านทาง ผิวหนังเท่ากับ 99-100 % อุจจาจะเป็นไข้ 2 ครั้ง ปัสสาวะ 3 ครั้ง สีเหลืองใส น้ำหนัก 3,450 กรัม วันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2565 ทารกอายุ 3 วัน รู้สึกตัวดี หายใจสม่ำเสมอ ให้ออกซิเจนผ่านทางสายยางคู้ข้างมูก อัตราไหล 2 ลิตรต่อนาที ส่องไฟรักษา ใส่สายยางให้อาหาร ใส่สายสวนเส้นเลือดดำที่สะดือให้สารน้ำชนิด 10% DNS อัตราการไหล 4 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้นมทางสายยาง 35 มิลลิลิตร ทุก 3 ชั่วโมง ทารกรับนมได้ เวลา 10.00 น. ถอดสายสวนเส้นเลือดดำที่สะดือ และหยุดให้สารน้ำชนิด 10% DNS สะดือไม่มีเลือดออก ผลบิลิรูบินในเลือดเท่ากับ 8.94 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ความเข้มข้นเลือดของเม็ดเลือดแดงเท่ากับ 50 กรัมต่อเดซิลิตร แพทย์หยุดส่องไฟ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.7- 37.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 118-140 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 58-62 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 62/38 -90/50 มิลลิเมตรปรอท ค่าอิมตัวของออกซิเจนในเลือดวัดผ่านทางผิวหนังเท่ากับ 100% อุจจาจะเป็นสีเขียวปนเหลือง 3 ครั้ง ปัสสาวะ 3 ครั้ง สีเหลืองใส น้ำหนัก 3,310

กรัม วันที่ 17 กันยายน พ.ศ. 2565 ทารกอายุ 4 วัน รู้สึกตัวดี หายใจสม่ำเสมอไม่มี retraction ไม่มี grunting ไม่มี cyanosis ตัวไม่เหลือง ไม่ซึม ให้ออกซิเจนผ่านทางสายยางคู้ อัตราไหล 2 ลิตรต่อนาที ยังใส่สายยางให้อาหาร เวลา 10.30 น. หยุดให้ออกซิเจนผ่านทางสายยางคู้ ทารกไม่หอบเหนื่อย ไม่มี desaturation ให้นมทางสายยาง 50 มิลลิลิตร ทุก 3 ชั่วโมง ทุก 3 ชั่วโมง ทารกรับนมได้ เวลา 15.00 น. ฝึกกระตุ้นดูดนม ทารกดูดนมแม่จากเต้าได้ดี ถอดสายยางให้อาหาร สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8- 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 116-156 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 60-62 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 62/35-86/50 มิลลิเมตรปรอท ค่าอิมตัวของออกซิเจนในเลือดวัดผ่านทางผิวหนังเท่ากับ 100 % อุจจาจะเป็นสีเหลือง 5 ครั้ง ปัสสาวะ 3 ครั้ง สีเหลืองใส น้ำหนัก 3,370 กรัม วันที่ 18 กันยายน พ.ศ. 2565 ทารกอายุ 5 วัน รู้สึกตัวดี หายใจสม่ำเสมอ ไม่หอบเหนื่อย ตัวไม่เหลือง ไม่ซึมดูดนมแม่จากเต้าได้ดี ท้องไม่อืด ตาและสะดือไม่มี discharge แพทย์วางแผนจำหน่ายวันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2565 สอนมารดา อาบน้ำและทำความสะอาดสะดือของบุตร มารดาปฏิบัติได้ถูกต้อง แนะนำสังเกตอาการผิดปกติ แนะนำการให้อาหารทารก ฉีดวัคซีนวัคซีนป้องกันวัณโรคและแนะนำการฉีดวัคซีนครั้งต่อไปเมื่อบุตรอายุ ได้ 2 เดือน มารดาเข้าใจ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.0- 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 124-160 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 56-60 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 76/48 -80/52 มิลลิเมตรปรอท ค่าอิมตัวของออกซิเจนในเลือดวัดผ่านทางผิวหนังเท่ากับ 100 % อุจจาจะเป็นสีเหลือง 8 ครั้ง ปัสสาวะ 3 ครั้ง สีเหลืองใส น้ำหนัก 3,300 กรัม วันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2565 ทารกอายุ 6 วัน รู้สึกตัวดี หายใจสม่ำเสมอ ไม่หอบเหนื่อย ตัวไม่เหลือง ไม่ซึมดูดนมแม่จากเต้าได้ดี ท้องไม่อืด ตาและสะดือไม่มี discharge แพทย์ จำหน่ายเวลา 12.00 น. สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 136 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 56 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 78/46 มิลลิเมตรปรอท ค่าอิมตัวของออกซิเจน ในเลือดวัดผ่านทางผิวหนังเท่ากับ 100 % อุจจาจะเป็นสีเหลือง 3 ครั้ง ปัสสาวะ 3 ครั้ง สีเหลืองใส น้ำหนัก 3,285 กรัม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

วินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากมีน้ำเหลืองอยู่ในปอดมากกว่าปกติ ข้อมูลสนับสนุน 1. ทารกหายใจ มี retraction มี grunting 2. อัตราการหายใจ 64 ครั้งต่อนาที 3. ภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบ sunburst 4. เจาะ CBG SO₂ เท่ากับ 60.3%	1. ประเมินสัญญาณชีพที่บ่งบอกถึงอาการพร่องออกซิเจนเช่นอาการหอบเหนื่อยหายใจลำบากเขียวทุก 1 ชั่วโมง ถ้าปกติทุก 4 ชั่วโมง พร้อมบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 2. monitor O₂ Saturation ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าพบ O₂ saturation ในร่างกายต่ำกว่า 95% รายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาทันที่ 3. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา ใช้ผ้าห่มบริเวณไหล่ เพื่อเปิดทางเดินหายใจที่โล่งให้อากาศผ่านเข้าออกได้สะดวก ดูแลเสมหะให้ทารกเมื่อมีเสมหะ 4. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง หรือตามความเหมาะสมเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะ O₂ saturation 5. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ มีประสิทธิภาพ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับออกซิเจน คือ ดูแลให้ on NIPPV FiO₂ 0.3% RR 50 PIP 20 mmHg PEEP 5 cmH₂O Ti 0.6 ตามแผนการรักษา และดูแลผิวหนังบริเวณจมูกไม่ให้เกิดการกดทับและอันตรายต่อ nasal septum 6. ดูแลให้ทารกพักผ่อนอย่างเต็มที่และจัดชั่วโมงสงบให้แก่ทารก โดยปิดไฟเพื่อลดเสียง ลดการพูดคุยที่ใช้เสียงดัง 7. จัดกิจกรรมการพยาบาลพร้อมกัน หลีกเลี่ยงการกระตุ้นทารกโดยไม่จำเป็นเพื่อลดการใช้ออกซิเจนกิจกรรม การพยาบาลพร้อมกัน การประเมินผล ทารกหายใจไม่มี retraction ไม่มี grunting ไม่มี cyanosis สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 36.8- 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 116-160 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 56-62 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 62/35-86/50 มิลลิเมตรปรอท O₂ Saturation 99-100 %
เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ข้อมูลสนับสนุน 1. ทารกหายใจ มี retraction มี grunting 2. แรกได้รับอุณหภูมิร่างกาย 38.0 องศาเซลเซียส	1. ประเมินอาการของภาวะติดเชื้อ เช่น มีไข้ ชีพ ไม่คลื่อนม อาเจียน ท้องอืดถ่ายเหลว 2. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง หรือตามความเหมาะสมเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย 3. จำกัดการเข้าเยี่ยม แนะนำมารดาให้ล้างมือทุกครั้งก่อนสัมผัสทารก 4. ให้การพยาบาลโดยใช้หลัก aseptic technique และป้องกัน cross infection โดยล้างมือก่อนและหลังการสัมผัสทารกทุกครั้ง โดยยึดหลัก 5 moment เพื่อป้องกันการแพร่กระจาย 5. แยกอุปกรณ์เครื่องใช้ เช่น ป้อน, Stethoscope , สำลีเช็ดกันเด็กเพื่อป้องกันการแพร่กระจาย 6. ทำความสะอาดร่างกาย เช็ดตาและสะดือวันละ 2 ครั้ง 7. ดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อมรอบตัวทารก เพื่อป้องกันการติดเชื้อ การประเมินผล ทารกไม่ไข้ ร้องเสียงดัง เคลื่อนไหวร่างกายได้ดี รับนมได้ดี ท้องไม่อืด ไม่มีไข้ ผลเพาะเชื้อในเลือดไม่พบเชื้อ

วินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ภาวะตัวเหลืองเนื่องจากการแตกทำลายของเม็ดเลือดแดง ข้อมูลสนับสนุน 1. วันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2565 ทารก อายุ 1 วัน บิลิรูบินเท่ากับ 8.19 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ความเข้มข้นความเข้มข้นเลือดของเม็ดเลือดแดงเท่ากับ 40 กรัมต่อเดซิลิตร 2. มารดาเลือด group O Rh positive 3. ทารกผิวสีเหลือง	1. ส่องไฟรักษา โดยถอดเสื้อผ้าทารกออกนุ่งเฉพาะผ้าอ้อม ปิดตาทารก ให้สนิทและให้ทารกอยู่ห่างจากหลอดไฟ 45-50 เซนติเมตร 2. เปลี่ยนผ้าปิดตาวันละ 2 ครั้ง และขณะเปลี่ยนผ้าปิดตา จ้องหน้าทารก เพื่อกระตุ้นการมองเห็นและเปิดตาทารกเมื่อมารดาเข้าเยี่ยมหรือให้นมเพื่อส่งเสริมสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก 3. ดูแลให้ทารกได้รับนมอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย 4. พลิกตะแคงตัวทารกทุก 2 ชั่วโมง เพื่อให้ผิวหนังทุกส่วนได้รับการส่องไฟอย่างทั่วถึง 5. สังเกตและบันทึกอาการข้างเคียงที่เกิดจากการส่องไฟรักษา เช่น ผื่นขึ้น ถ่ายเหลวหรือผิวหนังไหม้ ขากน้ำ ปัสสาวะออกน้อยหรือมีไข่ 6. สังเกตอาการผิดปกติเช่น ชีพลง ตัวเหลืองมากขึ้น คุณนมไม่ดี ร้องเสียงแหลม เกร็ง กระตุก ชัก รายงานแพทย์ให้การรักษาทันที 7. สังเกตการขับถ่ายของทารก ลักษณะ ปริมาณ ทุกเวร การประเมินผล ทารกตัวเหลืองลดลง วันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2565 บิลิรูบินเท่ากับ 8.19 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ความเข้มข้นความเข้มข้นเลือดของเม็ดเลือดแดงเท่ากับ 40 กรัมต่อเดซิลิตร วันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2565 บิลิรูบินเท่ากับ 11.56 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ความเข้มข้นเลือดของเม็ดเลือดแดงเท่ากับ 43 กรัมต่อเดซิลิตร บิลิรูบินเท่ากับ 8.94 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ความเข้มข้นเลือดของเม็ดเลือดแดงเท่ากับ 50 กรัมต่อเดซิลิตร ทารกตัวเหลืองลดลงไม่มีชักเกร็ง กระตุก ให้นมทางสายยางรับนมได้ อุจจาระเป็นขี้เทา 2 ครั้ง ปัสสาวะ 3 ครั้ง สีเหลืองใส
มีภาวะช็อคเนื่องจากการแตกทำลายของเม็ดเลือดแดง ข้อมูลสนับสนุน 1. วันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2565 เวลา 15.00 น. ความเข้มข้นเลือดของเม็ดเลือดแดงเท่ากับ 35 กรัมต่อเดซิลิตร 2. ทารกผิวซีด	1. ประเมินอาการและและอาการแสดงของภาวะช็อค เช่น หายใจเหนื่อย มี desaturation Apnea capillary refill time > 3 sec 2. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง หรือตามความเหมาะสม เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นหัวใจ O₂ Sat การหายใจ ความดันโลหิตของทารก พร้อมบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง 3. ดูแลให้พักผ่อน จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความต้องการ การใช้พลังงานและออกซิเจนของร่างกาย 4. ให้เลือด LPBC group O จำนวน 35 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 8.75 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษา สังเกตอาการผิดปกติขณะให้เลือด 6. ติดตามค่าความเข้มข้นเลือดของเม็ดเลือดแดงหลังได้เลือด เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการรักษาของแพทย์ การประเมินผล ทารกร้องดี ไม่ซึม ไม่ซีด ผิวสีแดง ไม่มี desaturation Apnea capillary refill time < 3 sec อัตราการเต้นของหัวใจ 116-160 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 56-62 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 62/35-86/50 มิลลิเมตรปรอท O₂ Sat 99-100 % วันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2565 เวลา 06.00 น. ความเข้มข้นเลือดของเม็ดเลือดแดงมากกว่า 43 กรัมต่อเดซิลิตร วันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2565 เวลา 06.00 น. ความเข้มข้นเลือดของเม็ดเลือดแดงเท่ากับ 50 กรัมต่อเดซิลิตร

วินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เสี่ยงต่อภาวะขาดสารน้ำและอาหารเนื่องจากไม่สามารถรับอาหารทางปากได้จากภาวะหายใจเร็ว ข้อมูลสนับสนุน 1.ทารกหายใจเร็ว อัตราการหายใจ 64 ครั้งต่อนาที 2.งคให้สารอาหารทางปากในวันแรกที่ทารกหายใจหอบ 3.น้ำหนักแรกเกิด 3,470 กรัม วันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2565 เวลา 06.00 น. น้ำหนัก 3,310 กรัม ลดลง 160 กรัม	1. ประเมินความสามารถในการรับสารอาหารของทารก โดยประเมินการดูดกลืน อาการอาเจียน สำรอก ท้องอืด รับ feed ได้ไม่มี gastric content เหลือ 2. ดูแลกระตุ้นการดูดกลืนให้ทารก โดยการนวดสัมผัสด้วยนิ้วมือบริเวณรอบปาก ภายในปากและลิ้นของทารก 3. ดูแลให้ทารกได้รับนมทางสายยาง 15 มิลลิลิตร ทุก 3 ชั่วโมง 4. หลังการให้นมจัดทำทารกให้นอนคว่ำ ศีรษะสูงเล็กน้อย เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับของนม 5. จดบันทึก ลักษณะ สี และจำนวน ของ gastric content เพื่อประเมินว่าทารกสามารถรับอาหารได้หรือไม่ 6. ประเมินและจดบันทึกการขับถ่ายของทารก เพื่อประเมินว่าได้รับสารอาหารเพียงพอหรือไม่ 7. ชั่งน้ำหนักทารกทุกวัน เพื่อประเมินน้ำหนักของทารกภายหลังได้รับการรักษา ว่าได้รับสารอาหารเพียงพอหรือไม่ 8. ดูแลให้ทารกได้รับสารน้ำ 10% DW ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง การประเมินผล ทารก Active รับนมทางสายยางได้ ไม่สำรอกนม ไม่มี content เหลือ ท้องไม่อืด วันที่ 17 กันยายน 2565 น้ำหนัก 3,370 กรัม วันที่ 18 กันยายน 2565 น้ำหนัก 3,300 กรัม วันที่ 19 กันยายน พ.ศ.2565 น้ำหนัก 3,285 กรัม น้ำหนักยังไม่เพิ่มขึ้น อาจจะเป็นสีเขียวปนเหลืองวันละ 2-6 ครั้ง ปัสสาวะวันละ 3-6 ครั้ง สีเหลืองใส
บิดา-มารดา วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร ข้อมูลสนับสนุน 1.บิดาและมารดาสอบถามอาการป่วยและแผนการรักษาของบุตร 2.ทารกแรกเกิดหายใจเร็วถูกแยกจากมารดามารักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบิดา มารดาเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ 2. อธิบายสาเหตุและพยาธิสภาพของทารกที่เป็นอยู่ ให้ข้อมูลและเหตุผลของการรักษาพยาบาล เพื่อให้บิดา มารดาเกิดความเข้าใจ มั่นใจและสบายใจ 3. เปิดโอกาสให้บิดา มารดาได้เยี่ยมบุตรตามความเหมาะสม 4. เปิดโอกาสให้บิดา มารดาซักถามข้อสงสัยและตอบคำถามพร้อมทั้งอธิบายเพิ่มเติมในสิ่งที่บิดามารดายังไม่เข้าใจ 5. เป็นสื่อกลางในการติดต่อระหว่างบิดา มารดากับแพทย์เพื่อรับทราบความก้าวหน้าและแนวทางการรักษาโรค เพื่อคลายความวิตกกังวล การประเมินผล บิดา มารดาได้รับทราบอาการของทารกอย่างต่อเนื่อง สีหน้าวิตกกังวลลดลง ยิ้มแย้มมากขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษา มาเยี่ยมทารกได้บ่อยขึ้น ป้อนนมให้ทารกได้มื้อละ 2-3 ออนซ์และนำมาส่งให้ โดยขณะที่มารดามาเยี่ยมทารก มารดามีสัมพันธภาพที่ดีโดยการสัมผัสทารก พูดยิ้มร้องตามทารก

สรุปกรณีศึกษา

ทารกเพศชาย อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ by LMP น้ำหนักแรกคลอด 3,470 กรัม มารดาอายุ 29 ปี แรกคลอดทารกรู้สึกตัวดี หายใจอกนุ่ม หายใจมีเสียงคราง (grunting) อัตราการหายใจ 64 ครั้งต่อนาที ค่าอิมพัลของออกซิเจนในเลือดวัด

ผ่านทางผิวหนังเท่ากับ 100% แพทย์พิจารณา on Nasal prong PIP 18 เซนติเมตรน้ำ PEEP 5 เซนติเมตรน้ำ นาที่ที่ 28 ทารกหายใจหอบเหนื่อย และหายใจมีเสียงคราง (grunting) มากขึ้น อัตราการหายใจ 64 ครั้งต่อนาที ค่าอิมพัลของออกซิเจนในเลือดวัดผ่านทางผิวหนังเท่ากับ 100 % แพทย์

ปรับเพิ่ม Nasal prong PIP 20 เซนติเมตรน้ำ PEEP 5 เซนติเมตรน้ำ และย้ายทารกมาดูแล ต่อที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย (SNB) แรกได้รับรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย ทารกรู้สึกตัวดี ตื่นร้อง ใส่เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมความดันทางจมูก on NIPPV Ventilator setting RR 50 ครั้ง ต่อนาที PIP 20 เซนติเมตรน้ำ PEEP 5 เซนติเมตรน้ำ Ti 0.6 วินาที Fio2 0.3 %หายใจเหนื่อยออกบูมเล็กน้อย ไม่มีหายใจมีเสียงกราง (grunting) อัตราการหายใจ 64 ครั้ง ต่อนาทีค่าอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดผ่านทางผิวหนัง เท่ากับ 100 % ไม่มีเสมหะ ดูแลงก์ทำนอนศีรษะสูง 30 องศา สังเกตสภาพถ่ายรังสีปอดพบปอดมีการขยายตัว (Aeration) 8 ช่องครึ่ง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ลักษณะมีน้ำในปอดและเชื้อหุ้มปอด (sunburst appearance) ไม่มีฝ้าขาว ผล CBG ค่า pH = 7.233, pCO₂ = 57.7 มิลลิเมตรปรอท, pO₂ = 35.8 มิลลิเมตรปรอท, HCO₃ = 24.6 มิลลิโมลต่อลิตร, BE = -3.3 มิลลิโมลต่อลิตร มีภาวะ Respiratory acidosis ในร่างกาย จากกลไกการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ จากการที่ปอดมีน้ำคั่ง เหลือมากกว่าปกติเนื่องจากไม่ผ่านกระบวนการคลอดทางช่องคลอด ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 10% DW 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ อัตราไหล 10 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง ให้ังดสารอาหารทางปากตามแผนการรักษาและเฝ้าระวัง ตำแหน่งที่ให้สารน้ำไม่ให้บวมแดง แรกได้รับมีใช้ออกซิเจนในร่างกาย 38.0 องศาเซลเซียส DTX 95 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ HCT เท่ากับ 42 กรัมต่อเดซิลิตร หลังจากนั้นติดตาม DTX ทุก 6 ชั่วโมงระดับ DTX อยู่ช่วง 85-144 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ติดตามอาการต่อทารกหายใจไม่หอบเหนื่อย ไม่มีออกบูม ไม่มีหายใจมีเสียงกราง (grunting) อายุ 1 วันหายใจไม่หอบเหนื่อย ไม่มีออกบูม ไม่มีหายใจมีเสียงกราง (grunting) on NCPAP Ventilator setting PEEP 5 เซนติเมตรน้ำ Fio2 0.3% เริ่มให้นมทางสายยาง 15 มิลลิกรัม 8 มื้อรับนมได้ไม่มี content เหลือ ท้องไม่อืด และใส่สายสวนหลอดเลือดดำทางสะดือต่อ ด้วย 10% DW 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ อัตราไหล 5 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง สังเกตสภาพถ่ายรังสีปอดพบปอดมีการขยายตัว (Aeration) 8 ช่อง ไม่มีน้ำในปอดและเชื้อหุ้มปอด ต่อมาภาวะบิลิรูบินในเลือดสูง ผล 8.19 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ความเข้มข้นความเข้มข้นเลือดของเม็ดเลือดแดงเท่ากับ 40 กรัมต่อเดซิลิตร On single Photo และติดตามค่าบิลิรูบินหลัง On single Photo ได้ 4 ชั่วโมงมีภาวะซีดร่วมด้วย ผล 11.09 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ความเข้มข้นความเข้มข้นเลือดของเม็ดเลือดแดงเท่ากับ 35 กรัมต่อเดซิลิตร แพทย์มีแผนการรักษา ให้เลือดเป็น LPRC จำนวน 35 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 8.75 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง แต่มารดาเลือด group O, ทารกเลือด group B การทำ cross match เลือด group B ไม่ผ่าน แพทย์เปลี่ยนเป็นให้เลือด LPRC group O จำนวน

35 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 8.75 มิลลิกรัม ต่อชั่วโมง แทน งดให้สารน้ำ 10% DW ขณะให้เลือด และระหว่างให้เลือดทารกไม่มีอาการผิดปกติให้ Lasix 3 มิลลิกรัม หลังให้เลือดครบ สัญญาชีพหลังได้เลือด อุณหภูมิร่างกาย 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 140 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 58 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 71/45 มิลลิเมตรปรอท ค่าอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดผ่านทางผิวหนังเท่ากับ 100 % อุจจาระเป็นขี้เทา 1 ครั้ง ปัสสาวะ 1 ครั้ง สีเหลืองใส อายุ 2 วัน หายไม่หอบเหนื่อย หยุดใช้เครื่องช่วยหายใจ เปลี่ยนเป็น O₂ canular 2 ลิตรต่อนาที รวมใช้เครื่องช่วยหายใจ 2 วัน ตัวเหลืองเล็กน้อยริมฝีปาก ฝ่ามือ ฝ่าเท้าแดงดี ผลบิลิรูบิน 11.85 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ความเข้มข้นความเข้มข้นเลือดของเม็ดเลือดแดงเท่ากับ 43 กรัมต่อเดซิลิตร On single Photo ต่อ เปลี่ยนให้สารน้ำชนิด 10% DNS 500 ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 4 มิลลิกรัมต่อ ชั่วโมง อายุ 3 วัน หายไม่หอบเหนื่อย ตัวเหลืองลดลง ตัวแดงดี ผลบิลิรูบิน 8.94 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ความเข้มข้นความเข้มข้นเลือดของเม็ดเลือดแดงเท่ากับ 50 กรัมต่อเดซิลิตร off single Photo รวม on single Photo 2 วัน ให้นมทางสายยาง 25 มิลลิกรัม 8 มื้อรับนมได้ไม่มี content เหลือ ท้องไม่อืด ผลเพาะเชื้อในเลือดไม่พบเชื้อ อายุ 4 วัน หายไม่หอบเหนื่อย ตัวไม่เหลืองให้นมทางสายยาง 35 มิลลิกรัม 8 มื้อรับนมได้ไม่มี content เหลือ ท้องไม่อืด ถอดใส่สายสวนหลอดเลือดดำทางสะดือต่อและหยุดให้ 10% DNS หลังถอดสายสวนหลอดเลือดดำทางสะดือ สะดือไม่มีเลือดออก ไม่บวมแดง ไม่มีไข้ มารดามาเยี่ยมบุตรสม่ำเสมอและให้ความร่วมมือในการฝึกเข้าเต้าเพื่อฝึกดูดนมและมารดาสามารถปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรได้เช่นการอาบน้ำ การทำความสะอาดและสะดือ อายุ 5 วัน หายไม่หอบเหนื่อย ตัวไม่เหลือง ไม่ซีด ไม่มีไข้ หยุดให้ O₂ canular หลังหยุดให้ O₂ canular หายไม่หอบเหนื่อย สัญญาชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 142 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 60 ครั้งต่อ นาที ความดันโลหิต 76/51 มิลลิเมตรปรอท O₂ Saturation 100 % มารดาฝึกเข้าเต้าได้ถูกต้องทารกดูดนมแม่จากเต้าได้ดี อุจจาระเป็นสีเหลือง 8 ครั้ง ปัสสาวะ 3 ครั้งสีเหลืองใส ผลเพาะเชื้อในเลือด 5 วัน ไม่พบเชื้อ อายุ 6 วัน หายไม่หอบเหนื่อย ตัวไม่เหลือง ไม่ซีด ไม่มีไข้ ดูดนมแม่จากเต้าได้ดี ท้องไม่อืด ตาและสะดือไม่มี discharge แนะนำการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะกับการเลี้ยงทารกจัดหาอุปกรณ์เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของทารก การมารับฉีดวัคซีนตามนัดทุกครั้ง แนะนำการให้อาหารเป็นนมแม่อย่างเดียวถึงอายุ 6 เดือน และให้อาหารตามช่วงอายุของทารก เป็นต้น มารดามีความมั่นใจในการเลี้ยงบุตรมากขึ้น แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน

วันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2565 รวมวันนอนรักษาในโรงพยาบาล
ทั้งหมด 6 วัน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาให้พยาบาลผู้ดูแลทารกให้มีความรู้
ความสามารถ ทักษะในการประเมินอาการทารกโดยเฉพาะ
การประเมินด้านการหายใจ โดยใช้ของ Downes score, or
RDS score ตั้งแต่ห้องคลอด เพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง
ของทารกที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวได้ถูกต้องรวดเร็ว และ
รายงานแพทย์เพื่อจะได้ให้การรักษาทารกได้รวดเร็ว ส่วนภาวะ
ตัวเหลืองในทารกนั้น พยาบาลผู้ดูแลทารกต้องมีความรู้
ความสามารถ ทักษะในการประเมินอาการภาวะตัวเหลือง
ในทารก โดยเฉพาะสาเหตุ อาการและอาการแสดงของภาวะ
ตัวเหลือง เพื่อเฝ้าระวังอาการภาวะตัวเหลืองในทารกได้ถูกต้อง
รวดเร็วเพื่อที่จะได้รักษาภาวะตัวเหลืองได้รวดเร็วลดอุบัติการณ์
การเปลี่ยนถ่ายเลือดในทารกได้

2. พัฒนาศักยภาพพยาบาลผู้ดูแลทารกให้มีความรู้
ความสามารถในการใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิตชนิดต่างๆ เพื่อช่วย
เหลือทารกได้ทันเวลาที่

3. ควรมีการเสริมพลังบิดา มารดาและญาติเพื่อให้มี
ความรู้ในการดูแลทารกเมื่อกลับบ้านได้ ส่งเสริมการเลี้ยงลูก
ด้วยนมแม่ แม้มารดาครบกำหนดคลอดแล้วก็สามารถ
บีบเก็บนํ้านมไว้สำหรับลูกได้ เพื่อให้ได้รับนมแม่เพราะนมแม่
เป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก ทั้งยังมีประโยชน์กับทารกใน
หลายด้าน ดังนั้นการเตรียมตัวมารดาช่วงก่อนและระหว่างให้
นมทารกจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

กรรมิการ์ วงศ์ภาวิทย์. (2557). ภาวะตัวเหลืองในทารก
แรกเกิด. ใน สมบูรณ์ จันทร์สกุลพร และคณะบรรณาธิการ.
กุมารเวชศาสตร์1. (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 265-276). กรุงเทพฯ:
นพชัยการพิมพ์.

จันทรมาศ เสาวรส. (2562). “ภาวะตัวเหลืองในทารก
แรกเกิด: ปัญหาที่ไม่ควรมองข้าม”. ราชวดีสารวิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (มกราคม
– มิถุนายน 2562). หน้า 108-109.

พรพรรณ เปาริก. (2564). ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อ
ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลสิงห์บุรี.
วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี ปีที่30 ฉบับที่ 1 (พฤษภาคม-
สิงหาคม 2564). หน้า 105-118.

สุริพร ศรีโพธิ์อุ่น. (2562). ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวใน
ทารกแรกเกิด: บทบาทพยาบาลห้องคลอด. วารสารการพยาบาล
กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้น 6 กุมภาพันธ์ 2566, จาก
[https://he20.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/
view/187172](https://he20.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/187172)

โสภณพรณ เงินน้ำ. (2559). ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด.
สืบค้น 6 กุมภาพันธ์ 2566, จาก [https://www.si.mahidol.
ac.th/sidocor/e-pl/admin/article_files/1238_1.pdf](https://www.si.mahidol.ac.th/sidocor/e-pl/admin/article_files/1238_1.pdf)

หรรษมน โพธิ์ผ่าน. (2564). ภาวะซีดในเด็กทารกแรกเกิด.
สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย. สืบค้น 22 กุมภาพันธ์
2566, จาก <https://www.tsh.or.th/Knowledge/Details/74>



โรงพยาบาลพุทธโสธร
Buddhasothorn Hospital

