

วารสาร โรงพยาบาลพุทธโสธร

Buddhasothorn Hospital Journal

2025

ปีที่ 41 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน



โรงพยาบาลพุทธโสธร
Buddhasothorn Hospital





โรงพยาบาลพุทธโสธร
Buddhasothorn Hospital

วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร Buddhasothorn Hospital Journal

วิสัยทัศน์โรงพยาบาล

ศูนย์การแพทย์ชั้นนำเลิศและสร้างสุขภาพ
แห่งภาคตะวันออก

พันธกิจ

1. พัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์
2. พัฒนาสถาบันร่วมผลิต วิจัยและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์
การสาธารณสุขและการบริหารจัดการ
3. พัฒนาคุณภาพบริการสร้างสุขภาพอย่างยั่งยืนทุกระดับ
4. พัฒนาระบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลและเครือข่าย
ให้เป็นองค์กรสมรรถนะสูง (HPO)

ค่านิยมหลัก (Core Value)

BSH : Service "By hearts Smart and Harmony"

ดูแลด้วยใจ ผู้รับบริการปลอดภัย นวัตกรรมนำสมัย ร่วมใจสามัคคี

เข้มแข็ง : SMART HOSPITAL

อัตลักษณ์

สามัคคี บริการดี มีน้ำใจ

วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร (BSHJ)

วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร (BSHJ) เป็นสิ่งพิมพ์ที่จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่บทความในสาขาการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งรวมถึงบทความวิจัย รายงานกรณีศึกษา บทความวิจารณ์ บทความวิชาการ และงานวิจัยด้านการศึกษาทางการแพทย์

บทความทั้งหมด เช่น บทความวิจัยและรายงานกรณีศึกษาจะต้องผ่านการตรวจสอบโดยผู้ตรวจสอบที่มีคุณสมบัติอย่างน้อย 2 คน ผู้เขียนและผู้ตรวจสอบจะไม่เปิดเผยตัวตนต่อกัน (Double-Blind) บทความที่เขียนโดยบุคคลภายในสถาบันจะได้รับการตรวจสอบโดยบุคคล หรือบรรณาธิการจากภายนอกสถาบัน นอกจากนี้ บทความที่ส่งมาต้องไม่เคยได้รับการตีพิมพ์ หรืออยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน

เผยแพร่เป็นรายไตรมาส : ฉบับที่ 1 : มกราคม-มีนาคม ฉบับที่ 2 : เมษายน-มิถุนายน
ฉบับที่ 3 : กรกฎาคม-กันยายน ฉบับที่ 4 : ตุลาคม-ธันวาคม

วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร (BSHJ) มีให้บริการสองรูปแบบ : ฉบับพิมพ์และออนไลน์

รหัส ISSN 2586-8624 (พิมพ์)

รหัส ISSN 2985-2587 (ออนไลน์)

วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร (BSHJ) เรียกเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความละ 3,000 บาท โดยจะจ่ายเมื่อบทความของคุณผ่านกระบวนการประเมินและตรวจแก้ไขจนมีคุณภาพเพียงพอที่จะบรรจุลงในวารสาร

ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 เป็นต้นไป การส่งบทความลงตีพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร (BSHJ) จะต้องดำเนินการผ่านระบบ ThaiJO เท่านั้น บทความวิจัย รายงานกรณีศึกษา หรือการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในมนุษย์ต้องได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในสถาบัน (Institutional Review Board: IRB) และแนบสำเนาใบรับรองของ IRB นอกจากนี้ การวิจัยทางคลินิกและการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ต้องลงทะเบียนในทะเบียนการทดลองทางคลินิกเช่น Thai Clinical Trials Registry (TCTR) (<https://www.thaiclinicaltrials.org/>), Clinicaltrials.gov, Researchregistry.com, ISRCTN.com หรือ Prospero สำหรับการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์หอคิวแมน หากต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อสำนักงาน บรรณาธิการวารสาร โทรศัพท์ (036) 511033, 512545, 514722-3 ต่อ 3234-3235 อีเมล : bshjournal118@gmail.com

หรือดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ www.bsh.go.th/วารสารโรงพยาบาล

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

- บรรณาธิการแถลง
ผศ.(พิเศษ)นพ.ชัยชนะ จันทระคิด
- กองบรรณาธิการ

บทความวิจัย

- ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการใช้ยาสูตรพ่นรายบุคคล.....A1-A8
ในผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้น โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา
ตารเกษ ราชบังสา (ภ.บ.)
ดวงมณี วิยะทัศน์ พย.ม., อพย. (การพยาบาลชุมชน)
โรงพยาบาลพนมสารคาม
- ความแม่นยำของระดับค่าเอนไซม์ตับเป็นตัวทำนายการคัดกรองการบาดเจ็บ.....B1-B10
ของตับในผู้ป่วยอุบัติเหตุกระแทกกระเเทือนช่องท้อง
ณิชนพ จันทรประเสริฐ
กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลชลบุรี
- เปรียบเทียบประสิทธิภาพระหว่างการใช้ยา Ondansetron.....C1-C11
กับ Ondansetron ร่วมกับ Dexamethasone เพื่อป้องกันคลื่นไส้อาเจียน
หลังผ่าตัดคลอดโดยระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาร่วมกับมอร์ฟีน
เข้าช่องไขสันหลังโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา
ยลดา พรหมนารท, พ.บ., ว.ว. วิสัญญ์วิทยา
โรงพยาบาลพุทธโสธร
- การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี.....D1-D11
ร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์
ภัสรา ราชิมิน
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
- ผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อการลดภาวะซึมเศร้า และการกลับมาเสพติด.....E1-E12
ในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดการติดสารเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลพนมสารคาม
วิไลพร สุขสวัสดิ์(พย.บ)
ดวงมณี วิยะทัศน์ พย.ม., อพย.(การพยาบาลชุมชน)
โรงพยาบาลพนมสารคาม

สารบัญ

- ผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD ต่อความรู้พฤติกรรม.....F1-F12
การปฏิบัติตัวและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา
รุ่งกาญจน์ กองวงศ์(พย.บ)
ดวงมณี วิยะทัศน์ พย.ม., อพย.(การพยาบาลชุมชน)
โรงพยาบาลพนมสารคาม

บทบรรณาธิการ

วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร (Buddhasothorn Hospital Journal; BSHJ) ได้ดำเนินการเผยแพร่บทความวิชาการทางการแพทย์มายาวนานเข้าสู่ปีที่ 41 ในปี พ.ศ. 2568 ซึ่งปีนี้มีพิเศษเนื่องจากเป็นปีที่วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร ได้เข้าสู่ระบบฐานข้อมูลวารสารอิเล็กทรอนิกส์กลางของประเทศไทย Thai Journals Online (ThaiJO) ดังนั้นบทความวิชาการที่ได้เผยแพร่ในวารสารตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไปล้วนได้ผ่านการทบทวนชำระบทความที่ได้มาตรฐานจากผู้ทรงคุณวุฒิ ทำให้บทความทุกเรื่องมีคุณภาพเหมาะสมในทางวิชาการ มีความน่าเชื่อถือที่จะให้ผู้อ่านได้นำไปศึกษาอ้างอิง รวมถึงนำไปใช้ทางคลินิก กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธรในรูปแบบใหม่นี้จะเกิดประโยชน์ในวงการวิชาการทางการแพทย์อย่างกว้างขวาง ตลอดจนสามารถประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดประโยชน์ต่อไป

กองบรรณาธิการ

ผศ. (พิเศษ) นพ.ชัยชนะ จันทरिक

กองบรรณาธิการ

บรรณาธิการ

พญ.ศิริลักษณ์ ผ่องจิตศิริ

โรงพยาบาลพุทธโสธร

รองบรรณาธิการ

ผศ. (พิเศษ) นพ.ชัยชนะ จันทระกิจ

โรงพยาบาลพุทธโสธร

กองบรรณาธิการต่างสถาบัน

รศ.ดร.นพ.พิชิตชัย อรรถโกมล

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รศ.ดร.พญ.วรมภา มโนสร้อย

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รศ.นพ.ธนาวัฒน์ รัตนธรรมเมธี

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผศ.นพ.กิตติ เทียนขาว

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รศ.พญ.ภัทริน ภิมย์พานิช

คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

นพ.สุนที สงวนไทร

โรงพยาบาลราชวิถี

ผศ.ดร.เจริญ ชีระศักดิ์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (องครักษ์)

ดร.ญานันธร กราบทิพย์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

รศ.ดร.กุลวดี ไรจน์ไพศาลกิจ

มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์

รศ.ดร.วรมจณ์ พรหมสัตยพรต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รศ.ดร.สันติสิทธิ์ เขียวเงิน

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ดร.สมใจ นกดี

นักวิชาการอิสระ

ผู้จัดการ

นางสาวสุพิชญา จ้อยศิริ

โรงพยาบาลพุทธโสธร

ผู้ช่วยผู้จัดการ

นางสาวณศิริ เตชะเสน

โรงพยาบาลพุทธโสธร

นางสาวพัชร วอนศิริ

โรงพยาบาลพุทธโสธร

พิสูจน์อักษร

นางสาววิมลวัลย์ สุขใจ

โรงพยาบาลพุทธโสธร

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ และทักษะการใช้ยาสูดพ่นรายบุคคล ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น

โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา
ตารเกศ ราชบังสา (ภ.บ.)
ดวงมณี วิยะทัศน์ พย.ม., อพย.(การพยาบาลชุมชน)
โรงพยาบาลพนมสารคาม

รับต้นฉบับ 13 พฤศจิกายน 2567

ปรับแก้ไข 20 มกราคม 2568

รับลงตีพิมพ์ 16 กุมภาพันธ์ 2568

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นที่มีความรู้และทักษะการใช้ยาสูดพ่นอย่างถูกต้องสามารถป้องกันการเกิดอาการกำเริบได้อย่างเฉียบพลันได้ ซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิต

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และทักษะการใช้ยาสูดพ่นก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และทักษะรายบุคคล

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดผลหลังการทดลอง ศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพนมสารคาม ระหว่างเดือน เมษายนถึง มิถุนายน พ.ศ.2567 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 29 ราย เลือกแบบเจาะจงศึกษา ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการให้ความรู้ และทักษะการใช้ยาสูดพ่นรายบุคคล ประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามความรู้และทักษะก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ T-Test dependent ($P < 0.05$)

ผลการวิจัย

การใช้โปรแกรมการให้ความรู้และทักษะ การใช้ยาสูดพ่นรายบุคคลในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้การใช้ยาสูดพ่นก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ($M = 2.79$ ($S.D. 1.16$)) และ 7.96 ($S.D. 1.81$)) และค่าเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติการใช้ยาสูดพ่นก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ($M = 3.20$ ($S.D. 1.50$)) และ 7.86 ($S.D. 1.00$)) ค่าเฉลี่ยความรู้และค่าเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติการใช้ยาสูดพ่นหลังการใช้โปรแกรมฯ มีเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.015$ และ $p = 0.018$) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยสามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อลดการกำเริบอย่างเฉียบพลันและกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้

คำสำคัญ

การให้ความรู้รายบุคคล ความรู้และทักษะ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังการใช้ยาพ่น

The results of the program provide knowledge and skills in the use of individual inhalers in patients with chronic obstructive pulmonary disease in the COPD Clinic,

Phanomsarakham Hospital. Chachoengsao Province
Tarakes Rachabungsa (B.Pham)
Duangmanee Wiyathus M.N.S. APCN
Phanomsarakham Hospital

Abstract

Background and significance : Patients with COPD who have knowledge and skills in using inhalers correctly can prevent acute asthma attacks, which are life-threatening.

Objective

To compare the mean knowledge and skills in using inhalers before and after using the individual knowledge and skills program.

Study method

This is a quasi-experimental research with a single group post-test outcome measure. The study was conducted in patients with COPD who were treated at the COPD Clinic, Phanomsarakham Hospital, between April and June 2024. The sample consisted of 29 patients, selected by purposive sampling. The study was conducted before and after using the individual knowledge and skills program. The results were assessed using a knowledge and skills questionnaire before and after using the program. The analysis was performed using the T-Test dependent statistic ($P < 0.05$).

Results

The use of the individual knowledge and skills program in using inhalers in patients with COPD found that the sample group The mean score of knowledge on inhaler use before and after using the program ($M = 2.79$ (S.D.1.16)) and 7.96 (S.D.1.81)) and the mean score of practice skills ($M = 3.20$ (S.D.1.50) and 7.86 (S.D.1.00)). The mean score of knowledge and practice skills on inhaler use after using the program increased significantly ($p = 0.015$ and $p = 0.018$), respectively.

Recommendations

From the research results, this program can be used with patients with chronic obstructive pulmonary disease to reduce acute asthma attacks and readmissions to the hospital.

Keywords

Individual education, Knowledge and skills, Patients with chronic obstructive pulmonary disease, Use of inhalers.

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทยและทั่วโลกอาการหายใจลำบากเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและเป็นอาการที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษา หากไม่ได้รับการแก้ไขจนผู้ป่วยไปสู่ระยะหอบกำเริบเฉียบพลันต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล

1. องค์การอนามัยโลกระบุว่าประชากรโลกทุก ๆ 64 ล้านคน จะมีประชากรเสียชีวิตด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกว่า 3 ล้านราย คิดเป็นร้อยละ 6 ของการเสียชีวิตด้วยโรคต่างๆทั้งหมด

2. ในประเทศไทยพบประชากรป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติปี พ.ศ. 2564 - 2566 จำนวน 147,060, 123,110, 164,562 ราย ตามลำดับ และมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคนี้ค่อนข้างคงที่ คือ ร้อยละ 5.54, 6.95 และ 6.63 ตามลำดับ

3. ซึ่งโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาเพื่อควบคุมอาการและการดำเนินไปของโรค การใช้ยาไม่ถูกต้อง หรือได้รับยาไม่เหมาะสม อาจทำให้เกิดอาการจับหืดอย่างเฉียบพลันซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิตได้เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การป้องกันการดำเนินโรคที่แย่ลง คือการจัดการกับอาการหายใจลำบาก การป้องกันการ พบว่า ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้ยังกลับมาด้วยอาการหอบกำเริบและมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินโดยไม่ได้นัดหมาย ซึ่งเกิดจากการขาดทักษะและเทคนิคการพ่นยาไม่ถูกต้อง เพราะทักษะในการพ่นยาซึ่งมีวิธีใช้และเทคนิคหลายขั้นตอนการส่งเสริมทักษะการใช้ยาพ่นจึงช่วยขยายหลอดลมได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันและควบคุมอาการของโรคไม่ให้กำเริบและชะลอพยาธิสภาพของโรคไม่ให้ดำเนินไปอย่างรวดเร็ว

4. จากการศึกษาที่มีงานวิจัยสนับสนุนว่า การพ่นยาต้องอาศัยทักษะ ความชำนาญ ผู้ป่วยจึงจะได้รับยาพ่นอย่างมีประสิทธิภาพ ขั้นตอนผู้ป่วยส่วนมากปฏิบัติไม่ถูกต้อง ได้แก่ การเขย่ากระบอก การหายใจเข้าจนสุด การกดยาพ่นและการหายใจซ้ำๆ

5. ดังนั้นเภสัชกรจึงมีบทบาทสำคัญในการติดตามและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการใช้ยาพ่นอย่างถูกต้องและมีการติดตามการใช้ยาพ่นอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการของโรคและยังส่งผลให้

ผู้ป่วยเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาช่วยกระตุ้นเตือน ชี้แนะพฤติกรรมที่เหมาะสมให้ผู้ป่วย

จากสถิติในปี พ.ศ. 2565- 2567 ผู้ป่วยเข้าการรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลพนมสารคาม จำนวน 173,282 และ 307 ราย จำนวนการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไป) 104, 353 และ 479 ครั้งตามลำดับ

6. ซึ่งพบมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น สถิติที่ผ่านมา พบการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลพนมสารคามเกิด จากสาเหตุการใช้ยาสูดพ่นไม่ถูกต้อง สภาพสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการใช้ยาสูดพ่นในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลพนมสารคามที่ปฏิบัติผ่านมา ให้ได้ทราบถึงความรู้และทักษะการใช้ยาสูดพ่นก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และทักษะการใช้ยาสูดพ่นก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และทักษะรายบุคคล

สมมุติฐานการวิจัย

ค่าเฉลี่ยความรู้ และทักษะการใช้ยาสูดพ่นหลังใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการใช้ยาสูดพ่นรายบุคคล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการใช้ยาสูดพ่นรายบุคคล ดำเนินการให้ความรู้และทักษะการพ่นยาแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเฉพาะราย ซึ่งจะส่งผลให้หลังได้รับโปรแกรมฯ ผู้ป่วยจะมีค่าเฉลี่ยความรู้และทักษะการใช้ยาสูดพ่นมากขึ้น

โปรแกรมการให้ความรู้
และทักษะการใช้ยา
สูดพ่นผู้ป่วยรายบุคคล



ค่าเฉลี่ยความรู้และ
ทักษะการใช้ยา
สูดพ่น

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) One group Pretest-Posttest Design ศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเก็บข้อมูลในช่วง เดือนเมษายน-มิถุนายน พ.ศ. 2567 จำนวน 29 รายศึกษาวิจัย ณ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพนมสารคาม ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรักษาด้วยยาสูดพ่น ตั้งแต่เดือนเมษายน-มิถุนายน 2567 จำนวน 251 ราย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รักษาด้วยยาสูดพ่น การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER กำหนด effect size เท่ากับ 0.54 จากการศึกษาที่ผ่านมาของคุณัญญา พละศักดิ์ เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 5 ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 29 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

1. แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. มีประวัติการใช้ยาสูดพ่นและยังใช้อยู่ในปัจจุบัน
3. สื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1. มีโรคอื่นร่วมร้ายแรง เช่น มะเร็งระยะสุดท้าย ไตวายระยะสุดท้าย
2. ไม่ได้มาติดตามผลการรักษาในช่วงเวลาที่ศึกษา
2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการใช้ยาสูดพ่น รายบุคคลขั้นตอนการให้ความรู้ การให้ความรู้และทักษะตามขั้นตอนวิธีใช้ยาพ่นสุดท้ายโดยการอธิบาย รายบุคคล ดังนี้
 - 1) ควรใช้มือถือหลอดพ่นในแนวตั้ง เปิดฝาครอบปากขวดยาพ่นออกเขย่าขวดยาในแนวตั้ง 3-4 ครั้ง
 - 2) ควรหายใจออกให้เต็มที่

3) ควรใช้ปากอมขวดยาพ่น : ริมฝีปากอมรอบปากขวดยาให้สนิท

4) ควรหายใจเข้าลึกๆ ทางปากพร้อมกับกดที่พ่นยา 1 ครั้ง

5) ควรเอาขวดยาพ่นออกจากปาก ปิดปากให้สนิท กลั้นหายใจให้นานที่สุดอย่างน้อย 10 วินาที

6) ควรผ่อนลมหายใจออกทางจมูกช้าๆ

7) หลังใช้เสร็จควรกลั้วภายในปากและคอด้วยน้ำสะอาด

8) ควรดึงขวดยาออกแล้วล้างทำความสะอาดอุปกรณ์พลาสติก โดยเปิดน้ำสะอาดให้ไหลผ่านฝักให้แห้งในที่ร่ม

2. เครื่องมือในการประเมิน ได้แก่ แบบประเมินผลความรู้และทักษะ 4 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งผู้ป่วยมีความรู้และทักษะการใช้ยาสูดพ่นถูกต้องจาก Checklist ทั้ง 8 ขั้นตอน ถูกให้ 1 คะแนน หรือผิดให้ 0 คะแนน

1) ควรใช้มือถือหลอดพ่นในแนวตั้ง เปิดฝาครอบปากขวดยาพ่นออก เขย่าขวดยาในแนวตั้ง 3-4 ครั้ง

2) ควรหายใจออกให้เต็มที่

3) ควรใช้ปากอมขวดยาพ่น : ริมฝีปากอมรอบปากขวดยาให้สนิท

4) ควรหายใจเข้าลึกๆ ทางปากพร้อมกับกดที่พ่นยา 1 ครั้ง

5) ควรเอาขวดยาพ่นออกจากปาก ปิดปากให้สนิท กลั้นหายใจให้นานที่สุดอย่างน้อย 10 วินาที

6) ควรผ่อนลมหายใจออกทางจมูกช้าๆ

7) หลังใช้เสร็จควรกลั้วภายในปากและคอด้วยน้ำสะอาด

8) ควรดึงขวดยาออกแล้วล้างทำความสะอาดอุปกรณ์พลาสติก โดยเปิดน้ำสะอาดให้ไหลผ่านฝักให้แห้งในที่ร่ม

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 คัดเลือกผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ามารับการรักษา ณ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง มิถุนายน 2567 และตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกของอาสาสมัคร

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการขอความยินยอมเข้าร่วมการทดลอง

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการทดลอง และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการ

1) ประเมินความรู้และทักษะขั้นตอนวิธีใช้ยาฟันสุด วันแรกการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2) ให้โปรแกรมความรู้และทักษะการใช้ยาฟันสุดรายบุคคล โดยผู้วิจัยสอนอธิบายพร้อมเปิดวิดีโอสาธิต และการฝึกปฏิบัติโดยผู้ป่วยรายบุคคลใช้เวลาเท่าใด 30 นาทีต่อรายบุคคล ณ ห้องให้ความรู้คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนี้

1. ใช้มือถือหลอดฟันในแนวตั้ง เปิดฝาครอบปากขวดยาฟันออก เขย่าขวดยาในแนวตั้ง 3-4 ครั้ง

2. หายใจออกให้เต็มที่

3. ใช้ปากอมขวดยาฟัน : ริมฝีปากอมรอบปากขวดยาให้สนิท

4. หายใจเข้าลึกๆ ทางปากพร้อมกับกดที่ฟันยา 1 ครั้ง

5. เอาขวดยาฟันออกจากปาก ปิดปากให้สนิท กลับหายใจให้นานที่สุดอย่างน้อย 10 วินาที

6. ผ่อนลมหายใจออกทางจมูกช้าๆ

7. หลังใช้เสร็จควรกลั้วภายในปากและคอด้วยน้ำสะอาด

8. ดึงขวดยาออกแล้วล้างทำความสะอาดอุปกรณ์พลาสติก โดยเปิดน้ำสะอาดให้ไหลผ่าน ผึ่งให้แห้งในที่ร่ม

ขั้นตอนที่ 4 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประเมินความรู้และทักษะขั้นตอนวิธีใช้ยาฟันสุดหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที ผู้ประเมินเป็นคนเดียวกับการประเมินครั้งที่ 1 และ 2

3. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในงานวิจัย

1) บรรยายลักษณะข้อมูลทั่วไปใช้สถิติจำนวนและร้อยละ

2) วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างค่าคะแนน

ตาราง 1 แสดงจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยลักษณะข้อมูลพื้นฐานทั่วไปและทางคลินิกของผู้ป่วย (n = 29)

ลักษณะประชากร	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อายุ (ปี)	(เฉลี่ยอายุ 68.80 (S.D.11.92) ปี อายุน้อยสุด 51 ปี อายุมากที่สุด 82ปี)	
51-60	6	20.68
61-70	8	27.58
71-80	11	37.93
มากกว่า 80	4	13.79

เฉลี่ยความรู้และทักษะก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้ T-Test dependent โดย p-value น้อยกว่า 0.05 ถือว่ามีนัยสำคัญโดยการทดสอบข้อมูลแล้วเป็นไปตามเงื่อนไขเบื้องต้น คือ ข้อมูลเป็นระดับ Interval Scale และ Ratio Scale และข้อมูลมี distribution เป็นโค้งปกติ (Normal Curve)

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธโสธรเลขที่ CCO_REC 128/2567

ผลการวิจัย

จากการศึกษาโดยใช้โปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการใช้ยาฟันสุดรายบุคคลในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น ศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เก็บข้อมูลในช่วง เดือนเมษายน-มิถุนายน พ.ศ.2567 จำนวน 29 รายศึกษาวิจัย ณ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพนมสารคาม ผลการวิจัยดังนี้ ผู้ป่วยมีเฉลี่ยอายุ 68.80 (S.D.11.92) ปี อายุน้อยสุด 51 ปี อายุมากที่สุด 82 ปี ผู้ป่วยมีระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุดจำนวน 18 ราย ร้อยละ 62.07 ระยะเวลาที่เป็นโรค 6-10 ปีมากที่สุด จำนวน 14 ราย ร้อยละ 48.27 ความถี่ของการเกิดอาการหอบ 7 ครั้งต่อสัปดาห์มากที่สุดจำนวน 12 รายร้อยละ 41.37 อาการข้างเคียงหลังจากใช้ยาปากแห้ง มากที่สุด 18 ราย ร้อยละ 62.06 จำนวนชนิดของยา 2 ชนิดมากที่สุด จำนวน 18 ราย ร้อยละ 62.07 เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้วมากที่สุดจำนวน 24 ราย ร้อยละ 82.76 (ตาราง 1)

ต่อตาราง 1 แสดงจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยลักษณะข้อมูลพื้นฐานทั่วไปและทางคลินิกของผู้ป่วย (n =29)

ลักษณะประชากร	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	18	62.07
มัธยมศึกษา	11	37.93
ระยะเวลาที่เป็นโรค (ปี) (mean + SD, min-max) 11.23 +14.32 (1,50)		
1-5	6	62.00
6-10	14	48.27
>10	9	31.01
ความถี่ของการเกิดอาการหอบ (วัน/สัปดาห์)		
น้อยกว่า 3	10	34.48
3-6	7	24.13
7-10	2	41.37
อาการข้างเคียงหลังจากใช้ยา		
มือสั่น	4	13.80
ใจสั่น	5	17.24
เชื้อราในช่องปาก	2	6.90
ปากแห้ง	18	62.06
จำนวนชนิดของยาพ่น		
1 ชนิด	11	37.93
2 ชนิด	18	62.07
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	2	6.90
สูบบุหรี่	3	10.34
เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกแล้ว	24	82.76

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละความรู้รายข้อที่ตอบถูกการใช้ยาพ่นก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯและผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมความรู้รายข้อก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ (n= 29)

ข้อความรู้ตอบถูกจำนวน	(ร้อยละ)		P-value
	ก่อน	หลัง	
1. ควรใช้มือถือหลอดพ่นในแนวตั้ง เปิดฝาครอบปากขวดยาพ่นออก	2 (6.89)	29 (100.00)	
เขย่าขวดยาในแนวตั้ง 3-4 ครั้ง			
2. ควรหายใจออกให้เต็มที่	10 (34.48)	29 (100.00)	
3. ควรใช้ปากอมขวดยาพ่น : ริมฝีปากอมรอบปากขวดยาให้สนิท	17 (58.62)	2 (100.00)	
4. ควรหายใจเข้าลึกๆ ทางปากพร้อมกับกดที่พ่นยา 1 ครั้ง	10 (34.48)	29 (100.00)	
5. ควรเอาขวดยาพ่นออกจากปาก ปิดปากให้สนิท	8 (27.58)	28 (96.55)	
กลืนหายใจให้นานที่สุดอย่างน้อย 10 วินาที			
6. ควรผ่อนลมหายใจออกทางจมูกช้าๆ	7 (24.13)	29 (100.00)	
7. หลังใช้เสร็จ ควรล้างภายในปากและคอดด้วยน้ำสะอาด	9 (31.03)	29 (100.00)	
8. ควรดึงขวดยาออก แล้วล้างทำความสะอาดอุปกรณ์พลาสติก	10 (57.10)	29 (100.00)	
โดยเปิดน้ำสะอาดให้ไหลผ่าน ผึ่งให้แห้งในที่ร่ม			
ค่าคะแนนรวมเฉลี่ย (ข้อ 1-8)	2.79 (S.D.1.16)	7.96 (S.D.1.81)	0.015

คะแนนความรู้ผู้ป่วยก่อนเข้าโปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการใช้อย่างถูกต้องพบรายบุคคล พบความรู้วิธีการพ่นยาถูกต้องน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อความรู้เรื่องควรใช้มือถือหลอดพ่นในแนวตั้งเปิดฝาครอบปากขวดยาพ่นออกเขย่าขวดยาในแนวตั้ง 3-4 ครั้ง จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.89 รองลงมา ควรผ่อนลมหายใจออกทางจมูกช้าๆ จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.13 และหลังใช้เสร็จ ควรล้างภายในปากและคอด้วยน้ำสะอาด จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.03 ตามลำดับ ผู้ป่วยตอบถูกมากที่สุดในข้อความรู้ เรื่องควรใช้ปากอมขวดยาพ่น : ริมฝีปากอมรอบปากขวดยาให้สนิท จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.62 หลังเข้ารับโปรแกรมฯ

พบความรู้วิธีการพ่นยาถูกต้องน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อความรู้ในเรื่อง ควรเอาขวดยาพ่นออกจากปากปิดปากให้สนิทกลืนหายใจให้นานที่สุดอย่างน้อย 10 วินาที จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.55 และค่าคะแนนรวมเฉลี่ยข้อ 1-8 จำนวนเต็ม 8 คะแนน ก่อนเข้าโปรแกรมฯ เท่ากับ 2.79 (S.D.1.16) และหลังเข้าโปรแกรมฯ เท่ากับ 7.96 (S.D.1.81) คะแนนรวมความรู้ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมฯแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P=0.015) ตาราง 2

ตาราง 3 ผลการประเมินค่าเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติการใช้ยาพ่นก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการใช้อย่างถูกต้องพบรายบุคคล (n= 29)

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน และร้อยละ ทักษะการปฏิบัติรายข้อที่ตอบถูกการใช้ยาพ่นก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ และผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมทักษะการปฏิบัติรายข้อก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ (n= 29)

ข้อทักษะการปฏิบัติ	ตอบถูกจำนวน (ร้อยละ)		P-value
	ก่อน	หลัง	
1. ถือหลอดพ่นในแนวตั้ง เปิดฝาครอบปากขวดยาพ่นออก เขย่าขวดยาในแนวตั้ง 3-4 ครั้ง	10 (34.48)	28 (96.55)	
2. หายใจออกให้เต็มที่	17 (58.62)	29 (93.10)	
3. อมปากขวดยาพ่น : ริมฝีปากอมรอบปากขวดยาให้สนิท	13 (44.82)	29 (100.00)	
4. หายใจเข้าลึกๆ ทางปากพร้อมกับกดที่พ่นยา 1 ครั้ง	4 (13.79)	29 (100.00)	
5. เอาขวดยาพ่นออกจากปาก ปิดปากให้สนิท	10 (34.48)	28 (96.55)	
ปิดปากให้สนิท กลืนหายใจให้นานที่สุดอย่างน้อย 10 วินาที			
6. ผ่อนลมหายใจออกทางจมูกช้าๆ	3 (10.34)	29 (100.00)	
7. หลังใช้เสร็จ ล้างภายในปากและคอด้วยน้ำสะอาด	12 (41.37)	29 (100.00)	
8. ดึงขวดยาออก แล้วล้างทำความสะอาดอุปกรณ์พลาสติก โดยเปิดน้ำสะอาดให้ไหลผ่าน ฟังให้แห้งในที่ร่ม	14 (100.0)	29 (100.00)	
ค่ารวมคะแนนรวมเฉลี่ย (ข้อ1-8)	3.20 (S.D.1.50)	7.86 (S.D.1.00)	0.018

คะแนนทักษะการปฏิบัติก่อนเข้าโปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการใช้อย่างถูกต้องพบรายบุคคล พบทักษะการปฏิบัติ การพ่นยาถูกต้องน้อยที่สุด ได้แก่ เรื่องผ่อนลมหายใจออกทางจมูกช้าๆ จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.34 รองลงมา หายใจเข้าลึกๆ ทางปากพร้อมกับกดที่พ่นยา 1 ครั้งจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.79 และเอาขวดยาพ่นออกจากปาก ปิดปากให้สนิท จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.48 ถือหลอดพ่นในแนวตั้ง

เปิดฝาครอบปากขวดยาพ่นออก จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.48 ตามลำดับ และตอบถูกมากที่สุดในข้อทักษะการปฏิบัติ เรื่องควรใช้ปากอมขวดยาพ่น : ริมฝีปากอมรอบปากขวดยาให้สนิท จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.62 หลังเข้ารับโปรแกรมฯ พบความรู้วิธีการพ่นยาถูกต้องน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อทักษะการปฏิบัติเรื่องเอาขวดยาพ่นออกจากปากปิดปากให้สนิท จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.55 ค่าคะแนนรวม

เฉลี่ย ข้อ 1-8 จำนวนเต็ม 8 คะแนน ก่อนเข้าโปรแกรมฯ เท่ากับ 3.20 (S.D.1.50) และหลังเข้าโปรแกรมฯ เท่ากับ 7.86 (S.D. 1.00) ค่าคะแนนรวมความรู้ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P=0.018$)

วิจารณ์ผลการศึกษา

การประเมินการใช้ยาพ่น พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความรู้ความเข้าใจและทักษะการปฏิบัติหลังเข้าโปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการใช้ยาสูดพ่นรายบุคคลสูงมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.015$ และ 0.018) เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่าความรู้เรื่องการใช้อุปกรณ์พ่นควรใช้มือถือหลอดพ่นในแนวตั้งเขย่าวขดยาในแนวตั้ง 3 - 4 ครั้ง เปิดฝาครอบปากขวดยาพ่นออกน้อยที่สุด และทักษะการปฏิบัติถูกต้องจำนวนน้อยที่สุดคือ ผ่อนลมหายใจออกทางจมูกช้าๆ เนื่องจากทักษะการปฏิบัตินี้ผู้ป่วยยังมีความสนใจอยู่ที่การเตรียมสูดพ่นยา หลังจากนั้นหลงลืมผ่อนลมหายใจออกทางจมูกหลังจากพ่นยาแล้วจากการวิเคราะห์ความรู้และทักษะการปฏิบัติใช้ยาพ่นก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการใช้ยาสูดพ่นรายบุคคลพบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้น ซึ่งเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี วรรณภิญญ 7 ที่ศึกษาการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาพ่นพบว่า หลังใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษามีเทคนิคการพ่นยาถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.31 เป็น 50.80 และ 58.73 ตามลำดับ และการศึกษาของ บุญศรีสมิ รัตน์จิตินากุล 8 ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการพ่นยาร่วมกับการให้การพยาบาลทางโทรศัพท์ต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังผลหลังให้โปรแกรมการพ่นยา ผู้ป่วยมีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาพ่นแตกต่างก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัย

สำคัญเช่นกันจากการศึกษาที่ผ่านมาดังกล่าวการใช้โปรแกรมเพื่อเพิ่มการให้ความรู้และการปฏิบัติการใช้ยาพ่นส่งผลให้ผู้ป่วยใช้ยาพ่นได้ดีขึ้น ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ความรู้และทักษะการพ่นยาที่ถูกต้องให้ดำเนินต่อไป และการประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่องจากการศึกษานี้ ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการใช้ยาพ่นของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เกิดอาการจับหืดเฉียบพลันและลดการรับการรักษาลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและโรงพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อมได้

สรุปผลการวิจัย

การให้ความรู้ และทักษะในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาสูดพ่นของผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วยมีเทคนิคการใช้ยาพ่นที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น เมื่อผู้ป่วยพ่นยาได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นส่งผลผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ทำให้การรับรู้ การเข้าใจได้น้อย และการมองเห็น ไม่ชัดเจน ดังนั้นการให้ความรู้ ทักษะการปฏิบัติ ควรทวนสอบการปฏิบัติซ้ำแบบซ้ำๆ หรือให้ญาติหรือผู้ดูแลได้รับความรู้และการปฏิบัติร่วมเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกท่านที่ได้เข้าร่วมในการศึกษา ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนมสารคาม แพทย์หญิงอุไร ศิลปกิจโกศล ที่ได้ให้การสนับสนุนและความกรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์และทีมสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลพนมสารคามทุกท่านที่ได้ช่วยเหลือ

เอกสารอ้างอิง

1. คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.(2558).แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
2. World Health Organization. (2015). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Available from: <http://www.who.int/respiratory/copd>.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). สถิติโรคกรมการแพทย์รายงานสถิติโรคปีงบประมาณ 2564.กรุงเทพมหานคร:สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวง.
4. สมาคมอุรเวชแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2560). ข้อเสนอแนะการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.กรุงเทพ: เอ พลัส พริน.
5. คุณัญญา พลศักดิ์.(2566). การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน : กรณีศึกษา.วารสารวิชาการมหาสารคาม, 15 (8),228-337.
6. ศูนย์ข้อมูลด้านสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข. (2566). โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบ. วันที่ค้นข้อมูล 4 มกราคม 2566.เข้าถึงได้จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main>.
7. อัญชลี วรรณภิญโญ. (2560). ผลของการให้คำปรึกษาด้านยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร,41 (1), 97-110.
8. บุญศรีสมิ์ ธันยธิดินากุล. (2560). ผลของโปรแกรมการพ่นยา ร่วมกับการให้การพยาบาลทางโทรศัพท์ต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 28 (2), 97-109.

ความแม่นยำของระดับค่าเอนไซม์ตับเป็นตัวทำนายการคัดกรองการบาดเจ็บของตับในผู้ป่วยอุบัติเหตุกระแทกกระเทือนช่องท้อง

ณิชนัน จันทรประเสริฐ
กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลชลบุรี

บทคัดย่อ

บทนำ

การเพิ่มขึ้นของ AST และ ALT มีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บของตับจากอุบัติเหตุกระแทกกระเทือนช่องท้องสามารถนำมาช่วยวินิจฉัยและบอกระดับความรุนแรงได้ทำให้เกิดการรักษาที่มีประสิทธิภาพและเพิ่มความเร็วในการวินิจฉัย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความแม่นยำของระดับค่าเอนไซม์ตับในการคัดกรองการบาดเจ็บของตับในผู้ป่วยอุบัติเหตุกระแทกกระเทือนช่องท้อง

วิธีการศึกษา

เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วยอุบัติเหตุกระแทกกระเทือนช่องท้องที่เข้ารับบริการในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและรับไว้เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชลบุรี ระหว่างวันที่ 01 มกราคม 2562 – 31 กรกฎาคม 2564 คำนวณขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 162 คน และวิเคราะห์สถิติโดยศึกษาความแม่นยำค่าเอนไซม์ตับใช้ diagnostic test แสดงค่าความไว ความจำเพาะ positive predictive value (PPV), negative predictive value (NPV), positive likelihood ratio, negative likelihood ratio และ area under the receiver operating characteristic curve (AUROC) และหาปัจจัยทำนายการบาดเจ็บของตับด้วย logistic regression

ผลการศึกษา

ผู้ป่วย 162 รายมีการบาดเจ็บของตับ 78 ราย (ร้อยละ 48.14) เมื่อเปรียบเทียบจุดตัดที่เหมาะสม และ ROC curve เพื่อประเมินการพยากรณ์ของค่าเอนไซม์ตับในผู้ป่วยอุบัติเหตุกระแทกกระเทือนช่องท้องพบว่า จุดตัดที่เหมาะสมสำหรับ AST คือ ≥ 185 หน่วยยูนิต์ต่อลิตร (U/L) มีความไว 84.6% และความจำเพาะ 88.0% (AuROC) 0.92 และจุดตัดที่เหมาะสมสำหรับ ALT คือ ≥ 127 หน่วยยูนิต์ต่อลิตร (U/L) มีความไว 84.6% และความจำเพาะ 89.2% (AuROC) 0.93 เมื่อวิเคราะห์แบบ multiple logistic regression พบว่า เพศหญิง อายุ $AST \geq 185$ U/L และ $ALT \geq 127$ U/L สามารถร่วมทำนายการบาดเจ็บของตับในผู้ป่วยอุบัติเหตุกระแทกกระเทือนช่องท้องได้

สรุปผลการศึกษา

$AST \geq 185$ U/L และ $ALT \geq 127$ U/L สามารถใช้เป็นค่าจุดตัดเพื่อช่วยคัดกรองผู้ที่อาจจะมีตับบาดเจ็บในกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุกระแทกกระเทือนช่องท้อง อย่างไรก็ตามการตัดสินใจส่งตัวผู้ป่วยมา CT scan ไม่ควรอาศัยเฉพาะระดับค่า AST ALT เพียงอย่างเดียว ซึ่งอาจประเมิน เพศ และอายุ รวมถึงสัญญาณชีพร่วมด้วย

คำสำคัญ

ความแม่นยำ, ค่าเอนไซม์ตับ, ผู้ป่วยอุบัติเหตุกระแทกกระเทือนช่องท้อง

The Accuracy of liver enzymes as a predictor of Screening for liver injury in patients with blunt abdominal injury

Nistcharpon Chanprasert
Emergency Department, Chonburi hospital

introduction

Elevated levels of AST and ALT are associated with liver injury resulting from blunt abdominal trauma. These biomarkers can aid in diagnosis and indicate the severity of the injury, leading to more effective and timely treatment.

Objective

To study the accuracy of liver enzyme levels in screening for liver injury in patients with blunt abdominal trauma

Methods

This retrospective study collected data from patients with blunt abdominal trauma who were treated in the emergency room and admitted to Chonburi Hospital between January 1, 2019, and July 31, 2021. A total of 162 patients were included. Statistical analysis was performed to assess the accuracy of liver enzyme levels using diagnostic tests. Sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV), negative predictive value (NPV), positive likelihood ratio, negative likelihood ratio, and the area under the receiver operating characteristic curve (AUROC) were calculated. Logistic regression was used to identify predictors of liver injury.

Result

Among the 162 patients, 78 (48.14%) had liver injuries. The optimal cut-off point for AST was ≥ 185 U/L, with a sensitivity of 84.6% and specificity of 88.0% (AUROC 0.92). For ALT, the optimal cut-off was ≥ 127 U/L, with a sensitivity of 84.6% and specificity of 89.2% (AUROC 0.93). Multiple logistic regression analysis showed that female gender, age, AST ≥ 185 U/L, and ALT ≥ 127 U/L were significant predictors of liver injury in patients with blunt abdominal trauma.

Conclusion

AST ≥ 185 U/L and ALT ≥ 127 U/L can be used as cut-off values to help screen for potential liver injury in patients with blunt abdominal trauma. However, decisions regarding the need for a CT scan should not rely solely on AST and ALT levels, but also consider gender, age, and vital signs.

Keywords

Screening, liver enzyme, blunt abdominal injury

บทนำ

ตับเป็นอวัยวะที่เกิดการบาดเจ็บบ่อยเป็นอันดับ 2 ในกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุกระแทกกระเทือนช่องท้อง (blunt abdominal trauma, BAT)¹ แบ่งออกเป็น 5 ระดับความรุนแรงอ้างอิงตามสมาคมศัลยแพทย์อุบัติเหตุแห่งสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2018 (American Association for the Surgery of Trauma–Organ Injury Scale, AAST-OIS, 2018 version)² ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของตับ (liver injury, LI) ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ประมาณ 80-90% จะเป็นกลุ่มตับบาดเจ็บระดับ 1 และ 2 ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มตับบาดเจ็บระดับไม่รุนแรง³ การตรวจไม่พบความผิดปกติทางหน้าท้องหรือไม่มีอาการปวดท้อง ไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะตับบาดเจ็บได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยกลุ่มตับบาดเจ็บระดับไม่รุนแรงซึ่งจะมักจะมีสัญญาณชีพคงที่และอาการแสดงไม่ชัดเจน⁴⁻⁷

Focused assessment with sonography for trauma (FAST) scan เป็นหนึ่งในเครื่องมือที่ใช้ในการวินิจฉัยการบาดเจ็บในช่องท้องที่มีความไวต่ำในการวินิจฉัยอาการบาดเจ็บที่ตับ⁸ ดังนั้นเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computed tomography, CT scan) เป็นเครื่องมือมาตรฐาน (gold standard) ที่ใช้ในการวินิจฉัยการบาดเจ็บของตับ มีค่าความไว (sensitivity) 92-97% และค่าความจำเพาะ (specificity) 98.7% สามารถบอกระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บได้ ช่วยให้แพทย์สามารถวางแผนแนวทางการรักษาได้⁹

อย่างไรก็ตามสถานพยาบาลบางแห่งอาจไม่สามารถเข้าถึงการสแกน CT ได้ ดังนั้น Aspartate aminotransferase (AST) และ alanine aminotransferase (ALT) เป็นเอนไซม์พบได้ในเซลล์ตับ สามารถทำได้ทุกโรงพยาบาล ราคาไม่แพง ใช้เวลาไม่นาน มีการศึกษาพบว่า การเพิ่มขึ้นของ AST และ ALT มีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บของตับจากอุบัติเหตุกระแทกกระเทือนช่องท้อง สามารถนำมาช่วยวินิจฉัยและบอกระดับความรุนแรงได้^{7,10-18} อีกทั้งยังไม่เคยมีการวิจัยในกลุ่มประชากรของคนไทย ทำให้การนำระดับค่า AST และ ALT มาใช้เป็นหนึ่งในการคัดกรอง (screening tool) การบาดเจ็บของตับจากอุบัติเหตุกระแทกกระเทือนช่องท้อง ยังต้องการการ

ศึกษาเพิ่มเติมก่อนนำมาใช้จริงในประชากรคนไทย และหาค่าจุดตัดที่เหมาะสม โดยคาดหวังว่าระดับค่า AST และ ALT นี้จะสามารถใช้เป็นหนึ่งในการคัดกรองการบาดเจ็บของตับ สำหรับส่งตัวผู้ป่วยมา CT scan ต่อไป สามารถลดการวินิจฉัยผิดพลาดอันนำไปสู่การบาดเจ็บที่รุนแรงขึ้นและเสียชีวิตตามมาได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อหาจุดตัดที่เหมาะสม ของค่า aspartate aminotransferase (AST) และ alanine aminotransferase (ALT) กับ การบาดเจ็บของตับในผู้ป่วยอุบัติเหตุกระแทกกระเทือนช่องท้อง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยในการทำนายการบาดเจ็บของตับในผู้ป่วยอุบัติเหตุกระแทกกระเทือนช่องท้อง

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย (research design)

การศึกษาความถูกต้องในการวินิจฉัยโรค (diagnostic accuracy research) แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) รวบรวมข้อมูลแบบย้อนหลัง (retrospective data collection)

ขั้นตอนและวิธีการในการวิจัย

กลุ่มประชากรที่ศึกษา

ผู้ป่วยอุบัติเหตุกระแทกกระเทือนช่องท้องที่เข้ารับบริการในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและรับไว้เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชลบุรี ระหว่างวันที่ 01 มกราคม 2562 – 31 กรกฎาคม 2564 ผู้ป่วย BAT ที่มารับบริการ ณ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลชลบุรีทุกคน จะได้รับการประเมินและดูแลรักษาโดยแพทย์ประจำห้องฉุกเฉิน อ้างอิงการรักษาตามแนวทาง Advance trauma life support (ATLS)

เกณฑ์คัดเข้างานวิจัย (inclusion criteria)

- ผู้ป่วยอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป
- ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บภายในช่องท้อง และอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ ได้แก่ ม้าม ตับ ตับอ่อน ระบบทางเดินปัสสาวะ ต่อมหมวกไต และระบบทางเดินอาหาร วินิจฉัยโดยการผ่าตัดหรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ช่องท้องด้วยสารทึบรังสี

เกณฑ์คัดออกจากการวิจัย (exclusion criteria)

- ผู้ป่วยอุบัติเหตุแบบช่องท้องทะลุ (penetrating abdominal trauma)
- ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัด และไม่ได้ทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องด้วยสารทึบรังสี
- ผู้ป่วยที่เสียชีวิตให้ห้องฉุกเฉิน
- ระยะเวลาการเกิดอุบัติเหตุจนถึงระยะเวลาเจาะเลือดตรวจค่า AST และ ALT นานกว่า 12 ชั่วโมง
- มีประวัติเป็นโรคตับหรือมีค่าตับผิดปกติก่อนเกิดอุบัติเหตุ
- หญิงตั้งครรภ์

ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วน

ขนาดตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้สูตร diagnosis test ของ Buderer เพื่อศึกษาดูความไวและความจำเพาะของค่าจุดตัดของเอนไซม์ AST และ ALT ในการวินิจฉัยการบาดเจ็บของตับ ในกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุกระแทกกระเ็นช่องท้อง กำหนดค่าความชุก (prevalence) ของผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของตับ คือ 50% (อ้างอิงตามสัดส่วนจริงของผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี) ทำการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงจากการทำการศึกษานำร่อง (pilot study) ด้วยผู้ป่วยจำนวน 20 รายพบว่า $ALT \geq 120 U/L$ มีความไว 80 % และความจำเพาะ 70% กำหนด Standard normal value (Z) = 1.96 (P) = 0.16 Absolute Precision (d) = 0.10 ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างเหมาะสมคือ 162 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วย ได้แก่ เพศ (sex) อายุ (age) ,ประเภทอุบัติเหตุ (mechanism of injury), ระยะเวลาจากอุบัติเหตุถึงเวลาเจาะเลือด (time of blood sample) ตรวจค่า AST และ ALT, สัญญาณชีพแรกพบ (vital sign at presentation), ผล FAST scan, ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ค่า AST และ ALT, Revised trauma score (RTS) และการบาดเจ็บร่วมอื่นๆ (associated injury) ระยะเวลารักษาในหอผู้ป่วยหนัก (length of ICU, LoICU) ระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล (length of stay, LoS) และภาวะแทรกซ้อน ข้อมูลการจำหน่ายผู้ป่วยหรือสถานะสุดท้าย ได้แก่ กลับบ้าน หรือ เสียชีวิต

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลชลบุรี ลงวันที่ 20 ธันวาคม 2567

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้โปรแกรม STATA 14.0 ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติพรรณนาข้อมูล กรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ นำเสนอค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และในกรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ นำเสนอค่ามัธยฐาน ค่า interquartile range ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2. ใช้สถิติอนุมาน chi-square test หรือ fisher exact ในตัวแปร categorical data และสถิติ independent t-test และ Mann-Whitney-U test ตัวแปรเชิงปริมาณที่มี การกระจายตัวปกติและไม่เป็นปกติ ตามลำดับ

3. ส่วนการเปรียบเทียบคะแนนเพื่อดูความแม่นยำ แสดงค่าความไว ความจำเพาะ positive predictive value (PPV), negative predictive value (NPV), positive likelihood ratio, negative likelihood ratio และ area under the receiver operating characteristic curve (AUROC) ด้วยวิธี Youden index

4. ใช้สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาปัจจัยที่ละตัวแปร โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (simple logistic regression) หาค่า OR และช่วงความเชื่อมั่น 95%CI และวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปรโดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติกพหุนาม (multiple logistic regression) ในและกำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติ p-value <0.05

ผลการศึกษา

ผู้ป่วย 162 รายมีการบาดเจ็บของตับ (liver injury, LI+) 78 ราย (ร้อยละ 48.14) ในผู้ที่มีการบาดเจ็บของตับอายุเฉลี่ย 32.0 ± 11.9 ปี เป็นเพศชาย 48 ราย (ร้อยละ 61.5) พบอุบัติเหตุประเภทจากรถจักรยานที่ 71 ราย (ร้อยละ 91.0) SBP เฉลี่ย 108.14 ± 27.48 DBP เฉลี่ย 67.87 ± 17.79 Heart Rate (HR) เฉลี่ย 99.22 ± 24.98 Respiratory rate (RR) 21.62 ± 4.18 FAST positive 55 ราย (ร้อยละ 70.5) ค่าเฉลี่ยคะแนน Revised trauma score 7.1 ± 1.1 ระยะเวลาจาก

อุบัติเหตุถึงเวลาเจาะเลือด 3.9 ± 2.4 ชั่วโมง วินิจฉัยด้วยวิธีเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง 68 ราย (ร้อยละ 87.2) การรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัด 53 ราย (ร้อยละ 68.0) ระยะเวลาเฉลี่ยรักษาในหอผู้ป่วยหนัก 6.0 ± 5.7 วัน ระยะเวลาเฉลี่ยรักษาในโรงพยาบาล 15.4 ± 10.1 วัน และเสียชีวิต 7 ราย (ร้อยละ 9.0) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า อายุ, SBP, DBP, Revised trauma score, ระยะเวลาการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก, ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล, เสียชีวิต มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 1

เมื่อเปรียบเทียบค่าเอนไซม์ตับจำแนกตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บของตับในผู้ป่วยอุบัติเหตุกระแทกกระเทือนช่องท้อง โดยอ้างอิงตามระบบการจำแนกความรุนแรงของอวัยวะต่างๆ ตามสมาคมศัลยแพทย์อุบัติเหตุแห่งสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2018 (American Association for the Surgery of Trauma–Organ Injury Scale, AAST-OIS, 2018 version) พบว่าตับบาดเจ็บระดับที่ 1 พบจำนวน 7 ราย (AST 240.28 ± 190.28 ; ALT 183.0 ± 158.82) ตับบาดเจ็บระดับที่ 2 พบจำนวน 22 ราย (AST 290.09 ± 181.68 ; ALT 172.22 ± 88.82) ตับบาดเจ็บระดับที่ 3 พบจำนวน 24 ราย (AST 602.83 ± 461.03 ; ALT 359.37 ± 282.92) ตับบาดเจ็บระดับที่ 4 พบจำนวน 18 ราย (AST 981.44 ± 715.48 ; ALT 685.16 ± 619.51) และตับบาดเจ็บระดับที่ 5 พบจำนวน 7 ราย (AST 1011.42 ± 349.33 ; ALT 686.71 ± 283.77) อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบค่าเอนไซม์ตับ AST และ ALT จำแนกตามระดับความ

รุนแรงของการบาดเจ็บของตับพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 2

เปรียบเทียบจุดตัดที่เหมาะสม และ ROC curve เพื่อประเมินการพยากรณ์ของค่าเอนไซม์ตับในการบาดเจ็บของตับในผู้ป่วยอุบัติเหตุกระแทกกระเทือนช่องท้อง พบว่า จุดตัดที่เหมาะสมสำหรับ AST คือ ≥ 185 หน่วยยูนิต์ต่อลิตร (U/L) มีความไว 84.6% และความจำเพาะ 88.0% (area under the ROC curve, AuROC) 0.92 และจุดตัดที่เหมาะสมสำหรับ ALT คือ ≥ 127 หน่วยยูนิต์ต่อลิตร (U/L) มีความไว 84.6% และความจำเพาะ 89.2% (area under the ROC curve, AuROC) 0.93 ดังตารางที่ 3 และภาพที่ 1

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการบาดเจ็บของตับในผู้ป่วยอุบัติเหตุกระแทกกระเทือนช่องท้องวิเคราะห์แบบ multiple logistic regression พบว่า เพศหญิงปัจจัยที่มีผลต่อการบาดเจ็บของตับในผู้ป่วยอุบัติเหตุกระแทกกระเทือนช่องท้องมากกว่าเพศชาย 5.04 เท่า (Adj.OR=5.04; 1.51-16.81; $p\text{-value} = < 0.01$) อายุที่เพิ่มขึ้นทุก 1 ปีเป็นปัจจัยเสี่ยงลดลง 7% (Adj. OR=0.93; 0.89-0.98; $p\text{-value} = 0.01$) $AST \geq 185$ U/L เป็นปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้น 10.35 เท่า (Adj.OR=10.35; 1.90-56.45; $p\text{-value} = < 0.01$) และ $ALT \geq 127$ U/L เป็นปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้น 12.35 เท่า (Adj.OR=12.35; 2.51-60.61; $p\text{-value} = < 0.01$) ปัจจัยดังกล่าวสามารถร่วมทำนายการบาดเจ็บของตับในผู้ป่วยอุบัติเหตุกระแทกกระเทือนช่องท้องได้ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วย

	ผู้ป่วยทั้งหมด 162 ราย	ผู้ป่วยกลุ่ม LI+ 78 ราย	ผู้ป่วยกลุ่ม LI-84 ราย	p-Value
อายุ (ปี) 34.6 ± 14.6	32.0 ± 11.9	36.9 ± 16.5	0.03*	
เพศชาย (ร้อยละ)	111(68.5)	48(61.5)	63(75.0)	0.09
อุบัติเหตุจราจร (ร้อยละ)	145(89.5)	71(91.0)	74(88.1)	0.99
Systolic blood pressure (SBP)	108.14 ± 27.48	100.56 ± 27.57	115.17 ± 25.60	$<0.01^*$
Diastolic blood pressure (DBP)	67.87 ± 17.79	63.65 ± 16.38	71.77 ± 18.24	$<0.01^*$
Heart Rate (HR)	99.22 ± 24.98	102.76 ± 26.25	95.92 ± 23.42	0.08
Respiratory rate (RR)	21.62 ± 4.18	22.02 ± 5.17	21.26 ± 2.97	0.24
FAST positive, (ร้อยละ)	115(71.0)	55(70.5)	60(71.4)	0.99
Revised trauma score	7.3 ± 1.0	7.1 ± 1.1	7.5 ± 0.8	0.02*
ระยะเวลาจากอุบัติเหตุถึงเวลาเจาะเลือด (ชั่วโมง)	4.3 ± 2.4	3.9 ± 2.4	4.6 ± 2.3	0.06
วินิจฉัยด้วยวิธีเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง (ร้อยละ)	140(86.4)	68(87.2)	72(85.7)	0.82
การรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัด (ร้อยละ)	101(62.4)	53(68.0)	48(57.1)	0.19
ระยะเวลารักษาในหอผู้ป่วยหนัก (วัน)	4.8 ± 4.7	6.0 ± 5.7	3.6 ± 3.2	0.001^*
ระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล (วัน)	13.8 ± 8.0	15.4 ± 10.1	12.3 ± 4.9	0.01^*
สถานะสุดท้าย เสียชีวิต (ร้อยละ)	8(4.9)	7(9.0)	1(1.2)	0.03^*

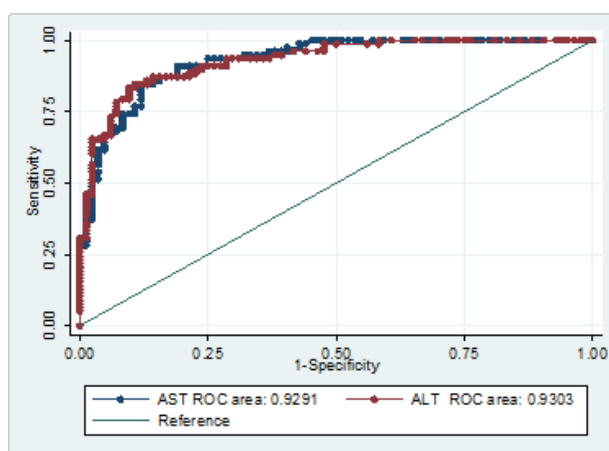
+ ข้อมูลแบบกลุ่ม นำเสนอโดยจำนวนและร้อยละ (%) ข้อมูลแบบต่อเนื่อง นำเสนอโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean $\pm$ SD)

ตารางที่ 2 ค่าเอนไซม์ตับจำแนกตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บของตับในผู้ป่วยอุบัติเหตุกระแทกกระเทือนช่องท้อง

grade	aspartate aminotransferase (AST)			alanine aminotransferase (ALT)		
	Mean U/L	SD	p-value	Mean U/L	SD	p-value
0 (n=84)	104.51	113.44	<0.01	58.05	62.48	<0.01
1 (n=7)	240.28	190.28		183.0	158.82	
2 (n=22)	290.09	181.68		172.22	88.82	
3 (n=24)	602.83	461.03		359.37	282.92	
4 (n=18)	981.44	715.48		685.16	619.51	
5 (n=7)	1011.42	349.33		686.71	283.77	

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจุดตัดที่เหมาะสมด้วยวิธี Youden index และ ROC curve เพื่อประเมินการพยากรณ์ของค่าเอนไซม์ตับในการบาดเจ็บของตับในผู้ป่วยอุบัติเหตุกระแทกกระเทือนช่องท้อง

ค่าเอนไซม์ตับ	Cut point	Sensitivity	Specificity	ROC	ROC 95% CI
ทำนายการบาดเจ็บของตับในผู้ป่วยอุบัติเหตุกระแทกกระเทือนช่องท้อง					
AST	≥185 U/L	84.6%	88.0%	0.92	0.89-0.96
ALT	≥127 U/L	84.6%	89.2%	0.93	0.89-0.96



รูปที่ 1 แสดง AUROC ของ AST และ ALT ในการทำนายการบาดเจ็บของตับในผู้ป่วยอุบัติเหตุกระแทกกระเทือนช่องท้อง

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการบาดเจ็บของตับในผู้ป่วยอุบัติเหตุกระแทกกระเทือนช่องท้อง

variable	Univariate	multivariate		
	OR (95%CI)	p-value	Adj.OR (95%CI)	p-value
เพศ หญิง	1.87 (0.95-3.67)	0.06	5.04 (1.51-16.81)	<0.01
อายุ	0.97 (0.95-0.99)	0.04	0.93 (0.89-0.98)	0.01
AST ≥185 U/L	40.7 (16.50-100.34)	<0.01	10.35 (1.90-56.45)	<0.01
ALT ≥127 U/L	45.83 (18.16-115.63)	<0.01	12.35 (2.51-60.61)	<0.01
SBP	0.97 (0.96-0.99)	<0.01	0.98 (0.94-1.02)	0.36
DBP	0.97 (0.95-0.99)	<0.01	1.00 (0.94-1.06)	0.99
RR	1.04 (0.96-1.12)	0.25	0.95 (0.83-1.10)	0.56
HR	1.01 (0.99-1.02)	0.08	0.99 (0.96-1.01)	0.23

อภิปรายผลการศึกษา

AST และ ALT เป็นเอนไซม์พบได้ในเซลล์ตับ โดย ALT มีอยู่เฉพาะแคในเซลล์ตับ แต่ AST พบได้ใน หัวใจ กล้ามเนื้อ ไต สมอง ตับอ่อน ปอด เม็ดเลือดขาวและ เม็ดเลือดแดง¹⁹ เชื่อว่าหลังเกิดการบาดเจ็บต่อดับ AST และ ALT จะถูกปล่อยเข้าสู่กระแสเลือดอย่างรวดเร็ว ภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมงหลังเกิดการบาดเจ็บและเพิ่มสูงสุด (peak level) ที่ 24 ชั่วโมง^{15,20-22}

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองผู้ป่วยตับบาดเจ็บ การใช้ค่าจุดตัด AST และ ALT จะช่วยลดโอกาสในการส่ง CT scan โดยไม่จำเป็น โดยเปรียบเทียบจุดตัดที่เหมาะสม และ ROC curve เพื่อประเมินการพยากรณ์ของค่าเอนไซม์ตับในการบาดเจ็บของตับในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุ พบว่า จุดตัดที่เหมาะสมสำหรับ AST คือ ≥ 185 หน่วย ยูนิต์ต่อลิตร (U/L) มีความไว 84.6% และความจำเพาะ 88.0% (area under the ROC curve, AuROC) 0.92 ต่างจากการศึกษาของ Shrestha และคณะ¹³ พบว่าค่าจุดตัดที่ $AST \geq 106$ U/L มีความไว 71.7% ความจำเพาะ 90 และสูงกว่าของ Koyama และคณะ¹¹ พบจุดตัดที่ $AST \geq 109$ U/L ค่าความไว 81% ความจำเพาะ 82% ซึ่งงานวิจัยดังกล่าวทำในผู้ที่ได้รับการทำ CT scan ในการวินิจฉัยตับบาดเจ็บเท่านั้น และได้รับการเจาะตรวจระดับเอนไซม์ตับภายใน 3 ชั่วโมงหลังเกิดอุบัติเหตุ อย่างไรก็ตามขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันสูง ผู้ป่วยกลุ่มมีการบาดเจ็บของตับมีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มไม่มีการบาดเจ็บของตับประมาณ 10 เท่า และไม่ได้แสดงจำนวนผู้ป่วยในแต่ละระดับความรุนแรงของกลุ่มมีการบาดเจ็บของตับ¹¹

การศึกษาครั้งนี้พบจุดตัดที่เหมาะสมสำหรับ ALT คือ ≥ 127 หน่วยยูนิต์ต่อลิตร (U/L) มีความไว 84.6% และความจำเพาะ 89.2% (area under the ROC curve, AuROC) 0.93 ต่างจากการศึกษาของ Shrestha และคณะ¹³ พบว่า ค่า $ALT \geq 80$ U/L มีความไว 77.8% ความจำเพาะ 94.1% ค่าการทำนายผลบวก 92.1% และค่าการทำนายผลลบ 82.8% โดยใช้ ROC curve ในการวิเคราะห์ ต่างจากการศึกษาของ Tian และคณะ¹⁰ ระดับ $ALT > 57$ U/L มีความเหมาะสมสำหรับใช้เป็นค่าจุดตัดเมื่อเทียบกับค่าเอนไซม์ตับตัวอื่น มีค่าระดับความไวอยู่ที่ 92.2% ความจำเพาะ

84.4% ค่าการทำนายผลบวก 85.6% และค่าการทำนายผลลบ 91.8%

เป็นไปได้ว่าความแตกต่างกันในเรื่องของกลุ่มตัวอย่าง วิธีการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล ระยะเวลาการเจาะเลือดวัดระดับเอนไซม์ตับ วิธีการวินิจฉัยตับบาดเจ็บ ทำให้ได้ค่าจุดตัดที่แตกต่างกันไปตามแต่ละงานวิจัย เปรียบเทียบกับงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบย้อนหลัง เจาะเลือดตรวจระดับ AST และ ALT ภายใน 12 ชั่วโมงหลังเกิดอุบัติเหตุ การวินิจฉัยการบาดเจ็บของตับวินิจฉัยด้วยวิธี CT scan หรือการผ่าตัด แบ่งระดับการบาดเจ็บตามระบบการจำแนกความรุนแรงของอวัยวะต่างๆ ของสมาคมศัลยแพทย์อุบัติเหตุแห่งสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2018 ผลการศึกษาพบว่าระดับค่าเฉลี่ยของ AST ในกลุ่มมีการบาดเจ็บของตับและกลุ่มไม่มีการบาดเจ็บของตับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (606.1 ± 535.2 และ 104.5 ± 113.4) และค่าเฉลี่ยของ ALT ในกลุ่มมีการบาดเจ็บของตับและกลุ่มไม่มีการบาดเจ็บของตับ ก็แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยเช่นกัน (395.3 ± 406.3 และ 58.1 ± 62.5) สามารถนำมาใช้ในการช่วยคัดกรองการบาดเจ็บของตับในกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุกระแทกกระเทือนช่องท้องได้

เช่นเดียวกันกับงานวิจัยก่อนหน้าของ Shrestha และคณะงานวิจัยของ Tian และคณะงานวิจัยของ Srivastava และคณะ และงานวิจัยของ Jusoh และคณะ ได้นำเสนอ ALT เป็นตัวที่เหมาะสมในการทำนายการบาดเจ็บของตับ^{10,13,17,23} เนื่องจากมีค่าความไวและความจำเพาะที่สูงกว่าในงานวิจัยนี้ พบว่าค่า AST และ ALT มีความสัมพันธ์ไปในทางเดียวกันสามารถใช้อ้างอิงแทนกันได้ และ ALT ให้ค่าอำนาจการทำนายที่สูงกว่า AST ดังนั้นจึงเลือกใช้ค่า ALT เป็นตัวแทนมาคำนวณหาจุดตัดเพื่อใช้เป็นตัวทำนายการบาดเจ็บของตับ

นอกจากนี้ยังพบว่าระดับค่า AST และ ALT มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บของตับอีกด้วย เช่นเดียวกันกับ งานวิจัยของ Shrestha และคณะ พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับค่าเอนไซม์ตับกับระดับความรุนแรงของตับบาดเจ็บ โดยพบว่าตับบาดเจ็บระดับ 3 และ 4 มีระดับค่า AST และ ALT ที่สูงกว่าตับบาดเจ็บระดับ 1 และ 2 งานวิจัยของ Srivastava และคณะ พบว่าระดับค่า ALT ที่เพิ่มขึ้น

มีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บของตับที่รุนแรงมากขึ้นด้วย 23 งานวิจัยของ Tan และคณะ พบว่าระดับ AST และ ALT ที่มากกว่า 2 เท่า มีความสัมพันธ์กับตับบาดเจ็บระดับรุนแรง (ตับบาดเจ็บระดับที่มากกว่าหรือเท่ากับระดับ 3)¹⁶ อย่างไรก็ตามงานวิจัยของ Koyama และคณะ ไม่ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างเอนไซม์ตับกับระดับความรุนแรงของตับบาดเจ็บ¹¹ งานวิจัยของ Tian และคณะ ไม่พบความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บของตับ¹⁰

จะเห็นได้ว่าระดับค่า $AST \geq 185$ U/L และ $ALT \geq 127$ U/L มีความเหมาะสมสำหรับช่วยคัดกรองผู้ป่วยที่มีตับบาดเจ็บได้ ทั้งในเรื่องของผลบวกสูงที่ไม่มากเกินไปและผลลบสูงที่เกิดขึ้นไม่ได้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมากนัก อย่างไรก็ตามการตัดสินใจส่งตัวผู้ป่วยมา CT scan ไม่ควรอาศัยเฉพาะระดับค่า AST ALT เพียงอย่างเดียว ซึ่งอาจประเมิน เพศ และอายุ รวมถึงสัญญาณชีพร่วมด้วย

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากระบบคอมพิวเตอร์ บางครั้งมีการลงข้อมูลไม่ครบถ้วนทำให้ต้องตัดผู้ป่วยบางรายออกจากการวิจัย จึงไม่ได้ข้อมูลของทุกๆคนที่เป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุช่องท้อง นอกจากนี้จากบริบทของโรงพยาบาล ผู้ป่วยทุกคนที่มีภาวะผู้ป่วยอุบัติเหตุช่องท้องไม่ได้รับการทำ CT scan หรือ การผ่าตัดอีกทั้งระยะเวลาของการเจาะเลือดที่ไม่ตรงกัน แม้ว่าผู้จัดทำจะพยายามกำหนดกรอบเวลาให้ได้ใกล้เคียงกันมากที่สุด แต่ก็ยังมีระยะเวลาแตกต่างกันตั้งแต่ 1-12 ชั่วโมง ซึ่งอาจทำให้ค่า AST และ ALT คลาดเคลื่อนได้

บทสรุป

จากงานวิจัยนี้ พบว่า ระดับค่า $AST \geq 185$ U/L และ $ALT \geq 127$ U/L เหมาะสมสำหรับใช้เป็นค่าจุดตัดเพื่อช่วยคัดกรองผู้ที่อาจจะมีตับบาดเจ็บในกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุกระแทกกระเ็นช่องท้องได้ มีประโยชน์ในการใช้เป็นเกณฑ์เพื่อส่งตัวผู้ป่วยมา CT scan ต่อไป อีกทั้งยังเป็นการช่วยลดการใช้ CT scan โดยไม่จำเป็นอีกด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉินทุกท่าน เจ้าหน้าที่ของศูนย์วิจัยโรงพยาบาลชลบุรี ที่กรุณาให้คำแนะนำให้คำปรึกษาและแก้ไขข้อบกพร่องในงานวิจัยชิ้นนี้

ผลประโยชน์ทับซ้อน

-

ทุนวิจัย

-

เอกสารอ้างอิง

1. American College of Surgeons, Committee on Trauma. Advanced trauma life support: student course manual. 2018.
2. Kozar RA, Crandall M, Shanmuganathan K, Zarzaur BL, Coburn M, Cribari C, et al. Organ injury scaling 2018 update: Spleen, liver, and kidney. J Trauma Acute Care Surg. 2018 Dec;85(6):1119–22.
3. Taghavi S, Askari R. Liver Trauma. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [cited 2022 Oct 22]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513236/>
4. Brown CK, Dunn KA, Wilson K. Diagnostic evaluation of patients with blunt abdominal trauma: a decision analysis. Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med. 2000 Apr;7(4):385–96.
5. Alghamdi H. Liver Trauma [Internet]. Recent Advances in Liver Diseases and Surgery. IntechOpen; 2015 [cited 2021 Nov 8]. Available from: <https://www.intechopen.com/chapters/49218>
6. Amornvittayachan O. Diagnoses Blunt Abdominal Injuries by Computed Tomography. J Med Health Sci. 2014 Jul 29;21(1):54–62.
7. Lee WC, Kuo LC, Cheng YC, Chen CW, Lin YK, Lin TY, et al. Combination of white blood cell count with liver enzymes in the diagnosis of blunt liver laceration. Am J Emerg Med. 2010 Nov;28(9):1024–9.

8. Fleming S, Bird R, Ratnasingham K, Sarker SJ, Walsh M, Patel B. Accuracy of FAST scan in blunt abdominal trauma in a major London trauma centre. *Int J Surg*. 2012 Jan 1;10(9):470–4.
9. Ahmed N, Vernick JJ. Management of liver trauma in adults. *J Emerg Trauma Shock*. 2011 Jan;4(1):114–9.
10. Tian Z, Liu H, Su X, Fang Z, Dong Z, Yu C, et al. Role of elevated liver transaminase levels in the diagnosis of liver injury after blunt abdominal trauma. *Exp Ther Med*. 2012 Aug;4(2):255–60.
11. Koyama T, Hamada H, Nishida M, Naess PA, Gaarder C, Sakamoto T. Defining the optimal cut-off values for liver enzymes in diagnosing blunt liver injury. *BMC Res Notes*. 2016 Jan 25;9:41.
12. Prasad P, Acharya A, Vithon GE, Kumar GNM. Evaluating the role of liver enzymes as predictors of severity of liver injury in patients with blunt abdominal trauma. *Int J Res Med Sci*. 2017 May 27;5(6):2462–7.
13. Shrestha A, Neupane HC, Tamrakar KK, Bhattarai A, Katwal G. Role of liver enzymes in patients with blunt abdominal trauma to diagnose liver injury. *Int J Emerg Med*. 2021 Jan 19;14(1):7.
14. Chang C, Lin H, Liao Y, Chu F, Chen K. Elevated Aminotransferases are Predictors of Hepatic Injury in Blunt Abdominal Trauma Patients. *Hong Kong J Emerg Med*. 2013 Nov;20(6):337–42.
15. Ritchie AH, Willisroft DM. Elevated liver enzymes as a predictor of liver injury in stable blunt abdominal trauma patients: case report and systematic review of the literature. *Can J Rural Med Off J Soc Rural Physicians Can J Can Med Rurale J Off Soc Med Rurale Can*. 2006;11(4):283–7.
16. Tan KK, Bang SL, Vijayan A, Chiu MT. Hepatic enzymes have a role in the diagnosis of hepatic injury after blunt abdominal trauma. *Injury*. 2009 Sep;40(9):978–83.
17. Jusoh A, Ghazi FN. Triple elevation of ALT is indicative of blunt hepatic trauma. Our local experience at rural district hospital. *Glob Surg*. 2016 Jan 1;26.
18. Bruhn PJ, Østerballe L, Hillingsø J, Svendsen LB, Helgstrand F. Posttraumatic levels of liver enzymes can reduce the need for CT in children: a retrospective cohort study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2016 Aug 25;24(1):104.
19. Lala V, Zubair M, Minter DA. Liver Function Tests. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [cited 2022 Oct 22]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482489/>
20. Arslan G, Gemici AA, Yirgin IK, Gulsen E, Inci E. Liver trauma grading and biochemistry tests. *Emerg Radiol*. 2013 Oct;20(5):379–84.
21. Kaku N. Short-term and long-term changes in hepatic function in 60 patients with blunt liver injury. *J Trauma*. 1987 Jun;27(6):607–14.
22. Cogbill TH, Moore EE, Feliciano DV, Jurkovich GJ, Morris JA, Mucha P. Hepatic enzyme response and hyperpyrexia after severe liver injury. *Am Surg*. 1992 Jul 1;58(7):395–9.
23. Srivastava AR, Kumar S, Agarwal GG, Ranjan P. Blunt abdominal injury: serum ALT-A marker of liver injury and a guide to assessment of its severity. *Injury*. 2007 Sep;38(9):1069–74.

เปรียบเทียบประสิทธิภาพระหว่างการให้ยา Ondansetron กับ Ondansetron ร่วมกับ Dexamethasone เพื่อป้องกันคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดคลอด โดยระดับความรู้สึกด้วยการฉีดยาร่วมกับมอร์ฟินเข้าช่องไขสันหลังโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

ยลดา พรหมนารท, พ.บ., ว.ว. วิทยาลัยวิทยา
โรงพยาบาลพุทธโสธร

รับต้นฉบับ 27 มกราคม 2568

ปรับแก้ไข 5 มีนาคม 2568

รับลงตีพิมพ์ 15 มีนาคม 2568

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ

คลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัดเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดที่ได้รับการระงับความรู้สึกโดยฉีดยาร่วมกับมอร์ฟินเข้าช่องไขสันหลัง การให้ยาป้องกันคลื่นไส้อาเจียนมีประสิทธิภาพมากกว่าการให้ยาหลังจากมีอาการ

วัตถุประสงค์

ศึกษาเปรียบเทียบอุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดโดยให้ยา Ondansetron กับ Ondansetron ร่วมกับ Dexamethasone ในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดโดยระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาร่วมกับมอร์ฟินเข้าช่องไขสันหลัง และศึกษาระยะเวลาที่อยู่ในห้องพักรักษาความปวดและปริมาณการได้ยา Metoclopramide ใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

วิธีการศึกษา

การศึกษาแบบสุ่มและปกปิดสองทางในผู้ป่วยจำนวน 80 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 40 ราย โดยกลุ่ม O ได้รับยา Ondansetron 4 mg และกลุ่ม OD ได้รับยา Ondansetron 4 mg ร่วมกับ Dexamethasone 5 mg เก็บข้อมูลอาการคลื่นไส้อาเจียนและการได้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน Metoclopramide

ที่ห้องผ่าตัด ห้องพักรักษาและที่หอผู้ป่วย ระยะเวลาที่อยู่ในห้องพักรักษาและความปวดที่ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดใช้ Chi-square test ในการเปรียบเทียบข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS version 29.0.1

ผลการศึกษา

อุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง กลุ่ม O และ OD ร้อยละ 27.5 และ 20.0 ตามลำดับ (P value = 0.43) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับความปวดในกลุ่ม O และ OD ทั้งสองกลุ่มโดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value = 0.032)

สรุปการศึกษา

Ondansetron ร่วมกับ Dexamethasone ลดอุบัติการณ์และความรุนแรงคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดได้ดีกว่าการให้ Ondansetron แม้จะยังไม่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าสามารถลดระดับความรุนแรงของอาการปวดหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ

คลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด, Ondansetron, Dexamethasone, การฉีดยาร่วมกับมอร์ฟินเข้าช่องไขสันหลัง

Comparing the effect of Ondansetron versus combined Ondansetron and Dexamethasone for prophylaxis postoperative nausea and vomiting in elective cesarean section receiving intrathecal morphine in Buddhasothorn Hospital : RCT , double-blind, Phase II

Yonlada Promnart, M.D.

Department of Anesthesiology, Buddhasothorn hospital

Abstract

Background

Postoperative nausea and vomiting (PONV) is common issue in cesarean section patients receiving spinal anesthesia with intrathecal morphine. Prophylactic use of antiemetics is more effective than treating them symptoms after onset.

Objective

To compare the incidence of PONV between patients receiving Ondansetron alone and those receiving Ondansetron combined with Dexamethasone. Secondary objectives included duration of stay in the recovery room, postoperative pain score, and Metoclopramide use within 24 hours postoperatively.

Methodology

A randomized, double-blind study was conducted with 80 patients divided into two groups of 40. Group O received Ondansetron 4 mg, while Group OD received combination of Ondansetron 4 mg and Dexamethasone 5 mg. Data on PONV and antiemetic use were collected from the operating room, recovery room, and

inpatient ward. Recovery room duration and pain levels at 24 hours were recorded. Statistical analysis was performed using the Chi-square test and SPSS version 29.0.1.

Results

The incidence of PONV within 24 hours was 27.5% in Group O and 20.0% in Group OD ($P = 0.43$), showing no statistically significant difference. However, pain severity differed significantly between the groups, with Group OD experiencing less severe pain ($P = 0.032$).

Conclusion

The combination of Ondansetron and Dexamethasone was more effective in reducing the incidence and severity of PONV compared to Ondansetron alone, although the difference was not statistically significant. However, the combination significantly reduced the severity of postoperative pain.

Keywords Postoperative nausea and vomiting, Ondansetron, Dexamethasone, spinal anesthesia with intrathecal morphine

บทนำ

คลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัด(Postoperative Nausea and Vomiting : PONV) คืออาการคลื่นไส้หรืออาเจียนหรืออาเจียนหรือทั้งคลื่นไส้และอาเจียนในช่วงเวลา 24-48 ชั่วโมงแรกหลังจากการผ่าตัด¹ คลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัดเป็นปัญหาสำคัญทางวิสัญญีและพบอุบัติการณ์ถึงร้อยละ 30-70² การระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดคลอดมักดำเนินการโดยการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (regional anesthesia)³ โดยฉีดยาชาร่วมกับมอร์ฟีนเข้าช่องไขสันหลังซึ่งเป็นมาตรฐานทางวิสัญญีที่ช่วยลดอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพในช่วง 8-24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด⁴

คลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัดส่งผลเสียต่อผู้ป่วยด้านร่างกายได้แก่ แกล้วแอ่นผิดปกติ ภาวะขาดน้ำ เลือดออกจากแผลผ่าตัด แผลผ่าตัดแยก ปวดแผลผ่าตัด และเริ่มเคลื่อนไหวตัวเองล่าช้า(delay ambulate) ในด้านจิตใจ ได้แก่ เริ่มการประสานสัมพันธ์แม่ลูกล่าช้า(delay mother to baby bonding) ความพึงพอใจในการนอนโรงพยาบาลลดลง และยังส่งผลต่อการสิ้นเปลืองทรัพยากรของโรงพยาบาลเนื่องจากเพิ่มระยะเวลาอยู่ในห้องพักรักษาตัวและเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย^{5,6}

คลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัดเกิดจากการกระตุ้น vagal nerve, cerebellar cortex, vestibular body, chemoreceptor trigger zone(CTZ) โดย receptor ของ dopaminergic, histaminergic, muscarinic และ serotonin ซึ่งยาที่ออกฤทธิ์ต้านกับ receptor เหล่านี้จะสามารถป้องกันและรักษาคคลื่นไส้อาเจียนได้⁷ วิธีการป้องกันคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัดโดยให้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียนก่อนที่จะมีอาการคลื่นไส้อาเจียนมีประสิทธิภาพมากกว่าการให้ยาหลังจากที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนแล้ว⁸

Ondansetron เป็น Selective 5-hydroxytryptamine 3 (5-HT₃) antagonist หรือ serotonergic pathway antagonist ออกฤทธิ์ยับยั้ง chemoreceptor trigger zone(CTZ) มีประสิทธิภาพในการป้องกันและรักษาคคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัดและพบว่ามีประสิทธิภาพมากกว่า Metoclopramide จึงทำให้ Ondansetron ใช้เป็นมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัด⁶ จากการศึกษาของ Sane S และคณะ

โดยใช้ Ondansetron ในการป้องกันคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัดคลอดที่ระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาร่วมกับมอร์ฟีนเข้าช่องไขสันหลังสามารถลดอุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัดได้เหลือเพียงร้อยละ 13.3⁹

Dexamethasone มีฤทธิ์ในการแก้คลื่นไส้อาเจียนแต่ไม่ทราบกระบวนการที่ชัดเจน⁶ มีการศึกษาของ Imeh และคณะโดยใช้ Dexamethasone ในการป้องกันคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดคลอดที่ได้รับการระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาร่วมกับมอร์ฟีนเข้าช่องไขสันหลัง พบว่าสามารถลดอุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดได้เหลือเพียงร้อยละ 37¹⁰ มีการรายงานว่าการใช้ Dexamethasone เพียงหนึ่งครั้งไม่สามารถเพิ่มโอกาสการติดเชื้อหลังผ่าตัด⁶ และยังช่วยลดปวดหลังผ่าตัดได้¹¹

สาเหตุของคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดมีหลายปัจจัย ดังนั้นการให้ยาป้องกันคลื่นไส้อาเจียนที่มีกระบวนการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกันร่วมกันคาดว่าจะมีประสิทธิภาพดีกว่าการให้ยาเพียงชนิดเดียว มีการศึกษาประสิทธิภาพของการให้ Dexamethasone ร่วมกับ Ondansetron ในการป้องกันคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดเปรียบเทียบกับการใช้ Ondansetron เพียงอย่างเดียวในการผ่าตัดคลอด การผ่าตัดกระดูก ศัลยกรรมเด็กและศัลยกรรมทั่วไปพบว่าการใช้ Ondansetron ร่วมกับ Dexamethasone ป้องกันคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดได้ดีกว่าการใช้ Ondansetron เพียงอย่างเดียว^{12,13,14}

การศึกษายาป้องกันคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดคลอดในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาชาร่วมกับมอร์ฟีนเข้าช่องไขสันหลังโดยให้ยา Ondansetron เปรียบเทียบกับ Ondansetron ร่วมกับ Dexamethasone มีน้อยและไม่พบการศึกษาในจังหวัดฉะเชิงเทรา ทางผู้จัดทำจึงสนใจศึกษาการเปรียบเทียบประสิทธิภาพระหว่างการใช้ยา Ondansetron กับ Ondansetron ร่วมกับ Dexamethasone เพื่อป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดคลอดโดยระงับความรู้สึกด้วยวิธีการฉีดยาชาร่วมกับมอร์ฟีนเข้าช่องไขสันหลัง รวมถึงศึกษาระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องพักรักษาตัว คะแนนความปวดที่ 24 ชั่วโมง และปริมาณการได้ยา Metoclopramide ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันและลดอุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดคลอดในอนาคต

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพในการลดอุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดคลอดของการใช้ยาป้องกันคลื่นไส้อาเจียนโดยให้ Ondansetron เปรียบเทียบกับ Ondansetron ร่วมกับ Dexamethasone

วัตถุประสงค์รอง

ระยะเวลาที่อยู่ในห้องพักฟื้น ความปวดที่ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ปริมาณการได้ยา Metoclopramide ใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

วิธีการศึกษา

การวิจัยปกปิดข้อมูลสองทางแบบสุ่ม (Randomize control trial, double-blind, Phase II) ในผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดคลอดแบบไม่ฉุกเฉินที่ได้ระดับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาร่วมกับมอร์ฟีนเข้าช่องไขสันหลัง โรงพยาบาลพุทธโสธร เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2567

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยอัตราการเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดจากงานวิจัยของ Imeh A และคณะ พบว่ากลุ่มที่ได้รับยา Dexamethasone อย่างเดียวอยู่ที่ร้อยละ 37 กลุ่มที่ได้รับยา Ondansetron ร่วมกับ Dexamethasone จะพบอุบัติการณ์เกิดคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดร้อยละ 9.3¹⁰ เมื่อคำนวณจากช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และคิด power ของการศึกษาร้อยละ 80 จากสูตรคำนวณเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่ม การกำหนดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้จึงคำนวณตามสูตร^{15,16} ได้ดังนี้

$$n_{trt} = \left[\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{\bar{p}\bar{q} \left(1 + \frac{1}{r}\right)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_{trt}q_{trt} + \frac{p_{con}q_{con}}{r}}}{\Delta} \right]^2$$

$$\Delta = p_{trt} - p_{con}, \quad \bar{p} = \frac{p_{trt} + p_{con}r}{1+r}, \quad r = \frac{n_{con}}{n_{trt}}$$

$$q_{trt} = 1 - p_{trt}, \quad q_{con} = 1 - p_{con}, \quad \bar{q} = 1 - \bar{p}$$

คำนวณ n = 36 ราย และคำนวณเผื่อกรณีอาสาสมัครถอนตัว(drop out rate)ประมาณร้อยละ 10 ของขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ ดังนั้นขนาดตัวอย่างในงานวิจัยนี้ รวมทั้งสิ้น 80 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria) อายุ 18-45 ปี มี The American society of anesthesiologist (ASA) physical status I-II เข้ารับการผ่าตัดคลอดแบบไม่ฉุกเฉิน โดยได้รับการรับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาร่วมกับมอร์ฟีนเข้าช่อง

ไขสันหลัง ตั้งครรภ์เดี่ยว ที่มีอายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาหรือมีข้อห้ามในการใช้ยา Ondansetron และ Dexamethasone มีประวัติเบาหวาน ได้รับยาแก้คลื่นไส้อาเจียนก่อนมาผ่าตัด 6 ชั่วโมง งดน้ำงดอาหารน้อยกว่า 8 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัด

เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปก่อนผ่าตัด ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ประเมินเสี่ยงด้านตัวบุคคลต่อเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด (Apfel score) เป็นคะแนนรวมที่ได้จากจำนวนปัจจัยเสี่ยงที่ผู้ป่วยมีประกอบด้วย เพศหญิง ไม่สูบบุหรี่ มีประวัติ PONV และ/หรือเมารถ(motion sickness) และได้รับยาระงับปวดกลุ่ม Opioid หลังผ่าตัด สุ่มผู้ป่วยเป็นสองกลุ่มโดย computer random number generator ได้แก่ กลุ่ม OD ได้รับยาวิจัยเป็น Ondansetron 4 mg ทางหลอดเลือดดำ กลุ่ม OD ได้รับยาวิจัยเป็น Ondansetron 4 mg ร่วมกับ Dexamethasone 5 mg ทางหลอดเลือดดำ ยาวิจัยจะถูกเตรียมโดยวิสัญญีพยาบาลที่ทราบถึงกระบวนการโครงการวิจัยแต่ไม่มี ความเกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยและไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย โดยทั้งสองกลุ่มจะได้รับยาวิจัย 2 syringe ที่มีปริมาตร 2 ml เท่ากัน กลุ่ม O จะได้รับ Ondansetron 4 mg (2mg/ml) 2 ml ใน syringe ที่ 1 ร่วมกับ Normal saline 2 ml ใน syringe ที่ 2 ส่วนกลุ่ม OD จะได้รับ Ondansetron 4 mg (2 mg/ml) 2 ml ใน syringe ที่ 1 ร่วมกับ Dexamethasone 5 mg (5mg/ml) 1 ml ผสมรวมกับ Normal saline 1 ml รวมเป็น 2 ml ใน syringe ที่ 2 วิสัญญีแพทย์จะทำการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชา 0.5% Bupivacaine 2.0 ml และ Morphine 0.2 mg เข้าช่องไขสันหลัง และให้ยาวิจัยหลังจากคลอดทารกและตัดสายสะดือทารกจากมารดาเรียบร้อยแล้ว

หากยังมีอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังจากที่ได้รับยาวิจัยให้ยาบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนเป็น Metoclopramide 10 mg ทางหลอดเลือดดำเมื่อมีอาการทุก 8 ชั่วโมงทั้งในห้องผ่าตัด ห้องพักฟื้นและหอผู้ป่วย

เก็บข้อมูลระหว่างผ่าตัดได้แก่ ภาวะความดันโลหิตต่ำ ระดับความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียน ยาที่ได้รับระหว่างอยู่ในห้องผ่าตัด ได้แก่ ยากระตุ้นความดันโลหิตยากระตุ้นการแข็งตัวของมดลูกยา Metoclopramide

ผู้ป่วยจะถูกส่งไปยังห้องพักรักษา ได้รับการดูแลรักษา หลังผ่าตัดตามมาตรฐานของวิสัญญี เก็บข้อมูลในห้องพักรักษา ได้แก่ ระดับความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน การได้ยา Metoclopramide ระยะเวลาที่อยู่ในห้องพักรักษา

เก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วยที่ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ได้แก่ ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน คะแนนความปวดหลังผ่าตัด ยา Metoclopramide ที่ได้รับภายใน 24 ชั่วโมง

ผู้ป่วย วิสัญญีพยาบาลและวิสัญญีแพทย์ที่ทำการดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด และวิสัญญีพยาบาลที่ทำการเก็บข้อมูลที่ห้องพักรักษาและหอผู้ป่วยจะถูกปิดไม่ให้ทราบถึงชนิดของยาวิจัยที่ผู้ป่วยได้รับ

ระดับความรุนแรงคลื่นไส้ อาเจียนแบ่งโดยใช้ 4-Likert rating scale ได้แก่ 0 = ไม่มีอาการ 1 = คลื่นไส้ ไม่อาเจียน 2 = คลื่นไส้และอาเจียน 3 = คลื่นไส้และอาเจียน >2 ครั้งใน 30 นาที

คะแนนความปวดประเมินโดยใช้ numeric rating scale¹⁷ แบ่งเป็น 0 คือ ไม่มีอาการ 1-3 คือ ปวดเล็กน้อย 4-6 คือ ปวดปานกลาง 7-9 คือ ปวดรุนแรง 10 คือ ปวดที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS เวอร์ชัน 29.01

1) ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2) Primary outcome เปรียบเทียบอุบัติการณ์คลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมง ระหว่างการให้ยา Ondansetron กับ Ondansetron ร่วมกับ Dexamethasone

ใช้สถิติเชิงอนุมานหาความสัมพันธ์ทางสถิติโดยใช้ Chi-square พิจารณาว่ามีนัยสำคัญทางสถิติต่อเมื่อมีค่า p value. < 0.05

3) Secondary outcome ความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ระยะเวลาที่อยู่ในห้องพักรักษาและปริมาณการได้ยา Metoclopramide ใน 24 ชั่วโมง รายงานเป็นค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 80 ราย ไม่มีผู้ที่ขอลถอนตัวจากงานวิจัย ได้เป็นกลุ่ม O 40 ราย และกลุ่ม OD 40 ราย โดยข้อมูลลักษณะทั่วไปและคุณลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการแสดงในตารางที่ 1 พบว่ากลุ่ม O และ กลุ่ม OD มีอายุเฉลี่ย 29.75 ± 5.53 ปี และ 28.72 ± 5.65 ปี ตามลำดับ (p-value = 0.415) มีน้ำหนักเฉลี่ย 72.68 ± 15.01 กิโลกรัม และ 73.73 ± 14.69 กิโลกรัม ตามลำดับ (p-value = 0.753) มีส่วนสูงเฉลี่ย 1.58 ± 0.07 เมตร และ 1.59 ± 0.06 เมตร ตามลำดับ (p-value = 0.376) มีโรคประจำตัว ร้อยละ 7.5 และ 12.5 ตามลำดับ (p-value = 0.712) ผลการประเมินความเสี่ยงตามแนวทางของ American Society of Anesthesiologist (ASA classification) ทั้งหมดอยู่ในระดับ Class II สาเหตุในการผ่าตัดคลอดส่วนมากจากความไม่สมส่วนของกะโหลกศีรษะและเชิงกราน (Cephalopelvic disproportion, CPD) ร้อยละ 42.5 และ 45.0 ตามลำดับ (p-value = 0.959) และประเมินเสี่ยงด้านตัวบุคคลต่อเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัด (Apfel score) ส่วนมากมีคะแนน 3 คะแนน ร้อยละ 70 และ 65 ตามลำดับ (p-value = 0.633)

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลลักษณะทั่วไปและคุณลักษณะทางคลินิกของอาสาสมัคร

Characteristics	O group (n=40)	OD group (n=40)	p-value
Age (years)	29.75 ± 5.53	28.72 ± 5.65	0.415
Body weight (kg)	72.68 ± 15.01	73.73 ± 14.69	0.753
Height (m)	1.58 ± 0.07	1.59 ± 0.06	0.376
Underlying disease	3 (7.5)	5 (12.5)	0.712
ASA classification			
Class II	40(100)	40 (100)	NA
Cause of cesarean section			
CPD	17 (42.5)	18 (45)	0.959
Previous cesarean section	17 (42.5)	14 (35)	
Breech presentation	3 (7.5)	4 (10)	
IUGR	1 (2.5)	2 (5)	
Oligohydramnios	1 (2.5)	1 (2.5)	
Transverse line	1 (2.5)	1 (2.5)	
Apfel score			
3 points	28 (70)	26 (65)	0.633
4 points	12 (30)	14(35)	

ผลการศึกษาในระหว่างผ่าตัดกลุ่ม O และกลุ่ม OD แสดงในตารางที่ 2 ตารางแสดงเหตุการณ์และยาที่ได้รับระหว่างผ่าตัดและห้องพักฟื้น พบว่าการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) ระหว่างผ่าตัด ร้อยละ 62.5 และ 45 ตามลำดับ (p-value = 0.116) ยาที่ได้รับระหว่างผ่าตัดทั้งยากระตุ้นความดัน ได้แก่ Ephedrine ร้อยละ 57.5 และ 37.5 ตามลำดับ (p-value = 0.073) Norepinephrine ร้อยละ 25 และ 27.5 ตามลำดับ (p-value = 0.799) และยากระตุ้นการแข็งตัวของมดลูก Methylergometrine ร้อยละ 85 และ 82.5 ตามลำดับ (p-value = 0.762) Misoprostol ร้อยละ 2.5

และ 2.5 ตามลำดับ (p-value = 1.000) และ Sulprostone ร้อยละ 5 และ 2.5 ตามลำดับ (p-value = 1.000) มีอาการคลื่นไส้อาเจียนระหว่างผ่าตัด ร้อยละ 25 และ 17.5 ตามลำดับ (p-value = 0.412) โดยในผู้ป่วยที่มีการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนส่วนมากมีอาการคลื่นไส้ไม่อาเจียน ร้อยละ 15 และ 15 ตามลำดับ (p-value = 0.654) ผู้ป่วยได้ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน Metoclopramide ร้อยละ 12.5 และ 10 ตามลำดับ (p-value = 1.000) โดยในผู้ป่วยที่ได้รับยา Metoclopramide มีขนาดยา Metoclopramide ที่ได้รับ 10 mg ร้อยละ 100 และ 100 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ตารางแสดงเหตุการณ์ และยาที่ได้รับระหว่างผ่าตัดและห้องพักฟื้น

Outcomes	O group (n=40)	OD group (n=40)	p-value
Intraoperative medication and events			
Hypotension	25 (62.5)	18 (45)	0.116
Ephedrine	23 (57.5)	15 (37.5)	0.073
Norepinephrine	10 (25)	11 (27.5)	0.799
Atropine	0	0	NA
Methylergometrine	34 (85)	33(82.5)	0.762
Misoprostol	1 (2.5)	1 (2.5)	1
Sulprostone	2 (5)	1(2.5)	1
Nausea and vomiting	10 (25)	7 (17.5)	0.412
Severity of nausea and vomiting			
No nausea and vomiting	30 (75.0)	33 (82.5)	0.654
Nausea	6 (15.0)	6 (15.0)	
Nausea and vomiting	2 (5.0)	0	
Nausea and vomiting> 2 times	2 (5.0)	1 (2.5)	
Metoclopramide	5 (12.5)	4 (10.0)	1
Metoclopramide (mg), (n = 9)	10.00 ± 0.00	10.00 ± 0.00	NA
Recovery room			
Duration of stay in the recovery room (min)	60.00 ± 0.00	60.00 ± 0.00	NA
PONV	0	0	NA
Metoclopramide	0	0	NA

ระหว่างอยู่ในห้องพักฟื้นทั้ง 2 กลุ่มมีระยะเวลาที่อยู่ในห้องพักฟื้นที่ 60 นาที ร้อยละ 100 ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนและไม่ได้รับยา metoclopramide (ตารางที่ 2)

อุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมงในกลุ่ม O และกลุ่ม OD ร้อยละ 27.5 และ 20 ตามลำดับ (p-value = 0.431) โดยระดับความ

รุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงส่วนมากมีอาการคลื่นไส้ไม่อาเจียน ร้อยละ 12.5 และ 12.5 ตามลำดับ มีอาการคลื่นไส้และอาเจียน ร้อยละ 5 และ 7.5 ตามลำดับ และมีอาการคลื่นไส้และอาเจียนมากกว่า 2 ครั้งใน 30 นาที ร้อยละ 10 และ 0 ตามลำดับ โดยมีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.26)

ตารางที่ 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบอุบัติการณ์ ความรุนแรงอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด

Postoperative 24 hours	Ogroup (n=40)	OD group (n=40)	p-value
PONV	11 (27.5)	8 (20.0)	0.431
Severity of PONV			
No PONV	29 (72.5)	32 (80.0)	0.26
Nausea	5 (12.5)	5 (12.5)	
Nausea and vomiting	2 (5.0)	3 (7.5)	
Nausea and vomiting > 2 times	4 (10.0)	0	
Metoclopramide	10 (25.0)	8 (20.0)	0.592
Metoclopramide (mg), (n = 18)	11.00 ± 3.16	10.00 ± 0.00	0.343
10 mg	9 (90.0)	8 (100.0)	1
20 mg	1 (10.0)	0	
Pain score (0-10)	4.35 ± 2.46	3.33 ± 2.25	0.055

การได้ยา Metoclopramide ภายใน 24 ชั่วโมง ในกลุ่ม O และกลุ่ม OD ร้อยละ 25 และ ร้อยละ 20 ตามลำดับ (p-value = 0.592) โดยในผู้ป่วยที่ได้รับยา Metoclopramide ภายใน 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัดเฉลี่ย 11.00 ± 3.16 mg และ 10.00 ± 0.00 mg ตามลำดับ (p-value = 0.343) โดยมีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

คะแนนความปวด (Pain score) ที่ 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัดในกลุ่ม O และกลุ่ม OD เฉลี่ย 4.35 ± 2.46

คะแนน และ 3.33 ± 2.25 คะแนน ตามลำดับ (p-value = 0.055) ความปวดที่ระดับรุนแรงถึงปวด ที่สุดที่ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดร้อยละ 35 และ ร้อยละ 12.5 โดยทั้งสองกลุ่มส่วนมากมีความปวดอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 57.5 และ ร้อยละ 67.5 ตามลำดับ ไม่ปวด ร้อยละ 7.5 และ ร้อยละ 20 ทั้งสองกลุ่มโดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value = 0.032)

ตารางที่ 4 ตารางแสดงการเปรียบเทียบความรุนแรงอาการปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง

Pain severity at postoperatively 24 hours	Ogroup (n=40)	OD group(n=40)	p-value
No pain	3 (7.5)	8 (20.0)	0.032
Mild to moderate pain	23 (57.5)	27 (67.5)	
Severe to worst pain	14 (35.0)	5 (12.5)	

อภิปรายผลการศึกษา

มาตรฐานของการระงับความรู้สึกของการผ่าตัดคลอดบุตรคือการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนโดยการฉีดยาชาร่วมกับมอร์ฟินเข้าช่องไขสันหลัง การฉีดมอร์ฟินเข้าช่องไขสันหลังจะช่วยการระงับปวดหลังผ่าตัดได้ดีแต่มักพบผลข้างเคียงคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดจากมอร์ฟินได้

จากการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพระหว่างการใช้ยา Ondansetron กับ Ondansetron ร่วมกับ Dexamethasone เพื่อป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดคลอดโดยระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาร่วมกับมอร์ฟินเข้าช่องไขสันหลัง โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าในกลุ่มที่ได้รับยา Ondansetron ร่วมกับ Dexamethasone มีอุบัติการณ์เกิดคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับ Ondansetron (ร้อยละ 20 และ 27.5 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดในการศึกษาลักษณะเดียวกันไม่ว่าจะเป็นการให้ยา Ondansetron หรือ Ondansetron ร่วมกับ Dexamethasone มีอุบัติการณ์เกิดที่ร้อยละ 6.7-24.2^{18,19} ซึ่งน้อยกว่าอุบัติการณ์ที่พบในงานวิจัยนี้ อุตการณ์คลื่นไส้อาเจียนที่สูงในงานวิจัยนี้อาจเกิดจากการให้ Methylergometrine ซึ่งมีผลข้างเคียงคืออาการคลื่นไส้อาเจียน

กลุ่มที่ได้รับยา Ondansetron ร่วมกับ Dexamethasone ไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้และอาเจียนมากกว่า 2 ครั้งใน 30 นาที และมีจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้และอาเจียน น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับ Ondansetron จึงคาดว่า การได้รับยา Ondansetron

ร่วมกับ Dexamethasone อาจจะสามารถลดความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดได้ แม้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งอุบัติการณ์และความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดของทั้งสองกลุ่ม แต่หากต่อ ยอดการศึกษาในอนาคตโดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเก็บตัวอย่างจากหลายโรงพยาบาลอาจจะสามารถเพิ่มความน่าเชื่อถือของการศึกษาต่อไปได้

ความรุนแรงของอาการปวดที่ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดในกลุ่มที่ให้ยา Ondansetron มีจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับความปวดรุนแรงถึงรุนแรงมาก มากกว่ากลุ่ม Ondansetron และ Dexamethasone และยังพบว่าในผู้ป่วยที่ไม่ปวด และปวดระดับเล็กน้อยถึงปานกลางในกลุ่มที่ให้ยา Ondansetron มีจำนวนน้อยกว่า กลุ่ม Ondansetron ร่วมกับ Dexamethasone โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \text{ value} = 0.032$) จึงสรุปได้ว่าการให้ยา Dexamethasone ที่มีฤทธิ์ในการลดกระบวนการอักเสบและลดการเกิดคลื่นไส้อาเจียนสามารถช่วยลดระดับความรุนแรงของอาการปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงได้ อาจเพิ่มความพึงพอใจระหว่างนอนโรงพยาบาล ลดระยะเวลา นอนโรงพยาบาลและช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อจำกัด

เนื่องจากการเป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรของโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว และศึกษาผู้ป่วยเฉพาะเพศหญิงที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดแบบไม่ฉุกเฉินเท่านั้น ดังนั้น ผลการศึกษานี้ อาจไม่สามารถสะท้อนถึงประชากรที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน รวมถึงไม่สามารถใช้แทนถึงประชากรทั้งหมดในระดับประเทศได้

เอกสารอ้างอิง

1. Apfel CC, Heidrich FM, Jukar-Rao S, Jalota L, Hornuss C, Whelan RP, Zhang K, Cakmakaya OS. Evidence-based analysis of risk factors for postoperative nausea and vomiting. *Br J Anaesth*. 2012 Nov;109(5):742-53. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23035051/>
2. Gan TJ. Postoperative nausea and vomiting—can it be eliminated? *JAMA*. 2002 Mar 13;287(10):1233-6. doi: 10.1001/jama.287.10.1233. PMID: 11886298. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11886298/>
3. Chekol B, Zewudu F, Eshetie D, Temesgen N, Molla E. Magnitude and associated factors of intraoperative nausea and vomiting among parturients who gave birth with cesarean section under spinal anesthesia at South Gondar zone Hospitals, Ethiopia. *Ann Med Surg (Lond)*. 2021 May 16;66:102383. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34040769/>
4. Gadsden J, Hart S, Santos AC. Post-cesarean delivery analgesia. *Anesth Analg*. 2005;101:S62–9. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16334493/>
5. Allen TK, Jones CA, Habib AS. Dexamethasone for the prophylaxis of postoperative nausea and vomiting associated with neuraxial morphine administration: a systematic review and meta-analysis. *Anesth Analg*. 2012;114(4):813–22. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22344239/>
6. T.J. Gan, K.G. Belani, S. Bergese, F. Chung, P. Diemunsch, A.S. Habib, et al., Fourth consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting, *Anesth. Analg*. 131 (2) (2019) 411–448. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32467512/>
7. L. Denholm, G. Gallagher, Physiology and pharmacology of nausea and vomiting, *Anaesth. Intensive Care Med*. 19 (9) (2018) 513–516. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8129158/>
8. Hailu S, Mekonen S, Shiferaw A. Prevention and management of postoperative nausea and vomiting after cesarean section: A systematic literature review. *Ann Med Surg (Lond)*. 2022 Mar 8;75:103433. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35386767/>
9. Sane S, Hasanlui MV, Abbasivash R, Mahoori A, Hashemi ST, Rafiei F. Comparing the effect of intravenous Dexamethasone, intravenous ondansetron, and their combination on nausea and vomiting in cesarean section with spinal anesthesia. *Adv Biomed Res*. 2015 Oct 9;4:230. Available from <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4638052/>
10. Imeh A, Olaniyi O, Simeon O, Omotola O. Dexamethasone versus a combination of Dexamethasone and ondansetron as prophylactic antiemetic in patients receiving intrathecal morphine for caesarean section. *Afr Health Sci*. 2014 Jun;14(2):453-9. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25320597/>
11. Allen TK, Jones CA, Habib AS. Dexamethasone for the prophylaxis of postoperative nausea and vomiting associated with neuraxial morphine administration: a systematic review and meta-analysis. *Anesth Analg*. 2012 Apr;114(4):813-22. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22344239/>

12. Szarvas S, Chellapuri RS, Harmon DC, Owens J, Murphy D and Shorten GD. A comparison of Dexamethasone plus ondansetron as prophylactic Antiemetic and Antipruritic therapy in patients receiving intrathecal morphine for major orthopaedic surgery. *Anesth Analg* 2003; 97(1); 259 -263. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12818978/>
13. Lee Y, Lin PC, Lai HY, et al. Prevention of PONV with Dexamethasone in female patients undergoing desflurane anaesthesia for thyroidectomy. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001;39:151-6. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11840580/>
14. Olatosi OJ, Kushimo O, Okeke C, Oriyomi O, Ajayi G.O. Antiemetic prophylaxis with promethazine or ondansetron in major gynaecological surgery. *SAJAA* 2008;14(6):39-42. Available from <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4196407/>
15. Bernard, R. Fundamentals of biostatistics (5th ed.). Duxbury:Thomson learning; 2000;p.384-385.
16. Fleiss, J. L., Levin, B., Paik, M. C. Statistical methods for rates and proportions (3rd ed.). John Wiley&Sons;2003;p.76.
17. Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, et al. Assessment of pain. *Br J Anaesth* 2008;101(1):17-24 Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18487245/>
18. Saowaluk S. Comparison of Single Bolus Dexamethasone, Ondansetron, and Placebo for Prophylactic Antiemetic after Intrathecal Morphine for Caesarean Section: a Prospective Randomized Double-Blind Study. *Thai J anesthesiol.* 2024;50(2):100-108. Available from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/anesthai/article/view/267988>
19. Ketchada U. Ondansetron for Prophylaxis of Spinal Morphine Induced Nausea during Early Rooming in Breastfeeding: A Randomized Placebo Controlled Trial. *J med Assoc Thai*;2017;100:1283-1289. Available from <https://thaiscience.info/Journals/Article/JMAT/10989009.pdf>

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์

ภัศรา ราชีมิน
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

รับต้นฉบับ 25 ธันวาคม 2567

ปรับแก้ไข 2 กุมภาพันธ์ 2568

รับลงตีพิมพ์ 17 มีนาคม 2568

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ

หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี และมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานขณะตั้งครรภ์จัดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ ภาวะเหล่านี้เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่พบได้บ่อยในระหว่างตั้งครรภ์ และอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง รวมถึงอัตราการเสียชีวิตของทั้งมารดาและทารกในครรภ์

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ผ่านกรณีศึกษา
- 2) เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลในแผนกฝากครรภ์กรณีดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานขณะตั้งครรภ์
- 3) เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการในแผนกฝากครรภ์

วิธีการศึกษา

เลือกกรณีศึกษาจำนวน 1 ราย แบบเฉพาะเจาะจงในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เริ่มต้นด้วยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยร่วมกับการสังเกต ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำข้อมูลที่รวบรวมไว้มาวิเคราะห์วางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

ผลการศึกษา

จากกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้รับการดูแลฝากครรภ์คุณภาพตามมาตรฐาน

งานฝากครรภ์ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงเฉพาะโรค สามารถดำเนินการตั้งครรภ์จนถึงอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและภาวะแทรกซ้อนอันตราย ต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกได้ ระยะเวลาที่ดูแล 7 เดือน 1 สัปดาห์ 3 วัน

สรุป

กระบวนการพยาบาลและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขณะตั้งครรภ์ จนสามารถดำเนินการตั้งครรภ์ถึง 37 สัปดาห์ หรือใกล้ครบกำหนดคลอดมากที่สุด พยาบาลจะต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว มีความตั้งใจ แสดงความจริงใจ ความเป็นมิตร ใช้แรงจูงใจในการให้ข้อมูลที่เป็นทางเลือกจนนำไปสู่การก้าวข้ามความลังเลและตัดสินใจเลือกสิ่งที่เหมาะสมกับตนเอง โดยสร้างแรงจูงใจหญิงตั้งครรภ์ให้มีความมั่นใจในตนเองว่าสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย ซึ่งต้องใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing : MI) เพื่อสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์และทารกได้ และพยาบาลจะต้องมีความรู้และทักษะในการให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง การดูแลฝากครรภ์คุณภาพ ตามมาตรฐานงานฝากครรภ์ การพยาบาลแบบองค์รวม ทักษะในการประเมินให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงได้แก่ การประเมินประวัติพฤติกรรมในอดีต ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วย ระดับดัชนีมวลกาย การเพิ่มขึ้นของน้ำหนัก ค่าระดับน้ำตาลในเลือด และค่าความดันโลหิต

คำสำคัญ

หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี, ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์, เบาหวานขณะตั้งครรภ์

Abstract Nursing Care for Pregnant Women Over 35 with Hypertension and Gestational Diabetes : A Case Study

Patsara Raseemin
Chao Phraya Abhaibhubejhr Hospital

Background and significance

Pregnant women over 35 years old with hypertension and gestational diabetes are considered to be at high risk of complications affecting both the mother and the fetus. These conditions are common medical complications during pregnancy and may increase the risk of serious complications, including mortality rates for both the mother and the fetus.

Objectives

- 1) To study the nursing process and care for pregnant women over 35 years old with hypertension and gestational diabetes through a case study.
- 2) To provide nursing procedures for nurses in the antenatal care unit when caring for pregnant women over 35 years old with hypertension and gestational diabetes.
- 3) To develop practical nursing instruction for caring of high-risk pregnant women who attending to antenatal clinics.

Study method

Select 1 case study specifically for pregnant women over 35 years old with hypertension and gestational diabetes. Start by collecting data from medical records, interviewing patients along with observation, reviewing literature and related research. The collected data were analyzed to plan nursing care that covers physical, mental, emotional, social and economic aspects.

Results of the study

From the case study of pregnant women over 35 years old with hypertension and gestational diabetes Received quality prenatal care according to prenatal care standards. Was screened for specific disease risks. Able to carry out pregnancy up to 37 weeks of pregnancy. Prevented prema-

ture birth and dangerous complications for pregnant women and infants. Duration of care : 7 months, 1 week, 3 days

Summary

Nursing process and care for pregnant women over 35 years old with high blood pressure and gestational diabetes to enable pregnant women to act correctly and be safe from serious complications during pregnancy until they can carry out their pregnancy up to 37 weeks or as close to the due date as possible. Nurses must have good relationships with pregnant women and their families, be intentional, sincere, friendly, and motivated by providing alternative information that leads to overcoming hesitation and making decisions that are right for them, by motivating pregnant women. To feel confident that you can take care of your health correctly and safely, which requires conversation techniques to create motivation. (Motivation Interviewing : MI) To support pregnant women to change their health behavior, reduce complications and death of pregnant women and infants, and nurses must have knowledge and skills in providing nursing care to pregnant women at high risk. Quality prenatal care according to prenatal care standards, holistic nursing, assessment skills covering risk factors, including assessment of past obstetric history, current pregnancy history, illness history, body mass index level. Weight gain, blood sugar levels and blood pressure

Keywords

Pregnant women over 35 years of age, gestational hypertension, gestational diabetes

บทนำ

ปัจจุบันสตรีที่อายุมาก คือมีอายุ 35 ปี หรือมากกว่า และตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสภาพทางเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้ามากขึ้น การดำเนินชีวิตของสตรีในปัจจุบัน ร่วมกับระดับการศึกษาของสตรี รวมทั้งความสามารถและโอกาสในการทำงานในระดับที่สูงขึ้นเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้สตรีแต่งงานช้าหรือตั้งครรภ์และมีบุตร การตั้งครรภ์เมื่ออายุมากก็ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพและอันตรายทั้งต่อตนเองและทารกในครรภ์เพิ่มมากขึ้น เช่น การเกิดโรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ รกเกาะต่ำ การแท้ง การคลอดก่อนกำหนด การคลอดบุตรยาก การคลอดบุตรที่มีความพิการหรือมีความผิดปกติแต่กำเนิด ทารกในครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของโครโมโซมโดยเฉพาะการเกิดกลุ่มอาการดาวน์ (Down's syndrome) (Hunter, Alasdair GW, 2001)

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (ดวงสิทธิ์ วัฒนการ, 2560) คือการมีความดันโลหิตสูง 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ร่วมกับตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ โดยมีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ตั้งครรภ์ในขณะอายุน้อยกว่า 17 ปี หรือมากกว่า 35 ปี เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก มีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์มาตรฐาน ตั้งครรภ์แฝด เคยมีประวัติครรภ์เป็นพิษหรือโรคหลอดเลือดหัวใจในครอบครัว มีภาวะเลือดแข็งตัวง่าย และมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง ไต เบาหวาน โรคแพ้ภูมิตนเอง เป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ และอาจมีความเสี่ยงทำให้เสียชีวิตได้ ได้แก่ ชัก การทำงานของไตผิดปกติหรือไตวาย ภาวะรกหลุดตัวก่อนกำหนด มีเลือดออกในระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะเลือดออกในสมอง น้ำท่วมปอด ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับทารก ได้แก่ ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อย ทารกคลอดก่อนกำหนด และทารกเสียชีวิตในครรภ์ ปัจจุบันมีการตรวจคัดกรองประเมินความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษซึ่งช่วยให้แพทย์สามารถพยากรณ์โรค และดูแลรักษาได้ตั้งแต่เริ่มเกิดภาวะนี้ ส่งผลต่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดต่อทั้งมารดาและทารกได้ (ดวงสิทธิ์ วัฒนการ, 2560)

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (อัจฉรา บุญหนุน, 2565) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ที่สำคัญส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ซึ่งก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ อาทิเช่น ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Gestation hypertension) ทารกตัวโต ภาวะคลอดติดไหล่ (Shoulder dystocia) เพิ่มอัตราตายปริกำเนิด (Perinatal death) ภาวะทารกน้ำตาลในเลือดต่ำภาวะหลังคลอด และสตรีที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในอนาคตเพิ่มขึ้น หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยมีประสบการณ์และไม่เคยเผชิญมาก่อนในขณะตั้งครรภ์จึงต้องอาศัยการจัดการภาวะตนเองอย่างเหมาะสมจึงจะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ที่อาจเกิดขึ้นได้ ทั้งนี้หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากจะมีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ซึ่งต้องมีการดูแลระหว่างตั้งครรภ์และการติดตามในระยะคลอดที่เหมาะสม จากการค้นคว้างานวิจัย เอกสารวิชาการ และรายงานต่างๆ จะพบภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นทั้งในระยะตั้งครรภ์ เช่น การแท้งบุตร ความผิดปกติของทารกโรคประจำตัวของมารดาที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด และภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดทั้งต่อมารดาและทารก การศึกษารูปแบบกรณีศึกษาจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ระหว่างการตั้งครรภ์ต่อมารดาและทารก และเป็นแนวทางในการปรับปรุงผลลัพธ์การบริการทางการแพทย์ให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผ่านกรณีศึกษาเพื่อพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลในแผนกฝากครรภ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง

วิธีการดำเนินงาน

เลือกกรณีศึกษาจำนวน 1 ราย แบบเฉพาะเจาะจงในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการที่งานแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ดำเนินการขอความยินยอมเพื่อเก็บข้อมูลส่วนบุคคลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ

ร่วมกับการสังเกต ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำข้อมูลที่รวบรวมไว้มามีวิเคราะห์วางแผนการพยาบาล ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ สรุปผลการดำเนินงานกรณีศึกษา เรียบเรียงเป็นเอกสารวิชาการ และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญของโรงพยาบาลเพื่อให้ข้อเสนอแนะและปรับแก้ไข โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษาและจัดทำรายงานกรณีศึกษา 10 เดือน

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป : หญิงตั้งครรภ์ อายุ 35 ปี 3 เดือน เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส อาชีพรับจ้าง

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล : 3 วันก่อนมาฝากครรภ์ผู้ป่วยขาดประจำเดือนมา 2 เดือนจึงตรวจการตั้งครรภ์ด้วยตนเองพบว่าตั้งครรภ์

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน : 3 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยตรวจพบว่าตนเองขาดประจำเดือน 2 เดือน จึงตรวจการตั้งครรภ์ด้วยตนเอง พบว่าตั้งครรภ์ จึงมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร มาฝากครรภ์ครั้งแรก วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2567 G5 P2 A2 Last child 4 ปี LMP 9 ธันวาคม 2566 EDC 16 กันยายน 2567 น้ำหนัก 75 กิโลกรัม สูง 158 เซนติเมตร BMI 30.04 สัญญาณชีพ T.=36.2 °C P.=88 ครั้ง/นาที R.= 20 ครั้ง/นาที BP= 18/84 mmHg

เนื่องจากผู้ป่วยเป็นครรภ์เสี่ยง จากการซักประวัติญาติสายตรง คือบิดามีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง และเบาหวาน อีกทั้งมีประวัติในการตั้งครรภ์ครั้งที่ 4 มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ GDMA1 จึงได้รับการตรวจคัดกรอง FBS และ GCT ผลทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการ FBS=106 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ GCT = 329 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ HbA1C = 11.8 %

ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด : หญิงตั้งครรภ์ที่ 5 มีประวัติแท้ง 2 ครั้ง ในครรภ์ที่ 2 และ 3 ในครรภ์ที่ 1 คลอดครบกำหนด คลอดปกติ น้ำหนักแรกคลอด 3,210 กรัม เพศชาย อายุ 9 ปี และในครรภ์ที่ 4 คลอดครบกำหนด คลอดปกติ น้ำหนักแรกคลอด 3,890 กรัม เพศหญิงอายุ 4 ปี พบภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ในครรภ์ที่ 4 ชนิด GDMA1

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ปีพ.ศ 2563 ตั้งครรภ์ครั้งที่ 4 ขณะตั้งครรภ์ตรวจพบมีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDMA1) ดูแลโดยควบคุมอาหาร ไม่ได้รับประทานยารักษาหรือฉีดอินซูลิน

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว : บิดาหญิงตั้งครรภ์มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง

การวินิจฉัยแรกรับ : G5 P2 A2 with Overt DM with Chronic hypertension with Advance maternal Age

ตารางแสดงข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง/ต่ำและภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง/ต่ำ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม	1. ดูแลแนะนำผู้ป่วย ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน คือ เช้าก่อนอาหาร และ 2 ชั่วโมง หลังอาหารเช้าหรือ กลางวัน หรือ เย็น. ตามแนวทางการรักษาของแพทย์ สอนการฉีดยาอินซูลินด้วยตนเองขณะอยู่ที่บ้าน แนะนำการใช้ยาอินซูลินชนิด RI 4-0-0-0 และ NPH 0-0-0-6 ตามแนวทางการรักษาของแพทย์ 2. ให้ความรู้และสังเกตภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำได้ หลังฉีดยาอินซูลิน เช่น หน้ามืด เวียนศีรษะ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็วแรง สามารถแก้ไขโดยการดื่มน้ำหวาน รับประทานผลไม้รสหวานหรือลูกอมทันที 3. ให้ความรู้เรื่องภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบต่อ หญิงตั้งครรภ์และบุตร แนวทางการรักษาของแพทย์ 4. ให้คำแนะนำ ในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหรือผลกระทบ เช่น ความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลมากกว่าปกติ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทารกในครรภ์ด้นน้อย หรือเสียชีวิตในครรภ์ 5. ประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น นักโภชนาการบำบัด เภสัชกร อายุรแพทย์ เพื่อให้คำแนะนำการใช้ยา การปรับพฤติกรรมสุขภาพหลักโภชนาการบำบัด 6. ส่งตรวจและติดตามผล FBS, 1hrpp/ 2hrpp ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ 7. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด เพื่อการตรวจประเมินอาการและให้การรักษา พยาบาลได้อย่างเหมาะสม เพื่อความปลอดภัยของหญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ คือ ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ถึงอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ นัดตรวจทุก 4 สัปดาห์ อายุครรภ์ 29-31 สัปดาห์ นัดตรวจทุก 2 สัปดาห์ และอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไป นัดตรวจทุกสัปดาห์ การประเมินผลการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์มาตรวจตรงตามนัด สามารถเจาะเลือดเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและฉีดยาอินซูลินด้วยตนเองขณะอยู่ที่บ้าน ไม่มี อาการอ่อนเพลีย หน้ามืด ใจสั่น กระหายน้ำ ปัสสาวะ บ่อย หรือรู้สึกว่าการกินน้อยลงผิดปกติ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานขณะตั้งครรภ์ FBS 85-154 mg/dl, 2hrpp 100-188 mg/dl, HbA1c 9.1%

ตารางแสดงข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดการชักเนื่องจากมีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะชัก	1. ประเมินสัญญาณชีพ และให้ผู้ป่วยสังเกตอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง ตาพร่ามัว เจ็บชายโครง จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ การโต้ตอบผิดปกติ เช่น ซึม มึนงง ชักถามทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ 2. ดูแลตรวจวัดโปรตีนไข่ขาวในปัสสาวะทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ 3. ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และบุตร แนวทางการรักษาของแพทย์ 4. แนะนำสังเกตอาการผิดปกติ หรืออาการนำก่อนการชัก ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัวและจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ให้นอนพักบนเตียงให้ศีรษะสูง และวัดความดันที่บ้าน ถ้าความดันมากกว่า 140 / 90 mmHg หรืออาการไม่ดีขึ้น/ เป็นมากขึ้น รีบมาโรงพยาบาล 5. แนะนำและเน้นย้ำ อาการผิดปกติที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว และจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ และนับลูกดิ้นเพื่อประเมินทารกในครรภ์ 6. เน้นย้ำให้หญิงตั้งครรภ์เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด เพื่อการตรวจประเมินอาการและให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม เพื่อความปลอดภัยของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ การประเมินผลการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์ไม่มีอาการจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ไม่มีปวดศีรษะรุนแรง ไม่มีตาพร่ามัว และผู้ป่วยไม่เกิดภาวะชัก urine albumin trace - +1, ความดันโลหิต 151/88 -158/93 มิลลิเมตรปรอท
ข้อที่ 3 จากการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง หญิงตั้งครรภ์พร่องความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกาย วัตถุประสงค์ หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย	1. บูรณาการการใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการให้ความรู้และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงให้สามารถดำเนินการตั้งครรภ์ได้อย่างปลอดภัย แนะนำการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย โดยมีแนวทางในการปรับพฤติกรรม และการปฏิบัติดังนี้ 1.1 การควบคุมอาหาร หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับพลังงานในแต่ละวันเฉลี่ยวันละ 1,300 - 2,000 กิโลแคลอรี

ตารางแสดงข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	แบ่งมื้ออาหารเป็น 3 มื้อหลัก และควรมีอาหารว่าง 3 มื้อ และหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องฉีดยาอินซูลินจะต้องรับประทานอาหารให้ตรงเวลาและมีปริมาณที่คงที่ ปริมาณพลังงานที่ต้องได้รับแต่ละวัน คือ 1,800-2,000 แคลอรี / วัน ปริมาณของอาหารระหว่างมื้อ / มื้อว่าง ร้อยละ 10 ของปริมาณอาหารที่ต้องการในแต่ละวัน และมื้อเช้า มื้อเที่ยง มื้อเย็น แบ่งเป็นร้อยละ 30 1.2 แนะนำการเลือก อาหารที่ไม่ควรรับประทาน คือ น้ำตาลและอาหารที่หวานจัด เช่น ขนมหวาน ผลไม้กระป๋อง น้ำผลไม้ ทูเรียน เงาะ เป็นต้น อาหารที่รับประทานได้แต่ต้องจำกัด ได้แก่ ผลไม้ที่มี รสหวาน น้อย เช่น มะละกอ สุก ฝรั่ง พุทรา แดงโม อาหารที่สามารถรับประทานได้ไม่จำกัด คือ ผักใบเขียวทุกชนิด งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2. แนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้หลอดเลือดฝอยของกล้ามเนื้อที่กำลังทำงานถูกเปิด กลูโคสถูกนำไปใช้มากขึ้นและอินซูลินดูดซึมได้เร็วขึ้น ต้องระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เมื่อรู้สึกเหนียวต้องพัก โดยมีหลักการออกกำลังกายดังนี้ • เริ่มออกกำลังกายในระยะเวลานั้น แต่สม่ำเสมอ แบ่งทำวันละ 3-4 ครั้ง ครั้งละ 5-10 นาที • ควรทำทุกขั้นตอนของการบริหาร จากการออกกำลังกายท่าที่ง่ายไปท่าที่ยาก เพื่อให้ร่างกายมีการเผาผลาญของเซลล์ระดับกล้ามเนื้อ ตามระยะของการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม • ไม่ควรออกกำลังกายเมื่อรู้สึกไม่สบาย เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เหนื่อยมาก หายใจไม่สะดวก • ควรตรวจชีพจรหลังออกกำลังกาย โดยชีพจรหลังการออกกำลังกายไม่ควรเกิน 120 ครั้ง/นาที การประเมินผลการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์มีความรู้-ตอบกลับได้อย่างถูกต้อง และสามารถปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายได้ถูกต้องตามคำแนะนำ

ตารางแสดงข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อที่ 4 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความผิดปกติของตนเองและผลกระทบต่อทารกในครรภ์เนื่องจาก มีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานขณะตั้งครรภ์ วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง ยอมรับการเจ็บป่วยและมีกำลังใจ ความพร้อมในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์	1. สร้างสัมพันธภาพ แสดงความเป็นมิตร ปลอดภัย ให้รู้สึกอบอุ่น เพื่อคลายความวิตกกังวลและความกลัว และให้ความมั่นใจว่ามีคนคอยดูแลให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ 2. ซักถาม สังเกตอาการ สีหน้า ท่าทาง เพื่อประเมินอาการ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงสาเหตุของความวิตกกังวลและความกลัวเพื่อให้ได้ระบายความรู้สึก ร่วมแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความกลัว 3. อธิบายแนวทางการรักษาของแพทย์ อธิบายถึงสาเหตุ ลักษณะอาการ ผลของภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต่อการตั้งครรภ์ แนวทางการรักษาพยาบาล ประเมินความสนใจและการยอมรับของผู้ป่วย เพื่อให้ได้ทราบข้อมูล ช่วยลดความวิตกกังวลในสิ่งที่ไม่ทราบ และเข้าใจเหตุผลของการรักษาพยาบาลที่ได้รับ เพื่อให้เกิดความร่วมมือด้วยความเต็มใจ 4. ยกตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ที่สามารถตั้งครรภ์และคลอดได้อย่างปลอดภัย จากการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องและเหมาะสม ให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อให้เกิดกำลังใจและให้มีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์ สีหน้าสดชื่นขึ้น คลายความวิตกกังวล ซักถามข้อสงสัย และให้มีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลด้วยดี
ข้อที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนตั้งครรภ์ เนื่องจากมีเลือดออกจากช่องคลอด วัตถุประสงค์ หญิงตั้งครรภ์สามารถตั้งครรภ์จนครบกำหนด	1. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการพักผ่อน ลดกิจกรรมทำงานหนัก งดการยกของหนัก ร่วมกับงดการมีเพศสัมพันธ์ในระหว่างที่มีเลือดออกทางช่องคลอด เพื่อลดการกระตุ้น การหดตัวของมดลูก ถ้ายังมีอาการเลือดออกทางช่องคลอดซ้ำให้มาโรงพยาบาลก่อนนัด 2. อธิบายถึงสาเหตุ ผลกระทบ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนและแนวทางการดูแลรักษาพยาบาล start ASA 2 Tab oral ก่อนนอน Proluton 1 Amp Muscle

ตารางแสดงข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	3. ให้กำลังใจหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว เน้นย้ำให้หญิงตั้งครรภ์ ตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นในการดูแลตนเอง เพื่อช่วยให้การตั้งครรภ์ครั้งนี้ ดำเนินไปจนครบกำหนดคลอด การประเมินผลการพยาบาล : หญิงตั้งครรภ์มาตรวจตามนัดไม่พบภาวะแท้งคุกคาม ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด สามารถตั้งครรภ์จนคลอดบุตรในอายุครรภ์ 37 สัปดาห์
ข้อที่ 6 ทารกในครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการดาวน์เนื่องจากมารดาอายุมากกว่าเท่ากับ 35 ปี วัตถุประสงค์ เพื่อค้นหากลุ่มอาการดาวน์ของทารกในครรภ์ และวางแผน /มีแนวทางการดูแลหลังทราบผลการคัดกรอง	1. สร้างสัมพันธภาพ พูดคุยกับหญิงตั้งครรภ์และสามี เพื่อสร้างความคุ้นเคยก่อนให้คำปรึกษา 2. อธิบายให้ความรู้ ความสำคัญของการตรวจคัดกรองทางพันธุศาสตร์ทารกกลุ่มอาการดาวน์โดยการเจาะเลือด Quad Test โอกาสเสี่ยงของการเกิดเด็กกลุ่มอาการดาวน์ อาการของเด็กกลุ่มอาการดาวน์ ผลกระทบต่อตัวเด็กและครอบครัว 3. บอกขั้นตอนและวิธีการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ โดยการเจาะเลือดตรวจ Quad Test เปิดโอกาสให้ตัดสินใจร่วมกันในการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ 4. อธิบายเกี่ยวกับผลการตรวจคัดกรอง ผล Quad Test = Negative (ความเสี่ยงต่ำ) Quad Test = Positive (ความเสี่ยงสูง) 5. การนัดหมายคู่หญิงตั้งครรภ์และสามีในการมาตรวจคัดกรองโดยใช้การเจาะเลือดตรวจ Quad test การประเมินผลการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์และสามียินยอมตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ ผลการตรวจคัดกรองพบ Quad Test = Negative (ความเสี่ยงต่ำ) (1:520)
ข้อที่ 7 ทารกแรกเกิด มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากน้ำหนักตัวมาก / น้อยกว่าปกติ เนื่องจากการดามิภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานขณะตั้งครรภ์ วัตถุประสงค์ ทารกแรกเกิดแข็งแรงปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากน้ำหนักตัวมาก/ น้อยกว่าปกติ	1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายต่อทารกเมื่อน้ำตาลในกระแสเลือดมารดาสูงจากการดามิภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับทารกแรกคลอด 2. ติดตามผลการตรวจทารกในครรภ์ด้วยคลื่นความถี่สูง (U/S) ติดตามน้ำหนักทารกและน้ำคร่ำ 3. ติดตามผลการวัดความดัน การตรวจน้ำตาลในเลือดของมารดาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอขณะตั้งครรภ์

ตารางแสดงข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	4. แนะนำการควบคุมอาหาร โดยเฉพาะอาหารหวาน น้ำตาลสูง และการออกกำลังกาย 5. ตรวจวัดน้ำหนักตัวหญิงตั้งครรภ์และโปรตีน/น้ำตาล ในปัสสาวะทุกครั้ง ที่มาฝากครรภ์ เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลง 6. แนะนำมารดานับลูกดิ้น ติดเครื่องฟังเสียงหัวใจทารก (NST) ตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไป 7. สังเกตอาการผิดปกติที่ควรรับมาโรงพยาบาล ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุก แน่นลิ้นปี่ เจ็บครรภ์มาก ผิดปกติ น้ำเดิน ลูกดิ้นน้อยลง การประเมินผลการพยาบาล ทารกแรกเกิดเพศหญิง คลอดโดยการผ่าตัดคลอด น้ำหนัก 4,306 กรัม APGAR SCORE 1 นาที = 8 คะแนน 5 นาที = 9 คะแนน 10 นาที = 9 คะแนน

สรุปและอภิปรายผล

จากการดำเนินงานศึกษา ผ่านกรณีศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์มีอายุมากกว่า 35 ปี ร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หลักสำคัญคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ต้องให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวหญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเองว่า สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย โดยใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing : MI) เพื่อสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตนเองได้ (นันทพร แสนศิริพันธ์, ฉวี เบาทรวง, 2560) โดยยึดหลักแบบองค์รวม เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลที่ดี ครบถ้วน และถูกต้อง สามารถลดความรุนแรงของโรค ดำเนินการตั้งครรภ์ได้อย่างปลอดภัยจนครบกำหนดคลอด และลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ในระหว่างการจัดครรภ์ ระยะเวลาคลอด และหลังคลอดได้ ซึ่งจำเป็นต้องใช้หลักการทางวิชาการ การศึกษาจากตำรา ประสบการณ์ คำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ และทีมสหวิชาชีพ หลายสาขา อาทิ อายุรแพทย์ นักโภชนาการ เป็นต้น พยาบาลจะต้องใช้กระบวนการพยาบาลที่ถูกต้องครบถ้วน ตั้งแต่การประเมินสภาพการวินิจฉัยการพยาบาล วัตถุประสงค์การพยาบาล การให้การพยาบาลและประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่

การประเมินประวัติสูติกรรมในอดีต ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วย ระดับดัชนีมวลกาย การเพิ่มขึ้นของน้ำหนัก ค่าระดับน้ำตาลในเลือด และค่าความดันโลหิต

ในกรณีศึกษา มารดาคลอดทารกน้ำหนักเกิน 4,000 กรัม แสดงให้เห็นถึงปัจจัยภายในและภายนอก ที่มีอิทธิพลต่อน้ำหนักทารกที่ยากต่อการควบคุมได้แก่ เพศของทารก จำนวนการจัดครรภ์ของมารดา น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของมารดาขณะตั้งครรภ์ มารดาที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมได้ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะครรภ์เป็นพิษ ดังนั้นพยาบาลต้องมีความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์ และทักษะทางการพยาบาล มารดาและทารกในครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และรอดชีวิตอย่างมีคุณภาพ ให้การพยาบาลแบบองค์รวม มีทักษะในการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง (ดวงสิทธิ์ วัฒนการ, 2560) และเบาหวานขณะตั้งครรภ์ให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยง

ผลการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการที่งานแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จำนวน 1 ราย ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาฝากครรภ์ครั้งแรกจนถึงคลอด 7 กุมภาพันธ์ 2567 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2567 รวมระยะเวลาที่ดูแล 7 เดือน 1

สัปดาห์ 3 วัน พบภาวะเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ แพทย์สงสัยว่าเกิดก่อนการตั้งครรภ์ แต่ตรวจพบขณะตั้งครรภ์ได้รับอินซูลินขนาดที่สูงร่วมกับการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อปรับระดับน้ำตาล ยาควบคุมระดับความดันโลหิต ควบคุมอาหาร ได้รับการดูแลตามมาตรฐานตามแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์กระทรวงสาธารณสุขนำกระบวนการพยาบาล มาใช้ในการประเมินและการวางแผนการพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถ ดำเนินการตั้งครรภ์จนถึงอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ได้ มารดาและทารกคลอดอย่างปลอดภัย รวมระยะเวลาในโรงพยาบาล 3 วัน

ข้อเสนอแนะ

- เป็นแนวทางในการนำไปจัดทำแนวทางปฏิบัติในการพยาบาล สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก (แผนกฝากครรภ์) กรณีดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ร่วมกับมีความดันโลหิตสูงและเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่เข้ารับบริการที่งานแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องครอบคลุมทุกปัญหาและได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ

- พัฒนาระบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ร่วมกับมีความดันโลหิตสูงและเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ แนะนำความรู้ด้านอาหาร การออกกำลังกายเพื่อปรับพฤติกรรมให้มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

- พัฒนา/ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้ครอบคลุมทั้งประเด็นการประเมิน การเฝ้าระวัง ความถี่รายละเอียดที่ช่วย Alert หรือ Warning ให้ตระหนักและเร่งรับรายงานแพทย์

- พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง ภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยพยาบาลชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ตลอดจนมีแผนการติดตามเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

1. ลำเพย พิมพ์ทอง. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ร่วมกับมีความดันโลหิตสูงและเบาหวานขณะตั้งครรภ์: กรณีศึกษา. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2024; 9(1):223-230.

2. ดวงสิทธิ์ วัฒนการ. ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
3. อีระ ทองสง. สูติศาสตร์. 6th Ed. กรุงเทพฯ : ลักษณะการ; 2564.
4. นันทพร แสนศิริพันธ์, ฉวี เบาทรวง. การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน. 2nd Ed. เชียงใหม่: บริษัทสมาร์ตโคตรดิ้ง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด; 2561.
5. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. 23rd Ed. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร; 2562.
6. วิจิตรา กุสมภ์, สุลี ทองวิเชียร, บ.ก. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล. 2nd Ed. นนทบุรี: พี.เค.เค. พรินต์ดิ้ง; 2564.
7. สุขยา ลือวรรณ. โรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์. ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2565. Available from: <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lessons/pregnancy-with-diabetes-mellitus/>
8. อัจฉรา บุญหนุน. การพยาบาลหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ Nursing care of gestational diabetes mellitus class A II: A case study. Journal of Environmental and Community Health. 2565; 7(1):61-67.
9. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams Obstetrics. 23rd Ed. New York: McGraw-Hill; 2010.
10. Hunter, Alasdair GW. “ดาวน์ซินโดรม” การจัดการกลุ่มอาการทางพันธุกรรม (2001): 103-129
11. Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (2014). Williams obstetrics (Vol. 7, pp. 28-1125). F. G. Cunningham (Ed.). New York: McGraw-Hill Medical.
12. Van Otterloo PhD MN, Lucy R. Risk-appropriate maternal care: Identifying risk factors that affect maternal outcome. 2013.

ผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อการลดภาวะซึมเศร้า และการกลับมาเสพซ้ำในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดการติดยาเสพติดสารเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลพนมสารคาม

วิไลพร สุขสวัสดิ์(พย.บ)
ดวงมณี วิยะทัศน์ พย.ม., อพย.(การพยาบาลชุมชน)
โรงพยาบาลพนมสารคาม

รับต้นฉบับ 27พฤศจิกายน2567

ปรับแก้ไข 20 มกราคม 2568

รับลงตีพิมพ์ 16 กุมภาพันธ์ 2568

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา

การติดยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต มักนำไปสู่ภาวะซึมเศร้ารุนแรงและมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการกลับมาเสพซ้ำ แนวทางการรักษาแบบดั้งเดิมมักไม่สามารถจัดการกับความซับซ้อนทางจิตใจที่ผู้ป่วยที่ต้องผ่านการติดยาต้องเผชิญได้ การบูรณาการการพยาบาลที่เน้นการเจริญสติจะเป็นกลยุทธ์ที่ส่งเสริมการควบคุมอารมณ์และการฟื้นฟูสุขภาพในผู้ติดยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสติบำบัด ต่อระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และการกลับมาเสพซ้ำในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดการติดยาเสพติดสารเมทแอมเฟตามีน

วิธีการศึกษา

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้ศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลพนมสารคาม และเคยเสพยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนได้รับการบำบัดครบในระยะเวลา1เดือนที่ผ่านมาจำนวน 25 รายตั้งแต่ ตุลาคม ถึง

ธันวาคม 2567เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมสติบำบัดเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และชุดทดสอบสารเสพติดในปัสสาวะ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired Student t Test และ Chi-square test

ผลการศึกษา

พบว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) หลังการได้รับโปรแกรมฯ การเสพยาเสพติดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value} = 0.01$)

สรุป

จากผลการศึกษาครั้งนี้ การใช้โปรแกรมสติบำบัดสามารถช่วยภาวะซึมเศร้า ลดการกลับมาเสพซ้ำในกลุ่มผู้ที่เสพยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนได้

คำสำคัญ

สติบำบัด สารเมทแอมเฟตามีน โรคซึมเศร้า การเสพยาเสพติดซ้ำ

Effects of a mindfulness therapy program on reducing depression. and relapse among those receiving methamphetamine addiction treatment. PhanomSarakhm Hospital

WilaipornSuksawat . N.S.
DuangmaneeWiyathus M.N.S. APCN
PhanomSarakhm Hospital

Abstract

The origin of the problem: Methamphetamine addiction has a severe impact on mental health, often leading to severe depression and a high risk of relapse. Traditional treatment approaches often fail to address the psychological complexities faced by patients struggling with drug addiction. Integrating mindfulness-based nursing care can be a strategy to promote emotional regulation and health recovery in methamphetamine addicts.

Objective To study

The effects of a mindfulness therapy program on the severity of depression and relapse among methamphetamine addiction treatment recipients.

Study method

This quasi-experimental research study was conducted on 25 depressed patients who received services at Phanomsarakham Hospital and had previously used methamphetamine and completed treatment within the past month from

October to December 2024. The research instruments were the mindfulness therapy program, data collection tools, personal data record forms, depression assessment forms, methamphetamine craving assessment forms, and urine drug test kits. Data were analyzed using Paired Student t-test and Chi-square test.

Results of the study found that after receiving the program, the sample group had lower levels mean score of depression was significantly improved ($p = 0.01$) and the sample group had After receiving the program, drug use was significantly reduced ($p\text{-value} = 0.01$).

Conclusion From the results: of this study, using the mindfulness therapy program can help with depression and reduce relapse in methamphetamine users.

Keywords

mindfulness therapy, amphetamine, depression, drug relapse.

บทนำ

สารเสพติดเป็นปัญหาที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลกเพราะส่งผลกระทบต่อหลายมิติทั้ง ทางด้าน เศรษฐกิจ สังคม และด้านสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ต่อตัวผู้เสพ ประเทศไทยโดยกรมสุขภาพจิตได้มีการสำรวจความชุกและปัญหาสารเสพติดพบว่าแนวโน้มของจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดสูงขึ้นโดยพบว่าประเภทของสารเสพติดที่มีผู้เข้ารับการบำบัดจำนวนมากที่สุดคือสารเมทแอมเฟตามีนและเพิ่มจำนวนมากขึ้น พบในปี พ.ศ. 2565 -2567 จำนวน 120,915 ราย และ 129,686 ราย 132,074 ราย¹ ผลที่เกิดขึ้นตามมาจากการเสพยากลุ่มกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางมีผลต่อระบบประสาทและสมองของผู้เสพในระยะสั้น คือ มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับมีความรู้สึกกลัวที่รุนแรง ความคิดสับสน และอาการประสาทหลอน นอกจากนี้ยังทำให้สับสน ง่วง ไม่มีสมาธิในระยะยาวคือเกิดโรคจิตเวช โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล ทำร้ายตัวเอง ประสาทหลอน แสดงพฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรงมีอารมณ์แปรปรวน² และหากผู้ป่วยเสพยาเมทแอมเฟตามีนจนมีภาวะทางจิตโรคซึมเศร้าร่วมด้วยเป็นความเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดการสูญเสียด้านสุขภาพและเป็นปัญหาสุขภาพจิตสำคัญของประเทศไทย เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยเท่านั้น แต่เกี่ยวเนื่องไปถึงปัญหาการใช้ชีวิต การเข้าสังคม และอาจทวีความรุนแรงไปถึงการคิดฆ่าตัวตาย ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตในแต่ละวันอย่างมาก เช่น รับประทานอาหารได้น้อยลงเบื่ออาหาร การนอนไม่หลับ สิ้นหวัง หดหู่ รู้สึกว่าตัวเองไม่มีความสุขกับชีวิต วิตกกังวลตลอดเวลา และที่สำคัญคือผู้ป่วยจะไม่สามารถรับมือกับปัญหาต่าง ๆ ที่ต้องเผชิญได้ดีพอทำให้เกิดความรู้สึกมีดমন เหนื่อยหน่าย หดหู่จิตใจอ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า ความเข้มแข็งทางใจเป็นความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวคืนสู่สภาพเดิม เสียมากต่อการกลับไปเสพยา³

จากสถิติผู้เสพยาเมทแอมเฟตามีนร่วมกับมีภาวะโรคซึมเศร้าเข้าบำบัดในโรงพยาบาลพนมสารคาม ปีงบประมาณ 2565-2567 คิดเป็นร้อยละ 71.08, 72.1 และ 74.64 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มการเข้ารับการบริการเพิ่มขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบผู้ป่วยไม่กลับไปเสพยาติดซ้ำอีกเกิดจากการจัดการอารมณ์ ความทุกข์ และความเครียดที่เกิดขึ้นส่วนหนึ่งมาจากการใช้

โปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ได้ คือ ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตไม่ว่าจะเป็นความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า และพฤติกรรมเสพติดโดยใช้ได้ทั้งกับผู้ป่วยและญาติ การบำบัดด้วยสติบำบัดเป็นการประยุกต์สมาธิและสติซึ่งเป็นวิธีการพื้นฐานในการพัฒนาจิตตามพุทธธรรมแต่นำมาใช้ในทางโลกเพื่อลดความทุกข์หรือเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของบุคคลที่มีความเครียด มีภาวะซึมเศร้าที่ก่อให้เกิดผลต่างๆตามมามีจิตว่า การใช้พุทธธรรมในทางโลกโดยไม่เกี่ยวข้องกับศาสนาซึ่งสามารถใช้ได้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านภาวะจิตเวช หรือผู้ที่มีปัญหาทางกาย ยังสามารถใช้ได้ดีกับญาติผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ซึ่งมีภาระและความกดดัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลคือสมาชิกครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยด้วยใจสงบและมั่นคง⁵ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการใช้โปรแกรมสติบำบัดในการลดภาวะซึมเศร้าและการกลับมาเสพยาในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดการติดสารเมทแอมเฟตามีนเพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสติบำบัด (MBTC: Mindfulness – Based Therapy and Counseling program: MBTC) ต่อระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

2. เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสติบำบัด (MBTC: Mindfulness – Based Therapy and Counseling program: MBTC) ต่อการกลับมาเสพยาในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดการติดสารเมทแอมเฟตามีนหลังเสร็จสิ้น และ หลังบำบัดครบ 1 เดือน

คำถามการวิจัย

1. การใช้โปรแกรมสติบำบัดมีผลต่อการลดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้หรือไม่

2. การใช้โปรแกรมสติบำบัดมีผลต่อการกลับมาเสพยาในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดการติดสารเมทแอมเฟตามีนหลังเสร็จสิ้น และหลังบำบัดครบ 1 เดือนได้หรือไม่

สมมุติฐานการวิจัย

1. โปรแกรมสติบำบัดหลังใช้มีผลต่อการลดระดับความรุนแรงภาวะซึมเศร้า

2. โปรแกรมสติบำบัดมีผลต่อการไม่กลับมาเสพยาสารเมทแอมเฟตามีนหลังได้รับโปรแกรมหลังเสร็จสิ้น และหลังบำบัดครบ 1 เดือน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การบำบัดด้วยสติบำบัดโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน พัฒนาโดยกลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้กรอบแนวคิดของ Keng SL, Smoski MJ, Robins C, 2016 ผสมผสานกับการให้คำปรึกษาแนวพุทธ ด้วยการฝึกจิต (สมาธิ) โดยฝึกหยุดความคิดด้วยการรู้ลมหายใจ จนจิตสงบและฝึกสติโดยอาศัยลมหายใจที่เป็นปัจจุบันควบคู่ไปกับการรับรู้ในกิจที่ทำ ซึ่งมีลักษณะแบบเดียวกับกลุ่มบำบัดทั่วไป แต่เพิ่มกิจกรรมการฝึกจิตและการฝึกสติ ประกอบด้วย 7 กิจกรรมหลักดังนี้

- 1) จัดการกับความวุ่นใจ เป็นการฝึกสมาธิใช้การรับรู้ลมหายใจ เพื่อให้รู้ทันความไม่สบายใจ และความอยากเสพยาช่วยลดความวุ่นใจ
- 2) ดำเนินชีวิตด้วยความสงบ เป็นการฝึกสติพื้นฐาน เน้นการรับรู้ถึงสิ่งที่กำลังทำหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหรือตัวกระตุ้น เพื่อช่วยให้สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย
- 3) รู้จักปล่อยวางอารมณ์ ด้วยการฝึกสติในการยืน เดิน ฟัง และรับรู้ความรู้สึกทางใจและทางกาย และปล่อยวางได้
- 4) การมีสติกับความคิดและปล่อยวางด้วยการรู้ทันความคิดที่เกิดขึ้น และแยกความคิดกับความจริงได้ ปล่อยวางความคิดทางลบได้เป็นการฝึกให้มีสติรู้ทันความคิดที่เกิดขึ้นอัตโนมัติโดยเฉพาะความคิดด้านลบ และฝึกปล่อยวางความคิดที่เกิดขึ้นได้

5) การทบทวนสัมพันธภาพใหม่ ด้วยการทำความเข้าใจความคิดที่มีต่อสัมพันธภาพ และมองเห็นสัมพันธภาพในแง่ใหม่เป็นการฝึกสติให้รู้ทันความคิดและใคร่ครวญว่า ได้อะไรจากวิกฤติเพื่อเปลี่ยนความคิดเชิงลบให้เป็นความคิดเชิงบวก เช่น การปฏิเสธสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับคนบางกลุ่มในชุมชนแล้วเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่มที่สนับสนุนให้กำลังใจ ทำให้เห็นคุณค่าในตนเอง

6) การปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น สามารถใช้สติในการสื่อสารทั้งคำพูดและภาษาท่าทางเน้นการฝึกให้มีสติในการฟังและพูด สร้างความตระหนักเห็นถึงปัญหาจากการสื่อสารทางลบที่เกิดขึ้นโดยไม่รู้ตัว และช่วยให้สื่อสารได้แบบใจถึงใจกับคนใกล้ชิดได้

7) เมตตาและให้อภัยกันให้ใช้ใจที่สงบเพื่อแผ่ความรักความปรารถนาดีให้กับตนเองและผู้อื่น การเมตตาตนเองจะช่วยให้รู้สึกมั่นคงและเพิ่มความมั่นใจพร้อมที่จะยอมรับความทุกข์ที่เกิดขึ้นได้ และการเมตตาผู้อื่นจะช่วยลดความขุ่นเคืองใจและเปิดใจกว้างยอมรับผู้อื่นได้ ซึ่งจะสามารถช่วยลดภาวะเครียดแม้ในยามวิกฤติได้ทั้ง 7 กิจกรรมนี้ สามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าและลดการเสพยาแอมเฟตามีน ซึ่งจะช่วยบำบัดให้ผู้ติดสารเสพติดมีสติรู้คิดรู้ทำหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำอีก โดยเชื่อว่าการมีสติอยู่กับตัวเองตลอดเวลาจะสามารถจัดการกับความคิดและอารมณ์เชิงลบของตนเองไม่ให้กลับไปทำในสิ่งที่ไม่ถูกต้องได้

โปรแกรมสติบำบัด (MBTC)

- 1.การจัดการความวุ่นใจ
- 2.ดำเนินชีวิตอย่างมีสติ
- 3.รู้จักปล่อยวางอารมณ์
- 4.รู้ทันความคิดและปล่อยวาง
- 5.ทบทวนสัมพันธภาพใหม่
- 6.ปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น
- 7.เมตตาและให้อภัย
- 8.ชีวิตต้องเดินหน้า



- ระดับภาวะซึมเศร้า
- การเสพยาแอมเฟตามีน

วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลพนมสารคามได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ วินิจฉัยโรค F329 Depressive episode เป็นโรคซึมเศร้าระดับ mild to moderate และเคยเสพยาเมทแอมเฟตามีนได้รับการบำบัดครบที่โรงพยาบาลพนมสารคามในระยะ 1 เดือน ที่ผ่านมามีจำนวน 96 ราย เข้ารับการรักษาในช่วง 1 ตุลาคม 2567 ถึง 31 ธันวาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและเคยเสพยาเมทแอมเฟตามีนได้รับการบำบัดครบที่โรงพยาบาลพนมสารคามในระยะ 1 เดือนที่ผ่านการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER คำนวณ effect size จากการศึกษาก่อนหน้านี้ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับเรื่องที่ต้องการศึกษา $6 = 0.76$ ได้ขนาดตัวอย่าง 25 ราย เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

- มีสัญชาติไทย
- กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพนมสารคาม ได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ F329
- Depressive episode เป็นโรคซึมเศร้าระดับ mild to moderate และเคยเสพยาเมทแอมเฟตามีน
- ได้รับการบำบัดครบที่โรงพยาบาลพนมสารคามในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา
- รับรู้และเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองไม่มีความวิตกกังวล มีความรู้ความเข้าใจ
- ต้องการรักษาโดยไม่ต้องการใช้ยาเพียงอย่างเดียว

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

- ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการรับรู้ไปจากความเป็นจริง
- ไม่เสพยาเมทแอมเฟตามีนอยู่
- มีโรคทางกายที่รุนแรง เช่น มะเร็งระยะสุดท้าย โรคหัวใจขาดเลือด
- ไม่สามารถสื่อสารและเขียนอ่านภาษาไทยได้

- ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความผิดปกติทางสมองและมีประวัติอาการทางจิตเช่นมีความเชื่อหลงผิด

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ การฝึกสมาธิวิปัสสนา/สติ

1.2 โรคซึมเศร้า ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าจำนวน 9 คำถามของกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข 8 ทดสอบคุณภาพเครื่องมือ: $IOC = 1.00$ $\alpha = 0.889$ ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 0-27 คะแนน การแปลผล คือ น้อยกว่า 7 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นโรคซึมเศร้า 7-12 คะแนน หมายถึง เป็นโรคซึมเศร้าระดับน้อย 13-18 คะแนน หมายถึง เป็นโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง 19-27 คะแนน หมายถึง เป็นโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

1.3 การตรวจสอบสารเสพติดในปัสสาวะด้วยชุดทดสอบสารเสพติดในปัสสาวะแบบแถบ (Strip) ด้วยเทคนิค Color Immunochromatographic Assay (CICA Technique) ที่มีความจำเพาะเจาะจงเท่ากับ 95% โดยมีการแปลผล ดังนี้ ผลการตรวจเป็นบวก (Positive) หมายถึง การมีระดับสารเมทแอมเฟตามีนมากกว่า 1 ไมโครกรัมต่อปัสสาวะ 1 มิลลิลิตร แสดงว่ามีการเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ผลการตรวจเป็นลบ (Negative) หมายถึง การมีระดับสารเมทแอมเฟตามีนน้อยกว่า 1 ไมโครกรัมต่อปัสสาวะ 1 มิลลิลิตร หรือแสดงว่าไม่มีการเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมสติบำบัด MBTC (Mindfulness - Based therapy and counseling) ของนายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์⁵ โดย ประกอบด้วย 8 โปรแกรมคือ

1) การจัดการกับความวุ่นวาย

2) ดำเนินชีวิตอย่างมีสติ

3) รู้จักปล่อยวางอารมณ์

4) รู้ทันความคิดและปล่อยวาง

5) ทบทวนสัมพันธภาพใหม่

6) ปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น

7) เมตตาและให้อภัย

8) ชีวิตต้องเดินหน้าซึ่งเป็นการบำบัดรายบุคคล และมีจำนวนการบำบัดรวม 8 ครั้ง โดยจะนัดผู้ป่วยมา

พบที่แผนกจิตเวชและยาเสพติด ทุกสัปดาห์โดยในแต่ละครั้งจะพบหรือพูดคุยกันในการบำบัดครั้งละ 90-120 นาที

กิจกรรมพื้นฐานในการฝึกสติบำบัดใน 4 ระยะในแต่ละครั้งประกอบด้วย

1. การฝึกจิต เป็นการทบทวนทักษะที่เรียนมาแล้ว โดยเริ่มจากสมาธิ การฝึกสติในกาย การฝึกสติในจิตโดยรู้ความรู้สึกทั่วร่างกายและ สติรู้ความคิดเพื่อพัฒนาความสามารถในการปล่อยวาง การประยุกต์ใช้สติกับปัญหาความยุ่งยากต่างๆในชีวิต โดยเฉพาะสัมพันธภาพและการมีสติเมตตา ตามลำดับ

2. การทบทวนการบ้าน เพื่อให้สมาชิก ได้ทบทวนสิ่งที่ได้ฝึกปฏิบัติในรอบสัปดาห์ ที่ผ่านมาตามการบ้านที่มอบให้ รวมทั้งการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และตอบข้อซักถามเพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องร่วมกัน

3. การเรียนรู้เรื่องใหม่ โดยแต่ละครั้งจะมีเนื้อหาเพิ่มขึ้นตาม Core Program ที่กล่าวมา โดยเน้นการฝึกทักษะและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

4. การให้การบ้านครั้งต่อไป ทุกครั้งจะมีการบ้าน ซึ่งจะประกอบด้วยกิจกรรมที่เรียนรู้มาแล้วและ กิจกรรมที่เรียนรู้ใหม่ในครั้งนั้นๆ

โปรแกรมสติบำบัด Mindfulness-Based Therapy and Counseling

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 กิจกรรมจัดการกับความกังวลใจ
ขั้นตอนดำเนินกิจกรรม

1)ให้ผู้รับการบำบัดแนะนำตัว และเล่าปัญหาที่สำคัญของชีวิต

2)ปฐมนิเทศและสอบถามความต้องการของผู้รับการบำบัดและคำยืนยันในการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

3)ทำแบบประเมินข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเครียด และแบบประเมินโรคซึมเศร้า

4)กิจกรรมบุคคลในดวงใจ

5)แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันกับผู้บำบัด

6)อธิบายเรื่องสมาธิ การจัดการความคิด

7)อธิบายเรื่องการจัดการความง่วง

8)แลกเปลี่ยนประสบการณ์

9)แลกเปลี่ยนเรื่องประโยชน์ของสมาธิ การนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2 กิจกรรมดำเนินชีวิตอย่างมีสติ
ขั้นตอนดำเนินกิจกรรม

1)กล่าวต้อนรับ เริ่มต้นด้วยการทำสมาธิ 10 นาที
2)ทบทวนการบ้าน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น
3)ทบทวนความหมายและประโยชน์ของสมาธิ / วิธีการฝึกสติ

4)แลกเปลี่ยนประสบการณ์หลังฝึกสติ

5)ฝึกสติตามการใช้งานภายนอก

6)ฝึกสติตามการใช้งานภายใน

7)เชื่อมโยงสติเข้ากับการใช้งานในชีวิตประจำวัน

8)ให้การบ้านและนัดหมายครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 3 กิจกรรมรู้จักปล่อยวางอารมณ์
ขั้นตอนดำเนินกิจกรรม

1)ทบทวนการนั่งสมาธิ การฝึกสติในการยืน เดิน พัง

2)ทบทวนการบ้าน

3)การพัฒนาสติในการสังเกตจิตขั้นต้น

4)ฝึกสังเกตความรู้สึกบนร่างกาย

5)ทำใบกิจกรรม

6)ให้การบ้านและนัดหมายครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 4 กิจกรรมรู้ทันความคิดและปล่อยวาง
ขั้นตอนดำเนินกิจกรรม

1)ทบทวนการนั่งสมาธิ

2)ทบทวนการบ้าน

3)ทำใบกิจกรรมเรื่องความคิดอัตโนมัติทางลบ

4)เรียนรู้เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและความรู้สึกทางลบ

5)ให้การบ้านและนัดหมายครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 5 ครั้งที่ 5 กิจกรรมทบทวนสัมพันธภาพใหม่

1)ทบทวนการนั่งสมาธิ สติกับความรู้สึกบนร่างกาย

2)ทบทวนการบ้านของสัปดาห์ที่ผ่านมา

3)สำรวจความคิดลบที่มีอยู่กับคนใกล้ชิด และทำใบกิจกรรม

4)อธิบายเรื่องการปล่อยวางความคิดลบ

5)ทบทวนสัมพันธภาพใหม่

6)ให้การบ้านและนัดหมายครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 6 ครั้งที่ 6 กิจกรรมปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น
ขั้นตอนดำเนินกิจกรรม

1)ทบทวนการนั่งสมาธิ สติกับความรู้สึกบนร่างกาย

2)ทบทวนการบ้านของสัปดาห์ที่ผ่านมา

- 3) ทำกิจกรรมและเชื่อมโยงกับการสื่อสารทางบวก
- 4) สำนวนการสื่อสารเดิม
- 5) เชื่อมโยงเรื่องการฝึกสติในการสื่อสาร
- 6) ทบทวนการสื่อสารใหม่
- 7) ให้การบ้านและนัดหมายครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 7 ครั้งที่ 7 กิจกรรมเมตตาและให้อภัย

ขั้นตอนดำเนินกิจกรรม

1) ทบทวนการนั่งสมาธิ สติกับความรู้สึกบนร่างกาย

- 2) ทบทวนการบ้านของสัปดาห์ที่ผ่านมา
- 3) อธิบายความแตกต่างระหว่างสติกับความเมตตา
- 4) เรียนรู้เรื่องการเมตตา
- 5) ฝึกส่งความเมตตาให้ผู้อื่นและสรรพชีวิต

สัปดาห์ที่ 8 ครั้งที่ 8 กิจกรรมชีวิตต้องเดินหน้า

ขั้นตอนดำเนินกิจกรรม

1) ทบทวนการนั่งสมาธิ สติกับความรู้สึกบนร่างกาย

2) ทบทวนการบ้านของสัปดาห์ที่ผ่านมาพิจารณาอาการของภาวะซึมเศร้าและความเครียด/วิตกกังวล

- 3) วางแผนการฝึกสติในชีวิตประจำวัน
- 4) ทำแบบประเมินหลังการบำบัด แบบประเมินวิเคราะห์ความเครียด/แบบประเมินซึมเศร้า 9 คำถาม
- 5) ทำใบกิจกรรมทบทวนประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมา

6) เน้นเรื่องฝึกสติและนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน กล่าวปิดการรักษาก่อน

ขั้นตอนการดำเนินการ

ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1. เสนอโครงการวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล พนมสารคาม เพื่อขออนุญาตในการ ดำเนินการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอน การเก็บรวบรวมข้อมูล และเตรียมผู้ช่วยวิจัย

2. ขออนุญาตการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา เลขที่ PH_CCO_REC 102/2567

ขั้นตอนการทดลอง

1. เลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. ประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรมฯ และการตรวจสอบสารเสพติดในปัสสาวะ
3. ให้โปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยใช้เทคนิค MBTC

4. ประเมินสารเสพติดในปัสสาวะหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมครบ 1 เดือน

5. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประเมินและตรวจสอบสารเสพติดในปัสสาวะก่อนและหลังการให้โปรแกรมเสร็จสิ้น และหลังบำบัด 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ จำนวนและร้อยละ

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ภาวะซึมเศร้า ใช้สถิติ Paired Student t Test และผลการตรวจปัสสาวะสารเมทแอมเฟตามีน โดยใช้สถิติ Chi-Square test ผลกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยศึกษาผลของโปรแกรมสติบำบัด (MBTC : Mindfulness – Based Therapy and Counseling program) ต่อการกลับมาเสพสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำในกลุ่มผู้ที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะนำเสนอเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 25 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 30.45 ปี S.D.1.54 อยู่ในช่วง 25-35 ปีมากที่สุด จำนวน 15 ราย ร้อยละ 60 มีสถานภาพคู่สมรสมากที่สุด 17 ราย ร้อยละ 68 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด 18 ราย ร้อยละ 72 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด 15 ราย ร้อยละ 60 ไม่เคยฝึกสมาธิวิปัสสนา/สติ มาก่อนทุกคน ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและ ร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้เสพยาแอมเฟตามีน (n =25)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1.อายุ(ปี) ค่าเฉลี่ย 30.45 ปี S.D.1.54 mix 40 ปี min 27 ปี		
25-35	15	60
36-45	10	40
2.เพศ		
ชาย	17	68
หญิง	8	32
3.ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	4	16
มัธยมศึกษา	18	72
ปวช./ปวส	.3	12
4.สถานภาพสมรส		
โสด	4	16
คู่	17	68
หม้าย,หย่า,แยกกันอยู่	4	16
5.อาชีพ		
ไม่มี	7	28
รับจ้างทั่วไป	15	60
รับจ้างประจำ	2	8
เกษตรกร	1	4
6.ท่านเคยฝึกสมาธิวิปัสสนา/สติ มาก่อนหรือไม่		
ไม่เคย	25	100
เคย	-	-

ตาราง 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมซึมเศร้ารายข้อของผู้เสพยาแอมเฟตามีนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมจิตบำบัด (n = 25)

ตาราง 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมซึมเศร้ารายข้อของผู้เสพยาแอมเฟตามีนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมจิตบำบัด (n = 25)

อาการประเมินโรคซึมเศร้าคะแนนเฉลี่ยความซึมเศร้าP -value		
	ก่อน	หลัง
1.เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	1.11(4.34)	0.64(4.55)
2.ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	1.26(4.67)	0.68(5.78)
3.หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไป	1.03 (5.77)	0.77(6.32)
4.เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง	1.26(4.23)	0.86 (5.60)
5.เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป	1.27(5.34)	0.97(5.66)
6.รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	1.45(5.76)	0.89(6.00)
7.สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	1.09(5.77)	0.74(4.67)
8.พูดซ้ำทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0.74(5.32)	0.50(5.65)
9.คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0.49(6.43)	0.18(4.59)
คะแนนเฉลี่ยรวม 9.87(S.D.4.59)5.98(S.D.4.96) 0.01		

ผลการวิเคราะห์

พบว่ากลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนภาวะซึมเศร้ารวมเฉลี่ย 9.87 (S.D.4.59) เป็นโรคซึมเศร้าระดับน้อย เมื่อพิจารณารายข้อพบมีความรู้สึกไม่ดีกับตัวเองคิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวังมากที่สุดคะแนนเฉลี่ย 1.45 (S.D.5.76) รองลงมาได้แก่ความรู้สึกเบื่ออาหารหรือกินมากเกินไปคะแนนเฉลี่ย 1.27 (S.D.5.34) และรู้สึกไม่สบายใจ/ซึมเศร้า/ท้อแท้และเหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง คะแนนเฉลี่ย 1.26(S.D.5.34) หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะซึมเศร้ารวมเฉลี่ย 5.98(S.D.4.96)

ไม่เป็นโรคซึมเศร้าพิจารณารายข้อพบว่าความรู้สึกเบื่ออาหารหรือกินมากเกินไปมากที่สุดคะแนนเฉลี่ย 0.97(S.D.5.66) รองลงมามีความรู้สึกไม่ดีกับตัวเองคิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง คะแนนเฉลี่ย 0.86(S.D. 5.67) และรู้สึกเบื่อไม่สนใจไม่อยากทำอะไร สมาธิไม่ดี และหลับยากหรือหลับๆ ตื่นๆ คะแนนเฉลี่ย 0.74 (S.D.4.67) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาพรวมทั้ง 2 กลุ่มด้วยสถิติ dependent t-test พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.01)

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะกลุ่มตัวอย่างตามระยะเวลาที่ติดตาม (n = 25)

ระยะเวลาที่ติดตามผลจำนวน (ร้อยละ)p-value	พบ	ไม่พบ
ก่อนเข้ารับการบำบัด	8 (32)	17 (68)
วันเสร็จสิ้นโปรแกรม	5(20)20	(80) 0.04
ติดตาม 4 สัปดาห์	0(00)25	(100)0.01

การตรวจหาสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะเป็นดัชนีชี้วัดที่เป็นรูปธรรมที่สามารถบอกว่าการกลับไปเสพสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำว่าพบหรือไม่พบสารดังกล่าวในปัสสาวะของผู้ป่วย ผลการศึกษาก่อนได้รับโปรแกรมพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะจำนวน 8 ราย ร้อยละ 32 และในวันที่จำหน่ายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะจำนวน 5 ราย ร้อยละ 20 ตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะติดตาม 4 สัปดาห์ไม่พบจำนวนเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสพสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำแตกต่างกันอย่างมีนัยโดยใช้สถิติ Chi-square test (p-value = 0.04) และหลัง 4 สัปดาห์การเสพสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำแตกต่างกันอย่างมีนัยโดยใช้สถิติ (p-value = 0.01) ดังตาราง 5

อภิปรายผล

จากโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ได้นำหลักแนวคิดที่สำคัญของโปรแกรมการฝึกสติรูปแบบต่างๆ มาบูรณาการไว้ในทุกขั้นตอนของการฝึกสติ ซึ่งนับว่าเป็นจุดเด่นของโปรแกรมฯ จึงอาจกล่าวได้ว่าโปรแกรม MBTC สามารถฝึกให้กลุ่มตัวอย่างรู้จักปล่อยวางอารมณ์การจัดการความวุ่นใจ มีการตระหนักรู้ ซึ่งช่วยส่งเสริมความรู้สึกตระหนักรู้ในปัจจุบันมากขึ้น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการดำเนินชีวิตอย่างมีสติ การตระหนักรู้ที่เพิ่มขึ้นมีความเกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์ที่ดีขึ้น ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างตอบสนองต่อความเครียดได้อย่างยืดหยุ่นและฟื้นตัวได้มากขึ้น (Hölzel et al., 2011)⁷ นอกจากนี้โปรแกรม MBTC ยังช่วยลดภาวะซึมเศร้าโดยในการโปรแกรม MBTC มีการให้กลุ่มตัวอย่างฝึกเจริญสติ นั่งสมาธิ เมตตาและให้อภัยในตนเองรู้ทันความคิดและปล่อยวาง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตเชิงอาการซึมเศร้าลดลงซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการเลิกใช้สารเสพติด (Seligman et al.,

2005)⁸ และกิจกรรมการส่งเสริมการตระหนักรู้ในตนเองสามารถลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้อย่างมาก (Keng et al., 2011) ในผู้ที่ติดเมทแอมเฟตามีน⁹

โปรแกรม MBTC มีกิจกรรมทบทวนสัมพันธภาพใหม่ ปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น รวมทั้งการฝึกสติสามารถซึ่งช่วยลดภาวะซึมเศร้า โดยส่งเสริมการรับรู้ความคิดและความรู้สึกโดยใช้การตัดสินใจอย่างมีเหตุผล สื่อสารกับตนเองและผู้อื่นได้ดีขึ้น สัมพันธภาพดีขึ้น ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจไม่ไปพึ่งเสพยา (Marlatt&Kristeller, 1999)¹⁰ อีกทั้งการฝึกสติเป็นปัจจัยป้องกันไม่ให้เกิดกลับมาเสพซ้ำ โดยการฝึกสติสามารถเสริมสร้างความยืดหยุ่นในการคิดและตัดสินใจและนำไปสู่ทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพมากขึ้น จึงลดโอกาสในการกลับไปใช้สารเสพติด (Caldwell et al., 2010)¹¹

โปรแกรม MBTC ช่วยลดสิ่งกระตุ้นทั้งภายในและภายนอกที่มีผลต่อการกลับมาเสพซ้ำได้อย่างครอบคลุมสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความอยากเสพยา ประกอบด้วยสิ่งกระตุ้นภายนอก (external stimuli) และสิ่งกระตุ้นภายใน (internal stimuli) สิ่งกระตุ้นภายนอก (external stimuli) คือ เหตุการณ์ที่ทำให้อยากเสพยา จากผลการศึกษาได้แก่ การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีเพื่อนที่ติดยา การดื่มเหล้าสูบบุหรี่ การอยู่คนเดียว ไม่มีคนเข้าใจ ไม่มีอาชีพและรายได้หรือมีรายได้จากการเสพยาที่ค่อนข้างสูงและสิ่งกระตุ้นภายใน (internal stimuli) คือ อารมณ์หรือความรู้สึกที่รุนแรง/ความรู้สึกอยากยาความคิดลบอัตโนมัติที่เกิดขึ้นในใจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสื่อสาร การแสดงออกทางสีหน้าและพฤติกรรม การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง จากผลการศึกษาได้แก่ ความเครียดจากการมีปัญหา กับคนใกล้ชิด ปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ความกดดันจากความคาดหวังของตนเองและผู้อื่น ความคิดเห็นไม่ตรงกันเกิดการทะเลาะเบาะแว้ง ความเบื่อหน่ายจาก

สิ่งที่ทำแล้วไม่ดีขึ้น ความเศร้าผิดหวังจากสิ่งที่ตนคาดหวังไว้ ความโกรธไม่เป็นไปตามความพอใจของตนเอง ความรู้สึกโดดเดี่ยวไม่มีใครเข้าใจ ขาดกำลังใจจากตนเองและคนรอบข้าง ความรู้สึกซึมเศร้า ความรู้สึกไร้ค่า ท้อแท้ และหมดกำลังใจ ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้เมื่อเกิดอารมณ์หงุดหงิดรุนแรง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษา¹² ที่พบว่าสติบำบัดเป็นวิธีการป้องกันการกลับมาเสพติดซ้ำซึ่งจะมีประสิทธิผลเพิ่มขึ้นเมื่อหมั่นพัฒนาสติอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกวัน

สำหรับการบำบัดฟื้นฟูควรต้องมีระยะเวลาในการติดตามผลหลังจำหน่ายกลับบ้านแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน จากผลการศึกษาพบว่า เมื่อสิ้นสุดการติดตามผลที่ 1 เดือน ตรวจไม่พบสารเสพติดในปัสสาวะ 25 คน (ร้อยละ 100) กระบวนการติดตามผลอย่างต่อเนื่องจากผู้บำบัดเป็นกลไกสนับสนุนช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ เกิดความรู้สึกมั่นใจ เชื่อมั่นและเห็นคุณค่าในตนเอง สามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข¹³ ขณะที่ April C. May และ Adam W. Carrico¹⁴ ศึกษาการใช้เวลาติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติต่อการกลับมาเสพติดเมทแอมเฟตามีนซ้ำซึ่ง

จากผลการศึกษาการใช้โปรแกรมสติบำบัดในผู้ป่วยเคยเสพติดเมทแอมเฟตามีนมาก่อนช่วยลดภาวะซึมเศร้าและการเสพติดซ้ำได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับบำบัดฟื้นฟูด้วยโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) และติดตามอย่างต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ เกิดการพัฒนาจิตขั้นสูงที่มีคุณภาพในการจัดการ นำไปสู่การรู้ทันความคิดและปล่อยวางจนส่งผลให้ภาวะความซึมเศร้าลดลง โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีผู้ที่มีคุณสมบัติครบทั้ง 3 ข้อ คือ มีสติเพิ่มขึ้น ความซึมเศร้าลดลง จึงสามารถนำโปรแกรมสติบำบัดไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างอื่นๆได้โดยปรับในระยะเวลาและสภาพของกลุ่มตัวอย่าง

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้เข้าร่วมในการศึกษาขอบคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพนมสารคาม แพทย์หญิง อุไร ศิลปกิจโกศล ที่ได้ให้การสนับสนุนและความกรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ และทีมสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลพนมสารคามทุกท่านที่ได้ช่วยเหลือ

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. รายงานการป่วยของผู้ป่วยใน: 10 อันดับโรคแรก สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยในและนอกยาเสพติด. กรุงเทพมหานคร:สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวง;2559.
2. กรมสุขภาพจิต. ป่วยจิต ซึมเศร้า สถิติไทยพุ่ง. [Internet]: 2566. (สืบค้นเมื่อ25พฤษภาคม2566). เข้าถึงได้จาก<http://thaipbs.or.th/news/content/324887>.
3. นันทกค ชนะพันธ์. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า:บทบาทพยาบาลในการดูแลเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.วารสารพยาบาลศาสตรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.2563;32(1):77
4. รายงานประจำปีงานผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชและยาเสพติด. โรงพยาบาลพนมสารคาม (เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์).2567.
5. ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์. คู่มือสติบำบัด [Mindfulness-based therapy and counseling (MBTC) manual]. กรุงเทพฯ:บริษัท ปิยอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2559.
6. Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Krisyeller, J., Peterson, L. G., Fletcher. K. E., Pbert, Leta, et al. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. American Journal of Psychiatry, 149(7), 936-943.
7. Keng SL, Smoski MJ, Robins C. Effects of mindfulness on psychological health: Theory and evidence. Clinical Psychology Review. 2011;31(6):1041-1056.
8. Hölzel BK, Carmody J, Vangel M, Congleton C, Yerramsetti S, Sheridan J, et al. Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. Psychiatry Research: Neuroimaging. 2011;191(1):36-43.
9. Seligman MEP, Steen TA, Park N, Peterson C. Positive psychology progress: empirical validation of interventions. American Psychologist. 2005;60(5):410-421.
10. Marlatt GA, Kristeller J. Mindfulness and mindfulness-based interventions in behavioral health care. Journal of Cognitive Psychotherapy. 1999;13(2):163-166.
11. Caldwell K, Harrison M, Adams M, Mechanick C, Kearney M. Mindfulness meditation and yoga: a randomized controlled trial of effects on stress, well-being, and health-related quality of life among individuals with a history of substance use disorder. Journal of Substance Abuse Treatment. 2010;38(1):1-11.
12. ผกัรัตน์ ฤทธิ์วิเศษ, มานพ คณะโต. การพัฒนาเครื่องมือประเมินความอยากเสพยาในผู้ป่วยยาบ้า. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์.2560; 7(4): 60. .
13. Imani S, AtefVahid MK, Gharraee B, Noroozi A, Habibi M, S. B. Effectiveness of mindfulness-Based group therapy compared to the usual opioid dependence treatment. Iran J Psychiatry,2015;10(6):175-84.
14. McCrady BS, Epstein EE. Addictions: A comprehensive guidebook: Oxford University Press.; 2018.

ผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD ต่อความรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา

รุ่งกาญจน์ กองวงศ์(พย.บ)
ดวงมณี วิยะทัศน์ พย.ม., อพย.(การพยาบาลชุมชน)
โรงพยาบาลพนมสารคาม

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการจัดการอาการกำเริบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD และเพื่อศึกษาอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังใช้โปรแกรมฯ ศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาหอบผู้ป่วยในชายโรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ระหว่างเดือนเมษายน-กันยายน พ.ศ. 2567 จำนวน 27 รายเครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินความรู้ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการจัดการอาการกำเริบและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD ของกองการพยาบาลวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบโดยใช้ T -Test แบบคู่ โดยข้อมูลได้ทดสอบความถูกต้อง

ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD มีคะแนนเฉลี่ยรวมความรู้และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.00, 0.01$) ผลของการใช้วางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD พบว่าก่อนการใช้ กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในมากที่สุด 4 ครั้ง/คนเฉลี่ย 2.63 (S.D. 2.78) ครั้ง/คนหลังใช้จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาซ้ำมากที่สุด 1 ครั้ง/คนเฉลี่ย 0.26 (S.D. 1.99) ครั้ง/คน และหลังใช้โปรแกรมฯ การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่าย (readmissions) ลดลงต่ำกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สรุปการศึกษา: ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยการนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย D-METHOD ไปพัฒนาในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นต่อไป คำสำคัญโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย D-METHOD ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การกลับมารักษาซ้ำ

Effects of the D-METHOD discharge planning program on knowledge, behavior and readmission in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Phanom Sarakham Hospital Chachoengsao Province

Rungkan Kongwong R.N.
Duangmanee Wiyathus M.N.S. APCN
Phanom Sarakham Hospital

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare the mean knowledge scores and practice behaviors before and after receiving the D-METHOD discharge planning program and to study the readmission rate within 28 days after using the program in patients with chronic obstructive pulmonary disease admitted to the male inpatient ward of Phanomsarakham Hospital, Chachoengsao Province. Between April-September 2024, there were 27 patients. The research instruments consisted of personal data recording forms and the D-METHOD discharge planning program of the Nursing Division. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and compared using a paired T-Test. The data was tested for accuracy.

The results of the study of the sample group after receiving the D-METHOD discharge planning program had a mean score of knowledge and mean score of behavior that was significantly higher than before receiving the

program at a statistical level of 0.05 ($p=0.00, 0.00$). The results of using the D-METHOD discharge planning found that before using it, the sample group was admitted to the inpatient department at most 4 times/person, an average of 2.63 (S.D. 2.78) times/person. After using it, the number of times admitted to the inpatient department at most 1 time/person, an average of 0.26 (S.D. 1.99) times/person. And after using the program, the readmissions within 28 days after discharge were significantly lower than before using it at a statistical level of .001.

Conclusion Therefore, there should be further research on the application of D-METHOD discharge planning program to develop discharge planning for patients with other chronic diseases.

Keywords

D-METHOD discharge planning program, chronic obstructive pulmonary disease patients, acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease, readmission

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease [COPD]) เป็นโรคที่มีการดำเนินของโรคเกิดขึ้นอย่างช้าๆ และเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นจนไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคม¹ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease : COPD) เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขทั่วโลก ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของประชากรโลก² สำหรับประเทศไทยพบว่าอัตราการเสียชีวิตของคนไทยจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น 1.3 เท่าในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา และมีอัตราการเสียชีวิตมากถึง 40 คนต่อประชากร 100,000 คนและจากสถิติสุขภาพคนไทยที่ผ่านมาในปี 2561-2564 พบว่าอัตราการตายต่อแสนประชากรจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 10.24, 10.13, 8.95 และ 7.81 ตามลำดับ 3 ซึ่งส่วนใหญ่มาจากภาวะอาการรุนแรงของโรคกำเริบเฉียบพลันเป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการเลวลงกว่าปกติทำให้ต้องมารับการตรวจรักษาในแผนกฉุกเฉินต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าเดินทางเพิ่มขึ้นและเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ⁴

จากสถิติข้อมูลโรงพยาบาลพนมสารคาม ปี พ.ศ.2564-2566 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยใน มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น 196, 157, 258 ราย/ต่อปี ตามลำดับ ผู้ป่วยเหล่านี้และพบปัญหาการกลับมารักษาซ้ำภายในโรงพยาบาลพนมสารคาม (Readmissions) สูงมากขึ้นเช่นกันคิดเป็นร้อยละ 13.77, 16.55, 15.89 พบว่า ร้อยละ 90 มาด้วยภาวะหายใจกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁵ ส่งผลต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วยและทำให้ค่าใช้จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group [DRG]) ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงขึ้น ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ยังไม่มีวิธีที่ดีที่สุดในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁶ ประกอบกับการศึกษาของ Glaab, Vogelmeier, Hellmann and Buhl (2012)⁷ พบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ประกอบด้วยผู้ที่มีความชำนาญเฉพาะสาขาในทีมสหวิชาชีพมีส่วนสำคัญในการร่วมดูแลผู้ป่วยเพราะความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยของแพทย์อย่างเดียวไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งระบบการทำงานร่วมกันของ

ทีมสหวิชาชีพแบบครบวงจรตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนเพื่อติดตามพฤติกรรม การดูแลตนเอง ตลอดจนการประเมินปัจจัยสิ่งแวดล้อมเพื่อให้คำแนะนำและให้การช่วยเหลือคาดว่าจะมีผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยมากกว่าการดูแลแบบเดิมๆ และการวางแผนจำหน่ายแบบเดิมยังมีทีมสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมน้อยมาก ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาลพนมสารคาม ทำให้การวางแผนจำหน่ายไม่ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย จากปัญหาดังกล่าวจึงเป็นการท้าทายที่จะพัฒนาการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อให้ได้รับความรู้ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถจัดการอาการกำเริบได้ ซึ่งจะป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาดังกล่าว

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในชายโรงพยาบาลพนมสารคาม จึงดำเนินการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการร่วมกับการวางแผนการจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD⁸ นำมาประยุกต์ดำเนินการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถจัดการอาการกำเริบไม่ได้้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และพฤติกรรม การปฏิบัติตัวในการจัดการอาการกำเริบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD

สมมติฐานการวิจัย

ค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรม การปฏิบัติตัวในการจัดการอาการกำเริบ หลังใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ค่าเฉลี่ยการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังได้รับโปรแกรม น้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย
ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบ
D-METHOD



- ค่าเฉลี่ยความรู้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการ
อาการกำเริบ
- การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน

แนวคิด ดอดด์และคณะ (Dodd, Jonson, Facione, & et al., 2001)⁹ ได้พัฒนากรอบแนวคิดการจัดการอาการ (symptom management model: SMM) ขึ้นประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์โดยอธิบายว่าผู้ป่วยจะมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของการดำเนินโรค (symptom experience) โดยมีการรับรู้ประเมินอาการ และตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น ซึ่งแสดงออกโดยรายงานเป็นความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ และการรับรู้ว่าการบกรณการดำเนินชีวิตประจำวัน เมื่อเกิดอาการขึ้นจึงนำไปสู่การแสวงหาการจัดการอาการ (symptom management strategies) ซึ่งการจัดการนั้นอาจเป็นการจัดการโดยใช้ยาบรรเทาอาการ โดยทีมงานสาธารณสุข หรือผู้ป่วยเป็นผู้จัดการอาการด้วยตนเอง ซึ่งวิธีการที่ใช้ในการจัดการอาการเหล่านั้นอาจมีเหตุผลหลากหลายรวมทั้งอาจได้รับอิทธิพลมาจากบุคคลอื่นซึ่งประสบการณ์อาการและการจัดการอาการนี้เองที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ (outcomes)

วิธีการศึกษา

วิธีการศึกษาเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ในรูปแบบ One group Pretest-Posttest Design ศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนอนรักษาในหอผู้ป่วยชายโรงพยาบาลพนมสารคาม

ประชากรคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยในชายโรงพยาบาลพนมสารคาม ตั้งแต่เดือน เมษายน ถึง มิถุนายน 2567 จำนวน 203 คน

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยในชายโรงพยาบาลพนมสารคามจำนวน 27 คน การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER คำนวณ effect size จากการศึกษาก่อนหน้านี้ $10 = 0.81$

กำหนดค่านัยสำคัญ .05 การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

1. แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรักษาในผู้ป่วยในโรงพยาบาลพนมสารคาม
2. เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในชายพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างน้อย 3 วัน และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยผู้ป่วยได้รับอนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้
3. เป็นคนไทย สื่อสารอ่านหนังสือไทยได้

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจวาย โรคเมะเร็งระยะสุดท้าย
2. เสียชีวิตระหว่างเข้ารับการศึกษาวิจัย
3. อายุน้อยกว่า 35 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD ขั้นตอนการดำเนินการวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ประเมินความสามารถในการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันโดยประเมินตามรูปแบบ D-METHOD ได้แก่

1. โรคที่เป็น (Disease)
2. การใช้ยา (Medication)
3. สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ (Environment & economic)
4. แผนการรักษา (Treatment)
5. ภาวะสุขภาพและข้อจำกัดของตนเอง (Health)
6. การจัดการที่เหมาะสม ความต่อเนื่องในการรักษา (Outpatient referral)

7. การรับประทานอาหาร (Diet) ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 กำหนดข้อวินิจฉัยปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละราย จากการประเมินตามกิจกรรมที่ 1

กิจกรรมที่ 3 วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายโดยการสอนและให้ความรู้ตามปัญหาของผู้ป่วยที่วินิจฉัยได้โดยใช้แผนการสอนภาพพลิก คู่มือการส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กิจกรรมที่ 4 ประเมินติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตัวและปัญหาอุปสรรคในการจัดการอาการกำเริบของตนเองติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ คือ ประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการกลยุทธการจัดการอาการและผลลัพธ์การจัดการอาการ ร่วมกับการวางแผนการจำหน่ายตามรูปแบบ DMETHOD ในการศึกษาครั้งนี้แบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 14 ข้อ ตอบ ถูก=1 คะแนน ผิด=0 คะแนนแบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ

3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา คำนวนค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.99

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวในการจัดการอาการกำเริบจัดการอาการหายใจลำบากหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลประเมินในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาติดตามโดยการโทรศัพท์จำนวน 12 ข้อ ปฏิบัติเป็นประจำเท่ากับ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งเท่ากับ 1 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติเท่ากับ 0 คะแนนแบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา คำนวนค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.89

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายโดยโทรศัพท์ แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้สำหรับบันทึกข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยนับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจนถึง 28 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 สํารวจผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาหอผู้ป่วยในชายโรงพยาบาลพนมสารคาม (admission) ณ เมษายน-กันยายนพ.ศ. 2567 และตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มทดลองโดยผู้ป่วยรายที่ 27 ซึ่งเป็นรายสุดท้ายถูกคัดเข้า 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2567

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการขอความยินยอมเข้าร่วมการทดลอง ตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานจังหวัดฉะเชิงเทรา เลขที่ PH_CCO_022/2567

ขั้นตอนที่ 3 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง และใช้วิธีการสัมภาษณ์ในรายที่อ่านหนังสือไม่ออกและเขียนหนังสือไม่ได้

ขั้นตอนที่ 4 นัดหมายผู้ป่วยในการลงโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย D-METHOD

4.1 ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มทดลอง

4.2 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการวิจัย

4.3 ประเมินความรู้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พฤติกรรมการปฏิบัติตัว และประวัติการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

4.4 ให้โปรแกรมรูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินความรู้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พฤติกรรมการปฏิบัติตัว และการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. บรรยายลักษณะข้อมูลทั่วไป และจำนวนการกลับรักษาซ้ำ ใช้สถิติจำนวนและร้อยละ

2. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้พฤติกรรม จำนวนครั้งการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วันก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ ใช้สถิติ dependent t-test โดยพิจารณาค่า P-value < 0.05

ผลการศึกษา

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ในรูปแบบ One group Pretest-Posttest Design ศึกษา

ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนอนรักษาในหอผู้ป่วยใน
โรงพยาบาล เก็บข้อมูลในช่วง เดือนเมษายน-กันยายน
พ.ศ. 2567 ศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอายุ

ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่เข้าการรักษาในหอผู้ป่วยในชาย
จำนวน 27คน ผลการศึกษาดังนี้

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n= 27)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	20	74.07
หญิง	7	25.93
อายุ (ปี)	min =52 max = 84 mean = 69.82	
50-59	5	18.52
60-69	9	33.33
70-79	7	25.93
80-89	6	22.22
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	14	51.86
มัธยมศึกษา	9	33.33
อนุปริญญา	4	14.81
สถานภาพสมรส		
โสด	8	29.62
คู่	19	70.38
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ทำงานบ้าน	8	29.62
เกษตรกร	11	40.74
ค้าขาย	6	22.23
รับจ้าง	2	7.40
รายได้		
ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน	18	66.67
5,000-10,000บาท/เดือน	5	18.52
10,000- 50,000 บาท/เดือน	4	14.81
ดัชนีมวลกาย		
ต่ำกว่าเกณฑ์	1	3.70
ปกติ	26	96.29
ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล(ครั้ง)		
ระยะเวลาที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง		
1 ครั้ง /เดือน	9	33.33
2 ครั้ง /เดือน	11	40.47
3 ครั้ง /เดือน	5	18.50
>3 ครั้ง /เดือน	2	7.40

ต่อตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n= 27)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
สาเหตุส่งเสริมการเข้ารับการรักษารั้งนี้		
ขาดยา (พ่นยาไม่สม่ำเสมอ/ไม่ถูกต้อง)	7	25.90
บุหรี	5	18.60
สิ่งแวดล้อม ฝุ่น คิว	8	29.60
สภาพอากาศ	7	25.90
ผู้ดูแล		
มี	21	77.77
ไม่มี	6	22.23
ยาที่ได้รับปัจจุบัน		
ยารับประทาน	1	3.70
ยาพ่นขยายหลอดลม	5	18.52
ยาพ่นสเตียรอยด์	8	29.63
รักษาด้วยยามากกว่า 2 ชนิด	13	48.15
การสูบบุหรี่ปัจจุบัน		
เลิกสูบบุหรี่	20	74.07
ยังไม่เลิกสูบบุหรี่	7	25.93

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคะแนนเฉลี่ยรวมรายชื่อก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD (n=27)

ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	ตอบถูกจำนวน (ร้อยละ)	
	ก่อน	หลัง
1. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ โรคปอดชนิดเรื้อรังที่ผู้ป่วยจะมีพยาธิสภาพของถุงลมโป่งพอง และ/หรือหลอดลมอักเสบเรื้อรัง เกิดร่วมกัน	3(11.11)	24(88.88)
2. อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือ ไอ มีเสมหะ หรืออาการหายใจเหนื่อยที่ค่อยๆเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ	10(37.03)	22(81.48)
3. การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้มากที่สุด	5(18.51)	26(96.29)
4. การฝึกหายใจด้วยการห่อปากช่วยลดอาการหอบเหนื่อยได้	4(14.81)	25(92.59)
5. การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยยา ได้แก่ยาขยายหลอดลม ยาต้านการอักเสบ และยาอื่นๆ เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่	2(7.40)	27(100.00)
6. มีอาการหอบรุนแรงจากปัจจัยการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม เช่น เกสรดอกไม้ ขนสัตว์ ฝุ่นควันท่อไอเสีย	4(14.81)	27(100.00)
7. การดื่มน้ำมากๆวันละ 6-8แก้วทำให้เสมหะอ่อนตัวไอออกได้ง่าย	2(7.04)	25(92.59)
8. การออกกำลังกายช่วยให้ปอดมีการแลกเปลี่ยนก๊าซได้ดีกล้ามเนื้อแข็งแรง	2(7.44)	26(96.29)
9. ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดก๊าซในกระเพาะอาหาร เช่น กะหล่ำปลี หัวหอม ผักขม เพราะทำให้ท้องอืด แน่นท้อง ทำให้หายใจลำบาก	2(7.44)	25(92.59)
10. ยาพ่นที่เป็นสเตียรอยด์หลังจากพ่นยาเสร็จควรบ้วนปากหรือกลั้วคอทุกครั้งเพื่อลดการเกิดเชื้อราในช่องปากและเสียงแหบ	1(3.70)	25(92.59)
11. ขณะทำกิจกรรมถ้ารู้สึกเหนื่อยให้หยุดพักทันที	3(11.11)	26(96.29)
12. ไม่ควรซื้อยารับประทานหรือใช้ยาพ่นเองโดยไม่ได้รับการปรึกษาแพทย์หากมีอาการผิดปกติควรมาพบแพทย์	5(18.51)	26(96.29)
13. ควรหลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ สิ่งกระตุ้นระคายเคืองต่อทางเดินหายใจ เช่น ฝุ่น ควันไฟ ขนสัตว์ เกสรดอกไม้ เป็นต้น	2(7.40)	27(100.00)
14. ไม่ควรปล่อยอารมณ์ให้หงุดหงิด อุนเฉียว กังวลหรือเสียใจจนเกินไป	3(11.11)	26(96.29)
ค่าคะแนนเฉลี่ยรวม (ข้อ 1-14)	6.01(S.D.2.32)	13.12(S.D.2.78)

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนได้รับโปรแกรมพบมีความรู้ถูกต้องในเรื่องอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือ ไอ มีเสมหะ หรืออาการหายใจเหนื่อยที่ค่อยๆเป็นมากขึ้นเรื่อยๆมากที่สุดจำนวน 10 ราย ร้อยละ 37.03 รองลงมา การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้มากที่สุดและไม่ควรซื้อยารับประทานหรือใช้ยาพ่นเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์หากมีอาการผิดปกติควรมาพบแพทย์จำนวนเท่าๆ กันจำนวน 5 ราย ร้อยละ 18.51 คะแนนเฉลี่ยรวมข้อ 1-14 เท่ากับ 6.01(S.D.2.32) หลังได้รับโปรแกรมฯ พบมีความรู้ถูกต้องจำนวนมากในข้อการ

รักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยยา ได้แก่ยาขยายหลอดลม ยาต้านการอักเสบ และยาอื่นๆ เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่อาการหอบรุนแรงจากปัจจัยการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมเช่น เกสรดอกไม้ ขนสัตว์ ฝุ่น คิว้นท่อไอเสียควรหลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่ ที่มีควันบุหรี่ สิ่งกระตุ้นระคายจำนวนเท่าๆกัน 27ราย ร้อยละ100 คะแนนเฉลี่ยรวม ข้อ 1-14 เท่ากับ 13.12(S.D.2.78) พบกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD มีคะแนนเฉลี่ยรวมความรู้สูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ (ตาราง 2)

ตาราง 3 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหายใจลำบากหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD (n=27)

พฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหายใจลำบาก	คะแนนเฉลี่ย(S.D.)p-vale	
	ก่อน	หลัง
1. หนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมามีการประเมินอาการหายใจลำบาก	1.16(9.01)	1.09(11.91)
2. รับประทานยา หรือ พ่นยาต่อเนื่องสม่ำเสมอทุกวัน	1.12(10.60)	1.23(9.05)
3. หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก	1.25(9.86)	1.89(10.01)
4. จัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม	1.11(8.09)	1.71(9.46)
5. พักผ่อนนอนอย่างเพียงพอ วันละ 6-8 ชั่วโมง	1.57(9.57)	1.22(9.65)
6. รับประทานอาหารที่เหมาะสม ครบทั้ง 5 หมู่ ลด ข้าว แป้ง น้ำตาล เพิ่มอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ที่ย่อยง่ายดอาหารที่มีก๊าซมากดื่มน้ำอุ่น 8-10 แก้วต่อวัน	1.01(11.04)	1.01(10.09)
	1.02(9.07)	1.02(11.04)
7. บริหารการหายใจโดยใช้กลัมนื้อหน้าท้อง และกะบังลมร่วมกับการห่อปาก วันละ 2 ครั้ง เข้า เย็น	1.12(10.01)	1.01(11.71)
8. บริหารกลัมนื้อทรวงอก ไหล่ แขนและขา ร่วมกับการบริหารการหายใจ วันละ 1 ครั้ง	1.01(11.04)	1.01(8.91)
9. บริหารร่างกายทั่วไป โดยการเดินเล่น หรือเดินขึ้นบันได วันละ 1 ครั้งครั้งละ 20-30 นาที	1.11(10.09)	1.11(9.06)
10. ฝึกไออย่างมีประสิทธิภาพวันละ 2 ครั้ง เข้า - เย็น	1.01(9.08)	1.02(10.09)
11. ใช้วิธีการจัดการเมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก	1.02(10.11)	1.71(10.01)
12. ใช้เทคนิคการสว่นพลังงาน	0.80(9.99)	1.01(10.87)
ค่าคะแนนเฉลี่ยรวม (ข้อ 1-12)	12.23(9.32)	21.76(10.78) 0.01

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการอาการหายใจลำบากหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ก่อนได้รับโปรแกรมพบพฤติกรรมพัทผ่อนนอนอย่างเพียงพอ วันละ 6-8 ชั่วโมงคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 1.57(S.D.9.57) รองลงมาหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากคะแนนเฉลี่ย 1.25(S.D.9.86) และผ่านมา มีการประเมินอาการหายใจลำบาก 1.16(S.D.9.01) ตามลำดับ ค่าคะแนนเฉลี่ยรวม ข้อ 1-12 เท่ากับ 12.23(S.D.9.32) หลังได้รับโปรแกรมฯ พบมีพฤติกรรม

การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 1.89(S.D.9.65) รองลงมา จัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสมและรับประทานยา หรือ พ้นยาต่อเนื่องสม่ำเสมอทุกวัน 1.71(S.D.10.01)และ 1.23(S.D.9.05)ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยรวม ข้อ 1-12 เท่ากับ 21.76(S.D.10.78) พบกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD มีคะแนนพฤติกรรมจัดการอาการหายใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ (ตาราง 3)

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรม และการกลับมารักษาซ้ำก่อนและหลังใช้

ตัวแปร	ก่อน			หลัง			P-value
	Min	Max	M (S.D.)	Min	Max	M (S.D.)	
ความรู้ (รวม 12 คะแนน)	0	1	6.01(2.32)	0	1	13.12(2.78)	0.00
พฤติกรรม (รวม 24 คะแนน)			0 12.23(9.32)	0	3	30.76(10.78)	0.01
จำนวนครั้งการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่าย(ครั้ง/คน)	1		42.63(2.78)	0		10.26(1.99)	0.01

กลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD มีคะแนนเฉลี่ยรวมความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.00$) กลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการอาการหายใจลำบากสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.00$) ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD พบว่าก่อนการใช้ กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในชายมากที่สุด 4 ครั้ง/คน เฉลี่ย 2.63(S.D.2.78) หลังใช้จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (admission) น้อยที่สุด คือ ไม่มีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (admission) และมากที่สุด 1 ครั้ง/คน เฉลี่ย 0.26(S.D.1.99) ครั้ง/คน และหลังใช้โปรแกรมฯ การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่าย (readmissions) ลดลงต่ำกว่าก่อนใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001(ตาราง 4)

อภิปรายผลการศึกษา

ประเมินความสามารถในการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยประเมินตามรูปแบบ D-METHOD ได้แก่ 1. โรคที่เป็น (Disease) 2. การใช้ยา (Medication) 3. สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ (Environment & economic) 4. แผนการรักษา (Treatment) 5. ภาวะสุขภาพและข้อจำกัดของตนเอง (Health) 6. การจัดการที่เหมาะสม ความต่อเนื่องในการรักษา (Outpatient referral) 7. การรับประทานอาหาร (Diet) ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมของผู้ป่วย การนำรูปแบบนี้มาประยุกต์ใช้ในการจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รักษาในหอผู้ป่วยนั้น ผลการวิจัยหลังใช้โปรแกรมฯ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ ถูกต้องจำนวนมาก ในข้อการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยยา ได้แก่ ยาขยายหลอดลม ยาต้านการอักเสบ และยาอื่นๆ เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่ อาการหอบรุนแรงจากปัจจัยการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมเช่น เกสรดอกไม้ ขนสัตว์ ฝุ่น คิว

ท่อไอเสียควรหลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่ ที่มีควัน บุหรี่ สิ่งกระตุ้นระคายเคืองจำนวนมากเท่าๆกัน 27 ราย ร้อยละ 100 มีคะแนนเฉลี่ยรวม ข้อ 1-14 เท่ากับ 13.12(S.D.2.78) พบกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรม วางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD มีคะแนนเฉลี่ยรวม ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ พฤติกรรมการปฏิบัติการจัดการอาการหายใจ ลำบากพบว่าการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ หายใจลำบากมากที่สุดคะแนนเฉลี่ย 1.89(S.D.9.65) รองลงมา จัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสมและ มีการประเมินอาการหายใจลำบากคะแนนเฉลี่ย 71(S.D.10.01) และ 1.23(S.D.11.91) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมิทธิ์ เกิดสินธุ์ และ ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมัตย์ (2559)¹¹ที่พบว่าสถิติการ เข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงลดลงแต่จะสูงในช่วงไตรมาสที่ 1 ซึ่งสอดคล้องกับพยาธิวิทยาของโรคเพราะในช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงหน้าฝน มีอากาศเย็นและมีหมอกมาก จึงเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดลมมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมมากกว่าปกติ (bronchial hyper responsiveness) ได้มากขึ้น และการศึกษา เรวดี เพชรศิริวิสัย (2560)¹²พบว่าเกิดจากการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและจากสภาพแวดล้อม (100%) แต่ปัญหาที่พบคือผู้ป่วยไม่สามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากได้ แนะนำให้พยายามหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นต่างๆ ที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก หากไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้แนะนำให้ใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเวลาที่ต้องสัมผัสกับสิ่งกระตุ้น เช่น ข้างบ้านเผาขยะ สมาชิกในบ้านสูบบุหรี่ หรือจากที่บ้านมีงานบุญทำให้ต้องพบปะกับบุคคลจำนวนมากและสัมผัสกับควันจากการปรุงอาหาร เป็นต้น นอกจากนี้การจัดการความเครียดไม่เหมาะสม มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้น และกังวลที่ต้องหยุดงานแนะนำให้มีการผ่อนคลายความเครียด เช่น การสวดมนต์ การเบี่ยงเบนความสนใจให้ความมั่นใจถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดเพื่อที่จะสามารถป้องกันอาการหายใจลำบากกำเริบได้การวิจัยเพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD ครั้งนี้มีผลต่อจำนวนครั้งของการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล (readmission) ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น

เรื้อรังลดลงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสามารถอธิบายได้ว่าการวางแผนจำหน่ายโดยใช้รูปแบบ D-METHOD สามารถเพิ่มความรู้ และ พฤติกรรมการจัดการอาการหายใจลำบากหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และลดจำนวนครั้งการเข้ามารักษาในโรงพยาบาล (admission) ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้จริงสามารถวัดผลได้ ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่คัดเข้ามาทดลองมีลักษณะของข้อมูลที่ใกล้เคียงกัน ดังนั้นผลการทดลองที่ได้อาจเป็นเพราะการใช้รูปแบบ D-METHOD และการดูแลอย่างเป็นระบบจากทีมสหวิชาชีพตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการประเมินประเด็นที่สำคัญในการดูแลตนเองตั้งแต่แรกรับจากพยาบาลว่ามีส่วนขาดด้านใด เช่น ประเด็นการค้นหาปัจจัยเสี่ยง หากพบว่าผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงจากอะไรก็จะแนะนำให้หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงนั้น เช่น ข้างบ้านเผาขยะก็แนะนำให้หลีกเลี่ยงให้อยู่ห่าง แต่ถ้าเลี่ยงไม่ได้ก็ควรใช้หน้ากากอนามัย หรือผู้ป่วยบางรายจะมีอาการกำเริบช่วงหน้าหนาว อากาศขึ้นก็แนะนำให้สวมใส่เสื้อผ้าหรือห่มผ้าหนาๆ เพื่อเพิ่มความอบอุ่นแก่ร่างกาย พยาบาลจะโทรประสานกับผู้ป่วยหลังจำหน่าย การประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้านการประเมินความสามารถในการบริหารปอด ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการประเมินความสามารถในการบริหารปอดได้รับความรู้ในการบริหารปอดจากนักกายภาพบำบัดเป็นการเตรียมความพร้อมเมื่อกลับไปอยู่บ้านผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการประเมินความสามารถในการพ่นยา หากพบว่ามีปัญหาในการพ่นยา พยาบาลสามารถโทรประสานเภสัชกรโดยไม่ต้องรอคำสั่งจากแพทย์เพื่อมาให้ความรู้ในส่วนที่ขาด เช่น ประเมินและสอนเทคนิคการพ่นยาที่ถูกวิธี ตรวจสอบยาที่ได้รับ ยาที่เหลือ การให้อุปกรณ์ช่วยในการพ่นยาในรายที่ไม่มีแรงสูด การทำความสะอาดและการจัดเก็บอุปกรณ์สำหรับพ่นยา นอกจากนี้ยังมีการประเมินสภาพผู้ป่วยและความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามรูปแบบ D-METHOD รวมถึงการนัดทดสอบสมรรถภาพปอด (Lung Function Test) ในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD clinic)

สรุปผลข้อเสนอแนะ

การนำโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบ D-METH

ODไปใช้ต้องทำความเข้าใจกับทีมสหวิชาชีพในองค์กร เพราะทุกวิชาชีพมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและ เพื่อความสะดวกในการประสานงานอย่างต่อเนื่อง และ ควรมีการศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบ (COPD with acute exacerbation) หลังการใช้ โปรแกรมฯ หรือศึกษาผลของการจัดการสิ่งแวดล้อมและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบ (COPD with acute exacerbation) รวมทั้งควรมีการประยุกต์ใช้โปรแกรมฯเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) กลุ่มอื่น มีการประเมินความเครียดผู้ป่วยจากการประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2 Questions [2Q]) และการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดการวิจัย

การประเมินสภาพผู้ป่วยและความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามรูปแบบ D-METHOD ควรนัดทดสอบสมรรถภาพปอด (Lung Function Test) ในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD clinic) ร่วมด้วยและการส่งต่อข้อมูลสู่ชุมชนผ่านระบบที่ทันสมัยทันเวลา เพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในประเด็นที่สำคัญต้องติดตามหลังจำหน่าย

เอกสารอ้างอิง

1. Wangsom, A. (2016). Dyspnea management in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 27, 2-12.
2. World Health Organization (WHO). (2024). Tobacco and COPD: presenting the Tobacco Knowledge Summary. Form <https://link.springer.com/article/10.1186/s12931-024-02961-5>.
3. สถาบันโรคทรวงอก, กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข. (2562). Burden of COPD. สืบค้นจาก <https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/01/8.-one-page-COPD-edit-8-10-61.pdf>
4. ข้อมูลผู้ป่วยในชาย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลพนมสารคาม.(2567). เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์.
5. Donaldson, G. C., & Wedzicha, J. A. (2006). COPD exacerbations 1: Epidemiology. Form

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22971062/>
6. Criner, R. N., & Han, M. K. (2018). COPD care in the 21st century: A public health priority. *Respiratory Care*. Form <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29692353/>
 7. Glaab, T., Vogelmeier, C., Hellmann, A., & Buhl, R. (2012). Guideline-based survey of outpatient COPD management by pulmonary specialists in Germany. *International journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Form <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3282602/>
 8. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2561).แนวทางการจัดเก็บตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ประจำปีงบประมาณ 2562.กรุงเทพฯ: บริษัทสำนักพิมพ์สื่อตะวันจำกัด.
 9. Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., ... & Taylor, D. (2019). Advancing the science of symptom management. Form <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1051387>
 10. อาติละห์ สะไร. (2559). ผลของโปรแกรมการบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการต่อความสามารถในการจัดการอาการและสภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ , บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
 11. สมิต์ เกิดสินธุ์ และระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์. (2559). ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อการรับผู้ป่วยในซ้ำใน 28 วัน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 25(2), 246-254 .
 12. เรวดี เพชรศิราสัณฑ์. (2560). อาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปัจจัยกระตุ้นและวิธีการจัดการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, นครศรีธรรมราช.



โรงพยาบาลพุทธโสธร
Buddhasothorn Hospital

