



วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

JOURNAL OF HEALTH AND NURSING UBON RATCHATHANI UNIVERSITY

ISSN 3027-6551 (Online)

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2567 Vol.3 No. 1 January - June 2024

บทความวิชาการ

- การพยาบาลมารดาวิัยรุ่นมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง และได้รับการผ่าตัดคลอด : กรณีศึกษา เครื่องวัลย์ นิตติศรี

บทความวิจัย

- ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลด่านช้าง ชลวีศิกานต์ น้อยเวช และคณะ
- สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน ของพยาบาลวิชาชีพหน่วย บริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จารุวรรณ พันธุ์ประทุม
- การประยุกต์ใช้แนวคิดสืบในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยอายุครรภ์หญิง ต่อระยะเวลาการรอคอยและความพึงพอใจ โรงพยาบาลด่านช้าง สายไหม สอนช้อง และคณะ
- ผลลัพธ์ของกระบวนการบำบัดผู้ป่วยที่เสพยาแอมเฟตามีนในร่างกาย โรงพยาบาล ด่านช้าง วรลักษณ์ ศรีวิสัย และ ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล
- ความชุกของการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยโตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียม โรงพยาบาลด่านช้าง : การศึกษาย้อนหลัง 12 เดือน รมลวรรณ ธนาวงศ์รุจิชัย และ ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล
- คุณภาพบริการพยาบาลของผู้ป่วยที่มารับบริการในหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลด่านช้าง พิมพ์สุภางค์ บุญประจวบ และ ส่ายอง อินทร์ใจเอื้อ
- ผลลัพธ์ทางคลินิกของการใช้ระบบการเตรียมความพร้อมก่อนระงับความรู้สึก แบบทั่วตัวโดยวิสัญญีพยาบาล : การศึกษาย้อนหลัง 3 เดือน สุนิษาศรี บุญเพ็ง และคณะ

- วัตถุประสงค์**
1. เผยแพร่บทความวิชาการและผลงานวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อด้านการพยาบาลและสุขภาพ
 2. เป็นแหล่งเสนอผลงานวิชาการสำหรับบุคลากรในวิชาชีพพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
 3. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ แนวคิด และประสบการณ์ทางวิชาการ

กำหนดการออกวารสาร

กำหนดการออกวารสาร ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มิถุนายน

ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม

เจ้าของ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

เลขที่ 85 ตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190

โทรศัพท์ 045-353226

E-Mail: nurseubjournal@gmail.com

ISSN

3027-6551 (Online)

ทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีนี้
ผ่านการพิจารณาถ้อยแถลงจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ อย่างน้อย 3 ท่าน
ความคิดเห็นหรือข้อความใดๆ ในทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
เป็นของผู้เขียนและถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนเท่านั้น
บรรณาธิการและคณะพยาบาลศาสตร์ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยและไม่มีส่วนรับผิดชอบแต่อย่างใด

สารบัญ

บทความวิชาการ

การพยาบาลมารดาวัยรุ่นที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง และได้รับการผ่าตัดคลอด : กรณีศึกษา เครือวัลย์ นิตศิริ	1
---	---

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลด่านช้าง ชญ์ฐิติกานต์ น้อยเวช และคณะ	15
สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน ของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จารุวรรณ พันธุ์ประทุม	28
การประยุกต์ใช้แนวคิดเส้นในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยอายุครรภ์หญิงต่อ ระยะเวลารอคอยและความพึงพอใจ โรงพยาบาลด่านช้าง สายไหม สอนผ่อง และคณะ	45
ผลลัพธ์ของกระบวนการบำบัดผู้ป่วยที่เสพยาแอมเฟตามีนในร่างกาย โรงพยาบาลด่านช้าง วรลักษณ์ ศรีวิสัย และ ทิพย์ทัศน์ ชินดาปัญญากุล	58
ความชุกของการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลด่านช้าง : การศึกษาย้อนหลัง 12 เดือน ชมลวรรณ ธนาวงศ์รุจิชัย และ ทิพย์ทัศน์ ชินดาปัญญากุล	72
คุณภาพบริการพยาบาลของผู้ป่วยที่มารับบริการในหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลด่านช้าง พิมพ์สุภาวดี บุญประจวบ และ ลำยอง อินทร์ใจเอื้อ	86
ผลลัพธ์ทางคลินิกของการใช้ระบบการเตรียมความพร้อมก่อนระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว โดยวิสัญญีพยาบาล : การศึกษาย้อนหลัง 3 เดือน สุนิษา ศรีบุญเพ็ง และคณะ	100

สารจากบรรณาธิการ

วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (Journal of Health and Nursing Ubon Ratchathani University) ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 ทำการเผยแพร่ในรูปแบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งได้รับเลข ISSN 3027-6551 (Online) อนุมัติแล้ววันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2566 เป็นต้นไป โดยมีเนื้อหาสาระที่น่าสนใจดังนี้ บทความวิชาการเรื่อง การพยาบาลมารดาวัยรุ่นที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง และได้รับการผ่าตัดคลอด : กรณีศึกษา และบทความวิจัย 7 เรื่อง ได้แก่ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลด่านช้าง สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน ของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี การประยุกต์ใช้แนวคิดลินในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยอายุครรภ์สูงต่อระยะเวลาการรอคอยและความพึงพอใจ โรงพยาบาลด่านช้าง ผลลัพธ์ของกระบวนการบำบัดผู้ป่วยที่เสพยาแอมเฟตามีนในร่างกาย โรงพยาบาลด่านช้าง ความชุกของการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลด่านช้าง : การศึกษาย้อนหลัง 12 เดือน คุณภาพบริการพยาบาลของผู้ป่วยที่มารับบริการในหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลด่านช้าง และ ผลลัพธ์ทางคลินิกของการใช้ระบบการเตรียมความพร้อมก่อนรับความรู้สึกลับแบบตัวต่อตัวโดยวิสัญญีพยาบาล : การศึกษาย้อนหลัง 3 เดือน ผู้สนใจสามารถเข้าถึงบทความวิชาการ/บทความวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารได้ทางหน้าเว็บไซต์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (<http://www.nurse.ubu.ac.th/new/>)

วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อยู่ในช่วงสามปีแรกของการพัฒนาวารสารเพื่อเตรียมประเมินเข้าสู่ฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index Centre: TCI) ในปี 2568 ขอแสดงความขอบคุณที่ปรึกษากองบรรณาธิการ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้แต่งทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นอย่างดี และพร้อมรับฟังข้อเสนอแนะจากทุกท่านด้วยความขอบคุณยิ่ง เพื่อให้วารสารเผยแพร่ผลงานที่มีคุณภาพต่อไป ทั้งนี้ ขอเชิญชวนผู้สนใจทุกท่านส่งบทความวิชาการ/บทความวิจัยตีพิมพ์ในวารสารฯ ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 เดือน กรกฎาคม – ธันวาคม 2567 ได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ผศ.ดร.สมปอง พะมุลิตา

บรรณาธิการวารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

การพยาบาลมารดาวัยรุ่นที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง และได้รับการผ่าตัดคลอด : กรณีศึกษา

เครือวัลย์ นิตศิริ* พย.บ.

บทคัดย่อ:

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นปัญหาทางสุขภาพในสตรีตั้งครรภ์และเป็นสาเหตุสำคัญ การเจ็บป่วยและการตายของมารดาและทารก เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถพบได้ในสตรีตั้งครรภ์ ประกอบด้วย ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ครรภ์เป็นพิษ (ชนิดไม่รุนแรงกับชนิดรุนแรง) และครรภ์เป็นพิษระยะชัก และความดันโลหิตสูงเรื้อรังร่วมกับครรภ์เป็นพิษ ผลกระทบของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกในครรภ์ได้เช่นกัน อาจทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดการชัก เกิดภาวะของโรคหลอดเลือดสมองอย่างฉับพลัน และกลุ่มอาการ HELLP ในขณะที่ทารกอาจเกิดภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์การคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น ดังนั้น พยาบาลห้องคลอดจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ของการประเมิน ติดตาม เฝ้าระวัง และดูแลภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ที่มีความรุนแรงและจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดคลอด เพื่อลดความรุนแรงของโรคแก่สตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมแนวปฏิบัติและการพยาบาลมารดาวัยรุ่นที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์จากบทความวิชาการและบทความวิจัย เนื้อหาสาระในบทความนี้ ประกอบด้วย ความหมายและชนิดของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เกณฑ์การวินิจฉัย อาการและอาการแสดง ผลกระทบต่อมารดาและทารก หลักการพยาบาลที่สำคัญ และกรณีศึกษาซึ่งเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง เข้ารับการรักษาในห้องคลอด โรงพยาบาลด่านช้าง เกิดผลลัพธ์ที่ดี ปลอดภัยและได้รับการรักษาตัวต่อในหอผู้ป่วย

คำสำคัญ: การพยาบาลมารดาวัยรุ่น, ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์, ครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง

*Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานห้องคลอด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลด่านช้าง, krauniti@hotmail.com
วันที่รับบทความ 18 มีนาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 21 เมษายน 2567 วันตอบรับบทความ 29 เมษายน 2567

Nursing Care for Adolescent Mothers with Pregnancy–Induced Hypertension and Severe Features After Cesarean Section: A Case Study

Krauwān Nitīsiri B.N.S.*

Abstract:

Hypertensive disorders of pregnancy (HDP) are a major health problem in the obstetric population. It is one of the leading causes of maternal and perinatal morbidity and mortality. Complications that can be found in pregnancy are gestational hypertension, chronic hypertension, preeclampsia (with or without severe features), eclampsia, and chronic hypertension with superimposed preeclampsia. Consequently, pregnant women experienced seizure, stroke, and HELLP syndrome. The babies might suffer with fetal growth restriction and preterm delivery. Therefore, nurses in the delivery room should have knowledge, skills, and experience in terms of assessing, monitoring, preventing, and caring for HDP and needed for cesarean section. These would be able to reduce the severity of HDP in pregnant women and fetus.

This article aimed to synthesize the guidelines and nursing care for adolescent mothers with HDP from academic articles and research. The contents of this article include definition and types of HDP, criteria for being diagnosis, symptoms and signs, impacts to mother and fetus, and essential nursing care. A case study with severe preeclampsia that hospitalized at delivery room in Danchang hospital, who had a good outcome, safety, and hospitalized was provided.

Keyword: Nursing care of adolescent mother, Hypertensive disorders of pregnancy, Preeclampsia with severe features

*Corresponding author, Expert professional nurse, Head of labor room, Nursing Service Department, Danchang hospital,

E-mail: krauniti@hotmail.com

Received March 18, 2024 Revised April 21, 2024 Accepted April 29, 2024

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Hypertensive Disorders of Pregnancy: HDP) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่พบได้ร้อยละ 5-10 ของการตั้งครรภ์ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ด้วย¹ ในประเทศสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2017-2019 มีความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.8 เป็น 13.0 เกิดในสตรีตั้งครรภ์ช่วงอายุ 35-45 ปีมากที่สุด ร้อยละ 31.0 และพบว่า สตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้จะมีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังประมาณร้อยละ 2-2.3 ผลกระทบระยะยาวคือ เสี่ยงต่อภาวะหัวใจหยุดเต้นและโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน² สำหรับประเทศไทย มีการรายงานว่า ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์พบได้ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี ตั้งครรภ์แรก หรือครรภ์หลังที่สตรี มีอายุมากกว่า 35 ปี มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเรื้อรังก่อนการตั้งครรภ์ มีอัตราส่วนมารดาตายต่อเกิดมีชีพ 100,000 คน สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 เท่ากับ 1.6, 3.2 และ 4.3 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์ที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น³

จากรายงานของสำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขปี 2564 พบว่าอัตราการคลอดบุตรในกลุ่มอายุ 10-14 ปี และกลุ่มอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 0.9 และ 24.4 ต่อประชากรหญิง 1,000 คน⁴ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก่อให้เกิดปัญหาตามมา ทั้งปัญหาสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารก ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ 3 อันดับแรกในสตรีตั้งครรภ์ที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น เป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลเพิ่มอัตราการเจ็บป่วย และการเสียชีวิตของทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารก เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมอง ตับและไตวาย เป็นต้น หากเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว สูติแพทย์จำเป็นต้องช่วยคลอดด้วยวิธีผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เพื่อความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก

ดังนั้น พยาบาลจำเป็นต้องใช้ศาสตร์การพยาบาลเพื่อวางแผนการพยาบาลเพื่อดูแลมารดาตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อน เกิดความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก จากสถิติของโรงพยาบาลด่านช้าง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด พบได้ร้อยละ 16.27, 13.91 และ 13.63 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 10 จากปัญหาดังกล่าว พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทที่สำคัญอย่างมาก ตั้งแต่การประเมินปัญหาสุขภาพ การวางแผนช่วยเหลือ การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ป้องกันเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพ ปัจจุบันมีแนวทางปฏิบัติตามคำแนะนำของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย รวมถึงบทความวิจัยต่าง ๆ ที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้เขียนจึงได้รวบรวมและนำเสนอผ่านกรณีศึกษา บทความนี้ได้นำเสนอความรู้เกี่ยวกับความหมายและชนิดของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เกณฑ์การวินิจฉัย อาการและอาการแสดง ผลกระทบต่อมารดาและทารก หลักการพยาบาลที่สำคัญ และกรณีศึกษา

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากรณีศึกษาและเสนอแนวทางการวางแผนการพยาบาลมารดาวัยรุ่นที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงและได้รับการผ่าตัดคลอด

วิธีดำเนินการศึกษา

ศึกษาค้นคว้าหาความรู้ทางวิชาการจากตำรา งานวิจัย วารสารต่าง ๆ และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยศึกษามารดาวัยรุ่นที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงและได้รับการผ่าตัดคลอด ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลด่านช้าง ในวันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึง 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 คัดเลือกจำนวน 1 คน ที่มีความยุ่งยาก เพราะตั้งครรภ์มารดาวัยรุ่นกำลังศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 ทำให้ใช้เวลาในการดูแลหลังจำหน่ายอย่างต่อเนื่องจนถึงวันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

ความหมายและชนิดของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (HDP) หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตในขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure: SBP) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg และ/หรือค่าความดันโลหิตในขณะหัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure: DBP) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg โดยวัด 2 ครั้งห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมงภายหลังการพัก¹ วิทยาลัยสูติรีแพทย์แห่งประเทศไทยได้เสนอชนิดของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์โดยอ้างอิงตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือ สามารถแบ่งออกเป็น 4 ชนิด คือ^{5,6}

1. ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ (gestational hypertension) เป็นภาวะความดันโลหิตสูงที่วินิจฉัยครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ แต่ไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ หรือมีโปรตีนในปัสสาวะน้อยกว่า 300 mg ในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง

2. ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง (chronic hypertension) เป็นภาวะความดันโลหิตสูงตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ หรือได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์

3. ครรภ์เป็นพิษและครรภ์เป็นพิษระยะชัก (preeclampsia and eclampsia) ครรภ์เป็นพิษ เป็นกลุ่มอาการของความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์หลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ร่วมกับมีโปรตีนในปัสสาวะอย่างน้อย 300 mg ในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง กรณีที่ตรวจไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ ให้ใช้เกณฑ์ความดันโลหิตสูงที่จำเพาะกับการตั้งครรภ์ (pregnancy-induced hypertension: PIH) ร่วมกับมีความผิดปกติของร่างกายในหลายระบบ (multisystem involvement) อย่างน้อย 1 อย่าง ส่วนครรภ์เป็นพิษระยะชัก เป็นภาวะครรภ์เป็นพิษร่วมกับมีภาวะชักร่วมด้วย โดยภาวะชักนี้ไม่เกิดจากความผิดปกติของสมอง

4. ความดันโลหิตสูงเรื้อรังร่วมกับครรภ์เป็นพิษ (chronic hypertension with superimposed preeclampsia) ก่อนการตั้งครรภ์ สตรีมีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง เมื่อตั้งครรภ์แล้วพบครรภ์เป็นพิษแทรกซ้อน ซึ่งพบได้ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตเรื้อรังจะเกิดครรภ์เป็นพิษได้สูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตปกติ 4-5 เท่า

เกณฑ์การวินิจฉัย

วิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย⁶ ได้ปรับเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะครรภ์เป็นพิษในปี ค.ศ. 2013 ทำให้ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยได้ปรับเกณฑ์วินิจฉัยให้สอดคล้องกัน มีรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia)

อาการ และอาการแสดง	การตรวจพบ
ความดันโลหิตสูง	SBP \geq 140 mmHg หรือ DBP \geq 90 mmHg ซึ่งต้องวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกัน 4 ชั่วโมง โดยในแต่ละครั้งจะต้องวัดหลังจากที่สตรีตั้งครรภ์ได้พัก
ความดันโลหิตสูงวิกฤต	SBP \geq 160 mmHg หรือ DBP \geq 110 mmHg ซึ่งต้องวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันไม่นาน (ประมาณ 15 นาที)
โปรตีนในปัสสาวะ	โปรตีนในปัสสาวะอย่างน้อย 300 mg ในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง หรืออัตราส่วน โปรตีนต่อ creatinine ในปัสสาวะ \geq 0.3 mg/dL หรือโปรตีนในปัสสาวะโดยใช้แผ่นตรวจ (dipstick) \geq 2+ กรณีตรวจไม่พบโปรตีนตามเกณฑ์ที่กำหนด ให้ใช้เกณฑ์การทำงานผิดปกติของอวัยวะสำคัญอย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้ - เกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 เซลล์ต่อไมโครลิตร - ค่า creatinine > 1.1 mg/dL หรือสูงกว่าค่าปกติ 2 เท่า - ค่า liver function test สูงกว่าค่าปกติ 2 เท่า

นอกจากวินิจฉัยตามตารางที่ 1 ดังกล่าวข้างต้นแล้ว ให้ระบุว่ามียลักษณะรุนแรงด้วยว่าครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง (preeclampsia with severe features) หรือครรภ์เป็นพิษที่ไม่มีลักษณะรุนแรง (preeclampsia without severe features) โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง (preeclampsia with severe features) จำเป็นต้องมีลักษณะข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

1. ความดันโลหิตสูง พิจารณาจาก SBP \geq 160 mmHg หรือ DBP \geq 110 mmHg ประเมิน 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง และสตรีตั้งครรภ์ต้องได้พักผ่อน
2. เกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 เซลล์ต่อไมโครลิตร (thrombocytopenia)
3. การทำงานของตับผิดปกติ (abnormal liver function) ระดับของเอนไซม์ตับเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของค่าปกติ หรือมีอาการเจ็บรุนแรงที่บริเวณลิ้นปี่หรือบริเวณใต้ชายโครงขวาโดยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา

4. การทำงานของไตผิดปกติ (renal insufficiency) พิจารณาจากค่า creatinine > 1.1 mg/dL หรือสูงกว่าค่าปกติ 2 เท่า โดยไม่มีโรคไตอื่น
5. น้ำท่วมปอด (pulmonary edema)
6. อาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นใหม่ ไม่สามารถบรรเทาได้ด้วยยาแก้ปวดและไม่ได้เป็นอาการของโรคอื่น ๆ
7. มีอาการผิดปกติทางสายตา

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของครรภ์เป็นพิษและครรภ์เป็นพิษระยะชัก (preeclampsia and eclampsia) มีกลุ่มอาการสำคัญ (classic symptoms) และอาการแสดงที่สำคัญ ดังนี้^{7,8}

ครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) กลุ่มอาการสำคัญ (classic symptoms) ได้แก่ ปวดศีรษะส่วนหน้า (frontal headache) การมองเห็นผิดปกติ และปวดใต้ชายโครงขวา หรือจุกแน่นลิ้นปี่ สำหรับอาการแสดง (sign) ได้แก่ SBP \geq 160 mmHg หรือ DBP \geq 110 mmHg น้ำท่วมปอด มีภาวะ HELLP syndrome คือ เม็ดเลือดแดงแตก (hemolysis) เอนไซม์ตับสูงขึ้นมาก (elevated liver enzyme) และเกล็ดเลือดลดต่ำ (low platelet) และอาจเกิดการชักเกร็ง-ชักกระตุก (tonic-clonic)

ครรภ์เป็นพิษระยะชัก (eclampsia) กลุ่มอาการที่สำคัญ คือ ภาวะชักแบบ generalized convulsion หรือ grand mal seizures ที่มีลักษณะเป็นการชักเกร็ง-ชักกระตุกทั้งตัว และถ้ามีอาการแสดงที่ชัดเจนคือ บวมทั้งตัว และมี deep tendon reflex (DTR) 4+ ทั้งนี้ ลักษณะของการชัก (eclamptic seizures) มีทั้งหมด 5 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะก่อนชัก (premonitoring stage) จะมีอาการกระสับกระส่าย ตามองนิ่งอยู่กับที่ รุม่านตาขยาย 2) ระยะเริ่มแรกของการชัก (stage of invasion) มีอาการกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าและมุมปากกระตุกริมฝีปากเบี้ยว ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 2-3 นาที 3) ระยะชักเกร็ง (tonic stage) มีอาการตัวแข็งเกร็งแขนขา มือกำแน่น ขบฟันแน่น ตาเขม็ง หุดหายใจ หน้าเขียว นานประมาณ 15-20 วินาที 4) ระยะชักกระตุก (clonic stage) มีอาการชักกระตุกทั่วร่างกายอย่างแรง นานประมาณ 30 วินาที -2 นาที ซึ่งอาการชักจะเริ่มที่หน้าก่อน ต่อมาที่แขนและขาจนชักทั้งตัว การกระตุกของขากรรไกรล่าง จะทำให้มีน้ำลายฟูมปากและกัดลิ้นตัวเองได้ และ 5) ระยะหมดสติ (coma) เกิดภายหลังการชักกระตุก นอนนิ่งไม่เคลื่อนไหวอยู่ในสภาพหมดแรง อาจมีอาการหุดหายใจเป็นครั้งคราว เกิดภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในร่างกาย เกิดภาวะหายใจเป็นกรด ทำให้ร่างกายปรับตัวโดยการหายใจเร็วขึ้น (hyperventilation) และอาจมีคั่งของกรดแลคติก ทำให้มีอาการเขียวตามมา

ผลกระทบต่อมารดาและทารก

ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์จะนำไปสู่ภาวะครรภ์เป็นพิษ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด รวมถึงส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์หรือทารกแรกคลอดได้^{10,11}

ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ หากโรคมีความก้าวหน้าสู่ภาวะครรภ์เป็นพิษระยะชัก หรือ HELLP syndrome จะมีผลทำให้สตรีตั้งครรภ์มีอาการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ ที่พบได้บ่อยคือ รกลอกตัวก่อนกำหนด (abruption placenta) หัวใจขาดเลือด หัวใจล้มเหลว เตือนอกในสมอง ปอดบวม น้ำเลือดแข็งตัวผิดปกติจนเกิดภาวะตับวาย เกล็ดเลือดต่ำ ไตวายเฉียบพลัน หลอดเลือดอุดตัน และอันตรายจากการชัก เป็นต้น

ผลกระทบต่อทารก ลักษณะความรุนแรงและอัตราการตายของทารกจะเพิ่มขึ้น เมื่อเกิดในอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ และหากมีภาวะครรภ์เป็นพิษระยะชัก หรือ HELLP syndrome ยิ่งเกิดความเสี่ยงสูงต่อทารกในครรภ์ จำเป็นต้องทำการผ่าตัดคลอดทันที ผลกระทบต่อทารกที่พบได้บ่อยคือ ทารกโตช้า ในครรภ์ (intrauterine growth restriction: IUGR) ทารกขาดออกซิเจนจากภาวะเลือดเป็นกรด (asphyxia) ทารกคลอดก่อนกำหนด (preterm) แท้งหรือเสียชีวิตในครรภ์ (death fetus in utero: DFIU) ทารกตายในครรภ์เฉียบพลันหรือตายในระยะแรกเกิด (fetal death) เป็นต้น

หลักการพยาบาลที่สำคัญ

การพยาบาลสตรีที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่ไม่มีลักษณะรุนแรง (preeclampsia without severe features) ครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง (preeclampsia with severe features) และครรภ์เป็นพิษระยะชัก (eclampsia) มีหลักการพยาบาลที่สำคัญดังนี้^{8,10-14}

การพยาบาลสตรีที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่ไม่มีลักษณะรุนแรง (preeclampsia without severe features) หลักการพยาบาลคือ ดูแลให้อนอนพักบนเตียง (bed rest) ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะความดันโลหิตทุก 4 ชั่วโมง ดูแลและติดตามประเมินผลทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ เช่น การตรวจโปรตีนในปัสสาวะโดยใช้แผ่นตรวจ (dipstick) อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง เตรียมตรวจ non stress test และให้ชั่งน้ำหนักอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ดูแลให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ แต่ไม่จำเป็นต้องลดอาหารเค็ม ประเมินอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ พร้อมแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์นับจำนวนครั้งการเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์ และประเมินสภาพอารมณ์และจิตใจปัญหาของสตรีตั้งครรภ์อย่างเหมาะสม

การพยาบาลสตรีที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง (preeclampsia with severe features) หลักการพยาบาลคือ ดูแลให้อนอนพักบนเตียงอย่างเต็มที่ (absolute bed rest) ในห้องที่สงบ ลดการกระตุ้นจากภายนอกทั้งแสงและเสียงรบกวน ประเมินอาการชักรุก่อนการชัก เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว อาเจียน เป็นต้น ดูแลให้ยาป้องกันการชักคือ MgSO₄ ตามแผนการรักษา โดยขณะให้ยาต้องวัดความดันโลหิตทุก 5 นาที หาก DBP < 90 mmHg ต้องรายงานแพทย์เพื่อป้องกันภาวะ fetal distress ดูแลขณะให้ยาและภายหลังให้ยา โดยประเมินอาการร้อนบริเวณนึชยา อาการร้อนทั่วร่างกาย ขณะที่หยด MgSO₄ ทาง

หลอดเลือดดำ ต้องประเมินซ้ำทุก 1 ชั่วโมง ได้แก่ ประเมินและบันทึกปัสสาวะต้องออกไม่น้อยกว่า 30 ml/hr DBP \geq 90 mmHg อัตราการหายใจไม่น้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที deep tendon reflex (DTR) ไม่น้อยกว่า 1+

เตรียมยา 10% calcium gluconate ซึ่งเป็นยา antidote ของ $MgSO_4$ นอกจากนี้แล้วต้องประเมินการหดตัวของมดลูกเป็นระยะ ๆ เพราะ $MgSO_4$ ทำให้การหดตัวของมดลูกลดลง ให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอ ($SpO_2 > 97\%$) ประเมินและติดตามสุขภาพทารกในครรภ์เป็นระยะ ๆ และดูแลให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดอย่างปลอดภัย โดยการเตรียมคลอดแบบปกติในกรณีที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ แต่ถ้ายังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ต้องประสานงานกับแพทย์เพื่อพิจารณาผ่าตัดคลอดต่อไป

การพยาบาลสตรีที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระยะชัก หลักการพยาบาลคือ การดูแลทางเดินหายใจ โดยใส่ oral airway หรือ mouth gag เพื่อป้องกันการกีดเส้นและดูดเสมหะ จัดท่านอนตะแคงเพื่อป้องกันสำลักน้ำลาย ให้ออกซิเจนขณะชักและภายหลังชัก พร้อมประเมินสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง เตรียมยา $MgSO_4$ เพื่อให้กล้ามเนื้อคลายตัวและป้องกันการชักซ้ำ เตรียมพร้อมเพื่อช่วยในการคลอดภายหลังควบคุมอาการชักได้แล้วโดยการผ่าตัดคลอด ควรระวังการตกเลือดภายหลังคลอด โดยเฉพาะในรายที่มีเกล็ดเลือดต่ำ เฝ้าระวังการตกเลือดเนื่องจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี ซึ่งเป็นผลจากฤทธิ์ของ $MgSO_4$ ทำให้มดลูกคลายตัว รวมถึงดูแลความปลอดภัยทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด

กรณีศึกษา

มารดาครรภ์แรก G1P0A0 อายุ 16 ปี สูง 159 เซนติเมตร น้ำหนัก 80 กิโลกรัม อายุครรภ์ 39⁺4 สัปดาห์ กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4

อาการสำคัญที่ มาโรงพยาบาล คือ เจ็บครรภ์ เด็กดิ้นน้อยลง และมีมูกปนเลือดออกทางช่องคลอด 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

แรกรับตรวจวัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 160/110 mmHg ตรวจ Deep tendon reflex ได้ 2+ ข้อเท้าและหน้าแข้งบวม (pitting edema) 2+ ตรวจครรภ์ ตรวจพบระดับยอดมดลูก $\frac{3}{4}$ มากกว่าสะดือ ทารกท่า Left Occiput Anterior (LOA) ศีรษะผ่านสู่อุ้งเชิงกราน (head engagement) สำหรับทารกในครรภ์ อัตราการเต้นของหัวใจทารก (fetal heart sound: FHS) 146 ครั้ง/นาที ตรวจประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ด้วย non stress test (NST) ผลปกติ (reactive) น้ำหนักทารกในครรภ์ 3,200 กรัม ทารกในครรภ์ดี ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร บาง 100% ระดับส่วนนำ -1 ถุงน้ำคร่ำยังอยู่ (membrane intact) เจ็บครรภ์นาน ๆ ครั้ง มดลูกหดตัว Interval (I) เท่ากับ 8 นาที Duration (D) เท่ากับ 35 วินาที Severity+ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น ภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง (preeclampsia with severe features)

แพทย์สั่งการรักษา 50% $MgSO_4$ 4 gm (8 ml) dilute in 5% D/W up to 40 ml ให้ทางหลอดเลือดดำ ซ้ำ ๆ และ 50% $MgSO_4$ 10 gm in 5% D/W 1,000 ml IV drip 100 ml/hr และให้เร่งคลอดด้วยให้ยา Syntocinon 10 unit add in Lactated ringer's solution (LRS) 1,000 ml iv drip 40 ml/hr หลังให้ยาเร่งคลอดนาน 30 นาที พยาบาลประเมินการมดลูกหดตัวได้ Interval (I) เท่ากับ 5 นาที Duration (D) เท่ากับ 40 วินาที Severity++

ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารก (FHS) 148 ครั้ง/นาที ได้เจาะถุงน้ำคร่ำ (artificial rupture of membrane: ARM) พบน้ำคร่ำสีเขียวเหนียวข้น (thick meconium) ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารก (FHS) ซ้ำได้ 158 ครั้งต่อนาที ตรวจ NST พบ late deceleration รายงานให้สูติแพทย์ทราบและมาตรวจเย็บอาการ ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร บาง 100% ระดับส่วนน้ำ -1 Interval (I) เท่ากับ 4 นาที Duration (D) เท่ากับ 45 วินาที Severity++ แพทย์จึงให้หยุดยาเร่งคลอด พิจารณาผ่าตัดคลอด (cesarean section) ก่อนผ่าตัดคลอด พิจารณาให้ LRS 1,000 ml IV drip 100 ml/hr ให้ Hydralazine 10 mg IV ทางหลอดเลือดดำ ๆ และให้ Cefazolin 1 gm IV ทางหลอดเลือดดำ ๆ แพทย์ได้แจ้งอาการและแผนการรักษากับ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นแล้ว มีอาการเครียด วิดกกังวล ตกใจ แต่ยินยอมให้ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเนื่องจากมีอาการเจ็บครรภ์มากและทราบว่าทารกในครรภ์อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนอย่างรุนแรงจากภาวะน้ำคร่ำผิดปกติ

ระยะคลอด มารดาวัยรุ่นผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ด้วยวิธีการวางยาสลบทั่วร่างกาย (general anesthesia) ปริมาณการเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัด 870 ml ในระหว่างผ่าตัดคลอด สัญญาณชีพปกติ ได้แก่ อัตราหายใจเท่ากับ 18-20 ครั้ง/นาที ค่าการอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO_2) 96-97% ความดันโลหิต 120-140/80-90 mmHg ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 3,200 กรัม APGAR's score นาทีที่ 1, 5 และ 10 เท่ากับ 9, 10 และ 10 คะแนน ค่าการอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO_2) 96% แรกเกิดทารก ร้องเสียงดัง แขนและขาเคลื่อนไหวได้ดี กล้ามเนื้อแขนและขามีแรงดี การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอดี อัตรา 130 ครั้งต่อนาที การหายใจสม่ำเสมอดี อัตรา 40 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 37 องศาเซลเซียส ทำความสะอาดและห่อตัวให้ความอบอุ่นร่างกาย หลังมารดากลับมาจากห้องผ่าตัด นำทารกแรกเกิดสร้างสัมพันธภาพและกระตุ้นคุณแม่ (early bonding and breast feeding)

ระยะพักฟื้นหลังคลอด 2 ชั่วโมง ตรวจร่างกาย พบว่า สัญญาณชีพปกติ อ่อนเพลียเล็กน้อย ระดับขดมดลูกอยู่ต่ำกว่าสะดือ 2 นิ้ว มดลูกเป็นก้อนกลมแข็ง ใสสายสวนปัสสาวะคาไว้หน้าปัสสาวะไหลดี สีเหลืองใส น้ำคาวปลาสีแดงเข้ม ไม่มีก้อนเลือด (rubra lochia) ชุ่มผ้าอนามัยครั้งสั้น ปวดแผลผ่าตัดมาก ประเมินระดับความปวด (pain score) 9 คะแนน แพทย์ให้ยา Pethidine 50 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (intramuscular) ตรวจหวันมเต้านม พบว่า หวันมทั้งสองข้างปกติ มีน้ำนมเหลือง (colostrum) ไหลซึมเล็กน้อย แผลผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องไม่มีสารคัดหลั่งไหลซึม ให้นอนราบ 6 ชั่วโมง จดน้ำและอาหารทางปากให้ครบ 24 ชั่วโมง ดูแลให้ 5%D/N/2 1,000 ml + Syntocinon 10 unit IV drip 120 ml/hr และต่อด้วย 5%D/N/2 1,000 ml IV drip 120 ml/hr คู่กับ 50%MgSO₄ 10 gm in 5% D/W 1,000 ml IV drip 100 ml/hr จนครบ 24 ชั่วโมง ให้ยาแก้ปวด Pethidine 50 mg intramuscular prn ทุก 6 ชั่วโมง ให้คาสายสวนปัสสาวะบันทึกสารน้ำเข้าและสารน้ำออกทุก 8 ชั่วโมง แพทย์ให้ย้ายไปสังเกตอาการต่อที่ห้องสังเกตอาการ หลังคลอด การวางแผนการพยาบาลสำหรับกรณีศึกษารายนี้มีข้อวินิจฉัยการพยาบาล ดังนี้

1. เสี่ยงต่อภาวะชัก เนื่องจากความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน คือ ความดันโลหิต 160/110 mmHg และข้อเท้าและหน้าแข้งบวม 2+ serum, Mg 7 mEq/L

วัตถุประสงค์ คือ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการชัก ไม่เกิดผลข้างเคียงจากยา MgSO₄ และผู้คลอดปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากภาวะครรภ์เป็นพิษ

เกณฑ์การประเมินผล คือ ไม่มีอาการแสดงนำก่อนชัก เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ และความดันโลหิตสูงไม่เกิน 160/110 mmHg, serum Mg < 7 mEq/L

กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ คือ ประเมินอาการนำก่อนการชัก เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด ปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่หรืออาการเจ็บชายโครงขวา ปฏิกริยาสะท้อนกลับ (deep tendon reflex) หรืออาการกระตุกของกล้ามเนื้อเข่า (ankle clonus) เพื่อจะได้เตรียมการช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่ ตรวจสอบสัญญาณชีพ ทุก 15 นาทีเพื่อประเมินอาการและอาการแสดงเป็นระยะ ๆ จนกว่าสัญญาณชีพคงที่ จึงประเมินทุก 1 ชั่วโมง และติดตามความรุนแรงของโรค ดูแลผู้คลอดให้ได้รับยา 50%MgSO₄ 4 gm (8 ml) dilute in 5% D/W up to 40 ml ให้ทางหลอดเลือดดำช้า ๆ และ 50%MgSO₄ 10 gm in 5% D/W 1,000 ml IV drip 100 ml/hr ตามแผนการรักษา ติดตาม serum Mg (4.8-8.4 mEq/L)¹⁵ เฝ้าติดตามอัตราการหายใจ deep tendon reflex (DTR) ทุก 5 นาที จำนวน 6 ครั้ง และทุก 15 นาที จำนวน 2 ครั้ง ถ้าคงที่ปรับเป็นทุก 1 ชั่วโมง หากมีอาการแสดงของผลข้างเคียงจากยา MgSO₄ พิจารณาหยุดยาทันที รายงานให้แพทย์ทราบและเตรียมยา 10% Calcium gluconate เนื่องจากเป็นยา antidote ของ MgSO₄ ดูแลและบันทึกปัสสาวะชนิดคาสายสวน เพื่อประเมินน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย และประเมินการทำงานของไต ปัสสาวะออกไม่น้อยกว่า 30 ml/hr

การประเมินผล มารดาวิัยรุ่นในระยะคลอดและหลังคลอดไม่มีอาการชัก ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เจ็บใต้ลิ้นปี่ หรือบริเวณชายโครงขวา ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100-144/60-110 mmHg ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนขณะอยู่บนเตียงสามารถบอกอาการและความต้องการให้กับพยาบาลทราบได้ ระหว่างให้ยา MgSO₄ อัตราการหายใจ 18-24 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออกโดยเฉลี่ย 120-200 ml/hr ไม่มีอาการร้อนวูบวาบตามร่างกาย การติดตามค่า serum Mg ได้ 6.7 mEq/L ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมีแผลผ่าตัดหน้าท้องและแผลในโพรงมดลูก และเป็นผลข้างเคียงมาจากยา MgSO₄

ข้อมูลสนับสนุน คือ เสียเลือดจากการผ่าตัด 870 ml และได้รับยา 50%MgSO₄ 10 gm in 5% D/W 1,000 ml IV drip 100 ml/hr จนครบ 24 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการตกเลือดหลังคลอด และสัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ

เกณฑ์การประเมินผล คือ มดลูกหดรัดตัวดี กลมแข็ง ไม่มีอาการแสดงของภาวะตกเลือด เช่น เวียนศีรษะ ใจสั่น หน้ามืด ชีพจรเบาเร็ว สัญญาณชีพปกติ โดยเฉพาะอัตราการเต้นหัวใจ 60-100 ครั้ง/นาที และความดันโลหิต 100-140/60-90 mmHg แผลหน้าท้องไม่มีเลือดและสารคัดหลั่งซึม และไม่บวมแดง

กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ คือ ประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ อัตราการเต้นหัวใจ อัตราการหายใจ ค่าการอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO₂) ทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง และทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง ถ้าคงที่ พิจารณาย้ายสังเกตอาการต่อที่หอผู้ป่วยหลังคลอด ประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดและแผลผ่าตัดทางหน้าท้องเพื่อคาดคะเนการสูญเสียเลือดเพิ่มเติมหลังผ่าตัดคลอด ติดตามประเมินการหดตัวของมดลูก เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด ดูแลให้ได้รับยา 5%D/N/2 1,000 ml + Syntocinon 10 unit IV drip 120 ml/hr คู่กับ 50%MgSO₄ 10 gm in 5% D/W 1,000 ml IV drip 100 ml/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์ ดูแลการทำงานของสายสวนปัสสาวะให้ทำงานได้ปกติไม่อุดตันเพื่อไม่ให้กระเพาะปัสสาวะเต็ม ขัดขวางการหดตัวของมดลูก แนะนำมารดาหากมีอาการผิดปกติ เช่น แผลหน้าท้องมีเลือดซึมมากหรือมีเลือดออกทางช่องคลอดมากขึ้น หน้ามืด ใจสั่น ให้รีบแจ้งพยาบาล

การประเมินผล มารดาวัยรุ่นหลังคลอด มดลูกหดตัวดี กลมแข็ง ไม่มีอาการแสดงของภาวะตกเลือด เลือดออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัย 1 ผืน สัญญาณชีพปกติ โดยเฉพาะอัตราการเต้นหัวใจ 60-100 ครั้ง/นาที และความดันโลหิต 100-140/60-90 mmHg อุณหภูมิกาย 37 องศาเซลเซียส แผลหน้าท้องไม่มีสารคัดหลังซึมและไม่บวมแดง

3. มีความวิตกกังวลใจ กลัวการคลอด เนื่องจากตั้งครรภ์แรก มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะคลอด จำเป็นต้องผ่าตัดคลอด

ข้อมูลสนับสนุน คือ มารดาพูดว่า จะคลอดได้ไหม ทำไมเจ็บจนจะทนไม่ได้ เมื่อไรจะคลอด ผู้คลอดอายุ 16 ปี ตั้งครรภ์ครั้งแรก มีสีหน้าวิตกกังวล มีถอนหายใจบางครั้ง มีความดันโลหิต 160/110 mmHg แพทย์แจ้งมารดาตั้งครรภ์ว่าจำเป็นต้องผ่าตัดคลอด

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์คลายความวิตกกังวลใจ และมีความมั่นใจว่าปลอดภัยจากการผ่าตัดคลอด

เกณฑ์การประเมินผล สตรีตั้งครรภ์ลดความกลัว ความวิตกกังวล และคลายความตึงเครียดลง มีพฤติกรรมระบายอารมณ์อย่างเหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ คือ สร้างสัมพันธที่ดีต่อสตรีตั้งครรภ์และญาติ ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด ให้ความมั่นใจและให้การช่วยเหลือเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกมั่นใจว่ามีความปลอดภัยในการรักษาผ่าตัดคลอด อธิบายวิธีการผ่าตัดคลอด การพยากรณ์ ผลของโรคและแผนการรักษาพอสังเขป เป็นระยะ ๆ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์และญาติคลายความวิตกกังวล พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย พูดปลอบโยนให้กำลังใจ อยู่ใกล้ชิด ๆ เพื่อไม่ให้ผู้คลอดรู้สึกถูกทอดทิ้ง พยายามให้คำปรึกษาแก่สตรีตั้งครรภ์และญาติ ถึงอาการและภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เกิดขึ้น หากความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นจะมีผลต่อมารดาและทารกในครรภ์ ซึ่งอาจทำให้มารดาและทารกในครรภ์เสียชีวิตได้ แนะนำให้ญาติแสดงท่าทีที่เหมาะสมกับผู้คลอด ให้กำลังใจ ไม่ควรแสดงความวิตกกังวลมากเกินไปเพราะจะทำให้สตรีตั้งครรภ์วิตกกังวลมากขึ้น

การประเมินผล สตรีตั้งครรภ์คลายความวิตกกังวล ไม่แสดงอาการถอนหายใจ สามารถยอมรับผลการพยากรณ์ของโรคได้เหมาะสม ปฏิบัติตามคำแนะนำรับฟังเข้าใจ ปัญหา และแผนการรักษาทางการแพทย์

4. มารดาหลังคลอดไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและปวดมดลูก

ข้อมูลสนับสนุน คือ มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง ยาวประมาณ 5 นิ้ว มารดาหลังคลอดบอกว่า ปวดแผลผ่าตัดมาก และขอนิโคตินาแก้ปวด ประเมินคะแนนความปวดได้ 7 คะแนน

วัตถุประสงค์ คือ เพื่อบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัดและปวดมดลูก และส่งเสริมความสบาย

เกณฑ์การประเมินผล คือ สีหน้าปกติ เคลื่อนไหวร่างกายได้ นอนหลับพักผ่อนได้ อาการปวดลดลง

กิจกรรมทางพยาบาลที่สำคัญ คือ ประเมินระดับความปวดโดยใช้คะแนนความปวด (numeric pain scale: NRS) 0-10 คะแนน (ไม่ปวดเลยจนถึงปวดมากที่สุด พิจารณาให้ยาระงับปวดเมื่อ NRS > 4 คะแนน ให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา คือ Pethidine 50 mg ฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อเวลาปวด ทุก 6 ชั่วโมง และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา แนะนำการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา คือ แนะนำขณะไอให้ใช้มือพยุงแผลไว้และให้หายใจเข้าไปลึก ๆ แล้วไอออกมาแรง ๆ จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่า Fowler's position หลังครบนอนราบ 1 ชั่วโมง เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัวจากการที่ข้อสะโพกงอ ช่วยลดอาการตึงแผลผ่าตัด ทำให้เจ็บแผลน้อยลง แนะนำการเคลื่อนไหว เปลี่ยนอิริยาบถช้า ๆ และให้ใช้มือหรือหมอนนุ่ม ๆ พยุงแผลผ่าตัดไว้

การประเมินผล มารดาหลังคลอด หลังได้รับยาแก้ปวด อาการปวดแผลผ่าตัดลดลงเหลือ 2-3 คะแนน เคลื่อนไหวร่างกายได้ดีขึ้น แสดงสีหน้าเจ็บปวดเล็กน้อยเป็นบางครั้ง นอนหลับพักผ่อนได้

5. ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (birth asphyxia) เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และได้รับยา MgSO₄

ข้อมูลสนับสนุน คือ สตรีตั้งครรภ์มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และได้รับยา MgSO₄ ก่อนคลอด ผลการตรวจ NST พบ late deceleration จากการประเมิน FHS อยู่ช่วง 148-158 ครั้ง/นาที เจาะถุงน้ำคร่ำพบน้ำคร่ำสีเขียวขุ่นเหนียว (thick meconium)

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันทารกแรกเกิดไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด

เกณฑ์การประเมินผล ทารกแรกเกิดมีคะแนน Apgar score ที่นาทีแรกมากกว่า 7 คะแนน และริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้าของทารกแรกเกิด ไม่เขียวซีด

กิจกรรมทางพยาบาลที่สำคัญ คือ ฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ทุก 30-60 นาที เพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจน ให้สตรีตั้งครรภ์นอนพักในท่าตะแคงซ้าย เพื่อลดการกดทับบริเวณเส้นเลือด inferior vena cava (IVC) ทำให้เลือดสามารถไหลเวียนเพิ่มขึ้นที่มดลูกและรก จัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารก และรายงานกุมารแพทย์ทราบ มารอรับทารกก่อนคลอด เพื่อจะได้ให้การช่วยเหลือทันที ดูแลเสมหะออกจากปากและจมูกของทารก ด้วยลูกสูบยางแดง และสายดูดเสมหะเพื่อป้องกันการสูดสำลักน้ำคร่ำเข้าสู่ทางเดินหายใจ จัดท่านอนของทารกให้นอนศีรษะราบ ตะแคงหน้า เพื่อป้องกันการสำลักน้ำคร่ำ

การประเมินผล ทารกแรกเกิดหลังผ่าตัด เพศหญิง น้ำหนัก 3,200 กรัม APGAR's score นาทีที่ 1 ได้ 9 คะแนน หักคะแนนสีผิว (ปลายมือปลายเท้าเขียว) นาทีที่ 5,10 ได้ 10 คะแนน ร้องเสียงดังดี มีปลายมือปลายเท้าเขียวเล็กน้อย ค่าการอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO₂) 96 % หายใจได้เอง

สรุป

สตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่อยู่ระหว่างกำลังศึกษาเล่าเรียน ข่อมมีความเครียด ความวิตกกังวลมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป และมากกว่าครึ่ง มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะได้รับการผ่าตัดคลอด ทำให้การปรับบทบาทของมารดาหลังคลอดมีโอกาสสำเร็จได้ยากกว่าในหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป นอกจากนี้แล้ว สตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะก่อนคลอด และระยะคลอด จึงมีความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ สำหรับกรณีศึกษารายนี้มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง (preeclampsia with severe features) หลักการพยาบาลที่สำคัญคือ การดูแลให้นอนบนเตียงอย่างเต็มที่ ประเมินความดันโลหิตทุก 1 ชั่วโมง ควบคุมให้อยู่ในระดับ 120-140/90-100 mmHg ประเมินสารน้ำเข้าและออก ประเมินอาการนำก่อนการชักและดูแลให้ยาป้องกันชัก เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา MgSO₄ รวมถึงประเมินและดูแลให้ทารกปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นหลังคลอดทันที และติดตามใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด รวมถึงส่งเสริมสัมพันธภาพและกระตุ้นคุณแม่ทันทีหลังจากกลับมาจากห้องผ่าตัด (early bonding and breast feeding) นอกจากนี้แล้ว การปรับบทบาทจากเรียนสู่การเป็นมารดา อาจทำให้มีความเครียดจากการปรับบทบาท รวมถึงมีความรับผิดชอบมากขึ้น อีกทั้งการตั้งครรภ์แรกนี้มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นทำให้มีความเสี่ยงต่อการปรับตัวสู่การเป็นมารดาได้ ดังนั้น พยาบาลควรใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลทุกระยะของการคลอด เพื่อความปลอดภัยของมารดาและทารก รวมทั้งประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการจัดการความเสี่ยงและวางแผนประสานกับครูในโรงเรียนเพื่อมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการศึกษาต่อกับมารดา รายนี้ วางแผนการเยี่ยมบ้านเพื่อให้สามารถเปลี่ยนผ่านบทบาทได้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Khedagi AM, Bello NA. Hypertensive Disorders of Pregnancy. *Cardiol Clin* 2021; 39(1): 77-90. doi:10.1016/j.ccl.2020.09.005
2. Garovic VD, Dechend R, Easterling T, et al. Hypertension in Pregnancy: Diagnosis, Blood Pressure Goals, and Pharmacotherapy: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertension* 2022; 79(2): e21-e41. doi:10.1161/HYP.000000000000208
3. Public Health Strategies of the Ministry of Public Health. *Public Health Statistics A.D.2022*. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023. (in Thai)
4. Bureau of Reproductive Health. *Statistics of Reproductive Health for Thai*.; 2023. Retrieved from <https://rh.anamai.moph.go.th/th/kpi-2565>

5. ACOG practice Bulletin No. 202: Gestational Hypertension and Preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2019; 133(1): 1-25.
6. American College of O, Gynecologists, Task Force on Hypertension in P. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2013; 122(5): 1122-31.
7. ACOG Practice Bulletin No. 203 Summary: Chronic hypertension in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2019;133(1): 215-9.
8. Cunningham FG. *Williams obstetrics.* 25th ed. New York: McGraw-Hill; 2018.
9. Duley L. The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. *Semin Perinatol.* 2009; 33(3): 130-137. doi:10.1053/j.semperi.2009.02.010
10. Chaloumsuk N, Baosoung, C. Nursing care for hypertensive disorders of pregnancy. Chiangmai: Faculty of Nursing, Chiangmai University; 2019. (in Thai)
11. Phadungyotee V. Nursing care of pregnancy with complication: Pregnancy induced hypertension. Bangkok: Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2023. (in Thai)
12. Techawathakul, S. Nursing roles for preventing preeclampsia. *Kuakarun Journal of Nursing* 2015; 22(2): 7-19. (in Thai)
13. Cunningham FG, Levono KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM. *Williams obstetrics.* 26th ed. New York: McGraw-Hill; 2022.
14. Silbert–Flagg J, Kennedy CE. *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childbearing family.* 9th ed. Philadelphia: Walters Kluwer; 2023.
15. Pascoal ACF, Katz L, Pinto MH, et al. Serum magnesium levels during magnesium sulfate infusion at 1 gram/hour versus 2 grams/hour as a maintenance dose to prevent eclampsia in women with severe preeclampsia: A randomized clinical trial. *Medicine* 2019; 98(32): e16779. doi:10.1097/MD.0000000000016779

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลด่านช้าง

ชนัญศิกานต์ น้อยเวช* พย.บ.

เครือวัลย์ นิตศิริ** พย.บ.

สุวิมล ประสงค์*** พย.บ.

บทคัดย่อ:

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนายเพื่อศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลด่านช้าง กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดที่เข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลด่านช้าง เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 77 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบวัดเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีค่าความตรงตามเนื้อหา 1.00, 0.85, 0.93 และ 0.86 ตามลำดับ และมีค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.75, 0.68, 0.90 และ 0.84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.31, SD = 0.49) แรงสนับสนุนทางสังคม และเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .565, p = .000$ และ $r = .288, p = .000$ ตามลำดับ) ขณะที่ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้มีร้อยละ 34.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = .600, p = .000, R^2 = .348$)

คำสำคัญ: การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, มารดาหลังคลอด

*Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานห้องคลอด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลด่านช้าง,

E-mail: chanatsikan49661@gmail.com

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานห้องคลอด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลด่านช้าง

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานห้องคลอด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลด่านช้าง

วันที่รับบทความ 19 ตุลาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 23 ธันวาคม 2566 วันตอบรับบทความ 5 มีนาคม 2567

Factors Affecting Breastfeeding Behavior Among Postpartum Mother at Dangchang Hospital

*Chanatsikan Noiwech * B.N.S.*

*Krauwat Nitisiri ** B.N.S.*

*Suwimon Preesong *** B.N.S.*

Abstract:

The predictive research aimed to 1) investigate breastfeeding behaviors among postpartum mothers, and 2) examine the predicting factors of breastfeeding behaviors among postpartum mothers at Dangchang hospital. The samples were 77 postpartum mothers who were hospitalized at obstetrics and gynecology ward in Dangchang hospital and selected by using purposive sampling technique. Research instruments were knowledge-related to breastfeeding, attitude related to breastfeeding, social support, and breastfeeding behaviors questionnaires. Their content validity indexes were 1.00, 0.85, 0.93 and 0.86 respectively. Their internal consistency reliabilities were tested by Cronbach's alpha found as 0.75, 0.68, 0.90 and 0.84 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation, and stepwise multiple regression statistics.

The findings of this study showed that the mean score of breastfeeding behavior among postpartum mothers was high (Mean = 4.31, SD = 0.49). Social support and attitude were positively related to breastfeeding behavior among postpartum mothers at the level of .05 ($r = .565$, $p = .000$ and $r = .288$, $p = .000$ respectively). Knowledge was not statistically significant with breastfeeding behavior among postpartum mothers. In addition, social support was a good predictor with 34.8% of total variances explained for breastfeeding behavior among postpartum mothers ($\beta = .600$, $p = .000$, $R^2 = .348$).

Keywords: Breastfeeding, Breastfeeding behavior, Postpartum mothers

* Corresponding author, Expert Professional Nurse, Labor Room, Nursing Service Department, Dangchang hospital,

E-mail: chanatsikan49661@gmail.com

** Expert professional nurse, Head of labor room, Nursing Service Department, Dangchang hospital

*** Expert professional nurse, Labor room, Nursing Service Department, Dangchang hospital

Received October 19, 2023, Revised December 23, 2023, Accepted March 5, 2024

ความสำคัญของปัญหา

นมแม่เป็นอาหารที่ดีมีคุณค่ามากที่สุดสำหรับทารก เนื่องจากอุดมไปด้วยสารอาหารที่มีประโยชน์มากมายต่อการเจริญเติบโตของทารก นมแม่จะช่วยให้มีไอคิวสูงกว่าทารกที่ดื่มนมวัวหรือนมผสม ส่วนมารดาที่ได้รับประโยชน์จากการให้นมบุตรด้วยคือ ช่วยให้มดลูกเข้าอู่หรือกลับคืนสู่สภาพเดิมได้เร็วยิ่งขึ้น แม่เกิดความผ่อนคลาย ลดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ช่วยสร้างความรักและความผูกพันระหว่างแม่กับลูก ช่วยขับน้ำนมของแม่ให้ไหลได้ดีขึ้นในขณะที่ให้นมอีกด้วย รวมไปถึงน้ำนมแม่ยังสะอาดปลอดภัย และประหยัดค่าใช้จ่ายและควรเลี้ยงด้วยนมแม่อย่างเดียวตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 เดือน และให้ต่อเนื่องไปจนลูกอายุ 2 ปี¹

สำหรับประเทศไทย มีการรายงานการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดด้วยงานลดลงอย่างต่อเนื่องพบว่า ร้อยละของเด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียวของประเทศไทย ปี 2563-2563 เท่ากับ 72.83, 62.21 และ 61.55 ตามลำดับ² แม้ว่าจะผ่านเกณฑ์ของร้อยละ 50 ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข แต่มีแนวโน้มลดลง จึงมีการส่งเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดตั้งแต่มารดามาฝากครรภ์ครั้งแรกจนกระทั่งคลอด

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นพฤติกรรมที่ต้องได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนให้มารดาสามารถแสดงพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ต้องอาศัยความรู้ทางสุขภาพ ความเข้าใจความรู้สึก ประสบการณ์ และการสนับสนุนต่าง ๆ จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า อายุของมารดา และเวลาที่เริ่มให้นมแม่สามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายได้³ ระดับการศึกษา แม่หลังคลอดที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่า⁴ ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁵ เจตคติต่อการลูกด้วยนมแม่ มีความสัมพันธ์กับต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด⁶ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีความสัมพันธ์กับต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดด้วยทำงาน^{7,8} แรงสนับสนุนจากพยาบาลสามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายได้⁹ ดังนั้น ปัจจัยที่สำคัญและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด คือ ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน เจตคติต่อการลูกด้วยนมแม่ และแรงสนับสนุนทางสังคม

โรงพยาบาลด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิให้บริการดูแลมารดาในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอด ระยะหลังคลอด และให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยสูติเวช โดยหอผู้ป่วยสูติ - นรีเวชกรรม โรงพยาบาลด่านช้าง ได้มีการส่งเสริมการส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนครบมากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน ตามนโยบายสายใยรักแห่งครอบครัวมาตั้งแต่ พ.ศ. 2559 ถึงปัจจุบันพบว่ามามีมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 54, 50 และ 52 ตามลำดับ แม้ว่าจะผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50 ทั้งนี้เนื่องจากมารดาหลังคลอดในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลด่านช้าง ส่วนใหญ่เป็นวิทยากรหรือวิทยากรงาน อาจทำให้พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อาจไม่ประสบความสำเร็จ ดังนั้น

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาล ด่านช้าง ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลสำหรับพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดต่อไป

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดที่มีประวัติคลอดใน โรงพยาบาลด่านช้าง อยู่ในระดับใด
2. ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เจตคติต่อการลูกด้วยนมแม่ และแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลด่านช้าง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลด่านช้าง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลด่านช้าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เจตคติต่อการลูกด้วยนมแม่ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้การวิจัยเชิงทำนาย (predictive research)

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดที่เข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลด่านช้าง เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive selection) การกำหนดขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยอิงงานวิจัยของลักษณะ ไชยนอก^๑ ได้ขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (f^2) เท่ากับ 0.15 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 จำนวนตัวแปรทำนาย 3 ตัวแปร ได้ขนาดตัวอย่าง 77 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าและออกจากงานวิจัย มีดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusive criteria) ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. มารดาหลังคลอดที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. มารดามีห้วงมปกติ ทารกสามารถดูดนมแม่ได้
3. มารดาที่คลอดด้วยวิธีธรรมชาติและผ่าตัดคลอด
4. มารดาที่คลอดทารกครบกำหนด มีสุขภาพแข็งแรง
5. สามารถสื่อสารอ่านและเขียน ภาษาไทยได้
6. สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusive criteria) ได้แก่

1. มารดาหลังคลอดที่บุตรป่วยและไม่สามารถให้นมบุตรได้ เช่น บุตรมีภาวะลำไส้อักเสบชนิดเนื้อตาย (necrotizing enterocolitis: NEC) ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวของทารกแรกเกิด (transient tachypnea of the newborn: TTNB) ภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome: RDS) และภาวะปากแห้ง เพดานโหว่
2. มารดาหลังคลอดที่บุตรได้รับการส่งไปรักษาโรงพยาบาลอื่น เช่น บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิดขั้นรุนแรง (severe birth asphyxia)
3. มารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง จากการคลอด เช่น ตกเลือดหลังคลอด มารดาหลังคลอดที่มีข้อห้ามในการให้นมบุตร เช่น มารดาติดเชื้อไวรัสเอดส์ มารดาติดเชื้อเสฟติด มารดามีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงที่มีภาวะชัก
4. ขอดอนตัวจากงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยจัดทำขึ้นตามกรอบแนวคิดของ โครงการวิจัย โดยศึกษาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยทำการเลือกแบบสอบถามที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมาปรับใช้ ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยใช้ของลักษณะ ไชยนอก⁹ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 3 ระดับ คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ จำนวน 20 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน ข้อคำถาม ประกอบด้วย ด้านบวกจำนวน 12 ข้อ คือ ข้อ 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16 และ 17 และข้อคำถามด้านลบจำนวน 6 ข้อ คือ ข้อ 2, 7, 10, 18, 19 และ 20 การแปลผลคะแนน ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พิจารณาแบบอิงเกณฑ์ตามเกณฑ์ของ Bloom⁹ มีรายละเอียดดังนี้

คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 หมายถึง มารดาหลังคลอดมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับสูง

คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 60-79 หมายถึง มารดาหลังคลอดมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มารดาหลังคลอดมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบวัดเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยใช้ของลักษณะ ไชยนอก⁹ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยจำนวน 20 ข้อ ข้อคำถามด้านบวกจำนวน 11 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 19 และ 20 และข้อคำถามด้านลบจำนวน 9 ข้อ คือข้อ 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17 และ 18

เกณัฎการให้คะแนน ข้อค้ำถามค้ำานบวค คือ เห็นค้ำยอย้างยั้ง ให้ 5 คะแนน, เห็นค้ำย ให้ 4 คะแนน, ไม่น้ำใจ ให้ 3 คะแนน, ไม่น้ำเห็นค้ำย ให้ 2 คะแนน, และไม่น้ำเห็นค้ำยอย้างยั้ง ให้ 1 คะแนน ส่วนข้อค้ำถามค้ำานลบ คือ เห็นค้ำยอย้างยั้ง ให้ 1 คะแนน, เห็นค้ำย ให้ 2 คะแนน, ไม่น้ำใจ ให้ 3 คะแนน, ไม่น้ำเห็นค้ำย ให้ 4 คะแนน, และไม่น้ำเห็นค้ำยอย้างยั้ง ให้ 5 คะแนน การเปลลผลคะแนน พิจารณาโดยใช้การอิงกลุ่มของ Best et al.¹⁰ คือ

คะแนนเฉลี๋ย 1.00-2.33 คะแนน หมายถึง มารดาหลังคลอดมีเจตคคิเกี๋ยวกัการเลี๋ยงลูกค้ำยนนมแม่ อยู้ในระดับค้ำ

คะแนนเฉลี๋ย 2.34-3.67 คะแนน หมายถึง มารดาหลังคลอดมีเจตคคิเกี๋ยวกัการเลี๋ยงลูกค้ำยนนมแม่ อยู้ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี๋ย 3.68-5.00 คะแนน หมายถึง มารดาหลังคลอดมีเจตคคิเกี๋ยวกัการเลี๋ยงลูกค้ำยนนมแม่ อยู้ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคค ผู้วิจัยใช้ของลัคคณา ไชยนอกั เป็นข้อค้ำถามแบบ เลือคคอบ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุดจำนวน 15 ข้อ การเปลลผลคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคค พิจารณาโดยใช้การอิงกลุ่มของ Best et al.¹⁰ คือ

คะแนนเฉลี๋ย 1.00-2.33 คะแนน หมายถึง มารดาหลังคลอดได้รับแรงสนับสนุนทางสังคค อยู้ในระดับค้ำ

คะแนนเฉลี๋ย 2.34-3.67 คะแนน หมายถึง มารดาหลังคลอดได้รับแรงสนับสนุนทางสังคค อยู้ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี๋ย 3.68-5.00 คะแนน หมายถึง มารดาหลังคลอดได้รับแรงสนับสนุนทางสังคค อยู้ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบวัดพฤติกรรมการเลี๋ยงลูกค้ำยนนมแม่ ผู้วิจัยใช้ของลัคคณา ไชยนอกั เป็นข้อค้ำถามแบบ เลือคคอบ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุดจำนวน 15 ข้อ การเปลลผลคะแนนพฤติกรรมการเลี๋ยงลูกค้ำยนนมแม่ พิจารณาโดยใช้การอิงกลุ่มของ Best et al.¹⁰ คือ

คะแนนเฉลี๋ย 1.00-2.33 คะแนน หมายถึง มารดาหลังคลอดมีพฤติกรรมการเลี๋ยงลูกค้ำยนนมแม่ อยู้ในระดับค้ำ

คะแนนเฉลี๋ย 2.34-3.67 คะแนน หมายถึง มารดาหลังคลอดมีพฤติกรรมการเลี๋ยงลูกค้ำยนนมแม่ อยู้ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี๋ย 3.68-5.00 คะแนน หมายถึง มารดาหลังคลอดมีพฤติกรรมการเลี๋ยงลูกค้ำยนนมแม่ อยู้ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

วิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา (Content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญการดูแลมารดาหลังคลอด จำนวน 5 ท่าน แล้วนำผลการพิจารณามาค้ำานวณหาค้ำดัชนีความตรงตามเนื้อหา

(Content Validity Index: CVI) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีค่าความตรงตามเนื้อหา 1.00, 0.85, 0.93 และ 0.86 ตามลำดับ หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลด่านช้าง จำนวน 30 คน แล้ววิเคราะห์ค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.75, 0.68, 0.90 และ 0.84 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ 24/2566 COA No. 16/2566 ลงวันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยได้ลงนามเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ โดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับจากการรักษาปกติ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลโดยภาพรวม เพื่อผลประโยชน์ทางการแพทย์และการพยาบาลแก่ผู้ป่วยในอนาคต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลด่านช้างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัย โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ห้องคลอดเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลว่ามีกระบวนการรักษาความลับและความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยใช้ Study ID แทน การนำเสนอข้อมูลการวิจัย จะนำเสนอในภาพรวมไม่ระบุถึงตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้ป่วยลงนามยินดียินดีเข้าร่วมงานวิจัยแล้ว ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามด้วยตนเอง ให้ผู้ป่วยตอบคำถามในแบบสอบถามอย่างเป็นอิสระ หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ โดยใช้เวลา 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัว โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เจตคติต่อการลูกด้วยนมแม่ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบ Pearson's correlation
3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลด่านช้าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เจตคติต่อการลูกด้วยนมแม่ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่คลอดในโรงพยาบาลด้านข้าง จำนวน 77 ราย มีอายุ 21-30 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 58.03) รองลงมาคืออายุระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 30.17) และมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 32.47) รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 27.27) และประถมศึกษา (ร้อยละ 20.78) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการประกอบอาชีพพบว่า กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 42.86) รองลงมาคือไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 31.17) และค้าขาย (ร้อยละ 16.88) สำหรับรายได้พบว่า มีรายได้ในช่วง 5,001-10,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 42.86) รองลงมาคือ 10,001-15,000 บาท (ร้อยละ 23.38) และตั้งแต่ 20,001 บาท ขึ้นไป (ร้อยละ 16.88) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สถิติพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 77)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
18-20 ปี	4	5.19
21-30 ปี	45	58.03
31-40 ปี	24	30.17
41-44 ปี	4	5.19
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	1	1.30
ประถมศึกษา	16	20.78
มัธยมศึกษาตอนต้น	21	27.27
มัธยมศึกษาตอนปลาย	25	32.47
อนุปริญญา	10	12.99
ปริญญาตรีและสูงกว่า	4	5.19
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	24	31.17
เกษตรกรกรรม	7	9.09
รับจ้าง	33	42.86
ค้าขาย	13	16.88
รายได้		
น้อยกว่า 5,000 บาท	5	6.49
5,001-10,000 บาท	33	42.86
10,001-15,000 บาท	18	23.38
15,001-20,000 บาท	8	10.39
20,001 บาท ขึ้นไป	13	16.88

เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 15.40, SD = 2.62) เจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.25, SD = 0.46) แรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.29, SD = 0.51) และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.31, SD = 0.49) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สถิติพื้นฐานของความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD	แปลค่า
ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่			15.40	2.62	ปานกลาง
ระดับต่ำ (0-11คะแนน)	2	2.60			
ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน)	33	42.86			
ระดับสูง (16-20 คะแนน)	42	54.54			
เจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่			4.25	0.46	สูง
ระดับปานกลาง	7	9.10			
ระดับสูง	70	90.90			
แรงสนับสนุนทางสังคม			4.29	0.51	สูง
ระดับปานกลาง	8	10.40			
ระดับสูง	69	89.60			
พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่			4.31	0.49	สูง
ระดับปานกลาง	8	10.40			
ระดับสูง	69	89.60			

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .565, p = .000$) และเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .288, p = .000$) ส่วนความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3 และพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = .600, p = .000, R^2 = .348$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนม และแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ตัวแปร	1	2	3	4
1. ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	1			
2. เจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	.313*	1		
3. แรงสนับสนุนทางสังคม	.479*	.361*	1	
4. พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	0.158	.288*	.565*	1

หมายเหตุ *p < .05

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ตัวแปร	Unstandardized		standardized	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	Coefficients		Coefficients			Tolerance	VIF
	b	SE	β				
(Constant)	1.744	.505		3.455	.001		
ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	-.032	.021	-.168	-1.541	.128	.748	1.337
เจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	.134	.111	.124	1.209	.231	.845	1.184
แรงสนับสนุนทางสังคม	.579	.107	.600	5.395	.000	.721	1.387

R² = .348, Adjusted R² = .321, Durbin-Watson = 2.34

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลด่านช้างอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลให้การดูแลมารดาตั้งแต่ระยะรอคลอด ระยะคลอดและหลังคลอดอย่างเป็นองค์รวม มีการสร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความไว้วางใจกัน วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของมารดาหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง ได้มีการส่งเสริมให้มารดาได้อบกอดทารกและส่งเสริมให้ลูกดูดนมมารดาเร็วที่สุดใน 30 นาทีหลังคลอด เป็นการสร้างความรักและความผูกพันระหว่างแม่กับลูก และสนับสนุนให้สามีและญาติ มีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมหลังคลอด สอดคล้องกับงานวิจัยของลักขณา ไชยนอก⁷ ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดใน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาพบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นอยู่ในระดับสูง

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลด่านช้างพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการ

เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = .600, p = .000, R^2 = .348$) ทั้งนี้เนื่องจากการที่มารดาได้รับความรู้และการช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพของมารดาหลังคลอด การส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัว เช่น สามี หรือญาติ เข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้มารดามีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ดี เพราะภายหลังการคลอดมารดาเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลียและเจ็บปวดแผลจากการคลอด รวมถึงมีการปรับเปลี่ยนบทบาทมาเป็นมารดา ทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลได้ การช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล รวมถึงญาติจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธรา น่วมภา และคณะ³ พบว่า การสนับสนุนจากพยาบาล สามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกันก่อนหน้านี้ได้ 1.089 เท่า [$\text{Exp}(\beta) = 1.089, 95\% \text{CI} = 1.021-1.161$] และงานวิจัยของลักษณะ ไชยณรงค์พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายความแปรปรวนพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ร้อยละ 31.00

เจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ดี เห็นได้จากการตอบแบบสอบถามที่พบว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้มีความรู้สึกเป็นแม่ที่สมบูรณ์มากขึ้น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำให้ร่างกายของแม่กลับสู่สภาพเดิมได้เร็วขึ้น และสามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ อีกทั้งนมแม่มีประโยชน์มากกว่านมผสมที่มีราคาแพงมากกว่า ประหยัด อีกทั้งการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำให้เกิดความผูกพันระหว่างแม่กับลูก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁸

ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิจัยแตกต่างกับงานวิจัยที่ผ่านมาของลักษณะ ไชยณรงค์ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์และทำนายกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 59.74 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 42.86 และมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้หรือการศึกษาขั้นพื้นฐาน อีกทั้งพื้นที่อำเภอด่านช้างเป็นแหล่งอุตสาหกรรม ทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องประกอบอาชีพรับจ้างเพื่อเลี้ยงชีพ อาจไม่ให้ความสำคัญกับความรู้ในการดูแลลูกด้วยนมแม่ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเหมาะสม ดังนั้น พยาบาลห้องคลอดและหลังคลอด โรงพยาบาลด่านช้างควรส่งเสริมให้มารดาทุกรายตระหนักถึงความสำคัญการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์เพื่อให้เกิดเจตคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และให้การดูแลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งหลังคลอดและส่งเสริมให้สามีและครอบครัว

มีส่วนร่วมเพราะครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้มารดามีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ตีได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เพื่อให้มารดามีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือนได้ ควรมีการจัดทำโปรแกรมการส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลด่านช้าง

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์เดชา พงษ์สุวรรณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลด่านช้าง ที่ได้สนับสนุนโครงการพัฒนาทักษะการนำเสนอผลงานทางวิชาการให้กับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลด่านช้าง ขอขอบคุณ อาจารย์ ดร.สุภาภรณ์ วรอรุณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข และ ดร.ทีปทัศน์ ชินตปัญญากุล พยาบาลชำนาญการพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิจัยครั้งนี้จนประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Wichainprapha A. Self-management for successful breastfeeding. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2018; 34(1): 150-6. (in Thai)
2. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. Public Health Statistics A.D. 2021. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2022.
3. Nuampa S, Sinsuksai N, Phahuwatanakorn W, Chanprapaph P. Personal factors, first feeding time and nurse support in predicting successful exclusive breastfeeding at discharge in mothers with cesarean section. Nursing Science Journal of Thailand 2013; 31(2): 49-59. (in Thai)
4. Singmaung W. Breastfeeding knowledge and skills of primipara postpartum women at Parents school, Health Promoting Hospital Regional Health Promotion Center 5, Ratchaburi. Ratchaburi: Health Promoting Hospital Regional Health Promotion Center 5; 2021. (in Thai)
5. Chainok L. Factors influencing breast feeding behaviors of postpartum adolescent mothers in Maharat Nakhonratchasima Hospital. [thesis]. Suranaree University of Technology; 2015. (in Thai)
6. Bonkhunthod P. Factors affective the life quality of the elderly in Nongprong village, I-san sub-district, Mueang district, Buriram province. Udonthani Hospital Medical Journal 2021; 29(2): 21422. (in Thai)
7. Kantaruksa K, Lertrakannon P. A theory of planned behavior and breastfeeding promotion. Nursing Journal 2015; 42(2): 169-76. (in Thai)

8. Lertsakornsiri M, Saibae S. The relationship between self-efficacy, self-esteem, attitude toward breastfeeding and breastfeeding behaviors in the first-time teenage postpartum mothers. Thai Journal of Nursing 2019; 68(1): 29-38. (in Thai)
9. Bloom BS. What we are learning about teaching and learning: A summary of recent research. Principal 1986; 66: 6-10.
10. Best JW, Khan JV, Jha AK. Research in education. 10th ed. Pearson India; 2016.

สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน ของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

จารุวรรณ พันธุ์ประทุม * พย.บ.

บทคัดย่อ:

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน และปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน ของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำการหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 83 คนซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า 1) พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 44.60 มีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนในระดับปานกลาง และ 2) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน ของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ($r = .22$) และความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน ($r = .24$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในระดับต่ำ ส่วนอายุ ประสบการณ์เป็นพยาบาลวิชาชีพ การได้รับการฝึกอบรมการดูแลแบบประคับประคอง และจำนวนผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคอง ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน โดยการให้ความรู้และเพิ่มประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: สมรรถนะ, การดูแลแบบประคับประคอง, พยาบาลวิชาชีพ, หน่วยบริการปฐมภูมิ

*Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี E-mail: jaruwanppt13@gmail.com

วันที่รับบทความ 14 พฤศจิกายน 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 7 กุมภาพันธ์ 2567 วันตอบรับบทความ 5 มีนาคม 2567

Competency in Palliative Care for Patients in Community of Professional Nurses at Primary Care Unit, Muang District, Suratthani Province

Jaruwan Phanprathum* B.N.S.

Abstract:

This research aimed to study the competency of professional nurses in palliative care for patients in community, and factors related to the competency of professional nurses in palliative care for patients in community in primary care unit, Muang District, Suratthani Province. The samples were 83 professional nurses that have been working least 1 year at primary care units, Muang District, Suratthani Province. They were selected by using simple random sampling technique. Research tool was the competency in palliative care for patients in community questionnaire. Data was analyzed by descriptive statistics, and Pearson's product moment correlation coefficient.

The research results indicated that 44.60% of professional nurses had a moderate level of competence in providing palliative care for patients in the community. The factors that had positive correlation with the competency of professional nurses in palliative care for patients in community were experience in palliative care for patients ($r = .22$) and knowledge of palliative care for patients in the community ($r = .24$) with a low level of statistical significance at $p < .05$. However, age, experience as a professional nurse, receiving the training in palliative care, and the number of patients receiving palliative care were not correlated with the competency of professional nurses in palliative care for patients in community. Therefore, professional nurses should be enhancing about the competency in palliative care for patients in competency by providing knowledge and increasing experience in palliative care for patients.

Keywords: Competency, Palliative care, Professional nurse, Primary care unit

*Corresponding author, Registered Nurse, Professional Level, Surat Thani Hospital E-mail: jaruwanppt13@gmail.com

Received November 14, 2023, Revised February 7, 2024, Accepted March 5, 2024

ความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์สุขภาพของคนไทย พบว่า มีอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยโรคที่พบเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ติดต่อกันมากกว่า 10 ปี คือ โรคมะเร็ง เฉลี่ยปีละ 60,000 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ¹ นอกจากนี้ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยคาดว่าในปี 2568 จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ซึ่งกลุ่มดังกล่าวจะได้รับการดูแลในกลุ่มที่ติดบ้าน ติดเตียง ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต และจากที่เทคโนโลยีทางการแพทย์เจริญก้าวหน้าขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ มีอายุยืนยาวขึ้น ทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายมีเพิ่มมากขึ้น² การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำเป็นต้องสอดคล้องกับสถานะที่ความจริงของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งจะพบการเปลี่ยนแปลงและเกิดผลกระทบต่อสุขภาพหลายด้าน เช่น ทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ภาวะงอแง ซึมเศร้า หายใจลำบาก ท้องผูกและอาการไม่สุขสบายอื่นๆ เป็นต้น³ การดูแลแบบประคับประคองเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษย์ โดยบุคคลต้องสามารถเข้าถึงบริการและได้รับการช่วยเหลือ เพื่อได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม⁴

การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นสิ่งสำคัญ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่กับความเป็นจริง และสามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ⁵ การดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิต และคุณภาพการตายที่ดี พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองโดยตรง เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยและญาติอย่างใกล้ชิด⁶ ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต และคุณภาพการตายของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต พยาบาลในทุกสถานบริการและหน่วยบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะในหน่วยบริการปฐมภูมิ (ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชน) ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย เมื่อผู้ป่วยกลับไปพักและดูแลที่บ้าน จึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน ซึ่งประกอบด้วยสมรรถนะด้านต่าง ๆ ได้แก่ 1) สมรรถนะด้านการสื่อสาร 2) สมรรถนะด้านการดูแลต่อเนื่อง 3) สมรรถนะด้านการจัดการและให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม 4) สมรรถนะด้านการพัฒนาตนเองและภาวะผู้นำ และ 5) สมรรถนะด้านจริยธรรมและกฎหมาย ในการดูแลแบบประคับประคอง⁶

เป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคอง คือ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตและครอบครัว การสร้างเสริมสุขภาพด้านการดูแลแบบประคับประคอง (health promoting palliative care) เน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมายตั้งแต่แรกวินิจฉัยโรค จนกระทั่งเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต และดูแลครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยระยะท้ายใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ที่บ้านในชุมชน และมาใช้บริการของโรงพยาบาลเป็นระยะ ๆ เมื่อมีการกำเริบของอาการที่ไม่สามารถจัดการได้เองที่บ้าน และผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่ปรารถนาที่จะเสียชีวิตที่บ้าน พยาบาลที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิจะมีความใกล้ชิดกับชุมชน พยาบาลจึงเป็นบุคลากรที่มีบทบาทที่สำคัญในการดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วย

และครอบครัวในชุมชน ซึ่งพยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการดูแลแบบประคับประคอง มีทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม ตามมาตรฐานวิชาชีพ สมรรถนะจึงเป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำหรับสำหรับพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ และเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ⁷

จากประสบการณ์ของผู้วิจัย ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย ของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี มากกว่า 6 ปี พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ขาดความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือคุณภาพตามบทบาทของพยาบาลตามที่ควรจะเป็น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน ของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อจะได้นำข้อเท็จจริงที่ได้มาพัฒนาพยาบาลวิชาชีพดังกล่าว ให้มีความรู้ความเข้าใจการดูแลแบบประคับประคอง มีทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยตามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

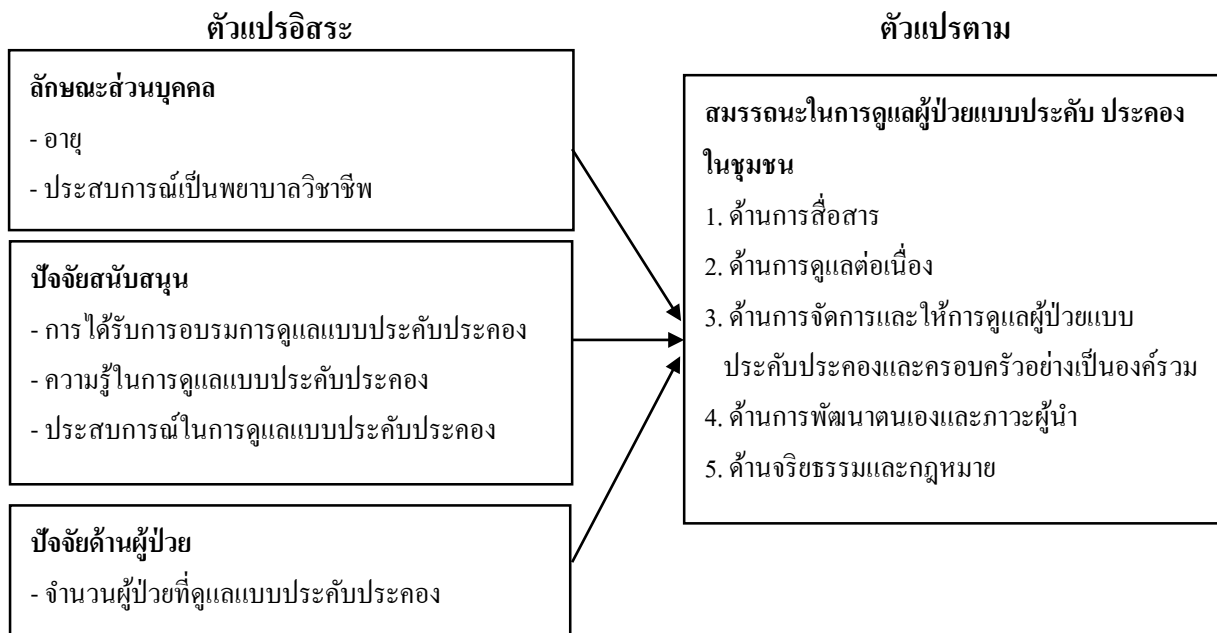
1. เพื่อศึกษาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน ของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เป็นการดูแลที่มุ่งให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยให้ความสำคัญต่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ไม่พยายามเร่งรัดหรือเหนี่ยวรั้งการตาย สามารถเผชิญกับปัญหาอันเกี่ยวเนื่องกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติ จึงมีความจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อให้การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพของชมรมพยาบาลแบบประคับประคอง (Thai Palliative Care Nurses Society)⁸ ในเรื่องการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การจัดการและให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม การพัฒนาตนเองและภาวะผู้นำ และจริยธรรมและกฎหมาย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุ และประสบการณ์การเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มาก จะมีพฤติกรรม/สมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคองดีกว่าพยาบาลวิชาชีพที่อายุน้อย และมีประสบการณ์การเป็นพยาบาลวิชาชีพไม่มาก⁹ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน ควรต้องมีความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง อาทิ ความรู้ความเข้าใจการจัดการอาการปวดและอาการต่าง ๆ เช่นเดียวกับสถานพยาบาล การดูแลวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ติดตัวกลับไปใช้ที่บ้าน

สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน ของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยบริการปฐมภูมิ
อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

และคัดแปลงการใช้อุปกรณ์ให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วย รวมถึงต้องเข้าใจพฤติกรรมและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม¹⁰ และควรมีประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคอง¹¹ ได้รับการฝึกอบรมการดูแลแบบประคับประคอง และมีจำนวนผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคอง จึงจะทำให้มีสมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคอง¹² ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรลักษณะส่วนบุคคล (อายุ ประสบการณ์เป็นพยาบาลวิชาชีพ) ปัจจัยสนับสนุน (ประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคอง ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง และการได้รับการฝึกอบรมการดูแลแบบประคับประคอง) และปัจจัยด้านผู้ป่วย คือ จำนวนผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคอง มาศึกษาความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ของพยาบาลวิชาชีพ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยปัจจัยที่สัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนของพยาบาลวิชาชีพ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research)

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 104 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นพยาบาลวิชาชีพประจำการหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพของศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่ง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (หน่วยบริการปฐมภูมิ) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล

2. มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างน้อย 1 ปี
3. เป็นผู้ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

เป็นพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่อยู่ระหว่างการลาศึกษาต่อ ไม่ได้มีการปฏิบัติหน้าที่

สุ่มเลือกตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยคอมพิวเตอร์

ขนาดตัวอย่าง

วิธีคำนวณหาขนาดตัวอย่างที่ศึกษา ที่จะใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้เทคนิคการหาขนาดตัวอย่างของ Yamana¹³ ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนพยาบาลวิชาชีพประจำการหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวนทั้งสิ้น 104 คน

$$e = \text{ค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้กำหนดให้} = 0.05$$

$$= \frac{104}{1 + 104(0.05)^2} = 82.5$$

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้ขนาดตัวอย่างที่อ้างอิงถึงประชากรทั้งหมด จำนวน 83 คน โดยมีสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานจริง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในแต่ละหน่วยบริการ ดังนี้ ศูนย์สุขภาพชุมชน 5 แห่ง ๆ ละ 7 คน รวม 35 คน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (พยาบาลผู้ให้บริการปฐมภูมิ) 22 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 17 แห่ง ๆ ละ 1 คน โรงพยาบาลค่ายวิภาวดี 1 คน และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 4 แห่ง ๆ ละ 2 คน รวม 8 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วนต่าง ๆ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน และประสบการณ์เป็นพยาบาลวิชาชีพ ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิด หรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยสนับสนุน ในเรื่องการได้รับอบรมการดูแลแบบประคับประคอง ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และปัจจัยด้านผู้ป่วย คือ จำนวนผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคอง ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิดและหรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่าง รวมจำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบว่าถูก ผิด หรือไม่ทราบ จำนวน 22 ข้อ โดยถ้าตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด/ไม่ทราบให้ 0 คะแนน การประเมินความรู้

ในการดูแลแบบประคับประคอง ได้แบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ มีค่าคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนร้อยละ 60-79 และระดับดี มีค่าคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ส่วนที่ 4 สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการสื่อสาร จำนวน 15 ข้อ ด้านการดูแลต่อเนื่อง จำนวน 11 ข้อ ด้านการจัดการและให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม จำนวน 12 ข้อ ด้านการพัฒนาตนเองและภาวะผู้นำ จำนวน 13 ข้อ และด้านจริยธรรมและกฎหมาย จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวน 57 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบ Likert Scale เป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบว่า มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อคือ ถ้าตอบมากที่สุด ให้ 4 คะแนน มาก ให้ 3 คะแนน ปานกลาง ให้ 2 คะแนน น้อย ให้ 1 คะแนน

โดยแบ่งสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนโดยรวม และรายด้าน (ด้านการสื่อสาร ด้านการดูแลต่อเนื่อง ด้านการจัดการและให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม ด้านการพัฒนาตนเองและภาวะผู้นำ และด้านจริยธรรมและกฎหมาย) ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ มีค่าคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนร้อยละ 60-79 และระดับดี มีค่าคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ของค่าคะแนนรวมในแต่ละด้าน

คุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือใช้ในการวิจัยที่สร้างขึ้นตรวจสอบความตรง (validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงในเนื้อหา (content validity) ได้แก่ ด้านการพยาบาล ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้พิจารณาตัดสินตามความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญ และนำข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objectives congruence: IOC) ระหว่าง 0.66-1.00 ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับประชากรที่ศึกษา แต่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มที่ศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency method) แบบครอนบาค อัลฟา (Cronbach's alpha) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง = 0.71 และแบบวัดสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน = 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม 2565 ถึง พฤศจิกายน 2565 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการประชุมชี้แจงรายละเอียด ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้ทดลองฝึกปฏิบัติให้กับคณะผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและคณะ ด้วยการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย รวมทั้งการชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การแสดงความ

ยินยอมอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร และให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม

3. ทำการตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของแบบสอบถามที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลมา ทั้งนี้ หลังจากตอบเสร็จในแต่ละคน ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจะดำเนินการตรวจสอบแบบสอบถาม ณ เวลานั้นว่ามีการตอบครบทุกรายการหรือไม่ หากไม่ครบ ก็จะขอให้ตอบให้ครบ แล้วนำไปเก็บไว้ในตู้ใส่กุญแจ รอการวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยด้านผู้ป่วย และสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน ของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ประสบการณ์เป็นพยาบาลวิชาชีพ การได้รับอบรมการดูแลแบบประคับประคอง ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และจำนวนผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคอง กับสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) กำหนดระดับการมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งถ้ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) = 1 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์ 0.71-0.99 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูง 0.30-0.70 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง 0.01-0.29 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ และ 0.00 หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กัน¹⁴

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยมีหนังสือรับรอง เลขที่ COA 045/2565 ลงวันที่ 20 กรกฎาคม 2565 และได้ยึดแนวปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยเคร่งครัด โดยได้อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์และการรักษาความลับ รวมทั้งได้อ่านเอกสารชี้แจงและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้ลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร

ผลการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคล พบว่า พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 มีอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 46.99 มีอายุเฉลี่ย 48 ปี อายุต่ำสุด 27 ปี สูงสุด 59 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 69.88 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี 86.75 ปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ร้อยละ 46.99 รองลงมาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (หน่วยบริการปฐมภูมิ) ร้อยละ 24.10 และมีประสบการณ์เป็นพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่ 20-30 ปี ร้อยละ 56.63 โดยเฉลี่ยมีประสบการณ์เป็นพยาบาลวิชาชีพ 24.20 ปี ดังตารางที่ 1

สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน ของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยบริการปฐมภูมิ
อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง (n = 83)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n = 83)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	83	100.00
ชาย	0	0.00
อายุ		
น้อยกว่า 40 ปี	8	9.64
40 - 49 ปี	36	43.37
50 - 59 ปี	39	46.99
$\bar{X} = 48.50$ SD = 7.03 Min = 27 Max = 59		
สถานภาพสมรส		
คู่	58	69.88
โสด	13	15.66
หม้าย/หย่า/แยก	12	14.46
การศึกษา		
ปริญญาตรี	72	86.75
ปริญญาโท	10	12.05
ปริญญาเอก	1	1.20
ประเภทตำแหน่ง		
ศูนย์สุขภาพชุมชน	39	46.99
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (หน่วยบริการปฐมภูมิ)	20	24.10
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)	17	20.48
ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล	7	8.43
ประสบการณ์เป็นพยาบาลวิชาชีพ		
น้อยกว่า 20 ปี	19	22.89
20 - 30 ปี	47	56.63
มากกว่า 30 ปี	17	20.48
$\bar{X} = 24.20$ SD = 7.53 Min = 3 Max = 39		

ปัจจัยสนับสนุน พบว่า พยาบาลในชุมชนจำนวนกึ่งหนึ่ง เคยอบรมการดูแลแบบประคับประคอง โดยส่วนใหญ่ มีความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.49 ไม่มีประสบการณ์ และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 34.94 และ 31.33 แสดงให้เห็นว่าไม่มีประสบการณ์หรือมีน้อยถึงร้อยละ 66.27

ปัจจัยด้านผู้ป่วย พยาบาลไม่มีผู้ป่วยระยะท้ายในความดูแลเลย มากถึงร้อยละ 53.01 และมีเพียง 1-2 คน ร้อยละ 28.92 จะเห็นว่ามีประสบการณ์ในการดูแลน้อยมาก ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยด้านผู้ป่วยต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง (n = 83)

ปัจจัย	จำนวน (n = 83)	ร้อยละ
ปัจจัยสนับสนุน		
การได้รับการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง		
ไม่เคย	40	48.19
เคย	43	51.81
1 - 2 ครั้ง	38	45.78
มากกว่า 2 ครั้ง	5	6.02
ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน		
ระดับต่ำ (0 - 12 คะแนน)	9	10.84
ระดับปานกลาง (13 - 17 คะแนน)	61	73.49
ระดับดี (18 - 22 คะแนน)	13	15.67
$\bar{X} = 15.01$ $SD = 2.43$ $Min = 8$ $Max = 20$		
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง		
ไม่มีประสบการณ์	29	34.94
น้อยกว่า 5 ปี	26	31.33
5 - 10 ปี	24	28.92
มากกว่า 10 ปี	4	4.81
$\bar{X} = 3.22$ $SD = 4.64$ $Min = 0$ $Max = 30$		
ปัจจัยด้านผู้ป่วย		
จำนวนผู้ป่วยในการดูแลแบบประคับประคอง (ในปัจจุบัน)		
ไม่มี	44	53.01
1 - 2 คน	24	28.92
3 - 5 คน	10	12.05
มากกว่า 5 คน	5	6.02

สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน โดยภาพรวมพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.58 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 32.53 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีสมรรถนะรายด้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการสื่อสาร ด้านการดูแลต่อเนื่อง ด้านการพัฒนาตนเองและภาวะผู้นำ จำนวนร้อยละ 43.37, 38.56 และ 38.56 ตามลำดับ ส่วนด้านการจัดการและให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม และด้านจริยธรรมและกฎหมายมีสมรรถนะอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 41.96) ดังตารางที่ 3

สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน ของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยบริการปฐมภูมิ
อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละระดับสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนของพยาบาลวิชาชีพ
กลุ่มตัวอย่าง (n = 83)

ระดับสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน	จำนวน (n = 83)	ร้อยละ
โดยรวม		
ระดับต่ำ (0 - 136 คะแนน)	27	32.53
ระดับปานกลาง (137 - 182 คะแนน)	37	44.58
ระดับดี (183 - 228 คะแนน)	19	22.89
$\bar{X} = 150.41$ SD = 43.35 Min = 62 Max = 228		
ด้านการสื่อสาร		
ระดับต่ำ (0 - 35 คะแนน)	25	30.12
ระดับปานกลาง (36 - 47 คะแนน)	36	43.37
ระดับดี (48 - 60 คะแนน)	22	26.51
$\bar{X} = 40.34$ SD = 11.62 Min = 15 Max = 60		
ด้านการดูแลต่อเนื่อง		
ระดับต่ำ (0 - 25 คะแนน)	26	31.33
ระดับปานกลาง (26 - 34 คะแนน)	32	38.55
ระดับดี (35 - 44 คะแนน)	25	30.12
$\bar{X} = 29.51$ SD = 9.12 Min = 9 Max = 44		
ด้านการจัดการและให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและ		
ครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม		
ระดับต่ำ (0 - 28 คะแนน)	34	40.96
ระดับปานกลาง (29 - 38 คะแนน)	32	38.56
ระดับดี (39 - 48 คะแนน)	17	20.48
$\bar{X} = 31.22$ SD = 9.87 Min = 12 Max = 48		
ด้านการพัฒนาตนเองและภาวะผู้นำ		
ระดับต่ำ (0 - 30 คะแนน)	21	25.30
ระดับปานกลาง (31 - 46 คะแนน)	32	38.56
ระดับดี (47 - 52 คะแนน)	30	36.14
$\bar{X} = 34.23$ SD = 9.70 Min = 12 Max = 52		
ด้านจริยธรรมและกฎหมาย		
ระดับต่ำ (0 - 13 คะแนน)	34	41.96
ระดับปานกลาง (14 - 18 คะแนน)	33	39.76
ระดับดี (19 - 24 คะแนน)	16	19.28
$\bar{X} = 15.00$ SD = 5.01 Min = 0 Max = 24		

เมื่อพิจารณาสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายประเด็นของแต่ละด้าน พบมีสมรรถนะที่อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ถึงน้อยที่สุด ซึ่งพบมากและควร นำมาพัฒนาให้มีสมรรถนะเพิ่มมากขึ้น ดังนี้

ด้านการสื่อสาร พบว่า พยาบาลมีสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนปานกลาง ถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 50.00 ในประเด็น 1) สอนให้ความรู้ด้านการสื่อสารแก่นุคลากรในองค์กร 2) ให้การปรึกษา/ให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ/เจรจาต่อรองในปัญหาที่มีความซับซ้อนแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและทีมดูแล และ 3) พัฒนางานวิจัย/การจัดการความรู้ และแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ด้านการ สื่อสาร พบมีสมรรถนะฯ ปานกลาง ถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 50.61, 53.00 และ 62.64 ตามลำดับ

ด้านการดูแลต่อเนื่อง พบว่า พยาบาลมีสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน ปานกลาง ถึงน้อยที่สุด มากกว่า ร้อยละ 50.00 ในประเด็น 1) สอนให้ความรู้ด้านการดูแลต่อเนื่อง การประสานการดูแล และการทำงานเป็นทีมแก่นุคลากรในระดับองค์กรและเครือข่าย และ 2) พัฒนางานวิจัย/การจัดการความรู้ และแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ด้านการดูแลต่อเนื่อง และการทำงานเป็นทีม ร้อยละ 49.39 และ 59.02 ตามลำดับ

ด้านการจัดการและให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม พบว่า พยาบาลมีสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนปานกลางถึงน้อยที่สุด มากกว่าร้อยละ 50.00 ในประเด็น 1) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่เน้นส่งเสริมคุณภาพชีวิต และบรรลุเป้าหมาย ของการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกวินิจฉัยถึง ภายหลังการเสียชีวิต ตลอดจนการดูแลความ โศกเศร้าของครอบครัวภายหลังการสูญเสียอย่างมีประสิทธิภาพ และคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 2) สามารถประเมิน และจัดการดูแลภายหลังการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ให้สามารถปรับตัวต่อการสูญเสียได้ และ 3) สอน ให้ความรู้ พัฒนางานวิจัย และการจัดการความรู้เกี่ยวกับการ ปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย และครอบครัวแบบองค์รวม พบมีสมรรถนะฯ ปานกลางถึง น้อยที่สุด ร้อยละ 50.58, 51.79 และ 61.43 ตามลำดับ

ด้านการพัฒนาตนเองและภาวะผู้นำ พบว่า พยาบาลมีสมรรถนะการดูแลแบบประคับ ประคองใน ชุมชนปานกลางถึงน้อยที่สุด ที่พบมากคือความสามารถพัฒนางานวิจัย การจัดการความรู้ ในการส่งเสริม ความตระหนักรู้ในตนเองในระดับองค์กร ร้อยละ 60.23

ด้านจริยธรรมและกฎหมาย พบว่า พยาบาลมีสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน ปานกลางถึงน้อยที่สุด มากกว่าร้อยละ 50.00 ในประเด็น 1) มีความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถในการ วิเคราะห์ และตัดสินใจเชิงจริยธรรม และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ระยะสุดท้าย ของชีวิต รวมถึงการตัดสินใจดำเนินการทางจริยธรรมที่ยากลำบาก ตามบทบาทวิชาชีพ และ 2) สามารถสอน ให้คำแนะนำ พัฒนางานวิจัย การจัดการความรู้ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อป้องกันปัญหา ความขัดแย้งทางจริยธรรมวิชาชีพได้ พบมีสมรรถนะฯ ปานกลางถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 50.58 และ 55.41

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน ของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน ($r = 0.24$) และประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคอง ($r = 0.22$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในระดับต่ำ กับสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน ส่วนปัจจัยด้าน อายุ ประสบการณ์เป็นพยาบาลวิชาชีพ การได้รับการฝึกอบรมการดูแลแบบประคับประคอง และจำนวนผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคอง ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน ($n = 83$)

ตัวแปร	age	exp	train	knowledge	parexp	patients	comp
age							
exp	.814**						
train	.079	.055					
knowledge	-.039	-.005	.032				
parexp	.125	-.001	.299**	-.035			
patients	-.144	-.168	.086	.133	.017		
comp	-.103	-.072	.032	.240*	.222*	.047	

* P-value < 0.05 ** P-value < 0.01

หมายเหตุ

age	=	อายุ
exp	=	ประสบการณ์เป็นพยาบาลวิชาชีพ
knowledge	=	ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน
train	=	การได้รับการฝึกอบรมการดูแลแบบประคับประคอง
parexp	=	ประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคอง
patients	=	จำนวนผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคอง
comp	=	สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ พบประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ภาพโดยรวมและรายได้ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ถึงต่ำ ทั้งนี้ เพราะว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ หรือมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง น้อยกว่า 5 ปี และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างขาดความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง และมีสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองระดับปานกลางถึงต่ำ

ซึ่งในการดูแลแบบประคับประคอง พยาบาลมีความจำเป็นจะต้องมีสมรรถนะในการดูแล โดยใช้ศาสตร์และศิลปะ ประกอบด้วยความรู้และการปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตั้งแต่ระดับการพยาบาลขั้นพื้นฐาน การพยาบาลเฉพาะทาง และการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ซึ่งล้วนต้องอาศัยการฝึกอบรมและการสอบความรู้ ความชำนาญในแต่ละระดับอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีคุณภาพ ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Rongmuang et al.¹⁵ ที่พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีระดับสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในระดับปานกลางถึงต่ำ และการศึกษาของ Siri¹⁶ พบว่า พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ ในภาพรวมมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย และมีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า 1 ปี โดยมีความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Panuraj¹⁷ พบว่า พยาบาลในพื้นที่เครือข่าย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตบริการที่ 4 มีความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมระดับปานกลาง และการศึกษาของ Jaiboon et al.¹⁸ พบว่า พยาบาลวิชาชีพ มีความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ไม่เคยอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ดังนั้น จึงควรฝึกอบรม และฝึกทักษะในการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนให้กับพยาบาลผู้มีหน้าที่ต้องดูแลผู้ป่วยดังกล่าวให้มีสมรรถนะเพิ่มมากขึ้น

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคอง ของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง และประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคอง มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำ กับสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน ทั้งนี้ สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เป็นความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย มีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ไม่เร่งรัดหรือเหนี่ยวรั้งการตาย ผู้ป่วยและญาติสามารถเผชิญกับปัญหา อันเกี่ยวเนื่องกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานได้ ซึ่งพยาบาลต้องมีความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองเพื่อการปฏิบัติและทำให้เกิดสมรรถภาพที่เหมาะสม เกิดความตระหนัก และใส่ใจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น¹⁹ นอกจากนี้ การมีประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคองก็เป็นสิ่งที่จำเป็น เพราะการมีประสบการณ์เป็นทักษะและความชำนาญในการปฏิบัติต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง²⁰ ดังนั้น ความรู้และประสบการณ์จึงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองและประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล²¹ สอดคล้องกับการศึกษาของ Maeroh, Kongsuwan, Yodchai²² ที่พบว่า ความรู้และการศึกษาอย่างต่อเนื่องจะช่วยพัฒนาทักษะความสามารถ/สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาล และ Keawtong et al.¹² พบว่า ประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล ดังนั้น ในการพัฒนาพยาบาลให้มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ควรต้องพัฒนาความรู้ใน

การดูแลแบบประคับประคอง ฝึกทักษะและส่งเสริม สนับสนุนให้พยาบาลมีประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคอง

สำหรับตัวแปรอิสระที่ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคอง ของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ อายุ ประสบการณ์เป็นพยาบาลวิชาชีพ การได้รับการฝึกอบรมการดูแลแบบประคับประคอง และจำนวนผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคอง ทั้งนี้ เป็นเพราะว่า พยาบาลส่วนใหญ่แม้ว่าจะมีอายุ และประสบการณ์เป็นพยาบาลวิชาชีพมาก และมีจำนวนผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคองน้อย ซึ่งหมายความว่าไม่ค่อยได้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือมีก็น้อย ไม่ก่อให้เกิดสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคอง จึงทำให้อายุ ประสบการณ์เป็นพยาบาลวิชาชีพ และจำนวนผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคอง ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนในเรื่องการได้รับการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งไม่เคยได้รับการอบรม และในผู้ที่เคยได้รับการอบรม ก็ได้รับเพียง 1-2 ครั้งเท่านั้น จึงไม่เกิดหรือมีสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองน้อย ดังนั้น การได้รับการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง จึงไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคอง ผลการศึกษาดังกล่าวนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Keawtong et al¹² พบว่า อายุ และประสบการณ์เป็นพยาบาลวิชาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล แต่แตกต่างในเรื่องการได้รับการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง และจำนวนผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคอง มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1) การนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิควรพัฒนาสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน โดยได้รับการฝึกอบรมการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน และฝึกทักษะในการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน

2. ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคอง ด้านความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน และประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคอง นั้น ควรฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาต้องการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีทีมพี่เลี้ยงที่มีประสบการณ์ให้การดูแลให้คำปรึกษา แนะนำ ฝึกปฏิบัติ และร่วมดำเนินการ โดยเบื้องต้น ทั้งในศูนย์สุขภาพชุมชน รพ.สต. โรงพยาบาลค่ายวิภาวดี และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล เป็นต้น

2) การศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยการพัฒนากระบวนการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนที่เชื่อมโยง และร่วมกันดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระหว่างโรงพยาบาล กับ รพ.สต. และชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. Pokpalagon P. Palliative Care Model in Thailand. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2018; 26(3): 41-51. (in Thai)
2. Sirisoongnern J, Phimphisutiphong M, Phakdeekul W. Palliative and end of life care model in Khon kaen Province. 2018; 6(2): 317-335. (in Thai)
3. Suk-erb W. Resilience and coping: the perspectives of cancer patients, family caregivers, and medical volunteers at Khampramong Monastery, Thailand: University of Northern Colorado. 2014.
4. Ezer T, Lohman D, De Luca GB. Palliative care and human right: A decade of evolution in standards. J Pain Symptom Manage. 2018; 55(2S): S163-9. (in Thai)
5. Ministry of Public Health. Service system development plan 2018-2022. Nonthaburi: Ministry of Public Health. Community Health Development, Journal Khon Kaen University. 2014; 6(2): 317-335.
6. Thailand Nursing and Midwifery Council. Training program in palliative nursing. Bangkok. 2015.
7. Connolly M, Charnley K, Regan J. A review of palliative care competence frameworks, prepared for the palliative care competency framework development project steering group, 2012.
8. Thai Palliative Care Nurses Society. Indicative behavior/behavior expected from nurses to assess the competency of palliative nurses. 2015. [Cite 2023 September 12], Available from <http://thai.palliativenurse.com>
9. Prompahakul, C. Factors relating to nurses' caring behavior for dying patient in Southern Thailand. Unpublished master's thesis, Prince of Songkla University, Songkla, Thailand. 2011. (in Thai)
10. Leemongkol S. Role of the nurse in palliative care. In: Intarasombat P, Gasemgitvatana S, editors. Nursing handbook for palliative care. Nonthaburi: The National Strategic Plan on Health Promotion for Good Death 2014-2016 driven project. 2015; 78-80. (in Thai)
11. National Health Commission Office Thailand. The National Strategic Plan on Health Promotion for Good Death 2014-2016 (Second Issue-based Health Assembly). Nonthaburi; National Health Commission Office Thailand. 2014. (in Thai)
12. Keawtong W, Rawiworakul T, Kalampakorn S, Kerdmongkol P. Competencies of Palliative Care among Community Nurses in Primary Care Units. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18(Supp): 74-83. (in Thai)
13. Yamane, T. Statistics : An Introductory Analysis. London: John Weather Hill, Inc. 1967.
14. Srisatidnarakul, B. Research methods in nursing. Bangkok: Faculty of Nursing Chulalongkorn University. 2004. (in Thai)

15. Rongmuang D, Nakchattree C, Thongphet P. Palliative and End-of-life Care Competencies among Registered Nurses in Regional Health 11. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018; 19 (Supp): 412-422. (in Thai)
16. Siri, A. Competency Nurse for palliative care and end-of-life care, Mae Taeng Hospital, Chiang Mai Province. 2022. [Cite 2023 October 15], Available from https://www.chiangmaihealth.go.th/detail_academic.php?academic_id=9
17. Panuraj S. Palliative care knowledge of nurses in region 4 national health service area and its related factors. The 11th National Academic Conference “SWU Research” on 29 -30 March 2018, Srinakharinwirot University. 2017.
18. Jaiboon S, Junda T, Sumdaengrit B. Knowledge and Perceived Self-Competence in Palliative Care among Professional Nurses with Less Than 2 Years Working Experience in an Autonomous University Hospital. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2021; 28(1): 82-93.
19. Beckie T. A. Supportive-educative telephone program: impact on knowledge and anxiety after coronary artery bypass graft surgery. *Heart Lung*. 1989; 18: 46-55.
20. Saengngen B. 2020. Experience. 2023.[cite 2023 October 20], Available from: <https://www.Gotoknow.org/posts/687559>
21. Becker & Maiman. “The Health Belief Model and Sick Role Behavior.” *Health Education Monographs*. 1974.
22. Maeroh N, Kongsuwan W, Yodchai K. Barriers in Providing Palliative Care in Intensive Care Units: Nurses’ Experiences. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2017; 37(3): 74-82. (in Thai)

การประยุกต์ใช้แนวคิดลีนในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยอายุครรภ์หญิงต่อ ระยะเวลารอคอยและความพึงพอใจ โรงพยาบาลด่านช้าง

สายไหม สอนน้อง* พย.บ.

จิราวรรณ บริสุทธิ์** พย.บ.

สุธิยา คล้ายวรรณ** พย.บ.

บทคัดย่อ:

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้วงจรคุณภาพ PDCA เพื่อปรับปรุงขั้นตอนในกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอายุครรภ์หญิง และศึกษาระยะเวลารอคอยและความพึงพอใจภายหลังปรับปรุงขั้นตอนในกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอายุครรภ์หญิงออกจากหอผู้ป่วยเด็กและสตรี โรงพยาบาลด่านช้าง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอายุครรภ์หญิงที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยเด็กและสตรี โรงพยาบาลด่านช้าง เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 136 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 - 31 สิงหาคม พ.ศ. 2566 เครื่องมือวิจัย คือ ขั้นตอนในกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดลีน แบบบันทึกระยะเวลาในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย มีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .80 และมีความเที่ยงด้วยวิธีสอดคล้องภายในเท่ากับ .95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและสถิติ One sample t - test

ผลการวิจัย พบว่า 1) กิจกรรมในขั้นตอนกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดลีน มีกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรมหลัก 12 กิจกรรมย่อย และกำหนดเกณฑ์ระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมด 130 นาที 2) ระยะเวลาที่ใช้กิจกรรมย่อยทั้งหมด 10 กิจกรรมเมื่อเทียบกับเกณฑ์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขณะที่อีก 2 กิจกรรม คือ ระยะเวลาที่ใช้ตรวจสอบคำสั่งแพทย์ และระยะเวลาที่ใช้พิมพ์ใบนัด/ใบส่งตัว/ใบรับรองแพทย์ใบตรวจพิเศษต่าง ๆ ไม่แตกต่างกับเกณฑ์ที่กำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 3) ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.24, SD 0.64)

คำสำคัญ: แนวคิดลีน, การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย, ระยะเวลารอคอย, ความพึงพอใจ

*Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยเด็กและสตรี กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลด่านช้าง saymai.8743@gmail.com

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยสามัญ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลด่านช้าง

วันที่รับบทความ 5 กุมภาพันธ์ 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 18 เมษายน 2567 วันตอบรับบทความ 29 เมษายน 2567

Applying Lean Concept to Improve Patient Discharge Process in Female Medical Ward on Waiting Period and Satisfaction at Danchang Hospital

Saymai Sonkong B.N.S.*

Jirawan Borisut B.N.S.*

Suwimon Preesong B.N.S.*

Abstract:

This action research utilized the PDCA quality cycle to improve discharge planning process at pediatric and female inpatient unit. This study also investigated waiting period and patient's satisfaction to the process after discharge from pediatric and female inpatient unit, Danchang hospital. The samples were 136 women who admitted at pediatric and female inpatient unit Danchang Hospital. They were selected using purposive sampling technique. Data was collected from 15th May 2023 to 31st August 2023. The instruments were the discharge planning process using lean concept, duration of discharge process recording form, and patient's satisfaction to discharge process questionnaires. Its content validity index was .80 and reliability with tested by Cronbach's alpha was .95. Data were analyzed using descriptive statistics and one sample t - test.

The results of this study revealed that: 1) discharge planning process using the lean concept included a total of 6 main activities, 12 sub-activities, and a total duration of implemented was 130 minutes. 2) Duration of discharge process for 10 sub-activities compared to standard was significantly different at the .05. In contrast, the other two activities, time spent for checking doctor's orders and time spent for printing appointment form/referral form/medical certificates/special examination forms were not significantly different. 3) There was a high level of patient's satisfaction (Mean = 4.24, SD 0.64).

Keywords: Lean concept, Discharge planning process, Waiting period, Patient's satisfaction

* *Corresponding author, Expert Professional Nurse, Head Nurse in Child and Female Ward, Nursing Service Department, Danchang hospital,*

E-mail: saymai.8743@gmail.com

** *Expert Professional Nurse, Child and Female Ward, Nursing Service Department, Danchang hospital*

Received February 5, 2024 Revised April 18, 2024 Accepted April 29, 2024

ความสำคัญของปัญหา

ระบบบริการสุขภาพมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้บริการมีความต้องการปรับปรุงคุณภาพบริการให้มีคุณภาพสูงขึ้น ลดความสูญเปล่า ลดระยะเวลารอคอย ภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมโดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมและพึงพอใจ ส่วนผู้ใช้บริการมีความคาดหวังต่อการได้รับบริการที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้น ถ้าการบริการที่ได้รับเป็นไปตามความคาดหวังหรือเกินความคาดหวังย่อมเกิดความพึงพอใจ^{1,2,3} แต่การบริการสุขภาพยังพบปัญหาผู้ป่วยต้องรอนาน กระบวนการดูแลไม่มีความแน่นอน มีการใช้ดุลยพินิจในการตัดสินใจจำนวนมากและแตกต่างกันหลากหลายอาจเกิดความผิดพลาดในกระบวนการดูแล โดยที่ระบบไม่ได้ถูกออกแบบเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่ดีไว้ ไม่มีการวัดผลลัพธ์ของการทำงานที่สอดคล้องกับคุณค่าที่ผู้ป่วยต้องการมีราคาแพง⁴ ระยะเวลาการมารับบริการหรือความพึงพอใจของผู้รับบริการของโรงพยาบาลจึงสำคัญ

กระบวนการวางแผนจำหน่ายถือว่าเป็นคุณภาพการบริการเช่นกัน หน่วยงาน/องค์กรต้องมีการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายให้เกิดคุณภาพและผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ลดระยะเวลาในการรอคอยเพื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การวางแผนการจำหน่าย (discharge planning) เป็นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคต่าง ๆ ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสมภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ต้องได้รับความร่วมมือระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด เป็นต้น^{5,6} กระบวนการดูแลผู้ป่วยจึงมีความต่อเนื่องที่ช่วยเหลือและสนับสนุนความสะดวกในการจำหน่ายผู้ป่วยให้ไปอยู่ในระดับที่เหมาะสมมุ่งเน้นระยะเปลี่ยนผ่านของการดูแล (transitional phase) จากระยะเฉียบพลัน (acute phase) ไปสู่ระยะยาว (long term phase) ดังนั้น การส่งเสริมความรู้ ทักษะการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้กระบวนการวางแผนควรเริ่มตั้งแต่วันรับผู้ป่วยรักษาไว้ในโรงพยาบาล ยกเว้นผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยจนพ้นระยะวิกฤตก่อนแล้ววางแผนจำหน่ายผู้ป่วย^{7,8} อย่างไรก็ตาม กระบวนการวางแผนจำหน่ายมีความซับซ้อน และล่าช้าขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล ทำให้มีการใช้แนวคิดลีนมาประยุกต์ใช้เพื่อลดขั้นตอน ระยะเวลาการจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็ว มีคุณภาพและมีความพึงพอใจ

แนวคิดลีน (Lean concept) ถูกพัฒนาขึ้นจาก Womack and Jones⁹ เป็นวิธีการที่ช่วยให้มีการระบุคุณค่าในการดำเนินงาน มีการกำจัดความสูญเปล่าที่ไม่ทำให้เกิดคุณค่าในการดำเนินการ โดยไม่กระทบต่อกิจกรรมการทำงานในระบบ แต่เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงาน มีหลักการสำคัญ 5 ประการคือ 1) การระบุคุณค่า (value) 2) การเขียนแผนผังสายธารคุณค่า (value stream) 3) การทำให้กระบวนการทำงานไหลลื่นอย่างต่อเนื่อง (flow) 4) การดึงด้วยการให้ผู้รับบริการเป็นผู้ดึงคุณค่าจากกระบวนการทำงาน (pull system) และ 5) การพัฒนาอย่างต่อเนื่องสู่ความสมบูรณ์แบบ (perfection)^{10,11}

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า นฤมล ไชยวารี¹² ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดสั้นเพื่อปรับปรุงกระบวนการให้บริการคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า ระยะเวลามาตรฐานที่ใช้ในกระบวนการให้บริการ 95.59 นาที ซึ่งลดลงจากก่อนการปรับปรุง 36.07 นาที เช่นเดียวกับงานวิจัยของอัจฉรา โพธิศาสตร์¹³ พบว่า กระบวนการจำหน่ายหลังการพัฒนาประกอบด้วย 4 กระบวนการหลักเท่าเดิม โดยกิจกรรมย่อยลดลงจาก 20 กิจกรรมเป็น 15 กิจกรรม และเวลาที่ใช้ในกระบวนการจำหน่ายเฉลี่ยลดลงจาก 171.17 นาที เป็น 129.24 นาที ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของถัดดา ผลรุ่ง และคณะ¹⁴ เช่นเดียวกัน และการศึกษาของ ณัชชา รุ่งโรจน์พานิช¹⁵ พบว่า เมื่อได้จัดการความสูญเสียและออกแบบกระบวนการรูปแบบใหม่ ทำให้สามารถลดขั้นตอนการปฏิบัติงานจากเดิม 7 ขั้นตอน เป็น 5 ขั้นตอน ระยะเวลาของกระบวนการจากเดิม 189 นาที เป็น 81 นาที นอกจากนี้แล้วการศึกษาของ สำเนียง วสันต์ชื่น และกัญญา ประจุศิลป์¹⁶ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจำหน่ายผู้ป่วยตามแนวคิดสั้นมากกว่าของผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายตามปกติ จากงานวิจัยข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการนำแนวคิดสั้นมาใช้ในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ สามารถลดระยะเวลาในกระบวนการทำงานของพยาบาลได้

สำหรับโรงพยาบาลด่านช้าง หอผู้ป่วยเด็กและสตรี ให้บริการผู้ป่วยทุกกลุ่มวัย ทุกแผนกตั้งแต่แรกเกิด จนถึงผู้สูงอายุ สามารถให้บริการเตียงทั้งสามัญ ห้องแยกและห้องพิเศษ รวม 35 เตียง ปิงปองประมาณ 2565 มีอัตราครองเตียง ร้อยละ 80-90 มีจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย 30-35 คนต่อวัน ซึ่งมีการจำหน่ายผู้ป่วยเฉลี่ย 5-10 คนต่อวัน เมื่อแพทย์มีคำสั่งให้จำหน่ายต้องใช้ระยะเวลาและขั้นตอนในการให้บริการต่อคนเฉลี่ย 1-2 ชั่วโมง โดยเฉพาะกลุ่มติดบ้านติดเตียง อาจต้องใช้เวลานานในแต่ละขั้นตอนมากกว่านี้ ทำให้เกิดระยะเวลาการรอคอยยาวนาน และส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้แนวคิดสั้นในการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย และศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือ ระยะเวลารอคอยและความพึงพอใจ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อปรับปรุงขั้นตอนโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดสั้นในกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอายุกรรมหญิงออกจากหอผู้ป่วยเด็กและสตรี โรงพยาบาลด่านช้าง
2. เพื่อศึกษาระยะเวลารอคอยภายหลังปรับปรุงขั้นตอนโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดสั้นในกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอายุกรรมหญิงออกจากหอผู้ป่วยเด็กและสตรี โรงพยาบาลด่านช้าง
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยภายหลังปรับปรุงขั้นตอนในกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอายุกรรมหญิงออกจากหอผู้ป่วยเด็กและสตรี โรงพยาบาลด่านช้าง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการด้วยวงจรคุณภาพ PDCA

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาและเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยเด็กและสตรี โรงพยาบาลด่านช้าง เลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 136 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2566 มีเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดตัวอย่างเข้างานวิจัย ได้แก่

1. ผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
2. ผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงที่เข้ารับการรักษาอย่างน้อย 2 วัน
3. ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีอาการเกี่ยวกับการรับรู้ เช่น สมองเสื่อม หรือมีภาวะ

ติดเตียง (bed ridden)

4. สื่อสารด้วยภาษาไทย มีความยินดีและให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากงานวิจัย ได้แก่

1. ผู้ป่วยย้ายไปหอผู้ป่วยอื่น ภายในโรงพยาบาลด่านช้าง
2. ผู้ป่วยปฏิเสธเข้าร่วมหรือขอลอนตัวออกจากงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนากระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย คือ ขั้นตอนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ใช้หลักขั้นตอนดำเนินการตามวงจร PDCA คือ 1) การวางแผน (plan: P) มีการจัดประชุมทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจำหน่าย นำเสนอปัญหาที่เกิดขึ้น และนำเสนอแนวทางการปรับปรุงใหม่ โดยใช้แนวคิดสกินเพื่อลดขั้นตอนการจำหน่ายผู้ป่วย 2) ลงสู่การปฏิบัติ (do: D) ผู้วิจัยได้สร้างแบบบันทึกระยะเวลาในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อเก็บระยะเวลากิจกรรมทั้งหมดในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย และตรวจสอบกระบวนการทำงาน ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น 3) ตรวจสอบกระบวนการ (check: C) เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บบันทึกปริมาณเวลาของกิจกรรมในการจำหน่าย มาคำนวณหาเวลาและเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อพิจารณาความสำเร็จและสิ่งที่จะต้องปรับปรุงต่อไป และ 4) ดำเนินการปรับกระบวนการ (act: A) เป็นการนำผลลัพธ์ที่ได้การปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยไปใช้เป็นงานประจำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกระยะเวลาในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยเก็บระยะเวลาเป็นนาที ผ่านนาฬิกาแบบดิจิทัล จำนวน 2 เรือน

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้วิจัยปรับใช้ของสำเนียง วสันต์ชื่น และคณะ¹⁶ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา โรคประจำตัว และอุปสรรคทางการแพทย์ที่กลับไปพร้อมผู้ป่วย ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจ เป็นข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ แบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (rating's scale) ได้แก่ น้อยที่สุด น้อยปานกลาง มาก และมากที่สุด ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร จำนวน 6 ข้อ ด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน จำนวน 4 ข้อ และด้านกิจกรรมการจำหน่ายที่ท่านได้รับ จำนวน 6 ข้อ มีความตรง

ตามเนื้อหาเท่ากับ .80 และมีความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบรากเท่ากับ .95 มีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ ช่วงคะแนน 4.50-5.00 หมายความว่า มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด 3.50-4.49 หมายความว่า มีความพึงพอใจในระดับมาก 2.50-3.49 หมายความว่า มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง 1.50-2.49 หมายความว่า มีความพึงพอใจในระดับน้อย และ 1.00-1.49 หมายความว่า มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลด่านช้าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ประมาณ 6 เดือน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ 29/2566 COA No. 21/2566 วันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย ได้ลงนามเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ โดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับจากการรักษาปกติ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลโดยภาพรวม เพื่อผลประโยชน์ทางการแพทย์และการพยาบาลแก่ผู้ป่วยในอนาคต

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา โรคประจำตัว และความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบระยะเวลาที่ใช้ในกิจกรรมย่อยจำนวน 12 กิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดลีน กับเกณฑ์ระยะเวลาที่ผู้วิจัยกำหนด โดยใช้สถิติ One sample t - test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 100) มีค่าอายุเฉลี่ย 60.29 ปี (SD = 17.62) เมื่อพิจารณาช่วงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุ 61-70 ปี และ 71-80 ปี เท่ากัน (ร้อยละ 22.06) รองลงมาคือช่วงอายุ 51-60 ปี (ร้อยละ 15.44) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/คู่ (ร้อยละ 88.24) และมีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด (ร้อยละ 55.88) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 56.62) และใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 93.38) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 63.24) เมื่อพิจารณาเป็นรายโรค ประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 39.71) มากที่สุด รองลงมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 32.35) และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 19.85) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

การประยุกต์ใช้แนวคิดสกินในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงต่อระยะเวลารอคอย
และความพึงพอใจ โรงพยาบาลด่านช้าง

ตารางที่ 1 สถิติพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)			โรคประจำตัว		
18-30	7	5.15	ความดันโลหิตสูง		
31-40	15	11.03	ไม่มี	82	60.29
41-50	17	12.50	มี	54	39.71
51-60	21	15.44	เบาหวาน		
61-70	30	22.06	ไม่มี	92	67.65
71-80	30	22.06	มี	44	32.35
81 ปีขึ้นไป	16	11.76	โรคไต		
สถานภาพ			ไม่มี	124	91.18
โสด	7	5.15	มี	12	8.82
คู่/สมรส	120	88.24	โรคหลอดเลือดสมอง		
หม้าย/หย่า/แยก	9	6.62	ไม่มี	133	97.79
ระดับการศึกษา			มี	3	2.21
ไม่ได้ศึกษา	40	29.41	โรคหัวใจและหลอดเลือด		
ประถมศึกษา	76	55.88	ไม่มี	123	90.44
มัธยมศึกษา	17	12.50	มี	13	9.56
ปริญญาตรีและสูงกว่า	3	2.21	ธาลัสซีเมีย		
อาชีพ			ไม่มี	132	97.06
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	77	56.62	มี	4	2.94
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	0.74	แพ้ภูมิตัวเอง		
เกษตรกร	14	10.29	ไม่มี	133	97.79
ธุรกิจส่วนตัว	9	6.62	มี	3	2.21
รับจ้าง	35	25.74	ไขมันในเลือดสูง		
สิทธิการรักษา			ไม่มี	109	80.15
เบิกได้	4	2.94	มี	27	19.85
ประกันสังคม	3	2.21	มะเร็ง		
บัตรประกันสุขภาพ	127	93.38	ไม่มี	131	96.32
ชำระเงินเอง	2	1.47	มี	5	3.68

2. ผลการปรับปรุงขั้นตอนในกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงออกจากหอผู้ป่วยเด็กและสตรี โรงพยาบาลด่านช้าง ผู้วิจัยได้พัฒนากระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยด้วยแนวคิดสกินและวงจรคุณภาพ PDCA จากการจัดประชุมที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจำหน่าย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่เดินเอกสารและเจ้าหน้าที่เวรเปล ร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในปัจจุบัน ผู้วิจัยได้นำเสนอกิจกรรมในขั้นตอนกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดสกินมีกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรมหลัก 12 กิจกรรมย่อย โดยได้ขจัดกิจกรรมที่ไม่เกิดประโยชน์แต่ก่อให้เกิดการสูญเสียด้านคุณภาพบริการหรือความพึงพอใจ พร้อมกำหนดเกณฑ์ระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมด 130 นาที ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวได้ผ่านความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน และนำไปใช้

ระหว่างวันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2566 พบว่า ระยะเวลารอคอยภายหลังใช้กระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยด้วยแนวคิดสั้นลดลง และผู้ป่วยมีความพึงพอใจ

3. ระยะเวลาที่ใช้ในการจำหน่ายผู้ป่วย

ผลการเปรียบเทียบระยะเวลาที่ใช้ในกิจกรรมย่อยที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดสั้นเมื่อเทียบกับเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด โดยใช้สถิติ One sample t – test พบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในกิจกรรมย่อยทั้งหมด 10 กิจกรรมเมื่อเทียบกับเกณฑ์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ใช้เวลารวม 130 นาที เวลาเฉลี่ย 78.87 นาที ได้แก่ 1) การแจ้งผู้ป่วยและญาติให้ทราบ 2) การคิดเงินค่าเตียง/ค่าอาหาร/ ค่าบริการทางการแพทย์ค่าคัดการต่าง ๆ ในระบบ HosXP 3) การตรวจสอบเอกสาร 4) การตรวจสอบยาเดิม/นับเม็ดยาเดิม 5) การตรวจสอบยาที่ได้รับจากห้องยา 6) การแจ้งเจ้าหน้าที่/ญาตินำเอกสารยื่นห้องยา 7) ญาติ/เจ้าหน้าที่ที่รอรับยาที่ห้องยา 8) ญาติ/เจ้าหน้าที่รอชำระเงินที่ห้องการเงิน 9) การให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายแก่ผู้ป่วยและญาติ และ 10) เคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยเปลนั่ง/เปลนอนไปยังรถที่จะนำผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งใช้ระยะเวลาลดลงเมื่อเทียบกับเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด ขณะที่อีก 2 กิจกรรม คือ ระยะเวลาที่ใช้ตรวจสอบคำสั่งแพทย์ไม่แตกต่างกับเกณฑ์ที่กำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระยะเวลาที่ใช้พิมพ์ใบนัด/ใบส่งตัว/ใบรับรองแพทย์ใบตรวจพิเศษต่าง ๆ ไม่แตกต่างกับเกณฑ์ที่กำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระยะเวลาที่ใช้ในกิจกรรมย่อยที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดสั้นกับเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด โดยใช้สถิติ One sample t - test

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	เกณฑ์ที่กำหนด (นาที)	ระยะเวลาหลังใช้แนวคิดสั้น				p-value
			min	max	Mean	SD	
1. การรับคำสั่งจำหน่าย	1) ตรวจสอบคำสั่งแพทย์	5	1.00	15.00	4.91	3.33	.758
	2) แจ้งผู้ป่วยและญาติให้ทราบ	5	1.00	15.00	3.43	2.96	.000
2. การลงคัดการและค่าใช้จ่าย/ออกใบนัด	3) คิดเงินค่าเตียง/ค่าอาหาร/ ค่าบริการทางการแพทย์ค่าคัดการต่าง ๆ ในระบบ HosXP	10	0.00	18.00	5.05	3.54	.000
	4) พิมพ์ใบนัด/ใบส่งตัว/ใบรับรองแพทย์ใบตรวจพิเศษต่างๆ	5	0.00	30.00	4.99	4.31	.968
	5) ตรวจสอบเอกสาร	5	0.00	30.00	4.38	3.40	.036
3. การตรวจสอบยา	6) ตรวจสอบยาเดิม/นับเม็ดยาเดิม	15	0.00	30.00	4.28	3.98	.000
	7) ตรวจสอบยาที่ได้รับจากห้องยา	10	0.00	20.00	4.94	3.69	.000
	8) แจ้งเจ้าหน้าที่/ญาตินำเอกสารยื่นห้องยา	5	0.00	20.00	3.40	3.20	.000
4. การชำระค่ารักษาพยาบาล/รับยา	9) ญาติ/เจ้าหน้าที่รอรับยาที่ห้องยา	30	0.00	62.00	20.84	10.55	.000
	10) ญาติ/เจ้าหน้าที่รอชำระเงินที่ห้อง การเงิน	10	0.00	20.00	2.29	4.53	.000
5. การให้คำแนะนำก่อนจำหน่าย	11) ให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายแก่ผู้ป่วยและญาติ	10	2.00	25.00	7.26	4.45	.000
6. การส่งผู้ป่วยออกจากตึก (เปลนั่ง/เปลนอน)	12) เคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยเปลนั่ง/เปลนอน ไปยังรถที่จะนำผู้ป่วยกลับบ้าน	20	0.00	40.00	8.10	8.97	.000
รวม		130			73.87		.000

4. ผลการประเมินความพึงพอใจ

ผลการประเมินความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อประเมินรายด้าน พบว่า ด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = 4.31, SD = 0.78) รองลงมาคือ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร (Mean = 4.29, SD = 0.77) และด้านกิจกรรมการจำหน่ายที่ได้รับ (Mean = 4.14, SD = 0.84) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ พยาบาลให้คำแนะนำท่านเกี่ยวกับยาที่ท่านต้องนำกลับไปรับประทานต่อที่บ้าน (Mean = 4.48, SD = 0.70) รองลงมาคือ พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับการมาตรวจตามนัดทั้งเวลา สถานที่และ ข้อมูลจำเป็นอื่น ๆ (Mean = 4.40, SD = 0.73) และในภาพรวมท่านพึงพอใจในการจัดลำดับขั้นตอนและกิจกรรม การจำหน่าย เช่น ความพร้อมในการจำหน่าย ความเอาใจใส่ของบุคลากรพยาบาล การอำนวยความสะดวกการประสานงาน การแก้ไขปัญหา การตรวจประเมินความถูกต้องของการให้ยา ความเชื่อมั่นในคำแนะนำก่อนกลับบ้าน (Mean = 4.35, SD = 0.72) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย

ความพึงพอใจของผู้ป่วย	Mean	SD	แปลผล
ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร	4.29	0.77	มาก
1. พยาบาลบอกให้ท่านทราบว่าท่านได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน	4.28	0.79	มาก
2. พยาบาลบอกให้ท่านทราบถึงขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติเพื่อเตรียมท่านให้พร้อมก่อนกลับบ้าน	4.33	0.74	มาก
3. พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านได้ซักถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	4.15	0.81	มาก
4. พยาบาลตอบคำถามทุกคำถามได้ชัดเจน	4.26	0.75	มาก
5. พยาบาลอธิบายถึงเหตุผลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามข้อแนะนำต่างๆ ให้แก่ท่าน	4.32	0.80	มาก
6. พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับการมาตรวจตามนัดทั้งเวลา สถานที่และ ข้อมูลจำเป็นอื่น ๆ	4.40	0.73	มาก
ด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน	4.31	0.78	มาก
7. พยาบาลให้คำแนะนำท่านเกี่ยวกับยาที่ท่านต้องนำกลับไปรับประทานต่อที่บ้าน	4.48	0.70	มาก
8. พยาบาลให้คำแนะนำท่านเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ	4.30	0.77	มาก
9. พยาบาลให้คำแนะนำท่านเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ	4.15	0.88	มาก
10. พยาบาลให้คำแนะนำท่านเกี่ยวกับโรคที่เป็นอาการและอาการแสดงของโรค การรักษา และการปฏิบัติตามการรักษา	4.30	0.78	มาก
ด้านกิจกรรมการจำหน่ายที่ท่านได้รับ	4.14	0.84	มาก
11. ขั้นตอนการจำหน่ายมีความชัดเจนไม่ซับซ้อน	4.15	0.83	มาก
12. ความรวดเร็วในการรอรับยาก่อนกลับบ้าน	3.95	1.01	มาก
13. ความรวดเร็วในการคิดค่ารักษาพยาบาลและขั้นตอนการชำระเงิน	4.05	0.86	มาก
14. ความรวดเร็วในการรับเอกสารเช่น บันทึกประวัติผู้ป่วย ผลการตรวจเลือด ใบรับรองแพทย์เป็นต้น	4.17	0.78	มาก
15. การอำนวยความสะดวกช่วยเหลือท่านให้พร้อมจะกลับบ้าน เช่น เปลี่ยนเสื้อผ้าเปลี่ยนผ้าปิดแผล ช่วยเก็บรวบรวมสิ่งของที่จำเป็นกลับบ้านและประสานกับ เจ้าหน้าที่ของรถนั่งหรือรถเข็นสัมภาระ ในการเคลื่อนย้ายเพื่อนำท่านกลับบ้าน	4.20	0.83	มาก
16. ในภาพรวมท่านพึงพอใจในการจัดลำดับขั้นตอนและกิจกรรม การจำหน่าย เช่น ความพร้อมในการจำหน่าย ความเอาใจใส่ของบุคลากรพยาบาล การอำนวยความสะดวกการประสานงาน การแก้ไขปัญหา การตรวจประเมินความถูกต้องของการให้ยา ความเชื่อมั่นในคำแนะนำก่อนกลับบ้าน	4.35	0.72	มาก
รวม	4.24	0.64	มาก

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบประเด็นสำคัญสามารถสรุปได้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. ผลการปรับปรุงขั้นตอนในกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงออกจากหอผู้ป่วยเด็กและสตรี โรงพยาบาลด่านช้าง พบว่า จากการพัฒนากระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงออกจากหอผู้ป่วยเด็กและสตรี โรงพยาบาลด่านช้าง โดยใช้แนวคิดลิ้นร่วมกับการใช้วงจรคุณภาพ PDCA ทำให้ลดขั้นตอนและระยะเวลาในการจำหน่ายผู้ป่วยดีขึ้น ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดลิ้น (Lean concept) พัฒนาขึ้นโดย Womack and Jones⁹ เป็นแนวคิดในการบริหารจัดการองค์กรให้มีประสิทธิภาพสูงสุด โดยการขจัดความสิ้นเปลืองและสูญเปล่า (wastes) ของทุกกิจกรรมและกระบวนการดำเนินงานที่ไม่ได้ก่อให้เกิดมูลค่า โดยการทำให้ต้นทุนลดลง และจัดเรียงทุก ๆ กิจกรรมที่สร้างคุณค่า (value) ให้กับผลผลิตให้มีประสิทธิภาพด้วยต้นทุนที่น้อยที่สุด เพื่อสร้างมูลค่าให้กับผู้รับบริการโดยใช้ทรัพยากรอย่างจำกัด สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ กิจกรรมที่มีความสำคัญมากที่สุดคือ การทำให้กระบวนการทำงานไหลลื่นอย่างต่อเนื่อง (flow) โดยเฉพาะการลดการรอกคอยและค่าใช้จ่าย/ออกใบนัดผู้ป่วย เนื่องจากเป็นข้อมูลสำหรับคิดค่ารักษาพยาบาลให้มีความถูกต้องสอดคล้องกับรหัสของโรคและกลุ่มโรค เมื่อลดรหัสโรคเสร็จแล้ว จึงออกใบนัดตามที่แพทย์ระบุเพื่อลดการทำงานที่ซ้ำซ้อน ในระหว่างที่ญาติผู้ป่วยไปชำระค่ารักษาพยาบาล พยาบาลวิชาชีพให้คำแนะนำด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับโรคผู้ป่วยก่อนจำหน่ายโดยใช้ D-METHOD สอดคล้องกับงานวิจัยของ ลัดดา ผลรุ่งและคณะ¹⁴ พบว่า ระยะเวลามาตรฐานที่ใช้ในกระบวนการจำหน่ายหลังปรับปรุงลดลงเหลือ 56.13 นาที ซึ่งลดลงจากเวลามาตรฐานก่อนปรับปรุงกระบวนการ 247 นาที

2. ระยะเวลารอกคอยภายหลังปรับปรุงขั้นตอนในกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงออกจากหอผู้ป่วยเด็กและสตรี โรงพยาบาลด่านช้าง จากผลการเปรียบเทียบกิจกรรมย่อยที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดลิ้นกับระยะเวลาที่ใช้ เมื่อเทียบกับเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด พบว่า กิจกรรมย่อยทั้งหมด 12 กิจกรรมใช้ระยะเวลาเมื่อเทียบกับเกณฑ์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 10 กิจกรรม ขณะที่อีก 2 กิจกรรมใช้ระยะเวลาไม่แตกต่างกับเกณฑ์ที่กำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการจำหน่าย เมื่อมีการนำแนวคิดแบบลิ้นมาใช้ในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่าย โดยมีการมอบหมายงานกับพยาบาลที่รับผิดชอบในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในแต่ละวัน ทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้ครบถ้วน รวดเร็วตามขั้นตอนกระบวนการจำหน่าย ทำให้เกิดความกระชับ และลดความซ้ำซ้อนในขั้นตอนการจำหน่ายผู้ป่วย ทำให้ประสิทธิผลของการจำหน่ายมีความชัดเจนมากขึ้นและลดความสูญเปล่าของเวลา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พุทธสิริ เชื้อสกุล และคณะ¹⁷ ที่ได้ปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยใช้แนวคิดลิ้น พบว่า กระบวนการก่อนการปรับปรุงที่มีทั้งหมด 23 กิจกรรมย่อยลดลงเหลือเพียง 15 กิจกรรมย่อย สรุปได้ว่า กิจกรรมที่ลดลง เนื่องจากการรวมขั้นตอนการเคลื่อนย้ายเดินเอกสารโดยผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย โดยเฉพาะพยายามจัดหมวดหมู่เอกสาร และเตรียมเอกสาร

ที่จำเป็นต้องใช้ในกระบวนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยเดินเอกสารครั้งเดียว และเสร็จสิ้นกระบวนการทำงานของพยาบาล จะไม่สูญเสียระยะเวลาเดินเอกสารของผู้ป่วยหลายครั้ง

3. ความพึงพอใจภายหลังปรับปรุงขั้นตอนในกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ออกจากหอผู้ป่วยเด็กและสตรี โรงพยาบาลด่านช้าง พบว่า มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกองค์ประกอบตามรายด้าน ได้แก่ ด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร และด้านกิจกรรมการจำหน่ายที่ได้รับ ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วย ก่อนถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พยาบาลให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ยาที่ต้อง นำกลับไปใช้ที่บ้าน อาการผิดปกติต่าง ๆ ที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนถึงวันนัด ช้อควรรระมัดระวัง และเปิด โอกาสให้ซักถามก่อนกลับบ้าน เป็นการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้มากขึ้น สามารถปฏิบัติ ตัวได้ถูกต้องเมื่อกลับไปบ้าน โดยการนำรูปแบบ D-METHOD มาใช้ในการทบทวนผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจกับการจำหน่ายที่ได้รับ และพยาบาลปฏิบัติงานได้ครอบคลุม¹⁶ การบริการที่ ผู้ป่วยได้รับเป็นไปตามความคาดหวัง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในบริการ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร พยาบาลบอกให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้และบอกให้ผู้ป่วยทราบถึงขั้นตอน ต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติเพื่อเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนกลับบ้าน สอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งพยาบาลต้องมีทักษะในการติดต่อสื่อสาร ต้องให้ข้อมูลและความรู้ต่อผู้ใช้บริการ¹⁸

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การปรับปรุงกระบวนการทำงานที่ใช้แนวคิด สามารถลดระยะเวลา ลดขั้นตอนในการปฏิบัติงาน และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องกับกระบวนการจำหน่าย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล วิชาชีพ และเภสัชกรควรมีการปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยใช้แนวคิดลื่นไปใช้กับหอผู้ป่วยต่าง ๆ ใน โรงพยาบาลด่านช้าง และศึกษาผลลัพธ์ ระยะเวลาและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการ โรงพยาบาล ด่านช้าง

เอกสารอ้างอิง

1. Papanicolas I. International frameworks for health system comparison. In: Papanicolas I, Smith P (eds.). Health system performance comparison: An agenda for policy, information and research. European Observatory on Health Systems and Policies, Open University Press; New York: 2013.
2. Seth N, Deshmukh SG, Vrat P. Service quality models: A review. *International Journal of Quality & Reliability Management* 2005; 22(9): 913-49.
3. Stavropoulou A, Rovithis M, Kelesi M, Vasilopoulos G, Sigala E, Papageorgiou D, et al. What quality of care means? exploring clinical nurses' perceptions on the concept of quality care: A qualitative study. *Clin Pract.* 2022; 12(4): 468-81. doi:10.3390/clinpract12040051
4. Supachutikul A. Hospital pathway to quality: Learning manual. 2nd ed. Nonthaburi: Design; 2011. (in Thai)
5. McGaw J, Conner DA, Delate TM, Chester EA, Barnes CA. A multidisciplinary approach to transition care: A patient safety innovation study. *Perm J* 2007; 11(4): 4-9. doi:10.7812/TPP/07-012
6. McMartin K. Discharge planning in chronic conditions: An evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser* 2013; 13(4): 1-72.
7. An D. Cochrane review brief: Discharge planning from hospital to home. *Online J Issues Nurs* 2015; 20(2): 13.
8. Gupta S, Perry JA, Kozar R. Transitions of Care in geriatric medicine. *Clin Geriatr Med* 2019; 35(1): 45-52.
9. Womack JP, Jones DT. *Lean thinking: Banish waste and create wealth in your corporation.* New York: Simon & Schuster; 2003.
10. Charron R, Harrington HJ, Voehl F, Wiggin H. *The lean management systems handbook.* FL: CRC Press; 2015.
11. Oumtanee A. Lean management and health care service. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council* 2009; 24(2): 5-10. (in Thai)
12. Chaiwaree N, Akkadechanunt T, Chitpakdee B. Application of lean concept to improving service processes of cardiovascular clinic, Maharaj Nakorn Chiang Mai hospital. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council* 2020; 35(4): 112-27. (in Thai)
13. Pothisart A. Development of a patient discharge process in a surgical ward by applying lean concept at Lamphun hospital. *Lanna Public Health Journal* 2020; 15(2): 20-33. (in Thai)

14. Ponrung L, Akkadechanunt T, Wichaikhum O-A. Applying lean thinking to improve patient discharge process, female medical ward 1, Buddhachinnaraj Phitsanulok hospital. Nursing Journal 2020; 47(2): 440-52. (in Thai)
15. Rungrojphanich N. A develop dispensing processes in pharmacy inventory by lean concept. Thammasat University Hospital Journal Online 2017; 2(1): 31-35. (in Thai)
16. Vasunchuen S, Prachusilpa G. The development of discharge management program based on lean concept and discharge planning concept, private ward, Charoenkrungpracharak hospital. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2016; 28(3): 122-31. (in Thai)
17. Chueskul P, Akkadechanunt T, Wichaikhum O-A. Applying lean thinking to improve discharge process for sick newborn babies, pediatric ward 3, Buddhachinaraj Phitsanulok hospital. Nursing Journal 2020; 47(2): 427-39. (in Thai)
18. Hanucharurnkun S. Improvement science. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2016; 3(2): 5-14. (in Thai)

ผลลัพธ์ของกระบวนการบำบัดผู้ป่วยที่เสพสารแอมเฟตามีนในร่างกาย โรงพยาบาลด่านช้าง

วรลักษณ์ ศรีวิสัย* พย.บ., วท.ม. (สาขารณศาสตร์)

ทีปทัศน์ ชินดาปัญญากุล** พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่), ศษ.ม. (นวัตกรรมหลักสูตรและการจัดการเรียนรู้),
ค.ค. (วิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา)

บทคัดย่อ:

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของกระบวนการบำบัดรักษาของผู้ป่วยที่เสพสารแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลด่านช้าง กระบวนการบำบัดรักษา ประกอบด้วย ความตั้งใจการหยุดเสพสารแอมเฟตามีน และภาวะแทรกซ้อนทางจิต กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เสพสารแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในคลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลด่านช้าง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 - 2565 จำนวน 187 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล กระบวนการบำบัดรักษาของผู้ป่วยที่เสพสารแอมเฟตามีน และผลลัพธ์ของกระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย

ผลการวิจัย พบว่า กิจกรรมบำบัดรักษาของผู้ป่วยที่เสพสารแอมเฟตามีนที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่เสพสารแอมเฟตามีนมากที่สุด คือ การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (ร้อยละ 97.86) รองลงมาคือ การบำบัดแบบจิตสังคมบำบัด (ร้อยละ 57.75) และการบำบัดแบบจิตสังคมบำบัดร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (ร้อยละ 41.18) ตามลำดับ ส่วนผลลัพธ์ของกระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่เสพสารแอมเฟตามีน พบว่า มีความตั้งใจเลิกเสพสารแอมเฟตามีน (ร้อยละ 63.64) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต (ร้อยละ 89.84) สามารถติดตามผู้ป่วยผ่านกระบวนการบำบัดรักษาครบ (ร้อยละ 77.54) นอกจากนี้ยังพบว่า ผลจากการติดตามในระยะ 3 เดือน พบว่า ผู้ป่วยลดปริมาณยาเสพติด (ร้อยละ 48.13) รองลงมาคือ เลิกเสพติด (ร้อยละ 22.46) และถูกจับซ้ำ (ร้อยละ 21.93) ตามลำดับ ผลจากการติดตามในระยะ 12 เดือน พบว่า ลดปริมาณเสพยาเสพติด (ร้อยละ 47.59) รองลงมาคือ เลิกเสพติด (ร้อยละ 24.06) และถูกจับซ้ำ (ร้อยละ 17.11) ตามลำดับ

คำสำคัญ: กระบวนการบำบัด, ผู้ป่วยที่เสพสารแอมเฟตามีน, ผลลัพธ์การบำบัด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลด่านช้าง

**Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล, teepatad.chi@mahidol.ac.th

วันที่รับบทความ 5 กุมภาพันธ์ 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 17 เมษายน 2567 วันตอบรับบทความ 29 เมษายน 2567

Effects of Therapeutic Process Among Patients with Amphetamine at Danchang Hospital

*Woralug Sriwilai * B.N.S., M.Sc. (Public health)*

*Teepataad Chintapanyakun** M.N.S. (Adult Nursing), M.Ed. (Innovative Curriculum and Learning Management), Ph.D. (Educational Research Methodology)*

Abstract:

This retrospective research aimed to study effects of the therapeutic process for patients with amphetamine use/abuse and received therapy from the treatment drug center at Danchang hospital. The therapeutic process included the intention to stop using amphetamine and psychological complications. The sample consisted of 187 amphetamine users/abusers who therapy from the treatment drug center at Danchang hospital from 2020 to 2022. They were selected by using purposive sampling technique. Research instruments were the demographic data form, the therapeutic process for patients with amphetamine use/abuse, and the outcomes after receiving the therapy. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results of this study revealed that the most therapeutic activities providing for patients with amphetamine use/abuse were motivational therapeutic technique (97.86%), psychosocial technique (57.75%), and psychosocial technique combined with cognitive behavioral technique (41.18%) respectively. The outcomes of the therapeutic process for patients with amphetamine use/abuse were intention to stop using amphetamine (63.64%), no mental complication (89.84%), and completing through the whole process (77.54%). In addition, for 3 months follow up, patients reduced amount of using drugs (48.13%), stop addiction (22.46%), and re-arrested (21.93%) respectively. For 12-month follow up, the results showed that patients reduced amount of using drugs (47.59%), stop addiction (24.06%), and re-arrested (17.11%) respectively.

Keywords: Therapeutic Process, Amphetamine use/abuse, Effectiveness of therapeutic process

*Expert professional nurse, Registered Nurse, Nursing Service Department, Danchang hospital

**Corresponding author, Expert Level, Registered Nurse at Department of Nursing Service, Ramathibodi Hospital, Mahidol University,

E-mail: teepataad.chi@mahidol.ac.th

Received February 5, 2024 Revised April 17, 2024 Accepted April 29, 2024

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาเสพยาเสพติดนับเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และครอบครัว นอกจากนี้ ส่งผลต่อสภาพเศรษฐกิจ และความมั่นคงของประเทศ¹ จากรายงานของสำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC) สถานการณ์การใช้สารแอมเฟตามีน พบมากในผู้ป่วยช่วงอายุ 15-64 ปี ประมาณ 34.2 ล้านคน หรือ 96 ต่อ 100,000 คน โดยพบมากในประเทศสหรัฐอเมริกาและออสเตรเลีย² สำหรับประเทศไทย พบว่า มีการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยช่วงอายุ 15-24 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 36) เมื่อพิจารณากลุ่มยาเสพติด 3 อันดับแรก พบว่า มีการใช้สารแอมเฟตามีน สูงที่สุด (ร้อยละ 74.4) รองลงมาคือ กัญชา (ร้อยละ 5.9) และไอซ์ (ร้อยละ 5.7)³

สารแอมเฟตามีน (amphetamine) มีกลไกการออกฤทธิ์ที่สำคัญ สารแอมเฟตามีนเข้าระบบประสาท และออกฤทธิ์ทำให้ผู้เสพยาเกิดการหลั่งและยับยั้งการทำลายของ dopamine ในระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาทส่วนปลาย ทำให้เกิดการกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติ sympathetic ส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้เสพยาค่อนข้างมาก เช่น ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดขยายมีการเพิ่มของอัตราการเต้นหัวใจ ภูม่านตาขยาย ความดันโลหิตสูง ทั้งนี้หากมีการใช้สารแอมเฟตามีนติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้เซลล์ประสาทถูกทำลายจากการที่สูญเสีย dopamine ที่ระบบประสาทส่วนกลาง ร่างกายจะเกิดการหลั่งของ serotonin ในระบบประสาทส่วนกลางและยับยั้งการทำลายได้ด้วย⁴ ให้ผู้ใช้สารแอมเฟตามีนส่วนใหญ่ออกฤทธิ์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากเกิดการกระตุ้นต่อระบบประสาทอัตโนมัติ sympathetic ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) มีภาวะความดันโลหิตสูง (hypertension) ซึ่งมีสาเหตุเกิดจากภาวะหลอดเลือดมีการหดตัวและแข็งตัวชั่วคราว และอาจเกิดอาการกระสับกระส่าย และภาวะทางจิต ซึ่งผู้ป่วยอาจเกิดการเสียชีวิตได้^{5,6} ผู้ป่วยเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนจำเป็นต้องได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

กระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีเสพยาเสพติดในร่างกายตามแนวทางของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ ได้กำหนดแนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด มี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนเตรียมการ (pre-admission) เป็นการศึกษาประวัติข้อมูล และภูมิหลังผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีน จากผู้เสพยาและครอบครัว เพื่อโน้มน้าว ชักจูง ให้คำแนะนำ และกระตุ้นให้ผู้เสพยาแอมเฟตามีนมีความตั้งใจในการรักษา สัมภาษณ์ และประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของผู้เสพยา 2) ขั้นตอนพิษยา (detoxification) การบำบัดอาการทางกายที่เกิดจากการขาดยาเสพติดแอมเฟตามีน การให้ยาชนิดอื่นทดแทน โดยไม่ต้องค้างคืนในโรงพยาบาล แต่ต้องรับประทานยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด 3) ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) เป็นการปรับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดยาเสพติดแอมเฟตามีนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและบุคลิกภาพให้สามารถกลับคืนสู่สังคมได้อย่างปกติ สามารถชีวิตประจำวันได้ การให้คำแนะนำปรึกษาทั้งเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่ม และ 4) ขั้นตอนติดตามดูแล (after-care) เป็นการติดตามดูแลผู้ติดยาเสพติดแอมเฟตามีนที่ผ่านการบำบัดรักษา ทั้ง 3 ขั้นตอน ให้คำแนะนำปรึกษา ให้กำลังใจ

เพื่อป้องกันการกลับไปเสพสารแอมเฟตามีนซ้ำอีก มีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมและนัดพบ⁷ ผลลัพธ์ที่คาดหวังภายหลังผ่านกระบวนการบำบัด คือ สามารถควบคุมการใช้ยาและสารแอมเฟตามีนได้ หรือปัญหาอาชญากรรมที่เป็นอันตรายต่อสังคม รวมถึงปัญหาทางเศรษฐกิจด้วย จากการวิจัยของ วิสุดา มุลมณี และคณะ⁸ ได้ศึกษาผลของ โปรแกรมการฝึกควบคุมพฤติกรรมตนเองและการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการเสพแอมเฟตามีนของผู้เสพแอมเฟตามีนซ้ำ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเสพติดสารแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 40 คน พบว่า กลุ่มทดลองมีการเสพแอมเฟตามีนในระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และลดลงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าการบำบัดอย่างมีแบบแผนและมีการติดตามอย่างต่อเนื่องช่วยทำให้ผู้ป่วยที่เสพแอมเฟตามีนลดพฤติกรรมการใช้ยาได้

สำหรับโรงพยาบาลด่านช้าง มีผู้เสพสารแอมเฟตามีนเข้ารับการรักษา ในปี พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวนทั้งหมด 187 คน มีอัตราการเข้ารับการรักษาจนครบ โปรแกรมการบำบัดอยู่ในระดับต่ำ คือ ร้อยละ 50.0, 48.0 และ 41.0 ตามลำดับ ทำให้ผู้ป่วยอาจมีปัญหาระยะการกลับมาเสพสารแอมเฟตามีนซ้ำ และมีอาการทางจิตที่มีความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้น อีกทั้งยังไม่เคยศึกษาผลลัพธ์ของกระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่เสพสารแอมเฟตามีนในร่างกาย ผู้วิจัยจึงมีความตระหนักในประเด็นดังกล่าว จึงทำการศึกษาเรื่องผลลัพธ์ของกระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่เสพสารแอมเฟตามีนในร่างกาย ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลสำหรับพัฒนาแนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพสารแอมเฟตามีน ให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลด่านช้าง

คำถามการวิจัย

กระบวนการบำบัดรักษาของผู้ป่วยที่เสพสารแอมเฟตามีน ที่เข้ารับบริการในคลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลด่านช้าง มีผลลัพธ์ของกระบวนการบำบัดรักษาอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของกระบวนการบำบัดรักษาของผู้ป่วยที่เสพสารแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลด่านช้าง ได้แก่ ความตั้งใจการหยุดเสพสารแอมเฟตามีน และภาวะแทรกซ้อนทางจิต

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (retrospective study)

ประชากร คือ ผู้เสพสารแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษา โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เสพยาอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในคลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลด่านช้างตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 ถึง 2565 จำนวน 187 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive selection) มีเกณฑ์การคัดตัวอย่างเข้าและออก มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่

- 1) ผู้เสพยาอมเฟตามีนเพศชายและหญิง มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- 2) มีประวัติเสพยาอมเฟตามีนตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป
- 3) เป็นผู้เสพยาอมเฟตามีนได้เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการสมัครใจ หรือบังคับเข้ารับการรักษา

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่

- 1) เป็นผู้เสพยาอมเฟตามีนอื่น ๆ เช่น กัญชา ยาไอซ์ เฮโรอีน เป็นต้น
- 2) ผู้เสพยาอมเฟตามีนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่ดูแลผู้ป่วยทางจิตเวช
- 3) ผู้เสพยาอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิตฉุกเฉิน หรือมีปัญหาจากการดื่มสุรา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เป็นแนวทางในกระบวนการบำบัดรักษาของผู้ป่วยที่เสพยาอมเฟตามีน ที่เข้ารับบริการในคลินิกยาเสพติดโรงพยาบาลด่านช้าง ซึ่งผู้วิจัยปรับใช้มาจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁷ มีรายละเอียดดังนี้

1.1 ประเมินความรุนแรงของผู้ใช้ยาเสพติดเพื่อเข้ารับการรักษา มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 2-39 คะแนน แบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ผู้ใช้ชั่วคราว มีคะแนน 2-3 คะแนน ให้การช่วยเหลือโดยการให้การบำบัดแบบสั้น (brief Intervention : BI) จำนวน 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้เสพ มีคะแนน 4-26 คะแนน ให้การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivation interviewing : MI) หรือ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy: CBT) หรือจิตสังคมบำบัด (modified matrix) จำนวน 4-8 สัปดาห์

กลุ่มที่ 3 ผู้ติด มีคะแนน 27 คะแนนขึ้นไปและมาจากระบบบังคับแบบไม่ควบคุมตัว ให้การบำบัดแบบจิตสังคมบำบัด (modified matrix) หรือการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) จำนวน 16 สัปดาห์

1.2 ประเมินคัดกรองการเจ็บป่วยทางจิตใจ ได้แก่

1) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า โดยการใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ถ้าคำตอบไม่มีทั้ง 2 คำถาม หมายถึง ไม่เป็นโรคซึมเศร้า ถ้าคำตอบมีข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้ประเมินต่อโดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ถ้าคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ให้ประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย 8 ข้อคำถาม (8Q) เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือและส่งพบแพทย์เพื่อการรักษา

2) แบบคัดกรองโรคจิต โดยการใช้แบบคัดกรองโรคจิต ประเมินอาการภายใน 1 เดือนจนถึงปัจจุบัน (ถ้าได้คะแนน 1 คะแนนขึ้นไปให้สงสัยว่าเป็นโรคจิต) ถ้ามีอาการทางจิตจะได้รับการส่งพบแพทย์เพื่อให้การรักษา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลและผลลัพธ์ของกระบวนการบำบัดรักษาของผู้ป่วยที่เสพยาแอมเฟตามีนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียนย้อนหลัง ทั้งในระบบการบันทึกทางเอกสารและการบันทึกทางระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลด่านช้าง และในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาของประเทศ (บสต.) โดยมีโครงสร้างคำถามที่ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้สารแอมเฟตามีน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาในปัจจุบัน อายุที่ใช้สารเสพติดครั้งแรก สาเหตุสำคัญที่ใช้สารเสพติดครั้งแรก เหตุผลสำคัญที่เข้ารับการบำบัดรักษา ครั้งสุดท้ายที่ใช้สารเสพติด ประวัติการใช้บุหรี่ และประวัติการดื่มเหล้า

ตอนที่ 2 ผลการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาแอมเฟตามีนเพื่อบำบัดรักษาของกระทรวงสาธารณสุข (V.2) ได้แก่ คะแนนการคัดกรอง (กลุ่มผู้ใช้/กลุ่มผู้เสพยา/กลุ่มผู้ติด) การคัดกรองการเจ็บป่วยทางจิตใจ (2Q/9Q/8Q) ประกอบด้วย การคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) การประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินฆ่าตัวตายด้วย (8Q) การคัดกรองโรคจิต การคัดกรองความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษยา จำนวนปริมาณ (เม็ด) สารเสพติดที่ใช้/สัปดาห์ จำนวนครั้งที่ใช้/สัปดาห์

ตอนที่ 3 การให้การดูแล ได้แก่ กิจกรรมการดูแล และระยะเวลาที่อยู่ในระบบการบำบัดรักษา

ตอนที่ 4 ผลลัพธ์ของกระบวนการบำบัดรักษาของผู้ป่วยที่เสพยาแอมเฟตามีน ได้แก่ ความตั้งใจ การหยุดเสพยาแอมเฟตามีน ภาวะแทรกซ้อนทางจิต การติดตามหลังจากครบกระบวนการบำบัดรักษา ผลจากการติดตามในระยะ 3 เดือน และผลจากการติดตามในระยะ 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ 34/2566 วันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลด่านช้างจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกเวชระเบียนในระบบการบันทึกทางเอกสาร การบันทึกทางระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลด่านช้าง และในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาของประเทศ ใช้ระยะเวลาประมาณ 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาในปัจจุบัน อายุที่ใช้สารเสพติดครั้งแรก สาเหตุสำคัญที่ใช้สารเสพติดครั้งแรก เหตุผลสำคัญที่เข้ารับการบำบัดรักษา ครั้งสุดท้ายที่ใช้สารเสพติด

ประวัติการใช้บุหรี่ และประวัติการดื่มเหล้า โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ผลการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาแอมเฟตามีนเพื่อบำบัดรักษาของกระทรวง สาธารณสุข (V.2) ได้แก่ คะแนนการคัดกรอง (กลุ่มผู้ใช้/กลุ่มผู้เสพ/กลุ่มผู้ติด) การคัดกรองการเจ็บป่วย ทางจิตใจ (2Q/9Q/8Q) การคัดกรองโรคจิต การคัดกรองความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษยา จำนวนปริมาณ (เม็ด) สารเสพติดที่ใช้/สัปดาห์ จำนวนครั้งที่ใช้/สัปดาห์ โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ กิจกรรมการดูแล และระยะเวลาที่อยู่ในระบบการ บำบัดรักษา โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

4. วิเคราะห์ผลลัพธ์ของกระบวนการบำบัดรักษาของผู้ป่วยที่เสพยาแอมเฟตามีน ได้แก่ ความตั้งใจ การหยุดเสพยาแอมเฟตามีน การติดตามหลังจากครบกระบวนการบำบัดรักษา ผลจากการติดตามในระยะ 3 เดือน ผลจากการติดตามในระยะ 1 ปี และภาวะแทรกซ้อนทางจิต โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ และ ร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 89.84) มีอายุเฉลี่ย 32.43 ปี (SD = 9.69) เมื่อพิจารณา ช่วงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุ 21-30 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 36.36) รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี (ร้อยละ 34.22) และ 41-50 ปี (ร้อยละ 15.51) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 46.52) และ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 42.78) รองลงมาคือมัธยมศึกษา (ร้อยละ 41.71) และไม่ได้เรียน (ร้อยละ 8.02) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพลูกจ้างหรือรับจ้าง (ร้อยละ 73.80) มีช่วงรายได้ต่อเดือน 5,001-10,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 47.67) รองลงมาคือ 1-5,000 บาท (ร้อยละ 22.28) และ 10,001-15,000 บาท (ร้อยละ 18.13) ตามลำดับ จำนวนสมาชิกส่วนใหญ่ในครอบครัว 1-3 คน (ครอบครัวเดี่ยว) (ร้อยละ 91.98)

ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาในปัจจุบัน พบว่า บิดามารดาอยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น (ร้อยละ 42.78) มากที่สุด รองลงมาคือ แยกกันอยู่ (ร้อยละ 20.32) และบิดาเสียชีวิต (ร้อยละ 19.25) ตามลำดับ ช่วงอายุที่ใช้ สารเสพติดครั้งแรกมากที่สุด คือ 12-20 ปี (ร้อยละ 70.59) สาเหตุสำคัญที่ใช้สารเสพติดครั้งแรกที่พบ มากที่สุด คือ อยากรลอง (ร้อยละ 50.78) เหตุผลสำคัญที่เข้ารับการบำบัดรักษามากที่สุดคือ บังคับตาม พระราชบัญญัติฟื้นฟูเสพยาเสพติด (ร้อยละ 69.95) ครั้งสุดท้ายที่ใช้สารเสพติดที่พบมากที่สุด คือ 16 วัน ขึ้นไป (ร้อยละ 54.00) มีประวัติการใช้บุหรี่ (ร้อยละ 86.10) และประวัติการดื่มเหล้า (ร้อยละ 54.01)

2. ผลการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาแอมเฟตามีนเพื่อบำบัดรักษา

ผลข้อมูลการคัดกรอง พบว่าคะแนนการคัดกรองของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 4-26 คะแนน ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มผู้เสพยาแอมเฟตามีน (ร้อยละ 85.03) คะแนนเฉลี่ย 16.95 คะแนน (SD=7.60) ผลการคัดกรองการเจ็บป่วยทางจิตใจด้วยข้อคำถาม 2Q พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีความเสี่ยง (ร้อยละ 88.77) แต่อีกจำนวน 21 คน (ร้อยละ 11.23) มีความเสี่ยงจึงได้คัดกรองการเจ็บป่วยทางจิตใจด้วยข้อ 9Q พบว่า มีผู้ป่วยได้คะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป จำนวน 12 คน (ร้อยละ 6.42) จึงได้คัดกรองต่อด้วยข้อคำถาม 8Q พบว่า มีแนวโน้มฆ่าตัวตายปานกลาง (ร้อยละ 2.14) รองลงมาคือ มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 1.60) และแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับรุนแรง (ร้อยละ 0.53) ตามลำดับ ผลการคัดกรองโรคจิตพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีอาการทางจิต (ร้อยละ 86.63) ผลการคัดกรองความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษยาพบว่า ไม่มีความเสี่ยง (ร้อยละ 56.15) และผลการคัดกรองจำนวนปริมาณ (เม็ด) สารเสพติดที่ใช้ต่อสัปดาห์พบว่า ใช้สารเสพติดจำนวน 1-15 เม็ดต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 79.68) และเมื่อพิจารณาจำนวนครั้งที่ใช้สารเสพติดต่อสัปดาห์มากที่สุด คือ 1 ครั้ง/สัปดาห์ (ร้อยละ 33.69) รองลงมาคือ 7 ครั้ง/สัปดาห์ (ร้อยละ 24.06) และ 2 ครั้ง/สัปดาห์ (ร้อยละ 19.25) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาแอมเฟตามีนเพื่อบำบัดรักษา (n = 187)

ข้อมูลการคัดกรอง	จำนวน	ร้อยละ
คะแนนการคัดกรอง (Mean = 16.95, SD = 7.60, Min-Max = 2 – 36 คะแนน)		
1 - 3 คะแนน (กลุ่มผู้ใช้แอมเฟตามีน)	1	0.53
4 - 26 คะแนน (กลุ่มผู้เสพยาแอมเฟตามีน)	159	85.03
27 คะแนนขึ้นไป (กลุ่มผู้ติดแอมเฟตามีน)	27	14.44
การคัดกรองการเจ็บป่วยทางจิตใจ		
2Q		
ได้ผลการตรวจทางลบ (0 คะแนน ไม่มีความเสี่ยง)	166	88.77
ได้ผลการตรวจทางบวก (1 – 2 คะแนน มีความเสี่ยง) พิจารณาต่อ 9Q	21	11.23
9Q (ตั้งแต่ 7 คะแนน พิจารณา 8Q ต่อ)		
0 – 6 คะแนน (ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก)	9	4.81
7 – 12 คะแนน (มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย)	6	3.21
13 – 18 คะแนน (มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง)	4	2.14
มากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนนขึ้นไป (มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง)	2	1.07
8Q		
1 – 8 คะแนน (มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย)	3	1.60
9 – 16 คะแนน (มีแนวโน้มฆ่าตัวตายปานกลาง)	4	2.14
มากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนนขึ้นไป (มีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับรุนแรง)	1	0.53

ตารางที่ 1 ผลการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาแอมเฟตามีนเพื่อบำบัดรักษา (n = 187) (ต่อ)

ข้อมูลการคัดกรอง	จำนวน	ร้อยละ
การคัดกรองโรคจิต		
ไม่มี	162	86.63
หูแว่ว	21	11.23
ภาพหลอน	4	2.14
การคัดกรองความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษยา		
ไม่เสี่ยง	105	56.15
เสี่ยง	82	43.85
จำนวนปริมาณ (เม็ด) สารเสพติดที่ใช้/สัปดาห์		
1 - 15 เม็ด/สัปดาห์	149	79.68
มากกว่า 15 เม็ด/สัปดาห์ ขึ้นไป	38	20.32
จำนวนครั้งที่ใช้/สัปดาห์		
1	63	33.69
2	36	19.25
3	24	12.83
4	13	6.95
5	4	2.14
6	1	0.53

3. ผลการวิเคราะห์การให้การดูแล (Intervention)

ผลการวิเคราะห์กิจกรรมการให้การดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาแอมเฟตามีน พบว่า ได้การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจมากที่สุด (ร้อยละ 97.86) รองลงมาคือ การบำบัดแบบจิตสังคมบำบัด (ร้อยละ 57.75) และการบำบัดแบบจิตสังคมบำบัดร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (ร้อยละ 41.18) ตามลำดับ ส่วนกิจกรรมที่ได้น้อยที่สุดคือ การช่วยเหลือโดยการให้การบำบัดแบบสั้น (ร้อยละ 0.53) เมื่อพิจารณาระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในระบบการบำบัดรักษาพบว่า ได้รับการบำบัดรักษาในช่วง 13-16 สัปดาห์ มากที่สุด (ร้อยละ 37.97) รองลงมาคือ 4-8 สัปดาห์ (ร้อยละ 29.41) และ 8-12 สัปดาห์ (ร้อยละ 16.58) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

4. ผลลัพธ์หลังผ่านกระบวนการบำบัดรักษา

ผลลัพธ์หลังผ่านกระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ใช้ยาแอมเฟตามีนพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความตั้งใจเลิกเสพยาแอมเฟตามีน (ร้อยละ 63.64) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต (ร้อยละ 89.84) สามารถติดตามผู้ป่วยผ่านกระบวนการบำบัดรักษาครบ (ร้อยละ 77.54) ผลจากการติดตามในระยะ 3 เดือน พบว่า ลดปริมาณยาเสพติด (ร้อยละ 48.13) รองลงมาคือ เลิกเสพยา (ร้อยละ 22.46) และถูกจับเข้า (ร้อยละ 21.93) ผลจากการ

ติดตามในระยะ 12 เดือน พบว่า ลดการเสพยาเสพติด (ร้อยละ 52.94) รองลงมาคือ เลิกเสพยาเสพติด (ร้อยละ 24.60) และถูกจับเข้า (ร้อยละ 17.11) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์กิจกรรมการให้การดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาแอมเฟตามีน (n = 187)

ข้อมูลการให้การดูแล	จำนวน	ร้อยละ
กิจกรรมการดูแล		
ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด		
ได้	66	35.29
ไม่ได้	121	64.71
การช่วยเหลือโดยการให้การบำบัดแบบสั้น		
ได้	1	0.53
ไม่ได้	186	99.47
การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ		
ได้	183	97.86
ไม่ได้	4	2.14
การบำบัดความคิดและพฤติกรรม		
ได้	5	2.67
ไม่ได้	182	97.33
การบำบัดแบบจิตสังคมบำบัด		
ได้	108	57.75
ไม่ได้	79	42.25
การบำบัดแบบจิตสังคมบำบัดร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม		
ได้	77	41.18
ไม่ได้	110	58.82
การส่งพบแพทย์ให้การรักษาด้านจิตเวช		
ได้	19	10.16
ไม่ได้	168	89.84
ระยะเวลาที่อยู่ในระบบการบำบัดรักษา		
1 - 2 สัปดาห์	30	16.04
4 - 8 สัปดาห์	55	29.41
8 - 12 สัปดาห์	31	16.58
13 - 16 สัปดาห์	71	37.97

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์หลังผ่านกระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ใช้ยาแอมเฟตามีน (n = 187)

ข้อมูลผลลัพธ์	จำนวน	ร้อยละ
ความตั้งใจการหยุดเสพยาแอมเฟตามีน		
เลิกเสพยา	119	63.64
ลดปริมาณ	1	0.53
เสพยา	67	35.83
ภาวะแทรกซ้อนทางจิต		
ไม่มี	168	89.84
มี	19	10.16
การติดตามหลังจากครบกระบวนการบำบัดรักษา		
ติดตามได้	145	77.54
ติดตามไม่ได้	42	22.46
ผลจากการติดตามในระยะ 3 เดือน		
เลิกเสพยา	42	22.46
ลดปริมาณ	90	48.13
เสพยา	2	1.07
ถูกจับซ้ำ	41	21.93
เป็นผู้ป่วยจิตเวช	12	6.41
ผลจากการติดตามในระยะ 12 เดือน		
เลิกเสพยา	45	24.06
ลดปริมาณ	89	47.59
เสพยา	2	1.07
ถูกจับซ้ำ	32	17.11
เป็นผู้ป่วยจิตเวช	19	10.17

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบประเด็นสำคัญสามารถสรุปได้ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลลัพธ์ของกระบวนการบำบัดรักษาของผู้ป่วยที่เสพยาแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในคลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลด่านช้าง พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีความตั้งใจการหยุดเสพยาแอมเฟตามีน (ร้อยละ 63.64) สามารถติดตามหลังจากครบกระบวนการบำบัดรักษาได้ (ร้อยละ 77.54) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้าสู่การบำบัดรักษายาเสพติดในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับกระบวนการบำบัดผู้ป่วยที่เสพยาแอมเฟตามีนในร่างกายอย่างมีแบบแผน ผ่านกิจกรรมการให้การดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาแอมเฟตามีนตามลักษณะที่มีความแตกต่างของผู้ป่วย เช่น การช่วยเหลือโดยการให้การบำบัดแบบสั้น การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม การบำบัดแบบจิตสังคมบำบัด หรือการบำบัดแบบจิตสังคมบำบัดร่วมกับการ

บำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นต้น สำหรับการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยได้รับการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจมากที่สุด รองลงมาคือ การบำบัดแบบจิตสังคัมบำบัดและการบำบัดแบบจิตสังคัมบำบัดร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมตามลำดับ โดยระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในระบบการบำบัดรักษามากที่สุด คือ ช่วง 13-16 สัปดาห์ แสดงให้เห็นว่า พยาบาลวิชาชีพมีความสำคัญต่อผู้ป่วยที่เข้าสู่กระบวนการบำบัด โดยใช้เทคนิคที่มีความหลากหลายเพื่อโน้มน้าวให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความตั้งใจที่จะลดปริมาณจนถึงเลิกเสพยาแอมเฟตามีนได้ ซึ่งควรส่งเสริมการควบคุมตนเอง (self-control) เป็นความสามารถในการกำหนดตนเองในด้านความคิด อารมณ์และความรู้สึกที่กำลังเผชิญอยู่ และสามารถเผชิญความขัดแย้งในใจได้จนกระทั่งหลีกเลี่ยงผลกระทบทางลบ ทั้งนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลได้ส่งเสริมการตั้งเป้าหมายหลักของกระบวนการบำบัดที่สำคัญ คือ 1) การตั้งเป้าหมาย (goal setting) 2) การสังเกตและบันทึกด้วยตนเอง (self-observing and recording) 3) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และ 4) การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement)⁸

นอกจากนี้ เมื่อมีการติดตามผลลัพธ์ของผู้ป่วยเมื่อผ่านกระบวนการบำบัดรักษาของผู้ป่วยที่เสพยาแอมเฟตามีนในระยะ 3 เดือน พบว่า ผู้ป่วยสามารถลดปริมาณจนถึงเลิกเสพยาได้คิดรวมกันเป็นร้อยละ 70.59 และเมื่อติดตามในระยะ 12 เดือน พบว่า ผู้ป่วยสามารถลดปริมาณจนถึงเลิกเสพยาได้คิดรวมกันเป็นร้อยละ 71.65 ทั้งนี้มีสาเหตุมาจากกระบวนการบำบัดรักษาของผู้ป่วยที่เสพยาแอมเฟตามีน ของโรงพยาบาลด่านช้างที่มีความยืดหยุ่นแต่สามารถให้กิจกรรมการให้การดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาแอมเฟตามีนได้อย่างมีคุณภาพ มีการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ ตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁷ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดปริมาณสารเสพติดจนถึงเลิกเสพยาแอมเฟตามีนได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุริยัน บุญแท้⁹ ได้สำรวจพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของประชาชนอายุ 15-65 ปี ใน 20 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยที่เสพยาแอมเฟตามีนจาก 6.6 แสนคน ลดลงเหลือประมาณ 2 แสนคน ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา และลดลงเหลือ 1.2 แสนคน ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางจิต ร้อยละ 89.84 ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ การบำบัดแบบจิตสังคัมบำบัด หรือการบำบัดแบบจิตสังคัมบำบัดร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมตาม โดยเฉพาะการบำบัดแบบจิตสังคัมบำบัด เป็นการให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดอย่างต่อเนื่อง ด้วยการพัฒนาทักษะชีวิต สัมพันธภาพในครอบครัว การค้นพบศักยภาพในการประกอบอาชีพ เพื่อพึ่งตนเองได้ และการป้องกันการกลับมาเสพยา นอกจากนี้แล้ว การให้ความรู้จะเป็นการเพิ่มขีดความสามารถของผู้ผ่านการบำบัดรักษาและคืนศักยภาพในการทำหน้าที่ต่อตนเอง สังคม ลดอาการทางยาเสพติด ลดการเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดภาวะแทรกซ้อนทางจิตได้¹⁰

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

การดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย การเลือกใช้กิจกรรมในกระบวนการบำบัดรักษาของผู้ป่วยที่เสพยาแอมเฟตามีน มีความสำคัญอย่างมากต่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลด ละ เลิกการใช้สารเสพติด ลดอันตรายต่อการใช้สารเสพติดและป้องกันอันตรายแก่ครอบครัว ชุมชนต่อการเกิดภาวะจิตเวช ฉุกเฉินจากการใช้สารเสพติด

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาของผู้ป่วยที่เสพยาแอมเฟตามีน โดยบูรณาการการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจมากที่สุดร่วมกับการบำบัดแบบจิตสังคมบำบัด เพื่อฝึกการควบคุมตนเองและความตั้งใจในการลดหรือเลิกใช้สารแอมเฟตามีน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์เดชา พงษ์สุพรรณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลด่านช้าง เป็นแรงผลักดันที่สำคัญและสนับสนุนให้เกิด โครงการพัฒนาระบบการวิจัยทางการแพทย์พยาบาลขึ้นในปี 2566 ขอขอบคุณ นายสมนึก อินทร์ใจเอื้อ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลด่านช้าง ที่เป็นกำลังใจและสนับสนุนงานด้านวิจัยทางการแพทย์ ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ อันเป็นประโยชน์ต่อการทำงานวิจัยครั้งนี้ให้ลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่านที่คอยช่วยเหลือ สนับสนุนด้านต่าง ๆ ทั้งด้านองค์ความรู้ กำลังใจ มิตรไมตรีที่ดีงาม และขอส่งคุณงามความดีที่เกิดขึ้นทั้งหมดนี้ให้กับท่านอาจารย์ผู้สอน ที่มีความเมตตา กรุณาและเสียสละอย่างแท้จริง รวมทั้งเป็นตัวอย่างที่ดีในบทบาทด้านวิชาการ และบทบาทในด้านการพัฒนาวิชาชีพทางการแพทย์ให้มีความก้าวหน้า

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. World drug report 2022. Austria: United Nations publication; 2022.
2. Stockings E, Tran LT, Santo TJr, Peacock A, Larney S, Santomauro D, et al. Mortality among people with regular or problematic use of amphetamines: A systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2019;114(10):1738-50. doi:10.1111/add.14706
3. Office of the Narcotics Control Board, Ministry of Justice. Results of Annual Report A.D. 2021. Ministry of Justice; 2021. (in Thai)
4. Rattanasanya P, Chomchai C. Recreational Drug Use in Adolescent. Bangkok: Scan and Print; 2014. (in Thai)

5. Schelleman H, Bilker WB, Kimmel SE, Daniel GW, Newcomb C, Guevara JP, et al. Amphetamines, atomoxetine and the risk of serious cardiovascular events in adults. PLoS One 2013;8(1):e52991. doi:10.1371/journal.pone.0052991
6. Hennissen L, Bakker MJ, Banaschewski T, Carucci S, Coghill D, Danckaerts M, et al. Cardiovascular effects of stimulant and non-stimulant medication for children and adolescents with ADHD: A systematic review and meta-analysis of trials of methylphenidate, amphetamines and atomoxetine. CNS drugs 2017; 31(3):199-215.
7. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Manual of Guidelines of Therapeutic and Rehabilitation for Alcohol/ Narcotic Drugs Addicts with Psychiatric Symptoms and Psychiatric Comorbidities, Department of Mental Health. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2021. (in Thai)
8. Moonmee W, Uthis P, Suktrakul S. The Effect of behavioral self-control training and telephone follow-up program on amphetamine consumption in amphetamine relapse clients, Department of Mental Health. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2022; 34(1); 65-77. (in Thai)
9. Suriyan B. Survey of attitude and behavior of drug abuse: case study of 15 - 65 years old in 20 Provinces, Thailand. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation. 2020. (in Thai)
10. Uys LR. A theoretical framework for psychiatric rehabilitation. Curationis 1991; 14(3): 1-5.

ความชุกของการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลด่านช้าง : การศึกษาย้อนหลัง 12 เดือน

ชมลวรรณ ชนวนวงศ์รุจิชัย* พย.บ.

ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล** พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่), ศษ.ม. (นวัตกรรมหลักสูตรและการจัดการเรียนรู้),
ค.ค. (วิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา)

บทคัดย่อ:

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยย้อนหลัง เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มารับบริการหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลด่านช้าง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 21 คน โดยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ และแบบบันทึกสัญญาณชีพขณะฟอกเลือดด้วยไตเทียม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย สถิติทดสอบ chi-square test, Mann-Whitney U test และ logistic regression

ผลการวิจัย พบว่า ความชุกของการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (IDH) โรงพยาบาลด่านช้าง คิดเป็นร้อยละ 66.67 ไชมันในเลือดสูงและอัตราการดิ่งน้ำขณะฟอกเลือดมีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตต่ำในขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระดับอัลบูมินในกลุ่มผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีค่าต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะความดันโลหิตต่ำในขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ ระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ระดับความดันโลหิตตัวบนต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (OR 1.364, 95%CI 1.166-1.795, p = .003) และระดับความดันโลหิตตัวล่างต่ำกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท (OR 1.067, 95%CI 1.006-1.745, p = .028) เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม, การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม, ผู้ป่วยไตเรื้อรัง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลด่านช้าง

**Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล, teepatad.chi@mahidol.ac.th
วันที่รับบทความ 5 กุมภาพันธ์ 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 17 เมษายน 2567 วันตอบรับบทความ 29 เมษายน 2567

The Prevalence of Intradialytic Hypotension in Patients with End-Stage Renal Disease on Hemodialysis at Danchang Hospital: 12 Months Retrospective Study

Thamonwan Thanawongrujichai B.N.S.*

*Teepatad Chintapanyakun** M.N.S. (Adult Nursing), M.Ed. (Innovative Curriculum and Learning Management), Ph.D. (Educational Research Methodology)*

Abstract:

The purpose of this retrospective study was to explore the prevalence and predicting factors of intradialytic hypotension (IDH) in patients with end-stage renal disease (ESRD) on hemodialysis. Data were collected from 21 patients receiving hemodialysis from 1st January 2022 to 31st December 2022 and were recruited using a purposive selection technique. The instruments used for data collection were demographic information, laboratory results, and hemodialysis record form. Data were analyzed using descriptive, Chi-square test, Mann-Whitney U test, and logistic regression statistics.

The results demonstrated that the prevalence of IDH in patients with ESRD on hemodialysis had occurred in 66.67%. Dyslipidemia and blood flow rate (BFR) during hemodialysis (HD) were associated with IDH at the level of .05. Serum albumin in IDH had lower than non – IDH at the level of .05. Furthermore, Systolic blood pressure (SBP) < 90 mmHg (OR 1.364, 95%CI 1.166-1.795, p = .003) and diastolic blood pressure (DBP) < 60 mmHg (OR 1.067, 95%CI 1.006-1.745, p = .028) during dialysis were statistically significant risk factors at the level of .05

Keywords: Intradialytic hypotension, Hemodialysis, Chronic kidney disease patients

* Expert professional nurse, Hemodialysis Unit, Nursing Service Department, Danchang hospital

** Corresponding author, Expert Level, Registered Nurse at Department of Nursing Service, Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

E-mail: teepatad.chi@mahidol.ac.th

Received February 5, 2024 Revised April 17, 2024 Accepted April 29, 2024

ความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก สำหรับประเทศไทย มีความชุกของโรคไตเพิ่มขึ้นร้อยละ 17.50 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 15-20¹ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่ไตสูญเสียหน้าที่โดยสมบูรณ์จึงไม่สามารถขจัดน้ำส่วนเกินและของเสียออกจากร่างกายได้ จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพในการขจัดของเสียและดึงน้ำส่วนเกินออกจากร่างกาย รวมถึงปรับสมดุลสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกายได้ดี แต่ในขณะเดียวกันก็อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้² โดยเฉพาะภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด (intradialytic hypotension) พบได้สูงถึงร้อยละ 20-50³ ทั้งนี้เนื่องจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีการดึงน้ำส่วนเกินออกจากร่างกายในปริมาณมากและขจัดของเสียออกจากร่างกายอย่างรวดเร็วด้วยระยะเวลาสั้นเพียงครั้งละ 4-5 ชั่วโมง จึงอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสมดุลของร่างกาย (homeostasis) การดึงน้ำส่วนเกินออกจากร่างกายในปริมาณมากอย่างรวดเร็วอาจทำให้ปริมาณน้ำในหลอดเลือดลดลงมากกว่าอัตราการซึมกลับของน้ำนอกหลอดเลือดเข้าสู่หลอดเลือด (plasma refilling rate) ทำให้ปริมาณเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจและปริมาณเลือดที่สูบน้ำออกจากหัวใจลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ^{4,5}

ภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (intradialytic hypotension: IDH) ตามแนวปฏิบัติที่ดีของยุโรป (European Best Practice Guideline: EBPG) ได้นิยามว่าเป็นภาวะความไม่สมดุลของระบบไหลเวียนโลหิต พิจารณาได้จากระดับความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure: SBP) ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 20 mmHg หรือความดันเลือดแดงเฉลี่ย (mean arterial pressure: MAP) ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 10 mmHg ร่วมกับมีอาการทางคลินิกปรากฏ^{6,7,8} ซึ่งในทางปฏิบัติ นิยมใช้เกณฑ์ของ Nadir 90 แบ่งออกเป็น ก่อนการฟอกเลือดผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) น้อยกว่า 100 mmHg ถือว่าผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำ ขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมถ้าผู้ป่วยมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) น้อยกว่า 90 mmHg ถือว่าผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำ โดยอาจมีหรือไม่มีอาการที่สัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตต่ำก็ได้

ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดทำให้ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะหรืออาจมีอาการปวดท้องเป็นตะคริว อาการเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายทำให้ผู้ป่วยกลัวและวิตกกังวลขณะฟอกเลือด นอกจากนี้ในรายที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดเฉียบพลัน (acute intradialytic hypotension) อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะหัวใจล้มเหลวได้ จำเป็นต้องหยุดการดึงน้ำหรือหยุดการฟอกเลือดทันที ร่วมกับการแก้ไขภาวะความดันโลหิตต่ำ โดยให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ ทำให้กระบวนการฟอกเลือดไม่ครบตามเวลาที่กำหนด ไม่สามารถดึงน้ำและของเสียออกจากร่างกายผู้ป่วยได้ตามเป้าหมาย ทำให้มีน้ำและของเสียคั่งค้าง (uremia) สะสมในร่างกาย ดังนั้น การค้นหาสาเหตุและการป้องกันการเกิด

ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี¹⁰⁻¹³

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ปัจจุบันที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (IDH) ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะอายุมากกว่า 65 ปี^{14,15} เพศหญิงเกิดมากกว่าเพศชาย¹⁵ มีโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน¹⁵ โรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับยาหลายตัว¹⁵ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยา hydralazine¹⁶ ผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตตัวบนน้อยกว่า 120 mmHg ก่อนฟอกเลือด¹⁶ ผู้ป่วยมีระดับอัลบูมินต่ำกว่า 3.50 g/dL¹⁶⁻¹⁷ จำนวนครั้งที่ฟอกเลือดมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์¹⁵ น้ำหนักตัวของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นต่อการฟอกเลือดแต่ละครั้ง (interdialytic weight gain: IDWG)¹⁵ เซลล์เม็ดเลือดขาว (white blood cell: WBC) ที่สูงกว่าระดับปกติ¹⁸ อย่างไรก็ตาม บางการศึกษา พบว่า ระดับความดันโลหิตตัวบนน้อยกว่า 120 mmHg และระดับอัลบูมิน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จะเห็นได้ว่า ผลการวิจัยยังมีปัจจัยบางประการที่ทำให้ข้อค้นพบที่ขัดแย้งกัน ซึ่งเป็นตัวแปรทางคลินิกที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

สำหรับโรงพยาบาลด่านช้าง ขณะผู้ป่วยไตเรื้อรังได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด และจากการเก็บสถิติตัวชี้วัดคุณภาพของหน่วยงาน ตั้งแต่ปี 2563 – 2565 พบว่า เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 8.90 เป็น 19.80 ผู้ศึกษาเห็นความสำคัญของปัญหานี้ ได้ศึกษาความชุกการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลด่านช้าง รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกต่อไป

คำถามงานวิจัย

ความชุกของการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในโรงพยาบาลด่านช้างอยู่ในระดับใด และปัจจัยอะไรบ้างที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบหรือ “Neuman system model” อธิบายว่า ทฤษฎีระบบมองบุคคลเป็นระบบเปิดที่มีปัจจัยต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกที่ส่งผลต่อความสมดุลของระบบ เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยแสดงว่ามีปัจจัยต่าง ๆ ที่เข้ามามีผลทำให้ระบบเสียสมดุล แล้วจึงแสดงอาการเจ็บป่วยออกมา⁹ เช่นเดียวกับผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มีการสูญเสียการทำหน้าที่ของไตอย่างถาวร มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดังนั้นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นวิธีการรักษาเพื่อช่วยปรับสมดุลร่างกายกลับคืนสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงสภาพปกติก่อนการเจ็บป่วย อย่างไรก็ตาม การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ถือว่าเป็นหัตถการพิเศษที่มีความเสี่ยงปานกลางถึงความเสี่ยงสูง อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกาย จิตใจและสังคม

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ¹⁰ พบว่า ปัจจัยภายในบุคคล (intrapersonal factor) หรือปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ โรคร่วม น้ำหนักตัว ยาที่รับประทานในปัจจุบัน และปัจจัยภายนอกบุคคล (extrapersonal factor) หรือปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวนครั้งที่เข้ารับการฟอกเลือด/สัปดาห์ การเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำที่ผ่านมา ผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ การประเมินสัญญาณชีพขณะดูแลผู้ป่วยขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ อัตราการคั่งน้ำขณะฟอกเลือด ชนิดของน้ำยาที่ใช้ฟอกเลือด และระยะเวลาที่ใช้ในการฟอกเลือด^{3,8,13-18} มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสืบย้อน (retrospective study)

ประชากร คือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้มารับบริการ ณ หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มารับบริการหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลด่านช้าง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 มีข้อมูลทางคลินิกและข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 563 ครั้ง จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 21 คน มีเกณฑ์การคัดตัวอย่างเข้าและออกดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดตัวอย่างเข้างานวิจัย ได้แก่

1. ผู้ป่วยชายและหญิง มีอายุ 30 ปีขึ้นไป
2. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อย่างน้อย 2 ครั้ง/สัปดาห์
3. ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตก่อนฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมากกว่า 120/80 mmHg

เกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากงานวิจัย ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะไตเรื้อรังเฉียบพลันที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำและได้รับยากระตุ้นความดันทางหลอดเลือดดำก่อนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ dopamine, adrenaline, norepinephrine
3. ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรง มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ (septic shock) มีภาวะช็อคจากปริมาณเลือดลดลง (distributive shock) มีภาวะช็อคจากร่างกายสูญเสีย น้ำ และเกลือแร่ (hypovolemic shock) มะเร็งระยะลุกลาม (advance cancer)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูล 1 ฉบับ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ โรคร่วม น้ำหนักตัว ยาที่รับประทานในปัจจุบัน ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวนครั้งที่เข้ารับการฟอกเลือด/สัปดาห์ การเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 ผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ส่วนที่ 3 การประเมินสัญญาณชีพของผู้ป่วยขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ สัญญาณชีพ อัตราการคั่งน้ำขณะฟอกเลือด ระยะเวลาที่ใช้ในการฟอกเลือด และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ 35/2566 วันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลด่านช้างจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกแฟ้มเวชระเบียนและข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลด่านช้าง ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ จะได้รับการปกปิดรายชื่อผู้ป่วย โดยผู้วิจัยใช้การลงรหัส (code) แทนการระบุตัวตน และนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. วิเคราะห์ตารางไขว้ ระหว่างข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคร่วม จำนวนครั้งที่เข้ารับการฟอกเลือด/สัปดาห์ และอัตราการคั่งน้ำขณะฟอกเลือด กับภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทางห้องปฏิบัติการและข้อมูลทางคลินิก ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (IDH) กับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะความดันโลหิตต่ำในขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (non-IDH) ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และสถิติทดสอบ Mann-Whitney U test

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยใช้สถิติ Chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร จึงวิเคราะห์ด้วย Univariate Logistic Regression Analysis เพื่อหาค่า Odds-ratio ด้วยช่วงความเชื่อมั่น 95%CI

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 52.38) มีอายุเฉลี่ย 51.29 (SD = 16.06) ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 57.14) มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 52.38) และประกอบอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด (ร้อยละ 52.38) เมื่อพิจารณาข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า ตัวอย่างเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ เบาหวาน (ร้อยละ 52.38) และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 28.57) ตามลำดับ มีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3 ครั้ง/สัปดาห์มากที่สุด (ร้อยละ 66.67) และส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะได้ถูกดื่มน้ำขณะฟอกเลือดด้วยอัตรา 300 ml/min (ร้อยละ 66.67)

ผลการศึกษาความชุกของการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (IDH) โรงพยาบาลด่านช้าง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 21 คน พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (IDH) จำนวน 14 คน (ร้อยละ 66.67) และผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะความดันโลหิตต่ำในขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Non-IDH) จำนวน 7 คน (ร้อยละ 33.33) โดยที่ผู้ป่วยไตเรื้อรังที่เป็นโรคไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตต่ำในขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .040$) และอัตราการดื่มน้ำขณะฟอกเลือดมีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .026 ($p = .026$) ขณะที่เพศ อายุ สถานภาพระดับการศึกษา เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และจำนวนครั้งที่ฟอกเลือด/สัปดาห์ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตต่ำในขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม IDH กับ Non-IDH

ตัวแปร	IDH (n = 14)		Non-IDH (n = 7)		Total (n = 21)		p-value
	n	%	n	%	n	%	
เพศ							
ชาย	6	42.86	5	71.43	11	52.38	.361 ^a
หญิง	8	57.14	2	28.57	10	47.62	
อายุ (ปี) (M ± SD)	53.36 ± 16.65		47.14 ± 15.12		51.29 ± 16.06		
< 50 ปี	6	42.86	3	42.86	9	42.86	.710 ^a
51 – 60 ปี	4	28.57	3	42.86	7	33.33	
> 60 ปี	4	28.57	1	14.28	5	23.81	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม IDH กับ Non-IDH (ต่อ)

ตัวแปร	IDH (n = 14)		Non-IDH (n = 7)		Total (n = 21)		p-value
	n	%	n	%	n	%	
สถานภาพ							
โสด	3	21.43	1	14.29	4	19.05	.638 ^a
คู่/สมรส	7	50.00	5	71.42	12	57.14	
หม้าย/หย่า/แยก	4	28.57	1	14.29	5	23.81	
ระดับการศึกษา							
ประถมศึกษา	4	28.57	3	42.86	7	33.34	.325 ^a
มัธยมศึกษา	8	57.14	3	42.86	11	52.38	
อนุปริญญา	0	0.00	1	14.28	1	4.76	
ปริญญาตรี	2	14.29	0	0.00	2	9.52	
อาชีพ							
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	8	57.13	3	42.86	11	52.38	.427 ^a
ลูกจ้าง/รับจ้าง	2	14.29	3	42.86	5	23.81	
เกษตรกร/แม่บ้าน	2	14.29	1	14.29	3	14.29	
ไม่ได้ทำงาน	2	14.29	0	0.00	2	9.52	
โรคร่วม							
เบาหวาน							
ไม่มี	5	35.71	5	71.43	10	47.62	.183 ^b
มี	9	64.29	2	28.57	11	52.38	
ไขมันในเลือดสูง							
ไม่มี	8	57.14	7	100.00	15	71.43	.040^b
มี	6	42.86	0	0.00	6	28.57	
ความดันโลหิตสูง							
ไม่มี	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1.000
มี	14	100.00	7	100.00	21	100.00	
โรคหัวใจขาดเลือด							
ไม่มี	12	85.71	6	85.71	18	85.71	.753 ^b
มี	2	14.29	1	14.29	3	14.29	
โรคหลอดเลือดสมอง							
ไม่มี	11	78.57	6	85.71	17	80.95	.694 ^b
มี	3	21.43	1	14.29	4	19.05	
จำนวนครั้งที่ฟอกเลือด/สัปดาห์							
2 ครั้ง/สัปดาห์	6	42.86	1	14.29	7	33.33	.337 ^b
3 ครั้ง/สัปดาห์	8	57.14	6	85.71	14	66.67	
อัตราการดิ่งน้ำขณะฟอกเลือด							
300 ml/min	12	85.71	2	28.57	14	66.67	.026^a
350 ml/min	0	0.00	1	14.29	1	4.76	
400 ml/min	2	14.29	4	57.14	6	28.57	

หมายเหตุ: a = Chi-square test, b = Fisher's Exact Test

เมื่อเปรียบเทียบผลเลือดทางห้องปฏิบัติการของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (IDH) กับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะความดันโลหิตต่ำในขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Non-IDH) พบว่า ระดับอัลบูมินในกลุ่มผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (IDH) มีค่ามัธยฐานต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะความดันโลหิตต่ำในขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Non-IDH) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .041$) แม้ว่าทั้ง 2 กลุ่ม จะมีค่าเฉลี่ยระดับอัลบูมินอยู่ในเกณฑ์ปกติ ขณะที่ Hematocrit, Hemoglobin, Serum potassium, และ Serum sodium ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (IDH) และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะความดันโลหิตต่ำในขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Non-IDH) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการของกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (IDH) กับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะความดันโลหิตต่ำในขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Non-IDH) โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ตัวแปร	IDH (n = 14)			Non-IDH (n = 7)			p-value
	Mean	SD	Median	Mean	SD	Median	
Hematocrit (%)	25.21	3.62	26.00	27.57	4.86	27.00	.224
Hemoglobin (g/dl)	8.27	1.24	8.40	9.14	1.69	8.80	.193
Serum albumin (g/dl)	3.53	0.42	3.55	3.91	0.34	4.00	.041
Serum potassium (mmol/l)	3.54	0.62	3.40	3.45	0.50	3.69	.743
Serum sodium (mmol/l)	132.04	3.04	133.00	133.43	4.56	135.70	.415

สำหรับข้อมูลทางคลินิก พบว่า เมื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (IDH) กับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะความดันโลหิตต่ำในขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Non-IDH) พบว่า ระดับความดันโลหิตตัวบนระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในกลุ่มผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังในขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (IDH) มีค่ามัธยฐานต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะความดันโลหิตต่ำในขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Non-IDH) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (SBP intra dialysis: Median_{IDH} = 86.50 VS Median_{Non-IDH} = 124.00, $p = .002$) และระดับความดันโลหิตตัวล่างระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในกลุ่มผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (IDH) มีค่ามัธยฐานต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะความดันโลหิตต่ำในขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Non-IDH) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (DBP intra dialysis: Median_{IDH} = 51.50 VS Median_{Non-IDH} = 68.00, $p = .006$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (IDH) กับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะความดันโลหิตต่ำในขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Non-IDH) โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ตัวแปรทางคลินิก	IDH (n = 14)			Non-IDH (n = 7)			p-value
	Mean	SD	Median	Mean	SD	Median	
SBP pre dialysis	154.64	23.18	146.50	138.57	19.57	135.00	.178
DBP pre dialysis	75.71	10.28	77.00	69.29	10.84	67.00	.209
SBP intra dialysis	90.57	17.23	86.50	124.14	11.96	124.00	.002
DBP intra dialysis	53.21	10.91	51.50	68.86	9.48	68.00	.006
SBP post dialysis	144.00	27.80	145.00	138.43	33.67	148.00	.549
DBP post dialysis	77.14	13.46	81.50	71.29	13.02	69.00	.295

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (IDH) พบว่า ผู้ป่วยมีไขมันในเลือดสูง ใช้อัตราการคั่งน้ำในขณะฟอกเลือด 300 ml/min ระดับอัลบูมิน ระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ univariate logistic regression พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (IDH) ได้แก่ ระดับความดันโลหิตตัวบน < 90 mmHg ในระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีโอกาสเกิดภาวะ ภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (IDH) ได้ 1.364 เท่า (p = .003) และระดับความดันโลหิตตัวล่าง < 60 mmHg ในระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (IDH) ได้ 1.067 เท่า (p = .028) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (IDH)

ปัจจัยที่ส่งผล	IDH		
	Odds Ratio	95%CI	p-value
ไขมันในเลือดสูง	.533	.332-.856	.061
อัตราการคั่งน้ำในขณะฟอกเลือด 300 ml/min	.067	.007-.614	.057
ระดับอัลบูมิน < 3.5 g/dl	.300	.028-3.250	.322
intra dialysis SBP < 90 mmHg	1.364	1.166-1.795	.003
intra dialysis DBP < 60 mmHg	1.067	1.006-1.745	.028

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปรายเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ความชุกของการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบได้ร้อยละ ร้อยละ 66.67 สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำในขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมส่วนใหญ่เกิดกับผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำเกินหรือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่า 3 กิโลกรัมต่อครั้งในการฟอกเลือด ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อเข้ารับการฟอกเลือดจำเป็นต้องดึงน้ำออกจากร่างกาย ทำให้เกิดการเสียความสมดุลระบบไหลเวียนโลหิตของผู้ป่วย อีกทั้งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะโรคร่วมได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง หลอดเลือดจึงมีความยืดหยุ่นน้อย จึงทำให้เกิดภาวะ ความดันโลหิตต่ำได้ในขณะฟอกเลือด²⁰ นอกจากนี้แล้ว ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระดับอัลบูมินอยู่ในเกณฑ์ปกติ (Mean = 3.53, SD = 0.42) แต่มีแนวโน้มลดลงได้ในอนาคต (ค่าปกติคือ 3.50 g/dl) เนื่องจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 1 ครั้ง ร่างกายมีการสูญเสียกรดอะมิโนทางน้ำยาฟอกเลือด ลดการสร้างโปรตีนและเพิ่มการสลายโปรตีนในร่างกายระหว่างฟอกเลือดโดยเฉลี่ย 1.10 กรัม/กิโลกรัม น้ำหนักอุดมคติ/วัน ทำให้ผู้ป่วยมีการสูญเสียโปรตีนในระหว่างฟอกไตที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ส่งผลให้ระดับอัลบูมินในร่างกายลดลง และส่งผลให้ร่างกายมีกระบวนการดึงน้ำเข้าสู่เซลล์ลดลง ผู้ป่วยจึงมีภาวะบวมหรือน้ำหนักเกินตามมาตรฐานตามมาเมื่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแล้ว มักเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำได้²¹

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า ระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างในระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีผลต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ ผลการศึกษาครั้งนี้ขัดแย้งกับงานวิจัยของ ธนวัฒน์ วงศ์ชัชอุดม โชค¹⁶ ที่พบว่า ความดันโลหิตซิสโตลิกก่อนฟอกเลือด (< 120 mmHg) ความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนฟอกเลือด (< 80 mmHg) มีผลต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษานี้มีระดับอัลบูมินสูงกว่างานวิจัยที่ผ่านมา แม้ว่าจะสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานเพียงเล็กน้อยก็ตาม ตามกฎของ Starling forces กล่าวไว้ว่า เมื่อระดับอัลบูมินต่ำ ผู้ป่วยจะมี oncotic pressure เป็นแรงที่ทำหน้าที่ในการดึงดูดน้ำไว้ในหลอดเลือดจึงน้อย ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงได้ ซึ่งแรงนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณโปรตีนภายในเลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับอัลบูมินของผู้ป่วย ดังนั้น ผู้ป่วยไตเรื้อรังมีโอกาสเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้หากมีระดับอัลบูมินที่ต่ำกว่าระดับมาตรฐาน สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศ พบว่า ระดับอัลบูมินที่สูงมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยไตเทียม¹⁷ นอกจากนี้แล้ว ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคร่วมที่มีผลต่ออัตราการไหลเวียนโลหิตในร่างกาย คือ ระดับไขมันในเลือดสูง การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมีระดับไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตต่ำในขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้²¹

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษาพบว่า ไชมันในเลือดสูง และระดับอัลบูมินมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ ดังนั้นควรส่งเสริมภาวะโภชนาการที่ถูกต้อง โดยเฉพาะการบริโภคไข่ขาวและควบคุมการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงให้กับผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทุกคน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในระหว่างการฟอกเลือดได้

2. การศึกษาได้ข้อค้นพบว่า ระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างในระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีผลต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ ดังนั้นพยาบาลควรประเมิน เฝ้าระวังและติดตามอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย รวมถึงสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดตลอดระยะเวลาที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทุกคน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ซึ่งมีผลต่อความตรงภายนอกของงานวิจัย การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษากับหลายโรงพยาบาลที่มีศักยภาพระดับเดียวกัน (multisite study) เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยมากขึ้น

2. ควรพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อให้พยาบาลไตเทียมมีมาตรฐานการดูแลและป้องกันไปในทิศทางเดียวกัน

เอกสารอ้างอิง

1. Nephrology Society of Thailand. Clinical practice recommendation for comprehensive conservative care in chronic kidney disease. Bangkok: Nephrology Society of Thailand; 2017. (in Thai)
2. National Kidney Foundation. KDIGO 2012 Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Journal of The International Society of Nephrology 2013; 3(1): 1-150. (in Thai)
3. Kuipers J, Oosterhuis JK, Krijnen WP, Dasselaar JJ, Gaillard CA, Westerhuis R, et al. Prevalence of intradialytic hypotension, clinical symptoms and nursing interventions--a three-months, prospective study of 3818 haemodialysis sessions. BMC Nephrol 2016;17:21. doi:10.1186/s12882-016-0231-9
4. Chou JA, Kalantar-Zadeh K, Mathew AT. A brief review of intradialytic hypotension with a focus on survival. Semin Dial 2017; 30(6): 473-480. doi:10.1111/sdi.12627
5. Kanbay M, Ertuglu LA, Afsar B, Ozdogan E, Siriopol D, Covic A, et al. An update review of intradialytic hypotension: Concept, risk factors, clinical implications and management. Clin Kidney J 2020; 13(6): 981-93. doi:10.1093/ckj/sfaa078

6. Kooman J, Basci A, Pizzarelli F, Canaud B, Haage P, Fouque D, et al. EBPG guideline on haemodynamic instability. *Nephrol Dial Transplant* 2007;22 Suppl_2: ii22-ii44.
doi:10.1093/ndt/gfm019
7. Mc Causland FR, Brunelli SM, Waikar SS. Dialysis dose and intradialytic hypotension: Results from the HEMO study. *Am J Nephrol* 2013; 38(5): 388-96. doi:10.1159/000355958
8. Kuipers J, Verboom LM, Ipema KJR, Paans W, Krijnen WP, Gaillard CAJM, et al. The prevalence of intradialytic hypotension in patients on conventional hemodialysis: A systematic review with meta-analysis. *Am J Nephrol* 2019; 49(6): 497-506. doi:10.1159/000500877
9. Assimon MM, Flythe JE. Definitions of intradialytic hypotension. *Semin Dial* 2017; 30(6): 464-72. doi:10.1111/sdi.12626
10. Bradshaw W, Ockerby C, Bennett PN. Intradialytic hypotension prevention and management knowledge and practices: Results from a survey of Australian and New Zealand nephrology nurses. *Nephrol Nurs J* 2015; 42(2): 155-67.
11. Chuasuwan A, Lumpaopong A. Thailand renal replacement therapy year 2016-2019. Bangkok: Nephrology Society of Thailand; 2019. (in Thai)
12. Flythe JE, Chang TI, Gallagher MP, Lindley E, Madero M, Sarafidis PA, et al. Blood pressure and volume management in dialysis: Conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) controversies conference. *Kidney Int* 2020; 97(5): 861-76. doi:10.1016/j.kint.2020.01.046
13. El-Sheikh AA, Abed elstar OA. Effect of nursing intervention on prevention of intradialytic hypotension among hemodialysis patients. *JOSR* 2017; 6(5): 87-95.
14. Sars B, van der Sande FM, Kooman JP. Intradialytic hypotension: Mechanisms and outcome. *Blood Purif* 2020; 49(1-2): 158-167. doi:10.1159/000503776
15. Thongdee C, Phinyo P, Patumanond J, et al. Ultrafiltration rates and intradialytic hypotension: A case-control sampling of pooled haemodialysis data. *J Ren Care* 2021; 47(1): 34-42. doi:10.1111/jorc.12340
16. Vongchaiudomchoke T. Risk factors for intradialytic hypotension during hemodialysis among the end-stage renal disease patients with pre-existing autonomic dysfunction. *Lampang Medical Journal* 2019; 40(2): 50-59. (in Thai)
17. Kora M, Tawfeek A, El-zorkany K, Abd El-Mohsen AH. The relationship between hypoalbuminemia and intradialytic hypotension in hemodialysis patients. *Menoufia Medical Journal* 2020; 33(1): 110-115.

18. Ozen N, Cepken T. Intradialytic hypotension prevalence, influencing factors, and nursing interventions: Prospective results of 744 hemodialysis sessions. *Ir J Med Sci* 2020; 189(4): 1471-76. doi:10.1007/s11845-020-02249-9
19. Neuman B. The Neuman systems model in research and practice. *Nurs Sci Q* 1996; 9(2): 67-70. doi:10.1177/089431849600900207
20. Buathong C, Trakulsuntornchai W, Chintapanyakun T, Janphram C. Albumin and normalized protein catabolic rate (nPCR) in patients with end stage renal disease receiving hemodialysis: 24 months retrospective study. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2021; 22(3): 433-42. (in Thai)
21. Nelson RH. Hyperlipidemia as a risk factor for cardiovascular disease. *Prim Care* 2013; 40(1): 195-211. doi:10.1016/j.pop.2012.11.003

คุณภาพบริการพยาบาลของผู้ป่วยที่มารับบริการในหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลด่านช้าง

พิมพ์สุภาวงศ์ บุญประจวบ* พย.บ.

ลำยอง อินทร์ใจเอื้อ** พย.บ.

บทคัดย่อ:

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาระดับคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มารับบริการหอผู้ป่วยพิเศษบรรหารแจ่มใส โรงพยาบาลด่านช้าง ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยพิเศษบรรหารแจ่มใส โรงพยาบาลด่านช้าง อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 106 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย มีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .90 มีค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบรอก เท่ากับ .91 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย

ผลการวิจัย พบว่าคุณภาพบริการพยาบาลของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลด่านช้าง ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 3.57, SD = 0.39) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านคุณลักษณะของพยาบาลมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = 3.61, SD = 0.50) รองลงมาคือ ด้านกิจกรรมที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วย และด้านสิ่งแวดล้อมมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน (Mean = 3.59, SD = 0.72) ด้านความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย (Mean = 3.55, SD = 0.55) และด้านความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย (Mean = 3.51, SD = 0.55) ตามลำดับ

คำสำคัญ: คุณภาพบริการพยาบาล, หอผู้ป่วยพิเศษ, การรับรู้ของผู้ป่วย

*Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยพิเศษบรรหารแจ่มใส กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลด่านช้าง, pimsupangkkp@gmail.com

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลด่านช้าง

วันที่รับบทความ 5 กุมภาพันธ์ 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 7 พฤษภาคม 2567 วันตอบรับบทความ 13 พฤษภาคม 2567

Quality of Nursing Services for Patients Receiving Services in Private Ward at Danchang Hospital

Pimsupang Boonprajuab B.N.S.*

*Lumyong Indrachi-ea** B.N.S.*

Abstract:

The objective of the survey research was to study the quality of nursing service levels from perception of patients who hospitalized at Banharnjamsai private unit, Danchang hospital. The samples were 106 hospitalized patients at Banharnjamsai private unit, Danchang hospital. They were selected by using purposive sampling technique. Research instrument was the perceived quality of nursing service questionnaire. Its content validity index was .90. The internal consistency reliability was tested by Cronbach's alpha found as .91. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results found that the mean score of the perceived quality of nursing service among hospitalized patients at Banharnjamsai private unit, Danchang hospital was high level (Mean = 3.57, SD = 0.39). Considering each aspect ordered from the highest to the least, nurses' characteristics (Mean = 3.61, SD = 0.50), activity related to nursing care (Mean = 3.59, SD = 0.72), readiness in providing nursing care (Mean = 3.55, SD = 0.55), and continuing nursing care (Mean = 3.51, SD = 0.55), respectively.

Keyword: Quality of Nursing Services, Private Unit, Perception of Patient

*Corresponding author, Expert Professional Nurse, Banharnjamsai Private Unit, Nursing Service Department, Danchang hospital,

E-mail: pimsupangkkp@gmail.com

**Expert Professional Nurse, Head Nurse of Banharnjamsai Private Unit, Nursing Service Department, Danchang hospital

Received February 5, 2024 Revised May 7, 2024 Accepted May 13, 2024

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันคุณภาพบริการพยาบาลเป็นสิ่งที่สถานบริการ สุขภาพทั่วโลกให้ความสนใจและให้ความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคปัจจุบันที่ความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีจนทำให้เกิดการสื่อสารที่ไร้พรมแดน รวมทั้งการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation: HA) มาตรฐาน ISO (International Organization for Standardization: ISO) และการรับรอง มาตรฐานสากล JCI (Joint Commission International: JCI) เพื่อให้มีกระบวนการทำงานและการดูแลผู้ป่วยซึ่งเน้น การนำมาตรฐานวิชาชีพและความรู้ที่ทันสมัยมาตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ จึงจะถือได้ว่าโรงพยาบาลเป็นสถานบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ทุกหน่วยงานสหสาขาวิชาชีพจึงต้องมีการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ บริการพยาบาลเป็นระบบย่อยที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ในการขับเคลื่อนการให้บริการสุขภาพ คุณภาพบริการพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นมาตรฐานในวิชาชีพพยาบาล¹

คุณภาพบริการพยาบาลเป็นการรับรู้ของผู้รับบริการ ในที่นี้คือ ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล เกี่ยวกับการให้บริการจากพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการจำเป็นของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยได้เปรียบเทียบความคาดหวังในการบริการกับการบริการที่ได้รับจริง หากการบริการที่ได้รับจริงสูงกว่าหรือเท่ากับความคาดหวังถือว่าการบริการนั้นมีคุณภาพ^{1,2} ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจจากคุณภาพบริการที่ได้รับจริง^{3,4} ตามแนวคิดของ Parasuraman et al.^{4,5} ได้ชี้ให้เห็นว่าคุณภาพการบริการเป็นการให้บริการที่มากกว่าหรือตรงกับความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นเรื่องของการประเมินหรือการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นเลิศของการบริการในลักษณะของภาพรวมในมิติตามการรับรู้ของผู้บริโภค ทั้งนี้ อนุวัฒน์ สุขหุดิกุล และคณะ⁷ ระบุว่าคุณภาพบริการที่ดีควรมีองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณลักษณะของพยาบาล ด้านกิจกรรมที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วย ด้านความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า คุณภาพบริการพยาบาลมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริบทของระดับโรงพยาบาล สำหรับโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิส่วนใหญ่มีคุณภาพบริการพยาบาลอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด เช่น การศึกษาของโรงพยาบาลเสลภูมิ พบว่า คุณภาพบริการพยาบาลของโรงพยาบาลเสลภูมิภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านบริการที่รวดเร็วมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือด้านบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ และด้านบริการทั่วถึง และด้านบริการที่ถูกต้อง ตามลำดับ⁸ ผลการศึกษาของโรงพยาบาลศิริรัฐนิคม พบว่า คุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลศิริรัฐนิคมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านคุณลักษณะของพยาบาล ด้านความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาด้านกิจกรรมที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วย และด้านความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก⁹ สอดคล้องกับคุณภาพบริการพยาบาลของโรงพยาบาลค่ายสุรนารี พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

เช่นเดียวกัน¹⁰ และผลการศึกษาของโรงพยาบาลนภลัย พบว่า ความคาดหวังคุณภาพบริการพยาบาลในรายด้านและในภาพรวมทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับมากที่สุด การรับรู้คุณภาพบริการ รายด้านและในภาพรวมอยู่ในระดับมาก¹¹ จากที่กล่าวมาข้างต้น คุณภาพบริการพยาบาลแต่ละงานวิจัยมีมิติการประเมินที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล แต่ทุกงานวิจัยสะท้อนว่าโรงพยาบาลมีคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย

สำหรับหอผู้ป่วยพิเศษบรรหารแจ่มใส โรงพยาบาลด่านช้าง เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ให้บริการรักษาและดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติกรรม และกุมารเวชกรรม จากสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการปี 2565 พบว่า มีความพึงพอใจโดยรวมร้อยละ 87.57 แต่การรายงานผลความพึงพอใจที่โรงพยาบาลด่านช้างนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ได้มาจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามแบบภาพรวม ไม่ได้แยกตามสาขาวิชาชีพ ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการพัฒนาและปรับปรุงต่อไปในอนาคต โดยเฉพาะการปรับปรุงการทำงานของแพทย์และพยาบาล ไม่มีทิศทางในการปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาล การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มารับบริการหอผู้ป่วยพิเศษบรรหารแจ่มใส โรงพยาบาลด่านช้าง โดยใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพบริการพยาบาลที่สะท้อนการทำงานของพยาบาลที่ชัดเจน

คำถามงานวิจัย

คุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มารับบริการหอผู้ป่วยพิเศษบรรหารแจ่มใส โรงพยาบาลด่านช้างอยู่ในระดับใด

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาระดับคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มารับบริการหอผู้ป่วยพิเศษบรรหารแจ่มใส โรงพยาบาลด่านช้าง

กรอบแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดคุณภาพการบริการของอนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และคณะ⁷ กล่าวว่า คุณภาพการบริการที่มีแนวคิดบนพื้นฐานจากความแตกต่างระหว่างสิ่งที่คาดหวังและกับสิ่งที่ได้รับจริง และยังมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังของผู้ป่วยในฐานะผู้รับบริการ ได้แก่ คำบอกเล่าปากต่อปาก (word of mouth communication) ความต้องการส่วนบุคคล (personal need) ประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา (past experience) และการสื่อสารสู่ภายนอกจากผู้ให้บริการ (external communication to customers) ส่งผลให้เกิดความคาดหวัง และคุณภาพการบริการที่ผู้ป่วยจะได้รับจริง (perceived service) การรับรู้คุณภาพการบริการพยาบาลมีองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณลักษณะของพยาบาล ด้านกิจกรรมที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วย ด้านความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้การวิจัยเชิงสำรวจ (survey research)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการและเข้ารับการรักษากลับเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลด่านช้าง อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยพิเศษบรรหาร แจ่มใส โรงพยาบาลด่านช้าง อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี การกำหนดขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป n4Studies ที่พัฒนาโดยหน่วยระบาดวิทยาคลินิก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้วิจัยทราบจำนวนประชากรชัดเจน (finite population) คือ จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่หอผู้ป่วยพิเศษบรรหาร แจ่มใส โรงพยาบาลด่านช้าง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2566 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2566 มีจำนวน 270 คน มีสัดส่วนผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 248 คน คิดเป็นสัดส่วนประมาณ .92 ($p = .92$) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยอมรับความคลาดเคลื่อนได้ร้อยละ 5 ($error = .05$) ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 106 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) มีเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เพศชาย/หญิง มีอายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ประเภท 1-3 (ประเมินโดยเกณฑ์การแยกประเภทคนไข้พักรักษาในโรงพยาบาลของกองการพยาบาล) ตามบริบทของหอผู้ป่วยพิเศษ
3. สื่อสารภาษาไทย
4. ยินดีเข้าร่วม โครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยที่มีอาการมีสัญญาณชีพไม่ปกติที่จำเป็นต้องย้ายไปหอผู้ป่วยวิกฤติหรือหอผู้ป่วยอื่น
2. ผู้ป่วยที่นอนพักรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษไม่ถึง 24 ชั่วโมง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ส่วนประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลด่านช้างในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา การวินิจฉัยโรคที่เข้ารับการรักษานับจำนวนวันที่เข้ารับการรักษานี้ และจำนวนครั้งที่แพทย์เจ้าของไข้มาเยี่ยม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้วิจัยใช้ของวัดคุณภาพ อัครเดชนันต์ และรัตนาวดี ชอนอนันต์¹² เป็นมาตรฐานค่า 4 ระดับ (rating's scale) คือ น้อยที่สุด น้อย มาก และมากที่สุด ประกอบด้วยข้อคำถาม 50 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณลักษณะของพยาบาล 7 ข้อ 2) ด้านกิจกรรมที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วย 19 ข้อ 3) ด้านความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย 8 ข้อ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม 7 ข้อ 5) ด้านความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย 9 ข้อ มีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .90 มีความเที่ยงโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค เท่ากับ 0.91 มีเกณฑ์ในการแปลคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.00 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง มีความพึงพอใจ ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด/ควรปรับปรุง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลในการวิจัยต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลด่านช้าง ก่อนทำการเก็บข้อมูล

2. หลังจากได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูลผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยอีก 1 ท่านซึ่งปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลในหอผู้ป่วยพิเศษ แนะนำตนเองสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

3. เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยแจกแบบสอบถามให้ผู้ป่วยโดยระหว่างตอบแบบสอบถาม ผู้ป่วยสามารถซักถามข้อสงสัยจากผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยได้ หากผู้ป่วยไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยสามารถอ่านข้อคำถามในแบบสอบถามโดยไม่มีการชี้นำ แล้วบันทึกข้อคำตอบของผู้ป่วยในแบบสอบถามตามความเป็นจริง โดยการตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 20-25 นาที

4. ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือตั้งแต่วันที่ 9 พฤษภาคม 2566 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2566

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ 41/2566 COA No. 33/2566 วันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยได้ลงนามเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับจากการรักษาปกติ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลโดยภาพรวม เพื่อผลประโยชน์ทางการแพทย์และการพยาบาลแก่ผู้ป่วยในอนาคต

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์คุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.09) มีอายุเฉลี่ย 47.19 (SD = 19.09) ปี เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุ พบว่า ช่วงอายุ 31-40 ปี มีค่ามากที่สุด (ร้อยละ 20.75) รองลงมาคือ ช่วงอายุ 21-30 ปี (ร้อยละ 19.81) และช่วงอายุ 41-50 ปี และช่วงอายุ 51-60 ปี มีจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 14.15) มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 33.96) รองลงมาคือ ปริญญาตรี (ร้อยละ 29.25) และมัธยมศึกษา

ตอนปลาย/เทียบเท่า (ร้อยละ 19.81) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 62.26) ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 23.58) รองลงมาคือ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 20.75) และลูกจ้าง/ลูกจ้างเอกชน (ร้อยละ 18.87) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาแยกกลุ่มโรคผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึมพบมากที่สุด (ร้อยละ 21.70) รองลงมาคือ กลุ่มโรคระบบย่อยอาหาร (ร้อยละ 16.98) และกลุ่มโรคระบบไหลเวียนโลหิต (ร้อยละ 16.04) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาจำนวนครั้งที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.94 (SD = 2.26) หรืออยู่ในช่วง 1-3 ครั้ง มากที่สุด (ร้อยละ 92.46) มีจำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในช่วง 1-14 วัน มากที่สุด (ร้อยละ 96.23) (Mean = 6.20, SD = 11.23) จำนวนครั้งแพทย์เข้าเยี่ยมต่อวัน ส่วนใหญ่เยี่ยม 1 ครั้งต่อวัน (ร้อยละ 97.20) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 106)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	37	34.91
หญิง	69	65.09
อายุ (ปี)		
18 - 20 ปี	5	4.72
21 - 30 ปี	21	19.81
31 - 40 ปี	22	20.75
41 - 50 ปี	15	14.15
51 - 60 ปี	15	14.15
61 - 70 ปี	13	12.26
71 - 80 ปี	11	10.38
81 - 90 ปี	4	3.78
Mean = 47.19, SD = 19.09, Min-Max = 18-90		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	3	2.83
ประถมศึกษา	36	33.96
มัธยมศึกษาตอนต้น/เทียบเท่า	11	10.38
มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า	21	19.81
ปริญญาตรี	31	29.25
ปริญญาโท	4	3.77
สถานภาพ		
โสด	22	20.76
สมรส	66	62.26
หม้าย/หย่า/แยก	18	16.98

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 106) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ว่างงาน	18	16.98
เกษตรกรกรรม	25	23.58
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	22	20.75
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	14	13.22
ลูกจ้าง/ลูกจ้างเอกชน	20	18.87
นักศึกษา	3	2.83
พระภิกษุ	4	3.77
วินิจฉัยโรคที่เข้ารับการรักษา		
กลุ่มโรกระบบต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม	23	21.70
กลุ่มโรกระบบย่อยอาหาร	18	16.98
กลุ่มโรกระบบไหลเวียนโลหิต	17	16.04
กลุ่มโรกระบบหายใจ	3	2.83
กลุ่มโรกระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	9	8.49
กลุ่มโรกระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ	6	5.66
กลุ่มโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุจรรยา	10	9.43
กลุ่มอาการและอาการแสดง	2	1.89
กลุ่มโรกระบบผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	14	13.21
กลอดบุตร	4	3.77
จำนวนครั้งที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย		
1 - 3 ครั้ง	98	92.46
4 - 6 ครั้ง	4	3.77
มากกว่า 6 ครั้ง	4	3.77
Mean = 1.94, SD = 2.26, Median = 1, Min-Max = 1-18		
จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในครั้งนี้		
1 - 14 วัน	102	96.23
15 - 110 วัน	4	3.77
Mean = 6.20, SD = 11.23, Min-Max = 1-110		
จำนวนครั้งแพทย์เข้าเยี่ยม/วัน		
1 ครั้ง	103	97.20
2 ครั้ง	2	1.90
3 ครั้ง	1	0.90

2. คุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มารับบริการหอผู้ป่วยพิเศษบรรหาร แจ่มใส โรงพยาบาลด่านช้าง

ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพบริการพยาบาลของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลด่านช้าง ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 3.57, SD = 0.39) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านคุณลักษณะของพยาบาลมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = 3.61, SD = 0.50) รองลงมาคือ ด้านกิจกรรมที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วย และด้านสิ่งแวดล้อมมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน (Mean = 3.59, SD = 0.72) ด้านความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย (Mean = 3.55, SD = 0.55) และด้านความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย (Mean = 3.51, SD = 0.55) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า 3 อันดับแรกที่มีคุณภาพการพยาบาลสูงที่สุด คือ พยาบาลแสดงพฤติกรรมที่สุภาพและยิ้มแย้มแจ่มใส (Mean = 3.70, SD = 0.48) รองลงมาคือ พยาบาลไม่นำความลับหรือเรื่องราวเกี่ยวกับตัวฉัน ไปเปิดเผยกับผู้อื่น (Mean = 3.67, SD = 0.58) และพยาบาลสนับสนุนและให้กำลังใจฉันในขณะที่ให้การดูแลรักษาอย่างเต็มที่ (Mean = 3.66, SD = 0.48) ให้อาหารและให้การดูแลเพื่อลดความเจ็บปวดอย่างเพียงพอ (Mean = 3.66, SD = 0.49) พยายามดูแลไม่ให้ฉันถูกรบกวนโดยผู้ป่วยอื่น ๆ ที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยเดียวกัน (Mean = 3.66, SD = 0.50) และไม่ได้ถูกรบกวนโดยเสียงของบุคลากรพยาบาลที่พูดคุยกันเองในขณะที่ให้การพยาบาล (Mean = 3.66, SD = 0.55) ส่วนข้อที่ต่ำที่สุด คือ ได้รับเอกสารแนะนำ (แผ่นพับหรือคู่มือ) ในการปฏิบัติตัว/การดูแลตัวเองที่บ้านที่ชัดเจน (Mean = 3.27, SD = 0.72) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มารับบริการหอผู้ป่วยพิเศษ บรรหาร แจ่มใส โรงพยาบาลด่านช้าง

คุณภาพบริการพยาบาล	ระดับความคิดเห็น		
	Mean	SD	แปลค่า
ด้านคุณลักษณะของพยาบาล	3.61	0.50	มากที่สุด
1. พยาบาลได้แสดงความสนใจอย่างจริงจังในความสุขสบายของฉัน	3.58	0.51	มากที่สุด
2. พยาบาลระมัดระวังและให้ความเอาใจใส่ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามหน้าที่/ภารกิจ	3.64	0.50	มากที่สุด
3. พยาบาลตอบคำถามฉันอย่างถูกต้องตรงประเด็น	3.55	0.54	มากที่สุด
4. พยาบาลเป็นคนที่มีความซื่อสัตย์ในขณะที่ให้การพยาบาล	3.55	0.50	มากที่สุด
5. พยาบาลมีความน่าเชื่อถือและรักษาสัญญาณที่ให้	3.60	0.49	มากที่สุด
6. พยาบาลแสดงพฤติกรรมที่สุภาพและยิ้มแย้มแจ่มใส	3.70	0.48	มากที่สุด
7. พยาบาลเป็นคนที่มีระเบียบและเรียบร้อย	3.64	0.48	มากที่สุด
ด้านกิจกรรมที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วย	3.59	0.72	มากที่สุด
1. พยาบาลอธิบายเกี่ยวกับการดูแลรักษา	3.64	0.50	มากที่สุด
2. พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง	3.58	0.53	มากที่สุด
3. พยาบาลให้เอกสารที่เป็นคำแนะนำหรือคู่มือเกี่ยวกับการดูแลและการรักษาอย่างเพียงพอ	3.37	0.71	มาก

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์หรัสระดับคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มารับบริการหอผู้ป่วยพิเศษ
บรรหาร แจ่มใส โรงพยาบาลด่านช้าง (ต่อ)

คุณภาพบริการพยาบาล	ระดับความคิดเห็น		
	Mean	SD	แปลค่า
4. พยาบาลปฏิบัติกรพยาบาลอย่างคล่องแคล่วว่องไว	3.63	0.48	มากที่สุด
5. พยาบาลให้ยาและให้การดูแลเพื่อลดความเจ็บปวดอย่างเพียงพอ	3.66	0.49	มากที่สุด
6. พยาบาลได้ปรึกษาเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลรักษาที่เกี่ยวกับตัวฉัน	3.57	0.53	มากที่สุด
7. พยาบาลได้พูดคุยเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคและผลของการดูแลรักษาฉัน	3.58	0.60	มากที่สุด
8. พยาบาลประเมินผลการดูแลรักษาพร้อมกับตัวฉันและ/หรือญาติของฉัน	3.58	0.53	มากที่สุด
9. พยาบาลได้แนะนำฉันให้เฝ้าระวัง/สังเกตอาการ ของตนเองและแจ้งให้บุคลากร การพยาบาลรับทราบ เกี่ยวกับความรู้สึกรของตนเอง	3.58	0.53	มากที่สุด
10. พยาบาลให้ความช่วยเหลือแก่ฉันในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง	3.48	0.56	มาก
11. พยาบาลมีการส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับตัวฉันเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องภายในหอผู้ป่วย	3.52	0.52	มากที่สุด
12. พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแก่ฉันอย่างสม่ำเสมอ	3.59	0.51	มากที่สุด
13. พยาบาลรับฟังเมื่อฉันต้องการพูดเกี่ยวกับปัญหาของตัวฉัน	3.58	0.53	มากที่สุด
14. พยาบาลไม่เพียงแต่ให้ความใส่ใจตัวฉันใน ในฐานะผู้มารับบริการแต่ได้ให้ ความสำคัญกับตัว ฉันในฐานะของบุคคลคนหนึ่ง	3.49	0.56	มาก
15. พยาบาลดูแลให้ฉันได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ	3.58	0.50	มากที่สุด
16. พยาบาลมีทัศนคติที่ดีและยินดีให้ความช่วยเหลือในสิ่งที่ฉันร้องขอ	3.62	0.51	มากที่สุด
17. พยาบาลไม่ได้นำความลับหรือเรื่องราวเกี่ยวกับตัวฉันไปเปิดเผยกับผู้อื่น	3.67	0.58	มากที่สุด
18. พยาบาลสนับสนุนและให้กำลังใจฉัน ในขณะที่ให้การดูแลรักษาอย่างเต็มใจ	3.66	0.48	มากที่สุด
19. พยาบาลช่วยเบี่ยงเบนความสนใจโดยการช่วย ให้ฉันมองหาสิ่งที่ดีในสถานการณ์การ เจ็บป่วย ที่กำลังเผชิญ	3.51	0.57	มากที่สุด
ด้านความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย	3.55	0.55	มากที่สุด
1. พยาบาลได้แสดงความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีความทันสมัย	3.59	0.53	มากที่สุด
2. พยาบาลจูงใจให้ฉันให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล	3.52	0.59	มากที่สุด
3. โรงพยาบาลมีจำนวนบุคลากรที่มีความสามารถเพียงพอที่จะให้การดูแลฉันได้ เป็นอย่างดี	3.50	0.59	มาก
4. พยาบาลมีเวลาให้ฉันอย่างเพียงพอ	3.53	0.57	มากที่สุด
5. พยาบาลแสดงให้เห็นว่ามีความเชี่ยวชาญอย่างแท้จริงในการดูแลฉัน	3.62	0.52	มากที่สุด
6. พยาบาลพยายามเข้าใจสถานการณ์และชีวิตส่วนตัวของฉัน	3.52	0.57	มากที่สุด
7. พยาบาลแสดงให้เห็นว่าเป็นผู้มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน	3.59	0.51	มากที่สุด
8. พยาบาลได้คำนึงถึงประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งก่อนของฉัน ขณะให้การพยาบาล	3.56	0.54	มากที่สุด

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์หรัสระดับคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มารับบริการหอผู้ป่วยพิเศษ
บรรหาร แจ่มใส โรงพยาบาลด่านช้าง (ต่อ)

คุณภาพบริการพยาบาล	ระดับความคิดเห็น		
	Mean	SD	แปลค่า
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.59	0.56	มากที่สุด
1. ฉันรู้สึกปลอดภัยและมีความมั่นใจขณะที่อยู่ในหอผู้ป่วย	3.58	0.52	มากที่สุด
2. พยาบาลให้การพยาบาลแก่ฉันโดยไม่เร่งรีบ/รีบร้อน	3.36	0.83	มาก
3. พยาบาลรักษาสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้เงียบสงบ	3.64	0.52	มากที่สุด
4. ฉันไม่ได้ถูกรบกวนโดยเสียงของบุคลากรพยาบาลที่ พุดคุยกันเอง ในขณะที่ให้การพยาบาล	3.66	0.55	มากที่สุด
5. พยาบาลสร้างบรรยากาศในหอผู้ป่วยให้ฉัน มีความรู้สึกผ่อนคลาย	3.60	0.51	มากที่สุด
6. พยาบาลพยายามดูแลไม่ให้ฉันถูกรบกวนโดย ผู้ป่วยอื่น ๆ ที่นอนพักรักษาตัว ในหอผู้ป่วยเดียวกัน	3.66	0.50	มากที่สุด
7. ฉันได้รับการดูแลจากพยาบาลที่ได้ถูกมอบหมาย ให้ทำหน้าที่ดูแลฉัน	3.63	0.50	มากที่สุด
ด้านความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย	3.51	0.58	มากที่สุด
1. พยาบาลเข้ามาพบฉันทันทีที่ฉันร้องขอ	3.64	0.48	มากที่สุด
2. ฉันได้รับการต้อนรับใน โรงพยาบาลอย่างเป็น กันเอง/เป็นมิตร	3.60	0.53	มากที่สุด
3. เมื่อฉันมาถึงหอผู้ป่วย ฉันรู้สึกว่าได้รับการต้อนรับ โดยการพูดคุยกับบุคลากร ทางการพยาบาลอย่างรวดเร็ว	3.58	0.57	มากที่สุด
4. เมื่อฉันมาถึงหอพยาบาล ได้จัดการให้ฉัน ได้พบกับแพทย์ผู้รักษา อย่างรวดเร็ว	3.45	0.62	มาก
5. ฉันได้รับการตรวจรักษาและ/หรือ ได้รับการผ่าตัด อย่างรวดเร็ว	3.53	0.57	มากที่สุด
6. ฉันได้รับการอนุญาตให้พักรักษาตัวใน โรงพยาบาล นานพอที่จะทำให้ฉันมีอาการดีขึ้น	3.57	0.52	มากที่สุด
7. ฉันได้รับเอกสารแนะนำ (แผ่นพับหรือคู่มือ) ในการปฏิบัติตัว/การดูแลตัวเองที่บ้าน ที่ชัดเจน	3.27	0.72	มาก
8. ฉันรับรู้เกี่ยวกับอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน ที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน พร้อมทั้งรู้ วิธีที่จะจัดการกับอาการนั้น	3.42	0.58	มาก
9. ฉันรู้ว่าควรจะปฏิบัติตัวอย่างไรเพื่อที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน	3.50	0.59	มาก
โดยรวม	3.57	0.39	มากที่สุด

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบประเด็นสำคัญสามารถสรุปได้ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้
ระดับคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มารับบริการหอผู้ป่วยพิเศษบรรหาร แจ่มใส
โรงพยาบาลด่านช้าง พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 3.57, SD = 0.39) ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาล
ให้การดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมุ่งเน้นการบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล
ตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วย และมีการสร้างวัฒนธรรมองค์กรเพื่อนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

มีแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย ทำให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ส่งเสริมให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และเป็นกำลังสำคัญของการดูแล เป็นผู้ประสานงานให้กับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทั้ง 4 มิติ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้¹³ สอดคล้องกับการศึกษาของสุทัศน์ พลक्षा และคณะ⁸ พบว่า คุณภาพบริการพยาบาลของโรงพยาบาลเสลภูมิโดยรวมอยู่ในระดับมาก และการศึกษาของพรทิพย์ รักณรงค์⁹ พบว่า คุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลศิริรัฐนิคม โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านคุณลักษณะของพยาบาลมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านกิจกรรมที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วย และด้านสิ่งแวดล้อมมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน ด้านความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย และด้านความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ตามลำดับ ผู้วิจัยขออภิปรายเป็นรายด้าน ดังนี้

ด้านคุณลักษณะของพยาบาลพบว่า ด้านคุณลักษณะของพยาบาลมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = 3.61, SD = 0.50) ทั้งนี้เนื่องจากหอผู้ป่วยได้มุ่งเน้นพฤติกรรมบริการที่ดีต่อผู้ป่วย โดยผู้บริหาร โรงพยาบาลมีนโยบายให้ส่งเสริมพฤติกรรมบริการที่ดี มีการจัดอบรม/ส่งอบรมพัฒนาคุณภาพการบริการแก่พยาบาลทุกปีอย่างต่อเนื่อง มีการส่งเสริมให้บุคลากรมีบุคลิกภาพต่อพฤติกรรมบริการที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยไม่ขัดต่อการรักษา นอกจากนี้ หอผู้ป่วยมีนโยบายให้พยาบาลแต่งตัวให้ดูกระเปียบ แต่งกายสะอาด ร่วมกับการส่งเสริมให้มีคุณลักษณะบริการที่ดี เช่น การยิ้มแย้ม ใช้ภาษาสุภาพ มีมารยาทในการเข้าและออกจากห้องผู้ป่วย เป็นต้น สอดคล้องกับงานวิจัยของพรทิพย์ รักณรงค์⁹ พบว่า คุณลักษณะของพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด ดังนั้นคุณภาพบริการพยาบาลจำเป็นต้องมีการส่งเสริม พัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อเกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการสูงสุด

ด้านกิจกรรมที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยและด้านสิ่งแวดล้อมพบว่า มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากหอผู้ป่วยพยาบาลได้รับการส่งเสริม สนับสนุนให้มีการอบรมและฟื้นฟูความรู้ตามมาตรฐานวิชาชีพ ทำให้พยาบาลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับแพทย์สหวิชาชีพในโรงพยาบาลและเครือข่าย และมีแนวปฏิบัติพยาบาลที่ช่วยให้ออกองค์ความรู้ในการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ ตรงความต้องการของผู้ป่วย ส่วนทางด้านสิ่งแวดล้อม หอผู้ป่วยมีการจัดสภาพแวดล้อมที่สะอาด ห้องพักสี่นอน โยน มีเตียงนอนที่สุขสบาย มีเสียงรบกวนน้อย บรรยากาศในห้องเงียบสงบ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย สอดคล้องกับงานวิจัยของพรทิพย์ รักณรงค์⁹ พบว่า สิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับมากที่สุด ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องพัฒนาความรู้ทักษะทางการพยาบาล เทคโนโลยีและการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติให้ได้รับความรู้ ความเข้าใจให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาพยาบาลมีความมั่นใจสามารถดูแลตนเองต่อเนื่องได้ การจัดการสิ่งแวดล้อมโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางไม่ขัดต่อแผนการรักษาและส่งเสริมผู้ป่วยมีความปลอดภัยสูงสุด

ด้านความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยพบว่า มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลหอผู้ป่วย มีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านองค์ความรู้ และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีแนวปฏิบัติ และมีการมอบหมายงาน หน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจน พยาบาลได้มีการเพิ่มพูนทักษะต่างๆ ความรู้

ทางวิชาการอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับงานวิจัยของพรทิพย์ รัศมีรงค์ พบว่า ความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย อยู่ในระดับมากที่สุด ดังนั้น พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะประสบการณ์การปฏิบัติงานที่มีความทันสมัย การจัดสรรทีมและอัตรากำลังที่เหมาะสมเพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำเสนอต่อผู้บริหาร โรงพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลด่านช้าง โดยนำเสนอชุดความรู้ที่ได้จากการศึกษาให้ผู้ปฏิบัติรับทราบเพื่อเป็นขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน สร้างความมั่นใจในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องภายในหน่วยงาน ปรับปรุงแก้ไขในจุดที่ยังมีความบกพร่อง สนับสนุนให้มีการศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลในทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลด่านช้างให้ครบทุกด้าน เพื่อคุณภาพบริการพยาบาลที่มีคุณภาพได้มาตรฐานยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งถัดไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มารับบริการในหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลด่านช้าง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสามารถนำมาใช้วางแผนพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลให้มีคุณภาพได้มาตรฐานครอบคลุมทุกด้านยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Fatima I, Humayun A, Iqbal U, Shafiq M. Dimensions of service quality in healthcare: A systematic review of literature. *Int J Qual Health Care* 2019; 31(1): 11-29. doi:10.1093/intqhc/mzy125
2. Seth N, Deshmukh SG, Vrat P. Service quality models: A review. *International Journal of Quality & Reliability Management* 2005; 22(9): 913-49.
3. Crongwiriyapap W, Ratchukul S. Nursing service quality at out-patient units private hospitals, Bangkok Metropolis. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2015; 16(2): 97-105. (in Thai)
4. Fitzsimmons JA, Fitzsimmons M. *Service management: Operations, strategy, information technology*. 7th ed. Boston: Irwin McGraw-Hill; 2010.
5. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing* 1985; 49(4): 41-5.
6. Parasuraman A, Berry LL, Zeithaml VA. Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Retailing* 1991; 67(4): 57-67.
7. Supachutikul A. *Way of hospital Accreditation: Manual of practice*. 2nd ed. Nonthaburi: Design; 2001. (in Thai)

8. Polkacha S, Nikompittaya S, Saiyaros R. The relationship of service and development of Selaphum Hospital, Selaphum District Roi Et Province. Journal of Pacific Institute of Management Science 2021; 7(2): 320-8. (in Thai)
9. Ruknarong P. Nursing care quality as perceived by hospitalized patients in Kiriratnikhom Hospital, Suratthani Province. Medical Journal Region 11 2013; 7(3): 383-95. (in Thai)
10. Somudorn K, Jitnom S. The effect of service quality on behavioral intention of fort Suranari hospital users. Journal of Nakhonratchasima College (Humanities and Social Sciences) 2022; 16(1): 33-45. (in Thai)
11. Makaluck B. Expectation and perception of patients regarding to service quality, inpatient department, Napalai hospital. Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal 2018; 3(2): 19-27. (in Thai)
12. Akkadechanunt T, Chontawan R. A tool of quality service by perception customers. Chiangmai: Faculty of Nursing, Chiangmai University; 2006. (in Thai)
13. Leinonen T, Leino-Kilpi H, Ståhlberg MR, Lertola K. The quality of perioperative care: development of a tool for the perceptions of patients. J Adv Nurs 2001; 35(2): 294-306. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01846.x

ผลลัพธ์ทางคลินิกของการใช้ระบบการเตรียมความพร้อมก่อนระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว โดยวิสัญญีพยาบาล : การศึกษาย้อนหลัง 3 เดือน

สุนิษา ศรีบุญเพ็ง* พย.บ.

เมษิยา ภูผา** พย.บ.

เสาวลักษณ์ คู่ยสมใจ** พย.บ.

บทคัดย่อ:

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ความปวดและภาวะแทรกซ้อนภายหลังใช้ระบบการเตรียมความพร้อมก่อนระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวโดยวิสัญญีพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว ในโรงพยาบาลด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2566 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 54 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ ระบบการเตรียมความพร้อมก่อนระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวโดยวิสัญญีพยาบาล และแบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความปวดหลังการผ่าตัดสูงสุด อยู่ในช่วงแรกรับในห้องพักฟื้น 15 นาที และ 30 นาที (Mean = 6.93, 7.31, 6.48 SD = 2.24, 1.99, 2.30 ตามลำดับ) รองลงมาคือ มีระดับคะแนนความปวดอยู่ในระดับปานกลาง ในช่วงเวลา 45 นาทีและ 60 นาที (Mean = 5.57, 4.65 และ SD = 1.99, 2.09 ตามลำดับ) และภายหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีระดับคะแนนความปวดอยู่ในระดับต่ำ มากกว่าครึ่งจัดการความปวดโดยใช้ยา ในช่วงแรกรับในห้องพักฟื้นมากที่สุด (ร้อยละ 77.78) รองลงมาคือ 15 นาที และ 30 นาที (ร้อยละ 66.67, 29.63) ตามลำดับ โดยส่วนมากได้รับยาบรรเทาอาการปวดชนิด Morphine (ร้อยละ 70.37) ส่วนหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงหลัง ตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีการจัดการความปวด (ร้อยละ 50.00) และทุกรายไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังเข้ารับบริการทางวิสัญญี (ร้อยละ 100) ข้อเสนอแนะ ดังนั้น วิสัญญีพยาบาล ควรให้ความสำคัญกับการประเมินระดับความปวด เพื่อให้การจัดการความปวดที่เหมาะสม และทันทั่วทั้งที่ ป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นตามมา

คำสำคัญ: ผลลัพธ์ทางคลินิก, ระบบการเตรียมความพร้อมก่อนระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว, วิสัญญีพยาบาล

*Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานวิสัญญี กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลด่านช้าง, Sunisanick@outlook.com

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานวิสัญญี กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลด่านช้าง

วันที่รับบทความ 15 กุมภาพันธ์ 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 4 เมษายน 2567 วันตอบรับบทความ 27 พฤษภาคม 2567

A Clinical Outcome of Using Preanesthetic Preparation System by Nurse Anesthetist: 3 Months Retrospective Study

Sunisa Sribunpang B.N.S.*

*Maysiya Phupha** B.N.S.*

*Saowaluk Cuysomjai** B.N.S.*

Abstract:

This retrospective study aimed to examine clinical outcomes including pain and incidence of complications after implementing the preanesthetic preparation system by nurse anesthetist. The participants were 54 patients who underwent surgery with general anesthesia at Dan Chang Hospital in Suphanburi Province, Thailand. Data were collected from January 1st, 2023 to March 31st, 2023. These participants were recruited by using a purposive sampling technique. The research instruments included the pre-anesthetic preparation system managed by nurse anesthetists and the clinical outcomes recording form. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The study findings revealed that the patients experienced the highest level of pain at the time of 1st, 15th, and 30th minute when staying in the recovery room (Mean = 6.93, 7.31, 6.48 and SD = 2.24, 1.99, 2.30 respectively). They experienced the moderate level of pain at the time of 45th and 60th minute (Mean = 5.57, 4.65 and SD = 1.99, 2.09 respectively). After underwent the operation for 24 hours, the patients experienced low level of pain. Over half of the patients, their felling of pain was managed by using medication at the time of 1st minute (77%), 15th minute (66.67%), and 30th minute (2.09 %) respectively. Mostly, pain was killed by using morphine (70.37%). After underwent the operation for 24 hours, half of the participants were damaged their pain (50%). None of them experienced complications after implementing the preanesthetic preparation system. The results of this study highlight that nurse anesthetists should emphasize pain assessment to be able manage it properly. It also assists nurse anesthetists to prevent unpleasant circumstances and unexpected complications

Keywords: Clinical Outcome, Preanesthetic Preparation System, Nurse Anesthetist

* *Corresponding author, Expert Professional Nurse, Anesthesia Unit, Nursing Service Department, Danchang hospital,*

E-mail: Sunisanick@outlook.com

** *Expert Professional Nurse, Anesthesia Unit, Nursing Service Department, Danchang hospital*

Received February 15, 2024 Revised April 7, 2024 Accepted May 27, 2024

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนระดับความรู้สึกรูปแบบทั่วตัวโดยวิสัญญีพยาบาล (Preanesthetic preparation) เป้าหมายหลักคือ ความปลอดภัยของผู้ป่วย ลดโอกาสเกิดการฟิการหรือภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก โดยการค้นหาและประเมินความเสี่ยง เตรียมความพร้อมเพื่อลดอันตรายหรือความเสี่ยงให้เหลือน้อยที่สุดเท่าที่ทำได้ สร้างความสัมพันธ์และความคุ้นเคยที่ดีระหว่างผู้ป่วย ญาติ และทีมวิสัญญี วางแผนการระงับความรู้สึกรวมถึงการดูแลอื่น ๆ ที่เหมาะสม การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลเพียงพอสำหรับการตัดสินใจ นอกจากนี้การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนระดับความรู้สึกรูปแบบทั่วตัวยังมีเป้าหมายครอบคลุมถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อการทนต่อการระงับความรู้สึกตลอดการผ่าตัดตามแผนที่วางไว้ รวมถึงทำให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย ถ้ามีการเตรียมความพร้อมที่ดี ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยย่อมดีตามมาสะท้อนผ่านการปวดลดลง และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว (General anesthesia; GA)

โดยในปัจจุบันมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะได้นอนโรงพยาบาลในคืนก่อน-หลังผ่าตัดลดลง เพื่อลดความแออัดของจำนวนเตียงในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความท้าทายในการให้บริการของวิสัญญีพยาบาลเป็นอย่างมาก เพราะจำเป็นต้องใช้เวลา และบุคลากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ในการค้นหาและประเมินความเสี่ยง เตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วย ก่อนการเข้ารับบริการทางวิสัญญี เพราะมีเช่นนั้นแล้วอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้ จากสภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและมีอันตรายถึงแก่ชีวิต ที่พบมีดังนี้ ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (cardiac arrest) 15.59 ต่อ 10,000 เสียชีวิต (death) 13.0 ต่อ 10,000 ภาวะใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ (reintubation) 11.1 ต่อ 10,000 ภาวะใส่ท่อช่วยหายใจเข้าหลอดอาหาร (esophageal intubation) 8.5 ต่อ 10,000 ภาวะใส่ท่อช่วยหายใจยาก (difficult intubation) 8.2 ต่อ 10,000 และ ภาวะไข้สูงอย่างรุนแรงที่เกิดจากการตอบสนองต่อยาเสพติด (malignant Hyperthermia) 1 ต่อ 200,000 ซึ่งทั้งหมดนี้ สัมพันธ์กับปัจจัยการเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับบริการทางวิสัญญีที่ไม่มีประสิทธิภาพรวมอยู่ด้วย¹

จากการศึกษาที่ผ่านมา มีการศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้แนวทาง แนวปฏิบัติทางคลินิก หรือโปรแกรม เพื่อจัดการความปวด ลดความวิตกกังวล ของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการผ่าตัด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบการเตรียมความพร้อมก่อนระดับความรู้สึกรูปแบบทั่วตัว เช่น การศึกษาของลัดดาวัลย์ พรรณสมัย และคณะ⁴ ได้พัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดของวิสัญญีพยาบาล สามารถลดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนวิกฤตของระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือดหลังได้รับยาระงับความรู้สึก ไม่พบอุบัติการณ์จี้ เลื่อนจากความไม่พร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวารุณา พุทธิรักษ์พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองหลังได้รับการเตรียมความพร้อมแบบมีแบบแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป มีระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญน้อยกว่าก่อนการทดลอง นอกจากนี้ ประไพศรี สายทอง⁶ ได้มีการศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการจัดการความปวดหลัง

ผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี พบว่า แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น สามารถลดความปวดและความต้องการยาแก้ปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นลดลง และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด

โรงพยาบาลด่านช้าง มีระบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดล่วงหน้า (elective case) โดย วิชาญพยาบาล (preanesthetic preparation) ประกอบด้วย 1) เมื่อมีส่งปรึกษาผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดได้ส่งข้อมูลผู้ป่วยเพื่อปรึกษาวิชาญพยาบาล ผ่านไลน์แอปพลิเคชัน (line application) มีการระบุตัวตนของผู้ป่วย อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการทำหัตถการพิเศษต่าง ๆ 2) วิชาญพยาบาลประเมินประวัติผู้ป่วยที่ผ่านมาในระบบอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล 3) วิชาญพยาบาลตรวจเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดล่วงหน้าก่อนได้รับบริการวิชาญ โดยมีการประเมินและรวบรวมข้อมูลโรคที่นำมาซึ่งการผ่าตัด ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการใช้ยาที่มีผลต่อการให้ยาระงับความรู้สึก อาการที่แสดงถึงพยาธิสภาพของระบบการทำงานของร่างกายผู้ป่วยทุกระบบ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 4) ประเมินผู้ป่วยตาม ASA class (American Society of Anesthesiologists) เพื่อประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการได้รับบริการวิชาญ 5) ให้ข้อมูลและคำแนะนำ การปฏิบัติตนและความเสี่ยงระหว่างการให้บริการทางวิชาญ เช่น ขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึก การออกฤทธิ์และผลข้างเคียงจากการให้ยาระงับความรู้สึก การดูแลตนเอง ก่อน-หลัง ให้ยาระงับความรู้สึก การประเมินระดับความปวดหลังการผ่าตัด^{7,8} เมื่อพบผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่วิชาญพยาบาลไม่สามารถตัดสินใจได้ จะมีแนวทางในการโทรปรึกษาวิชาญแพทย์ ของโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาบรมราช หากมีความเห็นเกินขอบเขตที่วิชาญพยาบาลสามารถให้บริการได้ จะรายงานต่อศัลยแพทย์ แล้วส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อใน โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า และ 6) ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังเข้ารับบริการทางวิชาญภายใน 24 ชั่วโมง หากพบภาวะแทรกซ้อนจะมีการส่งต่อพยาบาลประจำตึก รายงานศัลยแพทย์ นำภาวะที่พบมาปรึกษาหารือกันในห้อง เพื่อหาทางป้องกันและแก้ไขต่อไป

จากที่กล่าวมาข้างต้น โรงพยาบาลด่านช้าง มีระบบการเตรียมความพร้อมก่อนระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวโดยวิชาญพยาบาล แต่ยังไม่เคยทำการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิก เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพการดูแลจากวิชาญพยาบาลในอนาคต ดังนั้น ผู้วิจัยได้ศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกของการใช้ระบบการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดโดยวิชาญพยาบาล เพื่อนำข้อมูลผลลัพธ์ที่ได้มาวางแผนจัดทำแนวทางในการให้บริการผู้ป่วยใน Pre-Anesthetic clinic ในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกได้แก่ ความปวดและภาวะแทรกซ้อนภายหลังใช้ระบบการเตรียมความพร้อมก่อนระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวโดยวิชาญพยาบาล

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการเพื่อการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวในโรงพยาบาลของรัฐระดับทุติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว ในโรงพยาบาลด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2566 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 54 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive selection) มีเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า คือ

1. ผู้ป่วยชายหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป
2. ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน (elective case)
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน ASA Class อยู่ในระดับ 1-2
4. ผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง โดยแพทย์ไม่ได้วินิจฉัยว่าเป็นความเกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ ได้แก่ ระบบการเตรียมความพร้อมก่อนระดับความรู้สึกแบบทั่วตัวโดยวิสัญญีพยาบาล ประกอบด้วย แบบบันทึกประวัติของผู้ป่วยที่ผ่านมาในระบบอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลด่านช้าง ตรวจสอบผู้ป่วยผ่าตัดล่วงหน้า ประเมินผู้ป่วยตามหลัก American Association of Anesthesiologist (ASA) Class ให้ข้อมูลและคำแนะนำการปฏิบัติตนและความเสี่ยงระหว่างการให้บริการทางวิสัญญี ผลข้างเคียงจากการให้ยาระงับความรู้สึก การดูแลตนเอง ก่อน-หลัง ให้ยาระงับความรู้สึก การประเมินระดับความปวดหลังผ่าตัด ด้วยคะแนน Numerical Pain Rating Scale (NRS) และตรวจสอบผู้ป่วยหลังเข้ารับบริการทางวิสัญญีใน 24 ชั่วโมงแรก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูล อายุ เพศ ASA class ซึ่งจำแนกผู้ป่วยตามสภาพร่างกายออกเป็น 1 ระดับ ดังนี้ คือ ASA class 1 ผู้ป่วยแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว, ASA class 2 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอยู่ในระดับรุนแรงน้อย และควบคุมได้ดี, ASA class 3 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรงควบคุมได้ไม่ดี, ASA class 4 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวที่มีความรุนแรง, ASA class 5 ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากและมีโอกาสเสียชีวิต ถ้าไม่ได้รับการผ่าตัด และ ASA class 6 ผู้ป่วยที่สมองตาย รอการบริจาคอวัยวะ รวมถึง ประวัติการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึกด้วย

ส่วนที่ 2 ประเมินความปวดในห้องพักฟื้นโดยใช้มาตรวัดความปวดแบบ Numerical rating scale (NSR) โดยใช้คะแนนตามระดับความปวดตั้งแต่ 0-10 คะแนน แบ่งระดับการจัดการความปวด คือ

ไม่ปวด (0 คะแนน) ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อน และติดตามอาการเป็นระยะ

ปวดระดับเล็กน้อย (1-3 คะแนน) ให้ข้อมูล ดูแลจัดทำอนที่สุขสบาย คนตรีบำบัด แนะนำให้ผู้ป่วยฝึกหายใจเข้าลึก ๆ (deep breath exercise)

ปวดระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) ดูแลให้ morphine 2 mg IV ในผู้ป่วยน้ำหนักตัว < 50 กิโลกรัม หรือให้ morphine 3 mg IV ในผู้ป่วยน้ำหนักตัว 50 kg ร่วมกับจัดทำที่สุขสบาย หรือให้คนตรีบำบัด

ปวดระดับรุนแรง (7-10 คะแนน) ดูแลให้ morphine 2 mg IV ในผู้ป่วยน้ำหนักตัว < 50 kg หรือให้ morphine 3 mg IV ในผู้ป่วยน้ำหนักตัว < 50 kg และรายงานศัลยแพทย์เพื่อให้ยาแก้ปวดตัวอื่น ๆ

ส่วนที่ 3 การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยหลังรับบริการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวใน 24 ชั่วโมงแรก และภาวะแทรกซ้อนจากการผู้ป่วยหลังระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ 30/2566 COA No.22/2566 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี โดยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลด่านช้างจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกเวชระเบียนในระบบการบันทึกทางเอกสาร และการบันทึกทางระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลด่านช้าง ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลโดยภาพรวม วิธีการดำเนินการ 3 ขั้นตอน คือ 1) ค้นหา และรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว ในโรงพยาบาลด่านช้างจังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2566 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 54 คน จากหมายเลขประจำตัวโรงพยาบาล (Hospital number) ที่ได้รับการลงทะเบียนไว้ในสมุดลงทะเบียนผู้ป่วยเข้ารับบริการทางวิสัญญี หน่วยงานวิสัญญี โรงพยาบาลด่านช้าง 2) ศึกษาเวชระเบียน บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูล que ผู้วิจัยได้จัดเตรียมไว้ ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูล อายุ เพศ ASA class ประวัติการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก ระดับความปวดในห้องพักฟื้นโดยใช้มาตรวัดความปวดแบบ Numerical rating scale (NSR) และการจัดการความปวด การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยหลังรับบริการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวใน 24 ชั่วโมงแรก และภาวะแทรกซ้อนจากการผู้ป่วยหลังระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว และ 3) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และนำเสนอผลโดยภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ASA class ประวัติการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก โดยใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนความปวดในห้องพักฟื้นในช่วงแรกรับ 15 นาที 30 นาที 45 นาที และ 60 นาที โดยใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ภาวะแทรกซ้อนจากการผู้ป่วยหลังระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว โดยใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.93) มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 35.19) รองลงมาคือ ช่วงอายุ 31-40 ปี (ร้อยละ 29.63) และน้อยที่สุดคือ ช่วงอายุ 61-70 ปี (ร้อยละ 3.70) ส่วนใหญ่มี ASA Class อยู่ในระดับ 2 (ร้อยละ 70.37) รองลงมาคือ ASA Class 1 (ร้อยละ 27.78) และ ASA Class 3 (ร้อยละ 1.85) ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 87.04) และไม่เคยมีประสบการณ์ในการได้รับการผ่าตัดและการระงับรู้สึก (ร้อยละ 38) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สถิติพื้นฐานของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
ชาย		13	24.07
หญิง		41	75.93
อายุ			
18-20 ปี		7	12.96
21-30 ปี		19	35.19
31-40 ปี		16	29.63
41-50 ปี		7	12.96
51-60 ปี		3	5.56
61-70 ปี		2	3.70
ASA Class			
Class 1		15	27.78
Class 2		38	70.37
Class 3		1	1.85
ประวัติการผ่าตัด			
ไม่เคย		38	70.37
เคย		16	29.63
ประวัติการได้รับยาระงับความรู้สึก			
ไม่เคย		38	70.37
เคย		16	29.63

ตารางที่ 1 สถิติพื้นฐานของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มี	47	87.04
มี	7	12.96
โรคเบาหวาน	2	3.70
โรคความดันโลหิตสูง	3	5.56
โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	1	1.85
โรคมะเร็ง	1	1.85

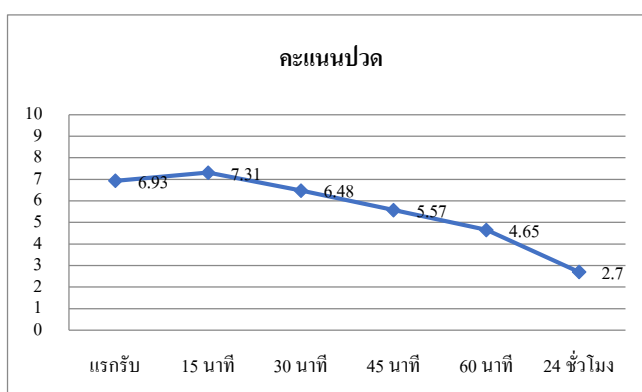
2. ผลลัพธ์ทางคลินิกของการใช้ระบบการเตรียมความพร้อมก่อนระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวโดยวิสัญญีพยาบาล

ผลการประเมินระดับความปวดหลังผ่าตัดพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความปวดหลังการผ่าตัดระดับสูงสุดอยู่ในช่วงแรกรับในห้องพักฟื้น 15 นาที และ 30 นาที (Mean = 6.93, 7.31, 6.48, SD = 2.24, 1.99 และ 2.30 ตามลำดับ) รองลงมาคือ มีระดับคะแนนความปวดอยู่ในระดับปานกลาง ในช่วงเวลา 45 นาที และ 60 นาที (Mean = 5.57 และ 4.65, SD = 1.99, 2.09 ตามลำดับ) ซึ่งผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง มีระดับคะแนนความปวดอยู่ระดับต่ำ (Mean = 2.70 SD = 1.18) ดังตารางที่ 2

การจัดการความปวด พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับยาเพื่อจัดการกับความปวดช่วงแรกรับในห้องพักฟื้น (ร้อยละ 77.78) โดยได้รับยาบรรเทาอาการปวดชนิด Morphine (ร้อยละ 70.37) รองลงมาคือ 15 นาที (ร้อยละ 66.67) และ 30 นาที (ร้อยละ 29.63) ตามลำดับ เมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างได้รับการจัดการความปวด (ร้อยละ 50.00) ซึ่งได้รับยาชนิด Morphine (ร้อยละ 35.19) ดังตารางที่ 3 และกลุ่มตัวอย่างไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังเข้ารับบริการทางวิสัญญี (ร้อยละ 100)

ตารางที่ 2 ผลการประเมินระดับความปวดหลังการผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

ระยะเวลา	คะแนนความปวด		ระดับความปวด
	Mean	SD	
แรกรับ	6.93	2.24	ระดับสูง
15 นาที	7.31	2.00	ระดับสูง
30 นาที	6.48	2.30	ระดับสูง
45 นาที	5.57	1.99	ระดับปานกลาง
60 นาที	4.65	2.09	ระดับปานกลาง
24 ชั่วโมง	2.70	1.18	ระดับต่ำ



ตารางที่ 3 การจัดการความปวดหลังการผ่าตัดโดยการให้ยา

ระยะเวลา	ไม่ได้รับยา		Morphine		Fentanyl	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แรกจับ						
ไม่ได้ยา	12	22.2	-	-	-	-
ได้รับยา	42	77.78	38	70.37	4	7.41
15 นาที						
ไม่ได้ยา	18	33.33	-	-	-	-
ได้รับยา	36	66.67	30	55.56	6	11.11
30 นาที						
ไม่ได้ยา	38	70.37	-	-	-	-
ได้รับยา	16	29.63	13	24.07	3	5.56
45 นาที						
ไม่ได้ยา	54	100.00	-	-	-	-
ได้รับยา	-	-	-	-	-	-
60 นาที						
ไม่ได้ยา	54	100.00	-	-	-	-
ได้รับยา	-	-	-	-	-	-
24 ชั่วโมง						
ไม่ได้ยา	27	50.00	-	-	-	-
ได้รับยา	27	50.00	19	35.19	-	-

การอภิปรายผลการวิจัย

อภิปรายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ความปวดและการจัดการความปวดของผู้ป่วยลดลงจากระดับสูงสุดเหลือระดับต่ำภายหลังใช้ระบบการเตรียมความพร้อมก่อนระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวโดยวิศัญญาพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลด่านช้าง เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้ความสำคัญกับระดับความปวดและการจัดการความปวดภายหลังการผ่าตัด ได้มีการใช้แนวกิตระบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดล่วงหน้า โดยวิศัญญาพยาบาลมาประยุกต์ใช้ โดยมุ่งเน้นการให้คำแนะนำเกี่ยวกับความปวด การประเมินความปวด การจัดการความปวดภายหลังการผ่าตัด ทั้งวิธีการให้ยาและไม่ให้ยา โดยอ้างอิงจากแนวทางการพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด แนะนำเทคนิคการหายใจ ไอ และเปลี่ยนอิริยาบถแก่ผู้ป่วย พร้อมกันกับให้ผู้ป่วยได้ทดลอง

ปฏิบัติจริง^{7,8} จึงทำให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่เคยมีประสบการณ์ในการผ่าตัดหรือได้รับยาระงับความรู้สึกมาก่อน สะท้อนได้จากผลการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความปวดสูงสุดในช่วงแรกรับในห้องพักฟื้น - 30 นาที หลังได้รับการจัดการความปวดตามแนวทางของระบบการเตรียมความพร้อมก่อนระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวทำให้ผู้ป่วยมีระดับความปวดที่ลดลงจนอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของประไพศรี สายทอง⁶ ที่ได้มีการศึกษาประสิทธิภาพของแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ผลลัพธ์ที่ได้คือ ระดับความปวดใน นาทีที่ 60 ลดลง จะเห็นได้ว่า ระบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดล่วงหน้า โดยวิสัญญีพยาบาล มีความสำคัญ และมีผลต่อระดับความปวดของผู้ป่วยที่ลดลง

2. ภาวะแทรกซ้อนหลังเข้ารับบริการทางวิสัญญี ผลการศึกษา พบว่า ไม่พบภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังเข้ารับบริการทางวิสัญญี ทั้งนี้เนื่องจาก การใช้ระบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดล่วงหน้า (elective case) โดยวิสัญญีพยาบาล (preanesthetic preparation) ประกอบด้วยกิจกรรมที่สำคัญคือ 1) ประเมินประวัติผู้ป่วยที่ผ่านมาในระบบอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล 2) ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดล่วงหน้าก่อนเข้ารับบริการวิสัญญี เพื่อซักประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการใช้ยาที่อาจมีผลต่อการให้ยาระงับความรู้สึก และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ 3) ให้ข้อมูลและคำแนะนำ การปฏิบัติตนและความเสี่ยงระหว่างการให้บริการทางวิสัญญี โดยกระบวนการทั้งหมดนี้ครอบคลุม และครบถ้วนต่อการประเมินภาวะเสี่ยงที่สำคัญที่อาจก่อให้เกิดอันตรายเมื่อผู้ป่วยมารับบริการ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังเข้ารับบริการทางวิสัญญีจากการติดตามภายใน 24 ชั่วโมง⁹ สอดคล้องกับการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ พรรณสมัย และคณะ⁴ ได้นำรูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดของวิสัญญีพยาบาลมาใช้ สามารถลดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนวิกฤตของระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือดหลังได้รับยาระงับความรู้สึก ไม่เกิดเหตุการณ์เลื่อนหรืองดการผ่าตัดได้ ดังนั้นระบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดล่วงหน้าโดยวิสัญญีพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ สามารถป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนภายหลังเข้ารับบริการทางวิสัญญีได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีระดับปวดมากที่สุด อยู่ในช่วงแรกรับในห้องพักฟื้น - 30 นาทีแรก ดังนั้น จึงควรมีการให้ข้อมูล และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยขณะไปตรวจเยี่ยมอาการก่อนเข้ารับบริการทางวิสัญญี เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบถึงภาวะความปวดที่อาจเกิดขึ้นได้ และวิธีการจัดการความปวด ผลลัพธ์ที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้เกิดการเตรียมความพร้อม นอกจากนี้ยังเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย เฉพาะของหน่วยงานวิสัญญี โรงพยาบาลด่านช้างต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการจัดการความปวดในเฉพาะกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดช่องท้อง ทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา เนื่องจากแผลผ่าตัดเปิดช่องท้องเป็นแผลขนาดใหญ่ หากได้รับการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและสุขสบายมากขึ้น และอาจช่วยลดระยะเวลาในการพักฟื้นให้ลดลงได้ส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้น สามารถประเมินระดับคะแนนความปวดได้ลดความวิตกกังวลและปฏิบัติตามอย่างถูกต้องหลังได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวร่วมกับการได้รับยาแก้ปวดชนิดต่าง ๆ

เอกสารอ้างอิง

1. Raksakietisak M, Chaiwat O, Wongyingsinn M, Nivatpumin P, Winijkul A. Essentials in perioperative assessment Vol.1. 2nd ed. Bangkok: Faculty of Medicine, Siriraj Hospital; 2022. (in Thai)
2. Wijesundera DN, Finlayson E. Preoperative evaluation. In M. A. Gropper (Eds.). Miller's Anesthesia Elsevier; 2020.
3. Charuluxananan S , Sriraj W, Punjasawadwong Y, Pitimana-aree S, Lekprasert V, Werawatganon T, et al. Perioperative and Anesthetic Adverse events in Thailand (PAA Thai) incident reporting study: anesthetic profiles and outcomes. Asian Biomedicine 2017; 11: 21-32. (in Thai)
4. Pansamai L, Ujuntuk J, Jeanjankij V, Buhome N, Poorananon P, Meenasantirak A. Pre-operative preparation nursing model in geriatric anesthesia of anesthetist nurses. Mahasarakham Hospital Journal 2017; 14(3): 76-89. (in Thai)
5. Puttaruk W. The effect of readiness pattern for patients undergone general anesthesia on state anxiety in Srisangwornasukhothai hospital, Sukhothai Province. Nursing Journal 2021; 48(1): 269-80.
6. Saithong P. Effectiveness of post-operative pain management guidelines in the recovery room at Ban Pong Hospital, Ratchaburi Province. Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life 2022; 2(3): 1-12. (in Thai)
7. The Royal College of Anesthesiologists of Thailand (RCAT). Practice Advisory for Preanesthesia Evaluation. Bangkok: The Royal College of Anesthesiologists of Thailand (RCAT); 2019. Received from <https://www.rcat.org/cpgs>
8. Malley A, Kenner C, Kim T, Blakeney B. The role of the nurse and the preoperative assessment in patient transitions. AORN J 2015; 102(2): 181.e1-181.e1819. doi:10.1016/j.aorn.2015.06.004
9. Omole OB, Torlutter M, Akii AJ. Preanaesthetic assessment and management in the context of the district hospital. S Afr Fam Pract 2021; 63(1): e1-e7. doi:10.4102/safp.v63i1.5357

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
85 ถนนสมเด็จร์ ตำบลเมืองศรีโค
อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
โทร. 045 – 353226 - 7
E-mail : nurseubujournal@gmail.com