



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
Phichit Public Health Office

วารสารวิจัยและวิชาการ สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

Phichit Public Health Research and Academic Journal

ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2567 Vol.5 No.2 July - December 2024

ISSN 2697-6625

นิพนธ์ต้นฉบับ : Original Article

1. การยกระดับความฉลาดทางสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโรงช้าง
อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร ปี 2566
ปิยริดา เรืองจันทร์ พย.บ. , นิยม เล็กชุมพล พย.ม.
2. แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) ประชาชนวัยทำงานตำบลท่ามะเขือ
อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร
ธีรพงษ์ ไชยมงคล สบ.
3. ประสิทธิภาพของพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุสำรวจ
อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร
ทินกร ชำนาญวงศ์ สบ.

กรณีศึกษา : Case Study

4. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเริ่มกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก
ที่ไม่ได้รับการผ่าตัด : กรณีศึกษา
สุรารัตน์ แสงอินทร์ พย.บ.
5. การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะการวางแผนจำหน่าย
และฟื้นฟูสภาพ : กรณีศึกษา
สุจินันท์ ก่อกิจโรจน์ พย.บ.
6. การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมและมีโรคร่วมที่ได้รับการผ่าตัด
เปลี่ยนข้อเข่าเทียม : กรณีศึกษา
จันทนา ถัดทะพงษ์ พย.บ.



วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
Phichit Public Health Research and Academic Journal



วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

Phichit Public Health Research and Academic Journal

เจ้าของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ บทความและผลงานวิชาการด้านการแพทย์ การสาธารณสุข
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเสริมสร้างแนวคิดและประสบการณ์ด้านวิชาการ
3. เพื่อพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับให้มีทักษะการเขียนผลงานวิชาการ

ที่ปรึกษา

นายแพทย์วิศิษฐ์	อภิสิทธิ์วิทยา	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
นายแพทย์โชติ	ภาวศุทธิกุล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิจิตร

บรรณาธิการบริหาร

นายแพทย์พนม	ปทุมสูติ	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร (ด้านเวชกรรมป้องกัน) คนที่ 1
แพทย์หญิงผกามาศ	เพชรพงศ์	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร (ด้านเวชกรรมป้องกัน) คนที่ 2
นางสุรชาติพิทย์	จุลบุตร	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร (ด้านส่งเสริมพัฒนา)
นายสมจินต์	มากพา	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร (ด้านเภสัชสาธารณสุข)

บรรณาธิการ

ดร.ธานี โชติกคาม

รองบรรณาธิการ

นางอจนา เจศรีชัย	นางภกดา แสงสินศร
------------------	------------------

กองบรรณาธิการ (วิชาการ)

นางอจนา เจศรีชัย	นางภกดา แสงสินศร	นางสาวชุติมา อินหัน
นางต้นหยง เอี่ยมพร	นางสาวนันทวัน วงษ์เงิน	นางสาวอัญชลี สังข์เมือง

ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ

แพทย์หญิงผกามาศ	เพชรพงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
ดร.ธานี	โชติกคาม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
นายแพทย์สมบูรณ์	จินาพงษา	โรงพยาบาลพิจิตร
แพทย์หญิงนงลักษณ์	บุตรดี	โรงพยาบาลพิจิตร
แพทย์หญิงอาภา ศรีนุติโสภาคย์		โรงพยาบาลพิจิตร
นายแพทย์ประทีป	จันทร์สิงห์	โรงพยาบาลบางมูลนาก
รศ.ดร.สันติสิทธิ์	เขียวเงิน	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.ภญ.วฐุ	พรหมพิทยารัตน์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผศ.(พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ

ผศ.ดร.ธัญชนก กนกเทศ

ผศ.ดร.ทัศพร ชูศักดิ์

ผศ.สมบัติ รียาพันธ์

ดร.รุ่งทิวา มโนวีรสรณ์

ดร.รุ่งโรจน์ เจศรีชัย

ดร.ชัยณรงค์ สังข์จ้าง

ดร.ฐิติภัทร จันเกษม

ดร.ชาตรี แมตลี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร พิษณุโลก

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ปทุมธานี

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

องค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจิตร

สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต 3 นครสวรรค์

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์

มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์

กองบรรณาธิการ (การจัดการ)

1. ฝ่ายเหรียญกษาปณ์

นางสาวบุญช่วย จุลบุตร นางกอบแก้ว เรืองธรรม นางสาวสุพรรณษา ใจติยะ

2. ฝ่ายประชาสัมพันธ์และเผยแพร่วารสาร

นางพัชรี สีจ๊ะแปง นางสาวอัญชลี สังข์เมือง

3. ฝ่ายประสานงานและข้อมูลวารสาร

นางสาวอัญชลี สังข์เมือง

กำหนดออก

ปีละ 2 ครั้ง (ราย 6 เดือน)

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – มิถุนายน และ ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม – ธันวาคม

สำนักงาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร 27/99 ถนนคลองคะเชนทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร 66000

โทร. 0-5699-0354 ถึง 5 ต่อ 133 โทรสาร 0-5699-0353 E-mail: pphj.2020@gmail.com

ดาวน์โหลดเอกสารได้ที่ :

<http://www.ppho.go.th/webppho>

พิมพ์ที่

โรงพิมพ์อนันตชัยการพิมพ์ 82/26 ถนนบึงสีไฟ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร 66000

โทร. 081 675 9045

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ถือเป็นผลงานทางวิชาการ หรือ วิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้พิมพ์ ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้พิมพ์ต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง และกองบรรณาธิการ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องเหมาะสมตามหลักภาษา และทางวิชาการได้

สาส์นจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร



สวัสดีครับ พี่น้องชาวสาธารณสุขพิจิตรทุกท่าน

วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2567 เล่มนี้ ได้รวบรวมผลงานวิชาการที่มีคุณภาพจากบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ซึ่งได้นำเสนอองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านสาธารณสุขที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนและประเทศชาติ ทั้งนี้ เนื้อหาในวารสารประกอบไปด้วยการนำเสนอผลงานวิชาการหลากหลายสาขา อาทิ บทความวิจัย บทความวิชาการ

และรายงานผู้ป่วย โดยเนื้อหาครอบคลุมประเด็นด้านสุขภาพที่สำคัญ เช่น โรคไม่ติดต่อ การพยาบาลผู้ป่วยผู้สูงอายุ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กระผมขอชื่นชมความมุ่งมั่นตั้งใจของบุคลากรสาธารณสุขทุกท่าน ที่สร้างสรรค์ผลงานวิชาการที่มีคุณภาพและเป็นประโยชน์ต่อสังคม ทั้งเชื่อมั่นว่า ผลงานวิชาการเหล่านี้จะเป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพงานสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรและองค์กรสาธารณสุขทุกภาคส่วน ในโอกาสนี้ขอเชิญชวนพี่น้องชาวพิจิตรทุกท่าน ได้ติดตามอ่านและแลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์ความรู้และนวัตกรรมด้านสาธารณสุขจากวารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร โดยสามารถดาวน์โหลดฟรีได้ที่เว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณคณะผู้บริหาร บุคลากรสาธารณสุข ผู้ทรงคุณวุฒิ และกองบรรณาธิการทุกท่าน ที่ร่วมกันจัดทำวารสารฉบับนี้ขึ้นด้วยความตั้งใจ ขอให้ทุกท่านมีความสุขและประสบความสำเร็จในการทำงาน และขอส่งกำลังใจให้ชาวพิจิตรทุกคนร่วมกันดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว เพื่อการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของชาวพิจิตรทุกท่านต่อไป

นายวิศิษฐ์ อภิลิธีรวิทยา
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

บรรณาธิการแถลง



วารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัด
พิจิตร” ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม
2567 ได้คัดเลือกผลงานทางวิชาการที่มีคุณค่าทั้งใน
เชิงวิทยาการ และการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ จำนวน
9 เรื่อง ได้แก่ 1) การยกระดับความฉลาดทางสุขภาพ
เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ในผู้ป่วยโรค
เบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลโรงช้าง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร 2) แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพ (3อ.2ส.) ประชาชนวัยทำงานตำบลท่ามะเขือ อำเภอลองซุง จังหวัดกำแพงเพชร 3) ประสิทธิภาพ
ของพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุสำราญอำเภอลองซุง จังหวัดกำแพงเพชร
4) การประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเริ่มกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ไม่ได้รับการผ่าตัด :
รายงานผู้ป่วย 5) การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะการวางแผนจำหน่ายและฟื้นฟู
สภาพ : กรณีศึกษา 6) การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมและมีโรคร่วมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยน
ข้อเข่าเทียม : รายงานผู้ป่วย 7) การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษา
ด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA : รายงานผู้ป่วย 8) การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะ
หัวใจล้มเหลว : รายงานผู้ป่วย และ 9) ผลของ CQI : Well Stroke IMC ต่ออัตราการส่งเยี่ยมบ้านและ
การฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง

ในนามของกองบรรณาธิการวารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” ขอขอบคุณ
ผู้ส่งบทความมาให้พิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่องค์ความรู้และงานวิจัย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติ
งานด้านการแพทย์และสาธารณสุขของหน่วยงาน ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้งภายในและภายนอก
หน่วยงานทุกท่านในการพิจารณาบทความ (peer review) ที่ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข
บทความวิจัยต่างๆ ให้มีความถูกต้องทางวิชาการ และขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนในการจัดทำ
วารสารฉบับนี้ให้เสร็จสมบูรณ์ด้วยดี ซึ่งรายละเอียดของเนื้อหาผู้อ่านสามารถสืบค้นได้จากเว็บไซต์
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร หัวข้อวารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร”
กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้อ่านทุกท่านในการเสริมสร้าง
องค์ความรู้ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขต่อไป

(ดร.ธานี โชติกคาม)
บรรณาธิการ



วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

Phichit Public Health Research and Academic Journal

ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2567

Vol. 5 No. 2 July – December 2024

สารบัญ

หน้า

สารบัญจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

บรรณาธิการแถลง

นิพนธ์ต้นฉบับ : Original Articles

1. การยกระดับความฉลาดทางสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโรงช้าง
อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร ปี 2566 1 - 12
ปิยธิดา เรืองจันทร์ พย.บ. , นิยม เล็กชุมพล พย.ม.
2. แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) ประชาชนวัยทำงานตำบลท่ามะเขือ
อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร 13 - 28
ธีรพงษ์ ไชยมงคล สบ.
3. ประสิทธิภาพของพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุสำรวจ
อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร 29 - 41
ทินกร ชำนาญวงศ์ สบ.

กรณีศึกษา : Case Study

4. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเร็มกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก
ที่ไม่ได้รับการผ่าตัด : กรณีศึกษา 42 - 55
สุธารัตน์ แสงอินทร์ พย.บ.
5. การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะการวางแผนจำหน่าย
และฟื้นฟูสภาพ : กรณีศึกษา 56 - 68
สุจินันท์ ก่อกิจโรจน์ พย.บ.
6. การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมและมีโรคร่วมที่ได้รับการผ่าตัด
เปลี่ยนข้อเข่าเทียม : กรณีศึกษา 69 - 81
จันทนา ถัดทะพงษ์ พย.บ.



วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

Phichit Public Health Research and Academic Journal

ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2567

Vol. 5 No. 2 July – December 2024

สารบัญ

หน้า

รายงานผู้ป่วย : Patient Report

7. การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด
ชนิด rt-PA: รายงานผู้ป่วย 82 - 94
บำรุงรัตน์ สร้อยจิตร พย.บ.
8. การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว:รายงานผู้ป่วย 95 - 105
ประไพ งดงาม พย.บ.

บทความพิเศษ : Special Articles

9. ผลของ CQI : Well Stroke IMC ต่ออัตราการส่งเยี่ยมบ้านและการฟื้นฟู
สมรรถภาพในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง 106 - 111
ธัญธรณ์ มงคลสุขภิรมย์ พย.บ. , นางสาวสุธิดา แสงเลิศ พย.บ.
10. แนวทางการตรวจสอบระบบความรับผิดชอบทางละเมิดและแพ่ง 112 - 121
นนทินี ลิตะหิรัญ

การยกระดับความฉลาดทางสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโรงช้าง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร ปี 2566

ปิยธิดา เรืองจันทร์ พย.บ.

นิยม เล็กชุมพล พย.ม.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโรงช้าง

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวเปรียบเทียบและวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ และยกระดับความฉลาดทางสุขภาพ (health literacy) กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกมาแบบเจาะจงจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ (HbA1c) มากกว่า 7% จำนวน 80 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับวงจรการพัฒนาคุณภาพ (Deming Cycle) ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่ วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2566 ถึง 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 73.80 อายุน้อยกว่า 65 ปี ร้อยละ 51.20 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80.80 มีอาชีพใช้แรงงาน ร้อยละ 50.00 มีรายได้เฉลี่ยต่อครอบครัวต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 46.30 ส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 98.30 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) เฉลี่ยลดลง ร้อยละ 0.55 และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (pre-value = 0.000) พบว่าสามารถยกระดับความฉลาดทางสุขภาพ (health literacy) ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 18.66 ด้านการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองผู้ป่วย ด้านพฤติกรรมการบริโภค มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 53.07 ด้านพฤติกรรมการใช้ยา มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 77.94 ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 103.05 และด้านพฤติกรรมการดูแลเท้า มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 83.45 นอกจากนี้ยังพบว่า ค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสมและคะแนนประเมินความรอบรู้ความฉลาดทางสุขภาพ (HL) เปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (pre-value = 0.00)

Abstract

This research is a quasi-experimental research with a single group design that compares and measures the results before and after the experiment with the objectives to reduce the level of accumulated blood sugar (HbA1c) in diabetic patients who cannot control their blood sugar level and to improve their health literacy. The sample group was purposively selected from 80 patients who were diagnosed as diabetic patients who could not control their blood sugar

level (HbA1c) more than 7%. The research instrument was the health literacy enhancement program with the quality development wheel (Deming Cycle). The study period was from June 1, 2023 to November 30, 2023. Data analysis used descriptive statistics (frequency, percentage, mean score, standard deviation) and paired t-test

The research results found that 73.80 percent of the target group was female, 51.20 percent were under 65 years old, 60 percent were married, 80.80 percent completed primary education, 50 percent were manual labor, 46.30 percent had an average family income per month less than 5,000 baht, 98.30 percent could help themselves without being dependent. After participating in the program, it was found that the average accumulated blood sugar level (HbA1c) decreased by 0.55 percent and had a statistically significant difference (pre-value = 0.000). It was found that health literacy could be improved in terms of knowledge about diabetes with an average increase in knowledge of 18.66 percent, in terms of patient self-care practices and consumption behavior with an average score increase of 53.07 percent, in terms of medication use behavior with an average score increased by 77.94, the exercise behavior score increased by 103.05 percent, and the foot care behavior score increased by 83.45 percent. In addition, it was found that the cumulative blood sugar level and the health literacy assessment score (HL) before and after participating in the program were significantly different (pre-value = 0.00).

บทนำ

จากสถิติสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นโดย ในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคน ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 มากกว่าร้อยละ 90.00 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายใน ปี พ.ศ. 2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคนและมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานสูงถึง 6.70 ล้านคน หรือทุกๆ 5 วินาที จะเสียชีวิต 1 ราย⁽¹⁾ จากรายงานสถิติสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในระบบทะเบียน ถึง 3.3 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 มากถึง 1.5 แสนคน และพบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ประมาณ 3 แสนรายต่อปี โดยมีอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ย 25.1 ต่อประชากรแสนคน ก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี⁽²⁾ หากไม่มีการดำเนินการใดๆ ความท้าทายที่รออยู่ข้างหน้า คือ ประชาชนประมาณ 7.5 ล้านคน ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ใน

อนาคตถึงร้อยละ 70 เป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวาน คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ หรือใกล้เคียงระดับปกติ การวัดระดับ HbA1c เป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ประเมิน ถ้าระดับ HbA1c สูงเกินร้อยละ 7 สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โรคเบาหวานที่ถูกจัดการได้ไม่ดีและไม่ได้รับการรักษา ที่เพียงพออาจส่งผลเสียที่สำคัญต่อผู้ป่วยโดยอาจทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคตา โรคไต โรคหัวใจและหลอดเลือด และการถูกตัดเท้าหรือขา⁽³⁾

จากฐานข้อมูลเขตสุขภาพที่ 3 ในระบบ Health Data Center ปี พ.ศ. 2563 - พ.ศ. 2565 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c <7%) ในภาพรวมของเขตยังดำเนินการได้น้อยกว่าค่าเป้าหมาย (เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 40)⁽⁴⁾ เมื่อทบทวนข้อมูลในส่วน of จังหวัดพิจิตร พบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c <7%) มีเพียงร้อยละ 33.57, 38.66 และ 37.23 ตามลำดับ และเมื่อ

จำแนกข้อมูลเป็นรายตำบล พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ (HbA1c >7%) ได้แก่ ตำบลปามะคาบ (ร้อยละ 73.20) ตำบลบ้านบุง (ร้อยละ 72.78) และตำบลโรงช้าง (ร้อยละ 64.61) เป็นลำดับที่ 12 ของอำเภอ⁽⁵⁾ สำหรับตำบลโรงช้างอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโรงช้าง ปี พ.ศ.2565 พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงสูง (ร้อยละ 2) เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญดังนี้ ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน (ร้อยละ 1.37) ภาวะแทรกซ้อนทางไต (ร้อยละ 8.02) ภาวะแทรกซ้อนทางเท้า (ร้อยละ 0.59) และภาวะแทรกซ้อนทางตา (ร้อยละ 0.30)⁽⁶⁾

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโรงช้าง จึงมีความประสงค์ที่จะส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ โดยใช้โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับวงจรการพัฒนาคุณภาพ (Deming Cycle) เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ด้วยการส่งเสริมการยกระดับความรู้ความฉลาดทางสุขภาพ (HL) เพื่อให้ผู้ป่วยนำความรู้ไปปฏิบัติตนในการจัดการตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถสื่อสาร โน้มน้าวให้ผู้อื่นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง มีทักษะในการตัดสินใจที่จะแสวงหาความรู้จากสื่อต่างๆ ได้เหมาะสม ถูกต้อง จนนำไปสู่การควบคุมโรคเบาหวานได้ดี ลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน สามารถดูแลตนเองให้มีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำถามการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและน้ำตาลเฉลี่ยสะสมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เป็นอย่างไร
2. โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และน้ำตาลเฉลี่ยสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้หรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับวงจรการพัฒนาคุณภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโรงช้าง อำเภอเมืองจังหวัดพิจิตร

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับวงจรการพัฒนาคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับวงจรการพัฒนาคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างมีการยกระดับความฉลาดทางสุขภาพ (health literacy) ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ดำเนินการในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโรงช้าง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร ปี พ.ศ.2566 ในระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ.2566 ถึง 30 พฤศจิกายน พ.ศ.2566 โดยใช้โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับวงจรการพัฒนาคุณภาพ เป็นกลยุทธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเป้าหมาย เพื่อลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด จนครบ 6 ครั้ง และดำเนินการประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม ฯ จากค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และระดับความฉลาดทางสุขภาพ (health literacy)

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ดำเนินการทดลองตาม

แบบแผนการวิจัย (One Group Pretest - Posttest Design) โดยใช้โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับวงล้อการพัฒนาคุณภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เป็นแนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ให้ได้รับการส่งเสริมและยกระดับความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($HbA1c < 7$)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ รพ.สต.โรงช้าง อำเภอมือง จังหวัดพิจิตร และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ ($HbA1c$) มากกว่า 7% จำนวนทั้งสิ้น 92 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คัดเลือกมาแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1) มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม $HbA1c > 7$
- 2) สมัครใจเข้าร่วมวิจัย
- 3) สามารถช่วยเหลือตนเองได้
- 4) อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลโรงช้าง
- 5) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทั้ง 6 ครั้ง
- 6) ไม่มีโรคแทรกซ้อน เช่น โรคไตวาย ระดับ 5

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Taro Yamane ที่มีระดับความเชื่อมั่น 95 % ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 75 คน เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพผู้วิจัยจึงเพิ่มค่ากลุ่มตัวอย่างเป็น 80 คน

ขั้นตอนในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ระยะ ได้แก่

1. ระยะเตรียมการ

- จัดทำโครงร่างการวิจัยนำเสนอผ่านคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรจนได้รับการเห็นชอบ
- ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้แก่ประชากรกลุ่มเป้าหมาย และรับสมัครผู้เข้าร่วมโครงการโดยให้ลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร

2. ระยะดำเนินการทดลอง

ใช้รูปแบบวงล้อการพัฒนาคุณภาพ (Deming Cycle : Plan Do Check Action) มาใช้เป็นแนวทางการบริหารจัดการโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการส่งเสริมและยกระดับความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) ของกลุ่มเป้าหมายที่ทำการศึกษา ดังนี้

2.1 วงล้อที่ 1

การวางแผนก่อนการดำเนินงาน ครั้งที่ 1 (Plan 1)

1) วางแผนกำหนดกิจกรรมในกลุ่มเป้าหมาย กำหนดวัน เวลา การประชุม โดยกำหนด 1 ครั้งต่อเดือน เริ่มตั้งแต่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2566 ถึง 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 เป็นระยะเวลา 6 เดือน และกำหนดองค์ความรู้ที่จะให้กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย

A) เนื้อหาความรู้จากโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่

ครั้งที่ 1 เรื่อง การบันทึกเป้าหมายและแผนการปฏิบัติตนของรายบุคคล ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวาน และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ครั้งที่ 2 ทบทวนความรู้ของครั้งที่ 1 เนื้อหาความรู้จากโปรแกรมฯ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน ความรู้ความเข้าใจการเลือกซื้ออาหารและเครื่องดื่มในร้านสะดวกซื้อ และการควบคุมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยเบาหวาน

ครั้งที่ 3 ทบทวนความรู้ของ ครั้งที่ 2 เนื้อหาความรู้จากโปรแกรมฯ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจของการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวาน ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการดูแลสุขภาพลักษณะอนามัยของบุคคล ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ผิวหนัง ตา เท้า)

ครั้งที่ 4 ทบทวนความรู้ของ ครั้งที่ 3 เนื้อหาความรู้จากโปรแกรมฯ ได้แก่ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคและวัย การสังเกตภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น

ครั้งที่ 5 ทบทวนความรู้ของครั้งที่ 4 เนื้อหาความรู้จากโปรแกรมฯ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจและ

ความฉลาดในการรู้เท่าทันสื่อ ความรู้ ความเข้าใจ
ในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ครั้งที่ 6 เนื้อหาความรู้ได้แก่ ทบทวนความรู้
ความเข้าใจ ในเนื้อหาที่ผ่านมาทั้งหมด 5 ครั้ง

B) การออกกำลังกาย ประกอบไปด้วย

ครั้งที่ 1 การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

ครั้งที่ 2 การบริหารข้อต่างๆ

ครั้งที่ 3 การบริหารเท้า

ครั้งที่ 4 โยคะ

ครั้งที่ 5 มณีเวช

ครั้งที่ 6 การบริหารตา

C) ประเด็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้ป่วย
ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 ใช้วิธีการสอบถามความสนใจในกลุ่ม
ผู้ป่วยแล้วนำมาเป็นประเด็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ครั้งที่ 2-6 คัดเลือกผู้ป่วยที่สามารถควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (DTX) เป็นผู้เล่าประสบการณ์
แล้วนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันโดยมีพี่เลี้ยง (วิทยากร)
เชื่อมโยงกับเนื้อหาที่สอน

1) รับสมัครกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ
คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายตามเกณฑ์การคัดเลือก

2) แจ้งกำหนดการประชุมให้กลุ่มเป้าหมายรับ
ทราบรวมทั้งแจ้งข้อปฏิบัติ การงดน้ำงดอาหารหลังเที่ยง
คืนก่อนวันเข้าร่วมประชุม

การดำเนินการตามแผน ครั้งที่ 1 (DO 1)

1) จัดประชุมครั้งที่ 1 ตามแผน

2) ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (DTX)
ตรวจวัดระดับสัญญาณชีพ

4) ตรวจประเมินประเมินค่า BMI ประเมินความรู้
ความฉลาดทางสุขภาพตามแบบประเมินของโปรแกรม
(Health literacy)

5) ให้ความรู้การปฏิบัติตัว เรื่อง การบันทึกเป้าหมาย
และแผนการปฏิบัติตนของรายบุคคล ความรู้ความเข้าใจ
เกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมที่พึงประสงค์ของ
ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

6) ประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อปฏิบัติในการ
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

7) ออกกำลังกายร่วมกันโดยมีผู้วิจัยและทีมงาน
เป็นครูพี่เลี้ยง

การประเมินผลครั้งที่ 1 (Check 1)

นำข้อมูลจากการประเมินความรอบรู้และค่าเฉลี่ย
ผลน้ำตาลในเลือด DTX มาพิจารณา เพื่อวางแผนการจัด
กิจกรรมในการประชุม ครั้งที่ 2

2.2 วงล้อที่ 2

การปฏิบัติและการวางแผน (Action 1- Plan 2)

1) ค่าเฉลี่ย DTX ภาพรวม เท่ากับ 168 mg%
แสดงว่าอยู่ในระดับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดี
รวมทั้งผลการประเมินระดับคะแนนพฤติกรรม ความรู้
ความฉลาดด้านสุขภาพ (Health literacy) ของกลุ่ม
เป้าหมายนำมาวางแผน ปรับปรุงกิจกรรมโดยเสริมสร้าง
ในส่วนขององค์ความรู้เพื่อนำไปเป็นกิจกรรมในการประชุม
ครั้งต่อไป

2) แจ้งกำหนดการจัด ประชุม ให้กลุ่มเป้าหมาย
รวมทั้งการให้กลุ่มเป้าหมายงดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืน
ก่อนการเข้าร่วมประชุมในครั้งต่อไป

การดำเนินการตามแผน ครั้งที่ 2 (DO 2)

1) เจาะเลือด DTX

2) ตรวจวัดสัญญาณชีพและประเมินค่า BMI
ของกลุ่มเป้าหมาย

3) ทบทวนความรู้ของการประชุมครั้งที่ผ่านมา
และให้ความรู้ เรื่อง ความรู้ความเข้าใจในการบริโภค
อาหารของผู้ป่วยเบาหวาน ความรู้ความเข้าใจการเลือก
ซื้ออาหารและเครื่องดื่มในร้านสะดวกซื้อและ การ
ควบคุมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยเบาหวาน

4) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มเรื่องการควบคุม
น้ำตาลในเลือดโดยคัดเลือกผู้เข้าร่วมประชุมที่มีผลการ
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเป็นผู้เล่าประสบการณ์
และพี่เลี้ยงกลุ่ม (ผู้วิจัย) เป็นผู้เชื่อมโยงกับองค์ความรู้ที่ไ้

5) ออกกำลังกายโดยมีผู้วิจัยและทีมงานเป็นครู
พี่เลี้ยงกลุ่ม

ประเมินกิจกรรม ครั้งที่ 2 (Check 2)

นำข้อมูลจากการประชุมกลุ่มและปัญหาจาก
การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันมาวิเคราะห์และประเมินผล
การดำเนินงานจัดกิจกรรม

2.3 วงล้อที่ 3

ปฏิบัติการ 2 วางแผน 3 (Action 2- Plan3)

1) ค่าเฉลี่ย DTX ภาพรวม เท่ากับ 153 mg% แสดงว่าการควบคุมน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเป้าหมายยังอยู่ในระดับไม่ดีจึงนำผลการประเมินดังกล่าว มาวิเคราะห์และปรับปรุงกิจกรรมรวมทั้งองค์ความรู้เพื่อนำไปเป็นกิจกรรมในการประชุม ครั้งที่ 3

2) แจ้งกำหนดการจัดประชุมให้กลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งการให้กลุ่มเป้าหมายงดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืน ก่อนการเข้าร่วมประชุมในครั้งต่อไป

การดำเนินการตามแผน ครั้งที่ 3 (DO 3)

1) เจาะเลือด DTX ตรวจวัดสัญญาณชีพและประเมินค่า BMI ของกลุ่มเป้าหมาย

2) ทบทวนความรู้ของการประชุม ครั้งที่ผ่านมา และให้ความรู้ เรื่อง ความรู้ความเข้าใจของการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวาน ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการดูแลสุขลักษณะอนามัยของบุคคล ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ผิวน้ำ ตา เท้า)

3) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มเรื่องการควบคุม น้ำตาลในเลือดโดยคัดเลือกผู้เข้าร่วมประชุมที่มีผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเป็นผู้เล่าประสบการณ์ และพี่เลี้ยงกลุ่ม (ผู้วิจัย) เป็นผู้เชื่อมโยงกับ องค์ความรู้ที่ให้

4) ออกกำลังกายโดยมีผู้วิจัยและทีมงานเป็นครู พี่เลี้ยงกลุ่ม

2.4 วงล้อที่ 4

ปฏิบัติการ 3 วางแผน 4 (Action3 – Plan4)

1) ค่าเฉลี่ย DTX ภาพรวม เท่ากับ 143 mg% แสดงว่าการควบคุมน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเป้าหมายยังอยู่ในระดับไม่ดี จึงนำผลการประเมินดังกล่าว มาวิเคราะห์และปรับปรุงกิจกรรมรวมทั้งองค์ความรู้เพื่อนำไปเป็นกิจกรรมในการประชุม ครั้งที่ 4

2) แจ้งกำหนดการจัดประชุมให้กลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งการให้กลุ่มเป้าหมายงดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืน ก่อนการเข้าร่วมประชุมครั้งต่อไป

การดำเนินการตามแผน ครั้งที่ 4 (DO 4)

1) เจาะเลือด DTX ตรวจวัดสัญญาณชีพและประเมินค่า BMI ของกลุ่มเป้าหมาย

2) ทบทวนความรู้ของการประชุมครั้งที่ผ่านมา และให้ความรู้ เรื่อง การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรค และวัย การสังเกตภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำและสูง และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น

3) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มเรื่องการควบคุม น้ำตาลในเลือดโดยคัดเลือกผู้เข้าร่วมประชุมที่มีผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเป็นผู้เล่าประสบการณ์ และพี่เลี้ยงกลุ่ม (ผู้วิจัย) เป็นผู้เชื่อมโยงกับองค์ความรู้ที่ให้

4) ออกกำลังกายโดยมีผู้วิจัยและทีมงานเป็นครู พี่เลี้ยงกลุ่ม

2.5 วงล้อที่ 5

ปฏิบัติการ4 วางแผน5 (Action4 – Plan5)

1) ค่าเฉลี่ย DTX ภาพรวม เท่ากับ 140 mg% แสดงว่าการควบคุมน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเป้าหมายยังอยู่ในระดับไม่ดีจึงนำผลการประเมินดังกล่าว มาวิเคราะห์ และปรับปรุงกิจกรรมรวมทั้งองค์ความรู้เพื่อนำไปเป็นกิจกรรมในการประชุมครั้งที่ 5

2) แจ้งกำหนดการจัดประชุมให้กลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งการให้กลุ่มเป้าหมายงดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืน ก่อนการเข้าร่วมประชุมครั้งต่อไป

การดำเนินการตามแผน ครั้งที่ 5 (DO 5)

1) เจาะเลือด DTX ตรวจวัดสัญญาณชีพและประเมินค่า BMI ของกลุ่มเป้าหมาย

2) ทบทวนความรู้ของการประชุมครั้งที่ผ่านมา และให้ความรู้ เรื่อง ความรู้ความเข้าใจและความฉลาดในการรู้เท่าทันสื่อ และความรู้ความเข้าใจ ในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพ

3) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มเรื่องการควบคุม น้ำตาลในเลือด

4) ออกกำลังกายโดยมีผู้วิจัยและทีมงานเป็นครู พี่เลี้ยงกลุ่ม

2.6 วงล้อที่ 6

ปฏิบัติการ 5 วางแผน6 (Action5 – Plan6)

1) ค่าเฉลี่ย DTX ภาพรวม เท่ากับ 133 mg% แสดงว่าการควบคุมน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเป้าหมายยังอยู่ในระดับไม่ดีจึงนำผลการประเมินดังกล่าว มาวิเคราะห์ และปรับปรุงกิจกรรมรวมทั้ง องค์ความรู้เพื่อนำไปเป็นกิจกรรมในการประชุม ครั้งที่ 5

2) แจ้งกำหนดการจัดประชุมให้กลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งการให้กลุ่มเป้าหมายงดน้ำงดอาหาร หลังเที่ยงคืน ก่อนการเข้าร่วมประชุมครั้งต่อไป

การดำเนินการตามแผน ครั้งที่ 6 (Do 6)

1) เจาะเลือดปลายนิ้ว (DTX) เจาะเลือดจาก เส้นเลือดใหญ่ (HbA1c) ตรวจวัดสัญญาณชีพและ ประเมินค่า BMI ของกลุ่มเป้าหมาย

2) รับประทานอาหารร่วมกัน

3) ประเมินความรู้ ความฉลาดทางสุขภาพตาม แบบประเมินของโปรแกรม (Health literacy)

4) อบรมให้ความรู้ ทบทวนความรู้ของการประชุม ครั้งที่ผ่านมามาทั้งหมด

5) กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แนวทางการปฏิบัติตน ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและประสบการณ์ในการ เข้าร่วมโครงการของแต่ละบุคคล โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ เชื่อมโยงกับองค์ความรู้ที่ให้

6) ประเมินผลความพึงพอใจกับการเข้าร่วม โครงการ

7) กล่าวปิดและขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือ ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1) โปรแกรมความรอบรู้เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2) เครื่องเจาะวัดระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ได้รับการสอบเทียบเครื่องมือและได้รับมาตรฐานผล การสอบเทียบ เมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2566 จากศูนย์วิทยาศาสตร์ การแพทย์ จังหวัดนครสวรรค์

3) เครื่องวัดความดันโลหิต ได้รับการสอบเทียบเครื่องมือและได้รับมาตรฐานผลการสอบเทียบ เมื่อ วันที่ 27 มกราคม 2566 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

4) เครื่องชั่งน้ำหนัก ได้รับการสอบเทียบ เครื่องมือและได้รับมาตรฐานผลการสอบเทียบ เมื่อวันที่

27 มกราคม 2566 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวง สาธารณสุข

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ. 2ส. ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลโรงช้าง

2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย ค่าสัญญาณชีพ ค่า BMI ค่าระดับน้ำตาลในเลือด

3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการร่วม กิจกรรมของโครงการ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพ ตาม 3อ. 2ส. ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับ น้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโรงช้าง ในครั้งนี้ผู้วิจัยนำมาจากโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อสร้างเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานของ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง สาธารณสุข และแบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพ โดยปรับใช้เฉพาะข้อคำถามที่เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้แก่

ส่วนที่ 1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลลักษณะ พื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ส่วนที่ 2. แบบประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 3. แบบประเมินพฤติกรรมด้านต่างๆ ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหารการใช้อาหาร ออกกำลังกาย และการดูแลเท้าและให้ผู้ที่ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างและความตรงเชิงเนื้อหา ได้แก่ 1) นางวรรณนิภา สิทธิราช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ผู้ช่วยนายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ช่วยราชการสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร 2) ดร.รุ่งทิพา มโนวิชสรณ์ ที่ปรึกษาพิเศษนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจิตร 3) นางสาวณัฐธิดา สังสิทธิยากร นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลพิจิตร หลังจากนั้นได้แก้ไขตามคำแนะนำ



แล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มผู้รับบริการที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) เท่ากับ 0.89 และนำมาดำเนินการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องอีกครั้ง เพื่อให้ได้เครื่องมือวิจัยที่มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ในการอธิบายข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ใช้สถิติ paired t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความรู้ความฉลาดทางสุขภาพ (HL) และน้ำตาลเฉลี่ยสะสมก่อนทดลองและหลังทดลอง

การพิทักษ์สิทธิ์

โครงการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองมาตรฐานการปฏิบัติงานจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ จาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เอกสารเลขที่ AF 04-08/02.0 เมื่อวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2566 ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย และพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย โดยอธิบายขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลระยะเวลาในการทำวิจัย สิ่งที่ต้องปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งถึงสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธการวิจัยครั้งนี้ และมีสิทธิออกจากการวิจัยครั้งนี้ ได้ตามความต้องการ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.80 เพศชาย ร้อยละ 26.30 อายุ น้อยกว่า 65 ปี ร้อยละ 51.20 สถานภาพสมรส ร้อยละ 60 มีระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80.80 อาชีพใช้แรงงาน ร้อยละ 50.00 รายได้เฉลี่ยต่อครอบครัว ต่อเดือน มีรายได้ไม่น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 46.30 ด้านการช่วยเหลือตนเองภาวะพึ่งพิงช่วยเหลือตนเองได้ ทุกอย่าง ร้อยละ 98.30 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 80)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	21	26.30
หญิง	59	73.80
อายุ		
< 65 ปี	41	51.20
65 ปีขึ้นไป	39	48.80
สถานภาพสมรส		
โสด	8	10.00
สมรส	48	60.00
หม้าย หย่า แยก	24	30.00
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	2.50
ประถมศึกษา	71	88.80
มัธยมศึกษาตอนต้น/ เทียบเท่า	3	3.80
มัธยมศึกษาตอนปลาย /ปวช.	4	5.00
อาชีพ		
ใช้แรงงาน เช่น ทำไร่นา รับจ้างทั่วไป	40	50.00
ค้าขาย /ธุรกิจ	9	11.30

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 80) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รับราชการ /รัฐวิสาหกิจ	1	1.30
ไม่ได้ประกอบอาชีพ พ่อบ้าน/ แม่บ้าน	30	37.50
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว		
น้อยกว่า 5,000 บาท	37	46.30
5,001-10,000 บาท	31	38.80
10,001-15,000 บาท	10	12.50
15,001-20,000 บาท	1	1.30
มากกว่า 20,000 บาท	1	1.30
การช่วยเหลือตนเองภาวะพึ่งพิง		
ช่วยเหลือตนเองได้ทุกอย่าง	79	98.30
มีคนช่วยเหลือเรื่องการรับประทานยา	1	1.30

2. ข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของกลุ่มเป้าหมาย ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับวงล้อการพัฒนาคุณภาพพบว่า ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ กลุ่มเป้าหมายก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับวงล้อการพัฒนาคุณภาพ มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสมเฉลี่ยเท่ากับ 8

หลังเข้าร่วมโครงการฯ ค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสมเฉลี่ยเท่ากับ 7.45 กลุ่มเป้าหมายมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสมเฉลี่ยลดลง 0.55 และเมื่อดูในรายละเอียดแต่ละกลุ่มพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มที่มี ค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม <7 หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ลดลงถึง 38 คน คิดเป็นร้อยละ 47.50 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ของกลุ่มเป้าหมายก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับวงล้อการพัฒนาคุณภาพ

ค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (%)	ก่อนเข้าร่วมโครงการ ฯ		หลังเข้าร่วมโครงการ ฯ		ผลลัพธ์ เพิ่ม/ลดจำนวน (คน)
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
< 7	0	0	38	47.50	+ 38 คน
7.0-7.4	27	33.80	18	22.50	- 9 คน
7.5-8.0	18	22.50	7	8.80	- 11คน
> 8	35	43.80	17	21.30	- 18 คน
Mean	8.00		7.45		0.55

3. ข้อมูลผลการยกระดับความฉลาดทางสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับวงล้อการพัฒนาคุณภาพ

ผลการยกระดับความฉลาดทางสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีดังนี้

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มเป้าหมาย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 78.26

หลังเข้าร่วมโครงการฯ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 92.86 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 18.66

ด้านการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยด้านพฤติกรรมการบริโภค ของกลุ่มเป้าหมาย ก่อนเข้าร่วมโครงการฯ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 60.75 หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 93.00 กลุ่มเป้าหมายภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนน

พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 53.07

การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ด้านพฤติกรรมการใช้ยา ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 48.75 หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 87.74 กลุ่มเป้าหมายภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนพฤติกรรมปฏิบัติเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 77.94

การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 41.00 หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

มีค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 83.25 กลุ่มเป้าหมายภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 103.05

การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ด้านพฤติกรรมการดูแลเท้า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 49.66 หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 91.10 กลุ่มเป้าหมายภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 83.45 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลคะแนนการประเมินผลการยกระดับความฉลาดทางสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

หัวข้อการประเมิน	ค่าคะแนน < ร้อยละ 60		ร้อยละ 60-70		ร้อยละ 71-80		ร้อยละ 81-100		ค่าเฉลี่ย	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
ส่วนที่ 1 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	6.30	0	21.30	2.50	38.80	12.50	33.80	85.00	78.26	92.86
ส่วนที่ 2 แบบประเมินการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยแบ่งเป็น										
- พฤติกรรมการบริโภค	28.70	3.80	31.30	0	20.00	7.50	20.00	88.80	60.75	93.00
- พฤติกรรมการใช้ยา	20.00	1.30	67.50	22.50	7.50	0	5.00	76.30	48.75	87.74
- พฤติกรรมการออกกำลังกาย	38.80	1.30	38.80	12.50	16.30	37.50	6.30	48.80	41.00	83.25
- พฤติกรรมการดูแลเท้า	48.80	0	28.70	6.30	20.00	18.80	2.50	75.00	49.66	91.10
- พฤติกรรมการบริโภค	28.70	3.80	31.30	0	20.00	7.50	20.00	88.80	60.75	93.00

4. ข้อมูลการเปรียบเทียบ ค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) และระดับความรู้ความฉลาดทางสุขภาพ (HL) ก่อนทดลองและหลังทดลอง

การเปรียบเทียบข้อมูล ค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) และระดับความรู้ความฉลาดทางสุขภาพ (HL) ก่อนทดลองและหลังทดลองของผู้ป่วย

ที่เข้าร่วมโครงการฯ พบว่า ค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสมและคะแนนประเมินความรู้ความฉลาดทางสุขภาพ (HL) เปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มเป้าหมาย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (pre-value = 0.000) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลการเปรียบเทียบ ค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) และระดับความรู้ความฉลาดทางสุขภาพ (HL) ก่อนทดลองและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	Mean	df	SD	Sig
HbA1c ก่อน	80	8.00	79	0.880	0.000*
HbA1c หลัง	80	7.45		1.195	
HL ก่อน	80	60.86	79	14.07	000*
HL หลัง	80	90.94		5.93	

*ค่านัยสำคัญที่ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับวงล้อการพัฒนาคุณภาพ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโรงช้าง อำเภอเมืองจังหวัดพิจิตร พบว่า ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สมมติฐานที่ 1 หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับวงล้อการพัฒนาคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ โดยกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของ HbA1c ก่อนการทดลอง 8.00% หลังการทดลอง 7.45% และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$) และมีกลุ่มตัวอย่างที่ HbA1c ลดลงจำนวน 38 คน (ร้อยละ 47.50) เนื่องจากโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นเป็นกระบวนการทำให้เกิดพลังอำนาจในตัวบุคคลมีกระบวนการตัดสินใจที่เหมาะสม และยังช่วยพัฒนาทักษะและศักยภาพของบุคคลให้มีการควบคุมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ โดยโปรแกรมที่สร้างขึ้นเน้นการพัฒนาทักษะ ที่ทำให้บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถเข้าถึงข้อมูล เข้าใจข้อมูล ประเมินข้อมูล นำความรู้มาคิดวิเคราะห์ เลือกใช้ข้อมูลและสื่อสารสุขภาพได้ ดังนั้น กลุ่มทดลองจึงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพและน้ำตาลเฉลี่ยสะสมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ส่งผลต่อน้ำตาลเฉลี่ยสะสมต่ำกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ของพรวิจิตร ปานนาค⁽⁷⁾ พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความมั่นใจในการจัดการตนเอง และพฤติกรรมดูแล

ตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและมีน้ำตาลเฉลี่ยสะสมต่ำกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ สมพร สีดาอ่อน⁽⁸⁾ พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลและพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาล ค่าเฉลี่ยในภาพรวมดีกว่าก่อนใช้รูปแบบ ($x = 2.10$ และ 2.27) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสมมติฐานที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับวงล้อการพัฒนาคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง มีการยกระดับความฉลาดทางสุขภาพ (health literacy) ดีวก่อนได้รับโปรแกรมฯ โดยพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 18.66 การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองผู้ป่วย ด้านพฤติกรรมบริโภค มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 53.07 ด้านพฤติกรรมการใช้ยา มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 77.94 ด้านพฤติกรรมออกกำลังกาย มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 103.05 และด้านพฤติกรรมดูแลเท้า มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 83.45 และยังพบว่า ค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสมและคะแนนประเมินความรู้ความฉลาดทางสุขภาพ (HL) เปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มเป้าหมาย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($pre\text{-}value = 0.000$) ผลการศึกษาที่เป็นเช่นนี้ เพราะผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นในระดับที่เพียงพอ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัยของบุญญิตา ยานินทร์⁽⁹⁾ เรื่องการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ พบว่าหลังการอบรมมีค่าคะแนนความเฉลียวฉลาดรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ

พฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าโครงการฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ราตรี ทองคำ⁽¹⁰⁾ พบว่าหลังได้รับโครงการฯ การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ($P = .000$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ($p = .000$) และผลของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง ($p = .016$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากผลการวิจัยนี้ ภายหลังจากการวิจัยพบว่า โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดสะสมได้ จึงเห็นควรเผยแพร่เอกสารผลการวิจัยนี้ไปยังหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำใช้และก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การวิจัยครั้งนี้กระทำในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคผู้ป่วยเรื้อรัง จึงเห็นสมควรต่อยอดการวิจัยนี้ไปยังกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ฯลฯ

ควรทำการทดลองแบบเปรียบเทียบสองกลุ่มโดยมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. Diabetes2020[online].2023[cited2023 July1]. Available from:<https://idf.org/about-diabetes/type-2-diabetes/>
2. กรมควบคุมโรค. รณรงค์วันเบาหวานโลก [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 5 ธ.ค.2565]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=38403&deptcode=brc&news_views=2606
3. สุปรียา เสี่ยงดัง. พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560:4;191-204.

4. ฐานข้อมูล Health Data Center [HDC] กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคเบาหวาน [ออนไลน์]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 24 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://cbi.hdc.moph.go.th/hdc/main/search.php?search=>
5. สำนักงานสาธารณสุขพิจิตร. ระบบข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึง 5 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://mis.ppho.go.th/>
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโรงช้าง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร. ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการงบประมาณ 2563 - 2565: พิจิตร : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโรงช้าง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร;2565.
7. พรวิจิตร ปานนาค, สุทธิพร มูลศาสตร์และเชษฐา แก้วพรม. ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตำบลบางวัว อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2017;27;91-106.
8. สมพร สีดออ่อน. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลหนองสระปลา อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการและการพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช. 2023;56-73.
9. บุญญธิดา ยาอินทร์. จังหวัดผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลชุมแสง อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์. วารสารสวรรค์ประชารักษ์เวชสาร 2564;18; 37-48.
10. ราตรี ทองคำ. ประสิทธิภาพของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดลพบุรี. Singburi Hospital Journal 2565: 30;86-99.

แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) ประชาชนวัยทำงาน ตำบลท่ามะเขือ อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร

Guidelines for developing health promoting behavior of working age people in Tha Makhuea Subdistrict Khlong Khlung District Kamphaeng Phet Province

ธีรพงษ์ ไชยมงคล สบ.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ามะเขือ

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานวิธีครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) ของประชาชนวัยทำงาน ตำบลท่ามะเขือ อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ 1) การวิจัยเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 306 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา, t-test, one-way ANOVA, Chi-square, Fisher's Exact test Stepwise Multiple Regression ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญไว้ที่ 0.05 2) การวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้กระบวนการสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงจำนวน 15 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) ในระดับต่ำ (ร้อยละ 64.71 และ 89.87) มีความแตกต่างกันตามปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรู้ด้านสุขภาพ และพบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ ($p < 0.05$) กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพหลัก แหล่งรายได้ (เงินเดือน เงินออม/ดอกเบี้ย) ความเพียงพอของรายได้ รอบเอวเพศชาย ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม การเข้าร่วมกิจกรรม และระดับความรู้ด้านสุขภาพ โดยพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ ดัชนีมวลกาย การเข้าร่วมกิจกรรม เงินออม/ดอกเบี้ย เพศ และเงินเดือน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้ร้อยละ 28.2 แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของประชาชนวัยทำงานแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ ได้แก่ 1) การพัฒนาบุคลากรให้มีความพร้อมในการดำเนินงาน 2) การทำงานแบบบูรณาการในรูปแบบคณะทำงาน 3) การพัฒนาความรู้และทักษะของวิทยากรกระบวนการ 4) การคัดเลือกพื้นที่นำร่อง และ 5) การติดตามประเมินผล

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ คือ ควรพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัยในการดำเนินชีวิตประจำวัน และทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย

คำสำคัญ : การพัฒนาพฤติกรรม, ประชาชนวัยทำงาน, พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.)

Abstract

The purpose of this combined methods research was to study factors related to health promoting behavior. and guidelines for developing health promoting behaviors of working age

people in Tha Makhuea Subdistrict. Khlong Khlung District Kamphaeng Phet Province. The study is divided into 2 phases: 1) quantitative research The questionnaire was used with a sample of 306 people. Data were analyzed using descriptive statistics, t-test, one-way ANOVA, Chi-square, Fisher's Exact test Stepwise Multiple Regression, Pearson correlation coefficient (r), with the significance level set at 0.05. 2) Qualitative research Use the focus group discussion process with a purposively selected sample of 15 people to analyze the content data.

The results showed that the sample were female. Be knowledgeable about health and health promotion behaviors at low levels (64.71% and 89.87%). There are differences according to personal factors. Health literacy level And it was found that health literacy has a low positive relationship with health promoting behaviors. Factors that have a statistical relationship ($p < 0.05$) with health promotion behaviors include gender, age, marital status, education, main occupation, source of income (salary, savings/interest), adequacy of income, male waist circumference, body mass index, congenital diseases, being Group/club members Participating in activities and level of health literacy It was found that health literacy, body mass index, participation in activities Savings/interest, gender, and salary can together predict health-promoting behavior by 28.2 percent. Guidelines for developing health promoting behaviors of working age people with participation from all sectors in the area include 1) developing personnel to be ready for operations 2) working in an integrated manner in the form of working groups 3) Develop knowledge and skills of facilitators, 4) selection of pilot areas, and 5) monitoring and evaluation.

Suggestions from this research are: A program should be developed to promote health literacy in changing health behaviors of people of all age groups in their daily lives. and study the effectiveness of the health literacy promotion program to be consistent with the target group.

Keywords : Behavioral development, working age people, health promoting behavior

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรและการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาทำให้รูปแบบของโรคและภัยสุขภาพเปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นโรคไร้เชื้อหรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง⁽¹⁾ โดยพบสัดส่วนคนไทยที่มึ่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มมากขึ้นเป็นผลมาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่ดี ขาดกิจกรรมทางกายที่เพียงพอและการเผชิญความเครียด⁽²⁾ เมื่อพิจารณาอัตราเพิ่มของความชุกพบว่าโรคเบาหวาน กลุ่มผู้ชายเพิ่มสูงขึ้นมากในช่วงอายุ 40-49 ปี กลุ่มผู้หญิงเพิ่มสูงขึ้นมากในช่วงอายุ 30-39 ปี โรคความดันโลหิตสูงพบอายุที่มีอัตราเพิ่มสูงที่สุด คือ 15-29 ปี และ 30-39 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง โรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มผู้ชายเพิ่มสูงขึ้นมากในช่วงอายุ 30-39 ปี ส่วนกลุ่มผู้หญิงเพิ่มสูงขึ้นมากในช่วงอายุ 40-49 ปี⁽³⁾

ประชากรวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) เป็นวัยที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาประเทศที่เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนผลผลิตด้านเศรษฐกิจและเป็นที่พึ่งของคนในครอบครัว แต่ในภาวะปัจจุบันกลุ่มคนวัยทำงานป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพิ่มมากขึ้นและพบในคนอายุน้อยลงเป็นลำดับ โดยสัดส่วนการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงเกินร้อยละ 50⁽⁴⁾ ซึ่งกลุ่มโรค NCDs ก่อผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและเป็นภัยเงียบที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย พิการ สูญเสียปีสุขภาวะ ตายก่อนวัยอันควร เป็นภาระในการดูแลรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายทั้งของครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ แต่ก็สามารถป้องกันการเกิดโรคได้ด้วยการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนจนเกิดความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

และป้องกันโรคไม่ติดต่อได้⁽⁵⁾ แต่จากการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) ในภาพรวมของประเทศ พบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 50.73) รองลงมาอยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 41.94) และระดับดีมาก (ร้อยละ 7.33) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. พบว่า อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 50.25) รองลงมาในระดับไม่ดี (ร้อยละ 36.33) และระดับดีมาก (ร้อยละ 13.42)⁽⁶⁾

จากรายงานศูนย์ข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ปี พ.ศ. 2565-2567⁽⁷⁾ พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 6.78, 5.87, 6.36 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นในระยะหนึ่งแล้วเริ่มลดลงใน ปี พ.ศ. 2566 ส่วนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ($HbA1c < 7\%$) ร้อยละ 34.37, 32.09, 34.66 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลงและยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย และยังพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 13.10, 13.44, 13.36 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยที่คุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 67.68, 62.34, 61.42 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าประชาชนในจังหวัดกำแพงเพชรเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าโรคเบาหวาน และสามารถคุมความดันโลหิตได้เกินเกณฑ์ (ร้อยละ 60) แต่มีแนวโน้มลดลง ข้อมูลอัตราป่วยโรคเรื้อรังอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ในช่วงเวลาเดียวกันพบผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 6.80, 5.93, 7.57 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยที่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ($HbA1c < 7\%$) ร้อยละ 33.92, 46.87, 41.38 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 12.32, 15.52, 16.78 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่คุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 65.30, 67.70, 60.34 ตามลำดับ พบอัตราป่วยในตำบลท่ามะเขือ อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ดังนี้ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 7.98, 7.89, 8.13 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยที่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ($HbA1c < 7\%$) ร้อยละ 31.85, 43.02, 38.05 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 15.36, 15.23, 14.27 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่คุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 59.54, 63.45, 62.35 ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ในวัยทำงาน ร้อยละ 7.98, 7.89, 8.13 และร้อยละ 15.36, 15.23, 14.27 ตามลำดับ ผู้ป่วยกลุ่มนี้คุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ ร้อยละ 29.37, 34.02, 20.93 และร้อยละ 29.25, 27.13, 28.38 ตามลำดับ จะเห็นว่าการพบโรคเรื้อรังในประชากรกลุ่มวัยทำงานมีแนวโน้มสูงขึ้นแต่การควบคุมโรคได้มีแนวโน้มลดลงซึ่งหากปล่อยทิ้งไว้จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากการเป็นสังคมผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังมากขึ้น

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษา “แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) ประชาชนวัยทำงาน ตำบลท่ามะเขือ อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร” ขึ้น เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษานี้เป็นข้อมูลในการกำหนดแนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในตำบลท่ามะเขือ และวางแผนเพื่อเตรียมความพร้อมให้กับผู้สูงอายุสำรอง (อายุ 45-59 ปี) ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเป็นผู้สูงอายุที่ทรงพลังทางสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) ของประชาชนวัยทำงานตำบลท่ามะเขือ อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล และความรอบรู้ด้านสุขภาพ
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) ของประชาชนวัยทำงานตำบลท่ามะเขือ อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร
3. เพื่อหาแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) ของประชาชนวัยทำงานตำบลท่ามะเขือ อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร

สมมติฐานของการวิจัย

1. ประชาชนวัยทำงานตำบลท่ามะเขือ อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ



และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) อยู่ในระดับปานกลาง

2. ประชาชนวัยทำงานตำบลท่ามะเขือ อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ที่มีปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพต่างกัน จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

3. ปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) ของประชาชนวัยทำงานตำบลท่ามะเขือ อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา การวิจัยครั้งนี้ มีขอบเขตด้านเนื้อหา ได้แก่ แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรอบรู้

ด้านสุขภาพ⁽⁸⁾ แนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ⁽⁹⁾ และแนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป⁽¹⁰⁾

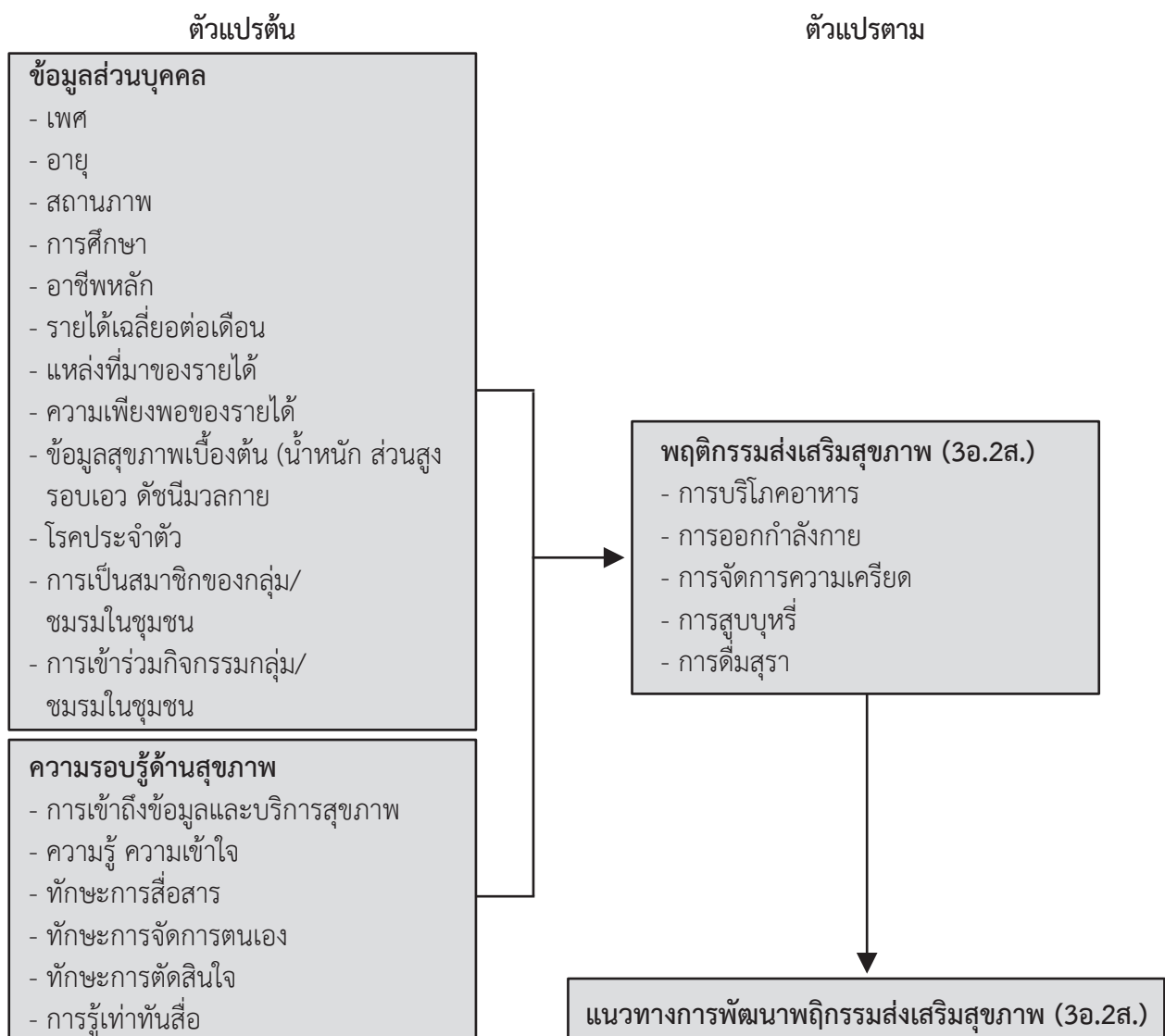
ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย เป็นประชาชนกลุ่มวัยทำงานที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลท่ามะเขือ อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ปีงบประมาณ 2567

ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจงเป็นตัวแทนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและมีประสบการณ์ในการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน

ขอบเขตด้านระยะเวลา ดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนมิถุนายน 2567 - สิงหาคม 2567

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methodology) ใช้วิธีเก็บข้อมูลด้วยการวิจัยแบบเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และแบบเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้จะทำการศึกษาในกลุ่มประชาชนอายุ 20-44 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลท่ามะเขือ อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 1,458 คน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุสำรอง (อายุ 45-59 ปี) ต่อไป

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเปิดตารางของ Krejcie and Morgan⁽¹¹⁾ ได้กลุ่มตัวอย่าง 306 คน ด้วยวิธีจับฉลากแบบคืน

เกณฑ์คัดเข้า

- 1) เป็นประชาชนกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 20-44 ปี) ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลท่ามะเขือ อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร
- 2) สมัครใจเข้าร่วมโครงการและยินดีให้ข้อมูล

เกณฑ์คัดออก

- 1) ไม่ร่วมมือในการตอบคำถามในการทำวิจัย/ขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย
- 2) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แก่นนำสุขภาพ ผู้นำชุมชน

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเป็นตัวแทนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและมีประสบการณ์ในการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน เพื่อร่วมกำหนดแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) ของประชาชนวัยทำงานตำบลท่ามะเขือ อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ดังนี้ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (นายก อบต. และ ทต.ท่ามะเขือ) หรือผู้แทนปลัด อบต. และ ทต. หรือผู้แทน ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนของ อบต. และ ทต.ท่ามะเขือ (รวม 6 คน) ประธาน/ตัวแทน อสม. หมู่ละ 1 คน

(9 หมู่บ้าน) รวมทั้งสิ้นจำนวน 15 คน

เกณฑ์คัดเข้า

- 1) ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและมีประสบการณ์ในการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน
- 2) สมัครใจเข้าร่วมโครงการและยินดีให้ข้อมูล

เกณฑ์คัดออก

- 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนด
- 2) ขอถอนตัวออกจากโครงการ/ไม่สมัครใจหรือยินดีให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถาม 1 ชุดประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ **ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบหรือเติมข้อความในช่องว่าง **ส่วนที่ 2** ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้านๆ ละ 5 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 30 ข้อ และ**ส่วนที่ 3** พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 22 ข้อ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยผู้วิจัย นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและได้รับการแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับประชาชนวัยทำงาน (อายุ 20-44 ปี) จำนวน 30 คน ในเขตตำบลคลองขลุง อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 0.84 และ 0.82 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา t-test และ One-way ANOVA Chi-square Fisher's Exact test Stepwise Multiple Regression และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญไว้ที่ 0.05

ระยะที่ 2 ใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มที่สร้างขึ้นให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมี

ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ช่วยตรวจสอบและปรับปรุง
ข้อคำถามให้เหมาะสมมากขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา
สรุปความคิดเห็นจากแบบบันทึกการสนทนากลุ่มในเรื่อง
แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.)
ประชาชนวัยทำงานตำบลท่ามะเขือ อำเภอลำดวน
จังหวัดกำแพงเพชร

การพิทักษ์สิทธิ์ งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจาก
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร (เลขที่
โครงการ 67 02 09 ลงวันที่ 20 พฤษภาคม 2567)

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ
55.23) อายุมากกว่า 33 ปี (ร้อยละ 54.90) สถานภาพคู่
(ร้อยละ 49.67) การศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ
31.05) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 35.95) มีรายได้ต่ำกว่า
25,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 81.37) ส่วนใหญ่ร้อยละ
72.13 มีแหล่งที่มาของรายได้จากการทำงาน และรายได้
มีความเพียงพอ (ร้อยละ 75.82) เพศชายมีรอบเอว

น้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตร (ร้อยละ 89.78)
มีดัชนีมวลกายระดับปกติ (ร้อยละ 54.74) เพศหญิง
มีรอบเอวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตร (ร้อยละ
82.25) มีดัชนีมวลกายระดับปกติ (ร้อยละ 55.62) ร้อยละ
19.28 พบโรคประจำตัวมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง
(ร้อยละ 56.92) รองลงมาคือโรคไขมันในเลือดสูง และ
โรคเบาหวาน (ร้อยละ 21.54 และ 18.46 ตามลำดับ)
ส่วนใหญ่ร้อยละ 67.97 ไม่เป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม และ
ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม (ร้อยละ 53.60) มีความรอบรู้ด้าน
สุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) ภาพรวม
อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 64.71 และ 89.87) ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) ของ
ประชาชนวัยทำงานตำบลท่ามะเขือ อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส
การศึกษา อาชีพหลัก แหล่งรายได้ ได้แก่ เงินเดือน
เงินออม/ดอกเบี้ย ความเพียงพอของรายได้ รอบเอว
เพศชาย ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ได้แก่ เก๊าท์ไทรอยด์
การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม การเข้าร่วมกิจกรรม ระดับ
ความรู้ด้านสุขภาพ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรม		รวม	χ^2	P-value
	ต่ำ (n = 275)	ปานกลาง+สูง (n = 31)			
1. เพศ				5.439	0.020 ^a
- ชาย	117 (85.40)	20 (14.60)	137 (44.77)		
- หญิง	158 (93.49)	11 (6.51)	169 (55.23)		
2. อายุ				7.064	0.008 ^a
- <33 ปี	131 (94.93)	7 (5.07)	138 (45.10)		
- ≥33 ปี	144 (85.71)	24 (14.29)	168 (54.90)		
3. สถานภาพสมรส				13.888	0.001 [*]
- โสด	135 (90.60)	14 (9.40)	149 (48.69)		
- คู่	138 (90.79)	14 (9.21)	152 (49.67)		
- หม้าย หย่า แยก	2 (40.00)	3 (60.00)	5 (1.64)		
4. การศึกษา				16.828	0.005 [*]
- ไม่ได้เรียน	32 (74.42)	11 (25.58)	43 (14.05)		
- กำลังศึกษา	34 (94.44)	2 (5.56)	36 (11.77)		
- ประถมศึกษา	20 (83.33)	4 (16.67)	24 (7.84)		
- มัธยมศึกษา	87 (91.58)	8 (8.42)	95 (31.05)		
- อนุปริญญา/เทียบเท่า	28 (90.32)	3 (9.68)	31 (10.13)		
- ปริญญาตรีและสูงกว่า	74 (96.10)	3 (3.90)	77 (25.16)		

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรม		รวม	χ^2	P-value
	ต่ำ (n = 275)	ปานกลาง+สูง (n = 31)			
5. อาชีพหลัก				10.732	0.030*
- ไม่ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	40 (95.24)	2 (4.76)	42 (13.73)		
- เกษตรกรรม	99 (90.00)	11 (10.00)	110 (35.95)		
- รับจ้างทั่วไป	33 (76.74)	10 (23.26)	43 (14.05)		
- ค้าขาย	54 (91.53)	5 (8.47)	59 (19.28)		
- ข้าราชการ	49 (94.23)	3 (5.77)	52 (16.99)		
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				0.746	0.388
- <25000 บาท/เดือน	222 (89.16)	27 (10.84)	249 (81.37)		
- ≥25000 บาท/เดือน	53 (92.98)	4 (7.02)	57 (18.63)		
7. แหล่งรายได้					
- การทำงาน	238 (90.15)	26 (9.85)	264 (72.13)	0.168	0.682
- บุตรหลาน	5 (71.43)	2 (28.57)	7 (1.91)	2.676	0.102
- ญาติพี่น้อง	13 (92.86)	1 (7.14)	14 (3.83)	0.144	0.704
- เงินเดือน	0 (0.00)	1 (100.00)	1 (0.27)	8.900	0.003*
- เบี้ยยังชีพ	1 (50.00)	1 (50.00)	2 (0.55)	3.515	0.061
- เงินออม/ดอกเบี้ย	50 (100.00)	0 (0.0)	50 (13.66)	6.737	0.009 ^a
- พ่อแม่	27 (96.43)	1 (3.57)	28 (7.65)	1.456	0.227
8. ความเพียงพอของรายได้				14.155	0.000 ^{**a}
- เพียงพอ	217 (93.53)	15 (6.47)	232 (75.82)		
- ไม่เพียงพอ	58 (78.38)	16 (21.62)	74 (24.18)		
9. ข้อมูลสุขภาพ					
9.1 รอบเอว					
1) เพศชาย				9.988	0.002 ^a
- ≤90 เซนติเมตร	109 (88.62)	14 (11.38)	123 (89.78)		
- >90 เซนติเมตร	8 (57.14)	6 (42.86)	14 (10.22)		
2) เพศหญิง				2.792	0.095
- ≤80 เซนติเมตร	132 (94.96)	7 (5.04)	139 (82.25)		
- >80 เซนติเมตร	26 (86.67)	4 (13.33)	30 (17.75)		
9.2 ดัชนีมวลกาย					
1) เพศชาย				27.845	0.000 ^{**}
- <18.50 กก/ม ²	6 (75.00)	2 (25.00)	8 (5.84)		
- 18.50–22.99 กก/ม ²	70 (93.33)	5 (6.67)	75 (54.74)		
- 23.00–24.99 กก/ม ²	20 (86.96)	3 (13.04)	23 (16.79)		
- 25.00–29.99 กก/ม ²	20 (80.00)	5 (20.00)	25 (18.25)		
- ≥30.00 กก/ม ²	1 (16.67)	5 (83.33)	6 (4.38)		
2) เพศหญิง				35.201	0.000 ^{**}
- <18.50 กก/ม ²	13 (86.67)	2 (13.33)	15 (8.88)		
- 18.50–22.99 กก/ม ²	92 (97.87)	2 (2.13)	94 (55.62)		
- 23.00–24.99 กก/ม ²	35 (97.22)	1 (2.78)	36 (21.30)		
- 25.00–29.99 กก/ม ²	15 (88.24)	2 (11.76)	17 (10.06)		
- ≥30.00 กก/ม ²	3 (42.86)	4 (57.14)	7 (4.14)		

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรม		รวม	χ^2	P-value
	ต่ำ (n = 275)	ปานกลาง+สูง (n = 31)			
10. โรคประจำตัว				5.819	0.016 ^{*a}
- ไม่มี	227 (91.90)	20 (8.10)	247 (80.72)		
- มี	48 (81.36)	11 (18.64)	59 (19.28)		
- ความดันโลหิตสูง	31 (83.78)	6 (16.22)	37 (56.92)	1.712	0.191
- เบาหวาน	8 (66.67)	4 (33.33)	12 (18.46)	7.385	0.007 ^{*a}
- ไขมันในเลือดสูง	14 (100.00)	0 (0.00)	14 (21.54)	1.654	0.198
- เก๊าท์	0 (0.00)	1 (100.00)	1 (1.54)	8.900	0.003 [*]
- ไทรอยด์	0 (0.00)	1 (100.00)	1 (1.54)	8.900	0.003 [*]
11. การเป็นสมาชิก				16.726	0.000 ^{**a}
- ไม่เป็น	197 (94.71)	11 (5.29)	208 (67.97)		
- เป็นสมาชิก	78 (79.59)	20 (20.41)	98 (32.03)		
12. การเข้าร่วมกิจกรรม				36.525	0.000 ^{**}
- ไม่ได้ไป	153 (93.29)	11 (6.71)	164 (53.60)		
- ไปบ้าง แต่นานแล้ว	109 (92.37)	9 (7.63)	118 (38.56)		
- ไปถึงทุกวันนี้	13 (54.17)	11 (45.83)	24 (7.84)		
13. ระดับความรู้				10.208	0.001 ^{*a}
- ระดับต่ำ	186 (93.94)	12 (6.06)	198 (64.71)		
- ระดับปานกลาง	89 (82.41)	19 (17.59)	108 (35.29)		

*p<0.05, **p<0.001, ^aFisher's Exact Test

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างพบมีความแตกต่างกัน (p<0.05) ตามปัจจัยต่างส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา แหล่งรายได้ (เงินเดือน เงินออม/ดอกเบี้ย)

ความเพียงพอของรายได้ รอบเอว (เพศชาย) ดัชนีมวลกาย การมีโรคประจำตัว (เบาหวาน เก๊าท์ ไทรอยด์) การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม และระดับความรู้ด้านสุขภาพ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรม					คู่ที่แตกต่าง
	คู่ที่	$\bar{x}$	SD.	F	p	
1. เพศ	1. ชาย	1.15	0.381	5.951	0.015 [*]	
	2. หญิง	1.07	0.247			
2. อายุ	1. <33 ปี	1.05	0.220	7.184	0.008 [*]	
	2. ≥33 ปี	1.14	0.351			
3. สถานภาพสมรส	1. โสด	1.10	0.324	6.457	0.002 [*]	1-3 **, 2-3**
	2. คู่	1.09	0.290			
	3. หม้าย หย่า แยก	1.60	0.548			
4. การศึกษา	1. ไม่ได้เรียน	1.26	0.441	3.012	0.011 [*]	1-2*, 1-4*, 1-5*, 1-6**
	2. กำลังศึกษา	1.08	0.368			
	3. ประถมศึกษา	1.17	0.381			
	4. มัธยมศึกษา	1.08	0.279			

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรม					
	คู่ที่	$\bar{x}$	SD.	F	p	คู่ที่แตกต่าง
5. แหล่งรายได้	5. อนุสัญญา/เทียบเท่า	1.10	0.301			
	6. ปริญาตรีและสูงกว่า	1.04	0.195			
	1. การทำงาน	1.10	0.299	0.709	0.400	-
	2. บุตรหลาน	1.29	0.488	2.349	0.126	-
	3. ญาติพี่น้อง	1.14	0.535	0.213	0.644	-
	4. เงินเดือน	2.00	0.000	8.193	0.004*	-
6. ความเพียงพอของรายได้	5. เบี้ยยังชีพ	1.50	0.707	3.154	0.077	-
	6. เงินออม/ดอกเบี้ยย	1.00	0.000	6.623	0.011*	-
	7. พ่อแม่	1.04	0.189	1.456	0.228	-
	1. เพียงพอ	1.07	0.270	12.563	0.000**	
	2. ไม่เพียงพอ	1.22	0.414			
	7. รอบเอวเพศชาย	1.12	0.353	8.577	0.004*	-
8. ดัชนีมวลกาย	2. >90 เซนติเมตร	1.43	0.514			
	- เพศชาย					
	1. <18.50 kg/m^2	1.25	0.463	6.653	0.000**	1-5*, 2-5**, 3-5**, 4-5**
	2. 18.50-22.99 kg/m^2	1.08	0.319			
	3. 23.00-24.99 kg/m^2	1.13	0.344			
	4. 25.00-29.99 kg/m^2	1.20	0.408			
9. โรคประจำตัว	5. ≥ 30.00 kg/m^2	1.83	0.408			
	- เพศหญิง			10.786	0.000**	1-5**, 2-5**, 3-5**, 4-5**
	1. <18.50 kg/m^2	1.13	0.352			
	2. 18.50-22.99 kg/m^2	1.02	0.145			
	3. 23.00-24.99 kg/m^2	1.03	0.167			
	4. 25.00-29.99 kg/m^2	1.12	0.332			
10. การเป็นสมาชิก	5. ≥ 30.00 kg/m^2	1.57	0.535			
	1. ไม่มี	1.09	0.294	4.937	0.027*	
	2. มี	1.19	0.393			
	- ความดันโลหิตสูง	1.16	0.374	1.391	0.239	-
	- เบาหวาน	1.33	0.492	6.623	0.011*	
	- ไขมันในเลือดสูง	1.00	0.000	1.600	0.207	
11. การเข้าร่วมกิจกรรม	- เก๊าท์	2.00	0.000	8.193	0.004*	
	- ไทรอยด์	2.00	0.000	8.193	0.004*	
	1. ไม่เป็น	1.06	0.254	14.849	0.000**	
	2. เป็นสมาชิก	1.20	0.405			
	1. ไม่ได้ไป	1.07	0.284	18.028	0.000**	1-3*, 2-3*
	2. ไปบ้าง แต่นานแล้ว	1.08	0.267			
12. ระดับความรอบรู้	3. ไปถึงทุกวันนี้	1.46	0.509			
	1. ระดับต่ำ	1.06	0.239	11.151	0.001*	
	2. ระดับปานกลาง	1.19	0.414			

*p<0.05, **p<0.001

0.356, $r = 0.353$ และ $r = 0.374$; $p < 0.001$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับการดื่มสุรา ($r = 0.140$, $p < 0.05$)

- ความรอบรู้ด้านทักษะการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ภาพรวม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด และการดื่มสุรา ($r = 0.299$, $r =$

0.268, $r = 0.279$; $p < 0.001$, $r = 0.135$ และ $r = 0.118$; $p < 0.05$)

- ความรอบรู้ด้านการรู้เท่าทันสื่อ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ภาพรวม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ($r = 0.174$, $r = 0.149$, $r = 0.139$ และ $r = 0.186$; $p < 0.05$)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) ของประชาชนวัยทำงานตำบลท่ามะเขือ อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ					
	ภาพรวม	การบริโภคอาหาร	ออกกำลังกาย	จัดการความเครียด	การสูบบุหรี่	การดื่มสุรา
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวม	0.457**	0.439**	0.470**	0.118*	0.151**	0.176**
- การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.464**	0.380**	0.493**	0.146*	0.214**	0.172**
- ความรู้ ความเข้าใจ	0.327**	0.344**	0.377**	0.019	0.085	0.122*
- ทักษะการสื่อสาร	0.479**	0.519**	0.495**	-0.027	0.246**	0.222**
- ทักษะการจัดการตนเอง	0.356**	0.353**	0.374**	0.080	0.096	0.140*
- ทักษะการตัดสินใจ	0.299**	0.268**	0.279**	0.135*	0.091	0.118*
- การรู้เท่าทันสื่อ	0.174*	0.149*	0.139*	0.186*	-0.034	0.036

* $p < 0.05$, ** $p < 0.001$

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ (จากตารางที่ 1) และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) ของประชาชนวัยทำงานตำบลท่ามะเขือ โดยตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายสูงที่สุด ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($Beta = 0.315$) รองลงมา ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ($Beta = 0.271$) การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม ($Beta = 0.148$) เงินออม/ดอกเบี้ยย ($Beta = 0.140$) เพศ ($Beta = -0.098$) และเงินเดือน ($Beta = -0.157$) ตามลำดับ โดยตัวแปร

ทั้ง 6 สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) ได้ร้อยละ 28.2 (ตารางที่ 4) และสามารถนำมาเขียนสมการทำนายได้ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ คือ

$$Y' = 71.157 + 5.642X_1 + 0.646X_2 - 23.647X_3 + 2.000X_4 + 3.255X_5 - 1.690X_6$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ

$$Zy' = 0.315 + 0.271X_1 - 0.157X_2 + 0.148X_3 + 0.140X_4 - 0.098X_5$$

ตารางที่ 4 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) ของประชาชนวัยทำงานตำบลท่ามะเขือ อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร

ตัวแปร	b	SE (b)	Beta	t	P-value
ความรอบรู้	5.642	0.898	0.315	6.280	0.000**
ดัชนีมวลกาย	0.646	0.122	0.271	5.290	0.000**
เงินเดือน	-23.647	7.440	-0.157	-3.178	0.002*
การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม	2.000	0.686	0.148	2.914	0.004*
เงินออม/ดอกเบี้ยย	3.255	1.155	0.140	2.819	0.005*
เพศ	-1.690	0.857	-0.098	-1.974	0.049*
Constant	71.157	15.231	-	4.672	0.000**

$R = 0.531$ $R^2 = 0.282$ $AdjR^2 = 0.267$ $F = 19.528$ $p = 0.000**$

* $p < 0.05$, ** $p < 0.001$

แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) ของประชาชนวัยทำงานตำบลท่ามะเขือ อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร

2.1) บุคลากรและทีมสุขภาพ ควรจัดให้มีกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน เพื่อสร้างความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

2.2) บุคคลในครอบครัว มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุน ดูแลและคอยกำกับสมาชิกในครอบครัว ในประเด็นเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและเพิ่มกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด และการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง สร้างความอบอุ่นในครอบครัว และความเข้มแข็งทางสุขภาพ

2.3) พัฒนาศักยภาพ อสม. เพื่อให้ อสม. สามารถเป็นนักจัดการสุขภาพ สามารถติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการกำกับตนเอง มีการสร้างกลุ่มแบ่งกันดูแลตามจำนวนหลังคาเรือนและหมู่บ้านหรืออาจทำงานแบบ “เพื่อนช่วยเพื่อน” หรือ “คู่หูบัดดี้” เป็นต้น เพื่อสร้างความมั่นใจในการสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพให้กับประชาชนซึ่งจะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ต่อไป

2.4) การจัดตั้งกลุ่ม/ชมรมต่างๆ ในชุมชน มีคณะทำงานในการกระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุนให้คนในชุมชนมีบทบาทหรือเป็นสมาชิกและเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มหรือชมรมต่างๆ อย่างต่อเนื่อง

2.5) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณในการจัดพื้นที่ออกกำลังกายรวมทั้งอุปกรณ์ต่างๆ ซึ่งหากเป็นไปได้ควรมี trainer คอยแนะนำ ทั้งนี้เพื่อเป็นการยกระดับการออกกำลังกายในชุมชนให้ทันสมัยและได้มาตรฐานเหมือนกับ fitness center เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงการออกกำลังกายที่ปลอดภัยและเหมาะสมกับสุขภาพ โดยเลือกพื้นที่นาร่องในการดำเนินงานและทำการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

วิจารณ์

ผู้เสนอผลงานจะทำการอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) ของประชาชนวัยทำงานตำบลท่ามะเขือ อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเป็นช่วงวัยที่อยู่ในวัยกำลังศึกษาหรือบางกลุ่มก็อยู่ในวัยทำงานและเนื่องจากมีอายุอยู่ในช่วง 20-44 ปี จึงทำให้เข้าใจว่าร่างกายยังแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว จึงไม่สนใจที่จะหาความรู้ในการดูแลสุขภาพ เป็นผลให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส. ในภาพรวมอยู่ในระดับไม่ดีหรือระดับพอใช้โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วน ซึ่งหมายถึง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตาม 3อ.2ส.^{(12), (13), (14)}

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) ภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้ อาจมีผลสืบเนื่องมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับพอใช้หรือระดับปานกลาง^{(15), (16), (17), (18)} ทั้งนี้เนื่องจากการขาดความรู้และทักษะในการป้องกันและดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งบุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลต่อการใช้ข้อมูลข่าวสารและการเข้ารับบริการสุขภาพในการดูแลตนเอง⁽¹⁹⁾

2. การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานตำบลท่ามะเขือ อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล และความรู้ด้านสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ตามปัจจัยต่างส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพ การศึกษา แหล่งรายได้ (เงินเดือน เงินออม/ดอกเบี้ย) ความเพียงพอของรายได้ รอบเอว (เพศชาย) ดัชนีมวลกาย (ทั้งเพศชายและเพศหญิง) การมีโรคประจำตัว (เบาหวาน เก๊าท์ ไทรอยด์) การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม และระดับความรู้ด้านสุขภาพ แสดงให้เห็นว่ามีหลายๆ ปัจจัย (ทั้งปัจจัยภายในและ

ภายนอก) ที่มีผลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristics and experiences) ซึ่งแต่ละบุคคลมีคุณลักษณะและประสบการณ์ที่เคยปฏิบัติมาก่อนซึ่งมีอิทธิพลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมนั้นๆ โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น เพศ อายุ ความแข็งแรงของร่างกาย เป็นต้น ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความรู้สึกถึงคุณค่าในตัวเอง แรงจูงใจในตนเอง ปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ เชื้อชาติ ขนบธรรมเนียมประเพณี การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจสังคม ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เฉพาะ เช่น การรับรู้ร่างกายแข็งแรงอาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมออกกำลังกาย แต่อาจไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร⁽⁹⁾

3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) ของประชาชนวัยทำงานตำบลท่ามะเขือ อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) ของประชาชนวัยทำงาน ตำบลท่ามะเขือ อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพหลัก แหล่งรายได้ ได้แก่ เงินเดือน เงินออม/ดอกเบี้ย ความเพียงพอของรายได้ รอบเอวเพศชาย ดัชนีมวลกายทั้งเพศชายและเพศหญิง โรคประจำตัว ได้แก่ เก๊าท์ ไทรอยด์ การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม และระดับความรู้ด้านสุขภาพ โดยพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ ดัชนีมวลกาย การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม เงินออม/ดอกเบี้ย เพศ และเงินเดือน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) ได้ร้อยละ 28.2 และการศึกษานี้ยังพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ภาพรวม การบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับการจัดการความเครียด การสูบบุหรี่

และการดื่มสุรา สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.^{(12),(15),(18),(20),(21),(22)} และมีการศึกษาพบว่าเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 3อ.2ส. ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)^{(13),(23),(24),(25)}

4. แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) ของประชาชนวัยทำงานตำบลท่ามะเขือ อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร

ผลการศึกษา พบว่า แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) ของประชาชนวัยทำงาน ตำบลท่ามะเขือ อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร แบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ ได้แก่ 1) การพัฒนาบุคลากรให้มีความพร้อมในการดำเนินงาน 2) การทำงานแบบบูรณาการในรูปแบบคณะทำงาน 3) การพัฒนาความรู้และทักษะของวิทยากรกระบวนการ 4) การคัดเลือกพื้นที่นำร่อง และ 5) การติดตามประเมินผล สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การพัฒนาสู่องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 มิติ ได้แก่ มิติด้านนโยบาย การลงทุนด้านสุขภาพ การสร้างพันธมิตร การมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาศักยภาพ และความเสมอภาคเท่าเทียม⁽⁸⁾

สรุป ประชาชนวัยทำงาน (อายุ 20-44 ปี) ของตำบลท่ามะเขือ อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร มีความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) ในระดับต่ำ และมีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p < 0.05$) ตามปัจจัยส่วนบุคคล และความรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน และสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 28.2

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

1.1 หน่วยงานสาธารณสุข

1) การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพโดยบูรณาการแนวทางการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย

2) พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัยให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ในชีวิตประจำวัน

3) สร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานองค์กรต่างๆ ในการสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมโดยเฉพาะการดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่

1.2 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ตำบลท่ามะเขือ

1) สนับสนุนงบประมาณผ่านกองทุนตำบลฯ (กปท.) จัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พร้อมทั้งเพิ่มแรงจูงใจในการลด ละ เลิก ในประชาชนกลุ่มสูบบุหรี่ หรือดื่มแอลกอฮอล์

2) อปท. ควรมีนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน โดยการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น สร้างลานกีฬา จัดกิจกรรมออกกำลังกาย มอบป้ายร้านอาหารที่มีเมนูสุขภาพส่งเสริมแกนนำด้านสุขภาพ และสร้างบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพในชุมชน

3) ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติตนเพื่อการมีสุขภาพดีของตนเอง เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และสร้างเครือข่าย ทำให้เกิดชุมชนเข้มแข็งทางด้านสุขภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพโดยบูรณาการแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย

2.2 การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) ในประชาชนทุกกลุ่มวัยในพื้นที่ตำบลท่ามะเขือ อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ที่อนุญาตให้ใช้ฐานข้อมูล (HDC-Report) สาธารณสุขอำเภอคลองขลุงที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้เกิดงานวิชาการนี้ขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- ศิริพร จริยาจิรวัฒนา, ภัทรพร บุตรดี, ดร.ณิศรี ประคู้. (2567). สำนวนความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6. ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี. [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 26 มีนาคม 2567] เข้าถึงจาก: <https://hpc6.anamai.moph.go.th/web-upload/31x1af1f7ef8d871a3c871a3c2d13d7517b0e6d77/filecenter/kpi64r2/2.4/apr/6-6.pdf>
- โครงการสุขภาพคนไทย. (2560). โรคไม่ติดต่อ. สุขภาพคนไทย 2560. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพัตรา ศรีวิชชากร. สถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด) ในประเทศไทย ในระยะ 5 ปี (2553-2557). วารสารควบคุมโรค 2560;43(4):379-390.
- วิวัฒน์ โรจนพิทยากร. บทบรรณาธิการ สถานการณ์และแนวโน้มทางสุขภาพของประเทศไทย 2561-2563. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562; 28(2):185-186.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา (Health Literacy: Measurement and Development). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. สุขุมวิท การพิมพ์ จำกัด. 2560.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. รายงานผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม

- สุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมายการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2560. กรุงเทพมหานคร: นิเวศรรดาการพิมพ์. 2560.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. HDC-Report กลุ่มรายงานมาตรฐานผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดกำแพงเพชร ปีงบประมาณ 2565-2567. [อินเทอร์เน็ต] (2567). [เข้าถึงเมื่อ 26 มีนาคม 2567] เข้าถึงจาก:https://kpt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=cf7d9da207c0f9a7ee6c4fe3f09f67dd
 8. กฤษดา อีรวรชัย และคณะ. รูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) สำหรับส่งเสริมสุขภาพประชาชน เพื่อรองรับ COVID-19 อย่างมีส่วนร่วม: กรณีศึกษากลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการ. [รายงานการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง] รุ่นที่ 9 สถาบันพระปกเกล้า. 2563.
 9. เบญจวรรณ สอนอาจ. แนวทางการสร้างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต] สาขาวิชาพัฒนศึกษา แผน ก แบบ ก2 ระดับปริญญามหาบัณฑิต ภาควิชาพื้นฐานทางการศึกษา,บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร. 2562.
 10. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. การสร้างเสริมและการประเมินด้านความรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. 2561.
 11. Krejcie and Morgan. คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง. [อินเทอร์เน็ต] (1970). [เข้าถึงเมื่อ 26 มีนาคม 2567] เข้าถึงจาก: <https://hpc11.go.th/me-working-age/krejcie-morgan/view?N=33090&e=0.05&X2=3.841&p=0.5&s=379.70397124855>
 12. ณัฏพนงศ์ พิรัชพงศ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 30.2ส. ของแรงงานต่างด้าวในจังหวัดชลบุรี. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. 2563.
 13. สกาวเนตร ไทรแจ่มจันทร์, วัลลภา อังคารา, อุษณีย์ บุญบรรจบ, ฐานุช ถิ่นสอน. ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30.2ส. ของประชาชนในชุมชนบ้านเอื้ออาทรบางเขน (คลองถนน). วารสารพยาบาลทหารบก 2564; 22(3):376-386.
 14. อีรศักดิ์ ศรีพิทักษ์, นิรชร ชูดีพัฒนา และอิสระทองสามสี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนวัยรุ่น จังหวัดยะลา. การประชุมหาโตใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 10 ประจำปี 2566. มหาวิทยาลัยหาดใหญ่: 1529-1545.
 15. ทรงทรศน์ จินาพงศ์, ภัทราวุธ ขาวสนธิ. ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และกิจกรรมทางกายของนักศึกษาในระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ. วารสารสุศึกษา พลศึกษา และสนทนการ 2563; 46(2):56-67.
 16. พรศรี สิงคะปะ และวงศกร ราชบัณฑิต. การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 30.2ส. ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป อำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2564; 36:16-23.
 17. วันเพ็ญ สุทธิโกมินทร์, รินทร์หทัย กิตติธนาจรณ์, จันทิมา นวมะวัฒน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ ด้านสุขภาพของประชาชน เขตสุขภาพที่ 3 เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน. 2564.
 18. พรภัทรา แสนเหลา, เบญจพร สืบทอง, ภิญญารัตน์ เปลี่ยนจันทิก, ปิยะกุล ศิริ,

- ศุภลักษณ์ โคบำรุง, สิริินยา ผลไธสง, สุธิดา เพชรฤทัย และ อาริยา นาใจเย็น. ความสัมพันธ์ด้านความรู้สุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพหลัก 3อ.2ส. ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ. การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 14 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม วันที่ 7-8 กรกฎาคม 2565:1651-1662.
19. พิชญ์ศุภากานต์ ไต่เมฆ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.[วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต] วิชาเอกการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2561.
20. มนทิฎาภางลาและศึกษาอุ๋นเจริญ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของอาจารย์บุคลากรในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนจังหวัดอุดรธานี. เอกสารการประชุมวิชาการระดับชาติด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ครั้งที่ 3 ประจำปี 2564 วันที่ 26 มีนาคม 2564 ณ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย.
21. อาภรณ์ คำก้อน, สุพัตรา บัวทิ, อัจฉรา ชัยชาญ, บุญญภัทร์ ภูมิภู, กัญจน์นิชา เรืองชัยทวิสุข. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล 2565; 28(2):1-16.
22. ปราณี ทัดศรี, ปรางค์ทิพย์ อุจะรัตน์, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ,จุฬาลักษณ์อินทะนิล,กันยนา มีสารภี. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2565; 5:1-16.
23. ประพันธ์ เข้มแก้ว, นิกรณรัตน์ ภักดีวิวัฒน์. การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร 2564; 2(2):32-42.
24. นาฏยา คลีเกสร. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลระนอง. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) 2565; 38:56-65.
25. กิตติพงษ์ เรือนเพ็ชร, ยุวดี จอมสงัด, นิภา สุทธิพันธ์, ปิยะอร รุ่งธนเกียรติ, ปณณทัต บนขุนทด และ เมธา พันธุ์รัมย์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอำเภอเมืองจังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2566; 17(2):479-492.

ประสิทธิผลของพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุสำรวจ อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร

Effectiveness of health behavior according to the principles of 3A.2S. of the elderly in Phran Kratai District Kamphaeng Phet Province

ทินกร ชำนาญงค์ สบ.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขามเฒ่าวรลักษณ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจข้อมูล และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และทดลองใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. กับผู้สูงอายุสำรวจอำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะคือ 1) การสำรวจ ใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 380 คน 2) ใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square, Independent t-test, paired t-test ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 59.47) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุสำรวจ ได้แก่ เพศ การเป็นสมาชิกของกลุ่ม/ชมรมในชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรม รอบเอวเพศชาย ดัชนีมวลกาย เพศชาย ภาวะสุขภาพ ระดับความรู้ ระดับทัศนคติ ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพระดับปัจจัยเอื้อและระดับปัจจัยเสริม หลังการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุสำรวจ ควรมีการสร้างอาชีพเพื่อให้มีรายได้ที่มั่นคง การได้รับความรู้ข้อมูลทางสุขภาพ การจัดตั้งกลุ่ม/ชมรมและการเข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งการสนับสนุนจากภาคส่วนต่างๆ ในการส่งเสริมและการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ คือ ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ให้เหมาะสมกับประชาชนในช่วงวัยทำงานตอนต้นและวัยทำงานตอนกลาง เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตั้งแต่วัยหนุ่มสาว ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังในวัยผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพ, ผู้สูงอายุสำรวจ, พฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.)

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to explore data and study factors affecting desired health behaviors and trial the health behavior modification program according to the principles of 3A.2S with reserve elderly people in Phran Kratai District. Kamphaeng Phet Province. The study was divided into 2 phases: 1) Survey using questionnaires with a sample of 380

people. 2) Use the behavior modification program with an experimental group of 30 people and a comparison group of 30 people for a period of 12 weeks. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square, Independent t-test, paired t-test with the significance level set at 0.05.

The results found that the sample were female. Passed the desired health behavior criteria (59.47%). Factors that have a statistically significant relationship ($p < 0.05$) with desired health behaviors of reserve elderly include gender, membership in groups/clubs in the community activity participation, male waist circumference, male body mass index, health status, knowledge level, attitude level, health status awareness level Conducive factor level and additional factor levels. After using the health behavior modification program according to the principles of 3A.2S, the experimental group had a mean score of desirable health behaviors. Higher than before using the program and higher than the comparison group and there were statistically significant differences. The comparison group had a mean score of desirable health behaviors. Higher than before participating in the activity But no statistical difference was found. Guidelines for developing desired health behaviors of the elderly reserve, should be Including creating a career to have a stable income. Obtaining knowledge-health information Forming groups/clubs and participating in activities Including support from various sectors in promoting and accessing health services.

Suggestions from this research are: Activities to promote desirable health behaviors should be organized to suit people in their early and middle working ages so that they have good health behaviors from a young age, which will help prevent the development of chronic diseases in the elderly.

Keywords : Factors, Breast self-examination behavior, Women of reproductive age

บทนำ

การมีสุขภาพดีเป็นสิ่งที่ทุกคนพึงปรารถนา บุคคลจึงต้องมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ แต่เนื่องจากสภาพความเป็นอยู่และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปในปัจจุบันส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นและพบมากในกลุ่มวัยทำงาน⁽¹⁾ โดยเฉพาะความชุกของโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ โดยกลุ่มอายุที่พบความชุกสูงสุดในโรคเบาหวาน คือ กลุ่มอายุ 30-39 ปี โรคความดันโลหิตสูง คือ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป โรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง คือ กลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป เมื่อพิจารณาในด้านอัตราเพิ่มของความชุก พบว่าโรคเบาหวาน กลุ่มผู้ชายเพิ่มสูงขึ้นมากในช่วงอายุ 40-49 ปี ส่วนกลุ่มผู้หญิงเพิ่มสูงขึ้นมากในช่วงอายุ 30-39 ปี โรคความดันโลหิตสูง

พบกลุ่มอายุที่มีอัตราเพิ่มสูงที่สุดคือ 15-29 ปี และ 30-39 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง โรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มผู้ชายเพิ่มสูงขึ้นมากในช่วงอายุ 30-39 ปี ส่วนกลุ่มผู้หญิงเพิ่มสูงขึ้นมากในช่วงอายุ 40-49 ปี⁽²⁾

ประชากรวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) กำลังประสบปัญหาจากการทำงานที่ส่งผลทำให้มีภาวะสุขภาพแย่ลง และมีความไม่ปลอดภัยในการทำงาน นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งปัจจุบันประชากรวัยทำงานมีการดูแลสุขภาพของตนเองลดลง เนื่องจากภาระงานมากและคิดว่าตนเองแข็งแรงดี⁽³⁾ และจากการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ร้อยละ 30 คนไทยก่อนที่จะเข้าสู่วัยเป็นผู้สูงอายุไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณค่า⁽⁴⁾ ผลการสำรวจพฤติกรรม

สุขภาพที่พึงประสงค์วัยทำงาน ปีพ.ศ. 2562-2563 ดำเนินงานโดยใช้แบบประเมินตนเองผ่านแอปพลิเคชัน H4U ปีพ.ศ. 2562 พบว่า กินผัก 5 ท็อปต่อวัน ร้อยละ 33.9 มีกิจกรรมทางกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 นาทีต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 25.4 ไม่มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง มีการนั่งหรือนอนเอนกายเฉยๆ ไม่ถึง 2 ชั่วโมงในแต่ละวัน ร้อยละ 48.0 นอนมากกว่าหรือเท่ากับ 7 ชั่วโมง ร้อยละ 66.9 แปร่งฟันก่อนนอนทุกวันนานอย่างน้อย 2 นาที ร้อยละ 56.7 ปีพ.ศ.2563 พบว่า กินผัก 5 ท็อปต่อวัน ร้อยละ 44.5 มีกิจกรรมทางกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 นาทีต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 69.4 นอนมากกว่าหรือเท่ากับ 7 ชั่วโมง ร้อยละ 50.6 แปร่งฟันก่อนนอนทุกวันนาน 2 นาที ร้อยละ 63.2(5)

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงพฤติกรรมที่สำคัญ ได้แก่ การบริโภคยาสูบ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ ความเครียดเรื้อรัง และปัจจัยเสี่ยงด้านการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน จากรายงานศูนย์ข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร⁽⁶⁾ ปีพ.ศ.2563-2566 พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 5.95, 6.36, 6.78, 5.87 ตามลำดับ เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 3.38, 3.67, 3.97, 10.36 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นและส่งผลให้ผู้สูงอายุสูงขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ($HbA1c < 7\%$) ร้อยละ 34.66, 37.83, 34.37, 32.09 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลงและยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 11.89, 12.55, 13.10, 13.44 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยที่คุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 64.9, 61.4, 67.6, 62.3 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าประชาชนในจังหวัดกำแพงเพชรเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยเป็นความดันโลหิตสูงมากกว่าเบาหวาน และสามารถคุมความดันโลหิตได้เกินเกณฑ์ (ร้อยละ 60) แต่มีแนวโน้มลดลง ในส่วนของอำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร ในช่วงเวลาเดียวกันพบผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 4.3, 4.8, 8.8, 9.1 ตามลำดับ เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 46.4, 49.6, 52.7, 55.5 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยที่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ($HbA1c < 7\%$) ร้อยละ 35.6, 17.4,

20.9, 25.7 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 11.3, 11.8, 12.5, 12.7 ตามลำดับ เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 55.0, 37.7, 61.0, 67.4 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยที่คุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 64.92, 61.40, 67.68, 62.34 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังของอำเภอพรานกระต่ายส่วนใหญ่เป็นความดันโลหิตสูงมากกว่าเบาหวาน และที่สำคัญผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจึงเป็นผลให้ไม่สามารถควบคุมโรคได้

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษา “ประสิทธิผลของพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุสำรอง อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร” เพื่อเป็นข้อมูลในการนำไปกำหนดแนวทางการพัฒนากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (ตามหลัก 3อ.2ส.) ในกลุ่มผู้สูงอายุสำรอง (อายุ 45-59 ปี) ในการลดอัตราป่วยด้วยโรคเรื้อรังในกลุ่มวัยสูงอายุและนำไปสู่ความยั่งยืนด้านสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสำรวจข้อมูล ความรู้ ทักษะ การรับรู้ ภาวะสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุสำรอง (อายุ 45-59 ปี) อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร
2. เพื่อทดลองใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุสำรอง อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร
3. เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุสำรอง (อายุ 45-59 ปี) อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้สูงอายุสำรอง (อายุ 45-59 ปี) อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร มีความรู้ ทักษะ การรับรู้ ภาวะสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม อยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผ่านเกณฑ์ (มากกว่าร้อยละ 50)
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของ



ผู้สูงอายุสำรอง (อายุ 45-59 ปี) อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร

3. หลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ผู้สูงอายุสำรอง (อายุ 45-59 ปี) อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา การวิจัยครั้งนี้ มีขอบเขตด้านเนื้อหา ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์⁽¹⁾ แนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ⁽⁷⁾ แนวคิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ⁽⁷⁾ แนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป⁽⁸⁾ และแนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL⁽⁹⁾

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร: ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุสำรอง (อายุ 45-59 ปี) ทั้งเพศชายและเพศหญิงในเขตอำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 33,090 คน

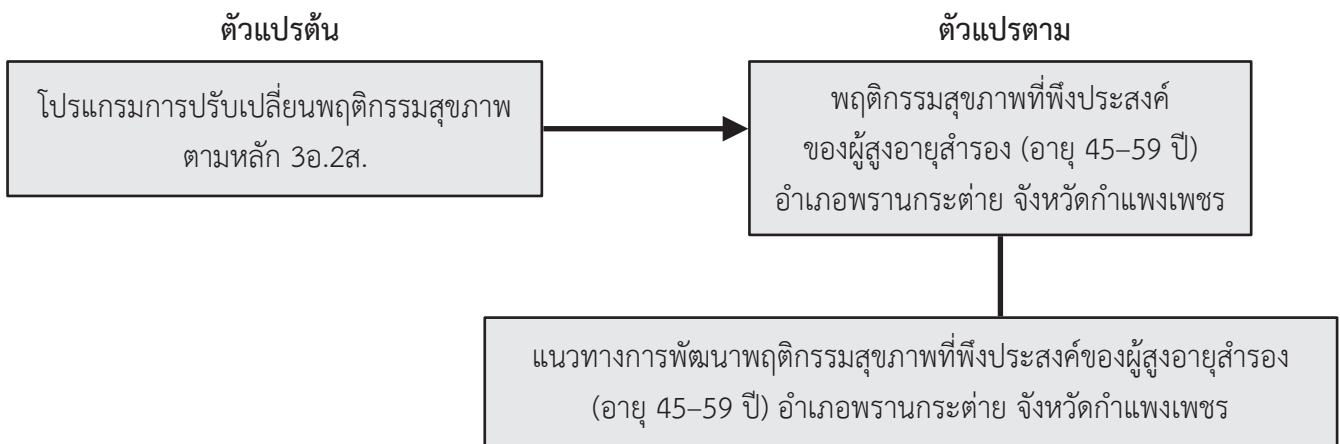
2) กลุ่มตัวอย่าง

2.1) กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 เป็นตัวแทนผู้สูงอายุสำรอง (อายุ 45-59 ปี) อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของ Krejcie and Morgan⁽¹⁰⁾

2.2) กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 2 เป็นผู้สูงอายุสำรอง (อายุ 45-59 ปี) ที่มีผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ไม่ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 80) และสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม

ขอบเขตด้านระยะเวลา ดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนเมษายน 2567 - กรกฎาคม 2567

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบศึกษาสองกลุ่มทดสอบก่อนและหลังการทดลอง แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุสำรอง (อายุ 45-59 ปี) ในเขตอำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 33,090 คน

กลุ่มตัวอย่าง

1) กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 เป็นตัวแทนผู้สูงอายุสำรอง (อายุ 45-59 ปี) ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของ Krejcie and Morgan⁽¹⁰⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 380 คน

2) กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 2 เป็นตัวแทนผู้สูงอายุสำรอง (อายุ 45-59 ปี) ที่มีผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ไม่ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 80) และสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง

และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน

เกณฑ์การคัดเลือก

1) เป็นผู้สูงอายุสำรอง (อายุ 45-59 ปี) ทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร ปีงบประมาณ 2567

2) สามารถอ่านออก เขียนได้ สื่อสารได้ดี และสมัครใจเข้าร่วมโครงการและยินยอมให้ข้อมูล

เกณฑ์คัดออก

ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของการวิจัยได้ตลอดโครงการ/ถอนตัวออกจากโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถาม 1 ชุดประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้ **ส่วนที่ 1** ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบหรือเติมข้อมูลในช่องว่าง **ส่วนที่ 2** ข้อมูลทางสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบหรือเติมข้อมูลในช่องว่าง **ส่วนที่ 3** ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบ ทักษะคิดในการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุสำรอง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ **ส่วนที่ 4** ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ การมีชมรมผู้สูงอายุและการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุสำรอง จำนวน 5 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ **ส่วนที่ 5** ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 5 ข้อ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุสำรอง จำนวน 5 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ และส่วนที่ 6 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือก

ให้ตอบ ตรวจ/ไม่ตรวจ หรือ มี/ไม่มี หรือ ทำ/ไม่ทำ หรือ ต่ำ/ไม่ต่ำ เป็นต้น ในการศึกษานี้ได้กำหนดการแปลผลคือ ทำได้ร้อยละ 80 ขึ้นไป ถือว่ามีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ แบบสอบถามนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าดัชนีสอดคล้อง Index of Item-Objective Congruence (IOC) เท่ากับ 0.78 จากนั้นนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุสำรอง อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ ทักษะคิดในการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การมีชมรมผู้สูงอายุและการเข้าร่วมกิจกรรมแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เท่ากับ 0.78, 0.84, 0.81, 0.82, 0.86, 0.76, 0.83 และ 0.78 ตามลำดับ

ระยะที่ 2 โปรแกรมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ช่วยตรวจสอบและปรับปรุงกระบวนการดำเนินการกิจกรรมให้เหมาะสมมากขึ้น

สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา Chi-square, Independent t-test, paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญไว้ที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์ งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร (เลขที่โครงการ 66 02 07 ลงวันที่ 22 เมษายน 2567)

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การสำรวจข้อมูล ความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุสำรอง (อายุ 45-59 ปี) อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมสุขภาพ
ที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุสำรอง (อายุ 45-59 ปี) อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร

ตัวแปร	พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์			χ^2	p-value
	ไม่ผ่าน (n = 154)	ผ่าน (n = 226)	รวม (n = 380)		
1. เพศ				12.800	0.000**
- ชาย	61 (54.46)	51 (45.54)	112 (29.47)		
- หญิง	93 (34.70)	175 (65.30)	268 (70.53)		
2. อายุ (ปี)				1.507	0.220
- <52 ปี	76 (37.62)	126 (62.38)	202 (53.16)		
- >52 ปี	78 (43.82)	100 (56.18)	178 (46.84)		
3. สถานภาพ				0.205	0.903
- โสด	13 (41.94)	18 (58.06)	31 (8.16)		
- คู่	112 (39.86)	169 (60.14)	281 (73.95)		
- หม้าย/หย่า/แยก	29 (42.65)	39 (57.35)	68 (17.89)		
4. ระดับการศึกษา				3.807	0.149
- ไม่ได้เรียน	7 (63.64)	4 (36.36)	11 (2.90)		
- ประถมศึกษา	105 (41.83)	146 (58.17)	251 (66.05)		
- มัธยมศึกษา+สูงกว่า	42 (35.59)	76 (64.41)	118 (31.05)		
5. รายได้				2.688	0.261
- <10,000 บาท/เดือน	149 (41.39)	211 (58.61)	360 (94.74)		
- 10,000–30,000 บาท/เดือน	4 (22.22)	14 (77.78)	18 (4.73)		
- >30,000 บาท/เดือน	1 (50.00)	1 (50.00)	2 (0.53)		
6. ความเพียงพอของรายได้				0.012	0.915
- เพียงพอ	85 (40.28)	126 (59.72)	211 (55.53)		
- ไม่เพียงพอ	69 (40.83)	100 (59.17)	169 (44.47)		
7. การเป็นสมาชิกของกลุ่ม/ชมรม				16.026	0.000**
- ไม่เป็น	118 (47.97)	128 (52.03)	246 (64.74)		
- เป็นสมาชิก	36 (26.87)	98 (73.13)	134 (35.26)		
8. การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม				20.111	0.000**
- ไม่ได้ไป	86 (53.09)	76 (46.91)	162 (42.63)		
- ไปบ้าง แต่นานแล้ว	49 (34.27)	94 (65.73)	143 (37.63)		
- ไปถึงทุกวันนี้	19 (25.33)	56 (74.67)	75 (19.74)		
9. รอบเอว				4.730	0.030*
9.1) เพศชาย					
- ≤90 เซนติเมตร	42 (48.84)	44 (51.16)	86 (76.79)		
- >90 เซนติเมตร	19 (73.08)	7 (26.92)	26 (23.21)		
9.2) เพศหญิง				0.431	0.512
- ≤80 เซนติเมตร	34 (37.36)	57 (62.64)	91 (33.96)		
- >80 เซนติเมตร	59 (33.33)	118 (66.67)	177 (66.04)		
10. ดัชนีมวลกาย				14.255	0.007*
10.1) เพศชาย					
- <18.5 กก/ม ²	5 (62.50)	3 (37.50)	8 (7.14)		
- 18.5–22.9 กก/ม ²	37 (69.81)	16 (30.19)	53 (47.32)		
- 23.0–24.9 กก/ม ²	8 (27.59)	21 (72.41)	29 (25.89)		

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมสุขภาพ
ที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุสำรอง (อายุ 45-59 ปี) อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร (ต่อ)

ตัวแปร	พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์			χ^2	p-value
	ไม่ผ่าน (n = 154)	ผ่าน (n = 226)	รวม (n = 380)		
- 25.0-29.9 กก/ม ²	9 (47.37)	10 (52.63)	19 (16.97)	3.226	0.521
- ≥ 30 กก/ม ²	2 (66.67)	1 (33.33)	3 (2.68)		
10.2) เพศหญิง					
- <18.5 กก/ม ²	7 (46.67)	8 (53.33)	15 (5.60)	0.049	0.826
- 18.5-22.9 กก/ม ²	28 (41.18)	40 (58.82)	68 (25.37)		
- 23.0-24.9 กก/ม ²	16 (32.65)	33 (67.35)	49 (18.28)		
- 25.0-29.9 กก/ม ²	30 (30.30)	69 (69.70)	99 (36.94)		
- ≥ 30 กก/ม ²	12 (32.43)	25 (67.57)	37 (13.81)		
11. การมีโรคประจำตัว					
- ไม่มี	114 (40.86)	165 (59.14)	279 (73.42)	0.857	0.355
- มี	40 (39.60)	61 (60.40)	101 (26.58)		
12. ภาวะแทรกซ้อน					
- ไม่มี	152 (40.32)	225 (59.68)	377 (99.21)	6.236	0.044*
- มี	2 (66.67)	1 (33.33)	3 (0.79)		
13. ภาวะสุขภาพ					
- ดี	72 (48.00)	78 (52.00)	150 (39.47)	13.194	0.001*
- เสี่ยง	47 (33.81)	92 (66.19)	139 (36.58)		
- ป่วย	35 (38.46)	56 (61.54)	91 (23.95)		
14. ระดับความรู้					
- ต่ำ	21 (36.21)	37 (63.79)	58 (15.26)	15.109	0.001*
- ปานกลาง	83 (50.92)	80 (49.08)	163 (42.90)		
- สูง	50 (31.45)	109 (68.55)	159 (41.84)		
15. ระดับทัศนคติ					
- ต่ำ	42 (55.26)	34 (44.74)	76 (20.00)	33.099	0.000**
- ปานกลาง	82 (42.27)	112 (57.73)	194 (51.05)		
- สูง	30 (27.27)	80 (72.73)	110 (28.95)		
16. ระดับการรับรู้					
- ต่ำ	23 (92.00)	2 (8.00)	25 (6.58)	6.132	0.047*
- ปานกลาง	66 (42.58)	89 (57.42)	155 (40.79)		
- สูง	65 (32.50)	135 (67.50)	200 (52.63)		
17. ระดับปัจจัยเอื้อ					
- ต่ำ	17 (62.96)	10 (37.04)	27 (7.11)	4.237	0.040*
- ปานกลาง	71 (39.44)	109 (60.56)	180 (47.37)		
- สูง	66 (38.15)	107 (61.85)	173 (45.52)		
18. ระดับปัจจัยเสริม					
- ต่ำ	3 (42.86)	4 (57.14)	7 (1.84)	4.237	0.040*
- ปานกลาง	50 (50.00)	50 (50.00)	100 (26.32)		
- สูง	101 (37.00)	172 (63.00)	273 (71.84)		

*p<0.05, **p<0.001

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรส การศึกษาระดับประถมศึกษา มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ส่วนใหญ่ไม่เป็นสมาชิกของกลุ่ม/ชมรม แต่ไม่ได้ไปเข้าร่วมกิจกรรม สุขภาพทั่วไป พบว่า เพศชาย มีรอบเอวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตร (ร้อยละ 76.79) ดัชนีมวลกายปกติ (ร้อยละ 47.32) เพศหญิง มีรอบเอวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตร (ร้อยละ 33.96) ดัชนีมวลกายปกติ (ร้อยละ 25.37) กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพดี (ร้อยละ 39.47) ภาวะเสี่ยง (ร้อยละ 36.58) และภาวะป่วย (ร้อยละ 23.95) ตามลำดับ มีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 42.90) มีทัศนคติในการส่งเสริมสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.05) มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 52.63)

มีปัจจัยเอื้อ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.37) มีปัจจัยเสริม ภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 71.84) มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 59.47) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุสำรอง อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร ได้แก่ เพศ การเป็นสมาชิกของกลุ่ม/ชมรมในชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมในชุมชน รอบเอวเพศชาย ดัชนีมวลกายเพศชาย ภาวะสุขภาพ ระดับความรู้ ระดับทัศนคติ ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ระดับปัจจัยเอื้อ และระดับปัจจัยเสริม

ระยะที่ 2 การทดลองใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุสำรอง อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลองใช้โปรแกรม

การเปรียบเทียบ	พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์				t	P-value
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ			
	$\bar{x}$	SD.	$\bar{x}$	SD.		
ภาพรวม (n = 30)	5.17	0.791	5.17	1.020	0.000	1.000
เพศชาย (n = 10)	4.50	0.850	5.10	1.101	-1.765	0.111
เพศหญิง (n = 20)	5.50	0.513	5.20	1.005	1.241	0.230

* $p < 0.05$, ** $p < 0.001$

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยคะแนน

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ทั้งภาพรวม ในกลุ่มตัวอย่างเพศชาย และเพศหญิง ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการใช้โปรแกรม

การเปรียบเทียบ	พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์				t	P-value
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ			
	$\bar{x}$	SD.	$\bar{x}$	SD.		
ภาพรวม (n = 30)	5.73	0.785	5.23	0.898	2.628	0.014*
เพศชาย (n = 10)	5.30	0.949	5.20	0.919	0.287	0.780
เพศหญิง (n = 20)	5.95	0.605	5.25	0.910	3.199	0.005*

* $p < 0.05$, ** $p < 0.001$

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ทั้งภาพรวม ในกลุ่มตัวอย่างเพศชาย และ

เพศหญิง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และพบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในภาพรวม และในกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างเพศชาย

ตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังใช้โปรแกรม

การเปรียบเทียบ	พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์				t	P-value
	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม			
	$\bar{x}$	SD.	$\bar{x}$	SD.		
ภาพรวม (n = 30)	5.17	0.791	5.73	0.785	-5.461	0.000**
เพศชาย (n = 10)	4.50	0.850	5.30	0.949	-4.000	0.003*
เพศหญิง (n = 20)	5.50	0.513	5.95	0.605	-3.943	0.001*

*p<0.05, **p<0.001

จากตารางที่ 4 พบว่า หลังการใช้โปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่

พึงประสงค์ สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม และพบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

ตาราง 5 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม

การเปรียบเทียบ	พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์				t	P-value
	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม			
	$\bar{x}$	SD.	$\bar{x}$	SD.		
ภาพรวม (n = 30)	5.17	1.020	5.23	0.898	-1.439	0.161
เพศชาย (n = 10)	5.10	1.101	5.20	0.919	-1.000	0.343
เพศหญิง (n = 20)	5.20	1.005	5.25	0.910	-1.000	0.330

*p<0.05, **p<0.001

จากตารางที่ 5 พบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ

จากการทำกิจกรรมการสนทนากลุ่ม เสนอว่า แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุสำรอง (อายุ 45-59 ปี) อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร ได้แก่ การสร้างอาชีพเพื่อให้มีรายได้ที่มั่นคง การได้รับความรู้และข้อมูลทางสุขภาพ การจัดตั้งกลุ่ม/ชมรมและการเข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งการสนับสนุนจากภาคส่วนต่างๆ ในการส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกาย และการเข้าถึงบริการสุขภาพ

วิจารณ์

ผู้เสนอผลงานจะทำการอภิปรายผลตามผลการวิจัยดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การสำรวจข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้สูงอายุสำรอง (อายุ 45-59 ปี)

อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร มีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีทัศนคติในการส่งเสริมสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับสูง มีปัจจัยเอื้อ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีปัจจัยเสริม ภาพรวมอยู่ในระดับสูง และมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 59.47) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุสำรองยังมีความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ยังไม่ถูกต้องถึงแม้จะมีคะแนนการทดสอบอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง รวมทั้งระดับปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่สนับสนุนให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพในระดับสูงก็ตาม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ว่างงาน การศึกษาค่อนข้างต่ำ (ประถมศึกษา) มีรายได้ต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับภาวะสุขภาพที่พบว่ามากกว่าครึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย (ร้อยละ 36.58, 23.95 ตามลำดับ) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ จึงเป็นผลให้ผู้สูงอายุสำรองอำเภอพรานกระต่าย

มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ผ่านเกณฑ์จำนวนไม่มาก สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติ ลาภสมบัติศิริ ที่พบว่า ผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในภาพรวมค่อนข้างต่ำ⁽¹¹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ วรียา บุญทองและพัชรา พลเยี่ยม พบว่า ประชาชนวัยทำงานอายุ 15-59 ปี เขตสุขภาพที่ 6 มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 35.70⁽¹²⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชญานิศ เชียวสดี พบว่า ผู้สูงอายุตำบลน้ำอ้อม อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด มีความรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระดับดี มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ทั้ง 5 ข้อผ่านเกณฑ์การประเมินเพียงร้อยละ 27.0⁽¹³⁾

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุสำรวจอำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร ได้แก่ เพศ การเป็นสมาชิกของกลุ่ม/ชมรม ในชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมในชุมชน รอบแหว เพศชาย ดัชนีมวลกายเพศชาย ภาวะสุขภาพ ระดับความรู้ ระดับทัศนคติ ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ระดับปัจจัยเอื้อ และระดับปัจจัยเสริม สอดคล้องกับการศึกษาของ ประพันธ์ เข้มแก้ว, นิกรณรัตน์ ภักดีวิวัฒน์ และของ นานญา คลีเกสร ที่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งภาพรวมและรายด้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ^{(14),(15)} และสอดคล้องกับการศึกษาของ วรียา บุญทองและพัชรา พลเยี่ยม ที่พบว่าอายุ ลักษณะอาชีพ ดัชนีมวลกาย รอบแหว และการไม่มีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹²⁾

ระยะที่ 2 การทดลองใช้โปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า

ก่อนการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ไม่แตกต่างกัน แต่หลังเข้าร่วมกิจกรรมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ สูงกว่ากลุ่ม

เปรียบเทียบ และพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการที่กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมเรียนรู้ตามกระบวนการของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ.2ส. ทำให้เกิดการเรียนรู้และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จึงทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมีความแตกต่างกัน แต่เนื่องจากการเป็นทดลองในระยะสั้นๆ ทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นมากในเรื่องของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การแปรงฟันก่อนนอน และการดื่มน้ำวันละ 8 แก้ว สอดคล้องกับการศึกษาของ เอื้อจิต สุขพูล และคณะ และของนนท์ธวัชณ์ เพชรศิริ ที่พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{(16),(17)} และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชญานิศ เชียวสดี พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้ในด้านพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹³⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติ ลาภสมบัติศิริ ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีแนวโน้มของพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านการแปรงฟันแท้งก่อนนอนทุกวัน⁽¹¹⁾

สรุปผลจากการประชุมกลุ่ม (Focus group) ผู้ที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีข้อเสนอในส่วนของแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุสำรวจ (อายุ 45-59 ปี) อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สาวิน สำเภา และ ปวีณา ลิ้มปิทีปรการ พบว่า การสร้างอาชีพเพื่อให้มีรายได้ที่มั่นคง การได้รับความรู้ ข้อมูลทางสุขภาพ การจัดตั้งกลุ่ม/ชมรมและการเข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งการสนับสนุนจากภาคส่วนต่างๆ ในการส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกายและการเข้าถึงบริการสุขภาพ แสดงให้เห็นว่าหากประชาชนในวัยทำงานสามารถประกอบอาชีพ ทหารายได้ และไม่มีภาระหนี้สินจะมีส่วนช่วยในเรื่องการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่สังคมสูงวัยที่มีคุณภาพได้⁽¹⁸⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาที่ของ พัชรวรรณ ลาน้อย พบว่า การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ การจัดให้มีสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน และการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รวมกลุ่มหรือชมรม จะช่วย

ให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นไปในทางที่ดีขึ้น⁽¹⁹⁾ ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์จะเน้นการบริโภคอาหาร การเคลื่อนไหว ออกแรงและการดูแลสุขภาพช่องปากโดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานตอนต้นและตอนกลางและกลุ่มอ้วนลงพุง

สรุป ผู้สูงอายุสำรอง (อายุ 45-59 ปี) อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร ที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมตามกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เกิดการเรียนรู้และมีความตระหนักถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมโดยเฉพาะในเรื่องที่สามารถปฏิบัติได้จริงในระยะเวลาสั้นๆ เช่น การดื่มน้ำวันละ 8 แก้ว และการแปรงฟันก่อนนอน จึงต้องมีการติดตามในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเหล่านี้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ผ่านเกณฑ์เพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

1.1 ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ให้เหมาะสมกับประชาชนในแต่ละช่วงของวัยทำงาน โดยเฉพาะช่วงวัยทำงานตอนต้นและวัยทำงานตอนกลางเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตั้งแต่วัยหนุ่มสาวซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังในวัยผู้สูงอายุสำรองและวัยสูงอายุได้โดยเน้นพฤติกรรมเพื่อลด ละ เลิก การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์

1.2 บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ไปปรับใช้กับประชาชนทุกช่วงวัยในเขตรับผิดชอบเพื่อสร้างความรู้-ความเข้าใจที่ถูกต้องและมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสม เพื่อลดปัญหาโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูงซึ่งพบมากในผู้สูงอายุสำรองอำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร

1.3 ควรพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีการจัดการตนเองด้านสุขภาพ และสร้างเครือข่ายในการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ให้กับประชาชนที่มีพฤติกรรมไม่ผ่านเกณฑ์ หรือในกลุ่มที่สนใจ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาและติดตามผลการดำเนินงานโปรแกรม “ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ” ของกลุ่มทดลองอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ผ่านเกณฑ์เพิ่มมากขึ้น

2.2 ควรทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสำรอง (อายุ 45-59 ปี) ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ไม่ผ่านเกณฑ์ ซึ่งจะทำให้ทราบถึงระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ปัญหา-ความต้องการ เพื่อให้การสนับสนุนได้สอดคล้องกับปัญหาที่แท้จริง

2.3 ควรทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชาชนในช่วงวัยต่างๆ เพื่อใช้ประโยชน์ในการวางแผนดำเนินงานและส่งเสริมให้เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชรที่อนุญาตให้ใช้ฐานข้อมูล (HDC-Report) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้เกิดผลงานวิชาการนี้ขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2559. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์. 2559.
2. สุพัตรา ศรีวิชชากร. สถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด) ในประเทศไทย ในระยะ 5 ปี (2553-2557). วารสารควบคุมโรค 2560;43(4):379-390.
3. อรัญญา รังผึ้ง. สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มวัยทำงาน. เอกสารประกอบการประชุมสถานประกอบการและวัยทำงาน. นนทบุรี: สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค. 2561.

4. ชัยทวี เสนะวงศ์. คุณภาพ คุณค่า ของผู้สูงอายุ: มิติของการมีสุขภาพดี. บริษัทการจัดการธุรกิจ จำกัด. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 6 มีนาคม 2567]. เข้าถึงจาก: <https://www.ftpi.or.th/2020/36333>
5. กรมอนามัย. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2562-2564). [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 6 มีนาคม 2567]. เข้าถึงจาก: https://planning.anamai.moph.go.th/main.php?filename=data_marts_doh_strategic
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. HDC-Report กลุ่มรายงานมาตรฐานผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดกำแพงเพชร ปีงบประมาณ 2563-2566. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 6 มีนาคม 2567]. เข้าถึงจาก: https://kpt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=cf7d9da207c0f9a7ee6c4fe3f09f67dd
7. เบญจวรรณ สอนอาจ. แนวทางการสร้างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต] สาขาวิชาพัฒนศึกษา แผน ก แบบ ก2 ระดับปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาพื้นฐานทางการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร. 2562.
8. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. การสร้างเสริมและการประเมินด้านความรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. 2561.
9. ภคภัทร พิชิตกุลธรรม. ปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชนในชุมชนเขตอำเภอวังจันทน์ จังหวัดระยอง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: ชลบุรี. 2561.
10. Krejcie and Morgan. คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง. [อินเทอร์เน็ต]. 1970 [เข้าถึงเมื่อ 6 มีนาคม 2567]. เข้าถึงจาก: <https://hpc11.to.th/me-working-age/krejcie-morgan/view?N=33090&e=0.05&X2=3.841&p=0.5&s=379.70397124855>
11. กิตติ ลาภสมบัติศิริ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี. [รายงานการศึกษาส่วนบุคคล] หลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ 13 ปี 2564 สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ. 2564.
12. วรียา บุญทอง, พัชรา พลเยี่ยม. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของวัยทำงานอายุ 15-59 ปี 2564 เขตสุขภาพที่ 6. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2564.
13. ชญานิศ เขียวสด. รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลน้ำอ้อมอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 6 มีนาคม 2567]. เข้าถึงจาก: <http://203.157.71.148/hpc7data/Res/ResFile/2562002001.pdf>
14. ประพันธ์ เข้มแก้ว, นิกรณรัตน์ ภักดีวิวัฒน์. การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร 2564; 2(2):32-42.
15. นาฏยา คลีเกสร. ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลระนอง. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) 2565; 38:56-65.

16. เอื้อจิต สุขพูล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว, วชิรวิทย์ หวังมั่น. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563; 29(3):419–429.
17. นนธ์ธวัฒน์ เพชรศิริ, จินต์จุฑา รอดพาล. การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเทศบาลนครพระนครศรีอยุธยา. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 6 มีนาคม 2567]. เข้าถึงจาก: <http://www.ayhosp.go.th/ayh/images/Knowledge/JOHS/08072022-1.pdf>
18. สาวีณี สำเภา และ ปวีณา ลิ้มปิทีปการ. (2566). การเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุ เพื่อรองรับสังคมสูงวัย อำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์. เอกสารการประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 14 มหาวิทยาลัยมหาดใหญ่: 1288-1303.
19. พัชรวรรณ ลาน้อย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 6 มีนาคม 2567]. เข้าถึงจาก: <https://chiangmaihealth.go.th/document/220303164629908442.pdf>

กรณีศึกษา

Case Study

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเร็มกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ไม่ได้รับการผ่าตัด : กรณีศึกษา

Utilization of Orem's Self Care Theory for Patients with Non-Operative Hemorrhagic Stroke : Case Study

สุธารัตน์ แสงอินทร์ พย.บ.
โรงพยาบาลบางมูลนาก

บทคัดย่อ

การแตกของหลอดเลือดในสมองเกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัย โดยเฉพาะความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ แนวทางการรักษามีทั้งการผ่าตัดและไม่ผ่าตัดขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพและข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยแต่ละราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ไม่ได้รับการผ่าตัด ส่งเสริมผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการกลับมารักษาเป็นซ้ำในโรงพยาบาล

ผลการศึกษา : ชายไทยโสดอายุ 52 ปี มาด้วยอาการพูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง แขนขาด้านขวาอ่อนแรง ประวัติโรคร่วม ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หยุดยาเอง ขาดการติดตามการรักษา มีประวัติสูบบุหรี่และดื่มสุราประจำ การวินิจฉัยโรค Lt basal ganglion hemorrhage แพทย์ให้การรักษาแบบไม่ผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายและส่งต่อไปที่หน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน ผ่านระบบ Telemedicine ในการติดตามเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการมาตรวจตามนัด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้นในเรื่อง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและเลิกสูบบุหรี่และสุราได้ ส่งผลให้มีน้ำหนักลดลงอย่างต่อเนื่องและมีสุขภาพดีขึ้น โดยมีน้องสาวเป็นผู้ดูแลให้กำลังใจและกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล ส่งผลให้ค่าดัชนีมวลกายลดลงจาก 30.49 เหลือ 27.7 มีคะแนนความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันดีขึ้นโดยก่อนจำหน่ายเท่ากับ 9 เพิ่มขึ้น 18 คะแนน ในการมาตรวจตามนัดครั้งที่ 3 โดยใช้เวลาทั้งหมด 4 เดือน การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลมีได้มีบทบาทแค่ส่งเสริมการดูแลตนเองในระดับบุคคลเท่านั้น จำเป็นต้องส่งเสริมการดูแลตนเองในระดับครอบครัวและชุมชนเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลตนเอง ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำและลดภาวะพึ่งพิงบุคคลอื่น

คำสำคัญ : ทฤษฎีโอเร็ม, การดูแลตนเอง, โรคหลอดเลือดสมองแตก

Abstract

The rupture of blood vessels in the brain occurs due to multiple risk factors, particularly high blood pressure, smoking, and alcohol consumption. Treatment approaches include both surgical and non-surgical options, depending on the pathology and specific indications for each patient. The objective of this study was to examine the nursing process for patients with hemorrhagic stroke who do not undergo surgery, promoting self-care for patients and their

families to ensure proper and appropriate care, reduce complications, and lower the rate of readmission to the hospital.

Study Results : A 52-year-old single Thai male presented with slurred speech, a stiff tongue, and weakness in the right arm. His medical history included hypertension and hyperlipidemia, with inconsistent medication adherence and self-discontinuation of treatment. He also had a history of regular smoking and alcohol use. The diagnosis was left basal ganglion hemorrhage, and the physician provided non-surgical treatment. The patient was planned for discharge and referred to a nearby primary care unit through a telemedicine system for follow-up to promote self-care, behavior modification, and adherence to scheduled check-ups. The study found that the patient demonstrated improved behavior changes regarding diet, exercise, and cessation of smoking and alcohol use. This led to a continuous weight loss and improved health, with his sister acting as a caregiver to provide encouragement and reminders to follow the nurse's recommendations. As a result, his body mass index (BMI) decreased from 30.49 to 27.7, and his ability to perform daily activities improved from a score of 9 at discharge to 18 at the third follow-up appointment, over a total period of 4 months. This study indicates that nurses play a crucial role not only in promoting individual self-care but also in fostering self-care at the family and community levels to ensure sustainable self-care practices, improving patients' quality of life, reducing rates of readmission to the hospital, and decreasing dependence on others.

Keyword : Orem's theory, self-care, Non-Operative Hemorrhagic Stroke

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) เป็นภาวะความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ที่เกิดจากการฉีกขาดของหลอดเลือดในสมองทำให้มีเลือดในสมอง เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่มีความรุนแรงส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตและความพิการสูง จากข้อมูล World Stroke Organization ปี 2565 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกรายใหม่ 3.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 28 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด และมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองแตก 3 ล้านกว่าคนต่อปี⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตกในปี พ.ศ. 2563-2565 พบ 87.63, 92.06 และ 88.38 ต่อแสนประชากร และอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 26.65 27.43 และ 27.58⁽²⁾ ตามลำดับ การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกมีทั้งรักษาด้วยการผ่าตัดและไม่ผ่าตัดการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการรักษาด้วยการไม่ผ่าตัด เน้นการรักษาด้วยการให้สารน้ำยา

และเกลือแร่ การรักษาด้วยยาและการผ่าตัด ขึ้นอยู่กับปริมาณและตำแหน่งเลือดที่ออกในสมองซึ่งการดูแลระยะหลังผ่าตัดเน้นที่การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้น ได้แก่ ภาวะเลือดออกซ้ำความดันในกะโหลกศีรษะสูง ชักเกร็ง โรคหลอดเลือดสมองแตกพบได้ประมาณร้อยละ 10-15 และพบว่าผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตภายใน 30 วัน คิดเป็น ร้อยละ 25-52 โดยครึ่งหนึ่งจะเสียชีวิตตั้งแต่ 2 วันแรก⁽³⁾ อาการนำของการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง คือ อาการปวดศีรษะแบบทันทีทันใดในกลุ่มที่มีเลือดออก ในสมองน้อยและเลือดออกบริเวณกลีบสมอง นอกจากนี้ ยังมีอาการชัก อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น ร่วมกับอาการทางระบบประสาท ได้แก่ อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้าและ/หรือร่างกายครึ่งซีก ความรู้สึกตัวลดลง อาการชักและอาการเฉพาของตำแหน่งต่างๆ ที่เลือดออก เช่น อาการมือสั่น สูญเสียการทรงตัว และการประสานงานกันของระบบต่างๆ ใน

ร่างกาย ปัจจัยที่ทำให้โรคหลอดเลือดสมองแตกประกอบด้วย ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ปัจจัยเสี่ยงตามธรรมชาติ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น เพศชายและพันธุกรรม รวมทั้งปัจจัยด้านพฤติกรรมส่วนบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม เลือดและตำแหน่งของรอยโรค⁽⁴⁾ จังหวัดพิจิตรมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปี 2564-2566 เท่ากับ 1,948, 1,901 และ 2,020 ราย ตามลำดับ อัตราผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองของ จังหวัดพิจิตรปี 2564-2566 เท่ากับร้อยละ 10.83 (211 ราย), 9.99 (190 ราย) และ 9.31 (188 ราย) รายตาม ลำดับ ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของอำเภอบางมูลนาก ปี 2564-566 เท่ากับ 235, 231, และ 232 ราย ตาม ลำดับ ส่วนอัตราผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ของอำเภอบางมูลนากสูงเป็นอันดับสองรองจากอำเภอ ตะพานหิน โดยมีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ ร้อยละ 5.11 (12 ราย), 6.06 (14 ราย) และ 6.03 (14 ราย) ตาม ลำดับ⁽⁵⁾ ผู้เขียนตระหนักต่อปัญหาดังกล่าว มีความสนใจ ที่จะศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ที่ไม่ได้รับการผ่าตัด เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และให้การดูแลรักษาพยาบาลตั้งแต่แรกเริ่ม ระยะเวลา วางแผนจำหน่าย และการเตรียมความพร้อมในการดูแล ผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลหลักช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแล ผู้ป่วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้กลับมา นอนโรงพยาบาลซ้ำ ช่วยให้ผู้ญาติใช้เวลาในการดำเนินชีวิต ตามปกติได้ ตลอดจนลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาล และวางแผน การพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ไม่ได้รับการ ผ่าตัด
2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถ ดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยนำทฤษฎีของ โอเร็มมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน
3. เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ลดอัตราการกลับมารักษาเป็นซ้ำในโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาจากผู้มารับบริการที่หอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลบางมูลนากและได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น โรคหลอดเลือดสมองแตกที่ไม่ได้รับการผ่าตัด
2. ดำเนินการค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แตกที่ไม่ได้รับการผ่าตัด
3. เก็บรวบรวมข้อมูล อาการสำคัญ ประวัติการ เจ็บป่วยปัจจุบัน การเจ็บป่วยในอดีต การประเมินสภาพ แรกเริ่ม แผนการรักษาของแพทย์ ผลการตรวจทางห้อง ปฏิบัติการและการตรวจพิเศษจากเวชระเบียนของผู้ป่วย และจากระบบ HOS XP ของโรงพยาบาล
4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ปัญหา เพื่อวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นกรอบ แนวคิดเพื่อให้การพยาบาลที่ครอบคลุมปัญหาความ ต้องการของผู้ป่วยซึ่งมีปัญหายุงยากและซับซ้อน เริ่มตั้งแต่ การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อไปที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ใกล้บ้าน ผ่านระบบ Tele-medicine เพื่อติดตามอาการ และกระตุ้นเตือนเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง ในด้าน การลดปัจจัยเสี่ยงการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การ รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการมาตรวจ ตามนัด และกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อลดการเกิด ภาวะแทรกซ้อน และป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ (re-admit) ในโรงพยาบาล

5. ปฏิบัติการพยาบาล ติดตามและประเมินผล การพยาบาล ผู้ศึกษาเข้าไปดูแลผู้ป่วยในช่วงการวางแผน จำหน่าย (Discharge Plan) ระยะเวลาดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยใช้โทรศัพท์ติดตาม และประเมินในวันที่มาตรวจ ตามนัดที่แผนกบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางมูลนาก
6. เรียบเรียงการเขียนสรุปรายงานกรณีศึกษา จัดทำรูปเล่มส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง ของรายงานพร้อมแก้ไข เผยแพร่ผลงาน

ผลการดำเนินการ

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้า ตำราหนังสือ และเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1. พยาธิสรีรวิทยาโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke)

เกิดจากการแตกหรือการฉีกขาดของหลอดเลือดแดงในสมอง ทำให้มีเลือดออกในเนื้อเยื่อสมอง (intracerebral haemorrhage) พบได้ประมาณ ร้อยละ 10-15 และพบว่าผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตภายใน 30 วัน คิดเป็นร้อยละ 25-52 โดยครึ่งหนึ่งจะเสียชีวิตตั้งแต่ 2 วันแรก⁽⁶⁾ ซึ่งภาวะเลือดออกในสมองแบ่งออกเป็น 2 ประเภท⁽⁷⁾ คือภาวะเลือดออกในสมองปฐมภูมิ (primary intra cerebral haemorrhage) ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากความดันโลหิตสูง (arterial hypertension) ในขณะที่ภาวะเลือดออกในสมองทุติยภูมิ (secondary intracerebral haemorrhage) เป็นภาวะเลือดออกในสมองที่มีจากสาเหตุอื่นๆ เช่น เนื้องอกในสมอง (brain tumor) ความผิดปกติของหลอดเลือด เป็นต้น โรคหลอดเลือดสมองแตก ส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุเนื่องจากหลอดเลือดแดงเปราะ พัง หลอดเลือดอ่อนแอและโป่งพอง ซึ่งเกิดจากโรคหลอดเลือดสมองแตก การสูญเสียความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือด เมื่อการไหลเวียนเลือดไปกระทบจึงแตกออก ก้อนเลือดไปกดเนื้อเยื่อสมอง และไปกระตุ้นเส้นประสาทซิมพาเทติก ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ เกิดภาวะความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหดเกร็ง ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง สมองบวม เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง สมองขาดเลือดไปเลี้ยงและสมองตายในที่สุด⁽⁸⁾ ประการที่สอง ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงจะมีผนังหลอดเลือดที่หนาตัวและแข็ง ทำให้ผนังหลอดเลือดอ่อนแอความยืดหยุ่นของหลอดเลือดเสียไปหลอดเลือดจึงแตกได้ง่าย⁽⁹⁾ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจึงมุ่งเน้นการควบคุมความดันโลหิต (blood pressure) และป้องกันหรือควบคุมภาวะควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะสูงเป็นสำคัญ

2. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด สมองแตก

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้โรคหลอดเลือดสมองแตกประกอบด้วย ปัจจัยด้านสุขภาพได้แก่โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ปัจจัยเสี่ยงตามธรรมชาติ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น เพศชาย และ พันธุกรรม รวมทั้งปัจจัยด้านพฤติกรรมส่วนบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใชยาลละลายลิ่มเลือด และ

ปัจจัยด้านตำแหน่งของรอยโรค มีรายงานการศึกษาพบว่า หากความดันโลหิตมีค่าระหว่าง 140-159/90-99 มิลลิเมตรปรอท จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก เป็น 4.9 เท่าของผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ หากความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นเป็น 160-179/100-109 มิลลิเมตรปรอท ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นเป็น 11.6 เท่า และหากความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic pressure) มากกว่า 180 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัว (diastolic pressure) มากกว่า 109 มิลลิเมตรปรอท โอกาสของการเกิดหลอดเลือดสมองแตกจะยิ่งเพิ่มมากขึ้นเป็น 28.8 เท่า สำหรับผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานจะมีความเสี่ยงเป็น 1.3 เท่าของผู้ที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน และผู้ป่วยใช้ยาละลายลิ่มเลือดและมีความดันโลหิตสูงก็มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นด้วยในส่วนของผู้ที่มียาต้านการแข็งตัวของเลือด ผู้ที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดในสมองแตกเป็น 2.1-2.7 เท่า ผู้ที่มีระดับคอเลสเตอรอลน้อยกว่า 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จะมีความเสี่ยงเพิ่มเป็น 2 เท่า การดื่มสุราจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดสมองแตกเป็น 4 เท่า⁽¹⁰⁾

3. อาการของโรคหลอดเลือดสมองแตก

สามารถพบอาการได้หลายรูปแบบ ขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่เกิดการขาดเลือดหรือถูกทำลาย โดยอาการที่สามารถพบได้บ่อย ได้แก่ อาการอ่อนแรง หรือมีอาการอัมพฤกษ์ที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยมักเกิดกับร่างกายข้างใดข้างหนึ่ง อาการชา หรือสูญเสียความรู้สึกของร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่ง มีปัญหาเกี่ยวกับการพูด เช่น พูดไม่ได้ พูดติดขัด เสียงไม่ชัดหรือไม่เข้าใจคำพูด มีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว เช่น เดินเซ หรือมีอาการเวียนศีรษะเฉียบพลัน การสูญเสียการมองเห็นบางส่วนหรือเห็นภาพซ้อนอาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่างฉับพลันในบางกรณีอาจเป็นอาการเตือนเกิดขึ้นชั่วขณะหนึ่งแล้วหายไปเอง หรือเกิดขึ้นได้หลายครั้งก่อนมีอาการสมองขาดเลือดแบบถาวร เรียกว่าภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (transient ischemic attack หรือ TIA)

4. การตรวจวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง

ในการตรวจเพื่อยืนยันโรคหลอดเลือดแดง มีขั้นตอน ดังนี้

4.1 การชักประวัติและตรวจร่างกาย แพทย์จะชักประวัติการรักษาอาการ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ตรวจร่างกายทั่วไป และตรวจร่างกายทางระบบประสาท

4.2 การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมทางรังสีวิทยาและทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT Scan) การใช้คลื่นสะท้อนในสนามแม่เหล็ก (Magnetic Resonance Imaging / MRI) และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเม็ดเลือด (CBC), ระดับน้ำตาลในเลือด, เกลือแร่ในเลือด (Serum Electrolytes), การทำงานของ ไต

5. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

จากการศึกษาพบว่า การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกหรือมีเลือดออกในเนื้อเยื่อสมอง มีทั้งการผ่าตัดและไม่ผ่าตัด ขึ้นกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งด้านผู้ป่วยพยาธิสภาพและข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม บทความนี้เน้นเฉพาะ การรักษาโดยไม่ผ่าตัด โดยมีเป้าหมายสำคัญที่สุดคือ การทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตจากการทบทวนข้อมูลเชิงประจักษ์จากแนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตก มีแนวทางการดูแลรักษาทางยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ไม่ผ่าตัด⁽²⁾ ดังนี้

5.1 การควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง แพทย์จะสั่งให้ควบคุมค่าความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวให้น้อยกว่า 180 มิลลิเมตรปรอท หรือค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในหลอดเลือดแดง (mean arterial pressure: MAP) ให้น้อยกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท

5.2 การเฝ้าระวังภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ การติดตามค่าการแข็งตัวของเลือดถือว่ามีความสำคัญโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือมีโรคที่ทำให้เลือดไม่แข็งตัว แต่ควรระมัดระวังภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยแพทย์จะพิจารณาให้วิตามินเค 5 ถึง 10 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำเพื่อช่วยเพิ่มกระบวนการแข็งตัวของเลือด สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำจำเป็นต้องได้รับเกล็ดเลือดทดแทนด้วยเช่นกัน

5.3 การดูแลรักษาด้วยยาต้านชัก ผู้ป่วยที่มีเลือด

ออกในสมองมีโอกาสชักร้อยละ 8-10 โดยเฉพาะเลือดออกในกลีบสมอง ดังนั้นแพทย์จะให้ยากันชักในรายที่มีเลือดออกในกลีบสมองหรือมีเลือดออกในชั้นเปลือกสมอง (cortical intra cerebral hemorrhage) และผู้ป่วยที่เคยมีประวัติชักทุกราย ซึ่งการให้ยากันชักป้องกัน (prophylaxis) มีข้อมูลสนับสนุนเฉพาะในช่วง 7 วันแรก แต่ยังไม่มีความชัดเจนเชิงประจักษ์สนับสนุนการให้ยากันชักเพื่อป้องกันอาการชักในระยะยาว

5.4 การดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่เป็นโรคเบาหวานปัจจุบันยังไม่มีข้อกำหนดระดับน้ำตาล แต่เป็นที่ยอมรับกันว่าการลดระดับน้ำตาลเร็วเกินไปอาจทำให้สมองขาดเลือดได้ จึงยอมรับว่าถ้าระดับน้ำตาลไม่เกิน 140 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ในผู้ป่วยเลือดออกในสมองยังไม่มีความจำเป็นต้องให้การรักษา⁽¹¹⁾

6. มโนทัศน์ทฤษฎีของโอเร็ม

เป็นแนวคิดที่สร้างขึ้นโดยมีจุดเน้นเรื่องการดูแลตนเองระดับบุคคล และความสามารถในการนำทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลและใช้เป็นกรอบแนวคิดในวางแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม โอเร็มอธิบายมโนทัศน์ของการดูแลไว้ว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี” ทั้งนี้หากบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (Mc Ewen & Wills, 2014) เชี่ยวชาญ ซึ่งมโนทัศน์ทฤษฎีของโอเร็มได้อธิบายมโนทัศน์สำคัญ ได้แก่ มโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Self-care) มโนทัศน์เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) มโนทัศน์เกี่ยวกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care demand) มโนทัศน์เกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic conditioning factors)⁽⁷⁾ นอกจากนี้ยังกล่าวถึงระบบการพยาบาล (Nursing System) นอกจากนี้โอเร็มยังกล่าวถึงระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System) ว่าเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของพยาบาลในการช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถในการดูแลตนเอง

ของบุคคล ถูกนำมาใช้ปกป้องและดูแลตนเอง ซึ่งระบบการพยาบาลได้แบ่งออกเป็น 3 ระบบ คือ 1) ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) เป็นบทบาทของพยาบาลที่ต้องกระทำเพื่อทดแทนความสามารถของผู้รับบริการสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด 2) ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system) เป็นระบบการพยาบาลให้การช่วยเหลือที่ขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะช่วยผู้ป่วยสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยรวมรับผิดชอบในหน้าที่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล 3) ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing System) เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติ การดูแลตนเอง รวมทั้งการให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยคงความพยายามที่จะดูแลตนเองและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง ระบบการพยาบาลทั้ง 3 ระบบนี้มีวิธีการกระทำได้ใน 5 วิธี ดังนี้ 1. การกระทำให้หรือกระทำแทน 2. การชี้แนะ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการกระทำได้ 3. การสนับสนุน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายาม และป้องกันไม่ให้เกิดความล้มเหลว 4. การสอน เป็นการพัฒนาความรู้ และทักษะที่เฉพาะ 5. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง (providing an environment)⁽¹²⁾

7. วิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่รักษาโดยไม่ผ่าตัด

การวิเคราะห์ปัญหาการณศึกษาใช้แนวทางการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ไม่ต้องรักษาโดยการผ่าตัด ประกอบด้วย หลักการตามอักษรคำย่อ “PAST-MANTT”⁽¹³⁾ ที่ใช้ในการดูแลแต่ละระยะดังนี้ P = Problem analysis คือ การวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการเฝ้าระวังที่เหมาะสมโดยในวันแรกและระยะวิกฤต (วันที่ 2-3) เน้นการเฝ้าระวังปัญหาสำคัญที่อาจเกิดกับผู้ป่วย, A = Assessment คือ การประเมินสภาพผู้ป่วยโดยในวันแรกและระยะวิกฤต พยาบาลซักประวัติและตรวจร่างกาย ประเมินสัญญาณชีพ และประเมินการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท (neurological signs)

ทุกๆ 2 ชั่วโมง ส่วนในระยะกลาง และระยะพักฟื้น จะมี การติดตามอาการเปลี่ยนแปลงทุก 1-2 ชั่วโมง หรือพิจารณาตามปัญหาที่พบในผู้ป่วย นอกจากนี้ตลอดระยะการดูแล พยาบาลประเมินสภาพจิตสังคมของผู้ป่วยและ ผู้ดูแล เพื่อวางแผนการช่วยเหลือ และประสานงานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง, S = Specimen & Test คือ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) และตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain) เพื่อช่วยในการวินิจฉัย, T = Treatment คือ หัตถการ และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ M = Medication คือ การให้ยาซึ่งอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ การให้ยาในวันแรก แพทย์จะให้ยาตามอาการ และปัญหาที่พบในระยะพักฟื้น ถ้าไม่มีปัญหาการคลื่นไส้ อาเจียน แพทย์จะปรับยาให้เป็นยารับประทานแทนยาชนิดฉีด, A = Activity คือ กิจกรรมการเคลื่อนไหว ในวันแรกและระยะวิกฤตพยาบาล จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา และพลิกตะแคงตัว ทุก 2 ชั่วโมง หลังจากนั้นจะปรึกษาแผนกกายภาพบำบัด เพื่อช่วยส่งเสริมการเคลื่อนไหวตามลำดับอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระยะกลางและระยะพักฟื้น, N = Nutrition คือ การดูแลด้านโภชนาการ, T = Teaching & Education คือ การให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติแก่ญาติและผู้ดูแล และเตรียมความพร้อมผู้ดูแลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย แนะนำการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน และการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน, T = Transfers คือ การส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพผู้ป่วย โดยแพทย์ และพยาบาลพิจารณาความเหมาะสม ร่วมกัน

รายงานผู้ป่วย

1. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ

ผู้ป่วยชายไทยโสด อายุ 52 ปี อาชีพทำนา จบการศึกษาระดับประถมศึกษา น้ำหนัก 78 กิโลกรัม สูง 165 เซนติเมตร มีจัดอยู่ในกลุ่มโรคอ้วน ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เท่ากับ 30.49 อาศัยอยู่คนเดียวเป็นบ้านไม้ 2 ชั้น มีบ้านพี่สาวอยู่ใกล้บ้าน นับถือศาสนาพุทธ ตี๋มสุราทุกวันสับบุหรื มาตั้งแต่อายุประมาณ 17 ปี มีรายได้หลักมาจากการทำนาตนเอง ไม่มีภาระหนี้สิน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 17 พฤศจิกายน 2566 วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล



23 พฤศจิกายน 2566 รวมนอนโรงพยาบาล 6 วัน

อาการสำคัญ: ลื่นแข็ง พูดคุยไม่ชัด แขนขาขวามืออ่อนแรง
2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน :

1 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่ประมาณ 18.00-19.00 น. จากนั้นรับประทานอาหารเช้าแล้วเข้านอน เช้าวันที่ 17 พฤศจิกายน 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล (07:30 น.) ญาติพบผู้ป่วยอยู่บนที่นอนมีอาการลื่นแข็งพูดไม่ชัด แขนขาขวามืออ่อนแรง ไม่มีอาเจียน ญาตินำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต :

มีประวัติมารักษาโรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูงที่โรงพยาบาลบางมูลนาก ในปี 2563 หลังจากนั้นมิได้ไปรักษาต่อที่ใด

ประวัติการใช้สารเสพติด :

ดื่มแอลกอฮอล์ จากนั้นจะรับประทานอาหารเช้าแล้วเข้านอนและสูบบุหรี่ 10 มวน/วัน มากกว่า 10 ปี

ประวัติการผ่าตัด :

ปฏิสระการผ่าตัด

ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองโดยไม่ฉีดสารทึบรังสี (CT brain non-contrast) :

Cerebral parenchyma: The study reveals age-appropriate brain volume with normal grey-white differentiation. No large territorial infarction. A 2.5x1.3x3.1-cm acute left basal ganglia hemorrhage. Cerebellum and posterior fossa: Normal given a limited evaluation of the brainstem due to beam-hardening artifacts. Extra-axial spaces: No extra-axial hemorrhage or collection. I Ventricles: Appropriate for age. No hydrocephalus. Midline shift: Mild shifting to the right, 0.4 cm. Brain herniation: Nonc. Vascular system: Unremarkable. Calvarium and scalp: Unremarkable Skull base, sella, temporomandibular joints (TMJs), visualized orbits, paranasal sinuses and mastoid air cells: Activate Windows

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ :

ไม่พบภาวะซีด (Hb = 15.2%, Hct = 42%)

การทำงานของไตปกติ (BUN = 12mg/dL, Cr = 0.79 mg/dL, eGFR = 103 mL/min/1.73m²) อิเล็กโทรไลต์ในเลือดพบโซเดียมและคลอไรด์ต่ำ (Na = 139 mmol/L, Cl = 96 mmol/L) ส่วนตัวอื่นอยู่เกณฑ์ปกติ (K = 3.8 mmol/L, CO₂ = 27.1mmol/L) พบระดับไขมันในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Cholesterol = 165mg/dL, Triglyceride = 340mg/dL, HDL = 25 mg/dL, DTX = 177 mg/dL, HbA1C = 7.5%)

ผลเอกซเรย์ปอด ปกติ

คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ปกติ (NSR rate 75 no ST change)
แพทย์ให้การวินิจฉัยครั้งแรก Lt basal ganglion hemorrhage

อาการและสัญญาณชีพแรกจับ :

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ลื่นแข็ง พูดคุยไม่ชัดเจน แขนขาขวา gr.4 แขนขาซ้าย gr.5 อ่อนหิวร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 168/122 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที O₂sat = 99% ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthe Activities of Daily Living : ADL) 8 คะแนน (เต็ม 20 คะแนน)

การรักษาที่ได้รับวันแรก :

วันที่ 17 พฤศจิกายน 2566: 0.9% NSS 1000 ml + B co 2 amp อัตรา 80 ml/hr. Nicardipine 20 mg + NSS 80 ml (1:5) อัตรา 5-30 ml/hr Keep BP < 140/90 mmHg, - NPO-Record V/S-Retained foley's catheter-DTX stat 187 mg% then q 6 hr., keep 80 - 200 mg% Medication : Omeprazole 40 mg v OD-Aspiration precaution, Atenolol (50) ½ tab  x 1 pc เข้า, วันที่ 18 พฤศจิกายน 2566 ส่งทำกายภาพ (เข้า-เย็น) 21 พฤศจิกายน 2566 : off IV, On Heplock, off foley's catheter Nicardipine 20mg+NSS80ml (1:5) V rate 5-30 ml/hr. titrate Keep BP < 140/90 mmHg **Review Treatment** - Amlodipine (10) 1 tab  x 1 pc เข้า, Enalapril (20) 1 tab  x 2 pc เข้า-เย็น, Hydralazine (50) 1 tab  x 2 pc เข้า-เย็น, HCTZ (25) 1 tab  x 1 pc เข้า, Atenolol (50) 1 tab  x 1 pc เข้า
22 พฤศจิกายน 2566 : Bromhexine 1x3 oral pc,

off Hydralazineเดิม Hydralazine(50)1 tab $\odot$ x 2 pc
เช้า-เย็น แพทย์อนุญาตจำหน่ายกลับบ้าน ในวันที่ 23
พฤศจิกายน 2566 รวมนอนโรงพยาบาล 6 วัน

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย :

Lt basal ganglion hemorrhage underline
Hypertension with Dyslipidemia with Type 2
diabetes

Home Medication : Bromhexine 8 mg.
1 tab $\odot$ x 3 pc เข้า-กลางวัน-เย็น Amlodipine 10 mg.
1 tab $\odot$ x 1 pc เข้า, Atenolol 50 mg) 1 tab $\odot$ x 1 pc
เช้า, Enalapril 20 mg. 1 tab $\odot$ x 2 pc เข้า-เย็น,
Ciprofloxacin 250 mg. 1 tab $\odot$ x 2 pc เข้า-เย็น,
Hydralazine 50 mg 1 tab $\odot$ x 2 pc เข้า-เย็น. HCTZ
25 mg 1 tab $\odot$ x 1 pc เข้า,

ก่อนจำหน่าย ADL = 9/20 คะแนน Motor power
แขนขาขวา grade 3, แขนขาซ้ายเกรด 5 นัดทำกายภาพ
1 ครั้ง/วัน, วัดความดัน 7 วันที่บ้าน นัด Follow Up
ที่แผนกบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางมูลนาก

การติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย :

ผู้ศึกษาติดตามทาง Tele-medicine ผ่าน Smart
Phone ของหลานสาว โดยนัดล่วงหน้า 1 วันก่อนถึง
วันนัดและประสานส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ
ใกล้บ้าน (รพ.สต.บ้านน้อย อำเภอโพทะเล) เพื่อช่วย
วัดความดันทุกวัน 7 วัน มีผลการติดตาม ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่ 27 ธันวาคม 2566 : แพทย์นัด
ติดตามอาการ + วัดความดันที่บ้าน 7 วัน แขนขาข้างขวา
อ่อนแรง รับประทานอาหารเองจะลำบาก ผู้ป่วยมาทำ
กายภาพตามนัด Physical examination: Temp:
36.5°C P:62/min. RR: 20/min. BP: 122/79 mmHg
BW: 78Kg. สูง: 165 Cm. BMI: 28.72, PT Note: Muscle
power Rt side UEs Gr.3, LEs Gr.3 Muscle power
Lt side UEs Gr.5, LEs Gr.5 Standing balance: fair
Ambulate training with walker, minimal assistance
สอนออกกำลังกายด้วย Home program. นัดทำกายภาพบำบัด
ต่อเนื่อง 5 วัน/สัปดาห์ การรักษาที่ได้รับยาเดิม (HM)+
Amlodipine 10 mg 1 tab oral x 1 pc เข้า, Simethicone
1 tab oral x 3 pc, Atorvastatin 40 mg 1 tab oral x hs

ครั้งที่ 2 วันที่ 29 ธันวาคม 2566 : ผู้ป่วยมี
ใบหน้าสดชื่นขึ้น ไอเสมหะเหนียว มีปัญหาท้องผูก 2-3 วัน
ถ่ายครั้ง สัญญาณชีพปกติ FBS 125 mg% PT Note:
Muscle power Rt. side UEs Gr.4, LEs Gr 4 Muscle
power Lt. side UEs Gr.5, LEs Gr. 5 Standing balance :
good, Gait training: independent ผู้ป่วยเดินได้ดี
ไม่มีเครื่องช่วยเดิน สอนญาติช่วยทำกายภาพที่บ้าน
ต่อที่บ้านสอนออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขนทุกเช้าและ
เดินประมาณ 15-20 นาที

ครั้งที่ 3 วันที่ 20 มีนาคม 2567: สัญญาณชีพปกติ
น้ำหนักลดเหลือ 75 kg ค่าBMI = 27.7 อาการทั่วไปปกติ
รับประทานอาหารได้เองไม่ลำบาก ไม่มีอาการแขน ขา
อ่อนแรง Motor at least gr 4 +all E4V5M6

ผู้ศึกษาใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเพื่อ
ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน
โดยแบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพยาบาลระยะก่อนการตรวจรักษา :

ดังนี้

ตรวจคัดกรองโดยการซักประวัติต้องซักประวัติ
อย่างรวดเร็วตาม F.A.S.T เพื่อรวบรวมข้อมูล ดังนี้ F =
Face ใบหน้ามีอาการหน้าชา ปากเบี้ยว มุมปากตก
กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงครึ่งซีก, A = Arm แขน ขา
อ่อนแรง เดินเซ ทรงตัวลำบาก, S = Speech การพูด
มีลักษณะพูดไม่ออก ลิ้นแข็ง หรือ พูดไม่ชัดอย่างทันที
ทันใด, T = Time รู้เวลาที่เริ่มมีอาการ คือ รู้ว่าเริ่มมีอาการ
เป็นเวลาเท่าไรนับจากที่มีอาการผิดปกติ หรือนับจาก
เวลาที่ผู้ป่วยมีอาการปกติเป็นครั้งสุดท้าย เพื่อช่วยให้
ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการ stroke fast track อย่างรวดเร็ว
ที่สุด ตามมาตรฐาน ประสานเจ้าหน้าที่รังสีวิทยาเพื่อ
ต้องมีความพร้อมในการเตรียมห้อง CT scan ยิ่งในกรณี
ที่ผู้ป่วยมีระยะเวลา onset to hospital ใกล้เวลา
270 นาที ยิ่งต้องรีบให้บริการให้เร็วมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ทัน
golden period

ระยะที่ 2 การพยาบาลขณะตรวจรักษาขณะอยู่

แผนกผู้ป่วยนอก : ดังนี้

1. การอธิบายโรคที่ผู้ป่วยเป็นให้กับผู้ป่วยและ
ญาติผู้ป่วยมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากจะต้องมีการ



ตัดสินใจของผู้ป่วย หรือญาติผู้ป่วยสายตรงกรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว พูดไม่ได้ ดังนั้นการติดต่อกับญาติผู้ป่วยนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง ถ้าสามารถติดต่อได้เร็ว และมีการอธิบายล่วงหน้าได้ก็จะทำให้เกิดการตัดสินใจที่ดีและรวดเร็ว ไม่เสียเวลา

2. การพูดคุยกับผู้ป่วย และน้องสาว ผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งเป็นการแจ้งแนวทางการรักษาก่อนที่จะทราบผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดมาเลี้ยงหรือไม่ รวมทั้งการ inform และ/หรือ consent form ก่อนที่จะทราบผลการวินิจฉัย โดยเป็นการแจ้งล่วงหน้าว่าถ้าผลการตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองแล้วพบว่าเป็นภาวะสมองขาดเลือด จะต้องให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดผู้ป่วย และ/หรือญาติเห็นด้วยหรือไม่ หรือถ้ามีเลือดออกในสมองจำเป็นต้องส่งตัวเพื่อรับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ผู้ป่วย และ/หรือญาติเห็นด้วยหรือไม่ ดังนั้นทีมต้องมีการกำหนดแนวทางการทำงานอย่างเป็นขั้นตอนที่ละเอียดว่าต้องทำกิจกรรมใดในช่วงเวลาใด ทำอะไรก่อนหลัง เป็นต้น

3. ดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ประเมินสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที ประเมินระดับความรู้สึกตัวทุก 2-4 ชั่วโมง ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจโดย EKG monitor เตรียมยาและอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อมใช้งาน เตรียมเครื่อง Defibrillation ไว้ในบริเวณใกล้เคียง เตรียมทีมช่วยเหลือฉุกเฉิน

4. วางแผนประสานการส่งต่อผู้ป่วยจากผู้ให้บริการทีมหนึ่งไปยังอีกทีมหนึ่ง ซึ่งรอยต่อระหว่างการส่งต่อแต่ละกิจกรรมนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง เช่น รอยต่อระหว่างพยาบาลเจาะเลือดใส่ tube และเจ้าหน้าที่นำส่งหรือเจ้าหน้าที่นำส่งห้อง lab เมื่อมีการลงทะเบียนแล้ว ทำ lab ทันทีเลยหรือไม่ หรือเมื่อแพทย์มีการสั่งให้ยาละลายลิ่มเลือดแล้ว พยาบาลสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ภายในเวลากี่นาทีหลังจากแพทย์มีการเขียนคำสั่งการให้ยาละลายลิ่มเลือด หรือแม้กระทั่งพนักงานเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากห้องตรวจไปห้องเอกซเรย์ หรือจากห้องเอกซเรย์ไปยังหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รอยต่อต่างๆ เหล่านี้ใช้เวลาไปไม่น้อย ดังนั้นถ้ากระบวนการต่างๆ สามารถลด

การสูญเสียเวลาในรอยต่อต่างๆ นี้ได้ จะช่วยทำให้ระยะเวลา DTN(Door To Needle) ลดลงไปได้หลายนาที

5. การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา และการเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำเพื่อส่งตรวจประเมินการเปิดหลอดเลือด การประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว ทุก 15 นาที ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมและดูแลส่งเข้าตึกหอผู้ป่วยใน

ระยะที่ 3 การปฏิบัติการพยาบาลระยะแรกเริ่มระยะที่นอนโรงพยาบาล และระยะก่อนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 :

เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค

ข้อมูลสนับสนุน :

1. ผล CT Brain: Lt basal ganglion hemorrhage
2. ระดับความดันโลหิตเท่ากับ 168/122 mmHg
3. ผู้ป่วย แขนขาข้างขวาอ่อนแรง grade 4 แขนขาข้างซ้าย grade 5 ลิ้นแข็งพูดไม่ชัด, SpO2=94%

วัตถุประสงค์ :

เพื่อป้องกันไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเพิ่มมากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล :

สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวลดลง

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท โดยติดตามระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย record vital signs & neuro signs ทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง พบอาการเปลี่ยนแปลง GCS ลดต่ำลง pupil unequal motor power drop สัญญาณชีพผิดปกติ BP < 90/60mmHg หรือ > 140/90 mmHg, Pulse < 60 หรือ > 120 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย มากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส หรือ < 36 องศาเซลเซียสให้รายงานแพทย์ทราบทันที

2. ดูแลป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลงและทำให้มีความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นโดย

2.1 ระงับการอุดกั้นทางเดินหายใจจากภาวะต่างๆ จัดศีรษะให้ตรงยกศีรษะสูง 30 องศา เพื่อเพิ่มการ

ไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง ลดความดันในกะโหลกศีรษะ

2.2 ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด Volume control mode PAC setting ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อรักษาระดับออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95%

2.3 ประเมินการหายใจโดยนับอัตราการหายใจและดูรูปแบบการหายใจจากเครื่องช่วยหายใจและการหายใจของผู้ป่วยให้สัมพันธ์กันกับเครื่องช่วยหายใจ

2.4 ตรวจวัดความดันโลหิตและชีพจร เพื่อประเมินระบบการไหลเวียนเลือดและความดันในกะโหลกศีรษะ ทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง หรือตามแผนการรักษาของแพทย์

2.5 ดูแลการได้รับสารน้ำ 0.9 % NSS1000 cc. IV. Drip 80 cc/hr. ให้เพียงพอ เพื่อรักษาระบบการไหลเวียนเลือดและสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

3. ดูแลให้ได้รับยารักษาได้แก่ยาควบคุมความดันโลหิตสูง คือ ยา 10 mg ทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ ยา: Nicardipine 20 mg + NSS 80 ml (1:5) อัตรา 5-30 ml/hr Keep BP < 140/90 mmHg. ตามแผนการรักษา

การประเมินผลการพยาบาล :

ระดับความรู้สึกตัวปกติ GCS = 15 (E4M6V5) สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 130/80-160/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที Motor power แขนขาข้างขวา grade 4 แขนขาข้างซ้าย grade 5 พูดไม่ชัดสื่อสารรู้เรื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2

ผู้ป่วย และครอบครัวมีความเครียดและวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติสีหน้ากังวล บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยร้องไห้เมื่อพยาบาลสอบถามอาการ และขณะแพทย์ตรวจ
2. ผู้ป่วยไม่เคยเจ็บป่วยรุนแรงต้องนอนโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเผชิญ ปัญหาในภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจภาวะของโรค แผนการรักษาพยาบาลและปฏิบัติตนได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น นอนหลับพักผ่อนได้
2. ผู้ป่วยและญาติสอบถามอาการลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวลลง
2. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติทราบทุกครั้ง ก่อนให้การพยาบาลและให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล
3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคแผนการรักษาพยาบาลและเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือ ในการรักษาพยาบาล
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถาม ข้อสงสัย และให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล
5. ประเมินความรู้สึกกลัวและวิตกกังวล โดยการสังเกตจากพฤติกรรม สีหน้า ท่าทางและการซักถามของผู้ป่วยและญาติ

6. ดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่อง ความสุขสบายของร่างกายและกิจกรรมบนเตียงต่างๆ

7. เปิดโอกาสให้ญาติเข้าเยี่ยม เพื่อให้กำลังใจผู้ป่วย

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น นอนหลับได้ดี
2. ผู้ป่วยและญาติสอบถามอาการลดลง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3

ผู้ป่วยพร่องความสามารถในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากกล้ามเนื้อแขนขาขวาอ่อนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง
2. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำ ได้แก่ ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ 10 มวน/วัน ดื่มแอลกอฮอล์ทุกวัน
3. เดินเองไม่ได้ E4V5M5, Motor power แขนขาขวา grade 4, แขนขาซ้ายเกรด 5 คะแนนความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) = 8 คะแนน

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล :

1. เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองให้ถูกต้องเหมาะสมในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแตก สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และลดปัจจัยเสี่ยง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ช่วยตัวเองได้ดีขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีกล้ามเนื้อลีบ สามารถลุกเดินช่วยเหลือตัวเองได้
2. ผู้ป่วยสามารถบอกและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำของตนเองได้ถูกต้อง
3. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในเรื่องการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การลด/เลิกบุหรี่และสุรา การออกกำลังกายที่เหมาะสมแขนขาซ้ายเกรด 5 คะแนน ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) = 8 คะแนน

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล :

1. เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองให้ถูกต้องเหมาะสมในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแตก สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และลดปัจจัยเสี่ยง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ช่วยตัวเองได้ดีขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีกล้ามเนื้อลีบ สามารถลุกเดินช่วยเหลือตัวเองได้
2. ผู้ป่วยสามารถบอกและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำของตนเองได้ถูกต้อง
3. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในเรื่องการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การลด/เลิกบุหรี่และสุรา การออกกำลังกายที่เหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล

ประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็ม เกี่ยวกับทฤษฎีระบบการที่เน้นให้พยาบาลเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถ ปฏิบัติกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ ความผาสุก และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี กรณีศึกษาที่พยาบาลได้ทำหน้าที่ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยครอบครัว (พี่สาวและหลานสาวผู้ป่วย) และชุมชน (พยาบาลประจำ

รพ.สต.บ้านน้อย และ อสม.หมู่ 6 ตำบลท่าน้อย) เข้ามามีส่วนร่วมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ของผู้ป่วยโดย

1. วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ
2. ทบทวนความรู้เกี่ยวกับความรู้และความพร้อมของผู้ป่วยและญาติทั้งร่างกายและจิตใจก่อนกลับบ้าน ทั้งผู้ป่วย และญาติเพื่อให้ทราบข้อมูลพื้นฐานและปัญหาอุปสรรคต่างๆ ของผู้ป่วยและญาติ
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค และการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติพร้อมประเมิน ความเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถนำไปใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม
4. อธิบายยา ความสำคัญของยาและผลข้างเคียงของยาแต่ละชนิด เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบเพื่อสร้างความตระหนักให้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต
5. อธิบายปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ และแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง
6. ส่งเสริมให้พี่สาวเป็นผู้จัดเตรียมอาหารเพื่อสุขภาพให้ผู้ป่วย พร้อมกระตุ้นเตือนให้รับประทานอาหารตามเวลา
7. ส่งเสริมการดูแลตนเองในด้านการทำกายภาพบำบัด การเคลื่อนไหวออกกำลังกาย โดยแนะนำญาติให้ช่วยทำ Passive exercise ให้กับผู้ป่วย เช่น งอแขนเข้า-เหยียดแขนออก ให้ฝึกบ่อยๆ อย่างน้อย 20-30 ครั้งต่อวัน ในแต่ละข้าง แนะนำสอนให้ผู้ป่วยหัดเกร็งกล้ามเนื้อขา 2 ข้าง ดังนี้ เหยียดขา 2 ข้างออกไปให้สุด ใช้มือรองได้เข้าผู้ป่วยข้างที่กำลังฝึก จากนั้นแนะนำให้ผู้ป่วยพยายามกดเข่าข้างนั้นลงให้ติดพื้นเตียงให้มากที่สุด ให้ฝึกบ่อยๆ อย่างน้อย 20-30 ครั้งต่อวันต่อข้าง
8. สังเกตอาการผิดปกติที่ควรพบแพทย์ ก่อนนัดการตรวจตามนัดแก่ผู้ป่วยและญาติ

การประเมินผล :

1. ผู้ป่วยดูสดชื่น แจ่มใส มีการทรงตัวที่ดีขึ้น ไม่เกิดการพลัดตก หกล้ม ไม่มีกล้ามเนื้อลีบ และไม่มีข้อติดแข็ง

สามารถช่วยเหลือตนเองได้ พูดได้ชัดมากขึ้น คะแนน ADL เพิ่มขึ้นเท่ากับ 9 ก่อนจำหน่าย E4V5M6 Motor power : แขนขาข้างขวา grade 4 แขนขาข้างซ้าย grade 5

2. ผู้ป่วยสามารถบอกปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำของผู้ป่วยได้ถูกต้อง คือ ความดันโลหิตสูง และไขมันสูง และการควบคุมเบาหวานไม่ดี

3. เกิดการดูแลตนเอง (Self Care) ในระดับบุคคล และครอบครัวโดย ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามหลัก 3อ.2ส. ได้แก่ เลิกบุหรี่และสุรา ควบคุมอาหาร รสหวาน เดินออกกำลังกายและแกว่งแขนเข้าเย็น ผักสมาก่อนนอน โดยมีพี่สาวและหลานสาวผู้จัดเตรียมอาหาร ที่งดเค็ม ไม่ใช้ชูรส มีผักให้ทุกมื้อ

4. การติดตามในเดือนมีนาคม 2567 ผู้ป่วยมีค่าดัชนีมวลกายลดลงจาก 30.49 เหลือ 27.7 คะแนน ADL เพิ่มขึ้น 18 หลังจำหน่าย 3 เดือน

สรุปกรณีศึกษา

ชายไทยโสด อายุ 52 ปี อาชีพทำนา จบการศึกษาระดับประถมศึกษา น้ำหนัก 78 กิโลกรัม สูง 165 เซนติเมตร จัดอยู่ในกลุ่มโรคอ้วน ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เท่ากับ 30.49 อาศัยอยู่คนเดียวเป็นบ้านชั้นเดียว มีบ้านน้องสาวอยู่ใกล้บ้าน นับถือศาสนาพุทธ ต้มสุราทุกวัน สูบบุหรี่ (10 มวน/วัน) มาตั้งแต่อายุประมาณ 17 ปี มีรายได้หลักมาจากการทำนาตนเอง ไม่มีภาระหนี้สิน มาโรงพยาบาลด้วย 1 วันก่อนผู้ป่วยดื่มแอลกอฮอล์ ตั้งแต่ประมาณ 18.00-19.00 น. จากนั้นรับประทาน อาหารแล้วเข้านอน เช้าวันที่ 17 พกสัปดาห์ 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล (07:30 น.) ญาติพบผู้ป่วยนอนอยู่ บนที่นอน มีอาการลิ้นแข็งพูดไม่ชัด แขนขาซีกขวาอ่อนแรง ไม่มีอาเจียน ญาตินำส่งโรงพยาบาล ประวัติเป็นโรค ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ไม่ได้พบแพทย์ตามนัดมา 3 ปี เมื่อมาถึงโรงพยาบาลมี ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีอาการ แขนขาซีกขวาอ่อนแรง ปากเบี้ยว Glasgow coma scale (GCS) 15 คะแนน (E4V5M6) เส้นผ่าศูนย์กลางของ รูม่านตามีขนาด 2 มิลลิเมตร ตอบสนองต่อแสงดี ทั้งสองข้าง ผลการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองโดยไม่ฉีด สารทึบรังสี (CT brain non-contrast) พบว่า มีเลือด

ออกในสมองบริเวณฐานแกนสมองด้านซ้าย (left basal ganglion) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : พบว่าระดับ น้ำตาลในเลือดสูง (DTX = 177 mg/dl, HbA1c = 7.5%) และระดับไขมันในเลือด แพทย์ให้การรักษาแบบไม่ผ่าตัด ด้วยการให้ยาปรับระดับประคอง (Supportive Treatment) ใช้เวลาในนอนโรงพยาบาลจำนวน 6 วัน ได้รับการวางแผน จำหน่ายและส่งต่อไปหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านเพื่อ ติดตามวัดความดันโลหิต 7 วันก่อนมาตรวจตามนัด ผลการติดตามเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดทุกครั้ง โดยมีผู้ศึกษากระตุ้นเตือนผ่านระบบ Telemedicine ของงานบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล บางมูลนาก เกิดผลลัพธ์ที่ดี โดยผู้ป่วยเกิดการดูแลตนเอง ในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการหยุดพฤติกรรม เสี่ยงคือการดื่มสุราและสูบบุหรี่ ได้รับการส่งเสริมการดูแล ตนเองจากครอบครัว คือพี่สาวและหลานสาวซึ่งบ้านติดกัน ในการจัดเตรียมอาหาร การช่วยทำกายภาพที่บ้าน ได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเองจากชุมชนในเรื่อง การติดตามวัดระดับความดันโลหิต โดย อสม.ประจำ หมู่บ้าน การมาเยี่ยมพูดคุยให้กำลังใจ ส่งผลให้ผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถอยู่ตามลำพังโดยไม่ต้อง พึ่งพิงผู้อื่นตลอดเวลา

วิจารณ์

กรณีศึกษานี้มีโรคความดันโลหิตสูงที่ทำให้เกิด หลอดเลือดสมองแตก และปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การใช้สาร เสพติด เช่น การดื่มสุรา สูบบุหรี่ สาเหตุของการเป็นโรค หลอดเลือดสมองแตกเข้ารับการรักษานี้ มาจาก โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับประทานยาควบคุมระดับ ความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องทำให้โรคมีความรุนแรงมากขึ้น ร่วมกับการดื่มสุราเป็นประจำ ซึ่งแอลกอฮอล์มีผลต่อ การทำงานของเกล็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด และ เพิ่มความเปราะบางของหลอดเลือด อาการและอาการ แสดง ขึ้นกับตำแหน่งเลือดออกในเนื้อสมอง ปริมาณ เลือดออกขยายไปกดทำลายเนื้อสมองบริเวณใกล้เคียง สำหรับ กรณีศึกษานี้พบเลือดออกในสมองตำแหน่งเนื้อ สมองซีกซ้าย (Left Basal ganglia) ส่งผลให้เกิดอาการ อ่อนแรงของแขนขา วิธีการรักษาโดยการผ่าตัด หรือไม่

ผ่าตัดพิจารณาจาก ระดับคะแนนการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score) น้อยกว่า 13 คะแนน ปริมาณเลือดออกมากกว่า 30 มิลลิลิตร และระยะการเคลื่อนที่ของแนวแกนกึ่งกลางของสมอง (Midline shift) มากกว่า 0.5 เซนติเมตร ถ้ามีอาการเพียง ข้อใดข้อหนึ่งได้รับการรักษาโดยการไม่ผ่าตัด แต่ถ้ามีตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไปเลือกการรักษาด้วยการผ่าตัด⁽⁶⁾ กรณีศึกษาผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow Coma Score = 15 คะแนน (E4V5M6) ได้รับการรักษาโดยไม่ผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (Conservative Treatment) ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล บางมุลนากจำนวน 6 วัน กรณีศึกษาได้รับการส่งเสริมการดูแลตนเอง (Self Care) ในการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จนอาการดีขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แนวทางการดูแลรักษาพยาบาล ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลตนเองมากขึ้น ให้คำสัญญาว่าเมื่อกลับบ้านจะเลิกบุหรี่และสุรา เนื่องจากกลัวมีความพิการเพราะต้องอยู่คนเดียว กลัวเป็นภาระน้องสาว ญาติสามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านได้ พยาบาลผู้ดูแลต้องเป็นผู้มีความรู้ความสามารถที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล ช่วยกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้อย่างถูกต้อง ครอบครัวเข้าใจและมีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำ นอกจากนี้จะเห็นว่า การส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization (WSO)(2022). Global Stroke Fact Sheet 2022 [Internet]. 2024 [cited 2024 Sep 20]. Available from: https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Global_Stroke_Fact_Sheet.pdf
2. American Stroke Association.(2023) Guideline for the early Management of patient With Acute Ischemic Stroke.

- Retrieved Sep 20, 2024, from https://www.bmc.org/sites/default/files/Patient_Care/Specialty_Care/Stroke_and_Cerebrovascular_Center/Medical_Professionals/Protocols
3. World Health Organization. (2020). World stroke campaign [Internet]. [cited Sep 20, 2024] Available from: <http://www.world-stroke.org/advocacy/world-stroke-campaign>
 4. สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย.(2563).แนวทาง การรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตก กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา.
 5. กระทรวงสาธารณสุข. รายงาน 43 แพ้ม [Internet] 2566. [Cited 2024 Sep 27] Available from <https://pct.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php?fbclid=IwAR05JPiZeUi8tz9I-6-h1cPi6TT8lryT2EDZi96vGAePcybiZLUfQ0E1c60>
 6. Areechokchai D, Vijitsoonthornkul K, PongpanS,MaeakhianS.(2017)Population attributable fraction of stroke risk factors in Thailand: utilization of non-communicable disease surveillance systems. OSIR.;10 (1):1-6.
 7. Macellari F, Paciaroni M, Agnelli G, Caso V. (2014). Neuroimaging in intracerebral hemorrhage. Stroke. ;45:903-8.
 8. Guild SJ, Saxena UA, McBryde FD, Malpas SC, Ramchandra R.(2018) Intracranial pressure influences the level of sympathetic tone. Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol.315(5):R1049-53.
 9. Sinsap N, Jankra J, Jaiman B.(2017). Hypertension in elderly: silence killer should be aware. Journal of Phrapokklao Nursing College.7;28(1): 100-11. (in Thai)



10. Muoz RN, Mendez BM, Hernandez BV, Jimenez GR, Jesus EH, et al. (2016). Type 2 diabetes and hemorrhagic stroke: a population-based study in Spain from 2003 to 2012. *J Stroke Cerebro vasc Dis.* 25(6): 1431-43.
11. Stroke Association.(2017). Disclaimer and privacy policy to stroke rehab [Internet]. 2017 [cited Sep,20,2024]. Available from: [http://www. Stroke-rehab. com/disclaimer-and-privacy-policy.html](http://www.Stroke-rehab.com/disclaimer-and-privacy-policy.html)
12. McEwen,M.,&Wills,E.M.(2014).Theoretical basis for nursing (4th ed.). Philadelphia: Lippincott.
13. World Health Organization. (2015).World stroke campaign [Internet]. [cited 2017 Jan 21] Available from: [http://www. world-stroke.org/advocacy/world-stroke campaign](http://www.world-stroke.org/advocacy/world-stroke-campaign)
14. Wongsri, P., & Chintapanyakun, T. (2018). Utilization of Orem’ theory with caring and advice for patients with heart failure. *Journal of Optoelectronical Nanostructures*, 10(1), 209-219. (in Thai)



กรณีศึกษา

Case Study

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะการวางแผน จำหน่ายและฟื้นฟูสภาพ : กรณีศึกษา

Nursing Care for Elderly Stroke Patients during Discharge Planning and Rehabilitation : Case Study

สุจินันท์ ก่อกิจโรจน์ พย.บ.

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและความพิการ หากได้รับการรักษาที่ล่าช้า จะเพิ่มโอกาสเสียชีวิตและความพิการได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลและการนำทฤษฎีการปรับตัวของรอยด์ มาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระยะการวางแผนจำหน่ายและฟื้นฟูสภาพและเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คัดเลือกจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะฟื้นฟูสภาพ ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ระหว่างวันที่ 22 สิงหาคม - 30 กันยายน 2567 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ผู้ป่วย และญาติ ทำการรวบรวม สรุป นำสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา : หญิงไทยคู่ 74 ปี มีอาการ ชาตามปลายมือปลายเท้า แขนและขาข้างขวาไม่มีแรง ลูกเดินไม่ได้ พูดชัด ไม่มีปากเบี้ยว 3 วันก่อนมาโรงพยาบาลไปรักษาศัลยกรรมกระดูกไม่ดีขึ้น ทำให้มาโรงพยาบาลเกินเวลา 4.5 ชั่วโมงแพทย์ไม่สามารถให้การรักษาด้วยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเท่ากับ 6/20 ผู้ป่วยได้การดูแลแบบประคับประคองตามอาการและการดูแลรักษาแบบทั่วไป ได้แก่ การดูแลรักษาภาวะความดันโลหิต การหายใจ การให้อาหารที่เพียงพอ การควบคุมระดับน้ำตาล การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การวางแผนการดูแลก่อนการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การนำทฤษฎีการปรับตัวของรอยด์มาใช้ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองช่วยให้การดูแลเป็นไปอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการฟื้นฟูร่างกายและการสนับสนุนด้านจิตใจ และสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้นในสภาพแวดล้อมใหม่ที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดีที่สุดต่อผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : การพยาบาล , โรคหลอดเลือดสมอง , การวางแผนจำหน่าย และฟื้นฟูสภาพ

Abstract

Stroke is a condition with a high risk of death and disability. If treatment is delayed, the chances of death and disability increase. This study aims to examine the nursing process and the application of Roy's Adaptation Model in the nursing care of elderly stroke patients in the discharge planning and rehabilitation phase, as well as to prevent potential complications.

The study specifically selected patients with ischemic or obstructive stroke in the rehabilitation phase who received care at the Somdej Phra Yuparaj Taphanhin Hospital in Phichit Province between August 22 and September 30, 2024. Data were collected from patient medical records, patients, and their relatives. The data were summarized and used to establish nursing diagnoses, plan and implement nursing interventions, and assess nursing outcomes.

Study Results : A 74-year-old Thai female patient presented with symptoms of numbness in her hands and feet, and weakness in her right arm and leg, making it difficult for her to stand or walk. She was able to speak clearly and had no facial drooping. Three days prior to hospital admission, she visited a clinic but her condition did not improve, leading her to come to the hospital after a delay of 4.5 hours. Due to the delay, the physician was unable to administer intravenous thrombolytic therapy (rt-PA). Her ability to perform activities of daily living was rated at 6/20. The patient received supportive care according to her symptoms, including general care such as managing blood pressure, respiratory care, ensuring adequate nutrition, controlling blood sugar levels, and preventing complications. A care plan was also developed for referral to community-based continuous care.

Keyword : Nursing care, stroke, discharge planning, and rehabilitation

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองถือเป็นโรคที่มีความรุนแรงและเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ 11.6 ของผู้ที่เสียชีวิตในปี 2019⁽¹⁾ และเป็นสาเหตุร่วมที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพอันดับ 3 ทั่วโลก⁽²⁾ ในปี 2020 คาดการณ์ว่าทุกๆ 3 นาทีจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีผู้เสียชีวิตทั่วโลกจำนวน 7.08 ล้านคน เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองตึบจำนวน 3.48 ล้านคน เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะเลือดออกจำนวน 3.25 ล้านคน และเสียชีวิตด้วย โรคหลอดเลือดสมองที่มีเลือดออกได้เยื่อหุ้มสมอง จำนวน 0.35 ล้านคน⁽³⁾ ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองส่งผลทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน และประเทศชาติโดยในระดับบุคคล ทำให้เสียชีวิต และทุพพลภาพได้ ซึ่งจำนวนผู้เสียชีวิตทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ 86.00 พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีภาวะทุพพลภาพ คิดเป็นร้อยละ 89.00 ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยในประเทศที่มีรายได้ต่ำและประเทศที่มีรายได้ปานกลาง การดูแล ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีค่าใช้จ่ายที่สูง โดยทั่วโลกมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษามากกว่า 891 พันล้านดอลลาร์ หรือคิดเป็นร้อยละ 1.12 ของผลิตภัณฑ์มวล

รวมโลก⁽⁴⁾ สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในปีพ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 278.404 รายต่อประชากรแสนคน ในปีพ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 330.72 รายต่อประชากรแสนคน⁽⁵⁾ จังหวัดพิจิตรมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปี 2564-2566 เท่ากับ 1,948, 1,901 และ 2,020 รายตามลำดับ อัตราผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดพิจิตรปี 2564-2566 เท่ากับร้อยละ 10.83 (211 ราย), 9.99 (190 ราย) และ 9.31 (188 ราย) รายตามลำดับ ส่วนจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของอำเภอดงเจริญ ปี 2564-2566 เท่ากับ 235, 231, และ 232 รายตามลำดับส่วน อัตราผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองของอำเภอดงเจริญสูงเป็นอันดับต้นของจังหวัดพิจิตร โดยมีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ ร้อยละ 8.60 (16 ราย), 8.00 (16 ราย) และ 8.50 (17 ราย) ตามลำดับ⁽⁶⁾ และจากสถิติการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตึบหรืออุดตันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชดงเจริญ ปี 2564-2566 = 200, 203,

และ 172 รายตามลำดับ มีข้อมูลร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการภายใน 4.50 ชั่วโมงและได้รับการดูแลในระบบ Stroke fast track น้อยกว่าร้อยละ 50.00 ในปีงบประมาณ 2564-2566 เท่ากับร้อยละ 16.00 (32 ราย) 25.12 (51 ราย) และ 23.83 (41 ราย) ตามลำดับ

การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถเพิ่มขึ้นมากที่สุดเท่าที่สภาพร่างกาย จิตใจ สังคม สภาพแวดล้อมจะเอื้ออำนวย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด มีคุณภาพ ชีวิตที่ดีและใกล้เคียงปกติมากที่สุด การฟื้นตัวของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะเฉียบพลัน เป็นระยะที่มีการฟื้นตัวของระบบประสาทตามธรรมชาติ (Natural spontaneous neurological recovery) หลังจากที่ได้รับ การรักษาอย่างถูกต้อง เหมาะสม การฟื้นตัวตามธรรมชาติ มักจะเกิดขึ้นภายใน 1 เดือนหลังเป็นโรค 2) ระยะฟื้นตัว ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มากขึ้น การฟื้นตัวนี้เกิดจากการที่ผู้ป่วยสามารถ ปรับตัว (Adaptation) หรือได้รับการฝึกฝนให้ใช้ส่วนอื่นมาชดเชย ทดแทน (Compensation) ซึ่งการฟื้นฟู สภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีทั้งหมด 3 ระยะ ได้แก่ 1) การฟื้นฟูสภาพในระยะเฉียบพลัน (Rehabilitation in acute phase) 2) การฟื้นฟูสภาพ ในระยะฟื้นตัว (Rehabilitation in recovery phase) 3) การติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย (Follow up after discharge) 1) พยาบาลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเหลือดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพภายใน ระยะเวลาหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองให้เร็วที่สุด เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัว (Promote stroke recovery) ลดภาวะทุพพลภาพ ลดการพึ่งพาจากบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยและครอบครัวและเป็นการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในขณะที่อยู่โรงพยาบาล ผู้ศึกษาสนใจในการศึกษาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ⁽⁷⁾ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช

ตะพานหิน ให้ได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะการวางแผนจำหน่ายและฟื้นฟูสภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน ได้รับการประเมิน ดูแลช่วยเหลือตามมาตรฐาน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลงได้

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาสถิติของโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดพิจิตร อำเภอตะพานหิน และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน ที่ผ่านมาในรอบ 3 ปี เพื่อสำรวจภาวะแทรกซ้อนและภาวะที่กระทบกับการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ความพิการ หรืออาจเป็น อันตรายถึงแก่ชีวิต เพื่อใช้วางแผนในการเลือกกรณีศึกษา
2. คัดเลือกกรณีศึกษาที่สนใจและตรงตามโรคที่สนใจจะศึกษา คือผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะ ฟื้นฟูสภาพ ที่ได้รับการวินิจฉัย การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน จำนวน 1 ราย
3. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองจากเอกสาร ตำราวิชาการ งานวิจัย ต่างๆ
4. เก็บรวบรวมข้อมูล อาการสำคัญ ประวัติ การเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน โรคประจำตัวและการรักษา ประวัติการแพ้ยา ประวัติการผ่าตัด แบบแผนในการดำเนินชีวิต การประเมินสภาพอาการผู้ป่วยแรกรับ แผนการรักษาของแพทย์ ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจพิเศษต่างๆ จากเวชระเบียน และข้อมูลผู้รับบริการจากระบบ Hos-XP ของโรงพยาบาล และจากผู้ป่วยและญาติ ทำการสรุปรวบรวม นำสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
5. ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้โดยใช้กระบวนการพยาบาล ประยุกต์ ทฤษฎีทางด้านการพยาบาล การปรับตัวของรอยด์ (Roy's Adaptation Model) มาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ระยะการวางแผนจำหน่าย และฟื้นฟูสภาพ มีขั้นตอนและกระบวนการที่สามารถปรับใช้ได้ตามทฤษฎีของรอยด์ที่เน้นการปรับตัวของบุคคลในสถานการณ์ต่างๆ รวมถึงการตอบสนองต่อความท้าทายทางร่างกายและจิตใจจากโรคต่างๆ⁽⁸⁾ ดังนี้

5.1 การประเมินสถานะปัจจุบันของผู้ป่วย ในขั้นตอนแรกของการวางแผนจำหน่าย พยาบาลจะประเมินความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ 4 ระบบการปรับตัวที่รอยด์กำหนด ได้แก่

ระบบทางสรีรวิทยา (Physiological) : การประเมินการทำงานของร่างกาย เช่น ความสามารถในการเคลื่อนไหว, การหายใจ, การทานอาหาร, การขับถ่าย และการดูแลสุขภาพทางร่างกาย

ระบบจิตสังคม (Self-Concept) : การประเมินสุขภาพจิตและภาพลักษณ์ตนเองของผู้ป่วย เช่น อารมณ์ความรู้สึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรับรู้ตนเอง หลังจากมีการเสียสมรรถภาพจากโรค

ระบบการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม (Role Function): การประเมินบทบาทในครอบครัวและสังคม เช่น ความสามารถในการดูแลตนเอง การปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน และบทบาททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

ระบบการรับรู้ข้อมูล (Interdependence): การประเมินความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวหรือทีมการแพทย์ เช่น ความสามารถในการสื่อสารและรับการสนับสนุนจากผู้อื่น

5.2 การกำหนดเป้าหมายและแผนการฟื้นฟู การใช้ทฤษฎีของรอยด์ช่วยให้พยาบาลสามารถพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการปรับตัว โดยตั้งเป้าหมายที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย เช่น ฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย เช่น การฝึกการเคลื่อนไหว การเดิน หรือการทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพจิตใจ เช่น การให้คำปรึกษา การรับมือกับอารมณ์เศร้าหรือเครียดจากการเป็นโรค การสนับสนุนทางสังคม เช่น การพัฒนาความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

5.3 การพัฒนาแผนการปรับตัว พยาบาลสามารถพัฒนาแผนการฟื้นฟูสภาพที่ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวให้

เหมาะสมกับสถานการณ์และความสามารถของตน โดยใช้หลักการการปรับตัวจากทฤษฎีรอยด์ ซึ่งรวมถึงการใช้เทคนิคการฝึกการรับมือกับความเครียด (Coping Mechanism) เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการรักษาตัว เช่น การฝึกทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูการเคลื่อนไหว การให้การสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์เพื่อให้ผู้ป่วยรับมือกับการสูญเสียฟังก์ชันบางอย่างจากโรค

5.4 การประเมินผลและปรับปรุงแผนการดูแล ในระยะฟื้นฟูหลังการจำหน่าย พยาบาลต้องประเมินผลการตอบสนองต่อแผนการฟื้นฟู และปรับปรุงแผนการดูแลตามความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งต้องประเมินทั้งในด้านการปรับตัวทางร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างต่อเนื่อง เช่น การติดตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการเปลี่ยนแปลงในบทบาทและความสัมพันธ์ในครอบครัว

6. เรียบเรียงการเขียนสรุปรายงานกรณีศึกษา จัดทำรูปเล่มส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของรายงานพร้อมแก้ไข เผยแพร่ผลงาน

ผลการดำเนินการ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้า ตำรา หนังสือ และเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1. พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง คือ กลุ่มอาการของโรคที่มีความผิดปกติของระบบการไหลเวียนของเลือดที่เลี้ยงสมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เซลล์สมองถูกทำลาย และสูญเสียการทำงานที่ของร่างกายที่สมอง ส่วนนั้นควบคุมอยู่⁽⁷⁾ สมองมีระบบหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองส่วนหน้าและหลัง มีโครงสร้างและกลไกที่สามารถป้องกันตนเองจากการขาดเลือดไปเลี้ยงหลายอย่าง ได้แก่ การเชื่อมประสานกันของแขนงหลอดเลือดแดง และกลไกการปรับตัวเพื่อที่จะเพิ่มเลือดไปเลี้ยงสมองและเพิ่มการสกัดเอากลูโคสและออกซิเจนจากหลอดเลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้น ในภาวะปกติสมองมีเลือดมาเลี้ยงประมาณ 50-55 มล./100 กรัมของสมอง/นาที ถ้าปริมาณเลือด

มาเลี้ยงส่วนใดส่วนหนึ่งลดต่ำกว่า 18 มล./100 กรัมของสมอง/นาที เซลล์สมองจะเสียหายที่ทางสรีระแต่ยังไม่ตาย จะทำหน้าที่ได้เป็นปกติ ถ้ามีเลือดมาเลี้ยงในปริมาณเท่าเดิม ถ้าสมองได้รับเลือดน้อยกว่า 15 มล./100 กรัมของสมอง/นาที จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์สมองอย่างถาวร และถ้าสมองขาดเลือดไปเลี้ยง โดยสิ้นเชิงเกิน 3 - 8 นาที เซลล์สมองจะถูกทำลายไม่สามารถฟื้นได้

2. อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองอาจมีเพียงเล็กน้อยถึงรุนแรงได้ โดยจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เกิดรอยโรค ระยะเวลาที่สมองขาดเลือดหรือถูกกดอาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการ อ่อนแรง หรือชาครึ่งซีกของร่างกายทันทีทันใด ตามัวหรือมองไม่เห็นทันทีทันใด โดยเฉพาะที่มีอาการเพียงข้างเดียว พูดไม่ชัด พูดตะกุกตะกัก นึกคำพูดไม่ออกหรือไม่เข้าใจคำพูดขึ้นมาทันทีทันใด ปวดศีรษะรุนแรงฉับพลัน ชนิดที่ไม่เคย เป็นมาก่อน และเวียนศีรษะบ้านหมุน หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันหรือญาติ สามารถประเมินได้ว่า อาการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองเป็นการรับรู้ถึงอาการของโรคหลอดเลือดสมอง (perception of symptoms) ซึ่งจากอาการที่เกิดขึ้นดังกล่าวจะมีแนวโน้มจะทำให้ระยะเวลา มาถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันลดลง การรักษาเมื่อเกิดมีอาการที่เป็นสัญญาณเตือนของโรคแล้ว ถือเป็นภาวะฉุกเฉิน หรือภาวะวิกฤติเพราะสิ่งสำคัญของการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง คือ เวลาการบริหารจัดการให้ใช้เวลาน้อยที่สุด คือ หัวใจของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน มีความสำคัญต่อผลลัพธ์ของโรค การดูแลที่ดีสามารถลดอัตราการตาย ลดความพิการและลดภาวะแทรกซ้อนได้ นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี ลดการเป็นภาระแก่ญาติหรือผู้ดูแล โดยการรักษาที่ถือเป็นมาตรฐานและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการรักษา⁽⁹⁾

3. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะฟื้นฟู

ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ โดยพบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วย

ที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพจะสามารถเพิ่มความสามารถในการช่วยเหลือดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน และการเคลื่อนไหวร่างกาย ดังนั้นการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพจึงมีประโยชน์อย่างมากที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพ สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้เองให้มากที่สุดตามศักยภาพ และฟื้นฟูสภาพจิตใจของทั้งผู้ป่วย และญาติรวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นด้วย⁽⁸⁾ โดยสามารถแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ การฟื้นฟูระยะแรกหรือระยะเฉียบพลัน (Acute Stage) และการฟื้นฟูระยะหลังหรือระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ (Late Recovery) ดังนี้

1. การฟื้นฟูระยะแรก หรือระยะเฉียบพลัน (Acute Stage) การฟื้นฟูในระยะนี้สามารถ เริ่มฟื้นฟูสภาพได้ทันทีที่ผู้ป่วยไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทเพิ่มขึ้น ร่วมกับภาวะทางอาการที่คงที่ ภายในช่วง 24 - 48 ชั่วโมงและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่เกิน 180/110 mmHg. ซึ่งการดูแลในระยะนี้จะมุ่งเน้นไปที่การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาล ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ (Late Recovery) การฟื้นฟูในระยะหลังนี้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตัวเอง ในด้านต่างๆ คือ การทรงตัว การเคลื่อนไหวและการเคลื่อนย้ายตัวเอง การกระตุ้นการควบคุมระบบสั่งการ และทักษะการสื่อสาร โดยการฟื้นฟูผู้ป่วย ในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระดับความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ และกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้เหมือนหรือใกล้เคียงคนปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยการฟื้นฟู สมรรถภาพ ในระยะนี้ผู้ดูแลสามารถทำการฟื้นฟูผู้ป่วยด้วยตัวเองที่บ้านได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับ ความพิการของผู้ป่วย และระดับความสามารถผู้ดูแลด้วยเนื่องจากการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่ต้องทำต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นซึ่งผู้ดูแลและสมาชิกทุกคนในครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพได้เร็ว และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อีกด้วย⁽⁷⁾

4. การนำทฤษฎีการปรับตัวของรอยด์ (Roy's Adaptation Model) มาใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

4.1 การนำทฤษฎีการปรับตัวของรอยด์ (Roy's Adaptation Model) มาใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (CVA: Cerebrovascular Accident) เป็นแนวทางที่ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีความครอบคลุมและเหมาะสมกับความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปหลังจากการฟื้นฟูร่างกายและจิตใจ ทฤษฎีการปรับตัวของรอยด์ เน้นการมองผู้ป่วยในแง่ของความสามารถในการปรับตัวเพื่อให้สามารถอยู่รอดและดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพภายใต้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมต่างๆ โดยทฤษฎีนี้เน้นการประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยใน 4 ด้านหลัก ได้แก่ 1) ทางกายภาพ (Physiological model): ความสามารถของร่างกายในการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังจากโรคหลอดเลือดสมอง 2) ทางจิตใจ (Self-concept mode): ความรู้สึกและการรับรู้ตัวเองของผู้ป่วยหลังจากการเจ็บป่วย 3) ทางสังคม (Role function mode): การปรับตัวในบทบาททางสังคมและความสัมพันธ์ เช่น บทบาทในครอบครัวและในสังคม และ 4) ทางจิตวิญญาณ (Interdependence model): ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่นในแง่ของการสนับสนุนและการพึ่งพาอาศัย

4.2 การนำทฤษฎีการปรับตัวมาใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง การนำทฤษฎีการปรับตัวของรอยด์มาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จะมุ่งเน้นการประเมินและสนับสนุนการปรับตัวของผู้ป่วยในด้านต่างๆ ดังนี้

1) ทางกายภาพ (Physiological Model) การประเมินสมรรถภาพร่างกาย หลังจากรักษาผู้ป่วยจะต้องได้รับการประเมินความสามารถทางกายภาพ เช่น ความสามารถในการเคลื่อนไหว การทานอาหาร และการดูแลตนเอง หากมีข้อจำกัดทางร่างกายจะต้องมีการปรับแผนการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ เช่น การฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย การใช้เครื่องมือช่วยในการเดิน เป็นต้น การป้องกันการ

เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ หรือการพัฒนาภาวะลิ่มเลือด โดยการดูแลด้านสุขอนามัยและการประเมินความเสี่ยงจากภาวะเหล่านี้

2) ทางจิตใจ (Self-concept Model) การประเมินอารมณ์และจิตใจ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากโรคหลอดเลือดสมองมักมีภาวะอารมณ์แปรปรวน หรือมีภาวะซึมเศร้าตามมา การสนับสนุนทางจิตใจ เช่น การให้คำปรึกษา หรือการมี การสนับสนุนจากครอบครัว สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีขึ้น และการส่งเสริมความรู้สึกของความเป็นตัวเอง การพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าและความสำคัญของตัวเองหลังจากการเจ็บป่วย

3) ทางสังคม (Role Function Model) การฟื้นฟูบทบาทในครอบครัวและสังคม การปรับตัวในบทบาททางสังคมเป็นเรื่องสำคัญ เช่น บทบาทในการดูแลครอบครัว หรือการกลับไปทำงาน (ถ้าเป็นไปได้) การสนับสนุนจากครอบครัวและการฝึกทักษะทางสังคม หลังจากฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวในบทบาทนี้ได้ และการประเมินเครือข่ายการสนับสนุน ควรมีการประเมินว่าเครือข่ายสังคมของผู้ป่วยมีความพร้อมในการให้การสนับสนุนหรือไม่ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือชุมชน

4) ทางจิตวิญญาณ (Interdependence Model) การเสริมสร้างความสัมพันธ์: การปรับตัวในการพึ่งพาความช่วยเหลือจากผู้อื่นเป็นเรื่องสำคัญ โดยการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการสนับสนุนจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีประสบการณ์คล้ายกัน สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการฟื้นฟูและปรับตัวในด้านนี้ได้

4.3 ประโยชน์ของการใช้ทฤษฎีนี้ในการวางแผนจำหน่าย การดูแลที่เป็นองค์รวม ทฤษฎีการปรับตัวของรอยด์ช่วยให้ทีมสุขภาพสามารถดูแลผู้ป่วยอย่างครบถ้วนในทุกมิติ ทั้งทางกายภาพ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การปรับตัวที่มีประสิทธิภาพการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ในสภาพแวดล้อมใหม่หลังจากการเจ็บป่วย ช่วยลดความเครียดและเพิ่มโอกาสในการฟื้นฟูและปรับตัวได้ดีขึ้นและการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย



ทฤษฎีนี้ช่วยให้การเตรียมความพร้อมสำหรับการจำหน่ายผู้ป่วยไปสู่การดูแลที่บ้านหรือในชุมชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการประเมินและสนับสนุนทุกด้านที่จำเป็น⁽⁸⁾

รายงานผู้ป่วย

1. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 74 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพคู่ไม่ได้ประกอบอาชีพ อยู่กับสามี อายุ 78 ปี มีบุตรสาวบ้านติดกันมาดูแลเป็นช่วง ภูมิลำเนา จังหวัดพิจิตร จบการศึกษาระดับประถมศึกษา สิทธิเบิก ได้กรมบัญชีกลาง น้ำหนัก 63 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร มาตรวจที่แผนกฉุกเฉิน วันที่ 22 สิงหาคม 2567 แพทย์รับไว้รักษาตัวหอผู้ป่วยในและจำหน่าย วันที่ 26 สิงหาคม 2567 รวมนอนโรงพยาบาล 4 วัน

อาการสำคัญ : แขนขาข้างขวาอ่อนแรงมา 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

- ประมาณ 1 เดือนก่อนมา รพ. ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะ ถ่ายดำ 4 ครั้ง ไม่มีมูกปน หน้ามืด ใจสั่น มาตรวจที่แผนกฉุกเฉินรพ.ระยอง แพทย์ส่งสัปปะรดออกในกระเพาะอาหาร ให้ใส่สายยาง Lavage ได้ coffee ground จางๆ เจาะ Hct = 24% เข้าพักรักษาตัวเป็นเวลา 5 วัน (16/7/67-20/7/67) ให้เลือดจำนวน 1 unit ก่อนจำหน่าย Hct = 25% แพทย์ให้หยุดยา ASA จนถึงวันนัด วันที่ 2/8/67 หลังจากผู้ป่วยมาตรวจตามนัดแพทย์ให้ผู้ป่วยกลับไปรับประทานยา ASA ตามเดิม แต่ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาเลย

- 3 วันก่อนมา รพ. ผู้ป่วยบ่นขาตามปลายมือ ปลายเท้าตลอดทั้งวัน ลูกสาวไม่ให้ความสนใจ ไม่ได้พาไปรักษาที่ใด

- 2 วันก่อนมา รพ. ผู้ป่วยตื่นนอนตอนตี 4 หงุดหงิดเพื่อจะใส่บาตร และกลับเข้าไบนอน ตื่นอีกครั้งเวลา 08.30 น. เรียกลูกสาวบอกว่าแขนและขาข้างขวาไม่มีแรง ลูกเดินไม่ได้ พูดชัด ไม่มีปากเบี้ยว ลูกสาวจึงพาผู้ป่วยไปรักษาที่คลินิกประมาณ 09.00 น. ได้ยาฉีด 1 เข็มไม่ทราบว่ายี่ห้ออะไร และให้ยากลับไปรับประทานที่บ้าน

ผู้ป่วยยังคงมีอาการแขนขาขวาอ่อนแรง ยกแขนและขาไม่ได้

- 1 วันก่อนมา รพ. ผู้ป่วยมีอาการแขนขาข้างขวาอ่อนแรง หยิบจับอะไรไม่ได้ ไม่มีอาการปากเบี้ยว ไม่มีอาการลิ้นแข็ง ไปรักษาที่คลินิกแพทย์ให้ยากลับมา รับประทาน ไม่ทราบว่ายาอะไร หลังรับประทานอาการไม่ทุเลา ยังมีอาการแขนขาข้างขวาอ่อนแรง ญาติจึงพามา รพ. ที่แผนกฉุกเฉิน เวลา 10.22 น.

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต :

มีประวัติมารับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเส้นเลือดสูง ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน ต่อเนื่อง

ประวัติการผ่าตัด และการแพ้ยา :

ปฏิเสธการผ่าตัดและการแพ้ยาใดๆ

การตรวจร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างอ้วนเตี้ย น้ำหนักเกินเกณฑ์ (BMI = 25-30) โดยมีค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 28/m² สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂ sat=99%, ศีรษะ ใบหน้า และลำคอ : รูปร่างศีรษะปกติ ใบหน้าตาทั้งสองข้างสมมาตร ไม่มีปากเบี้ยว , ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติลักษณะสมมาตรกันดี ไม่มีอกบวม ลักษณะการหายใจปกติ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที เสียงการหายใจปกติ ไม่มีเสียง crepitation หรือเสียง wheezing , หัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง murmur อัตราชีพจร 78 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/70 มิลลิเมตรปรอท , ช่องท้องและทางเดินอาหาร : ลักษณะทั่วไปของหน้าท้องสมมาตรกัน ไม่มีก้อน ไม่มีเส้นเลือดโป่งพอง ไม่มี ascites ท้องไม่อืดไม่มี tenderness หรือ rebound tenderness ต่อม้าน้ำเหลืองที่ขาหนีบทั้ง 2 ข้างไม่โต , กล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกายปกติ ไม่มีการโค้งงอของกระดูกสันหลัง แขนขาไม่มีรอยโรคของการหักเคลื่อนหรือผิดปกติ Motor power แขนและขาข้างขวาอ่อนแรง grade 3 แขนและขาข้างซ้าย grade 5, ADL = 6 คะแนน ระบบประสาท : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6 พูดคุยรู้เรื่องไม่มีลิ้นแข็ง ไม่มีปากเบี้ยว

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ :

พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซีดเล็กน้อย (Hb = 11.8%, Hct = 36.6%) การทำงานของไตปกติ (BUN = 15mg/dL, Cr = 0.66 mg/dL, eGFR=87.3 ml/min/1.73m²) อิเล็กโตรไลต์, ระดับไขมันในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือดปกติ (K = 3.36 mmol/L, Na = 139 mmol/L, Cl = 104 mmol/L (Cholesterol = 151mg/dL, Triglyceride = 131mg/dL, HDL = 42 mg/dL, LDL = 96 mg/dL DTX = 81 mg/dl) และผล Coagulation อยู่ในเกณฑ์ปกติ (PT = 10.5 sec INR = .93 sec PTT = 22.8sec)

ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

ปกติ (NSR rate 78 ครั้ง/นาที no ST change)

ผลตรวจเอกซเรย์ : CXR

ปกติ, CT brain : Cerebral parenchyma : Patchy ill defined hypodense lesion along periventricular white matter and bilateral corona radiata, possibly small vessel disease or non specific white matter change. Small ill-defined hypodense lesions at Left corona radiate. **IMPRESSION :** Small ill-defined hypodense lesions at left corona radiata, probably acute lacunar infarctions.

อาการเปลี่ยนแปลงและการรักษาที่ได้รับวันแรก :

วันที่ 22 สิงหาคม 2567 : on 0.9% NSS 1000 ml IVD rate 80ml/hr. NPO ส่ง CT Brain non contrast Record V/S Record I/O DTX stat = 109mg% then pre meal BID keep 90-200 mg% หลังจากผล CT Brain รับประทานอาหารได้ Medication : Aspirin 81mg 1 tab  pc เข้า, Atrovastatin 40mg 1 tab  hs, Omeprazole 20 mg 1 tab  ac เข้าประสานกายภาพ ทำกายภาพที่เตียงผู้ป่วย วันที่ 23 สิงหาคม 2567 : DTX ก่อนอาหารเข้าเท่ากับ 87mg% รับประทานน้ำหวาน 1 แก้ว ประเมิน DTX เข้าเท่ากับ 138mg% on 0.9% NSS 1000ml IVD rate 80ml/hr. รับประทานยาตามแผนการรักษาเดิม ประสานส่งกายภาพบำบัด วันที่ 24 สิงหาคม 2567 : on 0.9% NSS 1000ml IVD rate 80ml/hr. รับประทานยาตามแผนการรักษาเดิมประสาน

ส่งกายภาพบำบัด วันที่ 25 สิงหาคม 2567 : off IV รับ ประทานยาตามแผนการรักษาเดิม ส่งกายภาพบำบัด วางแผนจำหน่าย วันที่ 26 สิงหาคม 2567 : ส่งกายภาพ บำบัดสอน Home program แก่บุตรสาว คณะแนวความคิด สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอทีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) 7 คะแนน (เต็ม 20 คะแนน) ผู้ป่วยลุกนั่งห้อยขาข้างเตียงได้โดยญาติ พยุงลุกนั่ง แขนข้างขวาเกรด 3 ขาข้างขวาเกรด 2 แขนขา ข้างซ้ายเกรด 5 **Home Medication :** Aspirin 81mg 1 tab  pc เข้า, Atrovastatin 40mg 1 tab  hs, Omeprazole 20mg 1 tab  ac เข้า, Milk of Magnesia 30 m  l xhs prn เวลาท้องผูก ญาติขอไป รับการฟื้นฟูสภาพต่อที่หอผู้ป่วยสูงอายุโรงพยาบาลพิจิตร เนื่องจากมีบุตรสาวทำงานที่โรงพยาบาลพิจิตร พยาบาล ผู้ศึกษาประสานศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลพิจิตร แพทย์ Geriatric รับ admit และส่งข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบ 3-refer และ Green Channel จึงจำหน่ายผู้ป่วย โดยการส่งต่อไปที่หอผู้ป่วยสูงอายุ (Geriatric Ward) รวมนอนโรงพยาบาล 4 วัน

การติดตามหลังจำหน่าย : วันที่ 28 สิงหาคม 2567 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ดี อ่อนแรงแขนขาขวา มีแขนขาขวาอ่อนแรง ยังไม่สามารถ ยืนเดินได้ด้วยตัวเอง ADL = 10/20 วันที่ 11 กันยายน 2567 ยังไม่สามารถยืนเดินได้ด้วยตัวเอง ADL = 12/20 วันที่ 30 กันยายน 2567 ผู้ป่วยยืนและเดินโดยใช้ tri-pod ใช้แรงช่วยเยอะต้องมีญาติช่วยประคองลุกและ เดิน เข้าไม่สุดแต่ยังเหยียดเข้าไม่สุด ปวดเข่าข้างขวา ADL = 14/20 คะแนน

การวางแผนการพยาบาล

1) ระยะแรกรับ ระยะที่นอนโรงพยาบาล และ ระยะก่อนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 :

เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่ เพียงพอเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค

ข้อมูลสนับสนุน :

1. ผู้ป่วยมีอาการแขนขาข้างขวาอ่อนแรง grade 3 แขนขาข้างซ้าย grade 5



2. ผล CT Brain: Acute Lacunar infarction

วัตถุประสงค์ :

เพื่อป้องกันไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเพิ่มมากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล :

สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว

กิจกรรมการพยาบาล :

ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งให้การระบายอากาศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพตรวจสอบสัญญาณชีพ เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองบกพร่อง เช่น ผู้ป่วยซึมลง หดสติ สับสน

การประเมินผลการพยาบาล :

ผู้ป่วยรู้สึกตัว Motor power แขนขาข้างขวา grade 3 แขนขาข้างขวา grade 5 ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120/80-140/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 :

เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก เนื่องจากได้รับยาต้านเกล็ดเลือด

ข้อมูลสนับสนุน :

ผู้ป่วยได้รับยาลดลิ่มเลือดรับประทาน Aspirin (81 mg) 1 เม็ดรับประทานหลังอาหารเช้า

วัตถุประสงค์ :

ไม่เกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก

เกณฑ์การประเมินผล :

ผู้ป่วยไม่มีจุดจ้ำเลือด หรือมีเลือดออก ไม่มีถ่ายอุจจาระเป็นเลือด

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านเกล็ดเลือดตามแผนการรักษา

2. สังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านเกล็ดเลือด เช่น จ้ำเลือดตามผิวหนัง ตามตัว หรือเยื่อบุต่างๆ เช่น เยื่อบุภายในจมูก ปากและเหงือก เพื่อประเมินภาวะเลือดออกของผู้ป่วย

3. แนะนำญาติให้ทำกิจวัตรประจำวันต่อผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง ให้สังเกตอาการของผู้ป่วย เช่น

อ่อนเพลีย ท้องอืด ปวดท้อง อาเจียนมีเลือดปน หรือถ่ายอุจจาระมีเลือดปน เพื่อประเมินภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร

การประเมินผล :

ไม่มีจุดจ้ำเลือดตามตัว ไม่มีเลือดออกที่ใด ผู้ป่วยและญาติทราบตอบคำถามได้ถึงอันตราย และอาการที่ต้องเฝ้าระวัง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 :

การช่วยเหลือตนเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง เนื่องจากกล้ามเนื้อแขนขาขวาอ่อนแรง

ข้อมูลสนับสนุน :

ผู้ป่วยลุกและเดินเองไม่ได้ Motor power Rt grade 3 คะแนนความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) แรกเริ่ม = 6/20 คะแนน

วัตถุประสงค์ :

เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ช่วยตัวเองได้ดีขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล :

ไม่มีกล้ามเนื้อลีบ ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล :

- กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายกล้ามเนื้อส่วนที่ยังแข็งแรงอยู่
- แนะนำให้ญาติช่วยออกกำลังกายแขนขาที่อ่อนแรงเพื่อป้องกันกล้ามเนื้อเหี่ยวและหดรั้ง
- คอยพยุงลูกนั่ง ช่วยประคองเวลาผู้ป่วยลุกนั่ง เดิน
- สอนผู้ป่วยให้ออกกำลังกายแบบ active และ passive exercise ร่วมกับทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู
- สอนญาติและผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมบริหารตนเองและกิจวัตรประจำวันอย่างเป็นขั้นตอน และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆตามความสามารถ แนะนำ สาธิต และฝึกให้ผู้ป่วยทำกายภาพบำบัด โดยเริ่มจากท่าที่ง่ายและมีความจำเป็นอย่างน้อยตามลำดับ

ก) ให้ผู้ป่วยประสานมือ 2 ข้างเข้าด้วยกันเหยียดข้อศอกตรง แขนแนบหู และให้ผู้ป่วยมองตามมือทั้ง 2 ข้างขณะทำ แล้วยกแขนลงให้ฝึกบ่อยๆ อย่างน้อย 20-30 ครั้งต่อวัน

ข) แนะนำญาติให้ช่วยทำ Passive exercise ให้กับผู้ป่วย เช่น งอแขนเข้า-เหยียดแขนออก ให้ฝึกบ่อยๆ อย่างน้อย 20-30 ครั้งต่อวันในแต่ละข้าง

ค) แนะนำสอนให้ผู้ป่วยหัดเกร็งกล้ามเนื้อขา 2 ข้าง ดังนี้ เหยียดขา 2 ข้างออกไปให้สุด ใช้มือรองใต้เข่า ผู้ป่วยข้างที่กำลังฝึก จากนั้นแนะนำให้ผู้ป่วยพยายาม กดเข่าข้างนั้นลงให้ตึงเต็มที่มากที่สุด ให้ฝึกบ่อยๆ อย่างน้อย 20-30 ครั้งต่อวันต่อข้าง

6. สอนให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

7. ประเมินความพร้อมในการทำกิจวัตรประจำวัน ที่บ้าน ก่อนกลับบ้าน การประเมินผล สอนญาติในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ญาติสามารถปฏิบัติได้ ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นในการทำกิจวัตรประจำวัน ในความร่วมมือดี และปฏิบัติได้

การประเมินผล :

1. ผู้ป่วยดูสดชื่น แจ่มใส มีการทรงตัวที่ดีขึ้น ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม ไม่มีกล้ามเนื้อลีบ และไม่มีข้อติดแข็ง

2. ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ต่อที่หอผู้ป่วยสูงอายุ (Geriatric Ward) โรงพยาบาล พิจิตร โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและแพทย์เวชปฏิบัติ ครอบคลุมเป็นผู้ดูแลรักษาฟื้นฟูร่วมกับสหวิชาชีพ

3. ผู้ป่วยได้รับการทำกายภาพบำบัดร่วมกับกิจกรรมบำบัดเข้า-เย็น ทุกวันต่อเนื่องเป็นเวลา 1 เดือน ทำให้คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้ดีขึ้น ตามลำดับ ก่อนส่งต่อ = 7/20 คะแนน, 28 สิงหาคม 267 = 10/20 และ 30 กันยายน 2567 = 14/20 คะแนน รายละเอียด ดังนี้

3.1 PT : Active resisted exs. Lt. side UEs and LEs 20 time/set, Active assisted exs. Rt. side UEs and LEs 20 time/set, balance training in sitting and standing with walking training with tri-pod cane

3.2 OT training : ROM exercise : Hand skate board pt. เคลื่อนไหวช่วง proximal ในแนวราบ ได้ 2/3 ROM ทำ Shoulder adduction/abduction, retraction/protraction และทำ elbow flex/extend, Hand function training (: Stacking cone - Bilateral hand

ต่อเนื่อง 5 ครั้ง จำนวน 2 set, และหยิบจับบอลในท่า crossing midline ต้องช่วย support elbow and wrist)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 :

มีโอกาสมีโอกาสกลับเป็นซ้ำเนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคและยังขาด ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

ข้อมูลสนับสนุน :

1. เป็นผู้สูงอายุ อายุ 78 ปี
2. มีประวัติความดันโลหิตสูงและไขมันสูง
3. มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ (ค่า BMI = 28/m²)

วัตถุประสงค์ :

เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำเนื่องจากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล :

1. ผู้ป่วยปรับตัวได้ถูกต้องและสามารถลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบได้
2. สามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง
3. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้เมื่อกลับบ้าน
4. ผู้ป่วยไม่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเดิมจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล :

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการรับประทานยาแนะนำควรรับประทานยาตามแผนตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่องและห้ามหยุดยาเองหรือเพิ่มขนาดยาเอง

2. อธิบายให้และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการกิจกรรมที่ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำ เช่น การจัดการความเครียดการรับยาต่อเนื่อง การทำกิจวัตรที่เหมาะสม

3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติที่ต้องพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ เช่น ซึมลง ปวดศีรษะมากขึ้น ไข้ อาเจียน แขนขาอ่อนแรงลง มีความผิดปกติของสายตากระสับกระส่าย พูดลำบากหรือพูด ไม่เข้าใจควบคุมการทรงตัวไม่ได้ เป็นต้น

4. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการกลับมาพบแพทย์ตามนัดการรับประทานยา



และการรักษาอย่างต่อเนื่องรวมทั้งมีส่วนในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

5. สาธิตและฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นอย่างยิ่งก่อนจำหน่ายกลับบ้านและเปิดโอกาสให้ญาติซักถาม และทำความเข้าใจที่ถูกต้อง

6. เน้นให้ญาติเห็นถึงความสำคัญในการปฏิบัติตามคำแนะนำและการมาตรวจตามนัดรวมถึงการลดและหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อาหารหวานอาหารประเภทไขมันและ อาหารเค็ม เป็นต้น

การประเมินผล :

พยาบาลให้คำแนะนำในการดูแลตนเองที่จำเป็นก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยและญาติมีความรู้มากขึ้นสนใจและรับฟังคำแนะนำและพยายามฝึกปฏิบัติทักษะที่จะดูแลผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้และตอบคำถามได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 :

ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ และอนาคตเกี่ยวกับชีวิต เนื่องจากบทบาทเปลี่ยนแปลงต้องพึ่งพาผู้อื่น และผลกระทบที่เกิดขึ้น

ข้อมูลสนับสนุน :

เดินด้วยเองไม่ได้ Motor power Rt grade 3 Lt grade 5 ผู้ป่วยและครอบครัวกังวลว่าถ้ากลับไปอยู่ที่บ้านจะต้องอยู่ตามลำพังกับสามีและส่วนบุตรสาวต้องไปทำงานในช่วงกลางวัน

วัตถุประสงค์ :

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล มีความรู้ความเข้าใจ สามารถดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพได้ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามศักยภาพ

เกณฑ์การประเมินผล :

1. ผู้ป่วยและญาติบอกว่าคลายความวิตกกังวล
2. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจแผนการรักษาและบอกวิธีการดูแลฟื้นฟูสภาพและช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินและวิเคราะห์การรับรู้ของผู้ป่วยและญาติต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่ออธิบายสภาพของผู้ป่วย พร้อมทั้งแนวทางการรักษาให้ญาติรับรู้เพื่อวางแผนร่วมกันในการฟื้นฟูสภาพดูแลประคับประคองด้านจิตใจ

และอารมณ์อย่างต่อเนื่อง พร้อมให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

2. จัดเวลาให้ผู้ป่วย ญาติ และแพทย์ผู้ทำการรักษาได้พูดคุยถึงแนวทางการรักษา การฟื้นฟูสภาพและสิ่งที่ต้องการทราบหรือสงสัย ให้ญาติได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ญาติได้เข้าใจถึงสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมถึงความสำคัญของการกลับมาตรวจตามนัด

3. อธิบายกระบวนการดำเนินของโรค แผนการรักษา และวิธีการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ ให้ญาติมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการรักษา การวางแผนการจำหน่าย และการเตรียมความพร้อมในการดูแลที่บ้าน โดยให้ข้อมูลซ้ำๆ เป็นระยะๆ จนเข้าใจ ยอมรับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลได้

4. แนะนำญาติเกี่ยวกับการดูแลโดยยึดหลักการส่งเสริมความคิดเชิงบวก ให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเป็นจริง

5. ช่วยวางแผนหาผู้ดูแล/แหล่งประโยชน์ทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างปลอดภัยและเพียงพอต่อความจำเป็นของผู้ป่วย

การประเมินผล :

1. ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวล เนื่องจากได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การฝึกกายภาพ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ได้รับคำแนะนำในการดูแลปฏิบัติตัวและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการวางแผนการรักษา/ฟื้นฟูสภาพต่อ

2. ผู้ป่วยได้รับการประสานส่งต่อผ่าน 3-Refer และระบบช่องทางด่วน (Green Channel) ไปที่หอผู้ป่วยสูงอายุ (Geriatric Ward) เพื่อรับฟื้นฟูสมรรถภาพกำหนดแผนไว้ 3 เดือน

อภิปรายผล

กรณีศึกษานี้ มีปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วน และอยู่ในวัยสูงอายุ เมื่ออายุมากขึ้นจะมีความสัมพันธ์ต่อการเสื่อมของหลอดเลือดสมอง เช่น คนที่อายุเกิน 55 ปี จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า และคนอายุ

65 ปีขึ้นไป พบมากเป็น 3 เท่า ของคนที่อายุน้อยและเพศชายจะเกิดโรคมามากกว่าเพศหญิง ด้านพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองแตก อาการเกิดขึ้นทันทีทันใด อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของเนื้อเยื่อสมองที่มีพยาธิสภาพ⁽¹⁰⁾ กรณีศึกษามีอาการทางระบบประสาทเริ่มแรกภายใน 3-72 ชั่วโมง มีอาการและอาการแสดงมีความผิดปกติทางระบบประสาทไม่ชัดเจน (เริ่มจาอาการชามือ) ประกอบกับญาติมิได้ใส่ใจมากนักและมีคิดว่าจะเป็นโรคร้ายแรงอะไร จึงพาไปรักษาที่คลินิกทำให้มาโรงพยาบาลเกินเวลา 4.5 ชั่วโมงทำให้ไม่ได้รับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน (Acute stroke management) แพทย์จึงการดูแลแบบประคับประคองตามอาการและการดูแลรักษาแบบทั่วไป (General management) ได้แก่ การดูแลรักษาภาวะความดันโลหิต การหายใจ การให้อาหารที่เพียงพอ การควบคุมระดับน้ำตาล และเกลือแร่ต่างๆ ในเลือดการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ กรณีศึกษาได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นผู้ป่วยที่มีความบกพร่องหรือการสูญเสียสมรรถภาพรุนแรงในทุกด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการทำการกิจกรรม ด้านการสื่อความหมาย ด้านการขับถ่าย ด้านการรับรู้ความเจ็บปวด ด้านสภาวะจิตใจ และจำเป็นต้องมีการปรับสภาพครอบครัว และสังคมที่เป็นปัญหาต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและต่างไปจากวิถีชีวิตเดิมเป็นอย่างมาก ต่อมาได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งมีหอผู้ป่วยสูงอายुरองรับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองทั้งจังหวัดพิจิตร ผู้ศึกษาติดต่อส่งผ่านระบบ 3-refer เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามโปรแกรมการดูแลระยะฟื้นฟูสภาพของโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยการทำ กายภาพบำบัดร่วมกับกิจกรรมบำบัดเข้า-เย็นทุกวันต่อเนื่องเป็นเวลา 1 เดือน ทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้ Barthel Index (BI) ดีขึ้นจาก 6 เป็น 14 คะแนน หากกรณีศึกษาจำเป็นต้องกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน คะแนน BI จะไม่ดีขึ้นเท่านี้เนื่องจากต้องอยู่กับผู้สูงอายุที่บ้านตามลำพัง และไม่สะดวกในการที่ต้องมาทำกายภาพที่โรงพยาบาลสมเด็จ

พระยุพราชตะพานหินทุกวัน การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวางแผนจำหน่ายและฟื้นฟูที่บ้าน พยาบาลมีบทบาทสำคัญตั้งแต่การประเมินแรกเริ่ม การดูแลขณะอยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายไปอยู่ที่บ้าน โดยประยุกต์แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) หมายถึงการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน (Acute conditions) มีอาการคงที่ (Medically stable) แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วน และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และมีผลการประเมิน Barthel Index ได้ค่า < 15 คะแนน⁽¹¹⁾ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีการติดตามเยี่ยมต่อเนื่องมีการส่งข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยไปยังพื้นที่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้พยาบาลควรเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและได้รับสนับสนุน การช่วยเหลือในด้านสุขภาพที่ครอบคลุมมากขึ้นและเป็นการแบ่งเบาภาระของครอบครัวอีกด้วย

สรุป

ผู้ป่วยหญิงไทย 74 ปี คู่ อยู่กับสามีวัยผู้สูงอายุ (78 ปี) มาด้วย 3 วันก่อนมา รพ. มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้าตลอดทั้งวัน ไม่ได้พาไปรักษาที่ใด 2 วันก่อนมา รพ. ผู้ป่วยตื่นนอนตอนตี 4 หงัวงายเพื่อจะใส่บาตร และกลับเข้าไปนอน ตื่นอีกครั้งเวลา 08.30 น. เรียกลูกสาวบอกว่าแขนและขาข้างขวาไม่มีแรง ลูกเดินไม่ได้ พูดชัดไม่มีปากเบี้ยว ลูกสาวจึงพาผู้ป่วยไปรักษาที่คลินิก ได้ยาฉีดให้ 1 เข็มไม่ทราบว่าย่าอะไร และให้ยากลับไปรับประทานที่บ้าน ผู้ป่วยยังคงมีอาการแขนขาขวามืออ่อนแรง ขาขวามืออ่อนแรง 1 วันก่อนมารพ. ผู้ป่วยยังมีอาการแขนขาข้างขวามืออ่อนแรง ญาติจึงพามา รพ. ที่แผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน เวลา 10.22 น. และรับไว้รักษาในโรงพยาบาลแบบประคับประคอง ด้วยการให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000ml IVD rate 80ml/hr. NPO ส่ง CT Brain non contrast Record V/S Record I/O DTX stat = 109mg% then



pre meal BID keep 90-200 mg% , Medication: Aspirin 81mg 1 tab $\odot$ pc เข้า , Atrovastatin 40mg 1 tab $\odot$ hs, Omeprazole 20mg 1 tab $\odot$ ac เข้า ทำกายภาพบำบัด หลัง off IV จำหน่ายผู้ป่วยโดยการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายในวันที่ 26 สิงหาคม 2567 รวมนอนโรงพยาบาล 4 วัน ผู้ศึกษาประสานศูนย์ส่งต่อ โรงพยาบาลพิจิตร แพทย์ Geriatric รับ admit และ ส่งข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบ 3-refer และช่องทางด่วน (Green Channel) ของโรงพยาบาลพิจิตร ที่หอผู้ป่วยสูงอายุ (Geriatric Ward) เพื่อเข้ารับการรักษาฟื้นฟูสภาพ

การติดตามหลังจำหน่าย : วันที่ 28 สิงหาคม 2567 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ดี อ่อนแรงแขนขาขวา มีแขนขาขวาอ่อนแรง ยังไม่สามารถ ยืนเดินได้ด้วยตัวเอง ADL = 10/20 วันที่ 11 กันยายน 2567 ยังไม่สามารถยืนเดินได้ด้วยตัวเอง ADL = 12/20 วันที่ 30 กันยายน 2567 ผู้ป่วยยืนและเดินโดยใช้ tri-pod ใช้แรงช่วยเยอะต้องมีญาติช่วยประคองลูกและเดิน เข้าไม่สุด แต่ยังเหยียดเข้าไม่สุด ปวดเข้าข้างขวา ADL= 14/20 คะแนน

เอกสารอ้างอิง

1. Pu, L., Wang, L., Zhang, R., Zhao, T., Jiang, Y and Han, L.(2023). Projected Global Trends in Ischemic Stroke Incidence, Deaths and Disability-Adjusted Life Years From 2020 to 2030. Stroke; 54(5):1330-1339.
2. Feigin v, Brainin M , Norrving B, Martins S, Sacco5 R., Hacke W., et al.(2022). World Stroke Organization (WSO). Global Stroke Fact Sheet 2022. International Journal of Stroke;17(1):18-19.
3. American Heart Association.(2023). Heart Disease and Stroke Statistics Update FactSheet. [cited 2024. Sep 18]. Available from: <https://professional.heart.org/-/media/PHD-F>.

4. Craig LE, Wu O, Bernhardt J, Langhorne P.(2014). Approaches to Economic Evaluations of Stroke Rehabilitation. Int J Stroke off J Int Stroke SOC; 9:88-100.
5. สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2566). อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย;39(2): 39-46.
6. กระทรวงสาธารณสุข. รายงาน 43 แพ้ม [Internet] 2566. [Cited 2024 Oct 1] Available from <https://pct.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php?fbclid=IwAR05JPiZeUi8tz9I-6-h1cPi6TT8lryT2EDZi96vGAePcybiZLufQ0E1c60>
7. มนันทยา กองเมืองปักและคณะ.(2560). การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สู่ผลลัพธ์ที่เป็นเลิศทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร. ศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง ศิริราช.
8. Marsh, J. L., & Hanks, R. (2004). Roy's Adaptation Model and its Application to Health Promotion in Older Adults. Journal of Nursing Scholarship, 36(4), 321-326.
9. สถาบันประสาทวิทยา.(2559). แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพมหานคร.
10. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562).แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562.ทริค จึงค์.
11. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2563).คู่มือแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน (Intermediate Care in Community).

กรณีศึกษา

Case Study

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมและมีโรคร่วมที่ได้รับ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม : กรณีศึกษา

Nursing care for elderly Patients with Knee Osteoarthritis and Comorbid Conditions undergoing Total Knee Replacement. : Case Study

จันทนา ถัดทะพงษ์ พย.บ.

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางในการนำทางทฤษฎีของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ในการดูแล และการให้คำแนะนำครอบครัวและผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและมีโรคร่วมคือโรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับการดูแลที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ และลดอัตราการ กลับมารักษาเป็นซ้ำในโรงพยาบาล

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 65 ปี รูปร่างอ้วนค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 27.99 การวินิจฉัยโรค Severe OA Both Knee แพทย์นัดนอนโรงพยาบาลเพื่อทำผ่าตัดเข่าทั้งสองข้าง ตั้งแต่วันที่ 27 พฤษภาคม - 5 มิถุนายน 2567 รวมนอนโรงพยาบาล 9 วัน ผู้ศึกษาแบ่งการพยาบาลเป็น 4 ระยะตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะการดูแลต่อเนื่องโดยประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นกรอบแนวคิด เพื่อให้การพยาบาลที่ครอบคลุมปัญหาความต้องการของผู้ป่วยซึ่งมีปัญหายุ่งยากและซับซ้อน

เริ่มตั้งแต่การวางแผนจำหน่ายและส่งต่อไปที่หน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน ใช้ทางโทรศัพท์ติดตามอาการ และกระตุ้นเตือนเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในด้าน การลดปัจจัยเสี่ยง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย และการมาตรวจตามนัด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยได้รับการติดตามหลังจำหน่ายผ่านระบบ Telemedicine ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน ซึ่งผู้ป่วยมีศักยภาพในการใช้ Smart Phone จำนวน 2 ครั้ง เพื่อกระตุ้นเตือนการดูแลตนเองที่บ้าน 1 และ 2 เดือนหลังการผ่าตัดและมาตรวจตามนัดเมื่อครบ 3 เดือน พบว่า ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพข้อเข่า งอเข่าได้ 0-120 องศา เดินได้โดยใช้เครื่องช่วยพยุงเดินได้อย่าง มั่นคง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ มีอาการปวดเล็กน้อย ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ, โรคข้อเข่าเสื่อม, การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

Abstract

This study aims to present an approach for applying Orem's Self-Care Theory in the care and counseling of families and patients who have undergone knee replacement surgery and have comorbidities such as hypertension and hyperlipidemia. The goal is to help patients and their families receive appropriate and effective care, thereby reducing the rate of hospital readmissions.

Study Results : A 65-year-old Thai female patient, overweight with a BMI of 27.99, was diagnosed with Severe OA in both knees. The doctor scheduled her for bilateral knee replacement surgery, with hospitalization from May 27 to June 5, 2024, for a total of 9 days. The study divided the nursing care into 4 phases based on outpatient care standards and provided continued inpatient care by applying Orem's Self-Care Theory as a framework to address the patient's complex and challenging needs.

The process began with discharge planning and referral to a nearby primary care unit. Follow-up was done via telephone to monitor symptoms and encourage self-care behaviors, such as risk factor reduction, dietary changes, exercise, and attending follow-up appointments. The study found that the patient was monitored after discharge using the Telemedicine system of Somdej Phra Yupparat Tapah Hin Hospital. The patient, who was capable of using a smartphone, received two reminders for self-care at home, one and two months after surgery, and attended her follow-up appointment after three months. At the follow-up, it was found that the patient had successfully regained knee function, with a range of motion of 0-120 degrees, was able to walk steadily with a walking aid, and could perform daily activities close to normal. She experienced only mild pain, leading to an improved quality of life.

Keyword : Nursing of elderly patients, Osteoarthritis, Total Knee replacement

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 400 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2551 เป็น 570 ล้านคนในปี พ.ศ. 2563 โดยพบผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมคิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกในประเทศไทย พบว่ามี ผู้สูงอายุ ร้อยละ 15.8 และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ซึ่งโรคกระดูกและข้อเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในวัยสูงอายุ จากสถิติผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อในคนไทย พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้ป่วยโรคนี้มากกว่า 6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.5 ของประชากรทั้งหมด โดยข้อเสื่อมมากที่สุดคือข้อเข่า กลุ่มนักวิชาการโรคข้อเข่าเสื่อม ยืนยันว่าอุบัติการณ์เริ่มพบในประชาชนทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปี และพบในผู้ที่มีอายุ 65 ปี มากกว่า ร้อยละ 50⁽¹⁾ ในประเทศไทย พบว่าโรคกระดูกและข้อเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้ป่วยโรคนี้ มากกว่า 6 ล้านคน โดยข้อที่เสื่อมมากที่สุด คือข้อเข่า ตั้งแต่ปี 2560-2565 มีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดข้อเข่าเสื่อม ทั้งกรณีผ่าตัด 1 ข้าง และ 2 ข้าง รวมจำนวน 8,090-10,864 ครั้ง เฉลี่ยผู้ป่วยรับบริการ 9,735

ครั้งต่อปี⁽²⁾ พยาธิสภาพของภาวะข้อเข่าเสื่อมเกิดจากภาวะที่ร่างกายสูญเสียกระดูกอ่อนผิวข้อและน้ำไขข้อที่ลดลง มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของกระดูกบริเวณข้อ เช่น เกิดกระดูกงอกในข้อ เยื่อหุ้มข้อหนาตัวมากขึ้น อันจะส่งผลให้เกิดอาการปวดในข้อ ข้อบวม พิสัยการเคลื่อนไหวข้อลดลง เสียแรงในข้อ เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการทำงานและคุณภาพชีวิตที่ด้อยลง⁽³⁾

ปัจจัยกระตุ้นการเกิด โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis of the knee) มีหลายปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการพัฒนาโรคนี้ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็นหลายประเภทได้ ดังนี้

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic Factors) เช่น ประวัติครอบครัวของโรคข้อเข่าเสื่อมอาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคนี้ ลักษณะของกระดูกและข้อต่อ: บางคนอาจมีลักษณะโครงสร้างข้อที่ทำให้เสี่ยงต่อการเสื่อมสภาพมากขึ้น เช่น ข้อที่มีความไม่สมดุลหรือกระดูกที่อ่อนแอ
2. ปัจจัยทางกายภาพ (Physical Factors) ได้แก่ อายุ: อายุที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ เพราะเมื่ออายุมากขึ้นเนื้อเยื่อในข้อเข่าจะเสื่อมสภาพลง, เพศผู้หญิงมักมี

โอกาสเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่าผู้ชาย โดยเฉพาะหลังวัยหมดประจำเดือน, น้ำหนักตัว (Obesity) น้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมเนื่องจากน้ำหนักที่มากทำให้ข้อเข่าต้องรับภาระหนักมากขึ้น, การใช้งานข้อเข่ามากเกินไป การทำงานที่ต้องใช้ข้อเข่าอย่างหนัก หรือการเล่นกีฬาอย่างต่อเนื่องอาจทำให้ข้อเข่าเกิดความเสียหาย การบาดเจ็บที่ข้อเข่า เช่น กระดูกหักหรือเอ็นฉีกขาดอาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในอนาคต

3. ปัจจัยทางสุขภาพ (Health Conditions) ได้แก่ โรคข้ออักเสบ (Rheumatoid arthritis): เป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบเรื้อรังของข้อ ซึ่งอาจนำไปสู่โรคข้อเข่าเสื่อมในภายหลัง โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) และโรคไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia): ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลให้มีการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดและเนื้อเยื่อข้อเข่า โรคเบาหวาน (Diabetes): การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีอาจส่งผลให้เกิดการเสื่อมสภาพของข้อเข่าได้เร็วขึ้น

4. ปัจจัยด้านการดำเนินชีวิต (Lifestyle Factors) ได้แก่ การขาดการออกกำลังกาย: การขาดการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายทำให้กล้ามเนื้อรอบๆ ข้อเข่าอ่อนแอและไม่สามารถรองรับน้ำหนักตัวได้ดี หรือการออกกำลังกายที่ไม่ถูกวิธีหรือทำในลักษณะที่สร้างแรงกดดันมากเกินไปกับข้อเข่าอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือความเสื่อมของข้อเข่า

5. ปัจจัยด้านโภชนาการ (Nutritional Factors) การขาดสารอาหาร: การขาดวิตามินและแร่ธาตุบางชนิด เช่น วิตามินดี แคลเซียม หรือคอลลาเจนอาจทำให้กระดูกและข้อต่ออ่อนแอลง หรือการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ: การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงหรือน้ำตาลสูงอาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม⁽⁴⁾

ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดข้อเสื่อมสูงขึ้นทำให้มีอาการปวด เคลื่อนไหวข้อลำบาก หลังตื่นนอนตอนเช้า หรือมีเสียงกรอบแกรบที่เข่าขณะเคลื่อนไหว (knee crepitus) ซึ่งในระยะยาวอาจส่งผลให้การเดิน การขึ้น-ลงบันได การออกกำลังกายลดลง ปัญหาการนอนหลับ มีภาวะซึมเศร้า และนำไปสู่

ความพิการ นอกจากนี้ยังส่งผลต่อปัญหาทางเศรษฐกิจทั้งทางตรงและทางอ้อม⁽¹⁾ การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมเริ่มจากการรักษาที่ไม่ใช้ยา ได้แก่ การให้ความรู้ การลดน้ำหนัก กายภาพบำบัด และการบริหาร (Therapeutic exercise)⁽⁵⁾ การรักษาด้วยการใช้ยา และการผ่าตัด⁽³⁾ การรักษาโดยการผ่าตัด คือการเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งหมด (total knee replacement) เป็นการผ่าตัด เพื่อแก้ไขโรคข้อเข่าที่มีพยาธิสภาพของกระดูกอ่อนข้อต่อที่เสียหายอย่างรุนแรง ที่ไม่สามารถรักษาด้วยการใช้ยา และผลสัมฤทธิ์ของการผ่าตัด คือ การลดความเจ็บปวด และการเคลื่อนไหวของข้อเข่าที่ใกล้เคียงธรรมชาติ เพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย⁽³⁾ สำหรับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการดูแลผู้สูงอายุ ที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยการให้ข้อมูลความรู้และเตรียมความพร้อม ด้วยคู่มือการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัด ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจกระบวนการรักษา การจัดการความปวด และการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย⁽⁶⁻⁷⁾ สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะดังนี้⁽⁸⁻⁹⁾

1) ระยะก่อนผ่าตัด มีการประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การให้ความรู้ก่อน และหลังผ่าตัด

2) ระยะหลังผ่าตัด การประเมินความปวด การจัดการความปวด ชนิดใช้ยา และไม่ใช้ยา การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด

3) ระยะก่อนจำหน่าย โดยใช้ หลัก D METHOD โดยให้ผู้ดูแล มีส่วนร่วม ให้สามารถกลับไปอยู่บ้าน และทำกิจกรรมได้ตามความเหมาะสม ทำให้ข้อเข่าสามารถงอได้มากกว่า 90 องศา ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน จังหวัดพิจิตร เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียงมีแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรมกระดูกและข้อจำนวน 3 คน โดยในปี 2564-2567 งานบริการผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมกระดูก โดยมีผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมารับบริการ เพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2564-2567 จำนวน 980,1128,1287 และ 1,315 ราย ตามลำดับ และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จำนวน 9,23,67 และ 97 ราย ตามลำดับ ร้อยละ 78.40 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และมีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

โรคไขมันในเลือดสูง โรคไต โรคหัวใจ เป็นส่วนมากคิดเป็นร้อยละ 50.77 เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะช็อค ร้อยละ 13.08 ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ร้อยละ 0.78 และภาวะความดันโลหิตต่ำ ร้อยละ 0.7810 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจึงมีความสำคัญ เนื่องจากการผ่าตัดใหญ่ ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เน้นการพยาบาลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่ทุกข์ทรมานจากอาการปวด และฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้เร็ว รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านให้สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นผู้ศึกษา จึงสนใจที่จะศึกษาและพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมและมีโรคร่วมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษา สาเหตุการเกิดอาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อน และการใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
2. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม และมีโรคร่วมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
3. เพื่อพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม และมีโรคร่วมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ค้นหาข้อมูลสถิติผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมและมีโรคร่วมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
2. ผู้ศึกษาได้คัดเลือกผู้ป่วยที่มารับบริการที่งานบริการผู้ป่วยนอก และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ Severe OA Both Knee Underline Hypertension with Dyslipidemia และนัดผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งหมด ในเดือนพฤษภาคม 2567 และดำเนินการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วย และญาติในประเด็นข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วิเคราะห์การเจ็บป่วย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล ประเมินผลทางการพยาบาล

3. ศึกษาความรู้ทางวิชาการ จากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย

4. เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากการสัมภาษณ์ และจากเวชระเบียน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล และกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยตามแนวทางของสมาคมวิชาชีพการพยาบาลแห่งอเมริกา (NANDA)

5. ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล (Nursing Process)

6. สรุปผลกรณีศึกษา จัดทำเอกสารวิชาการ และเผยแพร่ผลงานตามลำดับ

มโนทัศน์ทฤษฎีของโอริเอม

ทฤษฎีจะอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขต่างๆ ทางด้านพัฒนาการและการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลกับการดูแลตนเอง โดยอธิบายมโนทัศน์สำคัญ ได้แก่ มโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Self-care) มโนทัศน์เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) มโนทัศน์เกี่ยวกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care demand) มโนทัศน์เกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic conditioning factors)⁽⁷⁾ นอกจากนี้ยังกล่าวถึงระบบการพยาบาล (Nursing System) นอกจากนี้โอริเอมยังกล่าวถึง ระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System) ว่าเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของพยาบาลในการช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองให้ได้รับการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ถูกนำมาใช้ปกป้องและดูแลตนเอง ซึ่งระบบการพยาบาลได้แบ่งออกเป็น 3 ระบบ คือ

1) ระบบทดแทนทั้งหมด(Wholly compensatory nursing system) เป็นบทบาทของพยาบาลที่ต้องกระทำเพื่อทดแทนความสามารถของผู้รับบริการสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด

2) ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system) เป็นระบบการพยาบาลให้การช่วยเหลือที่ขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะช่วยผู้ป่วยสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยรวมรับผิดชอบในหน้าที่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล

3) ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing System) เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติการดูแลตนเอง รวมทั้งการให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยคงความพยายามที่จะดูแลตนเองและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง ระบบการพยาบาลทั้ง 3 ระบบนี้มีวิธีการกระทำได้ใน 5 วิธี ดังนี้

1. การกระทำให้หรือกระทำแทน
2. การชี้แนะ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการกระทำได้
3. การสนับสนุน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายาม และป้องกันไม่ให้เกิด ความล้มเหลว
4. การสอน เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะที่เฉพาะ
5. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง (providing an environment)⁽¹¹⁾ ผู้เขียน วางแผน วินิจฉัย และให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดหลอดเลือดอุดตันเฉียบพลัน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว และกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ (re-admit) ในโรงพยาบาล มีผลการศึกษา ดังนี้

รายงานกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป :

หญิงไทยคู่ อายุ 65 ปี น้ำหนัก 69 กิโลกรัม ส่วนสูง 157 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) = 27.99 (อ้วน ระดับที่ 1) การศึกษา ปริญญาโท อาชีพข้าราชการบำนาญนักวิชาการสาธารณสุข วันที่เข้ารับการรักษา 27 พฤษภาคม - 5 มิถุนายน 2567 รวมวันที่รับการรักษา 9 วัน

อาการสำคัญ :

แพทย์นัดนอนโรงพยาบาลเพื่อทำผ่าตัดเข้าทั้งสองข้าง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน :

8 ปี ก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยเริ่มมีอาการปวดขา ทั้ง 2 ข้างลักษณะของความปวดเป็นแบบชั๊ตๆ แสบๆ มึนๆ ซาๆ ซาเริ่มผิดรูป มีลักษณะโก่งออกเล็กน้อยการเดิน และการเคลื่อนไหวลำบากมากขึ้น ส่งผลต่อการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวัน ต้องใช้ไม้เท้าพยุงเดินเนื่องจากกลัวล้ม รักษาด้วยการรับประทาน ฉีดยา และกายภาพอาการไม่ทุเลา, 3 เดือนก่อน อาการปวดเพิ่มมากขึ้น จึงไปพบแพทย์ที่คลินิกออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมรุนแรง แพทย์ให้ยารักษาอาการข้อเข่าเสื่อม 3 เดือน อาการไม่ทุเลา อาการปวดรุนแรง ต้องใช้ไม้เท้าพยุงเดิน แพทย์ต้องรักษา ด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้ง 2 ข้าง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/ประวัติการได้รับการผ่าตัด/การได้รับอุบัติเหตุ :

มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง รับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ไปรับการตรวจตามนัดทุกครั้ง การกินยาตามที่แพทย์แนะนำ สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดได้อยู่ในระดับดี

- ประวัติการแพ้ยา : ผู้ป่วยแพ้ยา Diclofenac (มีบัตรแพ้ยา)

- ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว : ปฏิสันโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปฏิสันการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวด้วยโรคติดต่อหรือโรคร้ายแรงใดๆ ปฏิสันการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

- สภาพบ้านที่ผู้ป่วยอาศัยเป็นบ้าน 2 ชั้น เป็นปูนอากาศถ่ายเทสะดวก สะอาดดีก่อนเจ็บป่วยผู้ป่วยเดินขึ้นลงบันไดได้ 1 ปีที่มีอาการปวดเข่า 2 ข้างมากจึงย้ายลงมานอนที่ชั้นล่าง เพราะสะดวกมากกว่าชั้นบน ภายในตัวบ้านมีห้องเป็นแบบชักโครกและมีราวจับ

การรักษาที่ได้รับ :

วันที่ 27 พฤษภาคม 2567 รับนอน รพ.เวลา 14.12 น. เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมรับประทานอาหารธรรมดาได้ อาบน้ำ สระผม ทำความสะอาดร่างกาย ตัดเล็บสั้นไม่ทาสิ่เล็บมือเล็บเท้า จองเลือดก่อนผ่าตัด PRC 2 unit ให้ยาเดิมรับประทานต่อ Norgesic 35+450 mg 1 tab 2 pc ยาระบายมะขามแขก 400 mg 2 cap oral hs prn for constipation Amlodipine (10 mg.) 1/2 tab oral hs, 24.00 น. 0.9% NSS 1000 ml. iv drip 80 ml/hr. งดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน เข้าให้อาบน้ำ สระผม ทำความสะอาดร่างกายอีกครั้ง



วันที่ 28 พฤษภาคม 2567 6.00 น. Repeat

Hct = 32% Retain foley's catch

เวลา 08.15 น. ส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด สัญญาณชีพ

T 36.7 °C PP 94 /min RR = 20/min BP 128/80 mmHg.

เวลา 08.20 น. รับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด เตรียมความพร้อมผู้ป่วย ทึมผ่าตัด เครื่องมือ เครื่องผ้าและอุปกรณ์ใช้ในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมความดันโลหิต (BP) 120/70 mmHg., อุณหภูมิ (T) 37.1°C, ซีฟร (P) 100 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ (R) 18 ครั้ง/นาที, O₂Sat 97%

เวลา 8.40 น. เริ่มให้การระงับความรู้สึกโดยวิธี Spinal Block ด้วย 0.5% heavy Marcaine 3 ml + Morphine 0.2 mg Analgesic level ~T4 หลังเสร็จการทำให้ Spinal Block B.P = 128/72 mmHg PP 98 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ดังนี้: on dansetron 4 mg iv, Dexamethasone 4 mg iv เพื่อป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน ให้ Cefazolin 1 gm iv at 8.56 น. และ Transamine 750 iv at 9.05 น. ผู้ป่วยมีความกังวลมาก ให้ Dormicum 1 gm iv ผู้ป่วยคลายกังวลพูดคุ้ยรู้เรื่องตลอดระยะเวลาการผ่าตัด,

เริ่มผ่าตัด Rt TKA โดย on Tourniquet Rt Leg 280 mmHg เวลา 09.18 น. จนเสร็จสิ้นการผ่าตัดเวลา 10.30 น. off Tourniquet รวมเวลา on Tourniquet 1 ชั่วโมง 12 นาที และ

เริ่มผ่าตัด Lt TKA โดย on Tourniquet Lt Leg 280 mmHg เวลา 10.31 น. จนเสร็จสิ้นการผ่าตัดเวลา 11.44 น. off Tourniquet รวมเวลา on Tourniquet 1 ชั่วโมง 13 นาที

ขณะผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อาการทั่วไปปกติ ตามตอบได้ตามปกติ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BP = 106/70-128/80 mmHg, HR 78-100 ครั้ง/นาที RR 18-20 ครั้ง/นาที O₂Sat 96-100% ไม่มีอาการเจ็บปวด ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนขณะผ่าตัดเสร็จสิ้นการผ่าตัด เวลา 11.40 น. Estimate Blood Loss ประมาณ 200ml, Urine Out put1, 000 ml. Intake 750 ml (0.9%NSS 200ml + Acetar 550 ml)

ขณะอยู่ห้องพักฟื้น ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อาการทั่วไปปกติ ขาทั้งสองข้างยังชา ไม่ปวดแผลผ่าตัด ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน BP 116/70-122/80 mmHg HR 80-52 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที O₂Sat 98-100% ดูแลจนครบ 1 ชม. ส่งดูแลต่อตึกผู้ป่วย⁽³⁾

เวลา 13.20 น.: รับผู้ป่วยกลับจากห้องพักฟื้น ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน สัญญาณชีพ T 36 °C PP 84 /min RR = 20/min BP 105/69 mmHg. O₂Sat = 99% S/P Bilateral TKA under Spinal Block with Redivac Drain ข้างละ 1 ขวด ปิดแผลด้วย Fixumu พัน EB ไว้แผลไม่ซึมให้นอนราบจนถึง 17.00 น. งด Opiod ถึง 09.00 น. (29/05/67) ครบเปิด Clamp Redivac drian เวลา 15.00 น. 0.9% NSS 1000 ml. iv drip 80 ml/hr. Urine Flow ดีสีเหลืองใส 18.00 น. แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ปวดตึงแผลเล็กน้อย กระดกปลายเท้าได้ ให้นอนยกปลายเท้าสูง ไม่หนุนหมอนใต้ข้อพับ ประคบเย็น ผู้ป่วยนอนราบได้ ประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด : ไม่พบ Urine 250 ml content มีเพิ่ม (เข้าซ้าย 200 cc., เข้าขวา 100 cc) (รวมทั้งหมด 300 cc) ภายหลังการผ่าตัด ROM Exercise การรักษาที่ได้รับ Dynastat 40 mg iv q 12 hr x 3dose then 20 mg iv q 12 hr x 4dose , Cefazolin 1 gm iv q 6 hrs. Paracetamal 500 mg 1 tab oral prn, มะขามแขก 2 cap hs prn for constipation

หลังผ่าตัดวันที่ 1 (29 พฤษภาคม 2567) Pain Score = 3/10 คะแนน morphine Syrup 2 ml. ทุก 6 ชั่วโมง x4 dose (around the clock) Paracetamal 500 mg 1 tab oral prn Dynastat 20 mg iv q 12 hr x 4dose , Cefazolin 1 gm iv q 6 hrs. เวลา 10.00 น. BP drop 80/50 mmHg รายงานแพทย์ให้ Load NSS 0.9% 1000 ml load 500 ml 11.20 น. หลัง Load BP = 100/60 mmHg , P = 96 T36.9 RR = 20/min 11.20 น. Repeat Hct = 29.8 % ให้ PRC gr B = 1 unit (250ml) เลือด เลือดหมดเวลา 14.45 น. 16.00 น. ประเมิน content จาก Redivac Drain มีเพิ่ม (เข้าซ้าย 130 cc, เข้าขวา 130 cc) BP = 96/62 mmHg PP = 84/min RR = 20/min 22.00 น. อาการและสัญญาณชีพ

ปกติ BP = 111/69mmHg PP = 824/min RR = 20/min
O₂Sat = 99% Repeat Hct = 32.4%

หลังผ่าตัดวันที่ 2 (30 พฤษภาคม 2567) Pain Score=5/10 คะแนนให้ Morphine 10 mg dilute 10 ml ฉีดยาครั้งละ 2 ml iv ทุก 6 ชั่วโมง (01.30 น.)

หลังผ่าตัดวันที่ 3 (31 พฤษภาคม 2567) off drain at 06.00 น. no active bleed ลูกนั่งข้างเตียงได้ ยังไม่เดิน แผลไม่ซึม ประคบเย็น ไม่บ่นปวดแผล

หลังผ่าตัดวันที่ 4 (1 มิถุนายน 2567): ปวดแผล PS=5/10 ให้ Morphine 10 mg dilute 10 ml ฉีดยาครั้งละ 2 ml iv ทุก 6 ชั่วโมง (10.00 น.) 15.30 น. ประคบเย็น ทุเลาปวด 2/10 ฝึกเดินด้วย Walker ได้แต่งอเข่าไม่ได้ถึง 90° เหยียดขาได้

หลังผ่าตัดวันที่ 5 (2 มิถุนายน 2567): หลังฝึกยืน PS=5/10 ให้ Morphine 10 mg dilute 10 ml ฉีดยาครั้งละ 2 ml iv ทุก 6 ชั่วโมง (12.30 น.) ทุเลาปวด PS เหลือ 2/10 งอเข่าได้แต่ < 90° 20.00 น. บ่นท้องอืด, ไม่ถ่าย อุจจาระมา 5 วัน ให้ยาระบายมะขามแขก หลังให้ยาระบาย 23.30 น. ถ่ายได้ 1 ครั้ง

หลังผ่าตัดวันที่ 6 (3 มิถุนายน 2567): PS=5/10 ให้ Morphine 10 mg dilute 10 ml ฉีดยาครั้งละ 2 ml iv ทุก 6 ชั่วโมง (18.00 น.) ทุเลาปวด PS เหลือ 2 หลังพักได้, ไม่ถ่ายอุจจาระ มา 5 วัน บ่นท้องแน่นท้องให้ยาระบาย มะขามแขก หลังให้ยาระบายแต่ยังไม่ถ่าย

หลังผ่าตัดวันที่ 7 (4 มิถุนายน 2567): ฝึกเดินด้วย Walker ได้แต่งอเข่าไม่ได้ถึง 90° เดินเข้าห้องน้ำด้วยตัวเองได้ Pain Score=3 คะแนน ถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง ป่วยกระตุ้น ambulation 23.00 เดินได้ด้วย walker ทุเลาปวด งอเข่าได้ > 90°

หลังผ่าตัดวันที่ 8 (5 มิถุนายน 2567): อาการปวดลดลง PS = 0 ช่วยเหลือตัวเองได้ดีใช้ Walker ช่วยเดิน Range of motion (ROM) 0-120 degree Quadriceps muscle และ Hamstrings muscle ระดับ 3 แผลแห้งดี ไม่บวมแดง ยังปวดเข่าเล็กน้อย PS 2 คะแนนตัดไหม และจำหน่ายกลับบ้าน รวมวันนอนโรงพยาบาล 9 วัน แพทย์นัด Follow Up 3 เดือน (27 พฤศจิกายน 2567)

ผู้เขียนในบทบาทพยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิก ศัลยกรรมกระดูกและข้อของโรงพยาบาลสมเด็จพระ

พระยุพราชตะพานหิน ได้ติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายใน ระยะวางแผนจำหน่ายผ่านระบบ Telemedicine ซึ่งผู้ป่วยมีศักยภาพในการใช้ Smart Phone จำนวน 2 ครั้ง เพื่อกระตุ้นเตือนการดูแลตนเองที่บ้าน 1 และ 2 เดือนหลังการผ่าตัดและมาตรวจตามนัดเมื่อครบ 3 เดือน พบว่า แผลแห้งดี ไม่มีอาการบวมแดงที่เข้าผู้ป่วย สามารถฟื้นฟูสภาพข้อเข่า งอเข่าได้ 0-120 องศา เดินได้โดยใช้เครื่องช่วยพยุงเดินได้อย่างมั่นคง สามารถทำ กิจกรรมประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ มีอาการปวดเล็กน้อย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

และการวางแผนทางการพยาบาล

ระยะที่ 1 การพยาบาลขณะตรวจรักษาขณะอยู่ แผนกผู้ป่วยนอก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 :

ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรค การผ่าตัด และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน :

ผู้ป่วยสอบถามว่าตัวเองจะเดินได้ สีหน้าแสดงความวิตกกังวล หน้ามึน คิ้วขมวด

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล :

ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล มีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรคที่เป็น การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล :

ผู้ป่วยรับทราบ และสามารถปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัดได้อย่างถูกต้องและความวิตกกังวลลดลง

กิจกรรมการพยาบาล :

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย

2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และรับฟังความคิดเห็นอย่าง สนใจ สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย และญาติให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล พุดคุยให้กำลังใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล

3. อธิบายเกี่ยวกับโรคโดยใช้ภาพประกอบเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม การใช้ระงับความรู้สึก

4. การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยให้คำแนะนำ การดูแลความสะอาดร่างกายเย็บก่อนวันผ่าตัด และเข้า ก่อนไปผ่าตัด การทำความสะอาดช่องปาก การตัดเล็บให้สั้น การพักผ่อนที่เพียงพอ การงดน้ำ และอาหาร หลังเที่ยงคืน และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เข้าวันผ่าตัด และทบทวนการบริหารกล้ามเนื้อและข้อ

5. อธิบายถึงเหตุผลการพยาบาล หรือทำหัตถการให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้ง

6. ประเมิน สีนัยทางที่ ที่แสดงถึงความวิตกกังวล ประเมินความรู้ ความเข้าใจ และอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสภาวะของโรค ความจำเป็นของการผ่าตัด

การประเมินผลการพยาบาล :

ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนไปห้องผ่าตัด ครบถ้วน

ระยะที่ 2 การพยาบาลหลังการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 :

ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอันตรายจากการสูญเสียเลือด ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

ข้อมูลสนับสนุน :

1. เป็นการผ่าตัดใหญ่ (Major Surgery) Both Knee Total Atroasty Both Knee
2. มีเลือดออกทาง Vacuum (เข้าซ้าย 130 ml, เข้าขวา 130 ml) รวม 260 ml
3. มีภาวะซีด Hct = 29.8% ระดับความดันลดลง BP = 80/50 mmHg

วัตถุประสงค์การพยาบาล :

ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตราย จากการสูญเสียเลือด ภายหลังการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน :

สัญญาณชีพปกติ แผลผ่าตัดไม่มี Active bleeding ไม่มีภาวะซีด

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ (vital signs) ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงกระทั่งสัญญาณชีพ เป็นปกติจนครบ 24 ชั่วโมงแรก
2. ประเมินและสังเกต ลักษณะของบาดแผล บันทึกรายงานจำนวน และลักษณะของเลือดที่ออก

จากสายระบายเลือด ถ้ามากกว่า 200 ml./hr. หรือมีลักษณะ active bleeding รายงานแพทย์

3. ดูแลให้ผู้ป่วย ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และบันทึก ปริมาณ น้ำเข้า และน้ำออก

4. สังเกตอาการผิดปกติจากการเสียเลือด เช่น ซีด เวียนศีรษะ หน้ามืด ปลายมือปลายเท้าเย็น รวมทั้งติดตาม ผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ

การประเมินผลการพยาบาล :

1. ผู้ป่วยได้สารน้ำคือ NSS0.9%1000 ml iv load 500 ml Load และ PRC gr B = 1 unit (250ml)
2. สัญญาณชีพ BP = 111/69 mmHg PP = 824/min RR = 20/min O₂Sat = 99% ขณะให้ PRC iv drip ไม่มีอาการผิดปกติ ค่าความเข้มข้นของโลหิต 32.4% ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 99% แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม เปลือกตาไม่ซีด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 :

ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด (pulmonary embolism) ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดส่วนลึก (deep vein thrombosis) ภาวะก้อนไขมันอุดตันปอด (fat embolism)

ข้อมูลสนับสนุน :

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ผู้ป่วยอยู่ในภาวะอ้วนระดับที่ 1 ค่าดัชนีมวลกาย = 27.99

วัตถุประสงค์การพยาบาล :

ไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดส่วนลึก และภาวะก้อนไขมันอุดตันปอด

เกณฑ์การประเมิน :

กระดกข้อเท้าขึ้นลงได้ ไม่มีอาการชา อ่อนแรง หายใจสม่ำเสมอ 18-20 ครั้งต่อนาที ไม่มีหอบเหนื่อย หายใจลำบาก และ Blanching test < 2 วินาที

กิจกรรมการพยาบาล :

1. วัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะระดับอุณหภูมิร่างกาย อัตราการหายใจ และอัตราการเต้นของชีพจรทุก 4 ชั่วโมง
2. ประเมินการไหลเวียนเลือดที่ส่วนปลาย (Blanching test)
3. ประเมินการทำงานของเส้นประสาท และหลอดเลือดเกี่ยวกับเรื่อง อาการปวด เย็น บวม ซีดคล้ำ

ชีพจรไม่ได้ อาการชา และเคลื่อนไหวว้ายวะไม่ได้อย่างต่อเนื่อง หากพบสิ่งผิดปกติให้รายงานแพทย์

4. ประเมินภาวะลิ่มเลือด หรือไขมันอุดตันในเส้นเลือด โดยประเมินอาการ กระสับกระส่ายสับสน สัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย โดยในผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันอุดตันในเส้นเลือด (fat embolism) จะมีไข้สูง (39 - 40°C) และจุดเลือดออกตามบริเวณหน้าอก รักแร้ และเปลือกตา

5. จัดท่าทั้งสองข้างที่ผ่าตัดในลักษณะขาเหยียด และวางบนหมอน เพื่อลดบวม จัดให้ขาตั้งตรงไม่บิดเข้าในหรือออกนอก จัดให้ส้นเท้าลอยอิสระ

6. พันผ้าบริเวณแผลผ่าตัด ไม่ให้แน่นเกินไป

7. กระตุ้นให้ดื่มน้ำ ในปริมาณที่เพียงพอ

8. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย ให้ออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขา การบริหารกล้ามเนื้อข้อเท้า การหายใจเข้าออกให้เต็มที่ และการไออย่างมีประสิทธิภาพ

ประเมินผลการพยาบาล :

ผู้ป่วยสามารถกระดกข้อเท้าขึ้นลงได้ ไม่มีอาการชา คลำชีพจรหลังเท้า ได้ชัดเจน หายใจสม่ำเสมอดี ไม่มีอาหารเหนียวหอบ 18-20 ครั้งต่อนาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 :

ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน :

ผู้ป่วยบ่นปวดแผล เวลาเคลื่อนไหวร่างกาย ระดับความปวด 5 คะแนน

วัตถุประสงค์การพยาบาล :

ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดลดลง หรือไม่ปวดแผล

เกณฑ์การประเมิน :

ผู้ป่วยไม่บ่นปวดแผล เวลาเคลื่อนไหวร่างกาย ระดับความปวด ลดลงน้อยกว่า หรือเท่ากับ 3 คะแนน และผู้ป่วยพักผ่อนได้เพียงพอ

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินความเจ็บปวด โดยใช้แบบประเมินความปวด (Pain scale) เช่น Numerical/rating scale (NRS) ประเมินอาการที่แสดงต่อความเจ็บปวด เช่น สีหน้า คำพูด ท่าทาง

2. สอนให้ใช้เทคนิคผ่อนคลาย (Relaxation technique) เช่น การบริหาร การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ

(deep breathing exercise)

3. ประคบเย็น โดยใช้ cold pack ที่อุณหภูมิ 18-22 องศา ใช้ผ้าสะอาดห่อ cold pack วาง cold pack ข้างขอบแผล ไม่ให้สัมผัสแผล ใน 4-24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ให้ประคบ 20 นาที ทุก 2 ชั่วโมง และ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ประคบ 20 นาที ทุก 4 ชั่วโมง

4. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ได้แก่ Morphine (2 mg/ml Syrup) 2 ml. ทุก 6 ชั่วโมง x4 dose., Paracetamol 500 mg 1 tab oral prn, Dynastat 20 mg iv q 12 hr x4dose และ Morphine 10 mg dilute 10 ml ฉีดครั้งละ 2 ml prn iv ทุก 6 ชั่วโมง

5. สังเกตอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียน คับ ตามตัว ง่วงซึม

6. ประเมิน sedation score q 4 hr. if > 2 รายงานวิสัญญีแพทย์

7. แนะนำให้ทำसनทานการที่เหมาะสม เช่น การดูโซเซียลมีเดียเพื่อผ่อนคลายด้านจิตใจและเบี่ยงเบนความรู้สึกปวดแผลผ่าตัด

8. จัดสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยดูแลเรื่องแสงไฟ และทำหัตถการในคราวเดียวกัน: ช่วยเหลือจัดท่านั่ง ท่านอน ให้ผู้ป่วยสุขสบาย ข้อเท้าไม่ปวดตึง พร้อมทั้งให้คำแนะนำผู้ดูแล

การประเมินผลการพยาบาล :

ระดับความปวดลดลง เหลือ 2 คะแนน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 :

เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตก หกล้ม เนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย ลดลงภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

ข้อมูลสนับสนุน :

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเข้า วันที่ 3 On Knee Brace ไว้ อ่อนเพลีย On O₂ canular 4 LPM O₂Sat 96% ยังไม่ได้ลงหัตถการ ที่กายภาพบำบัด

วัตถุประสงค์การพยาบาล :

ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างปลอดภัย

เกณฑ์การประเมิน :

ไม่เกิดอุบัติเหตุ พลัดตก หกล้ม

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม อย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง

2. ประเมินความสามารถของกำลังขาข้างที่ทำ ผ่าตัดทั้งสองข้าง และความสามารถ ที่ผู้ป่วยทำได้เกี่ยวกับการลงน้ำหนักขาข้างผ่าตัด

3. ปรับระดับเตียงให้ต่ำสุด และยกราวกันเตียง ทั้งสองข้างขึ้นทุกครั้ง หลังทำ หัตถการ หรือเมื่อไม่มีญาติ อยู่ด้วย

4. วางสิ่งของเครื่องใช้ไว้ใกล้มือ และจัดแสงสว่าง ให้มีความเพียงพอ

5. ดูแล และกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกนั่ง Ambulation ออกกำลังกายด้วยตนเอง (Active Exercise) และฝึก การเกร็งกล้ามเนื้อ แบบ Isotonic exercise

6. การช่วยเหลือผู้ป่วย ในการเคลื่อนไหวร่างกาย การฝึกหัดเดินครั้งแรก โดยในการลงเตียง ให้ช่วยพยุง จากเตียงไปยังด้านเดียวกับขาข้างที่ผ่าตัด และดูแลให้ สายต่างๆ ที่อยู่กับตัวผู้ป่วย ให้อยู่ในสภาพเรียบร้อย แนะนำ การเดินด้วยโครงเหล็กสี่ขา (Walker)

7. ติดตาม ระวังการตกเตียงที่หัวเตียง และที่ แพ้ผมศีรษะเป็นผู้ป่วย

ประเมินผลการพยาบาล :

ไม่เกิดอุบัติเหตุ พลัดตก หกล้ม ผู้ป่วยสามารถใช้ โครงเหล็กสี่ขาได้

ระยะที่ 3 ระยะก่อนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 :

ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน :

แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้และผู้ป่วยไม่ทราบว่า ต้องดูแลตัวเองเมื่อกลับบ้าน

วัตถุประสงค์การพยาบาล :

ผู้ป่วยมีความรู้ การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน

เกณฑ์การประเมิน :

ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติ ตัวหลังผ่าตัด และสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล :

ประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็ม เกี่ยวกับทฤษฎีระบบ การที่เน้นให้พยาบาลเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ ผู้ป่วยให้สามารถ ปฏิบัติกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวัน ได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ

ความผาสุก และการ มีคุณภาพชีวิตที่ดี กรณีศึกษา นี้ พยาบาลได้ทำหน้าที่ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว (ภรรยาผู้ป่วย) เข้ามามีส่วนร่วมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ของผู้ป่วยโดย

1. วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม

2. ทบทวนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และการดูแล ตนเองเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ การฝึกบริหาร กล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้าอย่างสม่ำเสมอ การฝึกเหยียด งอข้อเข่า อย่างต่อเนื่อง และควรงอข้อเข่าได้อย่างน้อย 100 องศา การทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การเดิน การขึ้น ลงบันได การออกกำลังกาย การนั่งที่เหมาะสม ควรนั่งบน เก้าอี้ ไม่ควรนั่งพับเพียบ หรือนั่งยองๆ และการใช้ อุปกรณ์ ช่วยเดิน (walker)

3. หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผู้ป่วย ต้อง ดูแลแผลผ่าตัดให้แห้ง และห้ามโดนน้ำประมาณ 10 ถึง 14 วันหลังผ่าตัด ไม่แนะนำให้แช่ในอ่างอาบน้ำ ส่วนการ ลงน้ำหนักได้ทันที ร่วมกับการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ในช่วง 4 สัปดาห์แรก โดยเริ่มจากอุปกรณ์ช่วยเดินแบบสี่ขา เพื่อความมั่นคงขณะเดินและลดอาการปวดจากการลง น้ำหนักที่ขา เมื่อผู้ป่วยสามารถลงน้ำหนักได้มากหากไม่ มั่นใจให้ปรึกษา แพทย์ พยาบาล หรือนักกายภาพบำบัด เพื่อให้คำแนะนำ และตรวจภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดย แนะนำข้อควรปฏิบัติหลังผ่าตัดข้อเข่าเทียม⁽¹²⁾ ดังนี้

3.1 อาการบวมของขาที่ผ่าตัดอาจใช้เวลาถึง ประมาณ 6 เดือนในการกลับสู่ภาวะปกติ การวางแผ่นเย็น (cold pack) จะช่วยลดอาการบวม และอาการปวดของ ข้อเข่าข้างที่

3.2 การนอน หากนอนหงายให้นอนหงายเข่า เหยียดตรง แล้วใช้ม้วนผ้าขนหนูวางไว้ใต้ข้อเท้าขาข้าง ผ่าตัด จุดประสงค์ของการนอนแบบนี้เพื่อให้ขาที่ผ่าตัด เหยียดได้ตรง ผู้ป่วยไม่ควรใช้หมอนใดๆ วางใต้ข้อเข่าที่ ผ่าตัดในขณะที่นอน

3.3 การนั่งนาน อาจจะทำให้ขาข้างผ่าตัดเกิด อาการชาแข็ง ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรนั่งนานไม่เกิน 45 นาที

4. แนะนำอาหารที่ควรรับประทาน ได้แก่ อาหาร จำพวกโปรตีน แคลเซียม : แนะนำการดูแลแผล กรณีมี อาการปวด บวมแดง ต้องมาพบแพทย์

5. แนะนำการใช้อาบน้ำเมื่อกลับบ้าน ตามแผนการ รักษาของแพทย์

6. แนะนำมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เพื่อติดตามผลการรักษา

ประเมินผลการพยาบาล :

เกิดการดูแลตนเอง (Self Care)⁽¹¹⁾ ในระดับบุคคล และครอบครัวโดย ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามหลัก 3อ.2ส. ได้แก่ การลดน้ำหนักด้วยการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดและเพิ่มอายุการใช้งานของข้อเข่าเทียม

ระยะที่ 4 การพยาบาลในระยะหลังจำหน่าย

ผู้ศึกษาได้ติดตามผู้ป่วยผ่านระบบTelemedicine ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน เนื่องจากผู้ป่วยมีศักยภาพในการใช้ Smart Phone โดยติดตาม 2 ครั้ง เพื่อกระตุ้นเตือนการดูแลตนเองที่บ้านดังนี้

การดูแลตนเองที่บ้านใน 1 เดือนแรก หลังผ่าตัด

1. ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องในเรื่องการใช้ข้อเข่าอย่างระมัดระวัง การนั่ง ยืน เดิน และการบริหารร่างกาย
2. ควรเริ่มเดินในระยะสั้นๆ ทุก 1-2 ชั่วโมง แล้วค่อยๆ เพิ่มระยะทางหรือเวลาเดินให้มากขึ้น ในสองสัปดาห์แรกแนะนำให้ใช้เครื่องช่วยพยุงเดิน เพื่อช่วยพยุงน้ำหนัก หลังจากนั้นหากผู้ป่วยมีความมั่นใจแล้วสามารถยืนเดินด้วยตนเองได้
3. หลังเดินหรือนั่งห้อยขา ควรนอนยกปลายเท้าให้สูงกว่าระดับหัวใจ โดยใช้หมอนวางบริเวณขา และวางแผ่นประคบเย็นที่เข่าเพื่อลดอาการปวดบวม
4. ผู้ป่วยควรระมัดระวังไม่ให้เกิดอุบัติเหตุหกล้ม โดยจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านไม่ให้เกิดขวางทางเดิน เปิดไฟให้มีแสงสว่างเพียงพอ หลีกเลี่ยงการเดินบนพื้นต่างระดับ หรือพื้นเปียกชื้น ภายในห้องน้ำควรมีราวเกาะ
5. ในการทำงานวัตรประจำวัน ควรทำอย่างช้าๆ เช่น เวลาเอี้ยวตัว หรือหมุนตัว ไม่ควรทำอย่างทันทีทันใด

การดูแลตนเองที่บ้านในเดือนที่ 2

1. ในช่วงเดือนที่ 2 ผู้ป่วยอาจเดินได้ปกติมากขึ้น ส่วนใหญ่ไม่ต้องใช้อุปกรณ์พยุงเดิน บางรายอาจยังต้องใช้อุปกรณ์พยุงเดิน (เครื่องช่วยพยุงเดิน ไม่ค้ำยัน ไม่เท้า)

ช่วงนี้ผู้ป่วยยังต้องบริหารร่างกายและฝึกเดินต่อไป เริ่มทำกิจกรรมนอกเหนือจากชีวิตประจำวันได้มากขึ้นจนสามารถใช้ข้อเข่าได้เป็นปกติ และควรไปพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ข้อเข่าแข็งแรงและใช้งานได้ดีขึ้นกว่าก่อนผ่าตัด

2. หลังผ่าตัดประมาณ 3 เดือนแรก อาจยังรู้สึกข้อเข่าบวมและอุ่นเล็กน้อยโดยเฉพาะหลังการฝึกออกกำลังกายเหนื่อยเข่าใหม่ๆ จึงควรประคบเย็นที่บริเวณข้อเข่าบ่อยๆ และเวลานอนให้วางเท้าสูงบนหมอน หรือเวลานั่งให้น้ำเท้าวางบนเก้าอี้กึ่งตัวเพื่อลดอาการบวมและเพิ่มการไหลเวียนเลือด

3. แจ้งวันนัดพบแพทย์ที่แผนกบริการศัลยกรรมกระดูกและข้อ ล่วงหน้า 1 วัน

สรุปและวิจารณ์

สรุปกรณีศึกษา

หญิงไทยคู่ อายุ 65 ปี การศึกษาระดับปริญญาโท อาชีพข้าราชการบำนาญ น้ำหนัก 69 กิโลกรัม ส่วนสูง 157 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) = 27.99 (อ้วนระดับที่ 1) อาศัยอยู่กับสามี มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง รับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ไปรับการตรวจตามนัดทุกครั้ง การกินยาตามที่แพทย์แนะนำ สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดได้อยู่ในระดับดี แพทย์นัดนอนโรงพยาบาลเพื่อทำผ่าตัดเข่าทั้งสองข้างเนื่องจากรักษาด้วยยาและทำกายภาพมา 3 เดือน อาการไม่ทุเลา อาการปวดรุนแรง ต้องใช้ไม้เท้าพยุงเดิน แพทย์ต้องรักษา ด้วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Rt and Lt TKA ใช้เวลาในการผ่าตัด 2.39 ชั่วโมง หลังการผ่าตัด BP drop 80/50 mmHg แพทย์ให้การรักษาโดย Load NSS0.9%1000 ml load 500 ml หลัง Load BP = 100/60 mmHg, P = 96 T36.9 RR = 20/min = 11.20 น. Repeat Hct = 29.8% ให้ PRC gr B = 1 unit (250 ml) ประเมินcontent จาก Redivac Drain ออกทั้งหมด 460cc หลังให้เลือด 4 ชั่วโมง Repeat Hct อยู่ในเกณฑ์ปกติ 32.4% off Drian วันที่ 3 หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการปวดแผล Pain Score = 3-5/10 ได้ยาระงับปวด คือ Morphine 10 mg dilute 10 ml ฉีดครั้งละ 2 ml iv ทุก 6 ชั่วโมง จนกระทั่งไม่มีอาการปวด

Pain Score = 0/10 ในวันที่ 7 หลังการผ่าตัดด้านการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นให้ ambulation ตั้งแต่วันแรกหลังการผ่าตัด และฝึกเดินด้วย walker งอเข่า ได้ > 90 องศา Range of motion (ROM) 0-120 degree Quadriceps muscle และ Hamstrings muscle ระดับ 3 แผลแห้งดี ไม่บวมแดง ยังปวดเข่าเล็กน้อย ตัดไหม และจำหน่ายกลับบ้าน รวมวันนอนโรงพยาบาล 9 วัน แพทย์นัด Follow Up 3 เดือน ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด อาการดีขึ้นมาก ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ไม่มีภาวะพึงพิง

วิจารณ์

โรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งพบว่ายอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป เพศหญิงจะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ได้มากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า ซึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องกับฮอร์โมน เอสโตรเจน ซึ่งมีคุณสมบัติในการป้องกันการเสื่อมสลายของผิวกระดูกอ่อน⁽¹³⁾ จำเป็นต้องรักษาโดยการผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยอายุที่มากขึ้น หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จะมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้มีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช้าลง⁽¹⁴⁾ ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง มีความเสี่ยงสูง ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อเข่าเสื่อมรุนแรง 2 ข้าง ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดควรมีการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อลดปัญหาอาการปวดข้อ ข้อฝืดแข็งกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าอ่อนแรง โครงสร้างของข้อเปลี่ยน ข้อผิดรูปจนทำให้ไม่สามารถเดินได้ตามปกติ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและมีคุณภาพชีวิตลดลง⁽¹⁶⁾ พยาบาลจึงต้องให้ข้อมูลความรู้แนะนำการปฏิบัติตัว เตรียมความพร้อมร่างกาย จิตใจของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในระดับบุคคล ช่วยให้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้

กรณีศึกษานี้มีปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ภาวะอ้วน (BMI = 27.99) ทำงานหนัก ประกอบกับอายุที่มากขึ้นและขาดการออกกำลังกาย ผู้ป่วยมีอาการปวดเข่าทั้ง 2 ข้าง มานานถึง 8 ปี รักษาด้วยการรับประทานยาและฉีดยาแก้ปวด และการทำกายภาพ

เพราะยังต้องทำงาน จนกระทั่ง 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้เรียนรู้ว่าการใช้ยารับประทานและการทำกายภาพบำบัดเพื่อรักษาอาการข้อเข่าเสื่อมไม่ได้ผลจึงตัดสินใจไปพบแพทย์และรับรู้ว่าการรักษาข้อเข่าเสื่อมสามารถรักษาได้ด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าซึ่งจะช่วยบรรเทาอาการปวดได้ การส่งเสริมการดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดหลังผ่าตัด และก่อนจำหน่ายกลับบ้าน มีความสำคัญต่อการดูแลรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวข้อเข่าดีขึ้น⁽⁴⁾ ระบบการรักษายาบาลที่ได้มาตรฐาน นอกจากบุคลากรมีสมรรถนะที่ดี มีอุปกรณ์เครื่องมือที่เพียงพอ ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า สามารถรักษาได้ด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเพื่อให้ปลอดภัยได้แล้ว ยังต้องมีการวางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุมปัญหาทุกด้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีการให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การวางแผนจำหน่ายต้องประกอบด้วย 1) การประเมินทางการแพทย์ 2) การปฏิบัติการพยาบาล และ 3) การดูแลต่อเนื่องหลังการจำหน่าย⁽¹⁵⁾ กรณีศึกษานี้ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและครอบครัว (บุตรสะใภ้และบุตรชาย) เป็นอย่างดีในการที่เข้ามาเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยทุกระยะ ช่วยให้การปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยและส่งเสริมความเข้มแข็งของผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีเกิดการมีส่วนร่วมในการรักษาตนเองที่ถูกต้อง พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทอย่างมากในการดูแลให้กำลังใจกระตุ้นเตือนการดูแลตนเองฟื้นฟูสภาพร่างกายผ่านระบบ Telemedicine ซึ่งเป็นช่องทางที่สะดวก ประหยัด ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จำนวนครั้งของการมาโรงพยาบาล และความแออัดจากการรอคอยได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Osteoarthritis. (2023). [Internet]. [cited 2024 Sep 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/osteoarthritis>.

2. ประชาสัมพันธ์-สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (2566) พรบ. หลักประกันสุขภาพ สิทธิบัตรทอง “ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าฟรียกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ใช้ชีวิตปกติ-ประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม” [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nhso.go.th/news/3864>.
3. Cui A, Li H, Wang D, Zhong J, Chen Y, Lu H. (2020) Global, regional prevalence, incidence and risk factors of knee osteoarthritis in population-based studies. E Clinical Medicine. Dec;29-3.
4. จินพิชญชา สาธิมาส. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อกระดูกและข้อ. พิมพ์ครั้งที่ 5. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ศูนย์รังสิต.
5. วราร์ ยืนยงวิวัฒน์. (2564). การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมชนิดซับซ้อน Complex Primary Total Knee Arthroplasty. กรุงเทพฯ: บริษัท สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ จำกัด.
6. ชนนิษฐ์ ลิ้มสกุล. (2564). การฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (Rehabilitation in Total Knee Arthroplasty). ใน: วราร์ ยืนยงวิวัฒน์, บรรณาธิการ. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมชนิด ซับซ้อน Complex Primary Total Knee Arthroplasty. กรุงเทพฯ: บริษัท สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ จำกัด; หน้า 253-69.
7. ศุภานัน ก้อนจันทร์, รัชณี นามจันทร์. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการความปวดและการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน; 25: 64-77.
8. ณัฐกฤต สว่างเนตร. (2561). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลบุคคลที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรังสิต.
9. นวลจันทร์ คุสุวรรณ์. (2565). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม. วารสาร พยาบาลศาสตร์ ; 9: 77-96.
10. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน. (2567) สถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ประจำปี 2564- 2566.
11. Wongsri, P., & Chintapanyakun, T. (2018). Utilization of Orem' theory with caring and advice for patients with heart failure. Journal of Optoelectronic Nanostructures, 10(1), 209-219. (in Thai)
12. ร้อยตำรวจโทหญิง วิลาวัลย์ นาคปลัด. (2562) การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาล สำหรับการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. สงขลา: มหาลัยสงขลานครินทร์.
13. Baloch, N., Zubairi, A. J., Rashid, R. H., Hashmi, P. M., & Lakdawala, R. H. (2015). Effect of continuous passive motion on knee flexion range of motion after total knee arthroplasty. J Pak Med Assoc, 65(11 Suppl 3), 32-34.
14. สุทธิวรรณ เขวงเกียรติกุล, สุภาพ อาธิเอื้อ, พิชญะพร ยงเจริญ, วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท. (2562). ความคาดหวังในผลลัพธ์หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารพยาบาลตำรวจ; 11: 361-73.
15. จิตรรดา พงศธราธิก, แก้วใจ ทัดเจริญ. (2564). ปัจจัยทำนายการฟื้นฟูสภาพและประสบการณ์การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน; 27: 54-68.
16. สุวรรณศรีร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ภัณฑิรา เฟื่องทอง, สระทอง. (2562). การพยาบาลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2562; 33(2): 107-210.
17. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2560. นนทบุรี: สำนักงาน.

รายงานผู้ป่วย

Patient Report

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษา ด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA : รายงานผู้ป่วย

The nursing care of elderly patients with ischemic stroke who have been treated with rt-PA thrombolytic therapy. : Case Report

บำรุงรัตน์ สร้อยจิตร พย.บ.

โรงพยาบาลพิจิตร

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมีอัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพสูง ส่งผลกระทบต่อระบบการสาธารณสุข สังคม เศรษฐกิจและชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน การประเมินอาการ การวินิจฉัยที่รวดเร็ว ถูกต้องและการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการ ลดการกลับเป็นซ้ำ

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 72 ปี มาด้วยแขนขาอ่อนแรงขวา 5 ชั่วโมงก่อนมา เข้าถึง Stroke Fast Track ได้ยา rt-PA ได้รับการดูแลในระยะวิกฤติโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะดูแลต่อเนื่องจนถึงระยะการจำหน่าย แต่ผู้ป่วยรายนี้หลงเหลือความพิการมากและช่วยเหลือตัวเองได้น้อยจึงจำเป็นต้องฝึกทักษะและสร้างความมั่นใจให้แก่ญาติและผู้ดูแลหลัก เพื่อให้สามารถกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ กรณีศึกษานี้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองอีก มีปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการรักษาและการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน ความพยายามของผู้ป่วยและความเอาใจใส่ของผู้ดูแลหลัก คือการประสานแหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน มีการคืนข้อมูลมายังคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง การมาตรวจตามนัด พบว่า 2 เดือนหลังจำหน่ายผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดสมองอดทน คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นจาก 10 เป็น 16 ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการเรียนรู้และมีแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคได้แก่การควบคุมปริมาณอาหาร การปรับเวลาการรับประทานอาหาร การหลีกเลี่ยงและงดของมัน การออกกำลังกาย

คำสำคัญ : การพยาบาล, ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง, ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA

Abstract

Patients with acute stroke have high rates of mortality and disability, which significantly impact public health systems, society, the economy, and the quality of life of individuals. Prompt and accurate assessment of symptoms, rapid diagnosis, and effective treatment can help reduce mortality rates, complications, disabilities, and recurrence.

Study Results : A 72-year-old Thai female patient presented with right-sided weakness 5 hours prior to admission and accessed the Stroke Fast Track, receiving rt-PA. She was cared

for during the critical phase by an interdisciplinary team focused on monitoring for complications and providing continuous care until discharge. However, this patient was left with significant disabilities and limited self-care abilities, necessitating skill training and confidence-building for her family and primary caregivers to ensure effective home care. In this case study, no complications or recurrence of stroke occurred. Key factors for success included standardized treatment and nursing care, the patient's efforts, and the attentiveness of caregivers. Community resources were coordinated for home follow-up visits, and information was relayed back to the stroke clinic. Follow-up appointments showed that two months post-discharge, the patient demonstrated appropriate self-care behaviors related to her ischemic stroke. Her Activities of Daily Living (ADL) score improved from 10 to 16. The patient and her family engaged in learning and developed plans to modify risk factors, such as managing food intake, adjusting meal times, avoiding unhealthy foods, and exercising.

Keyword : Nursing, Elderly Stroke patients, Thrombolytic Therapy (rt-PA)

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพของประชากรทั่วโลก เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมาก ค่าใช้จ่ายสูงการดำเนินโรคเฉียบพลันผู้ป่วยสามารถเสียชีวิตได้ทุกระยะของการเจ็บป่วย องค์การอนามัยโลก (world stroke organization : WSO) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของทั่วโลกพบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 54.7 ล้านคนในปี ค.ศ.1990 เป็น 101.5 ล้านคน ในปี ค.ศ.2019 พบความพิการจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 50 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62.5 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งจำนวนผู้ป่วยและการเสียชีวิตเนื่องจากประชากรทั้งโลกเข้าสู่ภาวะผู้สูงอายุมากขึ้นและส่วนใหญ่จะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาได้มีการประมาณว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มเป็น 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2535 และ 2563⁽¹⁾ สำหรับสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทยจากรายงานข้อมูลย้อนหลัง 5 ปีของกองยุทธศาสตร์ และแผนงานกระทรวงสาธารณสุขพบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปี 2560-2564 เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบมากเป็นอันดับที่ 2 จากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นจาก 41.73 ต่อแสนประชากรในปีพ.ศ. 2560 เป็น 54.20 ต่อแสนประชากรในปีพ.ศ. 2564

นอกจากนี้ข้อมูลสถิติของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ปี 2564-2566 ค่าใช้จ่ายโรคหลอดเลือดสมองพบต้นทุนทางตรงสำหรับการรับบริการ ในกรณีเป็นผู้ป่วยใน 1,489.78 บาทต่อวันนอนและสำหรับการรับบริการผู้ป่วยนอกเท่ากับ 1,010.22 บาทต่อครั้ง ค่าเสียโอกาสเนื่องจากการขาดงานและความพิการ 101,681.20 บาทและสูญเสียเนื่องจากการเสียชีวิต 15,766.66 บาทรวมต้นทุนเฉลี่ยจากการเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง 162,664.97 บาทต่อปี แต่อย่างไรก็ตามอุบัติการณ์ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยประมาณ 690 คนต่อแสนประชากรมีผู้เสียชีวิต 50,000-60,000 รายต่อปี พบผู้ป่วยรายใหม่ ประมาณ 250,000 รายต่อปี⁽²⁾ ในเขตสุขภาพที่ 3 ช่วงปี 2563-2566 พบอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในทุกกลุ่มอายุมีแนวโน้มสูงขึ้น เท่ากับ 0.46, 0.48, 0.51 และ 0.55 ตามลำดับ และในเขตจังหวัดพิจิตรพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน ซึ่งพบอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในทุกกลุ่มอายุเท่ากับ 0.49, 0.53, 0.53 และ 0.54 ตามลำดับ⁽³⁾ สถิติโรงพยาบาลพิจิตร ปี 2561-2567 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพิจิตรจำนวน 583, 608, 563, 533, 573, 1070 และ 941 ราย ตามลำดับและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) จำนวน 82, 69, 74, 58 และ 83, 135 และ 149 รายต่อปี⁽⁴⁾

โรคเลือดออกในสมอง คือ ชนิดหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองแบ่งตามลักษณะของพยาธิสรีระวิทยาเป็น 2 ชนิด คือ 1. โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (ischemic Stroke) พบได้ร้อยละ 80-85 อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 7.7-10.1 และ 2. โรคหลอดเลือดสมอง ชนิดเลือดออกในสมอง (hemorrhagic stroke) พบได้ร้อยละ 15-20 แต่อัตราการเสียชีวิตสูงถึง 51-65 สำหรับข้อมูลประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 3.4 ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 22.3-43.3 สาเหตุส่วนใหญ่ร้อยละ 60-70 เกิดจากความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้⁽⁴⁾ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันในระยะเฉียบพลัน ได้แก่ 72 ชั่วโมงแรกหลังจากเกิดอาการถือว่าเป็นโอกาสทองในการรักษาเพื่อจำกัดความรุนแรงของโรค มีเป้าหมายเพื่อคงไว้ซึ่งการทำงานของสมองรักษา penumbra area การให้ยาละลายลิ่มเลือดในการเปิดหลอดเลือดดำ (intravenous thrombolytic therapy) เป็นหนึ่งในมาตรฐานของการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันในระยะเฉียบพลัน ยา recombinant tissue-plasminogen activator (rt-PA) เป็นยาที่ใช้กระตุ้นให้ก้อนเลือดที่แข็งตัวแล้วไปอุดตัน เส้นทางการไหลของเลือดสลายตัวและละลายไป เพื่อเปิดทางให้เลือดสามารถวิ่งไปเลี้ยงสมองได้เป็นปกติ ลดการสูญเสียของเซลล์สมอง ช่วยลดอัตราการตายและความรุนแรงของความพิการได้ แต่อย่างไรก็ตามยา rt-PA มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดออกในสมองได้ร้อยละ 6.48⁽⁵⁾

กระบวนการพยาบาล เป็นวิธีการที่พยาบาลใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ที่ต่อเนื่องและสัมพันธ์กัน ได้แก่ การประเมินสภาพการวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล ทั้งนี้ โดยใช้ความรู้และทักษะที่จำเป็นหลายด้านของพยาบาลพยาบาลควรประเมินปัญหาโดยการรวบรวมข้อมูลให้ครอบคลุมร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณให้ความสำคัญกับการซักประวัติ ตรวจ ร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เพื่อนำมาวางแผนให้การพยาบาล

ที่เหมาะสมทุกระยะของการเจ็บป่วย ตั้งแต่ระยะเฉียบพลันที่ต้องประเมิน ภาวะวิกฤตต่างๆ ภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย อันอาจเกิดขึ้นภายหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด เช่น ภาวะเลือดออกในสมอง (Intracerebral Hemorrhage) ซึ่งส่งผลให้อาการแย่ลง การฟื้นฟูหายช้า บางรายอาจเสียชีวิตได้เมื่อพ้นระยะวิกฤตต้องให้ความสำคัญกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การฟื้นฟูสภาพร่างกายให้เร็วที่สุด การฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยให้กับญาติผู้ดูแล ผู้เขียนเล็งเห็นโอกาสในการจัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องไปยังชุมชน จึงได้ดำเนินการร่วมวางแผนจำหน่ายกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตเหมือนก่อนป่วยมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ และส่งต่อข้อมูลปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหลังจำหน่าย ให้ทีมเยี่ยมบ้านของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพิจิตรทราบผ่านระบบ CoC HOSxP เพื่อติดตามดูแลต่อเนื่องในลำดับต่อไป

รายงานผู้ป่วย

1. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 72 ปี รูปร่างท้วมน้ำหนัก 57 กิโลกรัม ส่วนสูง 148 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index; BMI) 26.02 กิโลกรัมต่อตารางเมตร สถานภาพโสด จบการศึกษาประถมศึกษา อาศัยอยู่คนเดียวเป็นบ้านปูนสองชั้น มีบ้านน้องสาวอยู่ในรั้วเดียวกัน ประกอบอาชีพค้าขาย (เข็นรถขายกล้วยเดี่ยว) ในเขตเทศบาลเมืองพิจิตร นับถือศาสนาพุทธ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา มีรายได้หลักมาจากการค้าขาย มีเงินเก็บ ไม่มีภาระหนี้สิน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 12 มีนาคม 2566 วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 23 มีนาคม 2566 รวมนอนโรงพยาบาล 11 วัน

อาการสำคัญ :

แขนขาอ่อนแรงขวา 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน :

Last seen normal เวลา 17.30 น. นั่งพูดคุยรับประทานอาหารกับน้องสาวตามปกติ หลังจากนั้นเวลา 19.30 น. ของวันที่ : 12 มีนาคม 2566 : First seen abnormal: ญาติพบผู้ป่วยนอนล้มในห้องน้ำ ไม่รู้สึกตัว

หลังจากนั้นเรียกลิ้มตา มีแขนขาอ่อนแรงขวา มีปากเบี้ยว ร่วมกับพูดไม่ชัด ไม่มีปัสสาวะราดหรืออุจจาระราด ไม่มีชักเกร็งกระตุก จึงเรียก 1669 รับมาโรงพยาบาล

อาการแรกเริ่ม :

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E3 V1-2 M6 ลิ้นแข็ง พูดคุยไม่ชัดเจน pupils 2 mm. RTLBE NIHSS = 11 คะแนน, Motor power แขนขวา gr.0 แขนซ้าย gr.5 สามารถเดินได้ ต้องมีคนพยุง อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 168/101 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 78 ครั้ง/นาที่ หายใจ 20 ครั้ง/นาที่ $O_2\text{sat} = 92\%$ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) 0/20 คะแนน ใบหน้าสมมาตร ไม่มีหน้าเบี้ยว ลิ้มตาได้เอง

หนังตาไม่ตก

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ปฏิเสธโรคประจำตัว

ประวัติการแพ้ยา : ปฏิเสธการแพ้ยา

ประวัติการผ่าตัด : ปฏิเสธการผ่าตัด

การตรวจร่างกายตามระบบ :

HEENT : injected conjunctival both eyes

Heart : regular, no murmur

Neuro : E3V1-2M6, pupil 2 mm RTLBE, no facial palsy, severe dysarthria,

Motor power : Rt arm gr 0 / Lt arm gr 5, Rt leg gr 0 / Lt leg gr 5, NIHSS : 11 และ ADL = 0/20 คะแนน

ตารางที่ 1 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ:

วันเดือนปีที่ตรวจ	ผลการตรวจ
12 มีนาคม 2566	การทำงานของไตปกติ
	BUN 17mg/dL, Cr 0.88 mg/dL, eGFR 65.85 mL/min/1.73m ²
	ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าค่าปกติ
	FBS 140 mg/dL
13 มีนาคม 2566	อิเล็กโทรไลต์ปกติ
	K3.71mmol/L, Na 139 mmol/L, Cl 105 mmol/L, CO ₂ 23.4 mmol/L, Anion Gap 14.1, Calcium 9.0 mg/dL, Magnesium 2.3 mg/dL
	การทำงานของตับปกติ
	Total Protein 7.0 g/dL, Albumin 4.1 g/dL, Total Bilirubin 0.38 mg/dL, Direct Bilirubin 0.13 mg/dL, AST 30 U/L, ALT 21 U/L, ALP 98 U/L
14 มีนาคม 2566	ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ
	FBS 119 mg/dL
	อิเล็กโทรไลต์ปกติ
	K 3.58 mmol/L, Na 134 mmol/L, Cl 100 mmol/L, CO ₂ 22.5 mmol/L, Anion Gap 14.9
14 มีนาคม 2566	ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดสะสม อยู่ในเกณฑ์ปกติ
	HbA _{1c} 5.5%
	ระดับไขมันในเลือดปกติ
	Cholesterol 130mg/dL, Triglyceride 81mg/dL, HDL 63mg/dL, LDL 51 mg/dL
14 มีนาคม 2566	Complete Blood Count
	Hct 41.1%, Hb 14.3 g/dL, MCV 89.2 fL, MCH 34.8 g/dL, RDW 13.3% Neutrophil 70%, Lymphocyte 22% Monocyte 7%, Eosinophil 2%
	WBC 6.9x1000cell/cu.mm,
	Plt 321x1000cell/cu.mm, MPV 9.7 fL, PCT 0.31%

Coagulation Time : ช่วงแรกผล Coagulation แต่ยังไม่ได้เกณฑ์ในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีภาวะ AF เมื่อเริ่มรักษาด้วย Warfarin ค่า PT/INR

สูงขึ้น อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (INR 1.02-1.08) On warfarin D7 after Onset (start 19/3/66) 19/3 INR 1.02 รายละเอียดดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ผลการตรวจ Coagulation Time

Lab test	ค่าปกติ	12 มี.ค.66	19 มี.ค.66	22 มี.ค.66
PT	10.6-13.3 Seconds	10.2	11.7	12.4
INR	2-3.5 second	0.88	1.02	1.08
APTT	20.8-29.2Second	25.9	23.6	27.2
APTT Ratio		1.04	0.94	1.09

ผลตรวจภาพรังสีทรวงอก (CXR) : no Infiltration

จังหวะชนิดสั้นพลิ้ว

การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography :

การตรวจสมองด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

EKG) วันที่ 12 มีนาคม 2566 เวลา 21.03 น. พบหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Atrial Fibrillation : AF) อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้ง/นาที แสดงถึงผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นผิด

(Computerized Tomography Brain Non contrast) : รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการตรวจสมองด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

วันเดือน ปี เวลาที่ตรวจ	ผล	การแปลผล
ครั้งที่ 1 : 12 มี.ค.2566 เวลา 22.00 น.	Hyper acute left MCA infarction (<1/3 of MCA territory), An encephalomalacic change in left frontal lobe.	-มีการขาดเลือดในสมองบริเวณหลอดเลือด MCA ด้านซ้ายอย่างรุนแรง (<1/3 ของพื้นที่ MCA) -มีการเปลี่ยนแปลงที่เรียกว่า encephalomalacia ในบริเวณก้านสมองด้านซ้าย การขาดเลือดในสมองนี้อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมองในบริเวณนั้น
ครั้งที่ 2 : 13 มีนาคม 2566 เวลา 12.00 น. (F/U post rt-PA)	Acute infarction in left frontal-temporal-parietal lobe, basal ganglia, internal capsule, external capsule (Large left MCA territory)	มีการเกิดภาวะขาดเลือดเฉียบพลัน (acute infarction) ในบริเวณ : left frontal-temporal-parietal lobe, basal ganglia, internal capsule, และ external capsule ซึ่งอยู่ในเขตพื้นที่ใหญ่ของหลอดเลือดสมองกลางด้านซ้าย (Large left MCA territory) แปลว่ามีการสูญเสียเลือดไปยังบริเวณเหล่านี้ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมองในพื้นที่ดังกล่าว

ผลการตรวจ Echo (20 มีนาคม 2566) :

function (TAPSE = 11 mm)

1. Normal LV size and good LV systolic function, LVEF 59% (by Teicholz's method). No RWMA's,

4. Trivial MR. No MS.

2. Severely dilated LA and RA.

5. Trileaflet AV, Mild AR. No AS.

3. Normal RV size but reduced RV systolic

hypertension.

6. Normal PV. Mild TR. No pulmonary

7. No visualized intracardiac thrombus.

No pericardial effusion.

Impression : Mild AR.,Mild TR

การวินิจฉัยโรค :

Lt Middle Cerebral Artery (MCA) infarction

การรักษาที่ได้รับ :

วันที่ 12 มีนาคม 2566 เวลา 20.50 น.

AtER: Monitor Central monitoring EKG, 0.9% NaCl 1000 ml Rate 100 ml/hr, Record V/S, Before rt-PA keep SBP < 185 mmHg / DBP < 110 mmHg ให้ rt-PA 5.5 mg IV bolus in 1 min (give 10%) then rt-PA 49.7 mg IV drip in 60 mins (give 90%) after rt-PA (keep BP < 180/100 mmHg) q 15 mins x 2 hrs. If stable, then q 30 mins x 6 hrs. If stable then q 60 mins x 24 hrs. If stable then q 4 hr (ถ้ายังไม่ stable ยังไม่ได้ Goal ให้ monitor ที่ step เดิมก่อน)

Admit Stroke Unit (21.25น.) : ให้การรักษา ด้วย Actilyse 50 mg iv (give 10%) in 1 min then iv drip (give 90%) in 1 hr. (stat), Nicardipine (10 mg/10ml) 2 mg iv stat, then 20 mg + Nss 100 ml. (1:5) rate 5-75 ml/hr, Record GCS q 1 hr. for 24 hrs. If drop ≥ 2 pls. notify, 21:43 น. ลด rate IV เหลือ 80 ml/hr, keep $O_2Sat \geq 94\%$, ฉีด Omeprazole 40 mg iv OD. 22:23 น. Off Actilyse เดิม. เปลี่ยนเป็น Actilyse (fast track) 50 mg vial (50 ml) : rt-PA 5.5 mg iv bolus in 1 min (give 10%) then Rt-PA 44.5 mg iv drip in 60 mins (give 90%)

13 มีนาคม 2566 เวลา 12.00 น. : CT brain : MCA infarction in left frontal-temporal-parietal lobe, basal ganglia, internal capsule, external capsule (Large left MCA territory), trail off nicardipine BP = 157/90 mmHg, ปรับลด 0.9% NaCl rate 80 ml/hr Neuro: E3V2M5, pupil 3 mm RTLB, no facial palsy, severe dysarthria, Motor power Rt arm gr 1 / Lt arm gr 5, Rt leg gr 1 / Lt leg gr 5, eye deviation at Lt

14 มีนาคม 2566 : off NPO, retain NG 12:35 น. consult PT bedside serial DTX pre-meal BID keep 80-200 mg% 17:00 (15/03/2566 6.00=), (15/03/2566 17.00) HbA1C 12:35 (12:35), 0.9% NaCl 1000

ml iv rate 60 ml/hr, Atorvastatin 40 mg 1 tab oral x 1 pc เข้า, Enalapril 5 mg 1 tab oral x 1 pc เข้า, BD 1:1 250 ml x 4 feed + น้ำตาม 50 ml/feed

15 มีนาคม 2566 : NaCl 1000 ml iv rate 40 ml/hr, Paracetamol 500 mg 1 tab oral prn q 6 hr เวลาปวด-มีไข้, Tolperisone 50 mg 1 tab oral x 3 pc, ย้ายไปตึกสามัญเพื่อรับการฟื้นฟู (Intermediate care)

16 มีนาคม 2566 : iv หมด off, off Omeprazole 40 mg iv, Omeprazole 20 mg 1 cap oral x 1 ac เข้า Consult นักกิจกรรมบำบัด (OT) และเวชศาสตร์ฟื้นฟู (IMC) 2-6 weeks วันจันทร์ถึงศุกร์ เข้าด้วย severe dysarthria, global aphasia start warfarin 7 days after Onset

17 มีนาคม 2566 : Lipid Profile at 06.00 น. ผลอยู่ในเกณฑ์ปกติ : Cholesterol = 164 mg/dL, Triglyceride = 70 mg/dL, HDL = 55 mg/dL, LDL = 95 mg/dL, ย้ายไปตึกสามัญเพื่อดูแล IMC ได้, Record V/S, Record I/O, BD 1:1 250 ml x 4 feed + น้ำตาม 50 ml/feed, Medication : Atorvastatin 40 mg 1 tab oral x 1 pc เข้า, Enalapril 5 mg 1 tab oral x 1 pc เข้า, Paracetamol 500 mg 1 tab oral prn q 6 hr เวลาปวด-มีไข้, Tolperisone 50 mg 1 tab oral x 3 pc, Omeprazole 20 mg 1 cap oral x 1 ac เข้า

18 มีนาคม 2566 : นัด echo และ PT, PTT พรุ่งนี้

19 มีนาคม 2566 : ตามผล PT PTT (INR = 1.02) off Tolperisone, Warfarin 2 mg 1 tab oral x hs,

20 มีนาคม 2566 : off BD 1:1 250 ml x 4 feed + เป็น BD 1.5:1 300 ml x 4 feed + น้ำตาม 50 ml/feed

21 มีนาคม 2566 : PT, PTT, CBC พรุ่งนี้ เพิ่ม Metoprolol $\frac{1}{4}$ tab oral x 2 pc เข้า-เย็น

22 มีนาคม 2566 : ตามผล PT, PTT, CBC, S: แขนและขาข้างขวา อ่อนแรงพอเดิม ตื่นพอเดิม ยังพูดไม่ชัด เริ่มพูดได้บ้างเป็นคำๆ, T 36.9°C PR 66/min, RR = 20/min, BP 140/90 mmHg, Plan Discharge : follow up 31/3/66 OPD med, BUN, Cr, Elyte, CBC, PT, PTT

Home Medication : Atorvastatin 40 mg 1 tab oral x 1 pc เข้า, Enalapril 5 mg 1 tab oral x 1 pc



เช้า, paracetamol 500 mg 1tab oral prn q 6 hr เวลาปวด-มีไข้, Omeprazole 20 mg 1 cap oral x 1 ac
เช้า, Metoprolol 1/4 tab oral x 2 pc เข้า-เย็น, warfarin 3 mg 1 tab oral hs (จันทร์ ถึง พฤหัส), 1/2 tab oral hs (ศุกร์ เสาร์ และ อาทิตย์) 23 มีนาคม 2566 จำหน่าย
ผู้ป่วยกลับบ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะวิกฤต

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1

มีภาวะแทรกซ้อนจากเซลล์สมองขาดเลือดเนื่องจาก
หลอดเลือดสมองอุดตัน

ข้อมูลสนับสนุน :

1. อาการเกร็งที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ระดับความรู้สึกตัวลดลง Glasgow Coma scale E3 V1-2 M6, Pupils 2 mm BRTL BE, global aphasia, NIHSS = 11 คะแนน

2. CT Brain contrast ผล Lt MCA infarction, encephalomalacia at Lt frontal lobe วันที่ 12 มีนาคม 2566 เวลา 21.25 น.

3. Motor power แขนขาขวาอ่อนแรง grade 0 แขนซ้าย grade 5

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
2. เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากเซลล์สมองขาดเลือด

เกณฑ์การประเมินผล :

- ระดับออกซิเจนในเลือด ไม่น้อยกว่า 94 %
- ไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน เช่น ซีมลง เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ หายใจสั้น และถี่ เหงื่อออกมาก มือเท้าชา
- ความดันโลหิต SBP < 180 mmHg และ DBP < 105 mmHg

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ตามแผนการรักษาของแพทย์ ขนาด 5.5 mg IV bolus in 1 min (give 10%) then rt-PA 49.7 mg IV drip in 60 mins (give 90%) และให้การพยาบาลตามมาตรฐาน

การให้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ตั้งแต่อ่อนให้ยา ขณะให้ยา และหลังให้ยา⁽⁶⁾

2. จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 15-30 องศา ดูแลศีรษะ ลำคอให้อยู่ในแนวตรง ไม่บิดงอ สะโพกไม่พับงอเกิน 90 องศา

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ 0.9% NaCl 1,000 ml rate 100 ml/hr โดยใส่เครื่องควบคุมปริมาณสารน้ำ เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดให้ไปเลี้ยงสมองได้มากขึ้น และได้ปริมาณตามแผนการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยงดน้ำงดอาหารร่วมด้วย

4. สังเกตอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงภาวะร่างกายขาดออกซิเจน เช่น มีอาการเหนื่อยหอบ กระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าเขียว เป็นต้น

5. ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงลดการมี กิจกรรม และช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อลดการเผาผลาญพลังงาน

6. เจาะ FBS และเจาะ DTX ให้ตามแผนการรักษา เนื่องจากถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูง จะมีผลทำให้เนื้อสมองที่ตายและขาดเลือดจะขยายตัวมากขึ้นตรวจวัดสัญญาณชีพ และบันทึก GCS และ motor power ทุก 1 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรก รายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงแยลง เช่น GCS หรือ motor power drop ≥ 2 คะแนน และควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้ไม่เกิน 37.5 องศาเซลเซียส

7. ส่งทำ CT brain (NC) หลังได้ยา rt-PA ครบ 24 ชั่วโมง เพื่อประเมินการฟื้นหายของเนื้อสมอง

8. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดสิ่งกระตุ้น ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติถึงแนวทางการรักษา ของแพทย์พร้อมทั้งการเซ็นยินยอมการรักษา

9. บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออก ทุก 8 ชั่วโมง

ประเมินผลการพยาบาล :

GCS จาก E3V 1-2 M6 เพิ่มขึ้นเป็น E3V2M6 ออกเสียงอ้ออาได้ NIHSS 15/17 คะแนน Motor power ขาขวามีกำลังเพิ่มขึ้นจากเกรด 0 เป็น 1 แต่ความดันโลหิตสูงขึ้น อยู่ในช่วง 170-201/82-115 mmHg ชีพจร 72 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิปกติ 37.0 องศาเซลเซียส หายใจได้เอง ไม่เหนื่อย SpO₂ 99%, DTX อยู่ในช่วง 119-140 mg% ปริมาณน้ำที่เข้า-ออก ร่างกาย

สมดุล ไม่มีอาการปวดศีรษะหรือคลื่นไส้ อาเจียน CT Brain
ซ้ำ หลังได้ยา rt-PA 24 ชั่วโมง ไม่พบ hemorrhagic
transformations หรือ brain edema

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากได้รับยา
ละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA)

ข้อมูลสนับสนุน :

ผู้ป่วยได้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ขนาด 49.7
มิลลิกรัม ความดันโลหิตสูงอยู่ในช่วง 170-180/101-115
mmHg ผล CT Brain เป็น Left MCA, อายุมาก 72 ปี,
ค่า INR 1.02

วัตถุประสงค์ :

ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้
รับยา (rt-PA) และสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ใน
เกณฑ์มาตรฐาน

เกณฑ์การประเมินผล :

รู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ ไม่มีอาการแสดงของ
ภาวะเลือดออกในสมอง ได้แก่ ชีมลง สับสน คลื่นไส้
อาเจียน กระสับกระส่าย ปวดศีรษะ รุนแรง ชักเกร็งหมดสติ
ไม่มีถ่ายดำหรือปัสสาวะเป็นสีน้ำตาลแดง ไม่มีเลือด
กำเดาไหล หรือเลือดออกตามไรฟัน สัญญาณชีพปกติ
BP ลดลง < 180/110 mmHg, ผล CT brain ไม่พบ
Intracerebral hemorrhage หรือ Brain edema

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินสัญญาณชีพและประเมินระดับการ
เปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัวขณะได้รับยาทุก 15 นาที
คูณ 2 ชั่วโมง ทุก 30 นาที คูณ 6 ชั่วโมง ทุก 1 ชั่วโมง
จนถึง 24 ชั่วโมงและประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง
ควบคุมความดันโลหิต < 180/110 mmHg และประเมิน
GCS ทุก 1 ชั่วโมง จนครบ 48 ชั่วโมง และเมื่ออาการ
คงที่จึงวัดทุก 2 ชั่วโมง โดยถ้าสัญญาณชีพผิดปกติ หรือ
GCS drop $\geq$ 2 รีบรายงานแพทย์⁽²⁾

2. กิจกรรมหลังให้ยา rt-PA ภายใน 24 ชั่วโมง

- จัดให้ยา heparin/warfarin/antiplatelet
- จัดใส่ NG tube หลีกเลียงการใส่สายสวนปัสสาวะ
ภายใน 30 นาที หลังให้ยา
- จัดแทงสายยางเข้าหลอดเลือดดำส่วนกลาง
(central line) จัดเจาะหลอดเลือดแดง

3. ดูแลให้ยาลดความดันโลหิต Nicardipine INJ
mg/10ml AMP (10 ml) 20 mg + NSS 100 ml. (1:5)
rate 5-75 ml/hr: keep BP < 180/105 mmHg ตาม
แผนการรักษา โดยให้ยา (21.05) วันที่ 12 มีนาคม 2566
เวลา 21.05น ถึงวันที่ 13 มีนาคม 2566 เวลา 14.00 น.
แล้วเปลี่ยนเป็นยารับประทาน ตามอาการแสดงของผู้ป่วย
ได้แก่ Enalapril 5 mg 1tab oral x 1 pcเช้า

4. ให้สารน้ำ 0.9% NaCl 1000cc rate 60-80
cc/hr. ตามแผนการรักษาในแต่ละวัน

5. ให้ยาลดกรดเพื่อป้องกันเลือดออกในระบบ
ทางเดินอาหารตามแผนการรักษา ได้แก่ Omeprazole
40 mg vein OD (วันที่ 12-15 มีนาคม 2566) แล้วเปลี่ยน
เป็นยารับประทาน Omeprazole 20 mg 1 cap oral x
1 ac เช้า

6. สังเกตภาวะเลือดออกในตำแหน่งต่างๆ ของ
ร่างกาย หากพบรีบรายงานแพทย์ โดยเฉพาะอาการ
ปวดศีรษะที่รุนแรง อาเจียน แขน ขาอ่อนแรงมากขึ้น
ซีมลง ซึ่งเป็นอาการเลือดออกในสมอง หรือสมองบวม
ต้องรีบรายงานแพทย์โดยด่วนพร้อมกับหยุดยา rt-PA
ทันที

ประเมินผลการพยาบาล :

หลังได้ยา rt-PA ผู้ป่วยไม่มี อาการแพ้ยาและ
ไม่มีอาการเลือดออกในตำแหน่งใดๆ ของร่างกายระดับ
ความดันโลหิตลดลงอยู่ในเกณฑ์ BP = 149-158/64-90
mmHg, pupils 3 mm. RTLBE Motor power : Rt arm
gr 1 / Lt arm gr 5, Rt leg gr 1 / Lt leg gr 5, ผล CT Brain
ซ้ำ ในวันที่ 13 มีนาคม 2566 ไม่พบ Intracerebral
hemorrhage หรือ Brain edema ผู้ป่วยอาการคงที่
สัญญาณชีพปกติ วันที่ 15 มีนาคม 2566 ย้ายไปตึก
สามัญเพื่อรับการฟื้นฟู (Intermediate care)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง ขณะรักษาพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3

ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการสื่อสาร

ข้อมูลสนับสนุน :

ลิ้นแข็งพูดไม่ชัด , severe dysarthria



วัตถุประสงค์ :

เพื่อสามารถตอบสนองการสื่อสารได้เหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล :

ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้เพิ่มขึ้นใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินทักษะการสื่อสารของผู้ป่วยด้วยแบบประเมินการพูด ใช้สัญลักษณ์ของภาษาในรูปต่างๆ ผู้ป่วยที่พูดไม่ได้หรือไม่ชัด หลังให้ยาละลายลิ่มเลือด 24 ชั่วโมง
2. พยาบาลประสาน ส่งฝึกจากนักกิจกรรมบำบัด (OT) และพยาบาลจะฝึกต่อเนื่องจากนัก OT ทุกวัน วันละ 4 รอบ เนื่องจากผู้ป่วยอาจใช้เวลาจนถึง 3-4 เดือน จึงจะพูดได้
3. พยาบาลให้อธิบายถึงขั้นตอนการฝึกการพูด การใช้กล้ามเนื้อหน้าและให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม

การประเมินผล :

ผู้ป่วยสื่อสารโดยการพูด ฟังเข้าใจ (17 มี.ค. 66)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4

ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาด้านขวาอ่อนแรงจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ข้อมูลสนับสนุน :

S : “น้องสาว/ผู้ดูแล (Care Giver) จะเป็นผู้ช่วยทำกิจวัตรประจำวันให้”

O : ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ร่างกายอ่อนเพลีย ขยับแขนขาไม่ได้ ต้องคอยช่วยเหลือตลอด : Barthel index = 0/20

วัตถุประสงค์ :

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางกิจวัตรประจำวัน

เกณฑ์การประเมินผล :

1. ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางกิจวัตรประจำวันได้อย่างครบถ้วน
2. ผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) เพิ่มขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินอาการความต้องการของผู้ป่วย
2. อธิบายการช่วยเหลือกิจกรรม พร้อมบอก

เหตุผลและความจำเป็นในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน และแผนการรักษาแก่ญาติของผู้ป่วยทุกครั้ง

3. ดูแลให้ได้รับการอาบน้ำแบบสมบูรณ์บนเตียง เพื่อลดปัญหาการเกิดแผลกดทับ
4. ดูแลให้ได้รับอาหารเหลว่ย่อยง่ายและทำความสะอาดช่องปากเพื่อเป็นการเพิ่มสารอาหารให้กับร่างกายผู้ป่วย
5. ดูแลเรื่องการขับถ่าย ให้ผู้ป่วยขับถ่ายบนเตียง และดูแลด้านความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์
6. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการพักผ่อน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

ประเมินผลการพยาบาล :

1. ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางกิจวัตรประจำวันได้
2. ก่อนจำหน่าย Barthel index เพิ่มขึ้น = 10/20 คะแนน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5

เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก เนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด

ข้อมูลสนับสนุน :

on Warfarin 1 tab oral x hs (จันทร์ ถึง พฤหัส)
1/2 tab oral x hs (ศุกร์ เสาร์ และ อาทิตย์)

วัตถุประสงค์ :

ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก

เกณฑ์การประเมินผล :

ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก เช่น จุดจ้ำเลือดตามตัว ไม่มีเลือดออกตามตำแหน่งใดๆ

กิจกรรมการพยาบาล :

1. แนะนำผู้ป่วยและญาติเน้นย้ำให้ทราบถึงอาการผิดปกติที่ต้องเฝ้าระวังระหว่างการให้ยาและอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งแพทย์ พยาบาลทราบ หรือขณะอยู่ที่บ้าน เช่น จุดจ้ำเลือดตามตัว เลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะเป็นเลือด ป้องกันการหกล้ม
2. แนะนำวิธีการรับประทานยาอย่างละเอียด และการจัดเก็บยา
3. การใช้อาหารอื่นๆ หรืออาหารเสริม ต้องปรึกษาแพทย์ก่อน เพราะบางอย่างมีฤทธิ์เสริมกับบางอย่าง มีฤทธิ์ต้านกัน

4. ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ไม่เพิ่ม ลด หรือหยุดยาเอง

5. รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ และควบคุม ปริมาณอาหารชนิดพืช ผักใบเขียวที่รับประทานให้สม่ำเสมอ ไม่ควรรับประทานอาหารอย่างใดอย่างหนึ่งมากเกินไป

6. กรณีเข้ารับบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลอื่นต้องแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบ ทุกครั้ง และห้ามรับการรักษาโดยการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ

7. ควรพกสมุดประจำตัวเมื่อได้รับยารักษาโรค ติดตัวไว้เพื่อเป็นการดูแลตนเองและแสดงสมุดทุกครั้ง ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลหรือสถานบริการทางสุขภาพ เพื่อเป็นการแจ้งให้บุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องทราบ

8. หากลิ้มรับประทานยามีข้อปฏิบัติคือ ห้ามเพิ่ม ขนาดยาที่รับประทานเป็น 2 เท่า โดยเด็ดขาดและ ปฏิบัติดังต่อไปนี้

1) กรณีลิ้มรับประทานยาและยังไม่ถึง 12 ชั่วโมง ให้รับประทานยาทันทีในขนาดเท่าเดิม

2) กรณีลิ้มรับประทานยาและเลย 12 ชั่วโมง ไปแล้ว ให้ข้ามยาในมือนั้นไป แล้วรับประทานยามื้อต่อไปในขนาดเท่าเดิม

9. ติดตามค่า Coagulation Time จากการตรวจ รักษาตามนัดที่โรงพยาบาลเป็นระยะๆ

ประเมินผลการพยาบาล :

1. ผู้ดูแลเข้าใจและตอบคำถามได้ถูกต้องเกี่ยวกับ แผนการรับประทานยา อันตรายและอาการที่ต้องเฝ้าระวัง

2. ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอันตรายจากภาวะเลือด ออกง่ายหยุดยาก เช่น จุดจ้ำเลือดตามตัว ไม่มีเลือดออก ตำแหน่งใดๆ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6

มีโอกาสเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำได้

ข้อมูลสนับสนุน :

1. นางสาวผู้ป่วยถามว่า “ถ้ากลับไปบ้านจะมีวิธี ป้องกันไม่ให้กลับมาเป็นแบบนี้อีกหรือไม่”

2. ผู้ป่วยมีรูปร่างท้วม ค่า BMI=26.02 ปกติไม่เคย เจ็บป่วยหรือเข้ารับการรักษาที่หนักมาก่อน, เป็นผู้สูงอายุ, ในชีวิตปกติผู้ป่วยจะรับประทานอาหารมื้อเย็นประมาณ 2 มื้อหลังทำงานเสร็จ (ชอบรับประทานหมูสามชั้น

และเครื่องในหมู ต้มต่อฮวนรับประทานเองประจำ) หลังจาก นั้นเข้านอนตื่นตีสี่ เพื่อเตรียมของไปขาย ไม่เคยออกกำลังกายเนื่องจากมีความเชื่อว่าการเข็นรถไปขายของ คือการออกกำลังกาย

วัตถุประสงค์ :

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจสามารถ ดูแลตนเองไม่เกิดโรคซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล :

สามารถตอบคำถามในเรื่องการปฏิบัติตนเพื่อ ป้องกันการเกิดโรคซ้ำ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพในเรื่องการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค โดยการซักถาม ทบทวนการปฏิบัติตัวที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

1.1 แนะนำอาหารที่เหมาะสมหลีกเลี่ยงรับ ประทานไขมันสูง เช่น หมูสามชั้น เครื่องในสัตว์ ของทอด หนักเลี่ยน อาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง เช่น ปลาเค็ม ปลาร้า เป็นต้น เพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง

1.2 แนะนำให้ปรับเวลารับประทานอาหาร เย็นไม่เกิน 18.00 น. หลังรับประทานอาหารไม่ควรนอน ทันที, Active Exercised โดยใช้มือช่วยยกแขนขา แนะนำให้ทำเข้าเย็น

1.3 รับประทานยาตามแผนการรักษาอย่าง ต่อเนื่อง โดยให้ญาติช่วยตรวจสอบความถูกต้อง

1.4 เน้นย้ำเรื่องการมาตรวจตามนัดที่คลินิก โรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้ได้รับการประเมินผลหลังการ รักษา และนัดพบแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูในวันเดียวกัน

2. พยาบาลประสานงานส่งต่อข้อมูล HHC เพื่อ การติดตามเยี่ยมบ้าน โดยทีมสุขภาพคลินิกหมอครอบครัว ศรีมาลา ตำบลในเมือง อำเภอเมืองพิจิตร และประสานงาน การส่งข้อมูลผู้ป่วยย้อนกลับมายังหน่วยโรคหลอดเลือด สมอง

การประเมินผล :

ญาติและผู้ดูแลสามารถตอบคำถามเรื่องการ ปฏิบัติตนที่ถูกต้องได้, มีการวางแผนการดูแลโดยมี Care Giver ในชุมชนศรีมาลาจะมาดูแลผู้ป่วยประจำ โดย ผู้ป่วยสามารถจ่ายค่าจ้างดูแลได้

สรุป

กรณีศึกษาหญิงไทย วัย 72 ปี เข้ารับการรักษาใน stroke unit โรงพยาบาลพิจิตร เมื่อวันที่ 12 มีนาคม 2566 มาโรงพยาบาล ด้วยอาการแขนขาอ่อนแรงขวา 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ปฏิเสธโรคประจำตัว แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Acute ischemic stroke with Stroke fast track และ CT brain พบ Hyper acute left MCA infarction ($<1/3$ of MCA territory), An encephalomalacic change in left frontal lobe. BW 57 kgs. สูง 148 cms. ค่าดัชนีมวลกาย = 26.02 แพทย์รักษาโดยใช้ยาละลายลิ่มเลือด (rtPA) หลังจากได้ยาละลายลิ่มเลือด ครบ 24 ชั่วโมง ส่ง CT brain เข้า พบ Acute infarction in left frontal-temporal-parietal lobe, basal ganglia, internal capsule, external capsule (Large left MCA territory) ประเมินการกลืนพบว่าไม่สามารถกลืนอาหารได้ตามปกติ เริ่มให้อาหารทางสายยางวันที่ 14 มีนาคม 2566 (BD 1:1 250 mlx 4 feed + น้ำตาม 50 ml/feed) ผู้ป่วยมีปัญหาด้านอาการพูดผิดปกติอย่างรุนแรง (severe dysarthria) และภาวะที่มีความบกพร่องในการพูดหรือการเข้าใจภาษา (global aphasia) Consult นักกิจกรรมบำบัด (OT) และเวชศาสตร์ฟื้นฟู (IMC) ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพด้วยการทำ bed mobility training, balance training, การฝึกพูด ผู้ป่วยแลบลิ้นมาฝั่งอ่อนแรงได้ดีขึ้น แต่ยังให้แรงต้านได้ไม่นาน ออกเสียง อา อี อุ 5 ครั้ง/คำ ออกเสียงได้เอง ชัดขึ้น ไม่มีเหนื่อยหอบ และทำกิจกรรมบำบัด (OT) ด้วยกิจกรรม “ทายชื่อบัตรภาพ หมวดคำกริยา” ผู้ป่วยพูดชื่อได้เองบางคำ เช่น ผู้ชาย ผู้หญิง ใส่กางเกง แต่ยังพูดเองได้ไม่หลากหลาย กระตุ้นให้ออกเสียงพูดตามคำ 5-6 พยางค์ พูดได้ดีขึ้น และเติมคำในประโยค, ผู้ป่วยเริ่มเข้าใจและตอบคำถามง่ายๆ ที่คุ้นเคยเมื่อถาม เช่น กินข้าว รึยัง “กินแล้ว”, เหนื่อยไหม “ไม่เหนื่อย” แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้วันที่ 23 มีนาคม 2566 รวมนอนโรงพยาบาล 11 วัน ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยมีคะแนน ADL เพิ่มขึ้นจาก 0 เป็น 10/20 คะแนน และหลังจำหน่าย 2 เดือน ADL เพิ่มขึ้นเป็น 16/20 คะแนน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูลงความเห็น ผู้ป่วยฟื้นฟูได้เต็มศักยภาพแล้ว

วิจารณ์

ภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) พบได้บ่อยถึง 85% ของโรคหลอดเลือดสมอง อาการอาจเกิดขึ้นทันทีทันใด อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง จะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของเนื้อเยื่อสมองที่มีพยาธิสภาพหากไม่ได้รับการวินิจฉัย และการรักษาได้ทันที่ อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในระยะอันสั้น⁽⁷⁾ โรคหลอดเลือดสมองมีความซับซ้อน ต้องการการรักษาที่เฉพาะแบบเร่งด่วนเพื่อรักษาชีวิต และลดความพิการไม่ให้อาการรุนแรงมากขึ้น ปัจจุบันได้มีการวางระบบช่องทางด่วน (Stroke Fast track) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 4 ชั่วโมง 30 นาทีแรก หลังเกิดอาการ⁽⁸⁾ การใช้ยาละลายลิ่มเลือดในการเปิดหลอดเลือดดำ (intravenous thrombolytic therapy) เป็นหนึ่งในมาตรฐานของการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันในระยะเฉียบพลันยา recombinant tissue-plasminogen activator (rt-PA) เป็นยาที่ใช้กระตุ้นให้ก้อนเลือดที่แข็งตัวแล้วไปอุดตันเส้นทางการไหลของเลือดสลายตัวและละลายไปเพื่อเปิดทางให้เลือดสามารถวิ่งไปเลี้ยงสมองได้เป็นปกติ ลดการสูญเสียของเซลล์สมอง ช่วยลดอัตราการตายและความรุนแรงของความพิการได้ กรณีศึกษานี้มาถึงโรงพยาบาลไม่เกินเวลา 4.5 ชั่วโมง⁽⁸⁾ ประเมินทางระบบประสาทตาม National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) ได้คะแนนเท่ากับ 11 จัดความรุนแรงอยู่ในระดับ 3 (คะแนน 5-14 = Mild to Moderately) ผลการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบมีการขาดเลือดในสมองบริเวณหลอดเลือด MCA ด้านซ้ายอย่างรุนแรง ($<1/3$ ของพื้นที่ MCA แพทย์รับเข้าไว้รักษาใน stroke unit ภายใต้การดูแลของอายุรแพทย์ประสาทและสมอง และทีมสหวิชาชีพได้ให้การดูแลช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ได้แก่ ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองขาดเลือด ผลการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองก่อนให้ r-TPA พบ มีการขาดเลือดในสมองบริเวณหลอดเลือด MCA ด้านซ้ายอย่างรุนแรง ($<1/3$ ของพื้นที่ MCA) และสามารถได้รับยาละลายลิ่มเลือดทันเวลา⁽⁹⁾ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ

โดยมีคะแนน NIHSS เพิ่มขึ้น 16 คะแนนสามารถย้ายเข้าหอผู้ป่วยสามัญเพื่อเข้ารับการรักษาฟื้นฟูสภาพ (Intermediate care) ได้ในวันที่ 15 มีนาคม 2566 ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพแบบองค์รวมจากทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (NP IMC) นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด ร่วมกับการกระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยได้ถึง 2 รอบต่อวัน

การศึกษาชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลทีมสหวิชาชีพที่มีความรู้ ทักษะความเชี่ยวชาญเฉพาะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพเกิดความปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่มเลือดผ่านทางหลอดเลือดดำ rt-PA (Recombinant Tissue Plasminogen Activator) มีการวางแผนเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ พยาบาลมีส่วนสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเป็นศูนย์กลางในการประสานงานบุคลากรในทีม และญาติวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทั้งในระยะเฉียบพลันและการดูแลต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ การสังเกตอาการป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้อย่างทันทั่วทั้งที่ สืบค้นหา สาเหตุของโรคอันจะนำไปสู่การวางแผนการรักษาในระยะยาวและการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ครอบคลุม 4 มิติ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ดังนั้นเมื่อ ได้กำหนดเป้าหมายการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองแล้ว ในการจัดระบบการพยาบาล นอกจาก การแก้ไขปัญหาลักษณะที่เกิดขึ้นแล้ว ยังมุ่งพัฒนา ความสามารถในการดูแลที่บ้าน ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ระบบการพยาบาลที่ปฏิบัติการในผู้ป่วยกรณีศึกษา จะเห็นว่าผู้ป่วยมีพยาธิสภาพตรงตามทฤษฎีโรคที่อธิบายว่า โรคหลอดเลือดสมองพบมากในผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป โดยปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่ AF และ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น การจัดระบบการพยาบาล ผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นไปตามหลักการพยาบาลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง คือการดูแลระยะวิกฤต มุ่งการเฝ้าระวังภาวะคุกคามต่อชีวิตอันเป็นผลจากการ ทำหน้าที่ของสมองบกพร่องจากพยาธิสภาพ

ของโรค⁽⁷⁾ ส่วนการดูแลระยะต่อเนื่องเป็นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ คือ การร่วมมือกับแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด ในการฟื้นฟูสภาพร่างกายทั้ง Active และ Passive movement รวมทั้งการวางแผนการรักษาต่อเนื่องรวมทั้งการวางแผนจำหน่าย เป็นอีกบทบาทของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยในการให้ คำแนะนำเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำหรือป้องกันการกลับเข้า มารับการรักษาซ้ำด้วยโรคเดิมและเมื่อแพทย์กำหนดวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พยาบาลได้แนะนำแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นใกล้บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค.(2562).แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564).โอโมชั่นอาร์ต จำกัด; 102-110.
2. อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ, พุฬิญา โอชารส, บุษกร โลหารขุน, อุไรรัตน์ ศิริวัฒน์เวชกุล, วิไล คุปต์นิรติศัยกุล และสุประวีณ์ โอภาเฉลิมพันธุ์. (2562), ต้นทุน-ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังระยะเฉียบพลัน ด้วยรูปแบบการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate care) เปรียบเทียบกับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก. วารสารกรมการแพทย์;44: 167-173.
3. กระทรวงสาธารณสุข. (2566) HDC. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11
4. โรงพยาบาลพิจิตร.(2567). สรุปผลงานจังหวัดพิจิตร เพื่อรับการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2567 รอบที่ 2/2567.พิจิตร: โรงพยาบาลพิจิตร.
5. สมบัติ มุ่งทวีพงษา.(2565).โรคหลอดเลือดสมองและประสาทวิทยาวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 2.



- กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์.
6. นลินี พสุคันธภัก, สายสมร บริสุทธิ, วันเพ็ญ
ภิญโญภาสกร, บรรณาธิการ.(2559).แนวทาง
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับ
พยาบาลทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:
สถาบันประสาทวิทยากรมการแพทย์;หน้า8-9.
7. ทศนีย์ ดันตฤทธิศักดิ์, ธน ธีระวรวงค์.(2562).
แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบ
หรืออุดตันสำหรับแพทย์ฉบับสมบูรณ์. พิมพ์
ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
8. สมศักดิ์ เทียมเก่า, บรรณาธิการ. (2563). แนวทาง
เวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองสำหรับทีม
สุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 7. ขอนแก่น:
โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
9. สมบัติ มุ่งทวีพงษา.(2565) โรคหลอดเลือด
สมองและประสาทวิทยาวิกฤติ. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์.



รายงานผู้ป่วย

Patient Report

การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว : รายงานผู้ป่วย

Nursing Care for a Patient with Hypertension and Heart Failure : Case Report

ประไพ งดงาม พย.บ.

โรงพยาบาลพิจิตร

บทคัดย่อ

ภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างรวดเร็วเฉียบพลัน หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็วเหมาะสม อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ ลดอุบัติการณ์การเสียชีวิต และลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ และเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยชายไทยโสดอายุ 67 ปี มาตรวจที่แผนกฉุกเฉิน วันที่ 23 มิถุนายน 2566 ด้วยอาการหายใจเหนื่อย 7 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 36-40 ครั้ง/นาที ระดับความดันโลหิต 249/128 มิลลิเมตรปรอท แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ และให้ Nitroglycerin 50 mg + NSS 250 ml start 10cc/hr และรับไว้ในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2566 ได้รับการวินิจฉัย Heart Failure with Hypertensive emergency รวมนอนโรงพยาบาล 7 วัน พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 6 ข้อ ได้แก่ 1) มีภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากความดันโลหิตสูง 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูง 3) เสี่ยงต่อการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จเนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ 4) มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำเนื่องจากขาดสารน้ำและสารอาหาร 5) เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด และ 6) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ มีการตอบสนองต่อการรักษาจากการติดตามการรักษา มาตรวจและรับยาตามนัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ : การพยาบาล , ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง , ภาวะหัวใจล้มเหลว

Abstract

Heart failure can present with rapidly changing and acute symptoms. If not promptly and appropriately managed, it may lead to patient mortality. This study aims to ensure that patients with hypertension and heart failure receive care according to professional standards, reduce the incidence of mortality, and decrease the rate of recurrent hospitalizations, as well as to provide guidelines for the care of patients with hypertension and heart failure.

Results : A 67-year-old single Thai male presented to the emergency department on June 23, 2023, with shortness of breath experienced 7 hours prior to arrival. The patient exhibited respiratory distress with a respiratory rate of 36-40 breaths per minute. BP 249/128 mmHg.

The physician decided to intubate the patient and administered Nitroglycerin 50 mg + NSS 250 ml starting at 10 cc/hr. He was admitted to the medical ward for male patients until June 30, 2023, and was diagnosed with Heart Failure with Hypertensive Emergency, with a total hospital stay of 7 days. Six nursing diagnoses were identified: 1) Heart failure due to hypertension, 2) Risk of complications due to hypertension, 3) Risk of unsuccessful weaning from the ventilator due to ineffective breathing, 4) Hypokalemia due to dehydration and nutritional deficiency, 5) Risk of harm from easy bleeding and difficult cessation due to anticoagulant therapy, and 6) Patient and family anxiety regarding the illness due to lack of knowledge about self-care. The patient received nursing care according to the established plan and showed significant responses to treatment during follow-up visits and medication adherence, with no complications reported.

Keyword : Nursing C , Patients with Hypertension , Heart Failure.

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง คือ การที่ผู้ที่เป็นโรคไม่ได้ตระหนักว่าเป็นโรค หรือแม้จะตระหนักก็ยังไม่เชื่อถือและไม่ได้ติดตาม รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จากรายงานองค์การอนามัยโลกปี 2562 พบว่า ประชากรอายุ 30-79 ปี 1.28 พันล้านคนทั่วโลกป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ทราบว่าตนเองป่วยมากถึงร้อยละ 46 และมีเพียงร้อยละ 42 ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา โดย 1 ใน 5 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้⁽¹⁾ ซึ่งผลของความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ มีความสัมพันธ์กับหลอดเลือดแข็งจากการมีไขมันมาเกาะ (Atherosclerosis) และส่งผลต่อภาวะหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะไตเสื่อมหน้าที่ (Nephropathy) โรคหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral vascular diseases) หลอดเลือดแดงโป่งพอง (Aortic aneurysms) และภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) โดยพบว่า ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดที่มารักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว มักมีความดันโลหิตสูงมาก่อน และเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาหรือรักษาไม่ต่อเนื่อง มักจะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ⁽²⁾ จากการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนไทย ในปี พ.ศ.2565 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 6,846,137 คน มีแนวโน้มพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽³⁾ ปัญหาสำคัญของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยที่พบบ่อยคือผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิต

ให้ลดลงเนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 45 ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยไม่ตระหนักในตนเองต่อการรักษาหรือเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อเนื่อง มีเพียงร้อยละ 6.00 ที่ทราบและตระหนักว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ปฏิเสธการรักษาหรือไม่ได้รับการติดตามและรักษาอย่างถูกต้อง รวมทั้งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถคุมความดันโลหิตได้ประมาณ 2.5 ล้านคนทั่วประเทศเนื่องจากความไม่สะดวกในการเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือภูมิลำเนาอยู่ห่างไกล ระยะเวลาที่รอคอยเพื่อรับการตรวจรักษา การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ รวมทั้งผลข้างเคียงของยาและอุปสรรคที่ต้องใช้ยาร่วมกันหลายชนิด ทำให้รับประทานยาไม่ครบถ้วน การขาดความเอาใจใส่เพื่อปรับเพิ่มระดับยาขึ้นเมื่อควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้⁽²⁾ สถานการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดพิจิตร ในปีพ.ศ.2565-2567 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเท่ากับ 85,528,83,021 และ 87,543 รายตามลำดับ โดยมีกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ได้เท่ากับร้อยละ 40.69,41.73 และ 35.07 ตามลำดับ⁽⁴⁾

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโดยมีรายงานพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั่วโลกประมาณ 26 ล้านคน โดยคาดว่าจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 25 ในปี พ.ศ. 2573 สำหรับประเทศไทย พบอัตราการนอนโรงพยาบาล

ซ้ำในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ถึงร้อยละ 51 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องประสบกับปัญหาต่างๆ อันเนื่องมาจากภาวะเจ็บป่วยของตน เกิดจากภาวะเจ็บป่วยของตน เกิดภาวะการดูแลรวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก⁽²⁾ ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นภาวะที่หัวใจอ่อนแรงไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้อย่างปกติ เนื่องจากหัวใจมีการบีบตัวหรือคลายตัวที่ผิดปกติ หรือมีขนาดโตหรือหนากว่าปกติ และกล่าวได้ว่า ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว การควบคุมความดันโลหิตอย่างเหมาะสม สามารถลดการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้⁽²⁾ ภาวะหัวใจล้มเหลวแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1.) ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เป็นภาวะฉุกเฉิน ซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาทันทีมักพบในผู้ป่วยที่เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การรักษามุ่งเน้นการรักษาภาวะฉุกเฉิน เช่น หลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลัน ความดันโลหิตสูงวิกฤต เป็นต้น เพื่อช่วยการไหลเวียนเลือดและการหายใจ 2.) ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง บางครั้งอาจมาตรวจด้วยอาการที่ไม่จำเพาะ เช่น อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายจำเป็นต้องอาศัยการตรวจเพิ่มเติมเพื่อช่วยในการวินิจฉัย เช่น การตรวจเลือด และตรวจการทำงานของหัวใจและหาสาเหตุที่ทำให้เกิด CHF เพื่อช่วยให้ควบคุมโรคได้ดีขึ้น และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในปัจจุบันยังไม่มีแนวทางในการรักษาโรคร่วมหรือแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจนมากนัก แต่เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจากการมีความดันโลหิตสูง ดังนั้นการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมจึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป หรือเป็นเบาหวานร่วมด้วยควรควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 150/90 mmHg และน้อยกว่า 140/90 mmHg ในกรณีที่มีโรคไตร่วมด้วย ค่า estimated GFR < 60 mL/min/1.73 m² of body surface area หรือมี ค่า albumin-creatinine ratio มากกว่า 30 mg/gm การควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่าระดับที่แนะนำไว้ในแนวทางปฏิบัติจะช่วยลดอัตราการเกิดโรคของหัวใจและหลอดเลือดและอัตราการเสียชีวิตลงได้⁽⁶⁾ การพยาบาลผู้ป่วยภาวะ

หัวใจล้มเหลวเฉียบพลันในระยะวิกฤตมีเป้าหมายสำคัญคือเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ โดยลดการทำงานของหัวใจ ลดออกซิเจนที่ใช้ในการเผาผลาญของร่างกายให้ลดน้อยลงได้แก่การพักผ่อน การให้ออกซิเจน การช่วยเหลือจำกัดกิจกรรมให้ผู้ป่วย ลดภาวะความวิตกกังวลของผู้ป่วย อีกทั้งลดอาการบวมของร่างกายและอาจจำเป็นต้องจำกัดน้ำดื่ม⁽⁷⁾ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลพิจิตรให้การดูแลผู้ป่วยที่ภาวะหัวใจล้มเหลวใน ปี พ.ศ.2565-2567 มีจำนวน 63,87 และ 69 รายตามลำดับและมีผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการใส่เครื่องช่วยหายใจเท่ากับ 5 ราย (ร้อยละ 7.93), 9 ราย (ร้อยละ 10.34) และ 7 ราย (ร้อยละ 10.14) ตามลำดับ ผู้ศึกษาตระหนักและเล็งเห็นโอกาสในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลจึงสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิตและไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล สามารถดูแลในระยะฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพลดอุบัติการณ์การเสียชีวิต และลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ
2. เพื่อเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

วิธีการดำเนินการ

กรณีศึกษาเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย1โรงพยาบาลพิจิตรในเดือนมิถุนายน 2566 โดยศึกษาประวัติผู้ป่วย การรักษาพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติและการสังเกต 2) แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียน 3) แบบบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาลพิจิตร เมื่อรวบรวม



ข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียนแล้วนำข้อมูลมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล รวมระยะวิกฤต ถึงวิกฤต และเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน

รายงานผู้ป่วย

1. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ

ผู้ป่วยชายไทยรูปร่างผอมไม่สามารถชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง เนื่องจากยืนไม่ไหวและใส่ท่อช่วยหายใจ อายุ 67 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพโสด ไม่ได้ประกอบอาชีพ อยู่กับน้องสาวอายุ 60 ปี ภูมิลำเนาจังหวัดพิจิตร จบการศึกษาระดับประถมศึกษา สិทธิผู้พิการ มาตรวจที่แผนกฉุกเฉิน วันที่ 23 มิถุนายน 2566 แพทย์รับไว้รักษาตัวผู้ป่วยในการวินิจฉัยแรกรับ : Pneumonia (CAP) with respiratory failure with HT Emergency และจำหน่ายวันที่ 30 มิถุนายน 2566 การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย : Heart Failure with Hypertensive emergency รวมนอนโรงพยาบาล 7 วัน

อาการสำคัญ :

หายใจเหนื่อย 7 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน :

7 ชั่วโมงก่อนมาไอมีเสมหะ เหนื่อยหายใจไม่สะดวก ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลถึงห้องฉุกเฉิน หายใจเหนื่อย RR 36-40 ครั้ง/นาที PR 86 ครั้ง/นาที BP249/128 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 37.9 องศาเซลเซียส on O₂ mask with bag10 LPM ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 93-96 % แพทย์พิจารณาใส่ Endotracheal tube No.8 mark 22 ให้ Nitroglycerin 50 mg + NSS 250 ml start 10cc/hr.ให้ แพทย์รับไว้ในการดูแลวันที่ 23 มิถุนายน 2566 เวลา 18.01 น.

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต :

HT, โรคหัวใจขาดยา status bed ridden จากสโตรกหัก

ประวัติการผ่าตัด และการแพ้ยา :

ปฏิเสธการผ่าตัดและการแพ้ยาใดๆ

การวินิจฉัยแรกรับ :

Pneumonia (community acquired pneumonia; CAP) with respiratory failure with HT Emergency

การตรวจร่างกายตามระบบ

GA : A Thai man with good consciousness
On ETT V/S: BT 37.9oC BP 249/128 mmHg Pulse 78/min RR=36-40/min

HEENT : not pale conjunctivae, an icteric sclera

Heart : regular rhythm

Lungs : fine crepitation both lower lungs

Abd : normal active bowel sound, soft, not tender

Ext : no pitting edema

Neuro : E4V5M6, pupil 3mm RTLBE

EKG : V2-V3 suspected biphasic T wave
OtherleadnoST-TchangeV3R-V4R-
No RV infarction sign Trop T 40-->43

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย :

Heart Failure with Hypertensive emergency

อาการแรกรับ :

ผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่อง E4VTM6 pupil 3mm RTLBE on ET-tube No.8 mark 22 ฟัง Lungs มี fine crepitation both lower lungs สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 200/100 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100% น้ำตาลในเลือด 105 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ :

V2-V3 suspected biphasic T wave Other lead no ST-T change V3R - V4R - No RV infarction sign

ผลตรวจเอกซเรย์ :

CXR : Cardiomegaly with Rt pleural effusion with fluid in minor fissure

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ :**

รายการ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ	
		วันที่ 23 มิ.ย. 66	การแปลผล
1. Complete blood count :			
Hematocrit (Hct)	38.2 - 51.2 %	30.2	ต่ำกว่าเกณฑ์
Hemoglobin (Hb)	12.9 - 17.5 g/dL	10.0	ต่ำกว่าเกณฑ์
White blood cell	4.0 - 10.6 x 1000/cu.mm	6000	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
Neutrophil	50 - 60 %	59	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
Lymphocyte	25 - 35 %	33	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
Eosinophil	2-3%	2	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
Platelet	140 - 400 x 1000/cu.mm	238	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. Serum lactate	0.5 - 2.2 mmol/L	1.2	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. ผลการเพาะเชื้อ			
Hemo culture ขวดที่ 1	No growth	No growth	ปกติ
Hemo culture ขวดที่ 2	No growth	No growth	ปกติ

รายการ	ค่าปกติ	ผลการวิเคราะห์กรณีศึกษา		
		23 มิ.ย. 66	25 มิ.ย. 66	26 มิ.ย. 66
3. Electrolyte :				
Potassium	3.40 - 4.50 mmol/L	3.71 mmol/L	2.74 mmol/L ต่ำ	4.71 mmol/L
Sodium	136.0 - 145.0 mmol/L	135.0 mmol/L	133.0 mmol/L ต่ำ	138.0 mmol/L
Chloride	98 - 107 mmol/L	102 mmol/L	96 mmol/L ต่ำกว่าเกณฑ์	104 mmol/L
Bicarbonate (CO2)	22.0 - 29.0 mmol/L	17.7 mmol/L	19.1 mmol/L ต่ำ	22.0 mmol/L
calcium	1.6 - 10.0mg/dL	8.78 mg/dL		
magnesium	1.6 - 2.6 mg/dL	1.9 mg/dL		
Phosphorus	2.5 - 4.5 mg/dL	3.8 mg/dL		
4. Renal function :				
BUN	6 - 20 mg/dL	21	28 สูงเล็กน้อย	
Creatinine	0.51 - 0.95 mg/dL	1.0	1.2 สูง	
eGFR	>90 mL/min/1.73 m ²	77.54 ต่ำ	59.78 ต่ำ	

**อาการเปลี่ยนแปลง****และการรักษาที่ได้รับวันแรก :**

วันที่ 1 วันที่ 23 มิถุนายน 2566 : ผู้ป่วยรู้ตัว รู้เรื่อง E4VTM6 pupil 3mm RTLBE on ET-tube with ventilator PCV mode Pi 16 RR16 PEEP 5 FiO₂ 0.4 หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ สัญญาณชีพ : T= 37°C BP = 200/100 mmHg RR = 18 /min O₂sat = 100%, on Ringer Lactate 1000 ml rate KVO ml/hr on Nitroglycerin 50 mg+NSS 250 ml V start 10 ml/hr เจาะเลือดส่งตรวจ CBC, BUN, Cr, Elyte, Ca, Mg, PO, LFT, Blood lactate, VBG, H/C x 2, ฉีด furosemide iv 40 mg, NPO diet retain foley cath urine สีเหลืองใส เจาะ DTX q 8 hr keep 80-180 mg% DTX อยู่ในช่วง 97-117 mg%

วันที่ 2 วันที่ 24 มิถุนายน 2566 : ผู้ป่วยรู้ตัว รู้เรื่อง E4 VTM 6 pupil 3mm RTLBE on ET-tube with ventilator PCV mode Pi 16 RR 16 PEEP 5 FiO₂ 0.4 Ti 1 หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง สัญญาณชีพ : T= 36.7°C BP = 110-140/60-90 mmHg RR = 18/min PR = 72/min O₂sat = 100%, Try tail off NTG ได้ ฉีด furosemide iv 80 mg, ผู้ป่วยเหนื่อย แน่นอก O₂sat 100% ทำ EKG 12 lead : ST depress at V3 V4 แพทย์ให้ observe ผู้ป่วยไม่มีแน่นอกอีก off NPO on NG feed อาหารและยา : Aspirin 81 mg 1 tab oral pc., Doxazosin 2 mg 2 tab oral hs, Atorvastatin 40 mg 0.5 tab oral pc เย็น, Amlodipine 10 mg 1 tab oral pc เข้า (stat) BD 1:1 150x4 feed + น้ำตาม 50 ml. ให้เจาะ BUN, CR, Electrolyte พุ่งนี้

วันที่ 3 วันที่ 25 มิถุนายน 2566 : ผู้ป่วยรู้ตัว รู้เรื่อง E4VTM6 pupil 3 mm RTLBE สัญญาณชีพ : T = 36.2°C RR 20 /min P = BP = 140/70 mmHg ปรับ ventilator เป็น mode PSV PS 16 PEEP 5 FiO₂ 0. ผล , Electrolyte : K = 2.74 mmol/L ดูแลให้ Kcl Syr 30 ml oral ทุก 3 hr. x 2 dose เจาะ Electrolyte พุ่งนี้ นัด Echo

วันที่ 4 วันที่ 26 มิถุนายน 2566 : ผู้ป่วยรู้ตัว รู้เรื่อง E4VTM6 pupil 3mm RTLBE ventilator mode PSV PS 14 PEEP 5 FiO₂ 0.4 หายใจไม่เหนื่อย สัญญาณชีพ:

T= 36.2°C RR 20 P=72 /min BP= 150/80 mmHg ปรับ BD 1.2:1 250 x 4 feed ติดตามผล Electrolyte : K=4.71 mmol/L

วันที่ 5 วันที่ 27 มิถุนายน 2566 : ผู้ป่วยรู้ตัว รู้เรื่อง E4VTM6 pupil 3mm RTLBE สัญญาณชีพ : T = 36.4°C RR 18 /min P = 62/min BP = 160/80 mmHg ปรับ ventilator mode PSV PS 10 PEEP 5 FiO₂ 0.4 ให้ NPO เว้นยา try wean PS 8 ไม่เหนื่อย 13.00 น. off ET tube on HHHFNC 40 LPM T 35 FiO₂ 0.4 ไม่เหนื่อย O₂ sat 98% ความดันโลหิตเริ่มดีขึ้น off Amlodipine ให้ Manidpine 20 mg 1tab oral pc. เข้า, Metoprolol 100mg 0.5 tab oral x2pc

วันที่ 6 วันที่ 28 มิถุนายน 2566 : ผู้ป่วยรู้ตัว รู้เรื่อง E4V5M6 หายใจไม่เหนื่อย สัญญาณชีพ : T= 36.6°C RR 20 /min P = 64/min BP = 140/60 mmHg off HHHFNC 40 LPM T 35 FiO₂ 0.4 Try on O₂ canular 3 LPM O₂ sat 98% at 10.00 น. try wean on O₂ canular หายใจ room air O₂ sat 89-100% off foley หลัง off ผู้ป่วยปัสสาวะออกดี แพทย์ off Manidpine 20 mg 1tab oral pc เข้า ให้ Enalapril 5mg 0.5 x 2tab oral pc เข้า, Spironalactone 25mg 2tab oral pc เข้า ส่งผู้ป่วยทำ Echo ผล : Dilated cardiomyopathy, Moderate MR mild AR

วันที่ 7 วันที่ 29 มิถุนายน 2566 : ผู้ป่วยรู้ตัว รู้เรื่อง หายใจ room air ไม่เหนื่อย สัญญาณชีพ : T= 36.6°C RR 20 /min P=64/min BP= 140/60 mmHg O₂ sat 97% off NG tube ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนได้ไม่ลำบาก

วันที่ 7 วันที่ 30 มิถุนายน 2566 : ผู้ป่วยรู้ตัว รู้เรื่อง หายใจ room air ไม่เหนื่อย สัญญาณชีพ : T= 36.2 °C RR 20 /min P=70/min BP= 120/60 mmHg O₂ sat 97% แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ , Follow Up 2 wk 13 /7/66 + BUN, Cr, Electrolyte , CXR

Home Medication : Aspirin 81 mg 1 tab oral x 1 pc เข้า จนถึงวันนัด, Doxazosin 2mg 2tab oral x hs จนถึงวันนัด, Atorvastatin 40 mg 0.5 tab oral x 1 pc เข้า จนถึงวันนัด, Metoprolol 100mg 0.5 tab oral x 2 pc เข้า-เย็น จนถึงวันนัด, Enalapril

5 mg 0.5 tab oral x 2 pc เข้า-เย็น จนถึงวันนัดและ
Spironolactone 25 mg 2tab oral x 1 pc เข้า
จนถึงวันนัด

การติดตามหลังจำหน่าย :

ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดวันที่ 13 กรกฎาคม ผล
CXR ปกติ และผลเลือดโดยรวมดีขึ้น : BUN = 37 mg/dL
Normal = 6-20 mg/dL, Creatinine = 1.12 mg/dL
Normal = 0.51-0.95 mg/dL, eGFR enzyme = 67.61
Normal, Sodium = 130.0 mmol/L Normal = 136.0-
145.0 mmol/L, Potassium = 4.31 mmol/L Normal
= 3.40-4.50 mmol/L, Chloride = 106 mmol/L
Normal = 98-107 mmol/L, Bicarbonate (CO₂) =
11.9 mmol/L Normal = 22.0-29.0 mmol/L และ
Anion Gap = 16.2 Normal ให้ยาเดิม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1

มีภาวะหัวใจล้มเหลวล้มเหลวเนื่องจากความดัน
โลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน :

1. ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย หายใจเหนื่อย RR 36-40
ครั้ง/นาที P86 ครั้ง/นาที BP249/128 มิลลิเมตรปรอท
อุณหภูมิ 37.9 องศาเซลเซียส on O₂ mask with bag
10 LPM ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO₂)
93-96 % หลังรับไว้แพทย์พิจารณา On Endotracheal
tube No.8 mark 22

2. ญาติให้ประวัติรักษาโรคความดันโลหิตสูงไม่
ต่อเนื่อง ขาดยามา 2 ปี

3. ผล CXR : Cardiomegaly with Rt pleural
effusion with fluid in minor fissure

วัตถุประสงค์ :

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหัวใจล้มเหลว

เกณฑ์การประเมิน :

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ หายใจไม่หอบ
เหนื่อย อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16-20 ครั้ง/นาที,
ระดับความดันโลหิต น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท

2. ปัสสาวะมากกว่า 0.5 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัว
ต่อชั่วโมง (300 มิลลิลิตร/8 ชั่วโมง)

3. ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด $\geq$ 95%
ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว

4. ผล CXR วันที่ : 25 มิถุนายน 2566 : ปอดปกติ
ไม่มีน้ำคั่งในปอด

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจนโดยให้ผู้ป่วยได้
รับ O₂ อย่างเพียงพอ โดยให้ SpO₂ > 95%

2. ตรวจสอบความสัมพันธ์การหายใจของผู้ป่วย
กับเครื่องช่วยหายใจ

3. การดูแลท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่
เหมาะสม ไม่หัก พับ งอ ความลึก ตรวจสอบ cuff
pressure ให้ไม่เกิน 25 มิลลิเมตรปรอท เพื่อป้องกันการเกิด
tracheal mucosal necrosis

4. การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน และความชื้น
ทางเดินหายใจอย่างเหมาะสม ตรวจสอบการปรับตั้งค่า
เครื่องช่วยหายใจให้ตรงกับคำสั่งแพทย์

5. ติดเครื่องเฝ้าระวังและติดตามการเปลี่ยนแปลง
ของสัญญาณชีพ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ทุก 1-2 ชั่วโมง โดยไม่
รบกวนเวลาพักผ่อนของผู้ป่วย (ติดเครื่องติดตามการ
ทำงานของหัวใจไว้ตลอดเวลา)

6. ให้ยาขับปัสสาวะ Lasix 40 มิลลิกรัม ทาง
หลอดเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินและ
บันทึก การตอบสนองของยา และเฝ้าระวังอาการข้างเคียง
ที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะขาดสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย
เช่น ภาวะโพแทสเซียม, แมกนีเซียม และฟอสฟอรัสต่ำ

7. บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย ทุก
8 ชั่วโมง

8. ให้ผู้ป่วยพักบนเตียง (absolute bed rest)
โดยจัดศีรษะสูง 30-60 องศา

9. ให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมเพื่อลดการใช้
พลังงานของผู้ป่วย ฟังเสียงปอด และประเมิน สัญญาณชีพ

ประเมินผลการพยาบาล :

สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อัตราการหายใจ
อยู่ในช่วง 18-22 ครั้ง/นาที BP = 110-140/60-90
mmHg (24 มิถุนายน 2566) ทุเลาเหนื่อย ปัสสาวะออก
300-1,000 มิลลิลิตร ใน 8 ชั่วโมง สีเหลืองใส, SpO₂
อยู่ในช่วง 95-98% ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีภาวะ
ความดันโลหิตสูง



ข้อมูลสนับสนุน :

1. ความดันโลหิตอยู่ในช่วงหลังรับไว้เท่ากับ 200/100 mmHg

2. ประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง ชาติยา 2 ปี

วัตถุประสงค์ :

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง

เกณฑ์การประเมิน :

1. ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกน้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

2. ระดับความรู้สึกตัวปกติ แขนขาไม่อ่อนแรง

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินสัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัว ทุก 1 ชั่วโมง

2. ให้ผู้ป่วยพักบนเตียง (absolute bed rest)

3. บันทึกอาการและอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ชีพจร แขนขาอ่อนแรง อาเจียน

4. ให้อาสาสมัครช่วยรับประทานตาม แผนการรักษา Doxazosin 2mg 2tab oral hs, Amlodipine 10 mg 1 tab oral pc เข้า (stat) วันที่ 27 มิถุนายน 2566 ให้ off Amlodipine เปลี่ยนเป็น Manidpine 20 mg 1x1 pc. เข้า และวันที่ 28 มิถุนายน 2566 ให้ off Manidpine 20 mg 1 tab oral pc เข้า เปลี่ยนเป็น Enalapril 5mg 0.5 x 2tab oral pc เข้าติดตามอาการ และบันทึกการตอบสนองของยา และเฝ้าระวังอาการข้างเคียง เช่น อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน แขนขาอ่อนแรง ให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่ทันที

5. แนะนำการสังเกตอาการแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูง เช่น ปากเปื่อย แขนขาอ่อนแรง เหนื่อย ชีพจร ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น

6. แนะนำเรื่องแนวทางการรักษา การรับประทานยา และการรักษาต่อเนื่อง

ประเมินผลการพยาบาล :

ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติเท่ากับ 100-120/70-80 mmHg อาการทั่วไปปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3

เสี่ยงต่อการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ เนื่องจากการหายใจไม่มี ประสิทธิภาพ

ข้อมูลสนับสนุน :

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้ากังวล หลังจากพยาบาลแจ้งว่าแพทย์มีแผนจะเอาท่อช่วยหายใจออก (25 มิถุนายน 2566) กลัวว่าจะเอาท่อช่วยหายใจออกไม่ได้

วัตถุประสงค์ :

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ด้วยความปลอดภัย

เกณฑ์การประเมิน :

1. อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16-20 ครั้ง/นาที SpO₂ ≥ 95% ไม่พบภาวะ cyanosis

2. ผู้ป่วยผ่อนคลาย ไม่กระสับกระส่าย

3. สามารถถอดท่อช่วยหายใจ และหายใจเองได้ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ดูแลให้ On Endotracheal tube with ventilator PCV mode Pi 16 RR16 PEEP 5 FiO₂ ปรับตามแผนการรักษา และมีการตรวจสอบทุกเวอร์ให้ตรงตามแผนการรักษา

2. ตรวจสอบตำแหน่งของท่อหลอดลม ให้ตรงตามตำแหน่งที่ระบุไว้ในบันทึกทางการพยาบาล

3. ตรวจสอบความดัน cuff Endotracheal tube ทุกเวอร์ ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ค่าปกติ 20-25 mmHg)

4. ติดเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ สัญญาณชีพ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ประเมินสัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัว ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดทุก 1 ชั่วโมง

5. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการดูดเสมหะ และประเมินการฟังเสียงปอด

6. ยึดหลักเทคนิคปลดเชื้อ ในการดูดเสมหะ และแรงดันการดูดเสมหะอยู่ในช่วง 100-200 mmHg

7. เฝ้าระวังสารคัดหลั่งหลังจากเครื่องช่วยหายใจเข้าสู่ท่อช่วยหายใจ

8. ดูแลเปลี่ยนท่าผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อให้เสมหะถูกขับออกได้ดี

9. ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และ on T-piece flow 10 ลิตร/นาที

10. ประเมินอาการและการหายใจ สัญญาณชีพ ขณะ on T-piece flow 10 ลิตร/นาที

11. ประเมินและเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ

ของผู้ป่วย ผักเทคนิคการหายใจ พุดคุย และอธิบาย ขั้นตอน การหย่าเครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ ผ่อนคลาย ไม่กระสับกระส่าย

12. จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยพักผ่อน ลดเสียงรบกวน และประเมนการนอนหลับ

ประเมินผลการพยาบาล :

1. ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ไม่ต้านเครื่อง อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16-20 ครั้ง/นาที SpO₂ อยู่ในช่วง 95-100% ไม่มีภาวะ cyanosis ท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม

2. ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย วิตกกังวลลดลง และให้ความร่วมมือในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

3. สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจ และถอดท่อช่วยหายใจได้ วันที่ 27 มิถุนายน 2566 ไม่เหนื่อย on HHHFNC 40 LPM T 35 FiO₂ 0.4 ไม่เหนื่อย O₂ sat 98%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4

มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำเนื่องจากขาดสารน้ำและสารอาหาร

ข้อมูลสนับสนุน :

1. Potassium (25 มิ.ย. 66) = 2.74 mmol/L

2. ญาติให้ประวัติผู้ป่วยรับประทานได้น้อยมาประมาณ 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ สารอาหารอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมิน :

Potassium = 3.40 - 4.50 mmol/L

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ดูแลให้โพแทสเซียมชนิดรับประทาน ตามแผนการรักษา: KCl Syrup 30 ml oral ทุก3 hr. x 2 dose

2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงความสำคัญ และความจำเป็นของการได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ จะช่วยให้ระบบการหายใจมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ดูแลรักษาความสะอาดของปากและฟัน ซึ่งจะช่วยกำจัดกลิ่นปากและช่วยให้ผู้ป่วยมีความอยาก รับประทานอาหารมากขึ้น

4. ให้อาหารทางสายยาง Blenderized diet (1:1) 250 มิลลิลิตร จำนวน 4 ครั้งต่อวัน ให้น้ำตามหลัง

อาหาร มีอละ 50 มิลลิลิตร สังเกต content อาการ คลื่นไส้ อาเจียน

5. ติดตามค่าความ สมดุลของเกลือแร่ในเลือด (Electrolyte)

6. สังเกตอาการขาดน้ำ เช่น ซึม กระสับกระส่าย หายใจหอบ ซิพจรเต้นเบาเร็วกล้ามเนื้ออ่อนแรง ชักเกร็ง คลื่นไส้ อาเจียน หรือภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโตรลัยต์ ในร่างกาย เพื่อบริการงานการเปลี่ยนแปลงให้แพทย์ทราบ

การประเมินผล :

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการกระสับกระส่าย กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชักเกร็ง คลื่นไส้ อาเจียน Potassium (26 มิ.ย. 66) = 4.71 mmol/L

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5

เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากได้รับยาต้านยาต้านเกล็ดเลือด

ข้อมูลสนับสนุน :

ผู้ป่วยได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน Aspirin (81 mg) 1 เม็ดรับประทานหลังอาหารเช้า

วัตถุประสงค์ :

ไม่เกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก

เกณฑ์การประเมิน :

ผู้ป่วยไม่มีจุดจ้ำเลือด หรือมีเลือดออก ไม่มีถ่ายอุจจาระเป็นเลือด

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านเกล็ดเลือดตามแผนการรักษา

2. สังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านเกล็ดเลือด เช่น จ้ำเลือดตามผิวหนัง ตามตัว หรือเยื่อบุต่างๆ เช่น เยื่อบุภายในจมูก ปากและเหงือก เพื่อประเมินภาวะเลือดออกของผู้ป่วย

3. แนะนำญาติให้ทำกิจวัตรประจำวันต่อผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง ให้สังเกตอาการของผู้ป่วย เช่น อ่อนเพลีย ท้องอืด ปวดท้อง อาเจียนมีเลือดปน หรือถ่ายอุจจาระมีเลือดปน เพื่อประเมินภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร

การประเมินผล :

ไม่มีจุดจ้ำเลือดตามตัว ไม่มีเลือดออกที่ใด ผู้ป่วย และญาติทราบตอบคำถามได้ถึงอันตราย และอาการที่ต้องเฝ้าระวัง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6

ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว

ข้อมูลสนับสนุน :

1. ผู้ป่วยและญาติสอบถามเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล

2. ญาติมีสีหน้าเครียด แสดงความวิตกกังวล

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อลดความวิตกกังวล

2. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัว

เกณฑ์การประเมินผล :

1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ สาเหตุ อาการและอาการแสดง และความจำเป็นในการรักษา และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

2. ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวถูกต้อง

3. ผู้ป่วยและญาติไม่แสดงสีหน้าวิตกกังวล

กิจกรรมการพยาบาล :

1. สร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ป่วยด้วยท่าที่เป็นมิตร เพื่อให้ญาติรู้สึกอบอุ่น และคลายความวิตกกังวล

2. ประเมินระดับความวิตกกังวลของญาติ เพื่อให้สามารถช่วยลดระดับความวิตกกังวลได้ถูกต้อง

3. ประเมินระดับความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมรวมถึงความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

4. อธิบายเหตุผลการใช้ยา ขนาดที่ใช้ อาการข้างเคียงที่อาจพบ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการ บวมตามร่างกาย และหน้าแดง อาการไอ เป็นต้น และความสำคัญที่ต้องได้รับยาตามแนวทางการรักษาให้ครบถ้วน เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ เข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาถูกต้องและต่อเนื่อง

5. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีผื่นคันขึ้น หายใจเหนื่อย บวม ปวดศีรษะ แขนขาอ่อนแรง ปากเปื่อย เป็นต้น ให้มาพบแพทย์ก่อนนัดได้

6. ให้ข้อมูลแก่ญาติในเรื่องของโรคและความจำเป็นในการนอนพักรักษา

7. แนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ การฟังเพลง การสวดมนต์ โดยให้ญาติเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมของแต่ละบุคคล

8. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อนให้การพยาบาลหรือหัตถการทุกครั้ง และแจ้งให้ญาติของผู้ป่วยทราบเป็นระยะๆ เกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ขั้นตอนและแผนการรักษาพยาบาลต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับและให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

9. แจ้งให้ญาติทราบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์ และพยาบาลตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความมั่นใจและคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

10. อธิบายประโยชน์ของเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการช่วยรักษาผู้ป่วยเพื่อให้คลายความวิตกกังวล เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องควบคุมจำนวนหายใจ เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ

11. แนะนำให้มาตรวจตามนัดทุกครั้ง หากไม่สามารถมาตรวจตามนัดได้ ให้โทรมาเลื่อนนัดในโรงพยาบาล รวมทั้งในการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสภาพหอผู้ป่วย และอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้

12. ประสานงานศูนย์การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชนเพื่อติดตามเยี่ยม ประเมินอาการผู้ป่วย ให้คำแนะนำกับญาติหากมีปัญหา หรืออุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านผ่านโปรแกรม Thai COC

การประเมินผล :

1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการและความจำเป็นในการรักษา และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

2. ผู้ป่วยและญาติตอบคำถามเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องได้

3. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส คลายความวิตกกังวลมากขึ้น

อภิปรายผล

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงและภาวะหัวใจล้มเหลวมีความซับซ้อนและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ดังนี้ 1) การประเมินสภาพผู้ป่วย ควรทำการประเมินสัญญาณชีพ การตรวจวัดความดันโลหิต และการประเมินอาการทางระบบหัวใจ เช่น หายใจสั้น บวมที่ขา หรืออาการเจ็บแน่นหน้าอก 2) การบริหารจัดการยาลดความดันโลหิตและยาขับปัสสาวะมักถูกใช้ในการรักษา ต้องให้ความสำคัญกับการสังเกตอาการข้างเคียงและการตอบสนองต่อยา 3) การสอนผู้ป่วย

สอนให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิต การเลือกอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด⁽⁶⁾ 4) การติดตามผลควรมีการติดตามผลการรักษาและการเปลี่ยนแปลงในอาการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อปรับแผนการดูแลให้เหมาะสม และ 5) การสนับสนุนทางจิตใจ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมักมีความวิตกกังวลและเครียด การสนับสนุนทางจิตใจและการสื่อสารที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญ การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย⁽⁷⁾

สรุป

การมีภาวะหัวใจล้มเหลวจากโรคความดันโลหิตสูง ปัญหาที่พบคือ ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกินและปอดบวม น้ำส่งผลให้มีภาวะพร่องออกซิเจน ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจ การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ เฝ้าระวังการทำงานของหัวใจอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยได้รับยาขับปัสสาวะ ติดตามบันทึกน้ำเข้าและน้ำออก ควบคุมอาหารและน้ำดื่ม ซึ่งผู้ป่วยมี มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง มีภาวะแทรกซ้อนคือไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายมีระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ จากปัจจัยเหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ศึกษาและทีมพยาบาลตลอดจนทีมสหวิชาชีพได้ ร่วมกันดูแลรักษา และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิต วิญญาณ มีการรวบรวมข้อมูล และประเมินอาการ ผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว วินิจฉัยการพยาบาลให้ครอบคลุมวางแผนการพยาบาล อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ตลอดจนปฏิบัติการให้การพยาบาลด้วยความเชี่ยวชาญ มีความรู้เรื่องโรค ตามแผนการรักษา และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงสามารถแก้ปัญหาภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที ทำให้การดูแลผู้ป่วย เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้ มีการประสานกับกลุ่มการพยาบาลชุมชนเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยต้องวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้มีส่วนร่วม ร่วมในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกัน

การกลับเป็นซ้ำ ตลอดจนถึงปัญหาการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global report on hypertension: the race against a silent killer. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2023. p. 1–27.
2. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไปพ.ศ.2562.พิมพ์ครั้งที่1.กรุงเทพฯ: ทรिकิ่ง; 2562.
3. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM, HT,CVD) [อินเทอร์เน็ต].2565. [เข้าถึงเมื่อ 16 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=29eec762c9591d1f8092da14c7462361
4. กระทรวงสาธารณสุข. HDC. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11
5. อุกฤษณ์ ปลั่งกลาง. อาการรบกวนในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2566.
6. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยฯ. แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ.2562. กรุงเทพฯ:ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเตป ดีไซน์; 2562.
7. ชมพูนุช ศรีรัตน์. การพยาบาลอายุรศาสตร์. เชียงใหม่ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2564.

ผลของ CQI : Well Stroke IMC ต่ออัตราการส่งเยี่ยมบ้าน และการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดสมอง

The Result of the Continuous Quality Improvement Process for Well Stroke IMC on the Home Visitation Rate and Rehabilitation Rate Among Persons with Ischemic Stroke

ธัญธรณ์ มงคลสุขภิรมย์ พย.บ.

สุริดา แสงเลิศ พย.บ.

โรงพยาบาลพิจิตร

บทคัดย่อ

การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีความจำเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ต่อเนื่อง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงระบบการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบไร้รอยต่อ สามารถติดตามสมรรถนะของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและสร้างเสริมสุขภาพให้มีศักยภาพภายในระยะเวลา 6 เดือนแรกหลังการเจ็บป่วย โดยประยุกต์แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) และหลักการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) มาใช้ในการดำเนินงาน ผลลัพธ์ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพมากกว่าร้อยละ 75 และได้รับการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบไร้รอยต่อมากกว่าร้อยละ 75 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยระยะกลางกลุ่มนี้ได้รับการส่งข้อมูลเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบมากขึ้น

คำสำคัญ : ระบบการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ, โรคหลอดเลือดสมอง,
การดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางแบบไร้รอยต่อ

Abstract

Intermediate care of rehabilitation services for stroke patients was very necessary. Because these patients will be residual disabilities. Should undergo continuous rehabilitation. The purpose of this study was to Increase access to rehabilitation services and intermediate care of stroke patients in a seamless manner, Can be monitored in their activity of daily living and build their health to potential within the first six months after illness. The results showed that more than 75% of stroke patients received rehabilitation and more than 75% received seamless rehabilitation services. In addition, was found that this group of Intermediate patients was more systematically sent home visit information.

Keyword : Rehabilitation services, Ischemic Stroke, Intermediate care seamless

บทนำ

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ร้อยละ 70 ทำให้คุณภาพชีวิตมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 50) ยังอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสมรรถภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็น⁽¹⁾ ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพจะช่วยกระตุ้นการฟื้นตัวของสมองและกล้ามเนื้อ ลดความพิการซ้ำซ้อน เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนการทำงานและการเข้าสังคม⁽²⁾ หากมีการพัฒนาระบบการบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่ต่อเนื่อง อาจทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และได้รับการส่งเสริมสมรรถนะในการช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพ

การพัฒนาระบบการบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับกลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟูฯ ได้ประยุกต์หลักการดูแลระยะกลาง (Intermediate care) ซึ่งเป็นการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านพ้นระยะวิกฤตและมีอาการคงที่ ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยที่ไม่มี progressive neuro deficit ภายใน 24 ชั่วโมงหรือไม่มี plan CT เพื่อประเมินซ้ำเพิ่มเติม 2) ผู้ป่วยไม่ต้องการ Oxygen supplement แล้วภายใน 24 ชั่วโมง 3) ผู้ป่วยไม่ได้ on critical drug เช่น Nicardipine IV, Mannitol IV เป็นต้น และ 4) ผู้ป่วยที่มี Vital signs stable ได้แก่ SBP<180 or ≥90, DBP<110 or ≥60, HR ≥40 or ≤ 120, RR<30 ไม่มีหอบเหนื่อย เป็นต้น พร้อมทั้งประเมิน Barthel Index เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนส่งเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง⁽³⁾

โดยแผนการดำเนินงานระดับจังหวัดนั้น จังหวัดพิจิตรได้มีการเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางแบบไร้รอยต่อระหว่างสถานพยาบาลต่อเนื่องถึงชุมชน โดยภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง เป็นต้น ซึ่งกำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่งให้มีเตียงรองรับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางจำนวนแห่งละ 2 เตียง ร่วมกับให้ รพ.สต. และ PCC ลงเยี่ยมบ้านภายในระยะเวลา 6 เดือนแรก เพื่อติดตาม

สมรรถนะของผู้ป่วยในการช่วยเหลือตนเอง และส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง⁽⁴⁾ และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพิจิตร ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ผ่านมาพบว่าการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ได้มีการเก็บข้อมูลแยกรายอำเภอ ทำให้ข้อมูลไม่สม่ำเสมอ ขาดความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางแบบไร้รอยต่อ ทำให้ข้อมูลไม่มีความชัดเจน การส่งต่อข้อมูลเกิดความล่าช้า⁽⁵⁾ ผู้จัดทำจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง⁽⁶⁾ ได้ดำเนินการ CQI: Well Stroke IMC เพื่อผลลัพธ์ที่ดีในการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางให้ได้รับการดูแลสุขภาพแบบไร้รอยต่อที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนากระบวนการจัดการเชิงระบบการส่งเยี่ยมบ้านและการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงระบบการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือดสมองแบบไร้รอยต่อ

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1. ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ที่เข้าเกณฑ์ Intermediate care ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ (>ร้อยละ 75)
2. ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel Index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel Index ≥ 15 with multiple impairment ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบไร้รอยต่อ (> ร้อยละ 75)
3. อัตราการได้รับการส่ง HHC ในผู้ป่วย Stroke ที่มีคะแนน Barthel Index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel Index ≥15 with multiple impairment (>ร้อยละ 80)

วิธีการศึกษา (Methods)

เป็นการศึกษาเชิงผสมผสาน รูปแบบการวิจัยเชิงพัฒนาคุณภาพตามแนวคิดวงจรคุณภาพเดมมิง (Deming

Circle) หรือ (PDCA) ของ William Edwards Deming (2004) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 14 ราย ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตัวแปรต้น ได้แก่ The CQI process⁽⁷⁾ ตัวแปรตาม ได้แก่ อัตราการส่งเยี่ยมบ้าน และการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือ ได้แก่ The CQI process, โปรแกรม CoC Phichit และแบบบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ ระยะเวลาดำเนินการ คือ เดือนตุลาคม พ.ศ.2566 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ.2567 ดำเนินการ 2 รอบ ดังนี้

จากการทบทวนข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2566 พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 65 ราย มีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ Intermediate care จำนวน 13 ราย ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 9 ราย แต่เข้าระบบการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 4 ราย โดยพบว่า 2 ใน 4 ราย ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบไร้รอยต่อ ผู้ศึกษาจึงดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) ในเดือนตุลาคม พ.ศ.2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2567

วงรอบที่ 1 การดำเนินงาน

การวางแผน (Plan) : ประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้องภายในหน่วยงาน ประกอบด้วย หัวหน้าหอ และพยาบาลวิชาชีพ เป็นต้น จัดให้ผู้รับผิดชอบเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาหลอดเลือดสมอง และสาขาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ร่วมวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางการแก้ไข โดยพัฒนากระบวนการในการจัดการเชิงระบบ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงระบบการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง

การลงมือปฏิบัติ (Do) : กำกับติดตามให้มีการส่งเยี่ยมบ้านและการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง และเตรียมส่งเยี่ยมบ้านในรายที่แพทย์อนุญาตกลับบ้านในเวรเช้าและส่งฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนน Barthel Index

<15 รวมทั้งคะแนน Barthel Index ≥ 15 with multiple impairment ในเวรเช้าวันถัดไปหลังรับย้าย

การตรวจสอบ (Check) : พบว่ามีการส่งเยี่ยมบ้านและส่งฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดไม่ครบทุกราย

การปฏิบัติการแก้ไข (Act) : จัดประชุมทบทวนขั้นตอน และแก้ไขปัญหาคอขวดในการปฏิบัติ สรุปว่าให้พยาบาลเวรเช้าที่ทำกลับบ้านจัดบันทึก Diagnosis ผู้ป่วยที่จะเตรียมส่งเยี่ยมบ้าน และให้พยาบาลสมาชิกทีมเวรตึก ลงข้อมูลในโปรแกรม CoC Phichit โดยใช้ Username และ Password ของพยาบาลที่รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน (Home Health Care: HHC) และใช้เทคนิคการโค้ช (Coaching) การเป็นพี่เลี้ยง (Mentoring) และการกระตุ้นเตือน (reminding)

วงรอบที่ 2 การดำเนินงาน

การวางแผน (Plan) : กระตุ้นเตือน (reminding) ให้มีความตระหนักและปฏิบัติตามแนวทางการเตรียมส่งเยี่ยมบ้าน และส่งฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ

การลงมือปฏิบัติ (Do) : ส่งเสริมให้มีการส่งเยี่ยมบ้านและการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง

การตรวจสอบ (Check) : มีการปฏิบัติตามแนวทางการเตรียมส่งเยี่ยมบ้าน และส่งฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ในเวรตึกบางเวรขาดการส่งเยี่ยมบ้านในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดไม่ครบทุกราย

การปฏิบัติการแก้ไข (Act) : ประชุม conference เกี่ยวกับการปฏิบัติตามแนวทางการเตรียมส่งเยี่ยมบ้านและส่งฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง และชี้แจงเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค พบว่าการเข้าใช้โปรแกรม CoC Phichit ขัดข้องไม่สามารถเข้าใช้ได้ ในเวรตึกบางเวร และให้แนวทางแก้ไขโดยให้พยาบาลที่รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน (Home Health Care: HHC) ติดตามการบันทึกข้อมูลต่อไป

กิจกรรมการพัฒนางาน

กิจกรรม	รูปแบบเดิม	รูปแบบพัฒนา																																																		
การเก็บข้อมูลตัวชี้วัด	- เก็บข้อมูลตัวชี้วัดในภาพรวม <table><tr><th>Ischemic stroke</th></tr><tr><td>จำนวนผู้ป่วย Ischemic Stroke (I63-I66)</td></tr><tr><td>จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา t-PA</td></tr><tr><td>อัตราการได้รับ t-PA (ข้อมูลจาก คุณอังคณา กายเทวี)</td></tr><tr><td>จำนวนผู้ป่วยที่เกิด complication ขณะนอนโรงพยาบาล</td></tr><tr><td> - Bed sore - pneumonia (กรณี ไม่ได้ใส่เครื่องช่วยหายใจ) - VAP (กรณี ใส่เครื่องช่วยหายใจ) - UTI - ข้อติด - ไส้หลุด </td></tr><tr><td>อัตราการเกิด complication</td></tr><tr><td>จำนวนผู้ป่วยที่ผ่านการประเมินทักษะการเคลื่อนไหวรวม (ADL การกลืน)</td></tr><tr><td>อัตราการผ่านการประเมินทักษะ</td></tr><tr><td>จำนวนผู้ป่วยที่ส่งกายภาพบำบัด</td></tr><tr><td>อัตราผู้ป่วยที่ส่งกายภาพบำบัด</td></tr><tr><td>จำนวนผู้ป่วยที่ส่งดูแลต่อเนื่อง</td></tr><tr><td>อัตราการส่งต่อ</td></tr><tr><td>อัตราการตอบกลับ (ข้อมูลจากคุณจินตลีนี รัชชานน)</td></tr></table>	Ischemic stroke	จำนวนผู้ป่วย Ischemic Stroke (I63-I66)	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา t-PA	อัตราการได้รับ t-PA (ข้อมูลจาก คุณอังคณา กายเทวี)	จำนวนผู้ป่วยที่เกิด complication ขณะนอนโรงพยาบาล	- Bed sore - pneumonia (กรณี ไม่ได้ใส่เครื่องช่วยหายใจ) - VAP (กรณี ใส่เครื่องช่วยหายใจ) - UTI - ข้อติด - ไส้หลุด	อัตราการเกิด complication	จำนวนผู้ป่วยที่ผ่านการประเมินทักษะการเคลื่อนไหวรวม (ADL การกลืน)	อัตราการผ่านการประเมินทักษะ	จำนวนผู้ป่วยที่ส่งกายภาพบำบัด	อัตราผู้ป่วยที่ส่งกายภาพบำบัด	จำนวนผู้ป่วยที่ส่งดูแลต่อเนื่อง	อัตราการส่งต่อ	อัตราการตอบกลับ (ข้อมูลจากคุณจินตลีนี รัชชานน)	- เก็บข้อมูลตัวชี้วัดโดยแยกจำนวนผู้ป่วย Stroke ที่เข้าเกณฑ์ IMC และได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ/ ได้รับการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบไร้รอยต่อ <table><tr><td>จำนวนผู้ป่วยที่ส่ง HHC</td><td></td></tr><tr><td>อัตราการได้รับการส่ง HHC ที่มี Barthel ADL ≤ 75</td><td>80%</td></tr><tr><td>จำนวนผู้ป่วยเข้า ที่มี Barthel index <15 or >15 with multiple impairments</td><td></td></tr><tr><td>จำนวนผู้ป่วยเข้า IMC</td><td></td></tr><tr><td>รพ. พิจิตร</td><td></td></tr><tr><td>Refer IMC IPD case</td><td></td></tr><tr><td>รพช. ตะพานหิน</td><td></td></tr><tr><td>รพช. ดงเจริญ</td><td></td></tr><tr><td>รพช. พังดล</td><td></td></tr><tr><td>รพช. บางมูลนาก</td><td></td></tr><tr><td>รพช. บึงนาราง</td><td></td></tr><tr><td>รพช. โพทะเล</td><td></td></tr><tr><td>รพช. โพธิ์ประทับช้าง</td><td></td></tr><tr><td>รพช. วชิรบำรุง</td><td></td></tr><tr><td>รพช. วังทรายพูน</td><td></td></tr><tr><td>รพช. สากเหล็ก</td><td></td></tr><tr><td>รพช. สามง่าม</td><td></td></tr><tr><td>ร้อยละของผู้ป่วย Stroke เข้า IMC ที่มี Barthel index <15 or >15 with multiple impairments</td><td>75%</td></tr></table>	จำนวนผู้ป่วยที่ส่ง HHC		อัตราการได้รับการส่ง HHC ที่มี Barthel ADL ≤ 75	80%	จำนวนผู้ป่วยเข้า ที่มี Barthel index <15 or >15 with multiple impairments		จำนวนผู้ป่วยเข้า IMC		รพ. พิจิตร		Refer IMC IPD case		รพช. ตะพานหิน		รพช. ดงเจริญ		รพช. พังดล		รพช. บางมูลนาก		รพช. บึงนาราง		รพช. โพทะเล		รพช. โพธิ์ประทับช้าง		รพช. วชิรบำรุง		รพช. วังทรายพูน		รพช. สากเหล็ก		รพช. สามง่าม		ร้อยละของผู้ป่วย Stroke เข้า IMC ที่มี Barthel index <15 or >15 with multiple impairments	75%
Ischemic stroke																																																				
จำนวนผู้ป่วย Ischemic Stroke (I63-I66)																																																				
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา t-PA																																																				
อัตราการได้รับ t-PA (ข้อมูลจาก คุณอังคณา กายเทวี)																																																				
จำนวนผู้ป่วยที่เกิด complication ขณะนอนโรงพยาบาล																																																				
- Bed sore - pneumonia (กรณี ไม่ได้ใส่เครื่องช่วยหายใจ) - VAP (กรณี ใส่เครื่องช่วยหายใจ) - UTI - ข้อติด - ไส้หลุด																																																				
อัตราการเกิด complication																																																				
จำนวนผู้ป่วยที่ผ่านการประเมินทักษะการเคลื่อนไหวรวม (ADL การกลืน)																																																				
อัตราการผ่านการประเมินทักษะ																																																				
จำนวนผู้ป่วยที่ส่งกายภาพบำบัด																																																				
อัตราผู้ป่วยที่ส่งกายภาพบำบัด																																																				
จำนวนผู้ป่วยที่ส่งดูแลต่อเนื่อง																																																				
อัตราการส่งต่อ																																																				
อัตราการตอบกลับ (ข้อมูลจากคุณจินตลีนี รัชชานน)																																																				
จำนวนผู้ป่วยที่ส่ง HHC																																																				
อัตราการได้รับการส่ง HHC ที่มี Barthel ADL ≤ 75	80%																																																			
จำนวนผู้ป่วยเข้า ที่มี Barthel index <15 or >15 with multiple impairments																																																				
จำนวนผู้ป่วยเข้า IMC																																																				
รพ. พิจิตร																																																				
Refer IMC IPD case																																																				
รพช. ตะพานหิน																																																				
รพช. ดงเจริญ																																																				
รพช. พังดล																																																				
รพช. บางมูลนาก																																																				
รพช. บึงนาราง																																																				
รพช. โพทะเล																																																				
รพช. โพธิ์ประทับช้าง																																																				
รพช. วชิรบำรุง																																																				
รพช. วังทรายพูน																																																				
รพช. สากเหล็ก																																																				
รพช. สามง่าม																																																				
ร้อยละของผู้ป่วย Stroke เข้า IMC ที่มี Barthel index <15 or >15 with multiple impairments	75%																																																			
การส่งข้อมูลเยี่ยมบ้านผ่านโปรแกรม CoC Phichit	- การส่งข้อมูลเยี่ยมบ้านโดยใช้ Username และ Password ของพยาบาลที่ทำหน้าที่จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน	- การส่งข้อมูลเยี่ยมบ้านโดยใช้ Username และ Password ของพยาบาลที่รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน (Home Health Care: HHC) และบันทึกข้อมูลในเวรดิค CoC Phichit (Continuity of Care Phichit) Version 2.0.010758 โปรแกรมการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง เครื่องช่วยบริการสุขภาพจังหวัดพิจิตร ส่งข้อมูลเยี่ยมบ้าน (ชื่อผู้ส่ง : นายเกียรติยศ มงคลสุขภิรมย์) ออกจากระบบ @USER : รพชพิจิตร ผู้ให้บริการสุขภาพจังหวัดพิจิตร CoC Phichit Client v 2.0.010758 (http://172.19.1.9) >>Download Phase 2 (ลบ.1 ที่พิมพ์) ส่งข้อมูล HOSXP จาก รพชพิจิตร จำนวนใบ บส. ทั้งหมด ที่ส่ง (ปีงบประมาณ 2567) <table><tr><th>ลำดับ</th><th>สถานะ</th><th>จำนวน</th><th>หมายเหตุ</th></tr><tr><td>1</td><td>ส่งแล้ว</td><td>6</td><td>ใบ</td></tr><tr><td>2</td><td>ดูแล้ว</td><td>7</td><td>ใบ</td></tr><tr><td>3</td><td>ดูแล้ว</td><td>0</td><td>ใบ</td></tr><tr><td>4</td><td>ส่งแล้ว</td><td>7</td><td>ใบ</td></tr><tr><td>รวม</td><td></td><td>20</td><td>ใบ</td></tr></table>	ลำดับ	สถานะ	จำนวน	หมายเหตุ	1	ส่งแล้ว	6	ใบ	2	ดูแล้ว	7	ใบ	3	ดูแล้ว	0	ใบ	4	ส่งแล้ว	7	ใบ	รวม		20	ใบ																										
ลำดับ	สถานะ	จำนวน	หมายเหตุ																																																	
1	ส่งแล้ว	6	ใบ																																																	
2	ดูแล้ว	7	ใบ																																																	
3	ดูแล้ว	0	ใบ																																																	
4	ส่งแล้ว	7	ใบ																																																	
รวม		20	ใบ																																																	

ผลการศึกษา

จากการสำรวจปัญหากระบวนการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนำมาพัฒนาระบบการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางโดยการเปลี่ยนแปลงกระบวนการใน

การดำเนินงาน ช่วยให้พยาบาลวิชาชีพมีหลักการปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลสุขภาพอย่างมีคุณภาพที่ต่อเนื่อง และทำให้ติดตามข้อมูลการตอบกลับจากการเยี่ยมบ้านเบื้องต้นได้

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลลัพธ์	
		ปีงบประมาณ	
		2566	2567
1. ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ที่เข้าเกณฑ์ Intermediate care ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ	> ร้อยละ 75	(9/13)*100 69.23	(14/14)*100 100
2. ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel Index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel Index ≥15 with multiple impairment ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบไร้รอยต่อ (7-14 วัน)	> ร้อยละ 75	(4/13)*100 30.77	(13/14)*100 92.86
3. อัตราการได้รับการส่ง HHC ในผู้ป่วย Stroke ที่มีคะแนน Barthel Index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel Index ≥15 with multiple impairment	> ร้อยละ 80	(5/13)*100 38.46	(14/14)*100 100

สรุปผลการศึกษา

บทเรียนที่ได้รับจากการทำงานเป็นทีมร่วมกับการประสานงานการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูฯ นัดตรวจติดตามอาการหลังจำหน่ายกลับบ้าน นอกจากนี้ยังได้เรียนรู้ในการประสานการทำงานกับงานที่เกี่ยวข้องอื่น ตลอดจนการนำเสนอกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย และสะดวกในการทำงานเชิงระบบมากขึ้น สำหรับปัจจัยแห่งความสำเร็จจากการพัฒนาคุณภาพนั้นเกิดจากความร่วมมือในการดำเนินงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน มีการทบทวนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อกำหนดแนวทางการแก้ไขเชิงระบบ และมีการประสานการทำงานกับงานที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้วิสัยทัศน์ พันธกิจ และยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลยังช่วยสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างยั่งยืน ซึ่งข้อเสนอแนะและโอกาสพัฒนานั้นหากพยาบาลที่รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน (Home Health Care: HHC) ในหน่วยงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาหลอดเลือดสมอง และสาขาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง มีการติดตามข้อมูลการตอบกลับ เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางการแก้ไขร่วมกันภายใน

หน่วยงาน และขยายผลไปยังภาคีเครือข่ายสุขภาพที่ต่อเนื่อง อาจช่วยให้เกิดการพัฒนาโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบไร้รอยต่อต่อเนื่องต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- รุ่งกาญจน์ สิทธิฤทธิ์กวิน. ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดชุมพร. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2565; 36(1): 98-114.
- พรพิมล มาศสกุลพรรณ, ทิพย์รัตน์ ศฤงคารินกุล, กาญจนา รื้อทอง, พรทิพย์พา ธิมายอม, พรพิมล วิเชียรไพศาล. บรรณาธิการ. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส; 2559.
- กองบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate Care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan). สมุทรสาคร: บอร์น ทุ ปี พับลิชชิง; 2562.



4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร.แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan). 2566.
5. หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพิจิตร. ข้อมูลตัวชี้วัดโรคหลอดเลือดสมอง. 2566.
6. Fryer Karen, J., Antony, J., Douglas, A. Critical Success Factors of Continuous Improvement in the Public Sector: A review of literature and some key findings. The TQM Journal 2007;19(5): 497-517.
7. Richard, A. A. Continuous Quality Improvement, Total Quality Management, and Leadership. [Doctoral dissertation]. Capella University; 2010.

แนวทางการตรวจสอบระบบความรับผิดทางละเมิดและแพ่ง Guidelines for the Audit of Tort and Civil Liability Systems

นันทินี ลิตะหิรัญ

กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

ระบบความรับผิดทางละเมิดและแพ่งเป็นระบบที่กรมบัญชีกลางพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานด้านความรับผิดทางละเมิด การดำเนินคดีแพ่ง สัญญาลาศึกษาหรือรับทุน และการติดตามการชดใช้หนี้ และขอให้ผู้ตรวจสอบภายในกำหนดแผนการเข้าตรวจสอบการใช้งานระบบของหน่วยงานภาครัฐ จึงเป็นที่มาของการจัดทำแนวทางการตรวจสอบระบบความรับผิดทางละเมิดและแพ่ง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการตรวจสอบการปฏิบัติงานในระบบ กำกับ ติดตามการปฏิบัติงานด้านงานทางละเมิด งานทางแพ่ง สัญญารับทุน/ลาศึกษา และงานติดตามการชำระหนี้ ให้เป็นไปอย่างถูกต้อง ครบถ้วน โดยศึกษากฎหมาย ระเบียบ คำสั่ง ข้อบังคับ หนังสือสั่งการที่เกี่ยวข้อง และการใช้งานระบบความรับผิดทางละเมิดและแพ่ง เพื่อนำมากำหนดประเด็นการตรวจสอบ ได้แก่ การตรวจสอบสิทธิการเข้าใช้งานในระบบ การตรวจสอบการบันทึกข้อมูลในระบบทั้ง 4 ระบบงาน และการสอบทานการจัดให้มีระบบการติดตามการดำเนินงานก่อนขาดอายุความ การใช้สิทธิเรียกร้องตามกฎหมาย จากผลการตรวจสอบ พบสาเหตุ หัวข้องานและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้งานในระบบงานต่างๆ และข้อสั่งการที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้หน่วยงานไม่ดำเนินการใช้งานระบบ เกิดความเสี่ยงในการปฏิบัติงานเสี่ยงต่อสำนวนคดีขาดอายุความการใช้สิทธิเรียกร้องตามกฎหมายและเกิดความเสียหายกับภาครัฐได้ ดังนั้นหน่วยงานต้องส่งเสริมให้หัวหน้างานและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบศึกษาข้อมูลระบบ พัฒนาความรู้ความเข้าใจการใช้งานระบบ หลักการของแต่ละระบบงาน วิธีการปฏิบัติงานในแต่ละขั้นตอน และศึกษา กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ และข้อสั่งการที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน

คำสำคัญ : ระบบความรับผิดทางละเมิดและแพ่ง

Abstract

Tort and civil liability system is a system that the Comptroller General's Department developed to increase efficiency operations of tort liability, civil litigation, scholarship contract and follow-up repaying debts and asking internal auditors to set up a plan to inspect the use of tort and civil liability system. This is the origin of the preparation of guidelines for the audit tort and civil liability system to use as a guideline in inspecting work performance in the system. By studying related laws, regulations, orders, regulations, orders and the use of the tort and civil liability system to be used to specifying the inspection method as follows: inspection of access rights in system, inspection of data recording in system, and inspection of system for monitoring operations before the statute of limitations for exercising the right to claim according to the relevant laws. From the inspection results, it was found that supervisors and responsible officers

lacked knowledge and understanding of the use of various systems and related orders, resulting in the agency not using the system, resulting in risks in operations, risks of lawsuits expiring the statute of limitations for exercising the right to claim according to the relevant laws and causing damage to the government sector. However, the agency must encourage supervisors and responsible officers to study system information, develop knowledge and understanding of system use, principles of each system and methods of operation. In each step, study related rules, regulations, orders, and orders and create a network of cooperation to exchange ideas and solve problems and obstacles in operations.

Keyword : tort and civil liability systems

บทนำ

ตามพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 บังคับใช้ หน่วยงานของรัฐจะเรียกให้เจ้าหน้าที่ของรัฐในทุกระดับชั้นที่ได้กระทำละเมิดในการปฏิบัติหน้าที่และเกิดความเสียหายต่อหน่วยงานของรัฐให้รับผิดชอบใช้ค่าสินไหมทดแทนจะต้องดำเนินการตามมาตรการในการดำเนินการเกี่ยวกับความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ โดยกำหนดให้หน่วยงานของรัฐส่งสำนวนการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดทางละเมิดที่ผู้แต่งตั้งวินิจฉัยสั่งการแล้วให้กระทรวงการคลังตรวจสอบ โดยกรมบัญชีกลางได้รับมอบหมายจากกระทรวงการคลังให้เป็นผู้ดำเนินการ และกำกับดูแล จากการตรวจสอบสำนวนการสอบ ข้อเท็จจริงความรับผิดทางละเมิดของหน่วยงานต่างๆ ปรากฏว่า สำนวนการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดทางละเมิด ส่วนใหญ่มีเอกสารประกอบการพิจารณาเป็นจำนวนมาก ซึ่งบางเรื่องจัดส่งเอกสารซ้ำซ้อนหรือเป็นเอกสารที่ไม่เกี่ยวข้องกับการสอบละเมิดแต่อย่างใด หรือมีการจัดส่งเอกสารไม่ครบถ้วนก่อให้เกิดภาระด้านค่าใช้จ่ายในการจัดส่งเอกสารแก่หน่วยงาน และกรมบัญชีกลางในฐานะผู้ตรวจสอบสำนวน และเก็บรักษาเอกสาร ดังนั้นเพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระดังกล่าวและลดการใช้ทรัพยากร ให้เกิดความคุ้มค่าโดยการนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้าใช้ในการปฏิบัติงาน อีกทั้งเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน โดยได้มีการพัฒนาปรับปรุงระบบงานความรับผิดทางละเมิด

และแพ่ง เพื่อให้หน่วยงานของรัฐสามารถติดตามงานด้านความรับผิดทางละเมิดและแพ่งได้อย่างทันเวลา ลดความเสียหายที่เกิดจากการใช้สิทธิเรียกร้องไม่ทันภายในกำหนดอายุความ โดยได้เปิดใช้งานตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 ซึ่งได้มีการพัฒนาและปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง ณ ปัจจุบันสามารถใช้งานในระบบได้อย่างสมบูรณ์ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2560 เป็นต้นไป ซึ่งกำหนดขั้นตอน วิธีการการใช้งานในระบบ และกำหนดให้ส่วนราชการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบงานดังกล่าว โดยหน่วยงานของรัฐต้องมอบหมายให้เจ้าหน้าที่เป็นผู้ดูแลระบบ ผู้ใช้งานในระบบ เพื่อแจ้งความเสียหายที่เกิดแก่หน่วยงานเป็นประจำทุกเดือนไม่ว่าเดือนนั้นจะเกิดความเสียหายหรือไม่ก็ตามให้กับกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ซึ่งต่อมาได้มีประกาศกระทรวงการคลัง เรื่องความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ที่ไม่ต้องรายงานให้กระทรวงการคลังตรวจสอบ พ.ศ. 2562 เพื่อให้สอดคล้องกับการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติเชิงบูรณาการในการนำนวัตกรรมเทคโนโลยีมาใช้ในการบริหารงาน และเพื่อให้การพิจารณาผลการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดทางละเมิด และการชดใช้ค่าสินไหมทดแทนเสร็จสิ้นไปโดยเร็วยิ่งขึ้น

กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง และสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน จึงได้มีการจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือในการเพิ่มประสิทธิภาพการตรวจสอบภายในของหน่วยงานภาครัฐ เนื่องจากรายงานผลการตรวจสอบ ส่วนราชการของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน และรายงานผลการพิจารณาความรับผิดทางแพ่งของ

กระทรวงการคลัง พบว่า ส่วนใหญ่ความเสียหายที่เกิดจากการปฏิบัติงานด้านการเงิน การบัญชี และพัสดุที่ไม่ปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ ข้อบังคับของทางราชการ รวมถึงไม่มีการจัดวางระบบการควบคุมภายในที่เหมาะสม เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อการทำงาน ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ดังนั้น จึงเห็นว่า ผู้ตรวจสอบภายในของส่วนราชการ ซึ่งถือเป็นเครื่องมือของหัวหน้าส่วนราชการในการติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผลการปฏิบัติงานด้านต่างๆ ของส่วนราชการ ต้องมีการวางแผนการตรวจสอบในประเด็นที่มีความเสี่ยงสำคัญ เพื่อป้องกันมิให้เกิดความเสียหายหรือเกิดการทุจริตที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อส่วนราชการได้ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังจึงกำหนดให้การตรวจสอบระบบความรับผิดทางละเมิดและแพ่ง เป็นเรื่องและประเด็นการตรวจสอบที่สำคัญ โดยกำหนดให้ระบุในแผนการตรวจสอบภายในประจำปีตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา นอกเหนือจากเรื่องที่ตรวจสอบตามปกติของส่วนราชการ

กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดการตรวจสอบระบบความรับผิดทางละเมิดและแพ่ง เป็นประเด็นสำคัญในแผนการตรวจสอบภายในประจำปี โดยตรวจสอบการใช้งานในระบบความรับผิดทางละเมิดและแพ่ง เพื่อให้ทราบว่าการบันทึกข้อมูลในระบบงานทั้ง 4 ระบบ ได้แก่ ระบบงานทางละเมิด ระบบงานทางแพ่ง ระบบงานลาศึกษา และระบบฐานลูกหนี้ มีความถูกต้อง ครบถ้วน ตามเอกสารหลักฐาน และหลักเกณฑ์การปฏิบัติที่กรมบัญชีกลาง กำหนด ตลอดจนมีระบบการติดตามการดำเนินงานที่เหมาะสมก่อนขาดอายุความการดำเนินคดี สามารถติดตามหนี้และควบคุมเพื่อให้มีการชดเชยค่าเสียหายหรือเยียวยาความเสียหายอย่างถูกต้อง ครบถ้วน เป็นการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นปัจจุบันสามารถนำข้อมูลประกอบการกำหนดนโยบายบริหารงานของหน่วยงานของรัฐ ตลอดจนใช้เป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนควบคุม ป้องกัน และแก้ไขความผิดพลาดจากการปฏิบัติงานด้านความผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ด้านคดีแพ่ง และคดีผิดสัญญาศึกษาได้

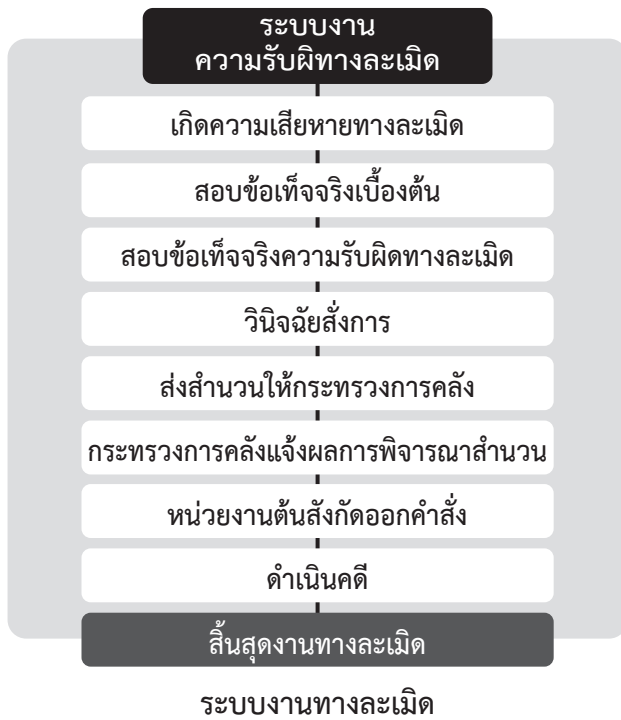
วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางในการตรวจสอบกิจกรรมการปฏิบัติงานในระบบความรับผิดทางละเมิดและแพ่งของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
2. กำกับการปฏิบัติงานด้านความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ ระบบงานแพ่ง ระบบสัญญาเงินทุน/ลาศึกษา ตลอดจนการสืบหลักทรัพย์ การตัดจำหน่ายหนี้สูญ ระบบตรวจสอบอายุเพื่อป้องกันการหมดอายุความ
3. เพื่อให้หัวหน้าหน่วยงานของรัฐใช้เป็นแนวทางในการกำกับ และติดตามการปฏิบัติงานด้านความรับผิดทางละเมิดและแพ่ง การติดตามการชดเชยหนี้กรณีผิดสัญญาเงินทุน/ลาศึกษา ให้เป็นไปอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ระยะเวลาการดำเนินการไม่ล่าช้าก่อนหมดอายุความเพื่อประโยชน์ของภาครัฐ

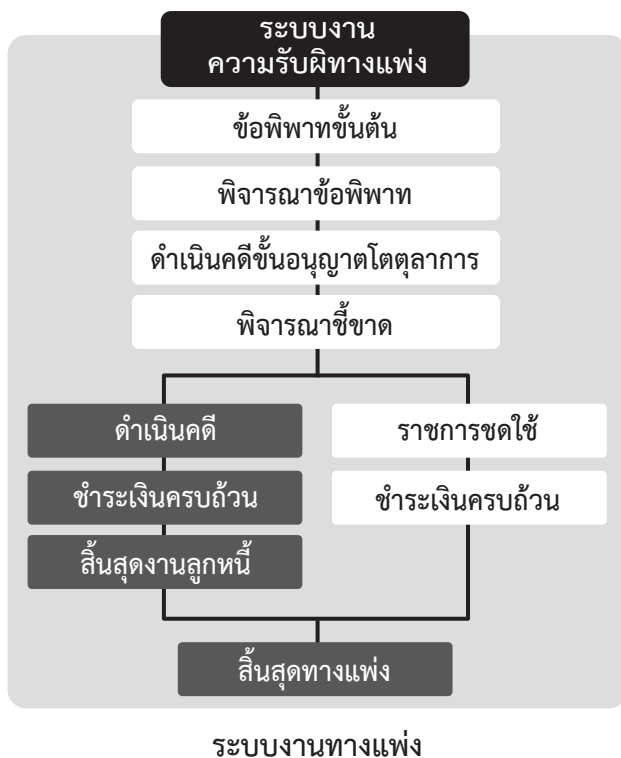
เนื้อเรื่อง

กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ได้พัฒนาระบบปรับปรุงเพื่อรองรับระบบความรับผิดทางละเมิดและแพ่ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้กรมบัญชีกลางและหน่วยงานภาครัฐมีระบบที่สามารถติดตามการดำเนินงานเมื่อเกิดความเสียหายแก่การเงินของแผ่นดิน เพื่อให้มีการชดเชยค่าเสียหายได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเพื่อควบคุมดูแลมิให้ส่วนขาดอายุความ หรือสิทธิเรียกร้องตามที่กฎหมายกำหนด อันจะก่อให้เกิดความเสียหายแก่ราชการ รวมถึงระบบงานฐานข้อมูลลูกหนี้ตามคำพิพากษา และลูกหนี้ในคดีปกครองของหน่วยงานภาครัฐ ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน สามารถติดตามหนี้ และผู้บริหารสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการกำหนดนโยบายการติดตามเร่งรัดการชำระหนี้ โดยระบบความรับผิดทางละเมิดและแพ่งประกอบด้วย 4 ระบบ ดังนี้

1. ระบบงานทางละเมิด สำหรับติดตาม ตรวจสอบ ควบคุมการปฏิบัติงานด้านความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ ตั้งแต่เกิดความเสียหายแก่หน่วยงานภาครัฐจนถึงการใช้มาตรการบังคับทางปกครอง ตลอดจนการติดตามสืบหาหลักทรัพย์และการตัดจำหน่ายหนี้สูญ และมีระบบตรวจสอบอายุความเพื่อป้องกันมิให้ส่วนขาดอายุความการใช้สิทธิเรียกร้อง จนสิ้นสุดงานทางละเมิด

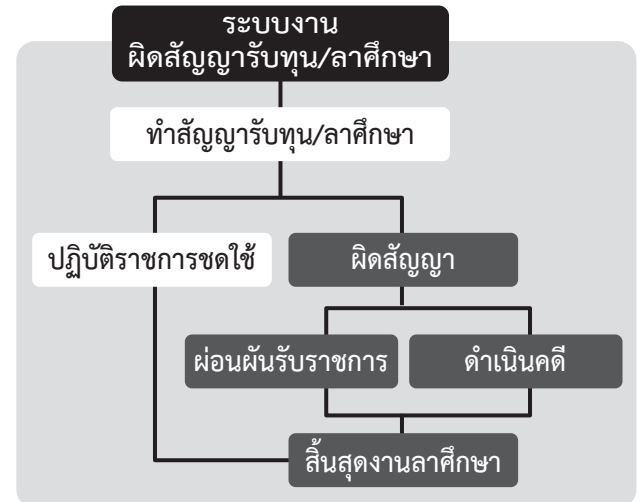


2. ระบบงานทางแพ่ง สำหรับติดตาม ตรวจสอบ ควบคุมการปฏิบัติงานด้านคดีแพ่งหน่วยงานภาครัฐ ตั้งแต่เกิดข้อพิพาท การพิจารณาแก้ไขหรือยุติข้อพิพาท การดำเนินคดีแพ่ง คดีปกครอง ตลอดจนการติดตามสืบหาหลักฐาน และการตัดจำหน่ายหนี้สูญ และมีระบบการตรวจสอบอายุความเพื่อป้องกันมิให้สำนวนขาดอายุความการใช้สิทธิเรียกร้อง จนสิ้นสุดงานทางแพ่ง



3. ระบบงานคดีสัญญาการศึกษา สำหรับติดตาม ตรวจสอบ ควบคุมการปฏิบัติงานด้านคดีสัญญา

ลาศึกษาของหน่วยงานภาครัฐ ตั้งแต่เมื่อมีการผิดสัญญา ลาศึกษาหรือรับทุน จนถึงการใช้สิทธิฟ้องคดี ตลอดจนการติดตามสืบหาทรัพย์สินและการตัดจำหน่ายหนี้สูญ และมีระบบการคำนวณกลางสำหรับคำนวณเงินที่ผู้ผิดสัญญาต้องชดใช้แก่หน่วยงานภาครัฐ



4. ระบบฐานข้อมูลลูกหนี้ เป็นระบบงานที่ต่อเนื่องจากระบบงานตามข้อ 1-3 โดยเมื่อมีการดำเนินการตามขั้นตอนของระบบงานทางละเมิด ระบบงานแพ่ง หรือระบบงานผิดสัญญาลาศึกษาแล้วเกิดลูกหนี้ จะมีการ





ถ่ายโอนลูกหนี้มายังระบบฐานข้อมูลลูกหนี้ โดยระบบฐานข้อมูลลูกหนี้จะมีระบบคำนวณกลางช่วยคำนวณเงินต้นและดอกเบี้ยที่ลูกหนี้ต้องชำระ อัตราการผ่อนชำระหนี้ จำนวนงวดเงิน รวมทั้งกำหนดอายุความการใช้สิทธิเรียกร้องทางศาลกรณีลูกหนี้บิดพลิ้วไม่ชำระหนี้ตามระยะเวลาที่กำหนด ตลอดจนการติดตามสืบหาหลักทรัพย์และการตัดจำหน่ายหนี้สูญ จนสิ้นสุดงานลูกหนี้

กรมบัญชีกลางเปิดระบบความรับผิดชอบทางละเมิดและแพ่ง เมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2560 เป็นต้นไป ระบบจะสร้าง Username ผู้ใช้งานของหน่วยงานภาครัฐ e-mail ของผู้ใช้งาน และกำหนดให้หน่วยงานภาครัฐสร้างผู้ใช้งาน กำหนดสิทธิ์การใช้งาน และควบคุม กำกับดูแลผู้ใช้งานของหน่วยงานได้เอง โดยให้หน่วยงานภาครัฐปฏิบัติตามนี้

1. มอบหมายเจ้าหน้าที่เป็นผู้ดูแลระบบของหน่วยงานภาครัฐ ผู้ดูแลระบบมีหน้าที่ในการสร้าง และกำหนดสิทธิ์ให้แก่ผู้ใช้งานระดับหัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้างาน และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในระบบงานทางละเมิด ระบบงานทางแพ่ง ระบบงานผิดสัญญาการศึกษา และระบบฐานลูกหนี้ โดยให้ผู้ดูแลระบบของหน่วยงานภาครัฐบันทึกข้อมูลในแบบข้อมูลผู้ใช้งานระบบความรับผิดชอบทางละเมิดและแพ่ง และจัดส่งข้อมูลการสร้างสิทธิ์ผู้ใช้งานของหน่วยงานให้กรมบัญชีกลางเปิดสิทธิให้แก่ผู้ดูแลระบบ

ของหน่วยงานภาครัฐก่อน ทั้งนี้ผู้ดูแลระบบของหน่วยงานอาจมีได้มากกว่า 1 คน ขึ้นอยู่กับลักษณะงานที่ปฏิบัติจริงของแต่ละหน่วยงาน

2. กรณีการสร้างผู้ใช้งานในระบบของหน่วยงานตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2560 เป็นต้นไป ระบบความรับผิดชอบทางละเมิดและแพ่งไม่จำกัดจำนวนผู้ใช้งานของหน่วยงานสามารถสร้างผู้ใช้งานได้ตามลักษณะการปฏิบัติงานจริง โดยให้ผู้ใช้งานกรอกข้อมูลในแบบข้อมูลผู้ใช้งานระบบความรับผิดชอบทางละเมิดและแพ่ง และจัดส่งให้ผู้ดูแลระบบของหน่วยงานสร้างและกำหนดสิทธิ์ในการเข้าใช้งาน เมื่อผู้ดูแลระบบของหน่วยงานได้ทำการสร้างและกำหนดสิทธิ์ผู้ใช้งานแล้วให้จัดส่งสำเนาแบบบันทึกข้อมูลดังกล่าวให้กับกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังจำนวน 1 ชุด

3. ผู้ใช้งานระบบความรับผิดชอบทางละเมิดและแพ่งจะต้องเข้าใช้งานและแจ้งความเสียหายที่เกิดแก่หน่วยงานเป็นประจำทุกเดือน ไม่ว่าเดือนนั้นจะเกิดความเสียหายเกิดขึ้นแก่หน่วยงานหรือไม่ และกรณีมีความเสียหายที่หน่วยงานไม่ต้องส่งสำนวนให้กระทรวงการคลังตรวจสอบ ให้หน่วยงานของรัฐรายงานความเสียหายที่เกิดแก่หน่วยงานในระบบความรับผิดชอบทางละเมิดและแพ่งตามแนวทางและหลักเกณฑ์ที่กรมบัญชีกลางได้แจ้งเวียนให้ถือปฏิบัติ

ข้อมูลสิทธิ์การใช้งานในระบบความรับผิดชอบทางละเมิดและแพ่ง

สิทธิ์การใช้งาน	คำอธิบาย
งานทางละเมิด / งานทางแพ่ง / งานการศึกษา / ฐานข้อมูลลูกหนี้	
เปิดใช้งาน	เข้าหน้าจอค้นหางานทางละเมิด / งานทางแพ่ง / งานการศึกษา / ฐานข้อมูลลูกหนี้ได้ แต่จะค้นหาข้อมูลได้ตามสิทธิ์ที่ตนเองได้รับ
สร้าง	สามารถสร้างสำนวน/คดีของแต่ละระบบงานได้
ลบ	สามารถลบสำนวน/คดีของแต่ละระบบงานได้
หัวหน้างาน	สามารถค้นหาสำนวน/คดีของแต่ละระบบงานได้ทั้งหมด ตามหน่วยงานที่ตนเองมีสิทธิ์ และแก้ไขข้อมูลในสถานะ “ยืนยันข้อมูล” ได้

ที่	ชื่อกลุ่มสิทธิ์	คำอธิบาย
1	ผู้ดูแลระบบหน่วยงาน	สำหรับจัดการข้อมูลผู้ใช้งานภายในหน่วยงานตนเอง และหน่วยงานในสังกัดของตนเอง
2	ตรวจสอบภายใน	สำหรับเรียกดูรายงานสถิติความเสียหาย และจำนวนสำนวน/เรื่องที่บันทึกของแต่ละระบบย่อย

ที่	ชื่อกลุ่มสิทธิ	คำอธิบาย
3	ผู้ใช้งานระบบละเมิด	บันทึกข้อมูลของงานทางละเมิด ในระดับผู้ปฏิบัติงาน โดยมีสิทธิในการค้นหา และสร้างสำนวนทางละเมิด
4	ผู้ใช้งานระบบแพ่ง	บันทึกข้อมูลของงานทางแพ่งในระดับผู้ปฏิบัติงาน โดยมีสิทธิในการค้นหา และสร้างสำนวนทางแพ่ง
5	ผู้ใช้งานระบบลาศึกษา	บันทึกข้อมูลของระบบสัญญาเงินทุนและลาศึกษาในระดับผู้ปฏิบัติงาน โดยมีสิทธิในการค้นหา และสร้างข้อมูลสัญญาเงินทุนและลาศึกษา
6	ผู้ใช้งานระบบฐานลูกหนี้	บันทึกข้อมูลของระบบฐานข้อมูลลูกหนี้ในระดับผู้ปฏิบัติงานโดยมีสิทธิในการค้นหาและตั้งหนี้
7	หัวหน้าระบบละเมิด (สำหรับหน่วยงาน)	กลุ่มสิทธิสำหรับผู้ใช้งานระดับหัวหน้าฝ่าย โดยมีสิทธิในการค้นหา สร้างสำนวนทางละเมิด แก้ไขข้อมูล และลบสำนวน
8	หัวหน้าระบบแพ่ง (สำหรับหน่วยงาน)	กลุ่มสิทธิสำหรับผู้ใช้งานระดับหัวหน้าฝ่าย โดยมีสิทธิในการค้นหา สร้างสำนวนทางแพ่ง แก้ไขข้อมูล และลบสำนวน
9	หัวหน้าระบบลาศึกษา (สำหรับหน่วยงาน)	กลุ่มสิทธิสำหรับผู้ใช้งานระดับหัวหน้าฝ่าย โดยมีสิทธิในการค้นหา บันทึกสัญญาแก้ไขข้อมูล และลบสัญญา
10	หัวหน้าระบบฐานลูกหนี้ (สำหรับหน่วยงาน)	กลุ่มสิทธิสำหรับผู้ใช้งานระดับหัวหน้าฝ่าย โดยมีสิทธิในการค้นหา ตั้งหนี้ แก้ไขข้อมูล และลบข้อมูลหนี้
11	หัวหน้างานระบบละเมิด	กลุ่มสิทธิสำหรับผู้ใช้งานระดับหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้ากอง อธิบดี โดยมีสิทธิในการค้นหาทุกสำนวนทางละเมิดในหน่วยงาน สร้างสำนวน แก้ไขข้อมูล และลบข้อมูล
12	หัวหน้างานระบบแพ่ง	กลุ่มสิทธิสำหรับผู้ใช้งานระดับหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้ากอง อธิบดี โดยมีสิทธิในการค้นหาทุกสำนวนทางแพ่งในหน่วยงาน สร้างสำนวน แก้ไขข้อมูล และลบข้อมูล

หน้าที่ของผู้ตรวจสอบภายใน ในระบบความรับผิดทางละเมิดและแพ่ง

เรียกดูรายงานสถิติความเสียหาย และจำนวนสำนวน/เรื่องที่บันทึกแต่ละระบบงานย่อย เนื่องจาก การปรับปรุงระบบความรับผิดทางละเมิดและแพ่งใหม่ อาจมีความเสี่ยงในการบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้องครบถ้วน ทำให้ไม่สามารถควบคุมดูแลและป้องกันการขาดอายุ ความการใช้สิทธิเรียกร้องตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยให้กำชับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องให้ตระหนักถึงความสำคัญกับการบันทึกข้อมูลในระบบงานให้ถูกต้องและครบถ้วน และการจัดให้มีระบบการติดตามการดำเนินงานก่อนหมดอายุความการดำเนินคดี

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการตรวจสอบระบบความผิดทางละเมิดและแพ่งให้กับผู้ตรวจสอบภายใน
2. สามารถติดตามหนี้กรณีเจ้าหน้าที่กระทำความผิดทางละเมิดและแพ่ง และกรณีผิดสัญญาเงินทุน/ลาศึกษา และการชดเชยค่าเสียหายหรือเยียวยาความเสียหายให้แก่ภาครัฐ
3. หัวหน้าหน่วยงานภาครัฐสามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการกำหนดนโยบายบริหารงานด้านต่างๆ เพื่อวางแผนควบคุม ป้องกัน และแก้ไขความผิดพลาดจากการปฏิบัติงานด้านความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ด้านคดีแพ่ง และด้านคดีผิดสัญญาเงินทุน/ลาศึกษา

บทสรุป

แนวทางการตรวจสอบระบบความรับผิดทางละเมิดและแพ่ง

การตรวจสอบ เป็นขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลเอกสาร หลักฐานเกี่ยวกับกิจกรรมที่ตรวจสอบมาวิเคราะห์และสรุปผลการตรวจสอบ โดยมีแผนการปฏิบัติงานตรวจสอบเป็นแนวทางในการตรวจสอบ รายละเอียดดังนี้

ประเด็นการตรวจสอบที่ 1 :

การตรวจสอบสิทธิการใช้งานในระบบความรับผิดทางละเมิดและแพ่ง

วัตถุประสงค์ :

เพื่อให้มั่นใจว่าหน่วยงานมีการกำหนดสิทธิการใช้งานระบบความรับผิดทางละเมิดและแพ่งอย่างเหมาะสม และมีระบบการควบคุมภายในในการใช้งานในระบบ

วิธีการตรวจสอบ :

1. ตรวจสอบสิทธิการใช้งานในระบบความรับผิดทางละเมิดและแพ่งจากการเข้าดูข้อมูลของสิทธิการใช้งานในระบบจากเมนูสิทธิการเข้าถึง ร่วมกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบของกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง และแบบข้อมูลผู้ใช้งานระบบงานความรับผิดทางละเมิดและแพ่ง ซึ่งเป็นข้อมูลที่ส่งให้กรมบัญชีกลางเปิดสิทธิให้แก่ผู้ดูแลระบบของหน่วยงานภาครัฐ ผู้ดูแลระบบ หมายถึง เจ้าหน้าที่ดำเนินการสร้างผู้ใช้งานระบบความรับผิดทางละเมิดและแพ่ง (User) และเป็นผู้กำหนดสิทธิการใช้งานให้แก่ผู้ใช้งานของหน่วยงานซึ่งจะต้องทราบโครงสร้าง สายการบังคับบัญชา และขั้นตอนการปฏิบัติการด้านความรับผิดทางละเมิดทางแพ่ง ด้านการศึกษา และด้านการติดตามเร่งรัดหนี้สิน (ฐานข้อมูลลูกหนี้) เช่น หัวหน้ากลุ่มงานหรือหัวหน้าฝ่ายงานดังกล่าว ผู้ดูแลระบบของหน่วยงานอาจมีได้หลายคนขึ้นอยู่กับลักษณะงานที่ปฏิบัติจริง และหน่วยงานสามารถสร้างผู้ใช้งานได้ตามลักษณะการปฏิบัติงานจริง โดยให้ผู้ใช้งานกรอกข้อมูลในแบบข้อมูลผู้ใช้งานระบบความรับผิดทางละเมิดและแพ่ง และจัดส่งให้ผู้ดูแลระบบของหน่วยงานสร้างและกำหนดสิทธิในการใช้งาน แล้วจัดส่งสำเนาแบบบันทึกข้อมูลดังกล่าวให้กรมบัญชีกลาง ผู้ตรวจสอบ

ต้องตรวจสอบว่าการกำหนดผู้ดูแลระบบและผู้ใช้งานระบบมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับลักษณะงานที่ปฏิบัติจริงและการมอบหมายหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในด้านต่างๆ หรือไม่ และพิจารณาความเหมาะสมของสิทธิการเข้าถึงข้อมูล

2. ตรวจสอบระบบการควบคุมภายในในการใช้งานระบบจากข้อมูลการใช้งานในระบบ ซึ่งเมื่อผู้ใช้งานระบบบันทึกข้อมูลในขั้นตอนใด ระบบจะแสดงรายชื่อผู้บันทึกข้อมูลในขั้นตอนนั้นเพื่อให้ทราบว่าใครเป็นผู้รับผิดชอบข้อมูลนี้และมีสิทธิในการเข้าถึงข้อมูล สามารถดูและแก้ไขข้อมูลนี้ได้

ประเด็นการตรวจสอบที่ 2 :

การตรวจสอบการบันทึกข้อมูลในระบบความรับผิดทางละเมิดและแพ่ง ทั้ง 4 ระบบงาน

วัตถุประสงค์ :

เพื่อให้มั่นใจว่ามีการบันทึกข้อมูลในระบบความรับผิดทางละเมิดและแพ่งทั้ง 4 ระบบงาน ถูกต้องครบถ้วนตามเอกสารหลักฐานที่มีอยู่จริง และปฏิบัติเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กรมบัญชีกลางกำหนด

วิธีการตรวจสอบ :

1. ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลในระบบความรับผิดทางละเมิดและแพ่งทั้ง 4 ระบบงาน จากการเข้าไปดูข้อมูลที่บันทึกในระบบความรับผิดทางละเมิดและแพ่งทุกระบบ และตรวจสอบกับเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องว่าผู้รับผิดชอบได้บันทึกข้อมูลในระบบไว้อย่างถูกต้องครบถ้วนตามเอกสารหลักฐาน มีการดำเนินการครบถ้วนทุกขั้นตอนในระบบ และเป็นปัจจุบันหรือไม่

2. ตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกข้อมูลในระบบความรับผิดทางละเมิดและแพ่งจากการเข้าไปดูเอกสารหลักฐานที่แนบในระบบความรับผิดทางละเมิดและแพ่งทุกระบบงาน ตรวจสอบว่า เมื่อผู้รับผิดชอบมีการบันทึกข้อมูลในระบบใดๆ แล้ว มีการแนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องเข้าไปในระบบถูกต้องและครบถ้วนทุกขั้นตอนหรือไม่

3. สอบทานการบันทึกข้อมูลในระบบว่ามีการรายงานความเสียหายจากความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ในระบบความรับผิดทางละเมิดและแพ่งเป็นประจำทุกเดือนหรือไม่ โดยตรวจสอบจากข้อมูลสำนวน

คดีที่มีอยู่ในระบบงานทางละเมิดทั้งหมด ประกอบกับ เอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ทราบข้อมูลว่าหน่วยงานมีสำนวนคดีที่มีความเสียหายจากความรับผิดชอบละเมิดของเจ้าหน้าที่เป็นไปตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง ความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ที่ไม่ต้องรายงานให้กระทรวงการคลังตรวจสอบ พ.ศ.2562 ซึ่งเป็นความเสียหายที่หน่วยงานไม่ต้องส่งสำนวนให้กระทรวงการคลังตรวจสอบหรือไม่ และผู้ใช้งานระบบมีการรายงานความเสียหายที่เกิดแก่หน่วยงานเป็นประจำทุกเดือนหรือไม่ ไม่ว่าในเดือนนั้นจะมีความเสียหายเกิดขึ้นแก่หน่วยงานหรือไม่ก็ตาม

ประเด็นการตรวจสอบที่ 3 :

การสอบทานการจัดให้มีระบบการติดตามการดำเนินงานก่อนหมดอายุความ การดำเนินคดี

วัตถุประสงค์ :

เพื่อให้มั่นใจว่ามีระบบการติดตามการดำเนินงานเพื่อหาผู้รับผิดชอบละเมิดและแพ่ง ผู้ผิดสัญญา รับทุน/ลา ศึกษา และลูกหนี้ของส่วนราชการที่เพียงพอ เหมาะสม ก่อนหมดอายุความการดำเนินคดีของระบบความรับผิดทางละเมิดและแพ่ง

วิธีการตรวจสอบ :

สอบทานระบบการติดตามการดำเนินงานของระบบความรับผิดทางละเมิดและแพ่งทั้ง 4 ระบบงาน โดยตรวจสอบจากข้อมูลในระบบเมนู “ประวัติการ ดำเนินการ” ระบบจะแสดงประวัติการดำเนินการของสำนวนนี้เรียงลำดับเหตุการณ์ตั้งแต่สร้างสำนวน จนถึงปัจจุบัน โดยจะแสดงสถานะของแต่ละฟอร์ม และชื่อผู้ ดำเนินการ และเมนู “การติดตามงาน” เป็นเมนูสำหรับ ติดต่อกันระหว่างเจ้าหน้าที่กองละเมิดและแพ่ง (กระทรวง การคลัง) และส่วนราชการ เพื่อสอบถามและตอบข้อ สงสัยที่เกี่ยวข้องกับสำนวน โดยผู้ที่สามารถสร้างหัวข้อ การติดตามได้ จะเป็นเจ้าหน้าที่ของกองละเมิดและแพ่ง ซึ่งระบบจะแจ้งเตือนไปยังผู้ที่มีสิทธิ์เข้าถึงสำนวนทั้งหมด ว่ามีการติดตามงาน หลังจากที่เจ้าหน้าที่กองละเมิดและ แพ่งสร้างหัวข้อการติดตามงานแล้ว ผู้ที่เกี่ยวข้องกับ สำนวนนี้และมีสิทธิ์ “ดูและแก้ไข” ทั้งหมดจะสามารถ ตอบกลับข้อความของเจ้าหน้าที่กองละเมิดและแพ่งได้

รวมทั้งการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการแต่งตั้งคณะ กรรมการหรือผู้รับผิดชอบในการกำกับติดตามการ ดำเนินงานของผู้รับผิดชอบสำนวนคดีความต่างๆ และ แผนการดำเนินงานและรายงานผลการติดตามสำนวน คดีในแต่ละกรณีที่เกิดความเสียหาย เพื่อเป็นข้อมูล สำหรับตรวจสอบว่าหน่วยงานมีระบบการกำกับ ติดตาม การดำเนินงานของผู้รับผิดชอบสำนวนคดีความต่างๆ ให้ดำเนินการภายในระยะเวลาที่กำหนด เพื่อป้องกันการ ขาดอายุความการใช้สิทธิเรียกร้องตามกฎหมาย ที่เกี่ยวข้อง หรือไม่

เอกสารที่ใช้ในการตรวจสอบ

1. คำสั่งมอบหมายหน้าที่ผู้ดูแลระบบฯ และผู้เข้า ใช้งานในระบบ
2. ข้อมูลที่บันทึกในระบบความรับผิดทางละเมิด และแพ่งทั้ง 4 ระบบงาน
3. เอกสารหลักฐานการเข้าใช้งานในระบบความ รับผิดทางละเมิดและแพ่ง
4. เอกสารหลักฐานข้อมูลทางละเมิด ข้อมูลทาง แพ่ง ข้อมูลสัญญา รับทุน/ลาศึกษา และข้อมูลลูกหนี้
5. แผนการดำเนินงานและรายงานผลการติดตาม ในแต่ละกรณีที่เกิดความเสียหาย

ข้อมูลจากการตรวจสอบตามแผนการตรวจสอบ ภายในประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 โดยลงพื้นที่ ตรวจสอบหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข จำนวน 14 หน่วยรับตรวจ ประกอบด้วย หน่วยงานส่วนกลาง จำนวน 2 แห่ง และสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด 12 แห่ง

ประเด็น/ข้อตรวจพบ

1. คำสั่งมอบหมายหน้าที่ผู้ดูแลระบบฯ และผู้เข้า ใช้งานในระบบฯ
 - 1.1 ไม่จัดทำคำสั่งมอบหมายหน้าที่ผู้ดูแลและ ผู้เข้าใช้งานในระบบฯ ของหน่วยงาน
 - 1.2 ขาดการกำหนดหน้าที่ของผู้เข้าใช้งาน ในระบบฯ
 - 1.3 คำสั่งมอบหมายหน้าที่ไม่เป็นปัจจุบัน กรณีที่มีการโอนย้าย ลาออก ของผู้ใช้งานในระบบฯ
2. การกำหนดสิทธิ์การเข้าใช้งานในระบบ และ ระบบการควบคุมภายใน

2.1 การกำหนดสิทธิ์การเข้าใช้งานในระบบไม่เป็นปัจจุบัน

2.2 มีสิทธิ์เข้าใช้งานในระบบแต่จำรหัสเข้าใช้งานไม่ได้ จึงไม่สามารถเข้าใช้งานในระบบได้

2.3 หน่วยงานยังไม่ดำเนินการส่งข้อมูลให้กรมบัญชีกลางเปิดสิทธิ์ให้แก่ผู้ดูแลระบบของหน่วยงาน จึงไม่สามารถเข้าใช้งานระบบได้

3. การบันทึกข้อมูลในระบบงานความรับผิดชอบทางละเมิด และระบบงานความรับผิดชอบทางแพ่ง

3.1 การบันทึกข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน ไม่ครบถ้วนทุกขั้นตอน

3.2 แนวนโยบายหลักฐานที่เกี่ยวข้องเข้าในระบบไม่ครบถ้วน

3.3 พบกรณีข้อมูลความรับผิดชอบทางละเมิดมีการบันทึกความเสียหายในขั้นตอนแรกเพียงขั้นตอนเดียว

3.4 มีการบันทึกข้อมูลแต่ไม่แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องในระบบ

3.5 ข้อมูลสำนวนคดีในระบบไม่ตรงกับสำนวนคดีที่มีอยู่จริง

3.6 พบข้อมูลสำนวนคงค้างในระบบ แต่ไม่มีเอกสารแนบและผู้รับผิดชอบไม่สามารถหาที่มาของข้อมูลได้

3.7 ไม่สามารถยืนยันข้อมูลในระบบได้ว่าเป็นข้อมูลที่ถูกต้องหรือไม่

3.8 พบกรณีสำนวนคดีที่ผู้รับผิดชอบดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว แต่ไม่บันทึกข้อมูลในระบบในขั้นตอนการสิ้นสุดงานทางละเมิด/ทางแพ่ง

3.9 ข้อมูลในระบบงานความรับผิดชอบทางละเมิดไม่ตรงกับข้อมูลในระบบรายงานในส่วนของการรายงานจำนวนสำนวนและมูลค่าความเสียหายทางละเมิด

3.10 ข้อมูลในระบบงานความรับผิดชอบทางแพ่งไม่ตรงกับข้อมูลในระบบรายงานในส่วนของการรายงานการดำเนินงานด้านความรับผิดชอบทางแพ่ง

4. การบันทึกข้อมูลในระบบงานผิดสัญญาการศึกษา/สัญญาเงินทุน

4.1 บันทึกข้อมูลสัญญาการศึกษา/สัญญาเงินทุนในระบบไม่เป็นปัจจุบัน ไม่ครบถ้วนทุกขั้นตอน

4.2 แนวนโยบายหลักฐานที่เกี่ยวข้องไม่ครบถ้วน

4.3 มีข้อมูลสัญญาเงินทุนและ/หรือสัญญาการศึกษา แต่ไม่มีการบันทึกข้อมูลในระบบ

4.4 ข้อมูลสัญญาการศึกษาในระบบไม่ตรงกับสัญญาศึกษาที่มีอยู่จริง

4.5 พบกรณีผู้ลงทุนผิดสัญญาการรับทุน ผู้รับผิดชอบมีการดำเนินการให้ชดเชยทุน แต่ไม่มีการบันทึกข้อมูลในระบบ

4.6 ผู้รับผิดชอบไม่บันทึกข้อมูลสัญญาการศึกษาและ/หรือสัญญาเงินทุนในระบบหากไม่มีผู้ผิดสัญญา

4.7 ข้อมูลในระบบงานผิดสัญญาการศึกษา/สัญญาเงินทุนไม่ตรงกับข้อมูลในระบบรายงานในส่วนของการรายงานสัญญาการศึกษา และรายงานสัญญาเงินทุน ในรายละเอียดของจำนวนสัญญาและจำนวนเงิน

5. การบันทึกข้อมูลในระบบงานฐานข้อมูลลูกหนี้

5.1 ข้อมูลลูกหนี้ที่เกิดขึ้นจากสำนวนคดีทางละเมิดหรือสำนวนคดีทางแพ่งหรือการผิดสัญญาการศึกษา/สัญญาเงินทุน ในระบบงานต่าง ๆ ไม่ตรงกับข้อมูลลูกหนี้ที่แสดงในระบบงานฐานข้อมูลลูกหนี้

5.2 ไม่มีการบันทึกข้อมูลในระบบงานความรับผิดชอบทางละเมิด ระบบงานความรับผิดชอบทางแพ่ง และระบบงานผิดสัญญาการศึกษา/สัญญาเงินทุน หรือบันทึกข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน ไม่ครบถ้วนทุกขั้นตอน

5.3 พบข้อมูลลูกหนี้คงค้างในระบบจำนวนมาก ส่งผลให้ฐานข้อมูลลูกหนี้ที่เชื่อมโยงข้อมูลกับระบบงานต่าง ๆ มีความคลาดเคลื่อนกัน

5.4 ข้อมูลในระบบงานฐานข้อมูลลูกหนี้ ไม่ตรงกับข้อมูลในระบบรายงานในส่วนของการรายงานลูกหนี้ ในรายละเอียดของยอดตั้งหนี้ สถานะลูกหนี้ และเงินต้นคงค้าง

6. การรายงานความเสียหายจากความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่

6.1 หน่วยงานมีสำนวนคดีที่มีความเสียหายจากความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ที่ไม่ต้องรายงานให้กระทรวงการคลังตรวจสอบ แต่หน่วยงานไม่ได้รายงานความเสียหายที่เกิดแก่หน่วยงานในระบบความรับผิดชอบทางละเมิดและแพ่งเป็นประจำทุกเดือน ไม่ว่าในเดือนนั้นจะมีความเสียหายเกิดขึ้นแก่หน่วยงานหรือไม่ก็ตามตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

7. การจัดให้มีระบบการติดตามการดำเนินงาน ก่อนหมดอายุความการดำเนินคดี

7.1 หน่วยงานขาดการมอบหมายหน้าที่ ผู้รับผิดชอบในการกำกับ ติดตามการดำเนินงานของ ผู้รับผิดชอบสำนวนคดีความต่างๆ การดำเนินการในทุก ระบบงานให้เป็นปัจจุบัน และครบถ้วนทุกขั้นตอน

7.2 ไม่พบแผนการดำเนินงานและการรายงาน ผลการติดตามสำนวนคดีในแต่ละกรณีที่เกิดความเสียหาย

7.3 ขาดการกำกับติดตามและดำเนินการ ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้อเสนอแนะ

1. จัดทำคำสั่งมอบหมายหน้าที่ผู้ดูแลระบบ และผู้มีสิทธิ์เข้าใช้งานในระบบ ตามคู่มือการใช้งานระบบ ความรับผิดชอบละเมิดและแพ่ง กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังกำหนด

2. การกำหนดสิทธิ์การเข้าใช้งานในระบบให้เป็น ปัจจุบัน เพื่อป้องกันข้อมูลที่มีผลทางกฎหมายรั่วไหล สู่ภายนอกองค์กรได้

3. จัดอบรมและพัฒนาหัวหน้างานและเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบให้มีความรู้ความเข้าใจการใช้งานระบบ ตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

4. กำหนดแผนการดำเนินงานและการติดตาม งานให้ชัดเจน การบันทึกข้อมูลลงในระบบให้เป็นปัจจุบัน เพื่อป้องกันความผิดพลาดและความเสียหายที่อาจเกิด ขึ้นได้หากคดีหมดอายุความ

5. รายงานผลต่อผู้บังคับบัญชาระดับต้นเป็น ลายลักษณ์อักษรทุกครั้งที่มีการบันทึกข้อมูลลงในระบบ และรายงานผลการติดตามพร้อมทั้งแนวทางแก้ไขเสนอ หัวหน้าส่วนราชการ

6. สร้างเครือข่ายความร่วมมือในการแลกเปลี่ยน ความคิดเห็น และการแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ก็จะช่วยให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถใช้งานระบบได้อย่างถูกต้อง ลดความเสี่ยง จากการปฏิบัติงาน ลดความเสียหายของหน่วยงานภาครัฐ ที่เกิดจากการใช้สิทธิเรียกร้องไม่ทันภายในกำหนด อายุความ และมีการดำเนินการเป็นไปตามที่กระทรวง การคลังกำหนด

เอกสารอ้างอิง

1. กรมบัญชีกลาง. หลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการ ตรวจสอบภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561. กระทรวงการคลัง. กรุงเทพมหานคร, 2561.
2. กรมบัญชีกลาง. หลักเกณฑ์ปฏิบัติการตรวจสอบ ภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ (แก้ไขถึง (ฉบับ ที่ 4) พ.ศ. 2566). กระทรวงการคลัง. กรุงเทพมหานคร, 2566.
3. กรมบัญชีกลาง. ความรับผิดชอบละเมิดของ เจ้าหน้าที่ที่ไม่ต้องรายงานให้กระทรวงการคลัง ตรวจสอบ พ.ศ. 2562. กระทรวงการคลัง. กรุงเทพมหานคร, 2562.
4. กรมบัญชีกลาง. คู่มือการใช้งานระบบงาน ความรับผิดชอบละเมิดและแพ่ง. กระทรวงการคลัง. กรุงเทพมหานคร, 2560.

คำแนะนำสำหรับส่งบทความตีพิมพ์

“วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้ บทความและผลงานวิชาการด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเสริมสร้างแนวคิดและประสบการณ์ด้านวิชาการ ตลอดจนพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับให้มีทักษะการเขียนผลงานวิชาการ โดยมีกำหนดการจัดพิมพ์ ปี ละ 2 ครั้ง ราย 6 เดือน

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - มิถุนายน และ ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม

รับบทความ/เรื่องเพื่อตีพิมพ์ ฉบับที่ 1 ภายในเดือนเมษายน ฉบับที่ 2 ภายในเดือนตุลาคม

ขั้นตอนการดำเนินงานจัดทำวารสาร ดังนี้

1. ผู้ส่งบทความตีพิมพ์ต้องศึกษาหลักเกณฑ์ คำแนะนำเพื่อตีพิมพ์ โดยกองบรรณาธิการจะไม่รับนิพนธ์ต้นฉบับที่ไม่ถูกต้องตามแบบฟอร์มและกติกาที่วารสารกำหนด
2. ผู้สนใจส่งบทความจะต้องกรอกข้อมูลในแบบส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ฯ พร้อมแนบบทความต้นฉบับ จำนวน 1 ชุด และส่งไฟล์ Microsoft Word และ pdf. ไปยังกองบรรณาธิการวารสารทาง e-mail: pphj.2020@gmail.com
3. กองบรรณาธิการจะตรวจประเมินความครบถ้วน ถูกต้องของบทความเบื้องต้น ก่อนส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ
4. กองบรรณาธิการจัดส่งนิพนธ์ต้นฉบับ/บทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องตรวจประเมินและคุณภาพ และให้เสนอแนะ จำนวน 1-2 ท่านต่อเรื่อง
5. ผู้นิพนธ์ปรับ/แก้ไขตามข้อพิจารณาและเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ
6. กองบรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้อง และเตรียมข้อมูล/บทความต้นฉบับ
7. ส่งข้อมูล/บทความต้นฉบับให้โรงพิมพ์ดำเนินการจัดพิมพ์รูปเล่ม
8. กองบรรณาธิการดำเนินการจัดส่งและเผยแพร่วารสารแก่กลุ่มเป้าหมาย
9. กองบรรณาธิการจะจัดส่งหนังสือ/ใบรับรองตีพิมพ์แจ้งผู้เขียนนิพนธ์ต้นฉบับ หลังจากผู้นิพนธ์ปรับ/แก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิได้ประเมินและเสนอแนะไว้เรียบร้อยแล้ว

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

1. บทความที่ส่งตีพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original articles) ได้แก่ บทความที่เสนอ ผลงานใหม่ที่ได้จากการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสืออื่นๆ ควรเขียนตามลำดับ ได้แก่ ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ บทนำสั้นๆ (เหตุผลที่ทำการศึกษานี้ รวมทั้งวัตถุประสงค์) วัสดุ หรือวิธีการ ผลการศึกษา วิเคราะห์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์

รายงานผู้ป่วย (Case report) เป็นรายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจ เช่น การบาดเจ็บ, ความผิดปกติหรือโรคที่พบได้ยาก และที่น่าสนใจหรือใช้วิธีการนวัตกรรม หรือเครื่องมือใหม่ในการรักษาผู้ป่วย ควรเขียนตามลำดับ ได้แก่ ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ บทนำ รายงานผู้ป่วย (รวมถึงวัสดุและวิธีการ) วิเคราะห์ สรุป และเอกสารอ้างอิง

บทความพิเศษ (Special article) เป็นบทความทาง วิชาการที่เกี่ยวข้องทางด้านการแพทย์ ทันตแพทย์ เกษตรกรรม พยาบาล การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์การแพทย์ อาจมีลักษณะเป็นบทวิเคราะห์วิจารณ์ หรือบทความทางด้านการบริหารที่เกี่ยวข้องและเห็นว่าเป็นประโยชน์

บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review articles) ได้แก่ บทความที่ได้จากการรวบรวมนำเอาความรู้ เรื่องใด เรื่องหนึ่ง ซึ่งตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสือต่างๆ หรือจากผลงานและประสบการณ์ของผู้นิพนธ์นำมาเรียบเรียงและวิเคราะห์วิจารณ์ หรือเปรียบเทียบกัน เพื่อให้เกิดความลึกซึ้งหรือเกิดความกระจ่างในเรื่องนั้นมากยิ่งขึ้น

ปกิณกะ (Miscellany) ได้แก่ บทความอื่นๆ นอกเหนือจากชนิดของบทความดังกล่าวข้างต้น ซึ่งมีประโยชน์ต่อการดำเนินงาน

2. การเตรียมบทความเพื่อตีพิมพ์

ชื่อเรื่อง	ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
ชื่อผู้เขียน	มีชื่อผู้เขียนและ/หรือคณะ พร้อมวุฒิการศึกษาสูงสุด (วุฒิปริญญาโท) และสถานที่ปฏิบัติงานเป็นภาษาไทย
เนื้อเรื่อง	ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้นกะทัดรัด แต่ชัดเจนเพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน
บทคัดย่อ	คือการย่อเนื้อหาสำคัญเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 20 บรรทัด และมีส่วนประกอบ คือวัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ ผลการดำเนินงาน และวิจารณ์ หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารที่อยู่ในบทคัดย่อ และเขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
บทนำ	อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้างานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐานและขอบเขตการวิจัย
วิธีการดำเนินการ	อธิบายวิธีดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการ รวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจน วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์
ผลการดำเนินงาน	อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย/ศึกษา โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบ กับสมมติฐานที่ตั้งไว้
วิจารณ์	ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ เพียงใดและควรอ้างอิงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย
สรุป	ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้ง ผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะต่อประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลข (ตัวเลข) ท้ายข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อย่อต้นและชื่อวารสารบทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้ว แต่ยังไม่เผยแพร่ ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิงเว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไป ให้ระบุชื่อและวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง ชื่อวารสารในการอ้างอิงให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. Nation Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.html> การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารมีหลักเกณฑ์ดังนี้

3.1 วารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารปีที่พิมพ์. ปีที่: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย. วารสารภาษาไทย ชื่อผู้พิมพ์ให้ใช้ชื่อเต็ม ทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์ เป็น ปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อสกุลก่อน

ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อ ตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้นิพนธ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. (ภาษาอังกฤษ) หรือและคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสาร ใช้ชื่อย่อตามแบบ Index Medicus หรือตามที่ใช้ในวารสาร นั้นๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้ายตามตัวอย่าง ดังนี้

3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

1. วิทยา สวัสดิ์ดุติพงศ์, พัทรี เงินตรา, ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, ฉวีวรรณ เขาว กรติพงศ์, ยุวดี ตาทิพย์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541;7:20-6.
2. Russell FD, Coppell AL, Davenport AP. In Vitro enzymatic processing of Radiolabelled big ET-1 in human kidney as a food ingredient. Biochem Pharmacol 1998; 55:697-701.

3.1.2 องค์การเป็นผู้นิพนธ์

1. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอายุรเวชแห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัย และแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทย์สภาสาร 2538; 24:190-204.

3.1.3 ไม่มีชื่อผู้นิพนธ์

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

3.1.4 บทความในฉบับแทรก

1. วิชัย ต้นไพจิตร. สิ่งแวดล้อมโภชนาการกับสุขภาพใน: สมชัย บวรกิตติ, จอห์น พี ลอฟท์ส, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม. สารศิริราช 2539; 48 (ฉบับผนวก) : 153-61.

3.1.5 ระบุประเภทของบทความ

1. บุญเรือง นิยมพร, ดำรง เพชรลาย, นันทวัน พรหมผลิต, ทวี บุญโชติ, สมชัย บวรกิตติ, ประหยัด ทศนาภรณ์. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน (บทบรรณาธิการ). สารศิริราช 2539; 48: 616-20.
2. Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease (letter). Lancet 1996; 347:1337.

3.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

3.2.1 หนังสือหรือตำราผู้นิพนธ์เขียนทั้งเล่ม ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์.

- หนังสือแต่งโดยผู้นิพนธ์

1. ธงชัย สันติวงษ์. องค์การและการบริหารฉบับแก้ไขปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช ; 2535.
2. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurse. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

- หนังสือมีบรรณาธิการ

1. วิชาญ วิทยาศัย, ประคอง วิทยาศัย, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติในผู้ป่วยติดเชื่อ เอ็ดส. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิเด็ก; 2535.
2. Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

3.2.2 บทหนึ่งในหนังสือ หรือตำรา

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

1. เกรียงไกร จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจันทา, วินัย สุวดี, อรุณวงษ์ จิราษฏร์, ประอร ขวลิธอรรณ, พิกพ จิรปัญญา, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-7.

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

3.3 รายงานการประชุม สัมมนา

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วันเดือนปี ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

1. อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล, งามจิตต์ จันทราธิ, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่องส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม 2541; ณ โรงแรมโบเบ้ทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์; 2541.

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

4. การส่งบทความต้นฉบับ

4.1 ใช้โปรแกรม Microsoft word พิมพ์บทความด้วยรูปแบบอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 POINT ตลอดทั้งเล่ม ไม่กั้นหลังตัวอักษร พร้อมใส่เลขกำกับหน้าที่มุมขวาล่างทุกหน้า ระยะหน้ากระดาษในแต่ละหน้า ระยะขอบบน 1.0 นิ้ว, ระยะขอบล่าง 1.0 นิ้ว และระยะขอบซ้าย 1.5 นิ้ว, ระยะขอบขวา 1.0 นิ้ว และ Print เอกสารบทความต้นฉบับหน้าเดียวลงในกระดาษ A4 จำนวน 1 ชุด และส่งไฟล์ในรูปแบบ Microsoft Word และ pdf. ทาง e-mail: pphj.2020@gmail.com พร้อมแนบแบบส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

4.2 ภาพประกอบถ้าเป็นภาพลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกสีดำบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพโปสเตอร์แทนได้ save เป็นไฟล์ .JPEG หรือ .TIFF สำหรับการเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในภาพโปสเตอร์

5. การตอบรับ

5.1 เมื่อกองบรรณาธิการได้รับบทความที่ส่งมาตีพิมพ์ จะดำเนินการตามขั้นตอนและมีหนังสือตอบรับต่อไป

5.2 บทความที่ไม่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ ทางกองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งคืนต้นฉบับ

6. ระยะเวลาในการพิจารณาบทความ

6.1 กองบรรณาธิการจะกลั่นกรองบทความ/นิพนธ์ต้นฉบับเบื้องต้น และส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจประเมินและให้ข้อเสนอแนะ ภายใน 2 - 3 สัปดาห์

6.2 เมื่อได้รับคืนบทความ/นิพนธ์ต้นฉบับจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว กองบรรณาธิการจะส่งบทความให้ผู้นิพนธ์บทความแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์

6.3 เมื่อผู้นิพนธ์แก้ไขงานเสร็จแล้ว ให้ส่งบทความฉบับแก้ไข จำนวน 1 ชุด พร้อมส่งไฟล์ในรูปแบบ Microsoft Word และ pdf. ทาง e-mail: pphj.2020@gmail.com

6.4 กองบรรณาธิการ จะออกหนังสือตอบรับการตีพิมพ์บทความลงวารสารวิจัยและวิชาการฯ ต่อไป



7. การตีพิมพ์วารสาร

7.1 กองบรรณาธิการจะรวบรวมบทความส่งตีพิมพ์ เมื่อมีจำนวนผู้สมัครขอตีพิมพ์ครบตามที่กำหนด

7.2 กระบวนการผลิตวารสารจะใช้เวลาประมาณ 30 วัน หลังจากได้รับบทความแล้ว และเมื่อจัดพิมพ์วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรแล้ว จะส่งวารสารให้ผู้สมัคร/เจ้าของบทความต่อไป

8. ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ถือเป็นผลงานทางวิชาการ หรือวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้สมัคร/เจ้าของบทความ ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้สมัคร/เจ้าของบทความ ต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน และกองบรรณาธิการ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องเหมาะสมตามหลักภาษา และทางวิชาการได้

9. สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

27/99 ถนนคลองคะเชนทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร 66000

โทร. 056 990 354 ต่อ 133, 134

ค่าธรรมเนียมการลงตีพิมพ์ “วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” สำหรับบทความวิจัย (นิพนธ์ต้นฉบับ รายงานผู้ป่วย) ที่ส่งไฟล์ต้นฉบับแล้วในลำดับที่ 1 - 6 ค่าธรรมเนียมเรื่องละ 2,000 บาท และลำดับที่ 7 เป็นต้นไป ค่าธรรมเนียมเรื่องละ 3,000 บาท



แบบส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร”

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)ตำแหน่ง.....

2. สถานที่ปฏิบัติงาน.....

3. วุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด.....วุฒีย่อ (ภาษาไทย).....

วุฒีย่อ (ภาษาอังกฤษ).....

4. ขอส่งบทความ
- () 1. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original articles)
- () 2. รายงานผู้ป่วย (Case report)
- () 3. บทความพิเศษ (Special article)
- () 4. บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review articles)
- () 5. ปกิณกะ (Miscellany)

ชื่อเรื่อง ภาษาไทย :

ชื่อเรื่อง ภาษาอังกฤษ :

5. ชื่อผู้เขียนร่วม (ถ้ามี)วุฒีย่อ (ภาษาไทย).....

วุฒีย่อ (ภาษาอังกฤษ).....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

6. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก เลขที่.....หมู่ที่ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์มือถืออีเมล

7. สิ่งที่ส่งมาด้วย () ไฟล์ต้นฉบับ ชื่อแฟ้มข้อมูล.....

() เอกสารสิ่งพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 1 ชุด

() เอกสารรับรองการผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น หากข้าพเจ้าขาดการติดต่อในการแก้ไขบทความนานเกิน 1 เดือน ถือว่าข้าพเจ้าสละสิทธิ์ในการตีพิมพ์วารสารวิจัย และวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

ลงนาม.....ผู้พิมพ์

(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.....



รายงานผู้ป่วย : Patient Report

7. การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA : รายงานผู้ป่วย
บำรุงรัตน์ สร้อยจิตร พย.บ.
8. การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว : รายงานผู้ป่วย
ประไพ งดงาม พย.บ.

บทความพิเศษ : Special Articles

9. ผลของ CQI : Well Stroke IMC ต่ออัตราการส่งเยี่ยมบ้านและการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง
ธัญรธรรม มงคลสุขภิรมย์ พย.บ. , นางสาวสุธิดา แสงเลิศ พย.บ.
10. แนวทางการตรวจสอบระบบความรับผิดชอบทางละเมิดและแพ่ง
นันท์นิจ ลิตะหิรัญ