



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
Phichit Public Health Office

วารสารวิจัยและวิชาการ

สารานุกรมสุขจังหวัดพิจิตร

Phichit Public Health Research and Academic Journal

ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2568

Vol.6 No.1 January - June 2025

ISSN 2697-6625

นิพนธ์ต้นฉบับ : Original Article

1. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพและค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วนในสถานประกอบการ จังหวัดพิจิตร
สายฝน จำปาหาญ พย.บ. , พิชรีวรรณ พันตรีเกิด ส.บ.
2. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลท่าพุทรา อำเภอกลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร
นฤมล กาญจนะ พย.บ.
3. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลป่ามะคาบ อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร
รัฐชนัดทิภัทร เชื้อสุวรรณ พย.บ.
4. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เพชรรินทร์ อินทรสถิตย์ พย.บ. , พรพรรณ ใจหาญ วท.บ.

รายงานผู้ป่วย : Patient Report

5. การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis : รายงานผู้ป่วย
วันวิสาข์ พันทอง พย.บ.
6. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ : รายงานผู้ป่วย
พัชรี ดอนจันทร์เขียว พย.บ.
7. การพยาบาลผู้ป่วยต้อหินที่ได้รับการผ่าตัด Trabeculectomy with Mitomycin-C : รายงานผู้ป่วย
กนกวรรณ สุขมาก พย.บ.

กรณีศึกษา : Case Study

8. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา
วันเพ็ญ สุขแจ่ม พย.บ.

บทความพิเศษ : Special Articles

9. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อร่วมระหว่างโรคไข้เลือดออกแดงกึ่งกับโรคโควิด-19 :
การทบทวนวรรณกรรม
พรศักดิ์ ใจชื่น พย.บ. , พิไลวรรณ ใจชื่น 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
นางสุธาทิพย์	จุลบุตร	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร (ด้านส่งเสริมพัฒนา)
นายสมจินต์	มากพา	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร (ด้านเภสัชสาธารณสุข)

บรรณาธิการ

ดร.ธานี โชติกคาม

รองบรรณาธิการ

นางอจนา เจศรีชัย นางภฤดา แสงสินศร

กองบรรณาธิการ (วิชาการ)

นางอจนา เจศรีชัย	นางภฤดา แสงสินศร	นางสาวชุติมา อินหัน
นางต้นหยง เอี่ยมพร	นางสาวนันทวัน วงษ์เงิน	นางสาวอาทริยา แสงโชติ
นางสาวเนตรนภา บัวแก้ว	นางสาวอัญชลี สังข์เมือง	

ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ

แพทย์หญิงผกามาศ	เพชรพงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
ดร.ธานี	โชติกคาม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
นายแพทย์สมบุญ	จินาพงษา	โรงพยาบาลพิจิตร
แพทย์หญิงนงลักษณ์	บุตรดี	โรงพยาบาลพิจิตร
แพทย์หญิงอาภา	ศรีนุติโสภาคย์	โรงพยาบาลพิจิตร
นายแพทย์เมธัส	วงศ์สิทธิกร	โรงพยาบาลพิจิตร
นายแพทย์ประทีป	จันทร์สิงห์	โรงพยาบาลบางมูลนาก

รศ.ดร.สันติสิทธิ์	เขียวเงิน	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.ธัญวณัฐ	พรหมพิทยารัตน์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.(พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศรี		วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร พิษณุโลก
ผศ.ดร.ธนัช	กนกเทศ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.ทศพร	ชูศักดิ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ปทุมธานี
ผศ.สมบัติ	รียาพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ดร.รุ่งทิวา	มนิวัชรินทร์	องค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจิตร
ดร.รุ่งโรจน์	เจศรีชัย	สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต 2 พิษณุโลก
ดร.ชัยณรงค์	สังข์จำง	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
ดร.จิตติภัทร	จันเกษม	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์
ดร.ชาตรี	แมตลี	มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์

กองบรรณาธิการ (การจัดการ)

1. ฝ่ายเหรียญกฐิก

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 ต่อ 301, 302 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 6 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม - มิถุนายน 2568 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 อภิสิทธิ์วิทยา
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

บรรณาธิการแถลง



วารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัด
พิจิตร” ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม-มิถุนายน
2568 ได้คัดเลือกผลงานทางวิชาการที่มีคุณค่าทั้งในเชิง
วิทยาการ และการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ จำนวน 9 เรื่อง
ได้แก่ 1) ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง
โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพและ
ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วนในสถาน

ประกอบการ จังหวัดพิจิตร 2) พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลท่าพุทรา อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร 3) ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลปามะคาบ อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร 4) ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ 5) การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis : รายงานผู้ป่วย 6) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์: รายงานผู้ป่วย 7) การพยาบาลผู้ป่วยต้อหินที่ได้รับการผ่าตัด Trabeculectomy with Mitomycin-C : รายงานผู้ป่วย 8) การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา 9) บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อร่วระหว่างโรคไข้เลือดออกแดงกึ๋กับโรคโควิด-19 : การทบทวนวรรณกรรม

ในนามของกองบรรณาธิการวารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” ขอขอบคุณผู้ส่งบทความมาให้พิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่องค์ความรู้และงานวิจัย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขของหน่วยงาน ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานทุกท่านในการพิจารณาบทความ (peer review) ที่ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขบทความวิจัยต่างๆ ให้มีความถูกต้องทางวิชาการ และขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนในการจัดทำวารสารฉบับนี้ให้เสร็จสมบูรณ์ด้วยดี ซึ่งรายละเอียดของเนื้อหาผู้อ่านสามารถสืบค้นได้จากเว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร หัวข้อวารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้อ่านทุกท่านในการเสริมสร้างองค์ความรู้ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขต่อไป

(ดร.ธานี โชติคคาม)
บรรณาธิการ



วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

Phichit Public Health Research and Academic Journal

ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2568

Vol. 6 No. 1 January - June 2025

สารบัญ

หน้า

สารบัญจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

บรรณาธิการแถลง

นิพนธ์ต้นฉบับ : Original Articles

1. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพและค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วนในสถานประกอบการ จังหวัดพิจิตร
สายฝน จำปาหาญ พย.บ. , พัชรวิพรรณ พันตรีเกิด ส.บ. 1 - 14
2. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลท่าพุทรา อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร
นฤมล กาญจนะ พย.บ. 15 - 28
3. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลปามะคาบ อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร
รัฐชนันท์ภัทร เชื้อสุวรรณ พย.บ. 29 - 40
4. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
เพชรรินทร์ อินทรสถิตย์ พย.บ. , พรพรรณ ใจหาญ วท.บ. 41 - 53

รายงานผู้ป่วย : Patient Report

5. การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis : รายงานผู้ป่วย
วันวิสาข์ พันทอง พย.บ. 54 - 66
6. การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว : รายงานผู้ป่วย
พัชร ดอนจันทร์เขียว พย.บ. 67 - 78
7. การพยาบาลผู้ป่วยต่อหินที่ได้รับการผ่าตัด Trabeculectomy with Mitomycin-C : รายงานผู้ป่วย
กนกวรรณ สุขมาก พย.บ. 79 - 90

กรณีศึกษา : Case Study

8. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา
วันเพ็ญ สุขแจ่ม พย.บ. 91 - 99

บทความพิเศษ : Special Articles

9. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อร่วมระหว่างโรคไข้เลือดออกแดงก็กับโรคโควิด-19 : การทบทวนวรรณกรรม
พรศักดิ์ ใจชื่น พย.บ. , พิไลวรรณ ใจชื่น พย.บ. 100 - 111

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ต่อพฤติกรรมสุขภาพและค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วน ในสถานประกอบการ จังหวัดพิจิตร

The effects of a self-management promotion program using the Line application on health behavior and body mass index of individuals at risk of obesity in workplaces in Phichit Province

สายฝน จำปาหาญ พย.บ.

พัชรวิวรรณ พันตรีเกิด ส.บ.

กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลพิจิตร

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพและค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วนในสถานประกอบการ จังหวัดพิจิตร เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสองกลุ่ม มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ดำเนินการในเดือน มกราคม ถึงเดือน เมษายน 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และรอบเอวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดย BMI ลดลงเฉลี่ย 2.5 และรอบเอวลดลงเฉลี่ย 2.76 เซนติเมตร นอกจากนี้คะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย และการพักผ่อน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ($p < .001$) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมที่ใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานหรือสถานประกอบการอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : การจัดการตนเอง, แอปพลิเคชันไลน์, พฤติกรรมสุขภาพ, ภาวะอ้วน, โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ

Abstract

This study aimed to examine the effects of a self-management promotion program delivered via the LINE application on health behaviors and body mass index (BMI) among individuals at risk of obesity in workplaces in Phichit Province. This quasi-experimental study employed a two-group design, consisting of an experimental group and a control group, with 30 participants in each group. The experimental group received the self-management promotion program through the LINE application for a duration of 12 weeks, conducted from January to April 2025. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

The results showed that after participating in the program, the experimental group experienced statistically significant reductions in BMI and waist circumference ($p < .05$), with an average BMI reduction of 2.5 and an average waist circumference reduction of 2.76 centimeters. In addition, scores for self-management behaviors in three areas—dietary habits, physical activity, and rest—significantly increased compared to the pre-intervention scores ($p < .001$), while the control group showed no significant changes.

These findings indicate that using the LINE application as a health promotion tool is effective in improving health behaviors among individuals at risk of obesity. The program could be appropriately applied in other organizations or workplaces to promote health and prevent non-communicable diseases.

Keywords : self-management, LINE application, health behavior, obesity, health promotion program

บทนำ

โรคอ้วน (obesity disease) เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable chronic diseases : NCDs)⁽¹⁾ ที่ชักนำไปสู่โรคอื่นๆ มากมาย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ไขมันพอกตับ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น รายงานจากสมาพันธ์โรคอ้วนโลก (World Obesity Federation) ปี 2565 พบว่าทั่วโลกมีคนเป็นโรคอ้วนประมาณ 800 ล้านคน ขณะที่องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี 2559 ความชุกของปัญหาน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในผู้ใหญ่เท่ากับร้อยละ 39 หรือมากกว่า 1.9 พันล้านคน ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับประเทศไทย ข้อมูลจากกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรครายงานความชุกของปัญหาน้ำหนักเกินหรืออ้วนในผู้ใหญ่ในปี 2564 เท่ากับร้อยละ 47.2 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.7 ในปี 2559 โรคอ้วนไม่ได้ส่งผลต่อสุขภาพเพียงอย่างเดียวแต่ยังส่งผลต่อเศรษฐกิจด้วย⁽²⁾ องค์การอนามัยโลกรายงานว่าเด็กที่เป็นโรคอ้วนได้เพิ่มขึ้นทั่วโลกจาก 31 ล้านคนในปี 2533 เป็น 44 ล้านคน ในปี 2555 และภายในปี 2568 คาดการณ์ว่าจะมีเด็กเป็นโรคอ้วนทั่วโลก 70 ล้านคน ซึ่งภาวะอ้วนในเด็กส่งผลต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของเด็ก รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในระยะยาว เพื่อให้ประชาชนทุกช่วงวัยมีสุขภาพที่ดี เป็นกำลังคนที่มีสมรรถนะสูง กำหนดให้เด็กวัยเรียนคืออนาคตสำคัญของชาติจึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนมีสุขภาพ

ร่างกายแข็งแรงและเจริญเติบโตอย่างเต็มศักยภาพ ประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาในเด็กวัยเรียน ซึ่งพบภาวะอ้วน ทั้งนี้ปัญหาภาวะอ้วนที่มีสาเหตุมาจากการพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มากเกินไปความต้องการของร่างกาย มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ มีผลนำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง⁽³⁾ จากการเก็บรวบรวมการตรวจสุขภาพคนงานในสถานประกอบการในเขตจังหวัดพิจิตร โดยกลุ่มงานอาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลพิจิตร ในปี 2565-2567 พบว่าความชุกของภาวะอ้วน และเริ่มอ้วนของคนงานในสถานประกอบการ ร้อยละ 17.35, 19.35 และ 20.26 การใช้แอปพลิเคชัน (LINE) บนโทรศัพท์เคลื่อนที่ (Mobile Application) ประกอบด้วยคำว่า โมบาย (Mobile) และแอปพลิเคชัน (Application) ซึ่งคำว่า mobile คืออุปกรณ์สื่อสารที่ใช้ในการพกพา นอกจากการใช้งานได้ตามหน้าที่พื้นฐานของโทรศัพท์แล้วยังสามารถใช้งานแท็บเล็ตคอมพิวเตอร์ได้เนื่องจากเป็นอุปกรณ์ที่พกพาได้จึงมีคุณสมบัติเด่น คือ มีขนาดเล็ก น้ำหนักเบา ใช้พลังงานน้อยสำหรับคำว่า Application หมายถึง ซอฟต์แวร์ที่ใช้เพื่อช่วยในการทำงานของผู้ใช้ โดย Application จะต้องมีส่วนติดต่อกับผู้ใช้เพื่อเป็นตัวกลางในการใช้งานต่างๆ ดังนั้น Mobile Application หมายถึง Application ที่ช่วยในการทำงานของผู้ใช้ อุปกรณ์นั้นได้อย่างเต็มประสิทธิภาพที่สามารถพกพาได้สะดวก พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา เช่น สมาร์ทโฟน

(Smartphone) และแท็บเล็ต (Tablet) เป็นต้น⁽⁴⁾ แนวโน้มการใช้งาน แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์เคลื่อนที่อย่างสมาร์ทโฟนเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาแอปพลิเคชันบนอุปกรณ์โทรศัพท์เคลื่อนที่และด้วยแอปพลิเคชันที่เพิ่มขึ้นและมีประสิทธิภาพมากขึ้นทำให้ผู้ใช้อุปกรณ์เคลื่อนที่มีแนวโน้มใช้โปรแกรมต่างๆ เพื่อตอบสนองกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ได้แก่ ทำธุรกรรมทางการเงิน เชื่อมต่อและสืบค้นข้อมูลบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ชมภาพยนตร์ ฟังเพลง หรือแม้แต่การเล่นเกมที่มียังออนไลน์และออฟไลน์ ด้วยอัตราการขยายตัวด้านการใช้งานอุปกรณ์เคลื่อนที่ทำให้บริษัทชั้นนำด้านโทรศัพท์มือถือหลายแห่งหันมาให้ความสำคัญกับการพัฒนาโปรแกรมบนโทรศัพท์มือถือ โดยเชื่อว่าจะมีอัตราการดาวน์โหลดเพื่อใช้งานที่เติบโตอย่างเห็นได้ชัด⁽⁴⁾ ดังนั้นหากพยาบาลสามารถประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์เคลื่อนที่ โดยเฉพาะแอปพลิเคชันไลน์ มาใช้ส่งเสริมการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วนในสถานประกอบการเพื่อช่วยให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการสุขภาพในชุมชนและเพื่อตอบสนองความต้องการด้านบริการสุขภาพของคนในชุมชน จึงได้สนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพและค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วนในสถานประกอบการขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและค่าดัชนีมวลกายในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วน

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง การทดลอง (two-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ประชากร คือ คนงานในสถานประกอบการที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำ

ปี 2567 กับกลุ่มงานอาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลพิจิตร และมีภาวะอ้วน จำนวน 217 ราย โดยมีค่าดัชนีมวลกาย ≥ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง : จากโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power version 3.1.9.7 ผู้วิจัยกำหนดค่าอิทธิพล (effect size)⁽⁵⁾ กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.53 ความน่าจะเป็นความคาดเคลื่อนในการทดลองประเภทที่หนึ่ง (α) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) เท่ากับ 0.95 ได้กลุ่มอย่างรวมโดยได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 25 คนต่อกลุ่ม และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 คนต่อกลุ่ม รวม 60 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากสถานประกอบการ 2 แห่งที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน ทั้งในด้านประเภทของกิจการ จำนวนพนักงาน รูปแบบการทำงาน และสภาพแวดล้อมในการทำงาน เพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีบริบทที่คล้ายคลึงกันมากที่สุด ซึ่งการแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดำเนินการโดยเลือกสถานประกอบการที่ไม่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มและควบคุมอิทธิพลของปัจจัยแวดล้อมที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์ของการทดลอง โดยผู้เข้าร่วมต้องผ่านเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusive Criteria) เป็นบุคลากรในสถานประกอบการที่ผ่านการตรวจสุขภาพประจำปีงบประมาณ 2567 และมีภาวะอ้วนแต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางเมแทบอลิกซินโดรม (Metabolic Syndrome) **เกณฑ์ในการพิจารณาตัดบุคลากรที่มีภาวะอ้วนออกจากการวิจัย (exclusion criteria)** ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรือป่วยขณะเข้าร่วม โปรแกรม ไม่สามารถเข้าร่วมได้ตลอดโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือนจากการประกอบอาชีพประจำและ ระยะเวลาในการทำงานในหน่วยงาน ประวัติ

บุคคลในครอบครัวที่มีโรคประจำตัว ประวัติการลดน้ำหนัก พฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ ลักษณะคำถาม แบบเปิดและปิดผสมกัน จำนวน 16 ข้อ 2. แบบสอบถาม พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายและด้านการพักผ่อน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก การศึกษาตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง รับประทานอาหาร จำนวน 36 ข้อ และ 3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ : เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งนี้ผู้วิจัยได้ผ่านการ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านและนำไปทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่ ที่มีภาวะอ้วนของโรงพยาบาลพิจิตร จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารเท่ากับ 0.83 และ แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายเท่ากับ 0.89 ส่วนโปรแกรมการจัดส่งเสริมการตนเองและแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โดยการตรวจสอบ ความตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา ที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน นำไปหาค่าความตรง ของเนื้อหาโดยค่า CVI ที่ ยอมรับได้ > 0.8 หลังจากได้ รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วผู้วิจัยนำมาปรับปรุง แก้ไขให้เหมาะสมอีกครั้ง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง : ผู้วิจัยเสนอ โครงร่างการวิจัยและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพิจิตร เลขที่ โครงการวิจัย 0248/2567 ลงวันที่ 16 ธันวาคม 2567 ในระหว่างการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยยึดหลักการพื้นฐาน ของจริยธรรมการวิจัย 3 ประการ คือ หลักการเคารพใน บุคคล (Respect for person) หลักการคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และหลักความยุติธรรม (Justice) ซึ่งหลักการดังกล่าว ผู้วิจัยคำนึงถึงและถือ ปฏิบัติตลอดระยะเวลาการวิจัย และขอความร่วมมือใน

การวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมพบกลุ่ม ทดลองที่สถานประกอบการ แจ้างเกี่ยวกับ ขั้นตอนและ กิจกรรมในการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่ม ตัวอย่างที่กำหนดไว้ เมื่อกลุ่มทดลองยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัย ให้ลงนาม ยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิผู้วิจัยดำเนินการดังต่อไปนี้

การดำเนินการกับกลุ่มควบคุม

1. ระยะก่อนทดลอง ใช้เวลา 30 นาที ได้แก่ 1.) ผู้วิจัยจัดกิจกรรมพบกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วน ที่ห้อง ตรวจสุขภาพในสถานประกอบการ แจ้างเกี่ยวกับขั้นตอน และกิจกรรมในการวิจัย และขอความร่วมมือใน การ ทำวิจัย ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามที่ กำหนดไว้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วม ในการทำวิจัย ให้ลงนามยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 2.) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วน

2. ระยะดำเนินการทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลและคำแนะนำตามปกติจากแพทย์และพยาบาล

3. ระยะหลังการทดลอง ใช้เวลา 30 นาที ใน สัปดาห์ที่ 12 นัดกลุ่มควบคุมมาพบตาม นัด ผู้วิจัยเก็บ ข้อมูลตามแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มควบคุม และค่าดัชนีมวลกาย แล้วมอบคู่มือทั้งหมดเช่นเดียวกับ ที่กลุ่มทดลองได้รับ และเปิดโอกาสให้สอบถามปัญหา เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และยินดีจัด โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองให้หากกลุ่มตัวอย่าง ต้องการ พร้อมกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความ ร่วมมือในการทำวิจัยและยุติโครงการวิจัย

การดำเนินการกับกลุ่มทดลอง :

1. ระยะก่อนการทดลอง ใช้เวลา 30 นาที ดำเนินการเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม

2. ระยะดำเนินการทดลอง ดำเนินกิจกรรม ระยะ เวลา 12 สัปดาห์ แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์

ขั้นตอนที่ 1 การติดตามตนเอง สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การส่งเสริมการติดตามตนเอง ของกลุ่มทดลอง เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน ประโยชน์ของการจัดการตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองโดยการจัดการตนเองตามขั้นตอนดังนี้ 1.) สอนการใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการติดตามพฤติกรรมสุขภาพ และให้ผู้ป่วยเพิ่มเพื่อนกับผู้วิจัยเพื่อใช้ห้องสนทนาส่วนตัว เป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มทดลอง ซึ่งสามารถรักษาความลับของผู้ป่วยแต่ละรายได้ และ 2.) ชี้แจงและอธิบายเกี่ยวกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ทดสอบการใช้งานโดยผู้วิจัย ทดลองส่งข้อความและคลิปวิดีโอให้ผู้ป่วย ซึ่งสามารถทำได้พร้อมๆ กัน และให้ผู้ป่วยตอบกลับข้อความถึงผู้วิจัย แจ้งข้อตกลงของการส่งข้อมูลการจัดการตนเองทางแอปพลิเคชันไลน์ เช่น ถามข้อสงสัยส่งคลิปวิดีโอ ส่งผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

3. สอนการใช้และมอบคู่มือการส่งเสริมการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วน

4. จัดกิจกรรมกลุ่มบรรยายให้ความรู้ ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ ความรู้ทั่วไป เกี่ยวกับโรคอ้วน เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ประโยชน์ของการจัดการตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย

สัปดาห์ที่ 3, 5, 10 และ 11 ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อการกระตุ้นให้ เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และแก้ไขในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินตนเอง สัปดาห์ที่ 1 ถึง สัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยดำเนินการโดย การบันทึกผลการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่บ้าน และประเมินตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การเสริมแรงตนเอง สัปดาห์ที่ 5 และ สัปดาห์ที่ 9 ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อเสริมแรงตนเองเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้

เหมาะสม และให้กำลังใจตนเอง เมื่อยังไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

สัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยผู้วิจัยนัดพบกลุ่มทดลองเพื่อเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพพร้อมทั้ง การประเมินค่าดัชนีมวลกายและระดับของพฤติกรรมจัดการตนเองของกลุ่มทดลอง

สถิติที่ใช้ในการทำวิจัย : ข้อมูลที่ได้จะนำมาตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนก่อนจะลงรหัสแล้วบันทึกลงคอมพิวเตอร์ จากนั้นจะวิเคราะห์โดยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูปโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติการทดสอบค่าที (Independent t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ที่มีความอ้วน จำนวน 60 ราย มี กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย ผลการวิจัย พบว่า **กลุ่มทดลอง** มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.30 ปี (S.D.=8.78) โดยกลุ่มอายุ 31-40 ปี และ 41-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60.0) สถานภาพสมรสร้อยละ 60.0 การศึกษาระดับอนุปริญญาตรีร้อยละ 43.3 ระยะเวลาทำงานส่วนใหญ่น้อยกว่า 3 ปีร้อยละ 73.3 ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000 - 10,000 บาท/เดือนร้อยละ 66.7 ดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 28.21 (S.D. = 3.17) มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 76.7 และอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 23.3 เส้นรอบเอวเฉลี่ยในผู้ชายเท่ากับ 90.66 (S.D. = 8.49) และผู้หญิงเท่ากับ 88.91 (S.D.=9.63) ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 46.7 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 33.3 โรคเบาหวาน ร้อยละ 13.3 และไขมันในเลือดสูงร้อยละ 6.7 ประวัติการลดน้ำหนัก กลุ่มตัวอย่างเคยลดน้ำหนักร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่ใช้วิธีคุมอาหารและออกกำลังกายร้อยละ 53.3 กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 60 และสูบบุหรี่ร้อยละ 30.0 การดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 23.3 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 23.3 เคยดื่มปัจจุบันเลิกแล้ว และร้อยละ 53.3 ปัจจุบันยังดื่มแอลกอฮอล์ และระดับการนอนหลับพอสมควร (6-8 ชม.) ร้อยละ



53.3 ส่วน กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 31.20 (S.D. = 9.59) โดยมีกลุ่มอายุต่ำกว่า 30 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 46.7) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 73.3) สมรสร้อยละ 66.7 การศึกษาระดับอนุปริญาตร้อยละ 60.0 ระยะเวลาทำงานส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 3 ปีร้อยละ 73.3 ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000-10,000 บาท/เดือนร้อยละ 76.7 ดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 28.55 (S.D. = .614) มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 100 เส้นรอบเอวเฉลี่ยในผู้ชายเท่ากับ 85.09 (S.D. = 7.25) และผู้หญิงเท่ากับ 85.0 (S.D.=2.56) ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว

ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 66.7 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 23.3 และเบาหวานร้อยละ 10.0 ประวัติการลดน้ำหนัก เคยร้อยละ 20.0 ส่วนใหญ่ใช้วิธีคุมอาหารร้อยละ 33.3 และออกกำลังกายร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 60 และสูบบุหรี่ร้อยละ 30.0 การดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 36.7 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 20.0 เคยดื่มปัจจุบันเลิกแล้ว และร้อยละ 43.3 ปัจจุบันยังดื่มแอลกอฮอล์ และระดับการนอนหลับพอสมควร (6-8 ชม.) ร้อยละ 60.0 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำแนกตามจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n=30) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=30) จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	18 (60.0)	22 (73.3)
หญิง	12 (40.0)	8 (26.7)
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 30	9 (30.1)	14 (46.7)
31 - 40	10 (33.3)	10 (33.3)
41 - 50	10 (33.3)	5 (16.7)
ตั้งแต่ 50 ขึ้นไป	1(3.3)	1 (3.3)
กลุ่มทดลอง = Mean = 36.30 , Max = 51 , Min = 21 , S.D. = 8.78		
กลุ่มควบคุม = Mean = 31.20 , Max = 59 , Min = 20 , S.D. = 9.59		
สถานภาพ		
โสด	9(30.0)	20(66.7)
สมรส/คู่	18(60.0)	8(26.7)
ม่าย/หย่า/ร้าง	3(10.0)	2(6.6)
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษา	5(16.7)	3(10.0)
อนุปริญญา	13(43.3)	18(60.0)
ปริญญาตรี	9(30.0)	9(30.0)
สูงกว่าปริญญาตรี	3(10.00)	0
ระยะเวลาทำงาน (ปี)		
น้อยกว่า 3ปี	22(73.3)	22 (73.3)
3 -5 ปี	7(23.4)	7 (23.4)
มากกว่า 5 ปี	1(3.3)	1 (3.3)
กลุ่มทดลอง = Mean = 2.36 , Max = 10 , Min = 1 , S.D. = 1.97		
กลุ่มควบคุม = Mean = 2.36 , Max = 7 , Min = 1 , S.D. = 1.57		

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n=30) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=30) จำนวน (ร้อยละ)
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 5,000	0	2(6.6)
5,000 – 10,000	20(66.7)	23(76.7)
10,001 – 20,000	10(33.3)	5(16.7)
ค่าดัชนีมวลกาย		
อ้วนระดับ 1 (25-29.9)	23(76.7)	30(100)
อ้วนระดับ 2 (30-39.9)	7(23.3)	0
กลุ่มทดลอง = Mean = 28.21 , Max = 40.8 , Min = 25 , S.D. = 3.17		
กลุ่มควบคุม = Mean = 28.55 , Max = 27.47 , Min = 25 , S.D. = .614		
รอบเอว (ซม.) :		
ชาย	N=18	N=22
≤ 90	9(50.0)	20(90.4)
91 -100	7(38.9)	1(4.5)
> 100	2(11.1)	1(4.5)
กลุ่มทดลอง = Mean = 90.66 , Max = 115 , Min = 80 , S.D. = 8.49		
กลุ่มควบคุม = Mean = 85.09 , Max = 115 , Min = 64 , S.D. = 7.25		
หญิง (ซม.) :		
	N=12	N=8
≤ 80	6(50.0)	0
81 - 90	3(25.0)	8(100)
>90	3(25.0)	0
กลุ่มทดลอง = Mean = 88.91 , Max = 110 , Min = 76 , S.D. = 9.63		
กลุ่มควบคุม = Mean = 85.00 , Max = 89 , Min = 81 , S.D. = 2.56		
ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	14(46.7)	20(66.7)
โรคความดันโลหิตสูง	10(33.3)	7(23.3)
โรคไขมันในเลือดสูง	2(6.7)	0
โรคเบาหวาน	4(13.3)	3(10.0)
ประวัติการลดน้ำหนัก พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่		
การลดน้ำหนัก		
ไม่เคย	15(50.0)	24(80.0)
เคย	15(50.0)	6(20.0)
วิธีการลดน้ำหนัก		
	N=15	N=6
ควบคุมอาหาร	5(33.3)	2(33.3)
ออกกำลังกาย	1(6.7)	2(33.3)
คุมอาหารและออกกำลังกาย	8(53.3)	1(16.7)
ใช้ยาลดน้ำหนัก/อาหารเสริม	1(6.7)	1(16.7)
ลดน้ำหนัก		

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n=30) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=30) จำนวน (ร้อยละ)
พฤติกรรม การสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	18(60.0)	18(60.0)
เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว	3(10.0)	3(10.0)
ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่	9(30.0)	9(30.0)
พฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด	7(23.3)	11(36.7)
เคยดื่มแอลกอฮอล์แต่ปัจจุบันไม่ได้ดื่ม	7(23.3)	6(20.0)
ปัจจุบันยังดื่มแอลกอฮอล์อยู่	16(53.3)	13(43.3)
ระดับการนอนหลับ		
นอนหลับไม่เพียงพอ (<6 ชม.)	11(36.7)	11(36.7)
นอนหลับพอสมควร (6-8 ชม.)	16(53.3)	18(60.0)
นอนหลับพักผ่อนเพียงพอ (>8 ชม.)	3(10.0)	1(3.3)
กลุ่มทดลอง = Mean = 7.33 , Max = 10 , Min = 5 , S.D. = 1.37		
กลุ่มควบคุม = Mean = 6.4 , Max = 8 , Min = 5 , S.D. = .968		

2. การเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ย ของค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01) โดยค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยลดลง 2.5 (ก่อนการทดลอง 28.21 (S.D. = 3.17) หลังการทดลอง

25.71 (S.D. = 2.36) และรอบเอวลดลงเท่ากับ 2.76 เซนติเมตร (ก่อนการทดลอง 89.96 (S.D. = 8.84) หลังการทดลอง 87.20 (S.D. = 6.69) โดยกลุ่มควบคุมค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยลดลงเพียง 0.13 (ก่อนการทดลอง 25.54 (S.D. = .614) หลังการทดลอง 25.41 (S.D. = .462) และรอบเอวลดลงเพียง .33 เซนติเมตร (ก่อนการทดลอง 85.06 (S.D. = 6.29) หลังการทดลอง 84.73 (S.D. = 6.21) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ของค่าดัชนีมวลกาย และรอบเอว ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง Mean(SD)	หลังการทดลอง Mean(SD)	ความแตกต่าง	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ค่าดัชนีมวลกาย (kg/m ²)	28.21(3.17)	25.71(2.36)	2.5	11.10	.001**
รอบเอว (เซนติเมตร)	89.96(8.84)	87.20(6.69)	2.76	4.67	.001**
กลุ่มควบคุม					
ค่าดัชนีมวลกาย (kg/m ²)	25.54(.614)	25.41(.462)	0.13	3.32	.002**
รอบเอว (เซนติเมตร)	85.06(6.29)	84.73(6.21)	.33	3.34	.002**

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. ผลการเปรียบเทียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนและระดับพฤติกรรม การจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ของกลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การจัดการตนเองในทุกด้านอยู่ในระดับมาก (M = 116.85)

โดยพบว่าด้านพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายมากที่สุด ($M = 118.55$) รองลงมาคือด้านพฤติกรรมกรรมการพักผ่อน ($M = 117$) และด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ($M = 115$) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมจัดการตนเองในทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง

($M = 98.66$) โดยพบว่าด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับมาก ($M = 103.9$) รองลงมาคือด้านพฤติกรรมกรรมการพักผ่อนอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 98.88$) และด้านการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายอยู่ในระดับ ($M = 93.22$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนและระดับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ของกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วนในสถานประกอบการ หลังได้รับโปรแกรมของ กลุ่มทดลองและควบคุม

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วนในสถานประกอบการ	กลุ่มทดลอง($n=30$)		กลุ่มควบคุม($n=30$)	
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ
พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร (17ข้อ)				
1. ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผัก, ผลไม้, โปรตีนต่ำ, และธัญพืช	112	มาก	91	มาก
2. ท่านลดการบริโภคน้ำตาลและไขมันทรานส์	108	มาก	103	ปานกลาง
3. ท่านกินอาหารในปริมาณที่พอเหมาะ และหลีกเลี่ยงการทานอาหารแปรรูป	124	มาก	121	มาก
4. ท่าน ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อย 8 แก้วต่อวัน เพื่อช่วยในการเผาผลาญและลดความหิว	115	มาก	112	มาก
5. ท่านรับประทานอาหารหลักก็มื้อในหนึ่งวัน	122	มาก	90	ปานกลาง
6. ท่านรับประทานอาหารจานด่วนหรืออาหารแปรรูปบ่อยแค่ไหน	118	มาก	104	มาก
7. ท่านมักจะทานอาหารว่างระหว่างมื้ออาหาร	120	มาก	109	มาก
8. ท่านดื่มน้ำหวานหรือเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลมากแค่ไหน	110	มาก	105	มาก
9. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมัน เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน	121	มาก	115	มาก
10. ท่านรับประทานอาหารรสหวานมีกะทิ	119	มาก	103	มาก
11. ท่านรับประทานอาหารประเภทขนมกรุบกรอบ	122	มาก	118	มาก
12. ท่านดื่มเครื่องดื่มต่างๆ และเครื่องดื่มชูกำลัง	120	มาก	100	ปานกลาง
13. ท่านการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงทุกมื้อ เช่น ของทอด ลูกชิ้นทอด ไส้กรอกทอด ฯลฯ	121	มาก	108	สูง
14. ท่านกินอาหารครบ 3 มื้อใน 1 วัน	98	ปานกลาง	80	น้อย
15. ท่านรับประทานอาหารปริมาณเท่ากันทุกมื้อ	122	มาก	91	ปานกลาง
16. ท่านรับประทานอาหารที่มีรสชาติเค็มมาก ทุกมื้อเช่น เนื้อเค็ม ปลาเค็ม ปลาร้า ของ หมักดอง อาหารกระป๋องหรือกะปิ	111	มาก	104	มาก
17. ท่านกินอาหารประเภทผักมากกว่าเนื้อทุกมื้อ	108	มาก	102	ปานกลาง
รวม	115	มาก	103.29	มาก
พฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย(9ข้อ)				
18. ท่านไม่ได้ออกกำลังกายเพราะไม่มีเวลา	119	มาก	91	ปานกลาง
19. ท่านไม่ได้ออกกำลังกายเพราะไม่มีอุปกรณ์	114	มาก	94	ปานกลาง
20. ท่านไม่ได้ออกกำลังกายเพราะไม่ชอบ	126	มาก	96	ปานกลาง
21. ท่านเดินหลังมื้ออาหารวันละ 2-3 ครั้งต่อวัน เป็นเวลาอย่างน้อย 20 นาที	125	มาก	97	ปานกลาง
22. ท่านเดินเร็วต่อเนื่อง วันละ 30-45 นาที	122	มาก	90	ปานกลาง

ตารางที่ 3 คะแนนและระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ของกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วนในสถานประกอบการ หลังได้รับโปรแกรมของ กลุ่มทดลองและควบคุม (ต่อ)

พฤติกรรมจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วนในสถานประกอบการ	กลุ่มทดลอง(n=30)		กลุ่มควบคุม(n=30)	
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ
23. ท่านมีการเคลื่อนไหวในการทำงานบ้านงาน อาชีพ เช่น ทำงานบ้าน/ทำสวน/ทำไร่/ ทำนา/ขี่จักรยานหรือเดินไปทำงานจน รู้สึกเหนื่อยกำลังดีสะสมอย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน	126	มาก	92	ปานกลาง
24. ท่านออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา (ด้วยความ แรงระดับ ปานกลางคือเหนื่อย พูดคุยกับ คนข้างเคียงได้จบประโยค) อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที	122	มาก	94	ปานกลาง
25. ท่านไม่เคยออกกำลังกายจนมีเหงื่อ	118	มาก	95	ปานกลาง
26. ท่านเดินหลังมืออาหารวันละ 2-3 ครั้งต่อวัน เป็นเวลา อย่างน้อย 20 นาที	103	มาก	90	ปานกลาง
รวม	118.55	มาก	93.22	ปานกลาง
พฤติกรรมด้านการพักผ่อน(10ข้อ)				
27. ท่านนอนหลับวันละประมาณ 8 ชั่วโมง	121	มาก	115	มาก
28. ท่านพักผ่อนหย่อนใจ เช่นไปสวนสาธารณะ ฟังเพลง	123	มาก	93	ปานกลาง
29. ท่านทำกิจกรรมร่วมกันกับสมาชิกใน ครอบครัว เช่น กินอาหาร/ดูทีวี/ ฯลฯ	125	มาก	99	ปานกลาง
30. ท่านตื่นนอนด้วยความสดชื่น	118	มาก	101	ปานกลาง
31. ขณะที่ท่านนอนมีสิ่งรบกวน เช่น เสียงรถ เสียงเครื่องจักร	118	มาก	102	ปานกลาง
32. ท่านมีเวลาพักผ่อนกลางวัน	120	มาก	90	ปานกลาง
33. ท่านนอนหลับสนิท	122	มาก	91	ปานกลาง
34. ท่านตื่นกลางดึก	115	มาก	100	ปานกลาง
35. ท่านรู้สึกว่าท่านนอนไม่ค่อยพอ	114	มาก	101	ปานกลาง
36. ท่านต้องรับประทานยานอนหลับ ก่อนนอน	121	มาก	96	ปานกลาง
รวม	117	มาก	98.88	ปานกลาง
รวมทั้งหมด	116.85	มาก	98.66	ปานกลาง

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ของกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วนในสถานประกอบการ ก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การจัดการตนเองทั้ง3ด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การจัดการตนเองทั้งสามด้านของกลุ่มทดลองหลังการ เข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่าสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการ บริโภคอาหารเพิ่มจาก 28.10 เป็น 38.43 คะแนน (S.D. = 5.73,4.65), ด้านการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายเพิ่ม จาก 13.10 เป็น 20.26 (S.D. = 3.96,2.49), ด้านการพักผ่อน เพิ่มจาก 15.33 เป็น 22.23 (S.D. = 4.47,2.59 และมีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ส่วน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองของกลุ่ม ควบคุมไม่มีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังเข้า ร่วมโปรแกรม รายละเอียดดังตารางที่ 4, 5 และ 6

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ของกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วนในสถานประกอบการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

พฤติกรรมในการจัดการตนเอง		Paired sample t-test				
		N	M	S.D.	t	p-value
ด้านการบริโภคอาหาร						
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	30	28.10	5.73	-9.991	.000**
	หลังทดลอง	30	38.43	4.65		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	30	28.93	6.28	-2.408	.063
	หลังทดลอง	30	29.1	6.20		
ด้านการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย						
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	30	13.10	3.96	-15.74	.000**
	หลังทดลอง	30	20.26	2.49		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	30	4.26	.777	-2.192	.057
	หลังทดลอง	30	4.59	.838		
ด้านการพักผ่อน						
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	30	15.33	4.47	-10.994	.000**
	หลังทดลอง	30	22.23	2.59		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	30	13.73	3.69	-1.795	.083
	หลังทดลอง	30	13.83	3.77		

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ของกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วนในสถานประกอบการของกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วน ของกลุ่มทดลอง ก่อน - หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

พฤติกรรม	N	Independent t-test			
		M	S.D.	t	p-value
พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร					
ก่อนการทดลอง	30	28.10	5.73	-9.991	.000**
หลังการทดลอง	30	38.43	4.65		
พฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย					
ก่อนการทดลอง	30	13.10	3.96	-15.74	.000**
หลังการทดลอง	30	20.26	2.49		
พฤติกรรมด้านการพักผ่อน					
ก่อนการทดลอง	30	15.33	4.47	-10.994	.000**
หลังการทดลอง	30	22.23	2.59		

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ของกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วนในสถานประกอบการของกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วน ของกลุ่มควบคุม ก่อน - หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

พฤติกรรม	N	Independent t-test			
		M	S.D.	t	p-value
พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร					
ก่อนการทดลอง	30	28.93	6.28	-2.408	.023*
หลังการทดลอง	30	29.1	6.20		
พฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย					
ก่อนการทดลอง	30	4.26	.777	-2.192	.037*
หลังการทดลอง	30	4.59	.838		
พฤติกรรมด้านการพักผ่อน					
ก่อนการทดลอง	30	13.73	3.69	-1.795	.083
หลังการทดลอง	30	13.83	3.77		

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยนี้ได้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองที่ดำเนินการกับกลุ่มทดลองสามารถส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ค่าดัชนีมวลกายและรอบเอวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และรอบเอวของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และรอบเอวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โดย BMI ลดลงเฉลี่ย 2.5 หน่วย และรอบเอวลดลงเฉลี่ย 2.76 เซนติเมตร ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย โดย BMI ลดลงเฉลี่ยเพียง 0.13 หน่วย และรอบเอวลดลงเพียง 0.33 เซนติเมตร ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์มีประสิทธิภาพในการช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม อันนำไปสู่การลดน้ำหนักและรอบเอว ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของภาวะอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่ใช้แอปพลิเคชัน

ไลน์เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมสุขภาพนั้นสามารถช่วยให้กลุ่มเป้าหมายสามารถควบคุมและจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วน การใช้ไลน์ซึ่งเป็นแอปพลิเคชันที่คุ้นเคยและเข้าถึงง่าย ช่วยให้เกิดการสื่อสารและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในตนเอง (self-motivation) และการมีส่วนร่วมอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นางลักขณ์ วังศรีงาม และคณะ⁽⁶⁾ ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการควบคุมน้ำหนักโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ในกลุ่มพนักงานบริษัท พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการมีค่าดัชนีมวลกายและรอบเอวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยปัจจัยสำคัญที่ส่งผลคือการได้รับข้อมูลสุขภาพ การแจ้งเตือน และการติดตามผลอย่างต่อเนื่องผ่านแอปพลิเคชันที่ใช้งานง่ายและเข้าถึงได้ตลอดเวลา และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wang et al.⁽⁷⁾ ที่ศึกษาการใช้ mobile health application (mHealth app) ในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนในประเทศจีน โดยผลวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้เข้าร่วมที่ใช้แอปพลิเคชันเพื่อติดตามพฤติกรรมสุขภาพ มีการลดน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายที่มีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ความสำเร็จของโปรแกรมอาจมาจากลักษณะการให้ข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ที่เข้าถึงง่าย ใช้งานสะดวก และสามารถส่งเสริมการมีส่วนร่วม

อย่างต่อเนื่อง โดยผู้เข้าร่วมได้รับคำแนะนำ การติดตามผล และแรงสนับสนุนจากผู้วิจัยผ่านระบบสื่อสารที่คุ้นเคย ซึ่งช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจภายใน (intrinsic motivation) และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่ได้รับการแทรกแซงใดๆ อย่างเป็นระบบ ผลลัพธ์ที่แตกต่างกันอย่างชัดเจนชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในเชิงรุก โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรวัยทำงานที่มีความเสี่ยงต่อภาวะอ้วนและมีข้อจำกัดด้านเวลา

นอกจากนี้ยังชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันมีประสิทธิภาพอย่างชัดเจนในการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วน โดยเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน (ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย และด้านการพักผ่อน) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองที่สูงขึ้นในทุกด้าน โดยด้านการบริโภคอาหาร เพิ่มขึ้นจาก 28.10 เป็น 38.43 คะแนน ด้านการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย เพิ่มขึ้นจาก 13.10 เป็น 20.26 คะแนน และด้านการพักผ่อน เพิ่มขึ้นจาก 15.33 เป็น 22.23 คะแนน ซึ่งความแตกต่างที่เกิดขึ้นนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงถึงความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกของพฤติกรรมสุขภาพหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura⁽⁸⁾ เรื่อง self-efficacy ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการใช้เทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชันไลน์ ช่วยสนับสนุนให้ผู้เข้าร่วมมีโอกาสในการเรียนรู้ ติดตาม และประเมินพฤติกรรมของตนเองอย่างต่อเนื่อง จึงช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จริง งานวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับงานของ วิภาวี จันทศรี⁽⁹⁾ ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านไลน์ในกลุ่มผู้มีภาวะน้ำหนักเกิน พบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม

มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับผลการศึกษานี้ของ Park et al.⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า การใช้แอปมือถือในการส่งเสริมสุขภาพสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาวได้ โดยเฉพาะเมื่อมีการติดตามผลและมีการสื่อสารที่ต่อเนื่อง

สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและค่าดัชนีมวลกายในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วนจากผลการวิจัยที่พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์สามารถลดค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และรอบเอวของกลุ่มทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยขอเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรศึกษาผลระยะยาวของโปรแกรม เช่น ติดตามหลังสิ้นสุดโปรแกรม 3-6 เดือน เพื่อดูความยั่งยืนของพฤติกรรม
2. ควรศึกษาผลกระทบของปัจจัยอื่นๆ เช่น ความพึงพอใจต่อโปรแกรม การมีส่วนร่วมของครอบครัว หรือการใช้ฟีเจอร์อื่นในแอปพลิเคชันเพื่อพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมยิ่งขึ้น
3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับโปรแกรมที่ใช้เทคโนโลยีรูปแบบอื่น เช่น แอปพลิเคชันสุขภาพเฉพาะทาง หรือการใช้ AI chatbot ในการโต้ตอบเพื่อดูประสิทธิภาพที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. ตันพล วิรุฬหารุญ. โรคอ้วน ศัตรูร้ายทำลายสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2567]]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ryt9.com/s/prg/3303464.2564>
2. กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉ.12 (พ.ศ. 2560-2564) [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2567. เข้าถึงได้จาก: https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/HealthPlan12_2560_2564.pdf

3. World health organization.(2564). 10 facts on obesity. 2564. [อินเทอร์เน็ต].(เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2567).เข้าถึงได้จาก: <https://www.lakeviewdoctors.com/blog/10-must-know-facts-about-obesity>
4. ภาณุวัฒน์ วรพิทย์เบญจา, จำรัส กลิ่นหนู และ ณรงค์ศักดิ์ศรีสม. การพัฒนาแอปพลิเคชันการจัดการเรียนการสอน ในห้องเรียนเสมือนจริงบนอุปกรณ์เคลื่อนที่. วารสารวิชาการคณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏรำปาง, 8, 58-67.2558.
5. โชติกา สัตนาโค, จุฬารณย์ ไสตะ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา;10(4):32-47.2560.
6. นางลักษณ์ วังศรีงาม, พรณี ปิติสุทธธรรม, และ จิตรลดา จิตตานนท์. ผลของโปรแกรมการควบคุมน้ำหนักโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ในพนักงานบริษัท. วารสารพยาบาลศาสตร์, 37(3), 45-59.2562.
7. Wang, Y., Xue, H., Huang, Y., & Huang, L. Effectiveness of a mobile health intervention for weight management in a high-risk population in China: A randomized controlled trial. BMC Public Health, 20(1), 1062.2562. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09157-w>
8. Bandura, A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Prentice-Hall.1986.
9. วิภาวี จันทศรี. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงภาวะอ้วน. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์, 20(2), 55-68.2564
10. Park, L. G., Howie-Esquivel, J., & Dracup, K. A quantitative systematic review of the efficacy of mobile phone interventions to improve medication adherence. Journal of Advanced Nursing, 75(4), 789–801.2019.

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลท่าพุทรา อำเภอลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร

Stroke prevention behavior and blood pressure control ability of hypertensive patients in Tha Phuttha Subdistrict, Khlong Khlung District, Kamphaeng Phet Province

นฤมล กาญจนะ พย.บ.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าพุทรา จังหวัดกำแพงเพชร

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมวิธีมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรม ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสร้างแนวทางในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลท่าพุทรา อำเภอลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะคือ 1) การวิจัยเชิงปริมาณ: ใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 248 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) และ stepwise multiple Regression กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 และ 2) การวิจัยเชิงคุณภาพ: การสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูล จำนวน 20 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง การมีโรคประจำตัว ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน การได้รับความรู้ การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยพบว่า การมีโรคร่วม โรคหืดหอบ การรับรู้ การได้รับความรู้ มีปฏิกิริยาเป็นโรคหลอดเลือดสมอง สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ และพบว่า การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้โอกาสเสี่ยง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการรับประทายยา แนวทางในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ 1) ผู้ป่วย: ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด 2) ครอบครัว: ดูแลเอาใจใส่ พาไปตรวจตามนัด 3) ระบบบริการ: ให้ความรู้ ทำสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวผู้ป่วย 4) สภาพแวดล้อม และภาคีเครือข่าย: สนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้คือ การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การสังเกตอาการเบื้องต้น และการศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่คุมไม่ได้ โดยการสนับสนุนของครอบครัว

คำสำคัญ : การควบคุมความดันโลหิต, ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง, พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

The mixed-method research aimed to study the behavioral level. Factors affecting stroke prevention behavior and creating guidelines for stroke prevention among hypertensive patients in Tha Phuttha Subdistrict, Khlong Khlung District, Kamphaeng Phet Province. The study

was divided into 2 stages: 1) Quantitative research: using questionnaires with a sample group of 248 people. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square, Pearson's product moment correlation coefficient (r), and stepwise multiple regression, with the significance level set at 0.05. 2) Qualitative research: Focus group discussion with 20 informants, data were analyzed using content method.

The research results found that: the sample group had low levels of cerebrovascular disease prevention behaviors. Factors related to stroke prevention behaviors include age, body mass index, income adequacy, duration of hypertension, presence of underlying diseases, hyperlipidemia, diabetes, knowledge acquisition, and perception of health belief patterns. It was found that having comorbidities such as asthma, awareness, knowledge acquisition, and grandparents with cerebrovascular disease can jointly predict cerebrovascular disease prevention behavior. It was found that the perception of health belief patterns and the perception of risk opportunities were related to stroke prevention behavior and medication intake. Guidelines for preventing cerebrovascular disease are as follows: 1) Patients: strictly follow recommendations. 2) Family: provide care, take them to check-ups as scheduled. 3) Service system: provide knowledge, create a patient health record book. 4) Environment and network: support access to health services.

The recommendations from this research are to organize health promotion activities, provide knowledge about cerebrovascular disease, and observe initial symptoms, and study of self-management program to prevent stroke in patients with uncontrolled hypertension with family support

Keywords : Blood pressure control, Hypertensive patients, Stroke prevention behavior

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease or Stroke) เป็นโรคไม่ติดต่อซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความพิการและการเสียชีวิตที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก ได้รายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก มีประชาชนที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และยังพบผู้ป่วยใหม่ถึง 13.7 ล้านคนต่อปี โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยพบอัตราอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ปีพ.ศ. 2560 โดยในปีพ.ศ. 2565 มีอัตราอุบัติการณ์สูงถึง 330.72 ต่อแสนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และการเสียชีวิตยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง

ทั้งจำนวนผู้ป่วยและอัตราการเสียชีวิต⁽²⁾ โดยอัตราการเสียชีวิตของปี 2565 สูงถึงร้อยละ 10.92 ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ในขณะที่อัตราการได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดนั้นยังต่ำอยู่เพียงร้อยละ 7.36⁽³⁾

การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 40 และพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ร้อยละ 57.2 มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย รองลงมาคือโรคเบาหวานร้อยละ 18.4 และภาวะไขมันในเลือดสูงร้อยละ 13.9 และสาเหตุเกี่ยวข้องกับการพฤติกรรม เช่น มีกิจกรรมทางกายน้อย บริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือและไขมันสูง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ซึ่งส่งผลถึงภาระโรคที่เพิ่มขึ้น⁽⁴⁾ ทำให้

เกิดความเสียหายของสมองแต่โดยมากจะเกิดความผิดปกติของการเคลื่อนไหว การรับรู้ความรู้สึก อารมณ์ การรับรู้⁽⁵⁾ ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกคนจึงจำเป็นต้องควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองไม่ให้เกินเกณฑ์ที่กำหนด ทั้งที่เป็นการกระทำในสิ่งที่ส่งผลดีต่อสุขภาพหรือไม่กระทำในสิ่งที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ⁽⁶⁾ ซึ่งพฤติกรรมในการป้องกันโรคจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อบุคคลเชื่อว่าสามารถปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อกำจัดอันตรายนั้นได้และเชื่อว่าตนเองสามารถปรับเปลี่ยนหรือตัดสินใจเลือกทำพฤติกรรมนั้นได้

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกคนจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จึงจำเป็นต้องเฝ้าระวัง/ป้องกันและแก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วน เนื่องจากกลุ่มเสี่ยงยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดกำแพงเพชร พบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปีพ.ศ. 2565-2567 พบอัตราป่วยรายใหม่ต่อแสนประชากร 1,341.47, 1,311.81, 1,475.99 ซึ่งเป็นผลให้มีอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสะสม ร้อยละ 17.23, 17.99, 18.44 ตามลำดับ และทำให้มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (สะสม) ในปีพ.ศ. 2567 จำนวน 96,447 คน⁽⁷⁾ เช่นเดียวกับการให้บริการคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลคลองขลุง อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ในช่วงเวลาเดียวกันพบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง 1,362.18, 1,638.61, 1,794.25 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นผลให้มีอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสะสม ร้อยละ 22.12, 21.89, 22.26 ตามลำดับ ทำให้มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (สะสม) ในปีพ.ศ. 2567 จำนวน 10,259 คน

ส่วนในเขตตำบลท่าพุทรา อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ที่พบว่าในปีพ.ศ. 2565-2567 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 612 คน, 638 คน และ 645 คน ในจำนวนนี้พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 13 คน, 13 คน และ 27 คน คิดเป็นร้อยละ 2.1, 2.7, และ 4.2 ตามลำดับ และเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้

เกิดภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบการดูแลระยะยาวตำบลท่าพุทราทั้งในส่วนของการบริหารส่วนตำบลและเทศบาลตำบลท่าพุทรา ปีพ.ศ. 2567 จำนวน 32 คน⁽⁸⁾ โดยพบว่ามีภาวะทุพพลภาพอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 27 คน (ร้อยละ 84.37)⁽⁹⁾ ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยแก้ไขปัญหาลดการพึ่งพา ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศได้

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารและรับผิดชอบงานโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าพุทรา ซึ่งเป็นหน่วยบริการเพียงแห่งเดียวจึงได้ทำการศึกษาขึ้นเพื่อนำผลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินงานและจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลท่าพุทรา อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลท่าพุทรา อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลท่าพุทรา อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร
3. เพื่อสร้างแนวทางในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลท่าพุทรา อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลท่าพุทรา อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง
2. ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความดันโลหิต ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือด



เลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลท่าพุทรา
อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา การวิจัยครั้งนี้มีขอบเขตด้านเนื้อหา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร: ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลท่าพุทรา อำเภอ

คลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ปีงบประมาณ 2568
จำนวน 660 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง:

กลุ่มตัวอย่างการวิจัยเชิงปริมาณ เป็นตัวแทนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลท่าพุทรา อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดตารางของ Krejcie and Morgan⁽¹⁰⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 248 คน

กลุ่มตัวอย่างการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเลือกแบบเจาะจง จำนวน 20 คน

ขอบเขตด้านระยะเวลา: ดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนมกราคม 2568 - มีนาคม 2568

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

ข้อมูลส่วนบุคคล

- เพศ - อายุ - ดัชนีมวลกาย - การศึกษา
- สถานภาพ - อาชีพ - รายได้
- ความเพียงพอของรายได้
- ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง
- ระดับความดันโลหิต (คุมได้/คุมไม่ได้)
- โรคร่วม - ประวัติการสูบบุหรี่
- ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ประวัติญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
- การได้รับความรู้/ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
- การได้รับข้อมูลผ่านช่องทางใด

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
- การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง
- การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
- การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
- สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

- ด้านการรับประทานอาหาร
- ด้านการรับประทานยา
- ด้านการออกกำลังกาย
- ด้านการจัดการความเครียด
- ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง

แนวทางในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลท่าพุทรา
อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methodology)
แบ่งการศึกษาแบ่งเป็น 2 ระยะ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ: ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลท่าพุทรา อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ปีงบประมาณ 2568 จำนวน 660 คน

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดตาราง Krejcie and Morgan⁽¹⁰⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 248 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย

เกณฑ์การคัดเข้า

- 1) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลท่าพุทรา ปีงบประมาณ 2568
- 2) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และสมัครใจให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก

ถอนตัวออกจากโครงการ/ย้ายที่อยู่/เสียชีวิต/ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 20 คน เป็นตัวแทนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลท่าพุทรา อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร และป่วยด้วยโรคนี้มาแล้วไม่น้อยกว่า 5 ปี และเป็นผู้ป่วยในวัยผู้ใหญ่ (อายุ 30 ปีขึ้นไป) โดยแบ่งผู้ให้ข้อมูลเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่คุมความดันโลหิตได้ และกลุ่มที่คุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มละ 10 คน จำนวน 20 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

- 1) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลท่าพุทรา
- 2) ยินดีเข้าร่วมกิจกรรม และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามกำหนด

เกณฑ์การคัดออก

ถอนตัวออกจากโครงการ/ย้ายที่อยู่/เสียชีวิต/ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบหรือเติมข้อมูลในช่องว่างให้สมบูรณ์ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบ ส่วนที่ 3 การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 30 ข้อ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ส่วนที่ 4 พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 51 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดูแลสุขภาพตนเอง ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ แบบสอบถามนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าดัชนีสอดคล้อง Index of Item-Objective Congruence (IOC) เท่ากับ 0.78 จากนั้นนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลหัวถนน อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 30 คน ได้ค่า KR-20 แบบวัดความรู้ และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.88, 0.82 และ 0.91 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา, สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square), ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r), Multiple Regression แบบ Stepwise โดยกำหนดระดับนัยสำคัญไว้ที่ 0.05

ระยะที่ 2 ใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มที่สร้างขึ้นให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมี

ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คนช่วยตรวจสอบและปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสมมากขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาสรุปความคิดเห็นจากแบบบันทึกการสนทนากลุ่มในเรื่องแนวทางในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลท่าพุทรา อำเภอลองของจังหวัดกำแพงเพชร

การพิทักษ์สิทธิ์ งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร (เลขที่โครงการ 67 02 22 ลงวันที่ 16 ธันวาคม 2567)

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การศึกษาระดับพฤติกรรม ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลท่าพุทรา อำเภอลองของจังหวัดกำแพงเพชร

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 161 คน (ร้อยละ 64.92) ระดับปานกลางและระดับสูง จำนวน 87 คน (ร้อยละ 35.08) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรม		รวม (n = 248)	χ^2	p-value
	ต่ำ (n = 161)	ปานกลาง+สูง (n = 87)			
เพศ				3.223	0.073
- ชาย	45 (56.96)	34 (43.04)	79 (31.85)		
- หญิง	116 (68.64)	53 (31.36)	169 (68.15)		
อายุ				12.037	0.017*
- <45 ปี	0 (0.00)	2 (100.00)	2 (0.81)		
- 45-59 ปี	27 (50.00)	27 (50.00)	54 (21.77)		
- 60-69 ปี	69 (73.40)	25 (26.60)	94 (37.90)		
- 70-79 ปี	51 (66.23)	26 (33.77)	77 (31.05)		
- ≥80 ปี	14 (66.67)	7 (33.33)	21 (8.47)		
$\bar{x}$ = 66.74, SD. = 9.668, min = 37, max = 107					
ดัชนีมวลกายเพศชาย (n = 79)				6.941	0.031*
- <18.5 kg/m ²	2 (66.67)	1 (33.33)	3 (3.80)		
- 18.5-22.9 kg/m ²	4 (26.67)	11 (73.33)	15 (18.99)		
- ≥23.0 kg/m ²	39 (63.93)	22 (36.07)	61 (77.21)		
$\bar{x}$ = 25.43, SD. = 3.826, min = 15.63, max = 37.23					
ดัชนีมวลกายเพศหญิง (n = 169)				7.885	0.019*
- <18.5 kg/m ²	10 (100.00)	0 (0.00)	10 (5.92)		
- 18.5-22.9 kg/m ²	22 (64.71)	12 (35.29)	34 (20.12)		
- ≥23.0 kg/m ²	84 (67.20)	41 (32.80)	125 (73.96)		
$\bar{x}$ = 25.55, SD. = 4.520, min = 15.89, max = 42.86					
ระดับการศึกษา				2.766	0.251
- ไม่ได้เรียน	10 (83.33)	2 (16.67)	12 (4.84)		
- ประถมศึกษา	128 (65.31)	68 (34.69)	196 (79.03)		
- มัธยมศึกษาและสูงกว่า	23 (57.50)	17 (42.50)	40 (16.13)		

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรม		รวม (n = 248)	χ^2	p-value
	ต่ำ (n = 161)	ปานกลาง+สูง (n = 87)			
สถานภาพสมรส				0.449	0.799
- โสด	13 (59.09)	9 (40.91)	22 (8.87)		
- คู่	109 (66.06)	56 (33.94)	165 (66.53)		
- หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	39 (63.93)	22 (36.07)	61 (24.60)		
อาชีพ				3.186	0.203
- ไม่ได้ทำงาน	55 (64.71)	30 (35.29)	85 (34.28)		
- เกษตรกรและรับจ้าง	76 (69.72)	33 (30.28)	109 (43.95)		
- รับราชการ/ธุรกิจส่วนตัว	30 (55.56)	24 (44.44)	54 (21.77)		
รายได้ต่อเดือน				5.176	0.075
- <5,000 บาท	83 (68.60)	38 (31.40)	121 (48.79)		
- 5,000–10,000 บาท	50 (68.49)	23 (31.51)	73 (29.44)		
- >10,000 บาท/เดือน	28 (51.85)	26 (48.15)	54 (21.77)		
$\bar{x}$ = 6393.19, SD. = 6269.331, min = 600, max = 59410					
ความเพียงพอ				7.117	0.008*
- เพียงพอ	84 (73.68)	30 (26.32)	114 (45.97)		
- ไม่เพียงพอ	77 (57.46)	57 (42.54)	134 (54.03)		
ระยะเวลาที่ป่วย				15.450	0.000**
- <5 ปี	2 (18.18)	9 (81.82)	11 (4.44)		
- 5–10 ปี	105 (62.87)	62 (37.13)	167 (67.34)		
- >10 ปี	54 (77.14)	16 (22.86)	70 (28.22)		
$\bar{x}$ = 9.65, SD. = 5.302, min = 1, max = 30					
ระดับความดันโลหิต				1.164	0.281
- คมได้	123 (66.85)	61 (33.15)	184 (74.19)		
- คมไม่ได้	38 (59.38)	26 (40.63)	64 (25.81)		
โรคประจำตัว				58.269	0.000**
- ไม่มี	24 (30.77)	54 (69.23)	78 (31.45)		
- มี	137 (80.59)	33 (19.41)	170 (68.55)		
ไขมันในเลือดสูง				36.096	0.000**
- เป็น	117 (80.14)	29 (19.86)	146 (58.87)		
- ไม่เป็น	44 (43.14)	58 (56.86)	102 (41.13)		
เบาหวาน				7.058	0.008*
- เป็น	44 (80.00)	11 (20.00)	55 (22.18)		
- ไม่เป็น	117 (60.62)	76 (39.38)	193 (77.82)		
การสูบบุหรี่				4.272	0.118
- ไม่สูบ	131 (65.83)	68 (34.17)	199 (80.24)		
- เคยสูบ แต่เลิกแล้ว	21 (72.41)	8 (27.59)	29 (11.69)		
- ยังสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน	9 (45.00)	11 (55.00)	20 (8.07)		

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรม		รวม (n = 248)	χ^2	p-value
	ต่ำ (n = 161)	ปานกลาง+สูง (n = 87)			
การดื่มสุรา				4.597	0.100
- ไม่ดื่ม	89 (61.81)	55 (38.19)	144 (58.07)		
- เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว	41 (77.36)	12 (22.64)	53 (21.37)		
- ยังดื่มจนถึงปัจจุบัน	31 (60.78)	20 (39.22)	51 (20.56)		
ญาติสายตรงป่วย Stroke				0.335	0.562
- ไม่มี	136 (65.70)	71 (34.30)	207 (83.47)		
- มี	25 (60.98)	16 (39.02)	41 (16.53)		
การได้รับความรู้				0.013	0.911
- ไม่ได้รับ	6 (66.67)	3 (33.33)	9 (3.63)		
- ได้รับ	155 (64.85)	84 (35.15)	239 (96.37)		
วิทยุ/โทรทัศน์				5.626	0.018*
- ได้รับ	88 (59.06)	61 (40.94)	149 (60.08)		
- ไม่ได้รับ	73 (73.74)	26 (26.26)	99 (39.92)		
อสม.				3.459	0.044*
- ได้รับ	132 (62.56)	79 (37.44)	211 (85.08)		
- ไม่ได้รับ	29 (78.38)	8 (21.62)	37 (14.92)		
จนท. รพ.สต.				37.820	0.000**
- ได้รับ	101 (84.17)	19 (15.83)	120 (48.39)		
- ไม่ได้รับ	60 (46.88)	68 (53.13)	128 (51.61)		
จนท. รพ.				30.094	0.000**
- ได้รับ	64 (91.43)	6 (8.57)	70 (28.23)		
- ไม่ได้รับ	97 (54.49)	81 (45.51)	178 (71.77)		
ระดับความรู้				0.771	0.680
- ต่ำ	2 (66.67)	1 (33.33)	3 (1.21)		
- ปานกลาง	12 (75.00)	4 (25.00)	16 (6.45)		
- สูง	147 (64.19)	82 (35.81)	229 (92.34)		
ระดับการรับรู้				20.612	0.000**
- ต่ำ	5 (83.33)	1 (16.67)	6 (2.42)		
- ปานกลาง	109 (75.69)	35 (24.31)	144 (58.06)		
- สูง	47 (47.96)	51 (52.04)	98 (39.52)		

*p<0.05, **p<0.001

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.15) มีอายุเฉลี่ย 66.74 ปี ดัชนีมวลกายระดับปกติ เพศชาย (ร้อยละ 18.99, เฉลี่ย 25.43 kg/m²) เพศหญิง (ร้อยละ 20.12, เฉลี่ย 25.55 kg/m²) การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 79.03)

สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 66.53) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 36.70) มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 6,393.19 บาท ซึ่งไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต (ร้อยละ 54.03) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 9.65 ปี ความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย 131.11 mmHg ความดันโลหิต

ตัวล่างเฉลี่ย 77.01 mmHg สามารถคุมความดันโลหิตได้ (<140/90 mmHg) (ร้อยละ 74.19) มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย (ร้อยละ 68.55) โดยพบไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 61.09 และ 23.01) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 80.24) ไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 58.07) ไม่มีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 83.47) กรณีที่มีส่วนใหญ่มักจะเป็นพ่อแม่ พี่น้อง และปู่ย่า เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 96.37) โดยได้รับความรู้จาก อสม. มากที่สุด (ร้อยละ 35.88) มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูง

(ร้อยละ 92.34) มีการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.06) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกายทั้งเพศชายและเพศหญิง ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง การมีโรคประจำตัว โรครวมไขมันในเลือดสูง เบาหวาน การได้รับความรู้จากวิทยุ/โทรทัศน์, อสม., จนท.รพ.สต., จนท. รพ. และระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตัวแปร	b	SE (b)	Beta	t	P-value
การมีโรคร่วม	-12.070	2.153	-0.298	-5.607	0.000**
การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	9.564	1.886	0.270	5.070	0.000**
การได้รับความรู้จาก จนท.โรงพยาบาล	6.325	2.531	0.151	2.499	0.013*
การมีโรคร่วมคือหืดหอบ	-21.819	6.283	-0.178	-3.473	0.001*
การมีปู่ย่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	-29.483	8.856	-0.171	-3.329	0.001*
การได้รับความรู้จาก จนท. รพ.สต.	6.002	2.312	0.159	2.596	0.010*
Constant	222.21	22.351	–	9.942	0.000**

$$R = 0.618 \quad R^2 = 0.382 \quad \text{Adj}R^2 = 0.367 \quad F = 24.873 \quad p = 0.000**$$

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

จากตารางที่ 2 พบว่า ปัจจัยร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลท่าพุทรา อำเภอกลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ได้แก่ การมีโรคร่วม ($\text{Beta} = -0.298$, $p < 0.001$) รองลงมา ได้แก่ การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ($\text{Beta} = 0.270$, $p < 0.001$) การได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ($\text{Beta} = 0.151$, $p = 0.013$) การมีโรคร่วมคือหืดหอบ ($\text{Beta} = -0.178$, $p = 0.001$) การมีปู่ย่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ($\text{Beta} = -0.171$, $p = 0.001$) และการได้รับความรู้จาก จนท. รพ.สต.

($\text{Beta} = 0.159$, $p = 0.010$) ตามลำดับ โดยตัวแปรทั้ง 6 สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้ร้อยละ 38.2 จากผลการวิเคราะห์นำมาเขียนสมการทำนายได้ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ คือ

$$Y' = 222.21 - 12.070 + 9.564 + 6.325 - 21.819 - 29.483 + 6.002$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ

$$Zy' = -0.298 + 0.270 + 0.151 - 0.178 - 0.171 + 0.159$$

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง					
	ภาพรวม	รับประทานอาหาร	รับประทานยา	ออกกำลังกาย	การจัดการความเครียด	การดูแลสุขภาพ
การรับรู้ภาพรวม	0.375**	0.408	0.027	-0.516	0.396	-0.569
- โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	-0.381	0.390	0.815*	-0.069	-0.126	0.473
- ความรุนแรงของโรค	0.036	-0.247	-0.109	0.008	0.040	0.220
- ประโยชน์ของการดูแลตนเอง	-0.099	0.276	-0.639	-0.067	-0.505	0.184
- อุปสรรคของการดูแลตนเอง	-0.225	0.065	-0.195	0.176	0.607	0.134
- สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ	-0.414	0.341	0.190	-0.696	0.077	0.120

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

จากตารางที่ 3 พบว่า การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ภาพรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภาพรวม ($r = 0.375$, $p < 0.001$) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมด้านการรับประทานยา ($r = 0.815$, $p < 0.05$)

ระยะที่ 2 แนวทางในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลท่าพุทรา อำเภอลองขลุ้ง จังหวัดกำแพงเพชร

ผู้ให้ข้อมูลได้เสนอแนวทางในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ 1) ผู้ป่วย: ดูแลตัวเอง และปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด 2) ครอบครัว: ดูแลเอาใจใส่ คอยเตือนเรื่องการรับประทานยาและพาไปตรวจตามนัด จัดเมนูอาหารที่เน้นมาทางผู้ป่วย 3) ระบบบริการ: ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทำสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวผู้ป่วย 4) สภาพแวดล้อม และภาคีเครือข่าย: สนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพ จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชากรทุกกลุ่ม ปรับปรุงลานกีฬาและซ่อมแซม/จัดหาอุปกรณ์

วิจารณ์

ผู้วิจัยจะทำการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาระดับพฤติกรรม ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับต่ำ โดยพบด้านการรับประทานอาหารมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด และมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาคือ “จะซื้อยาลดความดันโลหิตจากร้านขายยามารับประทานเอง” และ “หากยาลดความดันโลหิตหมด จะขอยืมยาลดความดันโลหิตของผู้อื่นมารับประทาน” ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยเพศหญิงสูงอายุวัยต้น รุปร่างท้วม การศึกษาค่อนข้างต่ำ ทำงานหนัก แต่รายได้ต่ำ ซึ่งไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เฉลี่ย 9.65 ปี มีโรคร่วมคือไขมันในเลือดสูงและโรคเบาหวาน มีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองคือพ่อแม่ พี่น้อง และปู่ย่า เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยได้รับความรู้จาก อสม. มากที่สุด จึงทำให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในระดับสูง แต่ยังมีความรู้เกี่ยวกับ “เมื่อเกิดอาการชา แขน-ขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว ตาพร่ามัว พูดไม่ชัด ต้องรีบไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลภายในระยะเวลา 4 ชั่วโมง 30 นาที (270 นาที)” มีการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในระดับปานกลาง โดยพบด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด และยังมีการรับรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับ “หากยาลดความดันโลหิตหมดก่อนถึงเวลานัด จึงจำเป็นต้องขอยืมเพื่อนมารับประทาน” แสดงให้เห็นว่าถึงแม้จะมีความรู้ การรับรู้ดี และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี แต่กลุ่มตัวอย่างยังขาดการรับรู้ในการดูแลตัวเองที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยาและการสังเกตอาการตนเองเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ซึ่งมีการศึกษาพบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองขาดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง⁽¹¹⁾ ประกอบกับการ “ยืมยา” ซึ่งเป็นปัญหาทั้งด้านการรับรู้และพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ จึงเป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูง มีความเชื่อด้านสุขภาพระดับสูง มีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง⁽¹²⁾

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลท่าพุทรา อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกายทั้งเพศชาย และเพศหญิง ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง การมีโรคประจำตัว โรคร่วมที่เป็นไขมันในเลือดสูง โรคร่วมที่เป็นเบาหวาน การได้รับความรู้จากวิทยุ/โทรทัศน์ การได้รับความรู้จาก อสม. การได้รับความรู้จาก จนท.รพ.สต. การได้รับความรู้จาก จนท. รพ. และระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยพบว่า การมีโรคร่วม การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การได้รับความรู้จาก จนท.โรงพยาบาล การมีโรคร่วมคือหืดหอบ การมีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และการได้รับความรู้จาก จนท. รพ.สต. โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ และพบว่า การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ภาพรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภาพรวม และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมด้านการรับประทานยา สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ เพศชาย สถานภาพมีคู่ (สมรส) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน $< 10,000$ บาท ญาติสายตรงเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง/เบาหวาน/โรคหลอดเลือดหัวใจ/โรคหลอดเลือดสมอง/โรคเส้นเลือดในสมองตีบตัน

ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับต่ำ⁽¹³⁾ และพบว่า อายุ โรคประจำตัว ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)⁽¹⁴⁾ และมีการศึกษาพบว่า อายุ การมีกิจกรรมทางกาย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁵⁾

ระยะที่ 2 แนวทางในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลท่าพุทรา

ผลการศึกษาพบว่า แนวทางในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ 1) *ผู้ป่วย*: ต้องรู้จักดูแลตัวเอง และปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดทั้งเรื่องการควบคุมอาหาร การไข้ยา การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ลดปัจจัยเสี่ยงและการไปตรวจตามนัด 2) *ครอบครัว*: ดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจ คอยเตือนเรื่องการรับประทานยาและพาไปตรวจตามนัด จัดเมนูอาหารที่เน้นมาทางผู้ป่วย 3) *ระบบบริการ*: จำแนกกลุ่มผู้ป่วยตามความจำเป็นเร่งด่วนและจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ให้ผู้ป่วยสังเกตอาการตนเอง ทำสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวผู้ป่วย 4) *สภาพแวดล้อม และภาคีเครือข่าย*: สนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพ จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชากรทุกกลุ่มวัย โดยเน้นผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ยากไร้กลุ่มเปราะบาง และผู้ด้อยโอกาส ปรับปรุงลานกีฬาและซ่อมแซมอุปกรณ์ที่ชำรุดและจัดหาอุปกรณ์ใหม่เพิ่มเติม และเนื่องจากการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในระดับสูง (ร้อยละ 92.34) แต่ตอบถูกน้อยคือ “เมื่อเกิดอาการชา แขน-ขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว ตาพร่ามัว พูดไม่ชัด ต้องรีบไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลภายในระยะเวลา 4 ชั่วโมง 30 นาที (270 นาที)” ดังนั้น ทีมสุขภาพควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกคนมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ให้ผู้ป่วยและครอบครัว สังเกตอาการทางสมองที่ต้องไปพบแพทย์ให้ทันเวลาเพื่อจะได้รับการรักษาที่ถูกต้องและพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความตระหนักรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมองและเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁽¹⁶⁾ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรออกแบบกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยเน้นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง⁽¹⁷⁾ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังควรเน้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัวและชุมชน เพราะการดูแล รักษา และควบคุมระดับความดันโลหิตสูงร่วมกับลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงมีความสำคัญเพื่อเป็นการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อไป⁽¹³⁾ โดยแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังคือ เน้นให้ความรู้ในการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย⁽¹⁸⁾ เนื่องจากพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขึ้นอยู่กับปัจจัย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแล และระยะเวลาที่ต้องการในการดูแล⁽⁵⁾

สรุป

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลท่าพุทรา อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำ และมีความสัมพันธ์ทางสถิติ ($p < 0.05$) กับอายุ ดัชนีมวลกายทั้งเพศชายและเพศหญิง ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง การมีโรคประจำตัว โรคร่วมที่เป็นไขมันในเลือดสูง โรคร่วมที่เป็นเบาหวาน การได้รับความรู้ และระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยปัจจัยดังกล่าวสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการสังเกตอาการเบื้องต้นเพื่อนำส่งโรงพยาบาลได้ทันทั้งที่

1.2 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน

1.3 สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่หน่วยบริการหรือในชุมชนเพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวันในการลดเสี่ยง ลดโรค ลดภาวะแทรกซ้อน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

2.2 การศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยการสนับสนุนของครอบครัว

2.3 การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความตระหนักรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมอง และการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดกำแพงเพชร ที่อนุญาตให้ใช้ฐานข้อมูล (HDC-Report) สาธารณสุขอำเภอคลองขลุงที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้เกิดงานวิชาการนี้ขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. Up again after stroke. (2017). Retrieved October 16, 2024, from: <https://www.world-strokecampaign.org/get-involved/>

- campaign-toolkit/brochures- 2017.html
2. กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค รณรงค์วันโรคหลอดเลือดสมองโลกหรือวันอัมพาตโลก 2565 เน้นสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองให้กับประชาชน. กรมควบคุมโรค. [อินเทอร์เน็ต] (2565) [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2567] เข้าถึงจาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=29284&deptcode=>
 3. สมศักดิ์ เทียมเก่า. อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยา 2566; 39(2):39-46. [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2567] เข้าถึงจาก: http://neurothai.org/images/journal/2023/vol39_no2/06 Original Somsak Ubatkarn.pdf
 4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (ncds). นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2560).
 5. จินตนา คำหวาน. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดสุราษฎร์ธานี. [อินเทอร์เน็ต] (2564) [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2567] เข้าถึงจาก: https://srth.go.th/research/file/20240304130628-3_2567%20%E0%B8%88%E0%B8%B4%E0%B8%99%E0%B8%95%E0%B8%99%E0%B8%B2%20%E0%B8%84%E0%B8%B3%E0%B8%AB%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%99.pdf
 6. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. พฤติกรรมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร. (2560).
 7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. HDC-Report กลุ่มรายงานมาตรฐานผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดกำแพงเพชร ปีงบประมาณ 2564–2567. [อินเทอร์เน็ต] (2567) [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2567] เข้าถึงจาก: https://kpt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=cf7d9da207c0f9a7ee6c4fe3f09f67dd
 8. ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์. รายงาน Care Plan ทั้งหมดระดับหน่วยบริการ. [อินเทอร์เน็ต] (2567) [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2567] เข้าถึงจาก: https://ltc.anamai.moph.go.th/reportnumelder_host
 9. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าพุทรา. ทะเบียนผู้ป่วยในระบบการดูแลระยะยาวตำบลท่าพุทรา พ.ศ.2567. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าพุทรา อำเภอลองขลุ้ง จังหวัดกำแพงเพชร. (2567).
 10. Krejcie and Morgan. คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง. [อินเทอร์เน็ต] (1970) [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 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>
 11. ปิยะนุช จิตตุนนท์, อาภรทิพย์ บัวเพ็ชร, พิมพิศา ศักดิ์สองเมือง, วิชัย อารับ, สุวนิตย์ วงศ์ยงค์ศิลป์, ญันท์ วอลเตอร์. ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง:กรณีศึกษาตำบลห้วยนาง จังหวัดตรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2564; 41(2):13–25.
 12. จตุพงษ์ พันธวิไล, นิรมัย มณีรัตน์, สุพัทธา ปวนไผ่, สุชาณี ศรีสวัสดิ์, วินัฐ ดวงแสนจันทร์. ความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้ ความเชื่อ ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2565; 16(3):882–895.
 13. มงคล อาตวงศ์, กุลชญา ลอยหา, เเด่นดวงดี ศรีสุระ. ปัจจัยเสี่ยงที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดัน

- โลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูงในพื้นที่จังหวัดยโสธร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต] คณะสาธารณสุขศาสตร์; บัณฑิตวิทยาลัย, อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. (2564).
14. สวรรค์ยา รักษาชล, อิบตีซาน เจ๊ะอุบง, ขจรศักดิ์ ไชยนาพงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองสงขลา. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน 2567; 7(1):105–116.
 15. ปุรินทร์ ศรีศลักษณ์, สุภาวดี นพรุจจินดา, ประทีป หนีทอง, สุนิสา จันทร์แสง. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิต 2567; 4(2):25–36.
 16. กัญจน์นิชา เรืองชัยทวีสุข, อภิญา วงศ์พิริโยธา, นริสา วงศ์พนารักษ์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลสมาคมฯ 2564; 14(1):213–225.
 17. ธัญญารัตน์ วงศ์ชนะ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต] บัณฑิตวิทยาลัย, พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร. (2564).
 18. สมพร วัฒนวิศิษฐ์ศิริ, ปัญจมาพร สาดจันทพงษ์. แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังคลินิกโรคเรื้อรัง เครือข่ายโรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต 2567; 4(1):47–58.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองตำบลปามะคาบ อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร

Effects of the health literacy promotion program on stroke prevention behavior in elderly people at risk of stroke, Pa Makhap Subdistrict, Mueang District, Phichit Province

รัชชนันท์ภัทร เชื้อสุวรรณ พย.บ.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปามะคาบ จังหวัดพิจิตร

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ในตำบลปามะคาบ อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 54 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 27 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) โดยเฉพาะในด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ด้านพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.57 เป็น 4.23 ($p < .001$) โดยเฉพาะด้านการรับประทานอาหารและการรับประทานยา ส่วนกลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นรูปธรรม และควรขยายการใช้ในตำบลอื่นต่อไป

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, พฤติกรรมสุขภาพ, การวิจัยกึ่งทดลอง

Abstract

The purpose of this study was to examine the effects of a health literacy promotion program on the level of health literacy and stroke prevention behaviors among at-risk elderly individuals in Pa Makab Subdistrict, Mueang District, Phichit Province. This was a quasi-experimental study with a two-group pretest-posttest design. The sample consisted of 54 elderly individuals diagnosed with hypertension, divided into an experimental group and a control group, with 27 participants in each group. The experimental group received the program over a period of 8 weeks. The research instruments included a health literacy promotion program, a health literacy

assessment tool, and a stroke prevention behavior assessment tool. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

The results showed that the experimental group had significantly higher levels of health literacy and health behaviors after receiving the program compared to before the intervention ($p < .001$), and also significantly higher than the control group ($p < .001$), particularly in terms of health behavior change and understanding of health information. In contrast, the control group showed no significant changes. Specifically, the experimental group's mean score for health behaviors increased from 3.57 to 4.23 ($p < .001$), especially in the areas of diet and medication adherence, while the control group exhibited no significant changes.

The findings indicate that the health literacy promotion program is effective in enhancing the knowledge, attitudes, and health behaviors of at-risk elderly individuals in a concrete manner, and its implementation should be expanded to other subdistricts.

Keywords: Stroke, Health Literacy, Older Adults, Health Behavior, Quasi-Experimental Research

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่เกิดจากการอุดตันหรือแตกของหลอดเลือดในสมอง ส่งผลให้สมองขาดเลือดและออกซิเจนจนเนื้อเยื่อสมองเสียหาย ซึ่งอาจนำไปสู่ความพิการถาวรหรือเสียชีวิต โรคนี้จัดอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ที่ก่อให้เกิดภาระโรค (Burden of Disease) สูงในหลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่มีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว⁽¹⁾ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก⁽²⁾ ระบุว่าในปี พ.ศ. 2562 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ของโลก รองจากโรคหัวใจ โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 12.2 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตกว่า 6.5 ล้านคนทั่วโลก คาดการณ์ว่าในช่วงชีวิตของประชากรโลกทุก 4 คน จะมี 1 คนที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้นๆ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงสำคัญ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมถึงประวัติครอบครัวที่มีโรคหัวใจหรือโรคหลอดเลือดสมอง ขณะที่โครงสร้างประชากรของประเทศไทยกำลังเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างเต็มที่” (Super-Aged Society) ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้นภายในปี พ.ศ. 2575⁽³⁾

ยิ่งทำให้สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองน่าเป็นห่วงมากยิ่งขึ้น ในระดับพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 3 ซึ่งครอบคลุมจังหวัดพิจิตร มีแนวโน้มการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอัตราผู้ป่วยในทุกช่วงอายุระหว่างปี พ.ศ. 2563-2566 เพิ่มขึ้นจาก 0.46 เป็น 0.55 ต่อพันประชากร เช่นเดียวกับจังหวัดพิจิตรที่มีอัตราเพิ่มจาก 0.49 เป็น 0.54 ต่อพันประชากรในช่วงเวลาเดียวกัน⁽⁴⁾ โรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ ชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) ซึ่งพบได้ประมาณ 80-85% ของผู้ป่วยทั้งหมด และมีอัตราการเสียชีวิตประมาณ 7.7-10.1% ชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) พบได้ 15-20% แต่มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 51-65% สำหรับประเทศไทย อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยชนิดสมองขาดเลือดอยู่ที่ประมาณ 3.4% ขณะที่ผู้ป่วยชนิดเลือดออกในสมองมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 22.3-43.3% โดยมีสาเหตุสำคัญมาจากภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้⁽⁵⁾ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นขั้นตอนสำคัญในการวางแผนป้องกันและควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ โดยปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ($\geq 140/90$ mmHg), เบาหวานชนิดที่ 2 (FBS ≥ 126 mg/dL), ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

(LDL ≥ 130 mg/dL หรือ HDL ต่ำกว่ามาตรฐาน), ดัชนีมวลกาย ≥ 25 kg/m² หรือภาวะอ้วนลงพุง, การสูบบุหรี่, คีมีแอลกอฮอล์เป็นประจำ, ขาดการออกกำลังกายสม่ำเสมอ และมีประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคหัวใจหรือโรคหลอดเลือดสมอง⁽⁶⁾ จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2566 ตำบลปามะคาบ อำเภอมือง จังหวัดพิจิตร มีผู้สูงอายุจำนวน 1,650 คน โดยอัตราการป่วยด้วยโรคเรื้อรังในกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ปามะคาบ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องตลอดช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2566 โดยมีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 115, 127 และ 138 ราย ตามลำดับ นอกจากนี้ ระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Continuity of Care: CoC) ยังรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2562-2567 จาก 3 ราย เป็น 9 ราย สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มของการเจ็บป่วยที่น่ากังวลในกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความจำเป็นในการดำเนินมาตรการเชิงรุกเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง ด้วยการนำแนวคิดเรื่อง “ความรู้ด้านสุขภาพ” (Health Literacy) มาใช้เป็นกลยุทธ์หลัก เนื่องจากเป็นแนวทางที่ช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ลดพฤติกรรมเสี่ยงและเพิ่มความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ณ ตำบลปามะคาบ อำเภอมือง จังหวัดพิจิตร เพื่อให้ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับพื้นที่อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย (Research Hypotheses)

1. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีระดับความรู้ด้านสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยรูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้การออกแบบการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (Two-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง (ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ≥ 140 มม.ปรอท และ/หรือ ไดแอสโตลิก ≥ 90 มม.ปรอท) และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลปามะคาบ อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร รวมจำนวนทั้งสิ้น 138 คน

กลุ่มตัวอย่างได้จากการคัดเลือกผู้สูงอายุจากประชากรทั้งหมดโดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยพิจารณาจากคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง และกำหนดให้ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละเท่าๆ กัน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power version 3.1.9.7 โดยกำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.53 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 และกำลังของการทดสอบ ($\text{Power} = 1 - \beta$) เท่ากับ 0.958 ผลการคำนวณพบว่าควรมีก่อนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 25 คนต่อกลุ่ม เพื่อรองรับการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการดำเนินการวิจัย จึงเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 54 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 27 คน และกลุ่มควบคุม 27 คน

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง : การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยพิจารณาผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือภาวะบกพร่องทางสมองที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) 1.) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลปามะคาบ อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร 2.) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีความดันโลหิตสูง (ค่าความดัน $\geq 140/90$ มม.ปรอท) 3.) อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตามเกณฑ์ของ Thai NCD Network เช่น มีภาวะเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง หรือมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ≥ 25 กก./ม²(⁹) 4.) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และไม่มี ความบกพร่องทางการได้ยินหรือการพูดที่รุนแรง 5.) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และลงนามในแบบฟอร์มยินยอมโดยสมบูรณ์ และ 6.) ไม่อยู่ระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพอื่นที่มีเนื้อหาใกล้เคียงกับการวิจัยนี้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) : ย้ายหรือไม่เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีขอบเขตด้านเนื้อหาแบ่งออกเป็นสองส่วนหลัก ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยในส่วนของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Nutbeam⁽¹⁰⁾ มาใช้เป็นกรอบในการศึกษาซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ทักษะความรู้และความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ โดยเนื้อหาในส่วนนี้มุ่งเน้นการประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ส่วนของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองผู้วิจัยได้สังเคราะห์เนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องรวมถึงแนวทางที่เสนอโดยองค์การอนามัยโลกและสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย ซึ่งระบุว่าพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีอยู่ 6 ด้านหลัก ได้แก่ การรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ความดันโลหิต น้ำตาล และไขมันในเลือด รวมถึงการเข้ารับการตรวจรักษาและพบแพทย์ตามนัดหมายอย่างต่อเนื่อง

ขอบเขตด้านระยะเวลาของการดำเนินงานวิจัยอยู่ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ซึ่งครอบคลุมระยะเวลาการวางแผน การเก็บรวบรวมข้อมูล การจัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ การประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง ตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ในแนวคิดด้านความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของ Nutbeam⁽¹⁰⁾ เป็นพื้นฐานสำคัญในการออกแบบโปรแกรมและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยความรู้ด้านสุขภาพในแนวคิดของ

Nutbeam แบ่งออกเป็น 3 ระดับหลัก ได้แก่ 1.) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (Functional Health Literacy) หมายถึงความสามารถในการอ่าน เขียน และเข้าใจข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง 2.) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) คือความสามารถในการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น ให้บริการสุขภาพหรือบุคคลอื่นๆ อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและสร้างความเข้าใจร่วมกัน และ 3.) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy) คือความสามารถในการวิเคราะห์

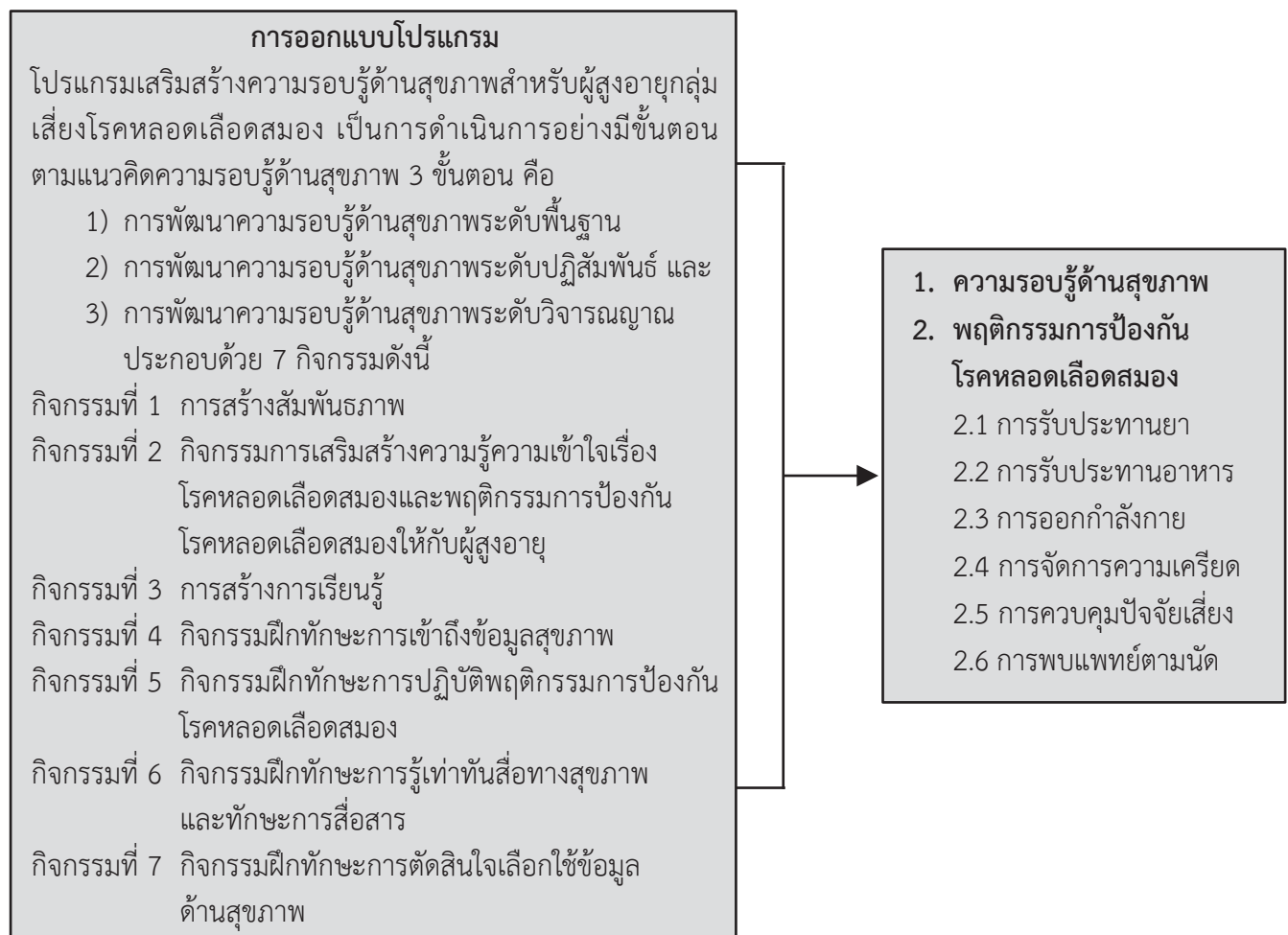
วิจารณ์ และประเมินข้อมูลสุขภาพอย่างรอบด้าน เพื่อใช้ตัดสินใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับตนเองโดยแนวคิดดังกล่าวถูกนำมาใช้เป็นกรอบในการออกแบบโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

โดยการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรมถูกออกแบบให้สอดคล้องกับระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งสามระดับ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจและสามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ ผู้ศึกษาได้เขียนกรอบแนวคิด ดังแผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดงานวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม

ที่สร้างขึ้นโดยพัฒนาจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกองสุศึกษาาร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการป่วยโรค ความดันโลหิตสูงและโรคที่เกิดร่วม ประวัติครอบครัว หรือญาติสายตรงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความดันโลหิต ลักษณะคำตอบแบบสำรวจรายการ (Check List) มีข้อความทั้งหมดจำนวน 9 ข้อ

1.2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 22 ข้อ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง/อัมพฤกษ์/อัมพาต จำนวน 4 ข้อ, องค์ประกอบที่ 2 ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง/อัมพฤกษ์/อัมพาตจำนวน 3 ข้อ, องค์ประกอบที่ 3 ได้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยนจำนวน 3 ข้อ, องค์ประกอบที่ 4 ตัดสินใจจำนวน 3 ข้อ, องค์ประกอบที่ 5 เปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 6 ข้อ และองค์ประกอบที่ 6 บอกต่อจำนวน 3 ข้อ แต่ละข้อเป็นแบบมาตร 5 ระดับ (Likert Scale)

1.3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร จำนวน 6 ข้อ การออกกำลังกาย (กิจกรรมทางกาย) จำนวน 2 ข้อการจัดการความเครียด จำนวน 1 ข้อ การสูบบุหรี่/ยาเส้น จำนวน 2 ข้อ การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ จำนวน 1 ข้อและ 4 พฤติกรรมการรับประทานยาและมาตรวจตามนัดในการป้องกันการเกิดหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 ข้อ รวม 18 ข้อแต่ละข้อเป็นแบบมาตร 5 ระดับ (Likert Scale)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ : เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งนี้ผู้วิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านและนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ที่ รพ.สต.

ปากทาง อำเภอเมืองจังหวัดพิจิตร จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 0.87 และ 0.85 ส่วนโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านนำไปหาค่าความตรงของเนื้อหาโดยค่า CVI ที่ยอมรับได้ > 0.8 หลังจากได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมอีกครั้ง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง : ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เลขที่โครงการ 27/2567 ลงวันที่ 12 กันยายน 2567 ในระหว่างการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยยึดหลักการพื้นฐานของจริยธรรมการวิจัย 3 ประการ คือ หลักการเคารพในบุคคล (Respect for person) หลักการคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และหลักความยุติธรรม (Justice) ซึ่งหลักการดังกล่าว ผู้วิจัยคำนึงถึงและถือปฏิบัติตลอดระยะเวลาการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมพบกลุ่มทดลองที่สถานประกอบการ แจ้งเกี่ยวกับขั้นตอนและกิจกรรมในการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่ม ตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ เมื่อกลุ่มทดลองยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัยให้ลงนามยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิ

หลังจากได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้แต่ละกลุ่มมีลักษณะและจำนวนใกล้เคียงกัน โดย กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ออกแบบมาเพื่อพัฒนาทักษะในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร

สุขภาพ การประเมินและการใช้ข้อมูลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวัน โดยโปรแกรมประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้ กิจกรรมเสริมทักษะ และการติดตามผลแบบต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ หลังสิ้นสุดโปรแกรม ผู้วิจัยได้ทำการประเมินผลพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความรู้ ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองอีกครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุม ไม่ได้รับการแทรกแซงหรือโปรแกรมส่งเสริมใดๆ ในช่วงระยะเวลาการวิจัย แต่จะได้รับการประเมินผลพฤติกรรม และความรอบรู้ด้านสุขภาพในช่วงเวลาที่เทียบเท่ากับ กลุ่มทดลอง โดยหลังสิ้นสุดการเก็บข้อมูลทั้งหมด ผู้วิจัย มีแผนที่จะให้ความรู้และดำเนินกิจกรรมส่งเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่กลุ่มควบคุม เพื่อเป็นการตอบแทน และช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิจัย : ข้อมูลที่ได้จะนำมาตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนก่อนจะลงรหัสแล้ว บันทึกลงคอมพิวเตอร์ จากนั้นจะวิเคราะห์โดยโปรแกรม สถิติสำเร็จรูปโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติการทดสอบ ค่าที (Independent t-test) โดย การเปรียบเทียบ ผลก่อน-หลัง (paired t-test) ส่วน การเปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่ม (independent t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลอง คือ ลักษณะกลุ่ม ตัวอย่างผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ตำบล ป่ามะคาบ อำเภอมะนัง จังหวัดพิจิตร กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.0 อายุเฉลี่ย 65.33 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 51.9 ระดับการศึกษาสูงสุด มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 55.6 ประกอบอาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 59.3 รายได้เฉลี่ย 5,001-10,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 51.9 ระดับความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท) ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 151.59 มิลลิเมตรปรอท ต่ำสุด 140.00 มิลลิเมตรปรอท สูงสุด 164.00 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ย 94.22 มิลลิเมตรปรอท ต่ำสุด 90.00 มิลลิเมตรปรอท

สูงสุด 100.00 มิลลิเมตรปรอท ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 5.70 ปี และเป็นโรคไขมันในเลือดสูง รวมด้วย ร้อยละ 51.9

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มควบคุม คือ ลักษณะกลุ่ม ตัวอย่างผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ตำบล ป่ามะคาบ อำเภอมะนัง จังหวัดพิจิตร กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.4 อายุเฉลี่ย 65.51 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 63.0 ระดับการศึกษาสูงสุด มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 51.9 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 51.9 รายได้เฉลี่ย 5,001-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 44.4 ระดับความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท) ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 149.59 มิลลิเมตรปรอท ต่ำสุด 140.00 มิลลิเมตรปรอท สูงสุด 169.00 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก เฉลี่ย 93.55 มิลลิเมตรปรอท ต่ำสุด 90.00 มิลลิเมตรปรอท สูงสุด 100.00 มิลลิเมตรปรอท ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 6.07 ปี และเป็นโรคไขมัน ในเลือดสูง รวมด้วย ร้อยละ 37.0

2. การเปรียบเทียบคะแนนและระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนและระดับความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อน และหลังการทดลองพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีระดับความรู้ด้านสุขภาพ หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยรวมเพิ่มขึ้นจาก 71.05 (SD = 18.22) เป็น 83.38 (SD = 13.26) สะท้อนถึงประสิทธิภาพของ โปรแกรมในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะ ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในองค์ประกอบ “การเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ” ที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นสูงสุด รองลงมา คือ “ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ” และ “การตัดสินใจด้าน สุขภาพ” ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างของ คะแนนความรู้ด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและราย องค์ประกอบอย่างมีนัยสำคัญ ($p > .05$) รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 54)

องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (N=27)			กลุ่มควบคุม (N=27)		
	ก่อนทดลอง (Mean $\pm$ SD)	หลังทดลอง (Mean $\pm$ SD)	t/pvalue	ก่อนทดลอง (Mean $\pm$ SD)	หลังทดลอง (Mean $\pm$ SD)	t/pvalue
1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	68.78 $\pm$ 20.01	80.15 $\pm$ 5.33	t = 5.02, p < .001	67.48 $\pm$ 9.21	68.22 $\pm$ 20.11	t = 0.41, p = .684
2. ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	72.72 $\pm$ 16.36	84.41 $\pm$ 3.29	t = 4.93, p < .001	71.15 $\pm$ 17.53	71.89 $\pm$ 18.20	t = 0.35, p = .731
3. การโต้ตอบ/ซักถามข้อมูล	75.33 $\pm$ 19.33	86.74 $\pm$ 14.66	t = 4.44, p < .001	73.52 $\pm$ 18.42	74.48 $\pm$ 19.77	t = 0.38, p = .706
4. การตัดสินใจด้านสุขภาพ	70.25 $\pm$ 19.55	82.70 $\pm$ 12.42	t = 4.76, p < .001	71.33 $\pm$ 20.14	71.81 $\pm$ 21.22	t = 0.19, p = .851
5. การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	72.72 $\pm$ 16.47	85.33 $\pm$ 10.55	t = 5.28, p < .001	70.81 $\pm$ 17.45	72.00 $\pm$ 18.18	t = 0.54, p = .595
6. การบอกต่อข้อมูลสุขภาพ	68.51 $\pm$ 21.54	79.66 $\pm$ 16.28	t = 4.01, p < .001	67.00 $\pm$ 22.22	67.63 $\pm$ 21.35	t = 0.27, p = .791
คะแนนรวมทั้งหมด	71.05 $\pm$ 18.22	83.38 $\pm$ 13.26	t = 6.12, p < .001	70.04 $\pm$ 18.89	70.89 $\pm$ 19.77	t = 0.42, p = .678

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยรวมของความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 2.73, p < .01) โดยเฉพาะในองค์ประกอบ “การเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพ” (t = 3.11, p < .01) และ “ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ” (t = 3.07, p < .01) ซึ่งสะท้อนว่าโปรแกรมฯ มีผลต่อการเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n = 27) Mean $\pm$ SD	กลุ่มควบคุม (n = 27) Mean $\pm$ SD	t-test	p-value
1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	80.15 $\pm$ 5.33	68.22 $\pm$ 20.11	2.86	.006 **
2. ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	84.41 $\pm$ 3.29	71.89 $\pm$ 18.20	3.07	.003**
3. การโต้ตอบ/ซักถามข้อมูล	86.74 $\pm$ 14.66	74.48 $\pm$ 19.77	2.56	.013 *
4. การตัดสินใจด้านสุขภาพ	82.70 $\pm$ 12.42	71.81 $\pm$ 21.22	2.32	.024 *
5. การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	85.33 $\pm$ 10.55	72.00 $\pm$ 18.18	3.11	.003**
6. การบอกต่อข้อมูลสุขภาพ	79.66 $\pm$ 16.28	67.63 $\pm$ 21.35	2.23	.030 *
คะแนนรวมทั้งหมด	83.38 $\pm$ 13.26	70.89 $\pm$ 19.77	2.73	.008

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในทุกองค์ประกอบ เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม โดยค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรวมเพิ่มขึ้นจาก 3.57 ($SD = 0.47$) เป็น 4.23 ($SD = 0.39$) องค์ประกอบที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างโดดเด่น ได้แก่ การรับประทานอาหาร และการรับประทานยาและตรวจตามนัด ซึ่งสะท้อนว่าผู้เข้าร่วม

สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ เช่น การเลือกอาหารที่เหมาะสม การไม่สูบบุหรี่ และการมาตรวจตามนัดของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ก็มีแนวโน้มดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญชี้ให้เห็นถึงผลของโปรแกรมที่เน้นกิจกรรมที่มีส่วนร่วมกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากภายใน ในทางตรงกันข้ามกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ($p > .05$) ในทุกองค์ประกอบ ซึ่งอาจสะท้อนถึงข้อจำกัดของการได้รับบริการสุขภาพแบบปกติที่ไม่สามารถสร้างแรงจูงใจหรือความตระหนักรู้ในระดับลึกเพียงพอ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n = 27)		t/ztest	p-value	กลุ่มควบคุม (n = 27)		t-test	p-value
	ก่อน (Mean±SD)	หลัง (Mean±SD)			ก่อน (Mean±SD)	หลัง (Mean±SD)		
1. การรับประทานอาหาร (6 ข้อ)	3.35 ± 0.62	4.12 ± 0.47	t = 6.24	< .001*	3.40 ± 0.57	3.42 ± 0.55	t = 0.21	0.835
2. การออกกำลังกาย / กิจกรรมทางกาย (2 ข้อ)	3.11 ± 0.88	4.00 ± 0.64	t = 5.10	< .001*	3.15 ± 0.82	3.19 ± 0.80	t = 0.26	0.794
3. การจัดการความเครียด (1 ข้อ)	3.52 ± 1.00	4.30 ± 0.78	t = 4.02	< .001*	3.56 ± 1.02	3.59 ± 1.01	t = 0.14	0.888
4. การสูบบุหรี่ / ยาเส้น (2 ข้อ)	4.00 ± 1.12	4.56 ± 0.84	t = 3.14	0.004*	3.96 ± 1.15	4.04 ± 1.13	t = 0.29	0.775
5. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (1 ข้อ)	4.11 ± 1.08	4.67 ± 0.65	t = 3.26	0.003*	4.07 ± 1.10	4.11 ± 1.09	t = 0.17	0.865
6. การรับประทานยาและตรวจตามนัด (6 ข้อ)	3.70 ± 0.58	4.33 ± 0.46	t = 5.47	< .001*	3.72 ± 0.61	3.75 ± 0.59	t = 0.27	0.789
รวมทั้งหมด (18 ข้อ)	3.57 ± 0.47	4.23 ± 0.39	t = 8.05	< .001*	3.58 ± 0.49	3.60 ± 0.48	t = 0.21	0.833

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงหรือไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจากกลุ่มทดลองก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมในทุกองค์

ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ ($p > .05$) ซึ่งสะท้อนว่าการรับบริการสุขภาพตามปกติที่กลุ่มควบคุมได้รับไม่เพียงพอที่จะส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ดีกว่าภาวะตั้งต้นของกลุ่มทดลอง รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n = 27) Mean ± SD	กลุ่มควบคุม (n = 27) Mean ± SD	t-test	p-value
1. การรับประทานอาหาร	3.35 ± 0.62	3.42 ± 0.55	0.43	0.668
2. การออกกำลังกาย / กิจกรรมทางกาย	3.11 ± 0.88	3.19 ± 0.80	0.36	0.721
3. การจัดการความเครียด	3.52 ± 1.00	3.59 ± 1.01	0.27	0.786
4. การสูบบุหรี่ / ยาเส้น	4.00 ± 1.12	4.04 ± 1.13	0.13	0.899
5. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	4.11 ± 1.08	4.11 ± 1.09	0.00	1.000
6. การรับประทานยาและตรวจตามนัด	3.70 ± 0.58	3.75 ± 0.59	0.34	0.737
คะแนนรวมทั้งหมด (18 ข้อ)	3.57 ± 0.47	3.60 ± 0.48	0.28	0.782

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่ออกแบบบนพื้นฐานของแนวคิด Nutbeam⁽¹⁰⁾ มีประสิทธิภาพอย่างชัดเจนในการพัฒนาระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองตำบลปามะคาบ จังหวัดพิจิตร โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับโปรแกรมฯ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในทุกองค์ประกอบ ความสำเร็จของโปรแกรมนี้นสะท้อนถึงแนวคิดของ Nutbeam⁽¹⁰⁾ ซึ่งเสนอว่า ความรู้ด้านสุขภาพครอบคลุมทั้งความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล (Functional HL) การสื่อสารและตัดสินใจ (Interactive HL) และการวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ (Critical HL) โปรแกรมที่ใช้ในงานวิจัยนี้ได้พัฒนาและฝึกทักษะในทั้ง 3 ระดับผ่านกิจกรรมหลากหลาย เช่น การฝึกปฏิบัติ การสื่อสารกลุ่มและการตัดสินใจด้านสุขภาพ ทำให้ผู้เข้าร่วมสามารถนำความรู้ไปใช้ได้จริง เช่น การเลือกอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Health Action Process Approach⁽¹¹⁾ ที่ระบุว่าความตั้งใจที่ดีต้องตามมาด้วยการวางแผน การเสริมแรง และการลงมือปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานของสุกัญญา วิเศษศักดิ์⁽¹²⁾ และศรีสุตา พรหมภักดี⁽¹³⁾ ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การส่งเสริมความรู้ผ่านการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพเท่านั้น แต่ยังส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการตระหนักรู้และพัฒนาทักษะในการจัดการสุขภาพตนเองได้ดียิ่งขึ้น การเรียนรู้แบบนี้ยังช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างถูกต้อง ในทางตรงกันข้าม งานวิจัยของทิพวรรณ ลิ้มสุวรรณ⁽¹⁴⁾ และ Hirungerd et al.⁽¹⁵⁾ พบว่า การให้ข้อมูลสุขภาพผ่านเอกสารหรือการบรรยายเพียงอย่างเดียวโดยไม่มีการฝึกปฏิบัติหรือกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม ไม่สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนได้ ทั้งนี้เป็นเพราะผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ช่วยฝึกฝนและเสริมสร้างทักษะ ซึ่งช่วยกระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างแท้จริง ดังนั้น ความสำเร็จของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในงานวิจัยนี้น่าจะมาจากการบูรณาการองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และการฝึกปฏิบัติในชีวิตจริง ผ่านกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วม

การติดตามผล และการเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในทุกองค์ประกอบ โดยเฉพาะในเรื่องของการรับประทานอาหารเช้าที่หลีกเลี่ยงอาหารเค็มจัดและไขมันสูง พร้อมกับเพิ่มการบริโภคผักผลไม้ การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ผลการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้สะท้อนถึงผลลัพธ์ของโปรแกรมที่เน้นกิจกรรมมีส่วนร่วม การติดตามผล และการให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยสร้างแรงจูงใจและความรับผิดชอบในตัวผู้สูงอายุอย่างแท้จริง และนี่สอดคล้องกับงานวิจัยของบุญมี สรรพกิจ⁽¹⁶⁾ และ Samphetjaroen et al.⁽¹⁷⁾ ที่ระบุว่าโปรแกรมสุขภาพแบบบูรณาการ ซึ่งรวมความรู้ การฝึกปฏิบัติ และการเสริมแรง สามารถส่งเสริมพฤติกรรมเชิงป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังยืนในผู้สูงอายุ โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้แสดงผลลัพธ์เชิงบวกอย่างชัดเจนทั้งในด้านความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และสามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นหรือบริบทการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ การติดตามประเมินผลในระยะยาว รวมถึงการศึกษาเพิ่มเติมในมิติของปัจจัยสนับสนุนในระดับครอบครัวและชุมชน ควรได้รับความสนใจเพื่อขยายผลเชิงนโยบายและพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ไปใช้ในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ปลอดภัยจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
2. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ไปประยุกต์

ใช้เป็นนโยบายสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในหน่วยงาน เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในหน่วยงาน ซึ่งจะเป็นการยกระดับมาตรฐานการพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยเชิงกึ่งทดลองซ้ำเพื่อขยายผลระยะเวลาของกิจกรรมโดยที่ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองยังคงเดิม
2. ควรพัฒนาและขยายผลโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพนี้ไปยังชุมชนและพื้นที่อื่นๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมพื้นที่ตำบลปามะคาบ
3. การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพควรเน้นการฝึกปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถนำความรู้ไปปรับใช้ในชีวิตจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. ควรมีการประเมินผลในระยะยาวเพื่อดูความคงทนของผลการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงศึกษาปัจจัยแวดล้อมที่อาจมีผลต่อประสิทธิภาพของโปรแกรม เช่น การสนับสนุนจากครอบครัวและการเข้าถึงบริการสุขภาพ
5. การปรับโปรแกรมตามความต้องการเฉพาะกลุ่มควรคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้และลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม เพื่อออกแบบกิจกรรมและเนื้อหาที่เหมาะสมและตอบโจทย์ความต้องการจริง
6. การทำงานร่วมกันระหว่างชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ และครอบครัวจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งเสริมและสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Feigin, V. L., Stark, B. A., Johnson, C. O., Roth, G. A., Bisignano, C., Abady, G. G., ... & Vos, T. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet

- Neurology, 20(10), 795–820. 2021. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00252-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00252-0)
2. World Stroke Organization. Global Stroke Factsheet 2019. <https://www.world-stroke.org>
 3. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2565. <https://www.nesdc.go.th>
 4. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 3 ปี 2566. กรมควบคุมโรค.
 5. สุตารัตน์ สิริประภาพล, และคณะ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบสุขภาพไทย. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2565.
 6. Thai NCD Network. แนวทางการคัดกรองและจัดการความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. สมาคมอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. 2023.
 7. คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปามะคาบ อำเภอมะนัง จังหวัดพิจิตร. (2567). สถิติผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่มีสัญชาติไทยอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกสูงกว่า 140 มม.ปรอท และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงกว่า 90 มม.ปรอท ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปามะคาบ อำเภอมะนัง จังหวัดพิจิตร. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปามะคาบ อำเภอมะนัง จังหวัดพิจิตร.
 8. Thai NCD Network. (2562). แนวทางการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) สำหรับผู้บริหารระดับจังหวัดและพื้นที่. สำนักงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
 9. Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods, 41(4), 1149–1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
 10. Nutbeam, D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health.
 11. Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. Applied Psychology, 57(1), 1–29. Promotion International, 15(3), 259–267. 2000. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
 12. สุกัญญา วิเศษศักดิ์. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการพยาบาล, 29(1), 12–21.
 13. ศรีสุตา พรหมภักดี. (2563). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด. วารสารพยาบาล, 31(2), 67–75
 14. ทิพวรรณ ลิ้มสุวรรณ. (2559). ผลของการให้ข้อมูลสุขภาพผ่านเอกสารต่อความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ. วารสารสาธารณสุข, 41(4), 100–109.
 15. Hirungerd, S., et al. (2021). Effectiveness of health education on sustainable behavior change among elderly. Journal of Geriatric Care, 12(1), 23–30.
 16. บุญมี สรรพกิจ. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ. วารสารสุขภาพชุมชน, 34(2), 45–56.
 17. Samphetjaroen, K., et al. (2021). The impact of community-based health promotion on physical activity among elderly at risk of stroke. Thai Journal of Nursing, 35(3), 88–99.

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

The effect of a self-management program on health behaviors and blood lipid levels in individuals with dyslipidemia

เพชรรินทร์ อินทรสถิตย์ พย.บ.

พรพรรณ ใจหาญ วท.บ.

กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลพิจิตร

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติมารับการบริการตรวจสุขภาพกับกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลพิจิตร ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ มีภาวะไขมันในเลือดสูงแต่ยังไม่ได้สั่งให้รับประทานยาลดไขมัน จำนวน 60 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ในเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสุขภาพและระดับไขมันในเลือด และแบบบันทึกพฤติกรรม自我管理 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงวิเคราะห์

ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยของน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับไขมันในเลือด ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ยกเว้น ระดับไขมันในเลือดแอลดีแอล ซึ่งแสดงการลดลงแต่ไม่ถึงระดับที่มีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มควบคุม มีค่าดัชนีมวลกายลดลงเล็กน้อยด้านพฤติกรรม自我管理ของกลุ่มทดลอง พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมทั้งสองด้าน พฤติกรรม自我管理ที่เป็นสาเหตุเพิ่มจาก 9 เป็น 17.26 คะแนน ($S.D.=4.74, 2.66$) การจัดการตนเองเมื่อพบไขมันในเลือดสูงเพิ่มจาก 5.93 เป็น 16.1 คะแนน ($S.D.=3.62, 3.99$) ส่วนกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม自我管理ดีขึ้น และระดับไขมันในเลือดลดลง เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในอนาคตพยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพควรประยุกต์ใช้โปรแกรมนี้กับผู้ป่วยที่มีไขมันในเลือดผิดปกติต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมการจัดการตนเอง, พฤติกรรมสุขภาพ, ระดับไขมันในเลือด, ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effect of a self-management program on health behaviors and blood lipid levels in individuals with dyslipidemia. The sample consisted of 60 individuals who had been diagnosed with high blood lipids but had not yet been prescribed lipid-lowering medications. These participants were attending health check-up services at the Occupational Medicine Department of Phichit Hospital. The participants were

divided into an experimental group and a control group. The control group received standard health advice, while the experimental group participated in the self-management program for 12 weeks, from February to April 2025. Data were collected using personal information records, health status and blood lipid level records, and self-management behavior records. Data analysis was conducted using descriptive statistics and analytical statistics.

The results indicated that the mean values of weight, body mass index (BMI), waist circumference, and blood lipid levels of the experimental group before and after the program showed statistically significant differences (p -value < 0.05), except for LDL, which decreased but not to a statistically significant level. The control group showed a slight reduction in BMI. In terms of self-management behavior, the experimental group showed a significant increase in both aspects of self-management: the behavior related to the causes of high blood lipids increased from 9 to 17.26 points (S.D. = 4.74, 2.66), and the behavior when encountering high blood lipids increased from 5.93 to 16.1 points (S.D. = 3.62, 3.99). In contrast, the control group showed no significant differences before and after the program.

The findings suggest that the self-management program improved self-management behaviors and led to a reduction in blood lipid levels, thereby reducing the risk of future cardiovascular diseases. Nurses and healthcare personnel should consider implementing this program for individuals with dyslipidemia in the future.

Keywords : Self-management program, Health behavior, Lipids Level, Dyslipidemia

บทนำ

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ กล่าวคือเมื่อระดับไขมันในเลือดเพิ่มมากขึ้นไขมันจะไปจับที่ผนังชั้นในของหลอดเลือดแดงโคโรนารี และเกิดเป็นคราบไขมันพอกตัวหนาขึ้น ส่งผลให้หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่นตีบแข็ง และก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในที่สุด⁽¹⁾ ซึ่งโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลกและประเทศไทย จากสถิติขององค์การอนามัยโลก⁽²⁾ รายงานว่า ปีพ.ศ. 2562 มีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจประมาณ 17.9 ล้านคนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 32 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด สำหรับประเทศไทยพบว่า ปีพ.ศ. 558 มีสถิติการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเท่ากับ 29.9 ต่อประชากรแสนคน และเพิ่มขึ้นเป็น 31.4 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2562⁽³⁾ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมาจากหลากหลายปัจจัย เช่น อายุ เพศ น้ำหนักเกิน

และอ้วน ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ การขาดกิจกรรมทางกาย เป็นต้น⁽¹⁾ โดยภาวะไขมันในเลือด ผิดปกติเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญปัจจัยหนึ่ง และสามารถทำนายหรือพยากรณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้⁽⁴⁾

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีความสำคัญทางคลินิกเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจสูง และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนหรือควบคุมได้⁽⁵⁾ คนทั่วไปควรควบคุม ระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมดังนี้ ค่าคอเลสเตอรอลรวมน้อยกว่า 200 mg/dl ค่าแอลดีแอล น้อยกว่า 100 mg/dl ค่าเอชดีแอลมากกว่า 40 mg/dl และค่าไตรกลีเซอไรด์น้อยกว่า 150 mg/dl⁽⁴⁾ ส่วนกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหรือ มีโรคร่วม เช่น เบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ควรควบคุม ระดับแอลดีแอล ให้น้อยกว่า 70 mg/dl⁽⁶⁾ เนื่องจากการที่มีระดับแอลดีแอล ที่สูง จะส่งผลให้เกิดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือด

หัวใจ ดังนั้นควรควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และสามารถทำได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม⁽⁵⁾ การปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค หลอดเลือดหัวใจตามแนวปฏิบัติของ American Heart Association และ American College of Cardiology Association ปี ค.ศ. 2019 ได้แก่ การควบคุมการรับประทานอาหาร ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ควบคุมความเครียด งดสูบบุหรี่ งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และประเมินภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง⁽⁷⁾ ซึ่งการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ⁽⁸⁾ กลุ่มงานอาชีวเวชกรรมโรงพยาบาลพิจิตรให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีแก่บุคลากรในโรงพยาบาลพิจิตร จากการให้บริการเมื่อปีพ.ศ. 2565-2567 พบว่าผู้รับบริการมีไขมันในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติมีแนวโน้มสูงขึ้นเท่ากับ ร้อยละ 48.93, 52.48 และ 50.53 ตามลำดับ และให้การดูแลผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ที่ไม่พบว่าเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองมาก่อน มีการติดตามนัดหมายให้คำแนะนำเป็นประจำทุก 3-6 เดือน แต่พบวาระดับไขมันในเลือดยังสูง จากการสนทนากลุ่มและประเมินพบว่ามีความรู้สุขภาพไม่เหมาะสมทั้งด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และขาดความตระหนักถึง อันตรายจากภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การจัดการตนเอง ได้นำมาใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และเป็นสิ่งสำคัญที่ใช้รักษาโรคเรื้อรังได้ประสบผลสำเร็จทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่ให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นแนวคิดการสร้างโปรแกรมการจัดการตนเอง (Self-management program)⁽⁹⁾ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ อย่างกว้างขวาง ยังช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพ ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อช่วยให้อายุขัยชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรด้านสุขภาพ จึงนำโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับ

ไขมันในเลือดโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer T (2000)⁽¹⁰⁾ นำมาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยกระบวนการสร้างทักษะแนวคิด แก้ปัญหา และวางแผนจัดการปัจจัยต่างๆ ที่เป็นปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งโปรแกรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถใช้เป็นเครื่องมือหรือแนวทางหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้รับบริการ มีปัญหาภาวะไขมันในเลือดสูงมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง มีระดับไขมันในเลือดลดลง ส่งผลให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง การทดลอง (two group pre-post test design)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพิจิตร ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีในกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมโรงพยาบาลพิจิตรระหว่างธันวาคม 2567 ถึง มกราคม 2568 และมีค่าระดับไขมันในเลือดแอลดีแอล = 130 มก./ดล. และมีค่าระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือด = 150 มก./ดล. จำนวน 167 คน

3. คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) โดยกำหนดค่า = 0.80 ระดับนัยสำคัญ = 0.05 และ Effect Size = 0.80 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 25 คน เพื่อป้องกันปัญหาความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 คนเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 30 รายและกลุ่มควบคุม 30 รายศึกษาในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2568 รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

3.1 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusive Criteria)

1) เป็นผู้ที่มีอายุ 25-60 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ผ่านการตรวจสุขภาพประจำปี และมีผลระดับไขมันในเลือดชนิดใดชนิดหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งชนิด สูงกว่าปกติ ไตรกลีเซอไรด์ (TG) > 150 มก./ดล. แอลดีแอล คอเลสเตอรอล (LDL-C) = 130 มก./ดล. 2) เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าพบภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ 3) ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยาหรือสารเคมีใดๆ มาก่อน 4) ไม่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจโรคไตเรื้อรัง 5) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ 6) มีเบอร์โทรศัพท์เพื่อติดต่อสื่อสารกับผู้วิจัย และสามารถใช้อินเทอร์เน็ตสื่อสารได้ และ 7) ผู้ป่วยเต็มใจเข้าร่วมวิจัย

3.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusive Criteria)

1) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วม กิจกรรมได้ครบทุกครั้งตามระยะเวลาที่กำหนดในการทดลอง และ 2) ผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลระหว่างการทดลอง

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และการบันทึกการตรวจสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว การดื่มสุราการสูบบุหรี่ และการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และ 2) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุ (8 ข้อ) และการปฏิบัติตนเมื่อพบไขมันในเลือดสูง (8 ข้อ) รวม 16 ข้อ

5. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ : ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ซึ่งได้แก่

5.1 โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหาภายในโปรแกรมในประเด็นสำคัญ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การติดตามผลสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือบุคลากรทางสุขภาพ

หลังจากนั้นนำไปเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิจัย 2) นักศึกษาที่มีความเชี่ยวชาญด้านพฤติกรรม การจัดการตนเอง และ 3) นักโภชนาการผู้เชี่ยวชาญ ร่วมพิจารณาเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ผลการประเมินพบว่าเครื่องมือมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.89 แสดงว่าเครื่องมือมีความเหมาะสมและครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

5.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาตรวจสอบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อหาความตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาได้ค่า CVI (Content validity index) = 0.89 นำแบบสอบถามไปทดลอง ใช้จำนวน 10 ราย หลังจากนั้นจึงนำแบบสอบถามดังกล่าวมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.91

6. การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง : ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพิจิตร เลขที่โครงการวิจัย 0240/2567 ลงวันที่ 25 พฤศจิกายน 2567 ในระหว่างการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยยึดหลักการพื้นฐานของจริยธรรมการวิจัย 3 ประการ คือ หลักการเคารพในบุคคล (Respect for person) หลักการคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และหลักความยุติธรรม (Justice) ซึ่งหลักการดังกล่าว ผู้วิจัยคำนึงถึงและถือปฏิบัติตลอดระยะเวลาการวิจัย

7. สถิติที่ใช้ในการทำวิจัย : ข้อมูลที่ได้จะนำมาตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนก่อนจะลงรหัสแล้วบันทึกลงคอมพิวเตอร์ จากนั้นจะวิเคราะห์โดยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูปโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ การทดสอบ t (t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เป็นผู้ที่มิภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ จำนวน 60 ราย มี กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 38.56 (S.D. = 10.50) โดยมีกลุ่มอายุ 30-40 ปีมากที่สุด ร้อยละ 36.7 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.36 สมรส ร้อยละ 63.3 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 60 ตำแหน่งข้าราชการ ร้อยละ 43.3 น้ำหนักเฉลี่ย 63.38 (S.D. = 12.32) ดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 24.61 (S.D. = 4.11) มีดัชนีมวลกายตามเกณฑ์ (23-24.9 กก./ม.2) มากที่สุด ร้อยละ 40.0 เส้นรอบเอวเฉลี่ยเท่ากับ 92.8 (S.D. = 8.34) ระยะเวลาที่ตรวจพบไขมันในเลือดผิดปกติ มากกว่า 6 เดือน ร้อยละ 80.0 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 70 และไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 93.3 ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.33 ส่วนใหญ่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นไขมันในเลือดสูง ร้อยละ

60.0 การตรวจสุขภาพครั้งสุดท้าย 6 เดือน - 1 ปี ร้อยละ 70.0 และระดับการนอนหลับ ผสมควรร (6-8 ชม.) ร้อยละ 53.3 ส่วนกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 40.43 (S.D. = 10.33) โดยมีกลุ่มอายุ 41-50 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 36.7) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.0) สมรส ร้อยละ 46.9 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 59.40 ตำแหน่งข้าราชการ ร้อยละ 56.7 น้ำหนักเฉลี่ย 63.26 (S.D. = 16.34) ดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 24.86 (S.D. = 4.61) มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงอ้วนระดับ 1 (25-29.9 กก./ม.2) มากที่สุด ร้อยละ 43.36 เส้นรอบเอวเฉลี่ยเท่ากับ 95.0 (S.D. = 32.04) ระยะเวลาที่ตรวจพบไขมันในเลือดผิดปกติ มากกว่า 6 เดือน ร้อยละ 93.3 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 78.1 และไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 96.7 ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 63.3 การตรวจสุขภาพครั้งสุดท้าย 6 เดือน - 1 ปี ร้อยละ 70.0 และระดับการนอนหลับ ผสมควรร (6-8 ชม.) ร้อยละ 60.0 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำแนกตาม จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n=30) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=30) จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	5(16.7)	3(10.0)
หญิง	25(83.3)	27(90.0)
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 30	8(26.7)	7(23.3)
30 - 40	11(36.7)	6(20.0)
41 - 50	4(13.3)	11(36.7)
51 - 60	7(23.3)	6(20.0)
กลุ่มทดลอง : Mean = 38.56 Max 58 Min = 23 S.D. = 10.50		
กลุ่มควบคุม : Mean = 40.43 Max 57 Min = 23 S.D. = 10.33		
สถานภาพ		
โสด	9(30.0)	14(43.8)
สมรส/คู่	19(63.3)	15(46.9)
ม่าย/หย่า/ร้าง	2(6.7)	3(9.4)
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	0	1(3.3)
มัธยมศึกษา	4(13.3)	7(23.3)
อนุปริญญา	5(16.7)	2(6.7)

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไป จำแนกตาม จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n=30) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=30) จำนวน (ร้อยละ)
ปริญญาตรี	18(60.0)	19(59.4)
สูงกว่าปริญญาตรี	3(10.00)	1(3.3)
ตำแหน่ง		
ข้าราชการ	13(43.3)	17(56.7)
พนักงานกระทรวง/พตส.	11(36.7)	9(30.0)
ลูกจ้างประจำ	2(6.7)	1(3.3)
ลูกจ้างรายวัน	4(13.3)	3(10.0)
น้ำหนัก (กิโลกรัม)		
40 - 50	6(20.00)	0
51 - 60	8(26.7)	5(16.7)
61 - 70	7(23.3)	10(33.3)
71 - 80	5(16.7)	9(30.0)
ตั้งแต่ 80 ขึ้นไป	4(13.3)	3(10.0)
กลุ่มทดลอง : Mean = 63.8 Max86.0 Min = 43.0 S.D. = 12.32		
กลุ่มควบคุม : Mean = 63.26 Max123 Min = 45 S.D. = 16.34		
ค่าดัชนีมวลกาย		
น้อยกว่าเกณฑ์ (ต่ำกว่า 18.5)	1(3.3)	2(6.7)
ตามเกณฑ์ (18.5-22.9)	12(40.0)	10(33.3)
มากกว่าเกณฑ์ (23-24.9)	7(23.3)	3(10.0)
อ้วนระดับ1 (25-29.9)	8(26.7)	13(43.3)
อ้วนระดับ2 (30-39.9)	2(6.7)	2(6.7)
กลุ่มทดลอง : Mean = 24.61 Max34.45 Min = 17.7 S.D. = 4.11		
กลุ่มควบคุม : Mean = 24.86 Max38.82 Min = 18.02 S.D. = 4.61		
รอบเอว (ซม.) :		
ชาย	N=5	N=3
≤ 90	2(40.0)	1(33.3)
90 -100	2(40.0)	1(33.3)
> 100	1(20.0)	1(33.3)
กลุ่มทดลอง : Mean = 92.8 Max105 Min = 82 S.D. = 8.34		
กลุ่มทดลอง : Mean = 95.0 Max128 Min = 64 S.D. = 32.04		
หญิง (ซม.) :	N=25	N=27
≤ 80	17(68.0)	15(55.6)
80 - 90	5(20.0)	7(25.9)
>90	3(12.0)	5(18.5)
กลุ่มทดลอง : Mean = 79.08 Max117 Min = 59 S.D. = 11.38		
กลุ่มทดลอง : Mean = 80.25 Max100 Min = 64 S.D. = 10.03		

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำแนกตาม จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n=30) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=30) จำนวน (ร้อยละ)
ระยะเวลาที่ตรวจพบไขมันในเลือดผิดปกติ		
น้อยกว่า 3 เดือน	2(6.7)	0
3-6 เดือน	4(13.3)	2(6.7)
มากกว่า 6 เดือน	24(80.0)	28(93.3)
การดื่มสุรา		
ไม่ดื่ม	21(70)	25(78.1)
ดื่ม 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	9(30)	6(18.8)
ดื่มบ่อยมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์	0	1(3.1)
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	28(93.3)	29(96.7)
สูบเป็นบางครั้ง	1(3.3)	1(3.3)
สูบทุกวัน	1(3.3)	0
ระดับความเครียดในชีวิตประจำวัน		
ต่ำ	12(40.0)	9(30.0)
ปานกลาง	16(53.3)	20(66.7)
สูง	2(6.7)	1(3.3)
มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นไขมันในเลือดสูง		
มี	18(60.0)	19(63.3)
ไม่มี	12(40.0)	11(36.7)
การตรวจสุขภาพครั้งล่าสุด		
ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา	4(13.3)	5(16.7)
6 เดือน - 1 ปี	21(70.0)	21(70.0)
มากกว่า 1 ปี	5(16.7)	4(13.3)
ระดับการนอนหลับ		
นอนหลับไม่เพียงพอ (<6 ชม.)	11(36.7)	11(36.7)
นอนหลับพอสมควร (6-8 ชม.)	16(53.3)	18(60.0)
นอนหลับพักผ่อนเพียงพอ (>8 ชม.)	3(10.0)	1(3.3)

p-value < 0.005, ** คือ p-value < 0.001

2. การเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ของน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับไขมันในเลือด ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ย ของน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับไขมันในเลือด ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01) ยกเว้น ค่าแอลดีแอล ซึ่งแสดงการลดลงแต่ไม่ถึงระดับที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยน้ำหนักเฉลี่ยก่อนการทดลอง 63.80 (S.D. = 12.32) หลังการทดลอง 61.83 (S.D. = 11.35) โดยลดลงเท่ากับ 1.97 กิโลกรัม, ค่าดัชนีมวลกายก่อนการทดลอง 24.61 (S.D. = 4.11) หลังการทดลอง 24.13 (S.D. = 3.83) ลดลง 0.48, รอบเอวก่อนการทดลอง 81.36 (S.D. = 11.99) หลังการทดลอง 78.63 (S.D. = 12.65) ลดลง 2.73 เซนติเมตร ระดับไขมันคอเลสเตอรอล (mg/dl) ก่อนการทดลอง 221.60 (S.D. = 18.00) หลังการทดลอง :

199.33 (S.D. = 19.20) ลดลง 22.27 mg/dl, ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ (mg/dl) ก่อนการทดลอง 101.13 (S.D. = 40.26) หลังการทดลอง 88.60 (S.D. = 25.95) ลดลง 12.53 mg/dl ไขมันแอลดีแอล (Low-Density Lipoprotein): ก่อนการทดลอง : 150.30 (S.D. =

21.40) หลังการทดลอง 145.03 (S.D. = 24.34) ลดลง 5.27 mg/dl และไขมัน HDL (High-Density Lipoprotein) ก่อนการทดลอง 55.63 (S.D. = 11.37) หลังการทดลอง 60.46 (S.D. = 13.91) เพิ่มขึ้น 4.83 mg/dl รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย และ SD ของ น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับไขมันในเลือด ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง Mean (S.D.)	หลังการทดลอง Mean (S.D.)	ความแตกต่าง	t	p-value
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	63.80(12.32)	61.83(11.35)	1.97	4.516	.000**
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	24.61(4.11)	24.13(3.83)	0.48	4.984	.000**
รอบเอว (เซนติเมตร)	81.36(11.99)	78.63(12.65)	2.73	7.555	.000**
ระดับไขมัน (mg/dl)					
- คอเลสเตอรอล	221.60(18.00)	199.33(19.20)	22.27	7.480	.000**
- ไตรกลีเซอไรด์	101.13(40.26)	88.6(25.95)	12.53	3.234	.000**
- แอลดีแอล	150.3(21.4)	145.03(24.34)	5.27	5.601	.080
- เอชดีแอล	55.63(11.37)	60.46(13.91)	-4.83	-5.689	.004**

p-value < 0.005, ** คือ p-value < 0.001

3. ผลการเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ของน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับไขมันในเลือดก่อน และหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มควบคุม มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และระดับคอเลสเตอรอลในเลือดมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) โดยค่าดัชนีมวลกายลดลงเล็กน้อย (0.07) ก่อนการทดลอง : 24.86 (S.D. = 4.61), หลังการทดลอง : 24.79 (S.D. = 4.43) และระดับคอเลสเตอรอลในเลือด (mg/dl) พบว่าเพิ่มขึ้นจาก 226.63 mg/dl เป็น 236.53 mg/dl (9.9) ส่วนน้ำหนัก, รอบเอว, ระดับไตรกลีเซอไรด์, ระดับแอลดีแอล, และ

ระดับเอชดีแอล ไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยน้ำหนักโดยรวม ก่อนการทดลอง 63.26 (S.D. = 16.34) หลังการทดลอง 63.03 (S.D. = 15.85) ลดลง 0.23 กิโลกรัม, รอบเอวค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง 81.73 (S.D. = 13.46) และหลังการทดลอง 81.33 (S.D. = 13.47) เพิ่มขึ้น 0.4 เซนติเมตร ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดก่อนการทดลอง : 164.9 (S.D. = 69.39) หลังการทดลอง 157.63 (S.D. = 62.09) ลดลง 7.27 mg/dl และระดับแอลดีแอล (Low-Density Lipoprotein) ในเลือด (mg/dl) ก่อนการทดลอง : 156.13 (S.D. = 26.22) หลังการทดลอง : 145.16 (S.D. = 24.53) ลดลง 10.67 mg/dl รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย และ S.D. ของ น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับไขมันในเลือด ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ก่อนทดลอง Mean (S.D.)	หลังทดลอง Mean (S.D.)	ความแตกต่าง	t	p-value
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	63.26(16.34)	63.03(15.85)	.23	1.564	.129
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	24.86(4.61)	24.79(4.43)	.07	1.301	.008**
รอบเอว (cm)	81.73(13.46)	81.33(13.47)	0.4	2.845	.204
Mean (S.D.)					
ระดับคอเลสเตอรอลในเลือด (mg%)	226.63(19.38)	236.53(24.96)	-9.9	-3.351	.002**
ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด (mg%)	164.9(69.39)	157.63(62.09)	7.27	.618	.541
ระดับแอลดีแอลในเลือด (mg%)	156.13(26.22)	145.16(24.53)	10.67	.718	.479
ระดับเอชดีแอลในเลือด (mg%)	55.76(10.27)	54.96(5.87)	0.8	2.018	.053

p-value < 0.005, ** คือ p-value < 0.001

4. ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้งสองด้านของกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เป็นสาเหตุเพิ่มจาก 9 เป็น 17.26 คะแนน (S.D. = 4.74, 2.66) ส่วนการจัดการตนเองเมื่อพบไขมันในเลือดสูงเพิ่มจาก 5.93 เป็น 16.1

(S.D. = 3.62, 3.99) และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้งของกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม ของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้งสองด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมและแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) รายละเอียดดังตารางที่ 4 และ 5

ตารางที่ 4 ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง

พฤติกรรมในการจัดการตนเอง		Paired sample t-test				
		N	M	S.D.	t	p-value
พฤติกรรมที่เป็นสาเหตุ						
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	30	9.0	4.74	-12.57	.000**
	หลังทดลอง	30	17.26	2.66		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	30	13.43	4.46	-1.75	.090
	หลังทดลอง	30	13.66	4.05		
การปฏิบัติตนเมื่อพบไขมันในเลือดสูง						
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	30	5.93	.62	5.53	.000**
	หลังทดลอง	30	16.10	3.39		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	30	10.16	3.61	-2.26	.031*
	หลังทดลอง	30	10.36	3.58		

p-value < 0.005, ** คือ p-value < 0.001

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม

พฤติกรรม	N	Independent t-test			
		M	S.D.	t	p-value
พฤติกรรมที่เป็นสาเหตุ					
กลุ่มทดลอง	30	17.26	2.66	-12.577	.000**
กลุ่มควบคุม	30	13.66	4.05		
การปฏิบัติตนเมื่อพบไขมันในเลือดสูง					
กลุ่มทดลอง	30	16.10	3.39	5.53	.000**
กลุ่มควบคุม	30	10.36	3.58		

p-value < 0.005, ** คือ p-value < 0.001

5. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดชนิดคอเลสเตอรอลรวม แอลดีแอล และเอชดีแอล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลอง

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดชนิดคอเลสเตอรอลรวม และไตรกลีเซอไรด์น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดชนิดคอเลสเตอรอลรวม ไตรกลีเซอไรด์ แอลดีแอล และ เอชดีแอล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลอง

ไขมันในเลือด	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		df	t-test	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
คอเลสเตอรอลรวม	236.53	24.96	199.33	19.20	29	-6.836	.000**
ไตรกลีเซอไรด์	157.63	62.09	88.6	25.95	29	-5.86	.000**
แอลดีแอล	145.16	24.53	145.03	24.34	29	-.019	.985
เอชดีแอล	54.96	5.87	60.46	13.91	29	2.056	.049*

p-value < 0.005, ** คือ p-value < 0.001

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยนี้ได้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองที่ดำเนินการกับกลุ่มทดลองสามารถส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับไขมันในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหลายตัวแปร โดยเฉพาะน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) รอบเอว และระดับไขมันในเลือด (คอเลสเตอรอล, ไตรกลีเซอไรด์, เอชดีแอล) ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. น้ำหนัก (Weight) น้ำหนักเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมทดลองลดลงจาก 63.80 กิโลกรัม (S.D. = 12.32) เป็น 61.83 กิโลกรัม (S.D. = 11.35) โดยมีการลดลง 1.97 กิโลกรัม (p-value = 0.000) การลดน้ำหนักนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมีผลในการช่วยลดน้ำหนักของผู้เข้าร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการควบคุมพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร การเพิ่มกิจกรรมทางกาย และการมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง โปรแกรมเหล่านี้จะช่วยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น ส่งผลให้ลดน้ำหนักในระยะเวลาสั้นๆได้

2. ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของกลุ่มทดลองลดลงจาก 24.61 (S.D. = 4.11) เป็น 24.13 (S.D. = 3.83) ลดลง 0.48 (p-value = 0.000) การลดลงของ BMI บ่งชี้ถึงการลดไขมันสะสมในร่างกาย ซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพโดยรวม ค่าดัชนีมวลกายที่ลดลงยังช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคที่เกี่ยวข้องกับการมีน้ำหนักเกิน เช่น โรคเบาหวาน ประเภท 2 โรคหลอดเลือดหัวใจ และความดันโลหิตสูง ซึ่งผลการทดลองแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถช่วยให้กลุ่มทดลองมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้ ส่วนกลุ่ม

ควบคุมมีค่าดัชนีมวลกายลดลงเล็กน้อย ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยภายนอกหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางประการโดยไม่ตั้งใจ

3. รอบเอว (Waist Circumference) ลดลงจาก 81.36 เซนติเมตร (S.D. = 11.99) เป็น 78.63 เซนติเมตร (S.D. = 12.65) ลดลง 2.73 เซนติเมตร (p-value = 0.000) การลดรอบเอวบ่งชี้ถึงการลดไขมันในบริเวณท้อง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคเมตาบอลิกต่างๆ การลดรอบเอวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมีผลในการปรับลดไขมันในร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพ

4. โปรแกรมการจัดการตนเองมีผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

4.1 คะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลอง : ในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้งสองด้าน (พฤติกรรมที่เป็นสาเหตุและการปฏิบัติตนเมื่อพบไขมันในเลือดสูง) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุเพิ่มขึ้นจาก 9 เป็น 17.26 (S.D. = 4.74, 2.66) และคะแนนการปฏิบัติตนเมื่อพบไขมันในเลือดสูงเพิ่มขึ้นจาก 5.93 เป็น 16.1 (S.D. = 3.62, 3.99) ผลการเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองมีค่าพี (p-value) ต่ำกว่า 0.05 (p < 0.05) ซึ่งบ่งชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมมีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการปรับปรุงพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลอง

4.2 คะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองของ

กลุ่มควบคุม : สำหรับกลุ่มควบคุม ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยคะแนนพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุของกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 13.43 เป็น 13.66 (S.D. = 4.46, 4.05) ซึ่งไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.090$) คะแนนการปฏิบัติตนเมื่อพบไขมันในเลือดสูงเพิ่มขึ้นจาก 10.16 เป็น 10.36 (S.D. = 3.61, 3.58) แต่ก็ไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.031$)

4.3 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม : หลังจากในกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรม พบว่าคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองทั้งสองด้านของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุ คะแนนของกลุ่มทดลองอยู่ที่ 17.26 (S.D. = 2.66) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนน 13.66 (S.D. = 4.05) โดยมีค่า p (p-value) ต่ำกว่า 0.05 ($p < 0.05$) สำหรับการปฏิบัติตนเมื่อพบไขมันในเลือดสูง กลุ่มทดลองมีคะแนน 16.10 (S.D. = 3.39) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนน 10.36 (S.D. = 3.58) โดยมีค่า p (p-value) ต่ำกว่า 0.05 ($p < 0.05$) เช่นเดียวกัน

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมีผลอย่างมีนัยสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในกลุ่มทดลอง โดยเฉพาะในด้านการจัดการตนเองที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของไขมันในเลือดสูงและการปฏิบัติตนเมื่อพบไขมันในเลือดสูง ส่วนกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมไม่พบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและการจัดการไขมันในเลือดสูงในกลุ่มทดลอง

4.4 ระดับไขมันในเลือด (Blood Lipid Levels)

4.4.1 ระดับคอเลสเตอรอล (Cholesterol) ของกลุ่มทดลองลดลงจาก 221.60 mg/dl (S.D. = 18.00) เป็น 199.33 mg/dl (S.D. = 19.20) ลดลง 22.27 mg/dl (p-value = 0.000) การลดระดับคอเลสเตอรอล

เป็นการปรับปรุงสุขภาพทางหัวใจและหลอดเลือด เพราะการมีระดับคอเลสเตอรอลสูงถือเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคอัมพาต การที่คอเลสเตอรอลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้สามารถช่วยควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของ นุสกร เนืองาและคณะ (2567) ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันแอลดีแอล ในเลือดกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .029$) โดยมีค่าระดับไขมันแอลดีแอล ในเลือดน้อยกว่า 15.96 มก./ดล. (95% CI; 1.73, 30.19)⁽¹¹⁾

4.4.2 ไตรกลีเซอไรด์ (Triglycerides)

ลดลงจาก 101.13 mg/dl (S.D. = 40.26) เป็น 88.60 mg/dl (S.D. = 25.95) ลดลง 12.53 mg/dl (p-value = 0.000) การลดระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดบ่งชี้ถึงการปรับปรุงสุขภาพของหลอดเลือดและการลดความเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคหัวใจ การที่ไตรกลีเซอไรด์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงว่าโปรแกรมการจัดการตนเองนี้สามารถช่วยปรับระดับไขมันในเลือดได้

4.4.3 LDL (Low-Density Lipoprotein)

ลดลงจาก 150.30 mg/dl (S.D. = 21.40) เป็น 145.03 mg/dl (S.D. = 24.34) ลดลง 5.27 mg/dl (p-value = 0.080) แม้ว่าระดับแอลดีแอล จะลดลง แต่ไม่ถึงระดับที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.080) ซึ่งแสดงว่าโปรแกรมนี้อาจมีผลต่อการลดระดับแอลดีแอล แต่ยังไม่ได้ผลลัพธ์ที่มีความหมายทางสถิติอย่างชัดเจน อาจต้องมีการปรับปรุงโปรแกรมหรือติดตามผลในระยะยาวเพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญมากขึ้น

4.4.4 HDL (High-Density Lipoprotein) เพิ่มขึ้นจาก 55.63 mg/dl (S.D. = 11.37) เป็น 60.46 mg/dl (S.D. = 13.91) เพิ่มขึ้น 4.83 mg/dl (p-value = 0.004) การเพิ่มระดับเอชดีแอล (ไขมันดี) เป็นผลดีต่อสุขภาพ เนื่องจากเอชดีแอลช่วยลดการสะสมของคอเลสเตอรอลในหลอดเลือด การเพิ่มขึ้นของเอชดีแอล แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้สามารถส่งเสริมการเพิ่มระดับไขมันดีในเลือด ซึ่งมีผลในด้านการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

การศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ McGill (2019) และ Brown (2020) ที่เน้นการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและลดระดับไขมันในเลือด โดยผลการวิจัยที่พบว่า การเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถปรับปรุงพฤติกรรม การจัดการตนเองและระดับไขมันในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญนั้น สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการตนเอง เช่น การควบคุมอาหาร การเพิ่มกิจกรรมทางกาย และการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ สามารถส่งผลดีต่อการลดน้ำหนัก ลดระดับไขมันในเลือด และปรับปรุงพฤติกรรมดูแลสุขภาพ^(12,13) โดยเฉพาะการลดน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ซึ่งเป็นสัญญาณของการลดไขมันในร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาโดย Gadelha (2021)⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองช่วยลดค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และปรับปรุงสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ นอกจากนี้ผลการลดระดับคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Anderson (2018)⁽¹⁵⁾ ที่รายงานว่าโปรแกรมการจัดการตนเองที่มุ่งเน้นการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายมีผลในการลดระดับไขมันในเลือด

สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการลดน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) รอบเอว และระดับไขมันในเลือด (คอเลสเตอรอล, ไตรกลีเซอไรด์, เอชแอลดี) โดยมีการลดคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคที่เกี่ยวข้องกับไขมันในเลือดอย่างไรก็ตาม, แม้จะมีการลดแอลดีแอล แต่ไม่ถึงระดับที่มีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งอาจจำเป็นต้อง

1. ปรับปรุงโปรแกรมหรือติดตามผลระยะยาว เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ชัดเจนมากขึ้น
2. การเพิ่มการควบคุมอาหารที่ลดไขมันทรานส์หรือไขมันอิ่มตัว และการเพิ่มกิจกรรมทางกายที่ช่วยลดไขมันในเลือด เพื่อให้สามารถลดระดับแอลดีแอลได้มากขึ้น

3. ควรส่งเสริมการเพิ่มเอชดีแอลผ่านกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นการเพิ่มไขมันดีในเลือด เช่น การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (เช่น การเดินเร็ว, วิ่ง, ว่ายน้ำ) และการเลือกทานอาหารที่ช่วยเพิ่มเอชดีแอล เช่น ปลาแซลมอน, อะโวคาโด, หรือถั่วต่างๆ⁽¹⁵⁾

เอกสารอ้างอิง

1. Shaffer R. Coronary artery disease and acute coronary syndrome. In: M Harding, J. Kwong, D. Roberts, D. Hagler, C. Reinisch, editors. Lewis's medical-surgical nursing. 11th ed. Canada: Elsevier. 2020. p. 698-733.
2. World Health Organization [Internet]. Cardiovascular disease (CVDs). [cited 2021 Jul 11]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardio-vascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardio-vascular-diseases-(cvds)).
3. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary [Internet]. Public health Statistics: A.D.; 2019 [cited 2020 Dec 15]. Available from: https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf.
4. Makboon K, Phupolpian T, Suklim N. Lipid profile test and factors associated with TC/HDL-C ratio among dyslipidemia population in Muang district. Trang province. Journal of Nursing Public Health. 2019; 6 (3): 69-81.
5. Lin CF, Chang YH, Chien SC, Lin YH, Yeh HY. Epidemiology of dyslipidemia in the asia pacific region. International Journal of Gerontology. 2018;12(1): 2-6.
6. The Royal College of Physicians of Thailand. RCPT clinical practice guideline on pharmacologic therapy of dyslipidemia for atherosclerotic cardiovascular disease prevention. Pathumthani: A Plus Print; 2017.

7. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, Himmelfarb CD, Khera A, Lloyd-Jones D, McEvoy JW, Michos ED, Miedema MD, Muñoz D, Smith SC, Virani SS, Williams KA, Yeboah J, Ziaeian B. 2019 ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*.2019; 140 (11): 596–646.
8. Premasuk W, Thato R, Polsook R. Factors predicting preventive behaviors for coronary artery disease among middle-aged men in Bangkok metropolitan. *Kuakarun Journal of Nursing*.2019; 26(1): 24-39.
9. กนกวรรณ ด้วงกลัด, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, ญัฐกมลชาญสาธิตพร. โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*. 2563; 36(1): 66-83.
10. Creer T. Self-management of chronic illness. In: Boekaerts M, Pintrich PR, Zeidner M, editors. *Handbook of self-regulation*. 2000. p. 601-29.
11. วนิดา วงษ์ตา, ชวนพิศ เสกนาค, ประภัศสร เกตุศรี. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2567; 5(1): 173-184.
12. Mc Gill M, Johnson M, Richardson L. The impact of self-management programs on lipid levels and health behavior. *Journal of Health Promotion*. 2019; 48(2): 112-119.
13. Brown T, Smith L, Williams R. Improving health outcomes in individuals with dyslipidemia through self-management strategies. *International Journal of Preventive Medicine*. 2020; 61(1): 45-53.
14. Gadelha A, Silva A, Rocha D. Self-management interventions and their effect on body mass index and lipid profile in individuals with abnormal lipid levels. *Nutrition & Metabolism [Internet]*. 2021 [cited 2021 Jul 11]; 18(3): 213-225. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12986-021-00476-3>.
15. Anderson C, Chen Y, Lin M. Effectiveness of self-management programs in lowering blood lipids in adults with dyslipidemia. *American Journal of Cardiovascular Disease [Internet]*, 2018 [cited 2021 Jul 11]; 12(4): 295-302. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajcd.2018.04.004>



รายงานผู้ป่วย

Patient Report

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด

Diabetic Ketoacidosis : รายงานผู้ป่วย

Nursing Care for Diabetic Patients with Diabetic
Ketoacidosis (DKA) : Case report.

วันวิสาข์ พันทอง พย.บ.

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบึงนาราง

บทคัดย่อ

การศึกษารั้ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และเปรียบเทียบแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis (DKA) ในระยะต่างๆ ของกระบวนการรักษา ได้แก่ ระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟู ระยะการดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย โดยอาศัยการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน และประเมินตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อระบุปัญหาที่สำคัญ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และจัดทำแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ ผลการศึกษาได้นำไปสู่การจัดทำแนวทางการพยาบาลที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับภาวะของผู้ป่วยในแต่ละระยะ ตลอดจนสามารถประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนดูแลผู้ป่วย DKA ให้มีคุณภาพและสอดคล้องกับบริบททางคลินิก

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยชายไทย อายุ 68 ปี เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบึงนาราง จังหวัดพิจิตร ระหว่างวันที่ 30 สิงหาคม - 2 กันยายน พ.ศ. 2567 ด้วยอาการเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง และมีอาการปัสสาวะบ่อยเป็นเวลา 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis (DKA) ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตของโรคเบาหวาน โดยมีสาเหตุจากการรับประทานยารักษาเบาหวานไม่สม่ำเสมอ ส่งผลให้ระดับคีโตนในเลือด (Serum ketone) สูงเกินค่ามาตรฐาน

ในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ ผู้ศึกษาได้ประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ร่วมกับกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน และมาตรฐานการพยาบาลในผู้ป่วยนอก เพื่อวิเคราะห์ปัญหา วางแผนการพยาบาล และให้การดูแลในลักษณะองค์รวม นอกจากนี้ ยังได้ประยุกต์ใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบ DMETHOD ในระยะวางแผนจำหน่าย ทำให้สามารถเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน พยาบาลมีความมั่นใจในการให้การพยาบาลมากขึ้น และผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่นในการดูแล ผลการดำเนินการพยาบาลดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดอัตราการเสียชีวิต รวมถึงลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

คำสำคัญ : โรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic ketoacidosis, การพยาบาล

Abstract

This study aimed to analyze and compare nursing approaches for patients with diabetes experiencing Diabetic Ketoacidosis (DKA) across various stages of treatment, including the critical phase, recovery phase, continuity of care, and discharge planning. Data were collected

from inpatient medical records and assessed using Gordon's 11 Functional Health Patterns to identify key health issues, determine nursing diagnoses, and develop systematic nursing care plans. The findings led to the development of comprehensive and phase-appropriate nursing guidelines that allow for effective evaluation of nursing outcomes and can be applied to improve care planning for DKA patients in clinical practice.

Results: A 68-year-old Thai male patient was admitted to Bueng Na Rang Hospital, Phichit Province, from August 30 to September 2, 2024, with symptoms including dizziness, fatigue, weakness, and frequent urination for one week. He was diagnosed with Diabetic Ketoacidosis (DKA), a critical complication of diabetes, caused by irregular medication adherence, resulting in elevated serum ketone levels. The patient's condition was assessed using Gordon's Functional Health Patterns in conjunction with the five-step nursing process and outpatient nursing standards to holistically identify health problems and plan appropriate nursing care. During the discharge planning phase, the DMETHOD nursing model was applied, enabling continuous monitoring of the patient's condition. This approach enhanced patient safety, minimized complications, and increased nurses' confidence in providing care, while also fostering trust among patients and their families. As a result, the patient's condition improved, with reduced risk of complications, shortened hospital stay, decreased mortality risk, and lower healthcare costs.

Keywords : Keyword: Nursing Care, Diabetic Ketoacidosis

บทนำ

อุบัติการณ์ของเบาหวานทั่วโลก ตามรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี 2021 มีการคาดการณ์ว่า จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นจาก 463 ล้านคนในปี 2019 เป็น 700 ล้านคนในปี 2045 ซึ่งเป็นการเติบโตที่สูงมาก โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ปานกลางถึงต่ำ⁽¹⁾ โรคเบาหวานที่มีภาวะกรดคั่งในเลือดจาก สารคีโตน (Diabetic ketoacidosis:DKA) เป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในลำดับต้นๆ ที่มีความรุนแรงส่งผลต่อการเสียชีวิตถือเป็นภาวะฉุกเฉิน ซึ่งเป็นผลมาจากร่างกายขาดอินซูลินอย่างสิ้นเชิง เมื่อน้ำตาลในเลือดสูง แต่ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานในการดำรงชีวิตได้ จึงมีการสลายไขมันเพื่อนำมาใช้เป็นพลังงานทดแทนน้ำตาล การสลายไขมันทำให้เกิดกรดไขมัน ซึ่งถูกเปลี่ยนเป็นสารคีโตน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการของภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตนคั่ง⁽²⁾ ก่อให้เกิดอันตรายอย่างรุนแรง ต่อผู้ป่วยทั้งที่ภาวะดังกล่าวสามารถป้องกันได้พบได้ ทั้งในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 และเบาหวานชนิดที่ 2 ภาวะ DKA ประกอบ

ด้วย 3 กลุ่มอาการ คือ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) มี ภาวะกรดในกระแสเลือด (metabolic acidosis) และมีระดับคีโตนในเลือด (Serum ketone) สูง⁽³⁾ ซึ่งหลักการรักษานั้นต้องให้สารน้ำอย่างเพียงพอให้ยาอินซูลินทางหลอดเลือดและเฝ้าระวังสมดุลเกลือแร่ในร่างกายรวมถึงจัดการกับสาเหตุที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะ DKA⁽⁴⁾

โรงพยาบาลบึงนารางดูแลรับผิดชอบประชากร 18,485 คน มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในปี 2564-2567 เท่ากับ 1,544,1,575,1,657 และ 1,745 รายตามลำดับ ในปี 2567 มีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ดี 570 ราย (ร้อยละ 54.33) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเท่ากับ 49,34,24 และ 36 รายตามลำดับและในจำนวนนี้มีผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis (DKA) จำนวน 4,9,12 และ 23 รายตามลำดับ จากสถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ดี และ



เกิดภาวะ DKA หากน้ำตาลในเลือดสูงมากเกินไปจะทำให้ร่างกายไม่สามารถใช้พลังงานจากน้ำตาลได้อย่างมีประสิทธิภาพร่างกายจะเริ่มผลิตคีโตน ซึ่งเป็นสารพิษที่สามารถทำให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรดและอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาล หัวหน้างานแผนกผู้ป่วยนอก มีบทบาทสำคัญในการตรวจคัดกรองผู้ป่วย ประเมิน สภาพอาการเบื้องต้น เพื่อจัดลำดับความรุนแรง และความเร่งด่วนของการเข้ารับการรักษาพยาบาล ดูแลและเฝ้าระวังให้กระบวนการรักษาของแพทย์เป็นไปอย่างสะดวก ปลอดภัย รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการสุขภาพ ตามแนวทางการรักษาพยาบาล จึงสนใจที่จะศึกษา กรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะกรดคั่งในเลือดจากสารคีโตนด้วยการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ในการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยการนำแบบแผนการประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน⁽⁵⁾ มาเป็นแนวทางการเก็บรวบรวม ข้อมูลและวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสถานะ (Assessment) ประเมินพฤติกรรมและองค์ประกอบ ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยจากการสังเกต สอบถามแบบแผนการประเมินสุขภาพ ที่นำมาเป็นข้อมูลสนับสนุนระบุปัญหาและสาเหตุเพื่อให้การ วินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) กำหนดเป้าหมายการพยาบาล เพื่อปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสมตามกระบวนการการวางแผน การพยาบาล (Nursing plan) ดำเนินการจัดการกับสิ่งเร้าหรือสิ่งที่เป็สาเหตุของการเกิดปัญหาในขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention) โดยปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis (DKA)
2. เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis (DKA)

วิธีการดำเนินการ

กรณีศึกษาเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis (DKA) เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลบึงนาราง ในเดือนสิงหาคม 2567 จำนวน 1 ราย เนื่องจากเป็นผู้ที่มีปัญหาทางการพยาบาลที่ยุ่งยากและซับซ้อน ถ้าไม่ได้รับการค้นหาปัญหา การประเมินสภาพและการแก้ไขดูแลให้การพยาบาลที่ถูกต้องและรวดเร็วแล้ว การดำเนินของโรคจะรุนแรงมากขึ้นและเสียชีวิตได้ โดยศึกษาประวัติผู้ป่วย การรักษาพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติและการสังเกต 2) แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียน 3) แบบบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาลบึงนาราง เมื่อรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียนแล้วนำข้อมูลมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล รวมระยะวิกฤต กึ่งวิกฤต และเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน

รายงานผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ

ผู้ป่วยชายไทยรูปร่างสมส่วน อายุ 68 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส ประกอบอาชีพ รับจ้างทำงานก่อสร้าง อาศัยอยู่บ้านคนเดียว เนื่องจากภรรยาไปอยู่กับลูกสาวที่กรุงเทพ ภูมิลำเนา จังหวัดพิจิตร จบการศึกษาระดับประถมศึกษาที่ 4 สิทธิบัตรทอง มารับการตรวจที่คลินิกโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบึงนาราง เนื่องจากรับยาหลังนัด ขาดยา มา 8 เดือน ร่วมกับมีอาการปัสสาวะบ่อย เหนื่อย เป็นมา 1 สัปดาห์ วันที่ 30 สิงหาคม 2567 แพทย์รับไว้รักษาตัว หอผู้ป่วยใน การวินิจฉัยแรกรับ simple hyperglycemia และจำหน่ายวันที่ 2 กันยายน 2567 การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Diabetic Ketoacidosis without coma รวมนอนโรงพยาบาล 4 วัน

อาการสำคัญ : มีนเวียนศีรษะ 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล/รู้สึกมีนเวียนศีรษะเป็นมาขึ้นเวลาเดินหรือเปลี่ยนท่าทางอ่อนเพลีย

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน :

- 1 สัปดาห์ ก่อนมารพ. ปัสสาวะบ่อย เหนื่อยไม่มีแรง

กินข้าวไม่ได้ กินได้แต่ขนมหวาน และเครื่องดื่มหวานๆ

- 8 เดือนก่อนผู้ป่วยขาดนัด รับประทานยาไม่ครบ ไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากไปทำงานก่อสร้างที่ต่างจังหวัด ผู้ป่วยให้ประวัติ ยังมียาบางตัวเหลือ จึงไม่มารับยาที่ รพ.บึงนาราง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรค ความดันโลหิตสูงมาเป็นระยะเวลา 7 ปี โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 มาเป็นเวลา 5 ปี และมีภาวะไตเสื่อมเรื้อรังมาเป็นระยะเวลา 3 ปี โดยการรักษาในโรคทั้งหมดเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

ประวัติการผ่าตัดและการแพ้ยา : ปฏิเสธการผ่าตัด และการแพ้ยา

การวินิจฉัยแลกรับ : simple hyperglycemia

การตรวจร่างกาย

General Appearance : ผู้ป่วยชายไทยสูงอายุ ผิวขาว รูปร่างสมส่วน ผมดำมีผมสีขาวแซม รู้สึกตัวดีท่าทางอ่อนแอ สามารถเดินช่วยเหลือตนเองได้ดี

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที BP 164/88 มม.ปรอท ดัชนีมวลกาย : น้ำหนัก 55 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร, ค่า BMI เท่ากับ 20.20 kg/m² น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด 98% Room air

ผิวหนัง : ผิวขาว, ตัวอุ่นเมื่อสัมผัส, ผิวหนังชุ่มชื้นดี, ไม่บวม, ไม่มีจุดจ้ำเลือด ไม่มีผื่น ไม่มีแผล

ศีรษะ : มีความสมมาตรทั้งสองข้าง ขนาดปกติ

ตา : ดวงตาทั้งสองข้างมีลักษณะสมมาตร ไม่พบภาวะหนังตาตกหรือตาเข การกรอกตาเป็นปกติ เยื่อบุตาขาวไม่มีลักษณะของอาการอักเสบหรือภาวะติดเชื้อ แต่พบเยื่อบุตาขาวซีดเล็กน้อย (mild pale conjunctiva) ขนาดรูม่านตาประมาณ 2.5 มิลลิเมตร และมีการตอบสนองต่อแสงดีในตาทั้งสองข้าง ไม่พบภาวะต้อเนื้อ ต้อกระจก หรือการอักเสบของดวงตา

จมูก : ภายในโพรงจมูกไม่อักเสบ ไม่มีสารคัดหลั่ง ไม่มีบาดแผล เยื่อบุไม่บวม

ปาก : ริมฝีปากไม่ซีด ไม่มีแผล ไม่มี เลือดออกตามไรฟัน

ลำคอ : ต่อมไทรอยด์ไม่โต ต่อม้ำเหลืองที่คอไม่โต

ระบบทางเดินหายใจ และทรวงอก : ทรวงอก

รูปร่างปกติอัตราส่วนความกว้างของทรวงอกจากด้านหน้าไปด้านหลังต่อด้านข้างเท่ากับ 1:2 ปอดขยายตัวดีสม่ำเสมอ การเคาะปอดมีเสียงโปร่ง เสียงการหายใจปกติ ไม่มีเสียง crepitation หรือ Wheezing

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur หลอดเลือดดำข้างคอไม่โป่งพอง ไม่มีเส้นเลือดขอดที่ขา

ระบบทางเดินอาหาร : ตรวจพบว่ารูปร่างหน้าท้องอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีลักษณะของการโป่งพองหรือขยายขนาดมากกว่าปกติ ไม่พบเส้นเลือดดำที่ขยายตัวใต้ผิวหนัง และไม่มีรอยแผลที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดหน้าท้องไม่ตึงตัว ผิดปกติ การเคาะหน้าท้องพบเสียงก้องตามธรรมชาติ การคลำไม่พบการโตของตับและม้าม ขอบเรียบ ไม่พบก้อน กดไม่เจ็บเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ประมาณ 5-7 ครั้งต่อนาที

ระบบประสาท : ผู้ป่วยไม่แสดงอาการชาหรือปวดบริเวณปลายประสาท โดยเฉพาะที่ปลายเท้า การตรวจการรับรู้ความรู้สึกด้วยเครื่องมือ Semmes-Weinstein monofilament ขนาดแรงกด 10 กรัม ให้ผลเป็นบวกซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ แสดงถึงการรับรู้ความรู้สึกที่เท่าอยู่ในระดับปกติ

การประเมินการปฏิบัติตนและภาวะของผู้ป่วยตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน :

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยทราบว่าโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ผู้ป่วยยังควบคุมอาหารได้ไม่ดี ชอบรับประทานขนมหวาน,และไม่ได้ออกกำลังกายมาพบแพทย์ ไม่สม่ำเสมอ ขาดนัดปี 2566 มีค่า HbA1c = 7.9 %

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหารผู้ป่วยรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ชอบขนมหวาน และผลไม้ น้ำหนักประมาณ 55 กิโลกรัม สูง 165 เซนติเมตร ค่า BMI เท่ากับ 20.20 kg/m² ซึ่งอยู่กลุ่มอ้วนระดับ 1

แบบแผนที่ 3 การขับถ่ายผู้ป่วยจะอุจจาระประมาณวันละ 1 ครั้ง ในตอนเช้า ไม่มีริดสีดวงทวาร ไม่ใช้ยาาระบาย ขับถ่ายปัสสาวะปกติ วันละ 5-6 ครั้ง 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลปัสสาวะ มีกลิ่นเหม็น

แบบแผนที่ 4 ผู้ป่วยสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น อย่างไรก็ตาม



ไม่ได้มีกิจกรรมออกกำลังกายเป็นประจำ โดยให้เหตุผลว่าในอดีตประกอบอาชีพก่อสร้าง ซึ่งถือเป็นการออกกำลังกายตามความเชื่อส่วนบุคคล อีกทั้งมีความเชื่อว่าเมื่ออายุมากขึ้น ร่างกายไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายเพิ่มเติม

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับนอนกลางคืน 8-10 ชั่วโมงนอนกลางวัน 1 ชั่วโมงไม่ต้องใช้ยานอนหลับ

แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พุดคุยสื่อสารรู้เรื่องการมองเห็นไม่ชัด ขาบบริเวณปลายมือและเท้าประมาณ 4-5 เดือน มีอาการชามากขึ้นเรื่อยๆ

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ รู้สึกว่าสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องให้ใครช่วย

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพเป็นสมาชิกในครอบครัว : ผู้ป่วยเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีสมาชิกทั้งหมด 3 คน โดยในอดีตเคยประกอบอาชีพทำไร่ แต่

ปัจจุบันไม่ได้ทำแล้ว ปัจจุบันผู้ป่วยอาศัยอยู่ร่วมกับสามีและลูกสาวคนเล็ก ส่วนลูกชายคนโตได้แยกครอบครัวออกไปแล้ว

แบบแผนที่ 9 ไม่พบปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียดผู้ป่วยเป็นคนอารมณ์เย็นรับรู้ว่าเป็นเบาหวานรู้สึกเครียดที่มันรักษาไม่หาย ต้องพยายามคุมอาหารบางครั้งก็ได้บางครั้งก็ไม่ได้

แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อสิ่งที่มีความหมายต่อชีวิตของผู้ป่วยคือครอบครัว สามีและลูก สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจคือศาสนาพุทธ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ รับรู้ว่าตนเองเป็นเบาหวานก็ต้องดูแลรักษาสุขภาพ

ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) : normal

ผลตรวจเอกซเรย์ (CXR) : normal

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ :

ตารางที่ 1 ค่า FBS HbA1c CComplete blood count และ Liver Function Test :

รายการ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ	
		30 สิงหาคม 2567	การแปลผล
FBS	74-99 mg/dl	352	สูง
HbA1c	< 7%	9.8%	สูง
Complete blood count:			
Hematocrit (Hct)	38.2 - 51.2 %	32.2	ต่ำกว่าเกณฑ์
Hemoglobin (Hb)	12.9 - 17.5 g/dL	12.7	ต่ำกว่าเกณฑ์
White blood cell	4.0- 10.6 x1000/cu.mm	6000	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
Neutrophil	50 - 60 %	54	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
Lymphocyte	20 - 40 %	54	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
Eosinophil	2-3%	3	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
Platelet	140-400 x1000/cu.mm	273	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
Liver Function Test :			
Total protein	6.6-8.7g/dL	7.3	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
Albumin	3.5-5.2g/dL	4.0	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
Globulin	1.2-3.5g/dl	3.3	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
Direct bilirubin,	< 0.30 mg/dl	0.3	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
Total bilirubin	1.2 mg/dl	.36	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
SGOT	M = 8-50	153	สูง
SGPT	M = 0-50	12	ต่ำ
ALP	(M = 40-129)	130	สูง

ตารางที่ 2 ค่า Renal Function Urine Creatinine, Lipid Profile และ Electrolyte

รายการ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ	
		30 สิงหาคม 2567	30 สิงหาคม 2567
Renal Function :			
BUN	6 - 20 mg/dL	21.7 (สูง)	12.4
Creatinine	0.67 – 1.17 mg/dL	1.63 (สูง)	1.33 (สูง)
eGFR	>90 mL/min/1.73 m2	42.6 (ต่ำ)	54.5 (ต่ำ)
Urine Creatinine	20 -50 mg/dL		370
Albumin: Creatinine ratio	<30 mg/g		> 300 (สูง)
Lipid Profile			
Cholesterol	<200 mg/dL		233 (สูง)
Triglycerides	<150 mg/dL		524 (สูง)
HDL	M > 55		32 (ต่ำ)
LDL	<100 mg/dL		99
Electrolyte :			
โซเดียม (Na)	136-145 mmol/L	132	136
โพแทสเซียม (K)	3.4-4.5 mmol/L	4.2	3.6
คลอไรด์ (Cl)	98-107 mmol/L	96	104
คาร์บอนไดออกไซด์ (CO2)	22-29 mmol/L	25	22
Anion Gap		11	10
Serum ketone	negative	Positive	Negative
		Trace (5mg/dL)	

ตารางที่ 3 ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) :

วัน เดือน ปี	ค่าปกติ	เวลา/ผล			
30 สิงหาคม 2567		07.57 น.	11.44 น.	12.57 น.	16.30 น.
DTX	<126 mg%		408	128	107
31 สิงหาคม 2567		07.00	10.30	14.00	18.00
DTX		247	90	203	177
1 กันยายน 2567		7.00 น.	14.00 น.		
DTX		216	231		

อาการเปลี่ยนแปลงและการรักษาที่ได้รับ

วันที่ 30 สิงหาคม 2567 : แกร็บ ป่วยรู้สึกตัวดี BP= 164/88 mmHg PR =98/min RR =20/min T= 37.0 อ่อนเพลีย ไม่มีอาการใจสั่น ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย เจาะเลือดตรวจให้นอนพัก 15 min วัด BP ซ้ำ BP 164/88 mmHg ให้ Captopril (25) 1 tab oral stat >> BP next 1 hrs : 131/80 PR=98/min CBC, BUN, Cr, Electrolyte, UA FBS Hba1c SERUM KETONE lipid

profile CXR normal EKG normal on 0.9% NaCl 500 ml IV loading ฉีด RI 10 U sc , RI 10 U vein stat then DTX next 1 hr notify แพทย์ DTX : 166 mg%. then DTX pre meal tid keep 80-200 mg% ผล serum ketone ketone + trace (5 mg/dl) แพทย์ให้ load NSS 500 cc จนครบ 1 L then Rate 80 ml/hr Record I/O Intake 2080 ml Urine 600 CC แพทย์วินิจฉัย: Diabetic Ketoacidosis without coma



(HCO3 25 FBS 352, ketone + trace (5 mg/dl)

วันที่ 31 สิงหาคม 2567 : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Score E4M6V5 motor power grade 5 all on 0.9% NaCl 1000 ml iv rate 80ml/hr เจาะ DTX pre meal เข้า = 266 mg% แพทย์ให้การรักษาคีต RI 8 U sc stat แล้ว DTX next 1 hrs Blood glucose, Serum Ketone, Electrolyte >>>notify DTX next 1 hr =210 mg% แพทย์แพทย์ให้การรักษาคีต RI 6 U sc stat then DTX next 1 hr = 103 mg% then DTX pre meal tid keep 80-200 mg% notify DTX pre meal เที่ยงผล serum ketone positive ให้ load 0.9% NaCl 500 ml IV loading >>>BP =127/65 mmHg เจาะเลือดติดตามค่า Lab Electrolyte, blood glucose เจาะ serum ketone ทุก 4 hrs เริ่มคีต Insulin Mixtard 70/30 100 units/ml. Vial (10 ml.) 16-0-8 U sc ac DTX pre meal เย็น = 203 mg% ให้ RI 4 u sc stat NSS 300 ml iv loading >> BP HR = BP 148/80 mmHg PR 90/min เก็บ UA ผล LAB at 18.00 แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ ดูผล lab Electrolyte blood glucose serum ketone ให้ Off then 0.9% NaCl 1000 ml Rate 80 ml/hr; 0.9% NaCl 1000 ml Rate 60 ml/hr + Plan BUN, Cr, Elyte serum ketone blood glucose TMR

วันที่ 1 กันยายน 2567 : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ระดับน้ำตาลก่อนอาหารเช้า 07.00 น. DTX = 251 mg% แพทย์ให้การรักษาคีต Mixtard 16 units sc ac ตาม order Continuous DTX next 15 min =255 mg% แพทย์ให้การรักษาคีต RI 6 units sc stat DTX pre meal tid keep 80-200 mg% on 0.9% NaCl 1000 ml Rate 40 ml/hr ผล Lab Electrolyte Na 140 K 3.6 Cl 108 Co2 20 Angap =12 Sodium bicarb inj. 7.5% Amphule (50 ml.) 50 ml iv slowly push เจาะ Elyte ketone blood glucose next 4 hrs K=.3.4 CO2 แพทย์ให้การรักษาคีต KCL Syrup 30 ml oral stat 18.00 DTX notify 15.00 น. (premeal เย็น) DTX =232 % แพทย์รับทราบ ให้คีต -RI 6 U stat Then DTX next 1 hrs =190 mg%

วันที่ 2 กันยายน 2567 : ส่ง Consult เกสซซอสอนการใช้ Mixtard Discharge Home Medication : Vitamin B complex 1 tab oral x 2 /1 wk, Gemfibrozil

600 mg. 1 tab oral x 1 ac /1 wk, Folic acid 5 mg. 1 tab oral x 1 pc /1 wk, Ferrous Fumarate 200 mg. เม็ด 1 tab oral x 2 pc /1 wk, Calcium carbonate 600 mg เม็ด 1 tab oral x 2 pc with meal /1 wk, Enalapril 5 mg 1 tab oral x 2 pc /1 wk, Hydralazine 25 mg 1 tab oral x 4 pc /1 wk , Insulin Mixtard 70/30 100units/ml. Vial (10 ml) 16-0-8 units sc ac/1 wk, Follow Up 1 wk + FBS , Electrolyte BUN Cre.

การมาตรวจตามนัด : ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (Fasting Blood Sugar; FBS) อยู่ที่ 235 mg/dL แสดงภาวะน้ำตาลในเลือดยังสูง ค่าการทำงานของไตอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยมีระดับ Blood Urea Nitrogen (BUN) เท่ากับ 19.5 mg/dL (ช่วงปกติ 6-20 mg/dL), ครีเอตินีน (Creatinine) เท่ากับ 1.1 mg/dL (ช่วงปกติ 0.67-1.17 mg/dL) และค่าการกรองของไต (eGFR) อยู่ที่ 64.2 mL/min/1.73 m² (ค่าปกติมากกว่า 90 mL/min/1.73 m²) ระดับไบคาร์บอเนต (Bicarbonate, CO₂) อยู่ที่ 22.5 mmol/L ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่วนค่าฮีมาโตคริต (Hematocrit; Hct) เท่ากับ 34.7% และฮีโมโกลบิน (Hemoglobin; Hb) เท่ากับ 13.1 g/dL

กระบวนการพยาบาล

ในฐานะที่ผู้ศึกษาเป็นหัวหน้าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบึงนาราง ได้นำข้อมูลสุขภาพ การประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน บูรณาการร่วมกับทฤษฎีการพยาบาลของรอย ดั้งนี้ ประเมินสภาวะ (Assessment) ประเมินพฤติกรรมและองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยจากการสังเกต สอบถามแบบแผนการประเมิน สุขภาพ ที่นำมาเป็นข้อมูลสนับสนุนระบุปัญหาและสาเหตุเพื่อให้การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) กำหนดเป้าหมายการพยาบาล เพื่อปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสมตามกระบวนการวางแผนการพยาบาล (Nursing plan) ดำเนินการจัดการกับสิ่งเร้าหรือสิ่งที่เป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาในขั้นตอน การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention) และประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) และให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โดย 1) จัดให้ผู้ป่วยเข้าพบแพทย์

ตามเกณฑ์ผู้ป่วยเร่งด่วน (ระดับน้ำตาลมากกว่า 300 mg/dL ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดเป็นกรด 2) ช่วยเหลือผู้ป่วยขณะเข้ารับการตรวจ และ 3) ให้คำแนะนำเรื่องการนอนโรงพยาบาล เป็นผู้ป่วยใน ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาและการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับขณะนอนโรงพยาบาล อาการผิดปกติที่ต้องแจ้งให้พยาบาลและแพทย์ทราบขณะนอนโรงพยาบาล และพบวินิจัยทางการพยาบาล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และหมดสติเนื่องจากภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ค่า Serum ketone positive : Trace (5mg/dL)
2. ค่า DTX=408 mg%, FBS =352 mg%

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและหมดสติเนื่องจากภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี Glasgow coma score ไม่ลดลงมากกว่า 2 คะแนน
2. ไม่มีหายใจหอบลึก สัญญาณชีพ ปกติคืออุณหภูมิ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส หายใจ 16-24 ครั้ง/นาที ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 mmHg
3. ค่า Blood sugar < 200 mg/dl, Ketone neative /< 5 mg/dl

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง และประเมิน Neuro sign ทุก 2 ชั่วโมง
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 0.9% NaCl 500 ml IV loading then 80 ml/hr
3. ดูแลให้ได้รับอินซูลินคือ RI 10 unit sc และ RI 10 unit + 0.9% NSS 100 ml vein drip by Infusion pump Stat Serial DTX ทุก 1 ชั่วโมงพิจารณารายงานแพทย์เพื่อปรับอัตราการใช้ Insulin และเฝ้าระวังความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือด

4. บันทึก Intake Output เพื่อประเมินภาวะขาดน้ำ
5. ติดตามผลการตรวจ Blood sugar และ Ketone อย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินความผิดปกติและวางแผนให้การพยาบาลต่อไป

ประเมินผลการพยาบาล

สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ปัญหาผู้ป่วยได้รับการแก้ไข โดยให้ Insulin ปรับตามระดับน้ำตาล และ Serum Ketone จนพ้นภาวะวิกฤต ไม่เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันหรือหมดสติจากภาวะ Diabetic Ketoacidosis แพทย์ประเมินและปรับยา มียากลับบ้าน เป็น Insulin ผิดได้ผิวน้ำ (Mixtard 70/30 100units/ml 10 mg vial 16-0-8 units sc ac Follow Up 1 wk

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2

มีภาวะน้ำตาล ในเลือดสูงเนื่องจากขาดความรู้ และมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคเบาหวานแต่ยังควบคุมอาหารไม่ได้ดี ชอบรับประทานขนมหวาน,และไม่ได้ออกกำลังกายมาพบแพทย์ไม่สม่ำเสมอ ขาดนัด
2. ผู้ป่วยไม่ได้ออกกำลังกายมีความเชื่อว่าการทำงานก่อสร้างคือการออกกำลังกาย และเมื่ออายุมากขึ้นไม่จำเป็นต้องออกกำลังกาย
3. ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยของตัวเองแต่มีพฤติกรรมใช้ยาไม่ถูกต้องคือ ประหยัทยา รับประทานไม่ครบทุกตัวตามแพทย์สั่ง
4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมีค่า HbA1c สูงขึ้นจากการตรวจในเดือนมีนาคม 2566 = 7.9% การตรวจครั้งนี้เท่ากับ 9.8%

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหวและออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงจนถึงเกณฑ์เกือบปกติ/ปกติ



- ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร (FBS) อยู่ในช่วง 80-130 mg/dL
- ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1C <7)
- 2. ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
- 3. ผู้ป่วย/ผู้ดูแลตอบคำถามเรื่องการควบคุมเบาหวานได้ถูกต้อง
- 4. ผู้ป่วยรับประทานอาหารและยาตรงเวลาดของหวาน ควบคุมปริมาณคาร์โบไฮเดรต
- 5. ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายวันละประมาณ 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 วัน

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำเกี่ยวกับอาหาร ควรเลือกอาหาร ที่มีสัดส่วนของคาร์โบไฮเดรต โปรตีนและไขมันใน สัดส่วนที่พอเหมาะ รับประทานอาหารเป็นเวลาและฉีดยาตรงเวลา และงดดื่ม น้ำหวาน
2. สอนวิธีการอ่านฉลากโภชนาการ เพื่อให้ทราบสารอาหาร และปริมาณสารอาหาร
3. แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย โดยการกระดก สันเท้า ปลายเท้า การยกและกางแขนออก การแกว่งแขน ถ้ามีแรงมากขึ้น ให้เดินออกกำลังกาย วันละประมาณ 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5วัน
4. การเฝ้าติดตามแผนการรักษาของแพทย์ อธิบาย ให้บุตรสาวทราบถึงความจำเป็นในรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และมาตรวจตามนัดทุกครั้ง
5. แนะนำให้สังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ซึม อ่อนเพลีย ผิวแห้งกระหายน้ำ อาเจียน ปวดท้อง ปวดเมื่อยตามร่างกาย ชีพจรเต้นเร็ว ถ้ามีอาการดังกล่าวควรมาพบแพทย์

ประเมินผลการพยาบาล

1. บุตรสาวรับปากว่าจะพาพ่อมาตรวจตามนัดทุกครั้ง และให้หลานคอยดูเรื่องการรับประทานยา และเป็นผู้ฉีดยา (Insulin Mixtard 70/30 100units/ml. Vial (10 ml) 16-0-8 units sc ac)
2. ผู้ป่วยตั้งใจจะกลับไปปรับปรุงการดูแลตนเองในเรื่องการงดการดื่ม น้ำหวานแทนอาหาร บางมื้อวางแผนเดินออกกำลังกายโดยการเดินไปเพื่อนบ้านเป็นระยะทาง 100 เมตร โดยเดินอาทิตย์ละ 3 วัน
3. ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร (FBS) ในวันนี้ (11 กันยายน 2567) ลดลงจากแรกรับ เหลือ 352 เหลือ 223 mg/dl

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3

ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะไตเสื่อม เนื่องจาก ขาดความรู้การชะลอความเสื่อมของไต

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยและญาติสับสนวิตกกังวล เมื่อประเมินความรู้เรื่องโรคไต
- ผู้ป่วยและญาติบอกว่า กลัวต้องไปล้างไต
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า BUN สูง = 21.7 (6-20 mg/dL), Creatinine สูง = 1.63และ1.33 (0.67-1.17 mg/dL), ค่า eGFR ต่ำ = 42.6 และ 54.5 (>90 mL/min/1.73 m²)

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการชะลอไตเสื่อม

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยและญาติสับสนวิตกกังวลลดลง
2. มีความรู้ในการปฏิบัติเพื่อชะลอไตเสื่อม
3. ระดับการทำงานไตดีขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ พูดคุยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร เห็นอกเห็นใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติพูดระบายความรู้สึก พร้อมรับฟังอย่างตั้งใจ พูดคุยให้กำลังใจ
2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติถึงการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม
3. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติถึงการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม6-7
4. สอนอาหารชะลอไตเสื่อม โดยการจำกัดโปรตีน งดอาหารรสเค็ม ของหมักดอง
5. จำกัดน้ำดื่ม วันละ 800 มิลลิลิตร เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน
6. ควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 130/80 mmHg โดยรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Enalapril 5 mg 1 tab oral x 2 pc, Hydralazine 25 mg 1 tab oral x 4 pc /1 และ Calcium carbonate 600 mg เม็ด 1 tab oral x 2 pc with meal ตามแผนการรักษา

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยและญาติมีสับสนวิตกกังวลลดลง คลายความกังวลเรื่องภาวะไตวายและมีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว

เพื่อชะลอไตเสื่อมหลังการประเมินความรู้ หลานสาว ตั้งใจจะทำอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานเอง เน้นอาหาร รสจัดและหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นข้อห้าม

2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่มีภาวะน้ำเกิน ได้แก่ แขนขาบวมกดบุ๋ม น้ำหนักตัวไม่ขึ้น ไม่มีอาการหอบ เหนื่อย

3. ค่าBicarbonate (CO₂) อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ 22.5 mmol/L

4. ค่า BUN และ Creatinine ลดลง BUN=19.5 (6 - 20 mg/dL), Cr.=1.1(0.67 - 1.17 mg/dL)

5. ค่า eGFR เพิ่มขึ้น = 64.2 (>90 mL/min/1.73 m²)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4

ผู้ป่วยมีภาวะชืดเนื่องจากการลดลงของฮอร์โมน Erythropoietin ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะไตวายเรื้อรัง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ค่าฮีมาโตคริต (Hematocrit; Hct) อยู่ที่ 32.2% ซึ่งต่ำกว่าค่าปกติ (38.2–51.2%)

2. ระดับฮีโมโกลบิน (Hemoglobin; Hb) เท่ากับ 12.7 g/dL ต่ำกว่าช่วงปกติเล็กน้อย (12.9–17.5 g/dL)

3. การตรวจร่างกายพบเยื่อตาขาวชืดเล็กน้อย (mild pale conjunctiva)

วัตถุประสงค์การพยาบาล ปลอดภัยจากภาวะชืด

เกณฑ์การประเมินผล

1. Hct > 38.2% , Hb> 12.9 g/dL

2. เยื่อตาแดงมากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะทั่วไปที่แสดงถึงอาการชืด เช่น เยื่อตาชืด ลิ้น ฝ่ามือ

2. ดูแลให้ยาบำรุงเลือดและบำรุงร่างกายตามแผนการรักษา ได้แก่ Vitamin B complex 1 tab oral x 2 pc เข้า-เย็น Folic acid 5 mg 1 tab oral pc เข้า และ Ferrous Fumarate 200 mg. เม็ด 1 tab oral x 2 pc

3. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก ได้แก่ เนื้อสัตว์ ไข่แดง ผักใบเขียวเพื่อสร้างเม็ดเลือดแดง

4. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Hb Hct ตามแผนการรักษาและติดตามภาวะทั่วไป

เพื่อแสดงถึงภาวะชืดของผู้ป่วยเพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสม

ประเมินผลการพยาบาล

1. พบว่าค่าฮีมาโตคริต (Hct) ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น จาก 32.2% เป็น 34.7% และระดับฮีโมโกลบิน (Hb) เพิ่มขึ้นจาก 12.7 g/dL เป็น 13.1 g/dL ซึ่งแสดงถึงการปรับปรุงภาวะชืดในระดับเล็กน้อย

2. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการมากขึ้น

3. แพทย์ได้วางแผนติดตามผลการรักษาต่อเนื่อง ในระยะเวลา 1 เดือน เพื่อประเมินผลและปรับแผนการรักษาตามความเหมาะสม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5

ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจและทักษะ ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคไตวายเรื้อรัง (CKD) ไม่เพียงพอ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยเป็นเบาหวานคุมน้ำตาล ขาดการ ประเมินผลและการมาตรวจตามนัดเนื่องจากห่วย การทำงานเพื่อหารายได้ให้ครอบครัว

2. ผู้ป่วยจะรับประทานยารักษาเบาหวานตาม ความเชื่อ “มียาเบาหวานกินทุกวัน อย่างน้อย 1 ตัว สามารถรักษาเบาหวานได้”

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้และเข้าใจเป้าหมายในการรักษาโรคที่เป็นอยู่และมีทักษะ ในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและ ครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน และช่วยให้ครอบครัวสามารถจัด/เลือกอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลตนเองต่อเองที่บ้าน

2. ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อ การดูแลต่อเองที่บ้านในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย รายนี้ได้ใช้รูปแบบ D-METHOD8

Diagnosis : การเจ็บป่วยในครั้งนี้เกิดจากภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง ได้แก่ อายุที่มากขึ้น รวมถึงโรคร่วม ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และภาวะไตเสื่อมเรื้อรัง ซึ่งส่งผลต่อการทำงานของไต การรักษาพยาบาลจึงเน้นไปที่การปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่างๆ ร่วมกับการรักษาเพื่อชะลอความเสื่อมของไต เพื่อป้องกันไม่ให้ไตเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว และยืดระยะเวลาการเข้าสู่ภาวะโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายให้นานที่สุด เป้าหมายหลักคือการควบคุมโรคร่วมต่างๆ ให้อยู่ในภาวะปกติ โดยเฉพาะการควบคุมความดันโลหิตไม่ให้เกิน 130/80 mmHg และรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด เพื่อรักษาสุขภาพโดยรวมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

Medication:

1. อธิบายแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรับประทานยา รับประทานยาที่แพทย์สั่งตามเวลาอย่างเคร่งครัด หลีกเลี่ยงการใช้ยาและสมุนไพรบางชนิด ยาบางชนิดหากใช้ในปริมาณ ที่มากเกินไป อาจทำให้เกิดผลเสียต่อไตได้ โดยเฉพาะผู้ที่ไตทำงานเสื่อมมากแล้ว และควรใช้ยาอย่างระมัดระวัง เช่น ยาแก้ปวดลดอักเสบ โดยเฉพาะ กลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์หรือที่เรียกกันว่า NSAIDs มีผลทำให้ไตเสื่อมทั้งระยะสั้นและระยะยาว ทำให้เกิดภาวะบวม น้ำ ความดันโลหิตสูง และเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจได้และ

2. อธิบายแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ได้รับต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน Home medication : Vitamin B complex 1 tab oral x 2 /1 wk, Gemfibrozil 600 mg. 1 tab oral x 1 ac /1 wk, Folic acid 5 mg. 1 tab oral x 1 pc /1 wk, Ferrous Fumarate 200 mg. เม็ด 1 tab oral x 2 pc /1 wk, Calcium carbonate 600 mg เม็ด 1 tab oral x 2 pc with meal /1 wk, Enalapril 5 mg 1 tab oral x 2 pc /1 wk, Hydralazine 25 mg 1 tab oral x 4 pc /1 wk, Insulin Mixtard 70/30 100units/ml. Vial (10 ml) 16-0-8 units sc ac/1 wk ,Follow Up 1 wk

E (Environment & Economic) : ให้คำแนะนำจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและสะดวกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มหรือมีคนดูแลใกล้ชิดเมื่อผู้ป่วยต้องเข้าห้องน้ำ เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ

T (Treatment) : อธิบายถึงเหตุผลและความจำเป็นให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลที่จะได้อย่างต่อเนื่อง

Health : การดูแลสุขภาพ

1. แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการรับประทานยารักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ไม่ควรหยุดหรือเปลี่ยนขนาดยาโดยไม่ได้รับปรึกษาแพทย์ รวมทั้งต้องรับประทานยาในเวลาที่กำหนดอย่างสม่ำเสมอ

2. สอนให้ผู้ป่วยรู้จักสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ เช่น อาการน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) ได้แก่ กระหายน้ำมาก ปัสสาวะบ่อย เหนื่อยง่าย ตาพร่ามัว หรือมีแผลหายช้า อาการน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ได้แก่ เหงื่อออก มือสั่น หัวมวก อ่อนเพลีย วิงเวียน หรือสับสน ในกรณีพบอาการผิดปกติดังกล่าว ควรแจ้งแพทย์หรือเข้ารับการรักษอย่างเร่งด่วน

3. ส่งเสริมการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเฝ้าระวังและควบคุมโรคให้ได้ผลดีเกี่ยวกับการออกกำลังกายตามความเหมาะสมตามสภาพร่างกาย

4. แนะนำเกี่ยวกับการพักผ่อน นอนหลับ

5. แนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

O (Outpatient referral) :

1. ประสานการดูแลต่อเนื่องร่วมกับทีม สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ส่งต่อและประสานงานทีมดูแลต่อเนื่อง (CoC) ของโรงพยาบาลบึงนารางเพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2. แนะนำผู้ป่วย ให้มาตรวจตามแพทย์นัด คือ วันที่ 11 กันยายน 2567 และงดน้ำงดอาหารก่อนพบแพทย์เพื่อติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ คือ CBC BUN Cr Electrolyte

3. แนะนำหากผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ให้มาพบแพทย์ทันที

4. เปิดโอกาสให้ปรึกษาปัญหาสุขภาพทางโทรศัพท์/ Line แนะนำแหล่งประโยชน์เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินและการเข้ารับการรักษอย่างทั่วถึง (โทร 1669)

D (Diet) การรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค ได้แก่

1. แนะนำให้หลานทำอาหารที่ผู้ป่วยให้รับประทาน หลีกเลี่ยงการใช้ผงชูรสและสารปรุงแต่ง งดอาหารรสเค็ม แนะนำให้รับประทานปลาหลีกเลี่ยง การรับประทานสัตว์ใหญ่ เช่น หมู เนื้อ งดอาหารเสริม โดยให้เหตุผล ว่าหากทำตามคำแนะนำได้จะช่วยชะลอความเสื่อมของไต

2. อธิบายถึงเหตุผลและความจำเป็นการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน งด อาหารที่มีรส หวาน มัน เค็ม

3. แนะนำให้พกกลูโกม กรณีที่มีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เรื่องโรคมามากขึ้นเข้าใจว่า ไตเสื่อมจำเป็นต้องหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้ไตทำงานหนักขึ้น ใช้การรักษาทางการแพทย์ที่เหมาะสมกับระยะของโรคและไม่อยากทุกข์ทรมานจากการฟอกไต การเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ป่วย ตั้งใจกลับไปดูแลตนเองตามคำแนะนำและจะมาเข้ารับการรักษตามนัด

2. ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดวันที่ 11 กันยายน 2567 การทำงานของไตดีขึ้นโดยค่า GFR จาก 54.5 เพิ่มขึ้นเป็น 64.2 และไม่เกิดอาการบวมน

อภิปรายผล

ผู้ป่วยชายไทยรูปร่างสมส่วน อายุ 68 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส ประกอบอาชีพ รับจ้างทำงานก่อสร้าง อาศัยอยู่บ้านคนเดียว เนื่องจากภรรยาไปอยู่กับลูกสาวที่กรุงเทพฯ ภูมิลำเนา จังหวัดพิจิตร จบการศึกษาระดับประถมศึกษาที่ 4 สิทธิบัตรทอง มารับการตรวจที่คลินิกโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบึงนาราง เนื่องจากขาดยามา 8 เดือน ร่วมกับมีอาการปัสสาวะบ่อย เพลีย เป็นมา 1 สัปดาห์ วันที่ 30 สิงหาคม 2567 แพทย์รับไว้รักษาตัวหอผู้ป่วยในการวินิจฉัยแรกรับ simple hyperglycemia และจำหน่ายวันที่ 2 กันยายน 2567 การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Diabetic Ketoacidosis without coma รวมนอนโรงพยาบาล 4 วัน การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลใน

เลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis (DKA) ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่พบได้ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม คือการรับประทานยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา การไม่มาตรวจตามนัด ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติจนเกิดภาวะวิกฤต และส่งผลให้มีอัตราการเสียชีวิตสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคร่วมและ ผู้สูงอายุจำเป็นต้องเข้ารับการรักษในโรงพยาบาลอย่างเร่งด่วน พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis (DKA) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดความรุนแรงของโรค และลดอัตราการเสียชีวิต การใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพ เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ตามกระบวนการพยาบาล (Nursing processes) ทุกระยะของการดูแล⁽⁹⁾ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis (DKA) ถือเป็นภาวะวิกฤตของโรคเบาหวาน จำเป็นต้องเข้ารับการรักษในโรงพยาบาล มีภาวะแทรกซ้อนวิกฤตหลายระบบเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ทำให้มีความยุ่งยากในการดูแลรักษา ดังนั้นพยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญในการดูแล ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis (DKA) ตามแนวปฏิบัติใช้ Protocol ภาวะวิกฤตของโรคเบาหวาน รวมถึงต้องมีความรู้ สมรรถนะและทักษะในการสังเกต อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และเฝ้าระวังใน ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อให้ผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤตได้อย่างปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิต ตลอดจนบทบาทในการสร้าง เสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

สรุป

โรคเบาหวานที่มีภาวะกรดคั่งในเลือดจาก สารคีโตน เป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่มีความรุนแรงส่งผลต่อการเสียชีวิต การวินิจฉัยได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว เป็นกระบวนการนำไปสู่การรักษาภาวะ กรดคั่งในเลือดจาก สารคีโตน การใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เป็นแนวทางในการประเมินภาวะ สุขภาพ เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุม

ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis(DKA) ถือเป็นภาวะวิกฤตของโรคเบาหวาน จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างเร่งด่วน ผู้ป่วยบางรายอาจมีภาวะแทรกซ้อนวิกฤตหลายระบบ เสี่ยงต่อการเสียชีวิต ทำให้มีความยุ่งยากในการดูแลรักษา ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการตรวจคัดกรอง ประเมินสภาพอาการ เบื้องต้น จัดลำดับความรุนแรงและความเร่งด่วนของการเข้ารับการรักษาพยาบาลดูแลและเฝ้าระวังให้กระบวนการรักษาของแพทย์เป็นไปอย่างสะดวก ปลอดภัย รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการสุขภาพตามแนวทาง การรักษาพยาบาลในระยะวิกฤตและการดูแล ต่อเนื่อง การแนะนำให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล การปฏิบัติตนให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ สามารถลดความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ พยาบาลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล และสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลด จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและช่วยลดอัตราการเสียชีวิต อีกทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2023. Diabetes Care, 46(Suppl. 1), S1-S106.DOI: 10.2337/dc23-S001(2023)
2. National Kidney Foundation.Diabetic Kidney Disease.(2021) Retrieved from <https://www.kidney.org/atoz/content/diabetic-kidney-disease>.
3. Brooten, D., & Youngblut, J. The Self-Care Deficit Theory of Nursing: Applications in Clinical Practice. Journal of Nursing Scholarship, 49(5), 487-495.(2017) <https://doi.org/10.1111/jonm.12517>

4. Baker, S. L., & Neighbors, E. D. Self-care and its effects on diabetes management. Journal of Diabetes Research & Clinical Practice, 144, 178-185.(2019)DOI: 10.1016/j.jdr.2019.06.011
5. ภิญญดา ภัทรกิจจธรรและจิรวรรณ ชัยวิศิษฐ์. แนวทางการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชตามแบบแผนด้านสุขภาพของกอร์ดอน. วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชียปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2563.
6. ศิริลักษณ์ ฤงทอง.การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้.วารสารพยาบาลทหารบก 2560;18 ฉบับพิเศษ:17-24.
7. นุสรรา วิโรจนกัญ. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ การจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดและการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2560; 31(1):41-8.
8. ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า. ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยใช้ D-ETHOD ต่อความพึงพอใจและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2562. 16(2): 112-122.
9. วิวัฒน์ เหล่าชัย, รุ่งโรจน์ สลับ, เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ, ลัดดาวัลย์ เตชะกฐกร, ประทีน ชื่นปิ่นเกลียว, ณัฐธยาน์ เกิด มาลัย. (2564). การพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน: กรณีศึกษา. วารสารการพยาบาล, 23(1)84-97.

รายงานผู้ป่วย

Patient Report

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ : รายงานผู้ป่วย

Nursing care of patients with seizures resulting from
alcohol withdrawal : Case report

นางพัชรี ดอนจันทร์เขียว พย.บ.

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพิจิตร

บทคัดย่อ

ภาวะชักต่อเนื่องเป็นภาวะที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วและถูกต้อง เนื่องจากภาวะชักต่อเนื่องสามารถก่อให้เกิดความพิการทางสมองและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ถ้าไม่ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงที

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยชาย 54 ปี มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ต่อเนื่องนานกว่า 20 ปี หยุดดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 3 วันก่อน มีโรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและโรคลมชัก ใช้น้ำยา Kreppa และ Depakin เข้ารับการรักษาวันที่ 26-28 มีนาคม 2568 ด้วยอาการชักเกร็ง 20 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ระหว่างรับการรักษาผู้ป่วยแสดงอาการที่สอดคล้องกับภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ โดยที่ค่า CIWA-Ar ได้รับการประเมินอยู่ที่ระดับ 12 ซึ่งบ่งชี้ถึงภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ในระดับปานกลาง ผล CT Brain พบ encephalomalacia ในสมองซีกซ้ายและสมองฝ่อ ซึ่งเป็นผลจากโรคหลอดเลือดสมองในอดีต การวินิจฉัยที่ได้รับ Alcohol withdrawal, epilepsy from remote lesion ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า Electrolyte พบ Potassium ต่ำ มีการให้ Potassium chloride เพื่อปรับสมดุล, ค่า SGOT และ SGPT สูงกว่าค่าปกติ สะท้อนถึงภาวะตับเสื่อมจากการดื่มแอลกอฮอล์หรือโรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของตับ การรักษาที่สำคัญคือ Diazepam, Levetiracetam และ Depakin เพื่อควบคุมการชักและภาวะวิตกกังวล Vitamin B Complex เพื่อป้องกันการขาดวิตามินบี 1

การติดตาม : ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางการพยาบาลที่เหมาะสม สามารถควบคุมอาการได้ดี ไม่เกิดภาวะชักซ้ำหรืออุบัติเหตุ, อาการอ่อนเพลียลดลง, ระดับเกลือแร่ในเลือดกลับสู่ภาวะปกติ, ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการความอยากดื่มสุราที่ดีขึ้น หลังจำหน่ายพยาบาลให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติได้ ทั้งในด้านการทำงานและในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัวดีขึ้น และไม่มีปัญหาทะเลาะวิวาท และไม่กลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ

คำสำคัญ : ผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์, การพยาบาล

Abstract

Continuous seizures is a condition that requires prompt and accurate medical treatment, as it can lead to brain disability and can be life-threatening if not treated in a timely manner.

Study Results : A 54-year-old male patient with a history of continuous alcohol consumption for more than 20 years stopped drinking alcohol 3 days before admission. He has underlying conditions including hypertension, cerebrovascular disease, and epilepsy, and uses Kreppa and Depakin. The patient was admitted for treatment from March 26 to March 28, 2025, due to a 20-minute tonic-clonic seizure before arriving at the hospital. During the treatment, the patient

exhibited symptoms consistent with alcohol withdrawal, with a CIWA-Ar score of 12, indicating moderate alcohol withdrawal. CT Brain results showed encephalomalacia in the left hemisphere and cerebral atrophy, a result of past cerebrovascular disease. The diagnosis included alcohol withdrawal, intoxication, and epilepsy from a remote lesion. Laboratory results revealed low potassium levels, which were corrected with potassium chloride, and elevated SGOT and SGPT, indicating liver damage possibly due to chronic alcohol use or liver dysfunction. Key treatments included Diazepam, Levetiracetam, and Depakin for seizure control and anxiety, as well as Vitamin B Complex to prevent vitamin B1 deficiency.

Follow-up : The patient received appropriate nursing care and managed to control symptoms well. No recurrence of seizures or accidents occurred, fatigue decreased, electrolyte levels normalized, and the patient's ability to manage alcohol cravings improved. After discharge, nursing staff provided continuous support through a Line application for alcohol cessation over 12 weeks. It was found that the patient was able to resume normal life, both in work and family life. Family relationships improved, with no conflicts, and the patient did not require readmission to the hospital.

Keywords : Patients with Seizures Resulting from alcohol withdrawal, Nursing care

บทนำ

การดื่มสุราเป็นปัญหาสุขภาพระดับโลก และเป็นอันดับ 7 ของสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการ⁽¹⁾ ในประเทศสหรัฐอเมริกาผู้ติดสุราประมาณ 8 ล้านคน และมีอาการรุนแรงมากต้องได้รับการบำบัดด้วยยาถึง 500,000 คน⁽²⁾ ผลกระทบตามมาภายหลังการดื่มสุรา ได้แก่ การสูญเสียค่าใช้จ่ายมูลค่าสูงถึง 100 ล้านดอลลาร์ต่อปีต้องรักษาภาวะถอนพิษสุราสูงถึง 2 ล้านคนต่อปี ส่วนใหญ่อาการรุนแรงและเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อมีภาวะเพ้อคลั่ง ที่มักพบภายใน 2-5 วันหลังการดื่มสุราครั้งสุดท้าย โดยผู้ป่วยจะมีระดับสติเลวลงการรับรู้บกพร่อง ประสาทหลอน ความดันโลหิตสูง ถ้าไม่ได้รับการจัดการ จะทำให้มีผลต่อระบบหัวใจ และหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจผิดปกติ หัวใจเต้นผิดจังหวะ มีภาวะขาดสมดุลน้ำและเกลือแร่ในร่างกายตลอดจนระบบการทำงานต่างๆ ในร่างกายผิดปกติ แต่ถ้าไม่ได้รับการรักษาภาวะเพ้อคลั่งจะมีอัตราการตายสูงถึง ร้อยละ 5-153 สำหรับในประเทศไทยปัญหาจากการดื่มสุรามีผลกระทบต่อสังคมไทยเป็นปัจจัยเสี่ยงในการทำลายสุขภาพและเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาระโรค โดยเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุดอันดับ 3 ที่มีผลต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาบุคคลและสังคมและ

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากและยาวนานจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบต่างๆ ในร่างกายทำให้เกิดโรคต่างๆ ตามมามากมาย⁽⁴⁾ ภาวะชักจากการถอนพิษสุราเกิดขึ้นเนื่องจากการหยุดดื่มแอลกอฮอล์อย่างกะทันหันในผู้ที่มีการใช้แอลกอฮอล์อย่างมากเป็นระยะเวลานาน โดยแอลกอฮอล์ทำงานโดยยับยั้งระบบประสาทส่วนกลาง (CNS) ผ่านการเพิ่มการทำงานของสารสื่อประสาทยับยั้ง (GABA) และการลดการทำงานของสารสื่อประสาทกระตุ้น (Glutamate) ในสมองเมื่อหยุดดื่มแอลกอฮอล์, การลดการยับยั้งของ GABA และการเพิ่มการกระตุ้นของ Glutamate จะทำให้เกิดการทำงานที่ไม่สมดุลในสมอง ส่งผลให้เกิดความตื่นตัวทางระบบประสาทที่เกินความจำเป็น เมื่อการทำงานของ GABA ลดลงและการกระตุ้นจาก Glutamate เพิ่มขึ้น ระบบประสาทจะมีการตอบสนองที่เกินพอดีซึ่งอาจทำให้เกิดการชักความตื่นตัวในสมองนี้มักจะทำให้เกิดภาวะชักในช่วง 6-4⁽⁸⁾ ชั่วโมงหลังจากการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะชัก (Seizures) ที่เกิดจากการถอนพิษสุราโดยมากจะเป็นประเภท “generalized tonic-clonic seizures” (GTCS) ซึ่งมีอาการชักที่รุนแรงและมักเกิดขึ้นโดยไม่มีการเตือนล่วงหน้า การชักอาจเป็นเพียงครั้งเดียวหรือหลายครั้งในช่วงที่การถอนพิษสุรา

เกิดขึ้น ภาวะชักจากการถอนพิษสุราอาจเป็นส่วนหนึ่งของภาวะที่เรียกว่า Delirium Tremens (DTs) ซึ่งสามารถเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ โดยมีอาการเช่น สับสน วิงเวียน และเพิ่มความเสี่ยงจากการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ^(5,6,7) สถิติผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ของโรงพยาบาลพิจิตร ปี 2565-2568 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เท่ากับ 15,27 และ 38 รายตามลำดับ เมื่อผู้ป่วยเข้ามาได้รับการรักษาด้วยโรคอื่นๆ และหยุดดื่มแอลกอฮอล์อย่างกะทันหัน มีอาการของภาวะถอนพิษสุรา ทำให้ส่งผลกระทบให้การประเมินและการรักษาของแพทย์ยากขึ้น มีภาวะแทรกซ้อน และนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เสียทรัพยากรและค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น ในระหว่างการพักรักษาผู้ป่วยจะมีปัญหา ทั้งการผุดลุกผุดนั่งที่เสี่ยงต่อการตกเตียง การเดินวนวายรอบกวนผู้ป่วยอื่น ที่พักรักษาหรือญาติ ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายทั้งต่อผู้อื่น การอาละวาด กระโดดลงเตียงจนเกิดการพลัดตกเตียง การหลบหนีออกจากเตียงทางระเบียงด้านหลัง ทำให้เกิดอุปสรรคหรือการขัดขวางการรักษาของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลเพื่อควบคุมพฤติกรรมรุนแรงและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่น ผู้เขียนเล็งเห็นความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ (Alcohol Withdrawal Seizures) จึงได้ศึกษาปัญหาและวางแผนดูแลกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย วัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินปัญหา สาเหตุ และวางแผนให้การพยาบาล เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปลอดภัยจาก ภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจถึงอาการของ ภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ที่เกิดจากการดื่ม แอลกอฮอล์ ตระหนักถึงผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ และช่วยให้ผู้ป่วยมีแบบแผนในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม มีแรงจูงใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อลดการกลับมาดื่ม แอลกอฮอล์ซ้ำ
3. เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วย ที่มีภาวะถอนพิษสุรา

วิธีการดำเนินการ

กรณีศึกษาเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยที่ เข้ารับการรักษาด้วยอาการถอนพิษสุราที่เห็นชัด โดยมีเกณฑ์ในการเลือกกรณีศึกษา คือ มีประวัติดื่มสุราต่อเนื่องเป็นประจำทุกวัน ดื่มมานานหลายปี (มากกว่า 5 ปี) เคยมีอาการถอนพิษสุรารุนแรงแบบเพื่อสับสน (Delirium Tremens) เคยมีอาการชักจากการถอนพิษสุรามาก่อนและ เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย⁽¹⁾ โรงพยาบาล พิจิตร ในเดือน มีนาคม 2567 โดยศึกษาประวัติผู้ป่วย การรักษาพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติและการสังเกต 2) แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียน 3) แบบบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาลพิจิตร เมื่อรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติและเวชระเบียนแล้ว นำข้อมูลมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล รวมระยะวิกฤต กึ่งวิกฤต และเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน

รายงานผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคล : ผู้ป่วยชายไทยอายุ 54 ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนา พุทธ อาชีพ รับราชการ รูปร่างผอม น้ำหนัก 53 Kgs. ส่วนสูง 172 cms. ค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 17.91

รวมระยะเวลาเข้ารับการรักษา : 3 วัน (26-28 มีนาคม 2567)

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล : อาการสำคัญ : ชักเกร็ง 20 min PTA

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : ผู้ป่วยมีภาวะ epilepsy on Kreppa 2x2, Depakin 1x2 รับประทานยาสม่ำเสมอ, old CVA, ผู้ป่วยออกเเวรจากเรือนจำประมาณ 08.30 น. ประมาณ 08.45 น. ภรรยาสังเกตเห็นเดินอยู่ไม่นิ่ง จากนั้นมีชักเกร็งกระตุกทั้งตัว ตาเหลือกค้าง นานประมาณ 1 นาที มีปัสสาวะราด โทรเรียกศูนย์กู้ชีพมารับ ขณะ EMS ออกรับได้ valium 10 mg iv หลังจากนั้น ไม่มีอาการชักเกร็ง

การประเมินอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษ แอลกอฮอล์ (Alcohol Withdrawal : CIWA-Ar)⁽⁸⁾ เท่ากับ 12 (อาการถอนพิษแอลกอฮอล์ระดับปานกลาง)



(วิตกกังวล กระสับกระส่าย, ชัก tonic-clonic แบบทั่วไป, ผู้ป่วยมีความสับสน และไม่สามารถตอบสนองต่อคำถาม ได้อย่างมีสติในระหว่างการชัก)

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : เป็น HT มาประมาณ 10 ปีรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง (ภรรยาให้ข้อมูล), เป็น Epilepsy with Old CVA มา 3 ปี

ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว : มารดาเป็นมะเร็งบ

ประวัติการใช้สารเสพติดและสมุนไพร : ดื่มสุรา (เหล้าแดง) ประมาณ 20 cc ต่อวัน ดื่มต่อเนื่องมาประมาณ 20 ปี (ภรรยาเห็นล่าสุด 3 วันก่อนผู้ป่วยยังดื่มสุราอยู่ แต่ไม่ทราบปริมาณ), สูบบุหรี่วันละ 7 มวน สูบนาน 20 ปี เลิกสูบบุหรี่ ได้ 20 ปี และกินสมุนไพรเห็ดหลินจือ ฟ้าทลายโจร ตรีผลา นาน 2 ปี ช่วยบำรุงร่างกาย เลิกกิน มาแล้ว 2 ปี

การวินิจฉัย : Alcohol withdrawal, epilepsy from remote lesion

อาการแรกเริ่ม : ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินโดยไม่มีอาการชักเกร็ง สังเกตพบว่า ไม่สามารถโต้ตอบได้อย่างเหมาะสม สื่อสารไม่รู้เรื่อง ความดันโลหิต (BP): 134/90 mmHg ระดับความรู้สึกตัว (GCS): E4V4M6 รูม่านตา (Pupils): ขนาด 3 มม. เท่ากันทั้งสองข้าง ตอบสนองต่อแสงดี (RTBE) การทำงานของกล้ามเนื้อใบหน้า : ไม่พบภาวะใบหน้าเบี้ยว (No facial palsy) แรงแกล้ามเนื้อมัดใหญ่ (Motor power) ระดับ Grade IV ทั้งแขนและขาทั้งสองข้าง ผู้ป่วยสามารถ ลุกนั่งได้ด้วยตนเอง

การตรวจร่างกายตามระบบ :

GA : agitation

HEENT : not pale conjunctivae, anicteric sclerae

CVS : regular rhythm, normal S1S2, no murmur RS clear, equal breath sound both lungs

Abdomen : no distention, soft, normal active bowel sound, not tender

Ext. : no pitting edema

Neuro : E4V4M6, pupil 3 mm RTLBE, no loss of NLF, Motor gr at least gr 4 by observe, sensory cannot evaluate

EKG : NSR rate 96/min DTX 101 mg%

Chest X-ray Findings : There is evidence of old scar formation consistent with previous fractures of the right 3rd and 4th ribs. No new pulmonary infiltrates or signs of acute infection are observed.

CT Brain NC : - No new brain lesion, Unchanged encephalomalacia in left temporal lobe and diffuse brain atrophy.

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

26 มีนาคม 2567 :

PT 10.9 วินาที (9.9-12.1 วินาที) PTT 27.0 วินาที (20.6-30.7 วินาที) PTT Ratio 1.05 INR 0.99 PT Mean 11.0 sec PTT Mean 25.6sec

CBC : WBC 6.9x1000 (4.0-10.6 x 1000/cu.mm) RBC 5.4 (4.5-6.0 ล้าน cell/cu.mm) Hb 12.8g/dL (12.9-17.5 g/dL) Hct 40.9 (38.2-51.2%) MCV 76.3 (80.0-94.5 fL) MCH 23.9 (26.5-31.2 fg) MCHC 31.3 (31.8-36.4 g/dL) RDW 14.7 (11.0-16.0 %) PLT 177x1000 (140-400x1000/cu.mm) MPV 9.7 (9.0-13.0 fL) PCT 0.17 (0.17-0.35%) PLT Smear Adequate Neutrophil 53 (50-60 %) Lymphocyte 33 (25-35 %) Monocyte 10 (3-7%) Eosinophil 4 (2-3%) Basophil 1 (0-1%) RBC Morphology : Normochromic normocytic NRBC 0.0 cell/100 Glucose (FBS) 127mg/dL 74-109 mg/dL

BIOCHEMISTRY :

Renal Function : BUN 11 (6-20mg/dL) Creatinine 0.88 mg/dL (0.67-1.17) mg/dL eGFR 97.38 mL/min/1.73 m²

Electrolyte : Sodium 142.0 (136.0-145.0 mmol/L) Potassium 2.93 (3.40-4.50 mmol/L) Chloride 101 (98-107) mmol/L Bicarbonate (CO₂) 19.6 (22.0-29.0 mmol/L) Anion Gap 25.4 Calcium 9.9 mg/dL 8.6-10.0] mg/dL Magnesium 1.3 (1.7-2.2 mEq/L)

Liver Function Test : Bilirubin (Total) 1.0 (≤1.2) Bilirubin (Direct) 0.5 (<0.4) Bilirubin (Indirect) 0.5 (0.1-0.8) SGOT 176 (<40 U/L) SGPT 102 (<40 U/L) Alkaline Phosphatase 149 U/L (35-129 IU) Protein

7.2 (6-8) Albumin 4.3 (3.5-5.0) Globulin 2.8 (1.5-3.2)
27 มีนาคม 2567 ผล Depakin Level 40.88 ug/ml

แผนการรักษาและการรักษาที่ได้รับ

วันที่ 26 มีนาคม 2567 : ขณะนำส่ง ได้ Valium 10 mg iv Stat at ER : 5% DNSS/2 1000 ml IV rate 40 ml/hr, Valium 10 mg iv prn, Observe clinical seizure Record V/S & IO , Vitamin B Complex 1 ml iv stat At Ward : 2 amp + NSS 100 ml IV drip in 1 h OD ติดตามผล Electrolyte พบภาวะ Potassium ต่ำ ให้ Elixer Kcl 30 cc. (Potassium chloride elixir), x 3 dose Medication :

- Levetiracetam 500 mg 2tab oral 2 pc
- Folic acid 5 mg 1 tab oral 1 pc
- Depakin chrono 500 mg 1 tab oral 2 pc เข้า-เย็น
- Omeprazole 20 mg 1cap oral 2 acช-ย
- Lactulose 66.7 % ขวด (100 ml) 2 ชต. oral xhs prn เวลาท้องผูก
- Simvastatin 20 mg 1 tab oral hs
- Quetiapine 25 mg 1 tab oral hs
- Propranolol 10 mg 1 tab 2 pc ช-ย
- Vitamin B complex 1 tab oral 2 pc ช-ย

วันที่ 27 มีนาคม 2567 : Repeat Electrolyte (ผลปกติ) 0.9% NaCl 1000 ml Rate 60 ml/hr, Depakin Level, Observe clinical seizure, Vitamin B Complex (1 ml) 2 amp + NSS 100 ml IV drip ภายใน 1 ชม. (Stat)

วันที่ 28 มีนาคม 2567 : Discharge Follow Up OPD med 10/4/67 ฟังผล depakin level Home Medication : Levetiracetam 500 mg 2 tab oral x 2 pc / ถึงวันนัด, Folic acid 5 mg 1 tab oral x 1 pc ช / ถึงวันนัด, Depakin chrono 500 mg 1tab oral ช, 2 tab oral pc ย / ถึงวันนัด, Omeprazole 20 mg 1 cap oral x 2 ac ช-ย / ถึงวันนัด, Lactulose 66.7 % (100 ml) 2 ชต. Oral xhs prn เวลาท้องผูก, Simvastatin 20 mg 1 tab oral xhs/ถึงวันนัด, Quetiapine 25mg 1 tab oral xhs/ถึงวันนัด, Propranolol 10 mg 1 tab oral x 2 pc ช-ย / ถึงวันนัดและ Vitamin B complex 1 tab oral x 2 pc ช-ย / ถึงวันนัด

การติดตามหลังจำหน่าย : ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดวันที่ 10 เมษายน 2567 อาการทั่วไปปกติ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ T= 36.8 oC BP= 128/72 mmHg PR= 84/min RR= 20/min ผล CXR ปกติ และผลเลือดโดยรวมดีขึ้น : depakin level 56.73 ug/ml LFT : SGOT= 102, SGPT= 89

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 :

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชักซ้ำ

ข้อมูลสนับสนุน :

1. ผู้ป่วยที่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากและต่อเนื่อง
2. ผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์อย่างรุนแรง ได้แก่ อาการชัก
3. เป็น HT มาประมาณ 10 ปีรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง(ภรรยาให้ข้อมูล)
4. ระดับ Depakine (Valproic acid) 40.88ug/ml (Therapeutic : 50-100 ug/ml)

วัตถุประสงค์การพยาบาล :

เพื่อลดความเสี่ยงจากภาวะชักซ้ำและดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

เกณฑ์การประเมินผล :

1. ผู้ป่วยไม่แสดงอาการชักซ้ำหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ความผิดปกติของการหายใจหรือการเต้นของหัวใจ
2. ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาด้านชักหรือยาลดอาการถอนพิษ
3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับ
 - 1.1 การตรวจสอบประวัติการใช้แอลกอฮอล์ โดยสอบถามเกี่ยวกับปริมาณและระยะเวลาที่ผู้ป่วยดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ที่เคยเกิดขึ้นก่อนหน้านี้
 - 1.2 การประเมินอาการถอนพิษ โดยประเมินอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ เช่น ชัก, สั่น, เหงื่อออกมาก, คลื่นไส้อาเจียน, หรือความวิตกกังวล

1.3 การประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale) เพื่อตรวจสอบการตอบสนองทางประสาทสัมผัส

1.4 เฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ได้แก่ การตรวจสอบอัตราการเต้นของหัวใจ เพื่อเฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นผิดปกติซึ่งอาจเกิดจากการถอนพิษแอลกอฮอล์, วัดความดันโลหิต เพื่อตรวจสอบภาวะความดันโลหิตสูงหรือภาวะความดันโลหิตต่ำ ซึ่งอาจเกิดขึ้นในระหว่างการถอนพิษ, ตรวจสอบอุณหภูมิร่างกาย เพื่อตรวจสอบภาวะไข้ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการติดเชื้อหรืออาการถอนพิษ

2. ให้ยาต้านชักหรือยาที่แพทย์สั่ง ได้แก่ Levetiracetam 500 mg 2tab oral 2 pc, Depakin chrono 500 mg 1 tab oral 2 pc เข้า-เย็น ตามคำสั่งแพทย์ เพื่อลดการเกิดชักและควบคุมอาการถอนพิษ ติดตามอาการข้างเคียงจากยา เช่น ความง่วงซึม, อาการงุนงง, หรืออาการอื่นๆ ที่อาจเกิดจากยา จัดการกับการใช้ยาให้เหมาะสมเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้ยาเกินขนาด

3. ติดตามการตรวจระดับ Valproic acid ในเลือดเพื่อประเมินประสิทธิภาพของยาในการควบคุมอาการชักและการตอบสนองต่อการรักษา

4. การจัดการภาวะน้ำและอิเล็กโทรไลต์ โดย

4.1 ให้สารน้ำทางหลอดเลือดหรือทางปาก (ตามที่แพทย์สั่ง) เพื่อรักษาสมดุลของน้ำในร่างกายและป้องกันการขาดน้ำ

4.2 ตรวจสอบระดับอิเล็กโทรไลต์และแก้ไขหากมีความผิดปกติ เช่น โซเดียม, โพแทสเซียม

4.3 ตรวจสอบสัญญาณของการขาดน้ำ เช่น ปากแห้ง, ผิวหนังแห้ง, หรือการลดลงของการปัสสาวะ

5. เฝ้าระวังการเกิดภาวะชักหรือการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติระหว่างการถอนพิษ โดยเตรียมอุปกรณ์ฉุกเฉิน (เช่น ออกซิเจน, เครื่องมือช่วยหายใจ, ยา) หากผู้ป่วยเกิดภาวะชักให้ความช่วยเหลือในการป้องกันการบาดเจ็บจากการชัก เช่น การป้องกันการตกจากเตียงหรือการกระแทกกับวัตถุแข็ง

6. เฝ้าระวังการชักจากสาเหตุอื่น โดย

6.1 ประเมินและติดตามอาการทางระบบประสาท

- ตรวจสอบประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale) อย่างสม่ำเสมอ

- สังเกตอาการผิดปกติของระบบประสาท เช่น อาการแขนขาอ่อนแรง ชา ชักกระตุก หรืออาการผิดปกติอื่นๆ

- ประเมินอาการทางจิตใจ เช่น ความสับสน หลงลืม เพื่อประเมินภาวะสมองบวมหรือการขาดออกซิเจน

6.2 ติดตามสัญญาณชีพและการทำงานของระบบร่างกาย

- วัดความดันโลหิต ชีพจร และอุณหภูมิร่างกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อตรวจหาภาวะติดเชื้อหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

- ตรวจสอบอัตราการหายใจและออกซิเจนในเลือด (SpO2) เพื่อประเมินการหายใจและออกซิเจนที่ไปเลี้ยงสมอง

ประเมินผลการพยาบาล

สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยได้รับการดูแลและรักษาตามแนวทางการรักษาภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ที่เหมาะสม และสามารถควบคุมการชักได้โดยการให้ยาในกลุ่ม benzodiazepines และการสนับสนุนทางสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ อาการชักลดลง ภายใน 48 ชั่วโมง ผู้ป่วยเริ่มตอบสนองได้ดีขึ้น หลังรับไว้ไม่เกิดภาวะชักซ้ำ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 :

เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม เนื่องจากมีอาการถอนพิษสุรารุนแรง ร่วมกับมีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน :

1. ผู้ป่วยมีอาการเกร็งเป็นพักๆ เหงื่อออกมากตามใบหน้า ฝ่ามือ

2. มีอาการมึนงง สับสนวันเวลา สถานที่และบุคคล พูดเพิ่มพาคณเดียว

3. คะแนนประเมินอาการถอนพิษสุรา CIWA-Ar=12

4. มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง อ่อนเพลีย มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ขาอ่อนแรงทรงตัวไม่ดีขึ้นช่วยเหลือตัวเองได้น้อย

5. จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแรกพบ Potassium ในเลือดต่ำ = 2.93 mEq/L (ค่าปกติ 3.5-5.5 mEq/L) Magnesium 1.32 (ค่าปกติ 1.6 - 2.6 mg/dL)

วัตถุประสงค์การพยาบาล :

1. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม

2. เกลือแร่ในร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. อาการสับสนของผู้ป่วยลดลงหรือเข้าสู่ภาวะปกติ

เกณฑ์การประเมินผล :

1. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม
2. เกลือแร่ในร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังนี้
Sodium 135-150 mEq/L Potassium 3.5-5.5 mEq/L
Chloride 95-110 mEq/L Magnesium 1.7-2.2 mEq/L

กิจกรรมการพยาบาล :

เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม

1. จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย ลดสิ่งกีดขวาง
แสงสว่างเพียงพอ ลดสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น
2. จัดเตียงผู้ป่วยอยู่ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล เพื่อ
การติดตามและเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด
3. ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ พยาบาลจะพิจารณา
ผูกยึดผู้ป่วยโดยใช้ผ้าผูกยึดที่นุ่ม เพื่อป้องกันการกระคาย
เคืองผิวหนังขณะผู้ป่วยเคลื่อนไหวและบอกผู้ป่วยให้
ทราบทุกครั้ง

4. ผูกยึดผู้ป่วยโดยจัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย
โดยจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงาย ผูกยึดข้อมือทั้ง สองข้าง
ข้อเท้าทั้งสองข้าง และยกหัวเตียงสูงเล็กน้อย เพื่อป้องกันการ
สำลักและเปลี่ยนท่าผู้ป่วยเพื่อให้มีการเคลื่อนไหว
ของข้อต่อ ทุก 2 ชั่วโมง คลายผ้าผูกยึดออกทุก 2 ชั่วโมง
เพื่อตรวจดูแลผิวหนังและข้อบริเวณนั้นให้มีการไหลเวียน
ของโลหิตและการเคลื่อนไหวของข้อได้อย่างปกติ

4. ยกไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้งหลังให้การพยาบาล
เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง

5. แจ้งให้ภรรยาผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลของการ
ผูกยึดและพูดคุยให้เกิดความเข้าใจการดำเนินของโรค

6. เมื่อผู้ป่วยอาการสงบลงพยาบาลจะคลาย
ผ้าผูกยึดให้เพื่อให้ผู้ป่วยได้ขยับตัวและเปลี่ยนท่า

7. เฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุอย่างต่อเนื่องจนกว่า
อาการจะทุเลาหรือเข้าสู่ภาวะปกติ

กิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ได้รับสารน้ำและ
เกลือแร่อย่างเพียงพอ

1. ดูแลให้ยารับประทานยา E.Kcl 30cc.(Potassium
chloride elixir), x 3 dose ตามแผนการรักษา
2. ดูแลให้ได้รับประทานผักและผลไม้ หรือดื่มน้ำ
ผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูง เช่น กล้วย ส้ม โดยประสานงาน
กับโภชนาการ จัดอาหารเฉพาะโรคให้กับผู้ป่วย

3. ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากกว่า 2,000 มิลลิลิตร/วัน
ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์
ดูแลให้เกลือแร่และยาตามแผนการรักษาของแพทย์

4. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออกในร่างกาย (I/O)
ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อติดตาม เฝ้าระวังการสูญเสียน้ำและ
เกลือแร่ในร่างกาย

5. เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตาม
แผนการรักษาเพื่อ ติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับ
เกลือแร่

6. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยพยาบาล
จะประเมินอาการก่อนและหลังการให้ยาทุกครั้ง เพื่อเฝ้า
ระวังอาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การหายใจถูกกดจากการ
ให้ยา Diazepam ชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำ โดยตรวจวัด
สัญญาณชีพ และติดตามประเมินอาการถอนพิษสุราอย่าง
ต่อเนื่องทุก 15-30 นาทีจนเข้าสู่ภาวะปกติ เพื่อติดตาม
การเปลี่ยนแปลงของอาการและให้ยารับประทานตาม
แผนการรักษา

การประเมินผล :

1. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุจากการหกล้มหรือ
ตกเตียง หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นขณะมีอาการ
ถอนพิษสุรารุนแรง

3. ผู้ป่วยไม่มีภาวะขาดสารน้ำ ปริมาณสารน้ำ
เข้า-ออกในร่างกาย (I/O) อยู่ในภาวะสมดุล ริมฝีปาก
ผู้ป่วยมีความชุ่มชื้น ปัสสาวะเป็นปกติ สีเหลืองใส ร่างกาย
มีภาวะสมดุลของเกลือแร่เพิ่มขึ้นอยู่ในเกณฑ์ปกติ

จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (วันที่ 27
มีนาคม 2567) พบว่า Potassium 3.6 (3.40 - 4.50
mmol/L) Magnesium 2.0 (1.6 - 2.6 mg/dL)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 :

มีภาวะแทรกซ้อนจากการทำงานของตับบกพร่อง
เนื่องจากดื่มสุราเป็นเวลานาน

ข้อมูลสนับสนุน :

1. ภรรยาบอก “ผู้ป่วยสุขภาพเสื่อมโทรมลงไป
มากจากการดื่มสุรา รู้สึกอ่อนเพลีย”
2. ผลตรวจเลือดการทำหน้าที่ของตับบกพร่อง
SGOT 176 (<40 U/L) SGPT 102 (<40U/L)

วัตถุประสงค์การพยาบาล :

ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการแทรกซ้อนจากภาวะ
ตับบกพร่อง

เกณฑ์การประเมินผล :

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.5–37.5 °C ความดันโลหิต 90/60–120/80 มิลลิเมตรปรอท (mmHg) อัตราการเต้นของหัวใจ 60–100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 12–20 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO₂) 95–100% (จากการวัดด้วยเครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว)
2. ผู้ป่วยอาการอ่อนเพลียลดลง
3. ผลตรวจเลือดการทำหน้าที่ของตับ (SGOT, SGPT) ลดลง

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินอาการคลื่นไส้ เบื่ออาหาร แน่นอึดอัดท้อง หรืออาการคันตามผิวหนัง
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนมากที่สุดโดยแยกให้อยู่ห้องที่สงบลดเสียงรบกวน เพื่อส่งเสริมการซ่อมแซมของตับที่ถูกทำลาย
3. ให้ความรู้เรื่องอาการแพ้ภรรยา โดยจัดอาหารที่มีไขมันต่ำและดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารอย่างครบถ้วน วันละ 3 มื้อ
4. แนะนำและช่วยดูแลความสะอาดของช่องปาก เพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร
5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างเพียงพอ มากกว่า 2,000 มิลลิตร/วัน เพื่อป้องกันผิวหนังแห้งจากการขาดน้ำ
6. ดูแลให้ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะให้เป็นปกติ
7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (SGOT และ SGPT)

8. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการดำเนินโรคพร้อมใช้ข้อมูลนี้สะท้อนกลับเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา

การประเมินผล :

1. อาการอ่อนเพลียของผู้ป่วยดีขึ้นหลังรับการรักษาได้ครบ 1 สัปดาห์
2. ผลตรวจเลือดการทำหน้าที่ของตับดีขึ้น : วันที่ 10 เมษายน 2567 SGOT= 102, SGPT= 89

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 :

เสี่ยงต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำเนื่องจากขาดความรู้และทักษะการจัดการความอยากสุราที่มีประสิทธิภาพ

ร่วมกับมีทัศนคติด้านบวกต่อการดื่มสุรา และแบบแผนการจัดการปัญหาและการเผชิญ ความเครียดไม่เหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน :

1. ผู้ป่วยบอกว่าไม่เคยออกกำลังกาย อายุมากขึ้นยังคงต้องเข้าเวรกลางคืน (ในเรือนจำ) รู้สึกเครียด
2. ผู้ป่วยบอกว่าหลังเลิกงาน ไม่ว่าจะเข้าเวรหรือเวรกลางคืน รู้สึกอยากดื่มเหล้าขึ้นมาทันทีแบบอัตโนมัติ ต้องทำทุกทางที่จะดื่มให้ได้
3. ผู้ป่วยบอกว่า “การดื่มเหล้าไม่เสียหายอะไร ช่วยให้หลับสบาย คลายเครียด
4. ผู้ป่วยมีความเชื่อว่า “ดื่มเหล้าแล้วทำให้อยากอาหารได้ดีขึ้น”
5. ภรรยาผู้ป่วยบอกว่า “เมื่อทะเลาะกับภรรยา ผู้ป่วยมักดื่มสุราน้ำหนักกว่าเดิม ช่วงหลังภรรยาปล่อยให้ดื่มโดยไม่พูดอะไร แต่ถ้านึกหรือชัก จังหวะพามาโรงพยาบาล”
6. บุตรชายไม่สนใจผู้ป่วยเพราะเบื่อกับที่จะพูด
7. ภรรยาผู้ป่วยบอกว่า “ผู้ป่วยใช้การดื่มสุราทุกครั้งเมื่อมีปัญหา/ภาวะเครียดเกิดขึ้น”

วัตถุประสงค์การพยาบาล :

1. ผู้ป่วยรู้วิธีและมีทักษะการจัดการความอยากดื่มสุราที่มีประสิทธิภาพและมีแนวทางปฏิบัติตนในการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
2. ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโทษและพิษภัยของสุรา และมีทัศนคติที่ดีต่อการงดดื่มสุรา
3. ผู้ป่วยมีแนวทางการจัดการปัญหาและการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม
4. ผู้ป่วยไม่กลับไปเสพซ้ำภายใน 3 เดือน หลังการจำหน่ายจากการรักษา (3-month remission)

เกณฑ์การประเมินผล :

1. ผู้ป่วยบอกขั้นตอนวิธีการจัดการความอยากสุรา โดยใช้แนวคิด “สติบำบัด” ได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยสามารถบอกโทษพิษภัยของแอลกอฮอล์ได้ถูกต้อง
3. ผู้ป่วยบอกขั้นตอนวิธีการจัดการปัญหาและการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ได้ถูกต้อง
4. ผู้ป่วยบอกแนวทางการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล :

ฝึกการจัดการความอยากสุรา โดยใช้แนวคิด “สติบำบัด”

1. ประเมินโดยการพูดคุย ซักถามและสร้างสัมพันธภาพ

2. แนะนำฝึกทักษะการจัดการความอยากสุราที่มีประสิทธิภาพโดยใช้แนวคิด “สติบำบัด” (ซึ่งเป็นโปรแกรมเฉพาะผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีกระบวนการเป็นขั้นเป็นตอน โดยหลักการของสติบำบัดในการเลิกสุราสามารถใช้ได้⁽⁹⁾ ประกอบด้วย การตระหนักรู้ในปัจจุบัน การฝึกสมาธิ การรับรู้และการยอมรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการจัดกิจกรรมร่วมภรรยา และบุตรชาย ชี้ให้เห็นว่า “การเลิกสุราไม่ใช่เรื่องง่าย การตระหนักรู้ในปัจจุบันช่วยให้เราเข้าใจความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น โดยการรับรู้ความรู้สึกอยากดื่ม โดยไม่ต้องทำตามความรู้สึกนั้น เพียงแค่สังเกตและยอมรับความรู้สึกเหล่านั้นโดยไม่ตัดสินหรือหลีกเลี่ยงมัน”

3. แนะนำการฝึกสมาธิ (Meditation) เพื่อช่วยให้จิตใจสงบและมีสมาธิ การฝึกสมาธิสามารถช่วยให้เราเรียนรู้ที่จะควบคุมความคิดและอารมณ์ของตนเอง ลดความเครียด และช่วยให้เรามีความตระหนักรู้ถึงความต้องการดื่มสุราได้ในขณะนั้น

4. การรับรู้และการยอมรับ : ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกอยากดื่มว่าเป็นเพียงแค่ความรู้สึกหนึ่ง ไม่จำเป็นต้องทำตามมัน การรับรู้และยอมรับความรู้สึกโดยไม่พยายามหลีกเลี่ยงหรือแก้ไขจะช่วยให้เราสามารถจัดการกับอารมณ์ได้ดีขึ้น”

5. ติดตามผลการปฏิบัติและให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และการมาตรวจตามนัดติดตามจำนวน 5 ครั้ง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

การประเมินผล :

1. ผู้ป่วยเข้าใจและตอบคำถามเกี่ยวกับขั้นตอนการจัดการความอยากสุรา โดยใช้แนวคิด “สติบำบัด” ได้ถูกต้อง

2. ผู้ป่วยและครอบครัววางแผนหลังการจำหน่ายจะพากันไปปฏิบัติธรรมและฝึกสมาธิที่วัดบึงสีไฟ ทุกวันอาทิตย์ (เวลา 09.00 - 12.00 น.) โดยจะมีบุตร/ภรรยาไปด้วยทุกครั้งเพื่อดูแลใกล้ชิด(เฝ้าระวังการเกิดภาวะชกจากการหยุดแอลกอฮอล์) หากอาการปกติวางแผนเพิ่มเวลาเป็น 09.0 - 16.00 น.

3. หลังการให้คำปรึกษาและติดตามผลการดูแลต่อเนื่องและให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ มีผลการติดตาม ดังนี้

การติดตามดูแลต่อเนื่อง ครั้งที่ 1 (หลังการจำหน่าย 1 สัปดาห์) พบว่า ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่องทุกวัน และยังมีความคิดอยากดื่มสุราเป็นบางวันโดยเฉพาะช่วงเย็น ผู้ป่วยจัดการ โดยรับประทานอาหารเย็นให้อิ่มเต็มที่ และจิบน้ำหวานแทน ทำให้ลดความอยากดื่มสุราได้ ภรรยาดูแลใกล้ชิดมิปล่อยให้ย่ำตามลำพังหลังเลิกงาน และชวนผู้ป่วยเดินออกกำลังกายรอบหมู่บ้าน

การติดตามดูแลต่อเนื่อง ครั้งที่ 2 (หลังการจำหน่าย 2 สัปดาห์) ข้อมูล จากภรรยาแจ้งว่า มีพยาบาลจากคลินิกหมอครอบครัวศรีมาลา มาติดตามเยี่ยมที่บ้าน โดยมาสอบถามให้กำลังใจ ให้ความรู้การจัดการความอยากดื่มสุรา และวัดความดันโลหิตให้พบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยยังคงไม่ดื่มสุราซ้ำแต่ยังมีความรู้สึกอยากดื่มสุราเป็นบางครั้ง แต่ยังควบคุมตนเองได้

การติดตามดูแลต่อเนื่อง ครั้งที่ 3 นัดติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก (หลังการจำหน่าย 2 สัปดาห์) ผู้ป่วยเดินมาพร้อมภรรยา สีน้าสดชื่นแต่งกายดูสะอาดเรียบร้อย พูดคุยถามตอบรู้เรื่องดี มีอาการปลายมือสั่นเล็กน้อย ผู้ป่วย บอกว่ารับประทานยาได้ดีขึ้น นอนหลับสนิท ไม่มีความคิดหาวิธีระแวง หรือวิตกกังวล ยังมีความรู้สึก อยากสุราเป็นครั้งคราวแต่สามารถควบคุมตัวเองได้ดีขึ้นความรู้สึกก็ลดลง ปัจจุบันยังไม่กลับไปดื่มซ้ำวางแผน จะพักผ่อนอยู่ที่บ้าน 2 สัปดาห์เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงจึงจะไปทำงานในเรือนจำตามเดิม ส่วนสัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น ภรรยาและลูกเอาใจใส่ดูแล และไม่มีปัญหาทะเลาะวิวาทภายในครอบครัว

การติดตามดูแลต่อเนื่อง ครั้งที่ 4 (หลังการจำหน่าย 6 สัปดาห์) ผู้ป่วยมี สภาพร่างกายแข็งแรงขึ้นสามารถไปทำงานที่เรือนจำได้ยังไม่ดื่มสุรา สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น ไม่มีปัญหาทะเลาะวิวาทภายในครอบครัว และเดินออกกำลังกายช่วงเย็นกับภรรยาทุกวัน ทางเรือนจำสนับสนุนให้เลิกดื่มสุรา และจัดให้ขึ้นทำงานในช่วงเวรเช้า งดเวรกลางคืน ผู้ร่วมงานให้ความร่วมมือและส่งเสริมให้เลิกสุรา โดยมีรุ่นน้องอาสาเข้าเวรกลางคืนแทน

การติดตามดูแลต่อเนื่อง ครั้งที่ 5 เป็นการนัดติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก รพ.พิจิตร (หลังการจำหน่าย 12 สัปดาห์) ผู้ป่วยเดิมมาคนเดียว สีหน้าสดชื่น แต่งกายดูสะอาดเรียบร้อย พูดคุยถามตอบรู้เรื่องดี มือไม่สั่น ผู้ป่วยบอกว่ารับประทาน อาหารได้ดี นอนหลับสนิท ไม่มีความคิดหาตัวกระแจะ หรือวิตกกังวล ยังมีความรู้สึกอยากสุราเป็นครั้งคราวแต่ สามารถควบคุมตัวเองได้ ปัจจุบันยังไม่กลับไปดื่มซ้ำ ร่างกายแข็งแรงดี สามารถไปทำงานได้ตามเดิม และไม่มีอาการชักเกร็ง ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น ไม่มีปัญหาทะเลาะวิวาทภายในครอบครัว

อภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยชายอายุ 54 ปีที่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ต่อเนื่องนานกว่า 20 ปี ซึ่งเมื่อหยุดดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 3 วันที่ผ่านมา ทำให้เกิดอาการถอนพิษแอลกอฮอล์อย่างรุนแรงและมีภาวะชักซ้ำ รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการใช้แอลกอฮอล์อย่างยาวนาน เช่น ภาวะตับเสื่อมและโรคหลอดเลือดสมองเก่า ข้อวินิจฉัยและการพยาบาลที่ได้รับ คือ 1) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชักซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ต่อเนื่องและมีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ ซึ่งสามารถกระตุ้นให้เกิดภาวะชักได้ การรักษาที่ได้รับคือการให้ยา Valium (Diazepam) เพื่อควบคุมการชัก และยา Levetiracetam และ Depakin ซึ่งเป็นยาต้านการชัก เพื่อควบคุมอาการชักของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การเฝ้าระวังภาวะชักและการติดตามระดับยาในเลือด เช่น Valproic acid ถือเป็นวิธีการที่สำคัญในการประเมินและปรับการรักษาอย่างเหมาะสม ผลการประเมินพบว่า หลัง 48 ชั่วโมงมีอาการชักเกร็ง ซึ่งบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพของการรักษาในการควบคุมภาวะชักได้อย่างดี 2.) เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มเนื่องจากอาการถอนพิษสุราที่อาจทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงและสับสน การจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลที่ปลอดภัย เช่น การจัดเตียงให้ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาลและผูกยึดผู้ป่วยเพื่อป้องกันการตกเตียง รวมถึงการจัดการสารน้ำและเกลือแร่เพื่อปรับสมดุลในร่างกายได้ผลดี เนื่องจากไม่มีการตกเตียงหรืออุบัติเหตุเกิดขึ้น และระดับเกลือแร่ในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ การดูแลในส่วนนี้ช่วยลดความเสี่ยง

จากการบาดเจ็บได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3.) ภาวะแทรกซ้อนจากการทำงานของตับบกพร่องจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบค่า SGOT และ SGPT สูงกว่าค่าปกติ ซึ่งบ่งชี้ถึงการทำงานของตับที่ผิดปกติ อาจสัมพันธ์กับภาวะตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ (alcoholic hepatitis) อันเป็นผลมาจากการดื่มสุราเรื้อรัง การดูแลในด้านนี้รวมถึงการส่งเสริมการพักผ่อนอย่างเพียงพอ และให้ความรู้แก่ภรรยาของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรม รับประทานอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคตับ เช่น ลดอาหารที่มีไขมันสูง เพิ่มการดื่มน้ำสะอาด และหลีกเลี่ยงสารที่มีพิษต่อตับ เพื่อส่งเสริมกระบวนการฟื้นฟูและซ่อมแซมตับจากการประเมินภายหลังการดูแล พบว่าอาการอ่อนเพลียของผู้ป่วยลดลงภายใน 1 สัปดาห์และค่า SGOT และ SGPT ได้ลดลงตามลำดับหลังจากการตรวจภายใน 2 สัปดาห์ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการตอบสนองต่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ 4.) เสี่ยงต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำ เนื่องจากความเครียดจากการทำงานและการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อรับมือกับปัญหาครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะกลับไปดื่มสุราซ้ำ การพยาบาลที่ได้รับรวมถึงการใช้แนวคิด สติบำบัด เพื่อฝึกทักษะการจัดการกับความอยากดื่มสุรา การแนะนำให้ฝึกสมาธิเพื่อช่วยลดความเครียด และการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของการดื่มสุรา ผลการประเมินพบว่าผู้ป่วยสามารถอธิบายการจัดการกับความอยากดื่มสุราที่มีประสิทธิภาพและสามารถวางแผนชีวิตหลังการจำหน่ายได้ โดยรวมกับการฝึกสมาธิร่วมกับครอบครัวเพื่อสร้างการสนับสนุนและความเข้มแข็งในกระบวนการบำบัด การดูแลผู้ป่วยในกรณีนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการวินิจฉัยและการรักษาอย่างครบถ้วน ซึ่งรวมถึงการควบคุมอาการชัก, การจัดการภาวะสารน้ำและเกลือแร่, การดูแลภาวะตับบกพร่อง และการช่วยเหลือในการจัดการกับความเสี่ยงที่จะกลับไปดื่มสุราซ้ำ การใช้ยาที่เหมาะสม เช่น Diazepam, Levetiracetam, Depakin, และการส่งเสริมสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีและสามารถควบคุมอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ด้านการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังการจำหน่าย กรณีศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงผลการติดตามดูแลต่อเนื่องและการให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ที่มีผลติดตามจากการเยี่ยมเยียนและการประเมินผลที่ดีขึ้น

อย่างชัดเจนในทุกขั้นตอน การติดตามผลเหล่านี้เป็นการสนับสนุนกระบวนการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยหลังการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีการจัดการที่ครอบคลุมทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อมทางสังคมส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมการอยากดื่มสุราได้ดีขึ้น และสามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติได้ ทั้งในด้านการทำงาน และในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัวดีขึ้น และไม่มีปัญหาทะเลาะวิวาท นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของครอบครัวและการให้กำลังใจจากสภาพแวดล้อมทางสังคม รวมถึงการควบคุมความอยากดื่มสุราผ่านวิธีการต่างๆ เช่น การออกกำลังกายร่วมกัน การจัดการความเครียด และการฝึกฝนทักษะการปฏิเสธการดื่มสุรามีส่วนสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

ผู้ป่วยชายอายุ 54 ปี ที่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ต่อเนื่องนานกว่า 20 ปีและมีการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 3 วันก่อนเข้ารับการรักษา โดยมีประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคลมชัก รวมถึงการใช้ยา Kreppa และ Depakin อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบประวัติการสูบบุหรี่และการใช้สมุนไพรเห็ดหลินจือและฟ้าทะลายโจร ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้เนื่องจากมีอาการชักเกร็ง 20 นาที ก่อนมาถึงโรงพยาบาล โดยในระหว่างการเข้ารับการรักษาผู้ป่วยยังคงแสดงอาการที่สอดคล้องกับภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ โดยที่ค่า CIWA-Ar ได้รับการประเมินอยู่ที่ระดับ 12 ซึ่งบ่งชี้ถึงภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ในระดับปานกลาง ผลการตรวจเพิ่มเติมและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผล CT Brain พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงในสมอง แต่พบ encephalomalacia ในลำดับสมองซีกซ้ายและสมองฝ่อ ซึ่งเป็นผลจากโรคหลอดเลือดสมองในอดีตค่า Electrolyte พบภาวะ Potassium ต่ำ ซึ่งมีการให้ Potassium chloride เพื่อปรับสมดุล ค่า SGOT และ SGPT สูงกว่าค่าปกติ ซึ่งอาจสะท้อนถึงภาวะตับเสื่อมจากการดื่มแอลกอฮอล์หรือโรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของตับ การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับประกอบด้วย Valium (Diazepam) สำหรับการควบคุมการชักและภาวะวิตกกังวล, Levetiracetam และ Depakin สำหรับการควบคุม

การเกิดอาการชัก และ Vitamin B Complex เพื่อป้องกันการขาดวิตามินบี 1 ซึ่งมักเกิดในผู้ป่วยที่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก การติดตามค่า Depakin level เพื่อประเมินระดับยาลมชักในเลือด

พบข้อวินิจฉัยการพยาบาล 4 ข้อ ได้แก่ 1.) เสี่ยงต่อภาวะชักซ้ำ 2.) เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม 3.) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำงานของตับบกพร่อง และ 4.) เสี่ยงต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำ

ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและเกลือแร่ในปริมาณที่เหมาะสม เฝ้าระวังภาวะผิดปกติจากการถอนพิษสุรา ดูแลภาวะแทรกซ้อนจากการทำงานของตับบกพร่อง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสมและการดูแลช่องปากเพื่อกระตุ้นความอยากอาหารเป็นการดูแลที่ดี ติดตามการทำงานของตับและการให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดื่มสุราและผลกระทบต่อสุขภาพที่เป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ โดยการฝึกทักษะการจัดการความอยากดื่มสุราโดยใช้แนวคิด “สติบำบัด” เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง การสร้างความตระหนักรู้ในปัจจุบันและการฝึกสมาธิสามารถช่วยลดความเครียดและเสริมสร้างทักษะในการจัดการความอยากสุราการดูแลฟื้นฟูสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยหลังจากที่มีการใช้แอลกอฮอล์ในระยะยาว กรณีศึกษาที่ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องจำนวน 12 สัปดาห์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์และการมาตรวจตามนัด มีผลการติดตาม ดังนี้

ครั้งที่ 1 (หลังการจำหน่าย 1 สัปดาห์) ผู้ป่วยยังคงมีความคิดอยากดื่มสุราในบางครั้ง โดยเฉพาะในช่วงเย็น แต่การจัดการโดยการรับประทานอาหารให้เต็มที่และจิบน้ำหวานแทนการดื่มสุราได้ช่วยลดความอยากดื่มได้ดี ซึ่งเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมอารมณ์และความอยากดื่มในช่วงที่มีความเสี่ยงสูง โดยที่ภรรยาได้มีบทบาทสำคัญในการดูแลใกล้ชิดและไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังหลังเลิกงาน การชวนผู้ป่วยออกกำลังกายร่วมกันเป็นการเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพทั้งกายและจิตใจ

ครั้งที่ 2 (หลังการจำหน่าย 2 สัปดาห์) ผู้ป่วยยังคงสามารถควบคุมความอยากดื่มได้แม้จะมีความรู้สึกอยากดื่มในบางครั้ง การได้รับการสนับสนุนจากภรรยาและการเยี่ยมเยียนจากพยาบาลที่คลินิกช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึก

มีกำลังใจและได้รับความรู้ในการจัดการกับความอยากดื่มสุรา ในส่วนของการวัดความดันโลหิตที่พบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติถือเป็นสัญญาณที่ดีของสุขภาพโดยรวม

ครั้งที่ 3 (หลังการจำหน่าย 2 สัปดาห์) เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอก พบว่าอาการทางกายภาพของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมาก เช่น การรับประทานอาหารได้ดีขึ้น นอนหลับสนิท และไม่มีอาการวิตกกังวลหรือหวาดระแวง ส่วนการควบคุมความอยากดื่มสุราก็ยังคงสามารถทำได้ดีขึ้นและลดความรู้สึกลอยๆอยากดื่มลงได้มาก นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังมีแผนพักฟื้นที่บ้านเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงก่อนกลับไปทำงาน ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีในการฟื้นฟูสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ

ครั้งที่ 4 (หลังการจำหน่าย 6 สัปดาห์) ผู้ป่วยมีการปรับตัวได้ดีขึ้นอย่างชัดเจน เช่น การสามารถกลับไปทำงานที่เรื้อรังได้โดยไม่ดื่มสุรา และการเดินออกกำลังกายร่วมกับภรรยาทุกวัน ส่วนสัมพันธภาพในครอบครัวก็ดีขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการฟื้นฟูในด้านจิตใจและสภาพแวดล้อมทางสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานในช่วงเช้าและการให้กำลังใจจากเพื่อนร่วมงานยังช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการรักษาตัวเองและเลิกดื่มสุราได้

ครั้งที่ 5 (หลังการจำหน่าย 12 สัปดาห์) จากการติดตามพบว่า ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายแข็งแรงและสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ ไม่มีการกลับไปดื่มสุรา และไม่มีอาการชักเกร็งอีก การพูดคุยกับผู้ป่วยแสดงให้เห็นถึงความสุขและความพึงพอใจในชีวิตที่ดีขึ้น รวมถึงสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีขึ้นด้วย ผู้ป่วยยังสามารถควบคุมความอยากดื่มสุราได้แม้จะมีความรู้สึกลอยๆอยากดื่มในบางครั้ง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการใช้ทักษะการจัดการความเครียดและความอยากดื่มสุราที่ได้รับจากคำปรึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. GBD. Alcohol collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet 2018; 392(10152): 1015-1035. 2016.
2. Hoffman RS, Weinhouse G. Management of moderate and severe alcohol withdrawal syndromes [Internet]. 2024 [cited 2024 Feb 27]. Available from: <http://www.Uptodate.Com/contents/mangrment-of-moderate-and-severe-alcohol-withdrawal-syndromes>; 2019.
3. Sutton J, Lynsey, Jutel. Alcohol withdrawal syndrome in critically patients: Identification, assessment and management. Critical Care Nurse ; 36(1): 28-38.2016.
4. Yutawisuttham S, Boontham A, Sangsangtham M, Anan K, Buaeng T, Chaplap S. Adaptation of drinking behavior in the community. Journal of Phrapokklao College of Nursing Chanthaburi ; 27(2): 160-168.2016.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.2016.
6. Mayo Clinic. Alcohol withdrawal seizures. Retrieved from <https://www.mayoclinic.org>.2020.
7. Kohn, G. W., & Rainer, R. A. The management of alcohol withdrawal syndrome and prevention of alcohol withdrawal seizures. Clinical Reviews in Allergy & Immunology, 53(2), 149-157.2017.
8. Sullivan, J.T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, C.A., & Sellers, E.M. (1989). Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). The British Journal of Addiction, 84(11), 1353-1357.
9. Bowen, S., et al. "Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot effectiveness study." Substance Abuse, 35(4), 266-272.2014.

รายงานผู้ป่วย

Patient Report

การพยาบาลผู้ป่วยต้อหินที่ได้รับการผ่าตัด

Trabeculectomy with Mitomycin-C : รายงานผู้ป่วย

Nursing care for glaucoma patients who have undergone Trabeculectomy with Mitomycin-C surgery : Case report

กนกวรรณ สุขมาก พย.บ.

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพิจิตร

บทคัดย่อ

โรคต้อหินปัจจุบันพบได้บ่อยมากขึ้น เป็นโรคที่มีการรักษาที่ซับซ้อน และควบคุมความดันลูกตาได้ยาก รวมถึงผลการรักษาภายหลังการผ่าตัดซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยโรคต้อหินที่ได้รับการผ่าตัด Trabeculectomy with Mitomycin-C คัดเลือกผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในการพยาบาลจำนวน 1 ราย และเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลพิจิตร ในเดือนมกราคม 2568 โดยศึกษาข้อมูลและการวิเคราะห์ ปัญหาของผู้ป่วย และวางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการทางการพยาบาล

รายงานผู้ป่วย : ผู้ป่วยชายไทยวัย 51 ปี เป็นต้อหิน POAG BE มาตั้งแต่ปี 2562 รักษาด้วยการหยอดยา Xalatan eye drop (2 ตา x hs), COSOPT eye drop (2 ตา x 2 เข้า-เย็น), Alphagan eye drop (2 ตา x 2 เข้า-เย็น) มาตลอด จนกระทั่งปี 2565 ขาดยาเพราะติดโควิดและซื้อยาหยอดตาเอง (เป็นพวกยาสเตียรอยด์) และปี 2567 สังเกตว่าตาทั้งสองข้างพร่ามัวลง มองเห็นไม่ชัด จึงมาพบแพทย์ วัดค่าสายตาได้ 1 ฟุตทั้งสองข้าง และความดันลูกตาสูงมากตาขวา 27.5 มิลลิเมตรปรอท ตาซ้าย 39.2 มิลลิเมตรปรอท แพทย์เพิ่มยาเกิน Diamox $\frac{1}{2}$ x 2 pc (เข้า-เย็น) และใช้ยาหยอดตาเดิมทั้ง 3 ตัว แพทย์วินิจฉัยเป็น POAG BE นัดตรวจเป็นระยะ ยังพบว่าความดันลูกตายังสูงกว่าค่าปกติ เท่ากับ 21 มิลลิเมตรปรอท, 1 เดือนก่อนมานอนโรงพยาบาลส่งพบจักษุแพทย์เฉพาะทางต้อหิน แพทย์วินิจฉัยเป็น POAG BE และนัดทำผ่าตัด Trabeculectomy with Mitomycin-C Left Eye และให้ยาหยอดตา Xalatan eye drop (2 ตา x hs), Alphagan eye drop (2 ตา x 3 เข้า-กลางวัน-เย็น), AZARGA eye drop (2 ตา x 2 เข้า-เย็น) และยาเกิน Diamox $\frac{1}{2}$ x 2 pc (เข้า-เย็น)

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Trabeculectomy with Mitomycin-C วันที่ 19 มกราคม 2568 เวลา 10.21 น. ด้วยการฉีดยาชา ขณะผ่าตัดผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี ผ่าตัดเวลาเสร็จเวลา 11.00 น. รวมระยะเวลาการผ่าตัดเท่ากับ 39 นาที การพยาบาลก่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด ได้รับการป้ายตาด้วย Maxital eye ointment และหยอดตาด้วย Moxifloxacin eye drop ย้ายออกจากห้องผ่าตัดเวลา 11.09 น. หลังการผ่าตัดไม่ปวดตา ไม่มีเลือดซึมผ้าปิดตาซ้าย หลังผ่าตัดวันที่ 1 และ 2 เปิดตาหยอดยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ตรวจวัดความดันลูกตาลดลง ตาขวา 17 มิลลิเมตรปรอท ตาซ้าย 22.1 มิลลิเมตรปรอท แนะนำสอนผู้ป่วยและญาติหยอดตาและป้ายยาตา แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการอนุญาตให้กลับบ้านได้ วันที่ 21 มกราคม 2568 รวมนอนโรงพยาบาล 3 วัน

คำสำคัญ : การผ่าตัด Trabeculectomy with Mitomycin-C, ผู้ป่วยต้อหิน, การพยาบาล

Abstract

Glaucoma is becoming increasingly common nowadays. It is a disease with complex treatment and difficult intraocular pressure control, including postoperative outcomes that

often carry a high risk of complications. This study aims to explore the nursing process and care provided to a glaucoma patient who underwent Trabeculectomy with Mitomycin-C. One patient with complex nursing care needs was selected and received services at Phichit Hospital in January 2025. The study involved data collection, problem analysis, and the development of a nursing care plan in accordance with the nursing process.

The patient : is a 51-year-old Thai male diagnosed with Primary Open-Angle Glaucoma (POAG) in both eyes (BE) since 2019. He had been treated consistently with Xalatan eye drops (both eyes, once nightly), COSOPT eye drops (both eyes, twice daily - morning and evening), and Alphagan eye drops (both eyes, twice daily - morning and evening). However, in 2022, the patient discontinued his medication due to a COVID-19 infection and began self-medicating with over-the-counter steroid eye drops. In 2024, he began to notice blurred vision and decreased visual acuity in both eyes, prompting a visit to the ophthalmologist. His visual acuity was measured at one foot in both eyes, with intraocular pressure (IOP) measured at 27.5 mmHg in the right eye and 39.2 mmHg in the left eye. The physician added oral Diamox (acetazolamide) ½ tablet twice daily after meals, while maintaining the original three types of eye drops. The diagnosis was confirmed as POAG BE (Advanced Glaucoma) Despite regular follow-ups, the IOP remained elevated at 21 mmHg, One month prior to hospital admission, the patient was referred to a glaucoma specialist, who confirmed the diagnosis of POAG BE and scheduled a Trabeculectomy with Mitomycin-C for the left eye. Preoperative treatment included Xalatan eye drops (both eyes, once nightly), Alphagan eye drops (both eyes, three times daily - morning, noon, and evening), AZARGA eye drops (both eyes, twice daily - morning and evening), and oral Diamox ½ tablet twice daily after meals.

Results : The patient underwent Trabeculectomy with Mitomycin-C on January 19, 2025, at 10:21 AM under local anesthesia. During the surgery, the patient cooperated well, and the procedure was completed by 11:00 AM, lasting a total of 39 minutes. After the surgery, the patient was transferred from the operating room at 11:09 AM and was treated with Maxital eye ointment and Moxifloxacin eye drops. Postoperative recovery was uneventful, with no eye pain or bleeding observed. On postoperative days 1 and 2, the patient's intraocular pressure decreased, with the right eye at 17 mmHg and the left eye at 22.1 mmHg. The doctor provided instructions to the patient and family members on how to apply eye drops and ointment. The doctor reviewed the patient's condition and allowed him to return home on January 21, 2025, after a 3-day hospital stay.

Keywords : Trabeculectomy with Mitomycin-C, Glaucoma patients, Nursing care

บทนำ

โรคต้อหินเป็นกลุ่มโรคที่มีการเสื่อมของข้อประสาทตา ส่งผลให้เกิดการสูญเสียการมองเห็นและเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะตาบอดที่เกิดขึ้นทั่วโลก ซึ่งการเพิ่มความดันของลูกตาเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้การดำเนินโรคเลวลง โรคต้อหินจึงเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขไทยและทั่วโลก จัดเป็นภัยเงียบคุกคาม

ต่อการมองเห็น เนื่องจากเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดตาบอดถาวร (Irreversible blindness)⁽¹⁾

ซึ่งจากสถิติพบเป็นอันดับสองรองจากต้อกระจก⁽²⁾ แบ่งเป็นต้อหินชนิดมุมเปิดและต้อหินชนิดมุมปิด (Open angle and angle closure glaucoma) และต้อหิน

ที่มีสาเหตุแทรกซ้อนจากโรคอื่นคือต้อหินทุติยภูมิ (secondary glaucoma) เช่น ต้อหินที่เกิดตามหลังภาวะเบาหวานขึ้นจอตาหรือเส้นเลือดจอตาอุดตัน (neovascular glaucoma) เกิดจากภาวะม่านตาอักเสบ (uveitis glaucoma) เกิดตามหลังการผ่าตัดจอตาที่ใส่แก้วหรือน้ำมันซิลิโคน เกิดตามหลังการเปลี่ยนกระจกตา (penetrating keratoplasty)⁽³⁾ หรือสาเหตุอื่นๆ แนวทางในการรักษา ขึ้นอยู่กับชนิดของต้อหินและระยะของโรค ประกอบด้วยการใช้ยาลดความดันลูกตา การยิงเลเซอร์ การผ่าตัดลดความดันลูกตา (Glaucoma Filtering Surgery; Trabeculectomy) เป็นต้น

การผ่าตัดรักษาต้อหิน (Trabeculectomy) เป็นวิธีการที่ใช้ในการสร้างช่องทางระบายของเหลวในช่องหน้าม่านตาเพื่อป้องกันความดันในตาที่สูง ซึ่งอาจทำให้เกิดความเสียหายต่อเส้นประสาทตาและการมองเห็น ในกรณีที่การรักษาด้วยยาหรือการรักษาอื่นๆ ไม่สามารถควบคุมความดันในตาได้อย่างเพียงพอ การทำ trabeculectomy มีอัตราความสำเร็จประมาณร้อยละ 66-90 ในการรักษาต้อหินโดยทั่วไป แต่ในกรณีที่เป็ refractory glaucoma (ต้อหินที่ดื้อยาหรือดื้อการรักษา) อัตราความสำเร็จจะลดลง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น การที่ผู้ป่วยมีอายุน้อย, ต้อหินจากโรคอักเสบในดวงตา (uveitic glaucoma), ต้อหินจากการใช้ สเตียรอยด์ (steroid induced glaucoma) และต้อหินจากการมีเส้นเลือดใหม่ในดวงตา (neovascular glaucoma) นอกจากนี้การใช้ mitomycin C ในการผ่าตัด trabeculectomy ได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีที่สามารถเพิ่มความสำเร็จในการรักษาต้อหิน โดยเฉพาะในกรณีที่เป็ refractory glaucoma โดยมีอัตราความสำเร็จอยู่ที่ร้อยละ 51-71.437 ซึ่งสามารถช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มโอกาสในการควบคุมความดันในตา ในปัจจุบัน การใช้ mitomycin C ไม่เพียงแต่มีการใช้ในกรณีที่ refractory glaucoma เท่านั้น แต่ยังมีการใช้ในต้อหินปฐมภูมิ (primary glaucoma) ด้วยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและควบคุมความดันในตาอย่างมีประสิทธิภาพ การใช้ mitomycin C เป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพในการรักษาต้อหินและยังคงเป็นส่วนสำคัญของการรักษาต้อหินในปัจจุบัน⁽³⁾ จากสถิติผู้ป่วยโรคต้อหินที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพิจิตรมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี

ปี 2565-2567 จำนวน 3,098, 3,136 และ 3,347 ราย⁽⁴⁾ ตามลำดับ โรงพยาบาลพิจิตรมีจักษุแพทย์เฉพาะทางต้อหิน ในปลายปีงบประมาณ 2567 สามารถทำการรักษาโรคต้อหินด้วยการผ่าตัด Trabeculectomy with Mitomycin-C เพื่อรักษาระดับความดันลูกตาและป้องกันการสูญเสียการมองเห็นของผู้ป่วย ซึ่งทำในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันลูกตาด้วยวิธีการใช้ยาหรือการยิงแสงเลเซอร์ ในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันลูกตาด้วยยา หรือการยิงเลเซอร์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แพทย์จะพิจารณาการผ่าตัด Trabeculectomy ร่วมกับการใช้ Mitomycin-C เพื่อป้องกันการสูญเสียการมองเห็นและรักษาระดับความดันลูกตาให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม Mitomycin-C (MMC) เป็นยาในกลุ่ม antimetabolite ซึ่งมีฤทธิ์ยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์ โดยเฉพาะเซลล์ไฟโบรบลาสต์ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพังผืดหลังผ่าตัด ซึ่งพังผืดเหล่านี้เป็นสาเหตุสำคัญของความล้มเหลวในการผ่าตัด ดังนั้นการใช้ Mitomycin-C (MMC) จึงช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการผ่าตัดและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน โดยทั่วไป Mitomycin-C (MMC) จะถูกใช้ในความเข้มข้นระหว่าง 0.2-0.4 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร (หรือ 0.02-0.04%) โดยนำแผ่นสำลีชุบยาไปวางไว้ใต้เยื่อบุตา (conjunctiva) บริเวณที่ต้องการเป็นระยะเวลา 2-3 นาที แล้วจึงล้างออกด้วยน้ำเกลือปราศจากเชื้อ⁽⁵⁾

การผ่าตัด Trabeculectomy with Mitomycin-C วิธีนี้เป็นที่นิยมในปัจจุบันข้อดีของวิธีนี้ คือ มี Scleral flap อยู่ทางด้านนอกของ Fistula ป้องกันไม่ให้ Aqueous humor ไหลออกมากเกินไป ช่วยให้ความแข็งแรงกับ Sclera บริเวณนั้นและลดการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัดการผ่าตัด Filtering operation ในผู้ป่วยบางรายอาจได้ผลไม่ดีนักเนื่องจากการอุดตันบริเวณแผลผ่าตัดจาก Fibrosis ของเนื้อเยื่อ Episcleral จึงมีการใช้ยาในกลุ่มต้าน Metabolite ช่วยลดการเกิด Fibrosis ตามธรรมชาติ ยาที่ใช้ เช่น Mitomycin-C และ 5-Fluorouracil ซึ่งเป็นยาที่ใช้เพื่อลดการเกิดพังผืดหลังการผ่าตัด Trabeculectomy โดยยับยั้งการเจริญของเซลล์ไฟโบรบลาสต์ที่ทำให้เกิดแผลเป็น แต่ก็มีความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อน (complications) ทั้งในช่วงผ่าตัดและหลังผ่าตัด ได้แก่ 1. ภาวะแทรกซ้อนใน

ระหว่างการผ่าตัด (Intraoperative complications) แม้ว่า Antimetabolites จะถูกใช้เฉพาะที่และช่วงเวลาสั้นๆ (2-3 นาที) แต่ก็อาจเกิดผลข้างเคียงต่อ 1.) Scleral thinning (ภาวะเนื้อเยื่อผนังลูกตาชั้นนอกบางลง), การใช้ Mitomycin-C ในขนาดสูงหรือนานเกินไปอาจทำให้เนื้อเยื่อตาขาวบางลง ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะทะลุของลูกตา (globe perforation) ระหว่างผ่าตัด และ 2.) Cytotoxicity ต่อเนื้อเยื่อโดยรอบ : MMC เป็นยาเคมีบำบัดที่เป็นพิษต่อเซลล์ หากสัมผัสกับเยื่อบุตาหรือกระจกตาโดยไม่ตั้งใจ อาจทำให้เกิด epithelial toxicity หรือการทำลายเยื่อบุผิว และ 2. ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (Postoperative complications) ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ antimetabolites มักเกิดจากการยับยั้งการหายของแผลมากเกินไป และผลของยาที่ยังคงอยู่ในเนื้อเยื่อเป็นเวลานาน ได้แก่ 1.) Thin-walled filtering bleb (bleb ผนังบาง) อาจมีรูปร่างผิดปกติหรือยื่นออกมา ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อภายหลัง เช่น blebitis หรือ endophthalmitis และ Hypotony (ความดันลูกตาดำผิดปกติ) พบได้เมื่อมีการระบายของเหลวมากเกินไป ส่งผลให้เกิด Choroidal detachment (ม่านตาหลุด), Shallow anterior chamber (ช่องหน้าลูกตาดื้น) และ Vision loss ชั่วคราวหรือถาวร 2.) ภาวะ Scleral melt (การสลายตัวของเนื้อเยื่อตาขาว) แม้จะพบได้ไม่บ่อยแต่ถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง โดยมักเกิดจากการใช้ Mitomycin-C (MMC) ในขนาดสูงเป็นระยะเวลานาน หรือเกิดจากการซึมของยาเข้าสู่เนื้อเยื่อลึก ทำให้เกิดการทำลายและบางลงของเนื้อเยื่อสเคลอราอย่างต่อเนื่อง และ 3.) Delayed wound healing (แผลหายช้า) เพิ่มความเสี่ยงต่อ leaking bleb (bleb รั่ว) ซึ่งอาจนำไปสู่การติดเชื้อและ hypotony⁽⁶⁾ การผ่าตัด Trabeculectomy เริ่มมีขึ้นในโรงพยาบาลพิจิตร ดังนั้น พยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องศึกษาความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ขั้นตอนการผ่าตัด การเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้และอุปกรณ์ต่างๆ อย่างละเอียด ถูกต้อง รวดเร็ว รวมถึงการใช้แนวทางกระบวนการพยาบาลห้องผ่าตัด ในการดูแลผู้ป่วยทั้งระยะก่อนผ่าตัดระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ตลอดจนแนะนำการดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขในสังคมได้ดังเดิม ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจเรื่อง

ดังกล่าว เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดระบบการพยาบาลและช่วยผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นป้องกันความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดครอบคลุมทั้งระยะก่อนผ่าตัดระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่รวดเร็ว ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยโรคต้อหินที่ได้รับการผ่าตัด Trabeculectomy with Mitomycin-C
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคต้อหินที่ได้รับการผ่าตัด Trabeculectomy with Mitomycin-C ได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ
3. เพื่อเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคต้อหินที่ได้รับการผ่าตัด Trabeculectomy with Mitomycin-C

วิธีการดำเนินการ

กรณีศึกษาเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคต้อหินที่ได้รับการผ่าตัด Trabeculectomy with Mitomycin-C และเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ โรงพยาบาลพิจิตร ในเดือน มกราคม 2568 โดยศึกษาประวัติผู้ป่วย การรักษาพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติและการสังเกต 2) แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียน 3) แบบบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาลพิจิตร เมื่อรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียนแล้วนำข้อมูลมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล รวมระยะก่อนการผ่าตัด หลังการผ่าตัด เตรียมจำหน่ายกลับบ้าน และติดตามผลในวันมาตรวจตามนัด

รายงานผู้ป่วย

กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก จักษุ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพิจิตร

1. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 51 ปี มีภาวะอ้วน น้ำหนัก 75 กิโลกรัม สูง 161 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 28.93 เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส ประกอบอาชีพรับจ้าง อยู่กับภรรยา ภูมิลำเนาจังหวัดพิจิตร จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา สิทธิประกันสังคม มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจจักษุ วันที่ 19 มกราคม 2568 แพทย์รับไว้รักษาตัวหอผู้ป่วยโรคต้อ นาสิก จักษุ การวินิจฉัย และจำหน่ายวันที่ 21 มกราคม 2568 รวมนอนโรงพยาบาล 3 วัน

อาการสำคัญ : 1 เดือนก่อนมา ตาซ้ายปวด เคืองตา ค่าความดันลูกตา 31.8 มิลลิเมตรปรอท แพทย์นัดทำผ่าตัดต้อหินข้างซ้าย

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน : ผู้ป่วยเป็นต้อหิน POAG BE มาตั้งแต่ปี 2562 รักษาด้วยการหยอดยา Xalatan eye drop (2 ตา x hs), COSOPT eye drop (2 ตา x 2 เข้า-เย็น), Alphagan eye drop (2 ตา x 2 เข้า-เย็น) มาตลอด จนกระทั่งปี 2565 ขาดยาเพราะติดโควิดและซื้อยาหยอดตาเอง (เป็นพวกยาสเตียรอยด์) และปี 2567 สังเกตว่าตาทั้งสองข้างพร่ามัวลง มองเห็นไม่ชัด จึงมาพบแพทย์ วัดค่าสายตาได้ 1 ฟุตทั้งสองข้าง และความดันลูกตาสูงมากตาขวา 27.5 มิลลิเมตรปรอท ตาซ้าย 39.2 มิลลิเมตรปรอท แพทย์เพิ่มยากิน Diamox ½ x 2 pc (เช้า-เย็น) และใช้ยาหยอดตาเดิมทั้ง 3 ตัว แพทย์วินิจฉัยเป็น POAG BE (Stage 4: Advanced Glaucoma) นัดตรวจเป็นระยะ ยังพบว่าความดันลูกตา ยังสูงกว่าค่าปกติ เท่ากับ 21 มิลลิเมตรปรอท, 1 เดือนก่อนมานอนโรงพยาบาลส่งพบจักษุแพทย์เฉพาะทาง ต้อหิน แพทย์วินิจฉัยเป็น POAG BE และนัดทำผ่าตัด Trabeculectomy with Mitomycin-C Left Eye และให้ยาหยอดตา Xalatan eye drop (2 ตา x hs), Alphagan eye drop (2 ตา x 3 เข้า-กลางวัน-เย็น), AZARGA eye drop (2 ตา x 2 เข้า-เย็น) และยากิน Diamox ½ x 2 pc (เช้า-เย็น)

การตรวจร่างกายที่สำคัญ :

VA (ความสามารถในการมองเห็น) : ตาขวา (OD): 20/200, ตาซ้าย (OD): 20/200

NCT (ความดันลูกตา) : ตาขวา 18 mmHg ตาซ้าย 27.9(32) mmHg

cornea : ตาขาว clear (ใสดี) ตาซ้าย clear (ใสดี)

AC : ตาขาว form ตาซ้าย form

Len (ความขุ่นของเลนส์) : ตาขวา NS1+, ตาซ้าย NS1+

C/D(Cup/Disc) : ตาขวา nearly full cup ตาซ้าย nearly full cup

fundus : ตาขวา WNL ตาซ้าย WNL

การวินิจฉัยโรค : Primary open angle glaucoma (Advanced Glaucoma)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : Blood Chemistry : BUN 13 mg/dl Creatinine enzyme 1.17 mg/dl eGFR enzyme 71.76 Sodium 136 mmol/L Potassium 4.18 mmol/L Chloride 105 mmol/L Bicarbonate 105 mmol/L Anion Gap 13.8

ประวัติการใช้ยาละลายลิ่มเลือด : ไม่มี

การประเมินเปลือกตาและขนตา (Lid & Lash Assessment)

Lid (เปลือกตา) : เปลือกตาสองข้างสมมาตร, ไม่มีอาการบวม แดง หรือรอยแผลเป็น, การเคลื่อนไหว เปิด-ปิดตาได้ปกติ ไม่มีภาวะ ptosis (หนังตาดก) หรือ lagophthalmos (ปิดตาไม่สนิท), ลักษณะผิวหนังรอบดวงตา ไม่มีรอยแตกแห้ง ลอก หรือมีคราบจากยาหยอดตาสะสม และ ภาวะเปลือกตาอักเสบ (Blepharitis) : ไม่พบรอยแดง หรือสะเก็ดบริเวณโคนขนตา

Lash (ขนตา) : ขนตาเรียงตัวดี ไม่ร่วง ไม่มีขนตาผิดปกติทาง (trichiasis), ไม่พบสิ่งแปลกปลอมติดบริเวณโคนขนตา เช่น สะเก็ด น้ำมัน หรือขี้ตาแห้ง และไม่พบอาการขนตาที่มตาหรือขนตาร่วงผิดปกติ

อาการแรกเริ่ม : ผู้ป่วยให้ประวัติว่าเป็นต้อหินมา 1 ปี รักษาที่โรงพยาบาลพิจิตร ค่าความดันลูกตาตาซ้าย 26.6 มิลลิเมตรปรอท วันนี้นมานอนโรงพยาบาลเพื่อรับการผ่าตัด Trabeculectomy with Mitomycin-C สัญญาณชีพแรกเริ่ม ความดันโลหิต 117/75 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 68 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส

การผ่าตัด : Trabeculectomy with Mitomycin-C Left Eye

การรักษาที่ได้รับ :

ระยะก่อนผ่าตัด : ผู้ป่วยต้อหิน ตาซ้ายปวด เคืองตา ค่าความดันลูกตาก่อนผ่าตัด 26.6 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการ pre-op order for Trabeculectomy with Mitomycin-C Left Eye, เป็ก Mitomycin-C, Anti-



inflammatory Ophthalmic Eye Drops, Vigamox eye drop ไป OR, เจาะ LAB, ฝึกนอนคลุมโปงอย่างน้อย 1 ชั่วโมง ตัดขนตา ล้างหน้า สระผม หยอดตา Tobramycin eye drop ตาซ้าย เข้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน, Lorazepam 0.5 mg 1 tab oral hs+prn

ระยะผ่าตัด: เมื่อผู้ป่วยเข้ามาในห้องผ่าตัด พยาบาลตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคล ตำแหน่งที่จะผ่าตัด เอกสารต่างๆ ตาม Surgical safety checklist ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด (Sign in) ตรวจวัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 113/74 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 74 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂ saturation 99% ดูแลจัดทำผู้ป่วยนอนหงายราบทำความสะอาดผิวหนังบริเวณผ่าตัด ปูผ้าปราศจากเชื้อปิดคลุมร่างกายผู้ป่วยเปิดไว้เฉพาะบริเวณที่ผ่าตัดเท่านั้นทำ (Time out) ก่อนแพทย์เริ่มผ่าตัด ทำการส่งเครื่องมือ และอุปกรณ์ต่างๆ ในการผ่าตัด Trabeculectomy with Mitomycin-C จนกระทั่งการผ่าตัดเสร็จสมบูรณ์ เริ่มผ่าตัดเวลา 10.20 น. สัญญาณชีพ ความดันซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 109-169 มิลลิเมตรปรอท ความดันไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 74-83 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรอยู่ระหว่าง 60-68 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ อยู่ระหว่าง 18-20 ครั้งต่อนาที O₂ Saturation 98-100% เมื่อสิ้นสุดการผ่าตัดเวลา 11.20 น. พยาบาลห้องผ่าตัด (Sign out) ใช้เวลาในการทำผ่าตัด 1 ชั่วโมง

ระยะหลังผ่าตัด: ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ มีแผลผ่าตัดที่ตาซ้ายบริเวณใต้เปลือกตาบนหยอดยา Inflammation-Ophthalmic Eye Drop, Vigamox eye drop, ป้าย chloramphenicol eye ointment ปิด Eye pad และครอบ Eye shield ไว้ Pain score 5 สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 130/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂ saturation 100% 20 ม.ค. 68) ตรวจวัดความดันลูกตา ตาขวา 17.7 mmHg ตาซ้าย 21.3 mmHg ย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดไปหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง : ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ดีตาซ้ายบริเวณใต้เปลือกตาบนไม่บ่นปวดแผล สัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 116/77 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 76 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂ saturation 100% ตรวจวัดความดันลูกตา ตาขวา 17.7 mmHg

ตาซ้าย 20.1 mmHg ได้รับยา Anti-inflammatory Ophthalmic Eye Drops หยอดตาซ้ายทุก 2 ชั่วโมง, Vigamox ed หยอดตาซ้าย 4 ครั้ง/วัน

วันที่ 21 มกราคม 2568 ผู้ป่วยไม่ปวดตา ตรวจวัดความสามารถในการมองเห็น ตาขวา 16 mmHg ตาซ้าย 13 mmHg แนะนำสอนผู้ป่วยและญาติหยอดตาและป้ายยาตา แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการอนุญาตให้กลับบ้านได้นัดตรวจครั้งต่อไป วันที่ 24 มกราคม 2566 Home Medication : Xalatan eye drop 0.005 % Right eye hs, Brinzolamide+timolo eye drop 5 ml x 1g+500 mg/100 bot Right eye BID, Brimonidine eye drop (alphagan) [ned] 0.15% ขวด (5 ml) right eye tid, Moxifloxacin (vigamox) 0.5% ขวด Left eye 4 ครั้ง/วัน และ Prednisolone eye drop 1% ขวด Left eye ทุก 2 ชั่วโมง

การติดตามหลังจำหน่าย : จากการมาตรวจตามนัด วันที่ 24 มกราคม 2568 : เวลา 08.00 น. ที่โรงพยาบาลพิจิตร ห้องตรวจตา ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ตาซ้ายมองเห็นชัดขึ้น ไม่ปวดตา ไม่เคืองตา ตรวจวัดความสามารถในการมองเห็น ตาขวา 20/200 ตาซ้าย FC 2' ตรวจวัดความดันลูกตาอยู่ในเกณฑ์ปกติ ตาขวา 15 mmHg ตาซ้าย 9 mmHg

ผู้เขียนปฏิบัติงานประจำห้องผ่าตัดตา กลุ่มงานห้องผ่าตัด ได้วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยต่อหินที่ได้รับการผ่าตัด Trabeculectomy with Mitomycin-C ตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ 7 ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative), ระยะระหว่างผ่าตัด (Intraoperative), และระยะหลังผ่าตัด (Postoperative) โดยรวบรวมข้อมูลทั้งทางกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม อาการตาพร่ามัว ปวดตา ระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ผลการวัด IOP (Intraocular Pressure) การตอบสนองต่อยา Mitomycin-C และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อน-หลังผ่าตัด พบข้อวินิจฉัยการพยาบาล ดังนี้

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

การเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจสำหรับการผ่าตัดและสามารถฟื้นตัวได้ดีหลังจากการผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่มาผ่าตัด Trabeculectomy with Mitomycin-C มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 : ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยและครอบครัวไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการผ่าตัดและสิ่งที่ต้องเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด

เป้าหมายการพยาบาล : ให้ข้อมูลและคำแนะนำที่ชัดเจนเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด

เกณฑ์ประเมินผล :

1. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถอธิบายขั้นตอนของการผ่าตัดได้ เข้าใจวิธีการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด สามารถระบุการปฏิบัติตัวที่ควรทำในวันผ่าตัด บอกถึงการดูแลตัวเองหลังการผ่าตัด การสังเกตอาการที่ผิดปกติหลังการผ่าตัด และสามารถบอกได้ว่าอาการใดที่ควรระวัง เช่น อาการบวม, แดง, หรือการมองเห็นผิดปกติ และควรติดต่อแพทย์เมื่อใด

2. ผู้ป่วยและครอบครัวแสดงความพร้อมในการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด

3. ผู้ป่วยและครอบครัวแสดงท่าทีมั่นใจและไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และสามารถตั้งคำถามเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมได้

การพยาบาล :

1. ประเมินประวัติสุขภาพ (Health History): ชักประวัติการใช้ยาโรคต่างๆ เช่น ยา steroid, ยาคุมกำเนิด การได้ยาละลายลิ่มเลือด หรือยาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาต่อหิน, ชักประวัติการแพ้ยา หรือประวัติการมีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดที่ผ่านมา และประเมินภาวะทางจิตใจ และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด

2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด

2.1 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด: อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงการผ่าตัด Trabeculectomy พร้อมการใช้ Mitomycin-C ว่าคืออะไร ขั้นตอนในการผ่าตัดเป็นอย่างไร และความสำคัญของการใช้ Mitomycin-C เพื่อเพิ่มโอกาสในการประสบความสำเร็จในการรักษา

2.2 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด เช่น การลดความดันในลูกตาและการฟื้นฟูการมองเห็น

2.3 การเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด: แนะนำให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำก่อนการผ่าตัดตามคำแนะนำของแพทย์ (โดยทั่วไปจะงด 6-8 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัด)

2.4 แจ้งผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการหยุด

ใช้ยาบางชนิดที่อาจมีผลต่อการผ่าตัด เช่น ยาละลายลิ่มเลือด หรือยาคุมกำเนิด ตามคำแนะนำของแพทย์

3. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการงดอาหารและน้ำก่อนการผ่าตัด

4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ต้องหยุดใช้ก่อนการผ่าตัด และยาที่ต้องใช้

5. ชี้แจงเกี่ยวกับการดูแลตัวเองหลังผ่าตัดและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

การประเมินผล :

ผู้ป่วยไม่มีประวัติการใช้ยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการผ่าตัดและการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด สามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง และมีการสอบถามในบางประเด็นเพื่อให้ได้รับคำตอบที่ชัดเจน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 :

มีความวิตกกังวลเนื่องจากกลัวการผ่าตัดและการมองเห็นหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน :

1. ผู้ป่วยบอกว่า “กังวลเล็กน้อย เมื่อคืนนอนไม่ค่อยหลับ หลังผ่าตัดอยากกลับไปมองเห็นได้เหมือนเดิม”

2. สีน้าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเล็กน้อย สามารถที่จะควบคุมตนเองได้

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดน้อยลง

เกณฑ์การประเมิน :

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าที่ผ่อนคลายมากขึ้น
2. ผู้ป่วยรู้และเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล :

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและพร้อมให้การช่วยเหลือ

2. อธิบายให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับโรคขั้นตอนการผ่าตัดอย่างสั้นและง่ายต่อความเข้าใจ เช่น การผ่าตัดไม่ต้องดมยาสลบแต่ใช้วิธีการฉีดยาเฉพาะที่ไม่ต้องมีการหยอดยาขยายม่านตา ขณะผ่าตัดให้นอนนิ่งและปฏิบัติตามที่แพทย์และเจ้าหน้าที่บอก เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรับทราบข้อมูลตามแผนการรักษา

3. ให้กำลังใจและความมั่นคงตามความเป็นจริง เช่น การทำผ่าตัดไม่ช่วยให้การมองเห็นดีขึ้นแต่จะป้องกันไม่ให้ประสาทตาถูกทำลายมากขึ้นจนถึงขั้นตาบอด



4. หลีกเลียงกิจกรรมที่ทำให้น้ำเข้าตาเพื่อป้องกันการติดเชื้อข้างที่ผ่าตัด

5. แนะนำวิธีการผ่อนคลายความวิตกกังวล เช่น การทำสมาธิ การบริหารการหายใจ การฟังเพลงเบาๆ การสวดมนต์ การอธิษฐานภาวนาตามหลักศาสนา

6. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนให้เต็มที่ช่วยเหลือให้ได้รับความสุขสบายมากที่สุดเท่าที่ทำได้โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบปราศจากสิ่งกระตุ้น

7. เปิดโอกาสให้ญาติหรือบุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมและให้กำลังใจและช่วยเหลือผู้ป่วย

8. ให้การพยาบาลโดยเคารพสิทธิความเป็นบุคคลและให้เกียรติผู้ป่วยตลอดเวลา

การประเมินผล :

ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง สิ้นหน้าผ่อนคลายมากขึ้น ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด

การพยาบาลขณะผ่าตัด :

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 :

เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดหรือบริเวณตา

ข้อมูลสนับสนุน :

1. ผู้ป่วยมีการผ่าตัดที่บริเวณตา (Trabeculectomy with Mitomycin-C)

2. มีการเปิดแผลและสัมผัสบริเวณที่อาจเกิดการติดเชื้อได้ง่าย

3. การผ่าตัดในบริเวณดวงตามีความเสี่ยงสูงในการเกิดการติดเชื้อหากไม่ดูแลอย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดโดยไม่มีการติดเชื้อ

เกณฑ์ประเมินผล :

1. ไม่มีอาการบวม, แดง, หรือความร้อนบริเวณแผลผ่าตัด

2. ไม่มีอาการปวดที่เพิ่มขึ้นหรือไม่สามารถควบคุมได้จากยาปวดที่ให้

3. ผู้ป่วยไม่มีอาการตาแดงหรือระคายเคืองจากการติดเชื้อ

4. อุณหภูมิอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การพยาบาล :

1. ก่อนเข้าห้องผ่าตัด เตรียมบริเวณรอบดวงตาโดยหยอดสารละลาย Povidone-Iodine 5% จำนวน

1-2 หยดลงในตาซ้าย และปล่อยให้สารสัมผัสเยื่อบุตา (contact time) อย่างน้อย 3 นาที จากนั้นจึงเช็ดออกด้วยน้ำเกลือปราศจากเชื้อ (sterile normal saline)"

2. การทำความสะอาดบริเวณที่ผ่าตัดด้วยสารฆ่าเชื้อก่อนการผ่าตัด

3. การปกป้องแผลผ่าตัดจากการสัมผัสโดยตรงระหว่างการผ่าตัด

4. การใช้เครื่องมือที่สะอาดและป้องกันการติดเชื้อในระหว่างการผ่าตัด

5. เปิดอุปกรณ์เครื่องมือด้วยหลัก sterile หากมีการปนเปื้อนให้รีบบอกทีมทันที

6. เตรียม Mitomycin-C อย่างเหมาะสม

7. สังเกตอาการแพ้/ระคายเคือง

เกณฑ์การประเมิน : ติดตามอาการหลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกว่าการติดเชื้อ เช่น ตาบวมแดง มีขี้ตา หรือร้อนบริเวณตาซ้าย อุณหภูมิอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 :

เสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการเคลื่อนไหวระหว่างผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน : การผ่าตัดใช้วิธีการฉีดยาชา ซึ่งผู้ป่วยรู้สึกตัวตลอดเวลาการผ่าตัดอาจมีอาการเกร็งหรือเคลื่อนไหวขยับร่างกาย

วัตถุประสงค์ : ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวขณะผ่าตัด

การประเมินผล : ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือในการผ่าตัดเป็นอย่างดี

การพยาบาล :

1. จัดท่าผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและปลอดภัย เช่น ท่านอนหงาย รองศีรษะให้อยู่ในแนวกลาง

2. ใช้หมอนหรืออุปกรณ์พยุงเพื่อป้องกันการเคลื่อนไหว เช่น พยุงศีรษะด้วย head rest หรือใช้ผ้ารัดเบาๆ หากจำเป็น

3. แนะนำให้ผู้ป่วยอยู่นิ่งพุดคุยกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (หากรู้สึกตัว) เช่น บอกล่วงหน้าว่า "กำลังจะเริ่มแล้วนะคะ อยู่นิ่ง ๆ นะคะ"

4. ประเมินระดับความร่วมมือระหว่างการให้ยาชา

การประเมินผล : ผู้ป่วยไม่ขยับศีรษะ/ร่างกายระหว่างผ่าตัด ไม่มีอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บเพิ่มเติม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 :

เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนและผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือเนื่องจากมีการคลุมผ้าตั้งแต่ศีรษะถึงเท้า

ข้อมูลสนับสนุน :

1. การผ่าตัดต้องคลุมโปงเป็นเวลาประมาณ 1 - 1.30 ชั่วโมง
2. มีการผ่าตัดตาซึ่งใกล้เคียง และติด Drape ทำให้รู้สึกอึดอัด

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือระหว่างผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน :

1. สัญญาณชีพปกติ
2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการผ่าตัด
3. ผู้ป่วยสามารถคลุมโปงได้

กิจกรรมการพยาบาล :

1. แนะนำให้ผู้ป่วยฝึกคลุมโปงอย่างน้อย 1 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้ป่วยคุ้นชิน
2. อธิบายขั้นตอนการผ่าตัดอย่างคร่าวๆ ให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการผ่าตัด
3. แนะนำผู้ป่วยหากมีอาการผิดปกติแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก สามารถแจ้งแพทย์และพยาบาลได้ตลอดเวลา ให้ใช้ออกซิเจนต่อสายสอดไว้ใต้ผ้าที่คลุมอยู่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนที่เพียงพอ
4. ประเมินสัญญาณชีพทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด

การประเมินผล :

1. ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติออกซิเจนปลายนิ้วมากกว่า 95%
2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือระหว่างผ่าตัด

การพยาบาลขณะผ่าตัด :**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 :**

ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดตาหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน :

1. ผู้ป่วยบอกว่า “มีอาการปวดบริเวณตา จึงขอยาพยาบาลท่าน”
2. ผู้ป่วยให้คะแนน pain score = 5

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปวดลดลง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้

เกณฑ์การประเมิน :

1. อาการปวดทุเลาลง
2. นอนหลับพักผ่อนได้ดี

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินและบันทึกอาการปวดอย่างสม่ำเสมอ โดยสอบถามและสังเกตสีหน้าท่าทางที่แสดงถึงความเจ็บปวด
2. ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและให้การพยาบาลที่นุ่มนวล
3. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์
4. จัดท่านอนให้ผู้ป่วยไม่ให้นอนทับตาข้างที่ผ่าตัด
5. แนะนำไม่ให้ออกแรงเบ่งเยาะ การไอจาม ควรใช้วิธีกระแอมไอ เนื่องจากจะส่งผลให้เกิดความดันที่ตาเพิ่มมากขึ้นได้
6. แนะนำการรับประทานอาหาร ให้รับประทาน อาหารอ่อนย่อยง่าย หลีกเลี่ยงอาหารที่แข็ง หรือต้องใช้แรงมากในการรับประทาน

การประเมินผล : ผู้ป่วย Pain score = 1, สามารถนอนหลับพักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 :

มีโอกาสเกิดการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัดรูเปิดระหว่างช่องหน้าม่านตากับเยื่อตา

ข้อมูลสนับสนุน : การผ่าตัดมีการเปิดแผลบริเวณตาซ้าย

วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันไม่ให้เชื้อโรคจากภายนอก เข้าสู่ filtering bleb และ anterior chamber ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะติดเชื้อที่ร้ายแรง เช่น Bleb-related infection (blebitis), Endophthalmitis (การติดเชื้อภายในลูกตา) รุนแรงถึงขั้นสูญเสียตา

เกณฑ์การประเมิน : ตาสะอาดดี ไม่แดง ไม่มีขี้ตา ผิดปกติ ไม่ปวดตา

กิจกรรมการพยาบาล :

1. เช็ดตาด้วยวิธีปราศจากเชื้อวันละครั้ง เปลี่ยนผ้าปิดตาเพื่อให้ตาสะอาด เพื่อลดการสะสมของเชื้อรอบแผลและลดโอกาสเชื้อเข้าสู่ subconjunctival space
2. ก่อนปิดผ้าปิดตาต้องให้ผู้ป่วยหลับตาก่อนเสมอ เพื่อป้องกันการถลอกของกระจกตา (Corneal Abrasion) และลดช่องทางการติดเชื้อผ่านเยื่อตาที่บาดเจ็บจากผ้าปิดตาดูดซับน้ำตาจนกระจกตาแห้ง
3. หยอดยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่าง



ถูกวิธี ล้างมือก่อน-หลังหยอดยา เพื่อป้องกันการปนเปื้อนผ่านยา ช่องทางสัมผัสสู่เปิดภายในตา

4. สังเกตอาการทางตา ตรวจจับ early sign ของการติดเชื้อ (แดง, ปวด, ขี้ตา) และซักถามการมองเห็นของผู้ป่วยว่าลดลงกว่าเดิมหรือไม่เพื่อป้องกันการลุกลาม

5. ให้คำแนะนำในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเข้าสู่ดวงตา เช่น ไม่ให้ล้างหน้า 1 เดือน ระวังน้ำกระเด็นเข้าตา ใส่แว่นตากันสิ่งแปลกปลอม สัมผัส bleb และแผลผ่าตัด

การประเมินผล : ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อที่ตา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 :

มีโอกาสดังกล่าวแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เนื่องจาก การเปลี่ยนแปลงความดันภายในลูกตา

ข้อมูลสนับสนุน : การผ่าตัดมีการเปิดแผลบริเวณตาซ้าย
วัตถุประสงค์ :

1. การผ่าตัดมีการระบาย Aqueous Humor ในช่องหน้าม่านตา

2. ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนย้ายจากเปลลงเตียง อาจทำให้เกิดการกระทบกระเทือนได้

เกณฑ์การประเมิน :

1. ความดันลูกตาทปกติ
2. ช่องหน้าม่านตาทปกติ

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประคองศีรษะขณะเคลื่อนย้ายขึ้นเปลอย่างช้าๆ ระวังการชนสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

2. จัดทำให้ผู้ป่วยสุขสบายหลีกเลี่ยงการนอนทับข้างที่ผ่าตัด

3. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเรื่องข้อห้ามในการดูแลหลังผ่าตัด ดังนี้

3.1 ห้ามล้างหน้า หรือให้บริเวณรอบดวงตาเปียกน้ำโดยเฉพาะในช่วง 1 เดือนแรก หลังผ่าตัด เพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อเข้าสู่แผลผ่าตัด

3.2 ห้ามขยี้ตา หรือสัมผัสดวงตาโดยตรงเพราะอาจทำให้แผลผ่าตัดหรือ bleb (ตุ่มกรองน้ำ) เสียหายหรือรั่ว

3.3 ห้ามก้มศีรษะต่ำ หรือยกของหนักเกิน 5 กิโลกรัม เนื่องจากการเพิ่มความดันในลูกตาอาจรบกวนการสมานแผล และเพิ่มโอกาสเลือดออก

3.4 ห้ามนอนตะแคงด้านที่ผ่าตัด เช่น หาก

ผ่าตัดตาซ้าย ห้ามนอนตะแคงซ้ายในช่วง 1-2 สัปดาห์แรก เพราะอาจกดทับแผล

3.5 ห้ามขับรถ หรือใช้สายตามากในช่วงแรก โดยเฉพาะในสัปดาห์แรก ควรอ่านหนังสือหรือจ้องหน้าจอหลายๆ เพื่อให้ดวงตาได้พักผ่อน

3.6 ห้ามหยุดหยอดยาตามแพทย์สั่งเองเด็ดขาด ควรใช้ยาหยอดตาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด และหยอดอย่างสะอาด

3.7 ห้ามอยู่ในที่ที่มีฝุ่น ควัน หรือลมแรงเพื่อป้องกันสิ่งแปลกปลอมเข้าตา ซึ่งอาจกระตุ้นการอักเสบหรือการติดเชื้อ

4. ใส่แว่นตากันลมหรือฝุ่นเมื่อต้องออกนอกบ้าน กลับมาตรวจตามนัดทุกครั้ง แม้ไม่มีอาการผิดปกติ หากมีอาการผิดปกติ เช่น ตาแดง ปวดตา ตามัวลงทันที หรือมีขี้ตาเยอะ ควรพบแพทย์ทันที

การประเมินผล : ผู้ป่วยช่องหน้าม่านตาทปกติไม่มีเลือดออก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 :

ส่งเสริมความรู้การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยบอกว่า “รู้ขั้นตอนการดูแลตนเองคร่าวๆ แต่ยังมีข้อสงสัยอยู่บางส่วน”

วัตถุประสงค์ : เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และรักษาผลลัพธ์ของการผ่าตัดให้ยาวนานที่สุด

เกณฑ์การประเมิน : ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อกลับบ้าน

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินความพร้อมในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เช่น ความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแลสภาพแวดล้อมที่บ้าน

2. แนะนำผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ดังนี้

2.1 ความจำเป็นในการหยอดตาอย่างสม่ำเสมอ วิธีการใช้ยา การสังเกตผลข้างเคียงของยา

2.2 หากมีอาการผิดปกติเช่น ปวดตา ตาแดง น้ำตาไหล ตามัว ให้รีบมาพบแพทย์

2.3 จัดบ้านให้เป็นระเบียบ มีแสงสว่างมากเพียงพอ การเดินต้องระมัดระวังเป็นอย่างมาก

2.4 สอนผู้ป่วยและญาติเรื่องการหยอดตา

การติดตามการรับประทานยา เน้นให้ความสำคัญ
การมาพบแพทย์

การประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจ
ในการดูแลหลังผ่าตัด มาตรวจตามนัด ผลการตรวจปกติ
และให้ความรู้ในการการดูแลระยะยาว ดังนี้

1. หยอดยาตามแผนอย่างเคร่งครัดใช้ยาหยอด
ตาปฏิชีวนะ/สเตียรอยด์/ลดความดันตาตามคำสั่งแพทย์
โดยล้างมือก่อน-หลังหยอดยา และหยอดยาโดยไม่ให้
ปลายหลอดสัมผัสตา, ห้ามหยอดยาเอง แม้อาการจะดีขึ้นแล้ว
2. ติดตามการนัดหมายทุกครั้ง โดย ตรวจวัด
ความดันตา ดูลักษณะ bleb และเช็คความคงที่ของการ
มองเห็น และแจ้งแพทย์ทันทีหากตามัว ปวดตา ตาแดง
หรือมีขี้ตาผิดปกติ
3. ใส่แว่นตากันฝุ่นหรือลมนิยามโดยเฉพาะเมื่อออก
นอกบ้าน เพื่อป้องกันสิ่งแปลกปลอมเข้าตา
4. ระงับการสัมผัสดวงตาไม่ขยี้ตา หลีกเลี่ยงการ
แตะบริเวณรอบดวงตา
5. นอนท่าศีรษะสูงเล็กน้อย โดยเฉพาะในช่วงแรก
และหลีกเลี่ยงการนอนทับข้างที่ผ่าตัด
6. พักสายตาอย่างเหมาะสม หลีกเลี่ยงการใช้
สายตามากเกินไป เช่น การดูจอมือถือ/คอมพิวเตอร์
ต่อเนื่องนาน
7. หลีกเลี่ยงน้ำสกปรกสัมผัสตา หลีกเลี่ยงการ
ว่ายน้ำ และการอบซาวนา

อภิปรายผล

โรคต้อหินเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษา
และติดตามผลอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต หากไม่สามารถ
ควบคุมความดันลูกตาได้ อาจนำไปสู่การสูญเสียลานสายตา
อย่างถาวรจนถึงตาบอด ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยอย่างรุนแรงในกรณีศึกษา ผู้ป่วยได้รับการ
การวินิจฉัยว่าเป็นต้อหินชนิดมุมเปิดเรื้อรังทั้งสองข้าง
(Primary Open-Angle Glaucoma; POAG) ตั้งแต่ปี
2562 และได้รับการรักษาด้วยยาหยอดตาหลายชนิดมา
โดยตลอด อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมีประวัติเข้ารับการรักษ
ไม่ต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงที่ติดเชื้อ COVID-19 ซึ่งส่งผล
ให้ผู้ป่วยขาดยา และหยอดตาไม่ครบตามแผนการรักษา
(poor compliance) ประกอบกับความดันลูกตาที่วัดได้
ยังคงสูง แม้จะมีการปรับเปลี่ยนสูตรยา ร่วมกับยาเกินแล้ว
จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด Trabeculectomy
with Mitomycin-C เพื่อควบคุมระดับความดันลูกตา

การผ่าตัด Trabeculectomy เป็นการสร้างช่องระบายน้ำ
ในลูกตา (aqueous humor) จากช่องหน้าม่านตาไป
ยังเยื่อตา (subconjunctival space) ซึ่งช่วยลด
ความดันตาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยในรายนี้มีการใช้
Mitomycin-C ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม antimetabolite ร่วม
ด้วยระหว่างผ่าตัด เพื่อยับยั้งการเกิดพังผืดบริเวณทาง
ระบายที่สร้างขึ้น ลดโอกาสการอุดตันและช่วยให้ bleb
มีลักษณะดี ทำให้การลดความดันตาหลังผ่าตัดมีความ
ยั่งยืนมากขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้ Mitomycin-C จะเพิ่ม
ประสิทธิภาพในการควบคุมความดันตา แต่ก็มีความเสี่ยง
ต่อภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด เช่น การรั่วของ
bleb การติดเชื้อภายในลูกตา (blebitis)⁽⁸⁾ หรือแผลผ่าตัด
ไม่สมาน ซึ่งอาจนำไปสู่การสูญเสียการมองเห็นได้เช่นกัน

การพยาบาลในระยะหลังผ่าตัดจึงมีบทบาทสำคัญ
ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ไม่ใช่ในเชิงการควบคุม
ความดันลูกตาโดยตรง แต่เป็นการดูแลที่ช่วยให้ผลลัพธ์
ของการผ่าตัดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การดูแล
แผลผ่าตัดให้สะอาดและปราศจากการติดเชื้อ การสังเกต
อาการผิดปกติ เช่น ตาแดง ปวดตา หรือมีขี้ตาผิดปกติ
และการให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เช่น
หลีกเลี่ยงการก้มศีรษะ ยกของหนัก หรือขยี้ตา ผู้ป่วยรายนี้
ได้รับการดูแลตามหลักการพยาบาลแบบองค์รวม ทั้งด้าน
ร่างกาย จิตใจ และการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วย
มีความร่วมมือในการดูแลตนเองมากขึ้น เข้าใจวิธีการ
หยอดตา เข้ารับการตรวจตามนัด และไม่มีภาวะแทรกซ้อน
เกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัด ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญ
ของบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมผลลัพธ์ที่ดีจากการรักษา

การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่ดี จึงไม่พบ
ภาวะแทรกซ้อน ผลของการรักษาผ่าตัดเป็นไปด้วย
ความปลอดภัย ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบถึงความรุนแรง
ของการหยอดยาไม่ถูกต้อง ไม่ตรงเวลา ไม่สม่ำเสมอ
ดังนั้นบทบาทพยาบาลควรมีการวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและ
ญาติเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพในระยะยาว
รวมถึงการช่วยเหลือ สนับสนุนของครอบครัว เพื่อส่งเสริม
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนอกเหนือจากการปฏิบัติตัว เพื่อ
ลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเท่านั้น แนวปฏิบัตินี้
สามารถนำไปเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยต้อหินที่ได้รับ
การผ่าตัด Trabeculectomy with Mitomycin-C
รายอื่นๆ ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและปราศจากภาวะ
แทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและลดโอกาสการสูญเสียการ

มองเห็นอันส่งผลให้ผู้ป่วยต้อหินมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสามารถกลับไปดำรงชีวิตอย่างปกติสุขภายใต้การดูแลตนเองต่อไป⁽⁹⁾

สรุป

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 51 ปี มาด้วยอาการปวดและเคืองตาทั้งสองข้างมานานกว่า 1 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ต้อหิน (Glaucoma) จากโรงพยาบาลพิจิตร โดยรักษาด้วยยาหยอดตา แต่ไม่สามารถควบคุมความดันลูกตาได้ดี ก่อนเข้ารับการรักษา พบความดันลูกตาตาซ้ายสูงถึง 31.8 mmHg แพทย์พิจารณาทำการผ่าตัด Trabeculectomy with Mitomycin-C ที่ตาซ้าย เพื่อควบคุมความดันลูกตาความสามารถในการมองเห็น: ตาขวา s/200, ตาซ้าย s/200 ความดันลูกตา (IOP): ตาขวา 18 mmHg, ตาซ้าย 27.9-32 mmHg, Fundus: Cup/Disc nearly full ทั้งสองข้าง, Corneaใส, AC ปกติ, Lens ชุ่นเล็กน้อย (NS+1) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ eGFR 71.76 mL/min/1.73 m² บ่งชี้ว่ายังมีการทำงานของไตดี การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดได้รับการเตรียมตัวสำหรับการผ่าตัด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หยอดยา Tobramycin เตรียมฆ่าเชื้อที่ตาซ้าย และได้รับยา Lorazepam 0.5 mg เพื่อลดความกังวล, ระยะผ่าตัดทำการผ่าตัด Trabeculectomy with Mitomycin-C ที่ตาซ้าย วันที่ 19 มกราคม 2568 ใช้เวลา 1 ชั่วโมงผู้ป่วยมีสัญญาณชีพคงที่ตลอดการผ่าตัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยฟื้นตัวดี ไม่มีอาการปวดแผล ความดันลูกตาลดลงอย่างต่อเนื่อง วันที่ 20 มกราคม 2568 ตาซ้าย 21.3 mmHg และ วันที่ 21 มกราคม 2568 ตาซ้าย 13 mmHg ผู้ป่วยได้รับการสอนวิธีหยอดยาและดูแลตนเองก่อนจำหน่ายกลับบ้าน, ยาที่ได้รับกลับบ้าน (Home Medications): Right Eye: Xalatan 0.005% hs, Brinzolamide + Timolol BID และ Brimonidine TID, Left Eye (หลังผ่าตัด): Moxifloxacin 4 ครั้ง/วัน, Prednisolone ทุก 2 ชั่วโมง ผลการติดตามหลังจำหน่าย วันที่ 24 มกราคม 2568 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด อาการดีขึ้น ไม่มีปวดตา การมองเห็นตาซ้ายดีขึ้น (FC 2') ความดันลูกตาอยู่ในเกณฑ์ปกติ: ตาขวา 15 mmHg, ตาซ้าย 9 mmHg สรุปผลการรักษาการผ่าตัด Trabeculectomy with Mitomycin-C ที่ตาซ้ายสามารถควบคุมความดันลูกตาได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ผู้ป่วยตอบสนองต่อ

การรักษาดี มีความร่วมมือในการดูแลตนเอง สามารถกลับบ้านและติดตามผลตามนัดได้อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. จอมขวัญ เสงส์สวัสดิ์, วัลลภ เอี่ยมสมบูรณ์ และ รวีวรรณ ชุณณอม (2563). การเปลี่ยนแปลงค่าไบโอมेटริกของลูกตาและค่าสายตาหลังการผ่าตัดต้อหิน. *The Thai Journal of Ophthalmology*, 34(2):71-77
2. Foster A, Resnikoff S. The impact of Vision 2020 on global blindness. *Eye (Lond)*. 2005 Oct;19(10):1133-5.
3. Bhagat PR, Agrawal KU, Tandel D. Study of the Effect of Injection Bevacizumab through Various Routes in Neovascular Glaucoma. *J Curr Glaucoma Pract*. 2016 May-Aug;10(2):39-48.
4. กลุ่มงานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลพิจิตร. 2567.
5. World Glaucoma Association. (2022). Surgical management of glaucoma. In R. N. Weinreb, L. M. Gazzard, & T. Aung (Eds.), *Guidelines on Design and Reporting of Glaucoma Surgical Trials* (2nd ed.). World Glaucoma Association.
6. Lee, J. Y., & Lee, S. H. (2016). Outcomes of Trabeculectomy with Mitomycin-C in glaucoma management. *Journal of Glaucoma*, 25(9), 840-845. <https://doi.org/10.1097/IJG.0000000000000474>
7. สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย. (2563). มาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัด. กรุงเทพฯ: สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย.
8. American Academy of Ophthalmology. (2022). Basic and Clinical Science Course: Glaucoma Section 10. San Francisco, CA: AAO.
9. ชดา ธนาธิเรก (2564). การพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อหิน. ในตำราการพยาบาลจักษุ (หน้า 215-232). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล.

กรณีศึกษา

Case Study

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา Nursing Care of Patient Stroke : Case Study

วันเพ็ญ สุขแจ่ม พย.บ

โรงพยาบาลท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์

บทคัดย่อ

ที่มา : โรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะที่เนื้อสมองถูกทำลายโดยเฉียบพลันเนื่องจากเลือดไม่สามารถไปเลี้ยงเนื้อสมองบริเวณนั้นๆ ได้ เนื่องจากการตีบหรือแตกของหลอดเลือดในสมอง ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทแบบทันทีทันใด และอาการคงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง ทำให้เสียชีวิตหรือเป็นอัมพฤกษ์อัมพาตได้ ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นำแนวทางมาใช้ในหน่วยงาน และองค์กรในรูปแบบการจัดทำเป็นกรณีศึกษาเพื่อศึกษา

วิธีการศึกษา : เลือกศึกษาจากผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลท่าตะโก เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการล่าช้าไม่สามารถส่งเข้าระบบ Stroke Fast Track ได้ทัน เป็นผู้สูงอายุมีโรคร่วมมารับบริการ ระหว่างวันที่ 23 กุมภาพันธ์ - 18 กันยายน 2567

ผลการศึกษา : กรณีศึกษา เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถเข้าระบบ Stroke Fast Track ได้ทันเวลา แพทย์วินิจฉัย Stroke ส่งทำ CT โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เพศชาย อายุ 77 ปี อาการสำคัญมาด้วยแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ลิ้นแข็งพูดไม่ชัด เดินเซลล์ NIHSS score : 6 ได้รับการรักษาโดยนอนโรงพยาบาล 2 วัน

สรุปผล : การดูแลรักษาต่อเนื่องติดตามอาการของผู้ป่วยขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดูแลให้การพยาบาล และวางแผนก่อนจำหน่ายผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยอาการคงที่สามารถกลับไปรักษาต่อที่บ้านได้ การดูแลฟื้นฟูสภาพใน 3 เดือนแรกมีความสำคัญ เพราะเป็นการเตรียมความพร้อมของร่างกายและจิตใจ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ นำไปสู่การฟื้นฟู วางแผนร่วมกับญาติในการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ : ส่งเสริมการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและช่องทางการใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน 1669

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง Stroke, Cerebrovascular disease

Abstract

Background : Stroke is a medical condition characterized by the sudden destruction of brain tissue caused by an interruption in blood supply to specific areas of the brain. This is typically due to the narrowing or rupture of cerebral blood vessels, resulting in abrupt neurological dysfunction. Symptoms persist for more than 24 hours and may lead to death or permanent disability, directly affecting the patient's quality of life.

Objectives : To study nursing care approaches for patients with stroke, and to apply these approaches within healthcare institutions and organizations through the development of a case study for further exploration.

Methodology : The study focused on patients receiving care at Thatako Hospital, specifically those who arrived late and could not be enrolled in the Stroke Fast Track system in time. The selected case involved an elderly patient with underlying health conditions who sought treatment between February 23 and September 18, 2024.

Results : The case study involved a 77-year-old male stroke patient who was not admitted into the Stroke Fast Track system in time. The physician diagnosed stroke and referred the patient for a CT scan at Sawanpracharak Hospital. The patient's primary symptoms included left-sided limb weakness, slurred speech due to tongue stiffness, and unsteady gait with falls. The NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) score was 6. The patient was hospitalized and received treatment for a period of two days.

Conclusion : Continuous care and close monitoring during hospitalization are essential. Appropriate nursing care must be provided, and discharge planning should be initiated once the patient's condition stabilizes to ensure safe continuation of care at home. The first three months of rehabilitation are particularly important for preparing the patient's physical and mental readiness, preventing complications, and facilitating recovery. Rehabilitation planning should be conducted in collaboration with the patient's relatives to maximize the potential for a return to normal daily life

Recommendation : It is recommended to promote awareness of stroke warning signs and enhance access to emergency medical services through the national emergency hotline 1669.

Keywords : Stroke, Cerebrovascular disease

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) หรือ Cerebrovascular disease (CVD) พบได้ในผู้ป่วยจำนวนมาก ส่วนมากจะพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง จากรายงานสถิติสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข ในประเทศไทย พบว่าในปี 2563 ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน (หรือมีผู้ป่วยรายใหม่ 1 คน ในทุก 3 วินาที) และเสียชีวิต 6.5 ล้านคน⁽¹⁾ ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรง หรือขาครึ่งซีกของร่างกายทันทีทันใด ตามัวหรือมองไม่เห็นทันทีทันใด พูดตะกุกตะกักพูดไม่ชัด ปวดศีรษะรุนแรง เวียนศีรษะบ้านหมุน เดินเซ เป็นลม เมื่อเกิดโรคทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงเป็นภาระของญาติและคนในครอบครัวที่ต้องช่วยดูแล เสียเวลาเสียค่าใช้จ่าย ขาดรายได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการท้อถอยเกิดความเครียด ข้อมูลทางสถิติพบว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดใหม่ทั่วโลกราว 10-15 ล้านคน ในจำนวนนี้ 5 ล้านคนกลายเป็นคนพิการอย่างถาวร

สำหรับในประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน (อัตราการตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) แบ่งเป็น เพศชาย 19,949 คน (ร้อยละ 58) มากกว่าเพศหญิง 14,596 คน (ร้อยละ 42) ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 23,817 คน (ร้อยละ 69)⁽¹⁾ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในแต่ละปีตั้งแต่ 2560-2564 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราการตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2560-2563 พบอัตราการตายต่อประชากรแสนคน จากโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 48, 47, 53 และ 53 ตามลำดับ

จากสถิติข้อมูล Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุขอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองปี พ.ศ. 2565-2567 จำนวน 170,161,154 คน ตามลำดับ อัตราตายจำนวน 17, 23, 21 คน ตามลำดับ

มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่จำนวนมากที่ไม่ได้รับการรักษาทันในระบบ Stroke Fast Track ของโรงพยาบาลท่าตะโกในปี พ.ศ. 2565 - 2567 จำนวน 98,100,68 คน ตามลำดับ⁽²⁾

จากข้อมูล การประชุมการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) โรงพยาบาลท่าตะโก ผู้ป่วยนอกได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน มีผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยนอกครบ 6 ครั้งใน 6 เดือน มีจำนวน 6 เปอร์เซ็นต์ เข้ารับบริการไม่ครบ 6 ครั้ง 10 เปอร์เซ็นต์ ไม่ได้เข้ารับบริการ 84 เปอร์เซ็นต์⁽²⁾ ผู้ศึกษาจึงมองเห็นความสำคัญ ในการเข้าถึงบริการล่าช้าภายหลังมีอาการทางโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การเดินทางลำบาก ไม่มีรถ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการไม่ทันเข้าระบบ Stroke Fast Track จึงมีความสำคัญ เนื่องจากถ้าผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาได้ทันเวลาจะสามารถช่วยลดภาวะร่างกายพิการเป็นอัมพฤกษ์อัมพาตได้ และถึงแม้ว่าผู้ป่วยมาไม่ทันเข้าระบบ Stroke Fast Track การฟื้นฟูสภาพใน 3 เดือนแรกก็มีความสำคัญเพราะเป็นการเตรียมความพร้อมของร่างกายและจิตใจป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ นำไปสู่การฟื้นฟูวางแผนร่วมกับญาติในการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติมากที่สุด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดจากการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ และติดตามผลลัพธ์ของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

วิธีดำเนินการศึกษา

1. เลือกเรื่องที่สนใจศึกษาจากผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการล่าช้าไม่สามารถส่งเข้าระบบ Stroke Fast Track ได้ทัน เป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วมมารับบริการระหว่างวันที่ 23 กุมภาพันธ์ - 18 กันยายน 2567
2. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร งานวิจัย ตำราหลักฐานเชิงประจักษ์และ Internet ที่มีข้อมูลเกี่ยวกับ

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3. รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากเวชระเบียน
4. นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติพยาบาล
5. สรุปผลการพยาบาลและให้คำแนะนำกับบุคลากรทางการพยาบาล ผู้ป่วย และญาติ
6. สรุปกรณีศึกษา รวบรวมข้อมูล ตรวจสอบแก้ไข พร้อมทั้งจัดทำเป็นรูปเล่มและเผยแพร่เอกสาร

ผลการศึกษา

การศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ

1. ระยะแรกเริ่ม ผู้ป่วยชายไทย อายุ 77 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2567 ด้วยอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง 4 วัน ญาติให้ประวัติ 4 วันก่อน แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง มีปากเบี้ยวพูดไม่ชัด มีลิ้นแข็ง เดินเซล้ม ไม่มีศีรษะกระแทก ไม่ได้มาโรงพยาบาล 3 วัน ทรงตัวไม่ได้เซด้านซ้ายเดินไม่ได้ วันนี้มีอาการอ่อนแรงแขนขาข้างซ้าย ชา พูดไม่ชัด มีหน้าเบี้ยว กลืนอาหารลำบาก ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล แพทย์แผนกผู้ป่วยนอกตรวจประเมินอาการ ส่งต่อไปโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์เพื่อตรวจเอกซเรย์สมอง (CT scan) พบสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute infraction of right MCA) แพทย์พิจารณาส่งกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลท่าตะโก
 2. ระยะดูแลรักษาต่อเนื่อง แพทย์ให้การรักษาแบบประคับประคอง (Conservative treatment) ให้ยา ASA (300 mg), Amlodipine (5 mg), HCTZ (25 mg), Enalapril (5 mg) และ Fenofibrate (200 mg) ให้น้ำเกลือ NSS, Observe neurosign ส่งทำกายภาพนอนโรงพยาบาลท่าตะโก 2 วัน แพทย์วางแผนจำหน่ายให้ยากลับบ้าน ASA (300 mg), Fenofibrate (200 mg) หยุดยา Amlodipine (5 mg), Enalapril (5 mg), HCTZ (25 mg) ดูแลให้การรักษาและวางแผน ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยอาการคงที่สามารถกลับไปรักษาต่อที่บ้านได้ โดยเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติโดยใช้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge planing) รูปแบบ Method model
- M-E-T-H-O-D Model**
- M (Medication) ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับ

- E (Environment & Economic) ผู้ป่วยได้
รับความรู้ในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ให้เหมาะสมกับ
สภาวะสุขภาพ การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชน
การจัดการเกี่ยวกับปัญหาเศรษฐกิจและสังคม

- T (Treatment) ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ
เป้าหมายของการรักษา สามารถสังเกตอาการของตนเอง
และรายงานอาการที่สำคัญ ให้แพทย์พยาบาลทราบ
มีความรู้พอที่จะจัดการกับภาวะฉุกเฉิน ด้วยตนเองอย่าง
เหมาะสมก่อนมาถึงสถานพยาบาล

- H (Health) ผู้ป่วยและครอบครัว เข้าใจ
สภาวะสุขภาพของตน เช่น ข้อจำกัด ผลกระทบจากการ
เจ็บป่วย และสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน
ให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ เอื้อต่อการฟื้นฟู
สภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

- O (Outpatient Referral) ผู้ป่วยเข้าใจและ
ทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การติดต่อขอ
ความช่วยเหลือ เมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน รวมทั้งการส่งต่อ
สรุปผลการรักษาและแผนการดูแลผู้ป่วยให้กับหน่วยงานอื่น
ที่จะรับช่วงดูแลต่อ

- D (Diet) ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถเลือกรับ
ประทานอาหารได้เหมาะสมกับภาวะและข้อจำกัดด้าน
สุขภาพ⁽³⁾

3. ระยะฟื้นฟูสภาพ การดูแลฟื้นฟูสภาพใน 3
เดือนแรกมีความสำคัญ ผู้ศึกษาร่วมวางแผนกับครอบครัว
ผู้ป่วยเพื่อเตรียมกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

3.1 ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยพบว่า
ผู้ป่วยยังช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง
ลิ้นแข็ง ปากเบี้ยว ต้องพึ่งพาคนในครอบครัว ผู้ดูแลหลัก
คือภรรยา

3.2 ส่งพบทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย
พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ

3.3 เตรียมความพร้อมที่พักอาศัย บ้านผู้ป่วย
เป็นบ้านปูนชั้นเดียวแต่มีพื้นต่างระดับบ้างแห่ง จึงให้
คำแนะนำเรื่องการปรับพื้นที่ต่างระดับ

3.4 นัดหมายผู้ป่วยให้มารับยาตามนัดที่คลินิก
สูงอายุ เพื่อประเมินสุขภาพ

ทฤษฎีทางพยาบาลที่นำมาใช้

1. แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เพื่อใช้ประเมิน
ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย รวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการ

ซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติ
การเพื่อวินิจฉัยปัญหา และวางแผนการปฏิบัติและ
การประเมินผล⁽⁴⁾

2. แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy
Adaptation Model) โดยใช้กระบวนการเผชิญปัญหา
2 กลไก คือ กลไกการควบคุม และกลไกการรู้คิด ส่งผล
ให้บุคคลแสดงพฤติกรรมการปรับตัวออกมา เพื่อใช้วางแผน
การพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ รอยได้ให้ความหมายของ
มนุษย์ว่า เป็นบุคคลเดี่ยว ครอบครัว กลุ่ม องค์กร และ
ชุมชนเป็นระบบการปรับตัวแบบองค์รวม (Holistic
adaptation system) ระบบของมนุษย์เป็นทั้งหมดใน
หนึ่งเดียวแสดงถึงพฤติกรรมที่มีความหมายของมนุษย์
มีความสามารถในการคิด มีสติ⁽⁵⁾

3. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem)
การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปตามระยะพัฒนาการ
และเมื่อมีภาวะเปราะบางทางด้านสุขภาพ เพื่อประเมิน
ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นแนวคิด
ที่สร้างขึ้นหรือค้นพบจากความเป็นจริงเกี่ยวกับการพยาบาล
มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยาย อธิบาย ทำนาย หรือกำหนด
วิธีการพยาบาล⁽⁶⁾

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 77 ปี สถานภาพ สมรส ระดับ
การศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพ อาศัยบุตร สิทธิ
การรักษาบัตรทอง ภูมิลำเนา อำเภอบึงสามพัน

ข้อมูลการเจ็บป่วย

วันที่เข้ารับการรักษา 23 กุมภาพันธ์ 2567
วันที่ส่งต่อ 23 กุมภาพันธ์ 2567 วันที่นอนโรงพยาบาล
23 กุมภาพันธ์ 2567 การวินิจฉัยโรค Acute stroke อาการ
สำคัญนำส่งโรงพยาบาล 4 วันก่อนมาโรงพยาบาล แขนขา
ข้างซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง เดินเซล้ม
ไม่มีศีรษะกระแทก ไม่ได้มาโรงพยาบาล 3 วันก่อนมา
โรงพยาบาล ทรงตัวไม่ได้เซด้านซ้าย เดินไม่ได้ วันนี้มี
อาการอ่อนแรงแขนขาข้างซ้าย ซาขาซ้าย พูดไม่ชัด
มีหน้าเบี้ยว กลืนอาหารลำบากญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง
ไขมันในเส้นเลือด หูดตาไขมันเองเนื่องจากมีอาการ
ปวดเกร็งกล้ามเนื้อไม่ได้มาพบแพทย์ โรคไตระยะที่ 3

ปฏิเสธแพ้ยาและอาหาร ปฏิเสธการใช้สารเสพติด ประวัติดื่มสุรบบ้างครั้งตามเทศกาล สูบบุหรี่ 5-10 มวน/วันนาน 50 ปี อาการแรกเริ่ม แรกเริ่มรู้สึกตัวดี ลืมตาเองได้ พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง ปากเบี้ยว เดินเซ ทำตามคำสั่งได้ E4V5M6 pupil 3 mm. reaction to light both eye motor power แขนขาข้างขวาระดับ 5 แขนขาข้างซ้ายระดับ 4 NIHSS score แรกเริ่มเท่ากับ 6 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 164/100 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98% ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Acute stroke จากโรงพยาบาลชุมชน การตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC 10,190 Cell/mm³ Hct 32 % BUN 15 mg/dl creatinine 1.39 mg/dl GFR 49 Blood sugar 165 mg/dl electrolyte ปกติ การรักษา 0.9 % NSS 1,000 ml iv drip 80 ml/hr, O₂ cannular 3 LPM ส่งโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อทำ CT scan ผลการตรวจ CT scan พบสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute infarction of right MCA) ส่งกลับมารักษาต่อโรงพยาบาลชุมชน นอนโรงพยาบาลสังเกตอาการ ทำกายภาพ ให้ยา ASA 300 mg 1 tab ○ pc, amlodipine 5 mg 2 tab ○ pc, HCTZ 25 mg 1 tab ○ pc, enalapril 5 mg 1 tab ○ ผู้ป่วยขาดยา atorvastatin 40 mg , simvas 20 mg นาน 2 เดือน เนื่องจากหลังรับประทานยาแล้วมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อแพทย์จึงเพิ่มยา fenofibrate 200 mg 1 tab ○ pc

1. ระยะเวลาจับ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 :

เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากสมองขาดเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

ความดันโลหิต 164/100 มิลลิเมตรปรอท พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง ปากเบี้ยว แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดภาวะสมองบวม

การพยาบาล

1. สังเกตและบันทึกอาการของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increase intracranial pressure: ICP) เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรง ตาพร่ามัว

ชักเกร็ง กระตุก และลักษณะการหายใจที่ผิดปกติถ้าพบอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์ทันที

2. ติดตามเฝ้าระวังและประเมินอาการทางระบบประสาท glasgow coma scale

3. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา โดยจัดให้ศีรษะอยู่ในแนวตรง สะโพกไม่พับงอมากกว่า 90 องศา และไม่ควรเปลี่ยนท่าเร็ว

4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาควบคุมความดันโลหิตตามแผนการรักษา

5. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เกิดความดันในช่องอกและช่องท้อง (valsalva maneuver) เพิ่มขึ้น เช่น การออกแรงลูกนั่ง การเบ่งถ่ายอุจจาระ การไอหรือการจามแรงๆ การพลิกตะแคงตัว

6. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัว ลิ้นแข็ง ปากเบี้ยวด้านซ้าย พูดไม่ชัด glasgow coma scale E4V5M6 pupil 3 mm. reaction to light both eye แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงระดับ 4 แขนขาข้างขวาระดับ 5 ไม่มีอาการชักเกร็ง ไม่มีอาเจียนพุ่ง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 :

ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการส่งต่อ

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยและญาติถามว่าจะหายกลับมาเดินได้ปกติเหมือนเดิมอีกไหม ไปโรงพยาบาลแม่ข่ายจะทำอะไรบ้าง

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวล และมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคถูกต้อง และร่วมมือในการรักษา

การพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและญาติ

2. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติถึงแผนการรักษาที่แพทย์ระบุไว้ในเวชระเบียน และให้พบแพทย์ เพื่ออธิบายถึงความจำเป็นที่ต้องส่งต่อไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล



3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามและระบายความรู้สึก แพทย์ใช้ทักษะการสื่อสารกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เวลาในการตรวจรักษา 15-20 นาที ประเมินอาการเบื้องต้นและวินิจฉัยแยกโรคด้วยการตรวจร่างกาย ให้ความไม่เร่งรีบที่จะรับฟังสิ่งที่รู้สึกกังวล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามเกี่ยวกับอาการของโรค

4. อธิบายความก้าวหน้าถึงภาวะโรคที่เป็นอยู่ และการช่วยเหลือที่ผู้ป่วยจะได้รับในการรักษาพยาบาลเป็นระยะๆ

5. ใช้คำพูดที่ชัดเจน อ่อนโยน ยิ้มแย้ม แจ่มใส แสดงความสนใจและจริงใจต่อผู้ป่วย

6. อธิบายให้ญาติและผู้มาเยี่ยมงดการพูดคุยในเรื่องที่เพิ่มความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วย

7. แนะนำญาติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม สิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้ป่วยและระเบียบของโรงพยาบาล บอกให้ทราบถึงเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลรักษาและวิธีการขอความช่วยเหลือ

8. อธิบายให้เข้าใจว่าความผิดปกติของร่างกายจิตใจ และอารมณ์ จะค่อยๆ ดีขึ้นได้ หากผู้ป่วยให้ความร่วมมือในแผนการรักษา

2. ดูแลรักษาต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 :

การเคลื่อนไหวบกพร่องเนื่องจากแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยเดินไม่ได้เซล้ม แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงระดับ IV การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อข้างซ้ายลดลง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น และออกกำลังกายเองได้โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

การพยาบาล

1. สอนให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

2. สอน แนะนำ ผู้ป่วยและญาติ ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายแบบ Active-passive exercise⁽⁷⁾

3. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยออกกำลังกายแขนขาข้างซ้ายอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง

4. ในขณะที่ผู้ป่วยนอน ควรจัดท่านอนให้ผู้ผู้ป่วย

นอนศีรษะสูง 0-30 องศาศีรษะและลำตัวอยู่ในแนวตรง โดยนำหมอนมารองบริเวณท้ายทอย ใต้หัวไหล่และสะบัก ในข้างอ่อนแรงด้านซ้าย ข้อศอกเหยียดตรงหมุนออก ข้างนอก ข้อมือตรงหงายมือ นิ้วมือเหยียดออก ขาเหยียดตรง และหมุนขาเข้าด้านในเล็กน้อย นำหมอนใบเล็กหรือผ้าขนรองบริเวณก้นกบใช้ผ้าขนหนหรือหมอนรองใต้เท้าเพื่อให้ข้อเข่าเล็กน้อย ปลายเท้าใช้ผ้าขนหรือถุงมือใส่น้ำรองด้านข้างและส้นเท้าถึงข้อเท้า เพื่อให้เท้าตั้งตรง ป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ตาตุ่มและส้นเท้า

5. ดูแลให้ประคับประคองแขน ขา ข้างซ้ายทุกครั้ง queผู้ป่วยทำกิจกรรม

6. ไม่ควรดึงแขนขาข้างซ้ายเวลาเคลื่อนย้ายหรือจับจะทำให้ไหล่เจ็บและบวมได้ การดึงแขนขาข้างที่อ่อนแรงอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อบริเวณข้อ เช่น กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น

7. แนะนำผู้ป่วยให้หลีกเลี่ยงการนั่งห้อยขาหรือเข้าเป็นเวลานานๆ อาจทำให้เกิดอาการบวมที่เท้าและข้อเท้า และอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมาได้ เช่น ข้อติดหรือแผลกดทับ นอกจากนี้การห้อยขาเป็นเวลานานยังอาจส่งผลต่อการไหลเวียนโลหิต ทำให้เกิดการคั่งของเลือดในบริเวณขาส่วนล่างซึ่งอาจนำไปสู่การบวมและอักเสบได้

8. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เครื่องพยุงต่างๆ

9. จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิดความปลอดภัยในการหยิบอุปกรณ์และของใช้

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถขยับแขน ขา ข้างซ้ายได้มากขึ้น ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม ไม่มีแผลกดทับ ไม่พบข้อติด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 :

เสี่ยงต่อการสำลัก เนื่องจากกลืนลำบาก

ข้อมูลสนับสนุน

ลิ้นแข็ง ปากเปี้ยว พูดไม่ชัด กลืนลำบาก

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการสำลักจากการรับประทานอาหาร น้ำ และยา

การพยาบาล

1. ประเมินภาวะการกลืนลำบากอย่างสม่ำเสมอ โดยสังเกตอาการสำลัก ขณะกลืนอาหารหรือน้ำ

2. ฝึกให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนทุกวัน โดยให้ผู้ผู้ป่วยออกเสียง อา อุ อี อือ ออ บริหารลิ้น โดยดันลิ้นไปด้านข้างจนกระทั่งแก้ม ช้ำ ขวา ดันขึ้นจนเพดานปาก แลบลิ้น ครั้งละ 5 นาที ทำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง

3. สอนให้ผู้ดูแลช่วยผู้ป่วย ในการเลือกอาหารที่เคี้ยวง่ายและสะดวกต่อการกลืน เช่น โจ๊กข้น โยเกิร์ตชั้นเจลลี่ หลีกเลียงอาหารประเภทเส้น เช่น เส้นขนมจีน เส้นก๋วยเตี๋ยว และอาหารที่มีลักษณะเป็นก้อนเหนียว เช่น ขนมชั้น ขนมเทียน เป็นต้น

4. จัดให้ผู้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งตัวตรงประมาณ 90 องศา และจัดศีรษะตั้งตรงขณะรับประทานอาหาร

5. ลดสิ่งกระตุ้นขณะรับประทานอาหาร เช่น ไม่ดูทีวีเพราะจะทำให้ความสนใจในการรับประทานอาหารลดลง

6. จัดวางอาหารให้อยู่ในลานสายตาที่ผู้ป่วยมองเห็นได้

7. ให้ความรู้ในการรับประทานอาหารไม่ควรเร่งผู้ป่วย

การประเมินผล

ผู้ป่วยรับประทานอาหารและน้ำได้ไม่มีการสำลัก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 :

เสี่ยงต่อภาวะขาดสารน้ำและสารอาหาร

ข้อมูลสนับสนุน

เพลียไม่มีแรง ปากเปื่อย ลิ้นแข็ง กลืนอาหารลำบาก

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ

การพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลงจากอาการปากเปื่อย ลิ้นแข็ง กลืนอาหารลำบาก เพลียไม่มีแรง การให้สารน้ำจะช่วยเพิ่มปริมาณของเหลวในร่างกายทำให้เลือดไหลเวียนได้ดีขึ้น ซึ่งจะช่วยนำออกซิเจนและสารอาหารไปยังเซลล์สมองที่เสียหายได้มากขึ้น

2. ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับอาหารอ่อนอย่างครบถ้วนตามแผนการรักษาของแพทย์

3. สังเกตความยืดหยุ่นของผิวหนัง (skin turgor)

4. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง

5. บันทึกปริมาณน้ำเข้าออกจากร่างกายของผู้ป่วย

6. สังเกตอาการของการขาดสารอาหาร (Hypo-hyperglycemia)

7. เจาะเลือดติดตามระดับน้ำตาล ตามแผนการรักษา

8. ดูแลให้พักผ่อนและวัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย อุณหภูมิที่สูงหรือต่ำเกินไปอาจส่งผลต่อการทำงานของสมองและระบบประสาทเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน

9. อธิบายให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลดีของการรับประทานอาหารต่อการรักษา

การประเมินผล

ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ปกติ ผลตรวจเลือดปกติ ความยืดหยุ่นของผิวหนัง (skin turgor) ปกติ น้ำหนักตัวอยู่ในระดับปกติหรือเพิ่มขึ้น

3. ภาวะฟื้นฟูสภาพ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 :

เสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุหกล้ม เนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อย

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยอ่อนแรง แขน ขา ข้างซ้าย เดินเซ

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ผู้ป่วย ได้รับอุบัติเหตุหกล้ม

การพยาบาล

1. แนะนำให้จัดสภาพแวดล้อมให้สะอาด สะดวก วางของใช้ที่จำเป็นให้อยู่ใกล้ หยิบใช้ได้สะดวก ปลอดภัย

2. ปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัย เช่น การทำทางลาดไม่ให้มีพื้นต่างระดับที่บ้าน

3. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยออกกำลังกายแขน ขา ข้างซ้าย ทั้งแบบactiveและpassiveexerciseโดยมีญาติคอยช่วยเหลือ ทำอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

4. สอนผู้ป่วย เกี่ยวกับการเปลี่ยนท่าให้ช้าๆ

5. ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงวิธีการทำให้ปลอดภัย

การประเมินผล

ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุหกล้ม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 :

ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยและญาติ ไม่สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลการรักษา และกิจกรรมบำบัดได้ มีสับสนวิตกกังวล

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยและญาติ คลายความวิตกกังวล มีความรู้ในการดูแล และสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้

การพยาบาล

1. ประเมินระดับความเข้าใจในการดูแลของผู้ป่วยและญาติ
2. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษา ภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อน
3. ให้ความรู้ในการฟื้นฟูผู้ป่วยกับญาติกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันให้มากที่สุด ให้ผู้ป่วยใช้ร่างกายข้างที่อ่อนแรงเท่าที่สามารถจะทำได้ ช่วยเหลือกิจกรรมเท่าที่จำเป็นที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้
4. แนะนำถึงความจำเป็นเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง
5. ประเมินภาวะจิตใจ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และให้คำปรึกษา แนะนำ ให้กำลังใจและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง
6. แนะนำการรับประทานยาต่อเนื่องห้ามขาดยาหรือปรับยาเอง มาตามนัดตามแผนการรักษาของแพทย์
7. แนะนำการผ่อนคลายความเครียด
8. แนะนำการทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติ มีความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรค และสามารถอธิบายวิธีการปฏิบัติตนได้ถูกต้องมีสับสนวิตกกังวล

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วย

ติดตามเยี่ยมอาการผู้ป่วย 5 ครั้ง โดยผู้ป่วยมาตามนัดที่โรงพยาบาลเพื่อติดตามอาการและรับยาต่อเนื่องหลังจากที่ให้การดูแลก่อนจำหน่าย โดยเตรียมความพร้อมผู้ป่วย และญาติโดยใช้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge planning) รูปแบบ Method model ผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องยาผู้ป่วยได้รับความรู้ในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมปรับปรุงพื้นที่บ้านที่มีทางต่างระดับ ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเป้าหมายของการรักษา

ญาติและผู้ป่วยออกกำลังตามที่นักกายภาพบำบัดแนะนำ ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจภาวะสุขภาพของตน ผู้ป่วยเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัดมาตามนัดที่แพทย์นัดทุกครั้งไม่ขาดยา ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารได้เหมาะสมกับภาวะของโรคและข้อจำกัดด้านสุขภาพ หลังจากผู้ป่วยมาตามนัดและรับยาต่อเนื่องครบ 5 ครั้ง ผู้ป่วยเดินได้ใช้ walker ช่วย แขนขาข้างซ้ายกำลังดีขึ้นแต่ยังมีอ่อนแรง ปากเบี้ยว น้อยลง รับประทานอาหารไม่ลำบาก พูดชัดขึ้นแต่ยังมีลิ้นแข็ง กระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืน ผีกให้ออกเสียง อา อ อี อือ ออ บริหารลิ้น แพทย์ให้ยากลับบ้าน และส่งต่อเข้าคลินิกผู้สูงอายุ

วิจารณ์

จากกรณีศึกษา เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถเข้าสู่ระบบ stroke fast track ได้ การดูแลและฟื้นฟูสภาพในระยะ 3 เดือนแรกมีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะสมองมีความสามารถในการปรับตัวและสร้างการเชื่อมต่อใหม่ได้ดีในช่วงนี้ ทำให้สามารถฟื้นฟูการทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อได้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติในการดูแล ฟื้นฟูสภาพ สอนทักษะต่างๆ และช่วยประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพได้ครอบคลุม

บทสรุป

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้โดยปฏิบัติตัวหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และหากผู้ป่วยและญาติมีความรู้เรื่องอาการของโรคหลอดเลือดสมองจะสามารถเข้ามารับการรักษาได้รวดเร็วสามารถเข้าสู่ระบบ stroke fast track ได้ทันเวลาจะช่วยลดความพิการได้ เนื่องจากผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก เกินเวลาของระบบ stroke fast track การพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วย ญาติ และทีมสหสาขาวิชาชีพเข้าร่วมดูแล

ข้อเสนอแนะ

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแก่ประชาชน เมื่อเกิดอาการ อ่อนแรงแขน ขา มึนชา ตา มัว หน้าเบี้ยว ปวดหัว ลิ้นรัว เดินเซ ให้รีบมาโรงพยาบาล

เพื่อให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ป้องกันการเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ควรมีการศึกษาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล

3. ควรเน้นย้ำเกี่ยวกับการมาตรวจตามนัด การทำกายภาพเมื่ออยู่ที่บ้าน และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และฟื้นฟูให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น

4. การติดตามเยี่ยมผู้ป่วย นอกจากทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสาธารณสุข ควรทำร่วมกับองค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชน เพื่อเป็นแรงผลักดันเพิ่มผู้ดูแลในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงาน; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 30 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddcmoph.go.th/brc/new.php?news=37914 & deptcode=brc>
2. Service plan stroke. ลดป่วยลดตายจากโรคหลอดเลือดสมอง. การประชุมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโรงพยาบาลท่าตะโก ครั้งที่1; 2567: โรงพยาบาลท่าตะโก. นครสวรรค์: คณะกรรมการ Service plan; 2567
3. ทติยา เทพขุนทอง, น้ำตาล แสนจันทร์. การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ. วารสารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น 2566;4:364.
4. การพยาบาล[อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]:[ม.ป.พ.]; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 30 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: [nursing62.blogspot.com>news=37914&deptcode=brc](https://nursing62.blogspot.com/news=37914&deptcode=brc)
5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง. แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ป.]. [เข้าถึงเมื่อ 30 มี.ค. 2568]; 9 เข้าถึงได้จาก: https://archive.lib.cmu.ac.th/full/T/2551/nuad0951pm_ch2.pdf
6. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม. Gotoknow [อินเทอร์เน็ต]. Ben Ben, [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; [ม.ป.ป.]. [เข้าถึงเมื่อ 30 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.gotoknow.org/posts/115427>
7. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2567

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อร่วมระหว่าง โรคไข้เลือดออกเดงกีกับโรคโควิด-19

Nurses' Role in Caring for Patients with Co-infection between the Dengue hemorrhagic fever and Covid-19

พรศักดิ์ ใจชื้น พย.บ.⁽¹⁾, พิไลวรรณ ใจชื้น พย.บ.^(2*)

Ponsak Jaichaun⁽¹⁾, Pilaiwan Jaichaun^(2*)

บทคัดย่อ

โรคไข้เลือดออกเดงกีเป็นโรคหนึ่งที่มีการแพร่ระบาดอย่างมากในช่วงฤดูฝน สาเหตุเกิดจากเชื้อเดงกีซึ่งมี
ยุงลายเป็นพาหะนำโรค ส่วนโรคโควิด-19 เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้ง 2 โรคมีอาการแสดงที่
คล้ายคลึงกันในระยะแรกคือ ไข้ ปวดศีรษะ ไอ หายใจลำบาก และมีพยาธิสรีรวิทยาที่คล้ายคลึงกัน คือ การรั่ว
ของพลาสมาและภาวะเกล็ดเลือดต่ำ การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19
จึงทำให้การวินิจฉัยโรคทำได้ยากและทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงกว่าการติดเชื้อเพียงโรคใดโรคหนึ่ง
บทความนี้มีวัตถุประสงค์การนำเสนอเพื่อให้เข้าใจถึงความคล้ายคลึงและความแตกต่างของทั้ง 2 โรคในด้านอาการ
ทางคลินิก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและภาวะแทรกซ้อน รวมถึงบทบาทพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางใน
การดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อร่วม

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง Stroke, Cerebrovascular disease

Abstract

Dengue hemorrhagic fever is a disease that spread widely during the rainy season, it is caused
by the dengue virus, which is transmitted by Aedes mosquitoes. On the other hand, COVID-19
is caused by the SARS-CoV-2 virus. However, both diseases share similar initial symptoms,
including fever, headache, cough, difficulty breathing, and exhibit similar pathophysiology for
capillary leakage and thrombocytopenia during co-infection. Contracting dengue hemorrhagic
fever during the COVID-19 pandemic complicates the diagnosis and increases the risk of severe
complications compared to being infected with only one of the diseases. This article aims to
present an understanding of the similarities and differences between the two diseases in terms
of clinical manifestations, laboratory findings, and complications, as well as the role of nurses in
providing guidelines for the care of patients with co-infections.

Keyword : Dengue hemorrhagic fever, COVID-19, Nursing care

⁽¹⁾ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน

Registered Nurse, Senior Professional Level. Taphan Hin Crown Prince Hospital

⁽²⁾ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

Lecturer, Princess Agramarajakumari Faculty of Nursing, Chulabhorn Royal Academy

* Corresponding author, e-mail: Pilaiwan.jai@cra.ac.th

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเดงกี (Dengue hemorrhagic fever: DHF) มีการแพร่กระจายอย่างกว้างขวางและจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมากโดยเฉพาะในประเทศไทย เขตร้อนและเขตอบอุ่น ซึ่งพบผู้ป่วยในประเทศในภูมิภาคเอเชียมากถึงร้อยละ 70⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2565 พบอัตราป่วย 70.54 ต่อประชากรแสนคน และอัตราตาย 0.05 ต่อประชากรแสนคน จากข้อมูลในรายงาน 506 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 30 ธันวาคม 2566 ของกองระบาดวิทยา พบอัตราป่วย 232.47 ต่อประชากรแสนคน และอัตราตาย 0.11 ต่อประชากรแสนคน เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในช่วงเวลาเดียวกัน 5 ปี ย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2561–2565) พบว่า ปี 2566 มีจำนวนผู้ป่วยมากกว่าปีที่ผ่านมา 3 เท่า และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽²⁾

ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมีแนวโน้มสูงขึ้น ก็เริ่มมีการระบาดของโรคโควิด-19 และมีผู้ป่วยที่ติดเชื้อเพิ่มจำนวนมากขึ้นขยายวงกว้างไปในหลายประเทศทั่วโลก จนมีจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากอย่างรวดเร็ว องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศให้เป็นการระบาดใหญ่ (Pandemic) เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 25632 โรคโควิด-19 เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่อาจไม่แสดงอาการหรือมีแสดงอาการที่คล้ายไข้หวัดใหญ่ เช่น มีไข้ ไอ เจ็บคอ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ หรือหายใจเหนื่อยหอบ ซึ่งอาจรุนแรงจนเกิดภาวะการหายใจล้มเหลว ภาวะช็อก และ/หรือความผิดปกติของอวัยวะหลายระบบ⁽³⁾

การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อการวินิจฉัยโรคไข้เลือดออก เนื่องจากอาการแสดงในระยะแรกของทั้งสองโรคมีการทับซ้อนกัน คือ มีไข้ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย และมีการรั่วของพลาสมา นอกจากนี้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยังมีลักษณะที่คล้ายกัน คือ เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ต่ำ (lymphopenia) และเกล็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia) ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคผิดพลาดหรือได้รับการรักษาล่าช้า อีกทั้งผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมด้วย จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงกว่าการติดเชื้อเพียงโรคเดียว โดยผลลัพธ์ที่ร้ายแรง

ของการติดเชื้อร่วม ได้แก่ ภาวะช็อก โรคทางเดินหายใจเฉียบพลัน และความล้มเหลวของอวัยวะหลายระบบ ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายเสียชีวิต⁽⁴⁾ มีการศึกษาพบว่าผู้ที่มีการติดเชื้อร่วมระหว่างโรคไข้เลือดออกเดงกีกับโรคโควิด-19 มีอัตราการเสียชีวิตอัตราและการรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) ร้อยละ 19.1 และ 7.8 ตามลำดับ 5 ซึ่งสูงกว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออกหรือโรคโควิด-19 เพียงโรคใดโรคหนึ่ง ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนมากขึ้น ส่งผลให้การพยาบาลซับซ้อนตามไปด้วย

ดังนั้น บทความนี้ผู้เขียนจึงนำเสนอประเด็นของบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสเดงกีร่วมกับไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ลดระยะเวลาการเจ็บป่วย และส่งเสริมการฟื้นฟูร่างกาย อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและมีสุขภาพที่ดี และพยาบาลไม่เกิดการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน

สาเหตุ

โรคไข้เลือดออกเดงกีและโรคโควิด-19 เป็นไวรัสชนิดอาร์เอ็นเอสายเดี่ยวเชิงบวก (single-stranded RNA) เหมือนกัน แต่มีขนาด รูปร่างและองค์ประกอบของไวรัสแตกต่างกัน คือ โรคไข้เลือดออกเดงกี เกิดจากไวรัสเดงกีประกอบด้วยโครงสร้างโปรตีน 3 ชั้นที่มีไขมันเป็นเปลือกหุ้ม (lipid envelope) และโครงสร้างภายในประกอบด้วยโปรตีนโครงสร้าง (Structural proteins) และโปรตีนไม่ใช้โครงสร้าง (Non-structural proteins) ได้แก่ NS1, NS2A, NS2B, NS3, NS4A, NS4B และ NS5 โดยที่ NS1 มีความสำคัญในการวินิจฉัยและตรวจยืนยันโรคไข้เลือดออก เชื้อไวรัสเดงกี มี 4 ซีโรทัยป์ (Serotype) ได้แก่ DENV-1, DENV-2, DENV-3 และ DENV-4⁽²⁾ ในขณะที่โรคโควิด-19 เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus 2: SARS-CoV-2) ซึ่งประกอบด้วยโปรตีน 4 ชนิด ได้แก่ spike protein (S), membrane protein (M), envelope protein (E) และ nucleocapsid protein (N) โดยที่ spike protein มีลักษณะคล้ายหนามอยู่บนผนังเซลล์ของไวรัสจึงมีรูปลักษณ์คล้ายมงกุฎ (corona) และสามารถ mutation ได้ง่าย จึงเกิดเป็นไวรัสสายพันธุ์

ต่างๆ ขึ้น เช่น อัลฟา (Alpha), เบต้า (Beta), เดลต้า (Delta) และโอมิครอน (Omicron) เป็นต้น⁽⁶⁾

การแพร่เชื้อ

โรคไข้เลือดออกเดงกีและโรคโควิด-19 มีลักษณะของการแพร่กระจายเชื้อที่แตกต่างกัน คือ โรคไข้เลือดออกเดงกีอาศัยยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะนำโรคแพร่เชื้อด้วยการกัดและดูดเลือดผู้ป่วยที่มีไข้สูงซึ่งเป็นระยะที่มีไวรัส ใช้ระยะเวลาฟักตัว ประมาณ 8-12 วัน ถึงสามารถแพร่เชื้อไวรัสไปสู่คนได้ และเมื่ออีกคนได้รับเชื้อไวรัสเดงกีจะใช้เวลาประมาณ 3-14 วัน (เฉลี่ย 4-7 วัน) ถึงจะแสดงอาการของโรค ซึ่งบางรายอาจจะไม่แสดงอาการแต่สามารถแพร่เชื้อได้⁽¹⁾

ส่วนเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แพร่เชื้อเข้าสู่ร่างกายได้ทางการสัมผัสเชื้อทางละอองฝอยจากการไอ จาม การสัมผัสกับสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ เช่น น้ำลาย น้ำมูก อุจจาระ หรือการจับของใช้สาธารณะร่วมกันแล้วมาสัมผัสกับเยื่อในร่างกาย เช่น ขี้ตา สัมผัสกับปาก จมูก หรือกินเข้าไปทางปาก⁽⁷⁾ ระยะฟักตัวของโรค 1-14 วัน อาการมักแสดงภายใน 14 วันหลังจากสัมผัสเชื้อผู้ที่ติดเชื้อ การศึกษาของสติเฟิน เอ. ลอเออร์และคณะ⁽⁸⁾ พบว่าระยะเวลาในการฟักตัวของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่ามัธยฐาน (median) 5.1 วัน และผู้ป่วยร้อยละ 97.5 แสดงอาการโดยเฉลี่ย 11.5 วันหลังได้รับเชื้อ

พยาธิสภาพ

เชื้อไวรัสเดงกีและเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีวิธีการเข้าสู่เซลล์ที่ต่างกัน แต่มีพยาธิสภาพที่ทับซ้อนกันในเรื่องการรั่วไหลของพลาสมา (plasma leakage) และภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia) โดยการติดเชื้อไวรัสเดงกีทำให้มีระดับของโปรตีน NS1 ในกระแสเลือดสูงและเข้าไปจับกับผิวเซลล์บุผนังหลอดเลือดจากนั้นไปกระตุ้นการสร้างแมโครฟาจและเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) และโมโนไซต์ (Monocyte) รวมถึงมีการกระตุ้นกระบวนการอักเสบทำให้เกิดการหลั่งสารไซโตไคน์หลายชนิดในปริมาณมาก (cytokine storm) เช่น IL-6, IL-8, MCP-1 เป็นต้น ส่งผลให้เกิดการย่อยสลายของไกลโคคาลิกซ์ (Glycocalyx) ในเซลล์บุผนัง

หลอดเลือดและทำให้ความสามารถในการซึมผ่านของผนังหลอดเลือดสูงขึ้น จึงเกิดการรั่วไหลของพลาสมา⁽⁹⁾ นอกจากนี้โปรตีน NS1 ยังมีลำดับของนิวคลีโอไทด์ในโมเลกุลที่คล้ายคลึงกับเซลล์แอนติเจนหลายชนิด เช่น พลาสมิโนเจนและอินทิกริน (plasminogen and integrin), โปรตีนบนเซลล์บุผนังหลอดเลือด (proteins on human endothelial) และเซลล์เกล็ดเลือด (platelet cells) เป็นต้น ดังนั้น แอนติบอดีที่ร่างกายสร้างมาเพื่อต่อต้านโปรตีน NS1 จะสามารถทำปฏิกิริยาต่อเซลล์แอนติเจนเหล่านี้ด้วยเช่นกัน ซึ่งปฏิกิริยาดังกล่าวจะกระตุ้นการหลั่งไนตริกออกไซด์ (NO) ทำให้เกิดการสลายของเซลล์เยื่อบุผนังหลอดเลือดและเกล็ดเลือด จึงทำให้เกิดภาวะเกล็ดเลือดต่ำ และมีการรั่วไหลของพลาสมาด้วยอีกทาง⁽¹⁰⁾

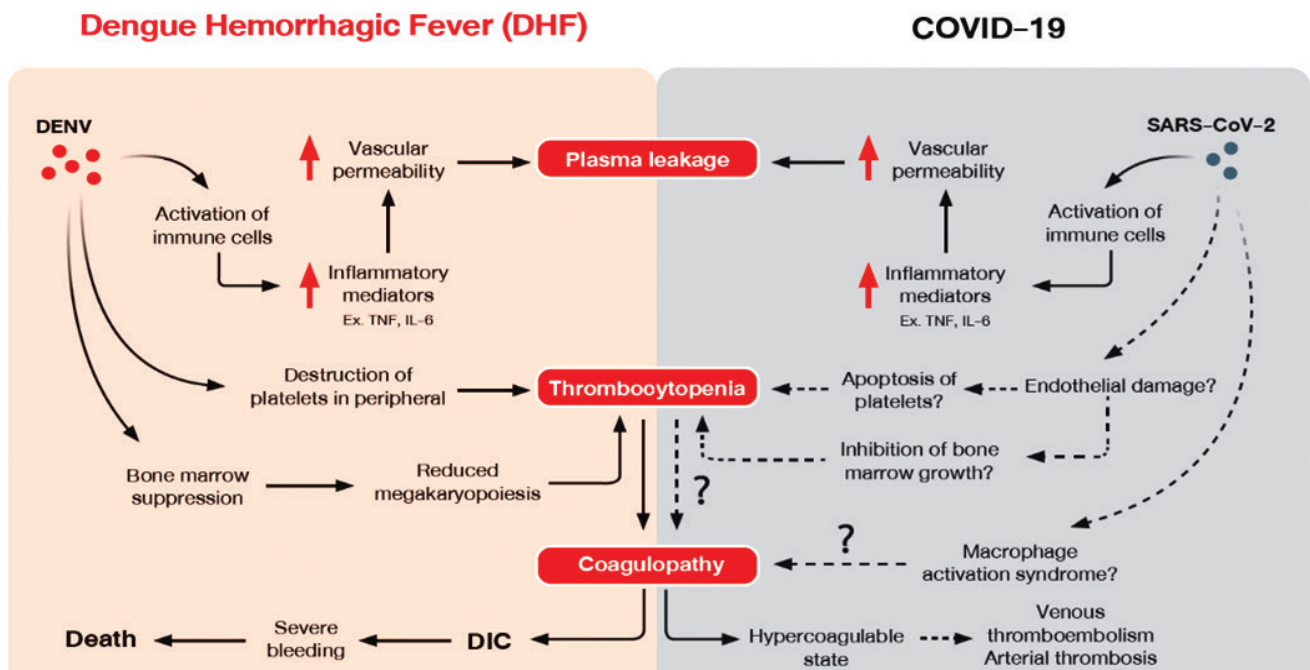
ส่วนพยาธิสภาพของโรคโควิด 19 เริ่มเมื่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้าสู่ร่างกาย ไวรัสจะใช้ส่วนที่เป็นโปรตีนหนามจับกับตัวรับ angiotensin converting enzyme 2 (ACE2) receptor แล้วผ่านเข้าไปเพิ่มจำนวนและก่อโรคในเซลล์ ซึ่ง ACE2 จะพบในเซลล์อวัยวะหลายระบบทั่วร่างกาย เช่น ระบบทางเดินหายใจทั้งส่วนบนและส่วนล่างระบบทางเดินอาหารหัวใจไตและระบบประสาท ดังนั้นผู้ป่วยโรคโควิด-19 จึงมีอาการแสดงได้ในหลายระบบ⁽¹¹⁾ แต่ ACE2 จะพบมากที่เซลล์เยื่อบุทางเดินหายใจและเซลล์บุผนังหลอดเลือด เมื่อเกิดการติดเชื้อในร่างกาย ภูมิมอดจึงเป็นตำแหน่งแรกที่จะเกิดอาการเนื่องจากเป็นอวัยวะแรกที่ได้รับเชื้อและมีปริมาณเส้นเลือดฝอยจำนวนมาก⁽¹²⁾

เมื่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้าสู่เซลล์จะเกิดการแบ่งตัวเป็นจำนวนมาก กระตุ้นการทำงานของแมโครฟาจให้มาทำลายเซลล์ที่ติดเชื้อ รวมถึงกระตุ้นให้เกิด cytokine storm โดยจะพบระดับของ IL-1 β , IL-6, IL-12, IFN- γ และ monocyte chemoattractant protein-1 (MCP-1) ในพลาสมาสูงขึ้น ทำให้เกิดการอักเสบ ทำลายเซลล์เยื่อบุ (epithelium cell) และเซลล์ผนังหลอดเลือด (endothelium cell) เป็นจำนวนมาก ส่งผลให้เซลล์เยื่อบุผนังหลอดเลือดมีการบาดเจ็บ ทำให้ความสามารถในการซึมผ่านของผนังหลอดเลือดเพิ่มขึ้น⁽¹³⁾ นอกจากนี้ยังทำให้ pneumocyte type I และ II ทำงานผิดปกติและ surfactant ไม่สามารถทำงานได้ จึงเกิดการรั่วซึม

ของสารน้ำจากหลอดเลือดฝอยเข้าไปในถุงลมปอด⁽⁶⁾ การบาดเจ็บของเซลล์เยื่อผนังหลอดเลือดยังกระตุ้นให้เกิดการแข็งตัวของเลือดและการผลิตลิ่มเลือด ซึ่งจะมีการบริโภคเกล็ดเลือดเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งตัวเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะเข้าไปในไซโทพลาซึมทำให้การผลิตเกล็ดเลือดลดลง จึง ส่งผลให้เกิดภาวะเกล็ดเลือดต่ำ⁽¹⁴⁾

นอกจากนี้การติดเชื้อไวรัสชนิดอื่นแทรกซ้อน เช่น

ไวรัสไข้หวัดใหญ่ ไข้เลือดออก รวมถึงภาวะการอักเสบจะกระตุ้นให้ตัวรับ ACE2 เปิดรับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้าไปในเซลล์มากขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสชนิดอื่นร่วมกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจทำให้อาการของโรคโควิด-19 รุนแรงขึ้นได้⁽¹¹⁾ สำหรับกลไกและพยาธิสรีรวิทยาการติดเชื้อไวรัสเดงกีร่วมกับไวรัสโคโรนา 2019 สรุปด้วยรูปภาพที่ 1



รูปที่ 1 แสดงกลไกและพยาธิสรีรวิทยาการติดเชื้อไวรัสเดงกีร่วมกับไวรัสโคโรนา 2019

ที่มา : สุพัตรา รุ่งไมตรี, 2565

อาการและอาการแสดง

อาการแสดงในระยะแรกของทั้งสองโรคมีความคล้ายคลึงกัน คือ มีไข้ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย อ่อนแรง (asthenia) คลื่นไส้ ปวดข้อ (arthralgia)⁽¹⁵⁾ แต่โรคไข้เลือดออกเดงกีจะพบอาการที่มีรูปแบบค่อนข้างเฉพาะ ซึ่งแบ่งตามระยะการดำเนินโรคเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะไข้สูง (febrile phase) เป็นระยะที่ผู้ติดเชื้อไวรัสเดงกีมีไข้สูงลอยแบบเฉียบพลัน อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38.5 องศาเซลเซียส ติดต่อกัน 2-7 วัน โดยมีอาการคล้ายไข้หวัดแต่ไม่มีการไอและไม่มีน้ำมูก พบปริมาณเม็ดเลือดขาวน้อยกว่า 5,000 ตัว/ลบ.มม. ($<5.0 \times 10^9/L$) มีตับโตกดเจ็บ และ/หรือมีจุดเลือดออกบริเวณผิวหนัง เลือดกำเดาไหล และเลือดออกตามไรฟัน เป็นต้น เมื่อทดสอบด้วย tourniquet test จะให้ผลบวกได้ตั้งแต่ 2-3 วันแรกของไข้

2. ระยะวิกฤต (critical phase) เป็นช่วงที่ไข้เริ่มลดลง (defervescence) และมีการรั่วของพลาสมาออกนอกหลอดเลือดฝอย (plasma leakage) เพิ่มมากขึ้น เป็นผลให้มีเลือดข้น ค่าฮีมาโทคริต (Hematocrit : Hct) สูงขึ้น ซึ่งมักเกิดในวันที่ 5-7 ของไข้ และคงอยู่ 24-48 ชั่วโมง ผู้ป่วย 1 ใน 3 จะมีอาการรุนแรงถึงขั้นช็อกเนื่องจากมีภาวะการไหลเวียนล้มเหลวเกิดขึ้น⁽¹⁶⁾ ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ระยะวิกฤตนี้ผู้ป่วยมักมีปริมาณเกล็ดเลือดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 100,000 ตัว/ลบ.มม. ($\leq 100 \times 10^9/L$)

3. ระยะฟื้นตัว (recovery phase) หลังจากระยะวิกฤต จะเข้าสู่ระยะฟื้นตัว ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมักมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว ภายในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงหลังช็อก พลาสมาที่รั่วซึมออกนอกหลอดเลือดฝอยจะถูกดูดซึมกลับเข้าสู่หลอดเลือดอีกครั้ง จะพบว่า

มีค่า Hct ลดลง ปริมาณปัสสาวะออกมากกว่า 1 มิลลิลิตร ต่อกลักรั่มต่อชั่วโมง ค่าความดันเลือดคงที่ ปริมาณเม็ดเลือดขาวและปริมาณเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้น ระยะฟื้นตัวนี้ใช้เวลา 48-72 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะมีความอยากอาหาร และอาจมีอาการคันตามร่างกาย⁽¹⁷⁾

ส่วนอาการและอาการแสดงของโรคโควิด-19 จะพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการไข้ ไอ อ่อนเพลีย ส่วนอาการอื่นที่พบบ่อยคือ เบื่ออาหาร หอบเหนื่อย ถ่ายเหลว สูญเสียการรับกลิ่นและรส⁽⁷⁾ โดยแบ่งความรุนแรงเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 Asymptomatic คือ ตรวจพบการติดเชื้อแต่ไม่แสดงอาการ ระดับที่ 2 Mild illness แสดงอาการที่คล้ายไข้หวัดใหญ่ เช่น มีไข้ ไอ เจ็บคอ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องร่วงมีไข้ อ่อนเพลีย เป็นต้น ระดับที่ 3 Moderate illness มีการ

ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (SpO₂) เท่ากับหรือมากกว่า 94% ระดับที่ 4 Severe illness มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ พบน้ำในปอด ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนน้อยกว่า 94% และระดับที่ 5 Critical illness มีภาวะการหายใจล้มเหลว ภาวะช็อก และ/หรือความผิดปกติของอวัยวะหลายระบบ⁽³⁾

สำหรับอาการแสดงของการติดเชื้อร่วมกันระหว่างโรคไข้เลือดออกกับโรคโควิด-19 มีการศึกษาพบว่าอาการที่พบได้บ่อยของการติดเชื้อร่วม ได้แก่ ไข้ หายใจลำบาก ปวดศีรษะ ไอ และภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงของการติดเชื้อร่วม ได้แก่ ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ กลุ่มอาการโรคทางเดินหายใจเฉียบพลัน และความล้มเหลวของอวัยวะหลายระบบ ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้⁽¹⁸⁾

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบอาการทางคลินิกระหว่างโรคไข้เลือดออกกับโรคโควิด-19⁽¹⁹⁾

ลักษณะอาการทางคลินิก	โรคไข้เลือดออกเดงกี	โรคโควิด - 19
อาการที่พบบ่อย	1. ระยะเฉียบพลัน ไข้สูงลอย ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย 2. ระยะวิกฤต มีการรั่วของพลาสมาออกนอกหลอดเลือดฝอย (plasma leakage) เลือดขึ้น ค่าฮีมาโทคริต (Hematocrit) สูงขึ้น ปริมาณเม็ดเลือดขาวและปริมาณเกล็ดเลือดลดลง 3. ระยะฟื้นตัว ค่า Hct ลดลง ปริมาณเม็ดเลือดขาวและปริมาณเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้น	1. ระยะเฉียบพลัน ไข้ ไอ เจ็บคอ น้ำมูกไหล มีเสมหะ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ 2. กลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน ไข้ หายใจลำบากรุนแรง หายใจเร็ว ความอิ่มตัวของออกซิเจนลดลง 3. อาการอื่น ๆ อาการปวดท้อง ตาแดง ท้องร่วง ผื่นผิวหนัง อาเจียน ภาวะติดเชื้อ และช็อก จากการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันมากกว่าปกติ
อาการที่พบน้อย	กดเจ็บที่ตับ เกิดการบาดเจ็บที่ไต ไชกระดูก หัวใจ และสมอง	เสียงแหบ ผื่นแดงที่ผิวหนังและนิ้วเท้า (Erythematous rash) ผื่นม่วง
อาการที่คล้ายคลึงกัน	มีไข้ หายใจลำบาก ปวดศีรษะ ไอ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ และโรคกล้ามเนื้อตาย	
อาการเฉพาะโรค	ปวดกระบอกตา ตาสุ่มแสงไม่ได้ (Photophobia) มีจุดเลือดออกบริเวณผิวหนัง (Petechiae)	สูญเสียการรับกลิ่นนำไปสู่การสูญเสียการรับรส มีผื่นแดงลักษณะจุดเข็มตรงกลางคล้ายเป้ (erythematous rash) หรือผื่นบวมแดง (urticaria rash)
อาการระยะยาว (Long-term symptoms)	ปวดข้อ อ่อนแรง และอาการไม่สบายทั่วไป อาการคงอยู่ได้นานถึง 2 ปี หลัง จากการเจ็บป่วยเฉียบพลัน	กลุ่มอาการหลังโควิด ได้แก่ เหนื่อยล้า หายใจลำบาก ปวดข้อและกล้ามเนื้อ สูญเสียความทรงจำ สมาธิสั้น ซึมเศร้า วิตกกังวล และนอนไม่หลับ

การวินิจฉัย

1. ประวัติการพักอาศัยในพื้นที่ระบาดของโรคไข้เลือดออกเดงกี ประวัติการเดินทางกลับจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 และประวัติการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคโควิด-19

2. อาการและอาการแสดง โดยโรคไข้เลือดออกจะมีไข้สูงและมีลักษณะอาการของภาวะเลือดออกผิดปกติคือ พบมีจุดเลือดออกหรือมีจ้ำเลือดตามผิวหนัง ตรวจ tourniquet test ให้ผลเป็นบวก มีเลือดออกในบริเวณเยื่อเมือกต่างๆ ได้แก่ เลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล เลือดออกในทางเดินอาหารและประจำเดือนมาอกรอบหรือมามากผิดปกติ ร่วมกับตับโต กดเจ็บ ปวดท้องหรืออาเจียน และไข้จะลดในวันที่ 4-5 รวมทั้งตรวจพบภาวะเลือดเข้มข้นขึ้นโดยมีการเพิ่มขึ้นของค่า Hct มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเดิม ในขณะที่โรคโควิด-19 จะมีไข้ 4-11 วันร่วมกับมีอาการไอและไข้จะลดลงในวันที่ 6⁽²⁰⁾ แต่เนื่องจากในระยะแรกทั้ง 2 โรคมีอาการแสดงที่ทับซ้อนกัน ดังนั้นการวินิจฉัยจากอาการและอาการแสดงอาจจะแยกได้ยาก จึงต้องอาศัยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการร่วมด้วย

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจเพื่อยืนยันการติดเชื้อ เนื่องจากโรคไข้เลือดออกและโรคโควิด-19 เกิดจากการติดเชื้อไวรัสคนละชนิด ดังนั้น การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันผลการติดเชื้อจึงมีความแตกต่างกัน ดังนี้

3.1.1 การตรวจเพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสเดงกีสำหรับผู้ป่วยที่มีไข้ 1-5 วัน คือ การตรวจด้วยวิธี immunochromatographic (rapid) strip tests หรือวิธี NS-1 capture enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) โดยจะพบ NS1 Antigen (NS1Ag) ให้ผลบวก ส่วนผู้ที่มีไข้มานานกว่า 5 วันหรือไม่มีไข้แล้ว วิธีการทดสอบที่เหมาะสมเพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสเดงกี คือ การตรวจ anti-dengue antibody (IgM และ IgG) ด้วยวิธี hemagglutination inhibition assay (HIA) หรือวิธี ELISA โดยจะพบ Dengue antibodies IgG/ IgM ให้ผลบวก⁽²¹⁾

3.1.2 การตรวจเพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยวิธี real-time RT-PCR ซึ่งเป็นการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส ส่วนการตรวจด้วยชุดทดสอบแอนติเจน (Antigen Test Kit : ATK) เป็นการตรวจหาชิ้นส่วนโปรตีนของเชื้อไวรัส จัดเป็นวิธีตรวจคัดกรองผู้ติดเชื้อ และทั้ง 2 วิธี สามารถตรวจได้ตั้งแต่ 3-5 วันหลังจากมีความเสี่ยงหรือมีการสัมผัสผู้ติดเชื้อ

3.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อแยกโรคเนื่องจากทั้ง 2 โรคมีอาการแสดงและพยาธิสภาพที่ทับซ้อนกัน ดังนั้นจึงต้องอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการในการวินิจฉัยแยกโรค ดังแสดงในตารางที่ 2

4. การตรวจพิเศษ ได้แก่ การเอกซเรย์ปอด หรือการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ มีประโยชน์ในการวินิจฉัยภาวะปอดอักเสบ

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรคไข้เลือดออก โรคโควิด-19 และการติดเชื้อร่วมระหว่างโรคไข้เลือดออกกับโรคโควิด-19⁽¹⁵⁾

รายการ	ค่าปกติ	โรคไข้เลือดออก	โรคโควิด-19	การติดเชื้อร่วม
Platelet count (/ μ L)	150,000-450,000	<100,000	230,000-31,000	41,000-106,000
White blood cell count (/ μ L)	3500-11,000	<5,000	8,000-12,000	1,700-2,380
Hemoglobin (g/dL)	11.5-16.5	9.5-18.8	13.5-14.2	16-16.9
AST (U/L)	8-33	>83.5	28.75-33.20	45-621
ALT (U/L)	7-55	> 49 (>200 in severe case)	26-30	75-545
CRP (mg/L)	<10	>30	>26.9	7.9-109

การศึกษา

ปัจจุบันยังไม่มียาต้านไวรัสสำหรับโรคไข้เลือดออก การรักษาจึงเป็นไปตามอาการ ส่วนโรคโควิด-19 รักษาด้วยยาต้านไวรัส การรักษาด้วยแอนติบอดีต่อเชื้อ ยาปรับการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน และวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายละเอียด ดังนี้

การรักษาโรคไข้เลือดออกแบ่งได้เป็น 3 ระยะตามการดำเนินโรค คือ ระยะไข้ ระยะวิกฤต และระยะฟื้นตัว⁽¹⁷⁾ ดังนี้

1. ระยะไข้

1.1 ลดไข้โดยให้ยา Acetaminophen 15 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ไม่ควรให้เกิน 75 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมใน 24 ชั่วโมง ห้ามใช้ยา Aspirin หรือ NSAIDs เนื่องจากมีฤทธิ์ด้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด จะทำให้เกิดภาวะเกล็ดเลือดต่ำและเพิ่มภาวะเลือดออกได้ อีกทั้งยังออกฤทธิ์ระคายเคืองกระเพาะอาหาร ทำให้เลือดออกในกระเพาะอาหาร และเกิดผลแทรกซ้อนจากภาวะเลือดออกได้⁽²²⁾

1.2 งดอาหารที่มีสีน้ำตาลแดงเพราะจะทำให้สังเกตอาการเลือดออกได้ยาก ควรให้เป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย

1.3 ถ้าผู้ป่วยอาเจียนมากให้ยา Domperidone ขนาด 1 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน แบ่งให้วันละ 3 ครั้ง และให้สารน้ำ 5%D/NSS, 5% DLR หากมีภาวะขาดน้ำ

1.4 ตรวจติดตามอาการและตรวจ CBC with Platelet count ทุกวันตั้งแต่มีอาการไข้วันที่ 3 จนถึงช่วงไข้ลง

2. ระยะวิกฤติ เจาะตรวจ Hematocrit ทุก 4-6 ชั่วโมง อาจพิจารณาเจาะถี่ขึ้นถ้าหากผู้ป่วยมีภาวะเลือดออก ให้สารน้ำกลุ่ม isotonic crystalloid ทดแทน ได้แก่ 5%D/NSS, 0.9%NSS หรือสารน้ำในกลุ่ม balanced crystalloid ได้แก่ acetated Ringer's, lactated Ringer's

3. ระยะฟื้นตัว ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมักมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง หลังระยะซ็อก ระยะนี้พลาสมาที่รั่วซึมออกนอกหลอดเลือดจะถูกดูดซึมกลับเข้าสู่หลอดเลือดอีกครั้ง จึงควรลดอัตราเร็วหรือหยุดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน

ส่วนการรักษาโรคโควิด-19 จะเป็นการรักษาแบบประคับประคองตามระดับความรุนแรงของอาการ แบ่งการรักษาผู้ป่วยเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ไม่มีอาการ กลุ่มอาการน้อย กลุ่มอาการปานกลาง และกลุ่มอาการรุนแรง ดังนี้⁽²³⁾

1. กลุ่มที่ไม่มีอาการ แต่ตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ต้องรักษาด้วยยาต้านไวรัส แต่ต้องปฏิบัติตาม DMH (Distancing, Mask Wearing & Hand Washing) อย่างเคร่งครัด คือ ใส่หน้ากากอนามัย 2 ชั้น ล้างมือบ่อยๆ และเว้นระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 5 วัน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

2. กลุ่มอาการน้อย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น ไข้ ไอ เจ็บคอ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว แต่ไม่มีอาการหายใจไม่อิ่ม ไม่หอบเหนื่อย ผลเอกซเรย์ปอดปกติ กลุ่มนี้สามารถให้การดูแลแบบผู้ป่วยนอก โดยปฏิบัติตาม DMH (Distancing, Mask Wearing & Hand Washing) อย่างเคร่งครัด ให้การรักษาตามอาการ เช่น ยาลดไข้ในกรณีที่มีไข้ให้ ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้สามารถกลับมารับการรักษาได้ทันทีหากมีพัฒนาการของโรคที่รุนแรงขึ้น เป็นต้น

3. กลุ่มอาการปานกลาง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีปอดอักเสบ (pneumonia) เล็กน้อยถึงปานกลางมีระดับ SpO₂ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 94 ที่ยังไม่ต้องให้ออกซิเจน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรรับไว้ในโรงพยาบาล โดยมีแนวทางการดูแล คือ ประเมินอาการเบื้องต้นประเมินสภาพปอดโดยการส่งเอกซเรย์ อัลตราซาวด์ หรือภาพถ่ายรังสีคอมพิวเตอร์ (CT) ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจหากมีข้อบ่งชี้ตรวจเลือดความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) ค่าเคมีในเลือด รวมถึงค่าการทำงานของตับและไต พิจารณาให้ยาต้านไวรัสและยาปฏิชีวนะกรณีที่มีการติดเชื้อที่ปอดหรือติดเชื้อในกระแสโลหิต ประเมินผลของการรักษาทุกวันเพื่อปรับยา

4. กลุ่มอาการรุนแรง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอัตราการหายใจมากกว่า 30 ครั้งต่อนาทีระดับ SpO₂ น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 94 ค่า PaO₂/ FiO₂ น้อยกว่า 300 มิลลิเมตรปรอท หรือภาพถ่ายรังสีปอดมีความผิดปกติมากกว่าร้อยละ 50 ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรจัดให้รักษาตัวในห้องแยกโรคแรงดันลบ ให้ออกซิเจน nasal canula หรือ high-flow oxygen จัดท่านอนคว่ำ (prone position)

และพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง
ระวังในการให้น้ำมากเกินไปเพราะอาจทำให้ปอดมีการแลกเปลี่ยนออกซิเจนลดลง ให้ยาต้านไวรัส Remdesivir โดยเร็วที่สุดเป็นเวลา 5-10 วันร่วมกับการให้ corticosteroid⁽²⁴⁾
หรือให้ยาปฏิชีวนะกรณีที่มีการติดเชื้อแบคทีเรียที่ปอดหรือมีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต นอกจากนี้ควรมีการประเมินผลของการรักษาทุกวันเพื่อปรับยา และทบทวนการมีโรคร่วมเพื่อให้การรักษาโรคเดิม หรือทบทวนปฏิกิริยาต่อกันของยาต้านไวรัสกับยาเดิมของผู้ป่วย (Drug interaction)

ยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19

ยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19 ประกอบด้วยกลุ่มยาต้านไวรัส การรักษาด้วยแอนติบอดีต่อเชื้อ ยาปรับการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน และวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนี้

1. กลุ่มยาต้านไวรัส คณะกรรมการกำกับดูแลรักษาโควิด-19⁽²⁴⁾ ได้แนะนำให้พิจารณาเลือกใช้ยาเพียง 1 ชนิด ตามลำดับคือ Nirmatrelvir/Ritonavir หรือ Remdesivir หรือ Molnupiravir โดยให้เริ่มยาต้านไวรัสภายใน 5 วันตั้งแต่เริ่มมีอาการ ซึ่งยา Nirmatrelvir/Ritonavir จะยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ Protease ที่ไวรัสใช้ในการแบ่งตัว ขนาดยาที่ให้คือ 150 มิลลิกรัม จำนวน 2 เม็ด ร่วมกับ Ritonavir 100 มิลลิกรัม 1 เม็ดรับประทานวันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น สำหรับอาการข้างเคียงจากยา คือ อาจเกิดการรับรสผิดปกติ ท้องเสีย ความดันโลหิตสูง และปวดกล้ามเนื้อ

ส่วนยา Remdesivir ออกฤทธิ์ทำให้เชื้อไวรัสไม่สามารถสร้าง RNA ในเซลล์ที่ติดเชื้อได้ โดยวันแรกใช้ปริมาณ 200 มิลลิกรัม และวันที่ 2-5 ใช้ปริมาณ 100 มิลลิกรัม ผสมกับ 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร วันละครั้ง หยอดทางหลอดเลือดดำนานกว่า 30-120 นาที เพื่อป้องกัน hypersensitivity reaction อาการข้างเคียงของยา ได้แก่ Constipation, hypokalemia, anemia, thrombocytopenia, increased total bilirubin⁽²⁵⁾ สำหรับยา Molnupiravir ให้ในขนาด 200 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 4 แคปซูล ทุก 12 ชั่วโมง นาน 5 วัน สามารถรับประทานทั้งก่อนหรือหลังอาหาร ออกฤทธิ์เช่นเดียวกับยา Remdesivir แต่อาจเกิดผลข้างเคียงทำให้

ท้องเสีย คลื่นไส้ เวียนศีรษะ มี teratogenic effect จึงห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ในทุกไตรมาสและหญิงให้นมบุตร⁽²⁴⁾

2. การรักษาด้วยแอนติบอดีต่อเชื้อ พัฒนามาจากปีเซลล์ของผู้ป่วยที่เคยมีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใช้สำหรับสร้างภูมิคุ้มกันในประชากรกลุ่มที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำหรือได้รับวัคซีน ได้แก่ กลุ่มภูมิคุ้มกันบกพร่อง กลุ่มผู้ป่วยพอกไต กลุ่มผู้ป่วยโรคเมเร็ง เป็นต้น แอนติบอดีที่ใช้คือ tixagevimab 300 มิลลิกรัม และ cilgavimab 300 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อบริเวณสะโพกชนิดละข้าง อาจพบอาการปวด คัน ผื่นแดง และเป็นก้อนบริเวณที่ฉีด

3. ยาปรับการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน เป็นยาที่ช่วยยับยั้งการสร้างลิมโฟไซต์ชนิดทีเซลล์ และลดการหลั่งของไซโตไคน์ที่กระตุ้นกระบวนการอักเสบที่คาดว่า จะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วย มีอาการรุนแรงและเสียชีวิต⁽²⁵⁾ โดยให้ Dexamethasone ขนาด 6-20 มิลลิกรัมต่อวัน นาน 7-10 วัน ในผู้ป่วยที่มีปอดอักเสบ การได้รับยาอาจทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะติดเชื้อแทรกซ้อน⁽²⁴⁾

4. วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระตุ้นให้เกิดแอนติบอดีในร่างกาย ช่วยลดการติดเชื้อ และช่วยลดความรุนแรงของโรคกรณีที่ติดโรค ได้แก่ AstraZeneca, Sinovac, Sinopharm, Moderna และ Pfizer

บทบาทพยาบาล

ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อโรคไข้เลือดออกแดงก็ร่วมกับโรคโควิด-19 มีพยาธิสภาพและภาวะแทรกซ้อนที่ทับซ้อนกันจึงมีความรุนแรงของโรคมกกว่าการติดเชื้อโรคใดโรคหนึ่ง พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการ เฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมสุขภาพที่ดี ดังนี้

1. การพยาบาลเพื่อลดไข้ เช็ดตัวลดไข้และสอนการเช็ดตัวลดไข้ที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วยที่พักอยู่ในห้องแยกโรค รับประทานยาลดไข้กลุ่มพาราเซตามอลเพื่อลดไข้ทุก 4-6 ชั่วโมงหรือตามแผนการรักษา ห้ามให้ยาในกลุ่มแอสไพริน ดูแลให้ได้รับอาหารอ่อน ย่อยง่าย กระตุ้นให้ดื่มน้ำผสมเกลือแร่จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ให้ผู้ป่วยพักผ่อนเต็มที่เพื่อลดการเผาผลาญและลดการใช้พลังงาน



ของร่างกาย ประเมินอุณหภูมิร่างกายด้วยการวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ติดตามผล CBC เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงค่าเม็ดเลือดขาว ค่าความเข้มข้นของเลือด ค่าเกล็ดเลือด ติดตามผล LFT เพื่อดูค่า AST และ ALT และติดตามอาการผู้ป่วยเป็นระยะๆ อย่างใกล้ชิด ซึ่งจะช่วยให้ประเมินอาการและวางแผนการรักษาได้ถูกต้อง ประเมินความรุนแรงของโรค

2. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อก ประเมินระดับความรู้สึกตัว ติดตามสัญญาณชีพโดยผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะเดงกีช็อกติดตามทุก 2-4 ชั่วโมง ส่วนรายที่มีภาวะเดงกีช็อกติดตามทุก 15 นาทีจนกว่าอาการจะคงที่หลังจากนั้นจึงติดตามทุก 1 ชั่วโมง ถ้าพบชีพจรมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือ pulse pressure น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 มิลลิเมตรปรอท ควรรายงานแพทย์ ระวังให้สารน้ำตามแผนการรักษาอย่างระมัดระวัง ควบคุมการไหลของสารน้ำด้วยเครื่องปรับหยดอัตโนมัติ บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออก และประเมินปริมาณปัสสาวะ ทุก 2-4 ชั่วโมง ซึ่งควรมีปริมาณปัสสาวะออก 0.5-1 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมงติดตามค่า Hct ทุก 4-6 ชั่วโมงเพื่อประเมินความรุนแรงของการรั่วของพลาสมาออกนอกเซลล์ รวมถึงสังเกตอาการบวมตามร่างกาย อาการหายใจหอบเหนื่อย และฟองปอดเพื่อประเมินภาวะน้ำท่วมปอด

3. การพยาบาลเพื่อป้องกันเลือดออกจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก ควรหลีกเลี่ยงหัตถการหรือการพยาบาลที่ทำให้เลือดออก เช่น การเจาะเลือดหรือการแทงเข็มทางหลอดเลือดดำ การฉีดยาทางกล้ามเนื้อ การเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น หากมีความจำเป็นต้องทำหัตถการควรทำด้วยความนุ่มนวล กดห้ามเลือดด้วยสำลีแห้งนานพอจนมั่นใจว่าเลือดหยุด หรือรวมการเจาะเลือดในเวลาใกล้เคียงกันในการเจาะครั้งเดียว แนะนำให้ใช้แปรงสีฟันที่นุ่มดูแลผิวหนังให้แห้งและสะอาด ตัดเล็บให้สั้นและไม่ให้เกาผิวหนังเพื่อป้องกันเลือดออก งดอาหารที่มีสีน้ำตาลสังเกตอาการเลือดออกในร่างกาย เช่น อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ มีจ้ำเลือดตามร่างกาย และติดตามผลค่าการแข็งตัวของเลือดทางห้องปฏิบัติการ หากผู้ป่วยได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด ต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด อย่างถูกต้องตามแผนการรักษา

4. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว

จัดท่าผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศาหรือท่า prone position เพื่อช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนออกซิเจนในร่างกายได้ดีขึ้น ติดตามสัญญาณชีพ ทุก 1-2 ชั่วโมง ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจนได้แก่ หายใจเร็ว หายใจลำบาก อึดอัดแน่น นอนราบไม่ได้เขียวตามปลายมือปลายเท้าหรือริมฝีปาก การไหลเวียนของเลือดส่วนปลาย (Capillary refill) ไม่ควรเกิน 2 วินาที ฟังปอดเพื่อประเมินภาวะน้ำท่วมปอด กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบพิจารณาให้ออกซิเจนและติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO₂ saturation) ซึ่งไม่ควรต่ำกว่าร้อยละ 95 หากผู้ป่วยมี Capillary refill มากกว่า 2 วินาที มีอาการหอบรุนแรงและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำกว่าเกณฑ์ ควรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาใส่ HFNC, NIV หรือเครื่องช่วยหายใจ

5. การพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ควรรับผู้ป่วยไว้ในห้องแยกโรค แยกใช้อุปกรณ์เฉพาะรายผู้ป่วยไม่ให้ปนกับผู้ป่วยอื่น ให้การพยาบาลโดยปฏิบัติตามหลักการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล สวมชุด PPE และอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อทุกครั้งที่ใช้ไปให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสและปฏิบัติตามแผนการรักษาพร้อมกับสังเกตอาการข้างเคียงของยา และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนาและการรับเชื้ออื่นๆ เพิ่มเติม งดการเข้าเยี่ยมหรือจำกัดจำนวนผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย

6. การพยาบาลด้านจิตใจ การติดเชื้อร่วมเป็นภาวะที่ผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย ถึง 2 โรคในคราวเดียวกัน ผู้ป่วยอาจเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการรักษา รวมถึงขาดการติดต่อกับสังคมภายนอกจากการถูกแยกตัวเพื่อรักษาในห้องแยกโรค ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยรวม (Cohort ward) มีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่บ้านแบบ Home-Isolation และ Self-Isolation อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p.001 และ p.00125 ตามลำดับ ดังนั้น พยาบาลควรประเมินภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความจำเป็นสำหรับ

การรักษาตัวในห้องแยกโรค ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาล แจ้งความก้าวหน้าของอาการหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อธิบายเหตุผลในการปฏิบัติการพยาบาลก่อนลงมือปฏิบัติ เปิดช่องทางการติดต่อสื่อสารกับพยาบาลและบุคคลภายนอก เพื่อให้ผู้ป่วยพูดคุยหรือซักถามข้อสงสัย เช่น แอปพลิเคชันไลน์ โทรศัพท์หรืออินเทอร์เน็ต เป็นต้น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อข้องใจเพื่อให้คลายกังวล แนะนำวิธีการผ่อนคลายความเครียดและเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น ฝึกหายใจ ทำสมาธิ ดูโทรทัศน์ เป็นต้น รายที่มีความเครียดหรือวิตกกังวลมาก จนมีอาการแสดงออกมาทางกาย เช่น นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ เป็นต้น อาจส่งต่อไปยังแผนกให้คำปรึกษาหรือพิจารณารายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาต่อไป

สรุป

โรคไข้เลือดออกเดงกีและโรคโควิด-19 มีลักษณะของอาการทางคลินิกที่ทับซ้อนกัน และลักษณะทางห้องปฏิบัติการที่คล้ายคลึงกัน รวมทั้งมีภาวะแทรกซ้อนที่สัมพันธ์กัน ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อร่วมมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น การทับซ้อนกันของอาการทางคลินิกและลักษณะทางห้องปฏิบัติการที่คล้ายคลึงกันนำไปสู่การวินิจฉัยผิดพลาดได้ โดยเฉพาะในปัจจุบันที่กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศลดระดับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่น ส่งผลให้มาตรการในการคัดกรองโรคลดระดับตามมา ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อร่วมอาจพลาดโอกาสที่จะได้รับการคัดกรองหรือได้รับการรักษาล่าช้าส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น และอาจมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เพิ่มมากขึ้น

ดังนั้น การตรวจวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องในระยะแรกมีความสำคัญมากต่อการรักษาที่จะช่วยลดอัตราการแพร่เชื้อลดความรุนแรงของโรคและป้องกันภาวะช็อก โดยเฉพาะในระยะที่มีการรื้อของพลาสมาและภาวะเกล็ดเลือดต่ำตามพยาธิสภาพของทั้ง 2 โรค ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อร่วมจึงมีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนมากขึ้น ส่งผลให้การพยาบาลซับซ้อนตามไปด้วย พยาบาลจึงควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค หลักการรักษาพยาบาล ลักษณะอาการทางคลินิกและผลการตรวจ

ห้องปฏิบัติการที่เป็นลักษณะเฉพาะของโรคไข้เลือดออกเดงกี โรคโควิด 19 และการติดเชื้อร่วม การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เพื่อจะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ สามารถให้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและพยาบาลไม่เกิดการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Disease Control. Dengue [online]. Available from: <https://ddc.moph.go.th> [Accessed: 10th August 2022] (in Thai)
2. Department of Disease Control. The summary report of important epidemiological events. [online]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1518020240108030514.pdf> [Accessed: 30th December 2023] (in Thai)
3. National Institutes of Health. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) treatment guidelines [online]. Available from <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/> [Accessed: 21st July 2023]
4. Rungmitree S. Effects of the COVID-19 outbreak on dengue fever [online]. Available from: <https://drive.google.com/file/d/1WX6Dy/view> [Accessed 26th August 2022] (in Thai)
5. El-Qushayri AE, Ahmed Kamel AM, Reda A. & Ghozy S. Does dengue and COVID-19 co-infection have worse outcomes? A systematic review of current evidence. Rev Med Virol [online] 2022;32(5):p.1-7. Available from doi: 10.1002/rmv.2339.
6. Pakdeewong S. More Understanding Covid: Pneumonia/ ARDS. In: Satavorn D, Piyawetchwiran K, Morakul S, Fuangfoo P, editors. The Long March Through Covid.

- Bangkok: Beyond Enterprise Co., Ltd.; 2021. p. 307-13. (in Thai)
7. Mansakul W, Tanpaiboon T. Symptoms and signs of patients infected with the 2019 coronavirus. In: Manomaiyapiboon A, Trakaranwanich T, Phaloprakarn C, Srion J, Unanont W, editors. Interesting facts about COVID-19. Bangkok: P.A. Living; 2021. p. 149-70. (in Thai)
 8. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, Jones FK, Zheng Q, Meredith HR, Azman AS, Reich NG, Lessler J. (2020). The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. *Ann Intern Med*, 172(9); 577-82. Available from: doi: 10.7326/M20-0504.
 9. Wang, W. H., Urbina, A. N., Chang, M. R., Assavalapsakul, W., Lu, P. L., Chen, Y. H., & Wang, S. F. (2020). Dengue hemorrhagic fever - A systemic literature review of current perspectives on pathogenesis, prevention and control. *Journal of microbiology, immunology, and infection*. 2020;53(6): 963-78. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2020.03.007>
 10. Pang X, Zhang R, Cheng G. Progress towards understanding the pathogenesis of dengue hemorrhagic fever. *Virology*. 2017;32(1): 16-22. Available from: doi 10.1007/s12250-016-3855-9
 11. Promleg T, Tananchai T. Structure and pathogenesis of the 2019 coronavirus. In: Manomaiyapiboon A, Trakaranwanich T, Phaloprakarn C, Srion J, Unanont W, editors. Interesting facts about COVID-19. Bangkok: P.A. Living; 2021. p. 117-27. (in Thai)
 12. Diaotrakulchai P. Coagulopathy and MODS in COVID-19. In: Satavorn D, Piyawetchwiran K, Morakul S, Fuangfoo P, editors. The Long March Through COVID. Bangkok: BeyondEnterpriseCo.,Ltd.;2021.p.253-63. (in Thai)
 13. Setthapramote C, Tanan M. Immune response of the body to coronavirus infection. In: Satavorn D, Piyawetchwiran K, Morakul S, Fuangfoo P, editors. The Long March Through COVID. Bangkok: Beyond Enterprise Co., Ltd.; 2021. p. 133-45. (in Thai)
 14. Kadhem SJ, Raheem AH, Aljumaily HS, Al-Shammari AH, Al-Humairi AK, Baay A. Platelet profile changes in patients with COVID-19. *Systematic Reviews in Pharmacy* [online]. 2020;11(9):569-74. [Accessed 3rd June 2023]
 15. Prapty CNBS, Rahmat R, Araf Y, Shounak SK, Noor-A-Afrin, Rahaman TI, Hosen MJ, Zheng C, Hossain MG. SARS-CoV-2 and dengue virus co-infection: Epidemiology, pathogenesis, diagnosis, treatment, and management. *Rev Med Virol* [online]. 2023;33(1):e2340. Available from doi:10.1002/rmv.2340 [Accessed 13th July 2023]
 16. Kalyanaruj S, Wangwirawong M, Watcharasevi W. Guidelines for the diagnosis and treatment of dengue fever, 80th anniversary of Her Majesty the Queen, 3rd ed. Bangkok: Ministry of Public Health; 2016. (in Thai)
 17. Thanachartvej W, Sawanpanyalert N. Clinical practice guideline for the management of dengue fever patients (summary) 2023: Clinical Practice Guideline Dengue Hemorrhagic Fever (DHF). Bangkok: Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2023. (in Thai)

18. Tsheten T, Clements Archie CA, Gray Darren JG, Ripon KA, Wangdi K. Clinical features and outcomes of COVID-19 and dengue co-infection: a systematic review, BMC Infect Dis [online]. 2021;21(1):729-38. Available from doi: 10.1186/s12879-021-06409-9 [Accessed 21st August 2023]
19. Alla D, Alla SS, Vempati R, Bhatt H, Sultana Q, Bhatt S, Mohsin T, Siddiqua A. Dengue and COVID-19: a comparison and the challenges at hand. Cureus [on line]. 2022;14(11):e31877. Available from doi:10.7759/cureus.31877 [Accessed 21st August 2024]
20. Henrina J, Putra ICS, Lawrensia S, Handoyono QF, Cahyadi A. Coronavirus Disease of 2019: a Mimicker of Dengue Infection? SN Compr Clin Med [on line]. 2020;2(8): 1109-19. Available from doi: 10.1007/s42399-020-00364-3 [Accessed 12nd May 2023]
21. Tanthawichian T, Panyalert N. Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of dengue fever in adults 2020. Bangkok: Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)
22. Sarikbhut C. Why should aspirin and ibuprofen be avoided in dengue fever? [online]. Available from: <https://www.nsm.or.th/nsm/th/node/4246>. [Accessed 17th September 2024] (in Thai)
23. Pholthawornkulchai K. Management of patients with 2019 coronavirus infection. In: Manomaiyapiboon A, Trakaranwanich T, Phaloprakarn C, Srion J, Unanont W, editors. Interesting facts about COVID-19. Bangkok: P.A. Living; 2021. p. 275-82 (in Thai)
24. Tanpaiboon T. Coronavirus infection 2019: a review of potentially beneficial treatment options. In: Manomaiyapiboon A, Trakaranwanich T, Phaloprakarn C, Srion J, Unanont W, editors. Interesting facts about COVID-19. Bangkok: P.A. Living; 2021. p. 283-303. (in Thai)
25. Mongkolkum W., Sukolsate A., Prevalence and Associated Factors of Stress and Depression in COVID-19 Patients Who have been Treated Hospitalized and Treated at Home in Na Noi District, Nan Province. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand. 2023;13(1): 146-164. (in Thai)
26. Mongkolkum W, Sukonsate A. Prevalence and associated factors of stress and depression in COVID-19 patients receiving inpatient and home care in Na Noi District, Nan Province. Journal of the Preventive Medicine Association of Thailand [on line]. 2023;13(1):146-64. Available from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/261509/177566> [Accessed 5th July 2024] (in Thai)

คำแนะนำสำหรับส่งบทความตีพิมพ์

“วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้ บทความและผลงานวิชาการด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเสริมสร้างแนวคิดและประสบการณ์ด้านวิชาการ ตลอดจนพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับให้มีทักษะการเขียนผลงานวิชาการโดยมีกำหนดการจัดพิมพ์ 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 เรื่องหนึ่งซึ่งตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสือต่างๆ หรือจากผลงานและประสบการณ์ของผู้นิพนธ์นำมาเรียบเรียงและวิเคราะห์วิจารณ์หรือเปรียบเทียบกัน เพื่อให้เกิดความลึกซึ้งหรือเกิดความกระจ่างในเรื่องนั้นมากยิ่งขึ้น

ปกิณกะ (Miscellany) ได้แก่ บทความอื่นๆ นอกเหนือจากชนิดของบทความดังกล่าวข้างต้น ซึ่งมีประโยชน์ต่อการดำเนินงาน

2. การเตรียมบทความเพื่อตีพิมพ์

ชื่อเรื่อง	ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
ชื่อผู้เขียน	มีชื่อผู้เขียนและ/หรือคณะ พร้อมวุฒิการศึกษาสูงสุด (วุฒิป่อ) 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	ควรเขียนอธิบายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ 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 ยกเว้นชื่อต้นและชื่อวารสารบทความที่บรรณาธิการรับผิดชอบแล้ว 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 ชื่อผู้พิมพ์ ให้ใช้ชื่อเต็ม ทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์ เป็น ปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อ ตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้พิมพ์มากกว่า 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 สวัสดิ์วิมลพงศ์, พชรี 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 องค์การเป็นผู้พิมพ์

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

3.1.3 ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

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

3.1.4 บทความในฉบับแทรก

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

3.1.5 ระบุประเภทของบทความ

1. บุญเรือง นิยมพร, ดำรง เพชรลาย, นันทวัน พรหมผลิต, ทวี บุญโชติ, สมชัย บวรกิตติ, ประหยัด ทัศนารณ. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน (บทบรรณาธิการ). สารศิริราช 2539; 48: 616-20.

2. Enzenberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease (letter). Lancet 1996; 347:1337.

3.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

3.2.1 หนังสือหรือตำราผู้พิมพ์เขียนทั้งเล่ม ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์.

- หนังสือแต่งโดยผู้พิมพ์

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 เอ็ดส์. 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. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่องใน. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์. ปีที่พิมพ์. หน้า (หน้าแรก-หน้าสุดท้าย).

1. เกรียงไกร จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจันทา, วินัย สุวดี, อรุณวงษ์ จิราภรณ์, ประอร ขวลิตรารัง, พิภพ 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 ศุภชติกุล, งามจิตต์ จันทราธิติ, 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** พร้อมใส่เลขกำกับหน้าที่มีมุมขวาล่างทุกหน้า 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 ภาพประกอบถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกสีดำบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพโปสเตอร์แทนได้ save เป็นไฟล์ .JPEG หรือ .TIFF สำหรับการเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในภาพโปสเตอร์

5. การตอบรับ

5.1 เมื่อกองบรรณาธิการได้รับบทความที่ส่งมาตีพิมพ์ จะดำเนินการตามขั้นตอนและมีหนังสือตอบรับต่อไป

5.2 บทความที่ไม่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ ทางกองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งคืนต้นฉบับ

6. ระยะเวลาในการพิจารณาบทความ

6.1 กองบรรณาธิการจะกลั่นกรองบทความ/นิพนธ์ต้นฉบับเบื้องต้น และส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา ตรวจประเมินและให้ข้อเสนอแนะ ภายใน 2 - 3 สัปดาห์

6.2 เมื่อได้รับคืนบทความ/นิพนธ์ต้นฉบับจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว กองบรรณาธิการจะส่งบทความให้ผู้พิมพ์บทความแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์



6.3 เมื่อผู้พิมพ์แก้ไขงานเสร็จแล้ว 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 เมื่อมีจำนวนผู้พิมพ์ขอตีพิมพ์ครบตามที่กำหนด

7.2 กระบวนการผลิตวารสารจะใช้เวลาประมาณ 30 วัน หลังจากได้รับบทความแล้ว และเมื่อจัดพิมพ์วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรแล้ว จะส่งวารสารให้ผู้พิมพ์/เจ้าของบทความต่อไป

8. ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ถือเป็นผลงานทางวิชาการ หรือวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้พิมพ์/เจ้าของบทความ ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้พิมพ์/เจ้าของบทความ ต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน และกองบรรณาธิการ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องเหมาะสมตามหลักภาษา และทางวิชาการได้

9. สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

27/99 ถนนคลองคะเชนทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร 66000

โทร. 056 990 354 ต่อ 301, 302

ค่าธรรมเนียมการลงตีพิมพ์ “วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” สำหรับบทความวิจัย (นิพนธ์ต้นฉบับ รายงานผู้ป่วย) ส่งไฟล์ต้นฉบับแล้ว ค่าธรรมเนียมทุกฉบับ เรื่องละ 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.....หมู่ที่.....ถนน.....

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

โทรศัพท์มือถืออีเมล

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

() เอกสารสิ่งพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 1 ชุด

() เอกสารรับรองการผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น หากข้าพเจ้าขาดการติดต่อในการแก้ไขบทความนานเกิน 1 เดือน ถือว่าข้าพเจ้าสละสิทธิ์ในการตีพิมพ์วารสารวิจัย และวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

ลงนาม.....ผู้นิพนธ์

(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

Phichit Public Health Office

