

**สดุดีเกียรติคุณอาจารย์ผกา เศรษฐจินทร**  
**อดีตผู้อำนวยการกองงานวิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข**



สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ตระหนักถึงคุณค่าของผู้ปฏิบัติงานด้านการพยาบาล การศึกษาพยาบาล ผู้มีผลงานดีเด่น ปฏิบัติงานในหน้าที่ด้วยความวิริยะ อุตสาหะ อุทิศเวลา แรงงาน แรงใจ มีผลงานเป็นที่ประจักษ์สมควรได้รับรางวัล เชิดชูเกียรติ ยกย่องให้เป็นบุคคลตัวอย่างและเป็นแบบอย่างที่ดีในวิชาชีพพยาบาลสืบไป

อาจารย์ผกา เศรษฐจินทร (ศรียุคตศุท) เป็นปูชนียบุคคลที่สมควรได้รับการยกย่องเชิดชูเกียรติ และสดุดีในผลงาน ซึ่งเป็นประโยชน์นอกเหนือต่อวงการศึกษายาบาลของไทย ประวัติและผลงานอันน่าจดจำไว้เป็นแบบอย่างมีดังนี้

อาจารย์ผกา เศรษฐจินทร (ศรียุคตศุท) เกิดเมื่อวันที่ 6 สิงหาคม 2472 สมรสกับนายแพทย์น่วม เศรษฐจินทร (อดีตรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข) ท่านจบการศึกษาได้รับประกาศนียบัตรพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัยจากโรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เมื่อปี 2495 เข้ารับราชการเป็นพยาบาลโรงพยาบาลหญิง ท่านได้รับการส่งเสริมสนับสนุนจากนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหญิงในขณะนั้นให้ไปศึกษาต่อจนได้รับปริญญาตรีและปริญญาโททางการพยาบาลจาก Marquette University ประเทศสหรัฐอเมริกา ท่านเป็นครูพยาบาลโท-เอก ที่โรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย โรงพยาบาลหญิงจนกระทั่งปี 2516 จึงได้มาเริ่มก่อตั้งกองงานวิทยาลัยพยาบาลเพื่อรวมภารกิจด้านการศึกษายาบาลของกระทรวงสาธารณสุขให้มีเอกภาพ มีอิสระในการบริหารจัดการ ท่านจึงได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้อำนวยการกองงานวิทยาลัยพยาบาลเป็นคนแรกในปี 2517 และดำรงตำแหน่งนี้จนเกษียณอายุราชการในปี 2532 ในระหว่างรับราชการท่านยังได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งเลขานุการรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขถึง 2 ครั้งในปี พ.ศ. 2516-2517 และ พ.ศ. 2523-2525



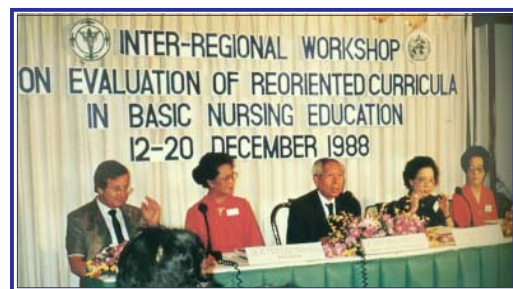
ผลงานของท่านมีมากมายจนมิอาจกล่าวได้หมด โดยสรุปได้แก่

1. **ด้านการศึกษา** ท่านพัฒนาระบบการจัดการศึกษายาบาลในสถาบันการศึกษาสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้มีเอกภาพและมาตรฐาน จนเป็นแบบอย่างที่ต้องคัดกรอนามโยโลกนำไปเผยแพร่ในนานาประเทศพัฒนาหลักสูตรการศึกษายาบาลขั้นพื้นฐานแบบบันไดอาชีพร โดยการจัดการศึกษายาบาลเป็น 2 ระดับ คือ หลักสูตร

## วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

พยาบาลศาสตรระดับต้นและหลักสูตรพยาบาลวิชาชีพ เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในภาวะเร่งด่วน และผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรระดับต้นสามารถศึกษาต่อในระดับวิชาชีพได้ ท่านเป็นผู้ริเริ่มพัฒนาหลักสูตรการศึกษพยาบาลเป็นหลักสูตรที่เน้นชุมชนอย่างเป็นระบบโดยความสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลกและยังใช้หลักการนี้มาจนถึงปัจจุบัน

ท่านเป็นผู้ริเริ่มหาแหล่งสนับสนุนทรัพยากรทางการศึกษาภายใต้โครงการศึกษาพยาบาลไทย-ญี่ปุ่น โดยการช่วยเหลือจากรัฐบาลญี่ปุ่น (พ.ศ.2520-2530) ทำให้ได้รับการช่วยเหลือทั้งทางด้านวิชาการ วัสดุ-ครุภัณฑ์ ทางการศึกษาและการก่อสร้างวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ซึ่งเป็นวิทยาลัยที่ใหญ่และทันสมัยที่สุดในขณะนั้น (พ.ศ.2526)



2. **ด้านการพัฒนาบุคลากร** อาจารย์ผกา เศรษฐกิจันทร ให้ความสำคัญในการพัฒนาพยาบาล และอาจารย์พยาบาลเป็นอย่างยิ่ง ท่านติดต่อประสานงานจนได้รับความร่วมมือจากรัฐบาลญี่ปุ่นให้จัดตั้งโครงการการศึกษาพยาบาลไทย-ญี่ปุ่น ซึ่งมีการสนับสนุนทั้งด้านวิชาการและงบประมาณจัดส่งอาจารย์ไปศึกษาอบรมการพยาบาลสาขาต่างๆ ณ ประเทศญี่ปุ่น ท่านดำรงตำแหน่งเลขาธิการมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงบุญจิราธร (ทุมพล) จุฑาทรุช ซึ่งพิจารณาให้รางวัลและทุนการศึกษาแก่ พยาบาล อาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลมาอย่างต่อเนื่อง



3. **ด้านการพัฒนาวิชาชีพ** นอกจากอาจารย์ผกา เศรษฐกิจันทร จะเป็นผู้นำด้านการพัฒนาการศึกษา และการพัฒนาบุคลากรแล้ว ท่านยังเป็นผู้นำด้านการพัฒนาวิชาชีพด้วยผลงานของท่านเป็นที่ยอมรับ จนได้รับแต่งตั้งเป็นผู้อำนวยการศูนย์ประสานงานเพื่อพัฒนาการพยาบาลเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้าโดยการสาธารณสุขมูลฐานขององค์การอนามัยโลก (WHO Collaborating Center for Nursing Development towards Health for All Through

Primary Health Care) ในระหว่างปี พ.ศ. 2530 – 2532 ท่านร่วมก่อตั้งสภาการพยาบาลและได้รับเลือกให้ดำรงตำแหน่งเลขาธิการ เภรัญญิกและกรรมการที่ปรึกษาของสภาการพยาบาล ท่านริเริ่มก่อตั้งและดำรงตำแหน่งนายกสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขเป็นคนแรกในปี พ.ศ. 2526



ผลงานอันมากมายดังกล่าว อาจารย์ฝก ศรชฐจันทร จึงได้รับเกียรติยศและรางวัลมากมาย ได้แก่ รางวัล “Health For ALL Medal” จากสำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลก เจนีวา ในปี พ.ศ. 2523 (เป็นพยาบาล 1 ใน 3 ของพยาบาลทั่วโลกในฐานะผู้พัฒนาหลักสูตรการศึกษายพยาบาลที่มุ่งเน้นชุมชนเพื่อคุณภาพชีวิตที่สอดคล้องกับความต้องการของประเทศและของโลก) ท่านได้รับรางวัลศิษย์เก่าดีเด่น (Out Standing Alumnus Award) ด้านการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลจากสมาคมศิษย์เก่า Marquette University และรางวัลพยาบาลดีเด่นสาขาการศึกษาพยาบาลประเภทผู้บริหารการศึกษาจากสภาการพยาบาล

เมื่อ พ.ศ. 2534 และในปี พ.ศ. 2553 ที่ผ่านมา อาจารย์ฝก ศรชฐจันทร ได้รับการประกาศเกียรติคุณเป็นพยาบาลดีเด่น สาขาเกียรติคุณ จากสมาคม ศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

**ผลงานและคุณความดีของท่านจะได้รับการจารึกเป็นเกียรติประวัติแก่วิชาชีพพยาบาล สืบไป**

นางสาวดาราวพร คงจา

นายกสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

## การพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร สุพรรณบุรี

เครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์ พย.บ.\*  
จัญญลักษณ์ ป้องเจริญ พย.ม.\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร สุพรรณบุรี เริ่มดำเนินการช่วงเดือน กุมภาพันธ์ 2552 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2552 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ 1. กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 80 ราย 2. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย จำนวน 80 ราย 3. บุคลากร ทีมสหสาขาวิชาชีพ 8 สาขา จำนวน 11 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 1. แบบทดสอบความรู้ เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้ป่วย 2. แบบประเมิน ดัชนี บาร์เรล เอ ดี แอล ของสถาบันประสาทวิทยา 3. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81, .83 และ .87 ตามลำดับ 4. แบบตรวจสอบการปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของแต่ละสาขาวิชาชีพ 5. แบบ สัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ดูแลขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2. นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาไปใช้ 3. ประเมินผลลัพธ์ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ด้วยสถิติทดสอบ ที (Paired t-test) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ เป็นส่วนใหญ่ภายหลังการจำหน่าย 30 วัน ( $\bar{X}=75.08$  ,  $SD= 23.890$ ) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันภายหลังการจำหน่าย 30 วัน มากกว่าก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .000$ ) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันและแตก มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 4.26 วันและ 7.27 วันและค่าใช้จ่ายเท่ากับ 9,210.73 บาท และ 10,640.57 บาท ตามลำดับ ผู้ดูแลผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 9.15, SD=0.936$ ) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายมากกว่าแรกรับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .000$ ) และผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุดต่อการบริการของทีมสหสาขาวิชาชีพ ( $\bar{X}= 34.23$  ,  $SD =2.061$ ) นอกจากนี้บุคลากรทุกคนในทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแผนได้ครบถ้วนและมีความพึงพอใจเป็นอย่างมาก ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้ ควรมีการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขยายสู่หอผู้ป่วยอื่น ๆ และโรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดสุพรรณบุรี นอกจากนี้ควรสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มอื่นๆ และพัฒนาบทบาทของพยาบาลผู้จัดการในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร สุพรรณบุรี

**คำสำคัญ :** รูปแบบการดูแล / ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล

## Development of care model for stroke in Choapraya Yommaraj Hospital at Supanburi.

Kraunvan Diumboriboon\*  
Charoonlux Dongcharoen\*\*

### Abstract

This descriptive research study aimed to develop care model for stroke patients at Chaopraya Yommaraj Hospital, Suphanburi. The study was conducted from February, 2010 to November, 2010. Three purposive sampling groups included 80 stroke patients, 80 primary care givers and 8 multidisciplinary team members from 8 divisions. Applied tools included 1. Stroke knowledge test replied by caregivers, 2. Barthel ADL Index test from the Neurological Institute, 3. Satisfaction questionnaire replied by stroke patients caregivers. Reliability was analyzed by using Cronbach Alpha Co-efficient and showed .80, .83 and .87 reliability respectively, 4. Care procedure checklist replied by stroke multidisciplinary team members from 8 divisions, and 5. Interview replied by multidisciplinary team and caregivers. The process to the development included three steps, namely. 1. To develop care model. 2. To experimental the develop care model. 3. To evaluate development results of the develop care model and data analysis using frequency, percentage, mean average, paired T-test with quantitative data and content analysis.

We had found that most of the patients had gained average point in ability to do activity daily living 30 days after discharge ( $\bar{X} = 75.08$ ,  $SD = 23.890$ ) and stroke patients had gained average point in ability to do activity daily living 30 days after discharge which was higher than before discharge statistically significant ( $p = .000$ ). The average length of stay of stroke patients was 4.26 to 7.27 days per admission, the average medical care cost was 9,210.73 and 10,640.57 baht respectively. The stroke patient caregivers had the highest average point about stroke before discharge ( $\bar{X} = 9.15$ ,  $SD = 0.936$ ) and they had gained more average knowledge about the disease before discharge statistically significant ( $p = .000$ ). The stroke patients caregivers were also satisfied with multidisciplinary team's services ( $\bar{X} = 34.23$ ,  $SD = 2.061$ ). Furthermore, all disciplinary team members could follow the procedure completely and were highly satisfied.

Suggestions from the study were to apply the medical care model for stroke patients at other departments and hospitals in Suphanburi province. In addition, medical care model for other groups of patients need to be developed and to develop or improve the role of practical nurses case manager in Chaopraya Yommaraj Hospital, Suphanburi

**Key word :** Care model / stroke patients

\* Director of Nursing Choapraya Yommaraj Hospital

\*\* Registered Nurse Choapraya Yommaraj Hospital

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease or Stroke) เป็นโรคที่มีความรุนแรงและเรื้อรังโรคหนึ่ง ที่มีผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติโดยรวม ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว ได้แก่ สหรัฐอเมริกา ยุโรปและออสเตรเลีย พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับสามรองจากโรคหลอดเลือดหัวใจและมะเร็ง (Anderson, 1991; นิพนธ์ พวงรินทร์ & อุดุลย์ วิริยเวชกุล , 2544) ประเทศไทยจากข้อมูลสถิติกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2548 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีอัตราการตายเป็นอันดับสามรองจากโรคมะเร็งและโรคหัวใจ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ได้แก่ อัมพาตครึ่งซีก เคลื่อนไหวลำบาก สูญเสียการทรงตัว กลืนอาหารลำบาก พูดไม่ชัด มีความบกพร่องทางความรู้สึกรู้จักคิด สภาพจิตใจอารมณ์ไม่ปกติ สูญเสียการรับรู้ทางประสาทสัมผัสควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (นุกูล ตะบูนพงศ์ และคณะ, 2537) และเมื่อเจ็บป่วยนานๆ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น แผลกดทับ การยึดติดของข้อต่างๆ กล้ามเนื้อเยียวลีบ การติดเชื้อทางเดินหายใจ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจนถึงต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง (นิพนธ์ พวงรินทร์ & อุดุลย์ วิริยเวชกุล, 2544) นอกจากนี้จะเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังกล่าวแล้วหากผู้ป่วยและญาติไม่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและไม่ได้รับการดูแลเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง อาจเกิดภาวะ secondary stroke ทำให้เสียชีวิตหรือมีความพิการรุนแรงมากขึ้น (สถาบันประสาทวิทยา 2550)

โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 602 เตียงจากสถิติ 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2549 จนถึง

พ.ศ. 2551 พบว่าโรงพยาบาลรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไว้ในความดูแลจำนวน 1,170 คน 1,220 คนและ 1,120 คนต่อปี ตามลำดับและพบ ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเป็นอันดับที่ 1 (สถิติสารสนเทศโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช, 2551) นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่ส่งมารักษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราชส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ส่งมาจากโรงพยาบาลเครือข่าย ซึ่งคณะผู้วิจัยและแพทย์ศัลยกรรมประสาทได้จัดทำโครงการศึกษาวิจัยให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองแก่บุคลากรทางการแพทย์และร่วมกันค้นหาสาเหตุของการเกิดโรคและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับโรงพยาบาลเครือข่าย 9 แห่ง ในจังหวัดสุพรรณบุรี ในปี 2551 และจากการสำรวจในผู้ป่วย 261 คนพบว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองอันดับแรกได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาได้แก่โรคเบาหวาน สูบบุหรี่ ไขมันในเลือดสูง สูงอายุ และดื่มเหล้าตามลำดับและพบผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำจากการไม่ควบคุมปัจจัยเสี่ยง สาเหตุจากผู้ป่วย/ญาติและเจ้าหน้าที่ไม่ตระหนักสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันจะอยู่ในความดูแลของกลุ่มงานอายุรกรรม ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจะอยู่ในความดูแลของกลุ่มงานศัลยกรรมซึ่งปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มงานศัลยกรรมและอายุรกรรมไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนไม่มีแนวทางการดูแลร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพและไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ขาดการมีส่วนร่วมของแต่ละสหวิชาชีพ ขาดผู้ประสานการดูแล นอกจากนี้ยังพบว่ารูปแบบการวางแผนจำหน่ายไม่เป็นระบบที่ชัดเจน ผู้ปฏิบัติขาดทักษะขาดการประสานการส่งต่อผู้ป่วยสู่ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและพบว่าผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านทำให้ผู้ป่วยนอน



โรงพยาบาลนานจำนวนวันนอนเฉลี่ย 14 วัน ค่าใช้จ่าย 1,325 บาท และจากการศึกษานำร่องของผู้วิจัยในการติดตามผู้ป่วยที่กลับมารักษซ้ำที่โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราชในเดือนตุลาคม 2551 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2552 ในผู้ป่วยทั้งหมด 32 ราย พบว่าปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษซ้ำมากที่สุด ได้แก่ ปอดอักเสบจากการสำลักคิร้อยละ 40.3 ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 26.7 แผลกดทับ ร้อยละ 8.7 และอื่นๆ ได้แก่ กล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็งหรือข้อหลุด ตามลำดับ และไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทำให้เกิดภาวะ secondary stroke 1 ราย และจากการวิเคราะห์สาเหตุ พบว่าเกิดจากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความตระหนักเรื่องโรคและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ไม่มีผู้ดูแลประจำ ขาดอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยและจากปัญหาเศรษฐกิจ ฉะนั้นการที่จะทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องมีแนวทางดูแลรักษาที่ทีมสุขภาพร่วมมือกันให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างผสมผสานเป็นระบบและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ประสิทธิภาพนั้นต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมของบุคลากร ได้แก่ แพทย์พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกายอุปกรณ์เสริม ตลอดจนโภชนาการร่วมทีมกันในการดูแลรักษาให้ความคิดเห็นข้อเสนอแนะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ตลอดจนปรึกษา ร่วมกันการดูแลรักษาจึงจะประสบความสำเร็จอย่างดี (นิพนธ์ พวงวรินทร์ & อุดุลย์ วิริยะเวชกุล, 2544) นอกจากนี้บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพแล้วการที่จะให้แผนการดำเนินงานการรักษาพยาบาลประสบผลสำเร็จมากยิ่งขึ้นจำเป็นต้องมีผู้ประสานการดูแลให้แก่ผู้ป่วย

แต่ละราย ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีแผนการดูแล ซึ่งสร้างโดยสหสาขาวิชาชีพโดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยจะดูแลและปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนตลอดจนรับผิดชอบตรวจตราความก้าวหน้าของผู้ป่วยให้เป็นไปตามผลลัพธ์ที่ต้องการ จะต้องสื่อสารให้ทุกคนในสหสาขาวิชาชีพทราบเพื่อประเมินปัญหาและพยายามลดระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของเยาวลักษณ์ หาญวิวัฒน์และคณะ (2549) ได้ศึกษาการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลขอนแก่น พบกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันภายหลังการจำหน่าย 30 วัน มากกว่าก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\bar{X}=70.83, SD=10.59$ ) พบว่า ค่ารักษาเฉลี่ย 7,141 บาท ต่ำกว่า ค่าใช้จ่ายตาม DRG ผู้ดูแลมีคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ผู้ดูแลผู้ป่วยแลมีความพึงพอใจในระดับสูงมาก คือ ร้อยละ 98 จำนวนวันนอนเฉลี่ยลดลงจาก 10 วันเหลือ 4.7 วัน และจากการศึกษาวิจัยของ อูมา จันทวิเศษ & ฉวีวรรณ ยี่สกุล (2552) ศึกษาผลลัพธ์การใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่ากลุ่มทดลองภายหลังการใช้แผนการดูแลเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงระหว่างวันนอนลดลง ค่าใช้จ่ายลดลง ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติอยู่ในระดับมาก บุคลากรมีความพึงพอใจในการใช้แผนการดูแล ดังนั้นในฐานะของผู้บริหารองค์กรพยาบาลที่มีบทบาทในการสนับสนุนทีมสหสาขาวิชาชีพในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย จึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งผู้ดูแลในลักษณะ

## วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพและมีพยาบาลผู้จัดการในการให้ความรู้และฝึกทักษะอย่างมีแบบแผนการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การกลับมาเป็นซ้ำ การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและด้านจิตใจ การติดตามเยี่ยมและการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ

### คำถามในการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพและมีพยาบาลผู้จัดการที่สร้างขึ้นมา ควรเป็นอย่างไร
2. บุคลากรทีมนิสิตสาขาวิชาชีพ สามารถปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างขึ้นได้อย่างไร
3. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรีเป็นอย่างไร

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพและมีพยาบาลผู้จัดการในโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อศึกษา กระบวนการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี ได้แก่ การปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี
  - 3.1 ผู้ป่วย
    - 3.1.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

- 3.1.2 ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ย
- 3.1.3 ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย
- 3.2 ผู้ดูแลผู้ป่วย
  - 3.2.1 ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
  - 3.2.2 ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 3.3 บุคลากรสาขานิสิตสาขาวิชาชีพ
  - 3.3.1 ความพึงพอใจของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพ
  - 3.3.2 การปฏิบัติตามแผนการดูแล

### ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพและมีพยาบาลผู้จัดการกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนนระดับความรู้สีกตัว GCS มากกว่า 10 คะแนน ที่ไม่ได้รับการผ่าตัดไม่มีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถควบคุมได้ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหญิงหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิง จำนวน 4 แห่ง ในโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช ใช้เวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2552 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2552

### นิยามตัวแปร

**ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองและเข้ารับการรักษาในแผนกศัลยกรรมและอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช ที่มีคะแนนระดับความรู้สีกตัว GCS มากกว่า 10 คะแนนที่ไม่ได้รับการผ่าตัดไม่มีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถควบคุมได้



**ผู้ดูแลผู้ป่วย** หมายถึงผู้ที่รับผิดชอบที่เป็นแกนหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการทำกิจวัตรประจำวันทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย

**ทีมสหสาขาวิชาชีพ** หมายถึงคณะผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ที่ร่วมกันรับผิดชอบดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย 8 วิชาชีพ

**พยาบาลผู้จัดการ** หมายถึงผู้ประสานการดูแลให้แก่ผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ตรวจสอบความก้าวหน้าของผู้ป่วยให้เป็นไปตามผลลัพธ์ที่ต้องการ ความก้าวหน้าจะต้องสื่อสารให้ทุกคนในสหสาขาวิชาชีพทราบ เพื่อประเมินปัญหาและพยายามลดระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วย

**รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึงแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ประกอบด้วยแผนการดูแล การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีพยาบาลผู้จัดการ

#### กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดการพัฒนารูปการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้ทฤษฎีระบบเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาประกอบด้วย

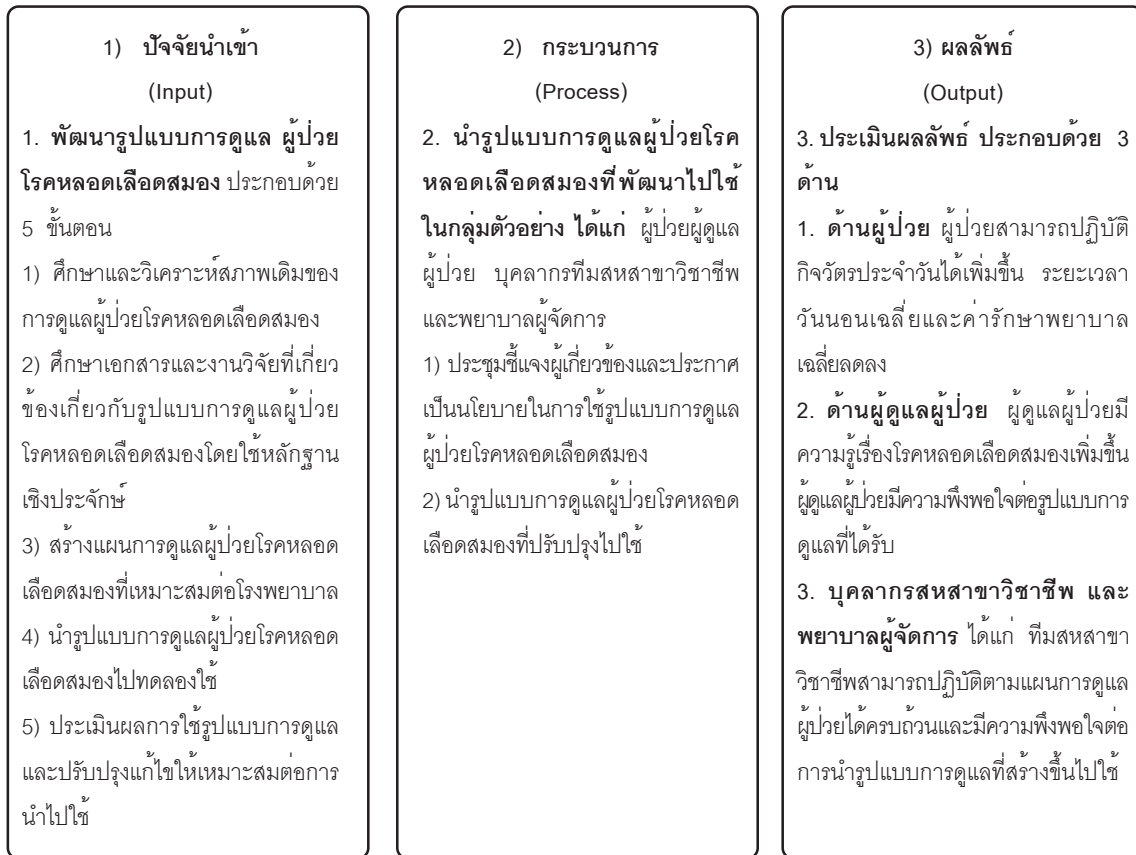
1) **ปัจจัยนำเข้า (Input)** ได้แก่การพัฒนา **รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** ในโรงพยาบาลเจ้าพระยามรชา มี 5 ชั้น ตอนได้แก่ ขั้นตอนที่ 1) การศึกษาและวิเคราะห์สภาพเดิมของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลเจ้าพระยามรชา 2) ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ค้นหาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วยแผนการดูแลการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพและ

พยาบาลผู้จัดการ ขั้นตอนที่ 3) สร้างแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมต่อโรงพยาบาล ขั้นตอนที่ 4) นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 5) ประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลและปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม

2) **กระบวนการ (Process)** นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาไปใช้ใน **กลุ่มตัวอย่าง** ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ และพยาบาลผู้จัดการโดยประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้องและประกาศเป็นนโยบายในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ปรับปรุงไปใช้

3) **ผลลัพธ์ (Output)** ประเมินผลลัพธ์ประกอบด้วย 3 ด้าน 1. ด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้นระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยและค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยลดลง 2. ด้านผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลที่ได้รับ 3. บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพและพยาบาลผู้จัดการสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยได้ครบถ้วนและมีความพึงพอใจต่อการนำรูปแบบการดูแลที่สร้างขึ้นไปใช้ ซึ่งสรุปแผนภูมิกรอบแนวคิด

## วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข



แผนภูมิที่ 1. กรอบแนวคิดการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการในลักษณะของการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช สุพรรณบุรี เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนเดือนกุมภาพันธ์ 2552 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2552

### กลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคณะผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่รับไว้รักษาใน

แผนกศัลยกรรมและอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2552 ถึงเดือนสิงหาคม 2552 จำนวน 3 กลุ่ม โดยมีเกณฑ์ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรมโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช ที่มีคะแนนระดับความรู้สึกตัว GCS มากกว่า 10 คะแนน ที่ไม่ได้รับการผ่าตัดไม่มีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถควบคุมได้ ที่ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 80 ราย

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ที่รับผิดชอบในการทำ

กิจวัตรประจำวันและฟื้นฟูสมรรถภาพโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ คู่มือรศ บุตรหรือญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยสามารถอ่านออกเขียนได้ จำนวน 80 ราย

3. บุคลากรที่มีสาขาวิชาชีพ 8 สาขา จำนวน 11 คน โดยคัดเลือกจากทีมที่ให้การดูแลผู้ป่วยทางคลินิก (Patient Care Team) ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นประจำ ได้แก่ แพทย์ 3 คน พยาบาลผู้จัดการ 2 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน นักกิจกรรมบำบัด 1 คน นักโภชนาการ 1 คน พยาบาลที่ปรึกษา 1 คน และพยาบาลเวชกรรมสังคม 1 คน จำนวน 11 คน คณะผู้วิจัยกำหนดจำนวนผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระยะดังนี้ ระยะที่ 1 ผู้ป่วยและผู้ดูแล 10 ราย ระยะที่ 2 ผู้ป่วยและผู้ดูแล 10 รายและระยะที่ 3 ผู้ป่วยและผู้ดูแล 60 ราย

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลของขั้นตอนการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมสภาพปัญหาของการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลเจ้าพระยามรธาเดมิประกอบด้วย

1.1.1 การทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยามรธาเดมิประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาวันนอน ค่ารักษาพยาบาล กระบวนการรักษาพยาบาลของสาขาวิชาชีพการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วย การวางแผนจำหน่าย การดูแลต่อเนื่องการมาตรวจตามนัด

1.1.2 สังเกตการณ์ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังเกตรวมกับการสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยตั้งแต่รับไว้รักษาจนกระทั่งจำหน่ายและสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลและที่มาตามนัดที่แผนผู้ป่วยนอก สัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างตามแนวสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับลักษณะการบริการที่ได้รับความพึงพอใจ ปัญหาอุปสรรค ความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ของบุคลากรสาขาวิชาชีพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลขั้นตอนการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาไปใช้

2.1. แบบตรวจสอบ การปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของแต่ละสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) กิจกรรมตามแผนการดูแลผู้ป่วยโดยระบุให้มีช่องลงบันทึก “เป็นตามแผน” และ “ไม่เป็นตามแผน” ในแต่ละรายการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 11 คน ประกอบด้วยแพทย์ระบบประสาท 2 คน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์และเป็นผู้อำนวยการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด

1 คน นักกิจกรรมบำบัด 1 คน นักโภชนาการ 1 คน พยาบาลที่ปรึกษา 1 คน และพยาบาลเวชกรรมสังคม 1 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนการประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น

3.1. แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลระยะของส่วนความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้ป่วยทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย/หญิง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย/หญิง โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราชจำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

3.2. แบบประเมินดัชนี บาร์ธอล เอ ดี แอล (Barthel ADL Index) ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, (2545) เป็นแบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ได้ดัชนีบ่งชี้ถึงข้อจำกัดในการดูแลตนเองและระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย ซึ่งประเมินกิจวัตรประจำวันทั้งหมด 10 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การลุกจากที่นอน สุขวิทยาส่วนบุคคล การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน การอาบน้ำ เช็ดตัว การเดิน การขึ้นลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้า การควบคุมการถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการถ่ายปัสสาวะ แต่ละกิจกรรมมีคะแนนแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมนั้นๆ มีคะแนนความสามารถสูงสุด 100 คะแนนและต่ำสุด 0 คะแนน แบบประเมินดัชนี บาร์ธอล เอ ดี แอล (Barthel ADL Index) ของ

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ผ่านการหาความตรงด้านเนื้อหา และมีการปรับปรุงแก้ไขจนเป็นมาตรฐานและใช้กันอย่างแพร่หลายแล้ว ผู้วิจัยจึงไม่ได้หาความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ส่วนความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย/หญิง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย/หญิง โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดย หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

3.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีข้อคำถามแบบประเมินค่า (Rating scale) 3 ระดับจำนวน 12 ข้อและข้อคำถามปลายเปิดในการให้ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะอีก 1 ข้อ โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 1-3 ซึ่งแสดงระดับความพึงพอใจ ผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อระบบบริการและการดูแลรักษาที่ได้รับระหว่างรับไว้รักษาในโรงพยาบาล คะแนน 3 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความพอใจในการบริการมาก คะแนน 2 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความพอใจในการบริการปานกลาง คะแนน 1 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความพอใจในการบริการน้อย

3.4 แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยแนวทางการสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพ ด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับลักษณะการบริการที่ได้รับความพึงพอใจ ปัญหา อุปสรรค ความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

## ขั้นตอนการดำเนินงาน

**ขั้นตอนที่ 1** การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. ศึกษาและวิเคราะห์สภาพเดิมของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในตุลาคม 2551 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2552 สังเกตและสัมภาษณ์ผู้ดูแลและบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่รับการรักษาในเดือนกุมภาพันธ์ 2552

2. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3. สร้างแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมสหสาขา สรุปเป็นแบบบันทึกแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระบุกิจกรรมของแต่ละวิชาชีพ กำหนดระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยในแต่ละกิจกรรม มุ่งพัฒนาทั้งศักยภาพผู้ป่วยและผู้ดูแล ใช้เวลาในการอยู่รักษาในโรงพยาบาล 12 วัน (สร้าง Care map 1)

4. ตรวจสอบคุณภาพ ของแผนการดูแลโดยการนำแผนดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฉบับที่ 1 ไปทดลองใช้ ในผู้ป่วย 10 ราย และผู้ดูแล 10 ราย หลังการทดลองใช้แผนการดูแลฉบับที่ 1 ปรับกิจกรรม โดยกำหนดบทบาทของแต่ละวิชาชีพให้ชัดเจน มีการผสมผสานกิจกรรมของสหสาขาวิชาชีพ โดยมีพยาบาลผู้จัดการเป็นผู้ประสานงาน ลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลเหลือ 5 วัน ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ/ตัน และลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลเหลือ 7 วัน ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก และปรับปรุงแก้ไขพัฒนา เป็น Care map 2 ทดลองใช้ Care map 2 ในผู้ป่วย 10 รายและผู้ดูแล 10 ราย

5. ประเมินผล และปรับปรุงแก้ไข สรุปประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ

สำหรับ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นประกอบไปด้วย แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ และพยาบาล ผู้จัดการเป็นผู้ประสานการดูแล ซึ่งแผนการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1. ชื่อโรคหรือกลุ่มอาการตามระบบและระยะเวลาการนอนโดยเฉลี่ย (Expected length of stay) กำหนดไว้ 12 วัน

ส่วนที่ 2. แสดงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยซึ่งครอบคลุมปัญหาสุขภาพ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ส่วนที่ 3. แสดงผลลัพธ์ที่คาดหวัง

ส่วนที่ 4. แสดงกิจกรรมหลัก ที่จำเป็นในการดูแล การประเมินสภาพผู้ป่วย การส่งปรึกษาแพทย์ เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักโภชนาการ พยาบาลที่ปรึกษา พยาบาลเวชกรรมสังคม การส่งตรวจต่างๆ รายการยา ชนิดอาหาร กิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยปฏิบัติ การดูแลจิตใจและสังคม ความรู้ที่ให้ผู้ป่วย การวางแผนจำหน่าย และการมาตรวจตามนัด

**ขั้นตอนที่ 2** นำรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปใช้โดย

1. ประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้อง และประกาศเป็นนโยบายในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีแผนการดูแลของสหสาขาวิชาชีพ มีการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ และพยาบาลผู้จัดการเป็นผู้ประสาน

2. นำ Care map ที่แก้ไขปรับปรุง ไปใช้ 4 หอผู้ป่วย ในผู้ป่วย 60 รายและผู้ดูแล 60 ราย

**ขั้นตอนที่ 3** การประเมินผลลัพธ์ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้ป่วย ด้านผู้ดูแลและบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ

3.1 ด้านผู้ป่วย เปรียบเทียบความสามารถในการทำ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ก่อนจำหน่ายและหลังจำหน่าย 30 วันและประเมินระยะวันนอนรักษาในโรงพยาบาลและค่ารักษาพยาบาล

3.2 ด้านผู้ดูแล เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังให้การดูแลและประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วย

3.3 ด้านบุคลากร ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประเมินผลการปฏิบัติตามแผนการดูแล ของทีมสหสาขาวิชาชีพ และประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณ

1. ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป คำนวณหาค่าสถิติดังนี้

1.1 แจกแจงความถี่และค่าร้อยละในการคำนวณ หาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพต่อเนืองผู้ป่วยของแต่ละสาขาวิชาชีพ และความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วย

1.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนความรู้โรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล แรกรับและก่อนจำหน่าย 1 วัน ด้วยสถิติทดสอบที (Paired t - test)

1.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย 1 วัน และภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน 30 วัน ด้วยสถิติทดสอบที (Paired t-test)

1.4 หาค่าเฉลี่ยในการคำนวณค่าเฉลี่ยระยะ เวลารวันนอนรักษาในโรงพยาบาล และค่ารักษาพยาบาล

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา โดยคณะผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล ทำไปพร้อมกันในแต่ละครั้งที่ทำการสัมภาษณ์ เพื่อให้การตรวจสอบและยืนยันข้อมูลที่ได้ว่าเป็นข้อมูลตรงกันและทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ประมวลคำสำคัญ (Key word) และเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูลมาระบุหัวข้อเรื่อง (Theme) และทำการตรวจสอบข้อมูลที่ได้นจนสมบูรณ์

### การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

คณะผู้วิจัยได้คำนึงถึงจริยธรรมของการทำ การศึกษาในการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมศึกษาเป็นสำคัญ คือการใช้หลักเอกลัทธิ และหลักการไม่ทำให้เกิดอันตราย

### ผลการวิจัย

#### 1. ด้านผู้ป่วย

1.1 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองโดยรวมได้เป็นส่วนใหญ่ ภายหลังการจำหน่าย 30 วัน ( $\bar{X} = 75.08$  ,  $SD = 23.890$ ) มีค่าเฉลี่ย คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันภายหลังการจำหน่าย 30 วัน มากกว่าก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .000$ ) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นกว่าก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกกิจกรรม (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

1.2 ระยะวันนอนเฉลี่ยและค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยพบว่าระยะวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันและแตกเท่ากับ 4.27 วัน และ 7.27 วัน ตามลำดับ และค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันและแตกเท่ากับเท่ากับ 9,210.73 บาท และ 10,640,57 บาท ตามลำดับ



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังจำหน่าย 30 วัน (n = 60 )

ความสามารถในการทำ	ค่าคะแนนเฉลี่ย		t-test	p-value		
	ก่อนจำหน่าย	หลังจำหน่าย 30 วัน				
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน	3.67	2.412	4.17	2.092	-2.560	.000
2. การอาบน้ำ	2.67	2.515	3.17	2.430	-2.560	.013
3. การแต่งตัว	5.92	3.623	6.92	3.331	-3.841	.000
4. การรับประทานอาหาร	7.00	3.705	8.00	2.940	-3.841	.000
5. การปัสสาวะ	9.50	1.771	10.00	.000	-2.187	.033
6. การอุจจาระ	7.25	2.972	7.92	2.651	-3.013	.004
7. การเข้าห้องน้ำ	4.92	3.504	6.42	3.201	-5.028	.000
8. การขึ้นลงจากเตียง	10.08	4.378	13.00	2.636	-8.051	.000
9. การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน	6.50	4.897	9.92	5.328	-8.134	.000
10. การขึ้นบันได	3.33	3.403	5.58	3.916	-6.523	.000
<b>รวม</b>	<b>60.83</b>	<b>26.283</b>	<b>75.08</b>	<b>23.890</b>	<b>-13.861</b>	<b>.000</b>

P < .05

## 2. ด้านผู้ดูแลผู้ป่วย

2.1 ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้ป่วย จากการวิเคราะห์พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 9.15$  ,  $SD = 0.936$ ) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายมากกว่าแรกรับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P = .000$ ) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยแล้มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายมากกว่าแรกรับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกข้อ (รายละเอียดดังตารางที่ 2)

2.2 ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการตอบแบบสอบถามพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความพึงพอใจต่อการบริการของทีมสหสาขาวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด ( $\bar{X} = 34.23$  ,  $SD = 2.061$ ) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความพึงพอใจต่อการบริการของสหสาขาวิชาชีพในเรื่องการดูแลด้วยการทำทางที่สุภาพของทีมสุขภาพที่ให้การดูแลมากที่สุด ( $\bar{X} = 2.98$  ,  $SD = .525$ ) รองลงมาในเรื่องความเชี่ยวชาญของทีมสุขภาพในการดูแลรักษา ( $\bar{X} = 2.95$  ,  $SD = .220$ ) และพึงพอใจน้อยที่สุดในเรื่องความรวดเร็วในการส่งผู้ป่วยไปตามจุด

## วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ต่าง ๆ เช่น ห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ห้องกายภาพ  
( $\bar{X}$  = 2.60 , SD = .494 ) รองลงมา ความสะอาดกรวด

เร็วในการบริการ ( $\bar{X}$  = 2.70 , SD = .462 ) (รายละเอียด  
ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่อแรกรับและก่อน  
จำหน่าย (n=60 )

ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	ค่าคะแนนเฉลี่ย				t-test	p-value
	แรกรับ		ก่อนจำหน่าย 30 วัน			
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1. อาการเร่งด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องมาพบแพทย์	.35	.481	.98	.129	-10.095	.000
2. บุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	.88	.324	1.00	.000	-2.791	.007
3. อาหารชนิดใดที่ไม่ควรจัดให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง	.57	.500	.93	.252	-5.844	.000
4. กิจกรรมที่ไม่ควรจัดให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	.60	.494	.93	.252	-5.431	.000
5. กิจกรรมที่ควรปฏิบัติในการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	.68	.469	.98	.129	-5.028	.000
6. ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	.33	.475	.93	.252	-9.407	.000
7. กิจกรรมที่ควรปฏิบัติเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยนอนในเวลากลางวัน	.12	.324	.60	.494	-7.429	.000
8. การจัดหาอาหารป้องกันท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	.72	.454	.93	.252	-3.693	.000
9. กิจกรรมที่ควรปฏิบัติในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการสื่อสาร	.33	.475	.85	.360	-7.942	.000
10. กิจกรรมที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องปฏิบัติได้ก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน	.65	.481	1.00	.000	-5.636	.000
รวม	5.23	1.826	9.15	0.936	-16.059	.000

P < .05

ตารางที่ 3. ค่าคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อการบริการของทีมสหสาขาวิชาชีพ (n = 60 )

การบริการที่ได้รับ	ค่าคะแนนเฉลี่ยและความพึงพอใจ	
	$\bar{X}$	SD
1. ความสะดวกรวดเร็วในการบริการ	2.70	.462
2. การทำงานร่วมกันของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยกับ หน่วยงานอื่น	2.85	.360
3. การทำงานร่วมกันของแพทย์ พยาบาลและทีมสุขภาพ	2.92	.279
4. ความรวดเร็วในการส่งผู้ป่วยไปตามจุดต่างๆ เช่นห้องเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์ ห้องกายภาพ	2.60	.494
5. ทีมผู้ให้การดูแล เต็มใจในการรับฟังปัญหาการเจ็บป่วย และเอาใจใส่ในการรักษาพยาบาล	2.90	.303
6. การดูแลด้วย กริยาท่าทางที่สุภาพของทีมที่ให้การดูแลสุขภาพ	2.98	.525
7. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค ขั้นตอนการตรวจ รักษาของพยาบาล	2.93	.252
8. การตอบข้อซักถามของพยาบาลเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับ โรคที่เป็นอยู่	2.92	.279
9. การให้คำแนะนำ/สอนสาธิตเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล	2.88	.329
10. การให้เวลาในการซักถามเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ของแพทย์	2.75	.437
11. ความเชี่ยวชาญของทีมสุขภาพในการดูแลรักษา	2.95	.220
12. การได้รับคำแนะนำ/สอน/สาธิตในการเตรียมตัว ก่อนกลับบ้าน และการดูแลที่บ้านของทีมสุขภาพ	2.92	.279
รวม	34.23	2.061

### 3. ด้านบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ

3.1 การปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่าบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพได้ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่กำหนดได้ครบถ้วนทุกกิจกรรม

3.2 ด้านความพึงพอใจของบุคลากร ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผลการสัมภาษณ์ พบว่า ร้อยละ 100 ของบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ มีความพึงพอใจมาก และภาคภูมิใจมากต่อการมีส่วนร่วมในการ

พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากได้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน ได้แสดงความคิดเห็นและตัดสินใจร่วมกัน มีการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกทีมสุขภาพอย่างชัดเจน ดังเช่นบทสัมภาษณ์ของ ทีมสหสาขาวิชาชีพบางคนเช่น นักกิจกรรมบำบัดท่านหนึ่ง กล่าวว่า “การที่ได้มีการกำหนดแผนการดูแลร่วมกันทำให้เกิดการประสานงานที่ดีมีการสื่อสารกันมากขึ้น คุยกันง่ายขึ้น ทำให้รู้จักกัน หลากหลายอาชีพและเกิดความเข้าใจกันขึ้น ส่งผลให้

## วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพเพิ่มมากขึ้น เพราะทุกคนมีจุดมุ่งหมายเช่นเดียวกันคือต้องการให้ผู้ป่วยหายจากโรคสำหรับบรรยากาศนั้น ส่วนใหญ่ดี เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมทีมได้แสดงบทบาทอย่างเต็มที่”

### สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีแผนการดูแลการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพและมีพยาบาลผู้จัดการที่ได้พัฒนาขึ้นจากงานวิจัยครั้งนี้ สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยลดจำนวนวันนอน ลดค่าใช้จ่ายและเกิดความพึงพอใจทั้งผู้ดูแล และบุคลากรสหสาขาวิชาชีพได้ เนื่องจากบุคลากรทุกคนในทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแผนได้ครบถ้วนและจากผลการสัมภาษณ์ พบว่า ร้อยละ 100 ของบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจมากและภาคภูมิใจมากต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากได้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน ได้แสดงความคิดเห็นและตัดสินใจร่วมกันมีการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกทีมสุขภาพอย่างชัดเจน นอกจากนี้บุคลากรทีมสุขภาพต่างให้ความสำคัญต่อบทบาทพยาบาลผู้จัดการว่าเป็นผู้ที่เหมาะสมในการเป็นผู้ประสานงานการดูแลทำให้การทำงานสะดวกและมีการติดต่อสื่อสารที่ชัดเจนและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

นอกจากนี้พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุดต่อบริการของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลได้ทราบถึงแนวทางการรักษา ระยะเวลาที่ต้องอยู่โรงพยาบาล ได้รับความรู้และได้ฝึกทักษะที่จำเป็นทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ต่อเนื่องที่บ้านสอดคล้องกับประภัสศรี ช่างษ์ (2535) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น

โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการวางแผนรักษา พบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงจากการศึกษาของเยาวลักษณ์ หาญวิวัฒน์และคณะ (2549) ได้ศึกษาการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับสูงมาก คือร้อยละ 98 จากการศึกษาวิจัยของ อูมา จันทวิเศษ & ฉวีวรรณ ยี่สกุล (2552) ศึกษาผลลัพธ์การใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองภายหลังการใช้แผนการดูแลพึงพอใจในระดับมาก

สำหรับเรื่องความรู้พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายในระดับมากที่สุดและมีค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนจำหน่ายมากกว่าแรกรับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองโดยรวมได้เป็นส่วนใหญ่ภายหลังการจำหน่าย 30 วัน โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถหลังการจำหน่าย 30 วัน มากกว่าก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่าย สอดคล้องกับการศึกษาของจารึก ธานีรัตน์ (2545) ศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายมีความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี จากการศึกษาของจินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ (2539) ศึกษาผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลที่โรงพยาบาลด้วยวิธีวิจัยกึ่งทดลอง โดยสร้างคู่มือการสอนและฝึกทักษะ

แก่ผู้ดูแลผู้ที่เป็นสตรีค พบว่าผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลมากกว่ากลุ่มควบคุมและสุขภาพผู้ที่เป็นสตรีคในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมเมื่อกลับบ้าน 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และอารมณ บัญเกิด (2540) ศึกษาประสิทธิผลของการเตรียมตัวก่อนกลับบ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ที่เป็นสตรีค และความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเป็นการวิจัยเชิงทดลองเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลโดยให้ความรู้ในเรื่องการดูแลตนเอง การดูแลผู้ที่เป็นสตรีค และการฟื้นฟูที่โรงพยาบาล รวมทั้งให้มีส่วนร่วมรับรู้อาการการรักษของแพทย์ การพยาบาลที่ได้รับและเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและข้อข้องใจได้อย่างเต็มที่ พบว่า หลังจากการเยี่ยมบ้านผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลสูงกว่าระยะเตรียมก่อนกลับบ้านอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันภายหลังการจำหน่าย 30 วัน มากกว่าก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .000$ ) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดูแลจากสหสาขาวิชาชีพตามแผนการดูแลที่กำหนดไว้ในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพ และผู้ดูแลได้รับการสอนสาธิต Homeโปรแกรมก่อนการจำหน่ายทำให้ภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยาวลักษณ์ หาญวิจิตรวงศ์และคณะ (2549) ได้ศึกษาการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลขอนแก่นพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันภายหลังการจำหน่าย 30 วันมากกว่าก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\bar{X} = 70.83, SD = 10.59$ )

สำหรับจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายมีความเหมาะสมเนื่องจากมีกระบวนการนำแผนการดูแลผู้ป่วยที่ร่วมกันกำหนดขึ้นไปทดลองปฏิบัติการดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันและแตก พบว่าจำนวนวันนอนรักษาเฉลี่ย 4.27 วันและ 7.27 วันตามลำดับและจำนวนค่ารักษาลดลงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันและแตก เท่ากับ 9,210.73 บาท และ 10,640.57 บาท ตามลำดับ สอดคล้องจากการศึกษาของ Tomlison, et al. (1985 อ้างถึงใน ประภัสศรี ชาวสุข, 2535) ทดลองใช้โปรแกรมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดเส้นเลือดในสมองแตก พบว่า ภายหลังการทดลองใช้โปรแกรมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองแตก สามารถลดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจากอัตราเฉลี่ย 13.4 วัน ลดเหลือ 9.3 วัน จากการศึกษาวิจัยของ อูมา จันทวิเศษ & ฉวีวรรณ ยี่สกุล (2543) ได้ศึกษาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยทำให้ระยะเวลาการพักรักษาในโรงพยาบาลลดลงเฉลี่ย จาก 13.33 วัน เหลือ 9.47 วัน ค่ารักษาเฉลี่ยลดลงจาก 21,970.50 บาท เหลือ 9,081.20 บาท และการศึกษาของ ยาวลักษณ์ หาญวิจิตรวงศ์ และคณะ (2549) ได้ศึกษาการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าจำนวนวันนอนเฉลี่ยลดลงจาก 10 วันเหลือ 4.7 วัน ค่ารักษาเฉลี่ย 7,141 บาทและผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและจากการศึกษาวิจัยของ อูมา จันทวิเศษ & ฉวีวรรณ ยี่สกุล (2552) ศึกษาผลลัพธ์การใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มทดลองภายหลังการใช้แผนการดูแลค่าใช้จ่ายลดลง

## วารสารพยาบาลกระบวนศาสตร์สุขภาพ

### ข้อเสนอแนะ

ควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ประกอบด้วยแผนการดูแลการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพและมีพยาบาลผู้จัดการที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้สามารถนำมาใช้ได้จริงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปขยายต่อในหน่วยงานอื่นและเพิ่มศักยภาพของพยาบาลผู้จัดการ และควรมีการวิจัยโดยมีการสร้างแผนการดูแลในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆโดยใช้รูปแบบการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพที่มีพยาบาลเป็นผู้จัดการการดูแล (Case Manager)

### เอกสารอ้างอิง

- จารึก ธาณรัตน์. (2545). ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- จินตนา ยูนิพันธ์และอัญชัญ ไพบูลย์. (2546). การจัดการผู้ป่วยรายกรณี : จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินนะรัตน์ ศรีภักดิ์ทิพย์. (2539). ผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์ และ อุดลย์ วิริยะเวชกุล. (2544). Acute stroke management. ในนิพนธ์ พวงวรินทร์ (บรรณาธิการ). โรคหลอดเลือด

สมอง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์

นุกูล ตะบูนพงศ์, ชอลดา พันธุ์เสนา และ นิตยา ตากวิริยะนันท์. (2537). ภูมิหลังปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์.

ประภัสสรี ช่างวงษ์. (2535). การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่รับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สถาบันประสาทวิทยา. (2550). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สิรินธร ฉันทศิริกาญจน์. (2539). การดูแลแบบสหสาขาวิชาการสำหรับผู้สูงอายุ : บทบาทของแพทย์รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2 (3) : 76-82.

เยาวลักษณ์ หาญวชิรวงศ์และคณะ. (2549). การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารขอนแก่น. 30 (3) : 272-283.

อารมณีนุญเกิด. (2540). ประสิทธิภาพของการเตรียมก่อนกลับต่อความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

อุมา จันทวิเศษ และ ฉวีวรรณ ยี่สกุล. (2543). การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. รายงานการศึกษาเบื้องต้น. สงขลานครินทร์เวชสาร. 18 (3) : 155-160.



- อุมา จันทวิเศษ และ ชวีวรรณ ยี่สกุล. (2552). ผลลัพธ์การใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 27 (2) : 145-155.
- American Stroke Association. (2003) Stroke Care. [ [http:// www.stroke association. org/ presenter. Jhtml/Indentif](http://www.strokeassociation.org/presenter.jhtml?indentif)]. May 21, 2003.
- French, P. (2002) What is the evidence on evidenced-based nursing. An epistemology concern. *Journal of Advanced Nursing* : 37 (3) 250-257
- Internet Stroke Scale Center. (2003). Stroke Scale & Clinical Assessment Tools. [ [http://www.Stroke Center. org/ tails/ scales/ index. \]](http://www.StrokeCenter.org/tails/scales/index). May 3,2003.
- National Institute of Neurological Disorder And stroke .(2005). Stroke : Hope through research. [ [http://www.ninds.nih.gov/ health and medical/ pubs/stroe-hope-through research](http://www.ninds.nih.gov/healthandmedical/pubs/stroe-hope-throughresearch)]. May,21.
- Reddy,M.P.&Reddy,V.(1997). After a stroke strategies to restore function and prevention complications. *Geriatrics*, 52 (September), 59-62.
- Tahan,H.A.(200)The role of the nurse case manager.In Cohen & Cesta,T,G.Nursing Case management::from essentials to advanced practice application. St.Louis: Mosby.
- Tonges.M.C.(2001).Nurse case manager job characteristics and effects on well-being.In Cohen,E.L.and Cesta, T,G. Nursing Case management : from essentials to advanced practice application. St. Louis : Mosby.
- Truelsen,T.&Bonita,R.(2002). Summary surveillance of stroke : The WHO Stepwise approach. Switzerland : Geneva.



การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ  
กระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ลมัย วอَتْทัพย์\* พย.บ.  
อวนิต สุวิณฑาทกร\*\* พย.ม.

**บทคัดย่อ**

รายงานฉบับนี้ได้นำเสนอการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โดยใช้ Evidence-based practice model ของซูกัพ (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาซึ่งประกอบด้วย 4 ระยะคือ 1) การค้นหาปัญหาทางคลินิก 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้และ 4) การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน การศึกษาครั้งนี้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการประเมินระดับความน่าเชื่อถือและความเป็นไปได้ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้มีหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 23 เรื่อง หลักฐานอยู่ในระดับ A จำนวน 7 เรื่อง ระดับ B จำนวน 6 เรื่อง ระดับ C จำนวน 7 เรื่อง ระดับ D จำนวน 3 เรื่อง บทความวิชาการ 3 เรื่อง ผลการสังเคราะห์ในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลจำแนกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดและระยะฟื้นฟูสภาพหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน และนำมาปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติให้มีความเหมาะสม นอกจากนั้นผู้ศึกษาายังได้สร้างคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม นำไปทดลองปฏิบัติในคลินิกจำนวนผู้ป่วย 16 ราย ผลการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 72.75 ปี (ช่วงอายุ 61- 84 ปี) เข้ารับการรักษาด้วยปัญหากระดูกต้นขาส่วนคอหัก มีโรคประจำตัวร้อยละ 87.5 โรคที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง และโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 62.8, 25 และ 12.2 ตามลำดับ สรุปว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถนำไปใช้ในคลินิกได้ โดยสามารถป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และทำให้ระยะเวลาอนโรงพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งกลับบ้านลดลงจากก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 17.4 วันเป็น 13.6 วัน และระยะเวลาอนโรงพยาบาลตั้งแต่หลังผ่าตัดจนกระทั่งกลับบ้านเฉลี่ยเท่ากับ 7.75 วัน

**คำสำคัญ :** แนวปฏิบัติการพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง-เด็ก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร สุพรรณบุรี

\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง-เด็ก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร สุพรรณบุรี

**Development of the Clinical Nursing Practice Guideline for elderly patients with hip fracture undergoing Total hip Arthroplasty.**

Lamai Rodsup, BN<sup>§\*</sup>  
Oranit Suwintharakorn, MN<sup>§\*\*</sup>

**Abstract**

The purpose of this study was to develop clinical nursing practice guideline (CNPG) for elderly patients with hip fracture undergoing Total Hip Arthroplasty. This CNPG was established by using evidence-based practice (EBP) model of Soukup (2000) as a conceptual framework. An evidence-based practice model had four phases which consisted of 1) Evidence triggered phase, 2) Evidence supported phase, 3) Evidence observed phase, and 4) Evidence based phase. This study was finished to phase 4 of the evidence-based practice model. Evaluation the credibility level and the feasibility of implementation were also performed. From a total of 23 studies of evidence-based practice, there were 7 level A, 6 level B, 7 level C and 3 level D. Result of syntheses EBPs included 3 phase of nursing care for elderly patients with hip fracture undergoing Total Hip Arthroplasty : 1) Initial ; 2) Interim and 3) Pre-discharge. The content of this CNPG was validated by 3 Orthopedics experts and adjusted for the appropriation. The author developed a guide - book for every patients. This guide books have also been shown information on medication, mobility, provision of adaptive equipment/ walking aids, exercises, and prevention of falls. As for phase 4, implementation of CNPG into practice at orthopaedic wards were a pilot study. The sample was 16 patients. The mean age was 72.75 years with a range of 61-84 years. Approximately, 87.5 % had pre-existing medical problems, which were hypertension (62.8%) , dyslipidemia (25%) and diabetic mellitus(12.5%). The mean length of stay and post-operative stay were 13.6 and 7.75 days respectively. They all had no post-operative complication. The result supported that the use of CNPG could provide quality nursing care for elderly patients with hip fracture undergoing Total hip Arthroplasty , reduced mean length of stay from 17.4 days before used this guideline , and could prevent post-operative complication. The author strongly suggests that the developed CNPG should be tried out and evaluated for process and outcome. Nurses should be trained to have gain more knowledge and skills for utilizing the CNPG. In addition, outcome research should be conducted to test the effectiveness of the CNPG.

**Keywords :** clinical nursing practice guideline, Nursing car for f elderly patients with hip fracture undergoing Total hip Arthroplasty, Post-operative complication

---

\* Head of Female orthopedic ward Choapraya Yommaraj Hospital

\*\* Registered nurse orthopedic ward Choapraya Yommaraj Hospital

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กระดูกสะโพกหักเป็นปัญหาหนึ่งที่มีอุบัติการณ์การเกิดสูงขึ้นตามอายุของประชากรที่เพิ่มขึ้นโดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุและการพลัดตกหกล้ม การเกิดกระดูกหักในผู้สูงอายุนับเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขในระดับนานาชาติ ตำแหน่งของกระดูกที่หักบ่งชี้เมื่อล้มได้แก่ กระดูกสะโพก ซึ่งพบร้อยละ 40 เมื่อกระดูกสะโพกหัก จะมีผลกระทบตามมาหลายอย่างโดยเฉพาะอัตราการตายภายหลังกระดูกสะโพกหักภายใน 1 เดือน 4 เดือน และ 1 ปี พบร้อยละ 10,20,30 ตามลำดับ (Parker & Johansen, 2006 : 27-30) Gullberg และคณะ (1997) ทำวิจัยและคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2025 จำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 1.66 ล้านคนเป็น 2.6 ล้านคน และเพิ่มเป็น 4.5 ล้านคน ในปี 2050 โดยมีค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจะเพิ่มเป็น 131.5 พันล้านดอลลาร์ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรและเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก (Harty, McKenna, Moloney, D'Souza, & Masterson, 2007) โดยพบว่าอัตราการเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายประมาณ 2-3 เท่า จากการศึกษาของพัมน์ วรณปิยะรัตน์ (2551) ที่ศึกษาผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร สุพรรณบุรี และติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 ปีจำนวน 92 ราย ได้รับการผ่าตัด 33 ราย ไม่ผ่าตัด 59 ราย อัตราการเสียชีวิตหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน ไม่พบในกลุ่มผ่าตัด ส่วนในกลุ่มไม่ผ่าตัดพบร้อยละ 16.9 ความสามารถในการเดินหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือนในกลุ่มผ่าตัดแตกต่างจากกลุ่มไม่ผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ผลลัพธ์

ทางการรักษาขึ้นอยู่กับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักส่วนใหญ่มักมีปัญหาซับซ้อน บางรายยังมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ทำให้มีการชะลอการผ่าตัด ซึ่งจะให้อัตราตายเพิ่มมากขึ้น และยังส่งผลให้ค่าใช้จ่ายและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้นอีกด้วย (ไพรัช ประสงค์จีน, 2552) ถึงแม้ว่าวิธีการรักษากระดูกสะโพกหักจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นแต่การดูแลผู้ป่วยที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดขึ้นได้ เช่น ปอดบวม แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง การเกิดข้อสะโพกเทียมหลุด หากไม่ได้รับการรักษาและการดูแลที่มีประสิทธิภาพจะทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพตามมาก่อให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงการเสียชีวิตได้ในที่สุด (Folden & Tappen, 2007) พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลบุคคลในทุกระยะของการเจ็บป่วย ตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด จะต้องมีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย เตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ และประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่รวดเร็ว ลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้และลดอัตราการตาย การพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการรวบรวมข้อมูล ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลให้มีความน่าเชื่อถือตั้งอยู่บนฐานของความรู้ที่เป็นวิทยาศาสตร์ สามารถตรวจสอบได้ มีมาตรฐานและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน การสร้างองค์ความรู้ทางการพยาบาลเป็นหนึ่งในภารกิจหลักของแผนยุทธศาสตร์การบริการพยาบาลที่พยาบาลตลอดจนหน่วยงานบริการพยาบาลจะต้องนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาบริการพยาบาลอย่างเหมาะสมคุ้มค่า

การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Practice : EBP) เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของการประกันคุณภาพการบริการด้านสุขภาพ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นโครงการที่พัฒนาขึ้นจากบริบทและประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานนั้นๆ เพื่อใช้แก้ปัญหาในหน่วยงาน เป็นการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่จะให้แก่ผู้ป่วยบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดขณะนั้น (ฟองคำ ติลลสกุลชัย, 2549) จากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออโรโธปิดิกส์หญิง-เด็ก โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ ยังพบปัญหาในการให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ไม่มีหลักฐานยืนยันว่าผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ความไม่ชัดเจนนี้เอง ทำให้ผู้ศึกษาสนใจและกำหนดประเด็นปัญหาทางคลินิกสืบค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ผลงานวิจัยอย่างเป็นระบบนำมาประเมินและวิเคราะห์ในด้านความตรง ความเที่ยงความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้ทางคลินิก มีการสังเคราะห์งานวิจัยเพื่อนำลงสู่การปฏิบัติเพื่อหาวิธีการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่เหมาะสม โดยนำมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลให้มีความน่าเชื่อถือตั้งอยู่บนฐานของความรู้ที่เป็นวิทยาศาสตร์ สามารถตรวจสอบได้มีมาตรฐานและเป็นไปในแนวทางเดียวกันมีการประเมินผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินผลอย่างชัดเจน แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่สร้างขึ้นนี้เปรียบเสมือนแผนที่ของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งจะส่งผลต่อการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ กระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้มีมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โดยใช้องค์ความรู้ที่เป็นปัจจุบัน ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
2. มีแนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นไปในแนวทางเดียวกันและเป็นลายลักษณ์อักษรเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและเป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

## วิธีดำเนินการศึกษา

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพ (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิดในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นรูปแบบที่มีกระบวนการชัดเจน ครอบคลุมและเน้นที่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในระดับองค์กรตลอดจนให้แนวทางในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมีกระบวนการพัฒนาเป็น 4 ระยะ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ คือ

**ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence triggered phase)** เป็นกระบวนการของการค้นหาปัญหา ระบุปัญหาทางคลินิกที่สนใจและต้องการแก้ไข ปัญหา ซึ่งได้จากหลักฐาน 2 แหล่ง คือ

1. Practice triggered ปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงานจากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานพบว่าในหน่วยงานยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเป็น

แนวทางเดียวกันในการให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ กระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม การให้การพยาบาลจะแตกต่างกันออกไปตาม ความรู้และประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงานแต่ละคน

2. Knowledge triggered การศึกษาค้นคว้าจากการทบทวนงานวิจัยเอกสารที่เกี่ยวข้อง ทั้งตำราและบทความทางวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม พบว่า การชะลอการผ่าตัดในผู้ป่วยกลุ่มนี้นานเกิน 48 ชั่วโมงจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราตายและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล (Bottle & Aylin, 2006 : 947-951) การให้การพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะฟื้นฟูสภาพ หลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ควรมีการจัดทำคู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โดยคู่มือควรจะประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดการออกกกำลังกายและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันกรพลัดตกหกล้ม เป็นต้น

**ระยะที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Evidence - supported phase)** เป็นการกำหนดขอบเขตในการเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยกำหนดวัตถุประสงค์การสืบค้นในครั้งนี้กำหนดวัตถุประสงค์ของการสืบค้นในขอบเขตดังนี้ เป็นการศึกษานักวิชาการพยาบาลกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โดยมีขั้นตอนการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้ คือ

- กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น สำหรับการสืบค้นในครั้งนี้ กำหนดคำสำคัญไว้ดังนี้ Hip

fracture, Hip arthroplasty, Hip surgery, Nursing intervention, Postoperative complication, Dislocation of the hip, Rehabilitation, Care pathways , Post-operative pain, Pain assessment, Pain management, Evidence-based practice, Guide - book

- การกำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล สืบค้นงานวิจัยจากวิทยานิพนธ์ของมหาวิทยาลัยต่างๆ วารสารทางการแพทย์ และสาขาที่เกี่ยวข้อง ทั้งภายในและต่างประเทศจากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทางการแพทย์และวิชาชีพสุขภาพอื่นๆ ได้แก่ CINAHL, PubMed, OVID, Medline, Science direct, Blackwell-synergy และจากฐานข้อมูลงานวิจัยของไทยกำหนดปีที่ใช้สืบค้นตั้งแต่ ค.ศ. 1998 -2010 และการสืบค้นจากเอกสารอ้างอิงของบทความวิชาการจากวารสารและงานวิจัยที่ไม่ได้อยู่ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (manual search)

### การวิเคราะห์และประเมินหลักฐานความรู้เพื่อการประยุกต์ใช้

เป็นการอ่านงานวิจัยทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ต้องการพัฒนาและพิจารณาว่างานวิจัยในเรื่องนั้นตรงกับประเด็นที่ต้องการพัฒนา โดยการวิเคราะห์และวิจารณ์งานวิจัยเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจว่างานวิจัยในเรื่องนั้นมีคุณภาพดีพอที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนา EBP หรือไม่ การประเมินคุณภาพงานวิจัยเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ได้หลักฐานที่ดีที่สุด (best practice) โดยใช้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพงานของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (ราชวิทยาลัย อายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2544) แบ่งระดับงานวิจัยไว้ 4 ระดับ ดังนี้

Level A : หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น Meta - analysis ของงานวิจัยที่เป็น Randomized controlled trials (RCT) หรืองานวิจัยเดี่ยวที่เป็น Randomized controlled trials (RCT)



Level B : หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น Meta - analysis ของงานวิจัยที่เป็น Randomized controlled trials (RCT) อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุมแต่เป็นงานกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม

Level C : หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยายอื่นๆ

Level D : หมายถึง หลักฐานที่ได้จากฉันทามติ (consensus) ของผู้เชี่ยวชาญตำราและเอกสารทางวิชาการต่างๆ ในการพิจารณาความเป็นไปได้ของผลงานวิจัยที่จะนำไปใช้ในคลินิก ใช้เกณฑ์การนำผลวิจัยไปใช้ของโพลิตและเบค (Polit & Beck, 2008) ดังนี้

1. ตรงกับปัญหาที่ต้องการแก้ไข (clinical relevance)
2. มีความน่าเชื่อถือเพียงพอที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติได้ (scientific merit)
3. มีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ (implementation potential) โดยคุณสมบัติ ดังนี้ มีความเหมาะสม (transferability of the finding) กับหน่วยงาน กลุ่มผู้ป่วยและปรัชญาในการดูแลพยาบาลมีสิทธิ์โดยชอบในการปฏิบัติ (feasibility of the implementation) วิธีการไม่ยุ่งยากและมีความคุ้มค่าในการนำไปใช้ (cost-benefit ratio) โดยไม่มีความเสี่ยงในการปฏิบัติก่อให้เกิดประโยชน์ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมนี้ เมื่อรวบรวมข้อมูลจากการวิเคราะห์สังเคราะห์และสรุปวิธีปฏิบัติที่แนะนำจากหลักฐานที่สืบค้นมาแล้วมีงานวิจัยทั้งหมด 20 เรื่อง บทความ

วิชาการ 3 เรื่อง หลักฐานอยู่ในระดับ A จำนวน 7 เรื่อง ระดับ B จำนวน 6 เรื่อง ระดับ C จำนวน 7 เรื่อง ระดับ D จำนวน 3 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ทำในต่างประเทศ 15 เรื่องในประเทศไทย 5 เรื่อง

**ระยะที่ 3 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ (Evidence - observed phase)** เป็นระยะของการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลแล้วนำไปตรวจสอบและทดลองใช้ประเมินผลความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติเพื่อยืนยันว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นมีมาตรฐาน สามารถนำไปใช้ได้จริง ผู้ศึกษาได้นำแนวปฏิบัติที่ได้ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาออร์โธปิดิกส์ การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ รวม 3 คน คือ แพทย์หัวหน้าแผนกออร์โธปิดิกส์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษแผนกออร์โธปิดิกส์ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่ปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม 1 คน เพื่อประเมินความชัดเจนความตรงเชิงเนื้อหาและความเป็นไปได้ของการปฏิบัติแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ จำแนกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะฟื้นฟูสภาพหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม นอกจากนี้ผู้ศึกษายังได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมขึ้นมาด้วยโดยคู่มือประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด การออกกำลังกายและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม คู่มือนี้จะแจกให้ผู้ป่วยและญาติทุกราย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลตนเองต่อเรื่องที่บ้านได้อย่างถูกต้องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ซึ่งจะช่วยลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ต่อไป

**ระยะที่ 4 การนำไปทดลองใช้ (Evidence - based phase)** เป็นระยะของการวิเคราะห์ห้อย่างมีวิจารณญาณ จากข้อมูลในระยะ Evidence - supported phase กับระยะ Evidence - observed phase เพื่อให้ได้รูปแบบของการปฏิบัติที่ดีที่สุด โดยการผสมผสานเข้าสู่การปฏิบัติจริง และวางแผนดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การปฏิบัติรูปแบบใหม่ ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ทดลองนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปทดลองใช้ในผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย โดยมีการดำเนินการดังนี้ คือ

1. จัดประชุมหน่วยงานนำร่องเพื่อเสนอร่างแนวปฏิบัตินำเสนอโครงการต่อคณะกรรมการ PCT ออร์โธปิดิกส์ เพื่ออธิบายถึงสาเหตุของปัญหาความสำคัญและประโยชน์ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้

2. อบรมพยาบาลให้มีความรู้ในเรื่องต่อไปนี กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุการประเมินผู้ป่วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วย การออกกำลังกายและการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด

3. นำแนวปฏิบัตินี้ลงไปใช้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นนำผลที่ได้จากการปฏิบัติเสนอต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อจัดทำเป็นมาตรฐานการพยาบาลต่อไป

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำแนวปฏิบัตินี้ไปทดลองใช้ในผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายจำนวน 16 ราย ผลการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 72.75 ปี (ช่วงอายุ 61- 84 ปี) เข้ารับการรักษาด้วยปัญหากระดูกต้นขาส่วนคอหัก มีโรคประจำตัวร้อยละ 87.5 ซึ่งโรคที่พบมากที่สุดคือ ไชมันในเลือดสูงและโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 62.8, 25 และ 12.2 ตามลำดับระยะเวลานอนโรงพยาบาลตั้งแต่แรกรับจน

กระทั่งกลับบ้านและตั้งแต่หลังผ่าตัดจนกระทั่งกลับบ้านเฉลี่ยเท่ากับ 13.6 และ 7.75 วันตามลำดับลดลงจากก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเฉลี่ย คือ 17.4 วัน ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด สรุปว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถนำไปใช้ในคลินิกได้ โดยสามารถป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

**แนวปฏิบัติการพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guideline) เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม**  
**วัตถุประสงค์** เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยสูงอายุ กระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

**ความหมาย/นิยาม**

ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก (Elderly patients with Hip fracture) : ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ที่มีการหักของคอกระดูกฟีมอร์ (Fracture neck of femur) เนื่องจากได้รับอุบัติเหตุจากการหกล้มได้รับการรักษาโดยวิธีผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม : การพยาบาลที่จัดกระทำต่อผู้ป่วยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะฟื้นฟูสภาพหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

**ลักษณะของผู้ป่วยที่จะใช้แนวปฏิบัตินี้**

1. ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีกระดูกสะโพกหักเนื่องจากได้รับอุบัติเหตุจากการหกล้ม
2. ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

**ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล**

1. ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพที่ดี หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม
2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

3. สามารถลดค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอนโรงพยาบาล

4. ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### แนวทางการปฏิบัติการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด (Initial) ระยะหลังผ่าตัด (Interim) และก่อนกลับบ้าน (Pre-discharge) (Shyu , Liang, Wu, Su, Cheng, Chou, & Yang. 2005 : 811-818)

**ระยะก่อนผ่าตัด (Initial)** เมื่อรับผู้ป่วยเข้าในหอผู้ป่วยพยาบาลซึ่งรับผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยโดยละเอียด ดังนี้ คือ

1. การตรวจร่างกาย ประวัติการใช้ยา การพลัดตกหกล้ม ความเสี่ยงก่อนผ่าตัด ภาวะเสี่ยงด้านต่างๆ โรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ก่อนแล้ว ประเมินการทำหน้าที่ของร่างกายก่อนกระดูกหัก (Shyu et al., 2005 : 811-818)

2. การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้ Barden scale (Gunningberge ,Lindholm , Carlsson, & Sjoden, 2001 : 399 - 407 ;Hommel , Bjorkelund, Thorngs , & Ulander, 2007 : 151-159 ; Ngamprasert, 2002) จัดระดับความรุนแรงของการเกิดแผลกดทับและการใช้วัสดุปูเตียงเพื่อลดการเกิดแผลกดทับ (Brown, 2001 : 38-40) โดยใช้ที่นอนลมในผู้ป่วยทุกรายการ ให้ความรู้แก่บุคลากรในทีมสุขภาพผู้ป่วยและญาติเพื่อร่วมกันป้องกันการเกิดแผลกดทับ (Pumraya, Thosingha, Satyawiwat, Kimpee, & Asawamongkolhul, 2003 : 587-98)

3. ประเมินสภาพจิตใจอารมณ์สังคม และเศรษฐกิจประเมินความวิตกกังวล ความเครียด ความกลัว โดยประเมินการรับรู้เกี่ยวกับอาการของตนเอง ความรับผิดชอบของตนในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (Olsson, Nystrom, Karlsson, & Ekman, 2007 : 853-859) ความมั่นใจในตนเองเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม Fall efficacy (Folden & Tappen,2007 : 853-859) ประเมินบทบาทสัมพันธ์ภาพในครอบครัวญาติผู้ดูแลประเมินการสนับสนุนทางสังคม เศรษฐกิจ (Lieberman & Friger, 2006 : 167-171)

4. ประเมินความรู้ความเข้าใจและความพร้อมด้านร่างกายก่อนผ่าตัด โดยอธิบาย/ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดโดยใช้คู่มือประกอบ (Stern & Lockwood 2005: 45-63 ; Fortina , Carta, Gambera , Crainz, Ferrata, & Maniscalco, 2005:152-156)

5. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการประเมินความปวดโดยเลือกใช้เครื่องมือให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น NRS VRS VAS Face pain scale (Schreier, 2010:177-185)

6. ประเมินการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะทั้งก่อนและหลังผ่าตัดประเมินแบบแผนการปัสสาวะระยะห่างในการปัสสาวะแต่ละครั้ง ความถี่ ปริมาณ ลักษณะ สี กลิ่นของปัสสาวะรวมทั้งการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปัสสาวะให้เป็นเวลาควรตรวจดูบริเวณท้องน้อยของผู้ป่วยเพื่อขจัดและป้องกันการเกิดปัสสาวะคั่ง (urinary retention) (Johnstone ,Morgan, Wilkinson, & Chissell, 1995 : 89-91;อมรตา อาชาพิทักษ์, และสุภาพ อารีเชื้อ, 2550 ; 288-301)

### ระยะหลังผ่าตัด (Interim)

1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพและ Sedation score ในรายที่ได้รับ Morphine ทางไข

สั้นหลัง รายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพและ Sedation score เปลี่ยนแปลง

2. ประเมินการเสียเลือดบริเวณแผลผ่าตัดปริมาณเลือดในขวดระบายเลือดไม่ควรเกิน 200 มิลลิลิตร ในช่วงแรกหลังผ่าตัดแพทย์จะให้ตั้งสายระบายออกภายใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2008)

3. ประเมินการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำและผนังหลอดเลือดอักเสบ (Venous Thrombosis and Thrombophlebitis) (Lucas, 2008 : 1412) สังเกตอาการเริ่มแรกของการเกิดภาวะก่อนเลือดอุดตัน เช่น อุดมทงูมิ ความผิดปกติของสีผิวและเล็บเท้าชีพจรบริเวณขา 2 ข้างความรู้สึกและการเคลื่อนไหวของขาข้างที่ทำผ่าตัดทุก 2 ชม. ถ้ามีอาการกดเจ็บบริเวณน่อง/ขาหนีบ ชาและมีอาการบวมรีบรายงานแพทย์ทันที

4. การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพจะต้องประกาศให้เป็นนโยบายขององค์กรโดยจะต้องมีการประเมินและจัดการความปวดด้วยเครื่องมือที่เหมาะสม (Eid & Bucknall, 2008 : 90-98) การบริหารยาบรรเทาปวดด้วย Epidural pain management จะได้ผลดีกว่าวิธีอื่น (Beaupre., Jones, Saunders, Johnston, Buckingham, & Majumdar, 2005: 1019-1025) โดยจะใส่ไว้ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (Lucas, 2008:1410)

5. การจัดทำนอนเพื่อป้องกันข้อสะโพกเทียมหลุดให้บนหงายขาข้างที่ทำผ่าตัดกางออกประมาณ 15-20 องศา (Smeltzer et al, 2008) ปลายเท้าตั้งตรงไม่บิดเข้าหรือออกอาจใช้หมอนวางกั้นระหว่างขาก็ได้

6. การจัดการระบบปัสสาวะโดยการใส่ Foley's catheter ค่าไว้ และเอาสายออกในวันที่ 3 หลังผ่า (Beaupre et al, 2005 : 1019-1025)

7. การป้องกันภาวะ delirium โดยหลีกเลี่ยงการใช้ยา meperidine, codeine (Beaupre et al, 2005 :1019-1025) การช่วยในเรื่องการมองเห็น การได้ยินและการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ (Schreier, 2010:177-185)

8. การจัดการอาหาร ควรเป็นอาหาร high fiber, high calories, high protein (Beaupre et al, 2005 : 1019-1025 )

9. ในขั้นตอนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเริ่มในวันแรกหลังผ่าและทำต่อเนื่องจนไปทำต่อที่บ้าน (Shyu, et al., 2005) ดังนี้ (Beaupre et al., 2005 : 1019-1025)

- วันแรกหลังผ่าตัด บริหารร่างกายในท่านอน Deep Breathing Exercise โดยการหายใจเข้า – ออกลึกๆ ซ้ำๆ หายใจเข้าลึกๆ แล้วค้างไว้ 30 วินาทีแล้วผ่อนลมหายใจออกซ้ำๆ ทำ 5-10 ครั้ง แล้วจึงหายใจปกติ

- สำหรับผู้ป่วยที่ Ambulate ได้ก่อนมีกระดูกหักเริ่ม ambulate หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยสามารถลุกลงจากเตียงเพื่อรับประทานอาหารหรือไปห้องน้ำ (Kondo, Kanda, Isokawa, Nishibayasi, Nanpo, Kadowaki, Anai, & Mibu, 2005: 146-155)

- ในรายที่ผ่าตัด Cemented prostheses การลงน้ำหนักผู้ป่วยทุกรายสามารถลงน้ำหนักเท่าที่ทนได้ (Lucas, 2008 : 1410)

- การเคลื่อนไหวข้อสะโพกและฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ทำหลังผ่าตัดวันที่ 3 โดยออกกำลังภายในตอนเช้าที่กายภาพและทำซ้ำตอนเที่ยงที่เตียง (Sherrington, Lord, & Herbert, 2004 : 710-716 ) ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง/วัน (Lucas, 2008:1411) สำหรับผู้ป่วยที่ทำผ่าตัด Hemihiparthroplasty ให้ปฏิบัติตามข้อห้ามของผู้ที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก (THA)

### ก่อนกลับบ้าน (Pre-discharge)

การวางแผนการจำหน่าย เริ่มหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

1. ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถของผู้ดูแล แหล่งประโยชน์ สภาพครอบครัว การส่งต่อที่จำเป็น (Shyu, et al., 2005 ; Beaupre et al, 2005 : 1019-1025; Lin & Lu , 2007: 155-161 ; สุมณา แสนมาโนช ,1998; สิริสุดา ชาวคำเขต, 2541; เพ็ญจันทร์ วันแสน, 2551)

2. ร่วมดำเนินการอภิปรายเรื่องแผนการจำหน่ายกับทีมสุขภาพจนแผนนั้นเหมาะสม (Shyu et al., 2005 : 811-818)

3. ในรายที่มีปัญหาการดูแลต่อเนืองที่บ้านส่งต่อหน่วยงานเวชกรรมสังคมเพื่อติดตามเยี่ยมบ้านต่อไป

4. ติดตามและดูแลผู้ป่วยให้มาตรวจตามนัดถ้าไม่มาติดต่อไปทางโทรศัพท์

### การประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ

1. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย : ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ เช่น การติดเชื้อ การเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม การเกิดแผลกดทับ การเกิดลิ้มเลือดในหลอดเลือดและการอุดตันในปอดและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยลดลงจาก 17.4 วัน เหลือ 13.6 วัน

2. ผลลัพธ์ด้านครอบครัว : ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตัวและดูแลต่อเนืองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

3. ผลลัพธ์ด้านหน่วยงาน : ทำให้มีมาตรฐานเดียวกันการปฏิบัติงานมีคุณภาพ น่าเชื่อถือ หน่วยงานมีการพัฒนามากขึ้น

4. ผลลัพธ์ด้านบุคลากรในหน่วยงาน : มี

ความพึงพอใจในรูปแบบของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ กระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ปฏิบัติได้สะดวก ไม่ยุ่งยากซับซ้อนมีความเหมาะสม

5. ผลลัพธ์ด้านเศรษฐกิจ : สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผนลดลง

**อุปสรรคของการใช้หลักฐานความรู้ในการปฏิบัติ (Barriers to implementation of evidence-based practice)** อุปสรรคของการประยุกต์หลักฐานความรู้จากงานวิจัยสู่การปฏิบัติการพยาบาลมีดังนี้ (Valente, 2003 :114-121)

- ทักษะคนที่มีความต้องการงานวิจัย พยาบาลขาดความรู้เกี่ยวกับการวิจัยและการเผยแพร่ผลงานวิจัย พยาบาลไม่อ่านงานวิจัย เนื่องจากไม่เข้าใจภาษาทางการวิจัย ผลการวิจัยขัดแย้งกันหรือไม่สามารถหางานวิจัยอ่านได้

- ความยากในการประเมินงานวิจัย และการแปลผลงานวิจัย และการประยุกต์ผลงานวิจัยสู่การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้พยาบาลไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการประยุกต์ข้อค้นพบจากงานวิจัยสู่การปฏิบัติ

- ไม่มีเวลาในการประยุกต์ความรู้จากงานวิจัยในการปฏิบัติงาน เนื่องจากภาระงานมาก ขาดการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน

- ขาดการสนับสนุนจากผู้บริหาร ผู้บริหารการพยาบาลควรจัดให้มีแหล่งความรู้ แหล่งค้นคว้าโอกาสการอบรมและการเสนอผลงานวิจัยอย่างเพียงพอ รวมทั้งจัดให้มีโครงการพี่เลี้ยงในการทำวิจัยและใช้ผลวิจัย พยาบาลที่ได้รับการอบรมหรือศึกษาเกี่ยวกับการวิจัยมาก่อนจะสามารถประยุกต์ผลงานวิจัยในการปฏิบัติงานได้ดี ผู้บริหารเองควรตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ผลงานวิจัยในการปฏิบัติการพยาบาล

### ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. การทำให้แนวปฏิบัติการพยาบาลมีการนำไปใช้จริงในคลินิกและคงอยู่ตลอดไปจะต้องทำให้ผู้ปฏิบัติงานใช้แนวปฏิบัติด้วยตนเอง มีการประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทุก 3 เดือน เพื่อประเมินประสิทธิภาพและประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาล นำมาปรับปรุงและพัฒนารูปแบบให้เหมาะสมต่อไป

2. จะต้องมีการให้ความรู้และฝึกทักษะที่เกี่ยวข้องแก่ผู้ปฏิบัติงาน เช่น การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเป็นกลุ่มย่อยในหน่วยงาน

3. การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารของกลุ่มงานในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยจะต้องประกาศให้เป็นข้อตกลงร่วมกันของหน่วยงานเพื่อให้บุคลากรรับทราบและปฏิบัติโดยทั่วกัน

4. มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ควรมีการปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลทุก 3 ปี เพื่อให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ทางคลินิกและมีการจัดพิมพ์เผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลลงในวารสารทางการพยาบาล

### ข้อเสนอแนะ

1. ในการนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ควรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมีการบูรณาการเข้ากับกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน

2. ควรมีการทำวิจัยเชิงผลลัพธ์ (Outcome research) เพื่อทดสอบประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้น คือ ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ผลลัพธ์ในระยะกลาง คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผลลัพธ์ในระยะ

ยาว คือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

3. ควรมีการขยายผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปยังหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้และเป็นการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

นลินี โกวิทวาทษ์. (2550). การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. ใน วิรัตน์ วศิณวงศ์, ธวัชชาญชยานนท์, ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, และธิดา เอื้อกฤดาภิการ (บก.), วิสัยทัศน์พื้นฐาน (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 151-174). สงขลา. ชานเมืองการพิมพ์.

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2553). การจัดการทางการพยาบาลสู่การเรียนรู้. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร : สุขุมวิทการพิมพ์.

เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล, ทิพวรรณ ไตรติลานันท์, และวันทนา วีระถาวร, (2549). Research Utilization Project : การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (Total hip arthroplasty). งามาธิบดีพยาบาลสาร, 12 (2).

พัฒน์ วรรณปิยะรัตน์. (2551). แนวทางการรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหักในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช : การศึกษาไปข้างหน้า. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 17 (3), 658-665.

พัฒน์ วรรณปิยะรัตน์. (2551). อัตราการเสียชีวิตและความสามารถในการเดินหลังกระดูกสะโพกหัก : เปรียบเทียบในกลุ่มผ่าตัดกับไม่ผ่าตัด. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 17 (2), 411-417.



- ฟองคำ ติลกสกุลชัย. (2549). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ : หลักการและวิธีปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : หจก.ฟรี-วัน.
- สภาการพยาบาล. (2550). แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก : Clinical Nursing Practice Guideline. กรุงเทพมหานคร : จุฑทอง.
- สุปราณี เชื้อสุวรรณ. (2539). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม. ในวรรณีย์ สัตยวิวัฒน์ และคณะ (บก.), การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ (หน้า 372-420). พิมพ์ครั้งที่ 5. กทม : ไผ่ศาลศิลป์การพิมพ์.
- สุนมา แสนมานิช, ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกต่อคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดความวิตกกังวลของญาติและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สิริสุดา ชาวคำเขต. (2541). การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับความเครียดของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อมรตา อาชาพิทักษ์, และสุภาพ อาธิเอื้อ. (2550). การติดเครื่องระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก : วิจารณ์กรณีศึกษาและการประยุกต์ใช้ในการพยาบาล. ราชบัณฑิตยบาลสาร. 13 (3) : 288-301.
- Beaupre, L. A., Jones, C. A., Saunders, D., Johnston, W. C., Buckingham, J., & Majumdar, S.R. (2005). Best Practice for Elderly Hip Fracture Patients : A Systematic Overview of the Evidence. J Gen Intern Med. 20 (11) : 1019-1025.
- Bottle, A., & Aylin, P. (2006). Mortality associated with delay in operation after hip fracture: Observational study. British Medical Journal. 332 : 947-951. Retrieved March 28, 2008, From <http://www.bmj.com>
- Eid, T., & Bucknall, T. (2008). Documenting and implementing evidence-based post operative pain management in older patients with hip fractures. Journal of orthopaedic Nursing. 12 : 90-98.
- Folden, S., & Tappen, R. (2007). Factors Influencing function and Recovery following Hip Repair surgery. Orthopaedic Nursing. 26(4) : 234-241.
- Fortina, M., Carta, S., Gambera, D., Crainz, E., Ferrata, P., & Maniscalco, P. (2005). Recovery Of physical function and patient's satisfaction after Total Hip Replacement (THR) surgery supported by a tailored guide-book. ACTA Biomed . 76 : 152-156.
- Gunningberge, L., Lindholm, C., Carlsson, M., & Sjoden, P.O. (2001). Reduced incidence of pressure ulcers in patients with hip fracture: A 2-year follow up of quality indicators. International journal for Quality in Health Care. 13(5) : 399-407.
- Harty, J. A., McKenna, P., Moloney, D., D'Souza, L. D., & Masterson, E. (2007). Anti-platelet agents and surgical delay in elderly patients with hip fracture. Journal of Orthopaedic Surgery. 15 (3) : 270-272.
- Hommel, A., Bjorkelund, K.B., Thorngs, K.G., & Ulander, K. (2007). A study of a pathway to reduce pressure ulcers for patients with a hip fracture. Journal of orthopaedic Nursing. 11: 151-159.

- Johnstone, D. J., Morgan, N. H., Wilkinson, M. C., & Chissell, H. R. (1995). Urinary tract infection and hip fracture. *Injury*. 26 (2) : 89-91.
- Kondo, A., Kanda, K., Isokawa, Y., Nishibayasi, K., Nanpo, S., Kadowaki, R., Anai, K., & Mibu, Y. (2005). The relationship in hip fracture patients of post operative days to initial rehabilitation activities and their ambulatory ability on post-operative day 20. *Journal of Orthopaedic Nursing*. 9 : 146-155.
- Lin, P. C., & Lu, C. M. (2007). Psychosocial Factors Affecting Hip Fracture Elder's Burden of Care in Taiwan. *Orthopaedic Nursing*, 26 (3) : 155-161.
- Lieberman, D., & Friger, M. (2006). Inpatient rehabilitation outcome after hip fracture surgery in elderly patients : A prospective cohort study of 946 patients. *Arch Phys Med Rehabil*, (87) : 167-171.
- Lucas, B. (2008). Total hip and total knee replacement : postoperative nursing management. *British Journal of Nursing*. 17 (22):1410-1414.
- Olsson, L. E., Nystrom, A. EM., Karlsson, J., & Ekman, I. (2007). Admitted with a hip fracture: Patient perceptions of rehabilitation. *Journal of Clinical Nursing*. 16 : 853-859.
- Parker, M. & Johansen, A. (2006). Hip fracture. *British Medical Journal*. 333:755 : 27-30.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008) *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (8th ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins;
- Pumraya, P., Thosingha, O., Satayawiwat, W., Kimpee, S., & Asawamongkolhul, A. (2003). The effect of nursing intervention utilizing clinical nursing practice guidelines for the prevention of pressure ulcers in orthopaedic patients. *Siriraj Hosp Gaz*. 55 : 587-98.
- Schreier, A. M. (2010). Nursing Care, Delirium, and Pain Management for the Hospitalized Older Adult. *Pain Manag Nurs*. 11(3) :177 -185.
- Shyu, L.Y., Liang, J., Wu, C. C., Su, J. Y., Cheng, H. S., Chou, S.W., Yang, C.T. (2005). A pilot investigation of the short-term effects of an interdisciplinary intervention program on elderly patients with hip fracture in Taiwan. *Journal of American Geriatrics Society*. 53 (3) : 811-818.
- Sherrington, C., Lord, S. R. & Herbert, R. D. (2004). A randomized controlled trial of weight-bearing versus non-weight bearing exercise for improving physical ability after usual care for hip fracture. *Arch Phys Med Rehabil*. 85 : 710-716.
- Smeltzer, C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2008). *Textbook of medical-surgical nursing*. 11 th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Stern, C. & Lockwood, C. (2005). Knowledge retention from preoperative patient information. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 3:45-63.
- Valente, S. M. (2003). Research dissemination and utilization: Improving care at bedside. *Journal of Nursing Care Quality*. 18 (2) : 114-121.

## ปัญหาและพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคต่อหิน ในโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี

วันทนา ลิพิทักษ์วัฒนา\* วท.ม.

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาสาเหตุและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การดูแลตนเอง ความต้องการการสนับสนุนจากผู้ดูแลและศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาหยุดตาของผู้ป่วยต่อหิน กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยต่อหินที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดและมารับการรักษาที่แผนกจักษุผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 200 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ปัญหาการใช้ยา ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล การดูแลตนเองและความต้องการการสนับสนุนจากผู้ดูแล พฤติกรรมการใช้ยาหยุดตาและการใช้ยาหยุดตาและปัญหาที่พบจากการใช้ยา วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ ผลการศึกษาพบผู้ป่วยต่อหินมีความดันลูกตาสูงมากกว่า 21 มิลลิเมตรปรอทในตาข้างขวาร้อยละ 14.5 และข้างซ้ายร้อยละ 9 มีปัญหาความบกพร่องทางกายร้อยละ 22.5 ต้องการผู้ดูแลร้อยละ 19 ความต้องการให้ผู้ดูแลพาไปพบแพทย์ร้อยละ 27.5 และช่วยหยอดตาร้อยละ 7 พบปัญหาจากการใช้ยาหยุดตา อันดับ 1 ได้แก่ ใช้ยาหยุดตาขวดเก่าเกินกว่า 1 เดือนร้อยละ 54 ส่วนใหญ่ไม่ทราบผลเสียของการไม่หยอดตาร้อยละ 84 ไม่ได้รับเอกสารการหยอดตาร้อยละ 60 อันดับ 2 ใช้ยาผิดวิธีร้อยละ 41.5 อันดับ 3 ลืมหยอดตาร้อยละ 37 พบว่าเข้าก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยต่อหินไม่หยอดตาร้อยละ 31.5 การแก้ปัญหาเมื่อลืมหยอดตาผู้ป่วยรอไปหยอดครั้งต่อไปร้อยละ 30.1 อันดับ 4 ยาหยอดตาหมดก่อนวันนัดร้อยละ 15 การแก้ปัญหาเมื่อยาหมดคือไม่ได้หยอดรอจนถึงวันนัดร้อยละ 71.7 อันดับ 5 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาร้อยละ 9 การปฏิบัติตามขั้นตอนการหยอดตาพบว่าหยอดตาไม่ถูกต้องร้อยละ 48

การติดตามปัญหาการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยา ทำให้ปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยต่อหินลดลง โดยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาลดอาการไม่พึงประสงค์จากยา การเพิ่มคำแนะนำให้ความรู้เรื่องโรค การใช้ยาวิธีหยอดตา การบริหารยาให้สอดคล้องกับผู้ป่วย การสร้างระบบช่วยในการจำจะทำให้การรักษาได้ผลมีประสิทธิภาพ

\* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี

**Medical problems and medication use behaviors in glaucoma patients at  
Chaophayayommaraj Hospital in Suphanburi Province, Thailand.**

Wanthana Leepithakwatthasa, M.Sc\*

**Abstract**

The purpose of this study was to explore the medical problems and medication use behaviors in glaucoma patients at Choapraya Yommaraj hospital in Suphanburi Province. Method: Subjects comprised 200 randomly selected glaucoma patients visiting the hospital's out-patient department. An instrument used in this survey interview was divided into four sections. These sections included patient characteristics, self care and patient support practices, medication use, and side effects and other problems associated with medication use. The data were compiled and tabulated using SPSS. Result: The result show that 14.5, 9 % of patient had intraocular pressure (IOP) higher than 21 mmhg in the right and the left eye. Five patients (19%) suffered disabilities of which nearly all required assistance from a doctor's visit (27.5%) and the application of medication (7%). Compliance continues to be a barrier to effective glaucoma care. Forgetfulness is the leading cause of non-compliance. Five medication problems behaviors are: continuing to use the same bottle of eye drop for longer than 30 days (54%) suggesting that significant numbers of patients are at risk of contaminating the eye drop ,The majority of patients (84%) are not aware of adverse consequences for failing to apply eye drops. Three – fifth (60%) of the patients reported having received no instructional documentation on how to property administer the eye drops. Improper administration techniques (41.5%), forgetfulness (37%). Nearly one-third (31.5%) of the patients failed to apply medication on the morning of the physician's visits. Among those who forgot to apply eye drop daily, about one – third (30.1%) skipped to the next scheduled application. Another problem was failing to get medication refilled when the eye drops ran out before the scheduled doctor's appointment (15%). When the medication ran out seven in ten (71.7%) skipped applying eye drops until after the next Physician's visit. Less than one in ten (9%) patients reported to have adverse drug reaction from the medications. It was found that there are significant variations in the eye drop administration techniques. Nearly half (48%) fail to apply eye drops properly. Interpretation: Nearly one-third of the patients surveyed were either non-compliant or exhibited improper administration techniques. Conclusion: The medical treatment of glaucoma primarily relies on topical ocular medication. Non-compliance with the prescribed treatment remains to a significant obstacle to effective treatment of glaucoma. Evidence clearly suggests that the non-compliance remains prevalent. The study highlights the need to better educate patients about the disease, importance of compliance and better demonstrations of the proper administration of the eye drops. Such programs can potentially improve the efficacy of the therapy and help reduce adverse drug reactions from the improper use of the medications.

**Keywords :** Medical problem / medication use behavior / glaucoma patients

---

\* Registered Nurse : Choapraya Yommaraj Hospital

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ต้อหินเป็นกลุ่มของโรคที่มีการทำลายประสาทตา ส่วนมากเกิดจากสาเหตุคือความดันลูกตาสูง ซึ่งอาจเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือค่อยๆ เพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ ขึ้นกับชนิดของต้อหิน และมีผลทำให้ลานสายตาแคบลงเรื่อยๆ หรือแม้กระทั่งสูญเสียการมองเห็นไปในที่สุดถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมและทันทั่วทั้งที่ (คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548 : 15 - 16) มีการศึกษาพบว่าประชากรโลกเป็นต้อหิน 22.5 ล้านคนในจำนวนนี้ 5-6 ล้านคนตาบอด พบต้อหินเป็นสาเหตุถึงร้อยละ 10 ในการสำรวจสาเหตุตาบอดระดับชาติครั้งที่ 3 ในปี 2537 โรคต้อหินเป็นสาเหตุตาบอดอันดับ 3 (Jenchitr N, 1996 : 63 – 71)

ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรมีผู้ป่วยมารักษาโรคต้อหินเฉลี่ย 360 ราย / ปี จัดเป็นโรคอันดับที่ 4 ใน 5 อันดับโรคแรก การรักษาต้อหินทำได้หลายวิธีขึ้นอยู่กับชนิดของต้อหินและระยะของโรคที่เป็นอยู่ ปัจจุบันการให้ยาหยอดตารักษาต้อหินเป็นวิธีที่ได้ผลดีและนิยมมากที่สุด อย่างไรก็ตามจักษุแพทย์อาจมีการปรับเปลี่ยนยาเป็นระยะๆ ตามความเหมาะสม ดังนั้นหัวใจสำคัญในการรักษาคือความสม่ำเสมอในการพบแพทย์และความต่อเนื่องในการใช้ยา (จอนห์ไอกีเซน, 2550 : 37) ทั้งนี้พบว่าปัญหาความไม่ร่วมมือของผู้ป่วยเป็นสาเหตุการสูญเสียการมองเห็นในต้อหินสูงถึงร้อยละ 10 (Ashburn FS Jr, et al., 1980 อ้างใน ยุพิน ลีละชัยกุล 2550 : 40-43)

การรักษาด้วยยาได้แก่การให้ยาหยอดตาและยารับประทานเพื่อลดความดันลูกตา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มยาหยอดตาได้มีการพัฒนายาใหม่ๆ ขึ้นมามากมายในช่วงที่ผ่านมาและมีการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จะเห็นได้จากการได้รับยาของผู้ป่วยแต่ละรายจะต้องใช้ยา 2 - 3 ชนิด หยอดทุกวัน

วันละ 2 - 3 ครั้ง ไปตลอดชีวิต เป็นภาระที่หนักทั้งในแง่เศรษฐกิจและชีวิตประจำวันของผู้ป่วย สำหรับโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรส่วนใหญ่ผู้ป่วยต้อหินจะรักษาโดยการให้ยาทั้งยาหยอดตาและยารับประทาน ซึ่งประกอบด้วย acetazolamide และ glycerine ผู้ป่วยต้อหินส่วนใหญ่ในระยะแรกมักได้รับการรักษาด้วยยาในลักษณะผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยจึงต้องดูแลตนเองหรือมีญาติคอยดูแลในการรับประทานยาและการหยอดตาอย่างถูกต้อง การรักษาจึงได้ผลดี ในการทำหน้าที่เกี่ยวกับการให้ยาแก่ผู้ป่วยนั้นเป้าหมายที่สำคัญของพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับยาครบถ้วนถูกต้องตามแผนการรักษา ผู้ป่วยได้รับยาอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากฤทธิ์ข้างเคียงหรือพิษของยา (ลัดดา ธรรมสอน , 2540 : 32) กรณีการให้ยารักษาแล้วไม่สามารถควบคุมโรคดังกล่าวได้ อาจต้องให้การรักษาอื่นได้แก่ การยิงเลเซอร์ การผ่าตัด เป็นต้น การสำรวจปัญหาเบื้องต้น พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถใช้ยาตามแบบการรักษาได้อย่างถูกต้องแต่ยังไม่ได้สำรวจถึงปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจนว่าสาเหตุหรือลักษณะของการใช้ยาไม่ถูกต้องนั้นเป็นอย่างไร ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะติดตามปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยต้อหินเพื่อจะได้ใช้ผลการศึกษาเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำผู้ป่วยในการใช้ยาได้ถูกต้องกับแผนการรักษา ผู้ป่วยได้รับยาอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากฤทธิ์ข้างเคียงหรือพิษของยาอันจะส่งผลให้ผลลัพธ์การรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาการดูแลตนเองและความต้องการการสนับสนุนจากผู้ดูแลของผู้ป่วยต่อหิน
2. ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาหยอดตาของผู้ป่วยต่อหิน
3. ศึกษาปัญหา สาเหตุ และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยต่อหิน

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ป่วยโรคต่อหินที่ได้รับการรักษาโดยการใส่ยาและมารับการรักษาแผนกจักษุผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเจ้าพระยามรธา เป็นครั้งที่ 2 ขึ้นไปจำนวน 200 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคต่อหินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยอ้างอิงของแอสตันด์และคณะ (Strand, et al.,1990 : 1093 – 97) ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์มี 4 ส่วน

- ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 ด้านการดูแลตนเองและความต้องการการสนับสนุนจากผู้ดูแล
- ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการหยอดตาและการใช้ยาหยอดตา
- ส่วนที่ 4 สรุปปัญหาที่พบจากการใส่ยา

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 คน

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

1. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยได้แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการตอบแบบแบบสัมภาษณ์ทุกชุดแนะนำวิธีการตอบแบบแบบสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยก็ได้ ทั้งนี้การตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับทั้งสิ้น เมื่อได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างจึงดำเนินการสัมภาษณ์ใช้ผู้สัมภาษณ์คนเดียวกันตลอดช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม SPSS/FW ใช้การหาค่าเฉลี่ย แจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ด้านการดูแลตนเองและความต้องการการสนับสนุนจากผู้ดูแลพฤติกรรมการหยอดตาและการใช้ยาหยอดตาและปัญหาที่พบจากการใส่ยา ใช้แจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย

### ผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยต่อหินมีระยะเวลาในการเป็นต่อหินน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 42.5 รองลงมาเป็นต่อหินในระยะเวลา 1 – 5 ปี ร้อยละ 39.5 และเป็นต่อหินมากกว่า 5 ปีร้อยละ 18 มีความดันลูกตาสุงมากกว่า 21 mmHg ในวันที่มาตรวจตาขาร้อยละ 14.5 และตาขาร้อยละ 9 มีประวัติแพ้ยา Sulfa ร้อยละ 4 เคยได้รับยา Diamox ร้อยละ 16 มีอาการแทรกซ้อนร้อยละ 3.5 อาการที่ปรากฏคือชาปลายมือปลายเท้า

ปวดศีรษะเวียนศีรษะใจสั่น ขนลุกชู อาเจียน มือขา  
ปากชา ชาส้นเท้าทั้งสองข้าง ได้รับ Glycerine ร้อยละ  
11.5 มีอาการแทรกซ้อนร้อยละ 3.5 คือ คลื่นไส้  
อาเจียน รู้สึกขึ้นๆ

### ส่วนที่ 2 ด้านการดูแลตนเองและการสนับสนุน จากผู้ดูแล

มีปัญหาบกพร่องทางกายร้อยละ 22 มี  
ปัญหาด้านการมองเห็นร้อยละ 63.3 ด้านการเคลื่อนไหวร้อยละ 19.7 ด้านการได้ยินร้อยละ 16.9 พบว่า  
ผู้ป่วยต้อหินที่หยุดตาเองไม่ได้ ร้อยละ 13.5 อ่าน  
ฉลากยาไม่ได้ร้อยละ 18 สามารถขึ้นรถประจำทาง  
เองได้ร้อยละ 67.5 ส่วนใหญ่ไม่ต้องการให้มีผู้ดูแล  
ผู้ป่วยต้อหินมีความต้องการผู้ดูแลร้อยละ 19 สิ่ง  
ที่ผู้ป่วยอยากให้ผู้ดูแลทำคือ พาไปพบแพทย์ร้อยละ  
27.5 ช่วยหยุดตาร้อยละ 7

### ส่วนที่ 3 รายละเอียดการหยุดตาและการใช้ ยาหยุดตา

ผู้ป่วยต้อหินส่วนใหญ่ใช้ยาหยุดตา 1 ชนิด  
ร้อยละ 46 รองลงมาใช้ยาหยุดตา 2 ชนิดร้อยละ  
37.5 ใช้ยาหยุดตา 3 ชนิดร้อยละ 13 และใช้ยา  
หยุดตา 4 ชนิดร้อยละ 3.5 ส่วนใหญ่หยุด 2  
เวลาร้อยละ 61 รองลงมาหยุด 4 เวลาร้อยละ 20.5  
และหยุด 3 เวลาร้อยละ 18.5 ไม่หยุดตา ก่อนมา  
ร.พ. ร้อยละ 31.5 พบมีอาการไม่พึงประสงค์จากการ  
หยุดตาร้อยละ 9 ในรอบ 1 เดือนลึ่มหยุดตาร้อยละ  
37 ไม่ลึ่มหยุดตาแต่เดือนเวลาหยุดร้อยละ 43  
เวลาที่ลึ่มหรือเลือนมักเป็นเวลาเช้าร้อยละ 38.5 เวลา  
เย็นร้อยละ 22 การแก้ปัญหาเมื่อลึ่มหยุดตา ผู้ป่วย  
จะหยุดตาทันทีที่นึกได้ร้อยละ 66.4 รอไปหยุดครั้ง  
ต่อไปร้อยละ 30.1 ยาหยุดตาหมดก่อนถึงวันนัด  
ร้อยละ 15 การแก้ปัญหาเมื่อยาหมดส่วนใหญ่ไม่ได้  
หยุดตาร้อยละ 71.7 ใช้ยาหยุดตาเองร้อยละ 16.6  
มาตรวจ ร.พ. เพื่อรับยา ร้อยละ 11.7 หลังใช้ยาครบ 1

เดือนทิ้งขวดยาหยุดตาร้อยละ 46 ใช้ขวดเก่าจน  
หมดเกิน 1 เดือนร้อยละ 54 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบ  
ถึงผลเสียของการไม่หยุดตาร้อยละ 84 และไม่ได้รับ  
เอกสารการหยุดตาร้อยละ 60 ขึ้นตอนการหยุดตา  
จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยต้อหินสาธิตการ  
หยุดตาให้ดูพบว่ายังหยุดตาไม่ถูกต้องร้อยละ 48  
ไม่หลับตาและใช้มือกดหัวตา ร้อยละ 48 พบว่า หลับ  
ตาแต่ไม่กดหัวตาร้อยละ 9.5 รองลงมาพบว่าปลาย  
หลอดยาหยุดต้ามักสัมผัสตา ร้อยละ 28.5 ไม่ได้  
ตรวจสอบชื่อยา ตาข้างที่หยุดจำนวนหยุด เวลาที่  
หยุด ร้อยละ 25.5 การหยุดตาไม่ถึงหนึ่งด่าง  
ลงและหยุดในกระพุ้งตา ร้อยละ 22.5 และไม่ได้  
ล้างมือก่อนหยุดตาร้อยละ 19.5 ไม่เขย่าขวดก่อน  
หยุดตาร้อยละ 18.5 ไม่ได้เว้นระยะเวลาหยุด  
ห่างกัน 5 - 10 นาทีร้อยละ 8.5

### ส่วนที่ 4 สรุปปัญหาที่พบจากการใช้ยา

ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาพบว่า อันดับ 1  
เกิดจากใช้ยาหยุดตาขวดเก่าเกินกว่า 1 เดือนร้อยละ  
54 อันดับ 2 ใช้ยาผิดวิธีร้อยละ 41.5 ได้แก่ การ  
ใช้ยามากหรือน้อยกว่ากำหนดร้อยละ 19 (ผู้ป่วยต้อ  
หินลดการหยุดตาร้อยละ 7.5 เพิ่มการหยุดตา  
ร้อยละ 11.5) การใช้ยาหยุดตาที่มากกว่า 1 ชนิดไม่  
ถูกวิธีร้อยละ 5.5 การใช้ยาหยุดตาเพิ่มอีกข้าง  
ร้อยละ 5 ผู้ป่วยได้รับยามากหรือน้อยไม่พอกับวันนัด  
ร้อยละ 3.5 ใช้ยาหยุดผิดข้างร้อยละ 2 ใช้ยาอื่นนอก  
จากแพทย์สั่งร้อยละ 2 การใช้ยาหยุดตาหลอดเดียว  
กันรวมกันร้อยละ 1.5 การใช้ยาผิดเวลาร้อยละ 1.5  
งดยาเองร้อยละ 1 เวลาระหว่างมือหยุดตาห่างกัน  
มากร้อยละ 0.5 อันดับ 3 ลึ่มหยุดตาร้อยละ 37  
อันดับ 4 ยาหมดก่อนวันนัดร้อยละ 15 อันดับ 5 เกิด  
อาการไม่พึงประสงค์จากยาหยุดตาร้อยละ 12.5



## วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 200)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการเป็นต่อหิน 0-1 ปี	85	42.5
ระยะเวลาการเป็นต่อหิน 1 - 5 ปี	79	39.5
ระยะเวลาการเป็นต่อหิน 5 ปี ขึ้นไป	36	18.0
ประวัติการแพ้ยา sulfa	8	4
อาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา diamox	7	3.5
อาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา glycerine	7	3.5
วันที่มาตรวจมีความดันโลหิตมากกว่า	21	11.5

ตารางที่ 2 ความสามารถในการทำกิจประจำวันได้ (n = 200)

ความสามารถทำกิจประจำวัน	ทำไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ)	ทำได้แต่ต้องมีคนดูแล จำนวน (ร้อยละ)	ทำได้ จำนวน (ร้อยละ)
การหยุดตา	7 (3.5)	20 (10)	173 (86.5)
การอ่านฉลากยา	36 (18)	0	164 (82)
ขึ้นรถประจำทาง	29 (14.5)	36 (18)	135 (67.5)

ตารางที่ 3 สรุปปัญหาที่พบจากการใช้ยาหยอดตา (n = 200)

ปัญหาที่พบจากการใช้ยา	จำนวน	ร้อยละ
1. ใช้ยาหยอดตาขวดเก่าเกินกว่า 1 เดือน	108	54
2. ใช้ยาผิดวิธี	83	41.5
3. ลืมหยอดตา	74	37
4. ยาหยอดตาหมดก่อนวันนัด	30	15
5. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	18	9

ตารางที่ 4 รายละเอียดเกี่ยวกับการใช้ยาหยอดตา (n = 200)

รายละเอียดเกี่ยวกับการใช้ยาหยอดตา	จำนวน	ร้อยละ
การใช้ยาหยอดตา 1 ชนิด	92	46
การใช้ยาหยอดตา 2 ชนิด	75	37.5
การใช้ยาหยอดตา 3 ชนิด	26	13
การใช้ยาหยอดตา 4 ชนิด	7	3.5
จำนวนเวลาที่หยอดตา 2 เวลา	122	61
จำนวนเวลาที่หยอดตา 3 เวลา	37	18.5
จำนวนเวลาที่หยอดตา 4 เวลา	41	20.5
เข้าก่อนมา ร.พ. ไม่หยอดตา	63	31.5
ไม่ได้รับเอกสารการหยอดตา	120	60
ไม่ทราบถึงผลเสียของการไม่หยอดตา	168	84
เมื่อลืมหยอดตาหยอดทันทีที่นึกได้	97	33.4
เมื่อลืมหยอดตารอไปหยอดมือต่อไป	44	30.1
การแก้ปัญหาเมื่อขาดยา (n = 60)		
เมื่อขาดยาไม่ได้หยอด	43	71.7
เมื่อขาดยาซื้อยาหยอดตาเอง	10	16.6
เมื่อขาดยามาตรวจเพื่อรับยาที่ ร.พ.	7	11.7
(n = 200) ใช้ยาผิดวิธีจำนวน 83 ร้อยละ 41.5 ได้แก่		
การใช้ยามากหรือน้อยกว่ากำหนด 38 (19)	ใช้ยาอื่นนอกจากแพทย์สั่ง 4 (2)	
การใช้ยาหยอดตาที่มากกว่า 1 ชนิดไม่ถูกวิธี 11 (5.5)	การใช้ยาหยอดตาหกลดเลือดรวมกัน 3 (1.5)	
การใช้ยาหยอดตาเพิ่มอีกข้าง 10 (5)	การใช้ยาผิดเวลา 3 (1.5)	
ผู้ป่วยได้รับยามากหรือน้อยไม่พอกับวันนัด 7 (3.5)	งดยาเอง 2 (1)	
ใช้ยาหยอดผิดข้าง 4 (2)	เวลาระหว่างมือหยอดตาห่างกันมาก 1 (0.5)	

ตารางที่ 5 การปฏิบัติตามขั้นตอนการหยอดตา (n = 200)

การปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
1. การตรวจสอบชื่อยา ตาข้างที่หยอด จำนวนหยอดเวลาที่หยอด	51 (25.5)	149 (74.5)
2. ล้างมือให้สะอาด	39 (19.5)	161 (80.5)
3. เชยขาชวดก่อนใช้ยา	37 (18.5)	163 (81.5)
4. นั่งหรือนอนหงายหนุนข้างบนดึงหนังตาล่างให้เป็นกระพุ้ง	45 (22.5)	155 (77.5)
5. หยอดตามจำนวนลงไปประวังอย่าให้ปลายหลอดยาสัมผัสผิวดตา	57 (28.5)	143 (71.5)
6. หัดับตาพร้อมทั้งใช้มือกดหัวตาไว้ประมาณ 1-2 นาที	96 (48)	104 (52)
7. กรณีหยอดตามากกว่า 1 ชนิด ในเวลาเดียวกันให้เว้นระยะ เวลาหยอดห่างกัน 5-10 นาที	17 (8.5)	183 (1.5)

### กรณีศึกษา

1. จากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยแพ้ยาร้อยละ 5 เป็นผู้แพ้ยา Sulfa ร้อยละ 4 จากการสำรวจไม่พบว่าผู้ป่วยได้รับยา Acetazolamide (Diamox) หรือ Azopt ซึ่งห้ามใช้ในผู้ที่แพ้ยากลุ่ม Sulfa (ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์และประภัสร์ ศุขศรีไพศาล, 2545 : 7 - 9) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา Diamox ร้อยละ 16 มีอาการแทรกซ้อนร้อยละ 3.5 พบ 1 รายหยุดใช้ยาเอง สอดคล้องกับ วอทเทน ดีเอ็ม(Worthen DM,1979 อ้างในยุพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 40 - 43) พบว่าความสม่ำเสมอในการใช้ยา Diamox มีเพียงร้อยละ 60 เนื่องจากเป็นยาที่ก่อให้เกิดอาการข้างเคียงค่อนข้างรุนแรงพบว่าผู้ป่วยได้รับยา glycerine ร้อยละ 11.5 มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 3.5 มีอาการคลื่นไส้อาเจียนรู้สึกขึ้นๆ เพราะยานี้มีรสหวานมากจึงต้องผสมกับน้ำส้มหรือน้ำมะนาวและให้ดื่มขณะที่เย็นเพื่อลดอาการคลื่นไส้จากรสที่หวานจัด (ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 40 - 43)

2. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยต้อหินมีความบกพร่องด้านร่างกาย ร้อยละ 22.5 ส่วนใหญ่เกี่ยวกับการมองเห็นร้อยละ 63.3 รองลงมาผู้ป่วยต้อหินมีความบกพร่องเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร้อยละ 19.7 เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญประการหนึ่งของการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากปัญหาการมองเห็นในที่จำกัด (Glynn RJ, et al., อ้างในยุพิน ลีละชัยกุล 2550 : 40 - 43)

ความต้องการผู้ดูแลร้อยละ 19 ต้องพึ่งพาผู้อื่นในด้านกรขึ้นรถประจำทางร้อยละ 32.5 ด้านการอ่านฉลากยาร้อยละ 18 ด้านการหยอดตาร้อยละ 13.5 สอดคล้องกับการศึกษาของวินฟิลด์ เอเจ และคณะ (Winfield AJ, et al.,1990 อ้างในยุพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 40 - 43) พบว่าผู้ป่วยต้อหินต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการหยอดตาต้อหินเป็นประจำร้อยละ 21 และต้องพึ่งพาผู้อื่นในบางครั้งร้อยละ 33

3. รายละเอียดเกี่ยวกับการใช้ยาหยอดตาพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยต้อหินใช้ยาหยอดตา 3 ชนิด ร้อยละ 13 และผู้ป่วยต้อหินใช้ยาหยอดตา 4 ชนิด ร้อยละ 3.5 ซึ่งแนวทางการพิจารณาการใช้ยาในผู้ป่วยต้อหินหลักมีอยู่ว่าจะเพิ่มยาต่อเมื่อต่อเมื่อมีข้อพิสูจน์ว่ายาตัวใหม่ได้ผลกับผู้ป่วยควรรีบหลักการเปลี่ยนยา (switching) มากกว่าการเติมยาชนิดใหม่ (adding) ใช้ยาน้อยชนิดที่สุด ใช้ยาที่มีความเข้มข้นต่ำที่สุด ใช้ยาที่ย่างที่สุดรวมทั้งก่อให้เกิดอาการข้างเคียงน้อยที่สุด เป็นอันดับแรก (สกาเวร์ตัน คุณาวิศรุต, 2547 : 146) อนึ่งพบว่าการใช้ยาชนิดที่ 2 จะมีประสิทธิภาพในการลดความดันลูกต่าน้อยกว่าเมื่อใช้ยาชนิดเดียว และถ้าเพิ่มชนิดที่ 3 เข้าไป ประสิทธิภาพยิ่งน้อยลงไปอีก ดังนั้นการใช้ยาต้อหินมากกว่า 3 ชนิดจึงเป็นประโยชน์น้อยมากและยังเป็นปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาอย่างไม่คุ้มค่ารวมทั้งลดความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยอีกด้วยดังนั้น เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงปัญหาจากการใช้ยาหลายชนิดจึงควรพิจารณาใช้ยาชนิด fixed combination แทนการใช้ยาแยกขวดกัน (ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550 ; 40 - 43) แต่สำหรับใน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐยังไม่ได้มีการนำมาใช้เนื่องจากราคาของยาค่อนข้างสูง

ด้านเวลาที่หยอดพบว่าส่วนใหญ่จะหยอด 2 เวลา ร้อยละ 61 หยอดตาสม่ำเสมอ ร้อยละ 62 ขณะที่หยอด 4 เวลา ร้อยละ 20.5 หยอดตาสม่ำเสมอ ร้อยละ 58.5 สอดคล้องกับวอทเทนดีเอ็ม (Worthen DM,1979 อ้างในยุพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 40 - 43) ศึกษาการหยอด pilocarpine วันละ 4 ครั้ง ทำให้ความสม่ำเสมอในการใช้ยามีเพียง 70% ในขณะที่ความสม่ำเสมอในการใช้ยา timolol วันละ 2 ครั้ง จะสูงถึง 95 % ที่เป็นดังนี้อาจจะเป็นเพราะผู้ป่วย

ต่อหินระยะเวลาที่ใช้ยาอยู่ระหว่าง 0 - 5 ปี ร้อยละ 82 จึงทำให้ความร่วมมือในการใช้ยายังคงสูง ซึ่งถ้าผู้ป่วย ต้องใช้ยาต่อเนื่องตลอดชีวิตย่อมจะมีโอกาสละเลย การใช้ยาสูง

นอกจากนี้พบว่า มีความดันลูกตาขึ้นตา ขวาร้อยละ 14.5 ความดันลูกตาขึ้นตาซ้ายร้อยละ 9 ซึ่งเป็นปัจจัยทำให้เกิดการทำลายเซลล์ประสาทตา ในโรคต้อหินอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยต้อหินไม่หยอดตา เข้า ก่อนมา ร.พ. ร้อยละ 31.5 โดยผู้ป่วยให้เหตุผล ที่ไม่ได้หยอดตาว่ารีบที่จะมาตรวจต้องออกเดินทาง มาจากบ้านแต่เข้ายาหมดพอดีหรือยาหมดก่อนหลาย วัน

จากตารางปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา พบว่า อันดับ 1 ใช้ยาหยอดตาขวดเก่ามากกว่า 1 เดือน พบร้อยละ 54 ซึ่งทำให้ยาที่มีประสิทธิภาพไม่ดี พอ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากส่วนใหญ่ไม่ได้รับเอกสาร การหยอดตาร้อยละ 60 ซึ่งแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา จากการสัมภาษณ์มีผู้ป่วยเพียง 20 คน เท่านั้นที่ได้ รับคำแนะนำอาจเป็นเพราะว่าด้วยภาระงานมีผู้ป่วย คับคั่งขณะตรวจในตอนเช้าจึงทำให้ยังไม่มีเวลาที่จะ ให้คำแนะนำการเก็บรักษาและวันหมดอายุของยา หลักทั่วไปในการเก็บรักษาหยอดตาจะมีอายุ 3 ปี นับจากวันผลิต เพราะสารป้องกันการเจริญของ เชื้อโรคหมดอายุกรณีเปิดใช้แล้วควรใช้ให้หมดใน 1 เดือน (ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์, 2549 : 28)

อันดับ 2 พบผู้ป่วยต้อหินใช้ยาผิดวิธีร้อยละ 41.5 ได้แก่ ใช้ยามากกว่าหรือน้อยกว่าที่กำหนด ร้อยละ 19 ส่วนใหญ่เข้าใจว่าการหยอดยามากครั้งทำ ให้อาการดีขึ้น บางคนเพิ่มจำนวนครั้งเมื่อรู้สึกปวดตา ตามัวมากขึ้น บางคนหยอดไม่ลงตาจึงเพิ่มการหยอด ตากการใช้ยาน้อยครั้งกว่าที่กำหนด จากตารางพบว่ามี การลดยาหยอดตาร้อยละ 7.5 สาเหตุมาจากไม่เข้าใจ การใช้ยา ใช้ยาไม่ถูก 7 รายเช่นเวลาปวดตาหยุด

หยอดยาหยอด pilocarpine วันละ 4 ครั้งเหลือ 3 ครั้ง/ วัน 4 ราย สอดคล้องกับแคส เค็มเอและคณะ (Kass MA, et al., 1986 อ้างในยุพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 40 - 43 ) พบว่า pilocarpine วันละ 4 ครั้งเหลือ 2.6 ครั้ง/ วัน ผู้ป่วยประมาณ 40 % ขาดยา pilocarpine อย่าง น้อย 10 % ของจำนวนครั้งของการใช้ยา ผู้ป่วยหยอด ยารีบไปทำงาน 4 ราย มีอาการแสบเคืองตา 1 ราย และจากตัวน้ำยาหยอดตา Azopt หยอดแล้วมีตะกอน ติดที่ตาดูเหมือนซีตามาพลักษณะไม่ดีจึงเลื่อนไปหยอด ตอนเย็นอย่างเดียว เนื่องจากหยอดตาไม่สบายตา มีอาการข้างเคียงจากยาบางคนไม่สะดวกที่จะพก ไปที่ทำงานบางคนเข้าใจว่าอาการดีขึ้นแล้วจึงลด ยาเอง การใช้ยาหยอดตาที่มากกว่า 1 ชนิดไม่ถูกวิธี ร้อยละ 5.5 ในกรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยาหยอด ตาหลายชนิดนั้น การจัดลำดับก่อนหลังของการหยอด ตาจะต้องคำนึงถึงคุณสมบัติทางเภสัชวิทยาของยา แต่ละชนิดด้วย ยาที่เป็น Lipid soluble จะถูกดูดซึม ได้ดีกว่ายาที่เป็น Lipid insoluble ยาที่มี pH สูงกว่า จะเข้าตาดีกว่ายาที่ pH ต่ำ เช่นควรหยอด timmolol (pH 6.8) ก่อน pilocarpine (pH 5) นอกจากนี้การ หยอดยาแต่ละครั้ง turnover rate fluid = 16 % per minute นาทีที่ 4 จะเหลือยา 50 % ที่นาทีที่ 10 จะ เหลือยา 17 % ฉะนั้นควรหยอดยาสองชนิดห่างกัน 5 - 10 นาที (ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์และประภัสร์ ศุขศรีไพศาล, 2545 : 7 - 9) การใช้ยาหยอดตาเพิ่ม อีกข้างร้อยละ 5 ผู้ป่วยให้เหตุผลว่าหยอดตาเมื่อรู้สึก ไม่สบายตา แสบตา ป้องกันตาอีกข้างไม่ให้ เป็น เข้าใจผิดเนื่องจากญาติบอกวิธีใช้แล้วก็จำจากที่ญาติ บอกไว้ ผู้ป่วยได้รับยามากหรือน้อยไม่พอกับวันนัด ร้อยละ 3.5 เกิดจากการคำนวณยาและสั่งยาไม่ถูก ต้องใช้ยาหยอดผิดข้างร้อยละ 2 เกิดจากไม่สามารถ อ่านฉลากยาได้ หลานช่วยดูฉลากยาเข้าใจผิดข้าง เกิดจากให้ภรรยาหยอด เกิดจากมียาหยอดหลาย

ชนิดไม่อ่านฉลากยาทำให้สับสน ใช้ยาอื่นนอกจาก แพทย์สั่งร้อยละ 2 พบว่าญาติผู้ป่วยนำยาสมุนไพร มาหยอดร่วมกับยาของ ร.พ. ผู้ป่วยนำยาหยอดตา รักษา ร.พ. อื่นมาหยอดด้วย การใช้ยาหยอดตา ร่วมกัน ร้อยละ 1.5 พบสามีและภรรยาเป็นต้อหิน ทั้งคู่จึงเปิดใช้ยาหยอดตาหลอดเดียวกันร่วมกัน การใช้ยาคัดเวลา ร้อยละ 1.5 งดยาเองร้อยละ 1 เกิดจากอาการไม่พึงประสงค์ของยา เวลาระหว่างมือ หยอดตาห่างกัน มากร้อยละ 0.5 ผู้ป่วยพยายาม ปรับยาตามความสะดวกของตนเอง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยใช้ยาได้สม่ำเสมอได้โดยแนะนำวิธีการใช้ยา ให้สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเช่น เวลา ตื่นนอน เวลารับประทานอาหาร เช้า – กลางวัน – เย็น เวลาเลิกงานหรือเวลาก่อนเข้านอนแล้วให้ผู้ป่วยเลิก ใช้ยาในเวลาที่สะดวกที่สุดที่สัมพันธ์กับกิจวัตรเหล่านี้ ก็สามารถหลีกเลี่ยงการลืมใช้ยาได้ระดับหนึ่ง ในกรณีของยา pilocarpine ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการตา มัวชั่วคราวหลังหยอดตาอาจแนะนำให้หยอดยา ช่วงเช้าหลังจากขับรถถึงที่ทำงานและหยอดตา ช่วงเย็นหลังกลับถึงบ้านแล้ว ซึ่งสามารถลดปัญหา ผู้ป่วยหยุดใช้ยาเอง อันเนื่องจากการขับรถลำบาก เสี่ยงกับอุบัติเหตุได้ถึง 50% (Granstrom PA,1982 อ้างในยุพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 40 – 43) และ ยังพบว่าผู้ป่วยยามดกจนถึง วันนั้นร้อยละ 15 เนื่องจากผู้ป่วยมีการเพิ่มยาหยอด ตาร้อยละ 11.5 และการแก้ปัญหาเมื่อยามดกคือไม่ได้หยอด ร้อยละ 71.7 ซึ่งยามาหยอดเองร้อยละ 16.6 และมาตรวจเพื่อรับ ยา ร้อยละ 10 การขาดยาทำให้มีภาวะเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงขึ้นทำให้กดประสาทตาชั่วคราวตาถูก ทำลายได้ จากผลการศึกษาทางคลินิก พบว่าการ ลดความดันโลหิตสูงผลดี ต่อผู้ป่วยต้อหินทั้งในแง่การ ป้องกันการเกิดการทำลายของชั่วคราวตาก่อนการ เกิดต้อหินและในแง่ความสามารถหยุดยั้งการทำลาย

อย่างต่อเนื่องหลังจากที่เป็นต้อหินแล้ว ดังนั้นการลด ความดันโดยการใช้ยาก็เป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ (ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 40 – 43)

อันดับ 3 ผู้ป่วยต้อหินเสื่อมหยอดตาร้อยละ 37 เหตุผลที่ลืมคือทำงานยุ่ง ไปนอกบ้าน นอนหลับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแคส เอ็ม เอ (Kass MA, et al.,1986 อ้างในยุพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 40 – 43) พบว่าผู้ป่วย 25 % ที่ลืมหยอดตามากกว่า 1 วัน / เดือนผู้ป่วยบางคนแก้ปัญหาโดยการพกติดตัวเวลา ออกนอกบ้าน บางคนเปิดหยอดที่บ้าน 1 ชุด อีกชุด เปิดหยอดที่ทำงาน บางคนวางยาไว้ที่หัวเตียงนอน นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ไม่ลืมหยอดตา ร้อยละ 63 พบว่า เลื่อนเวลาหยอดไปร้อยละ 43 จะหยอดทันทีที่นึก ได้ร้อยละ 66.4 รอไปหยอดมือต่อไปร้อยละ 30.1 และไม่ทราบถึงผลเสียของการไม่หยอดตาถึง ร้อยละ 84 สอดคล้องกับการศึกษาของบิกเกอร์ เจเอฟ (Bigger JF,1976 อ้างในยุพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 40 – 43) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่สามารถบอกได้ว่าโรคต้อหินมีส่วน เกี่ยวข้องกับระดับความดันโลหิตและโรคนี้สามารถ ทำให้ตาบอดได้ แต่จะสามารถป้องกันตาบอดได้ถ้า หยอดตาสม่ำเสมอจะมีจำนวนการเข้ายาสม่ำเสมอ เป็น 2 เท่าของผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ทราบข้อมูลดังกล่าวเลย ดังนั้นความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในบทบาทของตนเอง ที่มีต่อการรักษาจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งต่อวินัยใน การใช้ยา (ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550: 40 – 43)

อันดับ 4 ผู้ป่วยต้อหินยามดกก่อนนัด ร้อยละ 15 ซึ่งมีการขาดยาตั้งแต่ 1 วันจนถึง 14 วัน ผู้ป่วยมีการเพิ่มยาหยอดตาร้อยละ 11.5 และการแก้ ปัญหาเมื่อยามดกคือไม่ได้หยอดร้อยละ 71.7 ซึ่ง ยามาหยอดเองร้อยละ 16.6 และมาตรวจเพื่อรับยา ร้อยละ 11.7 เหตุผลเพราะว่าผู้ป่วยไม่ทราบว่าผลเสีย ของการไม่หยอดตาคืออะไรร้อยละ 84 และไม่ทราบว่า ยามาหมดสามารถมาตรวจเพื่อรับยาได้ ดังนั้นจึง มีผู้ป่วยไม่ได้หยอดตารอจนถึงวันนัดจึงค่อยมาตรวจ เพื่อรับยา

อันดับ 5 เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา หยอดตา ร้อยละ 9 อาการที่พบได้แก่ แดง เห่อ ปวดตา เคืองตา บวม คันหัวตา แสบตา และงดยาเองร้อยละ 1 เนื่องจากเกิดอาการข้างเคียงจากยา 2 ราย สอดคล้องกับวอเทิน ดีเอ็ม (Worthen DM, 1979 อ้างใน ยูพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 40 – 43) ซึ่งกล่าวว่า การใช้ยาที่มีอาการข้างเคียงสูงย่อมทำให้เกิดปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา เช่น ยา pilocarpine ทำให้เกิดอาการปวดบริเวณหัวคิว ทำให้เกิดภาวะสายตาสั้นชั่วคราว และตาพร่ามัวในที่แสงสลัวรวมทั้งต้องหยอด วันละ 4 ครั้งทำให้ความสม่ำเสมอในการใช้ยา มีเพียง 70 % ในขณะที่ความสม่ำเสมอในการใช้ยา timolol จะสูงถึง 95 % การให้ข้อมูลอาการข้างเคียงเมื่อส่งจ่ายยาสามารถช่วยลดความวิตกกังวลและลดปัญหาการหยุดหยอดยาเองของผู้ป่วยได้ เช่น ภาวะตาแดงหลังหยอดตา กลุ่ม prostaglandin derivative ถ้าได้แนะนำและให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าไม่ได้ก่อให้เกิดอันตรายแต่อย่างใด อัตราการหยุดใช้ยาจากภาวะดังกล่าวจะลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญและยังลดปัญหาการกลับมาพบแพทย์ก่อนนัดจากความวิตกกังวลอีกด้วย (ยูพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 40 – 43)

4. การปฏิบัติตามขั้นตอนการหยอดตา พบว่า ผู้ป่วยยังปฏิบัติไม่ถูกต้องร้อยละ 48 ผู้ป่วยต้อหินไม่ได้หยอดตาและกดหัวตาร้อยละ 39.5 ผู้ป่วยหยอดตาแต่ไม่กดหัวตาร้อยละ 7.5 ซึ่งวิธีการเพิ่มการดูดซึมยาและลดการดูดซึมยาเข้าทางเส้นเลือดทำได้โดยใช้นิ้วกดบริเวณหัวตาหรือให้ผู้ป่วยหยอดตาประมาณ 5 นาที (ยูพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 40 – 43) ทั้งนี้ประมาณกันว่า ยาหยอดตาถึง 80 % ที่หยอดเข้าดวงตาจะไหลออกจากตาผ่านทางท่อระบายน้ำตาและถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิต ทำให้เกิดอาการข้างเคียงทางร่างกายได้ การหยอดตานี้ยังรวมกับการใช้นิ้วกดที่รูเปิดที่หน้าตาจะช่วยลดปริมาณยา timolol

ที่ดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิต ได้ถึง 60 % (Sharir M, et al., 1994 : 62 - 67) สอดคล้องกับสุจินดา ริมศรีทอง (2530 : ก) ศึกษาเปรียบเทียบผลของวิธีปฏิบัติ 3 วิธี หลังหยอดตาขยายรูม่านตาที่มีต่อการขยายรูม่านตา โดยศึกษาผลของวิธีหยอดตาวิธีกดบริเวณหัวตาพร้อมทั้งหยอดตาและวิธีกระพริบตาหลังหยอดตาขยายรูม่านตา พบว่าวิธีหยอดตาและวิธีกดบริเวณหัวตาพร้อมทั้งหยอดตาให้ผลขยายรูม่านตาดีกว่าวิธีกระพริบตาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนวิธีหยอดตากับวิธีกดบริเวณหัวตาพร้อมทั้งหยอดตาให้ผลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

พบว่าผู้ป่วยต้อหิน หยอดตาแล้วปลายหลอดสัมผัสกับตา 28.5 การที่ปลายจุกขวดยาสัมผัสกับส่วนหนึ่งส่วนใดของตาจะไม่เพียงแต่ทำให้เกิดการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์เข้าสู่ขวดยาเท่านั้น (ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์, 2549 : 28) แต่การสัมผัสนั้นยังกระตุ้นให้เกิดการกระพริบตา บีบตา และมีน้ำตาออกมาก ทำให้ยาที่หยอดเข้าดวงตาเจือจางและไหลออกจากดวงตามากขึ้น (Day DG, et al., 2006 อ้างใน ยูพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 40 – 43)

ทั้งนี้ยังพบว่าผู้ป่วยต้อหินหนึ่งหรืออนหนักนหมามองขึ้นข้างบนแต่ไม่ได้ตั้งหน้าตาล่างให้เป็นกระพริบร้อยละ 22.5 ซึ่งวิธีหยอดตาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ ให้มองขึ้นด้านบนพร้อมทั้งเงยหน้าเล็กน้อยใช้มือข้างใดข้างหนึ่งดึงเปลือกตาล่างและออกห่างจากลูกตาเพื่อเป็นแอ่งแล้วใช้มืออีกข้างถือและเฉียงขวดยาให้ตรงกับดวงตา แต่ระวังไม่ให้ปลายจุกสัมผัสกับสิ่งใดโดยให้ตามองตรงไปปลายจุกตลอดเวลาจากนั้นบีบขวดเบาๆ เพื่อให้ยาหยอดเข้าไปในดวงตา 1 หยด แต่ถ้าไม่แน่ใจว่าหยอดเข้าดวงตาหรือไม่ก็อาจหยอดเพิ่มเติมได้ ก่อนการหยอดตาควรแนะนำให้ผู้ป่วยกดตาเช็ดูเย้น เพราะยาที่เย้นจะทำให้ผู้ป่วยสามารถรู้สึก ได้ง่ายว่ายาหยอดเข้าไปในตาแล้ว

(ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 40 – 43)

ผู้ป่วยต้อหิน ไม่ได้ตรวจสอบซีอียา ตาข้างที่หยอด จำนวนหยด เวลาที่หยอดร้อยละ 25.5 ผู้ป่วยต้อหินมักเป็นผู้สูงอายุอ่านฉลากยาไม่ได้ร้อยละ 18 มักให้บุตรหลานเป็นผู้อ่านให้และจดจำไว้ปฏิบัติซึ่งทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสกาอวรัตน์ ชัยสุนทร (2543:11) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่มีผลต่อการมารับยาอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงจังหวัดนครพนม พบว่ามีผู้สูงอายุ 40 คนที่ไม่สามารถอ่านฉลากยาได้ประมาณครึ่งหนึ่งจะให้บุตรหลานอ่านแทนความเข้าใจในการใช้ยาตอบได้ถูก 3 อันดับแรก ได้แก่ ความถี่ เวลา และวิธีรับประทานยา ซีอียาของผู้สูงอายุตอบได้ถูกน้อยที่สุด

ผู้ป่วยต้อหินไม่ได้หยอดในกระพุ้งตาหรือแฉ่งตาร้อยละ 22.5 และไม่ได้เชย่าววดก่อนหยอดตาร้อยละ 18.5 สอดคล้องกับการศึกษาของเอฟและคณะ (Apt L, et al., 1979) อ้างในยุพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 40 – 43) การใช้ยาหยอดตานี้ต้องการการฝึกฝนมากกว่าการรับประทานยา ผู้ป่วยไม่เพียงแต่ต้องหยอดตาให้ตรงเวลา ใช้ยาในปริมาณที่ถูกต้องแล้วยังต้องฝึกฝนเทคนิคในการหยอดยาให้ตนเอง การที่ผู้ป่วยใช้ยาเองโดยผิดพลาดจากการฝึกฝนที่ไม่เพียงพอหรือใช้เทคนิคที่ไม่ถูกต้องอาจเกิดขึ้นได้ ตั้งแต่การไม่เชย่าววดยาที่เป็นสารละลายให้ดีขึ้นใช้จึงมีปริมาณยาน้อยกว่าที่ควร มีการศึกษาพบว่าไม่เชย่าววดก่อนใช้ร้อยละ 63 และพบว่าร้อยละ 37 เชย่าววดน้อยเกินไป ในรายงานหนึ่งพบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 27 หยอดตาไม่เข้าแฉ่งตา โดยมากกว่าร้อยละ 25 ไม่ทราบเลยว่ายาที่หยอดไม่เข้าแฉ่งตา นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจะหยอดตาได้ถูกต้องยิ่งขึ้นหลังจากได้รับการฝึกฝนจากบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะถ้ามี

การฝึกซ้ำเป็นระยะๆ (Brown MM ,et al.,1984) อ้างในยุพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 40 – 43)

การล้างมือเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดสามารถทำได้ง่ายและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด (สมหวัง ด้านชัยวิจิตร, 2533 อ้างในลักขณา จิตรเชื้อ, 2535 : 18-21 ) จากตารางผู้ป่วยต้อหินไม่ได้ล้างมือก่อนหยอดตาร้อยละ 19.5 สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา สิทธิเดช (2542 : 19) พบว่าพฤติกรรมกรล้างมือของพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ก่อนทำกิจกรรมที่มีความเสี่ยงน้อยไม่มีการล้างมือร้อยละ 100 หลังทำกิจกรรมที่มีความเสี่ยงน้อยไม่ล้างมือร้อยละ 51 ก่อนทำกิจกรรมที่มีความเสี่ยงสูงไม่ล้างมือร้อยละ 80 ภายหลังทำกิจกรรมทุกคนล้างมือ

กรณีใช้ยามากกว่า 1 ชนิดไม่ได้เว้นระยะเวลาหยอด 5 - 10 นาที ร้อยละ 8.5 การใช้ยาหยอดตาหลายชนิดควรเว้นระยะให้ห่างระหว่างยาทั้งสองชนิดอย่างน้อย 5 - 10 นาทีเพื่อป้องกันการละลายของยาและหกหล่นออกของยาตัวแรกก่อนที่จะถูกดูดซึมเข้าสู่ดวงตาและการจัดลำดับก่อนหลังของการหยอดตาจะต้องคำนึงถึงคุณสมบัติทางเภสัชวิทยาของยาแต่ละชนิดด้วย (ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 40 – 43)

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา บทบาทของผู้ป่วยที่มีต่อการรักษา มีความคาดหวังที่ถูกต้องในผลการรักษา ผลเสียการไม่หยอดตา ใช้ยาให้ถูกวิธี ไม่ใช้ยาอื่นนอกจากแพทย์สั่ง ไม่ใช้ยามากหรือน้อยกว่ากำหนดหรืองดหยอดตาเอง ไม่หยอดตาเพิ่มอีกข้างไม่ใช้ยาหยอดตาพร้อมกันพร้อม



ทั้งแจกเอกสารควบคุมไปด้วยกรณีประเมินผู้ป่วยแล้ว ว่าความสามารถในการดูแลตัวเองน้อยเสี่ยงต่อการขาดความร่วมมือในการใช้ยา ต้องมีผู้ดูแลมารับคำแนะนำด้วย และอาจต้องแนะนำเฉพาะราย

2. ให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับชีวิตประจำวันของผู้ป่วยแล้วให้ผู้ป่วยเลือกใช้ยาในเวลาที่เหมาะสมที่สุดและสัมพันธ์กับกิจวัตรเหล่านั้น

3. การบริหารยาโดยใช้ยาน้อยชนิดที่สุดมีความเข้มข้นต่ำที่สุดและจำนวนครั้งที่ต้องหยุดดื่มน้ำต่ำที่สุด/วันโดยสามารถควบคุมโรคได้ ในอนาคตอาจมีการนำยา fixed combination มาใช้แทนการใช้ยาสองชนิดขึ้นไป

4. ประสานกับเภสัชกรในการให้ข้อมูลอาการข้างเคียงเมื่อมีการสั่งจ่ายยา การจัดลำดับการหยุดยา อายุของยาหยุดยาและการเก็บรักษายาแต่ละชนิด

5. สอนสาธิตขั้นตอนการหยุดดื่มน้ำให้ใช้สื่อการสอนช่วย พร้อมทั้งแจกเอกสารให้สาธิตย้อนกลับ ทบทวนทุกครั้งที่มาตรวจตามนัด

6. จัดทำตารางการหยุดดื่มน้ำ สร้างแบบบันทึกการหยุดดื่มน้ำที่ชื่อยาทุกชนิด ขนาด เวลาที่ต้องใช้อย่างถูกต้องลงในตารางรวมทั้งบันทึกอาการข้างเคียงเมื่อพบให้ระบุกรณียาหมดก่อนสามารถมารับยาได้ก่อนนัดแต่ควรตรวจสอบวิธีการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อหาสาเหตุและแก้ไข

7. สร้างนวัตกรรมเครื่องมือการตรวจนับการใช้ยาหยุดดื่มน้ำ (Medication monitor) จัดทำอุปกรณ์ช่วยหยุดดื่มน้ำ และช่วยจำ (ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 40 – 43) กรณีลืมหยุดดื่มน้ำก่อนมา ร.พ. ควรเน้นให้ผู้ป่วยนำยาที่เหลือมาด้วยทุกครั้งที่มาตรวจ การสั่งจ่ายยาการคำนวณยาให้พอดีไม่ควรน้อยจนถึงวันนัดมีระบบตรวจเช็ค (double check)

8. การติดตามเยี่ยมบ้านในรายที่มีปัญหาประสานกับเจ้าหน้าที่เวชกรรมสังคมให้เน้นการหยุดดื่มน้ำ การเพิ่มการติดตามการใช้ยาทางโทรศัพท์จะช่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาสูงขึ้น

## บรรณานุกรม

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2548). ยา กับโรค ตา หู คอ จมูก. เอกสารการประชุมวิชาการเภสัชศาสตร์ ครั้งที่ 3 มหาวิทยาลัยรังสิต ร่วมกับสำนักงานอาหารและยากระทรวงสาธารณสุข ระหว่างวันที่ 20-21 มกราคม 2548 ห้องประชุม 1-301 อาคารอาทิตย์ อุไรรัตน์. ปทุมธานี : นิเวศน์มิตรการพิมพ์ จำกัด.

จินตนา สิทธิเดช. (2542). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การล้างมือของพยาบาลวิชาชีพและพยาบาล เทคนิคที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี. ฉบับที่ 10 (2550). ต้อหิน. หนังสือพิมพ์ผู้จัดการรายวัน. 17(5279) : 37.

ลักขณา จิตรเชื้อ. (2535). "การล้างมือ" จุลสารควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย. 1(2) : 18 - 21.

ลัดดา ธรรมสอน. (2540). กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์. ปัญหาการใช้ยาใน ผู้สูงอายุ. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์. 6 (1) : 32.

ยุพิน ลีละชัยกุล. (2550). การรักษาต้อหินโดยใช้ยา. กรุงเทพมหานคร : กอไมการพิมพ์.

ศักดิ์ชัย วงศกิติรักษ์. (2549). "ยาที่ใช้บ่อยในจักษุวิทยา" ตำราจักษุ. กรุงเทพมหานคร : หมอชาวบ้าน.

ศักดิ์ชัย วงศ์กิตติรักษ์และประภัสร์ศุขศรีไพศาล. (2545). จักษุวิทยา สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

สگارรัตน์ คุณาวิศรุต. (2547). "ต้อหิน" แนวทางปฏิบัติโรคทางจักษุวิทยาสำหรับจักษุแพทย์. จักษุสาธารณสุข.18-(2): 146.

สگارรัตน์ ชัยสุนทร. (2543). พฤติกรรมการใช้ยา และปัจจัยที่มีผลต่อการมารับยาอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง จังหวัดนครพนม. สรรพสิทธิเวชสาร. 21-(1) : 11.

สมหวัง ด้านชัยวิจิตร. (2533). วิธีการป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์.

สุจินดา ริมศรีทอง. (2530). การศึกษาเปรียบเทียบผลของวิธีปฏิบัติ 3 วิธี หลังหยอดยาขยายรูม่านตาที่มีต่อการขยายรูม่านตา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

อังคณา เมธีไตรรัตน์ และ รจิต ฐัจฉินดา. (2550). "ต้อหิน" จักษุวิทยา. กรุงเทพมหานคร : ศิริวัฒนอินเตอร์พริ้นท์จำกัด.

Jenchitr N.(1996). country report of thai prevention of blindness programme. Thai J Ophthalmology. 10(1) : 63 – 71.

Sharir M, Zimmerman TJ.(1994). Nasolacrrimal occlusion improves the therapeutic index of antiglaucoma mrdications. J Assoc Acad Minor Phys .5 :62-7.

Strand L.M.,Morley,P.C.,Cipolle,R.Ramsey,R.,and Lamsan,G.D. (1990) Drug related problems : their Structure and function. The Annals of Phamacotherapy.

## ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยส่งกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ ต่อระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วย ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ

ถนอม นวล ต๊ะอินทร์\* พย.บ.

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยส่งกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะต่อระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับการส่งกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะที่แผนกห้องผ่าตัดโรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 60 ราย เลือกกุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย เริ่มดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2553 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2553 รวมเป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยใช้แนวทางปฏิบัติใหม่ด้วยวิธีการใส่ยาชาผ่านกรวยพลาสติกที่ได้นำมาประยุกต์เข้ากับ Syringe โดยตรงทำให้ผู้ป่วยได้รับยาชาครบถ้วน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และแบบประเมินความปวดโดยใช้ Numeric rating scales วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดด้วยสถิติค่าที (t - test)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายทั้งหมด อายุเฉลี่ย 64 ปีและ 68 ปี ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นกลุ่มอาการ Hematuria ระยะเวลาที่ใช้ในการส่งกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ 4.6 นาที ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตและชีพจรทั้งก่อนและหลังการส่งกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ ไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งสองกลุ่ม ในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวด = 6.7, SD = 2.6 และ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดเท่ากับ = 2.8, SD = 1.4 ( $p < 0.01$ ) โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ต้องรับการส่งกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะมารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลควรใช้แนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยส่งกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะที่ได้พัฒนาขึ้นและควรมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วย

**คำสำคัญ :** การส่งกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ, แนวปฏิบัติ

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ

**Effect of Utilizing the Clinical Nursing Practice Guideline for Cystoscope Preparation on Patients' Pain Reduction at Operation Room, Chaopraya Yommaraj Hospital.**

Thanomnuat Ta-in \*

**Abstract**

This quasi-experimental study aimed to examine the effect of utilizing the clinical nursing practice guideline (CNPG) on pain reduction among patients receiving a cystoscopy at the operation room at Chaoprayayommaraj Hospital, Supanburi Province. Sixty subjects were recruited through purposive sampling. The subjects were assigned into 2 equal sized groups. Both experimental and control groups contained 30 subjects. Data were collected over 6 months from January, 1<sup>st</sup>, 2553 to June, 30<sup>th</sup>, 2553. Using the new guideline with apply cone add syring for patient receive Lidocaine fully Instruments included a demographic questionnaire and a self-administered pain scale. Descriptive data analyses included percentages, means, standard deviations and a t-test.

The finding showed that all the subjects were male. The average of age of subjects in experimental and control group was 64 and 68 years old, respectively. Most of subjects in both groups were diagnosed with hematuria syndromes. The average time for cystoscopy last was 4.4 and 4.6 minutes. The average of pain scores among experimental and control group were 2.8 and 6.7, respectively. There was a statistically significant difference on pain levels between experimental and control groups with p - value less than 0.01

This study suggests that nurses should utilizing CNPG while providing care during cystoscopy in order to reduce the patients' pain. The CNPG for pain reduction among patients who have to receive cystoscopy should be further developed.

**Keywords :** Cystoscopy, CNPG, Pain.

---

\* Head of operating room Chaopraya Yommaraj Hospital.

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การส่องกล้องตรวจระบบทางเดินปัสสาวะ (Cystoscopy) คือการตรวจกระเพาะปัสสาวะด้วยเครื่องมือพิเศษผ่านทางท่อปัสสาวะ (Urethra) ที่เรียกว่า Cystoscope ลิทซ์ นัทซ์และเฮแมน ได้นำเครื่อง Cystoscope มาใช้ส่องตรวจกระเพาะปัสสาวะตั้งแต่ ค.ศ. 1879 และมีการพัฒนาปรับปรุงเครื่องมือดังกล่าวให้มีประสิทธิภาพในการใช้งานสูงขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงปัจจุบัน โดยแพทย์จะใช้เครื่อง Cystoscope ในการตรวจวินิจฉัยโรคและรักษาโรคในกระเพาะปัสสาวะ เช่น ต่อมลูกหมากโต ตุ่มเนื้อที่ท่อปัสสาวะ ท่อปัสสาวะตีบ นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ ปัสสาวะเป็นเลือด นิ่วในไต มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งปากมดลูก และกระเพาะปัสสาวะอักเสบ เป็นต้น ซึ่งถือว่าเครื่อง Cystoscope มีความสำคัญอย่างมากทางการแพทย์ในการวินิจฉัยโรคระบบทางเดินปัสสาวะหลายชนิด

ภายหลังการส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกปวดแสบท่อปัสสาวะขณะถ่ายปัสสาวะ มีเลือดออกมากับปัสสาวะได้ในวันแรก มีไข้หนาวสั่น ปวดท้องน้อย ปัสสาวะลดลง เสี่ยงต่อท่อปัสสาวะฉีกขาดได้ (Carter, H.D. & Chan, D.Y.:2007) และมีงานวิจัยที่ให้ข้อมูลว่าอาจเกิดภาวะการหลังผิปกติและความต้องการทางเพศลดลงโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาต่อมลูกหมากโต (Kobi S. & et al.:2004) ผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวลทั้งในระยะก่อนขณะและหลังการตรวจ รวมทั้งมีความเจ็บปวดในขณะทำเนื่อง จากเครื่องมือที่สอดใส่มีความแข็งทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายในขณะที่ทำการตรวจเป็นอย่างมาก

พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นผู้มีหน้าที่รับผิดชอบในการบริการพยาบาลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ใน

ห้องผ่าตัดด้วยการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมที่จะรับการผ่าตัดและเป็นผู้มีบทบาทมากที่สุดในการวางแผนการพยาบาล (เจ็อกุล อโนธามณณ์, 2550:14) ในการป้องกันอาการปวดหลังผ่าตัด (เสาวลักษณ์ วิรัตน์พงษ์, 2547) ความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกที่ผู้ป่วยไม่พึงปรารถนาและเป็นประสบการณ์ที่ไม่ดี การจัดการความเจ็บปวดทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด จึงเป็นการปฏิบัติที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อขจัด ลด บรรเทา และควบคุม อาการปวด ตลอดจนผลกระทบที่เกิดจากอาการปวดให้แก่ผู้ป่วย

ดังนั้น ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดจึงสนใจศึกษา ค้นคว้า และพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีระดับความเจ็บปวดน้อยที่สุด

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ
2. เพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

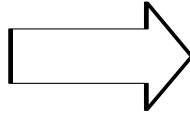
## สมมติฐานงานวิจัย

กลุ่มทดลองที่ใช้แนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะมีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ตัวแปรต้น

แนวทางปฏิบัติการ  
เตรียมผู้ป่วยส่งกล้องตรวจ  
กระเพาะปัสสาวะ



### ตัวแปรตาม

- ความดันโลหิต
- ชีพจร
- ระดับความเจ็บปวด

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Design) ที่มีรูปแบบการวิจัยเป็นแบบสองกลุ่มวัดผลหลังทำการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ในช่วงระหว่างเดือนมกราคม 2553 ถึงเดือนมิถุนายน 2553 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้ 1) เพศชายที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป 2) ผู้ป่วยสมัครใจ และ 3) สามารถตอบแบบสัมภาษณ์และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน เดิมการใส่ยาชาก่อนส่องตรวจทำโดยใส่ยาชาใน Syringe และดันยาผ่านรูเปิดที่ข้อปัสสาวะโดยตรง พบปัญหาคือใส่ยาชาได้ไม่ครบ มียาชาบางส่วนล้นออกมา เนื่องจากปลาย Syringe ไม่แน่นกระชับพอดี จากปัญหานี้ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดนำกรวยพลาสติกที่มีมากับหลอดยารามาประยุกต์ใช้ต่อกับจุกสาย Feeding tube ซึ่งมีขนาดพอดีกับหัว Syringe แล้วใช้กาบเป็นตัวเชื่อมเพื่อใช้ต่อเข้ากับ Syringe ที่มียาชาบรรจุอยู่ หลังใช้นำกรวยแช่น้ำยาฆ่าเชื้อ ล้าง และเป่าแห้ง สามารถนำกลับมาใช้ได้อีก เรียกชื่อกรวยนี้ว่า “กรวยประกอบกรวยใส่ยาชา” ดังรูป



ภาพแสดงกรวยประกอบกรวยใส่ยาชา

จากการใช้กรวยนี้ ยาชา 1 หลอด (30 cc.) สามารถแบ่งใช้ได้กับผู้ป่วย 3 รายรายละ 10 cc. ซึ่งเป็นปริมาณยาชาที่สามารถลดความเจ็บปวดได้ดี ใช้เป็นเครื่องมือประกอบกรวยวิจัย แบบวัดระดับความเจ็บปวดและแนวทางปฏิบัติในการเตรียมผู้ป่วยส่งกล้องตรวจระบบทางเดินปัสสาวะที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นมาโดยใช้แนวคิดของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลบนหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Nursing Practices) ในกระบวนการพัฒนาวิธีปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศของสำนักการพยาบาลและให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินปัสสาวะตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จำนวน 2 คน หลังจากนั้นนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ในกลุ่มทดลองที่ได้กำหนดไว้รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยหาค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความดันโลหิต ชีพจร และระดับความปวดเปรียบเทียบ

ระดับความปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง การใช้แนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยส่งกล้อง ตรวจกระเพาะปัสสาวะโดยใช้สถิติค่าที (t-test)

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในกลุ่มควบคุมให้การดูแลตามปกติและกลุ่มทดลองให้การดูแลตามแนวทางปฏิบัติที่ได้จัดทำไว้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อเริ่มใช้แนวทางปฏิบัติที่ได้พัฒนาขึ้นโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามต้องการก่อนได้รับการส่งกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ ผู้ศึกษาแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัว อธิบายวิธีตอบแบบวัดความรู้สึกปวดด้วยแผ่นวัดระดับความปวด (numerical rating scales) ที่มีค่า 0-10 เพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นให้ผู้ป่วยเลือกตอบตามความรู้สึกปวด วัดและบันทึกความดันโลหิต จับชีพจรและระดับความเจ็บปวดก่อนการส่งกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะและหลังแพทย์ทำการส่งกล้องตรวจทันที บันทึกข้อมูลทั้งหมดลงในแบบเก็บข้อมูลผู้ศึกษาตรวจสอบข้อมูลอีกครั้ง นำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองนำมาแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อยละ
2. ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ อายุ ระยะเวลาในการส่งกล้องตรวจความดันโลหิต Systolic ชีพจรและระดับความเจ็บปวดนำมาหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติค่าที (t-test)

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองนำมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละและค่าเฉลี่ยมีรายละเอียดดังนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายทั้งหมด 60 คน กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 64 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 80 รองลงมา ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 17 ได้รับการวินิจฉัยโรค Hematuria มากที่สุด ร้อยละ 33 รองลงมา ได้รับการวินิจฉัยโรคต่อมลูกหมากโต ร้อยละ 20 ระยะเวลาในการส่งกล้องอยู่ระหว่าง 3-5 นาที ร้อยละ 70 รองลงมา มีระยะเวลาในการส่งกล้อง 6-10 นาที ร้อยละ 10 ค่าเฉลี่ย 4.4 นาที และกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 68 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 90 รองลงมา ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 7 ได้รับการวินิจฉัยโรค Hematuria มากที่สุด ร้อยละ 31 รองลงมา ได้รับการวินิจฉัยโรค Cancer ร้อยละ 30 ระยะเวลาในการส่งกล้องอยู่ระหว่าง 3-5 นาที มากที่สุด ร้อยละ 100 ค่าเฉลี่ย 4.6 นาที ดังแสดงตารางที่ 1



## วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรคและระยะเวลาในการส่องกล้องตรวจ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน (n = 30)	ร้อยละ	จำนวน (n = 30)	ร้อยละ
<b>อายุ</b>				
< 35 ปี	0	0	1	3
36-60 ปี	11	37	3	10
> 60 ปี	19	63	26	87
<b>ค่าเฉลี่ย</b>	<b>64</b>		<b>68</b>	
<b>ระดับการศึกษา</b>				
ประถมศึกษา	24	80	27	90
มัธยมศึกษา	5	17	2	7
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	1	3	1	7
ปริญญาโท	0	0	0	0
<b>การวินิจฉัยโรค</b>				
Hematuria	10	33	9	31
Retension urine	6	20	1	3
BPH	6	20	8	27
Stricture urethra	2	7	0	0
Cancer	2	7	10	30
Dysuria	3	10	1	3
Stess incontinent	1	3	1	3
<b>ระยะเวลาในการส่องกล้องตรวจ</b>				
< 3 นาที	6	20	0	0
3 - 5 นาที	21	70	30	100
6 - 10 นาที	3	10	0	0
<b>ค่าเฉลี่ย</b>	<b>4.4</b>		<b>4.6</b>	

2. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตาม อายุ ระยะเวลาในการส่องกล้องตรวจ ความดันโลหิต ซีฟจร และระดับความเจ็บปวด มีรายละเอียดดังนี้ กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุเท่ากับ 64 ปี ( $\bar{x} = 64$ ,  $SD = 9.59$ ) ระยะเวลาในการส่องกล้องตรวจเท่ากับ 4.4 นาที ( $\bar{x} = 4.4$ ,  $SD = 2.01$ ) ความดันโลหิต systolic เท่ากับ 143 มิลลิเมตรปรอท ( $\bar{x} = 143$ ,  $SD = 20.8$ ) ซีฟจรเท่ากับ 82 ครั้งต่อนาที

( $\bar{x} = 82$ ,  $SD = 13.1$ ) และระดับความเจ็บปวดเท่ากับ 6.8 ( $\bar{x} = 6.8$ ,  $SD = 2.61$ ) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุเท่ากับ 68 ปี ( $\bar{x} = 68$ ,  $SD = 11.77$ ) ระยะเวลาในการส่องกล้องตรวจเท่ากับ 4.6 นาที ( $\bar{x} = 4.6$ ,  $SD = 0.81$ ) ความดันโลหิต systolic เท่ากับ 136 มิลลิเมตรปรอท ( $\bar{x} = 136$ ,  $SD = 14.64$ ) ซีฟจรเท่ากับ 86 ครั้งต่อนาที ( $\bar{x} = 86$ ,  $SD = 13.3$ ) และระดับความเจ็บปวดเท่ากับ 2.8 ( $\bar{x} = 2.8$ ,  $SD = 1.37$ ) แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามอายุ ระยะเวลาในการส่องกล้องตรวจ ความดันโลหิต ซีพีอาร์ และระดับความเจ็บปวด

รายการ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD
อายุ	64	9.59	68	11.7
ระยะเวลาในการส่องกล้องตรวจ	4.4	2.01	4.6	0.84
ความดันโลหิต Systolic	143	20.80	136	14.64
ซีพีอาร์	82	13.10	86	13.30
ระดับความเจ็บปวด	6.8	2.61	2.8	1.37

3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความดันโลหิต systolic ซีพีอาร์และระดับความเจ็บปวด ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ใช้แนวทางปฏิบัติ พบว่า หลังการใช้แนวทางปฏิบัติกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย

ความดันโลหิตและซีพีอาร์ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วนค่าเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.001$  ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง ความดันโลหิต systolic ซีพีอาร์ และระดับความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

รายการ	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	t - test	p - value
ความดันโลหิต Systolic	143	136	1.492	.147
ซีพีอาร์	82	86	1.57	.127
ระดับความเจ็บปวด	6.8	2.8	7.871	.000

$P < 0.00$

### สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เป็นเพศชายทั้งหมดอายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มตัวอย่าง 64 ปีและ 68 ปี ตามลำดับระดับการศึกษาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มอาการ Hematuria ระยะเวลาในการส่องกล้องตรวจในกลุ่มควบคุมใช้เวลาเฉลี่ย 4.4 นาทีและกลุ่มทดลองใช้เวลา 4.6 นาที เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการทำกรวยวิจัยว่ามีกรวยควบคุมตัวแปรให้มีความเท่าเทียมกัน (อรพินทร์ ชูชม, 2552:6)

ผลการศึกษาพบว่าค่าความดัน Systolic ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากับ 144 มิลลิเมตรปรอทและ 136 มิลลิเมตรปรอท ค่าของซีพีอาร์เท่ากับ 82 ครั้งต่อนาทีและ 86 ครั้งต่อนาที เห็นได้ว่าค่าความดันโลหิตค่อนข้างสูง เนื่องจากการส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะเป็นหัตถการที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดเฉียบพลันจากมีการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ส่งผลให้ความดันโลหิตสูง ซีพีอาร์เต้นเร็ว หลอดเลือดหดตัวและมีอาการเหงื่อออกมาก (ดูจเดือน สีละมาต, 2553:2) ในส่วนของระดับความเจ็บปวดในกลุ่มควบคุมมีระดับความเจ็บปวดค่อนข้างมาก (6.8)

และกลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดน้อย (2.8) เมื่อวิเคราะห์ระดับความเจ็บปวดในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p=.001$  แสดงให้เห็นว่าแนวทางปฏิบัติที่ได้พัฒนาขึ้นสามารถลดระดับความเจ็บปวดขณะส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะได้ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จะส่งผลดีกว่าก่อนใช้แนวทางการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุพรรณิ เตรียมวิศิษฐ์และคณะ, 2549:8) พยาบาลมีบทบาทในการดูแลอาการปวดจากการผ่าตัดหรือทำหัตถการต่างๆ ตั้งแต่แรกเริ่ม จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านด้วยความปลอดภัยโดยมีการวางแผนการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติที่มุ่งเน้นการป้องกันก่อนทำหัตถการ (เจือกุล อโนธารมณ, 2550:14-23) การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติในครั้งนี้ได้มีการนำข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้เน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะอย่างต่อเนื่องเพื่อจัดทำเป็นนโยบายของสถาบันในการให้บริการอย่างมีคุณภาพ
2. ควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการทำงานร่วมกันและจัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติของแต่ละหน่วยงานภายใต้คณะกรรมการบริหารคุณภาพการพยาบาล
3. ควรพัฒนาแนวทางการปฏิบัติในการเตรียมตรวจหรือการทำหัตถการอื่นๆ เพื่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

### เอกสารอ้างอิง

- กมล ภาณุมาตร์ศรีและจุลินทร์ โอภาณุรักษ์. (2551). ความจำเป็นของการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ในการส่องกล้องตรวจระบบทางเดินปัสสาวะแบบสายพับงอได้ในคลินิกผู้ป่วยนอก. จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 52 (พ.ค.-มิ.ย.): 169-176.
- เจือกุล อโนธารมณ. (2550). บทบาทของพยาบาลในการป้องกันอาการปวดจากการผ่าตัด. วารสารพยาบาลศาสตร์. 25 (1):14-23.
- ชุติกาญจน์ หุทัยและอรุณี ไพศาลพาณิชย์กุล. (2552). เกณฑ์คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ. นนทบุรี : สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์.
- วรรณุช เกียรติพงษ์ถาวร. เอกสารคำสอนเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บในระบบทางเดินปัสสาวะ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. Available at <http://www.ns.mahidol.ac.th> 11/11/2553.
- ศศิกานต์ นิมมานรัชต์. (2553). ตำราความปวดและการระงับปวดในเวชปฏิบัติ.สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.
- เสาวลักษณ์ วิรัตน์พงษ์. (2547).บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นอย่างไร?. เจาะลึกการพยาบาล. 5 (2) :1-2.
- อรพินทร์ ชูชม. (2552). การวิจัยกึ่งทดลอง. วารสารพฤติกรรมศาสตร์,15 (1) : 1-15.
- Brekkan E.&et al. (1991). A controlled study of low and high volume anesthetic jelly as a lubricant and pain reliever during cystoscopy.The journal of urology. 146 : 24-27.

Carter HB. & Chan DY. (2007). Basic instrument and cystoscopy. in Wein AJ.ed. Campbell-Walsh Urology.9<sup>th</sup>ed. Philadelphia : Saunders Elsevier.

Chunhawattana W.& et al.(1997).A comparative study of 2% lidocaine solution versus 2 % lidocaine jelly as a topical anesthetic agent during cystoscopy. The thai journal of surgery.18(4).Oct-Dec:167-171.

Goldfischer E.R. & et al.(1997).Randomized, prospective. Double-blind study of the effects on pain perception of lidocaine jelly versus versus plain lubricant during outpatient rigid cystoscopy. The journal of urology.159 (Jan) : 90-94.

Kobi S. & et al. (2004). Adverse effects of cystoscopy and its impact on patient quality of life and sexual performance. IMAJ.6 (August) : 474-478.

Ouellette R.D.&et al.(1985).Urology.XXV(5): 490-491.

Stein M& et al.(1994).The effects of intraurethral lidocaine anesthetic and patient anxiety on pain perception during cystoscopy. The journal of urology .151 (June): 1518-1521.



ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมต่อความพร้อมของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย  
โรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

จรรยาลักษณ์ ป้องเจริญ พย.ม \*

จันทร์ฉาย มณีวงษ์ พย.ม \*\*

**บทคัดย่อ**

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ดังนั้นญาติ/ผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในด้านต่างๆ หากญาติ/ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลย่อมส่งผลต่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อความพร้อมของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน กลุ่มตัวอย่างคือญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จำนวน 60 คน โดยเลือกอย่างเจาะจง เป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย กลุ่มทดลอง 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 1. โปรแกรมการเตรียมความพร้อมของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่าย 2. แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของญาติ/ผู้ดูแล 2) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) แบบประเมินความพร้อมของญาติ/ผู้ดูแล 8 ด้าน ที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดความพร้อมในการดูแลของสจิวต์และอาร์ชโบลด์, 1986 กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ระยะเวลา 1-2 วันก่อนจำหน่าย กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองจะได้รับการตอบแบบประเมินความพร้อมของญาติ/ผู้ดูแล ข้อมูลทั่วไปของญาติ/ผู้ดูแล และข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม 2551 ถึงเดือนกรกฎาคม 2551 นำข้อมูลกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเปรียบเทียบ และวิเคราะห์ข้อมูล โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าทดสอบที (Independent t-test)

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความพร้อมรายด้านและโดยรวมของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับพร้อมมากทั้งกลุ่มทดลอง ( $\bar{X}=2.97-3.20$ ,  $SD= 0.62-0.93$ ) และกลุ่มควบคุม ( $\bar{X}=2.67-3.13$ ,  $SD= 0.81-1.04$ ) และค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากผลการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรนำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายกลับบ้าน มาปรับปรุงใช้ให้เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง และญาติ/ผู้ดูแลมั่นใจที่จะดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

**คำสำคัญ :** โปรแกรมการเตรียมความพร้อม/ความพร้อม/การจำหน่ายกลับบ้าน/ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช สุพรรณบุรี

\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช สุพรรณบุรี

**The Effects of Preparing Program on readiness among Hemorrhagic Stroke Patient Caregivers before Discharge at Chaophraya Yommaraj Hospital, Suphanburi**

Charoonlux Dongcharoen, MNS \*

Janchai Manee Wong, MNS \*\*

**Abstract**

Hemorrhagic Stroke is a chronic disease which affects patients not able to take care of themselves. Caregivers, hence, have very important role for caregiving. If the caregivers are ready to provide care, caregiver to the patients will be efficient. The objectives of this study were to review the effect of preparing program on readiness among hemorrhagic stroke patient caregivers before discharge. Specific Sampling group included 60 hemorrhagic stroke patients at surgery ward, Chaophraya Yommaraj Hospital. They were divided into 30 participants in control group, and 30 participants in experimental group. Applied tools in the study included 1. Preparing program for hemorrhagic stroke patient caregivers before discharge, 2. Questionnaires divided into 3 sections namely a. General information of the caregivers, b. General information of hemorrhagic stroke patient and c. Evaluative form about 8 aspects readiness of the caregivers, developed according to Stuart and Archbold's Caregiving Readiness Concept, 1986. The control group received normal care and the experimental group received caregiver preparing program 1-2 days before discharge. Caregivers of the two groups had been evaluated readiness in caregiving. General information of the caregivers and the patients were collected during March, 2010 to July, 2010. Information of the control and experimental groups were compared and analyzed by using frequency distribution, average, standard deviation and Independent t-test method.

It had been found that readiness of the caregivers in experimental group ( $X=2.97-3.20$ ,  $SD=0.62-0.93$ ) and control group ( $X=2.67-3.13$ ,  $SD=0.81-1.04$ ) were high. Average points of readiness in the two groups were not statistically significant different (0.05).

Further to the result, we suggested that practical nurses should apply preparing program for hemorrhagic stroke patient caregivers appropriately. So the patients received save and proper care in order to avoid complication and re-admission.

**Keywords** : preparing program, readiness level, discharge, hemorrhagic stroke patient

---

\*,\*\* Register Nurse Chaophraya Yommaraj Hospital.

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ Stroke) เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยที่พบมากที่สุดในจำนวนผู้ป่วยโรคระบบประสาทที่ได้รับไว้ในโรงพยาบาลและเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข เพราะทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตสูงและผู้ที่รอดชีวิตจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ตั้งแต่ความพิการเล็กน้อยจนกระทั่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ในประเทศไทยจากข้อมูลสถิติกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2548 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีอัตราการตายเป็นอันดับสามรองจากโรคมะเร็งและโรคหัวใจ จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าอัตราการเสียชีวิตและระดับความรุนแรงจากโรคหลอดเลือดสมองค่อนข้างคงที่อันเป็นผลเนื่องมาจากวิวัฒนาการในด้านการรักษาที่ทันสมัยในปัจจุบันในระยะเฉียบพลัน แต่แนวโน้มอัตราการป่วยที่เป็นภาวะเรื้อรังจากโรคหลอดเลือดสมองจะค่อยๆ เพิ่มขึ้น ทั้งนี้เป็นเพราะการคาดการณ์ว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มที่จะมีชีวิตรอดอยู่ได้มากกว่า 5 ปี ความสำคัญของการดูแลจึงอยู่ที่การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพ สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ ปอดอักเสบจากการสำลัก แผลกดทับ การพลัดตกหกล้ม ข้อไหล่ติด หากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่ดี นอกจากจะเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวแล้วอาจเกิด secondary stroke เพิ่มระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น และเมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นการช่วยเหลือดูแลในระยะวิกฤตแล้วมักจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาในระยะยาวต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม รวมทั้งความคิด ความจำสติปัญญา ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการรู้คิดหรือไม่ตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองได้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544 : 2) ความบกพร่องเหล่านี้

ล้วนเป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีวิตผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นจะต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การให้กำลังใจ การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นญาติผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลที่ดูแลช่วยเหลือใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงควรมีความรู้และความเข้าใจทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อจะได้ให้การดูแลได้ถูกต้องตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม พยาบาลจึงมีบทบาทอย่างยิ่งในการเตรียมญาติ/ผู้ดูแล ซึ่งญาติ/ผู้ดูแลควรได้รับความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและผลของโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะแทรกซ้อนและการป้องกันโรคขั้นตอนการรักษา การป้องกันกลับเป็นซ้ำเทคนิคที่จำเป็นต่อการส่งเสริมการเคลื่อนไหว และการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้ญาติ/ผู้ดูแลสามารถเรียนรู้การปฏิบัติตนและมีการช่วยเหลือที่เหมาะสมพร้อมที่จะกลับบ้านทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลที่ดีมีคุณภาพและสามารถป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนได้

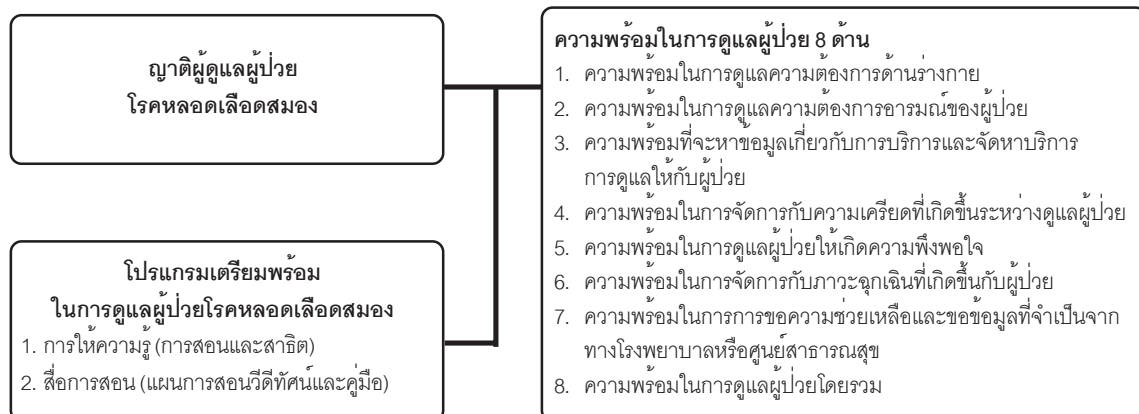
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 602 เตียง จากสถิติ 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 จนถึง พ.ศ. 2550 พบว่าโรงพยาบาลรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไว้ในความดูแลจำนวน 1,151, 1,170 และ 1,220 คนต่อปีตามลำดับและพบผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเป็นอันดับที่ 1 (สถิติสารสนเทศโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช, 2550) สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราชนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันจะอยู่ในความดูแลของกลุ่มงานอายุรกรรม ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจะอยู่ในความดูแลของกลุ่มงานศัลยกรรมเน้นการดูแลอย่างต่อเนื่องเริ่มตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านกระบวนการดูแลทั้งหมดนี้จะเกิดผลดีเมื่อญาติ



ผู้ดูแลและครอบครัวมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลต่างๆ ร่วมกับทีมสุขภาพ การให้ญาติ/ผู้ดูแล มีส่วนร่วมในการดูแลนั้นเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลที่ดี ทำให้มีการฟื้นฟูเร็วนำไปสู่การ ปรับตัวในการทำหน้าที่ทางสังคม ส่งผลถึงความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยครอบครัว และญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด ดังนั้นคณะผู้ศึกษา จึงได้พัฒนา โปรแกรมการเตรียมความพร้อมของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกก่อนจำหน่าย กลับบ้านโดยโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคการสอนและสาธิตการทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเตรียมบ้านแหล่งสนับสนุนทางสังคม อาหารผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์การมาตรวจตามนัด โดยมีคู่มือและวีดิทัศน์ประกอบการให้ความรู้โปรแกรมที่สร้างขึ้นเป็น ปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงบริการให้มีรูปแบบการให้บริการที่มีคุณภาพ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนญาติ/ผู้ดูแลพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา

ดังนั้นคณะผู้ศึกษา ต้องการพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

### กรอบแนวคิดการวิจัย



### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมต่อความพร้อมของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

### คำถามในการวิจัย

การใช้โปรแกรมเตรียมความพร้อมมีผลต่อความพร้อมของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนจำหน่ายกลับบ้านอย่างไร

### สมมุติฐานการวิจัย

ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### ขอบเขตการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ เป็น two group post test only design เป็นการศึกษาค้นคว้าผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมต่อระดับความพร้อมของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกก่อนจำหน่ายกลับบ้านที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหญิงในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างเดือนมีนาคม 2551 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2551

### ลักษณะกลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกสภาพผู้ป่วยที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และหญิงโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราชสุพรรณบุรี ระหว่างเดือนมีนาคม 2551 ถึง กรกฎาคม พ.ศ.2551

### กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดในสมองแตกที่รับรักษาไว้หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และหญิงโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรีที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต้องนอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 3 วัน ผู้ป่วยที่เสียชีวิตคัดออกจากการศึกษา

2. ญาติ/ผู้ดูแลคือสมาชิกในครอบครัวผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดในสมองแตกโดยตรงและใช้เวลาในการดูแลมากที่สุดภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย

3. ไม่มีความบกพร่องทางการรับรู้หรือบอกสถานที่ เวลา บุคคลได้ถูกต้อง สามารถอ่านและพูดภาษาไทยหรือสามารถดูวีดีทัศน์ได้

4. อายุระหว่าง 15-60 ปี

5. การเลือกเข้ากลุ่มควบคุมโดยเลือกจากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจำนวน 30 รายแรกจะได้รับการดูแลตามปกติ ส่วน 30 รายต่อมาเลือกเข้ากลุ่มทดลอง จะได้รับการดูแลตามโปรแกรม

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุม 30 รายและกลุ่มทดลอง 30 ราย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมการเตรียมความพร้อมญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกประกอบด้วย

1.1.1 ตารางแสดงกิจกรรมในแต่ละวันแรกรับจนจำหน่าย (1- 8 วัน)

1.1.2 แผนการสอนในแต่ละวันเกี่ยวกับเรื่องความรู้ทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองการดูแลสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาหารกับโรคหลอดเลือดสมองภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน แหล่งประโยชน์การขอความช่วยเหลือและแหล่งสนับสนุนทางสังคม

1.2 คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง

1.3 วีดีทัศน์ 1 ม้วน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่

2.1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลในเรื่อง อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ความรู้และประสบการณ์การดูแล สถานบริการก่อนเข้าร่วมการวิจัย

2.2 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยในเรื่อง อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ การวินิจฉัย การรักษา จำนวนวันนอน ความพิการที่หลงเหลืออยู่

2.3 แบบประเมินความพร้อมของผู้ดูแลดัดแปลงมาจากอาร์ชโบลและสจ๊วต ,1986 แปลเป็นภาษาไทย โดย วิลาพรรณ วิโรจน์รัตน์ ,2002 ประกอบด้วยข้อความ 8 ข้อความซึ่งลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรฐานค่า 5 อันดับ

(0) หมายถึง ญาติ/ผู้ดูแลไม่มีความพร้อมในกิจกรรมนั้นเลย

(1) หมายถึงญาติ/ผู้ดูแลมีความพร้อมในกิจกรรมนั้นน้อย

(2) หมายถึงญาติ/ผู้ดูแลมีความพร้อมในกิจกรรมนั้นปานกลาง

(3) หมายถึงญาติ/ผู้ดูแลมีความพร้อมในกิจกรรมนั้นมาก

(4) หมายถึงญาติ/ผู้ดูแลมีความพร้อมในกิจกรรมนั้นมากที่สุด

#### การแปรผลคะแนน

คะแนน	การแปลผล
3.21- 4.0	ความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับพร้อมมากที่สุด
2.41-3.2	ความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับพร้อมมาก
1.61- 2.4	ความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับพร้อมปานกลาง
0.81-1.6	ความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับพร้อมน้อย
0 - 0.8	ไม่มีความพร้อมในการดูแลเลย

#### การหาความเชื่อมั่นและความตรงของเนื้อหา

1. นำไปโปรแกรมการเตรียมความพร้อมญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง วีดิทัศน์ และแบบสอบถามให้แพทย์ศัลยกรรมประสาท 1 คน และพยาบาลเฉพาะทางระบบประสาท จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและนำไปปรับปรุงแก้ไขและนำไปทดลองใช้กับญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จำนวน 5 ราย

2. สำหรับแบบประเมินความพร้อมในการดูแล ดัดแปลงมาจากอาร์ชโบลและสัจวัต, 1986 แปลโดย วิลลาพรรณ วิโรจน์รัตน์ ,2002 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) เดิมเท่ากับ 0.86 - 0.92

#### ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธรณ์บุรี ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการดำเนินงานการเก็บข้อมูลแก่หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและศัลยกรรมหญิงและบุคคลผู้เกี่ยวข้อง

2. เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่เลือกไว้ ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์รายละเอียดการดำเนินการวิจัยระยะเวลาในการทดสอบขอขเขตการรักษาข้อมูลและการยุติการเข้าร่วมวิจัยให้ญาติ / ผู้ดูแล ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อจริงของผู้เข้าร่วมวิจัยจะมีเพียงบางส่วนที่ปรากฏอยู่ในรายงานการศึกษาครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อ การดูแลรักษาผู้ป่วยต่อผู้ดูแลโดยญาติ/ผู้ดูแลสามารถตอบตกลงหรือปฏิเสธ หรือยุติการสนทนาได้ตลอดเวลา เมื่อญาติ/ผู้ดูแลยินดีเข้าร่วมงานวิจัย ได้ขอให้ผู้ดูแลเซ็นหนังสือยินยอมให้ข้อมูลเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัย จะทำการสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของญาติ/ผู้ดูแล หลังจากนั้นผู้วิจัยจะให้ญาติ/ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินความพร้อมญาติ/ผู้ดูแลก่อนจำหน่าย 1-2 วัน โดยใช้ เวลาประมาณ 20 นาที โดยเก็บกลุ่มควบคุมจำนวน 30 รายในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 และหญิงในระยะเวลา 2 เดือน สำหรับกลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลตามโปรแกรมเตรียมความพร้อมญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายตั้งแต่วันแรกรับจนกระทั่งจำหน่ายก่อนจำหน่าย 1 วัน ผู้วิจัยจะให้ญาติ/ผู้ดูแลตอบแบบประเมินความพร้อมใช้เวลาประมาณ 20 นาที เมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยจะตอบข้อสงสัยและให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ญาติ / ผู้ดูแลต้องการกลุ่มทดลองจำนวน 30 รายหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหญิงในระยะเวลา 2 เดือน

### การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีแนวทางในการพิทักษ์สิทธิ์ ดังนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและรายละเอียดในการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่างๆ ก่อนที่ตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย
2. อธิบายให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมหรือไม่ก็ได้และถ้าหากตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยแล้ว สามารถออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อผู้ป่วยแต่อย่างใด
3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจะให้กล่าวคำยินยอมด้วยเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
4. ในการวิจัยจะคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวและไม่รบกวนกิจวัตรประจำวันในขณะที่ทดลองหากกลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรม ผู้วิจัยยินดีหยุดการทดลองและการตอบแบบสอบถามครั้งนั้น
5. กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปกปิดข้อมูลที่ไม่ต้องการจะเปิดเผยตลอดการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยตลอดจนการตรวจสอบข้อมูล
6. ในการนำเสนอข้อมูลและเขียนรายงานการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

### วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ
2. เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและญาติ / ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้ไคสแคว์ทดสอบ
3. ข้อมูลความพร้อมในการดูแลของญาติ / ผู้ดูแลในการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกเป็นรายข้อ และโดยรวม

4. เปรียบเทียบข้อมูลความพร้อมในการดูแลของญาติ/ผู้ดูแล กลุ่มควบคุมและญาติ / ผู้ดูแลกลุ่มทดลองโดยใช้ Independent t-test

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล พบว่า ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.7 มีอายุระหว่าง 38-47 ปี ร้อยละ 43.3 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 100 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 43.3 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยรายเดือน 4,000-8,000 บาท ร้อยละ 53.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.3 และพบว่าญาติ/ผู้ดูแลเป็นบุตรมากที่สุด ถึงร้อยละ 50 รองลงมาเป็นภรรยา ร้อยละ 26.7 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70 นอกจากนี้ยังพบว่าไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ถึงร้อยละ 96.7 กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีสถานบริการใกล้บ้าน ส่วนญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 มีอายุระหว่าง 48-60 ปี ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 96.7 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 36.7 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยรายเดือน 4,000 - 8,000 บาท ร้อยละ 56.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40 และพบว่าญาติ/ผู้ดูแลเป็นภรรยา ร้อยละ 43.3 รองลงมาเป็นบุตร ร้อยละ 40 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.7 นอกจากนี้ยังพบว่า ไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยถึงร้อยละ 90

เมื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้ทดสอบไคสแคว์ พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 60)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 30) จำนวน	ร้อยละ	กลุ่มทดลอง (n = 30) จำนวน	ร้อยละ	$\chi^2$	p - value
เพศ					.739	.390
ชาย	7	23.3	10	33.3		
หญิง	23	76.7	20	66.7		
สถานภาพ					1.017	.313
โสด	0	0	0	0		
คู่	30	100	29	96.7		
หม้าย	0	0	1	3.33		
หย่า, แยก	0	0	0	0		
อายุ					4.021	.259
15 - 27	3	10	3	10		
28 - 37	6	20	5	16.7		
38 - 47	13	43.3	7	23.3		
48 - 60	8	26.7	15	50		
อาชีพ					2.500	.776
รับราชการ	2	6.7	2	6.7		
เกษตรกรรม	13	43.3	11	36.7		
รับจ้าง	8	26.7	8	26.7		
ค้าขาย	2	6.7	4	13.3		
พนักงานบริษัท	3	10	1	3.3		
อื่นๆ	2	6.7	4	13.3		
รายได้					.541	.910
ไม่มีรายได้	2	6.7	1	3.3		
น้อยกว่า 4,000	7	23.3	8	26.7		
4,000 - 8,000	16	53.3	17	56.7		
มากกว่า 8,000	5	16.7	4	13.3		
ระดับการศึกษา					3.547	.315
ไม่ได้รับการศึกษา	1	3.3	3	10		
ประถมศึกษา	22	73.3	16	53.3		
มัธยมศึกษา	4	13.3	4	13.3		
อาชีวศึกษา/ ปริญญาตรี	3	10	7	23.3		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม จำนวน	(n = 30) ร้อยละ	กลุ่มทดลอง จำนวน	(n = 30) ร้อยละ	$\chi^2$	p - value
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					3.467	.325
สามี	3	10	4	13.3		
ภรรยา	8	26.7	13	43.3		
บุตร	15	50	12	40		
ญาติ	4	13.3	1	3.3		
โรคประจำตัว					3.41	.559
มี	9	30	7	23.3		
ไม่มี	21	70	23	76.7		
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย					1.071	.301
มี	1	3.3	3	10		
ไม่มี	29	96.7	27	90		

p < .05

**ส่วนที่ 2** พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 80 มีอายุระหว่าง 48- 60 ปี ร้อยละ 53.3 สถานภาพคู่ ร้อยละ 93.3 มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 43.3 รองลงมาคืออาชีพเกษตรกร ร้อยละ 30 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยรายเดือนน้อยกว่า 4,000 บาท ร้อยละ 53.3 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 83.33 ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลส่วนใหญ่ 5-10 วัน ร้อยละ 76.7 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 56.7 โรคประจำตัวที่ผู้ป่วยพบร่วมกับโรคหลอดเลือดสมอง คือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30 รองลงมา คือโรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 6.7 ความพิการที่หลงเหลืออยู่ อัมพาต/อ่อนแรงข้างซ้าย ร้อยละ 56.7 อัมพาต/อ่อนแรง ข้างขวา ร้อยละ 44.3

ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ชายเป็นร้อยละ 73.3 มีอายุระหว่าง 48- 60 ปี ร้อยละ 60 สถานภาพคู่ ร้อยละ 100 มี

อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 33.3 รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 30 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยรายเดือน น้อยกว่า 4,000 บาท ร้อยละ 56.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.7 ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลส่วนใหญ่ 5 -10 วัน ร้อยละ 73.3 ไม่มีโรคประจำ ตัว ร้อยละ 50 โรคประจำตัวที่ผู้ป่วยพบร่วมกับโรคหลอดเลือดสมอง คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 10 ความพิการที่หลงเหลืออยู่ อัมพาตอ่อนแรงข้างซ้าย ร้อยละ 60 อัมพาต/อ่อนแรงข้างขวา ร้อยละ 40

เมื่อนำมาวิเคราะห์ เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้ทดสอบไคสแคว์ พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

**ส่วนที่ 3** พบว่าระดับความพร้อมของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลอง ( $\bar{X}$ =3.06,

SD=0.59 ) และกลุ่มควบคุม ( $\bar{X}=2.93$ , SD = 0.71 ) มีความพร้อมในระดับพร้อมมากเหมือนกันโดยกลุ่มทดลองมีความพร้อมโดยรวมในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ( $\bar{X}=3.20$ , SD=0.81) รองลงมาได้แก่ ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจทั้งตนเองและผู้ป่วย ( $\bar{X}=3.13$ , SD=0.82 ) ความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย ( $\bar{X}=3.10$ , SD=0.71 ) การหาข้อมูลเกี่ยวกับการบริการและจัดหาบริการการดูแลผู้ป่วย ( $\bar{X}=3.10$ , SD =0.77) ความต้องการด้านอารมณ์ของผู้ป่วย ( $\bar{X}=3.03$ , SD= 0.81) การจัดการภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ( $\bar{X}=3.03$ , SD =0.81) การจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างดูแลผู้ป่วย ( $\bar{X}=2.97$ , SD=0.62) การขอความช่วยเหลือและขอข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล ( $\bar{X}=2.97$ , SD=0.93)

ส่วนกลุ่มควบคุมมีความพร้อมโดยรวมในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ( $\bar{X}=3.13$ , SD=0.73) รองลงมาได้แก่ความพร้อมด้านร่างกายของผู้ป่วย ( $\bar{X}=3.0$ , SD =.98) การขอความช่วยเหลือและขอข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล ( $\bar{X}=2.97$ , SD=0.85) ความต้องการด้านอารมณ์ของผู้ป่วย ( $\bar{X}=2.97$ , SD =0.81) ความพร้อมของญาติ/ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความพึงพอใจทั้งตนเองและผู้ป่วย ( $\bar{X}=2.93$ , SD = 0.83) การหาข้อมูลเกี่ยวกับการบริการและจัดหาบริการการดูแลผู้ป่วย ( $\bar{X}=2.93$ , SD=1.01) การจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างดูแลผู้ป่วย ( $\bar{X}=2.87$ , SD =1.04) และการจัดการกับภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ( $\bar{X}=2.67$ , SD=0.92) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของ คะแนนความพร้อมของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความพร้อมในการดูแลเรื่อง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มทดลอง		t	p - value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย	3.00	0.98	3.10	0.71	-0.451	.654
ความต้องการด้านอารมณ์ของผู้ป่วย	2.97	0.81	3.03	0.81	-0.319	.751
การหาข้อมูลเกี่ยวกับการบริการและจัดหาบริการการดูแลผู้ป่วย	2.93	1.01	3.10	0.77	-0.431	.668
การจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างดูแลผู้ป่วย	2.87	1.04	2.97	0.62	-0.453	.652
ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความพึงพอใจทั้งตนเองและผู้ป่วย	2.93	0.83	3.13	0.82	-0.941	.351
การจัดการภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย	2.67	0.92	3.03	0.81	-1.637	.107
การขอความช่วยเหลือและขอข้อมูลที่จำเป็นจากทางโรงพยาบาล	2.97	0.85	2.97	0.93	.000	1
ความพร้อมโดยรวมในการดูแลผู้ป่วย	3.13	0.73	3.20	0.81	-0.336	.738
รวม	0.93	0.70	3.06	0.59	-0.747	.458

\*P < 0.05



### บทอภิปรายผล

พบว่าค่าเฉลี่ยความพร้อมของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ( $\bar{X} = 3.06, SD = 0.59$ ) และกลุ่ม ควบคุม ( $\bar{X} = 2.93, SD = 0.70$ ) มีความพร้อมใน ระดับพร้อมมากเหมือนกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจาก โปรแกรมที่สร้างขึ้นดัดแปลงมาจากรูปแบบของการ วางแผนจำหน่าย ซึ่งทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้รับการเตรียมการวางแผนก่อนการจำหน่ายเหมือนกัน มีผลทำให้ญาติ/ผู้ดูแลพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วย เหมือนกันสอดคล้องกับการศึกษาของวิภาวรรณ คล้ายหิรัญ 2544 ที่ศึกษาผลการสอนแนะต่อความ พึงพอใจ และความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มที่ได้รับการสอนมีคะแนนความสามารถหลังได้รับการ สอนสูงกว่าก่อนได้รับการสอน ทั้งนี้เป็นเพราะ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการสอนแนะ ซึ่งจะ ช่วยให้ผู้เรียนได้พัฒนาความสามารถด้านทักษะปฏิบัติ และความรู้โดยในการพัฒนาทักษะปฏิบัติตามขั้นตอน ของการสอน แนะนำให้ผู้ดูแลเข้าใจความต้องการ ของตนเองมีแนวทางในการพัฒนาความสามารถใน การปฏิบัติของตนเอง จึงทำให้ระดับความพร้อมอยู่ ในระดับที่พร้อมมากไม่แตกต่างกัน

### ข้อจำกัดของงานวิจัย

ข้อจำกัดของงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ ประเมินความพร้อมก่อนการทำการวิจัยทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมจึงทำให้ไม่ทราบว่าการวิจัยกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมมีความพร้อมแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

### ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรจัดกิจกรรมที่เหมาะสม สำหรับโรคหลอดเลือดสมองในขณะนอนพักรักษา ในโรงพยาบาลและเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน

2. ควรมีการศึกษาความสามารถของญาติ/ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องเป็น ระยะเวลา ทุก 1-2 เดือน เพื่อเป็นการศึกษาวิธีเผชิญ ปัญหาการดูแลที่ญาติ/ผู้ดูแลที่ต้องประสบสถานการณ์จริงโดยนำวิธีการเตรียมพร้อมไปใช้ในการ วางแผนจำหน่ายให้มีประสิทธิภาพให้ดียิ่งขึ้น

3. ควรมีการวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการ ดูแลผู้ป่วยที่บ้านหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในระยะช่วงแรก โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐาน

### บรรณานุกรม

- กิ่งแก้ว ปาจารย์. (2547). การฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัท แอล.ที.เพรส จำกัด.
- จอม สุวรรณโณ. (2540). ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหิดล.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2541). โรคหลอดเลือดสมอง การวินิจฉัยและการจัดการทางการพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น : โรงพิมพ์ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท.
- จารึก ธานีรัตน์. (2545). ผลการวางแผนจำหน่าย ต่อความสามารถของผู้ดูแลการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จินนระรัตน์ ศรีภักทธิบุญ. (2540). ผลการสอนและ การฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

- เลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุรีรัตน์ กอผจญ. (2545). การศึกษาอิทธิพลของความพร้อมในการดูแลรางวัลที่ได้รับจากการดูแลและปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภัสสรี่ ชาววงษ์. (2535). การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่รับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เยาวลักษณ์ หาญวชิรวงศ์และคณะ. (2549). การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารขอนแก่น. 30 (3):272-283.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. รามาศิษย์เวชสาร, 20 (1), 84 - 94.
- สถาบันประสาทวิทยาชมรมโรคประสาทแห่งประเทศไทย. (2550). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2538). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดของสมองปัจจุบัน. ในสมจิต หนูเจริญกุล. (บรรณาธิการ). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์. เล่มที่4. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ : บริษัท เอเชียเพรส จำกัด. หน้า 39 – 65.
- สุดศิริ หิรัญชุนหะ. (2541). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวีรัตน์ ช่างสวัสดิ์ศักดิ์. (2541). ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อารมณ บุญเกิด. (2542). ประสิทธิภาพของการเตรียมก่อนกลับบ้านต่อความสามารถในการดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุมา จันทวิเศษ & ฉวีวรรณ ยี่สกุล. (2543). การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. รายงานการศึกษาเบื้องต้น. สงขลานครินทร์เวชสาร. 18 (3) : 155-160.
- อุษาวดี อัครวิเศษและวันเพ็ญ พิษิตพรชัย. (2545). การวางแผนจำหน่ายแนวคิดและการประยุกต์ใช้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ:นิคมวิทยา American Heart Association. (2006). Heart disease and stroke statistic - 2006 update. Circulation, 113 (6), 85-151.

- Blank, H., Lincoln, N.B. & Clark, D.D. (2003). Caregiver strain in spouses of stroke patients. **Clinical Rehabilitation**, 17, 312-317.
- Kumain S, et al. (1999). Stroke patients ready for discharge from acute care- a multi-dimensional assessment of functions and further care. **Disability and Rehabilitation**, (2)11, 31-38.
- Mackay ,S. (1989). Stroke patients' of hospital nursing care. **Home health care nursing**. Philadelphia: W.B.Saunders Company.
- Macduff, CN. (1998). Stroke patients' of hospital nursing care. **Journal of Nursing**, 7, 442-450.
- Morimoto, T., Schreiner, AS., & Asano, H. (2003). Caregiver burden and health – related quality of life among Japanese stroke caregivers. **Age Ageing** , 32, 218-223
- O'Connell & Baker. (2004). Managing as caregivers of stroke survivors : Strategies from the field. **International Journal of Nursing Practice**, 10, 121-126.
- Poirrier, G.P. & Oberleither, M.g. (1999). **Clinical pathway in nursing : A guide to managing care from hospital to home**. Springhouse : Pennsylvania.
- Price, B. (2002). "Leadered question and Qualitative data research interview ". **Journal of Advanced Nursing**, 3 (3) 278-281.
- Roger, M.B. et al. (1999). Randommized Controlled Trail of Comprehension Stroke Education Programe for Patient and Caregiver. **Stroke**, 30 (12) 2585-2590.
- Stineman, MG. et al. (1997) A prediction Model for Functional Recovery in Stroke. **Stroke**, 28(3),550-556.
- Suzanne & Karin. (2000). The nursing care of stroke patient's in nursing homes. Nurse's descriptions and experiences releating to cognition and mood. **Journal of Clinical Nursing**, 9, 489-497.
- Tatemichi, T.K., Desmond, D.W., Stern, Y., Paik, M., Sano, M. & Bagiella, E. (1994). Cognitive impairment After stroke: frequency, patternts, and relationships to functional abilities. **Journal of Neurological Neurosurgical Psychiatry**, 57, 202-207.
- World Health Organization . Hightlight on health in United Kingdom (2004) . **Health status**. Retrieved September 17, 2007, from http :// [www.euro.who.int/document/e\\_88530.pdf](http://www.euro.who.int/document/e_88530.pdf)
- Zhang, LF., Yang, J., Hong, Z., Yuan, GG., Zhou, BF., Zhao, LC., et al. (2003). Proportion of different subtypes of stroke in China. **Stroke**, 34, 2091-2096.



## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี

ภัทรวดี อัญชลีไขไมกร\* วท.ม.

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ในมารดาที่คลอดในโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มมารดาที่มาคลอด ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2551- 31 พฤษภาคม 2551 จำนวน 733 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ และการทดสอบไค-สแควร์

ผลการศึกษา พบว่า อายุเฉลี่ยของมารดาเท่ากับ 26.33 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 48 อายุครรภ์มากกว่า 36 สัปดาห์ ร้อยละ 46.3 มีการฝากครรภ์ร้อยละ 85 ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์แรก ร้อยละ 59.1 และเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 33.3 มารดาที่คลอดบุตรน้ำหนักปกติ คิดเป็นร้อยละ 87.3 และคลอดทารกน้ำหนักน้อย (น้อยกว่า 2,500 กรัม) ร้อยละ 11.63 สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) ได้แก่ อายุมารดา อายุครรภ์ การฝากครรภ์ ประวัติการตั้ง ครรภ์ และภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรมีบทบาทเชิงรุกในการเฝ้าระวังการคลอดทารกน้ำหนักน้อย ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี หญิงตั้งครรภ์ที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน ระหว่างการตั้งครรภ์ รวมทั้ง ทรนรงค์เชิงรุกให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในแง่ของอายุครรภ์ครั้งแรกที่เริ่มฝากครรภ์ และจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ว่าเป็น ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยหรือไม่

**คำสำคัญ :** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์, ทารกน้ำหนักตัวน้อย

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช

**Factors Related to Low Birth Weight Newborns  
at Chaoprayayommaraj Hospital, Suphanburi Province**

Dattaravdee Anchaleechamaikorn \*

**Abstract**

The purpose of this descriptive study was to examine the factors correlated with low birth weight newborns at Chaoprayayommaraj Hospital, Suphanburi. The population in the study comprised 733 mothers who delivered child during March 1<sup>st</sup> to May 31<sup>st</sup>, 2010 at Chaoprayayommaraj Hospital. The tool used to collect data was a questionnaire asking about individual characteristics and health behavior. The data was analyzed using frequencies, percentages and Chi-square statistical methods.

The result of this study revealed that the age of 50.4% of the population ranged from 20-29 years. Most of them (53.6 percents) graduated high school, The data showed that 88.9% had more than 36 weeks of gestational age and 93.8% applied prenatal care. For half (50.1%) this was their first pregnancy and 8.2% had experienced complications. The majority (88.37%) of the participants delivered normal weight babies and 11.63% delivered low birth weight babies defined as less than 2,500 grams. Statistically significant factors correlated with low birth weight newborns ( $p > .05$ ) were mother's age, gestational age, prenatal care, history of pregnancy and complications during the pregnancy.

The findings suggest that nurses should have an assertive role to prevent low birth weight babies delivered by mothers aged less than 20 years of age, first pregnant mothers and pregnancy complications. Nurses should also campaign for prenatal care before 12 weeks of pregnancy and focus on the number of ANC visits and first prenatal care.

**Key word** : low birth weight, Factors related to

---

\* Registered nurse Chaopray Yommaraj Hospital

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทย มีเด็กเกิดใหม่ปีละ 800,000 รายต่อปี และมีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยประมาณร้อยละ 9 ซึ่งเท่ากับมีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยปีละ 72,000 คน และประมาณ 75% ของการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดทั้งหมดเกิดในกลุ่มทารกน้ำหนักน้อย และจากข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรีในปี พ.ศ. 2550 และ ปี พ.ศ. 2551 พบว่ามีจำนวนหญิงตั้งครรภ์คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (LBW) คิดเป็นอัตราร้อยละ 10.45 % และ 11.87 % ตามลำดับ (สถิติห้องคลอด โรงพยาบาล เจ้าพระยามรราช: 2550-2551) ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นและไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้อัตราการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เท่ากับร้อยละ 7 (กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข : 2549)

ปัญหาที่พบในกลุ่มทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในช่วงแรกเกิดมีโอกาสที่จะพบความผิดปกติของระบบต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งยังพัฒนาไม่เต็มที่ เช่น ปัญหาของระบบหายใจ เด็กอาจจะหายใจลำบากทำให้ขาดออกซิเจน ปัญหาของระบบหัวใจอาจทำให้เกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอาจพบอุณหภูมิกายต่ำ ทำให้เด็กซีมี ดูคนมได้น้อยลง น้ำตาลในเลือดต่ำ หยุดหายใจ เกิดภาวะภูมิต้านทางร่างกายต่ำและทำให้ติดเชื้อง่ายเป็นต้น หรือถ้ารอดตายในช่วงต้นของชีวิตก็อาจมีปัญหาในด้านการเจริญเติบโต หรือพัฒนาการตามมา เช่น ปัญหาในด้านการเรียน การมองเห็น โรคทางเดินหายใจ โรคทางเดินอาหารหรือการเป็นเด็กพิการ ปัญญาอ่อน (รัชตะวรรณ โอฟ้าพิริกุล, 2544) ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเด็กกลุ่มนี้มีมูลค่าสูงมากและบางรายที่มีความพิการนั้น ต้องเป็นภาระแก่ระบบบริการสุขภาพในการ

จัดสรรเงินประมาณเพิ่มขึ้นเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลทารก เนื่องจากจำนวนวันที่ทารกนอนโรงพยาบาลมากกว่าทารกที่คลอดน้ำหนักปกติ ต้องจัดระบบบริการการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดช่วง ชีวิตของเด็ก อีกทั้งส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวต้องทุ่มเทเวลาในการดูแลทารกเนื่องจากเกิดภาวะเจ็บป่วยเสียเวลาประกอบอาชีพ และขาดรายได้ในการหาเลี้ยงครอบครัว

ปัจจัยหรือสาเหตุของการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยได้แก่ อายุของมารดา อายุครรภ์ การฝากครรภ์จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และทารกที่คลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ (แฮเสาะ แวดอเลาะ, จรินทร์รัตน์ แซ่น่า และสุพัตรา จูมะ, 2549 : บุญสนอง ภิญญ, 2548)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะน้ำหนักน้อยของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราชจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายวางแผนป้องกันและเฝ้าระวัง การเกิดภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อยรวมทั้งการพัฒนางานบริการด้านส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะน้ำหนักน้อยของทารกแรกเกิดประกอบด้วยตัวแปรต้น 1) ด้านลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อายุครรภ์ การฝากครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ประวัติการแท้งบุตร ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ 2) ด้าน

## วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

พฤติกรรมสุขภาพได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ประวัติการใช้สารเสพติด และการสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว แสดงตามแผนภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

### ตัวแปรต้น

#### ลักษณะส่วนบุคคล

- อายุ
- การศึกษา
- รายได้
- อายุครรภ์
- การฝากครรภ์
- จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์
- ประวัติการแท้งบุตร
- ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

#### พฤติกรรมสุขภาพ

- การสูบบุหรี่
- การดื่มสุรา
- การเสพยาเสพติด
- การสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว

น้ำหนักทารกแรกเกิด

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี

### ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2551 ถึง วันที่ 31 พฤษภาคม 2551 จำนวน 733 ราย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยแบ่งเป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เช่น อายุ การศึกษา

รายได้ เป็นต้น และแบบบันทึกด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของภาษาโดยนำแบบสอบถามที่สร้างให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 คน ที่มีความชำนาญด้านสถิติกรรมและกุมารเวชกรรม พิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมความถูกต้องของเนื้อหาและสำนวนภาษานำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไข โดยถือเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องและยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2551 ถึง วันที่ 31 พฤษภาคม 2551 เป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยผู้วิจัยได้แนะนำตนเอง



อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามทุกชุดและแนะนำวิธีการตอบแบบสอบถามเป็นรายบุคคล เมื่อหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามคืนทันทีนำข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้องเพื่อเตรียมการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละและสถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistics) ใช้สถิติไค-สแควร์ เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

### ผลการวิจัย

หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราชระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2551 ถึง

วันที่ 31 พฤษภาคม 2551 ทั้งหมดจำนวน 733 ราย น้ำหนักตัวปกติจำนวน 638 ราย และน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 84 ราย คิดเป็นอัตราการเกิดทารกน้ำหนักตัวน้อยร้อยละ 11.64 เมื่อนำมาวิเคราะห์ตามข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ามารดาส่วนใหญ่อายุ 20-29 ปีคิดเป็นร้อยละ 39.8 การศึกษาระดับมัธยม ร้อยละ 51.6 รายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 57 อายุครรภ์มากกว่า 36 สัปดาห์ ร้อยละ 46.2 รองลงมาอายุครรภ์ 28-36 สัปดาห์ ร้อยละ 41.9 ได้รับการฝากครรภ์ร้อยละ 91.4 ตั้งครรภ์แรกร้อยละ 59.1 ไม่เคยแท้งบุตรร้อยละ 86.0 และไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 66.7 แสดงดังตารางที่ 1 ในส่วนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ามารดาที่มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การเสพยาเสพติดและไม่มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 97.8, 98.9, 100 และ 67.7 ตามลำดับ แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	น้ำหนักทารก				
	< 2,500 กรัม		ปกติ		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ	ต่ำกว่า 20 ปี	29	31.2	95	14.8
	20 ปี ขึ้นไป	64	68.8	545	85.2
การศึกษา	ไม่ได้เรียน	4	4.3	18	2.8
	ประถมศึกษา	31	33.3	192	30.0
	มัธยมศึกษา	48	51.6	343	53.6
	ปริญญาตรีขึ้นไป	10	10.8	87	13.6
รายได้	ต่ำกว่า 10,000 บาท	53	57.0	352	55.0
	10,000 - 19,999 บาท	28	30.1	194	30.3
	20,000 - 29,999 บาท	6	6.5	56	8.8
	30,000 บาท ขึ้นไป	6	6.5	38	5.9

## วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	น้ำหนักทารก				
	< 2,500 กรัม	≥ 2,500 กรัม	ปกติ	ร้อยละ	
อายุครรภ์	ก่อนกำหนด	50	53.8	32	5.0
	ครบกำหนด	43	46.2	608	95.0
การฝากครรภ์	ไม่ฝาก	8	8.6	7	1.1
	ฝาก	85	91.4	633	98.9
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	ครั้งแรก	55	59.1	316	49.4
การตั้งครรภ์	ครั้งที่ 2	222	23.7	235	36.7
	ครั้งที่ 3 ขึ้นไป	16	17.2	89	13.9
ประวัติการแท้งบุตร	ไม่มี	80	86.0	571	89.2
	มี	13	14.0	69	10.8
ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์	ไม่มี	62	66.7	601	93.9
	มี	31	33.3	39	6.1

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ	น้ำหนักทารก				
	< 2,500 กรัม	≥ 2,500 กรัม	ปกติ	ร้อยละ	
ประวัติการสูบบุหรี่	ไม่มี	91	97.8	637	99.5
	มี	2	2.2	3	0.5
ประวัติการดื่มสุรา	ไม่มี	92	98.9	636	99.4
	มี	1	1.1	4	0.6
การเสพสารเสพติด	ไม่มี	93	100	640	100
	มี	0	0	0	0
บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่	ไม่มี	63	67.7	437	68.3
	มี	30	32.3	203	31.7

เมื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทารกน้ำหนักน้อย พบว่า อายุของมารดา อายุครรภ์ การฝากครรภ์ ประวัติการตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทารก

น้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการศึกษา รายได้ ประวัติการแท้งบุตร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับทารกน้ำหนักน้อย ดูตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละและค่าไคสแควร์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิด

พฤติกรรมสุขภาพ		< 2,500 กรัม		น้ำหนักทารกปกติ		$\chi^2$	P
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ	ต่ำกว่า 20 ปี	29	31.2	95	14.8	15.42	.000
	20 ปี ขึ้นไป	64	68.8	545	85.2		
อายุครรภ์	ก่อนกำหนด	50	53.8	32	5.0	194.34	.000
	ครบกำหนด	43	46.2	608	95.0		
การฝากครรภ์	ไม่ฝาก	8	8.6	7	1.1	22.84	.000
	ฝาก	85	91.4	633	98.9		
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	ครรภ์แรก	55	59.1	316	49.4	6.09	.047
	ครรภ์ที่ 2	22	23.7	235	36.7		
ครรภ์ที่ 3 ขึ้นไป	16	17.2	89	13.9			
ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์	ไม่มี	62	66.7	601	93.9	69.75	.000
	มี	31	33.3	39	6.1		

### อภิปรายผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทารกน้ำหนักน้อยพบว่า

**อายุของมารดา** มีความสัมพันธ์กับทารกน้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p.000) อายุเป็นปัจจัยสำคัญต่อการตั้งครรภ์และการคลอดมาก หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป มีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์และการคลอดได้สูง ซึ่งทำให้เกิดอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดและทารกน้ำหนักตัวน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ แสเสาะ แวดอเลาะ, จรินทร์รัตน์ แซ่น่า และสุพิศรา จูมะ

(2549) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อน้ำหนักแรกคลอดของทารก พบว่าอายุของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกคลอดของทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.000)

**อายุครรภ์** มีความสัมพันธ์กับทารกน้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.000) สอดคล้องกับการศึกษาของสันสนีย์ หาญพินิจศักดิ์และผ่องศรี แสนไชยสุริยา (2550:34-41) ที่พบว่าทารกที่คลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ เป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับ 2 รองมาจากรกผิดปกติที่ทำให้เกิดทารกน้ำหนักน้อย ส่วนการศึกษาของรายิน อโรราและคณะ (2545:60-

72) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงในการเกิดทารกน้ำหนักน้อยที่โรงพยาบาลลำปาง พบว่า อายุครรภ์น้อย ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ประวัติการคลอดทารกน้ำหนักน้อยน้ำหนักขึ้นน้อย การฝากครรภ์ที่ รพ. ชุมชนหรือสถานีนอนามัย ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ภาวะซีด และการติดเชื้อ HIV เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดทารกน้ำหนักน้อยได้

**การฝากครรภ์** มีความสัมพันธ์กับทารกน้ำหนักน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=.000$ ) เนื่องจากการตั้งครรภ์เป็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา มารดาได้ก่อเกิดทารกขึ้นมาในระหว่างที่มีการตั้งครรภ์ถ้ามารดาไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะเกิดพยาธิสภาพที่เป็นอันตรายต่อมารดาหรือทารก การฝากครรภ์จึงมีประโยชน์อย่างมากในด้านการป้องกันให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ปลอดภัยจากโรคที่เกิดจากการตั้งครรภ์โดยตรงหรือจากโรคที่เจ็บป่วยมาก่อน นอกจากนี้การฝากครรภ์ยังเป็นการเตรียมสุขภาพกายและจิตของหญิงตั้งครรภ์ให้สมบูรณ์เตรียมพร้อมสำหรับการตั้งครรภ์การคลอดและหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของสันสนีย์ หาญพิณิจศักดิ์ และ ผ่องศรี แสนไชยสุริยา (2549) พบว่าการฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์คุณภาพเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญเพราะทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับการตรวจครรภ์ตามเกณฑ์มาตรฐานและขาดโอกาสในการรับคำแนะนำเพื่อการดูแลครรภ์ที่ถูกต้องทำให้ไม่สามารถดูแลติดตามป้องกันและแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างทันที่

**จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์** มีความสัมพันธ์กับทารกน้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=.047$ ) เนื่องจากการตั้งครรภ์แรกมารดาส่วนใหญ่มีอายุน้อยไม่มีประสบการณ์ในการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์มารดาบางคนยังอยู่ในวัยเรียน กลัวการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ของตนเองในขณะตั้งครรภ์ บางคนตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เป็นเหตุให้

ต้องปิดบังทำให้ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของบรรจงและคณะ (2541) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในเขต 9 พบว่า ภาวะเสี่ยงจากการตกเลือดก่อนคลอดภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ครั้งแรกมากกว่าครั้งที่ 2 และภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับทารกน้ำหนักน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=.000$ )

**ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์** มีความสัมพันธ์กับทารกน้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=.000$ ) มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ มีผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ สอดคล้องกับคำกล่าวของ พิชัย เจริญพานิช (2531) โดยกล่าวว่าโรคอื่นๆ ในมารดา ทั้งที่โรคที่เกิดจากการตั้งครรภ์หรือโรคที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ต่างก็เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดหรือทารกที่คลอดน้ำหนักน้อยกว่าปกติได้เช่นเดียวกัน

**สรุป** จากการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากที่สุด ได้แก่ อายุของมารดา อายุครรภ์ การฝากครรภ์ และภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

**ข้อเสนอแนะ** การนำผลการศึกษาวินิจฉัยไปใช้เพื่อลดอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ควรมีแนวทางดังนี้

1. พัฒนาระบบประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและศูนย์อนามัยชุมชนให้มีการฝากครรภ์ในเชิงรุกสำรวจหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน
2. จัดระบบให้มีการฝากครรภ์เชิงรุกจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหรือสถานีนอนามัย โดยจัดรถหน่วยฝากครรภ์เคลื่อนที่ไปในชุมชนที่ห่างไกลเดินทางไกล ไม่สะดวกให้ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพเช่นเดียวกับหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนเมือง

3. ผลลัพธ์ของรณรงค์การฝากครรภ์ทุกรูปแบบให้เหมาะสมกับท้องถิ่นนั้นๆ โดยเน้นให้มารดาและคู่สมรสเห็นประโยชน์ของการฝากครรภ์

4. เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดกิจกรรมรณรงค์การฝากครรภ์จัดประกวดคุณแม่ดีเด่นที่มีการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มอบรางวัลให้แต่ละชุมชน

5. จัดระบบติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่ผิดนัดการฝากครรภ์ โดยติดตามโดยตรงทางโทรศัพท์จดหมาย รวมทั้งประสานงานกันเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในการดูแลติดตาม

6. จัดกิจกรรม สายด่วนรับปรึกษาการฝากครรภ์ตลอด 24 ชั่วโมงเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้มีที่ปรึกษาตลอดเวลา

7. กลุ่มเสี่ยงควรได้รับการเฝ้าระวังและติดตามอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์

### ข้อเสนอแนะในการทําวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาตัวแปรในด้านอายุครรภ์ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์และจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ว่ามีผลต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยหรือไม่

### เอกสารอ้างอิง

- เจริญไชย เจียมจรรยา. (2546). การตั้งครรภ์และการคลอดปกติ. กรุงเทพฯ : บุคเน็ด.
- ธาดา ศรีสงคราม. (2540) .Socio-economic risk factors for low birth weight. วารสารวิชาการแพทย์เขต 7. 16 (1) : 9-15.
- บรรจง ไททยเมธา และ รุชนีย์ ไททยเมธา. (2541). อิทธิพลของปัจจัยที่เกี่ยวกับมารดาต่อน้ำหนักแรกเกิดของทารกในหญิงมีครรภ์ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลปัตตานี. รายงานวิจัย. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12 ยะลา. เอกสารอัดสำเนา.

บุญสนอง ภิญโญ. (2548). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมในเขต 9. พุทธชินราชเวชสาร. 22(3):269-278.

รายิน อโวราและคณะ. (2545). ศึกษาปัจจัยเสี่ยงในการเกิดทารกน้ำหนักน้อยที่โรงพยาบาลลำปาง. ลำปางเวชสาร. 23 (2) : 60-72.

รุ่งโรจน์ พิมพ์ใจพงศ์ และคณะ. (2531). น้ำหนักแรกเกิด : ความสัมพันธ์กับอายุ อาชีพ การศึกษา และการได้รับการตรวจของมารดา. วารสารกรมการแพทย์. 13 (8) : 445-52.

รัชตะวรรณ โอฟ้าพิริกุล. (2544). การพยาบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต. กรุงเทพฯ : เท็กซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น.

แวงสาลาเมาะ สะนิ. (2548). การตายของมารดาในจังหวัดปัตตานี. รายงานวิจัยในเอกสารประกอบการประชุมวิชาการอนามัยแม่และเด็กใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างประจำปี 2548. เอกสารอัดสำเนา.

สถิติห้องคลอด โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช. (2551). เอกสารอัดสำเนา.

สันสนีย์ หาญพินิจศักดิ์ และผ่องศรี แสนไชยสุริยา. (2549). ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดทารกน้ำหนักน้อยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6. เอกสารอัดสำเนาเย็บเล่ม.

แฮเสาะ แวดอเลาะ, จรินทร์ตัน แซ่น่า และสุพัตรา จูมะ. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อน้ำหนักแรกคลอดของทารกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ รายงาน วิจัยศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา. เอกสารอัดสำเนา.

Medical resources . March of dimes. (2008). Available at www.march of dimes.com.

United Nations Children's Fundand World Health Organization.(2004). Low Birthweight :Country regionalandglobalestimates. UNICEF. NewYork.

กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ปราณี เกษวลันต์, พย.บ.\*

**บทคัดย่อ**

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษารายกรณีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและพัฒนาแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช ที่มีภาวะพร่องสุขวิทยาส่วนบุคคลญาติขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยคะแนน Bathel ADL Index น้อยกว่า 10 ที่นอนพักรักษาตัวในตึกพิเศษอายุรกรรมในเดือนสิงหาคม 2553 โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลักแนวคิดในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมผลที่ได้จากการศึกษาพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 8 ข้อ ดังนี้ 1) มีภาวะพร่องสุขวิทยาส่วนบุคคลเนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ 2) มีโอกาสเกิด ภาวะแทรกซ้อน ข้อติดกล้ามเนื้อสืบจากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาขวาอ่อนแรง 3) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง 4) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะผิวหนังเสียหายที่ เนื่องจากกรกดทับเป็นเวลานาน 5) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืนอ่อนแรงและ reflex การกลืนลดลง 6) เสี่ยงต่อการขาดประสิทธิภาพในการจัดการตนเองตามข้อกำหนด ในการรักษา เนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน 7) เสี่ยงต่อการได้รับยาไม่ถูกต้อง และมีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา เนื่องจากขาดความรู้ 8) การขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง : ท้องผูก / อุจจาระราด จากข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนำสู่การวางแผนการพยาบาลการปฏิบัติการพยาบาลและ การประเมินผลการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายในรูปแบบ METHOD และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์

ข้อเสนอแนะในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ทีมสุขภาพควรมีการปรับปรุงทีมการดูแลให้เป็นแบบสหสาขาวิชาชีพ มีการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง และมีระบบให้คำปรึกษาเมื่อผู้ดูแลพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ด้านผู้ป่วยและญาติควรปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด

**คำสำคัญ :** การพยาบาล, โรคหลอดเลือดสมอง

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช

**Case study : Stroke**

Drance Kasornsunt \*

**Abstract**

The purpose of this study aimed to study individual case study of stroke patients. Objective of the study was to develop holistic nursing care for stroke patients admitted in special medical department, Nursing Department, Chaoprayayommaraj Hospital. Select case study criteria : patient with Impaired personal hygiene, caregiver lack of knowledge, Bathel ADL Index score < 10 , admission in August 2010 .The nursing care for this group of patients was based on nursing process for holistic care giving to the patients. Further to the study, we had found 8 nursing diagnosis namely 1) Impaired personal hygiene related to inability to perform activities of daily living.2) Possibly having complications, congested joints, and leaned muscle due to weaken limb muscles.3) Anxiety related to chronic diseases.4) Impaired skin integrity related to immobility. 5) Imbalance nutrition related to insufficient intake due to weakened swallow related muscle and decreased swallowing reflex. 6) Risk for ineffective therapeutic Regimant management related to altered ability to maintain self at home. 7) Risk of improper medicine taking and side effect of taking medicine related to inadequate knowledge. 8) Total incontinence related to sphincter control: constipation and diarrhea. Nursing diagnoses brought about nursing care plan, nursing implementation and nursing evaluation complied with problems. Patients were released discharge planning, METHOD and follow up on telephones.

The result of this study suggested that health care team should be improved as multidiscipline team work, there should be continuously follow up after discharge, providing consult and advice on how to take care patients for the caregivers, and education for patients and their relatives how to follow the instructions properly.

---

\* Registered nurse Chaopraya Yommaraj Hospital.



### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke or cerebrovascular disease) เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง โดยเกิดจากการตีบตันที่หลอดเลือดสมองหรือจากการมีลิ่มเลือดหลุดจากที่อื่น เช่น จากหัวใจ และหลอดเลือดที่บริเวณคอมาอุดตันหลอดเลือดสมองหรือจากการแตกของหลอดเลือดสมองทำเกิดการคั่งของเลือดและการทำลายเนื้อสมองในบริเวณนั้นๆ (เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550) ทำให้เกิดเบียดสมองส่วนที่อยู่ใกล้เคียงส่งผลให้สมองบางส่วนขาดเลือดและได้รับออกซิเจนลดลงเกิดภาวะสมองตายทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ (นิพนธ์ พวงนรินทร์, 2544) หากไม่เสียชีวิตจะมีความพิการ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีการสูญเสียการทำงานของสมองอย่างมาก ผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนมากจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2549) มีความบกพร่องสูญเสียการทำงานที่ของร่างกายทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาและได้รับการดูแลจากบุคคลใกล้ชิดหรือสมาชิกครอบครัวเพื่อตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐาน โดยเฉพาะการให้การดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆ การดูแลป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนรวมถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจผู้ป่วย ซึ่งถ้าได้รับการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพที่ถูกต้องเหมาะสมก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (จินนระรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ, 2540)

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 602 เตียงตั้งอยู่ที่จังหวัดสุพรรณบุรี มุ่งมั่นพัฒนาในทุกด้านให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยเน้นการบริการที่ได้มาตรฐานยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางพร้อมรับผู้ป่วยทุกโรครวมถึงการรับผู้ป่วยประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองเข้ารับการรักษาเป็นจำนวนมาก ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาเป็นจำนวน 10,299 คน (โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช, 2552) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะได้รับการรักษาตามแผนการดูแลของทีมนแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ โดยบุคลากรเป็นผู้ให้การดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วย โดยทั้งหมดแต่ครอบครัวยังไม่มีส่วนร่วมในการดูแลอย่างเป็นระบบ สมาชิกในครอบครัวไม่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลมากนัก บุคลากรยังไม่มีการเตรียมความพร้อมการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเป็นระบบทำให้ครอบครัวไม่ได้มีการเตรียมตัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านการให้คำแนะนำการให้ข้อมูลการดูแลในระยะเวลาที่จำกัดทำให้สมาชิกครอบครัวขาดทักษะความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยทุกรายจำเป็นต้องได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพต่อที่บ้านโดยสมาชิกครอบครัว (กชพร ชอบนิทัศน์, 2550) แต่ก็พบว่าผู้ป่วยในช่วงเดือน ต.ค. 2552 – ก.ค. 2553 ร้อยละ 0.8 – 1 กลับมารับการรักษาโดย พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนทั้งรุนแรงและไม่รุนแรง เช่น การมีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจระบบทางเดินปัสสาวะการเกิดแผลกดทับ (โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช, 2553) จึงมีความจำเป็นและสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ภายหลังจากการจำหน่ายกลับบ้าน

ดังนั้น เพื่อยกระดับคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาล แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฉบับนี้ ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

## วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวม
2. เพื่อพัฒนาแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนการจำหน่าย
2. ลดอัตราการ Re-admit เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ถูกต้อง

## กรณีศึกษา

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยที่จะการศึกษา : เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะพร้อมสุขวิทยาส่วนบุคคล ญาติขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยคะแนน Barthel ADL Index น้อยกว่า 10 ที่นอนพักรักษาตัวในตึกพิเศษอายุรกรรมในเดือนสิงหาคม 2553

### 1. การรวบรวมข้อมูล

#### 1.1 ข้อมูลพื้นฐาน

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 87 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ ไม่เคยเรียนหนังสือ ไม่ได้ทำงาน การวินิจฉัยโรค Ischemic Stroke

#### 1.2 อาการสำคัญ

ล้มลง ลื่นแข็งพูดไม่ชัด แขนขาแถบขวาไม่มีแรง 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

#### 1.3 ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะลุกเข้าห้องน้ำ ล้มศีรษะไม่พาดพื้น ลื่นแข็งไม่พูด แขนขาแถบขวาอ่อนแรง ลุกเดินไม่ไหว บุตรชายไปพบจึงนำไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลเอกชน และขอย้ายมารักษาตัวที่

โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราชเพื่อใช้สิทธิการรักษาพนักงานรัฐวิสาหกิจ

#### 1.4 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรง

#### 1.5 โรคประจำตัว

10 ปีก่อนมาโรงพยาบาล มีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง รักษาต่อเนื่อง โดยรับยาที่สถานีนามัยบางงาม อ. ศรีประจันต์ จ. สุพรรณบุรี

#### 1.6 การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคครั้งแรก Ischemic Stroke การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Ischemic Stroke CAW ผลการตรวจด้วย CT scan BRAIN : generalized brain atrophy , hyperdensity lesion of both Basal ganglion

#### 1.7 ประวัติส่วนตัว

แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน

การพักผ่อนนอนหลับ เข้านอนเวลาประมาณ 20:00 น. ตื่นนอนเวลาประมาณ 05:00 น.

การรับประทานอาหาร รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ไม่ค่อยตรงเวลา ชอบทานอาหารรสไม่จัด ไม่เค็มไม่หวาน

การขับถ่าย ถ่ายปัสสาวะ วันละ 3-4 ครั้ง สีเหลืองใส ไม่มีปัสสาวะแสบขัด ขับถ่ายอุจจาระวันละ 1-2 ครั้ง ไม่มีท้องผูก

#### 1.8 ประวัติการแพ้

ปฏิเสธการแพ้ยา อาหารหรือสารใดๆ

#### 1.9 ด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ

การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ผู้ป่วยทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคสมองขาดเลือด เป็นอัมพฤกษ์อัมพาต และทราบว่า การรักษาเป็นแบบประคับประคอง ตนเองจะมีอาการดีขึ้นถ้าปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง แต่คงไม่หายขาดจากโรคได้

ความคาดหวังจากการหายจากการเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีความคาดหวังว่าตนเองจะมีอาการดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตนเองได้และมีชีวิตอยู่ได้นาน ถ้าตนเองปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์ และรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอมาตรวจตามนัดถึงแม้ว่าโรคจะไม่หายขาดก็ตาม

1.10 การดูแลตนเองขณะเจ็บป่วย

**ความสามารถในการดูแลตนเองขณะเจ็บป่วย** ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ในขณะที่ปกติสามารถที่จะช่วยเหลือตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวันได้ เช่น การล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ การรับประทานอาหาร การเปลี่ยนเสื้อผ้าและการช่วยเหลือตนเองในทุกๆ ด้าน แต่ขณะเจ็บป่วยจะมี สามี บุตรสาว บุตรเขย และหลานให้การดูแลช่วยเหลือบ้าง

1.11 สภาพทั่วไปแรกรับและการตรวจร่างกายแรกรับ

ผู้ป่วยมาด้วยอาการแขนขา แอบขวาอ่อนแรงระดับ motor power 2

**สัญญาณชีพ**

อุณหภูมิ 36.7 ° c ชีพจร 64 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 181/77 mmHg น้ำหนัก 60 กก.

**การตรวจร่างกายตามระบบ**

**ลักษณะทั่วไป** หญิงไทยรูปร่างท้วม ผิวคล้ำ ท่าทางอ่อนแอ พุดลิ้นแข็ง ฟังไม่ชัด พุดน้อย แขนขา แอบขวาอ่อนแรงระดับ motor power 2

**ศีรษะ** ศีรษะได้รูป เส้นผมสีดำมีหงอกขาวประปราย ผมสั้น ใบหน้าเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีอาการบวม บริเวณหนังตา 2 ข้าง

**ผิวงั้นและเล็บ** ผิวงั้นขุมขึ้น ไม่มีแผลหรือตุ่มอักเสบ เล็บมือเล็บเท้า ตัดสั้นและสะอาด ปลายมือปลายเท้าแดงดีไม่คล้ำ

**ตา** หนังตาไม่บวม เยื่อตาไม่ซีด รูม่านตาเท่ากันทั้ง 2 ข้าง 2 mm. RTLBE สายตายาวมองเห็นไม่ค่อยชัดเจน ต้องสวมแว่นสายตา

**หู** เท่ากันทั้ง 2 ข้าง รูปร่างปกติ ไม่อักเสบ ไม่มีหนองไหล ฟังเสียงได้ไม่ชัดเจน เนื่องจากหูตึง ต่อม น้ำเหลืองบริเวณหน้าและหลังหูไม่โต

**จมูก** รูปร่างปกติ เยื่อจมูกสีชมพู ผงกั้นจมูกไม่คด ไม่มีน้ำมูก บริเวณโพรงจมูกดีไม่เจ็บ

**ปากและช่องคอ** มุมปากด้านขวาเบี้ยว ริมฝีปากเขียวไม่คล้ำ ไม่มีเหงือกอักเสบ ไม่มีฟันเหงือกไม่มีอาการอักเสบ ทอนซิลไม่โต คอไม่แดง

**คอ** ภัยรอยดักดำได้ไม่โต คอไม่แข็ง เคลื่อนไหวได้ปกติ ไม่มีเส้นเลือดดำที่คอโป่ง

**ทรวงอก** รูปร่างทรวงอกใหญ่ การขยายตัวของทรวงอกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง normal breath sound ทั้ง 2 ข้าง

**หัวใจ** เต็มแรงและสม่ำเสมอดี ไม่มีเสียง murmur และ thrill HR 74 / min

**ท้อง** ท้องแบนราบ ไม่มีแผลเป็น นุ่ม คลำไม่ได้ก้อน ตับม้ามไม่โต เสียงลำไส้ปกติ Bowel Sound 8 ครั้ง / นาที

**กล้ามเนื้อและกระดูก** ไม่มีลักษณะผิดปกติของข้อเข้าทั้ง 2 ข้างขา ไม่ปวด บวม แดง การเคลื่อนไหวของข้อเท่าปกติ กระดูกสันหลังไม่โค้งงอ กล้ามเนื้อแข็งแรงดีไม่ ลีบ

**ระบบประสาท** แขนขาไม่สั่น แขนขาแถบซ้ายใช้การได้ดี ระดับ motor power 5 แขนขาแถบขวาอ่อนแรงระดับ motor power 2 สมอง มือ แขน ทำงานประสานกันดี

**ภาวะจิตใจ** รู้สึกตัวดี ถามตอบรูเรื่องแต่พูดฟังไม่ชัดเจน คิดต่อเนื่องรับรู้สิ่งต่างๆ ได้ดี

**การตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

ผลการตรวจ Multiplechemistry พบค่า BUN 25.2 mg/dl ค่า Creatinine 1.55 mg/dl สูงกว่าปกติ และค่า Serum K 3.0 mEq/l ต่ำ บ่งบอก

ถึงประสิทธิภาพการขับของเสียของไตลดลง และมีภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ

hematology พบค่า HCT 36.6 mg/dl มีภาวะซีด ค่า cholesterol 202 mg/dl มีภาวะ Dyslipidemia

Urine Exam WBC ค่าที่พบ 2-3 HP RBC ค่าที่พบ 1-2 cell/HPF แสดงว่ามีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

Stool Exam พบ WBC 5 - 10 /hpf RBC 50 - 100 /hpf มีเลือดออกจากระบบทางเดินอาหารตรวจ

EKG 12 leads ผล Normal Sinus rhythm การตรวจ CXR PA upright พบ Lt. infiltration

และการตรวจ Colonoscopy พบ Ischemic rectosigmoiditis

ยาที่ได้รับในการรักษา

Simvastatin (40 มิลลิกรัม) รับประทาน 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนนอน

Folic acid (5 มิลลิกรัม) รับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า

Aspirin (81 มิลลิกรัม) รับประทาน 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า

Cravit (250 มิลลิกรัม) รับประทาน 3 เม็ด วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า

การวางแผนทางการพยาบาล

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 : มีภาวะพร่องสุขภาพส่วนบุคคล เนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

ข้อมูลสนับสนุน

: ผู้ป่วยบอกว่า แขนขา ข้างขวายกไม่ขึ้น ไม่มีแรงเดินไม่ได้

: กล้ามเนื้อแขน ขาขวา motor power grade 2 คะแนน ADL เท่ากับ 5

: มีมุมปากขวาเบี้ยว พูดไม่ชัด กลืนอาหาร มีอาการสำลัก รับประทานอาหารเองไม่ได้

: มีอาการท้องผูก ไม่ถ่ายอุจจาระ 4 วัน

: ญาติไม่สามารถดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. คะแนน ADL มากกว่า 5
2. ญาติสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทดแทนผู้ป่วยได้ตามปกติ

## 2. กิจกรรมการพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้เครื่องมือ Bathel ADL Index

2. แนะนำผู้ป่วยและสอนญาติดูแลในด้านการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย เช่น การเคลื่อนไหว การลุกนั่ง และการเสริมสร้างทักษะและการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

3. ดูแลเรื่องโภชนาการของผู้ป่วย ส่งให้ญาติเรียนการทำอาหารกับนักโภชนาการและวิธีการจัดเก็บอย่างสะอาด มีฝาชีปิดอย่างมิดชิด

4. ดูแลแบบแผนการขับถ่ายของผู้ป่วย สอนวิธีการควบคุมการขับถ่ายทั้งถ่ายปัสสาวะและอุจจาระแนะนำญาติให้ดูแลความสะดวก ความสุขสบายหลังผู้ป่วยขับถ่าย ควรจัดหากะโถนไว้ใกล้ผู้ป่วย

5. ดูแลแบบแผนการพักผ่อนและการนอนหลับของผู้ป่วย แนะนำให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอแนะนำให้จัดหาที่นอนที่นุ่มและจัดสถานที่ให้ผู้ป่วยนอนในที่โล่ง อากาศถ่ายเทสะดวก

6. คู่มือแบบแผนการคิดและการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ โดยพูดคุยกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติได้คิดและตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน

**ประเมินผล**

- ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น คะแนน ADL ผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 10
- ญาติสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแทนผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติเองได้

**วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 :** มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบจากภาวะกล้ามเนื้อ ขนขา ขวาอ่อนแรง เนื่องจากไม่สามารถยกขาขึ้นขาตัวเอง

**ข้อมูลสนับสนุน**

- : ผู้ป่วยบอกว่ายกขา ขา ขวาไม่ขึ้นเดินไม่ได้
- : ขนขาขวา motor power grade 2
- : ญาติไม่ทราบว่าต้องช่วยผู้ป่วยในการทำ passive exercise เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบ ข้อติด

**เป้าหมายการพยาบาล**

ผู้ป่วยไม่เกิดกล้ามเนื้อลีบ ไม่มีข้อติด ญาติสามารถช่วยผู้ป่วยในการทำ passive exercise ได้

**เกณฑ์การประเมินผล**

1. ขนขาขวา motor power grade 2
2. ไม่มีข้อติด
3. ญาติสามารถช่วยผู้ป่วยในการทำ passive exercise ได้

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินสภาพผู้ป่วยโดยประเมิน motor power
2. สอนผู้ป่วยทำ passive exercise โดย
  - 1) ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างซ้ายจับมือขวาข้างขึ้นลง ครั้งละ 20 ครั้ง ทำ ซ้ำ - เย็น 2) ให้ผู้ป่วยใช้เท้าข้างซ้ายยกเท้าขวาขึ้น ทำ 20 ครั้ง ทำ ซ้ำ - เย็น 3) ให้ผู้ป่วย

ใช้มือข้างซ้ายจับมือขวาหมุนข้อมือทำ 20 ครั้ง ทำ ซ้ำ - เย็น

3. สอนญาติในการทำ passive exercise โดย 1) ช่วยยกแขนข้างที่อ่อนแรงยกขึ้นลงและงอแขนเข้าออกทำสลับกัน 20 ครั้งทำ ซ้ำ-เย็น ทุกวัน 2) ช่วยยกขาข้างที่อ่อนแรงยกขึ้นลงและงอขาเข้าออกและให้เกร็งกล้ามเนื้อ 3) พยุงผู้ป่วยเมื่อทำกิจกรรมต่างๆ 4) ช่วยกระตุ้นทำกิจกรรมต่างๆ 5) ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างที่อ่อนแรงบีบปั้นดินน้ำมันหรือบีบลูกโป่งที่ใส่น้ำ เพื่อกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อมือ

4. ส่งผู้ป่วยทำกายภาพบำบัดตามแผนการรักษา

5. ประเมินการทำ passive exercise ของผู้ป่วยและญาติว่าทำถูกต้องหรือไม่ ร่วมกับการประเมินโดยนักกายภาพบำบัด

**ประเมินผล**

ผู้ป่วยไม่เกิดกล้ามเนื้อลีบ ไม่เกิดข้อติดผู้ป่วยและญาติสามารถทำ passive exercise ได้

**วินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 :** ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง

**ข้อมูลสนับสนุน :** ผู้ป่วยบ่นและถามบ่อยๆ ว่าตนเองจะหายเป็นปกติหรือไม่ และจะต้องรักษาไปนานแค่ไหน ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล บ่นนอนไม่หลับ ผู้ป่วยบ่นอยากกลับบ้านเพราะไม่อยากเป็นภาระของบุตรที่ต้องขาดงานมาดูแล : ญาติบ่นบอกเครียดกลัวว่าถ้ากลับไปอยู่บ้านไม่ทราบว่า จะดูแลผู้ป่วยอย่างไร

**เป้าหมายการพยาบาล**

ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

**เกณฑ์การประเมินผล**

1. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าสบายใจขึ้น พักหลับได้
2. ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆ ได้ดี
3. ญาติปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆ ได้ดี

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติให้การช่วยเหลืออย่างเอื้ออาทร

2. ประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดระบายความรู้สึกออกมาและซักถามเกี่ยวกับอาการของตนเอง

3. อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการรักษาพยาบาลต่างๆ ให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากที่สุด

4. วางแผนการพยาบาล เพื่อปรับระดับประคองผู้ป่วยอธิบาย และตอบคำถามของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อคลายความวิตกกังวล

5. ให้ผู้ป่วยและญาติได้กำหนดและควบคุมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเองโดยไม่ขัดต่อแผนการรักษาของแพทย์

6. ตอบคำถามเกี่ยวกับความกลัวต่อสิ่งต่างๆ และความกลัวต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยด้วยความจริงใจและมีเหตุผล

7. แนะนำวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น ฟังดนตรี ทำสมาธิ กำหนดลมหายใจ

8. แนะนำญาติให้จัดหาวิทยุ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ฟังเพลงหรือเทปธรรมะที่ผู้ป่วยชอบมาให้ฟัง

9. แนะนำญาติให้ดูแลเอาใจผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและพูดคุยให้กำลังใจบ่อยๆ

10. เปิด VCD เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันประสาทวิทยาให้ผู้ป่วยและญาติดู

### ประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติหน้าตาสดชื่นขึ้น

### ผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าแจ่มใส พูดคุยตอบคำถามกับพยาบาลและญาติที่มาเยี่ยมเป็นอย่างดี

2. ผู้ป่วยและญาติบอกถึงวิธีการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาลได้ถูกต้อง และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

3. ผู้ป่วยพักหลับได้ 1 ชั่วโมงในตอนกลางวัน และพักหลับได้ 6 ชั่วโมงในตอนกลางคืน

**การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 :** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะผิวหนังเสียหายที่เนื่องจากการกดทับเป็นเวลานาน เพราะไม่สามารถเคลื่อนไหว ร่างกายได้จากการแขนขาแถบขาอ่อนแรงระดับ 2

### ข้อมูลสนับสนุน

: หญิงไทยอายุ 87 ปีป่วยเป็นโรค Ischemic Stroke มีอาการ แขนขาแถบขาอ่อนแรงระดับ 2 อยู่ที่โรงพยาบาลนอนบนเตียงตลอด เดินไม่ได้ประมาณ 1 สัปดาห์ Braden Scale score = 16

### เป้าหมายการพยาบาล

1. เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
2. ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีรอยแดง หรือรอยถลอกบริเวณปุ่มกระดูกหรือบริเวณที่รับน้ำหนักของท่าต่างๆ
2. ไม่เกิดแผลกดทับ ผิวหนังเรียบ ตึง ไม่มีรอยถลอกหรือฉีกขาด
3. ผิวหนังชุ่มชื้นมีความยืดหยุ่นดี
4. Braden Scale score > 16

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้การพยาบาลโดยการลดแรงกดลงบนผิวหนัง

1.1 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเรื่องแผลกดทับ สาเหตุและการป้องกัน

1.2 ประเมินอัตราเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือต่อไป

1.3 ให้ผู้ป่วยนอนบนที่นอนนุ่ม เพื่อลดแรงกดและดูแลให้ออนในท่าที่ถูกต้องพร้อมพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง

1.4 สอนและสาธิตให้ญาติปฏิบัติตามเมื่อเปลี่ยนท่านอนให้ผู้ป่วย ควรใช้ผ้าขวางเตียงช่วยยกตัวผู้ป่วยขึ้น ไม่ใช้วิธีลากเตียงเพราะจะทำให้ผิวหนังเกิดการเสียดสีทำให้เส้นเลือดฝอยฉีกขาดและเนื้อเยื่อถูกทำลายได้

1.5 สอนและสาธิตให้ญาติปฏิบัติตามเมื่อดูแลเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ดึงผ้าขวางเตียงให้ตึงเรียบและสะอาดปราศจากฝุ่นละอองเศษผงหรืออื่นๆ เพื่อป้องกันการระคายเคือง

### 2. การดูแลผิวหนัง

2.1 แนะนำญาติดูแลผิวหนังของผู้ป่วยให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ ถ้าอากาศร้อนควรเช็ดตัวและเปลี่ยนผ้าปูบ่อยๆ เพื่อลดแบคทีเรียที่อยู่บนผิวหนัง

2.2 แนะนำญาติหลังผู้ป่วยถ่ายอุจจาระควรทำความสะอาดและเช็ดผิวหนังบริเวณนั้นให้แห้ง

2.3 แนะนำให้ญาติใช้ครีมทาผิวทาบริเวณผิวหนังที่แห้งเพื่อรักษาความชุ่มชื้นของผิวหนัง

3. สร้างเสริมความแข็งแรงของผิวหนังและเนื้อเยื่อทั่วไปดังนี้

3.1 ประเมินและรักษาภาวะความเจ็บป่วยอื่นๆ ที่มีส่วนเสริมให้เกิดแผลกดทับ เช่น การมีไข้สูงหรือการติดเชื้อในร่างกาย เป็นต้น

3.2 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร วันละ 2,000 แคลอรี เพื่อให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

### ผลการพยาบาล

1. ขณะเข้ารับการรักษาผู้ป่วยไม่สามารถลุกไปเข้าห้องน้ำเพื่อขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะเองได้ ใส่ผ้าอ้อมไว้ต้องหลังให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ ไม่เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยรายนี้

**วินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 :** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืนอ่อนแรงและ reflex การกลืนลดลง

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีท่าทางอ่อนเพลีย นอนบนเตียงตลอดเวลา

2. ผู้ป่วยมีสำลักอาหาร มุมปากขวาเบี้ยวไม่สามารถกลืนอาหารเองได้

3. ผู้ป่วยมักจะตั้งสายให้อาหารทางสายยาง บอกว่าไม่อยากใส่สายยางคาอยู่ที่จมูก

### เป้าหมายการพยาบาล

1. เพื่อให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ

### เกณฑ์การประเมินผล

1. feed BD รับประทานได้ไม่มี content

2. ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

3. ผล lab albumin และ electrolyte อยู่ในเกณฑ์ปกติ

### กิจกรรมพยาบาล

1. แนะนำผู้ป่วยและญาติการดูแลรักษาความสะอาดของปากและฟัน โดยแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งหลังอาหารและก่อนนอน หรือให้บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากเพื่อป้องกันปากเป็นแผลและเป็นการส่งเสริมให้มีน้ำลายและความชื้นในช่องปากทำให้ผู้ป่วยมีความอยากอาหาร

2. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเหมาะสมตามแนวการรักษา

3. แนะนำและสาธิตญาติในการให้อาหารเหลวและน้ำทางสายยางสู่กระเพาะอาหารอย่างเหมาะสมตามแนวทางการรักษา

4. แนะนำญาติ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เลือกรับประทานอาหารได้ตามชอบ แต่ต้องไม่ขัดต่อแผนการรักษา



5. เพื่อป้องกันการดิ่งสายยางให้อาหาร โดยใช้เครื่องมือ “ถุงพิเศษตริง ดิ่งไม่ได้”

#### ผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วย feed BD รับประทานได้
2. ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียลดลง
3. น้ำหนักตัว 60 กิโลกรัมเท่ากับน้ำหนักเดิมก่อนที่จะมา นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล
4. ญาติสามารถให้อาหารทางสายยางได้ถูกต้อง
5. ผล lab albumin 4.0 g/dl (ปกติ) และ electrolyte Sodium 137 mmol /L Potassium 3.7 mmol /L อยู่ในเกณฑ์ปกติ

**การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 :** เสี่ยงต่อการขาดประสิทธิภาพในการจัดการตนเองตามข้อกำหนดในการรักษา เนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติซักถามเกี่ยวกับโรคเป็นระยะ ๆ
2. ผู้ป่วยและญาติถามถึงวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

#### เป้าหมายการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพียงพอที่จะปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อกลับบ้าน
2. ญาติมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องเมื่อกลับบ้าน

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติยอมรับและเข้าใจแผนการดูแลรักษา
2. ผู้ป่วยและญาติอธิบายได้ว่ากระบวนการของโรคเป็นอย่างไรและสามารถบอกแผนการดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง
3. ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดของโรค การรักษาและวิธีการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ
2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจว่าโรคนี้เป็นเรื่องร้ายการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องจะเป็นการช่วยบรรเทาความรุนแรงของโรคได้
3. แนะนำให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการปรับตัวและยอมรับสภาพความเจ็บป่วยตลอดจนข้อจำกัดของผู้ป่วย
4. สอนและแนะนำวิธีการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อสามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ได้แก่
  - การพักผ่อน ควรพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 8 – 10 ชั่วโมง
  - การให้อาหารทางสายยางชนิด Low salt BD (1.5:1) 250 ml. x 4 feed **น้ำตาม 50 ml.** - 100 ml. ซึ่งถ้าผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารเองได้แนะนำให้รับประทานอาหารแคลอรีสูง ย่อยง่าย อาหารรสจืด และรับประทานอาหารให้ตรงเวลา
  - รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด
  - การดูแลตนเอง รักษาความสะอาดของร่างกาย เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
  - ระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุที่อาจทำให้สูญเสียเลือดเพิ่มมากขึ้น
  - สอนการดูแลตนเองอย่างง่าย ๆ เช่น ปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้ออ่อนแรง ถ่ายเหลวหรือถ่ายดำ ให้รีบมาพบแพทย์
  - เน้นให้เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด
5. ประเมินความสะอาดในการฟื้นฟูตัว ความพร้อมที่จะกลับบ้านของผู้ป่วย ด้านร่างกาย พิจารณาจากอาการทั่วไปสัญญาณชีพ ผลการตรวจ

## วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ทางห้องปฏิบัติการเพื่อความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และประเมินความพร้อมด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคำแนะนำต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

### ผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี ปฏิบัติตัวและดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

2. หลังให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ ตอบข้อซักถามถึงกระบวนการของโรค การรักษาและวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมถูกต้อง

3. ผู้ป่วยและญาติ บอกแผนการดูแลตนเองที่บ้าน เช่น การรับประทานอาหาร การรักษาความสะอาด การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ฯ ได้ถูกต้อง

**วินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 :** เสี่ยงต่อการได้รับยาไม่ถูกต้อง และมีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาเนื่องจากขาดความรู้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา จำนวน 4 ชนิด

2. ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ อายุ 87 ปี ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

3. ญาติบอกขนาดยาและเวลารับประทานยาแต่ละชนิดได้ไม่ถูกต้อง

4. ญาติไม่สามารถบอกอาการข้างเคียงและข้อควรระวังในการใช้ยาแต่ละชนิดได้

### เป้าหมายการพยาบาล

1. ญาติมีความรู้เกี่ยวกับยาที่ได้รับกลับบ้านเพียงพอที่จะปฏิบัติตนได้ถูกต้อง

2. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะพิษแห่งยา

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ญาติสามารถบอกวิธีใช้ ขนาดยา จำนวนยา เวลาที่ใช้ และอาการข้างเคียงของยาแต่ละชนิดได้ถูกต้อง

2. ไม่มีอาการแสดงของภาวะพิษแห่งยา เช่น การเกิดผื่นแดง แ่น้ำหน้าอก ใจสั่น หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น

### กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจต่อการใช้ยาของญาติ เพื่อวางแผนการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้องและมีการทวนสอบญาติเกี่ยวกับความถูกต้องในการให้ยา

2. ประสานกับเภสัชกรในการให้ความรู้แก่ญาติในการใช้ยาที่ถูกต้อง

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องโดยยึดหลัก 6 Rs คือ ความถูกต้องในเรื่องชนิดของยา (Right drug), ขนาดยา (Right dose), ทางที่ให้ (Right route), ชนิดยาที่ให้ (Right technique), เวลาที่ให้ (Right Time), และถูกตัวผู้ป่วย (Right Patient)

4. เมื่อแจกยาแก่ผู้ป่วยต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งถึงชนิด สรรพคุณ จำนวน เวลา และวิธีการใช้พร้อมสังเกตอาการข้างเคียงภายหลังการได้รับยาทุกครั้ง

5. ตรวจสอบที่กัญญาณสีพอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอตามความเหมาะสม

6. ประเมินความผิดปกติที่จะเกิดกับผู้ป่วยจากภาวะพิษแห่งยา เช่นการเกิดผื่นแดง แ่น้ำหน้าอก หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น

### ผลการพยาบาล

1. ญาติสามารถจดจำ และบอกถึงขนาดของยา เวลาที่ใช้ อาการข้างเคียง จำนวนที่ใช้ วิธีการใช้ของยาที่จะนำไปใช้ที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

2. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงถึงภาวะพิษแห่งยาที่ใช้ในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล

3. ญาติของผู้ป่วยวางแผนไว้ว่าเมื่อกลับบ้านจะจัดยาไว้ให้กับผู้ป่วยเป็นชุด โดยจะจัดของยาแยกเป็นหมวดหมู่เพื่อสะดวกในการใช้และป้องกันความผิดพลาดที่จะเกิดกับผู้ป่วย

**วินิจฉัยการพยาบาลที่ 8** การขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง : ท้องผูก/อุจจาระราด เนื่องจากการเคลื่อนไหวลดลง เนื่องจากการได้รับน้ำน้อยและได้อาหารที่มีกากใยน้อย จากกรกลืนลำบากและรับประทานอาหารเองลำบาก : เนื่องจากสูญเสียการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระจากพยาธิสภาพจากสมอง

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยไม่ถ่ายอุจจาระ ต้องใช้ยาระบาย
2. ผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายยาง

#### เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระได้เป็นปกติ

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ถ่ายอุจจาระทุกวัน หรืออย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือตามสุขนิสัยเดิม
2. สามารถสื่อความต้องการเมื่ออยากถ่ายอุจจาระได้
3. ไม่มีอาการท้องอืดหรือคลื่นไส้ไม่พบก้อนอุจจาระบริเวณซีกมอียดโคลอน

#### กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินอุปนิสัยในการขับถ่ายอุจจาระของผู้ป่วย
2. ประเมินว่าผู้ป่วยสามารถรับรู้หรือบอกความต้องการถ่ายอุจจาระเวลาปวดได้หรือไม่
3. สังเกตการขับถ่ายอุจจาระทั้งจำนวนครั้งต่อวัน และลักษณะอุจจาระ
4. ประเมินอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกว่าอาจมีท้องผูก เช่น ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร

คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ปวดท้อง รู้สึกมีการอัดแน่นที่ทวารหนักหรือในท้อง

5. แนะนำให้ผู้ป่วยขับถ่ายทุกครั้ง เมื่อปวดถ่ายอุจจาระ

6. จัดให้ขับถ่ายในท่าศีรษะสูงยกเว้นมีข้อห้าม

7. แนะนำและจัดให้ดื่มน้ำ วันละ 2,000 – 2,500 มล. ยกเว้นมีข้อห้าม

8. แนะนำให้ดื่มน้ำอุ่นเพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้

9. ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ ตามความสามารถ

10. จัดเวลาการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาเดิมตามสุขนิสัยของผู้ป่วย

11. ช่วยกระตุ้นให้มีการขับถ่ายตามเวลาที่วางแผน โดยวิธีต่างๆ ที่ไม่มีผลต่อการรักษา

12. ให้อาหารที่ทำให้อุจจาระอ่อนตัวหรือยาระบายอย่างอ่อนตามแนวทางการรักษา

13. ประเมินอาการอุจจาระอัดแน่น ทุก 2 – 4 วัน ถ้าหากพบมีอุจจาระเหลวผ่านออกมาได้ และมีอุจจาระอัดแข็งอยู่ภายในต้องล้างหรือสวนล้างตามความเหมาะสม

#### ผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการท้องอืด
2. ผู้ป่วยสามารถบอกความต้องการถ่ายอุจจาระได้โดยถ่ายอุจจาระทุกวัน เป็นก้อนนิ่ม ถ่ายไม่ลำบาก

#### แผนการจำหน่าย

**การรับประทานยา (Medication)** 1) อธิบายเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ 2) แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับยาที่จะได้รับประทานที่บ้าน

**การจัดการเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและการทำงานที่เหมาะสม (Environment & Economic)** 1) แนะนำ

และอธิบายเกี่ยวกับอุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย 2) แนะนำผู้ป่วยรู้จักเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแล 3) แนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักผู้ป่วยข้างเตียง 4) แนะนำผู้ป่วยหลีกเลี่ยงอยู่บริเวณที่แออัดมลภาวะไม่ดี

### การปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล (Treatment)

1) อธิบายถึงเหตุผลและความจำเป็นของการรักษา 2) อธิบายเหตุผลและความจำเป็นในการตรวจวัดสัญญาณชีพ ตรวจพิเศษต่างๆ

### การดูแลสุขภาพ (Health)

1) อธิบายเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ 2) สอนและฝึกให้ผู้ป่วยออกกำลังกายบนเตียง 3) แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดร่างกาย 4) แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการเช็ดตัว 5) แนะนำเกี่ยวกับการพักผ่อน 6) แนะนำการออกกำลังกาย 7) เปิด VDO เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### การมาตรวจตามแพทย์นัด (Out – patient referral)

- 1) แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามวันเวลาที่แพทย์นัด
- 2) แนะนำผู้ป่วยให้มาพบแพทย์ทันทีกรณีฉุกเฉิน

### การรับประทานอาหาร (Diet)

1) อธิบายเหตุผลและความจำเป็นของการรับประทานอาหารที่เหมาะสม 2) แนะนำเกี่ยวกับการให้อาหารทางสายยาง

### สรุปวิจารณ์

การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองรวมถึงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้รู้จักดูแลตนเองตลอดจนการปรับระดับประคองและการดูแลด้านอารมณ์นั้น พยาบาลจะต้องประเมินความจำเป็นในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเรียนรู้อย่างรอบคอบจะต้องวางแผนการช่วยเหลือร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยพึ่งตนเองเท่าที่จะสามารถจะกระทำได้เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต (กชพร ขอบนิทัศน์, 2550) จากการทำผู้จัดทำรายงานได้ทำการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษานั้นได้ทราบประเด็นปัญหาใหญ่ 8 ข้อซึ่งแต่ละปัญหายังต้องการการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง โดย

อาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพต้องมีความชำนาญในการประเมินผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคพยาธิสรีระของโรคการตรวจวินิจฉัยโรคการพยาบาลโรคเพื่อวางแผนการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพอย่างเหมาะสมการฟื้นฟูสมรรถภาพจะสำเร็จได้ โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมและบุคคลสำคัญอื่นๆ ร่วมกับการวางแผนการจำหน่ายตั้งแต่แรกรับจนถึงวันจำหน่ายตามรูปแบบ METHOD และการดูแลหลังการจำหน่ายตามแนวทางการเยี่ยมดูแลผู้ป่วยและครอบครัวโดยทีมสุขภาพ (Home Health Care) ดังนั้นแพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นๆ จะต้องวางแผนและกระทำร่วมกันเป็นทีม เพื่อช่วยชะลอความก้าวหน้าของโรคและช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอบรู้ที่บ้านโดยใช้ความสามารถของตนเองให้ได้มากที่สุดและลดการที่จะต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยแม้ว่าโรคของผู้ป่วยจะไม่หายขาดแต่สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพของผู้ป่วยได้

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะต่อผู้ป่วยและญาติ

1. การมาตรวจตามนัด เนื่องจากโรคสมองขาดเลือดเป็นโรคเรื้อรังต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน สิ่งที่สำคัญคือการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อติดตามความก้าวหน้าของโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของผู้ป่วยและญาติรวมทั้งป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
2. ให้ความร่วมมือในแผนการรักษา ผู้ป่วยและญาติต้องให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องเมื่อเกิดข้อสงสัยให้สอบถาม เพื่อการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ถูกต้องป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาหรือเกิดได้ช้าลง

### ข้อเสนอแนะต่อเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล

1. มีการจัดแบ่งหน้าที่แก่เจ้าหน้าที่ที่ดูแลรักษาโดยต้องคอยให้คำแนะนำปรึกษาตอบข้อซักถามและนัดผู้ป่วยมารับการรักษาครั้งต่อไปเมื่อแพทย์ได้จำหน่ายผู้ป่วย

2. การจัดเตรียมอุปกรณ์และของเครื่องใช้ต้องจัดเตรียมและตรวจสอบเครื่องมือเครื่องใช้ให้พร้อมอยู่เสมอ เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทีในภาวะฉุกเฉิน

3. การให้สุขศึกษาผู้ป่วยและญาติต้องมีความรู้และเข้าใจในเรื่องที่จะต้องดูแลผู้ป่วย

4. เพื่อให้สามารถดูแลตนเองและควบคุมโรคได้ การสอนผู้ป่วยและญาติให้มีความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตนเป็นสิ่งที่ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ได้ถูกต้องเพื่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้น้อยลงและช่วยยืดอายุขัยของผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้น รวมถึงสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

5. การดูแลสภาพจิตใจโดยมีการให้คำปรึกษาจากพยาบาลจิตเวช เนื่องจากโรคสมองขาดเลือดมีพยาธิสภาพของโรคที่ต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดทำให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกเบื่อหน่ายและท้อขาดกำลังใจและสิ้นเปลืองทรัพย์สิน ประกอบกับเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทำให้เกิดความวิตกกังวลสูง ดังนั้นแพทย์ พยาบาล ควรอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงอาการพยาธิสภาพของโรค วิธีการรักษาให้กำลังใจ เพื่อความร่วมมือในการรักษา ตลอดจนช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

### แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

1. สอนผู้ป่วยและญาติกระตุ้นผู้ป่วยให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

2. สอนผู้ป่วยและญาติในการพลิกตะแคงตัว การจัดทำต่างๆ แก่ผู้ป่วยเพื่อให้เลือดไหลเวียนดี ไม่เกิดแผลกดทับ

3. ดูแลและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวที่ถูกต้อง รวมทั้งการใช้กายอุปกรณ์ต่างๆ เช่น ผ้าขนหนูม้วนเพื่อกระตุ้นกล้ามเนื้อ และอุปกรณ์ช่วยหัดเดิน

4. สอนผู้ป่วยทำกิจกรรมด้วยตนเอง เช่น แปรงฟัน การขับถ่าย

5. แนะนำญาติในการเรียนทำอาหารบ้น การดูแลการให้อาหารทางสายยาง การดูแลความสะอาดทั่วไป โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยให้สะอาด น่าอยู่

6. เสริมสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติและสังคม เช่น ญาติ เพื่อนบ้าน

7. สนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจด้วยตนเอง ตลอดจนการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

8. ส่งเสริมซึ่งให้ ผู้ป่วยสนใจสิ่งแวดล้อม ดูนานาฬิกา ฟังวิทยุ ชมโทรทัศน์ เพื่อกระตุ้นการรับรู้ต่างๆ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้บางส่วน เช่น แปรงฟัน รับประทานอาหารเองได้ ขับถ่ายเองได้

### ผลการติดตามอาการ

**ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1 :** จากการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมอาการหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ 3 วัน สอบถามจากบุตรชายอาการทั่วไป : รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง หน้าตาสดชื่นขึ้น กล้ามเนื้อแขน - ขา อ่อนแรง เดินไม่ได้ ญาติยังต้องให้อาหารทางสายยาง

**ปัญหาการพยาบาล (คงเดิม) :** พรองการทำกิจวัตรประจำวัน

**ข้อมูลสนับสนุน O :** แขนขวา motor power grade 2

**ขาขวา** motor power grade 2 คะแนน ADL 2

เท่ากับ 20

## วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

**กิจกรรมการพยาบาล :** (คงเดิม) ประเมินผล หลังการให้การพยาบาลตาม กระบวนการได้ผลดังนี้

1. ผู้ป่วยสามารถ ลุก เคลื่อนไหว โดยใช้มือซ้าย ขาซ้าย ช่วยเดินในการเคลื่อนไหวได้
2. ญาติสามารถให้อาหารทางสายยางแก่ผู้ป่วยได้ และแต่ละมือผู้ป่วยรับประทานอาหารได้หมดไม่ลำบาก
3. ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะใส่กระโถนได้ โดยไม่มีปัญหาเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะ ส่วนการถ่ายอุจจาระเป็นแบบแผนมากขึ้น ผู้ป่วยจะถ่ายอุจจาระทุกตอนเช้า โดยมีญาติคอยช่วยเหลือ
4. แบบแผนการนอนหลับของผู้ป่วยดีขึ้น โดยตอนกลางวันพักผ่อนนอนหลับ วันละ 2-3 ชั่วโมง และตอนกลางคืนนอนหลับพักผ่อนวันละ 7-8 ชั่วโมง
5. ผู้ป่วยและญาติ ช่วยเหลือกิจกรรมซึ่งกันและกันได้ดี
6. ผู้ป่วยและญาติ ช่วยกันทำ passive exercise ทุกวัน ทำให้ motor power แขนขาเพิ่มขึ้นเป็น grade 3 ไม่มีข้อติด

**ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 2 :** จากการเยี่ยมบ้านหลังการจำหน่าย 2 สัปดาห์ โดยทีม Home Health Care ของโรงพยาบาล

**อาการทั่วไป :** รู้สึกตัวดีช่วยเหลือตัวเอง ได้บ้าง บนเตียงหน้าตาสดชื่นขึ้น กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงเดินไม่ได้ ให้อาหารทางสายยาง ญาติต้องช่วยเหลือในการขับถ่าย

**ปัญหาทางพยาบาล :** (คงเดิม) ข้อสนับสนุน

O : แขนขวา motor power grade 2 ขาขวา motor power grade 2 คะแนน ADL เท่ากับ 20

**กิจกรรมการพยาบาล :** คงเดิมประเมินผล (คงเดิม)

**ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 3 :** จากการมาตรวจตามนัด หลังจำหน่าย 1 เดือน

**อาการทั่วไป :** รู้สึกตัวดีช่วยเหลือตัวเองได้บ้างหน้าตาสดชื่นขึ้น กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงเดินไม่ได้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น ไม่มีแผลกดทับปัญหา

**ทางการพยาบาล :** คงเดิม ข้อสนับสนุน

O : แขนขวา motor power grade 2 ขาขวา motor power grade 2 คะแนน ADL เท่ากับ 30

**กิจกรรมการพยาบาล :** คงเดิมประเมินผลผู้ป่วยสามารถเกาะลูกได้ ญาติพยุงแล้วเคลื่อนไหวเดินได้เล็กน้อย

1. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น เช่น แปรงฟัน ล้างหน้า รับประทานอาหารเอง
2. ผู้ป่วยสามารถใช้มือและเท้าข้างที่ปกติยันเคลื่อนไปขับถ่ายในห้องน้ำได้
3. หน้าตา สดชื่นขึ้น สามารถร่วมทำกิจกรรมอื่นๆ ในครอบครัวได้

### บรรณานุกรม

กชพร ขอบนิทัศน์. (2550). การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รพ. แมคคอร์มิค จ.เชียงใหม่. วิทยาลัยปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กิ่งแก้ว ปาจรีย์. (2547). บรรณานุกรม. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพมหานคร : แอล. ที. เพรส.

จารุวรรณ มานะสุกร. (2546). ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง : ผลกระทบและการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ. (2540). ผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิทยา ศรีมาดา. (2544). คู่มือการพยาบาลทางอายุรกรรมและดัชนีค้นหาชื่อยา พศ. 2544. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วิพร เสนารักษ์. (2546). การวินิจฉัยการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 7. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์ & อุดุลย์ วิริยเวชกุล. (2544). Acute stroke management. ใน นิพนธ์ พวงวรินทร์ (บรรณาธิการ). โรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2543). คู่มือการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคทางอายุรกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.
- เพ็ญแข แดงสุวรรณ. (2550). STROKE ฆาตรกรเงียบ. กรุงเทพฯ : ก. พูล. (1999).
- เยาวลักษณ์ เลาะห์จินดา. การพยาบาลพื้นฐานแนวคิดและการปฏิบัติ ใน สุปาณี เสนาดิสัย บรรณาธิการพิมพ์ ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ บริษัทจุดทอง. จำกัด
- โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช. รายงานประจำปีงบประมาณ 2552.
- โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช. รายงานประจำปีงบประมาณ 2553.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (2549). "ทั่วโลกตามด้วยโรคหลอดเลือดสมองนาทีละ 11 ราย" [http://www.bankokhealth.com/healthnews.htdoc/healthnews\\_detail.asp? Number = 14830](http://www.bankokhealth.com/healthnews.htdoc/healthnews_detail.asp? Number = 14830). ผู้จัดการออนไลน์ 12/20/2005
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 4. ในสมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ). พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ. พรินต์ติ้ง.
- Lynda jualt corpenlto - myoyet. (2009). Nursing care plans and documentation : nursing diagnoses and collaborative problems. Edition 5. Chiria : lippincott.





ศึกษาศานการณการดำเนินการจัดการความรูของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

วิไลเลิศ เขียววิมล ท.ม. \*  
 วุจิรา เจียมอมวรัตน์ พย.ม. \*  
 อรชว อินทองปาน พย.ม. \*\*

**บทคัดย่อ**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศานการณการดำเนินการจัดการความรู้ของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก และศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จในการดำเนินการจัดการความรู้ขององค์กร กลุ่มตัวอย่างได้แก่ บุคลากรในวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 482 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และสถานการณการดำเนินการจัดการความรู้ วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และรวบรวมสรุปประเด็น ส่วนที่ 2 ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จในการดำเนินการจัดการความรู้ขององค์กร วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากร้อยละ 84 เคยเข้าร่วมโครงการการจัดการความรู้ และวิทยาลัยร้อยละ 90.2 มีการจัดตั้งทีมงานในการดำเนินการจัดการความรู้ สำหรับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการจัดการความรู้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 43.6 มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และร้อยละ 22.4 มีส่วนร่วมโดยเป็นที่มคคณะทำงานการจัดการความรู้

องค์ความรู้ที่วิทยาลัยมีการจัดการความรู้ ส่วนมากเป็นเรื่องเกี่ยวกับ การวิจัย คิดเป็นร้อยละ 86.2 รองลงมา คือ การจัดการเรียนการสอน ร้อยละ 79.3 และการบริหารจัดการ ร้อยละ 58.6 การประกันคุณภาพการศึกษา ร้อยละ 48.3 การพยาบาลร้อยละ 44.8 การสอบขึ้นทะเบียนใบประกอบวิชาชีพ ร้อยละ 37.9 ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ร้อยละ 27.6 และการบริหารความเสี่ยง การเงินและพัสดุ ร้อยละ 13.8

สำหรับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จในการดำเนินการจัดการความรู้ขององค์กร พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีค่าเฉลี่ย 3.89 ซึ่งสูงกว่าปัจจัยภายในองค์กรมีค่าเฉลี่ย 3.57 แต่ทั้ง 2 ปัจจัยอยู่ในระดับมาก ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคลที่เอื้อต่อความสำเร็จในการดำเนินการจัดการความรู้ขององค์กร อยู่ในระดับมาก คือ ด้านการยอมรับ มีค่าเฉลี่ย 4.15 ด้านแรงจูงใจ มีค่าเฉลี่ย 4.01 และด้านความรู้ ความเข้าใจ มีค่าเฉลี่ย 3.52 ปัจจัยภายในองค์กรที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินการจัดการความรู้ขององค์กร อยู่ในระดับมาก คือ ด้านผู้บริหาร มีค่าเฉลี่ย 3.70 ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ มีค่าเฉลี่ย 3.66 และด้านการประเมินผล มีค่าเฉลี่ย 3.50 ส่วนด้านวัฒนธรรมองค์กร และด้านโครงสร้างพื้นฐาน อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.49 เท่ากัน

**คำสำคัญ :** การจัดการความรู้

\* นักวิชาการศึกษานานาญการ กลุ่มวิจัย สถาบันพระบรมราชชนก

\*\* นักวิชาการศึกษานานาญการพิเศษ กลุ่มวิจัย สถาบันพระบรมราชชนก

**An Investigation on Implementing Knowledge Management in the Colleges  
under the Supervision of Praboromarajchanok Institute**

Vilailart Keovimol \*  
Rujira Jeamamomrat \*  
Orrachorn Intongpan \*\*

**Abstract**

This survey is aimed at investigating the implementation of knowledge management in colleges under supervision of the Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development (PBRI). The study also examines the factors influencing success in the implementation of knowledge management. The research sample was selected from personnel working in all PBRI colleges. The total sample comprised 482 subjects. The research tools used in the study was a questionnaire which comprises 2 parts. Part one contained general information questions for implementing knowledge management. Data analysis included frequencies, percentages and summary conclusions. Part two explored the factors influencing success in implementing of knowledge management of an organization by applying statistical software for analyzing the data. Descriptive statistics included frequencies, percentages, means and standard deviations. The results are summarized below.

The sample groups in high level at 84% who have participated in the program on knowledge management and most colleges (90%) have set up knowledge management teams. Just less than half (43.6%) of the respondents participated in knowledge management and participated in a learning forum. The respondents participating in knowledge management teams was 22.4%

The knowledge management of an organization about the research of 86.2% and management of teaching and learning was 79.3% and administration was 58.6%, quality assurance (QA) at 48.3%, nursing was 44.8%, the nursing license examination for nursing profession was 37.9%.

For opinion about factor supporting success in knowledge management of an organization showed that personal factors were at  $\bar{x} = 3.89$  which were higher than the internal factor of organization at  $\bar{x} = 3.57$  but both factors at high level as follows :

Personal factors influencing success in implementation of knowledge management of an organization were at high level namely, the acceptance at  $\bar{x} = 4.15$ , motivation at  $\bar{x} = 4.01$  and knowledge understanding was  $\bar{x} = 3.52$ .

The organization factor influencing success in implementing knowledge management in an organization showed a high mean, namely: administrator with  $\bar{x} = 3.70$ , information technology with  $\bar{x} = 3.66$  and evaluation with  $\bar{x} = 3.50$ . However, organization culture and basic structure at middle level with  $\bar{x} = 3.49$ .

**Keyword :** knowledge management

---

\*,\*\* Educator : Research Division Praboromarajchanok Institute

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สังคมโลกปัจจุบันได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วมีความซับซ้อน และมีการแข่งขันอย่างรุนแรง ไม่ว่าจะเป็นด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง หรือเทคโนโลยี ตลอดจนข้อมูลข่าวสารต่างๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ส่งผลกระทบต่อประเทศชาติ โดยเฉพาะองค์กรต่างๆ ทั้งองค์กรภาครัฐและภาคเอกชน ถ้าองค์กรไม่สามารถปรับตัวให้ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงหรือยอมรับกระแสการเปลี่ยนแปลงและปรับทิศทางการพัฒนาให้สอดคล้องกับสภาวะโลกปัจจุบันได้ ก็จะต้องสูญเสียโอกาสในการแข่งขันกับสภาวะการความผันผวนทางเศรษฐกิจและการแข่งขันทางการค้าอย่างเสรี (สลิททิพย์ รัตนวรรณ, 2547) การจัดการความรู้เป็นเสมือนกระบวนการที่จะนำไปสู่ความได้เปรียบในการแข่งขันทั้งในระดับประเทศและระดับโลกธุรกิจที่จะนำหน้าคู่แข่งได้จะต้องสรรหาวิธีการจัดการกับข้อมูลและความรู้ที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะในโลกธุรกิจปัจจุบันนี้ปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ธุรกิจประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืนได้ คือ การนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุดในขณะเดียวกันก็ต้องสามารถรับความรู้ใหม่ๆ ได้อย่างรวดเร็ว (วิจารณ์ พานิช, 2547) การจัดการความรู้เป็นกระบวนการใช้และสร้างความรู้ด้วยกันความรู้ที่ใช้ มีทั้งที่เฟ้นมาจากภายนอกกลุ่มหรือองค์กรและที่มีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างขึ้นใช้ภายในองค์กรผ่านการทำงานร่วมกัน เป้าหมาย คือ งานที่มีผลสัมฤทธิ์สูงขึ้น การจัดการความรู้จึงเน้นความรู้ที่แนบแน่นอยู่กับงาน เป็นความรู้ที่ใช้ผลิตผลงานหมุนเป็นความรู้ที่ยกระดับขึ้นจากการทำงานและสมาชิกที่ร่วมกันจัดการความรู้เกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้น (บดีนทร์ วิจารณ์, 2549) หากองค์กรต้องการสร้างความได้เปรียบทางการแข่งขันด้านคุณภาพของผลผลิตและสินค้าองค์กรเหล่านั้นจะต้องมีการนำความรู้ที่ได้มาจากแหล่งต่างๆ มาจัดการอย่างเป็นระบบมีการชิงความได้เปรียบโดยใช้ “ความรู้” ที่

เหนือกว่าเป็นฐานพลังในการแข่งขัน ยิ่งมองผ่านมานานครุเตเรายังเห็นสิ่งประดิษฐ์ นวัตกรรม และเทคโนโลยีใหม่ๆ เข้ามาอย่างต่อเนื่องและหลายครั้งสิ่งที่เราเคยเรียนรู้มาอาจกลับไปตั้งระดับความรู้ของเรามีอยู่เดิมเป็นศูนย์ สืบเนื่องจากองค์ความรู้ใหม่ที่เรามาก่อนเคย ดังนั้นเราจึงต้องเรียนรู้ให้เป็นเราไม่สามารถเรียนรู้และสามารถทำงานได้ตามลำพังอีกต่อไป องค์การชั้นนำจึงเห็นความจำเป็นของ “การจัดการองค์ความรู้ (Knowledge Management - KM) และถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญต่อความอยู่รอดและการเติบโตขององค์กร (กาญจนา แก้วเทพ และคณะ, 2551) แหล่งของการเรียนรู้จะมาจากหนังสือและตำราอย่างเดียวนั้นไม่ได้ แต่จะต้องมาจาก “การทำงานและการใช้ชีวิตที่เป็นจริง” แต่เนื่องจากชีวิตของมนุษย์แต่ละคนมีข้อจำกัด ดังนั้นการจัดการความรู้จึงต้องขยายการเรียนรู้ไปสู่การเรียนรู้จากงานและชีวิตคนอื่น ๆ ด้วย

ดังนั้น เรื่องการจัดการความรู้จึงเป็นกุญแจสู่ความสำเร็จขององค์กรในปัจจุบันที่มีความสำคัญในการพัฒนาองค์กรให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพเป็นองค์กรที่มีความเป็นเลิศในการบริหารจัดการเพื่อนำไปสู่การเป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูง (High Performance Organization) จะเห็นได้จากพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 หมวด 3 การบริหารราชการเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ มาตรา 11 ส่วนราชการมีหน้าที่พัฒนาความรู้ในส่วนราชการเพื่อให้มีลักษณะเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอ โดยต้องรับข่าวสารและสามารถประมวลผลความรู้ในด้านต่างๆ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติราชการได้อย่างถูกต้องรวดเร็วและเหมาะสมกับสถานการณ์ รวมทั้งต้องส่งเสริมและพัฒนาความรู้ความสามารถสร้างวิสัยทัศน์และปรับเปลี่ยนทัศนคติของข้าราชการในสังกัดให้เป็นบุคลากรที่มีประสิทธิภาพและเรียนรู้ร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อประโยชน์

ในการปฏิบัติราชการของส่วนราชการให้สอดคล้องกับการบริหารราชการให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามพระราชกฤษฎีกานี้ และในคู่มือการดำเนินการตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร) ในหมวดที่ 3 การบริหารราชการเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐข้อ 3 การพัฒนาส่วนราชการให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ มีข้อความดังนี้ “3 การพัฒนาส่วนราชการให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ในการบริหารราชการแนวใหม่ ส่วนราชการต้องพัฒนาความรู้ความเชี่ยวชาญให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วและสถานการณ์ของต่างประเทศที่มีผลกระทบต่อประเทศไทยโดยตรง ซึ่งในการบริหารราชการตามพระราชกฤษฎีกานี้จะต้องมีการวางแผนการปฏิบัติราชการทุกระยะ ต้องมีการปรับแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ต้องมีการกำหนดผลสัมฤทธิ์ของงานที่เป็นความจริง ฉะนั้นแนวความคิดของผู้ปฏิบัติงานภาครัฐจะต้องเปลี่ยนแปลงทัศนคติเดิมเสียใหม่จากการที่ยึดแนวความคิดว่าต้องปฏิบัติงานตามระเบียบแบบแผนที่วางไว้ตั้งแต่อดีตจนต่อเนื่องถึงปัจจุบันเน้นการสร้างความคิดใหม่ๆ ตามวิชาการสมัยใหม่และนำมาปรับใช้กับการปฏิบัติราชการตลอดเวลา” ในพระราชกฤษฎีกานี้จึงกำหนดเป็นหลักการว่าส่วนราชการต้องมีการพัฒนาความรู้เพื่อให้มีลักษณะองค์กรแห่งการเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอ

ก.พ.ร. ได้นำเครื่องมือและเทคนิคต่างๆ เข้ามาใช้ในหน่วยราชการเพื่อเป็นกลไกและแนวทางในการพัฒนาระบบราชการ นั่นคือเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ซึ่งประกอบด้วย 7 มิติสำคัญคือ 1) การนำองค์กร 2) การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ 3) การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ และ

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 4) การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ 5) การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล 6) การจัดการกระบวนการ และ 7) ผลลัพธ์การดำเนินการ

สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหนึ่งที่มีภารกิจหลักในการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ และภารกิจที่สำคัญคือมีการจัดการศึกษาในระดับอุดมศึกษาและเป็นการจัดการศึกษาเฉพาะทางตามความต้องการและความชำนาญของหน่วยงานตาม มาตรา 21 ในพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ มีหน่วยงานประกอบด้วยวิทยาลัยต่างๆ ในสังกัด จำนวน 38 แห่ง กระจายอยู่ใน 28 จังหวัดทั่วประเทศมีหน้าที่ผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านพยาบาลและด้านสาธารณสุข จากการพัฒนากระบวนการเรียนการสอนมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องและได้นำมาพัฒนาให้วิทยาลัยเกิดการพัฒนาระบบก้าวกระโดด เพื่อให้ผลผลิต/ผลลัพธ์ของหน่วยงานโดดเด่นเมื่อเปรียบเทียบกับหน่วยงานคู่แข่ง

ดังนั้น สถาบันพระบรมราชชนก จึงได้ตระหนักว่าการจัดการความรู้เป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาองค์กรให้มีความเจริญก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องและอย่างยั่งยืน โดยมีนโยบายให้วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกมีการดำเนินการจัดการความรู้ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2550 และเพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการจัดการความรู้ของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกในการพัฒนางาน คณะผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะศึกษาสถานการณ์การดำเนินการจัดการความรู้ของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกเพื่อนำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการจัดการความรู้ที่เป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) โดยมีเป้าหมายสำคัญที่สุดคือ การขับเคลื่อนให้สถาบันพระบรมราชชนกไปสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้และเป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูง (High Performance)

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินการจัดการความรู้ของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จในการดำเนินการจัดการความรู้ขององค์กร ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย แรงจูงใจ การยอมรับ และความรู้ความเข้าใจเรื่องการจัดการความรู้และปัจจัยภายในองค์กร ประกอบด้วย ผู้บริหาร วัฒนธรรมองค์กร โครงสร้างพื้นฐานเทคโนโลยีสารสนเทศและการประเมินผล

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ บุคลากรในวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก 38 แห่ง

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ บุคลากรในวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก 38 แห่งๆ ละ 20 คน รวม 760 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย และเป็นบุคลากรที่ยินดีให้ข้อมูล

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไป และสถานการณ์การดำเนินการจัดการความรู้

**ส่วนที่ 2** ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จในการดำเนินการจัดการความรู้ขององค์กร

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยได้ทำหนังสือจากสถาบันพระบรมราชชนก ถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 38 แห่ง และจัดส่งแบบสอบถามโดยตรงทางไปรษณีย์จำนวน 760 ชุด โดยได้รับ

แบบสอบถามคืนจากวิทยาลัย 29 แห่ง จำนวน 482 ชุด คิดเป็นร้อยละ 63.42

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป และสถานการณ์การดำเนินการจัดการความรู้ วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และรวบรวมสรุปประเด็น

2. ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จในการดำเนินการจัดการความรู้ขององค์กรวิเคราะห์ โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

#### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.5 และเพศชาย ร้อยละ 14.5 อายุเฉลี่ย 41 ปี ระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนมากคือ ระดับปริญญาโท ร้อยละ 71.2 รองลงมา ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 15.3 ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 3.7 และระดับปริญญาเอก ร้อยละ 9.8 สำหรับตำแหน่งงานส่วนมากคือ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 71.2 รองลงมา ตำแหน่งวิทยากร ร้อยละ 8.9 ซึ่งส่วนมากเป็นผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 96.4 เป็นผู้บริหารระดับหัวหน้าภาค/หัวหน้ากลุ่มงาน ร้อยละ 1.66 เป็นผู้บริหารระดับรองผู้อำนวยการวิทยาลัย ร้อยละ 1.24 และผู้บริหารระดับผู้อำนวยการ ร้อยละ 0.62 ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 10 ปี

สถานการณ์การดำเนินการจัดการความรู้ของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากเคยเข้าร่วมโครงการการจัดการความรู้ร้อยละ 84 และมีการจัดตั้งทีมงานในการดำเนินการจัดการความรู้ (ทีม KM) ร้อยละ 90.2 สำหรับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการจัดการความรู้ส่วนมากมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร้อยละ 43.6 รองลงมามีส่วนร่วมโดยเป็นทีมคณะทำงานการจัดการความรู้ ร้อยละ 22.4

องค์ความรู้ที่วิทยาลัยมีการจัดการความรู้ ส่วนมากเป็นเรื่องเกี่ยวกับการวิจัย คิดเป็นร้อยละ 86.2 (วิทยาลัย 25 แห่งจาก 29 แห่ง) รองลงมาคือ การจัดการเรียนการสอน ร้อยละ 79.3 (23 แห่ง) การบริหารจัดการ ร้อยละ 58.6 (17 แห่ง) การประกันคุณภาพ

การศึกษา ร้อยละ 48.3 (14 แห่ง) การพยาบาล ร้อยละ 44.8 (13 แห่ง) การสอบขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพ ร้อยละ 37.9 (11 แห่ง) ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ร้อยละ 27.6 (8 แห่ง) และการบริหารความเสี่ยงการเงิน และพัสดุ ร้อยละ 13.8 (4 แห่ง) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 องค์ความรู้ที่วิทยาลัยมีการจัดการความรู้ จำแนกตามวิทยาลัย

วิทยาลัย	การวิจัย	การจัดการเรียนการสอน	การบริหารจัดการ	การประกันคุณภาพการศึกษา	การพยาบาล	การสอบขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพ	ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	การบริหารความเสี่ยงการเงินและพัสดุ
1. วพ.พระจอมเกล้า จ.เพชรบุรี	✓					✓		
2. วพ.พระปกเกล้า จันทบุรี		✓		✓	✓			
3. วพ.ศรีมหาสารคาม	✓	✓	✓			✓	✓	✓
4. วพบ.กรุงเทพ	✓	✓	✓		✓	✓		
5. วพบ.ขอนแก่น	✓	✓	✓					✓
6. วพบ.จักรีนธ์	✓	✓		✓				
7. วพบ.จังหวัดนนทบุรี	✓	✓			✓			
8. วพบ.ชลบุรี	✓	✓			✓	✓	✓	
9. วพบ.ชัยนาท	✓	✓				✓		
10. วพบ.ตรัง	✓	✓	✓		✓			
11. วพบ.นครศรีธรรมราช		✓	✓	✓	✓			✓
12. วพบ.พระพุทธบาท	✓	✓	✓	✓		✓		
13. วพบ.พะเยา	✓	✓	✓	✓				
14. วพบ.ยะลา	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
15. วพบ.ราชบุรี	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
16. วพบ.สงขลา	✓		✓		✓			
17. วพบ.สรรพสิทธิประสงค์	✓	✓	✓			✓		
18. วพบ.สรรพประชานุเคราะห์	✓	✓	✓		✓	✓		
19. วพบ.สุพรรณบุรี	✓	✓		✓				
20. วพบ.สุราษฎร์ธานี	✓			✓	✓			
21. วพบ.สุรินทร์	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
22. วพบ.อุดรธานี	✓	✓	✓					
23. วพบ.อุดรดิตถ์	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
24. วสส.จังหวัดขอนแก่น	✓	✓	✓				✓	
25. วสส.จังหวัดสุพรรณบุรี	✓		✓	✓				
26. วสส.จังหวัดชลบุรี	✓	✓		✓			✓	
27. วสส.จังหวัดตรัง				✓				
28. วสส.จังหวัดยะลา	✓	✓	✓				✓	
29. วิทยาลัยนักษิณบริหารสาธารณสุข			✓				✓	
รวม (29 แห่ง)	25 แห่ง	23 แห่ง	17 แห่ง	14 แห่ง	13 แห่ง	11 แห่ง	8 แห่ง	4 แห่ง
ร้อยละ	86.2	79.3	58.6	48.3	44.8	37.9	27.6	13.8

## วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จในการดำเนินการจัดการความรู้ขององค์กร พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีค่าเฉลี่ย 3.89 ซึ่งสูงกว่าปัจจัยภายในองค์กรมีค่าเฉลี่ย 3.57 แต่ทั้ง 2 ปัจจัยอยู่ในระดับมาก ดังนี้

**ปัจจัยส่วนบุคคล** ที่เอื้อต่อความสำเร็จในการดำเนินการจัดการความรู้ขององค์กร มากที่สุดคือ ด้านการยอมรับ มีค่าเฉลี่ย 4.15 อยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ ด้านแรงจูงใจ มีค่าเฉลี่ย 4.01 อยู่ในระดับมาก และด้านความรู้ ความเข้าใจ มีค่าเฉลี่ย 3.52 อยู่ในระดับมาก รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยปัจจัยส่วนบุคคลที่เอื้อต่อความสำเร็จในการดำเนินการจัดการความรู้ขององค์กร (ค่าเฉลี่ย 3.89, SD .579)

ปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จ	$\bar{X}$	SD	ระดับ	ปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
<b>ด้านแรงจูงใจ</b>	4.01	.649	มาก	<b>ด้านการยอมรับ</b>	4.15	.616	มาก
1. การจัดการความรู้ ทำให้ท่านมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อนร่วมงานมากขึ้น	4.21	.713	มาก	1. เห็นด้วยต่อการนำการจัดการความรู้มาใช้ในการพัฒนางานในองค์กร	4.28	.693	มาก
2. การจัดการความรู้ ทำให้ลดช่องว่างระหว่างท่านกับผู้บังคับบัญชา	3.59	.986	มาก	2. เห็นความสำคัญของการจัดการความรู้	4.20	.740	มาก
3. การจัดการความรู้ ทำให้ท่านได้พัฒนาการทำงานของท่านให้มีประสิทธิภาพ	4.17	.720	มาก	3. ตระหนักว่าการนำการจัดการความรู้มาใช้จะชดเชยท่านและองค์กรไปสู่ความสำเร็จในอนาคต	4.14	.716	มาก
4. การจัดการความรู้ สามารถทำให้องค์กรเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้	4.23	.729	มาก	4. ท่านมั่นใจว่าการจัดการความรู้จะนำท่านและองค์กรไปสู่การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น	4.07	.757	มาก
5. กิจกรรมการจัดการความรู้ ทำให้เกิดความสัมพันธที่ดีภายในองค์กร	3.99	.791	มาก	5. โอกาสการเรียนรู้เกิดขึ้นได้ในการปฏิบัติงานจริง ส่วนหนึ่งมาจากการจัดการความรู้	4.05	.705	มาก
6. การจัดการความรู้ ทำให้ท่านเกิดการพัฒนาตนเองและนำไปสู่ความก้าวหน้าในการทำงานและผลตอบแทนที่เพิ่มขึ้น	3.87	.844	มาก				

ปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
<b>ด้านความรู้ความเข้าใจ</b>	3.52	.735	มาก
1. การให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องการจัดการความรู้เป็นสิ่งสำคัญ	3.60	.845	มาก
2. มีความรู้ ความเข้าใจต่อกระบวนการจัดการเรียนรู้	3.44	.818	มาก
3. ได้รับการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการจัดการความรู้	3.51	.933	ปานกลาง
4. ได้รับการสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการความรู้	3.54	.815	มาก
5. ทราบว่าการจัดการความรู้จะนำไปใช้อย่างไรให้เหมาะสมกับลักษณะงานของท่าน	3.50	.815	มาก
6. เข้าใจกระบวนการจัดการความรู้ และสามารถนำการจัดการความรู้ไปใช้ได้	3.52	.851	มาก

**ปัจจัยภายในองค์กร** ที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินการจัดการความรู้ขององค์กรมากที่สุดคือ ด้านผู้บริหาร มีค่าเฉลี่ย 3.70 อยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ ปัจจัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ มีค่าเฉลี่ย 3.66 อยู่ในระดับมาก และปัจจัยด้านการประเมินผลมีค่าเฉลี่ย 3.50 อยู่ในระดับมาก สำหรับด้านวัฒนธรรมองค์กรและด้านโครงสร้างพื้นฐาน อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.49 เท่ากัน รายละเอียดดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยปัจจัยภายในองค์กรที่เอื้อต่อความสำเร็จในการดำเนินการจัดการความรู้ขององค์กร  
(= 3.57, SD = .707)

ปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จ	$\bar{x}$	SD	ระดับ	ปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
<b>ด้านผู้บริหาร</b>	3.70	.821	มาก	<b>ด้านวัฒนธรรมองค์กร</b>	3.49	.767	ปานกลาง
1. ผู้บริหารควรมีนโยบายต่อการสนับสนุนการจัดการความรู้	3.87	.903	มาก	1. กระบวนการจัดการความรู้ ควรทำให้กลมกลืนกับค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กร	3.55	.874	มาก
2. นโยบายการจัดการความรู้ในองค์กรมีความชัดเจนนำไปสู่การปฏิบัติได้	3.34	.998	ปานกลาง	2. วัฒนธรรมองค์กรในปัจจุบันเอื้อต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	3.29	.976	ปานกลาง
3. ผู้บริหารควรมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นหรือจูงใจให้บุคลากรขององค์กรสนใจที่จะตื่นตัวร่วมกันผลักดันให้องค์กรเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้	4.19	.981	มาก	3. สมาชิกในองค์กรควรมีความกระตือรือร้นในการใฝ่เรียน ใฝ่รู้	3.43	.931	มาก
4. การปฏิบัติงานจริงที่เกิดขึ้นควรมีความสอดคล้องกับนโยบายการจัดการความรู้	3.44	.929	ปานกลาง	4. สมาชิกในองค์กรควรมีวัฒนธรรมการแบ่งปันความรู้ให้กันและกัน	3.50	.896	มาก
5. ผู้บริหารควรสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งภายในและภายนอกองค์กร	3.65	.926	มาก	5. สมาชิกในองค์กรทุกคนควรมีส่วนร่วมในกิจกรรมการจัดการความรู้	3.63	.854	มาก
<b>ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ</b>	3.66	.794	มาก	6. สมาชิกในองค์กรควรยินดีรับสิ่งใหม่หรือยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้	3.54	.898	มาก
1. องค์กรควรมีความพร้อมในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับการจัดการความรู้	3.72	.898	มาก	<b>ด้านโครงสร้างพื้นฐาน</b>	3.49	.790	ปานกลาง
2. มีเครื่องมือด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับการจัดการความรู้ที่เหมาะสม เช่น e-learning, Web-base Learning เป็นต้น	3.55	.933	มาก	1. โครงสร้างองค์กรควรเป็นแนวราบ เพื่อช่วยให้สามารถสื่อสารและเข้าถึงข้อมูลความรู้ได้ง่ายทำให้เกิดการเรียนรู้เป็นอย่างดี	3.69	.811	ปานกลาง
3. มีเครื่องมือด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่สนับสนุนการสื่อสารและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคคลที่เหมาะสม เช่น Intranet, e-mail, Web-board Net-meeting เป็นต้น	3.70	.874	มาก	2. การดำเนินการจัดการความรู้ในองค์กรควรมีการวางแผนร่วมกัน เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร	3.45	.922	ปานกลาง
4. ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในองค์กรควรมีความทันสมัยและตอบสนองต่อความต้องการที่จะเรียนรู้ของบุคลากรในองค์กรได้อย่างทั่วถึง	3.67	.918	มาก	3. การจัดการความรู้ทำให้การประสานงานภายในองค์กรดีขึ้น	3.33	.974	มาก

ปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
<b>ด้านการประเมินผล</b>	3.50	.871	มาก
1. องค์กรควรมีระบบการวัดผลเพื่อประเมินผลติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการจัดการความรู้	3.72	.871	มาก
2. องค์กรได้นำผลการประเมินไปปรับปรุงพัฒนาการจัดการความรู้อย่างต่อเนื่อง	3.20	.969	ปานกลาง
3. ท่านได้นำผลที่ได้จากการวัดผลระดับความรู้มาพัฒนาตนเองและพัฒนางาน	3.59	.901	มาก

### อภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ส่วนมากมีการจัดตั้งทีมคณะทำงานในการดำเนินการจัดการความรู้ (ทีม KM) มีการจัดกิจกรรมการจัดการความรู้ และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเวทีการจัดการความรู้จนได้องค์ความรู้ต่างๆ ขึ้นมา ซึ่งองค์ความรู้ที่วิทยาลัยมีการจัดการความรู้ส่วนมากเป็นเรื่องเกี่ยวกับกาวิจัย การจัดการ

เรียนการสอน การบริหารจัดการ การประกันคุณภาพ การศึกษา การพยาบาล การสอบขึ้นทะเบียนใบประกอบวิชาชีพ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และการบริหารความเสี่ยง การเงินและพัสดุ แสดงให้เห็นว่าวิทยาลัยยอมรับและเห็นความสำคัญของการจัดการความรู้ว่าเป็นเครื่องมือหนึ่งที่จะนำไปสู่ความสำเร็จขององค์กร ซึ่งเป็นไปตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 หมวด 3 มาตรา 11 ส่วนราชการมีหน้าที่พัฒนาความรู้ในส่วนราชการ เพื่อให้มีลักษณะเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอโดยต้องรับรู้อาสา และสามารถประมวลผลความรู้ในด้านต่างๆ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติราชการได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วและเหมาะสมกับสถานการณ์ รวมทั้งต้องส่งเสริมและพัฒนาความรู้ความสามารถ สร้างวิสัยทัศน์และปรับเปลี่ยนทัศนคติของข้าราชการในสังกัดให้เป็นบุคลากรที่มีประสิทธิภาพและเรียนรู้ร่วมกัน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการและสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ, 2550)

สำหรับปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จในการดำเนินการจัดการความรู้ขององค์กรบุคลากรวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกส่วนมากมีความเห็นว่า ปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งประกอบด้วย ด้านการยอมรับ ด้านแรงจูงใจ ด้านความรู้ ความเข้าใจ และปัจจัยภายในองค์กรซึ่งประกอบด้วยด้านผู้บริหาร ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและด้านการประเมินผลเป็นปัจจัยที่ช่วยเอื้อต่อความสำเร็จในการดำเนินการจัดการความรู้ขององค์กรในระดับมาก ส่วนด้านวัฒนธรรมองค์กรและด้านโครงสร้างพื้นฐานเป็นปัจจัยรองลงมา สอดคล้องกับการศึกษาของปิยรัตน์ กาญจนะจิตตรา (2550) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความรู้ในระบบราชการไทย พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลเรียงตามลำดับ คือ 1) ผู้นำ

หรือผู้บริหาร 2) การสร้างวัฒนธรรม และ 3) การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดการความรู้และการศึกษาของเสนาะ กลิ่นงาม (2551) ซึ่งศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการจัดการความรู้ของมหาวิทยาลัยราชภัฏ พบว่าภาวะผู้นำของผู้บริหารเป็นปัจจัยที่สำคัญมากที่สุดรองลงมาเป็นปัจจัยด้านโครงสร้างพื้นฐาน การจัดการความรู้วัฒนธรรมองค์กร เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารรวมทั้งการวัดและประเมินผล

จะเห็นว่า การจัดการความรู้ขององค์กรจะมีความสำเร็จหรือไม่ขึ้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ผู้บริหารซึ่ง เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดต่อความสำเร็จในการนำกลยุทธ์การจัดการความรู้มาพัฒนาองค์กร โดยมีบทบาทหน้าที่ส่งเสริมและผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเรียนรู้ และการปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์กรอย่างสร้างสรรค์พร้อมทั้งบุคลากรในองค์กรจะต้องมีแรงจูงใจ มีการยอมรับ มีความรู้ ความเข้าใจ มีระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ และมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการวิจัย คณะผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ผู้บริหารวิทยาลัยควรให้ความสำคัญให้การส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการความรู้ของวิทยาลัยอย่างเป็นรูปธรรม
2. วิทยาลัยทุกแห่งควรมีการดำเนินการจัดการความรู้ดังนี้
  - 2.1 จัดตั้งทีมคณะทำงานการจัดการความรู้ของวิทยาลัย
  - 2.2 กระตุ้นให้บุคลากรทุกคนเข้าร่วมกิจกรรม การจัดการความรู้ เพื่อให้ทุกคนยอมรับ และมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการความรู้
  - 2.3 พัฒนาและนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมกระบวนการจัดการความรู้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการความรู้

2.4 ติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และนำผลการประเมินมาปรับใช้เพื่อพัฒนางานต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

กาญจนา แก้วเทพและคณะ. 2551. การจัดการความรู้เบื้องต้นเรื่อง “การสื่อสารชุมชน” กรุงเทพฯ : หจก. ภาพพิมพ์.

ดร.ณิ ไธเปียม. 2549. แนวทางการจัดการความรู้ของสำนักงานรัฐมนตรี กระทรวงศึกษาธิการ. สารนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. บดินทร์ วิจารณ์. 2549. การจัดการความรู้สู่ปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : เอกซ์เปอร์เน็ท.

บุญดี บุญญากิจ และคณะ. 2547. การจัดการความรู้... จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ.

ปิยรัตน์ กาญจนะจิตธา. 2550. การจัดการความรู้ในระบบราชการไทย : กรณีศึกษากรมส่งเสริมการเกษตร กรมอนามัย และกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

ปัทมา จันทวิมล. 2544. ตัวแปรคัดสรรที่ส่งผลต่อลักษณะการเป็นองค์กรเอื้อการเรียนรู้ของหน่วยงานฝึกอบรม ภาคเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มลฤดี โภคศิริ. 2549. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการยอมรับการจัดการความรู้ของพยาบาลประจำการสังกัดโรงพยาบาลกองทัพบก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยนเรศวร.

วิจารณ์ พานิช. 2546. การจัดการความรู้ในยุคสังคมและเศรษฐกิจบนฐานความรู้. กรุงเทพฯ : สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม.

วิจารณ์ พานิช. 2547. สามเหลี่ยมความรู้. วารสารถักทอสายใยความรู้ ฉบับที่ 6 เดือนพฤษภาคม-

มิถุนายน 2547. สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม. (สศส.)

วิจารณ์ พานิช. 2548. การจัดการความรู้ฉบับนักปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : สุขภาพใจ.

วิโรจน์ สารัตตนะ และอัญชลี สารัตตนะ. 2548. ปัจจัยทางการบริหารกับความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ผลการวิจัย : ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาและวิพากษ์. กรุงเทพฯ : ทรัพย์วิสุทธิ์.

ศศิฉาย สุนทรฉายา. 2552. ประสิทธิภาพการจัดการความรู้ของนักวิชาการพัฒนาชุมชนในพื้นที่ศูนย์ช่วยเหลือทางวิชาการพัฒนาชุมชนเขต (ศพช.เขต). กรุงเทพฯ : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

เสนาะ กลิ่นงาม. 2551. การพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้ในมหาวิทยาลัยราชภัฏ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการและสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. 2550. คู่มือการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการจัดการความรู้. กรุงเทพฯ : สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ.

สลิลทิพย์ รัตนสุวรรณ. 2547. การประยุกต์ใช้ KM ใน Fuji Xerox สิงคโปร์. วารสาร Productivity World. 8 (47).

Davenport, T H. & Prusak, Laurence. 1998. Working Knowledge. Boston : MA ; Harvard Business School Press.

Firestone, J. M. & McELORY, M.W. 2003. Key issue in the knowledge management. MA : Elsevier Inc.

Tiwana, Amrit. 2000. The Knowledge management toolkit : practical techniques for building a knowledge management system. Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall.

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2554 ISSN 0857-3743

คำแนะนำในการจัดทำต้นฉบับวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

\*\*\*\*\*

กองบรรณาธิการขอเรียนเชิญสมาชิกและผู้สนใจส่งบทความทางวิชาการ หรือรายงานผลการวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาล และศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน ทั้งนี้กองบรรณาธิการ ขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทาน และแก้ไขต้นฉบับตามความเห็นสมควร ต้นฉบับบทความทุกเรื่องจะได้รับการประเมิน ก่อนตีพิมพ์ โดยผู้พิจารณาถ่วงดุล (Peer Reviewer) ที่มีความรู้และประสบการณ์ในวิชาการแขนงต่างๆ เรื่อง ละ 2 คน

ผู้ที่สนใจโปรดศึกษาคำแนะนำการจัดทำต้นฉบับ เพื่อขอรับการตีพิมพ์ในวารสารพยาบาล กระทรวง สาธารณสุขได้ ตามรายละเอียดต่อไปนี้

1. เป็นงานวิจัยหรือบทความทางวิชาการด้านการพยาบาล การสาธารณสุข หรือศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ ต้องมีหนังสือรับรองจากอาจารย์ที่ปรึกษาและต้องลงชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาด้วย
3. การเตรียมต้นฉบับมีดังนี้
  - 3.1 ต้นฉบับต้องพิมพ์โดยใช้ตัวอักษร Browalia UPC ขนาด 16 ความยาวทั้งหมดไม่เกิน 15 หน้า กระดาษ A4
  - 3.2 รายงานการวิจัย ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย/ภาษาอังกฤษ) ผู้นิพนธ์ (พร้อมทั้งคุณวุฒิ) และสังกัดบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ ความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ สมมติฐาน (ถ้ามี) กรอบแนวคิดในการวิจัย (ถ้ามี) วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย สรุปและอภิปรายผล กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)
  - 3.3 บทความวิชาการ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย/ภาษาอังกฤษ) ผู้นิพนธ์ (พร้อมทั้งคุณวุฒิ) และสังกัดเนื้อหา และบทสรุป
  - 3.4 การเขียนเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแนวคูเวออร์ (Vancouverstyle) โดยใช้ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการ อ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อต้นและวารสาร บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วยังไม่เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” **หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว”** มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไป ให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างถึง การเขียนอ้างอิงขอให้ศึกษารายละเอียดใน Website ของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข [www.tnaph.org](http://www.tnaph.org)
  - 3.5 ส่งต้นฉบับที่พิมพ์ในกระดาษ A4 2 ชุด พร้อม CD 1 แผ่น ไปยังสมาคมศิษย์เก่าพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ที่อยู่ สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

อาคาร 4 ชั้น 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000  
โทรศัพท์ / โทรสาร 02 - 590 - 1834  
email : n.tnaph@gmail.com, atthapom@pi.ac.th