ยโสธรเวชสาร
MEDICAL JOURNAL OF YASOTHON HOSPITAL

ยโสธรเวชสาร เป็นวารสารทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลยโสธร กำหนดออกปีละ 2 ฉบับ คือ เดือนมกราคม-มิถุนายน และ กรกฎาคม-ธันวาคม

วัตถุประสงค์

1.เพื่อเผยแพร่และฟื้นฟูวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข
2.เพื่อเผยแพร่กิจกรรมและข่าวสารของโรงพยาบาลยโสธร

วารสารนี้ได้รับการสนับสนุนและความร่วมมือจากบริษัทเวชภัณฑ์ต่างๆ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลยโสธร ข้อคิดเห็นในบทความใดที่ลงตีพิมพ์ในยโสธรเวชสาร เป็นความคิดเห็นเฉพาะตัวของผู้เขียนเท่านั้น โรงพยาบาลยโสธร และกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วย

กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ที่จะดัดแปลงตัวสะกดและไวยากรณ์ตามความเหมาะสมโดยที่ความหมายเดิมยังคงอยู่

การส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

ยโสธรเวชสารยินดีรับพิจารณานิพนธ์ต้นฉบับ รายงานการวิจัย รายงานผู้ป่วย บทความฟื้นฟูวิชาการ และงานวิชาการในลักษณะอื่น ๆ ทั้งภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษที่ยังไม่เคยพิมพ์เผยแพร่มาก่อน ส่งต้นฉบับได้ ที่ นายแพทย์ทรงศักดิ์ บัวเบิก ห้องพักแพทย์ โรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร (โดยมีรายละเอียดหน้า 2)

การบอกรับเป็นสมาชิก

แพทย์และผู้สนใจบอกรับยโสธรเวชสารได้ที่ นายกิตติภูมิ อุปรา งานสารสนเทศ โรงพยาบาลยโสธร อัตราค่าสมัครปีละ 300 บาท พร้อมค่าส่ง

การลงโฆษณา

ติดต่อได้ที่...
เภสัชกรหญิง มลิวัลย์ จิระวิโรจน์
กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลยโสธร

เจ้าของ โรงพยาบาลยโสธร

ผู้อำนวยการ
นพ.สมศักดิ์ เชาว์ศิริกุล

คณะที่ปรึกษา
พญ.รุ่งฤดี ตั้งวงศ์ไชย
นางสาวกีรติ คำทอง
ภกญ.มลิวัลย์ จิระวิโรจน์
ศ.นพ.สุรศักดิ์ บูรณตรีเวทย์

บรรณาธิการ
นพ.ทรงศักดิ์ บัวเบิก

กองบรรณาธิการ
นพ.วสันต์ กริ่มวิรัตน์กุล
นพ.สุเมธี สาสีมา
พญ.อนิลธิตา พรมณี
นพ.สันติ ศิริรัตนพันธ์
พญ.ชมพูนุช เนตรหาญ
พญ.กาญจนา นนทรีย์
นพ.อธิธวัฒน์ อธิธนัยชัยภัทร
พญ.ธนาพร นิจพานิชย์
ทพ.ญ.กิตติพร สาสีมา
นพ.ภูมิศักดิ์ ธรรมวิริยารักษ์
นส.รุจาภา โสมาบุตร
นางอรอุมา บัวเบิก
นส.นิภาพร ลครวงษ์
นายสมพร จันทร์แก้ว
นายอิทธิพล สาระชาติ
นส.ฐิรพร อัฒวิศรุต
นางพิมพิชฌา ไตรยพันธ์

ฝ่ายจัดการ
นายสิทธิชัย ทองบ่อ
นายกิตติภูมิ อุปรา

คำชี้แจงการส่งบทความลงพิมพ์ในยโสธรเวชสาร

คำชี้แจงการส่งบทความลงพิมพ์ในยโสธรเวชสาร

บทความที่ได้รับการพิจารณาให้ตีพิมพ์ในยโสธรเวชสาร นิพนธ์ต้นฉบับให้พิมพ์ด้วย Microsoft Word for Windows ใช้ Angsana new ขนาด 7 บนกระดาษ A4 หน้าเดียว

1. บทความ

นิพนธ์ต้นฉบับ: ประกอบด้วย บทคัดย่อภาษาไทย บทคัดย่อภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ผลการวิจัย/ผลการทดลอง วิจารณ์ผล/อภิปรายผล สรุปผล ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง ความยาวทั้งบทความไม่ควรเกิน 7 หน้ากระดาษ A4

2. ชื่อบทความ / ผู้นิพนธ์

มีทั้งภาษาไทยและ อังกฤษ พร้อมทั้งวุฒิการศึกษา และสถาบันที่ทำงาน ตัวอย่างเช่น

อัตราการเสียชีวิตและปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก ในโรงพยาบาลยโสธร

Mortality rate and Risk factor of infant with very low birth weight in Yasothon hospital

Veeranoot Suparajitaporn, M.D. วีระนุช ศุภรจิตพร พ.บ.

Dip., thai Board of Pediatrics วว. กุมารเวชศาสตร์

Yasothon hospital Yasothon province โรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร

3. รูปแบบบทคัดย่อ

เพื่อให้อ่านง่าย และเป็นรูปแบบเดียวกัน ให้มีบทคัดย่อทั้งภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ สรุปเนื้อหากะทัดรัด โดยมีหัวข้อดังนี้

บทคัดย่อ	Abstract
วัตถุประสงค์ :	Objective:
วิธีศึกษา :	Methods:
ผลการศึกษา :	Results:
สรุป:	Conclusion:
คำสำคัญ:	Key words:

4. วิธีอ้างอิงในเนื้อเรื่อง

อ้างอิงแบบตัวเลขยกขึ้น ตามลำดับเลขที่เอกสารอ้างอิง (ใช้รูปแบบแวนคูเวอร์)

5. เอกสารอ้างอิง (References)

5.1 วารสาร เรียงตามลำดับ ดังนี้

ชื่อผู้นิพนธ์. (ถ้ามากกว่า 6 คน หรือน้อยกว่า 6 คน ให้ระบุชื่อทุกคน แต่ถ้าผู้แต่งมีตั้งแต่ 7 คนขึ้นไป ให้ระบุชื่อ 6 คนแรก ก่อนเติม et al.) ชื่อบทความ(ชื่อเรื่องในวารสาร). ชื่อย่อวารสาร ปี;วารสารพิมพ์เป็นปีที่ volume (ฉบับที่):หน้าที่อ้างถึง(หน้าแรก – หน้าสุดท้าย ของเรื่องที่อ้างถึง)

ตัวอย่าง

สุภาวดี หารวาระ. ผลการเตรียมเพื่อการคลอดด้วยตนเอง ต่อการเผชิญความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในระยะคลอด. ยโสธรเวชสาร 2554;13:5-10.

5.2 **หนังสือ** เรียงตามลำดับดังนี้

ชื่อผู้แต่ง/ชื่อบรรณาธิการ/ชื่อผู้เรียบเรียง. ชื่อเรื่อง พิมพ์ครั้งที่. สถานที่หรือเมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

วันดี วราวิทย์. อุจจาระร่วงในเด็ก. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2537.

5.3 **เวบไซต์** เรียงตามลำดับดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ชื่อย่อวารสารอิเลคทรอนิกส์ [serial online] ปี เดือน (ถ้ามี); volume number(issue number): [จำนวนหน้าของเรื่องที่ปรากฏบนจอ]. สืบค้นจาก URL ..... วัน เดือน ปี ที่ทำการสืบค้น.

ตัวอย่าง

HIV & AIDS in Thailand. AVERTing HIV and AIDS (Serial online): [5 seen]. Available from: http://www.avert.org/Thailand-aids-hiv.htm. Acessed August 8, 2010.

5.4 **วิทยานิพนธ์** เรียงตามลำดับดังนี้

ชื่อผู้ทำวิทยานิพนธ์. ชื่อวิทยานิพนธ์. ระดับปริญญา. สถาบันการศึกษา; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

อารีย์ ฟองเพชร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการสนับสนุนจากครอบครัวกับแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดคลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.

ข้อ 6. ต้องไม่ส่งเผยตีพิมพ์แพร่หลายแห่ง

ข้อ 7. เนื้อหาในบทความทุกบทความอยู่ในความรับผิดชอบหลักของผู้นิพนธ์ กองบรรณาธิการ มีหน้าที่เพียงส่วนหนึ่งของกระบวนการตีพิมพ์และเผยแพร่

ข้อ 8. **วิธีส่งบทความ** เลือกส่งได้ 2 ช่องทางคือ

8.1 ส่งทางไปรษณีย์ ส่งบทความที่พิมพ์ตามแบบที่กำหนดพร้อมเลขหน้ากำกับพร้อมสำเนา (รวมเป็น 2 ชุด) และแผ่น CD บันทึกไฟล์บทความ วงเล็บมุมซองว่า “บทความวารสาร” ถึง บรรณาธิการยโสธรเวชสาร นพ.ทรงศักดิ์ บัวเบิก ห้องพักแพทย์ โรงพยาบาลยโสธร อ.เมืองยโสธร จ.ยโสธร 35000

8.2 ส่งทาง E-mail ส่งต้นฉบับในรูป E-mail มาที่ drsongsak@hotmail.com

ข้อ 9. **ที่ติดต่อและเบอร์โทรศัพท์ของผู้นิพนธ์** ควรระบุให้ชัดเจนพร้อมกับอีเมล์

บทบรรณาธิการ

เรียนท่านผู้อ่านและสมาชิก ยโสธรเวชสารทุกท่าน ทางกองบรรณาธิการมีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่ผู้วิจัยได้ให้เกียรติส่งผลงานมาตีพิมพ์ในยโสธรเวชสารอย่างต่อเนื่อง ทั้งบุคลากรของโรงพยาบาลยโสธรเอง และภายนอกโรงพยาบาล รวมทั้งจังหวัดใกล้เคียง ซึ่งแสดงถึงความเชื่อถือและไว้วางใจในคุณภาพของยโสธรเวชสารของเรา โดยในฉบับนี้มีผลงานของคุณหมอ 1 เรื่อง และพยาบาล 5 เรื่อง ซึ่งล้วนเป็นผลงานที่ดี มุ่งเน้นในการศึกษาหาวิธีการใหม่ ๆ มาปรับใช้ในการรักษาผู้ป่วยของเราให้ดียิ่ง ๆ ขึ้นไป สำหรับฉบับต่อ ๆ ไป ก็หวังว่าจะได้รับความไว้วางใจจากท่านเช่นเดิมครับ ยโสธรเวชสารของเรายินดีที่จะเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานของท่าน เพื่อให้ผู้อ่านทั้งในและนอกวงการแพทย์ได้นำไปศึกษาและปรับใช้กับงานของตนเองต่อไป

ขอแสดงความนับถือ
นายทรงศักดิ์ บัวเบิก
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านโสต ศอ นาสิก
โรงพยาบาลยโสธร
บรรณาธิการ

สารบัญ
MEDICAL JOURNAL OF YASOTHON HOSPITAL

การศึกษาผลของยาพ่นจมูกคอร์ติโคสเตียรอยด์ต่อความดันลูกตาในผู้ป่วยโรคเยื่อบุจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ในโรงพยาบาลมุกดาหาร 49
Effect of intranasal corticosteroids on intraocular pressure in case allergic rhinitis of Mukdahan hospital
ปิยพงษ์ บำรุง

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กรณีศึกษาโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในเขตตำบลหนองคู อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร 56
Sexual risk behaviors among students in junior high school
Case studies of high school students in Tambon Nongkhu Muang district Yasothon province
เพียรจิตต์ ภัทรฤดีพงศ์

รูปแบบการสร้างการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรม เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด 68
Model for create sex education learning for sex risk behavior prevention in 2nd high school students Phanomphrai district Roi Et province
ชุติมา ปัตลา

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังในการผ่าตัดต่อมลูกหมากโตด้วยวิธีการส่องกล้อง 74
Nursing care aging for transurethral resection of the prostate under spinal block : case study
พิมพ์พิชฌา ไตยพันธ์

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ 85
Nursing care of the patient with septic shock
เยาวลักษณ์ เวชกามา

การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักน้อยมากร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว ภาวะติดเชื้อและความไม่สมดุลกรดและด่าง 95
Nursing care of respiratory distress syndrom of the extream low birth weight newbron and complication : case study
วิภาดา เชื้อศุภโรบล

การศึกษาผลของยาพ่นจมูกคอร์ติโคสเตียรอยด์ต่อความดันลูกตาในผู้ป่วยโรคเยื่อบุจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ ในโรงพยาบาลมุกดาหาร

Effect of intranasal corticosteroids on intraocular pressure in case allergic rhinitis of Mukdahan hospital

Piyapong Bamroong, M.D.
Dip. Thai Board of Otorhinolaryngology
Mukdahan hospital
Mukdahan province

ปิยพงษ์ บำรุง พ.บ.
วว. โสต ศอ นาสิกวิทยา
โรงพยาบาลมุกดาหาร
จังหวัดมุกดาหาร

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาถึงผลของยาพ่นจมูกคอร์ติโคสเตียรอยด์ ว่ามีผลต่อความดันลูกตาหรือไม่

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาแบบ before – after cohort study มีผู้ป่วยทั้งหมด 40 คนที่มาตรวจ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลมุกดาหาร ตั้งแต่เดือน ม.ค.- ต.ค. 2559 แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 20 คน ใช้การกระจายตัวอย่างแบบสุ่ม (randomization) โดยวิธีการจัดสรรแบบ block of 4 randomization กลุ่ม A ได้รับยา Budesonide กลุ่ม B ได้รับยา Fluticasone furoate ทำการศึกษาในผู้ป่วยนอกที่มาตรวจ ณ แผนกโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลมุกดาหาร ผู้ป่วยทุกคนจะต้องได้รับการตรวจวัดค่าความดันลูกตา ทั้งก่อนได้รับยาและหลังได้รับยา 1 และ 3 เดือนตามลำดับ เปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Repeated ANOVA และเปรียบเทียบระหว่างยา Budesonide กับ Fluticasone furoate โดยใช้สถิติ ANCOVA

ผลการศึกษา : พบว่าในกลุ่มที่ใช้ยาพ่นจมูกสเตียรอยด์ Budesonide มีค่าความดันลูกตาโดยเฉลี่ยก่อนใช้ยาอยู่ที่ 13.1 +/- 1.6 mmHg และ 13.45 +/- 1.5, 13.57 +/- 1.6 mmHg หลังใช้ยา 1 เดือนและ 3 เดือน ตามลำดับ ซึ่งความดันลูกตาทั้งก่อนและหลังใช้ยาไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P = 0.339) ในขณะกลุ่มที่ใช้ยาพ่นจมูกสเตียรอยด์ Fluticasone furoate มีค่าความดันลูกตาโดยเฉลี่ยก่อนใช้ยาอยู่ที่ 13.03 +/- 1.6 mmHg และ 13.18 +/- 1.5, 13.33 +/- 1.5 mmHg หลังใช้ยา 1 เดือน และ 3 เดือน ตามลำดับซึ่งความดันลูกตาทั้งก่อนและหลังใช้ยาไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P = 0.255) เมื่อเปรียบเทียบความดันลูกตาหลังการใช้ยาพ่นจมูกสเตียรอยด์ระหว่างกลุ่มที่ใช้ยา Budesonide กับกลุ่มที่ใช้ยา Fluticasone furoate ก็พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P > 0.05)

สรุป : การใช้ยาพ่นจมูกสเตียรอยด์ในขนาดยาที่ปกติต่อเนื่องกันเป็นเวลา 3 เดือนไม่มีผลต่อความดันลูกตาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความดันลูกตาหลังจากการใช้ยา Budesonide กับ Fluticasone furoate ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : ความดันลูกตา ,ยาพ่นจมูกสเตียรอยด์ ,ฟลูติคาโซน, บูเดโซไนด์

Abstract

Objective : to study the different of intraocular pressure between pre and post intranasal steroid used.

Methods : Forty patients who had allergic rhinitis and visited ENT clinic at Mukdahan hospital on Jan – Oct 2016 were included in this study. Block of four randomization were done to divided patients into

2 groups : group A : Budesonide nasal spray and group B : Fluticasone furoate nasal spray. Intraocular pressure were measured in all patients before intranasal steroid used and after intranasal steroid used after 1 and 3 months. Repeated ANOVA and ANCOVA statistic were done to compared the data in group and between groups.

Results : In group A , intraocular pressure before and after Budesonide nasal spray used after 1 and 3 months were 13.1 +/- 1.6 mmHg , 13.45 +/- 1.5 mmHg and 13.57 +/- 1.6 mmHg. There were no statistical significant (P = 0.339) . As same as in group B , intraocular pressure before and after Fluticasone furoate nasal spray used after 1 and 3 months were 13.03 +/- 1.6 mmHg , 13.18 +/- 1.5 mmHg and 13.33 +/- 1.5 mmHg . There were no statistical significant (P = 0.255). Comparison of the different of intraocular pressure between pre and post intranasal steroid used between group did not reveal any statistically significant difference (p > 0.05).

Conclusion : There were no statistically significant difference of intraocular pressure between pre and post Budesonide nasal spray and Fluticasone furoate nasal spray used in group and between groups.

Key words : Intraocular Pressure , Intranasal Corticosteroids ,Fluticasone furoate , Budesonide

บทนำ

ในปัจจุบันพบว่ามีผู้ป่วยที่เป็นโรคเยื่อบุจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ (allergic rhinitis) จำนวนมากและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ รวมทั้งผู้ป่วยนอกที่มาตรวจในแผนกโสต ศอ นาสิก ของโรงพยาบาลมุกดาหารก็เป็นเช่นนั้น และในการรักษาผู้ป่วย allergic rhinitis ในปัจจุบันนั้น ยาที่มีบทบาทสำคัญในการรักษาก็คือ ยาพ่นจมูกคอร์ติโคสเตียรอยด์นั่นเอง

ยาพ่นจมูกคอร์ติโคสเตียรอยด์ จึงเป็นที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย ทั้งยังหาซื้อได้ง่ายตามร้านขายยาทั่วไป ปัจจุบันจึงมียาพ่นจมูกคอร์ติโคสเตียรอยด์ให้เลือกใช้อยู่มากมายหลายชนิด เป็นที่ทราบกันดีว่าการใช้ยาสเตียรอยด์สามารถทำให้ความดันลูกตาเพิ่มสูงขึ้นได้เมื่อให้ในรูปแบบของ oral form, periocular injection, ophthalmic drop และแบบ cream, lotion หรือ ointment ที่ใช้บริเวณใบหน้าและหนังตา เป็นระยะเวลานานๆ[5,6]

Opatowsky I et al. (1995) ได้รายงานการศึกษาเป็น case report พบว่ามีผู้ป่วย 3 รายที่ความดันลูกตาเพิ่มสูงขึ้น หลังจากใช้ยา beclomethasone dipropionate ทั้งแบบ nasal spray และ inhalation แต่มีผู้ป่วย 2 รายที่ความดันลูกตาลดลงมาอยู่ในระดับก่อนให้ยา หลังจากหยุดยาดังกล่าว ขณะที่ผู้ป่วยอีก 1 ราย ต้องได้รับยา pilocarpine เพื่อควบคุมระดับความดันลูกตาพร้อมกับการให้ยา inhaled beclomethasone ต่อไป[1] แต่ทั้ง 3 ราย นั้นล้วนแต่เป็นผู้สูงอายุและเป็นโรคเบาหวาน อีกทั้งยังมีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นต้อหินอีกด้วย ซึ่งมีความเสี่ยงในการที่จะเกิดโรคต้อกระจกและต้อหินได้มากอยู่แล้ว

Ozturk F et al. (1998) ได้ทำการศึกษาแบบ prospective study ในผู้ป่วย 26 ราย (chronic rhinosinusitis 12 ราย, nasal polyp 13 ราย, allergic fungal rhinosinusitis 1 ราย) ที่เข้ารับการผ่าตัด endoscopic sinus surgery และได้รับยาหลังการผ่าตัดเป็น budesonide nasal spray 18 ราย, beclomethasone dipropionate nasal spray 8 ราย ขนาด 200 ตg วันละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 3 - 19 เดือน ไม่พบว่ามีการเพิ่มขึ้นของความดันลูกตาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบว่าเกิดโรคต้อกระจกตามมาอีกด้วย[2] แต่การศึกษานี้มิได้กำหนดระยะเวลาการใช้ยาที่เท่ากันแน่นอนไว้จึงอาจจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความดันลูกตาในผู้ป่วยแต่ละรายได้ อีกทั้งจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษาก็มีจำนวนน้อยเกินไป

Dibildox J. (2001) ได้ทำการศึกษาแบบ systematic review เรื่องยา intranasal mometasone furoate ถึง

safty & efficacy ของยา โดยศึกษาในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ 990 รายแบบ clinical trials study แบ่งเป็น 3 phase พบว่าการให้ยา mometasone furoate ขนาด 100 และ 200 mg/day มีประสิทธิภาพมากกว่าการให้ยา beclomethasone dipropionate 168 mg/day หรือ mometasone furoate 25 mg/day และยา mometasone furoate ขนาด 100 mg/day ก็เป็นขนาดที่เหมาะสมที่จะใช้ในเด็ก เมื่อให้ยาต่อในเด็กอายุ 3-11 ปีจำนวน 381 รายติดต่อกัน 4 สัปดาห์ก็ยังพบว่าอาการของผู้ป่วยดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อให้ยาต่อในผู้ป่วย 166 รายเป็นระยะเวลานาน 1 ปี ก็ไม่พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของความดันลูกตาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรือตรวจพบว่าเกิดต้อกระจกเลย [7]แต่การศึกษานี้ก็ทำการศึกษาเพียงแค่ยาตัวเดียว อีกทั้งยังเป็นเพียงแค่การศึกษาในเด็กเท่านั้นมิใช่ประชากรส่วนใหญ่

Spiliotopoulos C et al. (2007) ได้ทำการศึกษาแบบ prospective study ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเยื่อบุจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ จำนวน 54 ราย ซึ่งได้รับยาพ่นจมูกสเตียรอยด์ โดยทำการวัดความดันลูกตาก่อนให้ยากับหลังให้ยาทุก 5 วัน หากความดันไม่เพิ่ม, ทุก 2 วันหากความดันเพิ่มขึ้น ซึ่งทำการวัดเป็นเวลาตั้งแต่ 27-35 วัน พบว่าความดันลูกตาของผู้ป่วย 36 รายไม่มีการเปลี่ยนแปลง, 6 ราย ความดันลูกตาเพิ่มขึ้น 1 mmHg, 5 ราย เพิ่มขึ้น 2 mmHg, 3 ราย เพิ่มขึ้น 3 mmHg และ4 ราย เพิ่มขึ้น 4 mmHg โดยความดันลูกตาของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นนั้นยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ และพบว่าความดันลูกตาของผู้ป่วยทุกรายทั้งก่อนและหลังให้ยาไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[4] แต่การศึกษานี้แสดงแค่เพียงการใช้ยาระยะสั้น ๆ เท่านั้น ในขณะที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจำเป็นที่จะต้องใช้ยาเป็นระยะเวลานานๆ

Man LX et al. (2013) ได้ทำการศึกษาแบบ prospective study ในผู้ป่วย 23 รายหลังการผ่าตัดไซนัส 2 ข้าง (Bilateral Endoscopic Sinus Surgery) โดยใช้ยาพ่นจมูก Fluticasone propionate 3 mg ผสม saline solution 240 ml ล้างจมูกวันละ 2 ครั้งเป็นเวลา 6 สัปดาห์ แล้วทำการวัดระดับ salivary cortisol, intraocular pressure และการเกิด posterior subcapsular cataract พบว่าระดับ salivary cortisol และ intraocular pressure ทั้งก่อนและหลังให้ยาไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งไม่พบการเกิด posterior subcapsular cataract เลย[3] แต่การศึกษานี้ก็ทำการศึกษาเพียงแค่ยาตัวเดียว ทั้งยังใช้ยาเพียงแค่ระยะสั้น ๆ เท่านั้น

การที่ผู้ป่วยมีความดันลูกตาเพิ่มสูงขึ้นก็ย่อมมีความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคต้อกระจกและต้อหินตามมาได้ ดังนั้นในการศึกษาวิจัยนี้จึงมุ่งหวังที่จะศึกษาถึงผลของยาพ่นจมูกคอร์ติโคสเตียรอยด์ทั้ง 2 ชนิดที่ใช้บ่อยในโรงพยาบาลมุกดาหาร ว่ามีผลต่อความดันลูกตาหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์หลักของการศึกษาวิจัยนี้เพื่อศึกษาว่าการใช้ยาพ่นจมูกคอร์ติโคสเตียรอยด์ มีผลต่อความดันลูกตาหรือไม่ ส่วนวัตถุประสงค์รองเพื่อเปรียบเทียบดูความดันลูกตาระหว่างการใช้ยาพ่นจมูกสเตียรอยด์ budesonide (Bunase) กับ fluticasone furoate (Avamys)

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ before – after cohort study มีผู้ป่วยทั้งหมด 40 คน แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 20 คน ใช้การกระจายตัวอย่างแบบสุ่ม (randomization) โดยวิธีการจัดสรรแบบบล็อค (block randomization) และในการศึกษานี้ใช้ block of 4 ซึ่งมีอยู่6 แบบไม่ซ้ำกันจัดเรียงอันดับสลับตำแหน่งกันไป

กลุ่ม A ได้รับยา Budesonide 2 puff OD/ข้าง (400 μg/day)

กลุ่ม B ได้รับยา Fluticasone furoate 2 puff OD/ข้าง (110 mg/day)

ทำการศึกษาในผู้ป่วยนอกที่มาตรวจ ณ แผนกโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลมุกดาหาร ตั้งแต่เดือนมกราคม 2559 – ตุลาคม 2559 ผู้ป่วยทุกคนจะต้องได้รับการตรวจ ENT examination, Eye examination โดยจักษุแพทย์ก่อนได้รับยา และได้รับการตรวจวัดค่าความดันลูกตา ทั้งก่อนได้รับยา

และหลังได้รับยา 1 และ 3 เดือนตามลำดับ โดยใช้วิธีวัดแบบ Autotension โดยพยาบาลเวชปฏิบัติทางจักษุคนเดียวกัน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น allergic rhinitis

2. อายุ 15 - 60 ปี

เกณฑ์การคัดออก

1. เป็นเบาหวาน ต้อกระจก หรือต้อหิน

2. มีประวัติแพ้ยาสเตียรอยด์

3. เคยได้รับยาสเตียรอยด์ติดต่อกันนานมากกว่า 1 สัปดาห์ ทั้งแบบ oral form และแบบ topical form (periocular injection, ophthalmic drop และแบบ cream, lotion หรือ ointment ที่ใช้บริเวณใบหน้าและหนังตา)[5,6] ภายใน 1 เดือน และ 2 สัปดาห์ตามลำดับ ก่อนเข้าร่วมวิจัย

4. ใช้ยาที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความดันลูกตาอยู่เป็นประจำ เช่น ยาในกลุ่ม anticholinergic drug (benztropine, trihexylphenadyl, diphenhydramine)

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

เปรียบเทียบดูความสัมพันธ์ระหว่างความดันลูกตาก่อนและหลังใช้ยาพ่นจมูกคอร์ติโคสเตียรอยด์ โดยใช้สถิติ Repeated ANOVA

เปรียบเทียบดูความสัมพันธ์ในเรื่องความดันลูกตา ระหว่างยา Budesonide กับ Fluticasone furoate โดยใช้สถิติ ANCOVA

ผลการศึกษา

มีผู้ป่วยที่ถูกคัดเลือกเข้าสู่การศึกษาทั้งสิ้น 40 คน เป็นผู้หญิง 22 คน ผู้ชาย 18 คน อายุอยู่ระหว่าง 15-58 ปี(mean= 30.4) มีค่าความดันลูกตาก่อนทำการศึกษาอยู่ระหว่าง 9.5-18.0 mmHg. ดังแสดงในตารางที่1

ตารางที่ 1

Data	Budesonide	Fluticasone furoate
Sex		
- Male	10	8
- Female	10	12
Age		
- Mean	30.45	30.35
- Range	15 - 53	16-58
IOP(mmHg)		
- Mean	13.1	13.03
- Range	9.5 - 11.5	9.5 - 18.0

จากการศึกษาพบว่าหลังการใช้ยาพ่นจมูกสเตียรอยด์ทั้ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม Budesonide และกลุ่ม Fluticasone furoate มีผู้ป่วยที่มีค่าความดันลูกตาเพิ่มสูงขึ้นจำนวน 11 คน (55%) และ 10 คน (50%) ตามลำดับ โดยในกลุ่ม Budesonide มีผู้ป่วยที่มีค่าความดันลูกตาเพิ่มสูงขึ้นมากที่สุดถึง 4.0 mmHg. ในขณะที่กลุ่ม Fluticasone furoate มีผู้ป่วยที่มีค่าความดันลูกตาเพิ่มสูงขึ้นมากที่สุด 3.0 mmHg. แต่ทั้งนี้ค่าความดันลูกตาที่เพิ่มสูงขึ้นนั้นก็มิได้สูงเกินกว่าค่าปกติ (< 21mmHg.)

พบว่าในกลุ่มที่ใช้ยาพ่นจมูกสเตียรอยด์ Budesonide มีค่าความดันลูกตาโดยเฉลี่ยก่อนใช้ยาอยู่ที่ 13.1 +/- 1.6 mmHg และ 13.45 +/- 1.5, 13.57 +/- 1.6 mmHg หลังใช้ยา 1 เดือนและ 3 เดือน

ตามลำดับ ซึ่งความดันลูกตาทั้งก่อนและหลังใช้ยาไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P = 0.339)

ในขณะกลุ่มที่ใช้ยาพ่นจมูกสเตียรอยด์ Fluticasone furoate มีค่าความดันลูกตาโดยเฉลี่ยก่อนใช้ยาอยู่ที่ 13.03 +/- 1.6 mmHg และ 13.18 +/- 1.5, 13.33 +/-1.5 mmHg หลังใช้ยา 1 เดือนและ 3 เดือน ตามลำดับ ซึ่งความดันลูกตาทั้งก่อนและหลังใช้ยาไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P = 0.255) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2

Group	Mean	SD	P Value
B0	13.1	1.6	
B1	13.45	1.5	0.339
B3	13.57	1.6	
F0	13.03	1.6	
F1	13.18	1.5	0.255
F3	13.33	1.5	

B = Budesonide gr., F = Fluticasone furoate gr.

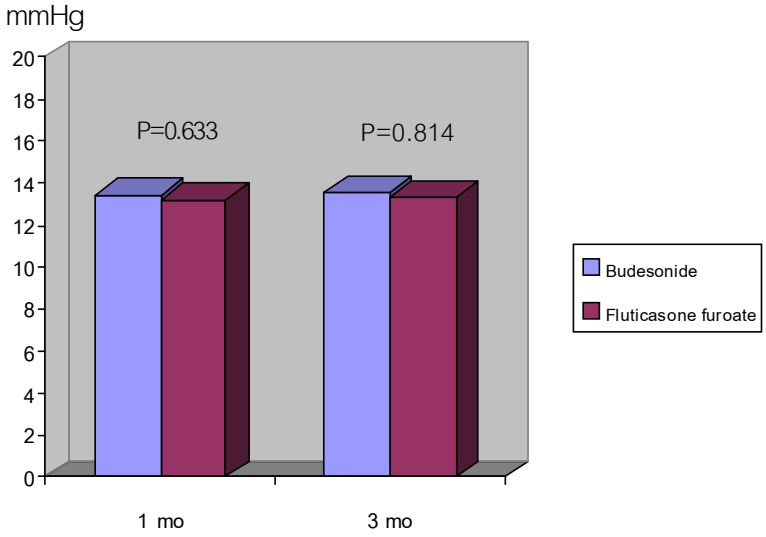
0 = ก่อนใช้ยา, 1 = หลังใช้ยา 1 เดือน, 3 = หลังใช้ยา 3 เดือน

เมื่อเปรียบเทียบความดันลูกตาหลังการใช้ยาพ่นจมูกสเตียรอยด์ที่ 1 เดือนและ 3 เดือนระหว่างกลุ่มที่ใช้ยา Budesonide กับกลุ่มที่ใช้ยา Fluticasone furoate ก็พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P > 0.05) ดังแสดงในตารางที่ 3 และกราฟที่ 1

ตารางที่ 3

ระยะเวลาการใช้ยา (เดือน)	Budesonide	Fluticasone furoate	P Value
1	13.45 +/- 1.5	13.18 +/- 1.5	0.633
3	13.57 +/- 1.6	13.33 +/- 1.5	0.814

กราฟที่ 1



วิจารณ์

โรคเยื่อบุจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ มีการรักษาได้หลากหลายวิธี ทั้งแบบที่ใช้ยาและไม่ใช้ยา ในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องใช้ยา ก็พบว่ามียาหลากหลายชนิดที่ใช้ในการรักษา รวมทั้งยาพ่นจมูกคอร์ติโคสเตียรอยด์ ในการใช้ยาจำเป็นต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน อาจทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา ความเสี่ยงที่สำคัญอย่างหนึ่ง ก็คืออาจจะมีผลต่อความดันลูกตา ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาว่า การใช้ยาพ่นจมูกคอร์ติโคสเตียรอยด์มีผลต่อความดันลูกตาหรือไม่

โดยทำการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยโรคเยื่อบุจมูกจากภูมิแพ้ จำนวนทั้งหมด 40 ราย แบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม ได้รับ ยาพ่นจมูกสเตียรอยด์ Budesonide และ Fluticasone furoate ตามลำดับ ระยะเวลาใช้ยานาน 3 เดือน ผลจากการศึกษาพบว่ามีผู้ป่วยที่มีค่า ความดันลูกตาเพิ่มสูงขึ้นจำนวน 11 คน (55%) และ 10 คน (50%) ตามลำดับ โดยในกลุ่ม Budesonide มีผู้ป่วยที่มีค่า ความดันลูกตาเพิ่มสูงขึ้นมากที่สุดถึง 4.0 mmHg. ในขณะที่ Fluticasone furoate มีผู้ป่วยที่มีค่าความดันลูกตาเพิ่มสูงขึ้นมากที่สุด 3.0 mmHg. แต่ทั้งนี้ค่าความดันลูกตาที่เพิ่มสูงขึ้นนั้นก็มิได้สูงเกินกว่าค่าปกติ (< 21mmHg.) รวมทั้งความดันลูกตาทั้งก่อนและหลังใช้ยาทั้ง 2 กลุ่มก็ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P = 0.339 และ P= 0.255 ตามลำดับ) แสดงว่าการใช้ยาพ่นจมูกสเตียรอยด์ไม่มีผลต่อความดันลูกตา แต่การที่ความดันลูกตาเพิ่มสูงขึ้นนั้น อาจจะเป็นผลมาจาก Diurnal variation ของความดันลูกตา ในขณะวัดก็เป็นได้ เพราะผู้ป่วยบางคนไม่ได้มาทำการวัดความดันลูกตาตรงตามเวลาเดิม (เช้าหรือบ่าย) ที่เคยวัดในแต่ละครั้ง หรืออาจจะเป็นผลจากปัจจัยอย่างอื่นที่ควบคุมไม่ได้ เช่น ความเครียด เป็นต้น

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบความดันลูกตาหลังจากการใช้ยาพ่นจมูกสเตียรอยด์ Budesonide กับ Fluticasone furoate ว่ามีผลแตกต่างกันหรือไม่ ซึ่งพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตลอดระยะเวลาที่ใช้ยา 3 เดือน (P = 0.633, P = 0.814 ตามลำดับ)

สรุป

จากผลการศึกษาวิจัยพบว่า การใช้ยาพ่นจมูกคอร์ติโคสเตียรอยด์ต่อเนื่องกันในขนาดยาที่ปกติเป็นเวลา 3 เดือน ไม่มีผลต่อความดันลูกตาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความดันลูกตาหลังจากการใช้ยา Budesonide กับ Fluticasone furoate ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Opatowsky Ira. Intraocular pressure elevation associated with inhalation and nasal corticosteroids. Ophthalmology 1995; vol 102, 2 : 177 – 179
2. Ozturk Faruk. Evaluation of intraocular pressure and cataract formation following the long term use of nasal corticosteroids. Ear Nose & Throat Journal 1998; vol 77, 10 : 846 – 851
3. Man LX, Farhood Z, Luong A, Fakhri S, Feldman RM, Orlander PR. The effect of intranasal fluticasone propionate irrigations on salivary cortisol, intraocular pressure, and posterior subcapsular cataracts in postsurgical chronic rhinosinusitis patients. Internal Forum Allergy Rhinology 2013; Dec 2;3(12): 953-7
4. Christos Spiliotopoulos et al. The effect of nasal steroid administration on intraocular pressure. Ear Nose & Throat Journal 2007; vol 86, 7 : 394 – 395
5. Rennie Ian G. Clinical important ocular reactions to systemic drug therapy. Drug Safety 1993; 9]= [-p0o(3) : 196 – 211
6. Skuta G L , Morgan R K . Corticosteroid-induced glaucoma. In : Ritch R , Shields M B , Krupin T , eds. The Glaucoma. St Louis , Mo : Mosby-Year Book inc 1996; 1177 - 1188

7. Dibildox Javier. Safty and efficacy of mometasone furoate aqueous nasal spray in children with allergic rhinitis : results of recent clinical trials. J Allergy Clin Immunol 2001; vol 108 , No 1 : S54 – S58
8. Clinical Practice Review : Drugs for allergy . The Institute for Community Pharmacy 2003; vol 1 , Issue 4
9. Intranasal Corticosteroids for Allergic Rhinitis. www.medscape.com/viewarticle/444368_5

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กรณีศึกษาโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในเขตตำบลหนองคู อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

Sexual risk behaviors among students in junior high school Case studies of high school students in Tambon Nongkhu Muang district Yasothon province

Peainchit Puttararudeepong , B.S.
Health Promoting Hospital Tambon Nongkhu
Yasothon province.

เพียรจิตต์ ภัทรฤดีพงศ์ วท.บ.
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคู
จังหวัดยโสธร

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และพฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นอารมณ์ทางเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตตำบลหนองคู อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยเชิงสำรวจกับนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 จำนวน 88 คน ระหว่างวันที่ 1–30 มิถุนายน 2559 โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ 15 ปี กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ได้เงินมาโรงเรียนวันละ 21-30 บาท และรู้สึกว่าเพียงพอ บุคคลสนิทที่คอยปรึกษาปัญหาส่วนตัว คือ บิดา มารดา พักอาศัยอยู่กับบิดา มารดา สถานภาพสมรสของบิดา มารดา คือ อยู่ด้วยกัน อาชีพหลักของบิดา มารดา คือ รับจ้าง และส่วนใหญ่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ มีเพียง 8 คนที่เคยมีเพศสัมพันธ์ และในจำนวน 8 คน นี้ พบว่า มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับแฟนหรือคู่รัก กลุ่มตัวอย่าง 4 คน มีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศมากกว่า 1 คน ทั้ง 8 คนมีการป้องกันการตั้งครรภ์หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นประจำ ไม่เคยป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และคิดว่าเมื่อป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะปรึกษาและรักษากับแพทย์ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโดยรวมถูกต้องอยู่ในระดับดี และมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศถูกต้องอยู่ในระดับปานกลางเกี่ยวกับการอยู่ตามลำพังกับเพื่อนต่างเพศ การจับมือถือแขนกับเพื่อนต่างเพศหรือการสัมผัสร่างกาย การดูสื่อประเภทยั่วยุทางกามารมณ์ การทำกิจกรรมทางเลือก เมื่อเกิดอารมณ์ทางเพศ เจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียน โดยรวมมีความถูกต้องอยู่ในระดับดี แต่มีเจตคติที่ต้องปรับปรุงใน 2 ประเด็น คือ การแสดงออกถึงความรักของผู้หญิงที่แสดงออกโดยการเสียตัวให้กับผู้ชายคู่รักและมองว่าการทำแท้งเป็นสิ่งที่ควรกระทำเพื่อแก้ไขปัญหาสังคมที่อาจจะตามมา ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นอารมณ์ทางเพศของนักเรียน พบว่า โดยรวมมีพฤติกรรมถูกต้องอยู่ในระดับดี แต่พบว่ามีความถูกต้องอยู่ในระดับปานกลางใน 3 ประเด็นคือมีการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมา การเที่ยวสถานบันเทิง เช่น ผับ บาร์ และการจับมือถือแขน โอบ กอดคนรัก

สรุป : ถึงแม้ผลการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และพฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นอารมณ์ทางเพศของนักเรียนโดยรวมจะถูกต้องดี แต่ควรปรับปรุงเรื่องการอยู่ตามลำพังและการสัมผัสร่างกายกับเพื่อนต่างเพศ การดูสื่อประเภทยั่วยุทางกามารมณ์ และปรับปรุงเจตคติเกี่ยวกับ

การเสียตัวให้กับผู้ชายคู่รักและการทำแท้ง ส่วนสิ่งกระตุ้นอารมณ์ทางเพศที่นักเรียนควรงด คือมีการดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มมึนเมา การเที่ยวสถานบันเทิง เช่น ผับ บาร์ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะมีการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศรวมถึงปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงปารถนาของนักเรียนและวัยรุ่นแบบบูรณาการโดยให้ชุมชน สถานศึกษา ครอบครัว และตัวของนักเรียนเอง ร่วมกันกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง

คำสำคัญ : พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ, เจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ, พฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ, นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

Abstract

Objective : To study sexual risk behavior. Attitudes towards sexual risk behaviors and risky behavior associated with sexual arousal of high school students beginning in Nongkhu Muang Yasothon.

Methods : The study Is a survey research whit students in grade 1-3 at 88 days between 1-30 June 2559, used a questionnaire to collect data.

Results : Sample Most are female, aged 15 years, is studying the third high school. the money to school 21-30 baht per day, and that is enough. Individuals who have personal problems is the father or mother. Staying with his father - his mother. Marital status of parents - his mother is living together. The main occupation of the father - the mother is employed, and most have never had sex with only eight men who had sex and were have sex for the first time with a girlfriend or lover. 4 people were having sex with more than one person of the opposite sex. The eight people who are preventing pregnancy or sexually transmitted infection regularly. Never sick a sexually transmitted infection. And to think that when patients are sexually transmitted infection treatment and will consult with a doctor. Sexual risk behaviors of high school students at the beginning. Overall, the sexual risk behavior was at a good level. And sexual risk behavior were to be in moderate level on. Being alone with Friend of opposite sex. To snuggle with a opposite sex or contact body. To view media provocation eroticism. Alternative activities on the erection. Attitudes towards sexual risk behaviors of students. Overall accuracy was good level. But attitudes have to improve in the second issue is a expression of the love of a woman by having sex with a male lover and that abortion is something that should be done to resolve the social problems that might ensue. What about the risk to sexually arouse the students' overall behavior was found to be at a good level. But the accuracy is moderate in three important is a binge or alcohol. Flight entertainment venues such as pubs, bars and snuggle couple embrace touch with a lover.

Conclusion : Conclusion: The results of the study, sexual risk behaviors. Attitudes towards sexual risk behaviors and risky behavior associated with sexual arousal of students overall will be good. But should be improved alone and the body contact with the opposite sex. To view media provocation eroticism. And improve attitudes about losing a lover to men and abortion. The erotic thing that students should abstain. Is there alcohol or alcoholic beverages. Flight entertainment venues such as pubs. Researchers have suggested a solution sexual risk behaviors, including the problem of unwanted pregnancies and teenage students desiring integrated with the community, schools, families and the students themselves.

Key words : Sexual risk behaviors, Attitudes towards sexual risk. Behaviors risk associated with sexual arousal. Students in junior high school.

บทนำ

ปัจจุบันวัยเรียน วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ที่นับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งยาเสพติด การมั่วสุม พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ รวมถึงการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันสมควรซึ่งเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวสังคมและประเทศชาติ สังคมไทยคาดหวังให้วัยรุ่นหญิงมีความบริสุทธิ์ไร้เดียงสาในเรื่องเพศ ซึ่งในวัยรุ่นไทย ซึ่งเป็นวัยที่มีพัฒนาการทางเพศอย่างรวดเร็วมีแรงขับทางเพศสูง ต้องการเรียนรู้เรื่องเพศ ประกอบกับสังคมและสภาพแวดล้อมในปัจจุบัน ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีมีการกระจายและเผยแพร่ได้อย่างอิสระวัยรุ่นสามารถเข้าถึงสื่อต่าง ๆ ได้โดยง่าย นอกจากนี้สถานบันเทิงประเภทยั่วยุทางเพศต่าง ๆ มีส่วนกระตุ้นความรู้สึกทางเพศและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ง่ายขึ้น มีแนวโน้มที่จะเรียนรู้เรื่องเพศและมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเร็วขึ้น เสี่ยงต่อการมีเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงปรารถนาตามมา และในขณะที่ยังไม่พร้อมที่จะมีบุตรก็มักแก้ปัญหาด้วยการทำแท้ง และวัยรุ่นส่วนใหญ่ก็เป็นวัยที่กำลังอยู่ในวัยเรียน เป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ ซึ่งประชากรกลุ่มนี้มีความสำคัญต่ออนาคตของชาติ ทั้งในเชิงการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง วัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศทำให้วัยรุ่นมีความสนใจเรื่องเพศตรงข้าม อยากรู้อยากลองเรื่องเพศ เริ่มคบเพื่อนต่างเพศ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และความรู้สึกทางเพศ จึงเกิดพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมได้ง่าย นำไปสู่ปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นทวีความรุนแรงมากขึ้น ในวัยรุ่นไทย จากการสำรวจพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ในปี พ.ศ. 2555 พบว่า นักเรียน ชายร้อยละ 5.3 และนักเรียนหญิงร้อยละ 5.1 เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว โดยอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในนักเรียนชายและหญิงที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว เท่ากับ 13.2 และ 13.3 ปี ตามลำดับ หากพิจารณาข้อมูลดังกล่าวตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมาจะพบว่าอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในคนกลุ่มนี้มีค่าอยู่ระหว่าง 12-13.5 ปี โดยมีแนวโน้ม ลดลงจนถึงปี พ.ศ. 2554 และกลับเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2555[1] ในพื้นที่อำเภอเมืองยโสธร มีอัตราเฉลี่ยการคลอดบุตรของมารดาที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ สูงกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดพ.ศ. 2552 – 2554 นอกจากนี้ยังส่งผลต่อการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งพบว่า สถานการณ์การติดเชื้อเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการของตั้งแต่ปี2536 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2555 ของจังหวัดยโสธร มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ถึง 3,644 ราย เสียชีวิตแล้ว 1,149 ราย ยังมีชีวิตอยู่ 2,494 ราย โดยในปี 2555 พบผู้ติดเชื้อทั้งหมด 99 ราย ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 47.6 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง ร้อยละ 26.7 และพบในนักเรียนนักศึกษา ถึงร้อยละ 3.0 ส่วนปัจจัยเสี่ยงเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์มากที่สุด ร้อยละ 84.0 โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 30-34 ปี ร้อยละ 26.1 รองลงมาเป็นกลุ่ม อายุ 35-39 ปี ร้อยละ 21.4 ส่วนกลุ่มวัยเรียนวัยรุ่น อายุ 15 – 24 ปี พบถึงร้อยละ 7.4 และพบอัตราการติดเชื้อมากที่สุด คืออำเภอเมืองยโสธร (อัตราป่วย 257.6 ต่อประชากรแสนคน) และจากข้อมูลการฝากครรภ์ของโรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร ส่วนหนึ่งเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยมตอนต้น และบิดาของเด็กในครรภ์ส่วนใหญ่เป็นคนรักหรือแฟนที่เป็นเพื่อนในหมู่บ้านหรือโรงเรียนเดียวกันนั่นเอง[2] จากสถิติของ “องค์การอนามัยโลก” ระบุว่า สัดส่วนผู้หญิงอายุ 15-19 ปีทั่วโลก ใน 1,000 คน จะเป็นแม่แล้ว 65 คน โดยค่าเฉลี่ยของทวีปเอเชีย อยู่ที่ 56 ต่อ 1,000 คนขณะที่ประเทศไทยพบว่า มีแม่วัยเด็ก มากถึง 90 ต่อ 1,000 คน[1] จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงทารกจำนวนหนึ่งต้องอยู่ในการดูแลของมารดาวัยรุ่นที่ยังมีวุฒิภาวะไม่พร้อมทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการของทารกของมารดาวัยรุ่นส่งผลกระทบ

ต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์และสังคม และหากมีการชี้นำหรือขัดเกลา สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องเพศที่ถูกต้องให้กับวัยรุ่น ก็จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะของวัยรุ่นได้ ปัญหาพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมของวัยรุ่นและการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ได้เกิดขึ้นกับวัยรุ่นหรือเยาวชนที่อาศัยอยู่ทั้งในชุมชนเมืองและในชุมชนชนบท รวมถึงชุมชนตำบลหนองคูก็เช่นกัน ที่พบวัยรุ่น วัยเรียนมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการตั้งครรภ์ที่ยังไม่พร้อม และได้ส่งผลต่อปัญหาหลายอย่างตามมา คือ คุณแม่วัยเรียนต้องหยุดเรียนทำให้ขาดโอกาสด้านการศึกษา ปัญหาทางเศรษฐกิจ พ่อแม่วัยรุ่นหลายคู่แยกทางกัน เนื่องจากภาระด้านค่าใช้จ่าย ต้องเป็นภาระการดูแลของปู่ย่าตายายตามมา และเด็กทารกหลายคนไม่ได้รับการดูแลเลี้ยงดูอย่างเหมาะสม ขาดการส่งเสริมทางโภชนาการและการส่งเสริมด้านพัฒนาการเด็กที่เหมาะสมตามวัยเช่นกัน และเมื่อเด็กเติบโตขึ้นจึงไม่มีหลักประกันได้ว่า จะเป็นพลเมืองที่มีคุณภาพที่เป็นที่ต้องการในการพัฒนาประเทศชาติได้ในอนาคต ซึ่งทั้งหมดเกิดจากปัญหาทางเพศ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นวัยเรียนนั่นเอง ผู้วิจัย ซึ่งได้เห็นความสำคัญในปัญหาดังกล่าว และได้สังเกตพฤติกรรมเกี่ยวกับเรื่องเพศของนักเรียนซึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่น มีพฤติกรรมเสี่ยงที่จะนำไปสู่ปัญหาต่อตนเองและสังคมในอนาคตได้ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเด็กนักเรียน เพื่อจะนำผลการวิจัยที่ได้ มาวางวางแผนการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในวัยรุ่น การเสริมสร้างความรู้และทักษะเรื่องเพศให้ถูกต้องเหมาะสมในเด็กนักเรียน วัยรุ่น เพื่อจะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ และจะส่งผลต่อคุณภาพการชีวิตที่ดีของตัวนักเรียนเอง ต่อครอบครัว ชุมชน เป็นพลเมืองที่พึงประสงค์ และเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตตำบลหนองคู อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

2. เพื่อศึกษาเจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตตำบลหนองคู อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

3. เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นอารมณ์ทางเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตตำบลหนองคู อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยเจาะจงเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในเขตตำบลหนองคู อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ทั้งหมด จำนวน 88 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วง 1 – 30 มิถุนายน 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ปรับปรุงใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เจตคติ และสิ่งกระตุ้นอารมณ์ทางเพศของสิงหา จันทร์ขาว[3] โดยแบ่งออกเป็น 4 คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบสอบถามแบบสำรวจรายการ (Check list) จำนวน 18 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นซึ่งเป็นแบบปรนัยเลือกคำตอบ (Multiple Choice) โดยมี 3 ตัวเลือกจำนวน 15 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติต่อเรื่องเพศ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 13 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นอารมณ์ทางเพศซึ่งเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 7 ข้อ

การพัฒนาคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Validity) ได้พัฒนาแบบประเมินระดับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเจตคติและสิ่งกระตุ้นอารมณ์ทางเพศของนักเรียน ของสิงหา

จันทร์ขาว[3] แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ และประสบการณ์ตรวจสอบ แก้ไขปรับปรุงความสมบูรณ์ของเนื้อหาเพื่อให้ตรงกับเนื้อหาที่ต้องการวัด (Content Validity) ส่วนการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธีการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficiency Alpha ; α) โดยวิธีของ Cronbach (1970) อ้างใน อัญชลี ศิลาเกษ[4] กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้าย ๆ กันคือนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในเขตตำบลเขื่องคำ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability Alpha) คือ 1) เครื่องมือแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability Alpha) 0.83, 2) เครื่องมือแบบสอบถามเจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability Alpha) 0.81, 3) เครื่องมือแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อสิ่งกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability Alpha) 0.79 จากนั้นมีผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านคือ นายวิทยา เพชรรัตน์ สาธารณสุขอำเภอเมืองยโสธร และนางสุภาพร จันทร์สาม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลยโสธร และนายถนอม นามวงษ์นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ที่ตรวจสอบเครื่องมือแบบสอบถามอีกครั้งก่อนทำการศึกษาและนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการศึกษา

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ และค่าร้อยละ ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง เจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสิ่งกระตุ้นอารมณ์ทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ผลการวิจัย

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.5) มีอายุ 15 ปี (ร้อยละ 38.6) กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ร้อยละ 42.0) ได้รับเงินมาโรงเรียนวันละ 21-30 บาท (ร้อยละ40.9) และรู้สึกว่าเพียงพอ (ร้อยละ 90.0) บุคคลสนิทที่คอยปรึกษาปัญหาส่วนตัว คือ บิดา มาดา (ร้อยละ 40.9) บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย คือ บิดา มาดา (ร้อยละ 83.0) สถานภาพสมรสของบิดา มารดา คือ อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 80.7) บิดา-มารดามีอาชีพหลัก คือ รับจ้าง (ร้อยละ 47.7) และไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 90.0) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 8 คน มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับแฟนหรือคู่รัก มีเพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คน จำนวน 4 คน ทั้ง 8 คน มีการป้องกันการตั้งครรภ์หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นประจำ ไม่เคยป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และคิดว่าเมื่อเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะปรึกษาและรับการรักษากับแพทย์

2) พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตตำบลหนองคู อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร โดยรวมอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 2.53) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับดีจำนวน 8 ข้อ คือ การโอบ กอด จูบ และเล้าโลมกับเพื่อนต่างเพศเพื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ (ค่าเฉลี่ย 2.34) การมีเพศสัมพันธ์กับคู่รักเพื่อแสดงออกถึงความรัก (ค่าเฉลี่ย 2.67) แสดงความรักต่อเพื่อนต่างเพศหรือคู่รักโดยการกอดและจูบ (ค่าเฉลี่ย 2.67) ใช้มือสำเร็จความใคร่ให้กันและกันกับเพื่อนต่างเพศหรือคู่รัก (ค่าเฉลี่ย 2.68) การคุมกำเนิดโดยการใช้ถุงยางอนามัยหรือให้คู่รักใช้ (ค่าเฉลี่ย 2.66) การคุมกำเนิดโดยการใช้ยาคุมกำเนิดหรือให้คู่รักใช้ (ค่าเฉลี่ย 2.67) มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้คุมกำเนิดและแก้ปัญหาโดยใช้ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน (ค่าเฉลี่ย 3.00) ท่านใช้ปากของท่านสัมผัสอวัยวะเพศของคู่รัก (ค่าเฉลี่ย 2.66) พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 7 ข้อ คือ อยู่ตามลำพังกับเพื่อนต่างเพศในที่ลับตาสองต่อสอง (ค่าเฉลี่ย 1.69) จับมือถือแขนกับเพื่อนต่างเพศ (ค่าเฉลี่ย 1.73) หลีกเลี่ยงเมื่อเพื่อนต่างเพศหรือคู่รักสัมผัสร่างกาย (ค่าเฉลี่ย 2.13) ปฏิเสธเมื่อเพื่อนต่างเพศชักชวนให้อ่านหนังสือ ดูวีดีโอหรือภาพยนตร์ประเภทยั่วยุ

กามารมณ์ (ค่าเฉลี่ย 2.19) ปฏิเสธเมื่อเพื่อนต่างเพศหรือคู่รักชวนไปบ้านหรือหอพักเพื่ออยู่กันตามลำพัง (ค่าเฉลี่ย 2.18) บรรลุความสุขทางเพศหรือสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง (ค่าเฉลี่ย 2.26) เมื่อเกิดอารมณ์ทางเพศจะหาทางออกด้วยการทำกิจกรรมอื่นแทน เช่น การเล่นกีฬา (ค่าเฉลี่ย 2.26) (ดังตาราง 1)

ตาราง 1 แสดงจำนวน ร้อยละของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตตำบลหนองคู อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

ลำดับที่	ข้อความ	ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติประจำ	ค่าเฉลี่ย	ระดับพฤติกรรม
1	อยู่ตามลำพังกับเพื่อนต่างเพศในที่ลับตาสองต่อสอง	58 (65.9)	29 (33.0)	1 (1.1)	1.69	ปานกลาง
2	จับมือถือแขนกับเพื่อนต่างเพศ	33 (37.5)	47 (53.4)	8 (9.1)	1.72	ปานกลาง
3	หลีกเลี่ยงเมื่อเพื่อนต่างเพศหรือคู่รักสัมผัสร่างกาย	13 (14.8)	51 (58.0)	24 (27.3)	2.13	ปานกลาง
4	โอบ กอด จูบ และเล้าโลมกับเพื่อนต่างเพศเพื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ	61 (69.3)	24 (27.3)	3 (3.4)	2.34	ดี
5	ปฏิเสธเมื่อเพื่อนต่างเพศชักชวนให้อ่านหนังสือ ดูวีดีโอหรือภาพยนตร์ประเภทยั่วยุกามารมณ์	18 (20.5)	35 (39.8)	35 (39.8)	2.19	ปานกลาง
6	ปฏิเสธเมื่อเพื่อนต่างเพศหรือคู่รักชวนไปบ้านหรือหอพักเพื่ออยู่กันตามลำพัง	24 (27.3)	24 (27.3)	40 (45.5)	2.18	ปานกลาง
7	การมีเพศสัมพันธ์กับคู่รักเพื่อแสดงออกถึงความรัก	80 (90.9)	5 (5.7)	3 (3.4)	2.67	ดี
8	แสดงความรักต่อเพื่อนต่างเพศหรือคู่รักโดยการกอดและจูบ	80 (90.9)	5 (5.7)	3 (3.4)	2.67	ดี
9	ใช้มือสำเร็จความใคร่ให้กันและกันกับเพื่อนต่างเพศหรือคู่รัก	80 (90.9)	7 (5.7)	1 (1.1)	2.68	ดี
10	บรรลุความสุขทางเพศหรือสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง	68 (75.5)	21 (23.9)	1 (1.1)	2.26	ปานกลาง
11	เมื่อเกิดอารมณ์ทางเพศจะหาทางออกด้วยการทำกิจกรรมอื่นแทน เช่น การเล่นกีฬา	22 (25.5)	26 (29.5)	40 (45.5)	2.20	ปานกลาง
12	การคุมกำเนิดโดยการใช้ถุงยางอนามัยหรือให้คู่รักใช้	80 (90.9)	2 (2.2)	6 (6.8)	2.66	ดี
13	การคุมกำเนิดโดยการใช้ยาคุมกำเนิดหรือให้คู่รักใช้	80 (90.9)	5 (5.7)	3 (3.4)	2.67	ดี
14	มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้คุมกำเนิดและแก้ปัญหาโดยใช้ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน	88 (90.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	3.00	ดี
15	การใช้ปากสัมผัสอวัยวะเพศของคู่รัก	80 (90.9)	4 (4.5)	4 (4.5)	2.66	ดี
โดยรวม						ดี

3) เจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตตำบลหนองคู อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร พบว่า โดยรวมมีเจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศถูกต้องอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 3.68) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่ามีเจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศถูกต้องอยู่ในระดับดีจำนวน 6 ข้อคือ การทดลองอยู่กินร่วมกันก่อนแต่งงานเป็นเรื่องที่ไม่ควรทำ(ค่าเฉลี่ย 4.72) ผู้ชายที่ไม่ล่วงเกินผู้หญิงก่อนแต่งงานแสดงถึงความเป็นสุภาพบุรุษ(ค่าเฉลี่ย 4.81) หญิงไทยควรยึดถือคำสอนเรื่องการรักนวลสงวนตัว (ค่าเฉลี่ย 3.34) หญิงโสดถึงแม้จะมีสิทธิเท่าเทียมกับชายโสดแต่ไม่จำเป็นต้องมีเพศสัมพันธ์กับใครก็ได้ (ค่าเฉลี่ย 3.85) การเดินโอบกอดกับคนรักในที่สาธารณะเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม ถึงแม้จะเป็นสิทธิส่วนบุคคล (ค่าเฉลี่ย 3.83) และการที่ชายหญิงที่มีคู่รักมากกว่า 1 คนในเวลาเดียวกันจะไม่ได้รับการยอมรับในปัจจุบัน (ค่าเฉลี่ย 4.42) มีเจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศถูกต้องอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 5 ข้อคือ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงานถือเป็นเรื่องผิดปกติ (ค่าเฉลี่ย 3.29) ผู้หญิงมีประสบการณ์ทางเพศถึงขั้นร่วมเพศกับชายโดยที่ยังไม่ได้แต่งงานถือเป็นสิ่งที่ไม่ควรทำ (ค่าเฉลี่ย 3.59) เป็นสิ่งที่น่าละอายถ้าหากชายและหญิงมีการร่วมเพศกันก่อนการแต่งงาน (ค่าเฉลี่ย 3.29) การคุมกำเนิดมีส่วนช่วยให้ชายหญิงกล้ามีเพศสัมพันธ์มากขึ้น (ค่าเฉลี่ย 3.56) และการที่ชายหญิงที่มีเพศสัมพันธ์กับคนรักก่อนเจอเนื้อคู่ที่แท้จริงถือว่าเป็นเรื่องผิดปกติ (ค่าเฉลี่ย 3.47) และมีเจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศถูกต้องอยู่ในระดับต้องปรับปรุงจำนวน 2 ข้อคือ ผู้หญิงไม่จำเป็นต้องแสดงออกถึงความรักด้วยการเสียตัวให้กับผู้ชาย (ค่าเฉลี่ย 2.27) การทำแท้งเพื่อแก้ปัญหาสังคมเป็นสิ่งที่ไม่ควรกระทำ (ค่าเฉลี่ย 2.28) (ดังตาราง 2)

ตาราง 2 แสดง ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตตำบลหนองคู อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

ลำดับที่	ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับเจตคติ
1	การมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงานถือเป็นเรื่องผิดปกติ	3.47	.38	ปานกลาง
2	การทดลองอยู่กินร่วมกันก่อนแต่งงานเป็นเรื่องที่ไม่ควรทำ	4.72	.95	ดี
3	ผู้หญิงมีประสบการณ์ทางเพศถึงขั้นร่วมเพศกับชายโดยที่ยังไม่ได้แต่งงานถือเป็นสิ่งที่ไม่ควรทำ	3.29	.86	ปานกลาง
4	ผู้ชายที่ไม่ล่วงเกินผู้หญิงก่อนแต่งงานแสดงถึงความเป็นสุภาพบุรุษ	4.81	.94	ดี
5	ผู้หญิงไม่จำเป็นต้องแสดงออกถึงความรักด้วยการเสียตัวให้กับผู้ชาย	2.27	.42	ต้องปรับปรุง
6	ผู้หญิงไทยควรยึดถือคำสอนเรื่องการรักนวลสงวนตัว	4.34	.99	ดี
7	เป็นสิ่งที่น่าละอายถ้าหากชายและหญิงมีการร่วมเพศกันก่อนการแต่งงาน	3.59	.39	ปานกลาง
8	หญิงโสดถึงแม้จะมีสิทธิเท่าเทียมกับชายโสดแต่ไม่จำเป็นต้องมีเพศสัมพันธ์กับใครก็ได้	3.85	.46	ดี
9	การเดินโอบกอดกับคนรักในที่สาธารณะเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม ถึงแม้จะเป็นสิทธิส่วนบุคคล	3.83	.47	ดี
10	ชายหญิงที่มีคู่รักมากกว่า 1 คนในเวลาเดียวกันจะไม่ได้รับการยอมรับในปัจจุบัน	4.42	.76	ดี

ตาราง 2 แสดง ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตตำบลหนองคู อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร (ต่อ)

ลำดับที่	ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับเจตคติ
11	การทำแท้งเพื่อแก้ปัญหาสังคมเป็นสิ่งที่ไม่ควรกระทำ	2.28	.36	ต้องปรับปรุง
12	การคุมกำเนิดมีส่วนช่วยให้ชายหญิงกล้ามีเพศสัมพันธ์มากขึ้น	3.56	.21	ปานกลาง
13	ชายหญิงที่มีเพศสัมพันธ์กับคนรักก่อนเจอเนื้อคู่ที่แท้จริงถือว่าเป็นเรื่องผิดปกติ	3.47	.43	ปานกลาง
	โดยรวม	3.68	.47	ดี

4) พฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ ของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตตำบลหนองคู อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร พบว่า โดยรวมมีพฤติกรรมถูกต้องอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 2.41) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีพฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นอารมณ์ทางเพศถูกต้องอยู่ในระดับดี จำนวน 4 ข้อคือ การใช้ยาปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ (ค่าเฉลี่ย 2.97) การอ่านหรือดูหนังสือโป๊หรือหนังสือปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ (ค่าเฉลี่ย 2.53) การดูวีดีโอ/ภาพยนตร์/อินเตอร์เน็ตปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ (ค่าเฉลี่ย 2.52) และการที่ชอบมองการแต่งตัวโป๊ที่โชว์สรีระของเพศตรงข้าม (ค่าเฉลี่ย 2.52) มีพฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นอารมณ์ทางเพศถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 3 ข้อคือ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมาที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (ค่าเฉลี่ย 1.80) การเที่ยวสถานบันเทิง เช่น ผับ บาร์ฯ (ค่าเฉลี่ย 2.27) การจับมือถือแขน โอบ กอด แตะต้องสัมผัสคู่รัก (ค่าเฉลี่ย 2.29) (ดังตาราง 3)

ตาราง 3 แสดงจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยเกี่ยวพฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ ของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตตำบลหนองคู อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

ข้อที่	พฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ	ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติประจำ	ค่าเฉลี่ย	ระดับพฤติกรรม
1	การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมาที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์	28 (31.6)	58 (65.9)	2 (2.3)	1.80	ปานกลาง
2	การใช้ยาปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ	86 (97.7)	1 (1.1)	1 (1.1)	2.97	ดี
3	การอ่านหรือดูหนังสือโป๊หรือหนังสือปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ	51 (58.0)	36 (40.9)	1 (1.1)	2.53	ดี
4	การดูวีดีโอ/ภาพยนตร์/อินเตอร์เน็ตปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ	43 (48.9)	44 (50.0)	1 (1.1)	2.52	ดี
5	การเที่ยวสถานบันเทิง เช่น ผับ บาร์ฯ	66 (75.5)	20 (22.7)	2 (2.3)	2.27	ปานกลาง
6	การจับมือถือแขน โอบ กอด แตะต้องสัมผัสคู่รัก	40 (45.5)	29 (33.0)	19 (21.6)	2.29	ปานกลาง
7	การที่ชอบมองการแต่งตัวโป๊ที่โชว์สรีระของเพศตรงข้าม	56 (63.6)	27 (30.7)	5 (5.7)	2.52	ดี
โดยรวม					2.41	ดี

อภิปรายผล

จากการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นกรณีศึกษาโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในเขตตำบลหนองคู อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร โดยรวมพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศถูกต้องอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมต่าง ๆ ดังต่อไปนี้จะไม่ค่อยเกิดขึ้น เช่น การโอบ กอด จูบ และเล้าโลมกับเพื่อนต่างเพศ การมีเพศสัมพันธ์กับคู่รักเพื่อแสดงออกว่ามีความรักต่อกัน การแสดงความรักต่อคู่รักด้วยการกอดและจูบ ตลอดจนการสำเร็จความใคร่ให้กันและกัน หรือการคุมกำเนิดโดยวิธีการต่าง ๆ เช่น การใช้ถุงยางอนามัยหรือการใช้ยาคุมกำเนิด ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงหรือไม่เหมาะสมดังกล่าวมีในสัดส่วนที่น้อย อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดยังอยู่ในวัยเรียน จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการเรียนการศึกษาเป็นหลัก และยังพักอาศัยอยู่กับพ่อ แม่ ผู้ปกครอง ซึ่งจะคอยดูแลคอยตักเตือนรวมถึงการให้คำปรึกษาเรื่องเพศหรือปัญหาอื่น ๆ อยู่เสมอ ๆ ประกอบกับชุมชนที่เด็กนักเรียนอยู่อาศัยนั้น เป็นชุมชนชนบท ยังมีความยึดมั่นในขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม แนวทางปฏิบัติที่ดีงามของชุมชนในอดีตที่ยังยึดถือกันมาอย่างยาวนาน ซึ่งถ้าหากมีบุคคลที่พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมต่าง ๆ เช่น มั่วสุมทางเพศ การมีคู่รักและหลับนอนด้วยกันในวัยเรียน หรือความไม่เหมาะสมทางเพศต่าง ๆ จะถูกตำหนิจากคนในชุมชน หรือถูกนินทาว่าร้ายต่าง ๆ ดังนั้นพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศตามที่กล่าวมาจึงเกิดขึ้นน้อย แต่ถึงกระนั้นก็ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 คน (ร้อยละ 9.0) ที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับคู่รักที่อยู่ในวัยเรียนด้วยกันและมีอีกหลายคนมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในหลายประเด็น เช่น การอยู่ตามลำพังกับเพื่อนต่างเพศในที่ลับตาสองต่อสอง จับมือถือแขนกับเพื่อนต่างเพศ การให้คู่รักสัมผัสร่างกาย การดูสื่อ ดูวีดีโอหรือสื่อยั่วยุทางเพศต่าง ๆ การไปอยู่บ้านหรือหอพักเพื่ออยู่กันตามลำพังกับเพื่อนต่างเพศ การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศดังที่กล่าวมายังมีอยู่บ้าง จำเป็นที่ต้องมีระบบการปรับปรุงแก้ไขต่อไปเพื่อป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยเด็ก เช่น การส่งเสริม สนับสนุนกิจกรรมการกีฬา การจัดกิจกรรมเสริมการเรียนรู้ในลักษณะต่าง ๆ เป็นต้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ คลังพลอย เอื้อวิทยาศุภร และอรณิชา พธิหมื่นทิพย์[5] ที่ศึกษาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสียงทางเพศของวัยรุ่น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าวัยรุ่นส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.40) อาศัยอยู่กับบิดามารดา (ร้อยละ 77.20) มีอายุเฉลี่ย 15 ปี เคยมีเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 17) พฤติกรรมเสียงทางเพศที่เหมาะสม คือการมีแฟนในวัยรุ่นไม่จำเป็นต้องมีเพศสัมพันธ์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุพัตรา พรหมเรนทร์[6] ที่ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร จำนวน 293 คน ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับต่ำหรือมีความเสี่ยงทางเพศน้อย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อาภากรณ์ เดชรัตน์[7] ที่ศึกษาพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 368 คน ผลการศึกษาพบว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสมุทรสาครมีพฤติกรรมทางเพศอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิริพร จริวัฒน์กุล สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ[8] ที่ศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น มีกลุ่มตัวอย่าง และผู้ให้ข้อมูลรวม 3,623 คน พบว่าสถานการณ์การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นแม่วัยใสอายุน้อยที่สุด 12 ปีมีสามีอายุ 15 ปี แม่วัยใสที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อายุน้อยที่สุดคือ 11 ปี และส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ 15 ปี เด็กวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อยที่สุดพบที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนเด็กวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อายุตั้งแต่ 13 ปี ลงมามากที่สุดคือภาคกลาง (ร้อยละ 4.4) รองลงมาคือภาคเหนือ (ร้อยละ 4.3) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 3.5) และภาคใต้ (ร้อยละ 2.3) ทั้งนี้แม่วัยใสในภาคใต้ ไม่ได้คุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมากที่สุด (ร้อยละ 50.4)

ส่วนแม่วัยใส ในภาคอีสานใช้ถุงยางอนามัยคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมากที่สุด (ร้อยละ 32.1) แม่วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่ได้ตั้งใจตั้งครรภ์ ทั้งนี้แม่วัยรุ่นภาคอีสานตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อเพราะไม่มีทางเลือกมากที่สุด แม่วัยใสที่พยายามทำแท้งแต่ไม่สำเร็จพบมากที่สุดในภาคอีสาน แม่วัยใสโดยส่วนใหญ่มีแฟนที่อายุมากกว่าตนเองโดยพบว่ามีแฟนที่มีอายุในช่วง 20-30 ปี ร้อยละ 62.9 จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะ ทำให้วัยรุ่นหญิงชะลอการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกให้ช้าลง ใช้วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ มีพลังอำนาจเพียงพอที่จะหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ข้อค้นพบจากงานวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ชี้นำว่า การห้ามวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปีไม่ให้มีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่เป็นไปได้ยาก เพราะการรับรู้ของเด็กเองที่เห็นว่าการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนเป็นเรื่องธรรมดาที่ไม่ใช่ความผิด ประกอบกับมีสิ่งกระตุ้นยั่วยุจากสื่อต่าง ๆ ของมึนเมา และสิ่งเสพติดที่มีอยู่ทั่วไปรอบ ๆ ตัวเด็ก และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เกศินี สราญฤทธิชัย และคณะ[9] ที่ศึกษาเรื่องการขัดเกลาทางสังคมเรื่องเพศของครอบครัวและสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นกรณีศึกษาในครอบครัวชนบทอีสานในชนบทจำนวน 20 ครอบครัวผู้ให้ข้อมูลเป็นบิดามารดาและบุตรวัยรุ่นที่อายุระหว่าง 13-19 ปีที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมการทำสนทนากลุ่มการอภิปรายกลุ่มและการจดบันทึกข้อมูลการเก็บข้อมูลทำไปพร้อม ๆ กับการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า สุขภาพทางเพศของวัยรุ่นหมายถึงพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นที่สามารถคงบทบาทหลักใน 4 ด้านได้อย่างเหมาะสมคือ 1) การดูแลร่างกายด้านเพศ 2) การคบเพื่อน 3) การเที่ยวและการระวังอันตราย 4) ด้านเพศสัมพันธ์ซึ่งจะทำให้วัยรุ่นสามารถดำรงบทบาททางเพศได้อย่างเหมาะสม (Role) และสามารถคงสัมพันธภาพ (Relationship) ของตนเองกับครอบครัวโรงเรียนและสังคมเพื่อนได้อย่างสมบูรณ์และมีความสุขพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นมี 3 รูปแบบคือ 1) พฤติกรรมของเด็กดี 2) เด็กกลุ่มเสี่ยง และ 3) เด็กกลับตัวกลับใจสำหรับเด็กดีและ เด็กกลับตัวกลับใจเป็นเด็กที่มีความใกล้ชิดกับครอบครัวและสามารถคงความสมดุลของการดำรงบทบาทและสัมพันธภาพใน 3 บริบทคือครอบครัว โรงเรียน และ สังคมเพื่อนได้อย่างมีความสุขแต่เด็กกลุ่มเสี่ยงจะดำรงบทบาท และสัมพันธภาพ กับเพื่อนมากกว่าครอบครัวผลการศึกษาเรื่องนี้ได้จากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าครอบครัวเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดในการที่จะสร้างบุตรให้บุตรเป็นบุคคลที่มีวุฒิภาวะอีกทั้งยังสามารถให้การประเมินหรือคัดกรองพฤติกรรมที่อาจจะนำไปสู่การที่วัยรุ่นจะมีสัมพันธภาพทางเพศที่ไม่เหมาะสมวัยรุ่นควรได้รับการส่งเสริมให้มีสัมพันธภาพทางเพศอย่างเหมาะสมเพื่อให้สุขภาพทางเพศที่ดีโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวโรงเรียนและเพื่อน

เจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตตำบลหนองคู อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร โดยรวมมีเจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศถูกต้องอยู่ในระดับดี เช่น กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่า การทดลองอยู่กินร่วมกันก่อนแต่งงานเป็นเรื่องที่ไม่ควรทำ ผู้ชายที่ล่วงเกินผู้หญิงก่อนแต่งงานแสดงถึงความไม่เป็นสุภาพบุรุษ หญิงไทยควรยึดถือคำสอนเรื่องการรักนวลสงวนตัว หญิงโสดถึงแม้จะมีสิทธิเท่าเทียมกับชายแต่ก็ไม่จำเป็นต้องมีเพศสัมพันธ์กับใครก็ได้ การเดินโอบกอดกับคนรักในที่สาธารณะเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสมถึงแม้จะเป็นสิทธิส่วนบุคคลก็ตาม และการที่ชายหญิงที่มีคู่รักมากกว่า 1 คนในเวลาเดียวกันไม่เป็นที่ยอมรับกันในสังคม ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เด็กนักเรียนเยาวชนในสถานศึกษาดังกล่าวยังคงยึดมั่นในขนบธรรมเนียมแนวทางปฏิบัติของความเป็นไทยอยู่ เช่น หญิงไทยต้องรักนวลสงวนตัว การระมัดระวังตัวในเรื่องทางเพศที่ไม่เหมาะสมต่าง ๆ ทำให้มีความคิดเห็นหรือเจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียน โดยรวมถูกต้องอยู่ในระดับดี แต่มีบางประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างนักเรียนมีเจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ไม่เหมาะสมเท่าที่ควร เช่น การมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงานถือเป็นเรื่องไม่ผิดปกติ การคุมกำเนิดมีส่วนช่วยให้ชายหญิงกล้ามี

เพศสัมพันธ์มากขึ้น ผู้หญิงแสดงออกถึงความรักด้วยการเสียตัวให้กับฝ่ายชาย การทำแท้งเป็นเรื่องปกติที่ควรทำเพื่อแก้ปัญหาสังคม การที่นักเรียนมีเจตคติที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมในประเด็นดังกล่าวนี้จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขโดยเร่งด่วน ทั้งการให้ความรู้ สร้างความเข้าใจและเพิ่มทักษะชีวิตในแง่มุมอื่น ๆ เช่น ตามหลักธรรมะ เพื่อส่งเสริมการมีเจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิริวรรณ ชอบธรรมสกุล[10] ที่ศึกษาความรู้และเจตคติเกี่ยวกบเรื่อองเพศของนักเรียนโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยรามคำแหง จำนวน600 คน เป็นนักเรียนชาย 300 คน และนักเรียนหญิง 300 คน พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศอยู่ในระดับดีเยี่ยมและมีเจตคติเกี่ยวกับเรื่องเพศอยู่ในระดับดี นักเรียนชายกับนักเรียนหญิงมีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับเรื่องเพศแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นักเรียนที่มีอายุแตกต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศแตกต่างกัน แต่มีเจตคติเกี่ยวกับเรื่องเพศไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นักเรียนที่มีรายได้และที่พักอาศัยแตกต่างกัน มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับเรื่องเพศไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อาภากรณ์ เดชรัตน์[7] ที่ศึกษาพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 368 คน ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสมุทรสาคร มีพฤติกรรมทางเพศอยู่ในระดับดี ระดับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ค่านิยมทางเพศ ความรู้เรื่องเพศ และการอบรมเลี้ยงดูต่างกัน มีพฤติกรรมทางเพศแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 รายได้ ลักษณะการอยู่ร่วมกันของครอบครัว และความภาคภูมิใจในตนเองต่างกัน มีพฤติกรรมทางเพศไม่แตกต่างกัน พฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นอารมณ์ทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า โดยรวมมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี เช่น ไม่ใช้ยาปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ ไม่หมกมุ่นในเรื่องเพศ เช่น การอ่านหรือดูหนังสือโป๊ หรือหนังสือปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ การดูวีดีโอ ภาพยนตร์ อินเตอร์เน็ตปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ แต่ก็พบว่ากลุ่มตัวอย่างนักเรียนมีการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมาหรือเที่ยวสถานบันเทิงอยู่บ้าง ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มนักเรียน เยาวชน ยังมีความเสี่ยงในเรื่องเพศอยู่ โดยเฉพาะมีการเสพสื่อที่ปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ การดื่มมึนเมาหรือการเที่ยวสถานบันเทิง ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เด็กวัยรุ่น เยาวชน มีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมตามมา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เกศินี สราญฤทธิชัย และคณะ[9] ที่ศึกษาเรื่องการขัดเกลาทางสังคมเรื่องเพศของครอบครัวและสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นกรณีศึกษาในครอบครัวชนบทอีสานในชนบท พบว่า สุขภาพทางเพศของวัยรุ่นหมายถึงพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นที่สามารถคงบทบาทหลักใน 4 ด้านได้อย่างเหมาะสมคือ วัยรุ่นสามารถดำรงบทบาททางเพศได้อย่างเหมาะสม (Role) และสามารถคงสัมพันธภาพ (Relationship) ของตนเองกับครอบครัว โรงเรียนและสังคมเพื่อนได้อย่างสมบูรณ์และมีความสุข เด็กกลุ่มเสี่ยงและเด็กกลับตัวกลับใจสำหรับเด็กดีและเด็กกลับตัวกลับใจเป็นเด็กที่มีความใกล้ชิดกับครอบครัวและสามารถคงความสมดุลของการดำรงบทบาทและสัมพันธภาพใน 3 บริบทคือครอบครัว โรงเรียน และสังคมเพื่อนได้อย่างมีความสุขแต่เด็กกลุ่มเสี่ยงจะดำรงบทบาทและสัมพันธภาพกับเพื่อนมากกว่าครอบครัวผลการศึกษาเรื่องนี้ได้สะท้อนให้เห็นว่าครอบครัวเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดในการที่จะสร้างบุตรให้เป็นบุคคลที่มีวุฒิภาวะอีกทั้งยังสามารถให้การประเมินหรือคัดกรองพฤติกรรมที่อาจจะนำไปสู่การที่วัยรุ่นจะมีสัมพันธภาพทางเพศที่ไม่เหมาะสม โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวโรงเรียนและเพื่อน ส่วนนักเรียนมีการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมาหรือเที่ยวสถานบันเทิงอยู่บ้าง และมีการเสพสื่อที่ปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ ถึงจะเป็นส่วนน้อย แต่ก็จำเป็นที่ต้องได้รับการแก้ไขโดยระบบของครอบครัว ชุมชน สถานศึกษาและตัวเด็กเอง

การวิจัยในครั้งนี้มีข้อเสนอแนะให้บูรณาการการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นที่เน้นความเข้มแข็งของครอบครัว สถานศึกษาและชุมชน มีเวทีสาธารณะที่ให้เด็กวัยรุ่นมีส่วนกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาตัวเอง ผู้ปกครอง

หรือครอบครัวควรมีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับวัยรุ่นและเรื่องเพศที่ถูกต้องเป็นและปฏิบัติให้เป็นที่ยอมรับเป็นที่พึ่งและให้คำปรึกษาหารือในเรื่องเพศให้กับเด็กได้ ส่วนครูและสถาบันการศึกษาควรให้ความสำคัญกับปัญหาทางเพศของนักเรียนให้มากขึ้น มิได้เพียงมุ่งเน้นในด้านวิชาการเพียงอย่างเดียว และควรมีรูปแบบการวางแผนงานร่วมกันระหว่างนักเรียน สถาบันครอบครัว สถานศึกษา องค์กรในชุมชน รวมถึงสถานสุขภาพ เพื่อการแก้ไขปัญหานักเรียนหรือวัยรุ่น ให้ตรงประเด็นและมีประสิทธิภาพเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของวัยรุ่นและเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาสังคมไทยในอนาคต มีข้อเสนอแนะจากการวิจัยในต่อไปคือ 1) ควรมีการวิจัยและพัฒนาการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพอื่น ๆ หรือกิจกรรมเสริมทักษะอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมเจตคติและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมให้กับเด็ก 2) ควรวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การประยุกต์กระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการเสริมแรงและสร้างมาตรการทางสังคม เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเด็กและ 3) ควรมีการศึกษาวิจัยทบทวนแนวนโยบายการแก้ไขปัญหาวัยรุ่น โดยเน้นแผนงานที่มาจากพื้นที่เอง คือ จากตัวเด็กนักเรียนเอง สถานศึกษา ชุมชม รวมถึงการศึกษาวิจัยในการควบคุมกำกับสื่อที่ไม่เหมาะสมในเรื่องเพศ ต่าง ๆ ควบคู่ไปกับการใช้สื่อทุกช่องการสื่อสารเพื่อให้เกิดค่านิยมวัยรุ่นดี และการวิจัยในรูปแบบการใช้บุคคลต้อนแบบ (People Model) คือแม่วัยใส ผู้ชายต้นแบบ พ่อวัยเยาว์ สร้างกระแสการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีด้านเพศวิถีของวัยรุ่น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มนักเรียนประเทศไทย พ.ศ. 2554. พิมพ์ครั้งที่1.กรมควบคุมโรค, 2555:15-16
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร.สถานการณ์เอดส์ กามโรค และการดำเนินงานควบคุมป้องกัน จังหวัดยโสธร ปี 2556,http://203.157.181.13/cdcyaso/aidsyaso.Acsesed may8,2016.
3. สิงหา จันทร์ขาว.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาจังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์วท.ม.(สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, 2555.
4. อัญชลี ศิลาเกษ.การวิจัยประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันสารเสพติดในจังหวัดอำนาจเจริญ.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.กรุงเทพฯ:พิมพ์ดี,2545.
5. คลังพลอย เอื้อวิทยาศุภร และอรณิชา พธิหมื่นทิพย์. ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสียงทางเพศของวัยรุ่น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา,2554:85-106
6. สุพัตรา พรหมเรนทร์.พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปทุมวัน.วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒปทุมวัน กรุงเทพมหานคร;2550. .(อัดสำเนา).
7. อาภากรณ์ เดชรัตน์.พฤติกรรมทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายสังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร,2546.(อัดสำเนา).
8. ศิริพร จริวัฒน์กุล, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ.แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่ พร้อมในวัยรุ่น.สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. กรุงเทพฯ:สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว,2554.
9. เกศินี สราญฤทธิชัย และคณะ.การขัดเกลาทางสังคมเรื่องเพศของครอบครัวและสุขภาพทางเพศของวัยรุ่น กรณีศึกษาในครอบครัวชนบทอีสาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาเอก สาขาสาธารณสุขศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น,2553.
10. ศิริวรรณ ชอบธรรมสกุล.ความรู้และเจตคติเกี่ยวกบเรื่อองเพศของนักเรียนโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยรามคำแหง,กรุงเทพฯ:2551.http://rir.nrct.go.th.Acsesed may8,2016.

รูปแบบการสร้างการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

Model for create sex education learning for sex risk behavior prevention in 2nd high school students Phanomphrai district Roi Et province

Chutima Pattala, B.N.S
Phanomphrai hospital
Roi Et province

ชุติมา ปัตลา พย.บ.
โรงพยาบาลพนมไพร
จังหวัดร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษารูปแบบการสร้างการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 ปีการศึกษา 2558

วิธีศึกษา : การวิจัยเชิงปฏิบัติการกลุ่มตัวอย่างนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่2 จำนวน 50 คน เครื่องมือเป็นแบบสอบถามและจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาที่ประยุกต์ขึ้น 5 กิจกรรม ต่อเนื่องกันเป็นเวลา 5 สัปดาห์เก็บข้อมูลระยะเวลาจากมิถุนายน-สิงหาคม 2558 จากการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Paired t-test สังเกตการณ์มีส่วนร่วมของครูที่ปรึกษา นักเรียนแกนนำและเยี่ยมบ้านเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา : ประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.0 ชายร้อยละ 48 อาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 64 ทราบถึงภัยจากการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนจากโทรทัศน์มากที่สุด ร้อยละ 36.0 ค่านิยมทางเพศจะรักษาความบริสุทธิ์จนกว่าจะแต่งงานร้อยละ 78.0 จะมีครอบครัวในช่วงอายุ 26-30 ปี ร้อยละ 72.0 เข้าไปหาเพื่อนคุยทางอินเตอร์เนตร้อยละ32.0 หลังมีการประยุกต์ใช้รูปแบบการสร้างการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ ระดับความรู้ของนักเรียนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ทัศนคติส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเสี่ยงก่อนและหลังการดำเนินการมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05 ที่ความเชื่อมั่น 95%)

สรุป : การประยุกต์ใช้รูปแบบการสร้างการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาช่วยป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นโรงเรียนมัธยมศึกษาควรนำรูปแบบการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาไปใช้เพื่อให้นักเรียนมีความรู้เรื่องเพศและป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์

คำสำคัญ : รูปแบบการสร้างการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษา, พฤติกรรมเสี่ยงต่อการมี เพศสัมพันธ์

Abstract

Objective : Applying a form of learning about sex education to prevent risk behaviors in 2nd high school students,academic year 2015.

Methods : This study is an action research.Simple random sampling of 50 students. The instruments were questionnaire and 5 activities sex education learning pattern, continued 5 weeks. Data were

collected during June - August 2015. The quantitative data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and Paired t-test. The information from participant's observation as consultation of teachers, the student leaders, and home visit were analyzed by content analysis.

Results : The samples were female 52.0 % and male 48.0 %, living with their parents 64.0%,36.0% of students aware of the threat of having unsafe sex by television channel, mostly, students 78.0% intend to maintain virginity until marriage 72.0%, intends to marry at 26-30 years and 32.0% used to chat with internet . After the activities, even though the knowledge mainly was in the medium level but attitude was in high level, so the risk of unsafe sex was in the low level. The comparison before and after the activities were statistically significant at 0.05 level as knowledge attitude and risk behavior (p-value < 0.05; 95% respectively.)

Conclusion : Applying a form of learning about sex education to prevent risk behaviors thus, Sex education learning model in high school approach for knowledge and prevent sex risk behaviors

Key words : Sex education learning model, Sex risk behavior

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO,1994) ได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานการเฝ้าระวังสถานการณ์ตั้งครรภ์ของวัยรุ่นไว้ว่า ร้อยละของผู้หญิงอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ต้องไม่เกินร้อยละ 10 (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์,2555) ในด้านการเรียนการสอนเพศศึกษาในประเทศไทย อดีตที่ผ่านมาในประเทศไทยยังไม่มีหลักสูตรเพศศึกษาแยกต่างหาก การสอนเรื่องเพศศึกษาในสถานศึกษาในปัจจุบันยังมีความจำกัดอยู่มาก เนื่องจากปัญหาของผู้บริหารหรือครูผู้สอนบางท่านยังคิดว่า การสอนเพศศึกษาแบบให้ข้อมูลรอบด้านแก่ผู้เรียนอาจเป็นการชี้โพรงให้กระรอกคิดว่าเป็นการกระตุ้นให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น(สถาบันวิจัยประชากรและสังคม (มหาวิทยาลัยมหิดล,2552)

ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในกลุ่มวัยรุ่นเป็นตัวชี้วัดหลักของกระทรวงสาธารณสุข อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 50 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน สถานการณ์ย้อนหลัง 3 ปี ในจังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2555-2558 อัตรา 34.57,38.17,21.31,15.11ตามลำดับ อำเภอพนมไพร ปี 2555-2558 อัตรา 43.54,34.32,30.62,35.59 ตามลำดับ และมีอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในจังหวัดร้อยเอ็ดเท่ากับร้อยละ 14.98 เกินเป้าหมายร้อยละ 10 อำเภอพนมไพรร้อยละ 3.51 ใน ปี พ.ศ. 2558 การสอนเพศศึกษาแบบรอบด้านในโรงเรียนจึงมีความสำคัญมากขึ้นเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหานี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการสร้างการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อให้แก่นักเรียนมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ในการป้องกันตนเองจากสถานการณ์เสี่ยงที่จะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์และช่วยลดปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรและการตั้งครรภ์แบบไม่ตั้งใจในนักเรียน

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาคุณลักษณะทั่วไปของนักเรียนมัธยม ศึกษาปีที่ 2

2. เพื่อศึกษารูปแบบการสร้างการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2

3. เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้รูปแบบการสร้างการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการสร้างการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 ปีการศึกษา 2558

การหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตร คือ

$$n = \frac{(Z\alpha_{/2} + Z\beta)^2 \sigma_d^2}{\Delta^2}$$

แทนค่าในสูตร $= \frac{(1.96+1.28)^2+4.1^2}{3.88^2} = 45.48$

วิธีการสุ่มตัวอย่าง นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 2 มีจำนวน 10 ห้อง สุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากเลือกมา จำนวน 1 ห้อง จำนวนนักเรียนที่เข้าร่วมวิจัยตามขนาดกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและละลายพฤติกรรมและการสอน เรื่อง “เพศมหัศจรรย์” เพื่อให้นักเรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจิตใจอารมณ์และพัฒนาการทางเพศของวัยรุ่นการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจิตใจอารมณ์และพัฒนาการทางเพศของวัยรุ่น

2. ครั้งที่ 2 เรื่อง “หญิงชายเท่าเทียมกัน” เพื่อให้นักเรียน ตระหนักในคุณค่าของความเสมอภาคทางเพศบอกลักษณะที่แตกต่างกันระหว่างเพศหญิงและเพศชายได้วางตัวต่อเพศเดียวกันและเพศตรงข้ามได้อย่างเหมาะสมการตระหนักรู้การมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์

3. ครั้งที่ 3 เรื่อง ”คิดก่อนพลาด” เพื่อให้นักเรียนมีการตระหนักรู้การมีพฤติกรรมเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ความสามารถด้านการคิดทักษะการสื่อสารเพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยมีกิจกรรม

4. ครั้งที่ 4 เรื่อง “อุบัติเหตุทางเพศ” เพื่อให้นักเรียนมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องการคุมกำเนิด

5. ครั้งที่ 5 เรื่องปฏิเสธไว้ไม่พลาดแน่ ”เพื่อให้นักเรียนมีความสามารถด้านการคิดและตัดสินใจความสามารถด้านการสื่อสารเพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามการวิจัย ประกอบด้วย 4 ตอนได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลด้านคุณลักษณะประชากร

จำนวน 11 ข้อ

ตอนที่ 2 ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนที่ปลอดภัย

จำนวน 15 ข้อ

ตอนที่ 3 ทัศนคติเรื่องเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน

จำนวน 15 ข้อ

ตอนที่ 4 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน

จำนวน 18 ข้อ

การหาคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือรวบรวมข้อมูลได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักเรียนโรงเรียนมัธยมขยายโอกาสที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคค่าความเที่ยงตรง (Reliability) K=0.64.A=0.72 P=0.63

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทั่วไปของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 ประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.0 เพศชายร้อยละ 48 ส่วนใหญ่อยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 64 ทราบถึงภัยจากการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนมากที่สุดจากโทรทัศน์ ร้อยละ36.0 ค่านิยมทางเพศจะรักษาความบริสุทธิ์จนกว่าจะแต่งงานร้อยละ 78.0 จะมีครอบครัวในช่วงอายุ 26-30 ปี ร้อยละ 72.0 นักเรียนเข้าไปใช้บริการหาเพื่อนคุย (chat) ทางอินเตอร์เนต (internet) ร้อยละ 32.0

2. รูปแบบการสร้างการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2

2.1 โรงเรียนมัธยมศึกษามีการสอนเรื่องเพศศึกษา ควรมีการจัดการเรียนการสอนโดยเน้นการ พัฒนาทักษะชีวิตที่สำคัญได้แก่ทักษะการคิดทักษะการสื่อสารและการตัดสินใจทักษะการปฏิเสธเป็นต้น

และควรใช้รูปแบบการสอนที่เน้นการให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการคิดแก้ปัญหาด้วยตนเองและการเรียนรู้ผ่านกลุ่มเพื่อนนักเรียนด้วยกันมีการอภิปรายปัญหาร่วมกันจะทำให้นักเรียนเกิดทักษะชีวิตและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

2.2 การฝึกทักษะการปฏิเสธหรือการฝึกความสามารถด้านการคิดการตัดสินใจซึ่งเป็นทักษะที่ต้องใช้เวลาในการพัฒนาดังนั้นในกิจกรรมการเรียนรู้ที่มีการฝึกทักษะดังกล่าวควรจะใช้เวลาเป็น2 คาบเรียน

2.3 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลอนามัยโรงเรียนและพยาบาลอนามัยชุมชนสามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้เพื่อพัฒนาทักษะและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของนักเรียนในโรงเรียนและชุมชนได้โดยประยุกต์และการขับเคลื่อนงานของคณะกรรมการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และจัดบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นส่งผลให้เกิดจากกระบวนการเกิดการมีส่วนร่วมการดำเนินงานภาคีเครือข่ายด้านสาธารณสุข สถาบันการศึกษา และนักเรียนในการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

3. ผลของการประยุกต์ใช้รูปแบบการสร้างการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่2

หลังมีการประยุกต์ใช้รูปแบบการสร้างการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ระดับความรู้ของนักเรียนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ทัศนคติส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเสี่ยงก่อนและหลังการดำเนินการมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05 ที่ความเชื่อมั่น 95%)

ตารางเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเสี่ยงนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 ก่อนและหลังดำเนินการ

ประเด็น / คะแนน	N	X	S.D.	95%CI.		t	df.	p-value
				Lower	Upper			
ความรู้								
- ก่อน	50	7.8	1.59	-1.70	-.85	-5.98	49	<0.05*
- หลัง		9.08	1.86					0.000*
ทัศนคติ								
- ก่อน	50	55.42	5.19	-1.00	-.239	-3.27	49	0.002*
- หลัง		56.04	5.14					
พฤติกรรมเสี่ยง								
- ก่อน	50	23.32	7.02	0.089	.047	2.94	49	0.005*
- หลัง		23.04	6.84					

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากคะแนนความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมเสี่ยงก่อนกับหลังการดำเนินการสร้างการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 อำเภอพนมไพร พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value 0.05 ที่ระดับความเชื่อมั่น (95%CI.)

วิจารณ์ผล/อภิปรายผล

งานวิจัยฉบับนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของกอบกาญจน์ มหัทธโนและคณะ ศึกษาเรื่องรูปแบบการสอนเพศศึกษาสำหรับค่ายเยาวชนพบว่าก่อนและหลังการสอนเพศศึกษากลุ่มตัวอย่างมีความรู้และมีทัศนคติเพิ่มขึ้น และกลุ่มทดลองมีการตระหนัก

รู้เรื่องการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ความสามารถด้านการคิดและการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ความสามารถ ด้านการสื่อสารเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแต่ทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมป้องกันสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับงานวิจันของวันวิสาข์ บัวลอยและคณะเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐมมีผลต่อการมีความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมที่ดีขึ้น สถานศึกษาในระดับมัธยมศึกษาควรนำรูปแบบการสร้างการเรียนรู้นี้ไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาให้แก่นักเรียนเพื่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์และมุ่งหวังเพื่อลดอัตราการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรต่อไป

สรุปผลการวิจัย

1.โรงเรียนมัธยมศึกษาควรมีการจัดการเรียนการสอนโดยเน้นการพัฒนาทักษะชีวิตที่สำคัญและควรใช้รูปแบบการสอนที่เน้นการให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการคิดแก้ปัญหาด้วยตนเองและการเรียนรู้ผ่านกลุ่มเพื่อนนักเรียนด้วยกันมีการอภิปรายปัญหาร่วมกันสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

2. การฝึกทักษะการปฏิเสธหรือการฝึกความสามารถด้านการคิดการตัดสินใจซึ่งเป็นทักษะที่ต้องใช้เวลาในการพัฒนาดังนั้นในกิจกรรมการเรียนรู้ที่มีการฝึกทักษะดังกล่าวควรจะใช้เวลาเป็น 2 คาบเรียน

3. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลพยาบาลอนามัยโรงเรียนและพยาบาลอนามัยชุมชนสามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้เพื่อพัฒนาทักษะและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของนักเรียนในโรงเรียนและชุมชนได้โดยประยุกต์ให้เข้ากับลักษณะและบริบทของกลุ่มเป้าหมายที่จะนำไปใช้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการวางแผนออกแบบกิจกรรมและเนื้อหาการเรียนรู้ที่ต้องการและให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการประเมินผลพฤติกรรมของตนเองและของเพื่อน

2. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาข้อมูลและแนวทางการแก้ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นโดยเน้น กลุ่มเป้าหมายทั้งผู้ปกครองครูและนักเรียน

เอกสารอ้างอิง

1. สมศักดิ์ สุทัศน์วรวุฒิ. การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2553.
2. สินีนาถ แย้มลออ และ ศิริวรรณ วชิรวงศ์. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์กับความรู้เรื่องการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดสุพรรณบุรี พ.ศ. 2548-2550. วารสารโรคเอดส์ 2551;21:28-35.
3. สมพงษ์ พัฒนกิจไพโรจน์.การศึกษาปัจจัยเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น. วารสารสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่12551; 12:101-103.
4. ดาราวดี นันทขว้าง. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ปีที่ 5 และนักเรียนอาชีวศึกษาชั้น ปีที่ 2 ใน จังหวัดลำพูน ปี 2546. วารสารโรคเอดส์2550; 19:85-101.
5. สุปิยา จันทรมณีและธนรักษ์ ผลิพัฒน์. ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ประเทศไทย พ.ศ. 2549. วารสารโรคเอดส์2550;19:174-182.
6. สกลพร พิชัยกมล. ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องเพศและทักษะชีวิตของนักเรียนช่วงชั้นที่3 มัธยมศึกษาปีที่2โรงเรียนนนทรีวิทยา.วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม; 2549.
7. เกษแก้ว เสียงเพราะ.การวิจัยปฏิบัติการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องเพศสัมพันธ์ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดร้อยเอ็ด.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต.มหาวิทยาลัยมหิดล;2550.

8. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. อัตราการคลอดบุตรของมารดาอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์. สืบค้นจากhttp://childpregnancy.m-society.go.th. 15 มีนาคม 2554.
9. ศูนย์วิจัยเอแบคนวัตกรรมทางสังคม มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ.สถานการณ์ทางเพศของวัยรุ่นไทย. สืบค้นจาก http://www.abacpoll.au.edu/in_news/2550/main2550.htm.25 ธันวาคม 2550.
10. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.การสำรวจพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
11. วิทยาลัยพยาบาลพระบรมราชชนนี. ปัญหาพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมของวัยรุ่น.สืบค้นจาก http://www.bcnpy.ac.th/wiki/index.php. 4ธันวาคม 2554.
12. สุณีรัตน์ ยั่งยืน, อุดมศักดิ์ มหาวีรวัฒน์, ธิดารัตน์ สมดี, และสุวิมลสงกลาง.ความตระหนักในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยต่อสุขภาพอนามัยของวัยรุ่น.วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี2553; 29(4):420-427.
13. วันวิสาข์ บัวลอย,มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์,ภรณี วัฒนสมบูรณ์และนิรัตน์ อิมามี.ประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่2 อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ รพ.รามาธิบดี 2557;20(1),127- 142.
14. กอบกาญจน์ มหัทธโน,นงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน,สุมาลี เพิ่มแพงพันธุ์และยุพา พูนขำ.รายงานการศึกษาวิจัย เรื่อง รูปแบบการสอนเพศศึกษาสำหรับค่ายเยาวชน ; 2544.

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังในการผ่าตัดต่อมลูกหมากโตด้วยวิธีการส่องกล้อง

Nursing care aging for transurethral resection of the prostate under spinal block : case study

Pimpichar taiyapun, B.N.S. พิมพ์พิชฌา ไตยพันธ์ พย.บ.
Yasothon hospital โรงพยาบาลยโสธร
Yasothon province จังหวัดยโสธร

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อรายงานกรณีศึกษาการพยาบาล ทางวิสัญญีในผู้ป่วยสูงอายุในระยะก่อนผ่าตัดขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ที่ได้รับยาระงับความรู้สึก โดยวิธีการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังในการผ่าตัดต่อมลูกหมากโตโดยวิธีการส่องกล้อง

วิธีการศึกษา : การรายงานกรณีศึกษาผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีปัสสาวะคั่งจากต่อมลูกหมากโต ที่ไม่มีโรคประจำตัว ในระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 29 ก.ย. -30 ต.ค.พ.ศ. 2558

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดต่อมลูกหมากโตการพยาบาลในการให้ยาระงับความรู้สึกแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ก่อนผ่าตัดระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดก่อนการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดได้รับเตรียมความพร้อมในการให้ยาระงับความรู้สึกที่เหมาะสม ระหว่างการผ่าตัดผู้ป่วย เกิดภาวะแทรกซ้อน คือ ความดันโลหิตต่ำ และหนาวสั่น แต่สามารถให้การดูแลและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนได้ทันทีผู้ป่วยปลอดภัยกลับไปใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ

สรุป : การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยได้รับการ พยาบาลทางวิสัญญีอย่างเหมาะสม ทำให้ได้รับ ความปลอดภัยจากการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด

คำสำคัญ : การระงับความรู้สึก, การผ่าตัดต่อมลูกหมาก

Abstract

Objective : To report a case study about the nursing care during pre-operative, intra-operative and post-operative period of TURP under spinal block

Methods : Case report was a thai old man that had BPH and acute urinary retention without underlying disease from 29 september to 30 october 2015

Result : This case study was pediatric patient under went to spinal anesthesia for transurethral resection of the prostate (TURP). Nursing anesthetic management has 3 section. Pre-operation management were check data of investigation, prepared heart component and intensive care unit (ICU). Intra-operative and post-operative management were nursing care about TURP under spinal block that had to check analgesic level, vital sign, blood loss, shivering and TURP syndrome.

Conclusion : The effective and proper nursing care of TUR-P under spinal block can help the patient to be safe.

Keywords: Anesthesia, TUR-P

บทนำ

ผู้สูงอายุในทางวิสัญญีวิทยา ได้ยึดตามเกณฑ์ของ The American Society of Anesthesiologist (ASA) หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป[1] จัดอยู่ใน ASA physical status 2 ถ้ามีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปให้ ASA physical status 3 ผู้สูงอายุมีความเสื่อมของโครงสร้างและการทำงานของร่างกายรวมถึงกำลังสำรอง (functional reserve) ก็ลดลง และมักมีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ

โรคต่อมลูกหมากโต[2] ทำให้ท่อปัสสาวะที่ถูกหุ้มอยู่มีขนาดเล็กลงเกิดการอุดตันต่อการขับถ่ายปัสสาวะ การรักษาต่อมลูกหมากโตเพื่อลดอาการผิดปกติต่าง ๆ ของการถ่ายปัสสาวะ และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนโดยจะพบความเสี่ยง 50% ในผู้ที่มีอายุ 60 ปี และ 90% ในผู้ที่มีอายุ 85 ปี[3] การผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะ[13,14,15] (Transurethral resection of the prostate) เป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลดี แต่อาจมีอาการไม่พึงประสงค์ทั้งในระยะผ่าตัดและหลังการผ่าตัด โดยเฉพาะการเกิดภาวะ TURP syndrome ซึ่งถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง[7] พบอุบัติการณ์ของ TURP syndrome อยู่ในช่วง 0.18-10.9 %[8]

การระงับความรู้สึกแบบ spinal anesthesia[5,6] เพื่อทำผ่าตัด TURP โดยการทำให้ชาในระดับ T_{10} ก็สามารถทำผ่าตัดได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคของระบบทางเดินหายใจ สามารถให้การวินิจฉัยภาวะ TUR-P syndrome, Bladder perforation ได้อย่างทันท่วงที การทำ spinal anesthesia ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายระบบ ได้แก่ 1) ระบบไหลเวียนเลือด ทำให้ความดันเลือดลดต่ำ พบได้บ่อยมาก เกิดขึ้นเร็วและรุนแรง แม้ว่าร่างกายจะปรับตัวจากการมี venous return อันเนื่องมาจากการจัดท่า lithotomy ผู้ป่วยก็ยังมีภาวะความดันโลหิตต่ำได้ 2) อาการหนาวสั่นจะส่งผลให้การเผาผลาญของร่างกายเพิ่มขึ้น 4-5 เท่า ทำให้ร่างกายต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น

โรงพยาบาลยโสธรเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 370 เตียง ให้บริการผู้ป่วยที่มารับการทำผ่าตัด TUR-P ดังนี้ ปี 2555 จำนวน 37 ราย ปี 2556 จำนวน 42 ราย และในปี 2557 มีจำนวน 23 ราย ร้อยละ 95ได้รับการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง จากข้อมูลดังกล่าวพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นดังนี้ ปี 2555 เกิดภาวะ TUR-P syndrome 2 ราย, rupture bladder 1 ราย, bradycardia 1 ราย ปี 2556 เกิดภาวะ rupture urethra 1 ราย พบภาวะ post-op myocardial infraction 1 ราย, เกิดภาวะ cardiac arrest 2 ราย เกิดภาวะ delirium 2 ราย ปี 2557 เกิดอุบัติการณ์เลื่อนการผ่าตัด 2 รายเนื่องจากผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำชีพจรเต้นเร็ว คลื่นหัวใจไฟฟ้าเป็น AF วิสัญญีแพทย์เลือกให้การระงับความรู้สึกแบบ General anesthesia หลังการ induction เกิดภาวะ broncho spasm รายที่ 2 ผู้ป่วยเกิด chest pain ขณะรอที่ห้อง pre-op ผู้เขียนในบทบาทวิสัญญีพยาบาล จึงได้นำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วยสูงอายุที่มาทำผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยวิธีการส่องกล้องภายใต้การฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังที่เกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อเป็นบทเรียนรู้และพัฒนาสำหรับวิสัญญีพยาบาล

วัตถุประสงค์ เพื่อรายงานกรณีศึกษาการพยาบาลทางวิสัญญีในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาระงับความรู้สึกโดยวิธีการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง ในการผ่าตัดต่อมลูกหมากโตโดยวิธีการส่องกล้อง

วิธีการศึกษา

ศึกษาผู้ป่วยสูงอายุ (very old age) 1 ราย แพทย์วินิจฉัยเป็น ต่อมลูกหมากโต ทำผ่าตัด Transurethral resection of the prostate (TUR-P)

แนวทางการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยสูงอายุเพื่อทำผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยวิธีการส่องกล้อง

การพยาบาลก่อนให้ยาระงับความรู้สึก[9,10]

ผู้สูงอายุต้องประเมิน ความเสี่ยงของการให้ยาระงับความรู้สึก Function activity ทุกราย เพราะส่วนใหญ่มีพยาธิสภาพของหัวใจ ปอด มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ มีความผิดปกติของดุลกรดด่าง ซีด ซึ่งต้องแก้ไขให้เรียบร้อยก่อน เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการให้ยาระงับความรู้สึก

วางแผนการใช้เครื่องมืออุปกรณ์และการดูแลหลังการทำผ่าตัด หลีกเลี่ยงการเลื่อนหรือดการผ่าตัด ลดความกลัว วิตกกังวล ป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้

การพยาบาลระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก

นิยมใช้เทคนิค spinal block และเฝ้าติดตามสัญญาณชีพ เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันเลือดต่ำ หัวใจเต้นช้าหรือหยุดเต้น การเกิดพิษจากยาชา[3] และภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด TUR-P ได้แก่ การเสียเลือด กระเพาะปัสสาวะทะลุ อันตรายจากเครื่องจี้ไฟฟ้า อุณหภูมิกายเย็นจากการทำ continuous irrigation bldder และการติดเชื้อแบคทีเรีย[5] เป็นต้น การจัดท่าขึ้นขาหยั่ง (Lithotomy) สำคัญมากเพราะผู้สูงอายุมีผิวหนังบาง กระดูกเปราะ ข้อติด[5]ควรทำหลังจากการให้ยาระงับความรู้สึกและ hemodynamic มีค่าคงที่ เฝ้าระวังการกดทับเส้นประสาทบริเวณข้อพับใต้เข่า เฝ้าระวังการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ มีการประเมิน volume status บ่อย ๆ โดยอาศัยการตอบสนองของร่างกาย ได้แก่ heart rate, arterial blood pressure, central venous pressure, peripheral oxygen saturation และ urine output[1] เป็นต้น

การพยาบาลหลังให้ยาระงับความรู้สึก

ประกอบด้วยการดูแลในห้องพักฟื้น เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการทำ spinal block และจากการทำ TUR-P และการเยี่ยมประเมินอาการผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยใน 24 ชั่วโมง ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือภาวะสับสน (Delirium) พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหลายอย่าง มีภาวะที่ผิดปกติต่าง ๆ เช่น ซีด ติดเชื้อ การใช้ยากลุ่ม Benzodiazepine และ Ketamine ใช้เวลาผ่าตัดนาน และมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล : ผู้ป่วยปลอดภัยจากการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด

กรณีศึกษา

ชายไทย อายุ 85 ปี น้ำหนัก 55 kg. ส่วนสูง 160 cm. สถานภาพ คู่ มีบุตรสาว 1 คน นับถือศาสนาพุทธ รับไว้รักษาในโรงพยาบาลวันที่29 กันยายน 2558 วันที่จำหน่าย 3 ตุลาคม 2558 รวมระยะเวลาวันนอน 4 วัน

อาการสำคัญ มาตามแพทย์นัดเพื่อทำผ่าตัดต่อมลูกหมากโต

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 2 เดือนก่อนมามีอาการปัสสาวะไม่ออก มารับการรักษาที่โรงพยาบาลยโสธร แพทย์ให้ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ หลังถอดสายสวนปัสสาวะ 3 ชั่วโมงผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะไม่ได้ ปวดมาก pain score 5 แพทย์ให้ใส่สวนสายสวนปัสสาวะแต่ใส่ไม่ได้ จึงส่งทำ cystoscope หลังทำเสร็จให้กลับบ้านและนัดมาโรงพยาบาลเพื่อทำผ่าตัดต่อมลูกหมากโต

การเจ็บป่วยในอดีต สุขภาพโดยทั่วไปแข็งแรงดี ปฏิเสธการมีโรคประจำตัวไม่แพ้ยาหรืออาหาร

การผ่าตัด เคยผ่าตัดกระดูกหลังใส่เหล็กดามและได้รับการระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย หลังการผ่าตัดไม่พบความผิดปกติจากการได้รับยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด

ประวัติการเจ็บป่วยญาติสายตรง ไม่มีโรคทางกรรมพันธุ์สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพแข็งแรงดีทุกคน

การประเมินสภาพร่างกาย ชายไทยสูงอายุ รูปร่างผอม รู้สึกตัวดี สภาพร่างกายแข็งแรง ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่มีโรคประจำตัว สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิกาย 37^0C, ชีพจร 84 bpm, หายใจ 20 ครั้ง/min, ความดันโลหิต 110/70 mmHg. สภาพจิตใจรู้สึกกังวลเล็กน้อย

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC: มีภาวะซีดเล็กน้อย แต่คิดว่าเพียงพอที่จะผ่าตัดได้ มี platelet ปกติ ค่า BUN, Cr. มีค่าปกติ แสดงว่าไม่มีความผิดปกติของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย

ผลการตรวจพิเศษ ECG : Sinus rhythm, CXR : Normal

การวินิจฉัยโรค: Benign prostatic hypertrophy (Large)

การวางแผนการรักษา ศัลยแพทย์วางแผนทำผ่าตัด Transurethral resection prostatectomy (TUR-P)

การวินิจฉัยทางการพยาบาลก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก

การวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
1.ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัดข้อมูลสนับสนุน - ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล - ผู้ป่วยกลัวการผ่าตัด **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับผลที่จะเกิดขึ้น และคลายความวิตกกังวลลง **เกณฑ์การประเมินผล** ผู้ป่วยแสดงสีหน้าคลายความวิตกกังวลและร่วมมือในการเตรียมผ่าตัด	1. ตรวจเยี่ยมก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วยก่อน วันผ่าตัด 1 วัน เพื่อประเมินความเสี่ยงและรวบรวมข้อมูล วางแผนการระงับความรู้สึกและแผนการดูแลต่อเนื่อง 2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยด้วยการทักทายและแนะนำตนเอง ให้ข้อมูลเรื่องการระงับความรู้สึกและการปฏิบัติตัวก่อน ระหว่างและหลังการผ่าตัด พอสังเขป 3. กระตือรือร้นและสนใจต่อความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วย 4. ลดความวิตกกังวลโดยการค้นหาสาเหตุ การตอบคำถามและให้ข้อมูล	ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวลเมื่อได้รับข้อมูลเพิ่มขึ้นและเซ็นยินยอมผ่าตัด
2. พร่องความรู้ในการเตรียมตัว เพื่อเข้ารับการผ่าตัดเนื่องจาก ไม่ได้รับการอธิบายกระบวนการผ่าตัด/คาดหวังผลสัมฤทธิ์ภายหลังการ ผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยซักถามการรักษาของแพทย์ และขั้นตอนการระงับความรู้สึก **วัตถุประสงค์การพยาบาล** ผู้ป่วยมีความเข้าใจและมีความคาดหวังที่ถูกต้องกับการรักษา **เกณฑ์การประเมินผล** ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับแนวทางการรักษาของแพทย์ได้สามารถปฏิบัติตัวในระยะก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง	1. ให้ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรค และแนวทางการรักษาของแพทย์ เปิดโอกาสให้ ซักถามข้อมูล 2. บอกวัตถุประสงค์ของการ ระงับความรู้สึก สิ่งที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย สิ่งที่มีติดตัวผู้ป่วยเมื่อกลับจากห้องผ่าตัด 3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ ทราบถึงการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด เช่น การหายใจที่ถูกวิธีการไออย่างมีประสิทธิภาพ แนะนำการพลิกตะแคงตัวเมื่อพร้อม การออกกำลังแขนขา การควบคุมและบรรเทาความเจ็บปวด เป็นต้น 4. แนะนำการได้รับอาหารที่มีคุณค่าและพลังงานที่เพียงพอเพื่อช่วยสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอและช่วยในการหายของแผล	ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในโรคที่เป็นอยู่ สามารถบอกแนวทางการรักษาง่ายๆ ได้ คลายความวิตกกังวล มีความมั่นใจในแนวทางการรักษาของแพทย์และให้ความร่วมมืออย่างดี
3. มีโอกาสเกิดความไม่เพียงพอ และพร้อมใช้ของเครื่องมือและอุปกรณ์การให้ยาระงับความรู้สึก **ข้อมูลสนับสนุน** 1. เครื่องมือประกอบด้วย วัสดุหลายประเภทซึ่งทำงานโดยใช้ระบบ กลไกวงจรอิเล็คโทรนิคและคอมพิวเตอร์ จึงอาจมีโอกาสชำรุดเสียหายได้	1. ศึกษาวิธีการใช้อุปกรณ์อย่างละเอียด ทำตามคำแนะนำในคู่มือหรือจากคำแนะนำการใช้งานเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญด้านเครื่องมือจากบริษัทผู้ผลิต 2. ไม่ดัดแปลงอุปกรณ์โดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ 3. ตรวจสอบความพร้อมใช้งานของอุปกรณ์เครื่องมือก่อนเริ่มให้บริการระงับความรู้สึกได้แก่ เครื่อง Monitor, เครื่องดมยาสลบ เพื่อให้ใช้งานได้อย่างดี	- เครื่องมือ อุปกรณ์ มีความพร้อมใช้อย่างครบถ้วนเพียงพอ - ไม่มีอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากเครื่องมือไม่พร้อม

การวินิจฉัยทางการพยาบาลก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก (ต่อ)

การวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้เครื่องมือ มีความพร้อมและใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ **เกณฑ์การประเมินผล** - เครื่องมือมีความพร้อมใช้และมีประสิทธิภาพ - อุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดผู้ป่วยเนื่องจากเครื่องมือไม่พร้อมใช้	4. เฝ้าระวังและเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา - มีอุปกรณ์ฉุกเฉิน เช่น AMBU พร้อมใช้ 5. ขอความช่วยเหลือทันทีที่ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ 6. เมื่อใช้งานเสร็จแล้วต้องบำรุงรักษาและทำความสะอาดอย่างถูกต้องเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง 7. ส่งซ่อมบำรุงรักษาทางเทคนิคตามกำหนดเวลาเพื่อคงสภาพอุปกรณ์ให้ใช้งานได้อย่างเหมาะสมกับอายุการใช้งาน	

การพยาบาลระยะระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก

การวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
1. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อคและภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่เนื่องจากการสูญเสียเลือด และมีการใช้สารน้ำทำ irrigation จำนวนมากในระหว่างการผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** - ผู้ป่วยงดน้ำและอาหาร - ประเมินการสูญเสียเลือดลำบาก เนื่องจากมีการใช้สารน้ำสวนล้างตลอดเวลา - ใช้สารน้ำ irrigation 75,000 ml. - ได้รับยาขับปัสสาวะในระหว่างการทำผ่าตัด **วัตถุประสงค์การพยาบาล** ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับสารน้ำและเลือด ทดแทนอย่างเพียงพอเหมาะสม **เกณฑ์การประเมินผล** - สัญญาณชีพผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ - มีการสูญเสียเลือด ≤ 20% ของ blood volume	1. ตรวจดู ให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและเกลือแร่อย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย 2. ตรวจสอบการจองเลือดให้พร้อมใช้ ก่อนการผ่าตัด 3. monitor EKG, NIBP, SpO_2 ตลอดเวลาโดยเฉพาะสัญญาณชีพที่บ่งบอกถึงภาวะช็อค คือ ความดันโลหิตตก ชีพจรเบาเร็ว พร้อมลงบันทึกในใบให้ยาระงับความรู้สึกอย่างต่อเนื่องทุก 5 นาที 4. สังเกตสีและปริมาณของปัสสาวะที่ออก ถ้าสีของปัสสาวะที่ออกแดงเข้มมากควรเจาะดูค่า Hct. 5. ประเมินการสูญเสียเลือดร่วมกับศัลยแพทย์อย่างคร่าว ๆ ถ้าเสียเลือดมากควรเจาะดูค่าฮีมาโตคริตเพื่อประเมินระดับความเข้มข้นของเลือด	- ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 100/50 – 110/60 มม.ปรอท ชีพจร 60 – 80 ครั้ง / นาที - ผู้ป่วยสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด 500 ซีซี ซึ่งไม่ถึง 20% ของ blood volume

การพยาบาลระยะระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก (ต่อ)

การวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
2. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาทบริเวณข้อพับใต้เข่าและข้อสะโพก **ข้อมูลสนับสนุน** จัดท่าผู้ป่วย lithotomy position เพื่อทำผ่าตัด TUR-P **วัตถุประสงค์การพยาบาล** ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่าเพื่อทำผ่าตัด **เกณฑ์การประเมินผล** - การจัดท่าถูกต้อง ไม่มีการผิดรูปของขาหรือข้อสะโพก	1. ติดตั้งอุปกรณ์สำหรับขึ้นขาหยั่งให้ถูกต้อง 2. จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่านอนหงายราบ ให้ก้นผู้ป่วยอยู่ระหว่างส่วนลำตัวท่อนล่างและส่วนขาเพื่อให้สะดวกต่อการขึ้นขาหยั่ง 3. กางขาออกเท่ากันทั้งสองข้าง ให้เจ้าหน้าที่อย่างน้อย 2 คน ช่วยกันยกขาผู้ป่วยขึ้นพร้อมกันอย่างช้า ๆ โดยค่อย ๆ งอต้นขาเข้าหาลำตัวของ ผู้ป่วย 90 องศา เพื่อหลีกเลี่ยงการตึงของกล้ามเนื้อบริเวณหลัง และป้องกันการเคลื่อนของข้อสะโพก	1. การจัดท่าขึ้นขาหยั่งถูกต้อง 2. ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีอาการแสดงการบาดเจ็บของเส้นประสาท common peroneal nerve 3. ไม่มีการเคลื่อนของข้อสะโพก 4. ขาและข้อสะโพกมีรูปทรงปกติ
3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ hypotension จากการทำ spinal block **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยได้รับการทำ spinal block มีระดับการชา T10 **วัตถุประสงค์การพยาบาล** ป้องกันการเกิดภาวะ hypotension **เกณฑ์การประเมินผล** ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยในระหว่าผ่าตัด มีค่า ±20% ของค่าความดันโลหิตตั้งต้น	1. วัดความดันโลหิต ชีพจร เพื่อเป็นค่าพื้นฐานก่อนการทำ spinal block 2. Preloading ด้วยสารละลาย 0.9% NSS ก่อนทำหัตถการ 15 นาที 3. เฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด วัดระดับออกซิเจนโดย pulse oximetry ทุก 5 นาที 4. รักษาภาวะ hypotension ทันทีโดยการให้ยา ephedrine ดูแลให้ได้รับออกซิเจน 5. รักษาระดับการชาที่ใช้สำหรับทำหัตถการ TUR-P คือ T10 6. ประเมินการสูญเสียเลือด สารน้ำเข้าออกจากร่างกายอย่างต่อเนื่อง 7. รายงานความเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติทันทีแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมให้บริการผู้ป่วย 8. ร่วมมือแก้ปัญหาตามแผนการรักษา 9. บันทึกรายงานการปฏิบัติการพยาบาลอย่างครบถ้วน	- ระดับความดันโลหิตในระหว่างการผ่าตัดอยู่ระหว่าง 120/80 ถึง 90/60 mmHg ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ ± 20% ของค่าเริ่มต้น - ECG show normal sinus rhythm . - SPO2 100% ตลอดการผ่าตัด
4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypothermia เนื่องจากอุณหภูมิห้องผ่าตัดต่ำ 21-22 ^{0}C **และใช้สารน้ำทำ** continuous irrigation bladder **ที่อุณหภูมิห้อง** **ข้อมูลสนับสนุน** - อุณหภูมิห้องผ่าตัดเย็นที่ 21-22^{0}C	1. เฝ้าติดตามและรักษาอุณหภูมิกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 36.5-37.5 ^{0}C 2. ให้ความอบอุ่นร่างกายโดยห่มผ้าหนา 3. ใช้ผ้าห่มเป่าลมร้อนคลุมร่างกายส่วนบน 4. อุ่นสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำทางสาย IV fluid โดยเครื่องอุ่นสารน้ำ 5. ให้ยา pethidine ขนาด 5-10 mg. iv. เมื่อเกิดอาการหนาวสั่น	- ผู้ป่วยมีอาการหนาวสั่นเล็กน้อย - ได้รับการดูแลเพื่อป้องกันภาวะหนาวสั่นด้วยผ้าห่มหนาและผ้าห่มเป่าลมร้อน - ได้รับออกซิเจน 100% ตลอดการผ่าตัด

การพยาบาลระยะระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก (ต่อ)

การวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
- ใช้สารน้ำสำหรับทำ irrigation ปริมาณ 75,000 ml. โดยวางไว้ในห้องผ่าตัด **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ และป้องกันภาวะหนาวสั่น **เกณฑ์การประเมินผล** ผู้ป่วย มีอุณหภูมิร่างกายปกติในช่วง 36.5^{0}C – 37.5^{0}C และไม่มีภาวะหนาวสั่น	6. ให้ออกซิเจนเมื่อเกิดอาการหนาวสั่น เนื่องจากมีการใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น 400 เท่าเมื่อเกิดอาการหนาวสั่น	
5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Transurethral resection syndrome **ข้อมูลสนับสนุน** - จากผล U/S ต่อมลูกหมากมีขนาดใหญ่ - ใช้เวลาทำผ่าตัดนาน 115 นาที - ใช้สารละลาย hypotonic ทำIrrigation **วัตถุประสงค์การพยาบาล** ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะ TUR-P syndrome **เกณฑ์การประเมินผล** - ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ - ไม่มีอาการแสดงของ water toxicity เช่น เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน กระสับกระส่าย ปวดท้อง ร้าวไปไหล่ สับสน coma, hypertension, hypotension, braddycardia, arrhythmia	1. ปรับความสูงของถังน้ำทำ irrigation ไม่ให้สูงเกินกว่า 60 cmH_2O จากเตียงผู้ป่วย 2. เฝ้าระวังการเกิดภาวะ TURP syndrome เนื่องจากต่อมลูกหมากโตมาก ใช้เวลาผ่าตัดนาน $\geq$ 90 นาที ใช้สารละลาย irrigation มาก 3. รายงานวิสัญญีแพทย์ เมื่อผู้ป่วยแสดงอาการของภาวะ TURP syndrome 4. ดูแลด้านจิตใจ ให้ข้อมูลผู้ป่วยเป็นระยะตามความเหมาะสม 5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์	- ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ Monitor ECG show normal sinus rhythm - ไม่มีอาการแสดงของ water toxicity ระดับการรู้สึกตัวปกติ .

การพยาบาลระยะหลังให้การระงับความรู้สึก

การวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
1. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้ม หลังการทำผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** - ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลงเนื่องจากชาที่ระดับ T10 **วัตถุประสงค์การพยาบาล** ผู้ป่วยปลอดภัยเมื่อเคลื่อนย้าย **เกณฑ์การประเมินผล** ไม่มีอุบัติการณ์พลัดตก หกล้ม ขณะผู้ป่วยอยู่ในความดูแลของวิสัญญีพยาบาล	1. ประเมินสภาพผู้ป่วยเกี่ยวกับระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ระดับการชา ก่อนการเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด 2. ใช้ pad slide ในการเคลื่อนย้ายทุกครั้ง และมีบุคลากรช่วยในการเคลื่อนย้าย 3-4 คน 3. จัดท่านอนหลังทำผ่าตัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนสบาย โดยให้อยู่ในท่านอนหงายราบธรรมดาไม่หนุนหมอนมีไม้กั้นเตียงยกสูง 4. ให้คะแนนการประเมินสภาพผู้ป่วยตาม Post anesthesia recovery score (PARS) สามารถจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้นได้เมื่อ Score $\geq$ 9	- ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีอุบัติการณ์ เรื่องพลัดตกหกล้ม
2. ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการสูญเสียเลือดมากเนื่องจากการผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** - มีแผลจากการผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยวิธีการส่องกล้อง (TUR-P) - ปัสสาวะมีสีแดงเข้ม **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกภายหลังการผ่าตัด **เกณฑ์การประเมิน** - ไม่มีเลือดออก - ไม่มี bladder full - ปัสสาวะสีจางลงจนเป็นปกติ	1. สังเกตบริเวณผ่าตัด การวางท่อระบาย รูเปิดทางเดินปัสสาวะว่าอาจมีเลือดติด 2. สังเกต การเสียเลือดที่ออก เพื่อปรับสารละลายที่ให้ทางหลอดเลือดดำให้เป็นไปตามแผนการรักษา 3. ดูแลให้ปัสสาวะไหลได้สะดวกดี ป้องกันการเกิด clot อุดตัน ระวังไม่ให้สายสวนปัสสาวะบิดหรือหัก ถุงปัสสาวะอยู่ต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะเสมอ บีบรูดสายสวนปัสสาวะเป็นระยะ ๆ เพื่อป้องกันการอุดตัน 4. บันทึกจำนวนน้ำที่ร่างกายได้รับและขับออก ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการสวนล้างปัสสาวะแบบต่อเนื่อง (on CBI) โดยนำมาหักลบกัน จะทำให้ทราบปริมาณปัสสาวะที่ออกมาในช่วงเวลานั้น ๆ 5. ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยขยับขาข้างที่ Traction เพราะอาจทำให้เลือดออก มากขึ้น 6. ให้ความรู้การปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยขณะ on traction 7. บันทึกปริมาณ ลักษณะสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายผู้ป่วยขณะดูแลในห้องพักฟื้น	- ไม่มีเลือดออกบริเวณแผลผ่าตัด - สายสวนปัสสาวะไหลสะดวกดี กระเพาะปัสสาวะไม่โป่งตึง
3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการการเกิดภาวะ hypothermia จากการสวนล้างปัสสาวะอย่างต่อเนื่อง **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะและได้รับการสวนล้างปัสสาวะและมีอุณหภูมิกาย 35.6^{0}C	1. รักษาความอบอุ่นของร่างกายโดยการห่มผ้าหนาๆ หรือใช้เครื่องให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย เช่น air force warmer 2. อุ่นสารน้ำที่ทำ continuous bladder irrigation 3. ถ้าอาการหนาวสั่นไม่ดีขึ้น รายงานแพทย์ทราบเพื่อพิจารณาให้ยา pethidine ขนาด 10-20 mg จะช่วยลดอาการหนาวสั่นได้	วัดอุณหภูมิกายปกติ 36.8^{0}C -37^{0}C ผู้ป่วยไม่มีอาการหนาวสั่น

การพยาบาลระยะหลังให้การระงับความรู้สึก (ต่อ)

การวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะ hypothermia **เกณฑ์การประเมินผล** ผู้ป่วยมีอุณหภูมิกายปกติ 36.5^{0}C- 37.4^{0}C และไม่มีอาการหนาวสั่น	4. ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน	
4. ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการการเกิดภาวะ Post Operative Delirium **ข้อมูลสนับสนุน** มีปัจจัยชักนำได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุ เพศชาย ได้รับการระงับความรู้สึก และขณะการผ่าตัดมีภาวะแทรกซ้อน **วัตถุประสงค์การพยาบาล** ผู้ป่วยไม่มีภาวะ Post Operative Delirium เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน **เกณฑ์การประเมินผล** ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวดีเป็นปกติ	1. ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะ ออกซิเจนในเลือดต่ำ, ความดันโลหิตต่ำ, อุณหภูมิร่างกายต่ำ,ปวด, ซึด เนื่องจากเป็นสาเหตุร่วมที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะ Post Operative Delirium 2. เฝ้าระวังสัญญาณชีพ ที่ห้องพักฟื้นและหอผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ 3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ ออกซิเจนใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด 4. ส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษากับพยาบาลหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง 5. รายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติเพื่อการรักษาและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงที	ผู้ป่วยเกิดภาวะ delirium ในวันที่ 2 หลังการผ่าตัด ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันที ผู้ป่วยหายจากอาการ delirium ในวันที่ 3 หลังการผ่าตัด สามารถกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย .

สรุปกรณีศึกษา

ชายไทย อายุ 85 ปี น้ำหนัก 55 kg. ส่วนสูง 160 cm. รับไว้รักษาในโรงพยาบาลวันที่ 29 ก.ย. 2558 เพื่อเตรียมทำผ่าตัด Transurethral prostatectomy (TURP) จัดอยู่ใน ASA class 3 ความเสี่ยงของโรคหัวใจก่อนการผ่าตัดอยู่ในระดับ intermediate risk ผู้ป่วยและญาติรับทราบ และเซ็นยินยอมรับการรักษา

30 ก.ย. 2558 ผู้ป่วยทำ TUR-P และได้รับการทำ spinal block ได้ยา antibiotic เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ขณะผ่าตัดมีภาวะความดันโลหิตต่ำ ให้การรักษาด้วยยา ephedrine ระหว่างการผ่าตัดสัญญาณชีพปกติ SpO_2 100% ใช้เวลาทำผ่าตัด 115 นาที สูญเสียเลือดขณะผ่าตัด 500 mlได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 800 ml. ทางหลอดเลือดดำ ใช้สารละลาย 5% DW ทำ irrigation 75,000 ml. ศัลยแพทย์ ให้ยา lasix 40 mg. ขณะอยู่ห้องพักฟื้นรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ระดับการชาอยู่ที่ T_{10} ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะดึง traction ทำ continuous irrigation bladder ปัสสาวะไหลสะดวกดีสีแดง อยู่ในห้องพักฟื้น 40 นาที วิสัญญีพยาบาลจึงนำส่งหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม และให้ ออกซิเจน canular ที่หอผู้ป่วยหนักผู้ป่วยมีภาวะซีดลง และเกิด hypovolumic shock ได้รับการรักษาด้วยยา dopamine สารน้ำและเลือดทดแทน หลังหมดฤทธิ์ยาชาผู้ป่วยมีอาการปวดแผล ได้รับ morphine ลดอาการปวดตามแผนการรักษา

1 ต.ค. 2558 ผู้ป่วยมีอาการคงที่ สัญญาณชีพปกติ ปัสสาวะเหลืองใส ไม่มีเลือดปน ศัลยแพทย์off traction หยุดการรักษาด้วยยาเพิ่มความดันโลหิต ปวดแผลผ่าตัด ได้รับ morphine แก้ปวดตามแผนการรักษา ช่วงบ่ายผู้ป่วยมีอาการสับสน ลุกนั่งไม่ยอมนอน เอะอะโวยวาย แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะ

delirium ให้การรักษาด้วยยา valium, hadol หลังได้ยาผู้ป่วยมีอาการสงบลง

2 ต.ค. 2558 ย้ายผู้ป่วยไปรับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม มีภาวะซีดแพทย์ให้ PRC 1 ยูนิต ตอนเย็นแพทย์ให้ off foley's catheter หลังการถอดสายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้ตามปกติ

3 ต.ค. 2558 ผู้ป่วยรูสึกตัวดี พูดคุยได้ปกติ ถามตอบรู้เรื่อง สัญญาณชีพปกติ ปัสสาวะได้ปกติ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

โรคต่อมลูกหมากโต พบได้บ่อยมากในผู้ชายสูงอายุ การเกิดภาวะแทรกซ้อนพบได้ทั้งจากการผ่าตัด สภาพของผู้ป่วย หรือจากการให้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยที่ได้รับการทำ continuous irrigation bladder นานมากกว่า 90 นาที ควรมีการเฝ้าระวังภาวะ hypothermia นอกเหนือจากการเฝ้าติดตามสัญญาณชีพตามมาตรฐานควรมีการบันทึกปริมาณสารน้ำที่ทำ irrigation ทั้ง intake และ output การประเมินการสูญเสียเลือดยาก บางครั้งศัลยแพทย์ป้องกันการเกิดภาวะน้ำเกินด้วยการให้ยาขับปัสสาวะ ทำให้มีความยุ่งยากในการให้สารน้ำทดแทน วิสัญญีพยาบาลจึงต้องดูแลติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เช่นตรวจ CBC, Electrolyte, BUN, Creatinine และ Blood sugar[6] ในขณะผ่าตัด

ข้อเสนอแนะ การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการทำ TUR-P บุคลากรผู้ให้การระงับความรู้สึกในผู้สูงอายุ ต้องเข้าใจพยาธิสภาพของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ มีประสบการณ์ มีการตัดสินใจที่เหมาะสม มีการประเมินผู้ป่วยที่ดี และที่สำคัญ คือ มีการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ จึงจะทำให้สามารถแก้ไขปัญหาและภาวะแทรกซ้อนได้อย่างทันท่วงที มีแผนการจำหน่ายเฉพาะโรคร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ครบองค์รวม แม้ว่าจะเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยก็ได้รับการรักษา และเกิดความปลอดภัย เกิดความพึงพอใจ และสามารถกลับบ้านได้

เอกสารอ้างอิง

1. แสงโสม ปิรยะวราภรณ์. บทที่ 27 การบริหารยาระงับความรู้สึกในผู้สูงอายุ. ใน อังกาบ ปราการรัตน์, วรภา สุวรรณจินดา บรรณาธิการ. ตำราวิสัญญีวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; พ.ศ. 2548. หน้า 433
2. ต่อมลูกหมากโต(prostatadema). บทความการดูแลสุขภาพและเคล็ดลับเพื่อสุขภาพดี[internet].2558 [เข้าถึงเมื่อ 4 ตุลาคม 2558. เข้าถึงได้จาก www.healthcarethai.com/ต่อมลูกหมากโต-prostadenoma/
3. กรวีร์ พสุธารชาติ. สิ่งที่ควรรู้เกี่ยวกับ spinal anesthesia (ตอนที่1). วารสารหมอชาวบ้าน [internet]. 2550 [เข้าถึงเมื่อ 2558 ตุลาคม 10]. [หน้า 1]. เข้าถึงได้จาก http://www.doctor.or.th/ask/detail/7456
4. พุทฒิพรรณี วรกิจโภคาทร. บทที่ 16 การรักษาด้วยสารน้ำและอิเลคโทรไลท์. ใน วรภา สุวรรณ จินดา, อังกาบ ปราการรัตน์, บรรณาธิการ. ตำราวิสัญญีวิทยา. พิมพ์ซ้ำครั้งที่ 2. กรุงเทพ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; พ.ศ. 2538. หน้า 252-54
5. วรรณวิมล แสงโชติ, สมชาย เวียงธีระวัฒน์. บทที่ 10 การให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. ใน ฐิติมา ชินะโชติ, วรรณวิมล แสงโชติ, สุวรรณี สุรเศรณีวงศ์, บรรณาธิการ.ตำราฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด; 2544. หน้า 92-6
6. สมพร หาญพาณิชย์. บทที่ 34 การให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยโรคทางเดินปัสสาวะ. ใน วรภา สุวรรณจินดา, อังกาบ ปราการรัตน์, บรรณาธิการ. ตำราวิสัญญีวิทยา. พิมพ์ซ้ำครั้งที่ 2. กรุงเทพ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; พ.ศ. 2538. หน้า 535-39
7. ธารทิพย์ ประณุทนรพาล. บทที่ 16 การจัดท่าเพื่อการผ่าตัด. ใน: ฐิติมา ชินะโชติ, ธารทิพย์ ประณุทนรพาล, นุชสโรช เพ็ชญไพศิษฏ์, บรรณาธิการ. วิสัญญีระดับพื้นฐาน เล่ม 1. หน้า 182-86

8. อริศรา เอี่ยมอรุณ. บทที่ 9 การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารยาชาเฉพาะส่วน. ใน สุวรรณี สุรเศรณีวงศ์, มะลิ รุ่งเรืองวานิช, มานี รักษาเกียรติศักดิ์, พรอรุณ ศิริโชติวิทยากร, บรรณาธิการ. ตำราฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพ: เรือนแก้วการพิมพ์; พ.ศ. 2552. หน้า 66-9
9. น้ำทิพย์ ไตรยสุนันท์. การประเมินและเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. [internet]. [เข้าถึงเมื่อ 9 สิงหาคม 2558]. เข้าถึงได้จาก http://www.si.mahidol.ac.th/anesth/undergrad.pdf
10. พรทิพย์ ตันมุขยกุล. บทที่ 10 การประเมินสภาพและการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด.ใน: ฐิติมา ชินะโชติ, ธารทิพย์ ประณุทนรพาล, นุชสโรช เพ็ชญไพศิษฎ์, บรรณาธิการ. วิสัญญีระดับพื้นฐาน เล่ม 1. หน้า 115-22
11. อักษร สาธิตการมณี. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดทันทีในห้องพักฟื้น. ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น: 2540
12. อริศรา เอี่ยมอรุณ. บทที่ 9 การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารยาชาเฉพาะส่วน. ใน สุวรรณี สุรเศรณีวงศ์, มะลิ รุ่งเรืองวานิช, มานี รักษาเกียรติศักดิ์, พรอรุณ ศิริโชติวิทยากร, บรรณาธิการ. ตำราฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพ: เรือนแก้วการพิมพ์; พ.ศ. 2552. หน้า 66-9
13. Amr Hawary, Karim Mukhtar, Andrew Sinclair, Ian Pearce. Transurethral Resection of the Prostate Syndrome: Almost Gone but Not Forgotten Journal of Endourology. [Internet]. 2009 December[cite 2014 december 24]; 2009 October 12. doi:10.1089/end.2009.0129.[Epub ahead of print] 23(12).Available from: http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/end.2009.0129
14. Aidan M. O'Donnell, Irwin T.H. Foo. Anaesthesia for transurethral resection of the prostate. BJA: CEACCP.[Internet] 2012 november[cite 2015 November 19];9(3):92-96. Available from: http://ceaccp.oxfordjournals.org/content/9/3/92.full
15. Atsushi Fujiwara, Junko Nakahira, Toshiyuki Sawai, Teruo Inamoto, Toshiaki Minami. Prediction of clinical manifestations of transurethral resection syndrome by preoperative ultrasonographic estimation of prostate weight. BMC Urol [Internet]. 2014[cite 2015 September 20];2014 Aug 16;14:67. doi: 10.1186/1471-2490-14-67. Availabe from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25128188

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ

Nursing care of the patient with septic shock

Youwaluck Vetchakama, Dip in Nursing Science เยาวลักษณ์ เวชกามา ป.พ.ส.
Yasothon hospital โรงพยาบาลยโสธร
Yasothon province จังหวัดยโสธร

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อรายงานกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ

วิธีศึกษา : การรายงานกรณีศึกษาผู้ป่วยในระยะเวลาตั้งแต่ 18 – 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 35 ปี 2 สัปดาห์ก่อนมา เคยมานอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยไข้สูง ไอ หายใจหอบ แพทย์วินิจฉัยเป็น Rt. Pleural effusion with shock รักษาโดยให้ยาและใส่ท่อระบายทรวงอก (เจาะปอด) อาการทุเลา แพทย์จึงจำหน่าย ภายหลังกลับบ้านได้ 1 วันผู้ป่วยมีอาการไข้ ซึมลง หายใจหอบแผลบริเวณเจาะปอดมีของเหลวซึมซุ่มก๊อซ ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลยโสธร แรกรับผู้ป่วยมีไข้สูง 38.5 องศาเซลเซียส หายใจหอบ 28 ครั้ง/นาที ชีพจรเร็ว 118 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตต่ำ 80/50 ม.ม.ปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (O_2 saturation) 90% แพทย์วินิจฉัยแรกรับเป็น Rt pleural effusion with shock ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมหญิง แพทย์ให้การรักษาโดยให้ยาปฏิชีวนะ Meronam 1 gm ทุก 8 ชั่วโมง และ Dopamine ทางหลอดเลือดดำ เพื่อเพิ่มความดันโลหิต ผู้ป่วยมีภาวะซีด Hct 28% แพทย์จึง ให้ PRC 1 unit และจากผลการส่งโลหิตตรวจเพาะเชื้อพบเชื้อ E.Coli จึงให้การวินิจฉัยเพิ่มเป็น Septicemia จากการใช้แนวคิดแบบแผนการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน ได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญ คือ ระยะเฉียบพลัน ได้แก่ 1. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนแก๊สและการขนส่งแก๊สไม่มีประสิทธิภาพ 2. เสี่ยงต่อภาวะไตวายเฉียบพลัน เนื่องจากช็อกจากการติดเชื้อ 3. บกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำ เนื่องจากเหนื่อยหอบ ระยะฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่ม เนื่องจากภูมิต้านทานต่ำ 2) ภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากเจ็บป่วยเรื้อรัง 3) การวางแผนจำหน่ายได้แก่ การดูแลแผล,การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยได้รับการพยาบาลและดูแลรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ จนกระทั่งมีอาการดีขึ้น แพทย์จึงได้จำหน่าย และนัดมาตรวจเพื่อติดตามผลการดูแลรักษา 2 สัปดาห์ รวมเข้ารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 7 วัน

สรุป : การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยได้รับการพยาบาลดูแลรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อได้อย่างถูกต้องและเหมะสม ทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถกลับไปอยู่บ้านและใช้ชีวิตตามปกติได้

คำสำคัญ : ภาวะช็อคจากการติดเชื้อ, การพยาบาล

Abstract

Objective : To study Nursing care of the patient with Septic shock.

Methods : A Case study report from February 18 to February 24 , 2016 .

Results : A 35-year-old women who had re-admitted in medicine ward. After stitches off ICD wound for one day she presented with fever, fatique, dyspnea, pain and absorbed dressing wound, All relative

brough her to Yasothon Hospital. First diagnosis was right pleural effusion with shock and then final diagnosis was septicemia. For nursing assessment used Gordon Functional Health Patterns in order to provide nursing care, finding,the important nursing problem In acute phase was 1. Poor tissue perfusion due to shock. 2. Risk to acute renal failure due to shock with sepsis. 3. Deficient to daily activities from dyspnea. In recovery phase was 1) Risk for increase infection from low immune. 2) Malnutrition from chronic illness. 3) Discharge plan that is how to care infected wound and good practical when go home. She was treated allowing guideline sepsis and continuous mornitoring saving problem effectively to save life from crisis. She was improved, could self care, furthermore ; she was discharged and followed up within 2 weeks. Length of stay (LOS) was seven days.

Conclusion : The study show that patient recived proper nursing care and treatment by guideline sepsis.She was saved without any complication and self effectively to improved of life.

Keywords : Septic shock, Nursing care

บทนำ

ภาวะช็อคจากการติดเชื้อ (Septic shock) เป็นภาวะที่มีการอักเสบกระจายไปทั่วร่างกายโดยมีสาเหตุจากการติดเชื้อหรือตัวกระตุ้นอื่น ๆ ที่พบได้บ่อย คือการติดเชื้อในปอดทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต [1] เป็นภาวการณ์เจ็บป่วยขั้นวิกฤตที่รุนแรงและมีอัตราตายสูง[2] โดยผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการของการติดเชื้อ ซึ่งอาจเป็นการติดเชื้อเฉพาะที่หรือเป็นการติดเชื้อแบบ systemic ก็ได้ ซึ่งอาการแสดงในผู้ป่วยช็อกจะพบมีการเปลี่ยนแปลงของ vital sign เช่น blood pressure น้อยกว่า 90/60 mmHg หรือ ต่ำกว่า baseline เดิมมากกว่า 40 mmHg ร่วมกับมีการเพิ่มขึ้นของ heart rate อาจจะพบว่ามีไข้ถ้าเป็น septic shock และผู้ป่วย อาจมีอัตราการหายใจที่เร็วขึ้นได้ ผู้ป่วยอาจมีอาการซึมลง ถึงหมดสติได้ถ้าช็อกรุนแรง และอาจตรวจพบความผิดปกติที่เป็นสาเหตุของภาวะช็อกเช่น ตรวจพบ sign ของ hypovolemia sign ของ localize infection หรือ cardiac diseases เป็นต้น ซึ่งอุบัติการณ์ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ในโรงพยาบาลยโสธรมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ พบร้อยละ 40.15 และ 58.20 รวมทั้งอัตราการเสียชีวิตพบร้อยละ 17.73 และ 18.19 ในปี พ.ศ. 2558 และ 2559 ตามลำดับ [3] (รายงานอัตราตายด้วย 5 อันดับโรคแรก สถิติเวชระเบียน โรงพยาบาลยโสธร ปี 2559) การดูแลรักษาภาวะช็อกจากการติดเชื้อ มีเป้าหมายสำคัญคือ ผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัย การดูแลรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสม ถูกต้อง ทันเวลา พร้อมทั้งการดูแลและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง โดยทีมสหสาขา ได้แก่ แพทย์, พยาบาล, เภสัชกร และโภชนากร ตลอดจนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ พยาบาลต้องมีความรู้ทักษะ ประสบการณ์ การประเมิน การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การใช้เครื่องมือพิเศษต่าง ๆ อย่างถูกต้องแม่นยำ ทันท่วงที จะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตและสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้[4]

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Septicemia) คือ การที่ตรวจพบว่ามีเชื้อโรคเข้าสู่กระแสเลือดและทำให้เกิดภาวะ Sepsis ขึ้นมา ซึ่งปัจจุบัน พบการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมากขึ้น เนื่องจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีมากขึ้น รวมทั้งผู้ที่มีโรคประจำตัวก็มีอายุยืนยาวขึ้นจากการรักษาที่มีประสิทธิภาพดีกว่าสมัยก่อน[5] นอกจากนี้ในปัจจุบัน การรักษาผู้ป่วยที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาลก็ซับซ้อนยุ่งยาก มีการใส่เครื่อง มือและสายสวนต่าง ๆ เข้าร่างกาย และมีการใช้ยาปฏิชีวนะพร่ำเพรื่อ ซึ่งต่างก็เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อด้วยเช่นกัน ทั้งนี้ โดยประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ/ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เกิดในผู้ป่วยที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาลนั่นเอง[6]

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 35 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการ 1 วันก่อนมาหลังตัดไหมแผล เจาะปอด (Inter costal chest drainage [ICD]) มีอาการไข้ หายใจหอบ เหนื่อยเพลียมาก แผลซึมตลอด ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลยโสธร แรกรับรู้สึกตัว ถามตอบรู้เรื่อง มีไข้สูง 38.5 องศาเซลเซียส หายใจหอบลึก 28 ครั้ง/นาที ชีพจรค่อนข้างเบาเร็วสม่ำเสมอ 118 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 80/50 ม.ม.ปรอท แพทย์ให้การวินิจฉัยเป็น Rt pleural effusion with shock และให้รับไว้ดูแลรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการไอ หายใจหอบ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลยโสธร แพทย์ให้การวินิจฉัยเป็น Rt pleural effusion ได้รับการรักษาโดยให้ยาปฏิชีวนะ และเจาะปอดเพื่อใส่ท่อระบายทรวงอก พักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน 12 วัน อาการทุเลา แพทย์จึงจำหน่ายให้กลับบ้าน ขณะพักอยู่ที่บ้านแผลที่เกิดจากการใส่ท่อระบายทรวงอกด้านขวา มีของเหลวสีเหลืองจาง ๆ ซึมออกตลอดเวลา หลังจากกลับบ้านได้ 1 วัน ผู้ป่วยจึงได้เข้ารับการตัดไหมที่แผลใส่ท่อระบายทรวงอก ที่โรงพยาบาลชุมชน หลังตัดไหม แผลมีของเหลวซึมมากขึ้น ร่วมกับผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลียมีไข้ร่วมด้วย ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลยโสธร

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ปี 2556 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคตับแข็ง แพทย์ให้ยารับประทาน และนัดมาตรวจเป็นระยะ แต่มีบางครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนปัจจุบัน

ปี 2557 ผู้ป่วยมีอาการปวดแน่นท้องร่วมกับอาการท้องโตขึ้น แพทย์จึงส่งตรวจ CT ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบ Liver mass ให้การรักษาตามแบบประคับประคอง

ปี 2558 เดือนตุลาคม ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลยโสธรด้วยอาการ ไอ หายใจหอบ เข้ารับการรักษาที่ตึกอายุรกรรม โรงพยาบาลยโสธร พบว่าเป็น Massive pleural effusion Rt lung. แพทย์ให้การรักษาโดยใส่ท่อระบายทรวงอก อาการทุเลา แพทย์จึงจำหน่ายกลับบ้าน

การตรวจร่างกาย

ผู้ป่วยหญิงไทย รูปร่างผอม ผิวแห้ง ซีดเล็กน้อย รู้สึกตัว แต่ค่อนข้างซึม สีหน้าท่าทางเหนื่อยเพลีย หายใจหอบ ฟังปอดมี Crepitation ด้านขวา บริเวณทรวงอกด้านขวามีแผลขนาด 1 เซนติเมตรปิดกอซไว้ มีของเหลวสีเหลืองใสซึมชุ่มกอซ ฟังเสียงหัวใจเต้นแรงเร็วสม่ำเสมอ ไม่ได้ยินเสียง murmur ท้องบวมโตเล็กน้อยคล้ายมี Ascitis เคาะทึบ กดไม่เจ็บแต่ตรวจพบ fluid thrill ขาทั้งสองข้างบวม กดบุ๋ม 1^{+} วัดสัญญาณชีพ พบ อุณหภูมิ 38.5 องศาเซลเซียส หายใจ 28 ครั้ง/นาที ชีพจร 118 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 80/50 ม.ม.ปรอท

ผลตรวจทางรังสี

Chest X-ray : วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2559 พบ Rt Pleural effusion

CT chest : วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2559 พบ Massive Rt pleural effusion causing mediastial shift, No lung mass Liver cirrhosis with multiple nodule minimal ascities

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ ได้แก่ ผลการตรวจทางโลหิตวิทยา (CBC) WBC 12,500 cell/min^3, Hemoculture พบเชื้อ Escherichia coli, Hct 28%, ผล LFT (Liver Function Test) SGOT, SGPT, Total Billirubin, Direct billirubin, Indirect billirubin สูงกว่าปกติ คือ 72 ,55,3.79,2.15 และ 1.64 และผล Total protein, Albumin, Glubulin ต่ำกว่าปกติ คือ 3.9,2.0 และ 1.9 ซึ่งผู้ป่วยมีประวัติเดิมเป็น Cirrhosis มาประมาณ 3^{+} ปี รักษาแบบประคับประคอง และ BUN 26 mg% สูงกว่าปกติเล็กน้อย

การรักษา

ได้รับการรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ โรงพยาบาลยโสธร ให้ Dopamine 250 มก.ใน D5W 500 ml เพื่อรักษาระดับความดันโลหิต ≥ 90/60 ม.ม.ปรอท ให้ O_2 canular เพื่อคงระดับ O_2 saturation

≥ 90% ให้ยา Antibiotic Meropenem 1 gm ทางหลอดเลือดดำทันที จากนั้นให้ยาทุก 8 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีภาวะซีด Hct 28% ได้ Pack red cell (PRC) 1 unit คงค่า Hct ≥ 30% ล้างแผลวันละครั้งหรือเมื่อแผลซึม เจาะปอดเพื่อระบายของเหลว 800 ซีซี และยารับประทาน Lasix (40) 2 เม็ดวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เช้า-เย็น Aldactone 2 เม็ดวันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เจาะ Lab BUN, Creatinine, GFR, LFT, CBC ส่งตรวจทางรังสี X-ray และ CT chest

การวินิจฉัยโรค : แรกรับ Rt pleural effusion with shock ครั้งสุดท้าย Septicemia

การพยาบาลแบ่งเป็น 2 ระยะคือ

1. ระยะเฉียบพลัน ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้แก่ 1) มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนแก๊สและการขนส่งแก๊สไม่มีประสิทธิภาพ 2) เสี่ยงต่อไตวายเฉียบพลัน เนื่องจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อและ 3) บกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากเหนื่อยหอบ

2. ระยะฟื้นฟูสภาพ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่ม เนื่องจากภูมิต้านทานต่ำ 2) มีภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากเจ็บป่วยเรื้อรัง 3) การวางแผนจำหน่ายได้แก่ การดูแลแผล, การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระยะเฉียบพลัน

การวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
1. มีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากการแลกเปลี่ยนแก๊ส และการขนส่งแก๊สไม่มีประสิทธิภาพ **ข้อมูลสนับสนุน** O : หายใจหอบ 28 ครั้ง/นาที O_2 saturation 90% ชีพจร 118 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 80/50 ม.ม.ปรอท ฟังปอดมี Decrease breath sound with crepitation both lung Hct 28% ผล Chest X-ray พบ Rt Pleural effusion	1. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอผ่านทาง Canular 5 L/m จัดท่านอน 45 องศา และพิจารณาปรับเปลี่ยนวิธีการให้เมื่อวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงได้น้อยกว่า 95% พร้อมรายงานแพทย์ทราบ 2. ช่วยเหลือแพทย์ทำหัตถการใส่สายระบายทรวงอก 3. ดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยขณะเจาะระบายของเหลว โดย สังเกตลักษณะ สี และปริมาณ ของเหลวที่ออกตามสาย พร้อมบันทึกปริมาณของเหลวที่ออก 4. จอง PRC พร้อมติดตาม PRC มาให้ 1 ยูนิต ตามแผนการรักษา พร้อม เฝ้าระวัง และสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด และเจาะ Hct หลังให้ PRC 4 ชั่วโมง ถ้าน้อยกว่า 30% รายงานแพทย์ทราบ 6. ส่งเสริมการขนส่งออกซิเจนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอได้แก่ 0.9%NSS 500-1000 ml ใน $^1/_2$ hrs หลัง จากนั้นให้ 100 ml/hr และประเมิน Intravascular Volume และยาเพิ่มความดันโลหิตได้แก่ Dopamine 250 mg in 5/D/W 500 ml vein drip 10 ml/hr และ Titrate keep BP ≥ 90/60 mmHg ตามแผนการรักษา พร้อมเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากยา 7. ลดปัจจัยที่ทำให้มีการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น เช่น การเช็ดตัว และให้ยา Paracetamal ตามแผนการรักษาเพื่อลดไข้	**เกณฑ์การประเมินผล** 1. ความดันโลหิต > 90/60 ม.ม.ปรอท MAP ≥ 65 mmhg 2. Urine Output ≥ 0.5 ml/kg/hr. **การประเมินผล** **วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2559** เวลา 20.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบได้ ซึมเล็กน้อย T = 38.5°c ชีพจร 118 ครั้ง/นาที หายใจ 26 ครั้ง/นาที O_2 sat 92% ความดันโลหิต 80/60 ม.ม.ปรอท ปริมาณ Content ที่ออกจากการเจาะระบายของเหลว 800 ซี.ซี. **วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2559** เวลา 09.00 น ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ชีพจร 100 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที O_2 sat 95% ความดันโลหิต 90/60 ม.ม.ปรอท Hct หลังให้เลือด 30% ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจาก Dopamine

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระยะเฉียบพลัน (ต่อ)

การวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
	8. คอยดูแลอย่างใกล้ชิด และ ดูแล Monitor E.K.G. และ Oxymeter ไว้ตลอดเวลา พร้อมกับสังเกตภาวะพร่องออกซิเจน โดยสังเกตอาการม่วงคล้ำของผิวหนังบริเวณปลายมือปลายเท้า และริมฝีปาก (Peripheral & Central cyanosis) ถ้าผิดปกติพิจารณารายงานแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป 9. บันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาทีเมื่ออาการคงที่จึงประเมินทุก 1 ชั่วโมงและรายงานแพทย์ทันทีที่พบความผิดปกติ เช่น ซึมลง สับสน SBP < 90 mmHg, MAP < 65 mmHg ฟังเสียงลมผ่านปอดและประเมินภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด	**วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2559** ผู้ป่วยยังเพลีย ซึมเล็กน้อย ความอิ่มตัวของออกซิเจน 98-100% **วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2559** ผู้ป่วยสามารถหย่าออกซิเจนได้ ความอิ่มตัวของออกซิเจนขณะหายใจโดยไม่ได้รับออกซิเจน 97-99 %
2. เสี่ยงต่อภาวะไตวายเฉียบพลันเนื่องจากช็อกจากการติดเชื้อ **ข้อมูลสนับสนุน** O : ความดันโลหิตต่ำ 80/50 ม.ม.ปรอท ชีพจรเบาเร็ว 118 ครั้ง/นาที : ผู้ป่วยปัสสาวะครั้งสุดท้ายเมื่อ 6 ชั่วโมงที่ผ่านมา ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม 100 ซี.ซี. : ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ GFR = 87.80 BUN = 26 mg/dl Creatimine = 0.86 mg/dl	1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ ได้แก่ 0.9% NSS 1000 ml vein drip 500 ml in 30 นาที สองครั้ง และลด rate ลง เหลือ 100 ml/hr ตามแผนการรักษา และสังเกตอาการ วัดความดันโลหิตซ้ำหลังได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำครบ พร้อมรายงานแพทย์ทราบ 2. ดูแลให้ยาเพิ่มความดันโลหิต เพื่อช่วยให้เลือดไปเลี้ยงที่ไตได้อย่างเพียงพอ ได้แก่ Dopamin 500 mg in 5/D/W 500 ml vein drip 10 ml/hr และเพิ่มขนาดขึ้นครั้งละ 1-3 ซี.ซี.ต่อนาที เพื่อเพิ่มความดันโลหิตให้ได้ ≥ 90/60 ม.ม.ปรอท ตามแผนการรักษา 3. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อลดการติดเชื้อ ได้แก่ Meropenam 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา พร้อมสังเกตอาการแพ้ยา 4. วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาทีในช่วงปรับขนาดยาเพิ่มความดันโลหิต เพื่อช่วยให้เลือดไปเลี้ยงที่ไตได้อย่างเพียงพอ หลังจากนั้น สังเกตอาการ ทุก 1 ชั่วโมง จนกระทั่ง ความดันโลหิตอยู่ในช่วงปกติและคงที่ แล้วจึงเปลี่ยนเป็นทุก 2 ชั่วโมง และทุก 4 ชั่วโมง ตามลำดับ 5. สังเกตจำนวนปัสสาวะที่ออกใน 1 ชั่วโมง พร้อมบันทึกจำนวนสารน้ำที่ เข้าและออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง ถ้าพบปัสสาวะน้อยกว่า 0.5-1 ซี.ซี./ต่อกิโลกรัม/ชั่วโมง พิจารณาแพทย์ทราบ	**เกณฑ์การประเมิน** 1. ปัสสาวะ ออก 0.5-1 ml/kg/day 2. Balance Intake output 2.ความดันโลหิต ≥ 90/60 ม.ม.ปรอท 3. BUN,Cretinine ปกติ/ไม่เพิ่มจากเดิม **การประเมินผล** - ปัสสาวะออก 1,250 ซีซี/วัน - ปริมาณน้ำเข้า-ออก = 1,200/1,250 ซีซี ต่อวัน - ผล GFR = 87.80 BUN = 26 mg/dl Creatinine = 0.86 mg/dl

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระยะเฉียบพลัน (ต่อ)

การวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
3. บกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากเหนื่อยหอบ **ข้อมูลสนับสนุน** S: "ผู้ป่วยบอกเหนื่อย ไม่อยากเคลื่อนไหว" O: ผู้ป่วย บ่นเหนื่อย สีหน้าท่าทาง เหนื่อยอ่อนเพลีย หายใจหอบลึก 28 ครั้ง/นาทีชีพจร เบาเร็ว 118 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตต่ำ 80/50 ม.ม.ปรอท	1. ประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่าง ๆ 2. ดูแลและให้การช่วยเหลือในกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตัวเอง เช่น การช่วยพลิกตะแคงตัว จัดท่านอนที่สุขสบาย และการอาบน้ำเช็ดตัว เป็นต้น 3. ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยเป็นระยะ พร้อมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตัวเองอย่างเหมาะสม ภายหลังที่อาการเหนื่อยหอบ ลดลง เช่น การพลิกตะแคงตัว การจัดท่านอนที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายมากขึ้น รวมทั้งการทำความสะอาดบางส่วนของร่างกายตนเอง เป็นต้น 3. คอยช่วยเหลือและให้การดูแล อย่างใกล้ชิด	**เกณฑ์ประเมินผล** ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ **การประเมินผล** 1. ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ 2. ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายตัวมากขึ้น 3. หายใจหอบลดลง 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60- 110/70 ม.ม.ปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระยะฟื้นฟู

การวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
1.เสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มเนื่องจากภูมิต้านทานต่ำและการปกป้องของผิวหนังเสียไป **ข้อมูลสนับสนุน** O : มีแผลจากการเจาะ ระบายของเหลวที่ทรวงอกด้านขวา แผลซึมชุ่มกอซ : มีโรคประจำตัวคือตับแข็ง : มีไข้สูง 38.5 องศาเซลเซียส	1. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะประจำชั่วโมง ได้แก่ Meropenem 1 gm ทุก 8 ชั่วโมง 2. Dressing แผล OD with PRN 3. ล้างมือ ก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง และให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic technique เช่น การให้น้ำเกลือ การฉีดยา การล้างแผล 4. ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาด อยู่เสมอ 5. ให้ข้อมูล และคำแนะนำผู้ป่วย และญาติในเรื่องการป้องกัน และควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ เช่น การล้างมือที่ถูกต้องและถูกวิธี 6. ประเมินภาวะผิดปกติที่แสดงถึงการติดเชื้อเพิ่มของตำแหน่งต่าง ๆ เช่น ลักษณะของสารคัดหลั่งที่ซึมจากแผล ลักษณะของเสมหะ ลักษณะของปัสสาวะ 7. ติดตามความผิดปกติของอุณหภูมิร่างกายโดยวัดอุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมง 8. ติดตามผลการส่งเพาะเชื้อและรายงานแพทย์ทราบ	**เกณฑ์การประเมินผล** 1. ไม่มีภาวะติดเชื้อเพิ่ม 2. ไม่มีไข้ **การประเมินผล** วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2559 ผู้ป่วยไม่มีไข้ ผลการเพาะเชื้อพบ E.Coli ไม่มีภาวะติดเชื้อเพิ่ม ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการติดเชื้อได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระยะฟื้นฟู (ต่อ)

การวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
2.มีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย และ เจ็บป่วยเรื้อรัง **ข้อมูลสนับสนุน** S : ญาติและผู้ป่วยบอกว่าเป็นโรคตับมาประมาณ 3 ปี ท้องบวมโตขึ้นเรื่อย ๆ แน่นอืดทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร O : ท้องโต ขาบวมกดบุ๋ม +1 มีประวัติจากผลตรวจ U/S เป็น Liver cirrhosis มา 3 ปี ผล Liver Function Test พบ Total Protein 3.9, Albumin 2.0, Glubulin 1.9 (ต่ำกว่าปกติทุกตัว), Alkaline phosphotest 273, AST (SGOT) 72, ALT (SGPT) 55 Total Bilirubin 3.79 (สูงกว่าปกติทุกตัว)	1. แนะนำญาติจัดอาหารอ่อนย่อยง่าย เน้นอาหารประเภทโปรตีนจากพืช เช่น นมถั่วเหลือง หลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขมัน หรือมันมาก อาหารที่มีสารอะฟลาท็อกซินปนเปื้อน เช่น ถั่วลิสงตากแห้ง พริกป่น ปลาเค็ม อาหารทะเลสุก ๆ ดิบ ๆ ควรรับประทานอาหารทีละน้อยแต่บ่อยครั้งขึ้นเป็นวันละ 4-7 มื้อ เพราะผู้ป่วยตับแข็ง หากงดอาหารกลางคืน 1 คืน จะเท่ากับคนปกติงดอาหารไป 3 วัน ควรแบ่งเวลารับประทานอาหารออกเป็น 07.00 น. อาหารเช้า 10.00 น. อาหารว่าง 12.00 น. อาหารเที่ยง 15.00 น. อาหารว่าง 18.00 น. อาหารเย็น 21.00 น. ก่อนนอน **อาหารว่าง** : ควรเป็นขนมที่ทำจากถั่วเหลืองหรือนมถั่วเหลือง (น้ำเต้าหู้) ใส่ไข่ต้มโดยกินเฉพาะไข่ขาวหรือเต้าฮวย 2. ดูแลเบิกอาหารเฉพาะโรค และไข่ขาวให้ วันละ 4 ฟอง โดยแบ่งให้ เช้า 2 ฟอง กลางวัน 1 ฟอง 3. Lasix 80 mg vein และให้ Lasix 40 mg 2 x 2 pc oral 4. ติดตามผล Lab LFT, Electrolyte เพื่อดูความสมดุลของ Electrolyte เนื่องจาก ผู้ป่วยได้รับยาขับปัสสาวะทั้งรับประทานและฉีด และติดตามการทำงานของตับ 5. บันทึกสารน้ำเข้า - ออกในร่างกาย (Intake/Output) ทุก 8 ชั่วโมง	**เกณฑ์การประเมินผล** 1. รู้สึกสบายดีขึ้นและรับประทานอาหารได้มากขึ้น ท้องอืด บวมลดลง ขาบวมลดลง **การประเมินผล** **วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2559** ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น อาการอืด บวม แน่นท้องลดลง ขาบวมลดลง กดไม่บุ๋ม สามารถรับประทานอาหารได้ทีละน้อย และญาติเข้าใจวิธีการจัดอาหารให้ผู้ป่วย ผลการตรวจ Electrolyte พบว่า - Chloride 105 MMOI/L - Sodium 132 MMOI/L - Potassium 3.54 MMOI/L - CO_2 21 MMOI/L ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผล LFT รอตรวจเมื่อผู้ป่วย D/C และให้มาตามนัด
3. การเตรียมพร้อมเพื่อการจำหน่าย การดูแลแผล/การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน **ข้อมูลสนับสนุน** S : ผู้ป่วยถามแพทย์ว่า “จะกลับบ้านได้มั๊ย แล้วจะต้องทำแผลและปฏิบัติตัวยังไง” O : ไข้ลด ไม่ปวดแผล แผลไม่ซึม ท้องบวมโตเล็กน้อย ไม่อืด เท้าไม่บวม Hct 30% สัญญาณชีพปกติ T = 37°c หายใจ 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 90 ครั้ง /นาที ความดัน	วางแผนจำหน่ายแบบ D - Method 1. ประเมินสภาพทั่วไป วัดสัญญาณชีพ ก่อนกลับบ้าน 2. สังเกตและประเมินแผลตลอดจนอาการปวดแผล 3. สอน แนะนำ สาธิตการทำแผล และการสังเกตแผล สาธิตการล้างมือให้ครบ 7 ขั้นตอนตามหลัก IC พร้อมทั้งทดสอบการทำแผลและการล้างมือที่ถูกวิธี แนะนำแผลหรืออาการผิดปกติที่ควรพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที เช่น แผลมีหนอง มีเลือด มีน้ำซึมตลอด ปวดแผลมาก มีไข้ เป็นต้น 4. ประสานข้อมูลให้ รพช./รพ.สต. เยี่ยมติดตาม เนื่องจากเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องและอยู่ในการดูแลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น	**เกณฑ์การประเมิน** 1.ผู้ป่วยและญาติเข้าใจวิธีการดูแลแผล พร้อมปฏิบัติตามคำแนะนำ 2.คลายความกังวลเรื่องแผลและกลับไปอยู่บ้านได้อย่างเหมาะสมกับสภาพชีวิตที่เป็นอยู่ **การประเมินผล** - ผู้ป่วยและญาติ ได้รับการสอน แนะนำและสาธิตการล้างมือให้ถูกต้อง 7 ขั้นตอน การเตรียมอุปกรณ์พร้อมใช้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระยะฟื้นฟู (ต่อ)

การวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
โลหิต 100 / 70 ม.ม.ปรอท แพทย์ให้กลับบ้านได้	5. ไขมันต่ำ หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หวาน เค็ม รสจัด เน้นให้. แนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร อาหารควรเป็นประเภท รับประทานอาหารที่ย่อยง่าย ข้าวควรเป็นข้าวสวย อาหารที่ผู้ป่วยชอบคือส้มตำปลาร้า ควรใช้ปลาร้าที่ต้มสุกแล้ว ให้อาหารเสริมนมจืด สำหรับอาหารเสริมควรเป็นอาหารตามแพทย์สั่งเท่านั้น 6. หลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด ของมึนเมา อาหารผักดองจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย 7. การจัดบ้านสิ่งแวดล้อม เน้นความสะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก พื้นไม่ลื่น ประตู-หน้าต่างเปิด/ปิดได้สะดวก ควรอยู่ชั้นล่าง ห้องนอนควรมีห้องน้ำติดกัน โถส้วมควรเป็นชักโครก ห้องติดไฟสว่างเพียงพอ 8. การออกกำลังกาย เน้นการออกกำลังกายแบบง่าย เบา ๆ เช่น วิ่งเหยาะ ๆ หรือเดินเร็ว ถ้ารู้สึกเพลียให้พัก ญาติไม่ควรให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวนาน ๆ ระวังอุบัติเหตุ สำหรับเรื่องสุขภาพช่องปาก หากจำเป็นต้องถอนฟัน ขอให้พบแพทย์ก่อน เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมานาน อาจจะมีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ 9. การนอนหลับพักผ่อน ควรนอนหลับสนิทให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง 10. การรับประทานยา เน้นการรับประทานยาให้ครบถูกต้องตามคำสั่งแพทย์เท่านั้น ห้ามซื้อยารับประทานเองโดยเฉพาะเรื่อง ยา-อาหารเสริมตามโฆษณาชวนเชื่อต่าง ๆ	ญาติสามารถทำแผล ได้อย่างถูกต้อง 2 ครั้งก่อนกลับ - ผู้ป่วยและญาติเข้าใจวิธีการดูแลแผลและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและพร้อมปฏิบัติตามคำแนะนำ รู้สึกคลายกังวล มีสีหน้าที่สดชื่นยอมรับสภาพความเจ็บป่วย และยืนยันว่าจะไม่ ขาดนัดและกล่าวคำขอบ คุณแพทย์และพยาบาล

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 35 ปี มีโรคประจำตัว คือ ตับแข็ง เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (Rt Pleural effusion) แพทย์ได้ให้การรักษาโดยใส่ท่อระบายทรวงอก อาการดีขึ้นจึงได้จำหน่าย หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ 1 วันแผลบริเวณทรวงอกด้านขวาที่เกิดจากการใส่ท่อระบายทรวงอกมีของเหลวสีเหลืองซึมชุ่มก๊อซ ผู้ป่วยจึงเข้ารับการตัดไหมที่โรงพยาบาลชุมชุม หลังจากนั้น 1 วันมีอาการไข้สูง เหนื่อยหอบและซึมลง ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลยโสธร แรกรับผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย หายใจหอบเหนื่อย มีไข้สูง ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ แพทย์ได้ส่งเอกซเรย์ปอด และให้การวินิจฉัยว่าเป็น Rt Pleural effusion &with shock และส่งโลหิตตรวจเพาะเชื้อพบเชื้อ E.Coli แพทย์จึงให้การวินิจฉัยครั้งสุดท้ายเป็น Septicemia ได้รักษาโดยให้ ออกซิเจน Canular ให้ยาปฏิชีวนะคือ Meropenem รักษาภาวะความดันโลหิตต่ำโดยให้ Dopamine และเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการซีด Hct 28%

แพทย์จึงได้ให้ PRC 1 unit จากการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับโดยการนำกรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอนมาใช้ ได้ให้การวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่สำคัญแบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะเฉียบพลัน ได้แก่ เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากการแลกเปลี่ยนแก๊ส และการขนส่งแก๊สไม่มีประสิทธิภาพ เสี่ยงต่อไตวายเฉียบพลัน เนื่องจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อ บกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากเหนื่อยหอบ ในระยะฟื้นฟู ได้แก่ เสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มเนื่องจากภูมิต้านทานต่ำ และการปกป้องของผิวหนังเสียไป ภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังและรับประทานอาหารได้น้อย ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของโรคที่เป็นอยู่ซึ่งเรื้อรังมานานกว่า 3 ปี และการวางแผนจำหน่ายได้แก่ การดูแลแผล,การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยได้รับการพยาบาลและดูแลรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ จนกระทั่งมีอาการดีขึ้น แพทย์จึงได้จำหน่าย และนัดมาตรวจเพื่อติดตามผลการดูแลรักษา 2 สัปดาห์ รวมเข้ารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 7 วัน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากผู้ป่วยกรณีศึกษา มีบาดแผลที่ผิวหนัง ประกอบกับมีโรคประจำตัวเรื้อรังอยู่เดิมคือโรคตับแข็ง ซึ่งทำให้ภูมิต้านทานในร่างกายต่ำลง จึงทำให้เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย และเกิดการติดเชื้อรุนแรงมากขึ้น โดยเชื้อที่พบจากการเจาะส่งเพาะเชื้อคือ E.coli ซึ่งเป็นเชื้อที่พบในลำไส้และอุจจาระของมนุษย์ ซึ่งบ่งชี้ถึงการดูแลรักษาความสะอาดของผู้ป่วย ดังนั้นคำแนะนำที่ให้กับผู้ป่วยในการวางแผนการจำหน่ายที่สำคัญอย่างหนึ่งคือการดูแลความสะอาดทั้งในด้านอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน และการดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย รวมทั้งสถานที่สิ่งแวดล้อมที่พักอาศัยต่างๆ เป็นต้น

2. ในผู้ป่วยกรณีศึกษา มีการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน ด้วยอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งเป็นการติดเชื้อที่เกิดขึ้นก่อนที่แพทย์จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นปัจจัยที่เกี่ยวข้องอีกอย่างหนึ่งคือ สิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาล และการดูแลรักษาจากทีมสุขภาพที่ให้การดูแลก่อนที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยกรณีศึกษาแพทย์ได้ทำหัตถการ โดยการใส่ท่อระบาย ทรวงอก และการดูแลขณะใส่ท่อระบายทรวงอก ดังนั้น ในอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยกรณีศึกษา ทีมสุขภาพควรจะต้องมีการทบทวนร่วมกันเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพ ต่อไป

3. การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพโรงพยาบาลยโสธร โดยญาตินำส่งโดยไม่ผ่านขั้นตอนของการบริการการดูแลของผู้ป่วยกรณีศึกษา ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ์บัตรสุขภาพซึ่งจะต้องได้รับการส่งต่อจากสถานบริการสุขภาพชุมชน ทำให้ขาดการส่งต่อข้อมูลสืบเนื่องมาจากผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจและคิดว่าจะได้รับการตรวจรักษาที่รวดเร็วกว่า ดังนั้น ควรมีการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจเกี่ยวกับระบบการส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาที่ต่อเนื่องจากเขตบริการสุขภาพที่เป็นเครือข่าย

4. การเข้าถึงบริการการตรวจวินิจฉัยและรักษาล่าช้า เนื่องจากระบบการคัดกรองที่ไม่ได้มีการนำ SOS score มาใช้ในการประเมินผู้ป่วย ดังนั้นควรมีการกระตุ้นให้มีการนำ CPG และ CNPG ที่ได้สร้างไว้แล้วมาใช้อย่างทั่วถึง ซึ่งจะให้ผู้ป่วยเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยและดูแลรักษาได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

5. ผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังอยู่เดิมที่ไม่สามารถจะรักษาให้หายขาดได้ และเป็นโรคที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายระบบ ประกอบกับการรักษาส่วนใหญ่จึงเป็นการรักษาแบบประคับประคอง ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเข้าออกโรงพยาบาลได้บ่อยครั้ง[7] ดังนั้น การวางแผนจำหน่ายจะต้องเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วย และญาติที่ดูแลให้สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำจากทีมสุขภาพได้ถูกต้อง และต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้[8]

ข้อเสนอแนะ

เพื่อการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล

ด้านบริหาร

ควรจัดให้มีระบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบ

ด้านบริการ

1. พยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยภาวะวิกฤตตลอดจนการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ (sepsis) โดยใช้กระบวนการพยาบาลและมีการวางแผนจำหน่าย ที่ครอบคลุม ถูกต้อง ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว การจัดการการดูแลกิจวัตรประจำวัน ทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการติดเชื้อซ้ำ[9]

2. พยาบาลต้องมีสมรรถนะในการใช้เครื่องมือพิเศษ เช่น เครื่อง EKG, เครื่องควบคุมการหยดของสารน้ำและ Defibrillation เป็นต้น จึงจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตและรอดชีวิตได้[10]

ด้านวิชาการ

ควรมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันเพื่อใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis ที่ถูกต้อง ชัดเจนในโรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่ายให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และพัฒนาการประเมินอาการสำคัญที่ควรพบแพทย์ทันที รวมทั้งระบบการส่งต่อที่ถูกต้องและรวดเร็วเพื่อให้ทันต่อการดูแลรักษาตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต

เอกสารอ้างอิง

1. นิธิพัฒน์ เจียรกุล, พรพิศ ตรีบุพชาติสกุล, นาตยา คำสว่าง และปัญญา เอนด้วง. การดูแลรักษาผู้ป่วย Sepsis. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ; 2557.
2. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. Clinical Practice Guideline for severe sepsis with septic shock. Available from : URL: http :// 10.77.140.129/ msmc/Images/CPG.Sepsis revise.pdf
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร.สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่2 (เอกสารอัดสำเนาโรเนียว) ; 2559
4. ชูหงส์ มหรรทัศนพงศ์. ผลลัพธ์ของ Surin sepsis treatment protocol ในการจัดการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด. ศรีนครินทร์เวชสาร 2555 ; 27(4) ; 332-9
5. บดินทร์ ขวัญนิมิตร. การรักษาระบบไหลเวียนโลหิตในผู้ป่วยช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด. สงขลานครินทร์เวชสาร 2548 ; 23(5) : 363-82
6. แผนกอายุรศาสตร์โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข , (ม.ป.ป.) แนวทางการรักษา Severe sepsis และ septic shock. เข้าถึงได้จาก : URL : http://www.dms.moph.go.th/ .../ severe%20sepsis%20และ%20septic%20 shock.p 25.7.2014.
7. Dellinger RP , Levy MM, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal SM, et al. Early gaol-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock: 2012 Crit Care Med 2013;41:580-634.
8. พงศ์เทพ ธีระวิทย์. ภาวะช็อค (Shock). หน่วยโรคระบบทางเดินหายใจและเวชบำบัดวิกฤติ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.เข้าถึงได้จาก : URL : http://med.mahidol.ac.th/med/ sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/Shock.pdf 14.12.2016.
9. จินตนา จันทร์สิตางกูร. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ. งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กรณีศึกษาโรงพยาบาลมุกดาหาร ; 2558
10. สุรีย์ ธรรมิกบวร. การพยาบาลองค์รวม : กรณีศึกษา. กรุงเทพฯ : บริษัท ธนาเพรสจำกัด ; 2554

การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักน้อยมากร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว ภาวะติดเชื้อและความไม่สมดุลกรดและด่าง

Nursing care of respiratory distress syndrom of the extream low birth weight newbron and complication : case study

Wipada Chuesuparobol, Dip in nursing science วิภาดา เชื้อศุภโรบล ป.พ.ส.
Yasothon hospital โรงพยาบาลยโสธร
Yasothon province จังหวัดยโสธร

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อรายงานกรณีศึกษาการพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยมากร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว และมีภาวะแทรกซ้อน

วิธีการศึกษา : การรายงานกรณีศึกษาผู้ป่วย ในระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 23 สิงหาคม 2558 ถึง 11 กันยายน 2558

ผลการศึกษา : ทารกแรกเกิดได้รับการพยาบาล โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ การพยาบาลระยะแรกรับ การพยาบาลระยะต่อเนื่อง การพยาบาลระยะก่อนจำหน่าย ระหว่างการรักษาผู้ป่วยได้มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ ได้ส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ได้รับการรักษาด้วยการตัดแขนซ้าย หลังจากนั้นส่งกลับผู้ป่วยปลอดภัย ได้เตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน บิดา มารดาเข้าใจ มีการเลี้ยงดูที่มีคุณภาพ

สรุป : การดูแลทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยมาก ได้รับการวินิจฉัยทางการพยาบาลดูแลที่รวดเร็ว ให้การพยาบาลที่เหมาะสม ได้มาตรฐาน จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

คำสำคัญ : ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก, ภาวะหายใจล้มเหลว, การติดเชื้อ

Abstract

Objective : To study the nursing care of respiratory distress syndrome of the extreme low birth weight newborn and complication.

Methods : Case study was reported from 23 August - 11 September 2015

Results : Nursing care of respiratory distress syndrome of the extreme low birth weight newborn has 3 section : admission, maintenance and before discharge the patient was sent to Sanprasitthiprasong hospital for further treatment because of many complication. After the patient was amputated left arm and came back to Yasothorn hospital again, term of nurses gave nursing care again. And we taught the patient's parents about good home health care.

Conclusion : The effective and proper nursing care of extreme low birth weight newborn can help the patient to be safe.

Keywords : Extreme low birth weight newborn, Acute respiratory failure,Infection.

บทนำ

ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยมาก Extremely low birth weight(ELBW) หมายถึง ทารกที่เกิดเมื่ออายุครรภ์ 24-30สัปดาห์มีน้ำหนักแรกเกิดอยู่ระหว่าง 500 - 1,500 กรัม[1] ซึ่งเกือบทั้งหมดเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดซึ่งมีสาเหตุต่างกัน ทารก ELBW จะมีปัญหาต่าง ๆ มากมาย เช่น ปัญหาทางระบบหายใจเป็นปัญหาที่สำคัญและพบได้ในการดูแลทารกระยะวิกฤต

โดยเฉพาะในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงที่ทารกจะถูกกระทบกระเทือนและบอบช้ำมากที่สุด และถือเป็นช่วงที่ทารกมีความบอบบางมากที่สุด หากได้รับการรักษาและการวางแผนการรักษาที่ดีแต่แรก ทั้งทารก บิดามารดา แพทย์พยาบาลก็จะผ่านช่วงวิกฤตนี้ไปได้ด้วยดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ปัญหาที่พบบ่อยในทารก ELBW และการป้องกันและการดูแลรักษา Intrauterine and birth asphyxia ทารก ELBW มักมี Intrauterine asphyxia ได้บ่อยขณะ intrapartum โดยมักมีสาเหตุมาจากภาวะที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด เช่น antepatum hemorrhage, premature rupture of membrane,infection,และ toxemia of pregnancy เมื่อพบควรติดตามอาการอย่างใกล้ชิด fetal distress เกิดขึ้นต้องรีบดำเนินการแก้ไขทันที อาการที่บ่งบอกอันดับแรกคือมีอาการหายใจลำบากต้องได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วและถูกต้องจากกุมารแพทย์ [2] พยาบาลหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต โดยมีเครื่องมือเครื่องใช้ที่มีประสิทธิภาพพร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา ดังนั้นพยาบาลหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤตทุกคน จะต้องเป็นผู้ที่มีความสังเกต ละเอียดอ่อน รอบคอบ ไวต่อการเปลี่ยนแปลงของทารก และสามารถประเมินอาการ อาการแสดงของทารกแรกเกิดในระยะวิกฤตได้ ร่วมกับการมีความรู้เกี่ยวกับขบวนการสรีรวิทยาทารกแรกเกิดระยะวิกฤตอยู่ตลอดเวลา [3,4] โดยมีหลักการดูแลทารกแรกเกิด ได้แก่ การดูแลอุณหภูมิให้อยู่ในระดับปกติ การดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและออกซิเจนในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ การให้อาหารได้แก่ นม และหรือสารน้ำตามแผนการรักษา การดูแลเฉพาะโรค ส่งเสริมสายสัมพันธ์พ่อ แม่ ลูก และส่งเสริมพัฒนาการและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ทารกที่เข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤตทุกคน มีชีวิตรอดและเติบโตมีพัฒนาการสมวัย เป็นประชาชนที่มีคุณภาพดีไม่มีความพิการหลงเหลือให้เป็นปัญหาต่อตนเอง ครอบครัวหรือสังคมต่อไป

จากสถิติของโรงพยาบาลยโสธรรับดูแลทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยมาก Extremely low birth weight (ELBW) จำนวน 52 ราย และ 35. ในปี 2557 และ 2558[11] ตามลำดับ ดังนั้นเพื่อให้การพยาบาลทารกแรกเกิดในภาวะวิกฤตมีประสิทธิภาพ พยาบาลจึงต้องมีความรู้ความชำนาญ และประสบการณ์ในการทำงาน เพื่อให้สามารถดูแลทารกได้อย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งผลกระทบด้านจิตสังคมที่อาจเกิด ขึ้น ต่อ บิดา มารดา และครอบครัว เหล่านี้ล้วนมีความสำคัญเกี่ยวข้องกับคุณภาพการพยาบาลในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดทั้งสิ้น

การพยาบาล

การพยาบาลระยะแรกรับ

การพยาบาลในระยะแรกรับเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการให้การพยาบาลทารกวิกฤต เพื่อป้องกันการขาดออกซิเจนที่อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต จัดให้มีควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (36.5-37.5^{0}C) ภายใต้ Radial warmer เพื่อป้องกันการเกิด Cold stress ซึ่งอาจทำให้เกิด Hypoxia, Hypoglycemia, Metabolic acidosis จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร สถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์พิเศษต่าง ๆ ให้พร้อมใช้ตลอด 24 ชม.

การพยาบาลระยะต่อเนื่อง

ทารกเกิดก่อนกำหนดมีความไม่สมดุลของการหายใจ จากศูนย์ควบคุมการหายใจใน medulla ยังไม่เจริญเต็มที่ กล้ามเนื้อช่วยหายใจไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิด periodic breathing หายใจเร็วตื้น ไม่สม่ำเสมอ กลั้นหายใจบ่อย จึงต้องเฝ้าระวังสัญญาณชีพ ประเมินการหายใจ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจาก ET Tube เลื่อนหลุดป้องกันหรือภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ ดูแลให้ได้รับสารน้ำและสารอาการอย่างเพียงพอ เพื่อป้องกันภาวะความไม่สมดุลของน้ำ กรด-ด่าง อิเลคโทรลัยต์ และป้องกันการติดเชื้อ โดยการล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังให้การพยาบาล ส่งเสริม

สัมพันธภาพระหว่างทารกและครอบครัว (bonding, attachment)

การพยาบาลระยะก่อนจำหน่าย

ขณะมารดาอยู่ในโรงพยาบาล ส่งเสริมให้มารดาเข้าเยี่ยมทารกให้เร็ว ให้ข้อมูลกับบิดามารดา เปิดโอกาสให้ซักถาม จัดให้มารดา พักนอนในห้อง Rooming in ส่งเสริมทำ Kangaroo care ฝึกและสอนสาธิต ให้มารดาสามารถดูแลทารกเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างมั่นใจ โดยการแนะนำเลี้ยงด้วยนมมารดา การให้อาหารเสริมตามวัย การรับวัคซีน การนัดติดตามภาวะเจ็บป่วยด้านร่างกาย ติดตามภาวะโภชนาการ รวมทั้งพัฒนาการ อธิบายสังเกตภาวะผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์

ผลลัพธ์

ทารกมีความปลอดภัยหลังจากนอนพักรักษาตัว 21 วัน ได้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง มีการติดเชื้อจนได้รับการตัด แขนซ้าย บิดา มารดาสามารถ ดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ และเกิดความพึงพอใจต่อการรักษาและการให้บริการ

กรณีศึกษา

ทารกเพศหญิงอายุ 1 วัน น้ำหนัก 770 กรัม รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 23 สิงหาคม 2558 เวลา 13.07 น. จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 11 กันยายน 2558 เวลา 10.30 น. รวมระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 3 เดือน 26 วัน

อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล

หลังคลอด APGAR Score ที่ 1 นาที ได้ 5 คะแนน HR มากกว่า 100 ครั้ง/นาที

ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด

มารดาอายุ 23 ปี $G_2 P_0 A_1 L_0$ ฝากครรภ์ที่คลินิก ผลเลือดปกติ ได้รับวัคซีนครบขณะตั้งครรภ์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ อายุครรภ์ 24^{++} สัปดาห์ คลอดปกติ

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

ทารกรายนี้เกิดก่อนกำหนด คลอดปกติ ทารกเกิดเวลา 12.30 น. วันที่ 23 สิงหาคม 2558 เพศหญิง น้ำหนัก 770 กรัม APGAR Score ที่ 1 นาที ได้ 5 คะแนน H.R มากกว่า 100 ครั้ง/นาที ดูดเสมหะให้ออกซิเจน Mask 5 LPM H.R 150-160 ครั้ง/นาที รับไว้ที่ไอซียูเด็ก

ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว

ทุกคนในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา ยาย มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีใครเจ็บป่วยด้วยโรคทางพันธุกรรมและโรคเรื้อรังหรือโรคติดต่อใด ๆ

การตรวจร่างกาย

ทารกไทย เพศหญิง รู้สึกตัว ขยับแขนขา ผิวสีชมพูปลายมือ ปลายเท้าและริมฝีปากเขียวเล็กน้อย ไม่มีภาวะซีด เหลือง มีปฏิกิริยาตอบสนอง On O_2 Mask 5 LPM. จากตึกสูติกรรม เสียงหัวใจเต้นปกติ ไม่มีเสียง murmur อัตราการเต้นของหัวใจ 160 ครั้ง/นาที

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

จากผลการนับเม็ดเลือดแดงพบค่าWBC count สูง $18x10^3$ cell ค่า MCVสูง 116 MCH สูง 37.4 ผลการเพราะเชื้อในกระแสโลหิต พบ gram + cocci, Staphylococcus epidermises (31/8/58)

ผลการตรวจความสมดุลกรดด่าง วันที่ 24 สิงหาคม 2558 เวลา 06.52 น.พบ K สูง 6.94 mmol/L Cl สูง 113 mmol/L PH 7.38 Pco_2 = 52 Hco_3 = 30

การวินิจฉัยครั้งแรก

Preterm 24 wks, ELBW 770 gm.

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย

Preterm 24 wks, ELBW 770 gm. Respiratory distress of newborn, Patent ductus arteriosus, Anemia of preterm, Jaundice of prematurity, Acute renal failure, Acute respiratory failure,Congenital heart failure, Clinical sepsis, Hypernatremia, Hyperkalemia, Hypertriglyceridemia

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
การพยาบาลระยะแรกรับ		
1.ระบบการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากปอดยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ ทั้งโครงสร้างการผลิตสารลดแรงตึงผิวไม่เพียงพอและไม่พร้อมในการแลกเปลี่ยนก๊าซ	1. ประเมินสัญญาณชีพของทารกที่บ่งบอกถึงอาการพร่องออกซิเจนเช่นหายใจหอบ/ลำบาก เขียว พร้อมบันทึกอาการการเปลี่ยนแปลง 2. Monitor O_2 sat ทุก 1ชม.ถ้าพบปริมาณ O_2 sat ในร่างกายต่ำกว่า 95%รายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาได้ทันท่วงที 3. ดูแลให้ได้รับ O_2 ทาง ET Tube (No.2.5 ขีด7) 4. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งอยู่เสมอตามอาการของทารก โดยดูดเสมหะตามความเหมาะสม โดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ 5. On Ventilator Setting ตามแผนการรักษา 6. ตรวจสอบตำแหน่งของ ET Tube ให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ เฝ้าระวัง ET Tube เลื่อนหลุดหรืออุดตันจากสาเหตุต่าง ๆ 7. ตรวจดูระดับน้ำใน Humidifier และดูแลให้อุณหภูมิก๊าซเป็นไปตามกำหนด 6. จัดให้นอนในท่าศีรษะสูงเล็กน้อยประมาณ 30 องศา (Neutral Position) 7. สังเกตและบันทึกอาการ Vital signs O_2sat ทุก 1 ชม.	1. ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ ปกติ 142 – 156 ครั้ง/นาที BP 51/24-58/29 mmHg. 2. สีผิวปกติไม่มีภาวะเขียวหรือซีด 3. O_2saturation อยู่ระหว่าง 99-100%
2.เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิกายต่ำเนื่องจากมีไขมันสะสมน้อย ระบบประสาทยังเจริญไม่เต็มที่ ศูนย์ควบคุมความร้อนส่วนไฮโปธารามัสยังเจริญไม่เต็มที่	1. จัดให้ทารกอยู่ในตู้อบที่สามารถควบคุมอุณหภูมิได้เพื่อเป็นการลดการสูญเสียความร้อนโดยการพา 2. ประเมินอุณหภูมิกายทุก 4 ชม. เพื่อทราบการเปลี่ยนแปลง ถ้ามีปัญหาอุณหภูมิกายต่ำประเมินซ้ำทุก 15 นที ถึง 1 ชม. จนกว่าจะปกติ 3. ดูแลความสะอาดและเปลี่ยนผ้าอ้อมให้แห้งสะอาดหลังขับถ่ายป้องกันการสูญเสียความร้อนโดยการนำ 4. ก่อนนำทารกออกจากตู้อบห่อตัวทารกให้มิดชิด 5. กำหนดแผนการพยาบาลอย่างชัดเจนและปฏิบัติอย่างนุ่มนวล รวดเร็วป้องกันไม่ให้ทารกสูญเสียพลังงานมาก	ทารกอยู่ในตู้อบ อุณหภูมิกายอยู่ระหว่าง 36.8 – 37.2 ^{0}C ทารกไม่ซึม เคลื่อนไหวร่างกายได้ดี
การพยาบาลระยะต่อเนื่อง		
3. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อเนื่องจากคลอดก่อนกำหนดระบบภูมิคุ้มกันยังทำงานไม่สมบูรณ์ และยังใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเวลานาน	1. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้งและเช็ดมือให้แห้งก่อนสัมผัสทารก 2. ดูดเสมหะโดยยึดหลักสะอาด ปราศจากเชื้อ สังเกตลักษณะ สีของเสมหะ 3. ดูแล mouth care ด้วย D5W ทุก 8 ชม.	1. ทารกไม่ซึม เคลื่อนไหวร่างกายได้ดี ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย อยู่ในช่วง 36.8 – 37.2 ^{0}C HR = 142 – 156 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

การวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
	การพยาบาลระยะต่อเนื่อง	
	4. ดูแลความสะอาดผิวหนังและสะดือ 5. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา 6.สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชม. อุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชม. 7. สังเกตอาการที่แสดงถึงภาวะติดเชื้อ ได้แก่ ซึม ตัวเย็น ตัวลาย น้ำหนักลด ถ้าพบอาการดังกล่าวรายงานแพทย์ 8. เปลี่ยน Circuit เครื่องช่วยหายใจทุก 7วัน 9. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 10. ให้บิดา มารดาล้างมือหรือเช็ดมือด้วย water less ทุกครั้งก่อนจับต้องทารก 11. แยกอุปกรณ์เครื่องใช้แต่ละคน เช่น ปรอท stethoscope สำลีเช็ดก้นเด็ก ฯลฯ 12. เมื่อมีการขับถ่ายเช็ดทำความสะอาดด้วยสำลีชุบน้ำสะอาดทุกครั้ง	2. ผล CBC ค่า WBC ปกติ วันที่ 7/9/2558 WBC 22X10^{3}cell 3. เสมหะสีขาวใส ลดลง 4. Lung : No crepitation
4. เสี่ยงต่อภาวะบิลิรูบินสูงเนื่องจากมีการแตกทำลายของเม็ดเลือดแดง และตับยังทำหน้าที่ขับบิลิรูบินได้ไม่เต็มที่จากการคลอดก่อนกำหนด	1. ส่องไฟรักษาโดยถอดเสื้อผ้าทารกออก นุ่งเฉพาะผ้าสามเหลี่ยม ปิดตาทารกให้สนิทและให้ทารกอยู่ห่างจากหลอดไฟ 45-50 ซม. 2. เปลี่ยนผ้าปิดตาวันละ 2 ครั้ง และขณะเปลี่ยนผ้าปิดตาจะจ้องหน้าทารกเพื่อกระตุ้นการมองเห็นและเปิดตาทารกเมื่อมารดาเข้าเยี่ยมหรือให้นมเพื่อให้บิดามารดาได้จ้องมองทารกเป็นการส่งเสริมสายสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและทารก 3. ดูแลให้ทารกได้รับนมอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย 4. พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม. เพื่อให้ผิวหนังทุกส่วนได้รับการส่องไฟอย่างทั่วถึง 5. สังเกตและบันทึกอาการข้างเคียงที่เกิดจากการส่องไฟรักษา เช่นผื่นขึ้น ถ่ายเหลวหรือผิวหนังไหม้ ขาดน้ำ ปัสสาวะออกน้อย หรือมีไข้ 6. สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ซึมลง ไม่ร้อง เหลืองมากขึ้น รายงานแพทย์ให้การรักษาทันที 7. สังเกตการณ์ขับถ่ายของทารก ลักษณะ ปริมาณ ทุกเวร	1. ทารกเหลืองน้อยลง จาก MB 9 mg/dl Hct 33% ในวันที่ 29 /8/58 ลดลงเหลือ MB 5.2 mg/dl Hct 43 % ในวันที่ 7 /9/58 สามารถหยุดการรักษาโดยการส่องไฟได้ 2. ไม่มีอาการซึม ชักเกร็ง 3. ทารกรับนมได้ดี ขับถ่ายปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

การวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
การพยาบาลระยะต่อเนื่อง		
5. เสี่ยงต่อภาวะขาดสารน้ำและสารอาหารเนื่องจากไม่สามารถรับอาหารทางปากได้จากภาวะหายใจลำบากใส่ท่อช่วยหายใจและงดน้ำและนมในวันแรก	1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ 2. เมื่อแพทย์ให้สามารถทานนมได้ ก่อนให้นมทางสายยาง จัดท่าศีรษะสูง 30 องศาตรวจสอบตำแหน่งของสายยางว่าอยู่ในกระเพาะอาหารทุกครั้ง ดูด Content ก่อนให้นมปล่อยให้นมไหลลงสู่กระเพาะอย่างช้า ๆ หลังให้นมจับทารกนอนตะแคงขวาเพื่อไล่ลมออกจากกระเพาะป้องกันท้องอืด 3. สังเกตละบันทึกปริมาณนมที่ผู้ป่วยได้รับรวมทั้งนมค้างในกระเพาะ 4. ประเมินและบันทึกจำนวนน้ำเข้า-ออกจากร่างกายถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ 3. สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพ รวมทั้งอาการที่แสดงถึงภาวะขาดน้ำ เช่น ปากแห้ง กระหม่อมบุ๋มถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ 4. ติดตามประเมินน้ำหนักทารกทุกวัน	1. ทารกมีความตึงตัว ของผิวหนังดี ริมฝีปากชุ่มชื้น ปัสสาวะออกดีวันละ 7-8 ครั้ง ปริมาณและสีปกติ น้ำหนักไม่ลดเกิน 10%
6. มีโอกาสเกิดภาวะพิษจากออกซิเจน เนื่องจากได้รับออกซิเจนปริมาณสูง	1. ดูแลไม่ให้ทารกได้รับออกซิเจนที่เกินความจำเป็นโดยการบันทึกและติดตามค่า O_2 Saturation ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 88 – 98 % 2. บันทึกการให้ออกซิเจนเปอร์เซ็นต์ของออกซิเจนที่ทารกได้รับ 3. เตรียมส่งทารกไปตรวจจอประสาทตาที่คลินิกตากับแพทย์เฉพาะทางและติดตามผลการตรวจ	1. อาการก่อนจำหน่ายทารกหายใจไม่หอบ 2. ผล ROP : stage I BE นัดตรวจที่ OPD อีกครั้ง (7/1/59)
7. ทารกมีความพร่องปฏิสัมพันธ์กับบิดามารดา เนื่องจากถูกแยกมารักษาที่หอผู้ป่วยทารกวิกฤต	1. เปิดโอกาสให้มารดา นอนพักในห้อง Rooming in เพื่อเข้าเยี่ยมบุตร ได้ทุกเวลาที่ต้องการ ส่งเสริมให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่และให้มารดาใกล้ชิดบุตรด้วยการทำ Kangaroo care 2. อธิบายให้ บิดา มารดา และครอบครัวรับทราบเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา เปิดโอกาสให้ซักถามและตอบคำถามด้วยท่าทีที่เต็มใจ 3. ให้การดูแลกระตุ้นประสาทสัมผัสทารกด้านต่าง ๆ ดังนี้ - ด้านสายตา : จ้องหน้าและสบตาทารกทุกครั้งที่ให้การพยาบาล ใช้ผ้าคลุมตู้อบเพื่อปรับเวลาให้สอดคล้องกับเวลากลางวันกลางคืน - ด้านการได้ยิน : กระตุ้นให้มารดาพูดคุยกับทารกให้บ่อย	ทารกได้รับการกระตุ้นพัฒนาการจากมารดาและพยาบาลอย่างสม่ำเสมอทุกๆ วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

การวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
การพยาบาลระยะต่อเนื่อง		
	- ด้านการสัมผัส : พยาบาลสัมผัสด้วยความนุ่มนวล สอนสาธิตนวดสัมผัสทารก และให้มารดาสัมผัสทารกด้วย Kangaroo care - ด้านการรับรส : ให้ทารกได้รับนมมารดา(จากเต้า) เมื่ออาการดีขึ้น	
การพยาบาลระยะก่อนจำหน่าย		
8. บิดา มารดา และญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของทารก **ข้อมูลสนับสนุน** 1 1.บิดามารดามีความวิตกกังวลจากการสอบถาม ละสีหน้า 2.บิดา มารดาบอกว่าลูก ตัวเล็กมาก กลัวเลี้ยงไม่เป็น	1. ประเมินความรู้บิดา มารดาและญาติเปิดโอกาสให้ซักถามอาการทารกและระบายความรู้สึกโดยพยาบาลรับฟังอย่างตั้งใจ 2. อธิบายให้บิดา มารดาทราบว่า ทารกติดเชื้อได้ง่าย ดังนั้นต้องระวังในเรื่องความสะอาดของเสื้อผ้า ร่างกาย อาหาร (นม) 3. สอนและแนะนำ มารดาขณะอยู่กับบุตร หัดการเลี้ยงดูก่อนจำหน่าย เช่น การให้นมมารดา การอาบน้ำ 4. แนะนำเมื่อกลับบ้าน สังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ ซึมลง หายใจลำบาก ให้นำบุตรไหตรวจที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน 5. แนะนำการมาตรวจตามนัด	หลังให้คำแนะนำบิดามารดามีความเข้าใจ คลายความกังวล ปฏิบัติต่อบุตรด้วยความ มั่นใจมากขึ้นในการดูแลบุตร

สรุปกรณีศึกษา

ทารกเพศหญิง เกิดก่อนกำหนดด้วยวิธีคลอดธรรมชาติ ในวันที่ 23 สิงหาคม 2558 เวลา 12.30 น. มารดาอายุ 23 ปี G2 P0 A1 L0 อายุครรภ์ 24^{++} สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่คลินิก ผลเลือดปกติ ได้รับวัคซีนครบ ขณะตั้งครรภ์ คลอดปกติน้ำหนัก 770 กรัม APGAR Score ที่ 1 นาที ได้ 5 คะแนน H.R มากกว่า 100 ครั้ง/นาที ดูดเสมหะ ให้ออกซิเจน Mask 5 LPM H.R 150-160 ครั้ง/นาที ย้าย ไอซียูเด็ก รับย้ายวันที่ 23 สิงหาคม 2558 เวลา 12.40 น. แรกรับทารกรู้สึกตัวดี สะดือไม่มีเลือดออก ปลายมือปลายเท้าเขียว On ET Tube No. 2.5 Position 7 ให้ Surfactant 4ml. via ETT ต่อเครื่องช่วยหายใจ ชนิด Mode SIMV with PS : PIP 16 cmH_2O,PS 16,PEEP 5,Ti 0.35 RR 60 /min,Fio_2 0.4-0.6 keep O_2 sat $\geq$ 90-95% ให้ Vit K 1 mg. เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ for : CBC, H/C, Hct, DTX, VBG, BUN, Cr, PO_2, Mg,Alb, On OG : Tracheal suction G/S,C/S On UVC ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 10% DW 100 ml+ 10% calcium gluconate 6 ml IV drip 2.1 ml/hr ดูแลให้ได้ยาปฏิชีวนะ Ampicilline 70 mg. IV ทุก 12 ชม. Clafalan 40 mg IV ทุก 12 ชม. DTX ที่ได้ 140 mg. ส่งตรวจ CXR Portable ผล CXR : Right lower lope infiltration หลังต่อเครื่องช่วยหายใจ ทารกปลายมือปลายเท้าแดงขึ้น หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 142-156 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 51/24-58/29 mmHg.

วันที่ สองหลังรับการรักษาทารกไม่มีไข้ สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ปลายมือปลายอุ่นแดงดี

Capillary refill <2 sec. มีภาวะตัวเหลือง MB 5.5 mg.% On Phototherapy DTX 166 mg% ให้ 20% Intralipid 4 ml. vein drip in 20 hr. 12.5 %D N/3 32.7 ml. +10% Amiuent 7.7 ml.+ 10% Caglu 3 ml. +50%$MgSo_4$ 0.1 ml.+DMVI 1.5 ml.+Pediatrace 1.2 ml.+heparin 1u/ml. IV drip 1.9 ml/hr และให้ Ampillin 70mg. IV drip q 12 hr. clafaran 40 mg. IV drip q 12 hr. วันที่สาม (25/8/59) ผลทางห้องปฏิบัติการพบ ABG : PH 7.42 Pco_2 41 Hyper Na 151 และ Hyper K 5.1 ยัง On Setting PS : PIP 16 cmH_2O, PS 16, PEEP 5, Ti 0.35 RR 60 /min, Fio_2 0.3-0.4 keep O_2 sat ≥ 90-95% MB 9.3 mg% On Photo เริ่มให้นม (BM only) 1 ml. OG pump in 1 hr. x 8 fd. 20% Intralipid 4 ml. IV drip in 24 hr. วันที่ 27 ส.ค. 2558 off Photo (MB 4.4 mg%) วันที่ 28 ส.ค. 2558 5 วัน หลังรักษา ฟังเสียงหัวใจพบ murmur สงสัย PDA ได้ให้ Bufen(dose I)8 mg. Oral Hct 30% ให้ LPB 7 ml IV drip in 3 hr. lasix 0.7 mg. vein ก่อนให้เลือด ให้ Bufen(dose III) 8 mg. Oral วันที่ 3 ก.ย. 2558 off UVC ผล H/Cพบ gram +cocci, Staphyloccuc epidermicus (MRSE) ค่า Bl.gas 7.24 Co_2 90 ปรับ Setting ใหม่ ผล BUN 72.0 mg/dl Cr. 2.13 mg/dl K 5.98 mmol /L Calcium 8.2 mmol /L (3/9/58) วันที่ 10 ก.ย.2558 ผล CXR พบ crepitation,congestion, cardiomegary ฟัง heart ได้เสียง murmur (9/9/58) HR อยู่ในช่วง 190 – 202 มีภาวะ CHF with Sepsis หลังรักษา 21 วัน อาการไม่ดีขึ้น ได้ส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ได้อธิบายให้ข้อมูลแก่บิดามารดาทราบทุกระยะ บิดามารดาเข้าใจได้ติดตามไปอยู่กับบุตรโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ทารกได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ 97 วัน (3 ด.7 วัน)ด้วยภาวะติดเชื้อ Arterial occlusion left forearm with gangrene S/P elbow amputate (4/12/58) ตัดไหม (14/12/58) นัดพบ แพทย์ Ortho 1 ด. U/S Cranium (14/12/58) : normal PDA S/P PDA Ligament (7/12/58) ไม่นัดปิดแล้ว มีภาวะ Severe BPD lung จากการ on Ventilator 3 ด. จึง Plan wean off O_2 ผลการตรวจตา ROP พบ stage I BE นัดตรวจที่OPD(รพ.สปส 7/1/59) ทารกถูกส่งตัวกลับมาที่โรงพยาบาลยโสธร ในวันที่ 18 สิงหาคม 2558 เข้ารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลยโสธร 3 วัน จำหน่าย วันที่ 21 ธันวาคม 2558 เด็กสามารถดูดนมได้ดี ไม่มีภาวะหอบไม่ได้ให้ออกซิเจน ได้รับวัคซีนครบ ได้ให้ข้อมูล คำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงดู การไปตรวจตามนัด การให้อาหารเสริม รวมวันนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 3 เดือน 26 วัน น้ำหนักก่อนจำหน่าย 2150 กรัม

วิจารณ์และเสนอแนะ

ทารกรายนี้เป็นทารกคลอดก่อนกำหนด (24 สัปดาห์)น้ำหนักตัวน้อยมาก ทำให้มีภาวะหายใจลำบาก เกิดภาวะตัวเหลือง ภาวะซีดภาวะหลอดเลือดหัวใจไม่ปิด ภาวะไม่สมดุลย์กรดด่าง ซึ่งส่งผลให้เกิดการลดลงของเลือดที่จะนำออกซิเจนไปสู่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้เซลล์ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายทำงานผิดปกติหรืออาจตายในที่สุด รวมทั้งมีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อทำให้ต้องถูกตัดแขนข้างซ้าย

1. ด้านบริหาร

ควรจัดให้มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในทารกที่มีน้ำหนักน้อยมาก เกิดภาวะแอสฟิย์กเซียร่วมกับภาวะสารน้ำอิเลคโตรไลด์ไม่สมดุล มีภาวะติดเชื้อ เพื่อประเมินปัญหา และภาวะแทรกซ้อนของทารกให้ครอบคลุมทุกด้าน วางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมตามปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ติดตามทารกให้ได้รับการดูแลตามแผนที่วางไว้ ปรับแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหา

ส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์ทางบวกระหว่างบิดา-มารดาและทารก โดยมีโอกาสได้สัมผัส อุ้มทารกให้เร็วที่สุดขณะอยู่ในโรงพยาบาลหรือให้การดูแลแบบ Kangaroo care เสริมพลังให้บิดา มารดาเกิดความรู้สึกนับถือตนเอง (Self-esteem)[5] โดยเน้นบทบาทที่จำเป็นของบิดา มารดาในการฟื้นฟูสภาพทารก มีทักษะในการแจ้งอาการและความสามารถของทารกอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งกำหนดวันนัดตามแผนการรักษาและแจ้งให้มารดาทราบ[13] ช่วยลดความเครียดของบิดามารดา และเป็นแบบอย่างในการปฏิสัมพันธ์กับทารกได้

2. ด้านการพยาบาล

2.1 พยาบาลต้องมีความรู้ในการประเมินภาวะหายใจลำบาก สามารถดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง พร้อมทั้งดูแลทารกให้ได้รับออกซิเจน และที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้อย่างปลอดภัย ช่วยหัตถการฉุกเฉินได้ อ่านและแปลผลค่าแก๊สในกระแสเลือด รวมทั้งอ่าน Film เบื้องต้นโดยประเมินทุก 15,30 นาที 1 ชม. ตามอาการ และรายงานอาการตามสัญญาณชีพที่เปลี่ยนแปลง ผิดปกติแก่แพทย์ได้เหมาะสมทันเวลา เช่น หายใจหอบ เขียว หัวใจเต้นเร็ว ค่าอิ่มตัวของออกซิเจนลดลง สัญญาณชีพผิดปกติ

2.2 พยาบาลต้องดูแลทารกที่ได้รับสารน้ำและสารอาหาร ตามความต้องการของร่างกายและตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ต้องมีความรู้เรื่องกรด-ด่าง ความเข้มข้นและวิธีการบริหารยาสารละลาย สารอาหารทางหลอดเลือดดำ เพื่อป้องกันการระคายเคืองของหลอดเลือดดำ สามารถเลือกตำแหน่งหลอดเลือดดำได้อย่างถูกต้อง ทักษะการติดแถบกาวได้เพื่อยึดหลอดเลือดและอุปกรณ์ตามในตำแหน่งที่เคลื่อนไหว ตรวจสอบติดตามอัตราการไหล ปริมาณสารละลายที่ได้รับตามแผนการรักษา ติดตามประเมินผล Blood sugar, Electrolyte, LFT กรณีทารกได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตรวจสอบติดตามการรั่วของสารละลายออกนอกเส้นเลือดจากอาการแสดง เช่น บวมแดง ซีดหรือช้ำบริเวณให้สารละลาย

2.3 พยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ทารกที่คลอดก่อนกำหนดนี้มีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายจากการสร้าง IgM ยังไม่สมบูรณ์ ไดรับ IgG มาจากมารดาน้อย ไม่ได้รับ IgA จากนมมารดา เม็ดเลือดขาวมีน้อยและทำหน้าที่ยังไม่สมบูรณ์ผิวหนังเยื่อบุปกป้องการติดเชื้อมีน้อย พยาบาลต้องล้างมือให้สะอาดด้วย น้ำยาฆ่าเชื้อโรคก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ของเครื่องใช้ที่สะอาดผ่านการฆ่าเชื้อ อุปกรณ์แยกใช้เฉพาะราย ดูแลความสะอาดทั่วไปของร่างกาย และสิ่งแวดล้อม เช่น สำลี น้ำอุ่น ทำความสะอาดหลังทารกขับถ่ายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2.4 การพยาบาลให้ทารกมีปฏิสัมพันธ์กับบิดามารดาได้อย่างเหมาะสม โดยให้ข้อมูลบิดามารดาเป็นระยะ ให้กำลังใจ ส่งเสริม กระตุ้นสัมผัสด้วยการทำ Kangaroo care พูดคุย ประสานสายตาโอบสัมผัสด้วยความรักความอบอุ่น และพยาบาลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้ทารกได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ เช่น ใช้ผ้าคลุมตู้อบเมื่อทารกหลับ

2.5 มีการนัดติดตามทารก เพื่อติดตามอาการต่าง ๆ เช่น พัฒนาการ ภาวะโภชนาการ การได้ยิน การมองเห็น และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ อย่างต่อเนื่องและติดตามเยี่ยมบ้าน ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อประเมินการเลี้ยงดู สร้างขวัญกำลังใจให้กับบิดามารดา เพราะทารกนี้เป็นทารกกลุ่มเสี่ยง ได้บริหารจัดการเกี่ยวกับความพิการผ่านสังคมสงเคราะห์

3. ด้านวิชาการ

3.1 พัฒนามาตรฐานการพยาบาลทารกที่มีน้ำหนักน้อยมาก สร้างโปรแกรมการ สร้างเสริมพลังอำนาจมารดาต่อความสามารถของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากทั้งในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด และเมื่อกลับบ้าน ให้ครอบคลุมองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ

3.2 การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิก เช่น การป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การเพิ่มประสิทธิภาพการส่องไฟจากภาวะตัวเหลือง และการดูแลรักษาแบบ Kangaroo care

สรุป

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก ๆ (Extremely Low Birth Weight Infant) หมายถึง ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักอยู่ระหว่าง 500-1,500 กรัม และเป็นทารกที่เกิดก่อนกำหนดมากที่สุด (Extremely Premature Infant) อายุครรภ์ 24-30 สัปดาห์ มีโอกาสรอดชีวิตน้อย ต้องได้รับดูแลรักษาพยาบาลเป็นพิเศษ เพราะความไม่สมบูรณ์ของระบบอวัยวะต่าง ๆ ปัญหาที่พบจะมีความเกี่ยวข้องกับหลายระบบและมีความซับซ้อน ได้แก่ระบบทางเดินหายใจ เกิดมีภาวะหายใจลำบาก

สาเหตุจากการขาดสารลดแรงตึงผิว (Respiratory Distress Syndrome) ภาวะหยุดหายใจ โรคปอดเรื้อรัง ต้องได้รับการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือดพบปัญหาเส้นเลือด Patent Ductus Arteriosus : PDA เปิดจากการหดตัวของ Ductus Arteriosus ไม่แรงพอ และไม่ไวต่อ ProstaglandinE_2 ระบบทางเดินอาหารและภาวะโภชนาการ การดูดซึมอาหารทำได้ไม่เต็มที่รีเฟล็กซ์การดูดกลืน ยังไม่สัมพันธ์กับการหายใจ สำลักง่าย ระบบภูมิต้านทานน้อยโอกาสติดเชื้อมีมาก ระบบเมตาบอลิซึม และต่อมไร้ท่อพบปัญหาน้ำตาลในเลือดต่ำ แคลเซี่ยมในเลือดต่ำ ขาดความสมดุลย์ของเกลือแร่ได้ง่าย มีภาวะซีดจาก ระบบไหลเวียน โปรธรอมบินในเลือดต่ำ หลอดเลือดเปาะแตกง่าย พบภาวะตัวเหลือง จากเม็ดเลือดแดงมีการแตกทำลายมาก ตับยังทำงานไม่เต็มที่ ระดับบิลิรูบินคั่งในกระแสเลือด ระบบการขับถ่าย ไตยังเจริญไม่สมบูรณ์ ความสามารถในการกำจัดน้ำและของเหลวในร่างกาย การรักษาภาวะกรดด่างในร่างกายเกิดความบกพร่อง จึงพบภาวะกรดเกิน ไตไม่สามารถขับกรดที่เกินออกได้ จึงพบอาการหายใจเร็วและน้ำหนักไม่ขึ้น สิ่งเหล่านี้ทำให้ทารกนี้ต้องรักษาในโรงพยาบาลนาน จึงต้องดูแลอย่างใกล้ชิด เป็นภาวะวิกฤตทั้งทารก บิดา มารดา และครอบครัว ดังนั้นพยาบาลทารกแรกเกิดที่มี ภาวะวิกฤตจึงต้องใช้ความรู้เฉพาะด้าน มีความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน เพื่อช่วยเหลือให้ทารกปลอดภัย ต้องให้ข้อมูลเสริมพลังอำนาจให้กับบิดามารดา ให้มีความสามารถในการดูแลบุตรร่วมกับ ทีมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาล สามารถที่จะดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. วาริชา เจนจินดามัย. กุมารเวชศาสตร์ทั่วไป. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์; 2550.
2. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. ความก้าวหน้าของการช่วยหายใจในทารกแรกเกิด. กรุงเทพฯ:ไทยเจริญการพิมพ์; 2543
3. ประพุทธ ศิริปุณย์. ตำรากุมารเวชศาสตร์.กรุงเทพฯ : โฮลิสติก พับลิชชิ่ง; 2540.
4. นฤมล ธีระรังสิกุล. การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนด. กรงเทพฯ : พีเพรส; 2545.
5. นัยนา วงษ์นิยม. ผลของโปรแกรมการฝึกฝนมารดาต่อความพร้อมของมารดาในการเลี้ยงดู ทารกต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมของทารกคลอดก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.2544.
6. บัญจางค์ สุขเจริญและคณะ. ตำราการพยาบาลเด็ก. กรุงเทพ ฯ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
7. นฤมล ธีระรังสิกุล.การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนด.ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2545.
8. รุจา ภู่ไพบูลย์.การพยาบาลครอบครัว แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้.ขอนแก่น: ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2537.
9. เนตรทอง ทะยา, วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียรและรัตนชฎาวรรณ อยู่นาค. ความต้องการและ การได้รับการตอบสนองของมารดาที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด. วารสารวิชาการสาธารณสุข,16 (2), 268-274; 2550.
10. สรายุทธ สุภาพรรณชาติ.Essential Neonatal Problem.กรุงเทพฯ:ธนาเพลส;2549.
11. เวชระเบียน หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดโรงพยาบาลยโสธร. สถิติหอผู้ป่วยหนักทารก แรกเกิดโรงพยาบาลยโสธร. ยโสธร: โรงพยาบาลยโสธร; 2557,2558
12. วิไล เลิศธรรมเทวี.การพยาบาลทารกแรกเกิด.กรุงเทพฯ:พรี-วัน; 2551.
13. สิรารักษ์ ศรีมาลา.การปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคเหนือ.พยาบาลสารปีที่ 40 ฉบับที่3;2556.

14.สภาการพยาบาล.ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการขั้นสูงสาขาต่างๆ.Retrieved November 11,2008,from http//www.tnc.or.th/file_attach/1;2551.

15.American Academy of Pediatrics . Hospital discharge of the high risk neonatal proposed guidelines.Pediatrics,102(2)411-417;1998.