

ร้อยเอ็ดเวชสาร

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Roi Et Wetchasan



ISSN-2350-9694

ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 (พิเศษ) ธันวาคม 2566 - มกราคม 2567

Vol.10 No.3 (Special issue) December 2023 - January 2024

ร้อยเอ็ดเวชสาร โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Roi Et Wetchasan

ISSN-2350-9694

ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 (พิเศษ) ธันวาคม 2566 - มกราคม 2567

Volume 10 No.3 (Special issue) December 2023 – January 2024

• **เจ้าของ**

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

• **ผู้อำนวยการ**

นายแพทย์ชาญชัย จันทร์วรชัยกุล

• **ที่ปรึกษา**

นายแพทย์ชาญชัย จันทร์วรชัยกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ทศ.แพทย์หญิงนิรมล ลีลาอดิศร ทศ.แพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านทันตกรรม)

• **บรรณาธิการ**

นายแพทย์ธนากร จิระชวาลา นายแพทย์เชี่ยวชาญ

• **บรรณาธิการร่วม**

นายแพทย์ณรงค์ชัย สังขา นายแพทย์เชี่ยวชาญ

• **ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก**

รศ.ดร.พงษ์เดช สารการ

รศ.ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์

รศ.ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม

รศ.ดร.สมเกียรติยศ วรเดช

รศ.ดร.อนุศักดิ์ เกิดสิน

รศ.ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล

ผศ.ดร.สง่า ทับทิมหิน

ผศ.ดร.พีชานิกา ขอบจิตต์

ผศ.ดร.มะลิ โพธิพิมพ์

ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา

ดร.วงกลาง กุดวงษา

ดร.พัลลภ เชี่ยวชัยสกุล

ดร.พุทธิไกร ประมวล

ดร.สุภารัตน์ ทัพโพธิ์

• **กองบรรณาธิการ**

นายธนากร จิระชวาลา นายแพทย์เชี่ยวชาญ

นายณรงค์ชัย สังขา นายแพทย์เชี่ยวชาญ

นายชินวัฒน์ ศรีใส นายแพทย์เชี่ยวชาญ

เรือเอกชัยรัตน์ เสรีรัตน์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ

นางณัฐตา อยู่ขำ	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
นางบุษบา วงษ์พิมล	พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ
นายปิยบุตร เถาว์ทิพย์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
นายมนัสวี อุตถากร	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
นางสาวสุชีรา อมรมหพรณ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
นางสาววิราภรณ์ ณรงค์ราช	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
นายธงชัย เสรีรัตน์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
นายพัฒน์พงษ์ มงคลแก่นทราย	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
นางสาวสุนีย์ นรินทร์ศิริผล	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
นางาววีรจิตร์ ทิพย์ประเสริฐ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
นางลดาวรรณ อมรมรกต	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
นางสาววันวิสาข์ วงษ์สีดาแก้ว	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
นายฉันทิชัย พูลลาภ	นายแพทย์ชำนาญการ
พันโทธุมฤกษ์ แสงเงิน	นายแพทย์ชำนาญการ
นายวิจักขณ์ กัญญาคำ	นายแพทย์ชำนาญการ
นายสุกิจ นิมนวลวัฒนา	นายแพทย์ชำนาญการ
นางสาวนภัสสรณ์ มโนรัตน์	นายแพทย์ชำนาญการ
นางสาวณัชชา โคตะโน	นายแพทย์ชำนาญการ
นางสาวเสาวภา มีชัยโม	นายแพทย์ชำนาญการ
นายกฤต โกวิทางกูร	นายแพทย์ชำนาญการ
นางสาวพิมลรัตน์ เผ่าพงษ์ไพบูลย์	นายแพทย์ชำนาญการ
นางภคินี เล่งเวหาสถิตย์	เภสัชกรชำนาญการ
นางวิไลภรณ์ ศิริสอน	เภสัชกรชำนาญการ
นางศศิลักษณ์ วิบูลย์สุขุภกิจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
นางชไมพร ทิมเรืองเวช	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
นางสาวมะลิวรรณ อังคนิตย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางจุฑาลักษณ์ แก้วมะไฟ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางภัศราภรณ์ ศิริษา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวเบญจวรรณ คำแห่งพล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางพัชรินทร์ ชินการสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางมลวรรณ ทรัพย์สาร	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์
นางสาวกนกพร ยอดยศ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นายปัสธร หวานอารมณ์	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ
• ผู้ช่วยบรรณาธิการ	
นายนันทิพัฒน์ พัฒน์โชติ	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ
นางสาวกัลยาวดี สัตนาโค	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

- **สำนักงาน**
สำนักงานวิจัย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
- **กำหนด**
ราย 6 เดือน
- **วัตถุประสงค์**
 1. เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการและผลงานวิจัยทางการแพทย์ การพยาบาลและการสาธารณสุข
 2. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในประเด็นสาธารณสุข
 3. เพื่อส่งเสริมให้เกิดการค้นคว้า วิจัย ในด้านบริหาร วิชาการและบริการสาธารณสุข

บรรณาธิการแถลง

วารสารร้อยเอ็ดเวชสาร ได้ดำเนินการเข้าสู่ปีที่ 10 สำหรับฉบับนี้เป็นฉบับที่ 3 (ฉบับพิเศษ) ธันวาคม 2566 - มกราคม 2567 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการและผลงานวิจัยทางการแพทย์ การพยาบาล และการสาธารณสุข โดยไม่มีค่าใช้จ่ายในการลงตีพิมพ์ ทั้งนี้เพราะเห็นความสำคัญเพื่อพัฒนานักวิจัยหน้าใหม่ ได้ผลิตผลงานทางวิชาการที่ทรงคุณค่าและเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

เนื้อหาวารสารฉบับนี้ ประกอบด้วยการศึกษา เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาทางการแพทย์ กรณีศึกษาทางการพยาบาลและอื่นๆ ซึ่งล้วนน่าสนใจและมีประโยชน์อย่างยิ่ง ผมหวังว่าผู้อ่านทุกท่านจะได้รับความรู้จากการอ่านบทความดังกล่าวไม่มากนัก

ผมขอขอบคุณทีมบรรณาธิการทุกท่านที่สละเวลาในการพิจารณาบทความวิชาการและร่วมแก้ไข ชี้แนะ เพื่อให้เป็นบทความที่ทรงคุณค่ามากขึ้น หากในการแก้ไขเกิดความล่าช้า ผมและทีมงานต้องขออภัยมา ณ โอกาสนี้

ขอบคุณครับ

นายแพทย์ธนากร จิรชวาลา
บรรณาธิการ

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

ร้อยเอ็ดเวชสาร เป็นวารสารที่รวบรวมและเผยแพร่ตีพิมพ์บทความวิชาการ ที่ผ่านการกลั่นกรองจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) จำนวน 3 ท่าน ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ เปิดรับบทความจากบุคลากรทั้งภายในและภายนอกสถาบันของนักวิชาการและนักวิจัยในสาขาที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์ของวารสาร

- เพื่อรวบรวมและเผยแพร่องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพทุกสาขาวิชาชีพ
- เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพทุกสาขาวิชาชีพ
- เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนางานวิจัย นวัตกรรม สิ่งประดิษฐ์ และประชาสัมพันธ์ข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ขอบเขตของวารสาร

ร้อยเอ็ดเวชสาร เป็นวารสารที่รวบรวมและเผยแพร่บทความวิจัย บทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพทุกสาขา ซึ่งครอบคลุมศาสตร์ทางแพทยศาสตร์ (Medicine) ทันตแพทยศาสตร์ (Dentistry) เภสัชศาสตร์ (Pharmacy) พยาบาลศาสตร์ (Nursing) สาธารณสุขศาสตร์ (Health professions) เทคโนโลยีการแพทย์ (Medical technology) กายภาพบำบัด (Physical therapy) รังสีเทคนิค (Radiological technology) และสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ

กำหนดการออก

กำหนดการตีพิมพ์ ปีละ 2 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน) ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม) ของทุกปี

จำนวนบทความต่อฉบับ

จำนวน 8 - 20 บทความต่อฉบับ

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

เรื่องที่จะส่งมาพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน ข้อความและข้อคิดเห็นต่างๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้นๆ ไม่ใช่ความเห็นของบรรณาธิการหรือของวารสาร ทางกองบรรณาธิการขอสงวนลิขสิทธิ์ ในการตรวจทานแก้ไข เรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

ประเภทของผลงานทางวิชาการ

สำหรับประเภทของผลงานทางวิชาการที่รับพิจารณาในการเผยแพร่ตีพิมพ์ในร้อยเอ็ดเวชสารจำแนกประเภทของผลงานทางวิชาการ ดังนี้

- บทความวิจัย (Original articles) รวมถึงบทความวิจัยที่แสดงขั้นตอนของวิธีการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเกิดขึ้นค้นพบใหม่
- บทความวิชาการ (Academic articles) เป็นบทความที่ครอบคลุมบทความการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Evidence-based review และ Systematic review)

3) จดหมายถึงบรรณาธิการ (Letter to editor) บทความวิชาการประเภทแสดงความคิดเห็นสนับสนุน การโต้แย้งความคิดเห็นของนักวิจัย หรือการแสดงความคิดเห็นผ่านความรู้และประสบการณ์ในประเด็นที่สนใจ เกี่ยวกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ

4) บทความฟื้นฟูวิชา (Refresher course) เสนอความรู้ในองค์ความรู้จำเพาะเรื่องที่นำมาเรียบเรียงเพิ่มเติม ความรู้ใหม่ๆ ทำนองเดียวกับนำเสนอในการประชุมฟื้นฟูวิชาการหรือการฝึกอบรมแพทย์ (Training course) เป็น คราว ๆ ไป

5) รายงานผู้ป่วย (Case report) เป็นการรายงานผู้ป่วยที่ไม่ธรรมดาหรือที่เป็นโรคหรือกลุ่มอาการโรคใหม่ ที่ไม่เคยรายงานมาก่อนหรือพบไม่บ่อย และต้องมีหลักฐานชัดเจนอย่างครบถ้วนและต้องมีหนังสือยินยอมการใช้ข้อมูล จากผู้ป่วยเพื่อตีพิมพ์

หมายเหตุสำหรับบทความวิจัย (Original articles) ต้องผ่านการพิจารณาการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พร้อมทั้งแนบเอกสารใบรับรองที่ได้รับการอนุมัติ

การเตรียมต้นฉบับ

- 1) บทความทุกประเภท กำหนดจำนวน หน้า 10 - 12 หน้ากระดาษ A4
- 2) พิมพ์ลงบนกระดาษด้วยตัวอักษร TH Sarabun PSK ระยะขอบกระดาษ 1 นิ้ว (ระยะขอบบน ขอบล่าง ขอบซ้าย และขอบขวา) ใส่เลขหน้ากำกับ (ชิดขวา) และระยะห่างบรรทัดเท่ากับหนึ่งบรรทัด (Single space) (ระยะห่างก่อนและหลังเท่ากับ 0 pt) จัดเนื้อหากระจายแบบไทย และการเว้นวรรค 1 เคาะ (1 Space bar) ทั้งฉบับ
- 3) การจัดเตรียมบทความต้นฉบับ การจัดเตรียมรายละเอียดต้นฉบับบทความวิชาการประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนนำ ส่วนเนื้อหา และส่วนท้าย มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนนำ

3.1) ปกบทความ รายละเอียดปกบทความประกอบด้วย ชื่อบทความ (Title) (ชื่อบทความภาษาไทย/อังกฤษ ขนาด 20 Point ตัวหนา จัดชิดซ้าย)

3.2) ระบุรายชื่อผู้แต่ง พร้อมกำหนดตัวเลข (ตัวเลขยก) และเครื่องหมายดอกจัน (*) รายชื่อผู้แต่งทั้งหมด เว้นวรรคด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และไม่ต้องใส่คำนำหน้าชื่อหรือตำแหน่ง (ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ)

3.3) ระบุตำแหน่งและหน่วยงาน (Affiliation) และที่อยู่ (ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ) โดยระบุด้วยตัวเลข เป็นยก และสอดคล้องกับรายชื่อในข้อ 3.2

3.4) ระบุรายละเอียดผู้รับผิดชอบบทความ (Corresponding author) โดยระบุที่อยู่จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (Email address) และเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้และสอดคล้องกับรายชื่อใน ข้อ 3.2 ที่กำหนดให้มีเครื่องหมาย ดอกจัน

ส่วนเนื้อหา

3.5) บทคัดย่อ (Abstract) ไม่เกิน 300 คำ (ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ) และระบุคำสำคัญ (Keywords) ทำย บทคัดย่อไม่เกิน 3-5 คำ ตามหลักสากลที่สอดคล้องกับหัวเรื่องบทความ และกำหนดให้บทคัดย่อภาษาไทยและภาษา อังกฤษ

3.6) เนื้อหาบทความ จำแนกเป็นหัวข้อประกอบด้วย บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปราย สรุป กิจกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง โดยกำหนดให้หัวข้อเนื้อหาตัวอักษรขนาด 16 Point และเนื้อหากำหนดย่อหน้า (Tab) 0.5 นิ้ว กระจายแบบไทยสำหรับเนื้อหาในผลการศึกษา ให้ระบุความเชื่อมโยงสู่ตารางและภาพ เช่น “ตารางที่ 1” หรือ “ภาพที่ 1”

สำหรับตารางและภาพ กำหนดให้แนบในเนื้อหาของบทความในส่วนของผลการศึกษากำหนดให้นำเสนอ ตารางไม่เกิน 4 ตาราง และไม่เกิน 4 ภาพถ่าย โดยกำหนดวิธีการเขียน ดังนี้ ตาราง ที่ 1..... และ ภาพที่ 1

การเขียนหัวตารางและภาพ คือ “ตารางที่....” (ตัวหนา เนื้อตาราง) และ “ภาพที่....” (ตัวหนา ได้ภาพ) เรียงลำดับตามหมายเลขและเขียนให้เชื่อมโยงในเนื้อหาเสมอ ชื่อภาพและตารางควรกระชับไม่ซ้ำซ้อนกับเนื้อหาที่นำเสนอในตาราง สำหรับภาพกำหนดความละเอียด เป็นไฟล์ .jpg ขนาดประมาณ 1200-2000 pixel

ส่วนท้าย

3.7) เอกสารอ้างอิง กำหนดให้อ้างอิงแบบ Vancouver style โดยการอ้างอิงในเนื้อหา (Cited in text) แบบเรียงลำดับตัวเลข (Numeric order) และการอ้างอิงในท้ายเรื่อง (References) ให้สอดคล้องกับการอ้างอิงในเนื้อหา

ตัวอย่างการอ้างอิงในเนื้อหา

องค์การอนามัยโลกรายงานมีผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 596,873,121 ราย มีผู้เสียชีวิต 6,459,684 ราย ณ วันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2565^(1,2) การรายงานเบื้องต้นมุ่งเน้นไปที่กลุ่มอาการทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง แต่อย่างไรก็ตามยังพบอาการบาดเจ็บที่ไตเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury, AKI) ศึกษาความผิดปกติของไตจากการชันสูตรศพผู้ป่วย COVID-19 จำนวน 26 ราย พบ 9 ราย มีอาการบาดเจ็บที่ไต มีการบาดเจ็บของท่อส่วนต้น พบเนื้อตายที่ร้ายแรง พบ hemosiderin granules และ pigmented casts โดยอุบัติการณ์ของ AKI จากการติดเชื้อ COVID-19 มีเพิ่มขึ้นตั้งแต่ 1% ถึง 42%⁽³⁻⁵⁾

อ้างอิงวารสารต่างประเทศ

1. Susantitaphong P, Cruz DN, Cerda J, Abulfaraj M, Alqahtani F, Koulouridis I, et al. World incidence of AKI: a meta-analysis. Clin J Am Soc Nephrol CJASN 2013;8(9):1482–93.
2. Hoste EAJ, Schurgers M. Epidemiology of acute kidney injury: how big is the problem? Crit Care Med 2008;36(4 Suppl):S146-151.
3. Uchino S, Kellum JA, Bellomo R, Doig GS, Morimatsu H, Morgera S, et al. Acute renal failure in critically ill patients: a multinational, multicenter study JAMA. 2005;294(7):813–8.
4. Pei G, Zhang Z, Peng J, Liu L, Zhang C, Yu C, et al. Renal Involvement and Early Prognosis in Patients with COVID-19 Pneumonia. J Am Soc Nephrol JASN 2020;31(6):1157–65.
5. Heung M, Steffick DE, Zivin K, Gillespie BW, Banerjee T, Hsu CY, et al. Acute Kidney Injury Recovery Pattern and Subsequent Risk of CKD: An Analysis of Veterans Health Administration Data. Am J Kidney Dis Off J Natl Kidney Found 2016;67(5):742–52.

การอ้างอิงวารสารภาษาไทย

1. นิชชาภัทร ยอดแคล้ว, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองจังหวัดขอนแก่น. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. ปีที่ 26 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2562.

2. ศศิธร ดวนพล, อีรศักดิ์ พาจันท์, พิทยา ศรีเมือง. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าใหญ่ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด.วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ปีที่ 14 ฉบับที่ 34 พฤษภาคม - สิงหาคม 2563.

3.พงษ์ประยูร แก้วหมื่น, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์, สมเกียรติยศ วรเดช. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง.วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน.ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2562:62-73.

การอ้างอิงหนังสือ

ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์. วิธีการวิจัยทางสาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 3). สงขลา; นำศิลป์โฆษณาจำกัด, 2558.

การอ้างอิงเว็บไซต์

สำหรับการอ้างอิงเว็บไซต์ ผู้เขียนควรอ้างอิงเว็บไซต์ที่มีความน่าเชื่อถือ เช่น องค์กรหรือหน่วยงานราชการ เช่น กระทรวงสาธารณสุข องค์การอนามัยโลก องค์การสหประชาชาติ เป็นต้น สำหรับการอ้างอิงเว็บไซต์ มีรายละเอียดและตัวอย่าง ดังนี้

World Health Organization. Fact sheets: adolescent pregnancy. [Internet]. 2018 [Cited in 9 October, 2018]. Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.

United Nations. Sustainable development goals: 17 Goals to transform our world. [Internet].2018 [Cited in 9 October, 2018]. Available from: <https://www.un.org/sustainable-development/>.

WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. [cited 2022 Aug 29]. Available from: <https://covid19.who.int>

การรับต้นฉบับ

1. เมื่อบรรณาธิการได้รับต้นฉบับไว้ จะแจ้งตอบกลับให้ผู้ผู้นิพนธ์ทราบว่า ให้แก้ไขก่อนพิจารณาตีพิมพ์/รับและตีพิมพ์โดยไม่แก้ไข /ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ บทความที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์จะไม่ส่งต้นฉบับคืน เมื่อวารสารจัดพิมพ์แล้วเสร็จ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้ผู้นิพนธ์ 4 เล่ม

2. การส่งไฟล์ต้นฉบับ ต้องเป็นต้นฉบับสุดท้ายที่แก้ไขเรียบร้อยแล้วเพียงชุดเดียวในแฟ้มข้อมูลไม่ควรกำหนด ชื่อแฟ้มข้อมูลเป็นภาษาไทย พิมพ์ด้วยโปรแกรมไมโครซอฟท์เวิร์ด ด้วยรูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 ตัวอักษร ต่อหน้า ทางอีเมลล์ 101wetchasan@gmail.com

3. หากมีข้อสงสัยสามารถติดต่อได้ที่ กองบรรณาธิการ ร้อยเอ็ดเวชสาร ผ่านทาง นางสาวกัลยาดี สัตนาโค (ผู้ช่วยบรรณาธิการ) สำนักงานวิจัย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 111 ถ. รณชัยชาญยุทธ อ. เมือง จ. ร้อยเอ็ด 45000 โทร. 043-518200-5 ต่อ 11919,11902

รูปแบบการเขียน

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์:

วิธีการศึกษา:

ผลการศึกษา:

สรุป:

คำสำคัญ:

Abstract

Objective:

Methods:

Results:

Conclusions:

Keywords:.....

บทความวิจัย

ชื่อเรื่อง:(ภาษาไทย).....

ชื่อเรื่อง:(ภาษาอังกฤษ).....

ชื่อผู้พิมพ์ :(ภาษาไทย).....

ชื่อผู้พิมพ์ :(ภาษาอังกฤษ).....

ตำแหน่งและหน่วยงาน (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

อีเมลล์

บทคัดย่อ (ภาษาไทย)

.....

คำสำคัญ (Keywords):

Abstract (ภาษาอังกฤษ)

.....

คำสำคัญหรือคำหลัก (Keywords):

บทนำ:

.....

วิธีการศึกษา :

.....

ผลการศึกษา:

.....

อภิปราย:

.....

สรุป:.....

.....

กิตติกรรมประกาศ:.....

.....

เอกสารอ้างอิง (Vancouver style):

.....

สารบัญ

หน้า

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ทางการพยาบาลในการรักษาแบบเร่งด่วนของผู้ป่วยวิกฤตต่อ ความเครียดและความวิตกกังวลของญาติที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเสลภูมิ Outcome of Nursing Education Program in Urgent Treatment of Critically ill Patients on Stress and Anxiety of Relatives at the Department of Emergency, Selaphum Hospital ลัดดา ระกิติ Ladda Rakiti	1
การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลันที่ได้รับการฟอก เลือดด้วยเครื่องไตเทียม : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing care of patient with septic shock and acute renal failure receiving hemodialysis treatment : 2 cases study วารารณ์หาญชนะ Waraporn Hanchana	14
การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing care for severe head injury patients : 2 cases study สุภาพ ศิลาเกตต์ Suphap Silaket	26
การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อค : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing care for patients with septic shock : 2 cases study พิชญา วงศ์พิมล Pitchaya Wongpimon	39
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดตับและท่อน้ำดี: กรณีศึกษา 2 ราย Nursing care of Cholangiocarcinoma patients with Liver and Bile duct surgery : 2 cases study จีริสุดา อีฐรัตน์ Jeerisuda Ittarat	51
การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing care of Pneumonia patients with Respiratory failure : 2 case study สมใจ สงครินทร์ Somjai Songkarin	63

สารบัญ(ต่อ)	หน้า
การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือด หัวใจ: กรณีศึกษา 2 ราย Nursing care for ST elevation myocardial infarction patients receiving percutaneous coronary intervention : 2 cases study วาสนา บุญบรรลุ Wasana Boonbanloo	75
การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing care for ST Elevation myocardial infarction patients : 2 cases study จิราพร สาลี Jiraporn Salee	89
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเร่งด่วน : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing care of stroke fast track patients : 2 cases study สุริยา หล้ากำ Suriya Laklam	102
การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะช็อก : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing care for abdominal injury with shock : 2 cases study ภาวดี สดมพุกษ์ Phawadee Sodomphruek	114
รูปแบบการจัดบริการพยาบาลให้การปรึกษาเพื่อเสริมพลังความเข้มแข็ง ของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีในหน่วยงานบริการให้การปรึกษา A Nursing Service Model Aimed at Providing Counseling Services to Enhance the Resilience of HIV-infected Patients within Counseling Service Agencies จรัญทิพย์ พรหมเกต, เพ็ญศรี ปักกิ่งวะยัง, มะลิวรรณ อังคนิตย์ Charungthip Promket, Pensree Pukkangvayong, Maliwan Ankhanit	126
รูปแบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในการบริหารฟื้นฟูสภาพ สำหรับผู้ป่วยระยะกลาง Nursing Service Management Model for Quality and Safety of Rehabilitation for Intermediate Care คัทรียา ชินโย, เพ็ญศรี ปักกิ่งวะยัง Cattareeya Chinyo, Pensri Pukkungvayung	138

สารบัญ(ต่อ)	หน้า
ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดจอประสาทตาด้วยวิธีการผ่าตัดวุ้นตา ร่วมกับการฉีดสารทดแทนวุ้นตา (silicone oil) ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด Effects of Nursing Practice Guidelines for Pars Plana Vitrectomy with vitreous substitute (silicone oil) in Roi Et Hospital รัชนิดา เจริญรบ Ratchanida Jarenrob	149
การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด The Development of Nursing Practice Guidelines for Patients with Septicemia Internal Medicine Group, Roi Et Hospital จีรพันธ์ ประทุมอ่อน, มะลิวรรณ อังคณิตย์ Jeerapun Pratumon, Maliwan Angkhanit	164
การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับเด็กวัยเรียนโรครธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด Improvement of a Continuous Care Model for School Children with Thalassemia who have Iron Overload, Roi Et Hospital ปราณี ทาบึงการ, จีระวรรณ ศรีจันทร์ไชย Pranee Thabungkan, Jeerawan Srichanchai	178
การพยาบาลผู้ป่วยสงฆ์อาหารภาวะวิกฤตที่ได้รับการเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอ ในหอผู้ป่วยสงฆ์อาหาร : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing care of critically ill monks who have had their throats and tracheostomy tubes inserted in the sick monks ward : 2 cases study ไพโรศาล ศิลาเกตุ Parisan Silaket	194
ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ลำไส้ตรง ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด The Effect of Supportive and Education Program on Self-Care of Colorectal Cancer Patients who were Receiving Chemotherapy Treatment in Roi Et Hospital เยื้องยุพา คิง Yuangyupa King	210

สารบัญ(ต่อ)

หน้า

การพยาบาลผู้ป่วยนิ่วไตที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องผ่านผิวหนัง : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing care for renal calculi patients with Percutaneous Nephrolithotomy : 2 cases study สมพงษ์ กะการดี Sompong Kakarndee	222
ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบฝึกทนทานและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อความสามารถ ในการทรงตัวของผู้สูงอายุ The Effect of Endurance Training and Muscle Strengthening Exercise Program on Balance Ability in Elders ชุตติมา นิตุธร, กุลณัฐ อธิรัตน์, ดมิศรา เกรียงสีห์หมื่น Chutima Nituthon, Kunlanat Ittarat, Damitsara Kreangseemuen	239
ผลของการพัฒนารูปแบบการจัดบริการผู้ป่วยประคับประคองเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการตายดี สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เข้ารับบริการที่คลินิกศูนย์姑รณา พีร์ คำทอน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด The efficiency of a palliative nursing model in enhancing Quality of Life and good-death for terminally ill patient : case study of Pee Kamthon center, Roi-Et Hospital สุรียันต์ สังขมณี Suriyan Sungkhamanee	252

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ทางการพยาบาลในการรักษาแบบเร่งด่วนของผู้ป่วย
วิกฤตต่อความเครียดและความวิตกกังวลของญาติที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน
โรงพยาบาลเสลภูมิ

Outcome of Nursing Education Program in Urgent Treatment of Critically
ill Patients on Stress and Anxiety of Relatives at the Department of
Emergency, Selaphum Hospital

ลัดดา ระกิติ

Ladda Rakiti

Email: waranam06@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ทางการพยาบาลในการรักษาแบบเร่งด่วนของผู้ป่วย
วิกฤตต่อความเครียดและความวิตกกังวลของญาติที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเสลภูมิ

วิธีการศึกษา: การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองดำเนินการวิจัยกึ่งทดลองดำเนินการเก็บข้อมูลจากญาติของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแบบ
เร่งด่วนที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลเสลภูมิ ระหว่างเดือน สิงหาคม ถึง พฤศจิกายน 2566 โดยแบ่งกลุ่ม
ตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 กลุ่มศึกษา จำนวน 35 รายได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ทางการพยาบาล
ในการรักษาแบบเร่งด่วนของผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มที่ 2 กลุ่มควบคุม จำนวน 35 ราย เป็นกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาล
ตามปกติมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา และ independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่
 $p\text{-value} < 0.05$

ผลการศึกษา: กลุ่มทดลองที่เป็นญาติของผู้ป่วยวิกฤต 35 ราย มีอายุเฉลี่ย 45.62 ปี (+S.D.=13.67) สถานภาพ
สมรสคู่ ร้อยละ 80 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 48.57 กลุ่มควบคุม 35 ราย มีอายุเฉลี่ย 45.80 ปี (+S.D.=12.31)
สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 74.29 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 51.43 จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบ
ความเครียดพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดโดยรวมของกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูง
กว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff.=0.38; 95%CI: 0.19-0.56, $p=0.001$) และความ
วิตกกังวลโดยรวมของญาติในกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ (Mean diff.= 0.24; 95%CI: 0.06-2.11, $p=0.009$)

สรุป: จากการศึกษาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ความรู้ทางการพยาบาลในการรักษาแบบ
เร่งด่วนของผู้ป่วยวิกฤตสามารถช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่แผนก
อุบัติเหตุฉุกเฉินได้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยวิกฤต, แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน, ความเครียด, ความวิตกกังวล

Abstract

Objective: To study the effect of a nursing education program for urgent treatment of critically ill patients on stress and anxiety of their relatives' at the Department of Emergency, Selaphum Hospital.

Methods: This research was a quasi-experimental research. The data collected were from relatives of patients who came to receive urgent services at the Department of Emergency, Selaphum Hospital between August to November, 2023. The sample was divided into 2 groups. Group 1, 35 cases received a nursing education program for urgent treatment of critically ill patients. Group 2, 35 cases, was control group received standard nursing care. Data analysis used descriptive statistics and independent t-test. The significance level was set at $p\text{-value} < 0.05$.

Results: The experimental group, 35 relatives of critically ill patients, had an mean aged was 45.62 years (+S.D.=13.67), 80% married status, 48.57% worked as farmers. The control group, 35 relatives of critically ill patients, had an mean aged was 45.80 years (+S.D.=12.31), 74.29% married status, occupational was general employee 51.43%. The data analysis results showed that the overall stress in the control group that did not receive the program, the mean score was significantly higher than the experimental group that receive the program (Mean diff.=0.38; 95%CI: 0.19-0.56, $p=0.001$), the overall anxiety of relatives in the control group that did not receive the program had a significantly higher mean score than the experimental group that received the program (Mean diff.=0.24; 95%CI: 0.06-2.11, $p=0.009$).

Conclusions: This study shows that a nursing education program for urgent treatment of critically ill patients can help to reduce stress and anxiety among relatives of patients who come to receive services at the Department of Emergency.

Keywords: Critically ill patients, Department of Emergency, Stress, Anxiety

Corresponding author: Email: waranam06@gmail.com

Received: December 13, 2023; **Accepted:** January 4, 2024

บทนำ

ผู้ป่วยฉุกเฉิน หมายถึง บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น ดังนั้นผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน การรับรู้ถึงการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่รวดเร็วจนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัดรักษาอย่างมีคุณภาพและทันเวลา ทำให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะฉุกเฉิน ซึ่งกระบวนการดูแลดังกล่าวหมายถึงรวมถึง การประเมิน การจัดการ การประสานงาน การควบคุมดูแล การติดต่อสื่อสาร การลำเลียงหรือขนส่งการตรวจวินิจฉัยและการบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งนอกสถานพยาบาลและในสถานพยาบาล⁽¹⁾ ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินเป็นระบบที่สำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมถึงระบบสุขภาพ เป็นระบบที่เชื่อมระหว่างชุมชน การแพทย์ปฐมภูมิและการรักษาที่จำเพาะเจาะจง เป้าประสงค์ของระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินคือการเพิ่มการเข้าถึงบริการในผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ลดอัตราการเสียชีวิต ลดการสูญเสียอวัยวะและลดการสูญเสียการทำงานของอวัยวะสำคัญ จากการศึกษาในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางพบว่าจากผู้เสียชีวิต จำนวน 45 ล้านคน ในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง มีผู้เสียชีวิตประมาณ 24.3 ล้านคนกับภาวะฉุกเฉิน⁽²⁾ ห้องฉุกเฉินเป็นศูนย์กลางที่เชื่อมต่อระหว่างการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลกับการดูแลแบบเฉพาะเจาะจงโดยมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ตั้งแต่การคัดแยก (Triage) การรักษา การประสานการส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินพ้นภาวะฉุกเฉินคือลดอัตราการเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ และการทำงานของอวัยวะสำคัญ⁽¹⁾ ปัจจุบันมีผู้รับบริการมากขึ้นพบว่าในปี 2559 มีผู้ป่วยมาใช้บริการห้องฉุกเฉิน 35 ล้านครั้ง/ปี โดยถ้าห้องฉุกเฉินแออัดทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาล่าช้า มีความเสี่ยงสูงขึ้น และเกี่ยวข้องกับอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น⁽³⁾ งานวิจัยในต่างประเทศที่

ผ่านมาพบว่า ภาวะห้องฉุกเฉินแออัด ทำให้เกิดผลการรักษาที่ไม่มีคุณภาพ เช่น การร้องเรียน, การให้ยา Streptokinase ในผู้ป่วย STEMI ช้าลง, การให้ยา Antibiotic ในผู้ป่วย Pneumonia ช้าลง รวมถึงความผิดพลาดจากการรักษาและมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มสูงขึ้น⁽⁴⁾ ดังนั้นเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินมีประสิทธิภาพ ทันเวลา ห้องฉุกเฉินจำเป็นต้องมีความพร้อมตลอดเวลา มีมาตรฐานทั้งด้านการจัดบริการ คุณภาพการรักษา มาตรฐานข้อมูล เครื่องมือแพทย์ อาคารและสถานที่ โดยห้องฉุกเฉินควรมีบุคลากรสายวิชาชีพและสายสนับสนุนเพื่อให้เกิดกระบวนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพบุคลากรสายวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลฉุกเฉิน/พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน นักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ และพนักงานฉุกเฉินการแพทย์

การสื่อสารกับญาติในการรักษาพยาบาลการรักษาแบบเร่งด่วนของผู้ป่วยวิกฤตในห้องฉุกเฉิน เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างมาก เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ กับญาติผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่มักมีความยากลำบากในการสื่อสารกับญาติเนื่องจากต้องดำเนินการช่วยชีวิตผู้ป่วยและหลายครั้งมีผู้ป่วยจำนวนมาก ในห้องฉุกเฉินผู้ป่วยบางรายที่มีอาการหนักเฉียบพลันเป็นภาวะวิกฤตที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจของญาติผู้ป่วยและครอบครัว จึงต้องอาศัยความชำนาญในการแจ้งข่าวร้ายและการตอบสนองอย่างเหมาะสมต่อปฏิกิริยาและอารมณ์ของญาติ ซึ่งยังมีความคาดหวังกับการช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดชีวิตได้ ในขณะที่การสื่อสารต้องอาศัยความชำนาญโดยการติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับญาติและครอบครัว ของผู้ป่วยนับเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งบางกรณีญาติและครอบครัวของผู้ป่วยอาจมีอาการตกใจและปฏิเสธความจริง (shock and denial) อาจมีอาการ “ช็อก” วิตกกังวลมาก สับสน ซึมเฉย หรือถ้าตกใจมากอาจเอะอะโวยวาย

ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ปฏิเสธความจริง อาจโทษว่าแพทย์ตรวจผิด รู้สึกอึดอัดและหาทางออกไม่ได้ รู้สึกโกรธที่ตนเองต้องเผชิญกับปัญหาที่ร้ายแรง อาจโทษว่าเป็นความผิดของแพทย์หรือผู้อื่น บางรายอาจแสดงวาทะหรือกิริยาที่ก้าวร้าว มีการต่อต้านการตรวจและคำแนะนำของแพทย์ โกรธญาติและ คนอื่นๆ ญาติบางคนอาจจะมีความรู้สึกหมดหวังและเศร้าโศกเสียใจยังไม่สามารถยอมรับได้ มีอารมณ์ซึมเศร้าต่อการสูญเสีย มีความรู้สึกผิด รู้สึกอ้างว้าง พุดและทำสิ่งต่างๆ น้อยลง แยกตัว ซอบอยู่คนเดียว เหม่อลอย กินไม่ได้ นอนไม่หลับ ซึ่งสิ่งสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ควรกระทำ ได้แก่ การให้ข้อมูลที่ชัดเจนแก่ญาติว่าผู้ป่วยว่าเป็นอะไร อธิบายวิธีการรักษาที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย เหตุผลในการที่แพทย์ตัดสินใจให้การรักษารูปแบบนั้น และให้เวลาในการตอบคำถามข้อสงสัยของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เรื่องการรักษาและการรับผิดชอบตนเองเท่าที่จะทำได้ ทั้งนี้ควรพิจารณาในการบอกความจริงเพียงใด และแก่ใคร ควรคำนึงถึงระยะเวลาที่เหมาะสมในการบอก ความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ ประโยชน์หรือโทษที่จะเกิดขึ้นตามมา รายละเอียดที่จะบอกควรมีเพียงไร ควรยึดหลักในการพูดความจริงที่เกิดประโยชน์เท่านั้น แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจและรักษาผู้ป่วยให้ความเป็นกันเอง มีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด คอยให้ความช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและญาติโดยการปลอบใจและให้กำลังใจ ในปัจจุบันนี้จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาล เสลภูมิ มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปีซึ่งการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญสูง ผู้ป่วยฉุกเฉินจะต้องรักษาอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง มีมาตรฐานเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะคุกคามชีวิต การสูญเสียอวัยวะและการทำงานของอวัยวะสำคัญ เพื่อการสร้าง Chain of Survival ห้องฉุกเฉินต้องดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินและต้องทำงานแข่งกับเวลาเป็นแผนกที่มีความเสี่ยงสูง ต้องทำงานภายใต้แรงกดดันและความคาด

หวังของผู้รับบริการ จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด บางครั้งทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดข้อร้องเรียน ผู้รับบริการไม่พึงพอใจ เป็นสาเหตุให้ผู้มารับบริการทำร้ายเจ้าหน้าที่ ทั้งทางด้านร่างกายและวาจา⁽⁵⁾ จาก การทบทวนวรรณกรรมและการทบทวนปัญหาจากการทำงาน พบว่าแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาล เสลภูมิ ยังไม่มีเจ้าหน้าที่คอยให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำแก่ญาติของผู้ป่วย ที่ต้องทำการรักษาแบบเร่งด่วน เพื่อช่วยชีวิตส่งผลทำให้ญาติเกิดความไม่พอใจเกิดข้อร้องเรียนเกี่ยวกับปัญหาและคุณภาพการบริการบ่อยครั้ง จากการสังเกตญาติผู้ป่วยในระหว่างการรักษาพบว่า บางรายมีอาการกระสับกระส่ายสีหน้าวิตกกังวล บางรายนั่งเงียบไม่มีปฏิสัมพันธ์กับคนข้างเคียง พฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้ ล้วนเป็นสิ่งที่บ่งบอกว่าญาติผู้ป่วยอาจมีความเครียดและมีความวิตกกังวลเป็นอย่างมาก เนื่องจากในปัจจุบันโรงพยาบาลเสลภูมิยังไม่ได้มีแบบแผนการให้ข้อมูลและคำแนะนำต่างๆ ที่เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยวิกฤต ที่ต้องรักษาแบบเร่งด่วนเนื่องจากจำนวนเจ้าหน้าที่มีจำนวนจำกัด ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนาระบบบริการ การพยาบาลให้ครอบคลุม และให้มีรูปแบบการพัฒนาที่มีความชัดเจนผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการให้ความรู้ทางการพยาบาล ในการรักษาแบบเร่งด่วนของผู้ป่วยวิกฤตต่อความเครียดและความวิตกกังวลของญาติที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเสลภูมิ เพื่อที่จะนำองค์ความรู้ที่ได้มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการทางการพยาบาลให้ครอบคลุมถึงญาติของผู้ป่วยเพื่อเป็นการดูแลบรรเทาความเครียดวิตกกังวลขณะรอให้มีความเหมาะสม มีประสิทธิภาพ มีความครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ทางการแพทย์ในการรักษาแบบเร่งด่วนของผู้ป่วยวิกฤตต่อความเครียดและความวิตกกังวลของญาติดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคม ถึง พฤศจิกายน 2566 ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมการให้ความรู้ทางการแพทย์ในการรักษาแบบเร่งด่วนของผู้ป่วยวิกฤต ตัวแปรตาม คือ ความเครียดและความวิตกกังวลของญาติ โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

O_1 X O_2 กลุ่มทดลอง
 O_1 O_2 กลุ่มควบคุม

O_1 หมายถึงความเครียดและความวิตกกังวลของญาติก่อนการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ทางการแพทย์

O_2 หมายถึงความเครียดและความวิตกกังวลของญาติ

X หมายถึง การใช้โปรแกรมการให้ความรู้ทางการแพทย์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ญาติของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติของผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

เกณฑ์ในการคัดเลือก - คัดออก

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) ได้แก่ ญาติผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลเสลภูมิ ที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป สามารถอ่านออกเขียนได้ ยินยอมเข้าร่วมโครงการ โดยการตอบแบบสอบถามครบทุกข้อ ไม่มีอาการมีนเมาจากการดื่มสุราหรือมีการใช้สารเสพติด

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ มีสภาพทางจิตที่ไม่สามารถตอบคำถามได้ ผู้เข้าร่วมวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ตัวแปรวัดผลที่ต้องการศึกษาคือ ความเครียดและความวิตกกังวลของญาติ โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยกรณีสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Ngamjarus C., 2014) สูตรที่ใช้ในการคำนวณ คือ

$$n / \text{กลุ่ม} = \frac{2 \left(\frac{Z_\alpha + Z_\beta}{2} \right)^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

จากการทบทวนวรรณกรรมกำหนด

ค่าเฉลี่ยกลุ่มที่ 1 = (μ_1) 16.8 ((σ_1) SD=1.39)

ค่าเฉลี่ยกลุ่มที่ 2 = (μ_2) 15.9 ((σ_2) SD=0.59)

แทนค่าในสูตรโดย

n = ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม

Alpha (α) = 0.05, Z (0.975) = 1.96

Beta (β) = 0.200, Z (0.800) = 0.84

Sample size: Group1 (n_1) = 35, Group2 (n_2) = 35 คน

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมทางการแพทย์จำนวน 35 คน กับญาติผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมทางการแพทย์จำนวน 35 คน รวมตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด 70 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างจากญาติผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกและเกณฑ์คัดออก โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยพิจารณาให้ญาติผู้ป่วยทุกคนทั้ง 2 กลุ่ม ให้มีโอกาสได้รับการคัดเลือกเท่ากัน

ขั้นตอนการดำเนินการ

1) หลังจากงานวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้วผู้วิจัยขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิ 2) เตรียมพื้นที่วิจัยดำเนินการวิจัยประสานแพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัย โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลเสลภูมิ 3) ดำเนินการอธิบายขั้นตอนการทำวิจัย การคัดเข้าคัดออกกลุ่มศึกษา การเก็บข้อมูลผลการตรวจและการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม 4) ดำเนินการขอความยินยอมจากผู้ป่วยเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย ชี้แจงรายละเอียดของการดำเนินการวิจัย 5) ดำเนินการการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ขณะที่รอผู้ป่วยที่หน้าห้องแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 6) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบวัดความเครียดและความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาเพื่อช่วยชีวิตที่แผนกฉุกเฉินผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความเครียดที่มีต่อสภาพร่างกายผู้ป่วย 5 ข้อ ความเครียด ในด้านจิตใจที่มีต่อการรักษาของญาติ 5 ข้อ ความเครียดด้านสิ่งแวดล้อมสถานที่ปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ 5 ข้อ และความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ 5 ข้อ แบบวัดความวิตกกังวลมีทั้งหมด 10 ข้อ แบบวัดความเครียดและความวิตกกังวลมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (Rating Scale) ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียดด้วยตนเองมีจำนวนคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน แต่ละด้านมี 5 ข้อคำถาม มีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละด้านดังนี้ แบ่งออกเป็น รู้สึกเครียดมากให้ 3 คะแนน รู้สึกเครียดปานกลางให้ 2 คะแนน รู้สึกเครียดน้อยให้ 1 คะแนน การแปลผลคะแนนในแต่ละด้าน ดังนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.6-3.0 หมายถึง ญาติผู้รับบริการ มีความเครียดมาก

ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.6-2.5 หมายถึง ญาติผู้รับบริการ มีความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยคะแนน 0-1.5 หมายถึง ญาติผู้รับบริการ มีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเองมีจำนวนคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ รู้สึกวิตกกังวลมากให้ 3 คะแนน รู้สึกวิตกกังวลปานกลางให้ 2 คะแนน รู้สึกวิตกกังวลน้อยให้ 1 คะแนน การแปลผลคะแนน ดังนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.6-3.0 หมายถึง ญาติผู้รับบริการ มีความวิตกกังวลมาก

ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.6-2.5 หมายถึง ญาติผู้รับบริการ มีความวิตกกังวล อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยคะแนน 0-1.5 หมายถึง ญาติผู้รับบริการ มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงด้านเนื้อหา (content validity index) ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการให้ความรู้ ทางโรงพยาบาลในการรักษาแบบเร่งด่วนของผู้ป่วยวิกฤตที่เนื้อหาประกอบด้วย ขั้นตอนการรักษา โดยให้คุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ 1 ท่าน หัวหน้างานจิตเวชและยาเสพติด 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานประจำห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้จากนั้น ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง ได้ค่า CVI=0.97 ส่วนแบบวัดความเครียดและความวิตกกังวลมีการนำไปทดลองใช้ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) แห่งหนึ่งจำนวน 30 ชุด เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Alpha Cronbach's Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความเครียด 0.95 และความวิตกกังวล 0.94

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรต้นที่ศึกษาประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ค่าดัชนีมวลกาย สิทธิการรักษา โรคประจำตัว รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ส่วนตัวแปรตาม คือ ความเครียดและความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วย

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยได้ให้ญาติตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
2. ผู้วิจัยให้ญาติได้ตอบแบบวัดความเครียดและความวิตกกังวลก่อนดำเนินการให้ความรู้ ละครอบผู้ป่วย
3. ผู้วิจัยให้โปรแกรมการให้ความรู้ทางการพยาบาลในการรักษาแบบเร่งด่วนของผู้ป่วยวิกฤตกับญาติ โดยดำเนินขณะรอการช่วยเหลือชีวิตของผู้ป่วย เป็นกิจกรรม 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที
4. ผู้วิจัยให้ญาติได้ตอบแบบวัดความเครียดและความวิตกกังวลหลังดำเนินการให้ความรู้ทางการพยาบาลในการรักษาแบบเร่งด่วนขณะรอผู้ป่วย

กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยได้ให้ญาติตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
2. ผู้วิจัยให้ญาติได้ตอบแบบวัดความเครียดและความวิตกกังวลขณะรอผู้ป่วย

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดเลขที่ COE0882566 ผู้วิจัยจะชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ

อธิบายขั้นตอนในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง หรือการรักษาพยาบาลต่ออย่างไร คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง และนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการวิจัยได้ก่อนที่การวิจัยจะเสร็จสิ้นลงโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การเก็บข้อมูลของผู้ป่วยจะใช้รูปแบบของรหัสและจะรักษาความลับของผู้ป่วยโดยไม่นำข้อมูลทุกอย่างของผู้ป่วยไปเปิดเผยต่อสาธารณชนไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลองที่เป็นญาติของผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ทางการพยาบาลในการรักษาแบบเร่งด่วนของผู้ป่วยวิกฤตมีอายุเฉลี่ย 45.62 ปี (+S.D.=13.67) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 48.57 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 57.14 กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 45.80 ปี (+S.D.=12.31) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 74.29 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 51.43 รายได้ต่อเดือน มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 71.43 ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม n(%), n=35	กลุ่มได้รับโปรแกรม n(%), n=35
เพศ		
ชาย	12(34.29)	6(17.14)
หญิง	23(65.71)	29(82.86)
อายุ(ปี)		
<30	5(14.29)	5(14.29)
31-40	8(22.86)	8(22.86)
41-50	10(28.57)	10(28.57)
51-60	7(20.00)	6(17.14)
>60	5(14.29)	6(17.14)
Mean (S.D)	45.62(13.67)	45.80(12.31)
สถานภาพสมรส		
โสด	4(11.43)	7(20.00)
คู่	28(80.00)	26(74.29)
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	3(8.57)	2(5.71)
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	11(31.43)	1(2.86)
มัธยมศึกษาตอนต้น	9(25.71)	9(25.71)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	8(22.86)	9(25.71)
อนุปริญญา/ปวส	1(2.86)	8(22.86)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	6(17.14)	8(22.86)
อาชีพ		
เรียนหนังสือ	1(2.86)	0(0.00)
เกษตรกร	17(48.57)	9(27.71)
รับจ้างทั่วไป	7(20.00)	18(51.43)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	7(20.00)	3(8.57)
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	3(8.57)	5(14.29)
รายได้ต่อเดือน		
≤ 10,000 บาท	20(57.14)	10(28.57)
> 10,000 บาท	15(42.86)	25(71.43)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม n(%), n=35	กลุ่มได้รับโปรแกรม n(%)
รายได้ครอบครัวต่อปี		
≤ 300,000 บาท	19(54.29)	10(28.57)
> 300,000 บาท	16(45.71)	25(71.43)
สถานที่อยู่พักอาศัยปัจจุบัน		
บ้านเช่า	2(5.71)	1(2.86)
บ้านตนเอง	32(91.43)	22(62.86)
บ้านของพ่อแม่/ญาติ	1(2.86)	12(34.29)

การเปรียบเทียบความเครียดของญาติที่เข้ารับการ
รักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบความเครียดของญาติที่มีต่อสภาพร่างกายผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษ พบว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff.=0.35; 95%CI: 0.11-1.59, p=0.004) การเปรียบเทียบความเครียด ในด้านจิตใจที่มีต่อการรักษาของญาติ พบว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงกว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff.=0.57; 95%CI: 0.37-0.77, p=<0.001) การเปรียบเทียบความเครียดด้านสิ่งแวดล้อมสถานที่ปฏิบัติงานของ

เจ้าหน้าที่ พบว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff.=0.35; 95%CI: 0.12-0.57, p=0.002) การเปรียบเทียบความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม ของญาติ ต่อญาติ พบว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff.=0.23; 95%CI: 0.12-1.48, p=0.004) การเปรียบเทียบความเครียดโดยรวมของญาติ พบว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff.=0.38; 95%CI: 0.19-0.56, p=0.001) ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเครียดของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษแบบเร่งด่วนวิกฤตที่แผนกอุบัติเหตุ
ฉุกเฉิน

ความเครียด	n	Mean	Mean diff.	95%CI	p-value
ความเครียดของญาติที่มีต่อสภาพร่างกายผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษ					
ได้รับโปรแกรม	35	2.08			
ไม่ได้รับโปรแกรม	35	2.43	0.35	0.11-1.59	0.004

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเครียดของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบเร่งด่วนวิกฤตที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ต่อ)

ความเครียด	n	Mean	Mean diff.	95%CI	p-value
การเปรียบเทียบความเครียดในด้านจิตใจที่มีต่อการรักษาของญาติ					
ได้รับโปรแกรม	35	1.52			
ไม่ได้รับโปรแกรม	35	2.09	0.57	0.37-0.77	<0.001
ความเครียดด้านสิ่งแวดล้อมสถานที่ปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่					
ได้รับโปรแกรม	35	2.03			
ไม่ได้รับโปรแกรม	35	2.38	0.35	0.12-0.57	0.002
ความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม ของญาติ					
ได้รับโปรแกรม	35	1.97			
ไม่ได้รับโปรแกรม	35	2.20	0.23	0.12-1.48	0.004
ความเครียดโดยรวมของญาติ					
ได้รับโปรแกรม	35	1.90			
ไม่ได้รับโปรแกรม	35	2.28	0.38	0.19-0.56	0.001

การเปรียบเทียบความวิตกกังวลโดยรวมของญาติ โปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff.=0.24; 95%CI: 0.06-2.11, p=0.009) ตารางที่ 3

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบความวิตกกังวลโดยรวมของญาติพบว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความวิตกกังวลโดยรวมของญาติ

กลุ่ม	n	Mean	Mean diff.	95%CI	p-value
ได้รับโปรแกรม	35	1.89			
ไม่ได้รับโปรแกรม	35	2.14	0.24	0.06-2.11	0.009

อภิปราย

จากการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ความรู้ทางการแพทย์ในการรักษาแบบเร่งด่วนของผู้ป่วยวิกฤตสามารถช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการที่แผนก

อุบัติเหตุฉุกเฉินได้ ซึ่งผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตนั้นต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตและจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตไม่เพียงจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยอีกด้วย การสื่อสารกับครอบครัวที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องคำนึงถึงเพื่อตอบสนอง

ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยพยาบาลเป็นบุคลากร สาธารณสุขที่มีบทบาทสำคัญในการให้การสื่อสารกับ ครอบครัวผู้ป่วยในระยะต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการครอบครัวผู้ป่วย⁽⁶⁾ พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ห้อง อุบัติเหตุฉุกเฉินมีบทบาทอย่างมากในการสื่อสารกับ ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตซึ่งการสื่อสารที่ดีสามารถ ทำให้ญาติลดความเครียดและความวิตกกังวลต่อการ รักษาผู้ป่วยได้พอสมควรเมื่อสมาชิกภายในครอบครัว มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤตต้องเข้ารับการรักษาในแผนก อุบัติเหตุฉุกเฉินจะส่งผลกระทบต่อญาติและบุคคลใน ครอบครัวทั้งทางด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ ความวิตก กังวล สับสน เครียด หงุดหงิดรำคาญใจ รู้สึกคิด หมด หวัง และกลัวว่าผู้ป่วยเจ็บปวด ทุกข์ทรมานหรือเสียชีวิต ญาติบางคนมีความกังวล สับสน และโกรธ เมื่อไม่ สามารถปฏิเสธความจริงได้ จะเริ่มมีความกังวลมาก ความคิดสับสน รู้สึกอึดอัดและหาทางออกไม่ได้ รู้สึก โกรธ อาจโทษว่าเป็นความผิดของแพทย์หรือผู้อื่น บาง รายอาจแสดงวาทะหรือกิริยาที่ก้าวร้าว มีการต่อต้านการ ตรวจและคำแนะนำของแพทย์ โกรธญาติและคนอื่นๆ ตกใจและปฏิเสธความจริง การตกใจต่อสิ่งที่ทราบหรือ สงสัยว่าเป็น โรคร้ายที่รักษาไม่หายและอาจต้องเสียชีวิต ในเวลาอันใกล้ อาจมีอาการ “ช็อก” กังวลมาก สับสน ซึมเฉย หรือถ้าตกใจมากอาจเอะอะโวยวาย ควบคุม อารมณ์ไม่ได้ ในระยะนี้ครอบครัวจะปฏิเสธความจริง⁽⁶⁻⁹⁾ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยนั้นมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการตอบสนองความต้องการ ของครอบครัวผู้ป่วยเพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดกับ ครอบครัวผู้ป่วยจากการที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาใน แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จากการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่และญาติของผู้ป่วย มีความสำคัญเป็นอย่างมากซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ ผ่านมาเกี่ยวกับผลของการใช้โปรแกรมต่างๆเพื่อลด ความเครียดและความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การศึกษาของ นิรมนต์ เหลลาสุภาพ และคณะ⁽¹⁰⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับ ญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อการลดความเครียดของญาติผู้ป่วย วิกฤต กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา

ณ หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดหลังได้รับโปรแกรม ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของสุมามิตา สวัสดิ์ดิโนนาท และ ประณีต ส่งวัฒนา⁽¹¹⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูล และอารมณ์ต่อความเครียดและผลกระทบความเครียด ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต ผลพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบความเครียดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการ สนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ พยาบาลควรนำโปรแกรมการ สนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ไปประยุกต์ใช้ในการ ปฏิบัติ เพื่อลดความเครียดและผลกระทบจากความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะ วิกฤต การศึกษาปริยา สิ้นธุระวิทย์⁽¹²⁾ ศึกษาผลของ โปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความเครียด ความ วิตกกังวล และความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยไอซียู ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียด หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.001$) และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ของญาติผู้ป่วยวิกฤตหลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการ ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การศึกษา ของ Nipaporn Chuanarram⁽¹³⁾ ศึกษาผลของการให้ ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความเครียดและความพึงพอใจ ของผู้ดูแลเด็กภาวะวิกฤต ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนน เฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลเด็กภาวะวิกฤตหลังการ ทดลองของกลุ่มทดลอง ($M = 2.37, SD = 0.32$) ต่ำกว่า กลุ่มควบคุม ($M = 3.27, SD = 0.34$) อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($t = 8.66, p < .05$) แสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลอย่าง มีแบบแผนสามารถลดความเครียดและช่วยสร้างความ พึงพอใจให้กับผู้ดูแลเด็กภาวะวิกฤตได้ ดังนั้นพยาบาล ในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมควรนำแผนการให้ข้อมูล อย่างมีแบบแผนไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาของ สรรสนีย์ จันทร์มาและ วรวรรณ์ ทิพย์วาริรมย์⁽¹⁴⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุน ทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิต วิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ผลการ

ศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเครียดหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความเครียดลดลงอย่างนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นอย่างนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีความเครียดหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมหลังใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมอย่างนัยสำคัญทางสถิติและกลุ่มทดลองมีความผาสุกทางจิตวิญญาณหลังทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมอย่างนัยสำคัญทางสถิติและการศึกษาของธรรมนุญ เปรมใจ และคณะ⁽¹⁵⁾ ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลการรักษาอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของมารดาผู้ป่วยเด็ก ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในผลการศึกษาพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลการรักษา อย่างมีแบบแผนระดับความวิตกกังวลของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน (Mean= 1.71, S.D.= 0.31) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Mean= 2.31,S.D.= 0.40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป

จากการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ความรู้ทางการแพทย์ในการรักษาแบบเร่งด่วนของผู้ป่วยวิกฤตสามารถช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการ ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินได้ ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนางานและลดผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นต่อญาติของผู้ป่วย ในด้านจิตใจ ควรที่จะนำโปรแกรมที่พัฒนาได้มาใช้ในการพยาบาลด้านอุบัติเหตุฉุกเฉินต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2552). พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
2. Hsia RY, Thind A, Zakariah A, Hicks ER, Mock C. Prehospital and Emergency Care: Updates from the Disease Control Priorities, Version 3. *World J Surg.* 2015;39(9):2161-7.
3. Kreindler SA. Watching your wait: evidence-informed strategies for reducing health care wait times. *Qual Manag Health Care.* 2008;17(2):128-35.
4. Wilson RM, Harrison BT, Gibberd RW, Hamilton JD. An analysis of the causes of adverse events from the Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust.* 1999;170(9):411-5.
5. Gacki-Smith J, Juarez AM, Boyett L, Homeyer C, Robinson L, MacLean SL. Violence against nurses working in US emergency departments. *J Healthc Prot Manage.* 2010;26(1):81-99.
6. ปาณิสรา บุญยรัตกลิน. การสื่อสารกับครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต: บทบาทพยาบาล. วารสารพยาบาลสหภาพชาติไทย 2562: ปีที่ 12 ฉบับที่ 2. หน้า 90-99.
7. Limumnoilap S, Tumnong C, editors. *Critical care nursing.* 8th ed. Khonkan: Klang-nanavittaya Press; 2014.

8. Kongsuwan W. Nursing for critically ill patients at the end stage of life with technology. 2nd ed. Songkhla: Chanmuangprinting; 2016.
9. Kusoom W, editor. Critical care nursing: A holistic approach. 6th ed. Bangkok: Sahap- rachapanich; 2017.
10. นิรมนต์ เหลาสุภาพ, สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความเครียดของญาติ. Nursing Research and Innovation Journal. 2014;20(1):67-81.
11. สุมามิตา สวัสดิ์ดิณฎนาท และ ประณีต ส่งวัฒนา .ผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียดและผลกระทบต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยยะวิกฤต .วารสารมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์2556: ปีที่ 5 ฉบับที่ 2.
12. ปรียา สิ้นธุระวิทย์. ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความเครียด ความวิตกกังวล และความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2023 ;8(2):72-81.
13. วันเพ็ญสุทธิศักดิ์สุนทร, นิภาภรณ์ ชื่นอร่าม, พรทิพา ศุภราศรี. ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความเครียดและความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กภาวะวิกฤต. วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ. 2565;4(1):1-17.
14. สรรสนีย์ จันท์ธมา, วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผูกพันทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย [Internet] [Thesis]. Naresuan University; 2564 [cited 2023 Sep 21]. Available from: <http://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/handle/123456789/5205>
15. ธรรมบุญ เปรมใจ, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นภชา สิงห์วีระธรรม. ผลของการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลการรักษาอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน. Journal of Nursing and Public Health Research. 2022;2(2):25-37.

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลันที่
ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม : กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing care of patient with septic shock and acute renal failure
receiving hemodialysis treatment : 2 cases study

วารภรณ์ หาญชนะ*

Waraporn Hanchana

Email: waraporn4284@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลันที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2 ราย

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลัน ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2 ราย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่าง กันยายน 2566 ถึง ธันวาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ญาติ การสังเกตอาการ การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบพยาธิสภาพและอาการแสดงของผู้ป่วย การศึกษา ประเมินปัญหาทางการพยาบาลด้วยแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะวิกฤติ ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยรายที่ 1 ชาย อายุ 64 ปี และไม่มีโรคประจำตัว มาด้วยอาการ อาเจียนมากกว่า 10 ครั้ง ปวดท้องใต้ชายโครงขวา มีไข้ก่อนมาโรงพยาบาล 8 ชั่วโมง พบมีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ มีภาวะช็อกได้ยา Levopred (4:250) เพิ่มความดันโลหิต ผู้ป่วยมีภาวะหายใจล้มเหลว ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และย้ายไปรักษาที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม พบภาวะเลือดเป็นกรด ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 2 ครั้ง อาการดีขึ้น สามารถถอดท่อช่วยหายใจ วันนอน 11 วัน ผู้ป่วยรายที่ 2 ชาย อายุ 45 ปี และไม่มีโรคประจำตัว มาด้วยอาการ ถ่ายเหลว 10 ครั้ง มีไข้หนาวสั่น ก่อนมาโรงพยาบาล 13 ชั่วโมง พบมีเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น มีภาวะไตวายเฉียบพลัน มีภาวะช็อกได้ยา Levopred (4:250) ผู้ป่วยมีภาวะโปตัสเซียมในเลือดสูง ผู้ป่วยมีภาวะหายใจล้มเหลว ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และย้ายไปรักษาที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม พบภาวะเลือดเป็นกรด ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 4 ครั้ง อาการดีขึ้น สามารถถอดท่อช่วยหายใจ วันนอน 33 วัน

สรุป: ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกที่อยู่ในภาวะวิกฤต ส่วนใหญ่พบมีภาวะเลือดเป็นกรดหรือมีภาวะไตวายเฉียบพลันร่วมด้วย ถ้าผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างทันท่วงที และได้รับการพยาบาลขณะฟอกไตที่มีประสิทธิภาพ ช่วยลดความรุนแรงของโรค และลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยได้

คำสำคัญ : ช็อกจากการติดเชื้อ, ไตวายเฉียบพลัน, การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

Abstract

Objective: To study nursing care for patient with Septic shock and acute renal failure receiving Hemodialysis treatment, 2 cases study.

Methods: A comparative study of the 2 cases study of patient with Septic shock and acute renal failure receiving Hemodialysis treatment at Roi Et Hospital during September 2023 to December 2023. All data were collected from medical records, interview patients and their caregiver, observation, analyzed data, compared the physical and symptoms of patients, evaluation the nursing care problem followed 11 planed of Gordon scheme and divide nursing diagnosis into 3 phase included critical time phase, continuing care phase and discharge planning phase.

Results: The first case, male was 64 years old, no underlying, first symptom was vomiting more than 10 times with abdominal pain and fever before came to hospital 8 hour. He has a urinary tract infection with shock, Levopred (4:250) can be used to increase blood pressure. He has respiratory failure, was intubated and transferred to the medical intensive care unit for treatment. He has increased blood lactic acidosis and received hemodialysis 2 times. Has the symptoms improved, able to extubation tube, length of stay 11 days. The second case, male was 45 years old, no underlying, first symptom was diarrhea more than 10 times. He has a fever and chills before came to hospital 13 hours. He has an upper gastrointestinal bleeding with acute kidney injury with shock, Levopred (4:250) can be used to increase blood pressure. He has a hyperkalemia with respiratory failure, was intubated and transferred to the medical intensive care unit for treatment. He has increased blood lactic acidosis and received hemodialysis 4 times. Has the symptoms improved, able to extubation tube, length of stay 33 days.

Conclusions: Sepsis patients with shock who is in critical condition, the most were found to have blood lactic acidosis and acute kidney failure. When the patient receives hemodialysis in a timely, and receive effective nursing care during dialysis. Found that reduce the severity of the disease and reduce the mortality rate of Sepsis patients.

Keywords: Septic shock, Acute Renal Failure, Hemodialysis

Corresponding author: Email: waraporn4284@gmail.com

Received: November 21, 2023; **Accepted:** January 10, 2024

บทนำ

โรคติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และส่งผลให้การรักษามีความยุ่งยากและซับซ้อนมากขึ้นอุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลทั่วโลกพบว่าเชื้อ *S.aureus* มีอุบัติการณ์สูงสุด ร้อยละ 84.1 ตามด้วยเชื้อ *P.aeruginosa* ร้อยละ 78 เชื้อ *K.pneumonia* ร้อยละ 76.1 และเชื้อ *A.baumannii* ร้อยละ 46.3 ตามลำดับ⁽¹⁾ อุตการณ์ในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อกลุ่ม Gram-positive^(2,3) เชื้อที่เป็นสาเหตุที่สำคัญของการติดเชื้อในคนไทย ได้แก่ *P.aeruginosa*, *Klebsella spp.* และ *A.baumannii* ตามลำดับ⁽⁴⁾

Septic Shock หรืออาการช็อกจากภาวะการติดเชื้อ เป็นภาวะอาการที่เกิดหลังการติดเชื้อในกระแสเลือด ส่งผลให้ร่างกายมีระดับความดันโลหิตลดต่ำผิดปกติ จนเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ไม่ได้เพียงพอ ทำให้อวัยวะทำงานลดลงหรือทำงานผิดปกติ และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ภาวะ Septic Shock เป็นผลมาจากการติดเชื้อในกระแสเลือดขั้นรุนแรง โดยมักเป็นการติดเชื้อที่เกิดขึ้นกับระบบต่างๆ ภายในร่างกาย เช่น ปอด ระบบย่อยอาหาร ทางเดินปัสสาวะ เชื้อแบคทีเรียที่พบได้บ่อยได้แก่ *K.pneumoniae*, *E.coli*, *P.aeruginosa* และ *A.baumannii* โดยปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่างๆ เหล่านี้มีหลายปัจจัยได้แก่ การใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤติ⁽⁵⁻⁷⁾ สภาวะการป่วยด้วยโรค hematologic malignancy และโรค chronic obstruction pulmonary disease สภาวะ neutropenia การได้รับ antibiotic และ cytotoxic agents receivers⁽⁸⁾ การใส่สายสวนปัสสาวะ^(9,10) ได้รับการผ่าตัดแผลติดเชื้อ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเป็นเวลานาน

โรงพยาบาลศูนย์ร้อยเอ็ด เปิดให้บริการประชาชนในจังหวัดและจังหวัดใกล้เคียง มีผู้ป่วยเข้ามา

รับการรักษาด้วยภาวะ Septic shock เป็นจำนวนมาก จากข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ.2563 ถึง 2565 มีจำนวน 1,574 , 1,425 และ 1,364 ราย อัตราการเสียชีวิต 38.69, 38.34 และ 45.08 ตามลำดับ⁽¹¹⁾ จากข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ถึง พ.ศ. 2566 ของหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลัน ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 40, 55 และ 66 รายตามลำดับ พบว่าจำนวนของผู้เสียชีวิต 13 (ร้อยละ 32.5), 20 (ร้อยละ 36.36) และ 25 (ร้อยละ 37.88) รายตามลำดับ การดูแลกลุ่มผู้ป่วยมีความสำคัญยิ่ง ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ พยาบาลถือเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการพยาบาลตั้งแต่แรกเริ่ม ตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วยให้สามารถเข้าถึงการบริการแบบช่องทางด่วน การพยาบาลผู้ป่วยในระยะฉุกเฉินให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมียุทธศาสตร์ความรู้ ทักษะในการพยาบาล และมีสมรรถนะทางการพยาบาลที่เพียงพอในการติดตามประเมินผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้น ต่อเนื่องจนจำหน่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือที่รวดเร็ว ได้มาตรฐาน ลดความรุนแรงลดอัตราการเสียชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังจำหน่ายในการศึกษารังนี้มีการนำแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน (กอร์ดอน: 1994)⁽¹²⁾ มาประยุกต์ใช้ในการประเมินและวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล กรณีศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุทั้ง 2 ราย ที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ ให้รอดพ้นภาวะช็อกได้เร็วและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

การช็อกจากภาวะการติดเชื้อ (Septic shock)^(13,14) เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ มีสาเหตุมาจากเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อลดลง และการขนส่งออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อลดลง ซึ่งเป็นผลจากการติดเชื้อที่รุนแรงและภาวะพิษจากเหตุติดเชื้อ แม้ว่าเชื้อโรคนั้นจะกระจายไปทั่วร่างกายหรือจำกัดอยู่เฉพาะในบางตำแหน่งของร่างกาย ภาวะนี้ทำให้เกิดกลุ่มอาการการทำหน้าที่ผิดปกติของหลายอวัยวะและเสียชีวิตได้ ผู้ที่มี

ความเสี่ยงต่อภาวะนี้ คือ เด็ก ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่อง และในผู้สูงอายุ เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันของกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ไม่สามารถจัดการกับการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าผู้ใหญ่ปกติ บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยซ็อกเหตุพิษติดเชื้อต้องได้รับการรักษาในหน่วยอภิบาล อัตราเสียชีวิตจากซ็อกเหตุพิษติดเชื้อ คือ ประมาณ ร้อยละ 25 ถึง 50

พยาธิสรีรวิทยา ช่วงแรกของการซ็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) จะมีการหดตัวของหลอดเลือด (vasoconstriction) เรียกการตอบสนองนี้ว่า cold shock มีลักษณะที่สำคัญ คือ อัตราการไหลของเลือดออกจากหัวใจ (cardiac output) ต่ำ และมีการต้านการไหลของเลือด (peripheral resistance) สูง ภาวะนี้เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะ hypovolemia หรือมีปัจจัยส่งเสริมอื่นๆ ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับสารน้ำไม่เพียงพอ มีการสูญเสียน้ำทางการหายใจและเยื่ออุ (sensible loss) ซึ่งในช่วงที่มีการหดตัวของหลอดเลือดนี้ ยังสามารถวัดความดันโลหิตได้ ต่อมาร่างกายจะเกิดภาวะหลอดเลือดขยาย (vasodilatation) ซึ่งภาวะนี้เกิดจากการถูกกระตุ้นด้วยสารต่างๆ ในกระบวนการตอบสนองต่อการอักเสบ ยิ่งผู้ป่วยมีภาวะขาดสารน้ำอย่างต่อเนื่อง และเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ได้ไม่เพียงพอเป็นเวลานาน ร่วมกับมีกระบวนการตอบสนองต่อการอักเสบจากการติดเชื้อที่ไม่ถูกกำจัดไป จะส่งผลต่อการทำลายเซลล์และอวัยวะที่สำคัญของร่างกายในที่สุด

อาการและอาการแสดง มีการอักเสบแบบเฉียบพลันขึ้นทั่วร่างกาย มักมีไข้และปริมาณเม็ดเลือดขาวสูง บางรายอาจมีเม็ดเลือดขาวและอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ ร่วมกับอาเจียนนอกจากนี้ยังพบมีกลุ่มอาการตอบสนอง ต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (systemic inflammatory response syndrome ; SIRS) คือ อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น (มากกว่า 20 ครั้งต่อนาที) หรือ Pa CO_2 ต่ำกว่า 32 มิลลิเมตรปรอท ปริมาณเม็ดเลือดขาวผิดปกติมากกว่า 12,000 หรือน้อยกว่า 4,000 หรือมีเม็ดเลือดขาวตัวอ่อน (band form) มากกว่า ร้อยละ

10 และอุณหภูมิร่างกายสูงหรือต่ำกว่าปกติ คือต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส หรือสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส

การตอบสนองทางภูมิคุ้มกัน คือ มีการกระตุ้นโปรตีนในระยะเฉียบพลัน (Acute-phase proteins) อย่างกว้างขวาง เช่น ระบบคอมพลีเมนต์ (complement system) และวิธีการแข็งตัวของเลือด (coagulation pathways) ทำให้เกิดความเสียหายต่อหลอดเลือด นอกจากนี้ยังมีการกระตุ้นระบบประสาทรวมต่อมไร้ท่อ ที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของร่างกาย ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ในร่างกาย แม้จะให้การรักษาอย่างทันทีที่ก็อาจทำให้เกิดกลุ่มอาการ การทำหน้าที่ผิดปกติของหลายอวัยวะ (multiple organ dysfunction syndrome) และเสียชีวิตได้ในที่สุด

การวินิจฉัย เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ sepsis มีดังนี้

1. จากการซักประวัติและอาการแสดงตามคำจำกัดความของการติดเชื้อแต่ละชนิด
2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การเพาะเชื้อจากสิ่งส่งตรวจ และการตรวจทาง Serology ต่างๆ จะช่วยยืนยันการวินิจฉัย และช่วยให้การรักษาจำเพาะมากขึ้น ส่วนภาวะ sepsis นั้น จะให้การวินิจฉัยในกรณี que ผู้ป่วยมีการติดเชื้อ หรือสงสัยมีการติดเชื้อร่วมกับอาการแสดง และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้ (1) อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส หรือต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส (2) อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 90 ครั้ง/นาที (3) อัตราการหายใจมากกว่า 20 ครั้ง/นาที หรือมีค่า Pa CO_2 ต่ำกว่า 32 มิลลิเมตรปรอท (4) จำนวนเม็ดเลือดขาวมากกว่า 1,200 หรือน้อยกว่า 4,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร หรือมีเม็ดเลือดขาวตัวอ่อน (Immature หรือ band) มากกว่าร้อยละ 10

พยากรณ์โรค ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการรักษาเร็ว จำเพาะกับโรค จะลดอันตรายและอัตราการเสียชีวิตได้

การรักษา⁽¹³⁾ ได้แก่

1. การช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ฟื้นภาวะวิกฤต (initial resuscitation)
2. การสืบค้นสาเหตุและตำแหน่งการติดเชื้อ เพื่อให้การรักษาอย่างรวดเร็ว
3. การเก็บสิ่งส่งตรวจ เพื่อเพาะเชื้อที่เหมาะสม เพื่อเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนยาปฏิชีวนะ
4. การให้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำอย่างเหมาะสม และรวดเร็วภายใน 1 ชั่วโมง ที่ได้รับการวินิจฉัย
5. จัดการหรือกำจัดสาเหตุของการติดเชื้อ
6. ป้องกันการติดเชื้อซ้ำซ้อน
7. การรักษาเสริมหรือการรักษาประกอบอื่นๆ เช่น การให้สารน้ำ การให้ยาเพิ่มความดันโลหิต การให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ การให้เลือดหรือสารประกอบของเลือด การรักษาระดับน้ำตาลในร่างกายให้เหมาะสม การรักษาทดแทนทางไต และการให้สารอาหาร เป็นต้น

วิธีการศึกษา

เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลัน ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างเดือน กันยายน ถึง ธันวาคม พ.ศ.2566 เลือกผู้ป่วยแบบจำเพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ญาติและสังเกตอาการ การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบกับพยาธิสภาพและอาการแสดงของผู้ป่วย การรักษา ประเมินปัญหาทางการพยาบาลด้วยแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะวิกฤต, ระยะฟื้นฟูดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการอาศัยการประเมินคัดกรองอาการ ตั้งแต่ระยะแรกรับ ความรวดเร็วในการดูแลรักษา การติดตามและประเมินอาการอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะระยะ 6 ชั่วโมงแรก ตารางที่ 1 และ ตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย

การประเมิน	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	ชายไทย อายุ 64 ปี สถานภาพสมรส หม้าย เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย การศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพ ไม่ได้ทำงาน ภูมิลำเนา จังหวัดร้อยเอ็ด	ชายไทย อายุ 45 ปี สถานภาพสมรสคู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย การศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 6 อาชีพทำนา ภูมิลำเนา จังหวัดร้อยเอ็ด
อาการสำคัญที่มา โรงพยาบาล	อาเจียนมากกว่า 10 ครั้ง, ปวดท้อง ใต้ชายโครงขวา, มีไข้ ก่อนมาโรง พยาบาล 8 ชั่วโมง	ถ่ายเหลวมากกว่า 10 ครั้ง มีไข้หนาวสั่น ก่อนมาโรงพยาบาล 13 ชั่วโมง
การวินิจฉัยแรกรับที่ รพช.	UTI Septic shock with DIC	Septic shock with AGE
การวินิจฉัยแรกรับที่รพศ. ร้อยเอ็ด	UTI Septic shock with AKI	AGE with Septic shock with Respira- tory failure with DIC

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย (ต่อ)

การประเมิน	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน	2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไข้ ไอ เจ็บคอ คลื่นไส้ 8 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล อาเจียนมากกว่า 10 ครั้ง ปวดท้องใต้ชายโครงขวา มีไข้ ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ อาการไม่ดีขึ้น จึงส่งต่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด	1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้หนาวสั่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง ไปฉีดยาที่คลินิกไม่ทราบชนิด 13 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ถ่ายเหลวมากกว่า 10 ครั้ง มีไข้หนาวสั่น
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธการเจ็บป่วยในครอบครัว
ประวัติโรคประจำตัว	ไม่มีโรคประจำตัว	ไม่มีโรคประจำตัว
ประวัติการแพ้ยา และสารเสพติด	ปฏิเสธการแพ้ยา สูบบุหรี่ ดื่มเหล้าประจำ	ปฏิเสธการแพ้ยา สูบบุหรี่ ดื่มเหล้าประจำ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบภาวะสุขภาพและการรักษาที่ได้รับ

จุดให้บริการ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน	ประกาศ fast track มีการดูแลตามแนวปฏิบัติ แกรับผู้ป่วยรู้เรื่อง ไข้สูง หายใจหอบ On ET-Tube, T38°C, P 98 ครั้ง/นาที, RR 26 ครั้ง/นาที BP 100/62 mmHg ผล E'lyte K ⁺ 2.66 HCO ₃ 8.98 lactate>20 0.9% NSS 1,000 ml.+KCl 60 mEq 7.5% NaCO ₃ 4 amp Load Acetar 1,300 ml. Cef-3 2 g. vein OD Take H/C x 2 sp.	ไม่ได้ไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน
ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์	แกรับผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่อง หายใจหอบ On ET-tube, T 38°C, P 98 ครั้ง/นาที, RR 30 ครั้ง/นาที, BP 83/38 mmHg 7.5% NaCO ₃ 2 amp vein drip FFP 2 unit	แกรับผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่อง ทำทางอ่อนเพลีย หายใจหอบ T 38°C, P 90 ครั้ง/นาที, RR 46 ครั้ง/นาที, BP 55/33 mmHg On O ₂ high flow ต่อมาหายใจหอบ On ET-tube เปิด IV 2 เส้น Load Acetar 1,500 cc.

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบภาวะสุขภาพและการรักษาที่ได้รับ (ต่อ)

จุดให้บริการ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	Acetar 1,000 ml.+KCl 60 mEq 80 cc./hr Take H/C x 2 sp. Admit หอผู้ป่วยสามัญคัลยกรรม	state than 60 cc./hr. Levopred(4:250) keep BP ผล K ⁺ 6.58 ให้Kalemate 30ml. 3dose Take H/C x 2 sp. Stool exam Meropenem 2 g. vein OD. จอง ICU (เตียงไม่ว่างจึงให้ admit หอผู้ป่วยสามัญ)
การดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย	ใน 24 ชั่วโมงแรก มีการดูแลติดตามประเมินภาวะช็อกอย่างใกล้ชิด ให้สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ให้ FFP ผู้ป่วยมีอาการแยลง ความดันโลหิตต่ำ ให้ยา Levopred(4:250) keep BP ย้าย ICU มีภาวะlactic acidosis ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2 ครั้ง อาการดีขึ้นด้านการหายใจ ใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเวลา 10 วัน ด้านการติดเชื้อให้ยาปฏิชีวนะ Meropenem 1 g. vein ทุก 12 ชม. x 7 วัน Azithromycin dihydrate 500 ml. x 5 วัน ภาวะโปรตัสเซียมต่ำ ได้รับการดูแลแก้ไขจนผลการตรวจซ้ำค่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำหน่ายไปรักษาต่อโรงพยาบาลชุมชน จำนวนวันนอน 11 วัน	Admit หอผู้ป่วยอายุรกรรม 4 ชั่วโมง ย้ายไปหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ใน 4 ชั่วโมงแรกของการดูแล มีการติดตามประเมินภาวะช็อก มีการปรับ Levopred(4:250) keep BP >90/60 mmHg./MAP>65mmHg. Record IO ติดตาม จนผู้ป่วยพ้นภาวะช็อก ดูแลเรื่องสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย มีภาวะlactic acidosis ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 4 ครั้ง จนอาการดีขึ้น ด้านการหายใจ ใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเวลา 9 วัน ส่วนการติดเชื้อให้ยาปฏิชีวนะ Cef-3 2 g. vein OD. x 6 วัน Meropenem 1 g. vein ทุก 12 hr. x9 วัน Tazocin 2.25 g. ทุก 6 hr. x7วัน Metronidazole 200 mg. 2 เม็ด 3 เวลา x7 วัน ภาวะโปรตัสเซียมสูง ได้รับการแก้ไขจนผลการตรวจซ้ำค่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำหน่ายทุเลา จำนวนวันนอน 33 วัน

ผลการศึกษา

การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยและการพยาบาล และผลลัพธ์ได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพ ทั้ง 11 แบบแผนของกอร์ดอน มาเป็นแนวทางในการ ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ

อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยแบ่งปฏิบัติการ พยาบาลเป็น 3 ระยะ คือ ระยะวิกฤต, ระยะฟื้นฟูและ ดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย โดยมีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ตารางที่ 3 และ ตารางที่ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบแบบแผนการรักษาทางสุขภาพ

แบบแผนการรักษาทางสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. การรับรู้สุขภาพ และการดูแลสุขภาพ	- ดูแลตนเองได้ รับรู้อาการเจ็บป่วยมีน้องสาวเป็นผู้ดูแลขณะอยู่โรงพยาบาล	- ดูแลตนเองได้ รับรู้อาการเจ็บป่วย มีภรรยาและลูกเป็นผู้ดูแลขณะอยู่โรงพยาบาล
2. อาหารและการเผาผลาญอาหาร	- รับประทานอาหารปกติครบ 3 มื้อ ขณะอยู่โรงพยาบาลใส่สายให้อาหารทางสายยาง	- รับประทานอาหารได้ครบ 3 มื้อ ขณะอยู่โรงพยาบาลใส่สายให้อาหารทางสายยาง
3. การขับถ่าย	- ขับถ่ายปัสสาวะวันละ 3-4 ครั้ง, อุจจาระวันละ 1 ครั้ง ได้รับวินิจฉัย มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะขณะรักษาใส่สายสวนปัสสาวะ	- ขณะรักษาใส่สายสวนปัสสาวะ
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย	- การออกกำลังกายไม่ได้ปฏิบัติเป็นประจำ ขณะอยู่โรงพยาบาลมีการจำกัดกิจกรรมบนเตียง	- การออกกำลังกายไม่ได้ปฏิบัติเป็นประจำ ขณะอยู่โรงพยาบาลมีการจำกัดกิจกรรมบนเตียง
5. การพักผ่อนนอนหลับ	- พักผ่อนโดยการนอนหลับวันละ 7-8 ชั่วโมง ขณะอยู่โรงพยาบาลพักผ่อนได้น้อย นอนหลับไม่สนิท	- พักผ่อนโดยการนอนหลับวันละ 7-8 ชั่วโมง ขณะอยู่โรงพยาบาลพักผ่อนได้น้อย นอนหลับไม่สนิท
6. สถิติปัญญาและการรับรู้	- การรับรู้กระบวนการคิดการตัดสินใจเหมาะสม ขณะอยู่โรงพยาบาลรับรู้ถึงโรคร้ายของตนเองกังวลว่าจะไม่หาย	- การรับรู้กระบวนการคิดการตัดสินใจเหมาะสม ขณะอยู่โรงพยาบาลรับรู้ถึงโรคร้ายของตนเองกังวลว่าจะไม่หาย
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	- รู้ว่าตนเองมีคุณค่าต่อสมาชิกในครอบครัว แต่ต้องพึ่งพาครอบครัว	- รู้ว่าตนเองมีคุณค่าต่อสมาชิกในครอบครัว แต่ต้องพึ่งพาครอบครัว
8. บทบาทและสัมพันธภาพ	- สมาชิกในครอบครัวรักใคร่กันดี	- สมาชิกในครอบครัวรักใคร่กันดี
9. เพศและการเจริญพันธุ์	- ไม่มีปัญหา	- ไม่มีปัญหา

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบแบบแผนการรักษาทางสุขภาพ (ต่อ)

แบบแผนการรักษาทางสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
10. ความเครียดและความทนทานกับความเครียด	- เป็นคนร่าเริงแจ่มใส ชอบเข้าสังคม	- เป็นคนร่าเริงแจ่มใส ชอบเข้าสังคม
11. คุณค่าและความเชื่อ	- เชื่อไสยศาสตร์, นับถือศาสนาพุทธ	- เชื่อไสยศาสตร์, นับถือศาสนาพุทธ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยแผนการพยาบาลและผลลัพธ์ในระยะวิกฤต, ระยะฟื้นฟูดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย

ระยะดูแลรักษาพยาบาล	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษาที่ 1	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษาที่ 2
1.ระยะวิกฤต	<ol style="list-style-type: none"> มีปริมาณเลือดที่ส่งออกจากหัวใจลดลง เนื่องจากมีภาวะช็อก มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากการหายใจล้มเหลว มีภาวะโปรตัสเซียมในเลือดต่ำ 	<ol style="list-style-type: none"> มีปริมาณเลือดที่ส่งออกจากหัวใจลดลง เนื่องจากมีภาวะช็อก มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากการหายใจล้มเหลว มีภาวะโปรตัสเซียมในเลือดสูง
2.ระยะฟื้นฟูดูแลต่อเนื่อง	<ol style="list-style-type: none"> มีภาวะของเสียคั่งในร่างกาย จากไตสูญเสียหน้าที่ มีการเสียน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย เนื่องจากอัตราการกรองลดลง มีภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกเกิน มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ มีภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากจากภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนก่อนฟอกเลือด ขณะฟอกเลือด และหลังฟอกเลือด ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและแนวทางการรักษา 	<ol style="list-style-type: none"> มีภาวะของเสียคั่งในร่างกาย จากไตสูญเสียหน้าที่ มีการเสียน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย เนื่องจากอัตราการกรองลดลง มีภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกเกิน มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ มีภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากจากภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนก่อนฟอกเลือด ขณะฟอกเลือด และหลังฟอกเลือด ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและแนวทางการรักษา

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยแผนการพยาบาลและผลลัพธ์ในระยะวิกฤต, ระยะฟื้นฟูดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย (ต่อ)

ระยะดูแลรักษาพยาบาล	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษาที่ 1	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษาที่ 2
3. ระยะวางแผนจำหน่าย	1. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัววางแผน การจำหน่าย โดยใช้หลัก D-M-E-T-H-O-D	1. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัววางแผน การจำหน่าย โดยใช้หลัก D-M-E-T-H-O-D

อภิปราย

การศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลันที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเหมือนกัน แต่ต่างกันที่แหล่งที่มาของเชื้อโรค กรณีศึกษาที่ 1 มาจากการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ กรณีศึกษาที่ 2 มาจากการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร มีภาวะแทรกซ้อนที่เหมือนกัน คือ ภาวะ lactic acidosis ต่างกันคือ กรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะ Hypokalemia กรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะ Hyperkalemia สิ่งที่สำคัญในปัจจัยที่มีผลต่อการหาย และลดภาวะแทรกซ้อน ในการศึกษาครั้งนี้ คือ การเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว กรณีศึกษาที่ 1 พบว่าระบบบริการจากโรงพยาบาลชุมชนมีการดูแลตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วย การประเมิน การเฝ้าระวังติดตามอาการ ตลอดจนการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพตาม Fast track ก่อนที่จะส่งต่อผู้ป่วยมารักษา กรณีศึกษาที่ 2 ก็เช่นเดียวกัน โรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีการประกาศ Fast track อย่างชัดเจน กรณีศึกษาที่ 2 มีระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล (วันนอน 33 วัน) ที่ยาวนานกว่า เนื่องจากมีการติดเชื้อเพิ่มและมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นกับอวัยวะต่างๆ ของร่างกายมากกว่ากรณีศึกษาที่ 1 (วันนอน 11 วัน) แต่อย่างไรก็ตาม กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายกันเกือบทุกข้อ สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลัน ที่ได้รับการฟอกเลือด

ด้วยเครื่องไตเทียม คือ การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย sepsis ครบถ้วน ประกอบด้วย (1) การคัดกรองโดยใช้ SOS score (2) การใช้ช่องทางเร่งด้วย sepsis fast track (3) การเจาะเลือดและเก็บส่งตรวจเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ และให้ยาจำเพาะกับผลเพาะเชื้อ (4) การให้สารน้ำฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างเพียงพอ (5) การได้รับการดูแลใกล้ชิดแบบผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยหายจากโรคสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ

สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลัน ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม นั้น ถือเป็นความท้าทายของพยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลที่อยู่ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลทุกระดับรวมทั้งพยาบาลที่ประจำในหอผู้ป่วยสามัญและวิกฤตที่ต้องรับดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ต้องสามารถประเมินคัดกรองให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการได้รวดเร็ว และได้รับการดูแลอย่างมีมาตรฐานมีประสิทธิภาพในเครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ดได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบช่องทางด่วน (fast track) มีการศึกษาทบทวนและแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด นำไปปฏิบัติอย่างเคร่งครัดและครอบคลุมทั้งจังหวัด ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณครอบครัว ผู้ป่วย
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้การ
ศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Rosenthal VD, Maki DG, Jamulitrat S, Medeiros EA, Todi SK, Gomez DY, et al. International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary for 2003-2008, issued June 2009. *Am j Infect Control* 2010;38(2):95-104.e2.
2. Danchaiwijitr S, Dhiraputra C, Santiprasitkul S, Judaeng T, Prevalence and impacts of nosocomial infection in Thailand 2001. *J Med Assoc Thai* 2005;88(Suppl 10):S1-9.
3. Danchaiwijitr S, Judaeng T, Sripalakij S, Naksawas K, Plipat T. Prevalence of nosocomial infection in Thailand 2006. *J-Med AssocThail* 2007;90(8):1524.
4. Dejsirsert S, Suankratay C, Trakulsomboon S, Thongmali O, Sawanpanyalert P, Aswapokee N, et al. National Antimicrobial Resistance Surveillance, Thailand (NARST) data among clinical isolates of *Pseudomonas aeruginosa* in Thailand from 2000 to 2005. *J Med Assoc Thail Chotmaihet Thangphaet* 2009; 92Suppl 4:S68-75.
5. Petdachai W. Ventilator-associated pneumonia in a newborn intensive care unit. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2004;35(3):724-9.
6. Bayani M, Siadati S, Rajabnia R, Taher AA. Drug Resistance of *Pseudomonas aeruginosa* and *Enterobacter cloacae* Isolated from ICU, Babol, Northern Iran. *Int J Mol Cell Med* 2013;2(4):204-9.
7. Gurung J, Khyriem AB, Banik A, Lyngdoh WV, Choudhury B, Bhattacharyya P, Association of biofilm production with multidrug resistance among clinical isolates of *Acinetobacter baumannii* and *Pseudomonas aeruginosa* from intensive care unit. *Indian J Crit Care Med Peer-Rev Off Publ Indian SocCrit Care Med* 2013;17(4) : 214-8.
8. Siripassorn K, Santiprasitkul S, Udompanthurak S, Thamlikitkul V. Risk factors for *Pseudomonas aeruginosa* bacteremia in Thai patients. *J Med AssocThailChotmaihet Thangphaet* 2002;85(10):1095-9.
9. Rhodes D, Cheng AC, McLellan S, Guerra P, Karanfilovska D, Aitchison S, et al. Reducing *Staphylococcus aureus* bloodstream infections associated with peripheral intravenous cannulae: successful implementation of a care bundle at a large Australian health service. *J Hosp Infect* 2016;94(1):86-91.
10. Nuvials X, Palomar M, Alvarez-Lerma F, Olaechea P, Otero S, Uriona S, et al. Primary bacteremia and catheter related bloodstream infection in patients admitted to ICU. Risk factors associated with mortality. ENVIN-HELICS registry data. *Intensive Care Med Exp* 2015;3(Suppl 1):A889.

11. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติอัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (อินเทอร์เน็ต). (เข้าถึง 2 ตุลาคม 2564). เข้าถึงจาก : <http://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/>
12. พรพรรณ กุ้มานะชัย. กลุ่มอาการเซ็ปติค. ศศิโสภิน เกียรติบูรณกุล (บรรณาธิการ). ภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ เล่ม 1. กรุงเทพฯ : โฮลิสติก พับลิชชิ่ง ; 2557.
13. แผนกอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลเลิดสินกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการรักษา severe sepsis และ septic shock. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ; 2554.

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for severe head injury patients : 2 cases study

สุภาพ ศิลาเกตุ

Suphap Silaket

Email: Suphap8781@hotmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา: เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง 2 ราย ที่เข้ารับการรักษา แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนกันยายน - ตุลาคม 2566 รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับกลไกการบาดเจ็บ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงการดูแลในห้องฉุกเฉิน การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งห้องผ่าตัด การดูแลขณะเคลื่อนย้ายและรับไว้ในโรงพยาบาล

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง จากอุบัติเหตุจากรถ มีปัจจัยเสริมทำให้เกิดความรุนแรงเพิ่มขึ้น คือ ไม่สวมหมวกนิรภัย เหตุผลคือการเดินทางในระยะใกล้ การดูแลรักษาพยาบาลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะรุนแรงในห้องฉุกเฉินจึงมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและไม่ให้สมองเสียหาย รายที่ 1 บาดเจ็บที่เนื้อเยื่อสมอง รายที่ 2 บาดเจ็บเนื้อเยื่อหุ้มสมอง ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย บาดเจ็บต่อสมองระยะที่สองเหมือนกัน สามารถเข้าถึงระบบ CT scan ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชน มีระบบ Miracle cloud สามารถส่งปรึกษาประสาทศัลยแพทย์ เพื่อตัดสินใจและสั่งการรักษาได้อย่างรวดเร็วทันที่ การรักษาด้วยการให้ยาต้านชัก, ยา Antifibrinolytic, ยาลดความดันภายในกะโหลกศีรษะ และได้รับการผ่าตัดสมองตั้งแต่ห้องฉุกเฉินทั้ง 2 ราย หลังผ่าตัด ผู้ป่วยอาการดีขึ้น จำหน่ายกลับบ้าน ระยะเวลาอนโรพยาบาล 13 และ 14 วัน ตามลำดับ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความรุนแรงของการบาดเจ็บมากกว่า จึงยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รายที่ 2 ได้รับผ่าตัด 2 ครั้ง จากภาวะเลือดออกซ้ำ แต่ผู้ป่วยก็สามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

สรุป: ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง และมีภาวะบาดเจ็บต่อสมอง ระยะที่ 2 เหมือนกัน ได้รับการผ่าตัดสมองตั้งแต่ห้องฉุกเฉินทั้ง 2 ราย หลังผ่าตัด ผู้ป่วยอาการดีขึ้น จำหน่ายกลับบ้านดังนั้นในการดูแลรักษาผู้ที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะรุนแรงในห้องฉุกเฉิน จึงมุ่งเน้นให้ผู้ป่วย รอดชีวิตและไม่ให้สมองเสียหาย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

คำสำคัญ : การพยาบาล, การบาดเจ็บ, บาดเจ็บศีรษะรุนแรง

Abstract

Objective: To compare nursing care for severe head injury patients 2 case studies.

Methods: Compare nursing care for two severe head injury patients. Admitted to the Emergency Department, Roi-et Hospital from September - October 2023. Data were collected from patient medical records, interviews, and observation of patients and relatives. Information about mechanism of injury. pathology, sign and symptom, emergency care, pre-operation care and in-hospital care.

Results: The results showed that both patients suffered head injury from traffic accidents. The risk factor of injury was not wearing a helmet. Nursing care for severe head injuries in the emergency room, focuses on saving life and preventing further brain damage. The first patient injury to subdural hemorrhage patient 2 injury to epidural hemorrhage. Both patients had secondary brain injury both patients have access to the CT scan from the first hospital, and on the miracle cloud system, consulted for neurosurgeon provided treatment quickly, antiepilepsy drugs, antifibrinolytic drugs, and intracranial pressure reducing drugs. Both cases received brain surgery at the emergency room. Post-operatively, there were no complications. The patient's condition improved and was discharged after 13 days and 14 days Patient 1 had more severe injury and was unable to recover. Patient 2 had two surgeries due to recurrent bleeding, but the patient was able to return to normal daily life.

Conclusions: 2 patients had severe head injuries. and have the same condition of brain injury, stage 2 (Secondary brain injury) 2 patients received brain surgery at the emergency room. After surgery, the patients' symptoms improved. Discharged to take home. Nursing care for severe head injuries in the emergency room. Therefore, we focus on patients. Survive and avoid brain damage, preventing possible complications.

Keywords: Nursing care, injury, Severe head injury

Corresponding author: Email: Suphap8781@hotmail.com

Received: November 26, 2023; **Accepted:** January 8, 2024

บทนำ

การบาดเจ็บศีรษะ หมายถึง การบาดเจ็บที่เกิดจากแรงกระทำจากภายนอกทั้งทางตรงและทางอ้อมหรือแรงที่เข้ามากระทบต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะและเนื้อเยื่อที่เป็นส่วนประกอบภายในกะโหลกศีรษะ สมอง และ เส้นประสาทสมอง อาจมีหรือไม่มี การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวภายหลังการบาดเจ็บ ประเภทการบาดเจ็บศีรษะ แบ่งตามระยะการเกิดพยาธิสภาพ 2 ระยะ ได้แก่ การบาดเจ็บสมองแบบปฐมภูมิ (primary injury) หมายถึง การบาดเจ็บศีรษะ ที่เป็นผลโดยตรงจากกลไกการบาดเจ็บเกิดขึ้นทันที หรือช่วงสั้นๆ ภายหลังการบาดเจ็บ อาการและอาการแสดงขึ้นอยู่กับ พยาธิสภาพและตำแหน่งที่ได้รับการบาดเจ็บอาจเกิดเฉพาะที่หรือกระจายทั่วศีรษะ ถ้าพยาธิสภาพเกิดที่สมองจะทำให้เซลล์ประสาทถูกกดเบียด และบิด เกิดการตั้งรับเป็นผลให้เซลล์ประสาท ทำหน้าที่ผิดปกติและเซลล์ตายในที่สุด การบาดเจ็บสมองทุติยภูมิ (secondary injury) หมายถึง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการบาดเจ็บศีรษะ ในระยะแรก จะพบมีก้อนเลือดภายในโพรงกะโหลกศีรษะในชั้นเหนือดورا (epidural hemorrhage) ในระหว่างเยื่อหุ้มสมองชั้นดुरากับชั้นอะแรชนอยด์ (subarachnoid hemorrhage) และเลือดออกภายในสมอง (intracerebral hemorrhage) พบภาวะสมองบวมและความดันในกะโหลกสูง ซึ่งอาจเกิดขึ้นในระยะเวลาไม่กี่นาทีภายหลังได้รับบาดเจ็บหรืออาจใช้ระยะเวลายาวนานเป็นวัน แนวทางการรักษาส่วนใหญ่ มี 2 วิธี คือ การรักษาด้วยยาและการผ่าตัด โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ลดภาวะแทรกซ้อนและสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้เร็วและลดความพิการ หรือมีความพิการหลงเหลืออยู่น้อยที่สุด⁽¹⁾

ปัจจุบันอุบัติการณ์การบาดเจ็บศีรษะเป็นปัญหาสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนา โดยพบว่าการบาดเจ็บศีรษะมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากอุบัติเหตุจราจรและมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี จากการรายงานความปลอดภัยทางถนนขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2561 ได้รายงานไว้ว่า ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิต จาก

อุบัติเหตุจราจร 32.7 คนต่อประชากรแสนคน สูงเป็นอันดับ 9 ของโลกและอันดับ 1 ในเอเชีย ซึ่งมีผู้เสียชีวิต 22,491 คนต่อปี เฉลี่ย 60 คนต่อวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุด เป็นการบาดเจ็บศีรษะ ร้อยละ 30 และการบาดเจ็บศีรษะรุนแรงมีอัตราตายสูงถึง ร้อยละ 29⁽²⁾

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ระดับ A มีจำนวน 820 เตียง เปิดให้บริการหอผู้ป่วยหนัก ICU Trauma และ ICU Neuro จำนวน 18 เตียง สามารถรองรับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงได้ ร้อยละ 100 ข้อมูลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด สถิติผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเข้ารับการรักษาทั้งหมด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวน 3,865, 3,834, 4,531 ราย แยกเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง 457, 474, 612 ราย ตามลำดับ ซึ่งจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต จากการบาดเจ็บศีรษะรุนแรง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 มีทั้งหมด 125, 101, 150 รายตามลำดับ⁽³⁾ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นงานบริการด้านหน้า ที่ต้องดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุทุกประเภท ทั้งอุบัติเหตุจากการขนส่ง อุบัติเหตุทั่วไป เช่น ถูกยิง ถูกแทง พลัดตก หกล้ม ที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บทั้งไม่รุนแรง และรุนแรงจนกระทั่งเสียชีวิต ดังนั้นงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงต้องมีความพร้อมตลอดเวลาทั้งด้านสถานที่ การจัดโซนสำหรับผู้ป่วยวิกฤต เครื่องมืออุปกรณ์ในการช่วยชีวิต ระบบ Telemedicine รวมทั้งบุคลากรด้านการพยาบาลที่มีความรู้ ความสามารถทักษะ ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง ความสามารถใช้เครื่องมือพิเศษ พยาบาลห้องฉุกเฉินมีบทบาทสำคัญมาก เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้องในทุกกระบวนการของการดูแล ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย การคัดแยกผู้ป่วย (triage) การประเมินอาการขั้นต้น การวินิจฉัยปัญหา การปฏิบัติการพยาบาลและประเมินต่อเนื่อง การช่วยแพทย์ในการทำหัตถการที่สำคัญ การบันทึกทางการแพทย์และการประสานงานผู้เกี่ยวข้อง จากเหตุผลดังกล่าวผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา จึงได้ศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงโดยเปรียบเทียบ กรณีศึกษา

2 ราย เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บศีรษะรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานการพยาบาลและเพิ่มสมรรถนะในการประเมินสภาพผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาลในแต่ละระยะ โดยศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ 2 ระยะ คือระยะปฐมภูมิและระยะทุติยภูมิ นำกรอบแนวคิดของกระบวนการพยาบาล (nursing process) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ วินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากลไกการบาดเจ็บ ลักษณะอาการและพยาธิสภาพ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง
2. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย
3. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีการศึกษา

ศึกษาเป็นรายกรณีแบบเฉพาะเจาะจง เปรียบเทียบผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง จำนวน 2 ราย ในช่วงเดือนกันยายน - ตุลาคม 2566 โดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์และการสังเกต แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ เปรียบเทียบกลไกการบาดเจ็บพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลและการดูแลต่อเนื่อง การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการขออนุมัติของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ตามหนังสือรับรองเลขที่ RE171/2566

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 49 ปี สัญชาติไทย อาชีพรับจ้างทั่วไป รับไว้ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด วันที่ 28 กันยายน 2566 ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ อาการสำคัญ ศีรษะบวมโน ซีม เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 3 ชั่วโมง ก่อนมาเข้ารับบริการยานยนต์เสียหลักล้มเอง ศีรษะกระแทกพื้น สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ พบบาดแผลถลอกตามใบหน้า ศีรษะบวมโน กู้ชีพนำส่งโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ มีอาการสับสน ซีม Glasgow Coma scale (GCS) E₃ V₄ M₅ Mask with bag10 lite/min CT Brain non contrast (NC): Subdural Hemorrhage along right cerebral convexity, 0.6cm. with Subarachnoid hemorrhage (SAH) in right cerebral sulci with Subfalcine herniation to the left, 0.4 cm. โทรปรึกษาประสาทศัลยแพทย์ มีแผนการรักษา ให้ Dilantin 1,000 mg. ผสมกับ NSS 100 ml.drip in 30 min. และ Transamine 2 g. vein ส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลร้อยเอ็ด พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยดื่มสุราไม่สม่ำเสมอกรณีขณะเข้ารับบริการยานยนต์

แรกรับที่ห้องฉุกเฉินผู้ป่วยซึม ปลุกตื่นยาก GCS E₂ V₂ M₅ รูม่านตาข้างขวาขนาด 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงช้า รูม่านตาข้างซ้ายขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงช้า หายใจมีเสียงครืดคราด เตรียมและช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ เบอร์ 7.5 ลีก 21 เซนติเมตร ด้วยวิธี Rapid sequence intubation with cricoid pressure หลังใส่ท่อช่วยหายใจ ดูแลให้ได้รับเครื่องช่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพตามแผนการรักษาหายใจสม่ำเสมอ ฟังเสียงปอดเท่ากัน ทั้ง 2 ข้าง ตรวจร่างกายพบว่า มีศีรษะด้านหลังบวมโน 10 เซนติเมตร มีแผลถลอกบริเวณใบหน้า ความดันโลหิต 184/58 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร

80 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส O₂ sat 99% DTX 208 mg.% Hct 35% ปฏิเสธโรคประจำตัว หรือการแพ้ยา ผลตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง ไม่พบเลือดออกในช่องท้อง ประสานกับงานรังสีเพื่อดึงข้อมูลจาก program miracle cloud ลง Program pacs ของโรงพยาบาล ระหว่างดูแลในห้องฉุกเฉิน เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง V/S, N/S อย่างต่อเนื่องทุก 15-30 นาที ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของหน่วยงาน ปรีกษาประสาทศัลยแพทย์ให้ทำ CT Brain NC กลับมาดูซ้ำ (ตาม Indication repeated CT scanning) ผล Progression of right temporal hemorrhagic measure about 6.6x4.1x3.7 cms., 52.1 ml. with increasing mass effect causing a 1.1 cm. Leftward subfalcine and right uncal brain herniation and obstructive hydrocephalus ก่อนวางแผนผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะระบายเลือด (right craniectomy with clot removal) ให้ข้อมูลญาติเพื่อลงนามในเอกสารยินยอมผ่าตัด โคนผม Retained foley's catheter ดูแลให้ยา Mannitol 250 ml vein drip free flow in 15 min. EKG : Normal sinus rhythm เตรียมยา cefazolin 2 gm. ไป OR เวลา 16.40 น. ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด ก่อนออกจากห้องฉุกเฉิน E₁V_TM₅ ขนาดรุ่มานตาข้างขวาขนาด 2.5 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงข้าง รุ่มานตาข้างซ้ายขนาด 1 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงข้าง ความดันโลหิต 151/60 มม.ปรอท ชีพจร 81 ครั้ง/นาที O₂ sat 100% หลังผ่าตัด ผู้ป่วยถูกส่งตัวไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วย ICU Neuro ช่วยหายใจทางท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจปรับ Mode Pressure support ventilation (PSV) สัญญาณชีพคงที่ On Radivac drain 2 เส้น เครื่องทำงานดี วันที่ 5 ตุลาคม 2566 แพทย์พิจารณาถอดเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง วางแผนการดูแลระยะฟื้นฟูโดยปรึกษานักกายภาพบำบัดช่วยสอน และฝึกการดูแลที่บ้าน วันที่ 11 ตุลาคม 2566 ผู้ป่วยอาการดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้านได้ อาการก่อนจำหน่าย GCS E₄V₅M₆

กรณีศึกษารายที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 16 ปี อาชีพนักเรียน รั่วโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เมื่อวันที่ 6 ตุลาคม 2566 รับส่งต่อจากโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ อาการสำคัญ ซึม ถามตอบช้า ตาขวาบวม ก่อนมา 3 ชั่วโมงประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ขับรถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์ สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ E₃V₅M₆ ขนาดรุ่มานตาทั้งสองข้าง 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงตาข้างขวาบวมซ้ำ เลือดออกหูขวา ไหล่ขวาบวม แผลถลอกตามร่างกาย ความดันโลหิต 131/84 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 72 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂ sat 98 % ให้ 0.9%NaCl 1,000 ml. iv rate 80 ml/hr. ส่ง CXR : Closed fracture right clavicle not seen Hemopneumothorax. Film pelvic not seen fracture ผลตรวจอัลตราซาวด์ไม่พบเลือดออกในช่องท้อง ส่ง CT brain non contrast with C-spine ผลพบว่า Epidural hemorrhage (EDH) at right temporal region, size 6.2x2.8x7.1 cms. Shift to midline structures to left, 0.6 cm. Fracture at right temporal bone, right sphenoid bone, right zygomatic arch, with intra sinus hemorrhage not seen fracture or dislocate of C-spine ปรีกษาประสาทศัลยแพทย์เพื่อวางแผนการรักษา ให้ Dilantin 750 mg. ผสมกับ NSS 100 ml. drip in 1 hr. และ Transamine 2 g. vein stat ปรีกษาแพทย์ศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลสุวรรณภูมิเรื่อง Fracture clavicle ให้ใส่ arm sling ข้างขวาไว้ ระหว่างรอส่งต่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลง E₂V₂M₅ ขนาดรุ่มานตาด้านซ้าย 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสง ขนาดรุ่มานตาด้านขวา 5 มิลลิเมตร ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง แพทย์ได้ใส่ท่อหลอดลมคอ เบอร์ 7.0 ลึก 21 ซม. เจาะเลือดส่งตรวจตามแนวทางปฏิบัติ คือ CBC BUN Cr, E'lyte, PT, PTT, INR ส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลร้อยเอ็ด พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับรถจักรยานยนต์

แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว $E_1V_1M_4$ ขนาดรูม่านตาด้านซ้าย 3 มิลลิเมตร ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง ขนาดรูม่านตาด้านขวา 5 มิลลิเมตร ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง ตรวจสอพบท่อหลอดลมคอ เบอร์ 7.0 ลึก 21 ซม. ท่อไม่เลื่อนหลุดขณะส่งต่อ ทางเดินหายใจโล่งไม่มีเสมหะอุดกั้น ฟังเสียงปอดเท่ากันทั้งสองข้างต่อเครื่องช่วยหายใจ ตั้งค่าตามแผนการรักษา ความดันโลหิต 112/62 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 74 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส O₂ sat 98% หลังจากประเมินเบื้องต้นได้ประสาน ขอ Film CXR, Pelvic และ CT brain with C-spine เพื่อดึงข้อมูลจาก program miracle cloud ลง Program Pacs ของโรงพยาบาล เจาะเลือดส่งตรวจตามแนวทางปฏิบัติ คือ CBC BUN Cr, E'lyte, PT, PTT, INR ดูแลให้ได้รับสารน้ำต่อเนื่อง คือ 0.9% Nacl 1000 ml iv drip 80 ml/hr. ผลตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องซ้ำ ไม่พบเลือดออกในช่องท้อง ระหว่างดูแลในห้องฉุกเฉินเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง V/S, N/S อย่างต่อเนื่องทุก 15 - 30 นาที ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของหน่วยงาน ปรีกษาประสาทศัลยแพทย์เพื่อวางแผนการรักษา ต่อมาเวลา 15.15 น. แพทย์มีคำสั่ง Set OR for craniotomy with clot removal ให้ข้อมูลญาติลงนามในเอกสารยินยอมผ่าตัด โคนผม Retained foley's catheter จอง LPRC 2 unit เตรียม Cefazolin 1 gm. 4 ขวด to OR เวลา 15.30 น. ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด สัญญาณชีพก่อนออกจากห้อง ความดันโลหิต 112/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 78 ครั้ง/นาที O₂ sat 100%

หลังผ่าตัด รับไว้ที่ตึก ICU Trauma 24 ชั่วโมงแรกผู้ป่วยตื่นดี $E_4V_4M_6$ รูม่านตาทั้งสองข้าง 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดี mortor power เกรด 5 ทั้ง แขนและขา สัญญาณชีพคงที่สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ในวันที่ 9 ตุลาคม 2566 ต่อมาวันที่ 14 ตุลาคม 2566 มีอาการปวดศีรษะ ซึมลง $E_3V_5M_6$ Mortor power เกรด 4 ทั้ง แขนและขา ได้ปรึกษาแพทย์ให้ส่ง CT Brain ผลพบว่า Post right frontotemporal craniotomy with residual EDH about 1.4 cm. in thickness and midline shift to the left about 0.5 cm. เตรียมผ่าตัด Craniotomy with clot removal ครั้งที่ 2 หลังผ่าตัดวันที่ 2 สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ผึกการหายใจ ผึกการบริหารกล้ามเนื้อ อาการทั่วไปดีขึ้น GCS $E_4V_5M_6$ Mortor power เกรด 5 ทั้ง แขนและขา แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ในวันที่ 20 ตุลาคม 2566 ผู้ดูแลเมื่อกลับบ้าน คือ มารดา รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 14 วัน

การเปรียบเทียบกรณีศึกษา

กรณีศึกษา จำนวน 2 ราย เป็นเพศหญิงวัยทำงานและวัยรุ่น เข้ารับการรักษาวันที่ 28 กันยายน 2566 และวันที่ 6 ตุลาคม 2566 ตามลำดับ ทั้ง 2 ราย มาโรงพยาบาลด้วยประวัติการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรและส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน รายแรกไม่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ทั้ง 2 ราย ได้รับการ CT Brain NC ก่อนส่งมาโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผู้ศึกษาได้ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง กรณีศึกษา 2 ราย การดูแลระยะวิกฤติ

ประเด็นการเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. ข้อมูลทั่วไป อายุ พฤติกรรมการขับซิ่งรถจักรยานยนต์	หญิงไทยสถานภาพคู่ อายุ 49 ปี อาชีพรับจ้างทั่วไป ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยในอดีต พฤติกรรมสุขภาพดื่มสุรา และไม่สวมหมวกนิรภัย ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ	หญิงไทยสถานภาพโสด อายุ 16 ปี อาชีพนักเรียน ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยในอดีต พฤติกรรมสุขภาพขับรถไม่สวมหมวกนิรภัย ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง กรณีศึกษา 2 ราย การดูแลระยะวิกฤติ (ต่อ)

ประเด็นการเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
วิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไป อายุ พฤติกรรมการ ขับขี่รถจักรยานยนต์	ผู้ป่วยอยู่ในวัยทำงานและวัยรุ่น ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มาด้วยอุบัติเหตุจากรถ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีเหตุส่งเสริมให้เกิดอุบัติเหตุ คือ ดื่มสุรา และผู้ป่วย ทั้ง 2 ราย มีเหตุส่งเสริมให้ได้รับบาดเจ็บรุนแรงต่อสมองเพิ่มขึ้นจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ไม่สวมหมวกนิรภัย เหตุผลของการไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ป่วย ทั้ง 2 ราย คือการเดินทางในระยะใกล้ๆ สอดคล้องกับการสำรวจ พฤติกรรมของผู้ขับขี่และผู้โดยสาร รถจักรยานยนต์ โดยมูลนิธิไทยโรดส์และเครือข่ายเฝ้าระวังการบาดเจ็บทางถนน พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของการไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ทั้งผู้ขับขี่ และผู้โดยสาร ใน 3 อันดับแรก คือ เดินทางระยะใกล้ ไม่ได้ขับช้ออกถนนใหญ่ และเร่งรีบ ตามลำดับ นอกจากนี้ผู้ป่วยรายที่ 1 ยังมีการดื่มสุราร่วมด้วย การดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้ไม่สามารถควบคุมรถได้เต็มที่ ทำให้การตัดสินใจช้าและผิดพลาด	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับอุบัติเหตุจากรถ ถูกนำส่งจากจุดเกิดเหตุไปยังโรงพยาบาลผ่านระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน รายที่ 1 ได้รับความดูแล โดยทีม FR ส่วนรายที่ 2 ได้รับการดูแล โดยทีม ALS ของโรงพยาบาลการดูแลก่อนถึง โรงพยาบาลทั้ง 2 ราย เป็นไปตาม มาตรฐาน ได้รับการคัดกรองเบื้องต้น การดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บศีรษะรุนแรง มีช่องทางปรึกษาประสาทศัลยแพทย์ที่รวดเร็ว การตรวจ CT Brain ตั้งแต่ต้นทาง ระบบ miracle cloud ที่สามารถส่งภาพรังสีให้แพทย์วินิจฉัยและตัดสินใจการรักษาได้รวดเร็วขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตั้งแต่ห้องฉุกเฉินทั้ง 2 ราย รายที่ 1 ใช้เวลาในห้องฉุกเฉินนานกว่า รายที่ 2 เนื่องจากอาการทรุดลงระหว่างส่งต่อ ต้องใส่ท่อหลอดลมคอ
2. การเข้าถึง และการเข้ารับบริการ	อาการสำคัญ คือ ศีรษะบวมโน ซีม ก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ขับรถจักรยานยนต์เสียหลักล้มเองศีรษะ กระแทกพื้น สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ มีบาดแผลถลอกตามใบหน้า ศีรษะ บวมโน กู้ชีพนำส่งโรงพยาบาล สุวรรณภูมิ มีอาการสับสน ซีม GCS E ₃ V ₄ M ₅ ปรึกษาประสาทศัลยแพทย์ให้ส่ง CT Brain NC with C - spine ก่อนส่งต่อมาโรงพยาบาลร้อยเอ็ด	อาการสำคัญ คือ ซีม ถามตอบช้า ตา ขาวบวม ก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 3 ชั่วโมง ก่อนมาขับรถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์ สลบ ทีมกู้ชีพของโรงพยาบาลสุวรรณภูมิออกมารับ E ₃ V ₅ M ₆ ความดันโลหิต 131/84 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 72 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที O ₂ sat 98 % ต่อมาผู้ป่วย ซีมลง E ₂ V ₂ M ₅ ใส่ท่อช่วยหายใจและปรึกษาประสาทศัลยแพทย์ ให้ส่ง CT Brain NC with C-spineก่อนส่งต่อ มาโรงพยาบาลร้อยเอ็ด
วิเคราะห์ การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลโดยทีม ALS ของโรงพยาบาลการดูแลก่อนถึง โรงพยาบาลทั้ง 2 ราย เป็นไปตาม มาตรฐาน ได้รับการคัดกรองเบื้องต้น การดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บศีรษะรุนแรง มีช่องทางปรึกษาประสาทศัลยแพทย์ที่รวดเร็ว การตรวจ CT Brain ตั้งแต่ต้นทาง ระบบ miracle cloud ที่สามารถส่งภาพรังสีให้แพทย์วินิจฉัยและตัดสินใจการรักษาได้รวดเร็วขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตั้งแต่ห้องฉุกเฉินทั้ง 2 ราย รายที่ 1 ใช้เวลาในห้องฉุกเฉินนานกว่า รายที่ 2 เนื่องจากอาการทรุดลงระหว่างส่งต่อ ต้องใส่ท่อหลอดลมคอ	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลโดยทีม ALS ของโรงพยาบาลการดูแลก่อนถึง โรงพยาบาลทั้ง 2 ราย เป็นไปตาม มาตรฐาน ได้รับการคัดกรองเบื้องต้น การดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บศีรษะรุนแรง มีช่องทางปรึกษาประสาทศัลยแพทย์ที่รวดเร็ว การตรวจ CT Brain ตั้งแต่ต้นทาง ระบบ miracle cloud ที่สามารถส่งภาพรังสีให้แพทย์วินิจฉัยและตัดสินใจการรักษาได้รวดเร็วขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตั้งแต่ห้องฉุกเฉินทั้ง 2 ราย รายที่ 1 ใช้เวลาในห้องฉุกเฉินนานกว่า รายที่ 2 เนื่องจากอาการทรุดลงระหว่างส่งต่อ ต้องใส่ท่อหลอดลมคอ

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง กรณีศึกษา 2 ราย การดูแลและระยะวิกฤติ (ต่อ)

ประเด็นการเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	และปรึกษาประสาทศัลยแพทย์ให้ทำ CT Brain ซ้ำตาม Indication repeated CT scanning ซึ่งระบุว่า 1. Cushing response (BP สูงขึ้นแต่ชีพจรเต้นช้าลง) 2. Worsening neurological sign and symptom GCS ลดลง ≥ 2 , Patient with herniation syndrome หลังผ่าตัดรับไว้ ICU Neuro ทั้ง 2 ราย การพยากรณ์ของโรคบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง ขึ้นอยู่กับระยะเวลา ที่เข้าถึงและการรับบริการ การได้รับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ด้านประสาทศัลยแพทย์ อย่าง ทันทีที่จะช่วยลดความพิการและมี โอกาสรอดชีวิตมากขึ้น	
3. พยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดง	แรกรับ GCS E ₃ V ₄ M ₅ ต่อมาซึมลง ปลุกตื่นยาก GCS E ₂ V ₂ M ₅ รูม่านตาข้างขวา ขนาด 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสง ขนาด 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสง	ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว E ₁ V _T M ₄ ขนาดรูม่านตา ด้านซ้าย 3 มิลลิเมตร ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง ขนาดรูม่านตา ด้านขวา 5 มิลลิเมตร ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง ผล CT brain: Epidural hemorrhage at right temporal region, size 6.2 x 2.8 x 7.1 cms. Shifting of midline structures to left, 0.6 cm. and the left, 0.4 cm. หลังใส่ท่อหลอดลม คอส่ง CT brain ซ้ำผล Progression of right temporal hemorrhagic measure about 6.6 x 4.1 x 3.7 cms., 52.1 ml. With increasing mass effect causing a 1.1 cm. Leftward subfalcine and right uncal brain herniation, obstructive hydrocephalus
วิเคราะห์	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย อาการและอาการแสดงระยะแรกใกล้เคียงกัน คือ ซึม ปลุกตื่น จัดอยู่ในกลุ่ม Mild head injury with Moderate ต่อมา ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เกิด secondary brain injury ผล CT brain พบว่ามีก้อนเลือดภายในโพรงกะโหลกศีรษะในชั้นใต้และเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก ได้รับการดูแลเพื่อแก้ไขภาวะวิกฤติ อย่างรีบด่วน พยาบาลต้องมีความรู้ และทักษะในการประเมินอาการ ทางระบบประสาท ภาวะความดัน ในกะโหลกศีรษะสูง และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ก่อนนำไปสู่ระยะวิกฤติ ทำให้มีข้อมูลในการตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาล เพื่อวางแผนให้การดูแลได้อย่างรวดเร็ว และปลอดภัย รายที่ 1 มี SDH และมี Right uncal herniation and midline	

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง กรณีศึกษา 2 ราย การดูแลระยะวิกฤติ (ต่อ)

ประเด็นการเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	<p>shift ทำให้พยาธิสภาพร้ายแรงกว่ารายที่ 2 และ GCS drop ระหว่างส่งต่อ การมีเลือดออกในสมอง ร่วมกับมีสมองเคลื่อน จะทำให้ ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และ ทరుกลงเร็วมาก พยาบาลต้องใช้ ความรู้ความสามารถ ทักษะในการ ประเมิน และให้การช่วยเหลืออย่าง ทันท่วงที เพื่อแก้ไขภาวะคุกคามต่อชีวิต ต้องติดตาม และเฝ้าระวังอาการ เปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทอย่างต่อเนื่อง เพื่อวางแผน การพยาบาลร่วมกับแพทย์ ในการป้องกันและ รักษาภาวะความดันในกะโหลก ศีรษะสูง ภาวะสมองบวม ผู้ป่วยทั้งสองรายมีเลือดออกในชั้น Subdural และ Epidural ที่สมองส่วน Rt. Temporal แสดงถึงความรุนแรงของพยาธิสภาพ ของการบาดเจ็บซึ่งมีผลต่อการหายใจไม่แตกต่างกัน แขนและขาด้านตรงข้ามกับ เลือดออก จะอ่อนกำลังลง การหายใจไม่สม่ำเสมอ ทั้งนี้เกิดเนื่องจากเลือดออก มีการขยายตัวมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัวถ้าหากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างรีบด่วน ผู้ป่วยอาจถึงแก่กรรม ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยและการดูแลรักษา ที่ถูกต้องรวดเร็วทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นและกลับบ้านได้ อาการก่อนจำหน่ายผู้ ป่วยรายที่ 1 GCS E4V5M6 motor power แขนขาข้างขวาเกรด 3 ข้างซ้าย เกรด 1 ผู้ดูแลเมื่อกลับบ้านคือสามีและลูก รวมระยะเวลา การนอนโรงพยาบาล 13 วัน อาการก่อนจำหน่ายผู้ป่วย รายที่ 2 GCS E4V5M6 Mortor power เกรด 5 ทั้ง แขนและขา แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 20 ตุลาคม 2566 รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 14 วัน</p>	
<p>4. การรักษาและป้องกันการเกิด บาดเจ็บที่สมอง ระยะที่ 2 (Secondary Brain Injury) ซึ่งได้แก่</p>	<p>ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทันทีที่โรง พยาบาลร้อยเอ็ด และใช้ เครื่องช่วย หายใจ PCV mode ดูแลการได้รับยา กันชักและยา Antifibrinolytic จาก โรงพยาบาลชุมชนได้แก่ Dilantin 1,000 mg. + NSS 100 ml. drip in 1 hr และ Transamin 2 gm. iv ได้รับ ยาลดความดันภายในกะโหลกศีรษะ ได้แก่ 20% mannitol 250 ml. iv drip free flow in 30 min และได้รับ การรักษาโดยการผ่าตัด Craniectomy with clot removal หลังรับไว้ที่ห้อง ฉกฉก 1 ชั่วโมง 40 นาที</p>	<p>ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจมาจาก โรงพยาบาลชุมชน และใช้เครื่องช่วย หายใจ PCV mode ดูแลการ ได้รับยา กันชักและยา Antifibrino lytic จาก โรงพยาบาลชุมชนได้แก่ Dilantin 750 mg. +NSS 100 ml dripin 1 hr. และ Transamin2 gm.iv และได้รับ การผ่าตัดCraniotomy with clot removal หลังรับไว้ที่ห้องฉกฉก 30 นาที</p>
<p>4.1 ภาวะสมองขาดเลือด</p>		
<p>4.2 ภาวะความดันกระโหลก ศีรษะสูง</p>		
<p>4.3 ภาวะสมองบวม</p>		

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง กรณีศึกษา 2 ราย การดูแลและระยะวิกฤติ (ต่อ)

ประเด็นการเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
วิเคราะห์ การรักษา และป้องกันการเกิด บาดเจ็บที่สมอง ระยะที่ 2 (Secondary Brain Injury)	<p>ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลชุมชนหลังทราบผล CT scan เหมือนกัน คือ ได้รับยากันชักและยา Antifibrinolytic ทั้งนี้การให้ยา Tranexamic acid (Transamin) ช่วยลดการเสียเลือดได้ พบว่าในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีเลือดออกจากภายนอกสมองการให้ยา Tranexamic acid ภายใน 3 ชั่วโมงแรกจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ถึง 1 ใน 3 ทำให้ในปัจจุบันการให้ Tranexamic acid ได้ใส่เข้าไปใน Guideline ของ Pre-hospital care ในผู้ป่วย Trauma ด้วย ส่วนการใส่ท่อหลอดลมคอ รายที่ 1 ไม่ได้ใส่มาเมื่อมีอาการทรุดลงระหว่างส่งต่อผู้ป่วยมีอาการซีมลงหายใจครัดคราด ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองอาการมักจะทรุดลงภายใน 2 ชั่วโมงแรก เมื่อมาถึงห้องฉุกเฉินได้รับการแก้ไขภาวะวิกฤติ เร่งด่วนทันที คือ การใส่ท่อช่วยหายใจ และต่อเครื่องช่วยหายใจ ปรึกษาประสาทศัลยแพทย์มีแผนการรักษาด้วยการให้ยาและการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะที่ห้องฉุกเฉินทั้ง 2 ราย ตามมาตรฐานได้แก่ ภาวะ SDH การรักษา ถ้าเลือด ออกไม่มากแพทย์มักดูแลให้ก่อนเลือดหายเอง แต่ถ้าก้อนใหญ่แพทย์ จะทำการผ่าตัด</p> <p>Indication for surgery ของ SDH ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none">1. เลือดออกหนา >1cm2. มี Midline shift >5 mm3. มี impending หรือ uncal herniation <p>Indication for surgery ของ EDH ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none">1. ก้อนขนาดใหญ่หนา >15 cm.2. Volume >30ml.3. Impending uncal hemiation4. Midline shift >5 mm. <p>หลังผ่าตัดผู้ป่วยมักจะมีพยากรณ์โรคดี สามารถกลับมาปกติได้ ซึ่งต่างจากการมีเลือดออกในสมองชนิดอื่นๆ</p>	

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง กรณีศึกษา 2 ราย การดูแลระยะวิกฤติ (ต่อ)

ประเด็นการเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
5. การดูแล ต่อเนื่อง และการเคลื่อนย้ายไปห้องผ่าตัด	ก่อนเคลื่อนย้ายไปห้องผ่าตัด ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ไม่รู้สึกตัว E ₁ V ₁ M ₅ ขนาดรูม่านตาข้างขวาขนาด 2.5 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงช้า รูม่านตาข้างซ้ายขนาด 1 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงช้า ความดันโลหิต 151/60 มม.ปรอท ชีพจร 81 ครั้ง/นาที บีบ Ambu bag ช่วยหายใจ O ₂ sat 100% การเตรียมบุคลากร อุปกรณ์ ข้อมูล เอกสาร ให้พร้อมเพื่อนำส่ง ห้องผ่าตัดอย่างปลอดภัยหลังผ่าตัดผู้ป่วย ถูกส่งตัวไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วย ICU	ก่อนเคลื่อนย้ายไปห้องผ่าตัด ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ไม่รู้สึกตัว E1VTM4 ขนาดรูม่านตาข้างซ้าย 3 มิลลิเมตร ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสงขนาดรูม่านตาข้างขวา 5 มิลลิเมตร. ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง ความดันโลหิต 112/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 78 ครั้ง/นาที บีบ Ambu bag ช่วยหายใจ O ₂ sat 100% การเตรียมบุคลากร อุปกรณ์ ข้อมูล เอกสาร ให้พร้อมเพื่อนำส่ง ห้องผ่าตัดอย่างปลอดภัยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยรับไว้ที่ตึก ICU Trauma Neuro
วิเคราะห์	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการผ่าตัด เร่งด่วน พยาบาลเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ตามมาตรฐานที่กำหนดมีการให้ข้อมูลเพื่อให้ญาติมีส่วนร่วมในการรักษา ระหว่างการเคลื่อนย้ายมีการดูแลขณะเคลื่อนย้ายที่ได้มาตรฐาน ทั้งด้าน บุคลากร อุปกรณ์ สามารถนำส่งห้องผ่าตัดได้อย่างปลอดภัย	
6. การให้ข้อมูลการ เสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว	การให้ข้อมูลญาติ เป็นระยะตั้งแต่แรก รับโดยบอกอาการ สิ่งตรวจพบเบื้องต้น ระดับความรุนแรงของพยาธิสภาพ อาการ ขั้นตอนการรักษา ในระหว่างการดูแลให้ข้อมูลเกี่ยวกับ อาการเปลี่ยนแปลง การทำหัตถการต่างๆ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจการให้ยา โคนผสม ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาด้วยการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น หลังผ่าตัด ตลอดจนการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล - เปิดโอกาสให้ญาติ ซักถาม และมีส่วนร่วม ในการรักษาพยาบาล	การให้ข้อมูลญาติ เป็นระยะตั้งแต่แรก รับโดยบอก อาการ สิ่งตรวจพบเบื้องต้น ระดับความรุนแรงของพยาธิสภาพอาการ ขั้นตอนการรักษา ในระหว่างการดูแลให้ข้อมูลเกี่ยวกับ อาการเปลี่ยนแปลง การทำหัตถการต่างๆ เช่น การให้ยา การโคนผสม ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด ตลอดจนการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล - เปิดโอกาสให้ญาติ ซักถาม และมีส่วนร่วม ในการรักษาพยาบาล

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง กรณีศึกษา 2 ราย การดูแลและระยะวิกฤติ (ต่อ)

ประเด็นการเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
วิเคราะห์ การให้ข้อมูล การเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว	การดูแลด้านจิตใจของญาติเป็นเรื่องที่สำคัญเช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากการเกิดอุบัติเหตุเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเฉยบพลัน ญาติ ไม่ได้เตรียมใจมาก่อน การให้กำลังใจ และได้รับทราบข้อมูลเป็นระยะๆ แสดงถึงบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย และการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ผลของการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ครบถ้วน ทำให้ญาติเข้าใจ คลายความวิตกกังวล และมีส่วนร่วมและให้ความร่วมมือในการวางแผนให้การรักษา พยาบาล	
7. การดูแลระยะยาวภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล	ก่อนจำหน่าย GCS =E4V5M6 mortor power แขนขาข้างขวาเกรด 3 ข้างซ้าย เกรด 1 ผู้ดูแลเมื่อกลับบ้าน คือ สามี ขา แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ และลูก ปรีกษานักกายภาพบำบัดเพื่อฝึกการ Ambulation แพทย์นัดติดตามอาการหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์	ก่อนจำหน่าย GCS = E4V5M6 Mortor power เกรด 5 ทั้งแขนและเกรด 1 ผู้ดูแลเมื่อกลับบ้านคือ มารดา แพทย์นัดติดตามอาการหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์
วิเคราะห์ การดูแลระยะยาวหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	การพยาบาลระยะยาว เป็นการวางแผนการจำหน่าย และการเตรียมผู้ป่วยครอบครัวในการกลับบ้าน การใช้ชีวิตในชุมชนหลังการเจ็บป่วย ผู้ป่วยรายที่ 1 ต้องการการดูแลใกล้ชิดเนื่องจากยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ แต่สามารถสื่อสารได้ สามีและลูกได้รับการสอนและฝึกปฏิบัติการดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันการเกิดแผลกดทับและการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล รายที่ 2 อาการทั่วไปปกติสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้	

อภิปราย

ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงจากอุบัติเหตุจากรถจักรยาน มีปัจจัยเสริมทำให้เกิดความรุนแรงเพิ่มขึ้น คือ ไม่สวมหมวกนิรภัย เหตุผลคือการเดินทางในระยะใกล้ มีความแตกต่างกันในด้านความรุนแรงและพยาธิสภาพการเกิดการบาดเจ็บเนื้อเยื่อสมอง และการบาดเจ็บเนื้อเยื่อหุ้มสมอง ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีภาวะการบาดเจ็บต่อสมอง ระยะที่ 2 (Secondary brain injury) เหมือนกัน แต่ระยะเวลาต่างกัน รายแรกใช้เวลา 3 ชั่วโมง และมีภาวะทรุดลงระหว่างส่งต่อ แต่มีการเฝ้าระวังอาการทางระบบประสาทอย่างใกล้ชิด ทำให้วินิจฉัยภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงได้ทันเวลาที่ ได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอ และดูแลการหายใจ

อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย สามารถเข้าถึงระบบ CT scan ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชน มีระบบ Miracle cloud สามารถส่งปรึกษาประสาทศัลยแพทย์ เพื่อตัดสินใจ และสั่งการรักษาได้อย่างรวดเร็วทันเวลาที่ การรักษาด้วยการให้ยาต้านชัก, ยา Antifibrinolytic, ยาลดความดันภายในกะโหลกศีรษะ และได้รับการผ่าตัดสมองตั้งแต่ห้องฉุกเฉินทั้ง 2 ราย หลังผ่าตัด ผู้ป่วยอาการดีขึ้น จำหน่ายกลับบ้าน ระยะเวลาอนโรงพยาบาล 13 และ 14 วันตามลำดับ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความรุนแรงของการบาดเจ็บมากกว่า จึงยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด ดังนั้นผู้ดูแลต้องได้รับการสอนและฝึกปฏิบัติ การดูแลเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน รายที่ 2 ได้รับการผ่าตัด

ครั้งที่ 2 เนื่องจากมีเลือดออกซ้ำ แต่ผู้ป่วย ก็สามารถฟื้นตัวกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

สรุป

ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง และมีภาวะการบาดเจ็บต่อสมองระยะที่ 2 เหมือนกัน ได้รับการผ่าตัดสมองตั้งแต่ห้องฉุกเฉินทั้ง 2 ราย หลังผ่าตัด ผู้ป่วยอาการดีขึ้น แพทย์ลงความเห็นให้กลับบ้าน ดังนั้นในการดูแลรักษาผู้ที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะรุนแรงในห้องฉุกเฉินจึงมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและไม่ให้สมองเสียหายป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ ในทุกระยะของการดูแลจะช่วยให้สามารถรวบรวมข้อมูล ค้นหาปัญหาตั้งข้อวินิจฉัยปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข,สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ. (พิมพ์ครั้งที่ 1),บริษัทพรอสเพอริสพลัสจำกัด,2562.
2. Global status report on road safety 2023 [Internet]. [cited 2024 Feb 20]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240086517>
3. เวชระเบียนโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. สถิติผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ปี พ.ศ.2563-2565. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2565.

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อค : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing care for patients with septic shock : 2 cases study

พิชญา วงศ์พิมล

Pitchaya Wongpimon

Email: may-pitch@hotmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อค กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา: เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อค จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ช่วงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง กันยายน พ.ศ. 2567 โดยเป็นการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกตอาการ การวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบ พยาธิสภาพและอาการแสดงของผู้ป่วย การรักษา ประเมินปัญหาทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะวิกฤติ ระยะฟื้นฟูและดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยรายที่ 1 ชายไทยอายุ 47 ปี อาการแรกเริ่มมีไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกายก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน การวินิจฉัยแรกเริ่มคือ ช็อคการติดเชื้อร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว มีการคัดกรองเข้าสู่ระบบช่องทางด่วน sepsis ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกเริ่ม ดูแลติดตามประเมินภาวะช็อคและภาวะการหายใจล้มเหลว อย่างใกล้ชิด การพยาบาลขณะผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจร่วมกับภาวะช็อค มีภาวะช็อคและเกล็ดเลือดต่ำ ได้รับยา Levophed (8:100) ทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ได้รับเลือดจำนวน 2 ยูนิต เกล็ดเลือด 3 ยูนิต พลาสมา 2 ยูนิต ผู้ป่วยพ้นภาวะช็อคสามารถหยุดยา Levophed ได้ภายใน 3 วัน ถอดท่อช่วยหายใจได้ รวมวันนอนโรงพยาบาล 8 วัน ผู้ป่วยรายที่ 2 ชายไทย อายุ 64 ปี อาการแรกเริ่มมีไข้สูง หายใจหอบเหนื่อย ถ่ายอุจจาระเหลว 3 ครั้ง คลื่นไส้อาเจียนก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน การวินิจฉัยแรกเริ่มพบผู้ป่วยมีปอดอักเสบ มีช็อคจากการติดเชื้อ ไตวายเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อคและภาวะการหายใจล้มเหลวอย่างใกล้ชิด ทั้งการดูแลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจที่มีภาวะช็อคร่วมกับมีภาวะไตวายเฉียบพลันและภาวะเลือดเป็นกรด ได้รับยา Levophed (8:100) ทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เฝ้ารอภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดูแลการได้รับสารน้ำทุก 1 ชั่วโมง และการบันทึกน้ำเข้าออกทุก 8 ชั่วโมง จนผู้ป่วยพ้นภาวะช็อคสามารถหยุดยา Levophed ได้ภายใน 2 วัน สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ รวมวันนอนโรงพยาบาล 5 วัน

สรุป: จากการประเมินผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติและการให้การพยาบาลอย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพและทันท่วงทีจะสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคและสามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อคได้ซึ่งจะเห็นว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงการจำหน่าย

คำสำคัญ: การพยาบาล, ผู้ป่วย, การติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อค

Abstract

Objective: To study nursing care for patients with septic shock a 2 cases study.

Methods: This is a case study of 2 patients with septic shock who were admitted to the Medical Intensive Care Unit 1 at Roi Et hospital from October 2023 to September 2024 by purposive sampling. Tools used to collect data were data medical recorded from, interviewing relatives and observing symptoms. Data analysis, comparison of pathology and symptoms of patients, treatment, and evaluation of nursing problems using the concepts of Gordon's 11 health models, divided into 3 phases: the critical phase, the rehabilitation and continuing care phase, and the discharge planning phase.

Results: Patient 1 is a 47-year-old Thai man. The first symptoms he received were a high fever, headache and body aches 1 day before coming to the hospital. The first diagnosis was septic shock with respiratory failure. There was a screening into the fast track sepsis system. The first 24 hours, there is close monitoring and evaluation for shock and respiratory failure including caring for patients on a ventilator who are in shock along with anemia and low platelets, Levophed (8 : 100) was given through a central venous catheter, receive LPRC blood 2 units, SDP platelets 3 units, FFP 2 units. The patient is out of shock and can stop taking Levophed within 3 days and can remove the endotracheal tube. Total length of stay 8 days. The second patient was a 64-year-old Thai man. His first symptom was a high fever, dyspnea, diarrhea 3 times, nausea and vomiting 1 day before coming to the hospital, the first diagnosis was Pneumonia with septic shock with AKI with respiratory failure. There was a screening into the fast track sepsis system. The first 24 hours, there was follow-up care and assessment of shock and respiratory failure close up including caring for patients on a ventilator who are in shock along with acute kidney failure and metabolic acidosis, Levophed (8:100) was given through a central venous catheter. Nursing care of preventing for complications, Nursing care of fluid intake every 1 hour and record intake-output every 8 hours until the patient is out of shock and can stop taking Levophed within 2 days and can remove the endotracheal tube. Total length of stay 5 days.

Conclusions: By evaluating patients in critical condition and providing appropriate, efficient and timely nursing care, for reduce the severity of the disease and can reduce the death rate in patients with bloodstream infections who are in shock. It can be seen that nurses was important role in helping patients from the first admission until discharge.

Keywords: Nursing care, Patients, Septic shock

Corresponding author: Email: may-pitch@hotmail.com

Received: November 29, 2023; **Accepted:** January 15, 2024

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญในระบบสาธารณสุข พบว่าอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น ซึ่งการติดเชื้อและกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกายที่รุนแรงทำให้เกิดภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic Shock) ทำให้เกิดหลายระบบในร่างกายทำงานล้มเหลว และเสียชีวิตได้ในที่สุด⁽¹⁾ พบว่าอัตราการเสียชีวิตสูงติด 1 ใน 5 ของอัตราการเสียชีวิตทั่วโลก โดยพบว่า มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 20 - 30 ล้านรายทั่วโลก และทุก 1 ชั่วโมง จะมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 1,000 ราย หรือ 24,000 รายต่อวันนับเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตลำดับต้นๆ ของประชากรทั่วโลก⁽²⁾ และในประเทศไทยจากข้อมูลศูนย์สนับสนุนการจัดการบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข Health Data Center (HDC) พบว่าอัตราเสียชีวิตยังสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด จากสถิติข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ.2563-2565 พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมด จำนวน 75,209 ราย 72,647 ราย และ 79,088 ราย ตามลำดับผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired จำนวน 24,002 ราย 24,765 ราย และ 27,960 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราตายอยู่ที่ ร้อยละ 31.91, 34.09 และ 35.35 ตามลำดับ⁽³⁾

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นภาวะที่เกิดขึ้นจากปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย Systemic Infection Response Syndrome (SIRS) เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีการอักเสบแพร่กระจายทั่วไปในร่างกาย โดยมีสาเหตุการติดเชื้อ หรือมี inflammatory stimuli อื่นๆ เช่น ตับอ่อนอักเสบ การบาดเจ็บรุนแรง burn และอื่นๆ ในการวินิจฉัยภาวะ SIRS ผู้ป่วยจะต้องมีอาการทางคลินิก ดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 2 ข้อ 1) อุณหภูมิมากกว่า 38.0 °C หรือ น้อยกว่า 36.0 °C 2) อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 90 ครั้ง/นาที 3) อัตราการหายใจมากกว่า 20 ครั้ง/นาที หรือ PaCO₂ น้อยกว่า 32

มม.ปรอท 4) เม็ดเลือดขาวมากกว่า 12,000 เซลล์/ลบ.มม. หรือน้อยกว่า 4,000 เซลล์/ลบ.มม. หรือมีเม็ดเลือดขาวชนิด band form มากกว่า ร้อยละ 10 สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย ภาวะ Severe sepsis หรือ Septic shock ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ Organ dysfunction ร่วมกับมีภาวะ hypotension ต้องได้รับการรักษาโดยใช้ยา vasopressors ในการ maintain MAP \geq 65 mmHg และมีค่า serum lactate level $>$ 2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม และทำให้เกิดหลายระบบในร่างกายทำงานล้มเหลว (multiple organ failure) และเสียชีวิตได้ในที่สุด⁽⁴⁾ ส่วนการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไป ซึ่งโรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้นำเครื่องมือที่ใช้ (sepsis screening tools) คือ qSOFA ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป และ SOS score (search out severity) ตั้งแต่ 4 ข้อ ขึ้นไป แนวทางในการจัดการการรักษา ได้แก่ การเริ่มให้การรักษาทันทีตามแนวทาง early goal-directed therapy (EGDT) ใน 6 ชั่วโมงแรก และการดูแลใน 24 ชั่วโมง โดยใช้ care bundle เป้าหมายการรักษาเบื้องต้นคือ ความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ (Mean Arterial Pressure $>$ 65 mmHg) ภายใน 1 ชั่วโมง ปัสสาวะออกตามเกณฑ์ที่เหมาะสม (Urine output $>$ 0.5 ml/kg/hr.) ภายใน 3 ชั่วโมง แก้ไขภาวะเนื้อเยื่อทั่วร่างกายขาดออกซิเจน (Blood lactate ลดลงอย่างน้อย 10%) ภายใน 3 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดอัตราการเสียชีวิตให้มากที่สุด

จากสถิติข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired 3 ปี ย้อนหลังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ใน ปี พ.ศ.2563- 2565 พบผู้ป่วย จำนวน 1,519 ราย 1,901 ราย และ 2,469 ราย ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired จำนวน 695 ราย 894 ราย และ 1,242 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราตายอยู่ที่

ร้อยละ 45.75, 47.03 และ 50.30 ตามลำดับ⁽¹⁾ จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มสูงขึ้น และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยเป็นอันดับต้นๆ ของแผนกอายุรกรรม โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเป็นผู้ป่วยสูงอายุและมีปัจจัยเสี่ยงร่วมอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยมะเร็ง เป็นต้น ซึ่งการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการประเมิน และวินิจฉัย และให้การดูแลรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และทันท่วงที เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิต และลดโอกาสการเกิดภาวะทุพพลภาพมากขึ้น

นอกจากนั้นพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ตลอด 24 ชั่วโมง และต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย เป้าหมายที่สำคัญในการพยาบาล ได้แก่ การให้การพยาบาลในระยะวิกฤต เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองได้ พยาบาลจึงมีบทบาทในการประเมินติดตาม เฝ้าระวังอาการ อาการเปลี่ยนแปลง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและวางแผนให้การปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมตามปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อป้องกันอาการที่รุนแรงมากขึ้นจนถึงเสียชีวิต ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ โดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (functional health pattern) ของกอร์ดอน ผสมผสานกับศิลปะการพยาบาล รวมถึงเทคนิคการแก้ปัญหาและกระบวนการตัดสินใจในการประเมินสภาพผู้ป่วย เพื่อให้ได้การวินิจฉัยและกำหนดเป้าหมายของผู้ป่วย มีการใช้แผนปฏิบัติการและประเมินผลการตอบสนองของผู้ป่วย ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อก เพื่อพัฒนาการพยาบาลเฉพาะด้านการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อก เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อก กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อก จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 (MICU1) โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ช่วงเดือน กันยายนถึง ตุลาคม พ.ศ. 2566 โดยเป็นการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย 2) การสัมภาษณ์ญาติและผู้ป่วย 3) การสังเกตอาการ 4) การวิเคราะห์ข้อมูล 5) เปรียบเทียบพยาธิสภาพและอาการแสดงของผู้ป่วย การรักษา ประเมินปัญหาทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะวิกฤติ ระยะฟื้นฟูและดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยรายที่ 1 กรณีศึกษาผู้ป่วย ชายไทย อายุ 47 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย อาชีพรับจ้างทั่วไป สถานภาพสมรสคู่ น้ำหนัก 65 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร ปฏิเสธโรคประจำตัวใดๆ มาโรงพยาบาล วันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ. 2566 เวลา 15.00 น. ด้วยอาการไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีไข้ ปวดตามร่างกายชื้อยาที่ร้านขายยามารับประทานเอง 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย มากขึ้นญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลโพหนอง แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารรู้เรื่อง ประเมินคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ประเมินว่ามีภาวะ SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome) SOS score

มากกว่า 4 คะแนน ได้รับไว้ในโรงพยาบาลและให้การ รักษาตามแนวทางผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด คือ เจาะ เลือดส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm. vein ขณะ พักรักษาตัวผู้ป่วยมีอาการไข้สูง หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 126 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 32 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 86/50 มิลลิเมตรปรอท วัดออกซิเจนปลายนิ้ว ได้ (O_2 Sat) 76 % แพทย์ตรวจเย็บมอการพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ 7.5 ซีต 22 On Ventilator ดูแลให้ สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9%NSS 1,000 ml vein load 2,000 ml then 120 cc/hr. ได้รับยากระตุ้นหัวใจ Levophed 8 mg +5%DW 100 ml vein drip 10 ml/hr.ทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (เพิ่ม/ลด ทีละ 3-5 ml /hr ทุก 10 นาที) เพื่อ keep BP \geq 90/60 mmHg /MAP $>$ 65 mmHg การวินิจฉัยแรกรับเป็น septic shock with Respiratory failure จึงส่งต่อ เพื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

แรกรับที่ตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีการคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ Fast track sepsis ผู้ป่วยรู้สึกตัว รู้เรื่อง เรียกลิ้มตา ประเมิน Glasgow coma scale (GCS) ได้ 9 คะแนน ($E_3V_1M_6$) สัญญาณชีพชัดเจน อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 116 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 89/59 มิลลิเมตรปรอท วัดออกซิเจน ปลายนิ้วได้ (O_2 Sat) 96 % คาท่อช่วยหายใจและใส่ เครื่องช่วยหายใจไว้ ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ชนิด 0.9% NSS 1,000 ml vein load 1000 ml then 120 cc/hr. Total load 3,000 ml ดูแลตรวจคลื่นไฟฟ้า หัวใจ เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่งตรวจ Chest x-ray ดูแลใส่คาสายสวนปัสสาวะ แพทย์พิจารณา ให้เข้ารับการรักษาต่อที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 (MICU1)

แรกรับที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ผู้ป่วยรู้สึก ตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ประเมิน GCS ได้ $E_3V_1M_6$ ขนาดรูม่านตา 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดี คาท่อหลอดลมคอ ขนาดเบอร์ 7.5 ซีต 20 เซนติเมตร

ต่อด้วยเครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรกำหนดรอบไว้ P - CMV Mode Pressure control 16 CmH₂O Respiratory rate 18 ครั้งต่อนาที Ti 1.0 วินาที PEEP 10 CmH₂O FiO₂ 1.0 % ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่อง ช่วยหายใจดี ไม่มีอาการหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการเขียวตามปลายมือปลาย เท้า วัด O_2 Sat 98 - 100 % ดูแลพักผ่อนบนเตียง ให้ สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9 %NSS 1,000 ml vein drip 120 ml/hr. ได้รับยากระตุ้นหัวใจ Levophed 8 mg +5%DW 100 ml vein drip 10 ml/hr. ทาง สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (เพิ่ม/ลดทีละ 3-5 ml /hr ทุก 10 นาที) เพื่อ keep BP \geq 90/60 mmHg /MAP $>$ 65 mmHg ให้ยาปฏิชีวนะ Meropenam 2 gm. vein stat then 1 gm vein ทุก 8 ชั่วโมง ระหว่างที่เข้าการ รักษาที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ผู้ป่วยมีภาวะซีดและ เกล็ดเลือดต่ำ HCT = 23 vol% Platelets count = 18,000 cell/mm³ ผลPT/PTT prolong ได้รับเลือด ชนิด LPRC 2 unit เกล็ดเลือดชนิด SDP 3 unit FFP 2 unit วันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ. 2566 HCT =28 vol% Platelets count = 177,000 cell/mm³ ผล PT/PTT ปกติ มีการประเมินทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะ แทรกซ้อนต่างๆ ดูแลการได้รับสารน้ำทุก 1 ชั่วโมง และการบันทึกน้ำเข้า-น้ำออกทุก 8 ชั่วโมง จนผู้ป่วยพ้นภาวะ ซ็อกสามารถหยุดยา Levophed ได้ภายใน 3 วัน ติดตาม ระดับน้ำตาลในเลือดได้ 91 -122 mg% ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ทางสายยางได้ สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้และ ย้ายกลับหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 วันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ. 2566 เวลา 14.00 น. ขณะเข้ารับการรักษาได้ วางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลผู้ป่วย ครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจสังคมและจิต วิญญาณ รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยที่ 1 มีภาวะซ็อกเนื่องจากติดเชื้อใน กระแสเลือดรุนแรง

ข้อวินิจฉัยที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากการระบายอากาศไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อวินิจฉัยที่ 3 มีภาวะช็อค

ข้อวินิจฉัยที่ 4 เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่าย เนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำและกลไกการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

ข้อวินิจฉัยที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypo-Hyperglycemia เนื่องจากร่างกายควบคุมระดับน้ำตาลบกพร่อง

ข้อวินิจฉัยที่ 6 เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อร่างกายเนื่องจากแบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงร่วมกับภาวะ Hypermetabolism

ข้อวินิจฉัยที่ 7 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนและกล้ามเนื้อช่วยหายใจอ่อนล้าจากการหยา เครื่องช่วยหายใจ

ข้อวินิจฉัยที่ 8 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ (แผลกดทับ ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ Hypostatic Pneumonia) เนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

ข้อวินิจฉัยที่ 9 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและโรคที่คุกคามต่อชีวิต

หลังจากให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลแล้วอาการของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ สามารถเริ่มฝึกหยาเครื่องช่วยหายใจและสามารถเอาท่อช่วยหายใจออกได้ ดูแลย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 วันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ. 2566 เวลา 14.00 น. ผู้ป่วยหายใจเองได้ดีไม่มีอาการหอบเหนื่อย สามารถไอขับเสมหะได้มีอาการเจ็บคอเล็กน้อย สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันเอง รับประทานอาหารได้ดี อาการดีขึ้นตามลำดับ ได้รับการพยาบาลก่อนจำหน่ายแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและให้ความร่วมมือด้วยดี แพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ. 2566 เวลา 14.00 น. รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 8 วัน

ผู้ป่วยรายที่ 2 กรณีศึกษาผู้ป่วย ชายไทย อายุ

64 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย อาชีพทำนา สถานภาพสมรสคู่ น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร ปฏิเสธโรคประจำตัวใดๆ มาโรงพยาบาล วันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ. 2566 เวลา 22.00 น. ด้วยอาการ ไข้สูง หายใจหอบเหนื่อย ถ่ายอุจจาระเหลว 3 ครั้ง คลื่นไส้ อาเจียน ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลหนองพอก แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารรู้เรื่อง ประเมินคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ประเมินว่ามีภาวะ SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome) SOS score มากกว่า 4 คะแนน ได้รับไว้ในโรงพยาบาลและให้การรักษาตามแนวทางผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด คือ เจาะเลือดส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้ยาปฏิชีวนะ Fortum 2 gm. vein ทุก 8 ชั่วโมง ขณะพักรักษาตัวผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียสชีพจร 86 ครั้งต่อนาทีอัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 78/47 มิลลิเมตรปรอท วัดออกซิเจนปลายนิ้วได้ (O₂Sat) 86 % แพทย์ตรวจเย็บมอการพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ 7.5 ซิต 22 On Ventilator CXR พบ Infiltration RLL ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9%NSS 1,000 ml vein load 3,500 ml then 80 cc/hr. ได้รับยากระตุ้นหัวใจ Levophed 8 mg +5%DW 500 ml vein drip 40 ml/hr. (เพิ่ม/ลดทีละ 3-5 ml /hr ทุก 10 นาที) เพื่อ keep BP \geq 90/60 mmHg /MAP $>$ 65 mmHg Retained Foley's catheter ปัสสาวะออก 250 ml สีเหลืองฟาง งดน้ำและอาหาร การวินิจฉัยแรกเริ่มเป็น Pneumonia with septic shock with AKI with Respiratory failure จึงส่งต่อเพื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

แรกเริ่มที่ตีอกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีการคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ Fast track sepsis ผู้ป่วยรู้สึกตัวรู้เรื่อง เรียกลืมตา ประเมิน Glasgow coma scale (GCS) ได้ 9 คะแนน (E₃V₁M₀) สัญญาณชีพชัดเจนดี

อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียสชีพจร 100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 83/57 มิลลิเมตรปรอท วัดออกซิเจนปลายนิ้วได้ (O₂Sat) 96 % ค่าท่อช่วยหายใจและใส่เครื่องช่วยหายใจไว้ ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ชนิด 0.9% NSS 1,000 ml vein drip 100 cc/hr. ดูแลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่งตรวจ Chest x-ray แพทย์พิจารณาให้เข้ารับการ รักษาต่อที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 (MICU1)

แรกรับที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ประเมิน GCS ได้ E₃ V₃ T₆ M₆ ขนาดรูม่านตา 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดี ค่าท่อหลอดลมคอ ขนาดเบอร์ 7.5 ซีด 22 เซนติเมตร ต่อด้วยเครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรกำหนดรอบไว้ P - CMV Mode Pressure control 18 CmH₂O Respiratory rate 16 ครั้งต่อนาที Ti 1.0 วินาที PEEP 5 CmH₂O FiO₂ 0.4% ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ไม่มีอาการหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการเขียวตามปลายมือปลายเท้าตรวจวัด O₂Sat 98 - 100 % ดูแลพักผ่อนบนเตียง ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9 %NSS 1,000 ml vein drip 100 ml/hr. ได้รับยากระตุ้นหัวใจ Levophed 8 mg +5%DW 500 ml vein drip 40 ml/hr. แพทย์พิจารณา On Central line เปลี่ยน Levophed 8 mg +5%DW 100 ml vein drip 20 ml/hr. ทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (เพิ่ม/ลดทีละ 3-5 ml /hr ทุก 10 นาที) เพื่อ keep BP ≥90/60 mmHg/MAP >65 mmHg ให้ยาปฏิชีวนะ Meropenam 2 gm. vein stat then 1 gm vein ทุก 8 ชั่วโมง ระหว่างที่เข้าการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ผู้ป่วยมีภาวะไตวายเฉียบพลันและภาวะ Metabolic acidosis, Hyperkalemia ดูแลให้ยา Kalimate 30 gm ผสมน้ำ 50 ml ทั้งหมด 3 dose มีการประเมินทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดูแลการได้รับสารน้ำทุก 1 ชั่วโมง และการบันทึกน้ำเข้า-น้ำออกทุก 8 ชั่วโมง จนผู้ป่วยพ้นภาวะช็อคสามารถหยุดยา Levophed ได้ภายใน 2 วัน ระดับอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายปกติ

ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดได้ 100 -135 mg% ผู้ป่วยรับอาหารทางสายยางได้ สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ และย้ายกลับหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 วันที่ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2566 เวลา 14.00 น. ขณะเข้ารับการรักษาคือวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายจิตใจสังคมและ จิตวิญญาณรวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยที่ 1 มีภาวะช็อคเนื่องจากติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง

ข้อวินิจฉัยที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการระบายอากาศไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อวินิจฉัยที่ 3 มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและระดับอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง

ข้อวินิจฉัยที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypo-Hyperglycemia เนื่องจากร่างกายควบคุมระดับน้ำตาลบกพร่อง

ข้อวินิจฉัยที่ 5 เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อร่างกายเนื่องจากแบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงร่วมกับภาวะ Hypermetabolism

ข้อวินิจฉัยที่ 6 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนและกล้ามเนื้อช่วยหายใจอ่อนล้าจากการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

ข้อวินิจฉัยที่ 7 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ (แผลกดทับ ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ Hypostatic Pneumonia) เนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

ข้อวินิจฉัยที่ 8 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและโรคที่คุกคามต่อชีวิต

หลังจากให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลแล้วอาการของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ สามารถเริ่มฝึกหย่าเครื่องช่วยหายใจและสามารถเอาท่อช่วยหายใจออกได้ ดูแลย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 วันที่ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2566 เวลา 14.00 น. ผู้ป่วย

หายใจเองได้ดีไม่มีอาการหอบเหนื่อย สามารถไอขับเสมหะได้มีอาการเจ็บคอเล็กน้อย สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันเอง รับประทานอาหารได้ดี อาการดีขึ้นตามลำดับ ได้รับการพยาบาลก่อนจำหน่ายแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง การรับประทานยาและอาหาร การออกกำลังกาย ผู้ป่วย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย

และญาติเข้าใจและให้ความร่วมมือด้วยดี แพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ. 2566 เวลา 14.00 น. รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 5 วัน ตารางที่ 1 ตารางที่ 2 และตารางที่ 3

เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย	กรณีศึกษา 1	กรณีศึกษา 2
ข้อมูลทั่วไป	ชายไทย อายุ 47 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย อาชีพรับจ้างทั่วไป สถานภาพสมรสคู่ ภูมิลำเนาอำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด	ชายไทย อายุ 64 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย อาชีพทำนา สถานภาพสมรสคู่ ภูมิลำเนาอำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน	ไข้สูง หายใจหอบเหนื่อย ถ่ายอุจจาระเหลว 3 ครั้ง คลื่นไส้ อาเจียน ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน
การวินิจฉัยโรค	septic shock with Respiratory failure	Pneumonia with septic shock-with AKI with Respiratory failure
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีไข้ ปวดตามร่างกาย ซึ่อยู่ที่ร้านขายยามารับประทานเอง 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกายมากขึ้น ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลโพนทอง และส่งตัวมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด	1 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีไข้สูง หายใจหอบเหนื่อย ถ่ายอุจจาระเหลว 3 ครั้ง คลื่นไส้ อาเจียน ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลหนองพอกและส่งตัวมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิสโรโรคประจำตัวใดๆ	ปฏิสโรโรคประจำตัวใดๆ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อค

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะก่อนย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1	ข้อวินิจฉัยที่ 1 มีภาวะช็อคเนื่องจากติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง ข้อวินิจฉัยที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการระบายอากาศไม่มีประสิทธิภาพ	ข้อวินิจฉัยที่ 1 มีภาวะช็อคเนื่องจากติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง ข้อวินิจฉัยที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการระบายอากาศไม่มีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะซ็อก (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะเข้ารับการรักษา หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1	<p>ข้อวินิจฉัยที่ 1 มีภาวะซ็อกเนื่องจากติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง</p> <p>ข้อวินิจฉัยที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการระบายอากาศไม่มีประสิทธิภาพ</p> <p>ข้อวินิจฉัยที่ 3 มีภาวะช็อค</p> <p>ข้อวินิจฉัยที่ 4 เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำและกลไกการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ</p> <p>ข้อวินิจฉัยที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypo-Hyperglycemia เนื่องจากร่างกายควบคุมระดับน้ำตาลบกพร่อง</p> <p>ข้อวินิจฉัยที่ 6 เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อร่างกายเนื่องจากแบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงร่วมกับภาวะ Hypermetabolism</p> <p>ข้อวินิจฉัยที่ 7 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนและกล้ามเนื้อช่วยหายใจอ่อนล้าจากการหย่าเครื่องช่วยหายใจ</p> <p>ข้อวินิจฉัยที่ 8 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน ๆ (แผลกดทับ ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ Hypostatic Pneumonia) เนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว</p>	<p>ข้อวินิจฉัยที่ 1 มีภาวะซ็อกเนื่องจากติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง</p> <p>ข้อวินิจฉัยที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการระบายอากาศไม่มีประสิทธิภาพ</p> <p>ข้อวินิจฉัยที่ 3 มีภาวะไม่สมดุลย์ของสารน้ำและระดับอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายเนื่องจากระสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง</p> <p>ข้อวินิจฉัยที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypo-Hyperglycemia เนื่องจากร่างกายควบคุมระดับน้ำตาลบกพร่อง</p> <p>ข้อวินิจฉัยที่ 5 เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อร่างกายเนื่องจากแบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงร่วมกับภาวะHypermetabolism</p> <p>ข้อวินิจฉัยที่ 6 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนและกล้ามเนื้อช่วยหายใจอ่อนล้าจากการหย่าเครื่องช่วยหายใจ</p> <p>ข้อวินิจฉัยที่ 7 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน ๆ เนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว</p>
ระยะก่อนย้ายไปหอผู้ป่วย สามัญและจำหน่าย กลับบ้าน	<p>ข้อวินิจฉัยที่ 1 เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก</p> <p>ข้อวินิจฉัยที่ 2 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและโรคที่คุกคามต่อชีวิต</p>	<p>ข้อวินิจฉัยที่ 1 เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก</p> <p>ข้อวินิจฉัยที่ 2 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและโรคที่คุกคามต่อชีวิต</p>

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยตามตัวชี้วัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ตัวชี้วัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2
1. ปฏิบัติตาม CPG Sepsis fast track โรงพยาบาลร้อยเอ็ด	รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน มีการใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และผู้ป่วยเข้าระบบ Fast track sepsis	รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน มีการใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและผู้ป่วยเข้าระบบ Fast track sepsis
2. การคัดกรองค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็ว โดยใช้เครื่องมือประเมิน	ประเมินคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ ประเมินว่ามีภาวะ SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome) SOS score มากกว่า 4 คะแนน ได้รับไว้ในโรงพยาบาลและให้การรักษาทตามแนวทางผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด	ประเมินคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ ประเมินว่ามีภาวะ SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome) SOS score มากกว่า 4 คะแนน ได้รับไว้ในโรงพยาบาลและให้การรักษาทตามแนวทางผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือด
3. การเจาะเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อ 2 ขวดก่อนเริ่มให้ยาต้านจุลชีพ	45 นาที หลังจากได้รับการวินิจฉัยภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดหลังเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลชุมชน	30 นาที หลังจากได้รับการวินิจฉัยภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดหลังเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลชุมชน
4. การได้รับยาต้านจุลชีพภายใน 1 ชั่วโมง (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย)	50 นาที หลังได้รับการวินิจฉัยได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm. vein	45 นาที หลังได้รับการวินิจฉัยได้รับยาปฏิชีวนะ Fortum 2 gm. vein ทุก 8 ชั่วโมง
5. การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 30 ml/kg (1.5 ml สำหรับผู้ใหญ่) ใน 1 ชั่วโมงแรก	ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1,000 ml vein load 3,000 ml then 120 cc/hr.	ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1,000 ml vein load 3,500 ml then 80 cc/hr.
6. ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤต (ระดับการดูแล 2-3) เป็นต้น ภายใน 3 ชั่วโมงหลังได้รับการวินิจฉัย	ได้รับยากระตุ้นหัวใจ Levophed 8 mg +5% DW 100 ml vein drip 10 ml/hr. ทางสายสวน หลอดเลือดดำ	ได้รับยากระตุ้นหัวใจ Levophed 8 mg +5% DW 500 ml vein drip 40 ml/hr. (เพิ่ม/ลดทีละ 3-5 ml /hr ทุก 10 นาที)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยตามตัวชี้วัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและผลลัพธ์ทางการพยาบาล (ต่อ)

ตัวชี้วัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2
	ส่วนกลาง (เพิ่ม/ลดทีละ 3-5 ml /hr ทุก 10 นาที) เพื่อ keep BP $\geq 90/60$ mmHg /MAP >65 mmHg จากโรงพยาบาลชุมชน ส่งต่อเข้าระบบ Fast track sepsis admit ที่หอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม 1	เพื่อ keep BP $\geq 90/60$ mmHg / MAP >65 mmHg จากโรงพยาบาลชุมชนส่งต่อเข้าระบบ Fast track sepsis admit ที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม1
7. ระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล	- ระยะเวลารักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 7 วัน - ระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งหมด 8 วัน	- ระยะเวลารักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 4 วัน - ระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทั้งหมด 5 วัน
8. ภาวะแทรกซ้อน	ผู้ป่วยมีภาวะหายใจล้มเหลว ภาวะช็อคและเกล็ดเลือดต่ำกลไก การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ	ผู้ป่วยมีภาวะหายใจล้มเหลว ภาวะไตวายเฉียบพลันและภาวะ Metabolic acidosis Hyperkalemia
9. ผลลัพธ์ทางการพยาบาลเมื่อจำหน่าย	จำหน่ายทุเลา มีชีวิต	จำหน่ายทุเลา มีชีวิต

อภิปราย

กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อคทั้ง 2 ราย ได้มีการคัดกรองและประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยโดยปฏิบัติตาม CPG Sepsis fast track โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดตามนโยบาย service plan กระทรวงสาธารณสุข เริ่มตั้งแต่การใช้เครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วย (SIRS) รวมทั้งการใช้ SOS score เพื่อประเมินและรายงานแพทย์ทันที เพื่อประเมินซ้ำ ดูแลให้รักษาพยาบาลภายใน 1 ชั่วโมง ได้แก่ การส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อ การได้รับยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม รวดเร็ว ภายใน 1 ชั่วโมง ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่าง

เพียงพอ รวมทั้งการให้ยา Levophed เพื่อ keep BP $\geq 90/60$ mmHg /MAP >65 mmHg การวินิจฉัยโรคได้รวดเร็ว การวางแผนการดูแลถูกต้องทันที่ช่วยให้ผู้ป่วยให้พ้นระยะช็อคอย่างรวดเร็ว กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีภาวะช็อคร่วมกับภาวะการหายใจล้มเหลวต้องดูแลอย่างใกล้ชิด กรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะช็อคและเกล็ดเลือดต่ำร่วมด้วย ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะไตวายเฉียบพลันและภาวะ Metabolic acidosis ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อร่วมกับภาวะการหายใจล้มเหลว ช่วยให้อัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน พยาบาลต้องมีความรู้และความเข้าใจในการใช้ Protocol การดูแล

ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อก มีทักษะในการประเมินผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุม ปัญหาของผู้ป่วย การประเมินซ้ำ พร้อมทั้งมีความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาความเสี่ยงสูง และการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จะช่วยให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

สรุป

พยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อก เป็นภาวะฉุกเฉินและวิกฤติซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและอัตราการตาย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อนำสู่การปฏิบัติตาม CPG Sepsis fast track และการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง จำเป็นต้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ พยาธิสรีรวิทยา ภาวะช็อกการประเมินสภาพผู้ป่วย การรายงานแพทย์เมื่ออาการผิดปกติ การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการประเมิน และวินิจฉัย และให้การดูแลรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และทันท่วงที เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิต และลดโอกาสการเกิดภาวะทุพพลภาพมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่อนุญาตให้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการวิจัย ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม 1 โรงพยาบาลร้อยเอ็ดทุกท่าน ที่มีส่วนช่วยให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองบริหารการสาธารณสุข. คู่มือสำหรับประชาชน เรื่องเซ็ปซิส (Sepsis) (internet).2562 (เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2566). เข้าถึงได้จาก : <https://phdb.moph.go.th/main/index/downloadlist/53/2>
2. คณะแพทยศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. คู่มือแนวทางการรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis/septic shock (internet). 2560 (เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2566). เข้าถึงได้จาก: <http://www2.si.mahidol.ac.th/km/knowledgeas-sets/sirirajknowledge/ sepsis/3545>
3. กระทรวงสาธารณสุข Health Data Center: HDC. (2566) รายงานข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาอายุรกรรม. เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2566. เข้าถึงได้จาก : hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php
4. นนทรัตน์ จำเริญวงศ์, สุพรรณิการ์ ปิยะรักษ์, ชยธิดา ไชยวงษ์. การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มี ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข ภาคใต้ 2563;7(3):319-29.

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดตับและท่อน้ำดี : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing care of Cholangiocarcinoma patients with Liver and Bile duct surgery : 2 cases study

จิรัฐดา อธิรัตน์

Jeerisuda Ittarat

Email: paewtcl345@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดตับและท่อน้ำดี กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา: การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดตับและท่อน้ำดี จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 15 พฤศจิกายน 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ดูแลและการสังเกตอาการ การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบพยาธิสภาพและอาการแสดงของผู้ป่วย การรักษา ประเมินปัญหาทางการพยาบาลด้วยแผนสุขภาพ 11 แบบของกอร์ดอน โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟูและดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นมะเร็งท่อน้ำดี ระยะที่ 3-4 รายที่ 1 เพศชาย อายุ 66 ปี มาด้วยอาการปวดขาขวา ปวดเอว มีไข้ ค้นตามตัว ตรวจพบเนื้องอกที่ด้านขวาของตับ 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ไม่มีโรคประจำตัว ได้รับการผ่าตัดตับร่วมกับตัดถุงน้ำดีและต่อมน้ำเหลือง หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูง ปัสสาวะออกน้อย และมีไข้ ได้ยาปฏิชีวนะ อาการดีขึ้น จำหน่ายทุเลา รายที่ 2 เพศชาย อายุ 87 ปี มีโรคร่วม คือ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง มาด้วยอาการอ่อนเพลีย มีไข้ รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลด 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ตรวจพบเนื้องอกที่ด้านขวาของตับ ได้รับการผ่าตัดตับร่วมกับตัดต่อมน้ำเหลือง ตัดกระบังลมและปอดขวาด้านล่าง หลังผ่าตัดมีความดันโลหิตต่ำ มีภาวะช็อค ได้เลือด 2 ยูนิต พลาสมา 2 ยูนิต มีไข้ ได้ยาปฏิชีวนะ อาการดีขึ้น จำหน่ายทุเลา

สรุป: พยาบาลหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมมีบทบาทสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับหลังผ่าตัด โดยเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพซึ่งจะสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดตับและท่อน้ำดี และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

คำสำคัญ: การพยาบาล, มะเร็งท่อน้ำดี, ผ่าตัด, ตับและท่อน้ำดี

Abstract

Objective: To study nursing care of cholangiocarcinoma patients with liver and bile duct surgery, 2 cases study.

Methods: A comparative study of the 2 cases study of cholangiocarcinoma patients at Roi Et Hospital during October 2023 to November 2023. All data were collected from medical records, interviews their caregiver, observation, analyzed data, compared the physical and symptoms of patients, evaluation the nursing care problem followed 11 planed of Gordon scheme and divide into 3 phase included critical time, rehabilitation periods, and discharge planning. Critical time, rehabilitation periods, and discharge planning.

Results: This 2 cases study had of cholangiocarcinoma, stages 3-4. The first case, male was male age 66 years old, the first symptoms were right leg pain, waist pain, fever, itching all over the body before admission, 1 month, and found a tumor on the right side of the liver. He has no comorbidity, receiving surgery for right hepatectomy with cholecystectomy with lymph node dissection with drain. After surgery, the patient had high blood pressure. And the problem of oliguria, the patient had a fever, received antibiotics, symptoms improved and were discharged. The second case, male was 87 years old, comorbidity of diabetes mellitus, hypertension, the first symptoms were fatigue, fever, anorexia, weight loss before admission 2 month, and found a tumor on the right side of the liver. He has receiving surgery for right hepatectomy with lymph node dissection with wedge right diaphragm with wedge right lower lung. Patients was found that a problem of hypotension, anemia receive PRC 2 unit and FFP 2 unit, the patient had a fever, received antibiotics, symptoms improved and were discharged.

Conclusions: Surgical intensive care unit nurses were important role in nursing patients from the first postoperative admission. Critical nursing care for closely monitors for changes in patient's symptoms. It is timely and effective, which can help reduce complications after with liver and bile duct surgery, and reduce mortality of patients.

Keywords: Nursing care; Cholangiocarcinoma, Surgery, Liver and bile duct

Corresponding author: Email: paewtcl345@gmail.com

Received: December 20, 2023; **Accepted:** January 15, 2024

บทนำ

มะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) เป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยทั่วโลก พบเป็นอันดับสองของมะเร็งที่เกิดภายในเนื้อตับ โดยพบรองลงมาจากระเร็งตับ (Hepatocellular Carcinoma) พบมากในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จีน ญี่ปุ่น และแอฟริกา สำหรับประเทศไทยโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยจะพบทั้งมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ (Extrahepatic cholangiocarcinoma) และมะเร็งท่อน้ำดีภายในเนื้อตับ (Intrahepatic cholangiocarcinoma) ซึ่งจะทำให้เนื้อตับเสียหายจนกลายเป็นมะเร็งตับได้ และจากสถิติพบว่ามะเร็งตับและท่อน้ำดีเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 1 ในประเทศไทยและเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆของโรคมะเร็งทุกชนิด⁽¹⁾ จากรายงานอุบัติการณ์โรคมะเร็งโดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ⁽²⁾ ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพศชายในปี พ.ศ. 2563 ถูกตรวจพบเป็นมะเร็งตับและท่อน้ำดีสูงสุดเป็นอันดับสองรองจากระเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยพบผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 19.0 หรือ 237 คน ในปัจจุบันมีประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือเสียชีวิตจากระเร็งท่อน้ำดี ปีละไม่ต่ำกว่า 20,000 คน และมีประชากรที่ติดพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของมะเร็งท่อน้ำดี มากถึง 6-8 ล้านคน มะเร็งท่อน้ำดี จึงเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁽³⁾ ปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดีจะเกี่ยวข้องกับพยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis viverrini* (OV) เป็นส่วนใหญ่โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นคนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือของประเทศไทย ซึ่งอาจมีวิถีชีวิตคล้ายกันในการรับประทานปลาน้ำจืดดิบซึ่งมีตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดี อาจแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ Intra-hepatic type (peripheral type) มะเร็งจะเกิดที่ท่อน้ำดีภายในตับ และขยายออกสู่เนื้อตับข้างๆ ทำให้มีลักษณะเป็นก้อนมะเร็งคล้ายกับมะเร็งตับชนิด Hepatocellular carcinoma และ Extra-hepatic type (central type) มะเร็งจะเกิดที่ท่อน้ำดีใหญ่ ตั้งแต่ขั้วตับ (hepatic hilar) จนถึงท่อน้ำดีร่วม (common bile duct) ส่วนปลาย ทั้งนี้ไม่รวมมะเร็ง

ที่ ampula of vater และมะเร็งถุงน้ำดี มะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มนี้จะทำให้เกิดการอุดตัน ท่อน้ำดี ผู้ป่วยจะมีอาการตาเหลืองตัวเหลือง เป็นอาการนำ โดยพบว่า intra-hepatic type พบ 20% extra-hepatic type ที่ตำแหน่ง hepatic hilar พบ 60% และพบตำแหน่งอื่นและพบทั้ง intra-hepatic และ extra-hepatic bile ducts 20% ในปัจจุบันยังไม่มียาเคมีบำบัดที่มีข้อมูลหลักฐานชี้ประจักษ์ว่าคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีได้ แต่มีคำแนะนำให้ทำ early detection ในกลุ่มเสี่ยง ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่จะไม่มีอาการจนกระทั่งมาพบแพทย์เมื่อมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง หรือมีก้อนในตับซึ่งเป็นระยะสุดท้ายแล้ว ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีจะเสียชีวิตอย่างรวดเร็วภายใน 3-6 เดือนหลังการวินิจฉัย การรักษาหลักของโรคมะเร็งมี 3 วิธี ได้แก่ การให้ยาเคมีบำบัด การใช้รังสีรักษา และการผ่าตัด การรักษามะเร็งท่อน้ำดีเพื่อให้หายขาดทำได้ด้วยการผ่าตัดเท่านั้น (curative resection) โดยการผ่าตัดเนื้องอกออกและพบว่า ตัดได้หมด (negative margin) เป็นโอกาสเดียวที่จะรักษาให้หายขาดได้ และควรได้รับการติดตามผลการรักษาโดยการสังเกตอาการและทำอัลตราซาวด์หรือ CT ทุก 3 เดือน จนครบ 2 ปี การผ่าตัดเพื่อการรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเฉพาะในกลุ่มที่การผ่าตัดเนื้องอกออกให้ได้หมด (R0 resection) จะรวมถึงการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณขั้วตับออกให้มากที่สุด โดยแพทย์จะเลือกวิธีผ่าตัดที่สัมพันธ์กับรอยโรค และลักษณะการกระจายตัวของมะเร็ง⁽⁴⁾ ดังนั้นการทำการผ่าตัดเพื่อรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีจึงเป็นการผ่าตัดใหญ่ ที่มีความซับซ้อนและใช้เวลาในการทำผ่าตัดนานมากกว่า 4 ชั่วโมง และมักสูญเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด หลังการผ่าตัดผู้ป่วยทุกรายจึงอยู่ในภาวะวิกฤต บางรายต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ คาสายท่อระบายต่างๆ และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าบางรายมีภาวะแทรกซ้อนทางสมองอันเกิดจากรอคับ สุดท้ายเกิดภาวะตับวายเฉียบพลัน ส่งผลให้โอกาสเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น ปัจจัยดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่ารักษาพยาบาลสูงเพราะต้องได้รับการดูแลในหออภิบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต เพื่อเฝ้าระวังติดตามอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง⁽⁵⁾

พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดซึ่งอยู่ในภาวะวิกฤต จำเป็นต้องใช้ทักษะ คิดเชิงวิจารณ์ญาณ ความรู้ ความสามารถตัดสินใจทางคลินิกได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสมควบคู่กับทักษะ ความเชี่ยวชาญภายใต้เทคโนโลยีขั้นสูงเพื่อจัดการอาการ และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หลังผ่าตัด แบบองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติ ต้องสามารถประเมินและคาดการณ์ ภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยพร้อมวางแผนการ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นรวมถึงเมื่อ เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นแล้ว สามารถจัดการฟองถ่าย ลด ระดับความรุนแรงได้ ด้านการดูแลอารมณ์จิตสังคมเป็น สิ่งสำคัญเช่นกัน สืบเนื่องจากผู้ป่วยมักเกิดความกลัว ความวิตกกังวลเป็นอย่างมากจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิ ขนาด 820 เตียง มีศักยภาพให้บริการครบทุก สาขาความเชี่ยวชาญ มุ่งเน้น 5 สาขาหลัก ได้แก่ สาขา มะเร็ง หัวใจ อุบัติเหตุ ทารกแรกเกิด และปลูกถ่ายอวัยวะ จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่มารับบริการใน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2563-2566 (เดือน ตุลาคม 2565-กรกฎาคม 2566) พบว่าผู้ป่วยยังมีจำนวน มากทุกปี คือ 581 ราย 604 ราย 514 ราย และ 423 ราย ตามลำดับ และเสียชีวิต 59 ราย 52 ราย 48 ราย และ 40 ราย ตามลำดับ⁽⁶⁾ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดและรับการดูแล หลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม จากสถิติในปี 2563-2566 มี จำนวน 63 ราย 67 ราย 73 ราย และ 65 ราย ตามลำดับ และ พบเสียชีวิต 3 ราย 2 ราย 5 ราย และ 4 ราย ตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็ง ท่อน้ำดีส่วนใหญ่เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด ภาวะไตวายเฉียบพลัน การหายใจล้มเหลวและ ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ แผลผ่าตัดติดเชื้อ ผู้ป่วยเกิด ภาวะเสียสมดุล สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ดังนั้นพยาบาล จึงต้องสามารถประเมินความเสี่ยงและเฝ้าระวังภาวะ แทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับ

การผ่าตัด พร้อมวางแผนมาตรการป้องกันการเกิดภาวะ แทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ขึ้นแล้วสามารถจัดการฟองถ่ายลดระดับความรุนแรงได้ ด้านการดูแลอารมณ์จิตสังคมเป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน สืบเนื่องจากผู้ป่วยมักเกิดความกลัว ความวิตกกังวลเป็น อย่างมากจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต จากความสำคัญดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาผู้ป่วยมะเร็ง ท่อน้ำดี ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดตับ และท่อน้ำดีแบบราย กรณี โดยศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย เพื่อเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการ พยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลลัพธ์ ทางการพยาบาล และพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย มะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดตับและท่อน้ำดีสำหรับ พยาบาลและบุคลากรที่สนใจใช้ปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการ วิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดแล้ว รับรองวันที่ 18 กันยายน 2566 ใบรับรอง เลขที่ RE138/2566

วิธีการศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการ รักษาด้วยการผ่าตัดตับและท่อน้ำดี : กรณีศึกษา 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ช่วงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบ บันทึกรายข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย 2) การสัมภาษณ์ญาติ และผู้ป่วย 3) การสังเกตอาการ 4) การวิเคราะห์ข้อมูล 5) เปรียบเทียบพยาธิสภาพและอาการแสดงของผู้ป่วย การรักษา ประเมินปัญหาทางการพยาบาลด้วยแผน สุขภาพ 11 แบบของกอร์ดอน โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะวิกฤติ ระยะฟื้นฟูและดูแลต่อเนื่อง และระยะ วางแผนจำหน่าย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย (กรณีศึกษา)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับ สุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	66 ปี	87 ปี
อาการสำคัญที่มาโรง พยาบาล	แพทย์นัดมาผ่าตัด Right hepatectomy	แพทย์นัดมาผ่าตัด Right hepatec- tomy
ประวัติการเจ็บป่วยใน ปัจจุบัน	1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยปวดขา ขวาและปวดแน่นท้อง ค้นตามตัว ultrasound ที่โรงพยาบาลชุมชนพบ เนื้องอกที่ตับด้านขวา แพทย์ส่ง CT พบว่าเป็น Cholangiocarcinoma right lobe liver จึงส่งตัวมารับการรักษาต่อที่ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด แพทย์นัดผ่าตัด Right Hepatectomy จึงมารับการ ผ่าตัดตามนัด	2 เดือนก่อนมา มีไข้ เป็นๆ หายๆ อ่อนเพลีย ปวดจุกแน่นท้อง รับ ประทานอาหารได้น้อย 2 สัปดาห์ก่อน มา อ่อนเพลียมากขึ้น มีไข้ รับประทาน อาหารได้น้อย น้ำหนักลด ญาตินำส่ง โรงพยาบาลเอกชน ultra sound พบ เนื้องอกที่ด้านขวาของตับ แพทย์ส่งตัว มารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล ร้อยเอ็ด ได้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบ ว่าเป็น Cholangiocarcinoma right lobe liver แพทย์นัดมาตรวจและ เตรียมผ่าตัด Right Hepatectomy จึงมารับการผ่าตัดตามนัด
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิวเศธ	เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ โรคเบาหวาน มา 20 ปี รับการรักษาที่ โรงพยาบาลโพธิ์ชัย รับประทานยา สม่ำเสมอ 1 เดือนก่อนมาปอดอักเสบ (Pneumonia)รับการรักษาที่ โรงพยาบาลโพธิ์ชัย
การวินิจฉัย	Intrahepatic Cholangiocarcinoma right lobe liver	Intrahepatic Cholangiocarcinoma right lobe liver
โรคประจำตัว	ปฏิวเศธ	เบาหวานและความดันโลหิตสูง
ประวัติการแพ้ยา	ปฏิวเศธ	ปฏิวเศธ
ประวัติการผ่าตัด	ปฏิวเศธการผ่าตัด	ปฏิวเศธการผ่าตัด

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย (กรณีศึกษา) ต่อ

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับ สุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการแรกรับหลังผ่าตัด	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำทางเหนียวอ่อนเพลีย มีอาการปวดแผลผ่าตัด pain scale 7 คะแนนสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 132/86 มม.ปรอท ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที	ผู้ป่วยรู้สึกตัว ปลุกตื่น ทำทางเหนียวอ่อนเพลียมาก E ₃ V ₁ M ₆ สัญญาณชีพ แรกรับ: อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 85/59 มิลลิเมตรปรอท
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	Hct 35.6% , Platelet 422,000 cell/mm , WBC 9,700 , Neutrophils 82.9% , BUN 13 mg/dl , Cr 0.82 mg/dl , Total Bilirubin 0.49mg/dl , Direct Bilirubin 0.21 mg/dl , SGOT 300 U/L , SGPT 157 U/L , Alkaline Sodium 138 mmol/L , Potassium 5.0 mmol/L , Chloride 102 mmol/L , CO ₂ 23 mmol/L , BS 100 mg%	Hct 28.1% , Platelet 451,000cell/mm , WBC 36,200 , Neutrophils 95% , BUN14 mg/dl , Cr 0.86 mg/dl , Total Bilirubin 0.49mg/dl , Direct Bilirubin 0.21 mg/dl , SGOT 300 U/L , SGPT 157 U/L , Alkaline Sodium131 mmol/L , Potassium 4.7 mmol/L , Chloride 103 mmol/L , CO ₂ 16 mmol/L, BS 238 mg%
การผ่าตัด	Right Hepatectomy with Cholecystectomy with lymph node dissection with drain	Right Hepatectomy with lymph node dissection with wedge right diaphragm with wedge right lower lung with drain
ระยะเวลาในการผ่าตัด	3 ชั่วโมง	5 ชั่วโมง 20 นาที
การเสียเลือด	200 มิลลิลิตร	300 มิลลิลิตร
ภาวะแทรกซ้อน	หลังผ่าตัด ท้องอืด มีไข้	หลังผ่าตัดประเมินอาการ พบปลุกตื่น ซ้ำ E2V1M6 ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 96% BP80/50 mmHg Hct 28%
คะแนนความเจ็บปวด (เฉลี่ย 3 วัน) หลังผ่าตัด	5/10 คะแนน	7/10 คะแนน
จำนวนยาแก้ปวดที่ได้รับ (เฉลี่ย 3 วัน) หลังผ่าตัด	morphine 5 mg iv (4dose)	morphine 4 mg iv (5 dose)
วันนอนโรงพยาบาล	8 วัน	8 วัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย (กรณีศึกษา) ต่อ

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับ สุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การรักษาที่ได้รับ	On O2 canular 3 LPM MO 5 mg iv q 4 hr. Hct q 6 hr. if drop > 3 Vol% notify NSS 1000 cc iv 100 cc/hr. G/M PRC 1 U iv drip in 3 hr. 7.5% NaHCO ₃ 2 amp iv drip in 30 นาที Plasil 10 mg. iv q 8 hr. Amlodipine 1 tab O stat Enalapril 5 mg. 1 tab O stat Lasix 20 mg. iv stat Air X 1 tab O tid pc Sandostatin 1 amp sc q 8 hr. E KCL 30 ml O q 3 hr. x 2 dose Certixine (100) 2 tab O bid pc. B complex 1 tab O bid PC Losec (20) 1 tab O bid ac On mask with bag 10 LPM MO 4 mg iv q 4 hr. Hct q 6 hr. if drop > 3 Vol% notify Acetar 500 cc iv free flow G/M PRC 1 U iv drip in 3 hr. On C-line right IJV	On mask with bag 10 LPM MO 4 mg iv q 4 hr. Hct q 6 hr. if drop > 3 Vol% notify Acetar 500 cc iv free flow PRC 1 U iv drip in 3 hr. FFP 1 U iv drip free flow 5% albumin 250 ml iv drip in 2 hr q 8 hr DTX q 6 hr keep 80-200 mg% Keep urine out put >30 ml/hr On C-line right IJV

จากการเปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษา 2 ราย พบว่ากรณีศึกษารายที่ 1 เป็นวัยสูงอายุ 66 ปี ไม่มีโรคร่วม การผ่าตัดใช้เวลา 3 ชั่วโมง และเสียเลือดในการผ่าตัดปริมาณมาก 200 ml หลังผ่าตัด มีภาวะช็อคเนื่องจากสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด คลื่นไส้ อาเจียน เนื่องจากผลจากยาระงับความรู้สึก มีความปวดเฉียบพลันเนื่องจากเนื้อเยื่อตบกดเจ็บและมีแผลผ่าตัด ประเมินความปวดหลังผ่าตัดเฉลี่ย 5/10 คะแนน ได้รับยากลุ่ม Opioid 4 dose และนอนโรงพยาบาล 8 วัน กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นผู้สูงอายุ 87 ปี มีโรคร่วม คือ

เบาหวานและความดันโลหิตสูง ก่อนผ่าตัดมีภาวะทุพโภชนาการและระดับโซเดียมในเลือดต่ำ รวมทั้งมีการอักเสบของตับนำมาก่อน การผ่าตัดใช้เวลา 5 ชั่วโมง 20 นาที และเสียเลือดในการผ่าตัดปริมาณมาก 300 ml หลังการผ่าตัดผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนปลุกตื่นซ้ำ ระดับออกซิเจนในเลือด 96% ได้ให้ O₂ mask with bag 10 LPM ประคับประคองไว้ ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเฉลี่ย 7/10 คะแนน ได้รับยากลุ่ม Opioid 5 dose และนอนโรงพยาบาล 8 วัน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลวินิจฉัยการพยาบาล 11 แบบแผนของ Gordon กับกรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเอง	- ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด - ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน	- ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด - ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน
2. โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	- มีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ - เสี่ยงต่อภาวะ Hypo-Hyperglycemia - มีไข้	- มีภาวะท้องอืดแน่นท้อง - มีการอักเสบของตับก่อนผ่าตัด - ระดับโซเดียมในเลือดต่ำ - รับประทานอาหารได้น้อย - พอม น้ำหนักลด 13 กก. ภายใน 2 เดือน - ระดับน้ำตาลในเลือดสูง
3. การขับถ่ายของเสีย	- หลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่ถ่ายอุจจาระ 1 วัน - หลังผ่าตัดใส่คาสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะออกวันละประมาณ 1000 ml - ไม่พบปัญหาทางการพยาบาล	- หลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่ถ่ายอุจจาระ 2 วัน - หลังผ่าตัดใส่คาสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะออกวันละประมาณ 1000 ml
4. การออกกำลังกายและทำกิจกรรม	- ปวดแผลผ่าตัดเนื่องจากมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ	- ปวดแผลผ่าตัดเนื่องจากมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ
5. การพักผ่อนนอนหลับ	- ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้องคลื่นไส้อาเจียน	- ไม่สุขสบายเนื่องจากท้องอืดแน่นท้อง
6. การรับรู้สติปัญญาและความเชื่อ	- รู้สึกตัวดี ให้ความร่วมมือกับแผนการรักษา เข้าใจการสื่อสาร - ไม่พบข้อวินิจฉัยการพยาบาล	- รู้สึกตัวดี ให้ความร่วมมือกับแผนการรักษา เข้าใจการสื่อสาร - ไม่พบข้อวินิจฉัยการพยาบาล
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	- รับรู้เรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดี ยินยอมเข้ารับการผ่าตัด	- รับรู้เรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดี ยินยอมเข้ารับการผ่าตัด
8. บทบาทและความสัมพันธ์ภาพในครอบครัว	- สัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี - ไม่พบข้อวินิจฉัยการพยาบาล	- สัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี - ไม่พบข้อวินิจฉัยการพยาบาล
9. เพศและการเจริญพันธุ์	- แสดงออกทางเพศชายอย่างเหมาะสม แต่งงาน มีบุตร 2 คน - ไม่พบปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	- แสดงออกทางเพศชายอย่างเหมาะสม แต่งงาน มีบุตร 4 คน - ไม่พบข้อวินิจฉัยการพยาบาล
10. การเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด	- วิตกกังวลกลัวเรื่องการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด	- วิตกกังวลกลัวเรื่องการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด
11. คุณค่าและความเชื่อ	- นับถือศาสนาพุทธ - ไม่พบปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	- นับถือศาสนาพุทธ - ไม่พบข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ตารางที่ 3 การกรณินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดตับและท่อน้ำดี

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>ก่อนผ่าตัด</p> <ol style="list-style-type: none">1. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและการผ่าตัด2. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแน่นท้อง <p>การพยาบาลหลังผ่าตัด ในระยะวิกฤต 24 ชั่วโมงแรก</p> <ol style="list-style-type: none">1. ภาวะช็อคเนื่องจากสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด2. มีภาวะโปตัสเซียมในเลือดต่ำ3. คลื่นไส้ อาเจียน เนื่องจากผลจากยาระงับความรู้สึก4. ปวดเฉียบพลัน เนื่องจากเนื้อเยื่อตับบาดเจ็บและมีแผลผ่าตัด <p>การพยาบาลต่อเนื่องหลัง 24 ชั่วโมงแรก</p> <ol style="list-style-type: none">1. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด2. เสี่ยงต่อภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและ อิเล็กโทรไลต์เนื่องจากงดน้ำ/อาหารและสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด <p>การพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย</p> <ol style="list-style-type: none">1. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ เนื่องจากไม่เข้าใจและขาดความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	<p>ก่อนผ่าตัด</p> <ol style="list-style-type: none">1. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและการผ่าตัด <p>การพยาบาลหลังผ่าตัด ในระยะวิกฤต 24 ชั่วโมงแรก</p> <ol style="list-style-type: none">1. ประสิทธิภาพในการทำทางเดินหายใจให้โล่งลดลงเนื่องจากผลของยาระงับความรู้สึก2. ภาวะช็อคเนื่องจากสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด3. มีภาวะ low cardiac out put เนื่องจากสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด4. มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง5. มีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ6. คลื่นไส้ อาเจียน เนื่องจากผลจากยาระงับความรู้สึก7. ปวดเฉียบพลัน เนื่องจากเนื้อเยื่อตับบาดเจ็บและมีแผลผ่าตัด <p>การพยาบาลต่อเนื่องหลัง 24 ชั่วโมงแรก</p> <ol style="list-style-type: none">1. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด2. เสี่ยงต่อภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและ อิเล็กโทรไลต์เนื่องจากงดน้ำ/อาหารและสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด <p>การพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย</p> <ol style="list-style-type: none">1. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ เนื่องจากไม่เข้าใจและขาดความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 66 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สถานภาพ คู่ อาชีพ เกษตรกร ไม่มีประวัติแพ้ยา ไม่มีประวัติดื่มสุราและสูบบุหรี่ รับประทานอาหารที่บ้าน ปลา ร้า ปลาจ่อม ปลาต้ม เป็นประจำ ผู้ป่วยมาด้วยอาการ มาตามนัดเพื่อเตรียมผ่าตัด Right Hepatectomy ญาติให้ประวัติว่า

1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยปวดขาขวาและปวดแน่นท้องด้านขวาเล็กน้อย ค้นตามตัว ไปตรวจอัลตราซาวด์ที่โรงพยาบาลชุมชน พบเนื้องอกที่ด้านขวาของตับ แพทย์ส่ง CT พบว่าเป็น Cholangiocarcinoma right lobe liver จึงส่งตัวมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ครั้งนี้จึงมารับการผ่าตัดตามนัด การวินิจฉัยโรคแรกกับ Cholangiocarcinoma right lobe liver ได้รับการผ่าตัด Right Hepatectomy with Cholecystectomy with lymph node dissection

with drain ใช้เวลาในการผ่าตัด 3 ชั่วโมง สูญเสียเลือดขณะผ่าตัด 200 ml หลังผ่าตัดได้รับการดูแลที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารเข้าใจ หายใจ On O2 canula 3 LPM ไร่ หายใจดี ไม่มีเหนื่อยหอบ หลังผ่าตัดพบปัญหา BP สูง 170/95 mmHg และ Urine ออกน้อย ให้ Lasix 20 mg iv ปัญหา Hypokalemia (K 3.1 mEq) ให้ E. Kcl 30 cc. oral และ repeat K วันถัดมา ได้ 3.5 mEq ปัญหาปวดแผลผ่าตัด ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา หลังรับดูแลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 3 วัน ได้ย้ายผู้ป่วยไปที่ หอผู้ป่วยพิเศษเบญจสิริ 4 ขณะรับการรักษาที่หอผู้ป่วยเบญจสิริ 4 อาการผู้ป่วยดีขึ้นเรื่อยๆ แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้จำหน่ายทุเลา รวมรับการรักษาในโรงพยาบาล 8 วัน แพทย์นัดติดตามผลการรักษาและฟังผลชิ้นเนื้ออีก 1 สัปดาห์

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 87 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 สถานภาพ คู่ อาชีพเกษตรกร ไม่มีประวัติแพ้ยา มีประวัติดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นบางครั้ง รับประทานอาหารพื้นบ้าน ปลา ร้า ปลาจ่อม ก้อยกึ่ง เป็นบางครั้ง ผู้ป่วยมาด้วยอาการ มาตามนัด เพื่อเตรียมผ่าตัด Right hepatectomy ญาติให้ประวัติว่า 2 เดือนก่อนมา มีไข้ เป็นๆ หายๆ อ่อนเพลียรับประทานอาหารได้น้อย 2 สัปดาห์ก่อนมา อ่อนเพลียมากขึ้น มีไข้ รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลด ญาตินำส่งโรงพยาบาลเอกชน อัลตราซาวด์พบเนื้องอกที่ด้านขวาของตับ แพทย์ส่งตัวมารับการรักษาต่อ ที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบว่าเป็น Cholangiocarcinoma right lobe แพทย์จึงนัดมาผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Right Hepatectomy with lymph node dissection with wedge right diaphragm with wedge right lower lung with drain ใช้เวลาในการผ่าตัด 5 ชั่วโมง 20 นาที สูญเสียเลือดขณะผ่าตัด 300 ml หลังผ่าตัดพบปัญหาความดันโลหิตต่ำ 87/60 - 91/63 mmHg ได้ Acetar 300 ml iv loading มีภาวะซีด Hct 28 vol% ได้ PRC 2 unit

iv drip มีภาวะ coagulopathy (INR 1.65-1.73) ได้ FFP 2 unit iv drip มีไข้ ได้ยาฆ่าเชื้อทางหลอดเลือดดำ มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (DTX 202-238 mg%) ได้ให้ RI ตามค่าระดับน้ำตาลในเลือด และได้รับการจัดการอาการปวดหลังผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 3 วัน เมื่ออาการพ้นระยะวิกฤตแพทย์ให้ย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญและอนุญาตให้กลับบ้านได้เมื่ออาการคงที่แล้ว รวมวันนอนในโรงพยาบาล 8 วัน

อภิปราย

ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นเพศชาย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดี Intrahepatic (Cholangiocarcinoma right lobe liver) เหมือนกัน การดำเนินของโรคคล้ายคลึง มีภูมิลำเนาเป็นคนอีสาน และมีพฤติกรรมบริโภคปลาร้าปลาจ่อม ปลาต้ม สุกๆ ดิบๆ เหมือนกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่ามะเร็งท่อน้ำดี เป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สาเหตุสำคัญเกิดจากการติดพยาธิใบไม้ในตับ เนื่องจากการปฏิบัติตัว และพฤติกรรมบริโภคไม่เหมาะสม การรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ ที่มีพยาธิใบไม้ในตับ การรักษามะเร็งท่อน้ำดีให้หายขาดสามารถทำได้ด้วยการผ่าตัด ซึ่งการผ่าตัดตับและท่อน้ำดีเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความซับซ้อนและใช้เวลานาน ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการผ่าตัดตับกลับขวาเหมือนกัน (Right Hepatectomy with lymph node dissection with drain) ผู้ป่วยได้รับการดูแลหลังผ่าตัดระยะวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม จนกระทั่งผ่านพ้นระยะวิกฤตและได้รับการดูแลต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยพิเศษ อาการดีขึ้นเรื่อยๆ แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านและนัดติดตามผลการรักษาอีก 1 สัปดาห์ ขณะรับไว้ในโรงพยาบาลผู้ป่วยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งหมดที่เหมือนกัน 6 ข้อ ได้แก่

- 1) มีภาวะซีดเนื่องจากสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด
- 2) คลื่นไส้ อาเจียนเนื่องจากผลจากยาระงับความรู้สึก
- 3) ปวดเฉียบพลันเนื่องจากเนื้อเยื่อตับบาดเจ็บและมีแผลผ่าตัด
- 4) เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด
- 5) เสี่ยงต่อ

ภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและ อิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย

6) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ เนื่องจากไม่เข้าใจและขาดความรู้ในการดูแลตนเองหลัง ผ่าตัดและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ส่วนข้อวินิจฉัยทางการ พยาบาลที่แตกต่างกัน ซึ่งพบเพิ่มในผู้ป่วยกรณีศึกษาราย ที่ 2 มีจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 1) ประสิทธิภาพในการทำ ทางเดินหายใจให้โล่งลดลงเนื่องจากผลของยาระงับ ความรู้สึก 2) มีภาวะ low cardiac out put เนื่องจาก สูญเสียเลือดจากการผ่าตัด 3) มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 4) มีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะแทรกซ้อนหลัง ผ่าตัดมากกว่ากรณีศึกษารายที่ 1 เนื่องจากอยู่ในวัยชรา อายุมาก มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง เคยได้รับการรักษาโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ที่โรงพยาบาลชุมชน ก่อนมา 2 สัปดาห์ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้งสองรายมีภาวะ เสี่ยงทางโภชนาการก่อนผ่าตัดที่เหมือนกัน เนื่องจาก ก่อนผ่าตัดผู้ป่วยทั้งสองรายมีประวัติรับประทานอาหาร ได้น้อย โดยเฉพาะในกรณีศึกษารายที่ 2 มีน้ำหนักลด 13 กิโลกรัมภายใน 2 เดือน ซึ่งความเสี่ยงทางโภชนาการ ก่อนผ่าตัดมากจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่ มีระดับความรุนแรงมาก เนื่องจากภาวะ ทุพโภชนาการ ส่งผลให้มวลกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อในร่างกายลดลง ปริมาณโปรตีนและพลังงานของร่างกายลดลงและการ เผาผลาญพลังงานลดลง การทำหน้าที่ของเนื้อเยื่อและ ร่างกายลดลง ส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง กลไก การต่อต้านการติดเชื้อลดลง ร่างกายมีพลังงานสำรองไม่ เพียงพอ เมื่อได้รับการผ่าตัด ส่งผลให้ร่างกายเกิดการ เผาผลาญสูงและการฟื้นตัวของผู้ป่วยช้าลง ทำให้เกิด ภาวะอ่อนล้า บาดแผลสมานตัวช้าและเกิดการติดเชื้อได้ ง่าย เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ นอกจากนี้การเสีย เลือดจากการผ่าตัดก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะ แทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่รุนแรงได้ โดยพบว่าปริมาณการ เสียเลือดขณะผ่าตัดที่มากกว่า 500 มิลลิลิตร เป็น ปริมาณการเสียเลือดที่มากกว่า ร้อยละ 10 ถึง 15 ของ ปริมาณเลือดในร่างกาย (Total Blood Volume) ซึ่ง

ส่งผลให้ปริมาณการไหลเวียนเลือดและออกซิเจนใน ร่างกายลดลงหากขณะผ่าตัดมีปริมาณ การเสียเลือดมาก และเกิดการไหลเวียนเลือดต่ำเป็นเวลานานจะเกิดการ ตอบสนองของร่างกาย โดยกระตุ้นระบบประสาทซิมพา เทติก ส่งผลให้เนื้อเยื่อที่ได้รับการผ่าตัดถูกทำลายและ ขาดออกซิเจนได้ ส่งผลให้กระบวนการหายใจของแผล กระบวนการฟื้นตัวของร่างกายหลังผ่าตัดเปลี่ยนแปลง ไปเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อ และเกิดภาวะแทรกซ้อน หลังการผ่าตัด ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Furusawa และคณะศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีส่วนขั้ว ตับที่ได้รับการผ่าตัด พบว่าปริมาณการเสียเลือดในขณะ ผ่าตัด ที่มากกว่า 900 มิลลิลิตร มีผลต่อการเกิดภาวะ แทรกซ้อน 4.2 เท่า ($p < 0.01$)⁽⁷⁾

สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการ ผ่าตัดตับและท่อน้ำดี พยาบาลจะต้องมีความรู้ ความ สามารถและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วย ต้องสามารถ ประเมิน เฝ้าระวังสังเกตอาการและอาการแสดง ที่ผิดปกติ มีทักษะในการตัดสินใจที่รวดเร็ว มั่นใจในการแก้ไขปัญหา รายงานแพทย์ได้ทันเวลา สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะวิกฤตได้อย่างถูกต้องและมี ประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน หลังการ ผ่าตัดตับและท่อน้ำดี ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ รวมทั้งการดูแล ต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤต จนกระทั่ง ทุเลาและกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยการประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์ รวม ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จน กระทั่งผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้อย่างมั่นใจ เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. กุลธิดา ยะกะสะ และสุนิสา ชายเกลี้ยง. ปัจจัยเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชกับการเกิดมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดีในเกษตรกร ผู้ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารพิษวิทยาไทย 2566; 38(1): 16-32.
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. งานสถิติและข้อมูลบริการ. 2563.
3. วิไลลักษณ์ ภูจอมจิตต์. การพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีความเสี่ยงสูง : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2564; 6(3): 35-42.
4. เอี่ยมพร สุ่มมาตย์ และยุทธพงษ์ ชำนาญเอื้อ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรอดชีพผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ภายหลังได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในกลุ่มที่สามารถผ่าตัดแล้วหายขาดจากโรค. Journal of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University 2019; 2(1): 12-22.
5. สุรวิมล ไชยรบ และกนกพร กุลวงษ์. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะวิกฤตหลังผ่าตัดตับ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2563; 23(2): 47-58.
6. โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. งานสถิติและข้อมูลการบริการ. สถิติข้อมูลการบริการ. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาล; 2566.
7. Furusawa N, Kobayashi A, Yokoyama T , Shimizu A, Motoyama H, Miyagawa S. Surgical treatment of 144 cases of hilar cholangiocarcinoma without liver-related mortality, World J Surg 2014;38(5):1164-76.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing care of Pneumonia patients with Respiratory failure : 2 case study

สมใจ สงครินทร์

Somjai Songkarin

Email: somjai55165@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา: ศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ช่วงเดือน กันยายน ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2566 โดยเป็นการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกตอาการ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เป็นแบบในการประเมินความครอบคลุม วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล และการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบ ข้อมูลการเจ็บป่วยการรักษาและแผนการพยาบาล

ผลการศึกษา: กรณีศึกษา 2 ราย เป็นผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว กรณีที่ 1 หญิงไทย อายุ 83 ปี มีประวัติความดันโลหิตสูง หายใจเหนื่อยหอบ มีภาวะเลือดเป็นกรด ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ หายใจหอบ ต้านเครื่อง ได้ให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุและมีอาการรุนแรงทำให้หยาเครื่องช่วยหายใจได้เข้า ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล 14 วัน อาการทุเลากลับบ้านได้ กรณีที่ 2 หญิงไทย อายุ 64 ปี มีโรคร่วมเบาหวานและความดันโลหิตสูง หายใจเหนื่อยหอบได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ผู้ป่วยอายุน้อย อาการรุนแรงน้อยกว่าจึงหยาเครื่องช่วยหายใจได้เร็วกว่า รักษาตัวในโรงพยาบาล 5 วัน อาการทุเลากลับบ้านได้

สรุป: การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว นอกจากจะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วย รอดชีวิตแล้ว ต้องมีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้อย่างมีคุณภาพ จะช่วยให้พยาบาลสามารถค้นหาปัญหา ประเมิน วินิจฉัยปัญหา ปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : ปอดอักเสบ, ภาวะหายใจล้มเหลว, การพยาบาล

Abstract

Objective: To study nursing care of pneumonia patients with respiratory failure, 2 cases study.

Methods: This 2 cases study of pneumonia with respiratory failure patients, admitted in Roi Et hospital during September to October 2023, obtained through purposive sampling. The data were studies and collected from data form medical records, interviewing relatives and observing symptoms. Nursing diagnosis according to Gordon's 11 functional health patterns. Data analysis, comparison of illness Information, treatment and nursing care plans.

Results: Two cases study were patients with Pneumonia with respiratory failure. Case 1 was woman 83 years old, underlying Hypertension, dyspnea and metabolic acidosis. She was intubated endotracheal tube, Ventilator asynchrony, provided nursing care by nursing process. Because he was an elderly person and had severe symptoms, he was difficult weaning of the ventilator. 14 days from admitted the patient was improved. Case 2 was woman 64 years old, underlying diabetes mellitus with hypertension, dyspnea he was intubated, provided nursing care by nursing process. Younger patients less severe symptom, he was fast weaned off the ventilator, five days from admitted the patient was improved.

Conclusions: Nursing patients with Pneumonia who have respiratory failure. In addition to focusing on patient survival, must be prevented potential complications. Using the nursing process with quality It will help nurses find problems, assess them, and diagnose them. Perform nursing actions appropriately.

Keywords: Pneumonia, Respiratory failure, Nursing care

Corresponding author: Email: somjai55165@gmail.com

Received: December 1, 2023; **Accepted:** January 5, 2024

บทนำ

โรคปอดอักเสบเป็นโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจที่สำคัญ และเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปอดสูงขึ้น เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรในแต่ละประเทศและเป็นตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขต้องเฝ้าระวัง ในปี 2564, 2565 และ 2566 (1 มกราคม 2566 ถึง 31 ตุลาคม 2566) ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจำนวน 162,002 ราย, 234,196 ราย และ 244,353 ราย ตามลำดับ พบอัตราป่วย 224.82, 353.92 และ 369.27 ต่อประชากรแสนคน พบอัตราตาย 0.40, 0.43 และ 0.36 ต่อประชากรแสนคน⁽¹⁾ โรคปอดอักเสบ พบในอาชีพเกษตรกรรมมากถึง ร้อยละ 21.3 ในจังหวัดร้อยเอ็ด พบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ปี 2564, 2565 และ 2566 จำนวน 357.27, 404.32 และ 529.54 ต่อประชากรแสนคน⁽¹⁾ โรคปอดอักเสบที่รุนแรงมีระยะเวลาการพักตัว 1-3 วัน เมื่อผู้ป่วยมีไข้ ไอ หอบ อาจมีอาการเจ็บหน้าอก ตรวจร่างกาย พบเสียงคล้ำขี้มูม หรือเสียงกรอบแกรบ ขณะหายใจเข้า (Crepitation) หรือถ้าฟังเสียงหลอดลมดกขุ่นหรือเสียงหลอดลม (Bronchial breath sound) ได้ในบริเวณส่วนอื่นๆของทรวงอก⁽²⁾ ถ้าผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน จำเป็นต้องได้รับการดูแลใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน การได้รับการรักษาที่รวดเร็ว การประเมินความเสี่ยงและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิดทำให้ผู้ป่วยรอดและปลอดภัย^(3,4)

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับ A ขนาด 820 เตียง พบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษา 3 ปี ย้อนหลังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2564, 2565 และปี 2566 พบจำนวน 3,604 ราย, 2,640 ราย และ 3,318 ราย ตามลำดับ และพบผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 437 ราย, 596 ราย และ 502 ราย ตามลำดับ⁽⁵⁾ ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 พบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษา ใน ปี 2564, 2565 และ 2566 จำนวน 34, 40 และ 69 ราย ตามลำดับ และพบผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 19 ราย, 24 ราย

และ 33 ราย ตามลำดับ⁽⁵⁾ ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม 1 ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยวิกฤต ที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยดังกล่าวมีความซับซ้อนและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง บุคลากรที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต นอกจากแพทย์แล้ว พยาบาลใน หอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม 1 เป็นผู้ที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ตลอด 24 ชั่วโมง จำเป็นอย่างยิ่งต้องมียุทธศาสตร์ความรู้ มีสมรรถนะที่สามารถปฏิบัติการพยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ให้ผ่านพ้นระยะวิกฤตอย่างปลอดภัย จากความสำคัญดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาผู้ป่วยแบบรายกรณีเพื่อเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาลประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน มีความปลอดภัย ไม่เกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม 1 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีการศึกษา

เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ช่วงเดือน กันยายน พ.ศ. 2566 ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย 2) การสัมภาษณ์ญาติและผู้ป่วย 3) การสังเกตอาการ 4) การวิเคราะห์ข้อมูล 5) เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา ประเมินปัญหาทางการพยาบาล ด้วยแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน⁽⁶⁾ ตั้งแต่ระยะวิกฤต ฟันฟูและดูแลต่อเนื่องและการวางแผนจำหน่าย โดยการศึกษาผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE165/2566

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงอายุ 83 ปี มีประวัติความดันโลหิตสูงมา 5 ปี พบว่า ก่อนมาโรงพยาบาล 2 วัน มีไข้ ไอ เหนื่อยเพลีย เบื่ออาหาร ไม่บวม นอนราบได้ 3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ หายใจหอบ เหนื่อย ซึมลง ไปโรงพยาบาลชุมชนผู้ป่วยรู้สึกตัวรู้เรื่อง หายใจหอบ 40 ครั้งต่อนาที มีอาการกระสับกระส่าย ปลายมือเขียว Saturation (O₂ Sat) 75% ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ส่งมารักษาต่อที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เมื่อวันที่ 21 กันยายน 2566 ถึงห้องฉุกเฉินผู้ป่วยรู้สึกตัวรู้เรื่อง การวินิจฉัยแรกเริ่ม Severe Pneumonia with acute Respiratory failure Admit เข้ารักษาต่อที่หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมหญิง 2 ผู้ป่วยหายใจหอบต้านเครื่องแพทย์ให้การรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ Pressure Control Ventilation (PCV) mode เจาะ ABG ผล Metabolic acidosis แพทย์ให้ยาเพื่อให้สงบ (Sedation) Fentanyl 1000 mcg + 5 % DW 100 ml vein drip rate 10 cc./hr., Dormicum 100 mg + 5 % DW 100 ml vein drip 5 ml/hr. เพื่อลดการต้านเครื่องช่วยหายใจ และย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 วันที่ 22 กันยายน 2566 ดูแลยาปฏิชีวนะและให้ยาพ่นขยายหลอดลมตามแผนการรักษา ผลการเพาะเชื้อเสมหะไม่พบเชื้อ แต่ผลภาพถ่ายรังสีปอด พบ Patchy infiltration Right upper lobe ขณะรักษาผู้ป่วย มีความดันโลหิตต่ำร่วมด้วยหลังได้ยา Sedation แพทย์มี Order ให้ยา Levophed 8 mg + 5 % DW 500 ml v drip rate 40 cc/hr. ได้เปิดเส้น โดยการแทง C-line Rt jugular vein เปลี่ยนส่วนผสมยาเป็น Levophed 40 mg + 5 % DW 500 ml v drip rate 10 cc/hr. และมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง (DTX) 103-252 mg% ไม่คงที่ ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดใต้ผิวหนังเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง หลังให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจได้ใน วันที่ 27 กันยายน 2566 ย้ายไปอายุรกรรมหญิง 2 วันที่ 28 กันยายน 2566 จนผู้ป่วยกลับมาแข็งแรง อาการดีขึ้นตามลำดับ วันที่ 5 ตุลาคม 2566 แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ พร้อมนัด

มาตรวจ ภายหลังจากจำหน่าย 1 สัปดาห์ รวมวันการพักรักษาทั้งหมด 14 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงไทย อายุ 64 ปี มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน 1 ปี พบว่า 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการไข้ ไอ มีเสมหะวิงเวียนศีรษะ หอบ เหนื่อยอ่อนเพลียง่าย ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ได้ยาปฏิชีวนะมารับประทานที่บ้าน 3 วัน อาการไม่ดีขึ้น 3 ชั่วโมง ก่อนมา ผู้ป่วยมีไข้สูง 38 องศา หอบมากขึ้น 38 ครั้งต่อนาที O₂ Saturation (O₂ Sat) 80-82 % ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจที่โรงพยาบาลชุมชน มีปัญหาความดันโลหิตต่ำ 60/37 mmHg ได้รับการรักษาด้วยยา Levophed 8 mg + 5 % D/W 500 ml vein drip 40 ml/hr. และส่งมารักษาต่อที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด Admit เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 เมื่อวันที่ 8 ตุลาคม 2566 การวินิจฉัยแรกเริ่ม Severe Pneumonia with acute Respiratory failure with Septicemia with Septic shock แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวสื่อสารรู้เรื่อง แต่ยังคงมีอาการหอบเหนื่อย มีอาการกระสับกระส่าย ซ้ำจรเบาเร็ว 126 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิตต่ำ 78/55 mmHg O₂ Sat 80-82% แพทย์ให้การรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ Pressure Control Ventilation (PCV) mode ให้ยาเพิ่มความดันโลหิต แทง C-line RT jugular vein ให้ปฏิชีวนะ และให้ยาพ่นขยายหลอดลม ผลภาพถ่ายรังสีปอด พบการติดเชื้อที่กลีบบนของปอดด้านซ้าย ขณะรักษาผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง (DTX) 258-315 mg% ไม่คงที่ ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดใต้ผิวหนัง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง หลังได้รับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับสามารถหยุดยาเพิ่มความดันโลหิต สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจได้ในวันที่ 3 ของการรักษา และย้ายไปอายุรกรรมหญิง 2 วันที่ 11 ตุลาคม 2566 อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ วันที่ 13 ตุลาคม 2566 แพทย์จึงได้อนุญาตให้กลับบ้าน พร้อมนัดมาตรวจ ภายหลังจากจำหน่าย 2 สัปดาห์ รวมวันการพักรักษาทั้งหมด 5 วัน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ ข้อมูลผู้ป่วย ภาวะสุขภาพและการรักษาที่ได้รับ

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	หญิงไทย อายุ 83 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพ สมรส การศึกษาประถมศึกษา อาชีพทำ นา ภูมิลำเนา ตำบลทุ่งเขาหลวง อำเภอ ทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด	หญิงไทย อายุ 64 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพ สมรส การศึกษาประถมศึกษา อาชีพทำ นา ภูมิลำเนา ตำบลคำนาดี อำเภอ โพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	รับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน ด้วยไข้ ไอ มีเสมหะ แน่นหน้าอก หายใจหอบ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง	รับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน ด้วย ไข้สูง หายใจเหนื่อยหอบ O ₂ Satura- tion 78% ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง
การวินิจฉัยแรกรับ	Severe Pneumonia with acute Respiratory failure	Severe Pneumonia with acute Respiratory failure with Septicemia with Septic shock
ประวัติการเจ็บป่วยใน ปัจจุบัน	2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอ เหนื่อยเพลีย เบื่ออาหาร ไม่วาม นอน ราบได้ 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมี ไข้ หายใจหอบ เหนื่อย ซึมลง ไปโรง พยาบาลชุมชน ผู้ป่วยรู้สึกตัว รู้เรื่อง หายใจหอบ 40 ครั้งต่อนาที มีอาการกระ สับกระส่าย ปลายมือเขียว Saturation (O ₂ Sat) 75% ได้รับการใส่ท่อช่วย หายใจ ส่งรักษาต่อที่ โรงพยาบาล ร้อยเอ็ด	3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการ ไข้ ไอ มีเสมหะ วิงเวียนศีรษะ หอบ เหนื่อยอ่อนเพลียง่าย ไปรับการรักษาที่ โรงพยาบาลชุมชน ได้ยาปฏิชีวนะ มารับ ประทานที่บ้าน อาการไม่ดีขึ้น 3 ชม. ก่อนมาผู้ป่วยมีไข้สูง 38 องศา หอบมาก ขึ้น 38 ครั้งต่อนาที O ₂ Saturation (O ₂ Sat) 80-82 %ได้รับการใส่ท่อช่วย หายใจที่โรงพยาบาลชุมชน มีปัญหา ความดันโลหิตต่ำ 60/37mmHg ได้รับ การรักษาด้วยยา Levophed 8 mg + 5 % D/W 500 ml vein drip 40 ml/hr. และส่งมารักษาต่อที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	มีประวัติความดันโลหิตสูงมา 5 ปีรับ ประทานยาที่โรงพยาบาลชุมชน ไม่ต่อ เนื่อง	มีประวัติเบาหวานและความดันโลหิตสูง มา 1 ปีรับประทานยาที่โรงพยาบาล ไม่ เคยขาดยา
ประวัติการเจ็บป่วยใน ครอบครัว	ปกติ	ปกติ
ประวัติการแพ้ยา	ปกติ	ปกติ
ประวัติการผ่าตัด	ปกติ	ปกติ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ ข้อมูลผู้ป่วย ภาวะสุขภาพและการรักษาที่ได้รับ (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ	BUN = 14 mg/dL ปกติ Cr = 0.91 mg/dL ปกติ eGFR = 94 ปกติ Electrolyte Na = 130 mmol/L ต่ำกว่าปกติ K = 3.2 mmol/L ต่ำกว่าปกติ Cl = 89 mmol/L ต่ำกว่าปกติ CO2 = 17 mmol/L ต่ำกว่าปกติ HbA1c = 5.4% ปกติ CBC WBC = 14.3×10^3 /ul สูงกว่าปกติ Hb = 14.8 g/dl ปกติ Hct = 44.9% ปกติ Platelet = 66×10^3 /ul ต่ำกว่าปกติ Neutrophil = 72% สูงกว่าปกติ ABG PH = 7.059 ต่ำกว่าปกติ PCO2 = 35 mmHg ปกติ PO2 = 20.1 mmHg ต่ำกว่าปกติ HCO3 = 9.6 mmol/L ต่ำกว่าปกติ	BUN = 29 mg/dL สูงกว่าปกติ Cr = 2.82 mg/dL สูงกว่าปกติ eGFR = 17 สูงกว่าปกติ Electrolyte Na = 130 mmol/L ต่ำกว่าปกติ K = 3.6 mmol/L ต่ำกว่าปกติ Cl = 102 mmol/L ต่ำกว่าปกติ CO2 = 10 mmol/L ต่ำกว่าปกติ HbA1c = 11.9% สูงกว่าปกติ CBC WBC = 16.5×10^3 /ul สูงกว่าปกติ Hb = 8 g/dl ต่ำกว่าปกติ Hct = 26.1% ต่ำกว่าปกติ Platelet = 126×10^3 ต่ำกว่าปกติ Neutrophil = 65% สูงกว่าปกติ ABG PH = 7.47 สูงกว่าปกติ PCO2 = 32 mmHg ต่ำกว่าปกติ PO2 = 81.3 mmHg ปกติ HCO3 = 24 mmol/L ปกติ
CXR	Patchy infiltration Right upper lobe <u>แปลผล</u> ปอดอักเสบกลีบขวาบน	Patchy infiltration Left upper lobe <u>แปลผล</u> ปอดอักเสบกลีบซ้ายบน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ ข้อมูลผู้ป่วย ภาวะสุขภาพและการรักษาที่ได้รับ (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการแรกเริ่ม	ผู้ป่วยรับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ถึง ERรู้สึกตัวรู้เรื่อง หายใจหอบ 40 ครั้งต่อนาที มีอาการกระสับกระส่าย ปลายมือเขียว O ₂ Saturation(O ₂ Sat) 75% ได้ รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ได้ Valium 10 mg vein stat ก่อนใส่ ET tubeหายใจ On ET tube with Event s' respirator setting เครื่องช่วยหายใจเป็น PCV mode RR 22 IP 16 IT 0.8PEEP 8 FiO ₂ 0.8 ผู้ป่วยหายใจหอบต้านเครื่อง อัตราการหายใจ 30-38 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 111/59 mmHg.ซีฟจร 100 ครั้ง/นาที O ₂ Sat 92% DTX=117mg% พ่นยา Berodual1 NB ทุก 4 hr. On 0.9% NSS 1000 ml vein 60 cc/hr. Retained NG tube for feed ไว้	แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวสื่อสารรู้เรื่อง แต่ยังพบอาการหอบเหนื่อย มีอาการกระสับกระส่ายซีฟจรเบาเร็ว 126 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิตต่ำ78/55มิลลิเมตรปรอทO ₂ Sat 90 % แพทย์ให้การรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจPressure Control Ventilation (PCV) mode On 0.9% NSS vein load 300 ml x II then rate 100 cc/hr. BP หลัง load 74/50 mmHg แพทย์แทง C-line at jugular vein เปลี่ยน Levophed เป็น (8:100) vein 30 cc/hr. trial ทุก 15 min Keep MAP > 65 NPO เว้นยา On 0.9% NSS 1000 ml + KCL 40 mEq v 80 ml/hr.
การวินิจฉัยโรค	Broncho pneumonia with acute respiratory failure with septic shock	Pneumonia with acute respiratory failure with septic shock
การรักษา	- On NE (8:100) v 20 ml/hr. - Berodual 1 NB ทุก 4 hr. - E.KCL 30 ml oral stat x 2 dose - Ceftriaxone 2 g + NSS 100 ml vein drip in 1 hr. OD - Para (500) 1 tab oral prn ทุก 6 hr. - Clindamycin 600mg vein ทุก 8 hr. - GG 1x3oral pc - Omeprazole 40 mg vein OD - Ceftazidime 2 g vein ทุก 8 hr - Amikacin 500 mg vein OD - Fluimucil (200) 1x3 pc - Fentanyl 50 mcg vein stat then Fentanyl (10:1) vein drip 10 µd/ min	- KCL40 mEq + 0.9 % NSS 1000 ml v 80 ml /hr. - On NE (8:100) v 20 ml/hr. - Meropenam 1 g vein ทุก 8 hr. - Fluimucil (200) 1x3 pc - Paracetamol (500) 1 tab oral prn ทุก 6 hr. - Levophed (8:100) vein 30 cc/hr. trial ทุก 15 min Keep MAP >65 - Colistin 300 mg + NSS 100 ml vein in 1 hr. stat then 150 mg. + NSS 100 ml vein in 1 hr ทุก 12 hr.

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	<ul style="list-style-type: none"> - Dormicum 100 mg +5 % DW 100 ml vein drip 5 µd/min - 7.5% NaHCO₃ 1 amp vein slowly push, 1 amp vein drip in 1 hr. - Dexamethazone 4 mg vein ทุก 6 hr. - Ceftazidime 2 g vein ทุก 8 hr. - Omeprazole (20) 1x1 oral ac. 	<ul style="list-style-type: none"> - Omeprazole (20) 1x1 oral ac. - Hydrocortisone 200 mg + 5 % DW 100 ml vein in 24hr - Ceftazidime 2 g vein ทุก 8 hr. - Berodual 1 NB พ่น ทุก 4 hr. - B co 1x3 oral pc - Folic 1x1 oral pc - Ceftazidime 2 g vein ทุก 8 hr. - NPH 4 unit SC hs. - MFM (500) 1x3 oral pc - B co 1x3 oral pc - Folic 1x1 oral pc - Para (500) 1tab oral prn ทุก 6 hr.

การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลและผลลัพธ์

ได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพ ทั้ง 11 แบบแผนของ Gordon⁽⁶⁾ มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ

อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยปฏิบัติการพยาบาล ตั้งแต่ระยะวิกฤต ระยะดูแลต่อเนื่อง และการวางแผนจำหน่าย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัย แผนการพยาบาลและผลลัพธ์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	แผนการพยาบาล	ผลลัพธ์ กรณีศึกษาที่ 1	ผลลัพธ์ กรณีศึกษาที่ 2
ระยะวิกฤต			
1. การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากอาการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง	<ol style="list-style-type: none"> 1. สังเกตภาวะพร่องออกซิเจนและมี cyanosis ตามปลายมือปลายเท้า 2. ดูแลให้ผู้ป่วยหายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ ปรับ Setting ตามแผนการรักษาและดูแลให้เครื่องทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ 3. ดูแลให้พ่นยา Berodual 1 NB ทุก 4 hr. ตามแผนการรักษา 4. ติดตามผล Chest X-ray, ABG 5. ดูแลให้ได้รับยาลดการต้านเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา 	<p>ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารเข้าใจ ช่วงแรกหายใจ หอบต้านเครื่อง ผล ABG เป็น Metabolic acidosis ต่อมาหายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไม่หอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 20-24 ครั้งต่อ นาที O₂ Sat 98-99 % ผล ABG ปกติ</p>	<p>ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารเข้าใจ หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง ไม่หอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อ นาที O₂ Sat 98-99% ผล ABG ปกติ สามารถ OFF ET tube ได้ ภายใน 3 วัน</p>

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัย แผนการพยาบาลและผลลัพธ์ (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	แผนการพยาบาล	ผลลัพธ์ กรณีศึกษาที่ 1	ผลลัพธ์ กรณีศึกษาที่ 2
	6. Monitor EKG Observe HR, O ₂ sat, Record V/S q 1 hr.	สามารถ OFF ET tube ได้ ภายใน 6 วัน	
2. มีภาวะช็อกจากภาวะการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ	1. ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพอาการและอาการแสดงทุก 15 นาทีในระยะช็อก และทุก 1 ชั่วโมงเมื่ออาการเริ่มคงที่ 2. ดูแลให้ยา Levophed (8:100) vein 30 cc/hr. trial ทุก 15 min Keep MAP >65 mmHg 3. บันทึกสารน้ำที่เข้าและปัสสาวะที่ออกทุกชั่วโมง	รู้สึกตัวดี ภาวะช็อกได้ รับการดูแลแก้ไขและผู้ป่วยปลอดภัย มีความสมดุลของน้ำเข้า-น้ำออก ความดันโลหิต 100/67 – 111/59 mmHg (ใช้เวลาในการแก้ไขรวม 2 วัน)	รู้สึกตัวดี ภาวะช็อกได้ รับการดูแลแก้ไขและผู้ป่วยปลอดภัย มีความสมดุลของน้ำเข้า-น้ำออก ความดันโลหิต 78/55 – 128/78 mmHg (ใช้เวลาในการแก้ไขรวม 3 วัน)
ระยะดูแลต่อเนื่อง			
3. มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ	1. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา 2. ประเมินอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง 3. ติดตามผลการตรวจเสมหะภายหลังการรักษา	ผู้ป่วยไม่มีภาวะติดเชื้อเพิ่มขึ้น หลังเข้ารับการรักษา อุณหภูมิ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส ผลการเพาะเชื้อใน sputum C/S no growth	ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อเพิ่มขึ้น หลังเข้ารับการรักษา อุณหภูมิ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส - ผลการเพาะเชื้อ sputum C/S พบ Pseudomonas aeruginosa, klebsiella pneumoniae
4. มีภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย	1. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะของเสียคั่งในร่างกายและภาวะโซเดียม โปตัสเซียมคลอไรด์และคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดต่ำ 2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมงหรือตามความจำเป็น 3. ดูแลการได้รับยาตามแผนการรักษา 4. บันทึกสารน้ำที่เข้าและปัสสาวะที่ออก	พบภาวะโซเดียมต่ำ โปตัสเซียมต่ำเมื่อแรกรับ หลังได้รับการแก้ไขดีขึ้น พบคลอไรด์ต่ำร่วมด้วย ผล NA = 130-132 ผล K = 3.2 - 4.5 ผล Cl = 89 - 93 ผล CO ₂ =17 - 28	พบภาวะโซเดียมต่ำ คลอไรด์ต่ำและคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดต่ำ เมื่อแรกรับ หลังได้รับการแก้ไขดีขึ้น ผล NA = 130-138 ผล K = 3.4 - 4.4 ผล Cl =101 - 106 ผล CO ₂ =10 - 23

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัย แผนการพยาบาลและผลลัพธ์ (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	แผนการพยาบาล	ผลลัพธ์ กรณีศึกษาที่ 1	ผลลัพธ์ กรณีศึกษาที่ 2
5. มีภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะช็อกที่มีสาเหตุจากการติดเชื้อ	<ol style="list-style-type: none"> 1. วัดสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัว 2. บันทึกสารน้ำที่เข้าและออกทุก 8 ชั่วโมง 3. ควบคุมการให้สารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำโดยผ่านเครื่องควบคุมปริมาตร 4. ฟังเสียงปอดทุกแควอร์เพื่อประเมินภาวะ Pulmonary edema 5. ติดตามการทำงานของไตตามแผนการรักษา 	<p>ผู้ป่วยเริ่มมีไตวายในระยะเวลาหลังช็อก หลังได้รับการแก้ไขดีขึ้น</p> <p>- BUN 23 mg/dl</p> <p>Cr 1.01 mg/dl</p> <p>eGFR 83 ml/min/1.7 (CKD-2)</p> <p>ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ฟังเสียงปอดไม่มีความผิดปกติ</p>	<p>ผู้ป่วยเริ่มมีไตวายในระยะเวลาแรก รับ หลังได้รับการแก้ไขดีขึ้น</p> <p>- BUN 29 mg/dl</p> <p>Cr 2.82 mg/dl</p> <p>eGFR 17 ml/min/1.7 (CKD-4)</p> <p>ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ฟังเสียงปอดไม่มีความผิดปกติ</p>
6. เสี่ยงต่อภาวะ Hyperglycemic เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง	<ol style="list-style-type: none"> 1. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ 2. ทำการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิดและให้ยาอินซูลินควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษา 3. ดูแลการได้รับ อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานอย่างตรงเวลาและปริมาณยาเพียงพอตามแผนการรักษา 	<p>- ไม่มีข้อวินิจฉัยนี้-</p>	<p>- หลังเข้ารับการรักษามีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง HbA1c = 11.9% ระดับน้ำตาล DTX92-128 mg%</p>
7. บกพร่องในการดูแลตนเองจากการเจ็บป่วยวิกฤต	<ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆและกิจวัตรประจำวัน 2. ดูแลให้ได้รับยา อาหารตามแผนการรักษาของแพทย์ 3. ดูแล Suction พลิกตะแคงตัวให้ตามความจำเป็นอย่างเหมาะสม 4. ดูแลให้ Bed Rest ยกไม้กั้นเตียงเพื่อป้องกันอุบัติเหตุให้ 	<p>ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้รับยา อาหารตามแผนการรักษาพักผ่อนได้ ไม่เกิดอุบัติเหตุในเวร</p>	<p>ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้รับยา อาหารตามแผนการรักษาพักผ่อนได้ ไม่เกิดอุบัติเหตุในเวร</p>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	แผนการพยาบาล	ผลลัพธ์ กรณีศึกษาที่ 1	ผลลัพธ์ กรณีศึกษาที่ 2
การวางแผนจำหน่าย			
8. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย	1. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติในเรื่องโรค อาการ แนวทางการดูแลรักษาที่ได้รับเพื่อให้ข้อมูลได้ถูกต้อง เหมาะสม 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัยพร้อมทั้งตอบคำถามให้ชัดเจน	ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลลง เข้าใจเกี่ยวกับอาการและแผนการรักษา	ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลลง เข้าใจเกี่ยวกับอาการและแผนการรักษา
9. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน วางแผนการจำหน่ายโดยใช้หลัก D-M-E-T-H-O-D	1. ประเมินความพร้อมในการปฏิบัติตัวเมื่อไปอยู่บ้าน และแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น ยาที่จะต้องรับประทานต่อที่บ้าน และการมาพบแพทย์ตามนัด	ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น ยาที่จะต้องรับประทานต่อที่บ้าน และการมาพบแพทย์ตามนัด

อภิปราย

กรณีศึกษาทั้งสองรายเป็นผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเหมือนกัน จากการประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน⁽⁶⁾ พบว่ากรณีศึกษาทั้งสองราย พบแบบแผนที่เป็นปัญหาเหมือนกัน คือ แบบแผนการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร การขับถ่ายของเสีย การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม และการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด โดยกรณีศึกษารายที่ 1 เป็นผู้สูงอายุ 83 ปี มีโรคร่วมคือ ความดันโลหิตสูง 5 ปี กรณีศึกษารายที่ 2 อายุ 64 ปี มีโรคร่วมคือเบาหวานและความดันโลหิตสูงมา 1 ปี กรณีศึกษาทั้งสองราย เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนและได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ส่งต่อมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบภาวะแทรกซ้อนเหมือนกัน คือ มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อภาวะ Acute Kidney injury ภาวะ Electrolyte imbalance ส่วนที่ต่างกัน คือ กรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะ Metabolic acidosis กรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะ

Hyperglycemia ซึ่งสอดคล้องกับภาวะแทรกซ้อนตามทฤษฎีที่พบว่า ภาวะแทรกซ้อน ที่ร้ายแรง ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต คือ กลุ่มอาการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute respiratory distress syndrome) ภาวะการหายใจล้มเหลว (respiratory failure) ภาวะไตวาย (renal failure) ภาวะช็อกจากโรคติดเชื้อ (septic shock) ซึ่งจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแล และเฝ้าติดตามอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยระยะวิกฤติ⁽⁷⁾ และให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล⁽⁸⁾ พบว่ากรณีศึกษารายที่ 1 เนื่องจากเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบ จึงมีความรุนแรงของโรคและมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง⁽⁹⁾ จึงทำให้ยาเครื่องช่วยหายใจได้เข้า ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 เป็นโรคเบาหวาน ควบคุมเบาหวานไม่ดี HbA1c 11.9 % การควบคุมระดับน้ำตาลในช่วงรักษานั้นเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการหายาเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ⁽⁹⁾ ดังนั้นพยาบาลควรให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีโรคปอดอักเสบด้วยความรวดเร็ว ใกล้เคียง ใฝ่ระวังภาวะแทรกซ้อนขณะรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยรอดปลอดภัยไม่เกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน

สรุป

ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว แรกรับที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเข้า ICU ทันที ทั้ง 2 ราย มีภาวะแทรกซ้อนที่เหมือนกัน คือ มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ภาวะ Acute Kidney injury ภาวะ Electrolyte imbalance ส่วนที่ต่างกัน คือ รายที่ 1 มี Metabolic acidosis รายที่ 2 มีภาวะ Hyperglycemia ทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาและให้การพยาบาลอย่างทันทั่วทั้งที่โดยรายที่ 1 สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ใน 6 วัน จำหน่ายทุเลา รวมรักษาในโรงพยาบาล 14 วัน ส่วนรายที่ 2 สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ใน 3 วัน จำหน่ายทุเลา รวมรักษาในโรงพยาบาล 5 วัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่อนุญาตให้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อใช้ในการวิจัย ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2566.
2. ประทุม สร้อยวง. การพยาบาลอายุรศาสตร์. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. พิมพ์ครั้งที่ 2 (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). 2560.
3. วิจิตรา กุสมภ. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต. แบบองค์รวม. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนสามัญแบบนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์. 2560.
4. รัชณี เบญจธบัง. การพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ. กรุงเทพฯ: บริษัท พี เอ ลิฟวิ่ง จำกัด. 2557
5. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2566.

6. พรศิริ พันธสี. *กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ : การประยุกต์ใช้ทางคลินิก* (พิมพ์ครั้งที่ 24). กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร. 2563.
7. อุ่นเรือน กลิ่นขจร และสุพรรณษา วรมาลี. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ งานการพยาบาลอายุรศาสตร์ และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราชคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 2563.
8. เพ็ญจันทร์ แสนประसार. *กระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร. 2560.
9. อภิชาติ คณิตทรัพย์. *ปอดอักเสบในผู้สูงอายุ*. ใน *ณรงค์กร ซ้ายโพธิ์กลาง และคณะ, บรรณาธิการ. อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร 2561:201-2

การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก ที่ได้รับการเปิดขยาย หลอดเลือดหัวใจ : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for ST elevation myocardial infarction patients receiving percutaneous coronary intervention : 2 cases study

วาสนา บุญบรรลุ

Wasana Boonbanloo

Email: was.boon19@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา: การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างเดือน กันยายน พ.ศ. 2566 ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 โดยเป็นการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกตอาการการวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบ พยาธิสภาพและอาการแสดงของผู้ป่วย การรักษา ประเมินปัญหาทางการพยาบาลด้วยแผนสุขภาพ 11 แบบของกอร์ดอน โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ การพยาบาลระยะวิกฤตหลังตรวจสอบหัวใจ การพยาบาลต่อเนื่องหลัง วิกฤต การพยาบาลระยะเตรียมความพร้อมก่อนย้ายออก

ผลการศึกษา: รายที่ 1 หญิงไทยอายุ 65 ปี มีโรคร่วมเบาหวาน มาด้วยเจ็บแน่นหน้าอก หน้ามืด 3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ตรวจพบคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีเอสทียก ผู้ป่วยได้ยาละลายลิ่มเลือด ขณะให้ยาละลายลิ่มเลือดผู้ป่วย หัวใจหยุดเต้น ได้รับการฟื้นคืนชีพและใส่ท่อช่วยหายใจ หลังจากนั้นผู้ป่วยมีภาวะสัญญาณไฟฟ้าหัวใจถูกขัดขวาง อย่างสมบูรณ์ มีความดันโลหิตต่ำได้รับยาเพิ่มความดันโลหิต ผู้ป่วยได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจพบหลอดเลือด หัวใจตีบ 1 เส้น วางขดลวดถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ 1 เส้น วันนอน 6 วัน รายที่ 2 ชายไทยอายุ 71 ปี มีโรคร่วม ความดันโลหิตสูง มาด้วยเจ็บแน่นหน้าอกด้านซ้าย ราวไปแขนซ้าย 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ตรวจพบคลื่นไฟฟ้า หัวใจมีเอสทียก ผู้ป่วยได้ยาละลายลิ่มเลือด มีปัสสาวะปนเลือด ผู้ป่วยได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบหลอดเลือด หัวใจตีบ 1 เส้น 3 วันต่อมา ผู้ป่วยมีไข้สูงและติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้ยาปฏิชีวนะ วันนอน 11 วัน

สรุป: พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการพยาบาลตั้งแต่แรกรับในภาวะวิกฤติ การพยาบาลหลังขยาย หลอดเลือดหัวใจอย่างมีประสิทธิภาพและทันท่วงทีจะสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันชนิด เอสทียก และสามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

คำสำคัญ: การพยาบาล, ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก, การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วย บอลลูนและใส่ขดลวด

Abstract

Objective: To study nursing care of ST elevation myocardial infarction patients receiving percutaneous coronary intervention, a 2 cases study.

Methods: A comparative study of the 2 cases study of ST elevation myocardial infarction patients receiving percutaneous coronary intervention at Roi Et Hospital during September 2023 to November 2023 by purposive sampling. All data were collected from medical records, interviews their relative, observation, analyzed data, compared the physical and symptoms of patients, evaluation the nursing care problem followed 11 planed of Gordon scheme. And was divide into 3 phase included critical care nursing after cardiac catheterization, continuing nursing care after a critical phase and preparatory nursing care before moving out of the intensive care unit.

Results: The first case, Thai female was 65 years old, comorbid with diabetes mellitus. First symptom was typical chest pain and faint before came to hospital 3 hour. An electrocardiogram detected a raised ST elevation. The patient received thrombolytic drugs. While giving thrombolytic drugs, the patient cardiac arrest, she was resuscitated and intubated. After that, the patient had complete heart blockage, hypotension symptoms and receive medicine to increase blood pressure. The patient receiving percutaneous coronary intervention and 1 drug eluting stent. The length of stay was 6 days. The second case, Thai male was 71 years old, comorbid with hypertension. First symptom was typical chest pain in the left side, refer pain to left arm before came to hospital 1 hour. An electrocardiogram detected a raised ST elevation. The patient received thrombolytic drugs. Post giving thrombolytic drugs, he was hematuria. The patient receiving percutaneous coronary intervention. Three days later the patient had a high fever and a urinary tract infection and was prescribed antibiotics. The length of stay was 11 days.

Conclusions: An important nurse's role in nursing from the first patient in a critical situation. Nursing care after coronary angioplasty is effective and timely. Reduce the severity of ST elevation myocardial infarction and can reduce the mortality rate of patients.

Keywords: Nursing care, ST-elevation myocardial infarction, Percutaneous coronary intervention

Corresponding author: Email: was.boon19@gmail.com

Received: December 1, 2023; **Accepted:** January 5, 2024

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก เป็นภาวะที่หลอดเลือดหัวใจ มีการอุดตันแบบสมบูรณ์ หรือตีบรุนแรง ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่รับเลือดอยู่ เกิดการขาดเลือดแบบเฉียบพลัน โดยจะเกิดขึ้นภายใน ระยะเวลาเป็นนาทีหรือไม่เกินชั่วโมง กลไกการเกิดโรค ส่วนใหญ่เกิดจากการปริแตกของตะกรันไขมัน ที่เกาะใน หลอดเลือด เมื่อมีการปริแตกร่างกายจะระดมเกร็ดเลือด และสร้างลิ่มเลือดขึ้นมาอุดหลอดเลือดส่วนนั้น จนส่งผล ให้หลอดเลือดมีการอุดตันโดยสมบูรณ์หรือตีบรุนแรง ผู้ป่วยมักจะมีอาการเจ็บแน่นกลางอกหรือหน้ามืด เป็นลม บางรายอาจถึงขั้นหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ภาวะ นี้เป็นภาวะฉุกเฉินมีอันตรายถึงชีวิต อัตราการเสียชีวิต ของโรคนี้อยู่ที่ร้อยละ 5-10⁽¹⁾ การรักษาคือการเปิดหลอดเลือด ที่อุดตันให้เร็วที่สุด การประเมินการวินิจฉัยและการดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ทำให้ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนได้มาก ระบบการส่งต่อ และการประสานงานภายในโรงพยาบาล⁽²⁾ มีส่วนสำคัญ ในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพและปลอดภัย ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถ ในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติเพื่อลดหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนมีเลือดออกใต้ผิวหนัง (hematoma) แผลมีเลือดออก (bleeding) และอาการปวดหลังการสวนหัวใจ⁽³⁾ และให้ความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก เป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทย และยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ จากข้อมูลสถิติของกรมควบคุมโรคกระทรวง สาธารณสุข ในปี 2560 มี ประมาณการจำนวนผู้เสียชีวิต ถึง ร้อยละ 12 จากสาเหตุ การเสียชีวิตทั้งหมด และมีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาด เลือด จำนวน 20,746 ราย อัตราตาย 21:8 ต่อแสน ประชากร อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1.57 : 1 กลุ่ม ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เป็นกลุ่ม ที่มีอัตราตายสูงที่สุดที่ 144.4 ต่อประชากรแสนคน⁽⁴⁾ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก เกิดจากการตีบหรืออุดตันเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงหัวใจ จำแนกเป็น 2 ชนิด

โดยแยกจาก ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นแบบชนิด เอสทียก ซึ่งหลอดเลือดมีการอุดตันร้อยละ 100 และแบบ Non-ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) และ Unstable angina วัตถุประสงค์สำคัญ ในการรักษา ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก คือ การทำให้หลอดเลือดที่อุดตันหายอุดตันโดยเร็วที่สุด การรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด เป็นการ รักษาที่มีประโยชน์สำหรับโรงพยาบาลส่วนใหญ่ สามารถลดอัตราการเสียชีวิต⁽⁵⁾ ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้โดยเวลาที่เริ่มให้ยาแก่ผู้ป่วยไม่ควรเกิน 30 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับบริการที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 820 เตียง กลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียกเป็นกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน 1 ใน 5 อันดับโรค⁽²⁾

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดระยะ ฉุกเฉิน ระยะวิกฤตเฉียบพลัน จนกระทั่งระยะฟื้นฟูสภาพ ให้บริการผู้ป่วยในเขตจังหวัดร้อยเอ็ดและจังหวัดใกล้เคียง ให้บริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก ปี 2564 ปี 2565 ปี 2566 จำนวน 245 ราย, 221 ราย และ 194 ราย เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักหัวใจและหลอดเลือด ปี 2564 ปี 2565 ปี 2566 จำนวน 191 ราย 221 ราย และ 194 ราย ตามลำดับ⁽⁶⁾ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ไม่เพียงแต่เรื่อง การรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวด้วย ดังนั้นพยาบาล จึงต้องมีความรู้ในแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อจัดการสถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern) ของกอร์ดอน⁽⁷⁾ ผสมผสานกับศิลปะ การพยาบาล รวมถึงเทคนิคการแก้ปัญหาและ กระบวนการตัดสินใจ ในการประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อให้ ได้การวินิจฉัยและกำหนดเป้าหมายของผู้ป่วย⁽⁸⁾ มีการใช้ แผนปฏิบัติการและประเมินผลการตอบสนองของผู้ป่วย

ในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักหัวใจและหลอดเลือดที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จึงสนใจศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก เพื่อพัฒนาการพยาบาลโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ: กรณีศึกษา 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ช่วงเดือน กันยายน พ.ศ. 2566 ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย 2) การสัมภาษณ์ญาติและผู้ป่วย 3) การสังเกตอาการ 4) การวิเคราะห์ข้อมูล 5) เปรียบเทียบพยาธิสภาพและอาการแสดงของผู้ป่วย การรักษา ประเมินปัญหาทางการพยาบาลด้วยแผนสุขภาพ 11 แบบของกอร์ดอน โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะวิกฤติหลังตรวจสอบหัวใจ เป็นการพยาบาลต่อเนื่องหลังวิกฤติ และการพยาบาลระยะเตรียมความพร้อมก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก มีรายละเอียดดังนี้

ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 65 ปี มีเจ็บแน่นหน้าอกหน้ามิด 3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมงก่อนมา หลังจากไปผ่าฟัน มีอาการแน่นหน้าอกหน้ามิด เหงื่อออก เหนื่อยเพลียดูซึมลงญาตินำส่งโรงพยาบาล แรกรับ V/S BT 36.5 C HR 57/min RR 22 /min BP 93/55 mmHg ทำ EKG : ST elevate II, III, aVF ได้ ASA gr v 1 tab oral เคี้ยวกลืน Clopidogrel (75mg) 4 tab oral ได้รับยา Streptokinase 1.5 mu หลังได้ยา Streptokinase ผู้ป่วยเกร็งตาค้าง ช่วยฟื้น

คืนชีพ ใส่ท่อช่วยหายใจ มีปัญหาความดันโลหิตต่ำ Norepinephrine bitartrate (Levophed®) 4 mg+ 5%DW 250 mg iv 20 ml/hr Adrenaline 10 mg + NSS 100 ml iv drip 10 ml/hr มีปัญหาโปแทสเซียมในเลือดต่ำได้ NSS 100 ml +KCL10mEq iv drip in 1 hr then NSS 1000 ml +KCL40 mEq iv drip rate 60 ml/hr EKG : Complete heart block on External pacemaker และ Refer เพื่อมารักษาต่อโรงพยาบาลร้อยเอ็ด แรกรับที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลร้อยเอ็ด E4VTM4 ดิ้นกระสับกระส่ายไปมา on External pacemaker HR 70 bpm output 100 consult cardiologist รับทราบอาการผู้ป่วยให้ย้ายผู้ป่วยไปที่ห้อง Cath Lab ด่วน เพื่อปฏิบัติการตรวจรักษาหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (rescued percutaneous coronary intervention: PCI) หลังจากนั้นจึงย้ายเข้าพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยหนักหัวใจและหลอดเลือด (CCU) หลังตรวจสอบหัวใจ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ จำหน่ายทุเลา

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 71 ปี มาด้วยอาการ เจ็บแน่นหน้าอกด้านซ้าย ร้าวไปแขนซ้าย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะนั่งพัก มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกด้านซ้าย ร้าวไปแขนซ้าย pain score 6/10 ค่ะแน่น ไม่มีเหงื่อออกใจสั่น นอนราบได้ ไม่มีหอบเหนื่อยไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัว ถามตอบรู้เรื่อง ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 152/93 มิลลิเมตรปรอท Pain score 6/10 ค่ะแน่น ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (O₂ saturation) 99% ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST elevation in lead II, III and aVF with reciprocal ST depression in V1 V2 ได้รับยา ASA 300 mg 1 tab O stat Clopidogrel 75 mg 4 tabs เคี้ยวกลืน ISDN 5 mg 1 tab อมใต้ลิ้น ผู้ป่วยได้รับให้ยา Streptokinase 1.5 mu + 5%D/W 100 cc iv drip in 1 hr. ขณะให้ยา

Streptokinase ได้ 20 นาที BP 84/47 mmHg HR 102 bpm ได้รับ NSS 500 cc iv drip in 15 min ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ หายใจ Room air ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/84 mmHg ระดับ O2 saturation 98% Pain score 0/10 คะแนน monitor EKG show sinus rhythm on NSS 1,000 cc iv drip rate 60 cc/hr. ผู้ป่วยได้รับการตรวจสวนหัวใจ พบว่า SVD (suspected coronary emboli to RCA) หลังตรวจสวนหัวใจ ผู้ป่วยมีปัญหา BP drop BP 84/65 mmHg. HR 70 bpm ได้รับ NSS 1,000 cc iv load in 30 min

BP หลัง load 97/67 mmHg. แพทย์พิจารณาให้ยา Levophed 8 mg + 5%D/W 500 cc iv rate 10 cc/hr. ผู้ป่วยบ่นปวดแน่นท้อง ตรวจร่างกายพบว่ามี Full bladder มี Hematuria แพทย์พิจารณาให้ใส่สายสวน ล้างกระเพาะปัสสาวะต่อเนื่องตลอดเวลา ได้ urine สีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ไม่มีเลือดปน ผู้ป่วยรับประทาน อาหารอ่อนได้ นอนหลับพักผ่อนได้ ไม่มีมีอาการแน่นหน้าอก 3 วันต่อมา ผู้ป่วยมีไข้สูง UA : WBC > 100 แพทย์วินิจฉัย ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ พิจารณาให้ยาปฏิชีวนะ คือ Augmentin (625 mg) 1 tab O tid pc ฝ้าระวังอาการ ช้างเคียงจากยา urine สีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ไม่มีเลือดปน อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ จำหน่ายทุเลา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีที่ศึกษา 1	กรณีที่ศึกษา 2
เพศ	หญิง	ชาย
อายุ	65 ปี	71 ปี
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 4	ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4
ประกอบอาชีพ	เกษตรกรกรรม	เกษตรกรกรรม
สถานภาพ	หย่าร้าง	คู่
โรคร่วม	ตรวจพบโรคหัวใจไม่ทราบชนิดไม่ได้รับการรักษา	ความดันโลหิตสูงเป็นมา 5 ปีรับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน
การสูบบุหรี่และสิ่งเสพติด	ประวัติสูบบุหรี่ 10 มวน/วันเป็นเวลา 40ปี	ไม่มีประวัติสูบบุหรี่
อาการสำคัญ	เจ็บแน่นหน้าอกหน้ามีด 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล	เจ็บแน่นหน้าอกด้านซ้าย ร้าวไปแขนซ้าย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษา 1	กรณีศึกษา 2
อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน	3 ชั่วโมงก่อนมา หลังจากไปผ่าฟัน มีอาการแน่นหน้าอก หน้ามืด เหงื่อออก เหนื่อยเพลียดูซึมลง ญาตินำส่งโรงพยาบาล	1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะนั่งพัก มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกด้านซ้าย ร้าวไปแขนซ้าย ไม่มีเหงื่อออกใจสั่น นอนราบได้ ไม่มีหอบเหนื่อย ไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน
การวินิจฉัย	STEMI with Complete heart block with Cardiogenic Shock	STEMI with urinary tract infection
ได้ยาละลายลิ่มเลือด	Streptokinase	Streptokinase มีhematuria
ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ	EKG show Complete heart block on External pacemaker	ไม่มี
Film Chest X ray :	perihilar interstitial infiltration cephalization both lung	Normal
Echocardiogram bedside	ไม่มีบันทึก	ไม่มีบันทึก
ผลการตรวจสวนหัวใจ	RCA: total occlusion of proximal right coronary artery Impression : SVD with successful rescued PCI 1 DES to RCA	RCA: 70% stenosis of proximal right coronary artery Impression : SVD (suspected coronary emboli to RCA)
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	DTX= 142 mg% HbA1c ไม่ได้ตรวจ CBC WBC $1.3 \times 10^3 / \mu\text{L}$ Plt count $403 \times 10^3 / \mu\text{L}$	ไม่ได้ตรวจ DTX HbA1c 5.6 mg% CBC WBC $1.3 \times 10^3 / \mu\text{L}$ Plt count $403 \times 10^3 / \mu\text{L}$

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษา 1	กรณีศึกษา 2
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	- Hct 38.4 %	- Hct 41.9 %
	BUN 14 mg/dl	BUN 17 mg/dl
	Cr 1.08 mg/dl	Cr 1.60 mg/dl
	eGFR - ml/min/1.7	eGFR 43ml/min/1.7
	Electrolyte	Electrolyte
	- Na 143 mmol/L	- Na 137 mmol/L
	- K 3.4mmol/L	- K 3.9mmol/L
	- Cl 110 mmol/L	- Cl 108 mmol/L
	- CO ₂ 16 mmol/L	- CO ₂ 16 mmol/L
	- Calcium 8.5 mg/dL	- Calcium 8.5 mg/dL
	- Phosphorus 4.3 mmol/L	- Phosphorus 2.7 mmol/L
	- Mg 2.3 mmol/L	- Mg 2.0 mmol/L
	- ABG	-ไม่ได้ตรวจ
	PH 7.06 , PCO ₂ 65.7mmHg-	UA
	PaO ₂ 32.5mmHg HCO ₃ 19.0	- WBC >100 /HP
	mmol/L	- RBC 50-100 /HP
	UA	Urine culture ผล Candida
	- WBC10-20 /HP	albicans
	- RBC 50-100 /HP	>10 ⁵ CFU/ml
	Urine culture ผล No growth	
	after 3 day	

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและผลลัพธ์

ได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของ Gordon⁽⁷⁾มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณโดยแบ่งปฏิบัติการ

พยาบาลเป็น 3 ระยะ คือ การพยาบาลระยะวิกฤต หลังตรวจสวนหัวใจ การพยาบาลต่อเนื่องหลังวิกฤต การพยาบาลระยะเตรียมความพร้อมก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์ปัญหา/อ้างอิง
1. การพยาบาลระยะวิกฤตหลังตรวจสวนหัวใจ			
1.1 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนจากประสิทธิภาพการหายใจลดลง	1.1 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนจากประสิทธิภาพการหายใจลดลง	1.1 ไม่มีข้อวินิจฉัยนี้	รายที่ 1 โรคมีความรุนแรงแม้ว่าผล Troponin-I negative แต่อาการซึมลงที่ญาติสังเกตได้ชัดเจน และพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลได้เร็ว แม้ว่าจะผลแลบยังไม่ผิดปกติให้เห็น แต่พบว่าซึมลงระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง และมี cardiac arrest x II ROSC on ET tube และ refer มารักษาต่อ ส่วนรายที่ 2 ไม่มีภาวะ cardiac arrest ไม่ได้ on ET tube
วัตถุประสงค์ - ป้องกันการอุดตันของทางเดินหายใจและส่งเสริมให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ	ข้อมูลสนับสนุน - มีประวัติการสูบบุหรี่ 10 มวน/วันเป็นเวลา 40 ปี - เสมหะสีขาวขุ่น - ฟังปอดได้ยินเสียง crepitation both lungs - CXR :infiltration both lung - post cardiac arrest - ABG: metabolic with respiratory acidosis		
1.2 มีภาวะเสียสมดุลสารน้ำและ อิเล็กโทรไลต์	1.2 มีภาวะเสียสมดุลสารน้ำและ อิเล็กโทรไลต์	1.2 ไม่มีข้อวินิจฉัยนี้	พบในผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะโปแทสเซียมในเลือดต่ำ และหัวใจเต้นผิดปกติ EKG show Complete heart block on External pacemaker ในขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่มี ภาวะเสียสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ไม่มีภาวะ หัวใจเต้นผิดปกติ
วัตถุประสงค์ เพื่อให้อิเล็กโทรไลต์ในร่างกายกลับสู่ภาวะปกติ	ข้อมูลสนับสนุน - ญาติแจ้งว่ามีอาการซึมอ่อนเพลีย - K:3.4 mmol/L Mg:2.3 mmol/L EKG: VT no pulse เกร็งตาค้าง		

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์ปัญหา/อ้างอิง
<p>1.3 มีภาวะเจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง</p> <p><u>วัตถุประสงค์</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้อาการเจ็บหน้าอกทุเลาลง - เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเพียงพอ - ขอบเขตความรุนแรงของกล้ามเนื้อหัวใจตายลดลง 	<p>1.3 มีภาวะเจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง</p> <p><u>ข้อมูลสนับสนุน</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ผลการตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้า พบ ST elevation in lead II, III and aVF with Q wave abnormal - มีประวัติอาการเจ็บแน่นหน้าอกด้วยซ้ำ หน้ามืด 3 ชั่วโมงก่อนมา 	<p>1.3 มีภาวะเจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง</p> <p><u>ข้อมูลสนับสนุน</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ผลการตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้า พบ ST elevation in lead II, III and aVF with reciprocal ST depression in V1 V2 - มีประวัติเจ็บแน่นหน้าอกด้วยซ้ำ ร้าวไปแขนซ้าย pain score 6/10 คะแนน 	<p>ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกด้วยซ้ำ รายที่ 1 คลื่นหัวใจไฟฟ้า พบ ST elevation in lead II, III and aVF with Q wave abnormal ส่วนรายที่ 2 คลื่นหัวใจไฟฟ้า พบ ST elevation in lead II, III and aVF with reciprocal ST depression in V1 V2</p>
<p>1.4. ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงเนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง</p> <p><u>วัตถุประสงค์</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดที่ส่งออกจากหัวใจเพิ่มขึ้นและประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจดีขึ้น - ร่างกายและอวัยวะสำคัญได้รับเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ 	<p>1.4 ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงเนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง</p> <p><u>ข้อมูลสนับสนุน</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยให้ประวัติว่าอาการเจ็บแน่นหน้าอก หน้ามืด 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล - ระดับความรู้สึกตัวลดลง ง่วงซึม เหนื่อยอ่อนเพลีย - ผล EKG 12 leads พบ ST elevation in lead II, III and aVF with Q wave abnormal - ผล CAG : SVD with successful rescued PCI 1 DES to RCA - ผลการตรวจเลือด Troponin-Inegative 	<p>1.4 ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงเนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง</p> <p><u>ข้อมูลสนับสนุน</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยให้ประวัติว่าอาการเจ็บแน่นหน้าอกด้วยซ้ำ ร้าวไปแขนซ้าย pain score 6/10 คะแนน เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง - ผล EKG 12 leads พบ ST elevation in lead II, III and aVF with reciprocal ST depression in V1 V2 - ผล CAG : SVD (suspected coronary emboli to RCA) - ผลการตรวจเลือด Troponin -I 1170.10 pg/mL 	<p>ผู้ป่วยทั้ง 2 มีภาวะปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงเนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง และยังมีเจ็บแน่นหน้าอก หลังจากได้ยากระตุ้นความดันช่วยให้การบีบตัวของหัวใจดีขึ้นร่วมกับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ สัญญาณชีพชัดเจน ปัสสาวะออกดี</p>

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์ปัญหา/อ้างอิง
1.5 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน bleeding/hematoma หลังทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (rescue PCI) วัตถุประสงค์ - ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการ rescued PCI ไม่มี bleeding รอบแผล ไม่มี hematoma	1.5 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน bleeding/hematoma หลังทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (rescue PCI) วัตถุประสงค์ - Case STEMI Post SK - SVD with successful rescued PCI 1 DES to RCA ผู้ป่วยได้รับยา heparin 2,500unit ขณะทำ CAG - ผู้ป่วย Post CAG มี TR Band at right radial artery	1.5 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน bleeding/hematoma หลังทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (rescue PCI) วัตถุประสงค์ - Case STEMI Post SK - SVD (suspected coronary emboli to RCA - ผู้ป่วยได้รับยา Heparin 2,500 unit ขณะทำ CAG - ผู้ป่วย Post CAG มี TR band at right radial artery	หลังทำหัตถการทั้ง 2 ราย หลังทำหัตถการหลอดเลือดใส่สายสวนทางข้อมือ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน bleeding หรือ hematoma ⁽⁸⁾
1.6 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยาละลายลิ่มเลือด วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากผลข้างเคียงยาละลายลิ่มเลือด - ป้องกันภาวะเลือดออกตามอวัยวะต่างๆที่สำคัญ เช่น หลอดเลือดสมอง	1.6 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยาละลายลิ่มเลือด วัตถุประสงค์ - hematocrit 38.4% - bleed per gum เล็กน้อย	1.6 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยาละลายลิ่มเลือด วัตถุประสงค์ - มี gross hematuria - hematocrit 24 - 40 % - มี large hematoma at Lt. gluteus and Lt. thigh	หลังทำหัตถการรายที่ 1 ไม่พบภาวะแทรกซ้อน bleeding/hematoma รุนแรงพบ bleed per gum เล็กน้อย ส่วนรายที่ 2 ใส่สายสวนปัสสาวะไว้พบมี gross hematuria และพบมี มี large hematoma at Lt. gluteus and Lt. thigh เนื่องจากสะดุดลิ่มกันกระแทก 10 วันก่อนมาโรงพยาบาล Hct drop 24% (เดิม 38%) ได้รับ PRC 2 unit vein Hct หลังได้เลือด 29.4 %

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์ปัญหา/อ้างอิง
2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลต่อเนื่องหลังวิกฤติ			
2.1 มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้น วัตถุประสงค์ : เพื่อลดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	2.1 มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ข้อมูลสนับสนุน : - ผู้ป่วยใส่คาสายสวนปัสสาวะ - ปัสสาวะสีเหลืองใส - ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ 50-100 cell/HPF และเม็ดเลือดขาว 10-20 cell/HPF - ผลเพาะเชื้อในปัสสาวะ พบ no growth after 3 day - มีไข้ อุณหภูมิ 36.9-37.8 องศาเซลเซียส	2.1 มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ข้อมูลสนับสนุน : - ผู้ป่วยมีอาการปวดหน่วงและกดเจ็บบริเวณหัวเหน่า - ใส่คาสายสวนปัสสาวะ - ปัสสาวะสีเหลืองมีเลือดปน - ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ 50-100 cell/HPF และเม็ดเลือดขาว > 100 cell/HPF - ผลเพาะเชื้อในปัสสาวะ >10 ⁵ CFU/mL Candida albicans - มีไข้ อุณหภูมิ 38.9 องศาเซลเซียส	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ในรายที่ 2 การติดเชื้อที่รุนแรงกว่าต้องให้ยาปฏิชีวนะทำให้วันนอนนานกว่ารายที่ 1 ประมาณ 2 เท่า
2.2 กลัวเนื่องจากเป็นภาวะที่คุกคามชีวิตและวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลสภาพความเจ็บป่วยในภาวะวิกฤติ	2.2 กลัวเนื่องจากเป็นภาวะที่คุกคามชีวิตและวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ข้อมูลสนับสนุน - ผู้ป่วยบอกว่า “กลัวว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้อาจจะถึงตายได้ ไม่เคยเป็นมากขนาดนี้”	2.2 กลัวเนื่องจากเป็นภาวะที่คุกคามชีวิตและวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ข้อมูลสนับสนุน - ผู้ป่วยบอกว่า “กลัวว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้อาจจะถึงตายได้ คนที่เป็นโรคนี้อันตรายหายทุกคนใหม่ จะต้องปฏิบัติตนอย่างไร”	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีความกลัววิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่เนื่องจากไม่เคยเป็นหนักอย่างนี้มาก่อน แต่เมื่อทีมพยาบาลได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวรวมทั้งแนะนำการรับประทานยาต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัดทุกครั้งและมีไลน์แอบพลิเคชันให้ผู้ป่วยและญาติสามารถสอบถาม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์ปัญหา/อ้างอิง
- เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาในภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม - เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจภาวะของโรค แผนการรักษา	- สังเกตเห็นผู้ป่วยและญาติ มีสีหน้าวิตกกังวล - ผู้ป่วยซักถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนเอง	- สังเกตเห็นผู้ป่วยและญาติ มีสีหน้าวิตกกังวล - ผู้ป่วยซักถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนเอง - ผู้ป่วยไม่มีญาติคอยเฝ้าดูแลเนื่องจากต้องนอนในห้องผู้ป่วยหนัก	ข้อมูลได้ตลอด ผู้ป่วยและญาติบอกว่ามีความมั่นใจในการดูแลตัวเองมากขึ้น
2.3 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง <u>วัตถุประสงค์</u> - คงความสามารถในการดูแลตนเอง	2.3 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> - ท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลีย - สับสนบางครั้ง ผูกยึดแขนป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจ - ช่วยเหลือตนเองได้น้อย - on ET tube with ventilator - ใส่สายสวนปัสสาวะ	2.3 ไม่มีข้อวินิจฉัยนี้ สามารถช่วยตนเองได้บนเตียง	รายที่ 1 ด้วยมีความรุนแรงของโรครุนแรงใส่สายช่วยชีวิตหลายอย่างทั้งท่อช่วยหายใจ แผ่นกระตุ้นการเต้นหัวใจและใส่สายสวนปัสสาวะทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ส่วนรายที่ 2 สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ปกติ
3. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลระยะเตรียมความพร้อมก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก			
3.1 ผู้ป่วยต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ <u>วัตถุประสงค์</u> ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ	3.1 ผู้ป่วยต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> - มีประวัติการสูบบุหรี่ 10 มวน/วันเป็นเวลา 40 ปี - มีโรคร่วมเบาหวาน - เหนื่อยง่าย	3.1 ผู้ป่วยต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> - โรคร่วมความดันโลหิตสูง - สูงอายุ - เหนื่อยง่าย	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ลูกนั่งทำกิจกรรมบนเตียงได้และได้รับคำแนะนำในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะรายที่ 2 เน้นการหยุดบุหรี่และควบคุมน้ำหนัก

อภิปราย

จากข้อมูลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก (Inferior wall myocardial Infarction) มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกก่อนมาโรงพยาบาล มีความแตกต่างกันที่เวลาที่มาโรงพยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 1 เจ็บหน้าอก 3 ชั่วโมงก่อนมา หลังแพทย์วินิจฉัยและได้ยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น เกร็งตาค้าง ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ ความดันโลหิตต่ำได้ยาเพิ่มความดันโลหิตและส่งต่อรักษาโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผู้ป่วยรายที่ 2 เจ็บหน้าอก 1 ชั่วโมงก่อนมา หลังแพทย์วินิจฉัยและได้ยาละลายลิ่มเลือดความดันโลหิตต่ำได้ยาเพิ่มความดันโลหิตและส่งต่อรักษาโรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่าระยะเวลามีผลต่อการรักษาอย่างชัดเจน ยิ่งใช้เวลานานก่อนมาโรงพยาบาลการดูแลรักษาที่ล่าช้า ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ บริเวณข้อมือขวาและย้ายเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักหัวใจและหลอดเลือด หลังทำการหัตถการรายที่ 1 ไม่พบภาวะแทรกซ้อนภาวะเลือดออกใต้เนื้อเยื่อ (hematoma) ภาวะเลือดออกตำแหน่งสายสวน (bleeding pungpure site) รุนแรงพบ bleedper gum เล็กน้อย ส่วนรายที่ 2 ใส่สายสวนปัสสาวะไว้พบมี gross hematuria และพบมี large hematoma at Lt. gluteus and Lt. thigh เนื่องจากสะดุดล้มกันกระแทก 10 วันก่อนมาโรงพยาบาล Hct drop 24% (เดิม 38%) ได้รับ PRC 2 unit Hct หลังได้เลือด 29.4 % การซักประวัติก่อนการให้ยาละลาย ลิ่มเลือดเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดและถูกต้องมากที่สุดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังและสามารถลดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยปลอดภัยหลังได้ยาละลายลิ่มเลือด ด้านความรู้และความเข้าใจด้านสุขภาพในการดูแลตัวเองในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการแนะนำ

เรื่องความรู้ในการปฏิบัติตัวจากแพทย์ พยาบาลผู้ดูแลเมื่อเกิดปัญหาหรือมีข้อสงสัยสามารถรับข้อมูลและข่าวสารผ่านทาง Application line official CCU โรงพยาบาลร้อยเอ็ด แนะนำสุขภาพโรคหัวใจซึ่งสร้างขึ้นมาโดยเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน เพื่อให้ความรู้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้การพยาบาลโดยการใช้กระบวนการพยาบาลตามอาการของผู้ป่วยครอบคลุม ผู้ป่วยปลอดภัยพ้นภาวะวิกฤต สามารถย้ายไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วยสามัญหัวใจและหลอดเลือดและจำหน่ายได้อย่างปลอดภัย

สรุป

พยาบาลจะต้องมีความรู้ความสามารถและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ มีการประเมิน เฝ้าระวังสังเกตอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ มีทักษะในการตัดสินใจที่รวดเร็ว มั่นใจในการแก้ไขปัญหา สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะวิกฤติได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ มีการประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การช่วยเหลือและการดูแลต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยควรเป็นแบบองค์รวม โดยครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมจนผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตัวเองได้อย่างมั่นใจเมื่อกลับบ้าน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่อนุญาตให้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการวิจัย ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Antman, E. M. Braunwald 's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine (7 ed.). Philadelphia: Elsevier Saunders. 2005.
2. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2563). แนวเวชปฏิบัติการดูแล รักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ.2563 (พิมพ์ครั้งที่ 1). สมุทรปราการ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเทป ดีไซน์.
3. อัญศิณี นันตะสุนทร สุภาพร อัครกิจพานิชและอภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ. การศึกษาภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดและอาการปวดบริเวณแผลในผู้ป่วยหลังการสวนหัวใจ ระหว่างการใส่สายสวนหัวใจที่หลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบกับหลอดเลือดแดงบริเวณข้อมือ หัตถการหัวใจ โรงพยาบาลรามธิบดี. วารสาร Mahidol R2R e-Journal 2562: 6(2), 42-54
4. กระทรวงสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ. จำนวนผู้ป่วยในโรคหัวใจขาดเลือด/โรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง/โรคหลอดเลือดสมอง/โรคหลอดเลือดอัมพฤกษ์/อัมพาต/และปอดชนิดอุดกั้น เรื้อรัง/โรคหืด ตั้งแต่ พ.ศ. 2559 – 2561 [Internet] สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2566. จาก, <http://www.thaincd.com/2016/news/hot-news-detail.php?id=13683&gid=18>. 2562
5. Bulluck H, Paradies V, Barbato E, Baumbach A, Bøtker HE, Capodanno D, et al. Prognostically relevant periprocedural myocardial injury and infarction associated with percutaneous coronary interventions: a Consensus Document of the ESC Working Group on Cellular Biology of the Heart and European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI). European Heart Journal 2021;42:2630–42.
6. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. (2564). ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด.
7. Gordon M. Nursing diagnosis : process and application. New York: McGraw-Hill Book co. 1982.
8. Fitriyah, R., Nursalam, N., & Maulidiawati, I. Discharge planning of STEMI patients By-multidisciplinary professionals to improve the health services. Jurnal Ners 2020: 15(2), 2502-5791.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for ST Elevation myocardial infarction patients : 2 cases study

จิราพร สาลี*
Jiraporn Salee*
Email: chompooku1325@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา: การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก กรณีศึกษา 2 ราย ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ข้อวินิจฉัยผลการพยาบาลประกอบด้วย 3 ระยะ คือ การพยาบาลประเมินคัดแยกอาการผู้ป่วย การพยาบาลระยะฉุกเฉิน และการพยาบาลระยะเตรียมและนำส่งผู้ป่วย

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่ารายที่ 1 เพศชาย อายุ 49 ปี มีอาการแน่นหน้าอก หายใจหอบ 19 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรคเป็นกล้ามเนื้อหัวใจส่วนหน้าตาย ได้รับการสวนหัวใจเพราะมาโรงพยาบาลช้าหลังจากมีอาการ ผลการทำพบหลอดเลือดแดงแขนงซ้ายด้านหน้าอุดตัน ไม่สามารถเปิดเส้นเลือดได้ ผู้ป่วยรายที่ 2 เพศหญิง อายุ 65 ปี มีอาการแน่นหน้าอก หน้ามืด 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรคเป็นกล้ามเนื้อหัวใจส่วนล่างตายและได้รับยาละลายลิ่มเลือด ระหว่างให้ยามีภาวะหัวใจหยุดเต้น 6 นาที และภาวะสัญญาณไฟฟ้าหัวใจถูกขัดขวางอย่างสมบูรณ์ ผลการให้ยาไม่สามารถเปิดเส้นเลือดหัวใจได้จึงได้รับการตรวจสวนหัวใจ ผลการทำพบหลอดเลือดแดงหัวใจเส้นขวาอุดตัน มีความสำเร็จ ในการเปิดหลอดเลือด กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีปัญหาข้อวินิจฉัยการพยาบาลในระยะวิกฤต ขณะเข้ารับการรักษา ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่คล้ายกัน 4 ข้อ ดังนี้ 1) เสี่ยงต่อภาวะหัวใจบิบบเลือดไปเลี้ยงร่างกายลดลง 2) การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง 3) ญาติมีความวิตกกังวลและหวาดกลัว 4) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะทรุดหนักระหว่างส่งต่อห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ

สรุป: พยาบาลวิชาชีพประจำห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องมีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาล ที่มีคุณภาพ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้มากขึ้น

คำสำคัญ: กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก, กรณีศึกษา, การพยาบาล

Abstract

Objective: To study nursing patients with ST elevation myocardial infarction, 2 cases study.

Methods: Case study in two specific cases. All data are collected between October and November 2023. The study of 2 patients was acute ST-elevation myocardial infarction. The nursing diagnosis were 3 phase including, nursing care for triage assessment, emergency nursing care, nursing care for the preparation before transfer and caring for patients between transfers.

Results: The first case, a 49-year-old male, presented with symptoms of chest pain and shortness of breath, 19 hours before arriving at the hospital. The diagnosis was anterior wall myocardial infarction. He was treated with a PCI, which indication late STEMI. It could not passed left anterior descending. The second case, a 65-year-old female, presented with symptoms chest pain, and faint 3 hours before coming to the hospital. The diagnosis was Inferior wall myocardial infarction. She received thrombolytic drugs for thrombolysis, with cardiac arrest for 6 minutes and complete heart block as a complication during the infusion thrombolytic drugs cloud not thrombolysis thrombus .She was treated with a PCI, which indication rescued PCI. It was a successful PCI, which was successful to right coronary artery). Cases 2 study had same 4 nursing problems in critical stages. While receiving treatment at the emergency department as nursing diagnosis: 1) Risk for low cardiac output 2) Defective gas exchange 3) The family are anxious and fear 4) Patients are at risk of symptoms deteriorating while being transferred to the cardiac catheterization laboratory.

Conclusions: As a professional emergency nurse, it is crucial to have knowledge competence and expertise in practice and provide appropriate nursing care for STEMI patients to provide patients with quality nursing care to improve survival rates.

Keywords: ST-elevation Myocardial Infarction, Case study, Nursing care

Corresponding author: Email: chompooku1325@gmail.com

Received: December 1, 2023; **Accepted:** January 4, 2024

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (myocardial ischemia หรือ infarction) ชนิด STEMI เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสำคัญของประชากรทั่วโลก จากการรายงานสถิติขององค์การอนามัยโรค พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจถึง 17.9 ล้านคน (ร้อยละ 32) ของประชากรทั้งหมด ซึ่งร้อยละ 85 เกิดจากอาการหัวใจวายและโรคหลอดเลือดสมอง⁽¹⁾ สำหรับในประเทศไทยพบว่าจำนวนผู้ป่วยและอัตราการตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยอัตราการตายต่อแสนประชากร ปี 2564-2566 เท่ากับ 5.16, 10.20 และ 10.06 ตามลำดับ⁽²⁾ จากสถิติโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ปีงบประมาณ 2564-2566 จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่เข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทั้งหมด จำนวน 249, 227 และ 220 ราย อัตราตายที่ห้องฉุกเฉินเท่ากับ 1.60, 1.76 และ 0.90 ตามลำดับ⁽³⁾ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารีอย่างเฉียบพลัน โดยเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นลดลงหรือหยุดทันทีจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ ชนิด เอสทียก⁽⁴⁾ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติครอบครัวที่เคยเป็นโรค ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเบาหวาน สูบบุหรี่ อ้วน ขาดการออกกำลังกาย ภาวะเครียด และการดื่มสุรา^(5,6) เป็นต้น มีเป้าหมายในการรักษา คือ เพิ่มการไหลเวียนของเลือดกลับไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจใหม่ (reperfusion) โดยเร็วที่สุดเพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอตลอดเวลา ซึ่งมีผลต่อการลดขนาดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจและลดความรุนแรงของโรค⁽⁵⁻⁷⁾ ปัจจุบันการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีอยู่ 3 วิธี คือ การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และการถ่างขยายหลอดเลือดโคโรนารี อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยขณะรับไว้ในโรงพยาบาลของ Thai ACS registry ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอาการรุนแรงพบ ร้อยละ 17 และถ้าได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจมีอัตราการตาย ร้อยละ 12 ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้เปิด

หลอดเลือดหัวใจมีอัตราการตายสูงถึง ร้อยละ 22 ซึ่งสาเหตุหลักผู้ป่วยมารักษาล่าช้าและได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสมตามมาตรฐาน⁽⁸⁾ การรอดชีวิตผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก จากการศึกษาของ GUSTO IIb trial พบว่า อัตราการรอดชีวิตสูงจะถึง ร้อยละ 99 หากได้รับเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจภายใน 60 นาทีแรก หลังจากเกิดอาการ แต่จะลดลงเหลือ ร้อยละ 93.6 หากได้รับการเปิดหลอดเลือดช้ากว่า 90 นาที หลังจากเกิดอาการและอัตราการรอดชีวิตจะลดลงตามระยะเวลาที่นานขึ้นขณะรอเปิดขยายหลอดเลือด และหากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดนานเกิน 6 ชั่วโมง กล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ขาดเลือดจะก้าวหน้าเป็นเนื้อตาย (infarction area) ที่ไม่สามารถทำให้การไหลเวียนในกล้ามเนื้อหัวใจกลับมาได้อีก^(9,10)

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วน (fast track) เพื่อพัฒนามาตรฐานการรักษา และดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก ลดขั้นตอนต่างๆ ตั้งแต่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลตรวจวินิจฉัย รักษาผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจและได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก ในระยะวิกฤตนั้นมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ที่จะช่วยลดความรุนแรงภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิต พยาบาลฉุกเฉินจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้อง ตั้งแต่การคัดแยกผู้ป่วย การประเมินอาการ การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล การรายงานแพทย์และประสานงานผู้เกี่ยวข้อง การดูแลให้ยาตามแผนการรักษาการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยไปยังที่ต่างๆ อย่างเหมาะสม จากความสำคัญดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาพยาธิสรีรวิทยา สาเหตุ อาการและอาการแสดงการวินิจฉัยโรค การรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด เอสทียก กรณีศึกษา 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก กรณีศึกษา 2 ราย ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ทำการรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ เวชระเบียน การประเมินอาการ ชักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ เพื่อนำข้อมูลมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน⁽¹¹⁾ แนวคิด 7 aspect of care⁽¹²⁾ ปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ยึดหลักพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย โดยทำโครงการการศึกษาเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ใบรับรอง RE 154/2566 และทำหนังสือขออนุญาตศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ข้อมูลที่ได้จากเวชระเบียนถูกเก็บเป็นความลับ และจะไม่ถูกเปิดเผยผู้ศึกษาจะเสนอข้อมูลการศึกษาในภาพรวม และใช้ข้อมูลดังกล่าวเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลการเจ็บป่วยกรณีศึกษารายที่ 1

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 49 ปี สถานภาพสมรสคู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย การศึกษาระดับมัธยมศึกษา

ปีที่ 6 อาชีพค้าขาย โรคประจำตัว เบาหวานไม่เคยผ่าตัด ประวัติสูบบุหรี่ประมาณ 20 มวนต่อวัน ดื่มสุราประจำ ประวัติใช้เคสสารเสพติด ไม่ทราบชนิดและปริมาณ มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด วันที่ 13 ตุลาคม พ.ศ. 2566 เวลา 19.07 รับ refer จากโรงพยาบาลเอกชน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารรู้เรื่อง ความดันโลหิต 120/90 mmHg, ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที O₂ sat 91%, ได้ยา ASA (300mg) 1 เม็ด, ISDN 5 mg 1 เม็ด RI 8 u vein ส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ข้อมูลการเจ็บป่วยกรณีศึกษารายที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 65 ปี สถานภาพสมรสโสด เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย การศึกษาระดับประถมศึกษา ปีที่ 6 อาชีพรับจ้าง โรคประจำตัวหัวใจไม่ได้รักษา ไม่เคยผ่าตัด ประวัติสูบบุหรี่ประมาณ 10 มวนต่อวัน ดื่มกาแฟประจำ เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด วันที่ 24 ตุลาคม 2566 เวลา 14.00 น. รับ refer จากโรงพยาบาลชุมชน ชีพจร ความดันโลหิต 93/55 mmHg ชีพจร 58 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ASA gr V 1 tab, Clopidogel (75mg) 4 tab, Streptokinase (SK) 1.5 mu iv drip in 1 ชั่วโมง ขณะได้ยาผู้ป่วยมีภาวะ Cardiac arrest ทำการฟื้นคืนชีพ 2 รอบ กลับมามีสัญญาณชีพ 12.56 น. ยา Streptokinase (SK) หหมด EKG12 lead หลังยาหมดพบ Complete heart block อัตราการเต้นของหัวใจ 32 ครั้งต่อนาที ได้ติดเครื่องกระตุ้นการทำงานของหัวใจ ส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป และการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด
เอสทียก กรณีศึกษา 2 ราย

การประเมิน	กรณีศึกษา 1	กรณีศึกษา 2
อายุ	อายุ 49 ปี	อายุ 65 ปี
เพศ	ชาย	หญิง
สถานภาพสมรส	คู่	โสด
ระดับการศึกษา	มัธยมศึกษาปีที่ 6	ประถมศึกษาปีที่ 6
โรคร่วม	เบาหวาน ตรวจพบ 4 วันก่อนมาโรงพยาบาล	ตรวจพบโรคหัวใจไม่ทราบชนิด ไม่ได้รับการรักษา
การสูบบุหรี่และสิ่งเสพติด	ประวัติสูบบุหรี่ 20 มวน/วัน เป็นเวลา 30 ปี ดื่มสุราประจำ ประวัติใช้เคยใช้สารเสพติด ไม่ทราบชนิด	ประวัติสูบบุหรี่ 10 มวน/วันเป็นเวลา 40 ปี
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	แน่นหน้าอกหายใจไม่อิ่ม หายใจหอบ เหงื่อออกตัวเย็น ก่อนมาโรงพยาบาล 19 ชั่วโมง	เจ็บแน่นหน้าอก หน้ามืด ซึ่ม ก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	2 วันก่อนมาโรงพยาบาล เหนื่อยเพลีย เหงื่อออกตัวเย็น หายใจไม่อิ่ม ไม่มีแน่นหน้าอก บวมมากขึ้น ปัสสาวะปกติ ไม่มีไข้ 19 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม หายใจหอบ เหงื่อออกตัวเย็น	3 ชั่วโมงก่อนมา ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อยเพลีย หน้ามืด ญาติไปพบผู้ป่วยซีมลง นำส่งโรงพยาบาลชุมชน
การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับก่อนส่งตัวมารักษา	ได้ยา ASA (300mg) 1 เม็ด, ISDN 5 mg 1 เม็ด RI 8 u vein	ได้ยา ASA (300mg) 1 tab, Clopidogel (75mg) 4 tab, Streptokinase (SK) 1.5 mu iv drip in 1 ชั่วโมง ขณะได้ยาผู้ป่วยมีภาวะ Cardiac arrest ทำการฟื้นคืนชีพ 2 รอบ กลับมามีสัญญาณชีพ มีหัวใจเต้นช้าผิดปกติ ชนิด complete heart block อัตราการเต้นของหัวใจ 32 ครั้งต่อนาที

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป และการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก กรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

การประเมิน	กรณีที่ศึกษา 1	กรณีที่ศึกษา 2
ประวัติการแพ้ยาและอื่นๆ	ไม่เคยแพ้ยาและประวัติแพ้อื่นๆ	ไม่เคยแพ้ยาและประวัติแพ้อื่นๆ
การวินิจฉัยโรค	STEMI (anterior wall myocardial infarction)	STEMI (Inferior wall myocardial infarction)
การเข้าถึงการรักษา	เวลา	เวลา
Onset to Hospital	19 ชั่วโมง	30 นาที
Door to EKG	7 นาที	24 นาที
Door to Diagnosis	8 นาที	24 นาที
Door to needle	-	41 นาที
Door to cath lab	68 นาที	226 นาที
การตรวจร่างกาย	ชายไทยวัยกลางคนผิวดำ รูปร่างอ้วน รู้สึกตัว E ₄ V ₅ M ₆ no neck vein engorged, Heart : Heart rate regular, S ₁ S ₂ normal, no murmur, HR 100 /min, Lungs : Normal shape, Equal chest expand, fine crepitation both lungs Extremity : Pitting edema 2+ capillary refill < 2 sec	หญิงไทย สูงอายุ รูปร่างอ้วน ไม่รู้สึกตัว E ₁ V _T M ₁ หายใจหอบ เหงื่อออกตัวเย็น on ET tube with Ventilation, no neck vein engorged, Heart rate irregular, S ₁ S ₂ normal, no murmur, on external pace HR 70 /min output 70 mm amp, Lungs: Normal shape, crepitation both lungs, Extremity: No Pitting edema, capillary refill <2 sec
ค่าระดับน้ำตาลกรรรับ	DTX = 484 mg% HbA1c 11.6 mg%	DTX = 142 mg% HbA1c ไม่ได้ตรวจ
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	Troponin I = 5,0000 pg/ml,	Troponin I = 1.60 pg/ml,

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป และการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก กรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

การประเมิน	กรณีที่ศึกษา 1	กรณีที่ศึกษา 2
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	BUN = 28 mg/dl, Cr. = 1.70 mg/dl K = 3.8 mmol/L, Na = 129 mmol/L, PH= 7.42, PCO ₂ =23.8 mmHg , ≤PaO ₂ = 507 mmHg, HCO ₃ = 37 mmol/L, WBC = 14.5 10 ³ /ul, RBC = 5.88 10 ³ /ul, Hb = 15.3 g/dL,HCT = 46.9%, Platelet = 241 10 ³ /ul, LDL=137mg/dLHDL=39 mg/dL	BUN = 14 mg/dl , Cr.= 1.08 mg/dl K = 3.4 mmol/L, Na = 143 mmol/L, PH = 7.06 PCO ₂ =65.7mmHg, ≤, PaO ₂ = 32.5 mmHg, HCO ₃ = 19.0 mmol/L, WBC = 10.3 10 ³ /ul, RBC = 4.86 10 ³ /ul, Hb = 12.0 g/dL, HCT =38.4%, Platelet = 4.3 10 ³ /ul, LDL = 107 mg/dLHDL = 107 mg/dL
EKG 12 lead	ST elevation I aVL V4 V5 V6	ST elevation II, III, aVF STD V1-V4 with RRB
Film chest X Ray :	Cardiomegaly cephalization both lung , Pulmonarycongestion	Perihilar interstitial infiltration Cephalization both lung
echocardiogram bedside	fair Left Ventricular Ejection Fraction (LVEF) anterior wall hypokinesia	ไม่มีบันทึก
ผลการตรวจสวนหัวใจ	LAD: Total occlusion of mid Left anterior descending coronary artery Impression : SVD with failed PCI to LAD	RCA: Total occlusion of proximal Right coronary artery Impression : SVD with successful rescued PCI 1 DES to RCA

เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยและการพยาบาล

การประเมินภาวะสุขภาพใช้กรอบแนวคิดตาม 11 แบบแผนของ Gordon⁽¹¹⁾ แนวคิด 7 aspect of care⁽¹²⁾ นำมากำหนดปัญหาทางการพยาบาลและได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย

จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยแบ่งการพยาบาลที่ให้เป็น 3 ระยะ คือ 1) การพยาบาลระยะการประเมินคัดแยกอาการผู้ป่วย 2) การพยาบาลระยะฉุกเฉิน 3) การพยาบาลระยะเตรียมและนำส่งผู้ป่วย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระยะการประเมินคัดแยกอาการผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์ปัญหา/อ้างอิง
1. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลการพยาบาลระยะการประเมินคัดแยกอาการผู้ป่วย			
1.1) ผู้ป่วยต้องการดูแลบรรเทาอาการแแรกับด้วย ความรวดเร็ว ปลอดภัย	1.1) ผู้ป่วยต้องการดูแล บรรเทาอาการแแรกับด้วย ความรวดเร็ว ปลอดภัย	1.1) ผู้ป่วยต้องการดูแล บรรเทาอาการแแรกับด้วย ความรวดเร็ว ปลอดภัย	วิเคราะห์ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมาด้วยอาการเจ็บหน้าอกก่อนมา เหมือนกัน มีความเสี่ยงและภาวะวิกฤตฉุกเฉินต้องได้รับการรักษาที่รวดเร็วและจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในโซนวิกฤต และได้รับการรักษาและประเมินอาการทันที
วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการและบรรเทาอาการแแรกับด้วยความรวดเร็ว ปลอดภัย	ข้อมูลสนับสนุน - ไม่สุขสบาย เจ็บหน้าอก รุนแรง หายใจหอบ - Pulmonary congestion	ข้อมูลสนับสนุน - หายใจหอบ - on ET tube with Ventilation, - พบ Congestive heart failure - มีหัวใจเต้นซ้ำผิดปกติ	complete heart block
1.2) ญาติมีความวิตกกังวลและหวาดกลัว	1.2) ญาติมีความวิตกกังวลและหวาดกลัว	1.2) ญาติมีความวิตกกังวลและหวาดกลัว	วิเคราะห์ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีอาการเจ็บป่วยวิกฤต ฉุกเฉินเหมือนกัน ญาติต้องการให้ผู้ป่วยปลอดภัย ญาติรับทราบข้อมูลและยอมรับแผนการรักษา ญาติวิตกกังวลลดลงหลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นได้รับการดูแลที่จากทีมแพทย์และพยาบาล
เนื่องจากผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยฉุกเฉิน	เนื่องจากผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยฉุกเฉิน	เนื่องจากผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยฉุกเฉิน	
วัตถุประสงค์ ญาติมีความวิตกกังวล	ข้อมูลสนับสนุน - ไม่เคยเจ็บป่วยรุนแรงมาก่อน	ข้อมูลสนับสนุน - ไม่เคยเจ็บป่วยรุนแรงมาก่อน	
กังวลลดลง	- ผู้ป่วยจะต้องได้รับการส่งตรวจสวนหัวใจ	- ผู้ป่วยจะต้องได้รับการส่งตรวจสวนหัวใจ	
		- ผู้ป่วยผ่านการฟื้นคืนชีพ	
2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลการพยาบาลระยะฉุกเฉิน			
2.1) เสี่ยงต่อภาวะหัวใจบิบเลือดไปเลี้ยงร่างกายลดลง (low cardiac output) จากกล้ามเนื้อหัวใจตาย	2.1) เสี่ยงต่อภาวะหัวใจบิบเลือดไปเลี้ยงร่างกายลดลง (low cardiac output) จากกล้ามเนื้อหัวใจตาย	2.1) เสี่ยงต่อภาวะหัวใจบิบเลือดไปเลี้ยงร่างกายลดลง (low cardiac output) จากกล้ามเนื้อหัวใจตายและหัวใจเต้นซ้ำ	วิเคราะห์ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีกล้ามเนื้อหัวใจตายมีหลอดเลือดหัวใจตีบ 1 เส้นเหมือนกัน ผู้ป่วยรายที่ 1 มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระยะการประเมินคัดแยกอาการผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก กรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์ปัญหา/อ้างอิง
<p>วัตถุประสงค์ หัวใจบีบเลือดไปเลี้ยงร่างกายประสิทธิภาพและร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ</p>	<p>ข้อมูลสนับสนุน - ไม่สุขสบาย เจ็บหน้าอกรุนแรง - หายใจหอบ อัตราการหายใจ 30-32 ครั้งต่อนาที - anterior wall myocardial infarction - ST elevation I aVL V4 V5 V6 - Oxygen saturation 98-100% -Troponin I > 5,0000 pg/ml</p>	<p>ข้อมูลสนับสนุน - Inferior wall myocardial infarction - ST elevation II, III, aVF STD V1-V4 with RRB - BP 93/55 mmHg - มี Congestive heart failure - มี complete heart block อัตราการเต้นของหัวใจ 32 ครั้งต่อนาที - Oxygen saturation 95-98%</p>	<p>ตำแหน่ง anterior wall โอกาสเกิด cardiogenic shock ได้ ในขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 มี complete heart block อัตราการเต้นของหัวใจ 32 ครั้งต่อนาที รวมด้วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตต่ำได้</p>
<p>2.2) เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อบกพร่องออกซิเจนเนื่องจากพื้นที่แลกเปลี่ยนก๊าซลดลง</p>	<p>2.2) เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อบกพร่องออกซิเจนเนื่องจากพื้นที่แลกเปลี่ยนก๊าซลดลง</p>	<p>2.2) เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อบกพร่องออกซิเจนเนื่องจากพื้นที่แลกเปลี่ยนก๊าซลดลง</p>	<p>วิเคราะห์ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีภาวะ congestive heart failure เหมือนกัน</p>
<p>วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ</p>	<p>ข้อมูลสนับสนุน - หายใจหอบ อัตราการหายใจ 30-32 ครั้งต่อนาที - Pulmonary congestion - lasix 40 mg vein Extremity: Pitting edema 2+</p>	<p>ข้อมูลสนับสนุน - E1VtM1 on ET tube with Ventilation - หายใจหอบ อัตราการหายใจ 24-28ครั้งต่อนาที - มี Congestive heart failure</p>	<p>ผู้ป่วยรายที่ 2 เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นก่อนส่งต่อมารักษา ได้รับการฟื้นคืนชีพ ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจทำให้เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนมากกว่าผู้ป่วยรายที่ 1</p>
<p>2.3) เสี่ยงมีเลือดออกหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด</p>	<p>- ไม่มีเลือดออกตามร่างกาย</p>	<p>2.3) มีเลือดออกหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด</p>	<p>วิเคราะห์ ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับยาละลายลิ่มเลือด streptokinase เพื่อสลายก้อนเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงอาจเพิ่มความเสี่ยงให้มีเลือดออกได้ง่ายในอวัยวะอื่นๆ</p>
<p>วัตถุประสงค์ ไม่มีเลือดออกตามร่างกาย</p>	<p>- ไม่มีเลือดออกตามร่างกาย</p>	<p>ข้อมูลสนับสนุน - เสมหะมีเลือดปนเล็กน้อย - ได้ยาละลายลิ่มเลือดที่โรงพยาบาลชุมชน</p>	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระยะการประเมินคัดแยกอาการผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก กรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์ปัญหา/อ้างอิง
2.4) ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดปกติ	2.4) ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ข้อมูลสนับสนุน - DTX =484 mg% HbA1c =11.6 - โรคร่วมเบาหวาน ควบคุมเบาหวานดี/ไม่ดี	2.4) ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ข้อมูลสนับสนุน - DTX= 142 mg% FBS 155mg% - โรคร่วมเบาหวาน ควบคุมเบาหวานดี/ไม่ดี	วิเคราะห์ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีโรคร่วมเบาหวาน รายที่ 1 มีน้ำตาลสูงตั้งแต่แรกรับ
2.5) เตรียมผู้ป่วยก่อนตรวจสวนหัวใจ วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยพร้อมตรวจสวนหัวใจ	2.5) เตรียมผู้ป่วยก่อนตรวจสวนหัวใจ ข้อมูลสนับสนุน - เป็นหัตถการเสี่ยงสูงผู้ป่วยต้องพร้อมตรวจสวนหัวใจ - ผู้ป่วยต้องได้รับประเมินร่างกาย ประเมินผล CXR , EKG , ก่อนตรวจสวนหัวใจ	2.5) เตรียมผู้ป่วยก่อนตรวจสวนหัวใจ ข้อมูลสนับสนุน - เป็นหัตถการเสี่ยงสูงผู้ป่วยต้องพร้อมตรวจสวนหัวใจ - ผู้ป่วยต้องได้รับประเมินร่างกายประเมินผล CXR , EKG , ก่อนตรวจสวนหัวใจ	วิเคราะห์ ผู้ป่วยทั้ง 2 ได้รับการเตรียมพร้อมก่อนตรวจสวนหัวใจ และพร้อมสำหรับทำหัตถการ
3. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลการพยาบาลระยะเตรียมและนำส่งผู้ป่วย			
3.1) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะทรุดหนักระหว่างส่งต่อห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ วัตถุประสงค์ นำส่งต่อห้องปฏิบัติการสวนหัวใจปลอดภัย	3.1) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะทรุดหนักระหว่างส่งต่อห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ ข้อมูลสนับสนุน - Pulmonary congestion	3.1) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะทรุดหนักระหว่างส่งต่อห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ ข้อมูลสนับสนุน - E1VtM1 on ET tube with Ventilation - มี complete heart block อัตราการเต้นของหัวใจ 32 ครั้งต่อนาที	วิเคราะห์ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเสี่ยงภาวะหัวใจหยุดเต้นหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ขณะเคลื่อนย้าย ต้องได้รับการดูแลติดตามอาการอย่างใกล้ชิด

อภิปราย

ผู้ป่วยรายที่ 1 ชายอายุ 49 ปี โรคประจำตัว เบาหวาน มาด้วยอาการแน่นหน้าอก หายใจหอบ เป็น ก่อนมาโรงพยาบาล 19 ชั่วโมง สัญญาณชีพ แกร็บ BP 148/82 mmHg PR 100 ครั้งต่อนาที RR 32 ครั้งต่อนาที DTX= 423 mg% EKG 12 lead พบ STE I aVL V4 V5 V6 การวินิจฉัยโรค STEMI (anterior wall myocardial infarction) ส่งทำ late PCI Impression: Single vessel disease with failed PCI to Left anterior descending artery ผู้ป่วยรายที่ 2 หญิงไทย อายุ 65 ปี มีประวัติตรวจพบโรคหัวใจไม่ทราบชนิด มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก หน้ามืด เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง สัญญาณชีพ แกร็บโรงพยาบาล ชุมชน BP 93/55 mmHg PR 58 ครั้งต่อนาที RR 22 ครั้งต่อนาที DTX 142 mg% EKG 12 lead พบ ST-segment elevation II III aVF การวินิจฉัยโรค STEMI (inferior wall myocardial infarction) ได้ Streptokinase (SK) 1.5 mu iv drip in 1 ชั่วโมง ระหว่างได้รับยาผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน Cardiac arrest และ Complete heart block ส่งตัวมาโรงพยาบาล ร้อยเอ็ดทำ rescued PCI Impression: Single vessel disease with successful rescued PCI to Right Coronary Artery ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ที่มีลักษณะสำคัญที่น่าสนใจ 2 ประเด็น ดังนี้ คือ มีกระบวนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยรักษาที่รวดเร็ว ปลอดภัย ซึ่งประกอบด้วย ระยะเวลาประเมินคัดแยกอาการผู้ป่วย ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ต้องการดูแลบรรเทาอาการแกร็บด้วยความรวดเร็ว ปลอดภัย ญาติมีความวิตกกังวลและหวาดกลัวเนื่องจากผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยฉุกเฉิน พยาบาลห้องฉุกเฉิน มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการประเมินคัดแยก ผู้ป่วยทั้งสองรายมีอาการแน่นหน้าอก หายใจหอบ หน้ามืด ซึ่งเป็นอาการที่ชัดเจน (typical symptoms) ในผู้ที่เป็น STEMI คัดแยกผู้ป่วยประเภทที่ 1 และทำ EKG ทันที ได้รับการวินิจฉัยรักษาที่รวดเร็วและนำส่งผู้ป่วยเข้าตรวจในห้องวิกฤต

การพยาบาลระยะฉุกเฉิน ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัย การพยาบาลที่คล้ายกัน 3 ข้อ ซึ่งเป็นปัญหาหลักที่พบในภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ (1) เสี่ยงต่อภาวะหัวใจบีบเลือดไปเลี้ยงร่างกายลดลง (low cardiac output) จากกล้ามเนื้อหัวใจตาย complete heart block (2) เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อบวมพร้อมออกซิเจนเนื่องจากพื้นที่แลกเปลี่ยนก๊าซลดลง (3) เตรียมผู้ป่วยก่อนตรวจสอบหัวใจ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีปัญหาพร้อม คือ ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ผู้ป่วยรายที่ 2 มีปัญหาพร้อม คือ เสี่ยงมีเลือดออกหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด พยาบาลห้องฉุกเฉินมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง ติดตามการเปลี่ยนแปลงต่างๆ อย่างใกล้ชิด ความรู้ และทักษะในการอ่านและแปลผลคลื่นหัวใจที่แสดงถึงภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดร้ายแรงต่างๆ เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีทักษะความชำนาญในการใช้เครื่องมือในการช่วยชีวิตต่างๆ ทั้งเครื่อง defibrillator, external transcutaneous pacemaker ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีทักษะและประสบการณ์ในการเตรียมผู้ป่วยตรวจสอบหัวใจในระยะวิกฤต เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจก่อนนำส่ง การพยาบาลระยะเตรียมและนำส่งผู้ป่วย ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการทำการตรวจสอบหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจ (percutaneous coronary intervention: PCI) ในระยะวิกฤต พยาบาลห้องฉุกเฉินมีบทบาทหน้าที่สำคัญในเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจผู้ป่วย ก่อนเคลื่อนย้ายและดูแลระหว่างเคลื่อนย้าย เพื่อป้องกันภาวะทรุดหนัก เช่น หัวใจหยุดเต้น หัวใจเต้นผิดจังหวะ^(13,14)

การเข้าถึงการรักษาและแนวทางการรักษา การเข้าถึงบริการ ผู้ป่วยรายที่ 1 มาโรงพยาบาล 19 ชั่วโมง หลังมีอาการแน่นหน้าอกหายใจไม่อิ่ม เนื่องจากคิดว่า เป็นอาการของโรคเบาหวาน ประชาชนทั่วไปยังขาดความรู้ความเข้าใจในการประเมินอาการเจ็บหน้าอกเฉียบพลัน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเรื้อรัง เบาหวาน และผู้ที่มีความเสี่ยงสูงอื่นๆ ผู้ป่วยจึงไม่ได้มาโรงพยาบาลทันทีผู้ป่วยกล้ามเนื้อ

เนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระยะเวลาที่ล่าช้าในการมาโรงพยาบาลมีผลทำให้เกิดการอุดตันของเส้นเลือดที่มากขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดนานเกิน 6 ชั่วโมง กล้ามเนื้อส่วนที่ขาดเลือดจะก้าวหน้าเป็นเนื้อตาย (infarction area) ที่ไม่สามารถทำให้ การไหลเวียนในกล้ามเนื้อหัวใจกลับมาได้อีก เมื่อทำ PCI จึงไม่สามารถเปิดเส้นเลือดได้ แนวทางการรักษา ผู้ป่วยรายที่ 2 มีอาการแน่นหน้าอกหน้ามืด ก่อนมาโรงพยาบาลชุมชน 3 ชั่วโมง การรักษากล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยการให้ยา Streptokinase ซึ่งมีประโยชน์อย่างมากเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนไม่สามารถทำ primary PCI ได้ หรือต้องใช้เวลาเดินทางมากกว่า 120 นาที ต่อมาจึงได้ส่งตัวมามายังโรงพยาบาลร้อยเอ็ดเพื่อทำ primary PCI จากการศึกษาระียบเทียบการรักษาด้วยวิธี primary PCI หรือการให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 3 ชั่วโมงแรกหลังผู้ป่วยมีอาการ พบว่าผลการรักษาของทั้งสองวิธีไม่ต่างกัน หลังจากได้ยาละลายลิ่มเลือดแล้วผู้ป่วยควรถูกส่งไปยังโรงพยาบาลที่สามารถทำ PCI ได้โดยเร็ว ตามระบบการส่งต่อผู้ป่วย หากหลอดเลือดหัวใจไม่เปิดด้วยยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งประเมินจากการแน่นหน้าอกไม่ลดลง และหรือ ST segment ที่ยกสูง ลดลง <50% จากเริ่มต้น ผู้ป่วยควรได้รับการรักษา PCI หรือส่งต่อโรงพยาบาลที่สามารถทำ PCI ทันที (rescue PCI)^(14, 15)

สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก พยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ต้องมีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ในการประเมินภาวะสุขภาพ การซักประวัติและ คัดกรองผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อช่วยให้การวินิจฉัยโรคถูกต้อง นำไปสู่การเข้าถึงรักษาแบบช่องทางด่วน FAST Track ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและสวนหัวใจที่รวดเร็ว ร่วมกับการวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก ที่มีคุณภาพมาตรฐานวิชาชีพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะวิกฤติได้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือด และกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่เอื้ออำนวยในการเก็บข้อมูล และสุดท้ายนี้ผู้ศึกษาขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนช่วยในกรณีศึกษาให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cardiovascular-diseases (CVDs) [Internet]. [cited 2021 May 11]; Available from: <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-cvds>. 2020
2. กองระบาด กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคหลอดเลือด หัวใจ Coronary Artery Disease (CAD) ปี พ.ศ.2563 [Internet] 2566.[สืบค้น 20 ตุลาคม 2566] . Available from <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1081120191227091554.pdf>
3. กลุ่มเทคโนโลยี และระบาดวิทยา กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข จำนวนและอัตราตาย โรคไม่ติดต่อ (2560-2564) ปี พ.ศ.2565 [Internet] 2566.[สืบค้น 20 ตุลาคม 2566]
4. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด.ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. 2566.
5. ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. ในการพยาบาลอายุรศาสตร์. กรุงเทพฯ : เอ็นพีเพรส; 2559.
6. พรทิพย์ สาริโส. การพยาบาลผู้สูงอายุนระบบหัวใจและหลอดเลือด.กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2566.
7. ผ่องพรรณ อรุณแสง. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด.ขอนแก่น: หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา. 2551.

8. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ. กรุงเทพฯ: บริษัทสุขุมวิทการพิมพ์จำกัด. 2558.
9. กัมปนาท วีรกุล, จิตติ โฆษิตชัยวัฒน์. (2557). 7R การลดอัตราการตาย ในโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน. นนทบุรี: ศรีนครดีไซน์ พรินติ้ง; 2557.
10. Berger PB, Ellis SG, Holmes DR, et al. Relationship between delay in performing direct coronaryangioplasty and early clinical outcome inpatients with acute myocardial infarction: results from the global use of strategies to open occluded arteries in acute coronary syndromes (GUSTO-IIb) trial. *Circulation* 1999;100(1):14–20.
11. Gordon M. Nursing diagnosis : process and application. New York: Mc Graw-Hill Book co. 1982.
12. สารา วงษ์เจริญ. แนวคิดการพัฒนาคุณภาพและการประกันคุณภาพการพยาบาล. สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ. 2551.
13. Anusorn K. Nursing care of patients with ST-Elevated Myocardial Infraction using the concept of family-witnessed resuscitation, FWR) : A case study Role of Advanced Practice Nurse. *Sisaket Journal of Research and Health Development* 2023: Vol2(2).
14. Ibanez B, James S, Agewall S, et al. (2017). ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2018;39(2): 119-77.
15. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2563). แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ.2563 (พิมพ์ครั้งที่ 1). สมุทรปราการ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเตป ดีไซน์.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเร่งด่วน : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of stroke fast track patients : 2 cases study

สุริยา หล้ากำ

Suriya Laklam

Email: suriya.sl@hotmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเร่งด่วนกรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา: การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเร่งด่วน จำนวน 2 รายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 18 ตุลาคม ถึง 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ดูแล การสังเกตอาการ การวิเคราะห์ข้อมูล การเปรียบเทียบพยาธิสภาพและอาการแสดงของผู้ป่วย การศึกษา ประเมินปัญหาทางการพยาบาลด้วยแผนสุขภาพ 11 แบบของกอร์ดอน และได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่สำคัญใน 3 ระยะ คือ ระยะการพยาบาลประเมินคัดแยกอาการผู้ป่วย ระยะการพยาบาลฉุกเฉิน และระยะการพยาบาลเตรียมและนำส่งผู้ป่วย

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเร่งด่วนทั้ง 2 ราย เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้รับวินิจฉัยโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน รายที่ 1 ผู้ป่วยหญิง อายุ 71 ปี มีโรคร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคลมชัก โรคไขมันในเลือดสูง และโรคอัมพาต มาด้วยอาการ แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบภาวะสมองขาดเลือดบริเวณหลอดเลือดสมองเส้นซ้ายที่ไปเลี้ยงสมองส่วนกลาง รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยอาการทุเลา วันนอนรักษาในโรงพยาบาล 5 วัน รายที่ 2 ผู้ป่วยชาย อายุ 73 ปี มีโรคร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน มีประวัติการดื่มสุรา และสูบบุหรี่ มาด้วยอาการแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง คลื่นไส้อาเจียนเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบภาวะสมองขาดเลือดบริเวณหลอดเลือดสมองเส้นขวาที่ไปเลี้ยงสมองส่วนกลางรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยอาการทุเลา นอนรักษาในโรงพยาบาล 2 วัน

สรุป: พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเร่งด่วน ในการประเมินและค้นหาปัญหาผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทและการดูแลในระยฉุกเฉินส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วทันเวลา ผู้ป่วยปลอดภัย

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคหลอดเลือดสมอง, ระยะเร่งด่วน

Abstract

Objective: To compare nursing care for stroke fast track patients, 2 cases study.

Methods: A comparative study of 2 cases stroke fast track patients at Roi-Et Hospital during October 18th 2023 to November 20th 2023. All data were collected from medical records, interview their caregiver, observation, analyzed data, compared the physical and symptoms of patients, evaluation the nursing care problem followed 11 planed of Gordon scheme and divide nursing diagnosis into 3 phase included nursing care for triage assessment, emergency nursing care, nursing care for patients the preparation before transfer and caring for patients between transfers.

Results: Both stroke fast track patients were admitted for treatment at the emergency department, diagnosis with stroke ischemia. Case 1 a 71 year-old female, comorbid with hypertension, epilepsy, dyslipidemia, and old cerebrovascular accident. She was presented with symptoms of weakness in the left arm and left leg, trouble speaking or understanding speech, crooked mouth, 2 hours before arriving at the hospital. Computed tomography results revealed a cerebral ischemia in the left middle cerebral artery, and treated with thrombolytic drugs. The patient's symptoms improved, Length of stay, 5 days. Case 2 a 73 year-old male, comorbid with hypertension, diabetes mellitus type 2, have a history of drinking alcohol and smoking. He was presented with symptoms of weakness in the left arm and left leg, nausea vomiting, 2 hours before arriving at the hospital. Computed tomography results revealed a cerebral ischemia in the right middle cerebral artery, and treated with thrombolytic drugs. The patient's symptoms improved, Length of stay, 2 days.

Conclusions: Nurses an important role in caring for stroke patients in the emergency period. Nursing care for assess and find patient problems from the beginning, monitoring for neurological changes and emergency nursing care As a result, patients receive prompt and timely medical treatment. Patient is safe.

Keywords: Nursing care, Stroke, Fast track

Corresponding author: Email: suriya.sl@hotmail.com

Received: December 1, 2023; **Accepted:** January 18, 2024

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นความบกพร่องทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติของระบบไหลเวียนในสมอง⁽¹⁾ โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นหนึ่งในสี่สาเหตุการตายอันดับต้นๆ องค์การอนามัยโลกรายงานโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกมีจำนวน 17 ล้านคน เสียชีวิต 6.5 ล้านคน และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2⁽²⁾ สำหรับประเทศไทยพบว่าอัตราการป่วยในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญได้แก่โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือดโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์อัมพาตและโรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽³⁾ โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ดังในปี พ.ศ. 2563-2565 มีอัตราการป่วย 328.01, 330.22 และ 330.72 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และมีอัตราการตาย 10.35, 11.00 และ 10.92 ต่อแสนประชากรตามลำดับ⁽⁴⁾ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเขตสุขภาพที่ 7 เพิ่มตามการเกิดของประเทศ ปี พ.ศ. 2563- 2565 มีอัตราการป่วย ดังนี้ 292.42, 299.49 และ 318.20 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ส่วนอัตราการตายก็เช่นเดียวกันเพิ่มขึ้นตามลำดับ ดังนี้ 4.86, 5.27 และ 5.35 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ⁽⁴⁾ ที่มีความรุนแรง ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมรวมทั้งระบบสุขภาพไทยในปัจจุบันเป็นโรคที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วโลก โรคนี้เป็นสาเหตุการตายสำคัญเป็นอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง รายงานจากองค์การอนามัยโลก (World health organization; WHO) ปี 2559 พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคน ในแต่ละปีและเสียชีวิต จากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน⁽⁵⁾ โดยในปี 2563 มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่เป็นอันดับ 1 ในเพศหญิงและอันดับ 2 ในเพศชาย⁽⁶⁾ ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาระบบบริการโดยลดขั้นตอนต่างๆ เพื่อให้การเข้าถึงบริการได้เร็วและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือด

rt-PA) ภายในเวลา 270 นาที (door to needle time) ภายหลังเริ่มมีอาการผิดปกติทางระบบประสาทอย่างไร้ร่องรอยหนึ่งโดยเรียกช่องทางด่วนนี้ว่า “Stroke fast track” หรือ “ช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง”⁽⁷⁾ สำหรับการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้พัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke fast track) ในปี พ.ศ. 2552 โดยใช้รูปแบบเครือข่ายบริการครบวงจรของแต่ละเขตสุขภาพ โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือ ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานอย่างทันเวลาลดอัตราการเสียชีวิต ทูพพลภาพ และความพิการ⁽⁸⁾

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองยังคงมีความรุนแรง ผู้ป่วยที่รอดชีวิตนั้นจะคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ไม่มากก็น้อย เนื่องจากเนื้อสมองถูกทำลายไปและต้องใช้ชีวิตอย่างพิการตลอดช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ ซึ่งความพิการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติอีกด้วย โรคหลอดเลือดสมองในรายกรณีที่เป็นอัมพาตเรื้อรังใช้เวลาพักฟื้นนาน ถ้าไม่ได้รับการจัดการดูแลที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นแผลกดทับ สำลักอาหารเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจหรือปอดอักเสบ เป็นโรคซึมเศร้า⁽⁹⁾ ซึ่งผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนนั้นทำให้เกิดภาระต่อครอบครัวของผู้ป่วยในการดูแล และผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่ต้องกลับบ้านเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ดังนั้นการจัดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมอย่างมีประสิทธิภาพจากพยาบาล โดยมีการประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพในแนวทางเดียวกัน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลทำให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด ได้รับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้มีการส่งต่อดูแลอย่างต่อเนื่องญาติได้รับการเตรียมความพร้อมทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลสามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วตามความเหมาะสม ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการเข้ารับการรักษาซ้ำในร่างกายน้อยลง

ดังนั้นผู้เขียนจึงสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเร่งด่วนรายการนี้จะช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเร่งด่วน

วิธีการศึกษา

การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเร่งด่วน จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 18 ตุลาคม ถึง 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ ผู้ดูแลการสังเกตอาการ การวิเคราะห์ข้อมูล การเปรียบเทียบพยาธิสภาพและอาการแสดงของผู้ป่วย การรักษา ประเมินปัญหาทางการพยาบาลด้วยแผนสุขภาพ 11 แบบของกอร์ดอน และได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่สำคัญใน 3 ระยะ คือ ระยะการพยาบาลประเมินคัดแยกอาการผู้ป่วย ระยะการพยาบาลฉุกเฉิน และระยะการพยาบาลเตรียมและนำส่งผู้ป่วย

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

จริยธรรมการวิจัยในการศึกษากรณีศึกษาในครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE 153/2566 วันที่ 18 กันยายน พ.ศ. 2566 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) ซึ่งผู้วิจัยได้คำนึงถึงการปฏิบัติบนพื้นฐานของจริยธรรมการวิจัย 3 ด้าน คือ เคารพในบุคคลที่ให้ข้อมูล ประโยชน์ที่ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับ และความยุติธรรมในการปฏิบัติกับผู้ให้ข้อมูล

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1

ผู้ป่วยหญิง อายุ 71 ปี มีโรคร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคลมชัก โรคไขมันในเลือดสูงและโรคอัมพาต มาด้วยอาการ แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ญาติให้ประวัติว่าขณะผู้ป่วยเข้าห้องน้ำแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง เดินไม่ได้ มีปากเบี้ยวพูดไม่ชัด ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลชุมชน แพทย์โทรปรึกษาแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมประสาท เข้าระบบ Fast Tract Stroke ส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดผู้ป่วยถึงแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีอาการอ่อนแรง ซีกซ้าย ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ทำตามคำบอกได้ Glasgow coma scale (GCS) 15 คะแนน E4V5M6 pupil 3 mm. RTLBE แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง Motor power grade 3 ด้านซ้าย ส่วนด้านขวา Motor power grade 5 ประเมิน National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) ได้ 7 คะแนน ได้รับสารน้ำ 0.9 % NSS 1000 ml IV drip rate 80 ml/hr, DTX stat 150 mg%, สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 136/73 มิลลิเมตรปรอท ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันบริเวณหลอดเลือดสมองเส้นซ้ายที่ไปเลี้ยงสมองส่วนกลาง (acute left middle cerebral artery infraction) รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดผู้ป่วยอาการทุเลา แพทย์ Refer ไปทำกายภาพต่อที่โรงพยาบาลชุมชน รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลา 5 วัน

กรณีศึกษาที่ 2

ผู้ป่วยชาย อายุ 73 ปี มีโรคร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานมีประวัติการดื่มสุรา และสูบบุหรี่ประจำ มาด้วยอาการ แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง คลื่นไส้ อาเจียนเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ญาติให้ประวัติว่าขณะเดินเข้าบ้าน แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง คลื่นไส้ อาเจียน ญาติจึงนำส่ง

โรงพยาบาลชุมชน แพทย์โทรปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง อายุรกรรมประสาท เข้าระบบ Fast TractStroke ส่งต่อมารักษาที่ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผู้ป่วยถึงแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีอาการอ่อนแรงซีกซ้ายพูดไม่ชัด ทำตามคำบอกได้ Glasgow coma scale (GCS) 15 คะแนน E4V5M6 pupil 3 mmRTBE แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง Motor power grade 0 ส่วนด้านขวา Motor power grade 5 แบบประเมิน National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) เท่ากับ 12 คะแนน ได้รับสารน้ำ 0.9 %

NSS 1000 ml IVdrip rate 80 ml/hr, DTX stat 105 mg% สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 66 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 146/83 มิลลิเมตรปรอท ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันบริเวณหลอดเลือดสมองเส้นขวาที่ไปเลี้ยงสมองส่วนกลาง (acute right middle cerebral artery infraction) รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยอาการทุเลา วันนอน 2 วัน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย

การประเมิน	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เพศ	หญิง	ชาย
อายุ	71 ปี	73 ปี
ระดับการศึกษา	ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4
ประกอบอาชีพ	เกษตรกร	เกษตรกร
สถานภาพ	คู่	หม้าย
โรคประจำตัว	โรคความดันโลหิตสูง 10 ปี โรคลมชัก 3 ปี โรคไขมันในเลือดสูง 5 ปี และโรคอัมพาต 1 ปี รักษาที่โรงพยาบาลเสลภูมิ	โรคความดันโลหิตสูง 8 ปี โรคเบาหวาน 8 ปี รักษาที่โรงพยาบาลเมืองสรวง
การสูบบุหรี่และสิ่งเสพติด	ปฏิเสธการสูบบุหรี่และสิ่งเสพติด	มีประวัติการดื่มสุรา และสูบบุหรี่ สูบวันละ 4- 5 ม้วน/ วัน
อาการสำคัญ	อ่อนแรง แขนขาซีกซ้าย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง 54 นาที	ซึมอ่อนแรงแขนขา ซีกซ้าย คลื่นไส้ อาเจียน เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง
อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน	2 ชั่วโมง 54 นาที ก่อนมาโรงพยาบาลญาติ ให้ประวัติว่าขณะผู้ป่วยเข้าห้องน้ำแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง เดินไม่ได้ มีปากเบี้ยวพูดไม่ชัด ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลชุมชน	2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ญาติ ให้ประวัติว่าขณะเดินเข้าบ้าน แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง คลื่นไส้ อาเจียน ญาติจึงนำส่ง โรงพยาบาลชุมชน
การวินิจฉัย	Acute Stroke	Acute Stroke
ผล CT-Brain	Acute left middle cerebral artery infraction	Acute right middle cerebral artery infraction
ได้ยาละลายลิ่มเลือด	Recombinant tissue-type Plasminogen Activator (rt-PA)	Recombinant tissue-type Plasminogen Activator (rt-PA)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย (ต่อ)

การประเมิน	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	CBC	CBC
	- WBC 1.1×10^3 /uL	- WBC 1.2×10^3 /uL
	- Plt count 276×10^3 /uL	- Plt count 280×10^3 /uL
	- Hct 35.4 %	- Hct 38.4 %
	BUN 14 mg/dl	BUN 14 mg/dl
	Cr 1.08 mg/dl	Cr 1.08 mg/dl
	eGFR - ml/min/1.7	eGFR - ml/min/1.7
	Electrolyte	Electrolyte
	- Na 133 mmol/L	- Na 143 mmol/L
	- K 3.5 mmol/L	- K 3.4mmol/L
	- Cl 112 mmol/L	- Cl 110 mmol/L
	- CO ₂ 15 mmol/L	- CO ₂ 16 mmol/L
	- Calcium 8.4 mg/dL	- Calcium 7.5 mg/dL
	- Phosphorus 4.4 mmol/L	- Phosphorus 4.2 mmol/L
	- Mg 2.3 mmol/L	- Mg 2.1 mmol/L
	PT13.2 Sec.	PT12.2 Sec.
	INR 1.03 Sec.	INR1.08 Sec.

ตารางที่ 2 การประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของ Gordon⁽¹⁰⁾

กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่ 2
แบบแผนที่ 1 การรับรู้ และการดูแลสุขภาพ มีโรคประจำตัวเป็นโรคดันโลหิตสูง โรคลมชัก ไขมันในเลือดสูง และโรคหลอดเลือดสมอง รับการรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และโรงพยาบาลเสลภูมิ รักษาต่อเนื่องไม่เคยขาดยา	แบบแผนที่ 1 การรับรู้ และการดูแลสุขภาพ มีโรคประจำตัวเป็นโรคดันโลหิตสูง รับการรักษาที่โรงพยาบาลเมืองสรวง รักษาต่อเนื่องไม่เคยขาดยา
แบบแผนที่ 2 โภชนาการ และการเผาผลาญสารอาหาร รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ชอบรับประทานอาหารรสจัด เช่น น้ำพริก รับประทานอาหารสุกๆดิบๆ เป็นบางครั้งน้ำหนักไม่เปลี่ยนแปลงอยู่ในช่วง 70 กิโลกรัม สวนสูงประมาณ 160 เซนติเมตร BMI 27.34	แบบแผนที่ 2 โภชนาการ และการเผาผลาญสารอาหาร รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ข้าวเหนียว และอาหารพื้นบ้าน รับประทานอาหารสุกๆดิบๆ เป็นบางครั้ง รับประทานอาหารตรงเวลา ไม่มีปัญหาการเคี้ยว การกลืน

ตารางที่ 2 การประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของ Gordon⁽¹⁰⁾

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับนอนเวลาประมาณ 20.00น. – 05.00น. ติดตามข่าวสารดูโทรทัศน์เป็นประจำ นอนหลับพักผ่อนกลางวันเป็นบางวันประมาณ 30 นาที – 1 ชั่วโมง	แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับนอนเวลาประมาณ 19.00น. – 05.00น. ติดตามข่าวสารดูโทรทัศน์เป็นประจำ นอนหลับพักผ่อนกลางวันเป็นบางวันประมาณ 1 ชั่วโมง – 2 ชั่วโมง
แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์ผู้ป่วย รับประทานยาต้มสมุนไพรทุกวัน ปี 2559 เคย Admit ที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดประมาณเดือน ตุลาคม 2565 ด้วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากนั้นจึงได้ตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นประจำ และเมื่อมีอาการเจ็บป่วยครั้งนี้จึงมีความตระหนกมากขึ้น และเมื่อมีอาการจึงมาทำการรักษาทันที	แบบแผนที่ 6 สติปัญญา และการรับรู้ ความจำ และการรับรู้ด้านบุคคล เวลา สถานที่ หลงลืมเป็นบางครั้ง
แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด ยอมรับว่ามีความเครียดบ้างเรื่องการเจ็บป่วยแต่พอทำได้ เพราะอายุมากแล้วก็ไปตามสภาพ และมีลูกหลานดูแลอย่างใกล้ชิด	แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด ยอมรับว่ามีความเครียดบ้างเรื่องการเจ็บป่วยแต่พอทำได้ เพราะอายุมากแล้วก็ไปตามสภาพ และมีลูกหลานดูแลอย่างใกล้ชิด

เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยและการพยาบาล

การประเมินภาวะสุขภาพใช้กรอบแนวคิดตาม 11 แบบแผนของ Gordon⁽¹⁰⁾ นำมากำหนดปัญหาทางการพยาบาลและได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

โดยแบ่งการพยาบาลที่ให้เป็น 3 ระยะ คือ 1) การพยาบาลระยะการประเมินคัดแยกอาการผู้ป่วย 2) การพยาบาลระยะดูแล 3) การพยาบาลระยะนำส่งผู้ป่วย ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะดูแลฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเร่งด่วน 2 ราย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์ปัญหา/อ้างอิง
1. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลการพยาบาลระยะการประเมินคัดแยกอาการผู้ป่วย			
1.1) ผู้ป่วยมีอาการแขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด	1.1) ผู้ป่วยมีอาการแขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด	1.1) ผู้ป่วยแขนขาอ่อนแรงด้านซ้าย คลื่นอาเจียน	วิเคราะห์ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มาด้วยอาการอ่อนแรงซีกซ้ายเหมือนกัน มีความเสี่ยง
วัตถุประสงค์	ข้อมูลสนับสนุน	ข้อมูลสนับสนุน	และภาวะวิกฤตฉุกเฉินต้องได้รับการรักษาที่รวดเร็ว
ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการแรกรับด้วยความรวดเร็ว ปลอดภัย ได้มาตรฐาน	S: อ่อนแรงซีกซ้าย ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด 2.54 ซม.	S: แขนขาอ่อนแรงซีกซ้าย คลื่นไส้ อาเจียน	และจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในโซนวิกฤตและได้รับการรักษาและประเมินอาการทันที

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเร่งด่วน 2 ราย (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์ปัญหา/อ้างอิง
<p>1.2) ญาติมีความวิตกกังวลและหวาดกลัว เนื่องจากผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยฉุกเฉิน</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>ญาติมีความวิตกกังวลลดลง</p>	<p>1.2) ญาติมีความวิตกกังวลและหวาดกลัว เนื่องจากผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยฉุกเฉิน</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: ไม่เคยเจ็บป่วยรุนแรงมาก่อน</p> <p>O: ผู้ป่วยจะต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือด</p>	<p>1.2) ญาติมีความวิตกกังวลและหวาดกลัว เนื่องจากผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยฉุกเฉิน</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: ไม่เคยเจ็บป่วยรุนแรงมาก่อน</p> <p>O: ผู้ป่วยจะต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือด</p>	<p>วิเคราะห์ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีอาการเจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินเหมือนกัน ญาติต้องการให้ผู้ป่วยปลอดภัย</p> <p>ญาติรับทราบข้อมูลและยอมรับแผนการรักษา</p> <p>ญาติวิตกกังวลลดลงหลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นได้รับการดูแลจากทีมแพทย์และพยาบาล</p>
<p>2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลการพยาบาลระยะฉุกเฉิน</p>			
<p>2.1) ผู้ป่วยมีการกำซาบเลือดในสมองลดลง เนื่องจากมีการอุดตันของเส้นเลือดสมอง</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>ผู้ป่วยมีการกำซาบของเลือดเพียงพอหรือดีขึ้น</p>	<p>2.1) ผู้ป่วยมีการกำซาบเลือดในสมองลดลง เนื่องจากมีการอุดตันของเส้นเลือดสมอง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: ญาติให้ประวัติว่า 2.54 ชม. ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรงพูดไม่ชัด ปากเบี้ยว</p> <p>O: Left middle cerebral artery infraction</p> <p>ประเมินระดับความรุนแรงโดยใช้แบบประเมิน National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) เท่ากับ 7</p> <p>คะแนน GCS : E4V5M6, pupil 3 mm RTLBE, motor power ด้านซ้ายเกรด 3, ด้านขวาเกรด 5</p> <p>ทั้งแขนและขา ความดันโลหิต 155/85 มิลลิเมตรปรอท</p>	<p>2.1) ผู้ป่วยมีการกำซาบเลือดในสมองลดลง เนื่องจากมีการอุดตันของเส้นเลือดสมอง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: ญาติให้ประวัติว่า 2 ชม. ก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วย มีแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรงคลื่นไส้อาเจียน</p> <p>O: Right middle cerebral artery infraction</p> <p>ประเมินระดับความรุนแรงโดยใช้แบบประเมิน National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) เท่ากับ 12</p> <p>คะแนน GCS : E4V5M6, pupil 2 mm RTLBE, motor power ด้านซ้าย เกรด 0, ด้านขวา 4.</p> <p>ความดันโลหิต 148/83 มิลลิเมตรปรอท</p>	<p>วิเคราะห์ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีเส้นเลือดในสมองอุดตันเหมือนกัน คือต้องให้ยาละลายลิ่มเลือด ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ทำให้สมองได้รับออกเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ</p>

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเร่งด่วน 2 ราย (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์ปัญหา/อ้างอิง
2.2) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด	2.2) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด	2.2) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด	วิเคราะห์ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด
วัตถุประสงค์	ข้อมูลสนับสนุน	ข้อมูลสนับสนุน	ระดับความรู้สึกตัวดีขึ้น ไม่มีอาการแสดงถึงภาวะเลือดออก
1. ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด	0: ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drugs)	0: ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drugs)	
2. ระดับความรู้สึกตัวคงที่ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ	ชนิด recombinant tissue-type	ชนิด recombinant tissue-type	
3. การพยาบาลระยะนำส่งผู้ป่วย			
3.1) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะทรุดหนักระหว่างส่งต่อUnit Stroke	3.1) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะทรุดหนักระหว่างส่งต่อUnit Stroke	3.1) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะทรุดหนักระหว่างส่งต่อUnit Stroke	วิเคราะห์ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายโรคหลอดเลือดสมองระยะเร่งด่วนเสี่ยงต่อเลือดออกในอวัยวะต่าง ๆ เช่นสมอง ทำให้ซึมลงได้ขณะเคลื่อนย้ายต้องได้รับการดูแลติดตามอาการอย่างใกล้ชิด
วัตถุประสงค์	ข้อมูลสนับสนุน	ข้อมูลสนับสนุน	
นำส่งต่อUnit Strokeได้อย่างปลอดภัย	0: ได้รับการรักษาโดยให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำชนิด recombinant tissue-type Plasminogen Activator	0: ได้รับการรักษาโดยให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำชนิด recombinant tissue-type Plasminogen Activator	
	- ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ผู้ป่วยวิกฤตต้องการการดูแลและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง	- ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ผู้ป่วยวิกฤตต้องการการดูแลและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง	
	- Glasgow coma score: E3V5M6	- Glasgow coma score: E4V5M6	

อภิปราย

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยรายที่ 1 เพศหญิง อายุ 71 ปี มาด้วยแขนขาอ่อนแรงด้านซ้าย พูดไม่ชัด ปากเบี้ยวเป็นก่อนมา 2.54 ชั่วโมง แพทย์ตรวจวินิจฉัย Acute Stroke (Fast Track) รักษาที่โรงพยาบาลชุมชน จึงส่งต่อตามขั้นตอน มีการประสานโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันบริเวณหลอดเลือดสมองเส้นซ้ายที่ไปเลี้ยงสมองส่วนกลาง (acute left middle cerebral artery infraction) รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) หลังให้ยาผู้ป่วยเข้าการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยรายที่ 2 เพศชาย อายุ 73 ปี มาด้วยแขนขาอ่อนแรงด้านซ้าย คลื่นไส้อาเจียน เป็นก่อนมา 2 ชั่วโมง แพทย์ตรวจวินิจฉัย Acute Stroke (Fast Track) รักษาที่โรงพยาบาลชุมชน จึงส่งต่อตามระบบเพื่อเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันบริเวณหลอดเลือดสมองเส้นขวาที่ไปเลี้ยงสมองส่วนกลาง (acute right middle cerebral artery infraction) รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) หลังให้ยาผู้ป่วยเข้าการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลรักษาพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาลที่มีลักษณะสำคัญที่น่าสนใจ 2 ประเด็น ดังนี้ 1. กระบวนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยรักษาที่รวดเร็ว ปลอดภัย ซึ่งประกอบด้วย 1.1) ระยะเวลาประเมินคัดแยกอาการ ผู้ป่วย ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ต้องการดูแลบรรเทาอาการแรกเริ่มด้วยความรวดเร็ว ปลอดภัยญาติ มีความวิตกกังวลและหวาดกลัวเนื่องจากผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยฉุกเฉิน พยาบาลห้องฉุกเฉินมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการประเมินคัดแยก ผู้ป่วยทั้งสองรายมีอาการแขนขาอ่อนแรงซีกซ้ายในผู้ที่ เป็น Stroke คัดแยกผู้ป่วยประเภทที่ 1 และทำสมองเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทันที ได้รับการวินิจฉัยรักษาที่รวดเร็วและนำส่งผู้ป่วยเข้าตรวจในห้องฉุกเฉิน 1.2) การพยาบาลระยะฉุกเฉิน ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่คล้ายกัน 2 ข้อ ซึ่งเป็นปัญหาหลักที่พบในโรคหลอดเลือดสมองระยะเร่งด่วน ได้แก่

(1) ผู้ป่วยมีการกำซาบเลือดในสมองลดลง เนื่องจากมีการอุดตันของเส้นเลือดสมอง (2) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่มเลือดขณะแนะนำการให้ยาผู้ป่วยรายที่ 2 ต้องรอญาติตัดสินใจเพราะมีลูกหลายคนไม่มาพร้อมกันลูกคนที่มาด้วยกลัวเลือดออกมากขึ้นพยาบาลห้องฉุกเฉินมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง ติดตามการเปลี่ยนแปลงต่างๆ อย่างใกล้ชิด ความรู้ และทักษะในการดูแลตามกระบวนการพยาบาล เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีทักษะความชำนาญในการใช้เครื่องมือในการช่วยชีวิตต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีทักษะและประสบการณ์ในการเตรียมให้ยาละลายลิ่มเลือดในระยะวิกฤต เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจก่อนนำส่ง 1.3) การพยาบาลระยะเตรียมและนำส่งผู้ป่วย ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ขณะให้ยาละลายลิ่มเลือด Recombinant tissue-type Plasminogen Activator (rt-PA) ในระยะวิกฤต พยาบาลห้องฉุกเฉินมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจผู้ป่วย ก่อนเคลื่อนย้ายและดูแลระหว่างเคลื่อนย้าย เพื่อป้องกันภาวะทรุดหนัก เช่น ชีวมลง มีเลือดออก ในอวัยวะต่างๆ 2. การเข้าถึงการรักษาและแนวทางการรักษา 2.1) การเข้าถึงบริการ ผู้ป่วยรายที่ 1 มาโรงพยาบาล 2.54 ชั่วโมง หลังจากมีอาการแขนขาอ่อนแรงซีกซ้าย ปากเบี้ยว พูดไม่ชัดญาติมีประสบการณ์ในโรคหลอดเลือดสมอง จึงนำส่งโรงพยาบาลทันทีให้ทันช่วงเวลาที่ทอง 270 นาที ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ขณะผู้ป่วยมีอาการเดินเข้าบ้านมีอาการแขนขาอ่อนแรงด้านซ้ายญาติได้ยินจากข่าวในวิทยุ จึงรีบนำส่งโรงพยาบาลและบ้านไม่ไกลจากโรงพยาบาล ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยรายที่ 2 เข้าถึงระบบบริการได้เร็วเพื่อให้การเข้าถึงบริการได้เร็วและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือด (recombinant tissue plasminogen activator: rt-PA) ภายในเวลา 270 นาที (door to needle time) ภายหลังเริ่มมีอาการผิดปกติทางระบบประสาทอย่างไรอย่างหนึ่งโดยเรียกช่องทางด่วนนี้ว่า “Stroke fast track” หรือ “ช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง”⁽⁷⁾

2.2) แนวทางการรักษา ผู้ป่วยทั้งสองราย มีอาการแขนขาอ่อนแรงซีกซ้าย เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนก่อน ซึ่งทำให้เข้าระบบช่องทางด่วนทำให้ทันเวลา 270 นาที โดยมีการประสานเข้าระบบ Fast Track โดยการโทรส่งเวช และประสานแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมประสานทำให้รวดเร็วและทำงานเป็นขั้นตอน ลดระยะเวลารอคอย เมื่อมาถึงโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ทุกคนแบ่งหน้าที่กันทำตามมาตรฐานทำให้ผู้ป่วยทั้งสองราย เข้าถึงบริการได้เร็ว และได้ยาละลายลิ่มเลือดได้ทันเวลา

สรุป

พยาบาลมีบทบาทสำคัญการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเร่งด่วน ในการประเมินและค้นหาปัญหาผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทและการดูแลในระยะฉุกเฉิน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วทันเวลา ผู้ป่วยปลอดภัย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมองและกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่เอื้ออำนวยในการเก็บข้อมูลและสุดท้ายนี้ผู้ศึกษาขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนช่วยในกรณีศึกษาให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. เพ็ญแข แดงสุวรรณ. Stroke ฆาตกรเงียบ: ระวังภัยห่างไกลโรคหลอดเลือดสมอง (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพฯ: ไกล่หมอ. 2550
2. World Stroke Organization: (WSO). (Intranet) ค้นเมื่อ 15 กันยายน 2566 .Campaign Advocacy Brochures 2017. Retrieved from http://www.worldstrokecampaign.org/images/wsd-2017/brochures 2017/WSD_brochure_FINAL_sponsor_.pdf, 2017
3. นิจศรีชาญณรงค์. การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2552.
4. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปีจำนวนและอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองใหญ่ ปี 2562-2565. (Internet) ค้นเมื่อ 15 กันยายน 2566. จาก <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicabledisease-data.php>.2565
5. World Stroke Day. [Internet]. [ค้นเมื่อ 19 สิงหาคม 2566] ; Available from: URL:<http://www.worldstrokecampaign.org/media/Pages/AboutWorldStrokeDay2010.aspx>. 2023
6. นลินี พสุคันธภัก, สายสมร บริสุทธิ์และวันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. สถาบันประสาทวิทยากรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข; 2559

7. กชพรรณ ศรีท้วม และ นิภาวรรณ เนินเพิ่มพิสุทธิ.
รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลบางระกำอำเภอ
บางระกำจังหวัดพิษณุโลก . วารสารวิชาการ
ป้องกันควบคุมโรค สคร.พิษณุโลก 2561; 5(3):
1-14.
8. สายฝน เต็บสูงเนิน และปิยธิดา คูหรัญญรัตน์.
ระดับการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือด
สมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อทอง อำเภอปากช่อง.
ศรีนครินทร์เวชสาร 2560; 32(5): 482 – 90
9. เสาวลักษณ์ กองนิล. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองตีบ. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกัน
แห่งประเทศไทย2557; 4(1): 90-7.
10. GordonM. Nursing diagnosis : process and
application. New York: McGraw-Hill Book
co.1982.

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะช็อก : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for abdominal injury with shock : 2 cases study

ภาวดี สดมพฤษ์

Phawadee Sodomphruek

Email: 101pawadee@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะช็อก กรณีศึกษา จำนวน 2 ราย

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะช็อก จำนวน 2 ราย ที่ได้มาจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างเดือน กันยายน ถึง เดือนพฤศจิกายน 2566 เพื่อให้ได้แนวทางในการให้ การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสังเกต การซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติ การใช้กรอบแนวคิดในการประเมินภาวะสุขภาพของ FANCAS และใช้กระบวนการพยาบาลกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดในเวลาต่อมา จากการประเมินและวิเคราะห์ปัญหาโดยใช้การประเมินภาวะสุขภาพของ FANCAS ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบทั้ง 2 ราย ได้แก่ มีภาวะ Hypovolemic shock เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนจากการสูญเสียเลือดรุนแรง ปวดแผลเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บและมีแผลผ่าตัด เสี่ยงต่อติดเชื้อที่แผลผ่าตัดช่องท้อง วิตกกังวลเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน และขาดความรู้ในการดูแลตนเอง หลังการรักษาผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีผลลัพธ์ด้านการรักษาที่ดี จำหน่ายกลับบ้านได้

สรุป: ผลการศึกษานี้สามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลทั้งผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและด้านโรงพยาบาลและเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บ, บาดเจ็บช่องท้อง, ช็อกจากการเสียเลือด

Abstract

Objective: To compare nursing care for patient with abdominal injury with shock, 2 cases study.

Methods: The study was conducted in participants who were abdominal injury patients with shock at Department of Emergency, Roi-Et Hospital during April to July 2023. a purposive sampling of 2 patient. Data were collected from patient's medical records, observation of patient care, and interviews with the patients and relatives. FANCAS critical care assessment framework was used to identify nursing diagnoses.

Results: Patient with abdominal injury with shock 2 case studies received treatment at the emergency department which later underwent surgeries. Health condition was assessed and analyzed in both cases utilizing FANCUS. Nursing diagnosis found in both cases was as follow; hypovolemic shock from severe blood loss from abdominal injury, inadequate tissue perfusion, and severe pain establishes resulting from soft tissue injury, risk of infection takes place as a result of soft tissue injury, anxiety and stress toward acute illness, and don't have any skill for health behavior. Both patients discharge form hospital with good outcome.

Conclusions: This study suggests the benefits of in practice guideline for caring abdominal trauma patients with intercostal drainage regarding hospital and patients outcomes.

Keywords: Nursing care for trauma, Abdominal injury, Hypovolemic shock.

Corresponding author: Email: 101pawadee@gmail.com

Received: December 1, 2023; Accepted: January 18, 2024

บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกที่องค์การสหประชาชาติแก้ไขปัญหามาอย่างต่อเนื่อง จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ปี พ.ศ. 2564 พบว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั่วโลกสูงขึ้นเป็น 1.35 ล้านคนต่อปี คิดเป็นค่าเฉลี่ยวันละ 3,700 คน⁽¹⁾ ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงที่สุดเป็นอันดับที่ 9 ของโลก และสูงที่สุดเป็นอันดับหนึ่งในเอเชียและในภูมิภาคอาเซียน โดยมีผู้เสียชีวิต 32.7 คนต่อแสนประชากร⁽²⁾ การบาดเจ็บที่พบมากและส่งผลต่อการเสียชีวิตมากที่สุด คือ การบาดเจ็บที่ศีรษะ การบาดเจ็บช่องท้อง การบาดเจ็บ

เจ็บช่องอก และการบาดเจ็บหลายระบบ ซึ่งสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ได้รับบาดเจ็บเสียชีวิต คือ การเสียเลือดอย่างรุนแรง ทางเดินหายใจอุดตันหรือการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ และสมองได้รับบาดเจ็บรุนแรง⁽³⁾ การเสียชีวิตในระยะนี้สามารถป้องกันได้ถ้ามีระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน การช่วยเหลือรวดเร็วภายในเวลา 1 ชั่วโมงหลังจากได้รับอุบัติเหตุ เรียกว่า golden hour ซึ่งการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและมีความพิการหลงเหลือให้น้อยที่สุด สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ การบาดเจ็บช่องท้อง เกิดจากผนังช่องท้องและอวัยวะที่อยู่ภายในได้รับบาดเจ็บจากแรงภายนอก ส่งผลให้อวัยวะบริเวณช่องท้องได้รับ

อันตรายหรือถูกทำลาย เป็นสาเหตุของการตกเลือดภายในช่องท้อง การเสียเลือดมากทำให้เกิดภาวะช็อกซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อยถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ การบาดเจ็บช่องท้องแล้วแต่ทำให้เกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือดปริมาณมาก ส่งผลต่อภาวะคุกคามชีวิต⁽⁴⁾ ภาวะช็อกทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะหรือเซลล์ต่างๆ ในร่างกายลดลงหรือไม่เพียงพอ เซลล์เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนทำให้ไม่สามารถสังเคราะห์พลังงานได้เพียงพอเมื่อขาดออกซิเจนเป็นเวลานานส่งผลให้เซลล์ขาดออกซิเจนแบบถาวร เกิดภาวะเซลล์แตกและตายในที่สุด ร้อยละ 60-70 ของภาวะช็อกที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องมีสาเหตุมาจากการเสียเลือดและพบว่า ร้อยละ 40.90 เสียชีวิตจากการเสียเลือด หากปล่อยผู้ป่วยบาดเจ็บเสียเลือดต่อไปโดยไม่ได้รับการห้ามเลือดหรือทดแทนเลือดที่เสียไป จะทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บไม่สามารถปรับตัวได้ เซลล์เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนอย่างถาวร อวัยวะเสียหายที่จนไม่สามารถทำงานได้ ร่างกายอยู่ในสภาพเสียสมดุลอย่างถาวร ส่งผลให้ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องเสียชีวิตในที่สุด⁽⁵⁾ การช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีภาวะช็อก สิ่งสำคัญอันดับแรกตามหลักการช่วยชีวิตขั้นสูง (Advanced trauma life support) คือ การช่วยระบบหายใจโดยการให้ออกซิเจน ทำการห้ามเลือดทันที รีบทดแทนสารน้ำหรือให้เลือดและส่วนประกอบ ของเลือดโดยเร็วที่สุด และพิจารณาผ่าตัดเพื่อเย็บอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บหรือวินิจฉัยการบาดเจ็บต่อ⁽⁶⁾

สำหรับโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จากสถิติ ปี พ.ศ. 2564 และ 2565 พบว่า มีผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่เข้ารับการรักษานในห้องฉุกเฉิน จำนวน 372 ราย และ 384 ราย ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะช็อกเข้ารับการรักษานที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 74 ราย และ 91 ราย ตามลำดับ การประเมินสภาพ และให้การพยาบาลที่รวดเร็วในห้องฉุกเฉิน จึงอาจช่วยลดปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ จากการทบทวนปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสี่ยต่อการเสียชีวิต จากการบาดเจ็บช่องท้อง พบว่านอกจากความรุนแรงของอุบัติเหตุที่

ส่งผลต่อความรุนแรงของการบาดเจ็บแล้ว ยังพบว่าระยะเวลาระหว่างการบาดเจ็บและการเข้ารับการผ่าตัด และภาวะช็อกมีผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บด้วย⁽⁵⁾ ผู้บาดเจ็บช่องท้องประมาณ ร้อยละ 10 ของจำนวนผู้บาดเจ็บทั้งหมดที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด ต้องการการรักษาแบบผ่าตัดฉุกเฉินเพื่อรักษาชีวิตของผู้บาดเจ็บไว้ หากผู้บาดเจ็บไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้อง อาจเสียชีวิตได้ภายใน 24 ชั่วโมงแรก วิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งอเมริกา (The American College of Surgeons: ACS)⁽⁴⁾ แนะนำหลักการรักษาพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะช็อกให้เป็นไปตามหลักการช่วยชีวิตในผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุขั้นสูง (Advanced Trauma Life Support: ATLS) โดยแบ่งเป็นการช่วยเหลือเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ การรักษาพยาบาล ณ ห้องฉุกเฉิน ระยะเวลาวิกฤต และการฟื้นฟูสภาพ⁽⁵⁾

อย่างไรก็ตามการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานที่กำหนด ยังมีปัจจัยอีกหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้องในการให้การรักษานพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะช็อก⁽⁶⁾ ซึ่งพยาบาลห้องฉุกเฉินถือเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ และครอบครัว ให้สามารถเปลี่ยนผ่านจากภาวะวิกฤตฉุกเฉิน สู่ระยะฟื้นฟูสภาพได้อย่างปลอดภัย^(7,8) ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย เกี่ยวกับการพยาบาลฉุกเฉินในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะช็อก โดยใช้การประเมินภาวะผู้ป่วยวิกฤต ทางสุขภาพของ FANCAS⁽⁹⁾ ซึ่งประกอบด้วย F = Fluid balance, A = Aeration, N = Nutrition, C = Communication, A = Activity, S = Stimulation เพื่อเป็นกรอบแนวคิดการพยาบาล ในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องในระยะแรกเริ่ม ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง รวมทั้งติดตามและให้การพยาบาลที่ครอบคลุมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ และครอบครัวของ ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะช็อก ให้ปลอดภัยจากการเสียเลือดซึ่งจะนำไปสู่ภาวะร่างกายล้มเหลวได้⁽¹⁰⁾

เกิดผลลัพธ์การพยาบาลที่ดีต่อผู้ป่วยบาดเจ็บ ลดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาการรักษา ลดความพิการ และอัตราการเสียชีวิต เกิดคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานการดูแล ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตลดลง และมีผลลัพธ์ด้านการรักษาที่ดี

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะช็อก กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบกรณีศึกษา (Case study) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องกรณีศึกษา 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะช็อก อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับบาดเจ็บบริเวณช่องท้อง/ซึ่งวินิจฉัยโดยแพทย์ และมีค่าโอกาสรอดชีวิต (Probability of Survival: Ps) มากกว่า 0.50 ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่เสียชีวิตขณะรักษาพยาบาล ผู้บาดเจ็บช่องท้องกรณีศึกษาเข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างเดือน กันยายน - เดือน พฤศจิกายน 2566 เครื่องมือเก็บข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และ 2) แบบประเมินปัญหาความต้องการการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดภาวะผู้ป่วยวิกฤตทางสุขภาพของ FANCAS ทำการศึกษาข้อมูลผู้ป่วย อาการ การรักษา และการพยาบาลที่ได้รับโดยการรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยญาติ และเวชระเบียนของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดภาวะผู้ป่วยวิกฤตทางสุขภาพของ FANCAS เป็นเครื่องมือในการประเมินปัญหาผู้ป่วย ใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลทั้งในระยะฉุกเฉิน ระยะวิกฤต ระยะพักฟื้น และระยะฟื้นฟูสภาพ ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลขณะรักษาพยาบาลและขณะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE 180/2566 ลงวันที่ 18 กันยายน 2566

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1

อาการสำคัญปวดแน่นท้องก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 3 ชั่วโมง ก่อนมาถูกตีที่ท้อง หน้าอก และหลัง ปวดแน่นท้อง หายใจไม่อิ่ม E4V5M6 BP 96/65 mmHg, Pulse 94 ครั้ง/นาที, RR /26 ครั้ง/นาที Hct 31 % refer โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่มีประวัติแพ้ยาและประวัติแพ้อื่นๆ ประวัติการใช้ยาและสิ่งเสพติด มีประวัติ การดื่มสุราและสูบบุหรี่ ประวัติขณะเข้ารับการรักษา ชายไทยอายุ 32 ปี ที่ห้องฉุกเฉิน E4V5M6 pupil 2 min RTL BE motor power gr 5 พบ BP 86/52 mmHg, Pulse 121 ครั้ง/นาที, RR 26 ครั้ง/นาที on O₂ Cannula 5 lpm O₂ saturation 96% Hct 28 % FAST positive at Hepatorenal, on PRC 1 unit V load, NSS 1000 ml V load, DTX 81 mg% BP 112/74 mmHg, Pulse 84 ครั้ง/นาที Film CXR พบ Fracture Rt. Rib 8th และ Lt. Rib 6-7th ส่งทำ CT Abdomen พบ Spleen injury gr.III, ผ่าตัดทำ Explore laparotomy with splenectomy with Jackson pratt drain, Estimation blood loss 1,200 cc, หายใจ On Endotracheal Tube, Admit ICU Trauma Vital sign อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส BP 102/66 mmHg, Pulse 96 ครั้ง/นาที, RR = B/16 ครั้ง/นาที O₂ saturation 100 % on Ventilator, on PRC 2 unit V หลังได้รับเลือด Hct 36%, Acetar 1,000 ml V 120 cc/hr. วัด Vital sign, Neuro sign ทุก 1 hr, Hct ทุก 6 hr. Admit ICU 1 วัน Off Endotracheal tube ได้ หายใจไม่หอบ O₂ saturation 100 %, Vital sing stable ย้ายไป

หอผู้ป่วยสามัญ ประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบแนวคิด FANCAS และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญ ตารางที่ 2 และตารางที่ 3 ตามลำดับ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดตรวจอีก 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลา 7 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2

อาการสำคัญ ใบหน้าด้านซ้ายบวม ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 2 ชั่วโมงก่อนมา ขับรถจักรยานยนต์ชนสุนัข สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ ใบหน้าด้านซ้ายบวม E3V4M6 BP 96/65 mmHg, Pulse 94 ครั้ง/นาที, RR /26 ครั้ง/นาที refer โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่มีประวัติแพ้ยาและประวัติแพ้ อื่นๆ ประวัติการใช้ยาและสิ่งเสพติด มีประวัติการดื่มสุรา และสูบบุหรี่ ประวัติขณะเข้ารับการรักษา ชายไทยอายุ 65 ปี ที่ห้องฉุกเฉิน E4V5M6 pupil 2 min RTL BE motor power gr 5 พบ BP 86/57 mmHg, Pulse 76 ครั้ง/นาที, RR 22 ครั้ง/นาที O₂ saturation 100% FAST positive at Hepatorenal, Splenorenal, Hct 26 %, on PRC 2 unit V load, NSS 1000 ml V 120 cc/hr, DTX 122 mg% หลังได้เลือด BP 112/74

mmHg, Pulse 84 ครั้ง/นาที Film CXR พบ Minimal bilateral hemothorax with lung contusion, ผล CT Brain: Traumatic Multiple brain contusion, File Skull AP Lateral: Fracture Rt. Mandibular condyle, Fracture Rt. zygoma ผล CT Abdomen: Spleen injury gr.IV, ผ่าตัดทำ Explore laparotomy with splenectomy with abdominal toilet, Estimation blood loss 1,500 cc, หายใจ On Endotracheal Tube, Admit ICU Trauma Vital sign อุณหภูมิ 35.8 องศาเซลเซียส BP 97/63 mmHg, Pulse 112 ครั้ง/นาที, RR = 16 ครั้ง/นาที O₂ saturation 100 % on Ventilator, on PRC 6 unit V ลังได้รับเลือด Hct 31%, NSS 1,000 ml V 120 cc/hr. วัด Vital sign, Neuro sign ทุก 1 hr, Hct ทุก 6 hr. Admit ICU 3 วัน Off Endotracheal tube ได้ หายใจไม่หอบ O₂ saturation 100%, Vital sing stable ย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ ประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบแนวคิด FANCAS และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญ ดังตารางที่ 2 และตารางที่ 3 ตามลำดับ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดตรวจอีก 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล เป็นเวลา 13 วัน

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องและมีภาวะช็อก กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. การวินิจฉัยแรกรับ	Blunt abdominal injury with Hypovolemic shock with Fracture Rt. Rib 8 th & Lt. Rib 6-7 th	Mild Head Injury with Abdominal injury with Hypovolemic shock with Fracture Rt. Mandibular condyle with Fracture Rt. Zygoma with Minimal bilateral hemothorax with lung contusion
2. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง	ชายไทย อายุ 32 ปี สาเหตุคือถูกทำร้ายร่างกาย ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บช่องท้อง มี Internal Bleeding ซึ่มลงความดันโลหิตต่ำจากการเสียเลือดในช่องท้องปัจจัยเสี่ยง คือการดื่มสุรา	ชายไทย อายุ 65 ปี สาเหตุคือ อุบัติเหตุ ขับรถมอเตอร์ไซด์ชนสุนัข ส่งผลให้ สลบ ปวดศีรษะ กระตุกกรามหัก ปวดท้อง และความดันโลหิตต่ำจากการเสียเลือดในช่องท้อง ร่วมกับมีการบาดเจ็บช่องอก ปัจจัยเสี่ยงคือขับรถด้วยความเร็วและไม่สวมหมวกนิรภัย

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องและมีภาวะช็อก กรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
3. อาการและอาการแสดง	E4V5M6 pupil 2 min RTL BE motor power gr 5 พบ BP 86/52 mmHg, Pulse 121 ครั้ง/นาที, RR 26 ครั้ง/นาที on O ₂ Cannula 5 lpm O ₂ saturation 96% Hct 28 %	ห้องฉุกเฉิน E4V5M6 pupil 2 min RTL BE motor power gr 5 พบ BP 86/57 mmHg, Pulse 76 ครั้ง/นาที, RR 22 ครั้ง/นาที O ₂ saturation 100% ปวดท้อง ซึ่ม ปวดศีรษะ กรามด้านขวาบวมปวด เจ็บหน้าอก
4. การรักษา	Investigate - FAST + at Hepatorenal, - CT Abdomen พบ Splenic injury gr.III - Film CXR: Fracture Rt. Rib 8 th และ Lt. Rib 6-7 th การตรวจทางห้องปฏิบัติการ - CBC : Hct : 28 % - DTX ทุก 6 hr. keep 80-200 mg% - Hct ทุก 6hr. keep > 30% การรักษา :รักษาด้วยการผ่าตัด	Investigate - FAST + at Hepatorenal, Splenorenal - CT Abdomen พบ Splenic injury gr.IV - CT Brain: Traumatic Multiple brain contusion - File Skull AP Lateral: Fracture Rt. Mandibular condyle, Fracture Rt. zygoma - Film CXR: Minimal bilateral hemothorax with lung contusion การตรวจทางห้องปฏิบัติการ - CBC : Hct : 26 % - Hct ทุก 6hr. keep > 30% - DTX ทุก 6 hr. keep 80-200 mg% การรักษา :รักษาด้วยการผ่าตัด
5. การผ่าตัด	Explore laparotomy with splenectomy with Jackson pratt drain (EBL 1,200 cc)	Explore laparotomy with splenectomy with abdominal toile with Jackson pratt drain (EBL 1,500 cc)
6. สรุปการวินิจฉัย	Spleen injury gr.III, with hypovolemic shock with Fracture Rt. Rib 8 th & Lt. Rib 6-7 th	Splenic injury gr.IV with hypovolemic shock with Traumatic Multiple brain contusion with Fracture Rt. Mandibular condyle, Fracture Rt. zygoma with bilateral hemothorax with lung contusion

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามกรอบแนวคิด FANCAS กรณีศึกษา 2 ราย

แนวคิด FANCAS	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. F (Fluid balance) ด้านความสมดุลของ น้ำและเกลือแร่ใน ร่างกาย	1) มีภาวะ Hypovolemic shock 2) เสี่ยงต่อภาวะความดันในช่อง ท้องสูงขึ้นจากการเสียน้ำและ เลือดในช่องท้อง	1) มีภาวะ Hypovolemic shock 2) เสี่ยงต่อภาวะความดันในช่องท้อง สูงขึ้นจากการเสียน้ำและเลือดใน ช่องท้อง หลังผ่าตัดเย็บปิดช่องท้อง
2. A (Aeration) ด้านการหายใจ	1) เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อปอด ออกซิเจนจากการมีเสมหะมาก 2) มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดิน หายใจ	1) เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อปอดออกซิเจน จากการมีเสมหะมาก 2) เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในระบบทางเดิน หายใจ
3. N (Nutrition) ด้านโภชนาการ	1) มีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากได้รับสารอาหารไม่ เพียงพอ	1) มีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากได้รับสารอาหารไม่ เพียงพอ
4. C (Communication) ด้านการติดต่อสื่อสาร	1) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจาก ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต 2) ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อ กลับไปอยู่บ้าน	1) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจาก ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต 2) ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อ กลับไปอยู่บ้าน
5. A (Activity) ด้านการทำกิจกรรม	1) เสี่ยงต่อติดเชื้อที่แผลผ่าตัดช่อง ท้อง 2) พร่องกิจวัตรประจำวัน	1) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันใน กะโหลกศีรษะสูงจากการประสบ อุบัติเหตุ 2) เสี่ยงต่อติดเชื้อที่แผลผ่าตัดช่องท้อง 3) พร่องกิจวัตรประจำวัน
6. S (Stimulation) ด้านการกระตุ้น	1) ปวดแผล เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับ บาดเจ็บและมีแผลผ่าตัดขนาดใหญ่ บริเวณหน้าท้อง	1) ปวดแผลเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับ บาดเจ็บและมีแผลผ่าตัดขนาดใหญ่บริเวณ หน้าท้อง

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะช็อก ตามระยะการพยาบาล
 กรณีศึกษา 2 ราย

ระยะการพยาบาล	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะฉุกเฉิน (Resuscitative phase or Emergent phase)	1) มีภาวะ Hypovolemic shock 2) เสี่ยงต่อภาวะความดันในช่องท้องสูง ขึ้นจากการเสียน้ำและเลือดในช่องท้อง 3) เสี่ยงต่อภาวะความไม่สมดุลของ สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์จากการเสีย เลือดปริมาณมาก	1) มีภาวะ Hypovolemic shock 2) เสี่ยงต่อภาวะความดันในช่องท้อง สูงขึ้นจากการเสียน้ำและเลือดในช่อง ท้องหลังผ่าตัดเย็บปิดช่องท้อง 3) เสี่ยงต่อภาวะความไม่สมดุลของ สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ จากการเสีย เลือดปริมาณมาก
ระยะวิกฤต (Acute phase)	1) มีภาวะ Hypovolemic shock 2) เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่อง ออกซิเจนจากการมีเสมหะมาก 3) ปวดแผลเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ 4) เสี่ยงต่อติดเชื้อที่แผลผ่าตัดช่องท้อง 5) มีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ 6)) วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด	1) มีภาวะ Hypovolemic shock 2) เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่อง ออกซิเจนจากการมีเสมหะมาก 3) ปวดแผลเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ 4) เสี่ยงต่อติดเชื้อที่แผลผ่าตัดช่องท้อง 5) มีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ 6)) วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด
ระยะฟื้นฟู (Rehabilitative phase)	1) พร่องกิจวัตรประจำวัน 2) ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อ กลับไปอยู่บ้าน	1) พร่องกิจวัตรประจำวัน 2) ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อ กลับไปอยู่บ้าน

จากการเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการ
 พยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะช็อกตามระยะ
 การพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย พบข้อวินิจฉัยทางการ
 พยาบาลที่เหมือนกันและมีกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 : มีภาวะ Hypovolemic
 shock วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่มีภาวะ
 แทรกซ้อนจากภาวะ Hypovolemic shock

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) วัดสัญญาณชีพ BP, Pulse, RR, Oxygen Saturation ทุก 15 นาที ทุก30 นาที ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อ ประเมินอาการและอาการแสดง ภาวะ Shock
- 2) ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา keep O₂ Saturation >95% และรายงานแพทย์เมื่อผิดปกติ

- 3) ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตาม แผนการรักษาของแพทย์
- 4) Record drain ทุก 1 hr ถ้าออก ≥ 200 cc/hr. รายงานแพทย์
- 6) เจาะ Hct ดูแลให้เลือดตามแผนการรักษา
- 7) ประเมินความสมดุลของสารน้ำเข้า-ออกและ การทำงานของไต ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ml/hr. รายงานแพทย์
- 8) เจาะและติดตาม ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- 9) ดูแลให้ยา Transamine 1 กรัม V ทุก 6 hr และ KCL ตามแผนการรักษา

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย หลังจากได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือดและหยุดการเสียเลือดโดยการผ่าตัด ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อก ผู้ป่วยรายที่ 1 Vital sign อุณหภูมิ 35.8 องศาเซลเซียส BP 102/66 mmHg, Pulse 96 ครั้ง/นาที, RR = B/16 ครั้ง/นาที O₂ saturation 100 % on Ventilator หลังได้รับเลือด Hct 36%, ผู้ป่วยรายที่ 2 Vital sign อุณหภูมิ 35.8 องศาเซลเซียส BP 97/63 mmHg, Pulse 112 ครั้ง/นาที, RR = B/16 ครั้ง/นาที O₂ saturation 100 %, Hct 31%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 : เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนจากการมีเสมหะมาก วัตถุประสงค์เพื่อไม่ให้มีภาวะพร่องออกซิเจน

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา
- 2) จัดท่าผู้ป่วยให้นอนหงาย ศีรษะสูง 30 - 45 องศา เพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง ปอดสามารถขยายตัวได้ดี ทำให้ผู้ป่วยหายใจได้ดีขึ้น
- 3) บันทึกและติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง ทุก 1 ชั่วโมง
- 4) ฟัง Lung ต่อเนื่องทุกแวนอย่างน้อยแวนละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินการหายใจและเสียงเสมหะ
- 5) ดูแลดูดเสมหะ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการอุดตันในท่อช่วยหายใจและทางเดินหายใจ
- 6) ดูแลให้ผู้ป่วย On ventilator TV 500 RR 16 PEEP 5 Fi O₂ 0.6 monitor O₂ saturation > 95% เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ
- 7) เฝ้าติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วอย่างต่อเนื่องและ Arterial Blood Gas เพื่อตรวจค่าความดันก๊าซในหลอดเลือดแดง และประเมินความผิดปกติของการแลกเปลี่ยนก๊าซในหลอดเลือดแดง

ประเมินผลการพยาบาล : ผู้ป่วยไม่มี signs Hypoxia และ Cyanosis หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจได้ดี และ O₂saturation > 95 %

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 : ปวดแผลเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บและมีแผลผ่าตัด วัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการปวดแผล

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อนบนเตียงในท่าที่สบาย
- 2) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์
- 3) การประเมินระดับความปวดโดยใช้ Behavioral pain scale (BPS)
- 4) แนะนำการผ่อนคลายการหายใจเข้าออกลึกๆซ้ำๆ

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ Behavioral pain scale (BPS) 3-5 คะแนน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 : เสี่ยงต่อติดเชื้อที่แผลผ่าตัดช่องท้อง วัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการติดเชื้อในแผลผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดโดยสังเกตลักษณะ บวม แดง ร้อน ปวดแผล
- 2) ทำแผลตามหลัก Aseptic technique
- 3) ดูแลที่ระบายให้ทำงานมีประสิทธิภาพดูแล Temporary abdominal closure ให้อยู่ในระบบ Suction อยู่ตลอดเวลา เพื่อระบายเลือดและสิ่งคัดหลั่ง
- 4) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการล้างแผลทางหน้าท้องทุกวัน
- 5) ประเมินบันทึกและติดตามสัญญาณชีพ ทุก 4 hr.
- 6) ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

ประเมินผลการพยาบาล :

อุณหภูมิ 36.8-37.2 °C , Pulse <100 ครั้ง/
นาทีแผลผ่าตัด ไม่บวมแดง หลังเย็บปิดช่องท้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 : ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล
เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วย
และญาติลดความวิตกกังวลและรับทราบแนวทางการ
รักษา

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ดูแลด้านจิตใจ พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติด้วย
ท่าทางที่เป็นมิตร และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบเมื่อให้การ
พยาบาลและทำหัตถการ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับ
ทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคแนวทางการรักษา
- 2) จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติ มีสีหน้าคลายความวิตกกังวล
ให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลและการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6: พร่องกิจวัตรประจำวัน
วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมการทำ
กิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วย
เช่น การเกิดแผลกดทับ ข้อติดแข็งกล้ามเนื้อลีบ
- 2) จัดท่านอนให้ถูกต้อง พลิกตะแคงตัวทุก 2
ชั่วโมง
- 3) ดูแลความสะอาดอาบอาบน้ำบนเตียง และออก
กำลังกายโดยการทำให้ Passive /Active exercise
ประสานงาน กับนักกายภาพบำบัดร่วมดูแล

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยร่างกายสะอาด ไม่มีแผลกดทับ และข้อ
ติดแข็ง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 : ขาดความรู้ในการปฏิบัติ
ตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยและ
ญาติ มีความรู้และเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) สอนและแนะนำการรับประทานอาหารให้
ครบ 5 หมู่ ที่ส่งเสริมการหายของแผล งดดื่มสุรา ขับชี่
ยานพาหนะ
- 2) หลีกเลี่ยงการทำงานหนัก ในระยะ 3 เดือน
แรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และระวังไม่ให้
แผลโดนน้ำ
- 3) การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สะอาด การ
ถ่ายเทของอากาศและที่อยู่อาศัย
- 4) มาตรวจตามนัด กรณีมีความผิดปกติเช่น
ปวดท้องท้องอืด มีไข้ มาพบแพทย์ได้ทันที

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติ สามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัว
เมื่ออยู่บ้านได้ถูกต้อง และพร้อมกลับบ้าน

อภิปราย

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยรายที่ 1 เพศ
ชาย อายุ 32 ปี ถูกทำร้ายร่างกาย ผู้ป่วยรายที่ 2 มีบาด
เจ็บช่องท้อง มี Spleen injury gr III แรกเริ่มมีภาวะ
Hypovolemic shock จากการเสียเลือดแบบ Internal
Bleeding ได้รับการแก้ไขภาวะช็อก โดยการผ่าตัด
Explore laparotomy with splenectomy with
Jackson pratt drain และให้เลือด หลังผ่าตัดผู้ป่วยได้
รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ เข้ารับการรักษา
ในหอผู้ป่วยหนักเพื่อรักษาพยาบาลในระยะวิกฤตเป็น
เวลา 1 วัน หลังจากถอดท่อช่วยหายใจ ย้ายออกจากหอ
ผู้ป่วยหนักรักษาตัวต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ
ขณะรักษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับการแก้ไขภาวะ
ช็อกจากการเสียเลือด ดูแลให้ได้รับออกซิเจน ลดปวด
ป้องกันภาวะติดเชื้อ ดูแลความวิตกกังวล ให้ความรู้เกี่ยว

กับการผ่าตัด การดูแลและการปฏิบัติตัว ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ รวมรักษาในโรงพยาบาล 7 วัน ผู้ป่วยรายที่ 2 เพศชาย อายุ 65 ปี สาเหตุจากอุบัติเหตุบนท้องถนน มี Spleen injury gr IV แรกเริ่มมีภาวะ Hypovolemic shock จากการเสียเลือดแบบ Internal Bleeding ได้รับการแก้ไขภาวะช็อก โดยการผ่าตัด Explore laparotomy with splenectomy with Jackson pratt drain และให้เลือด หลังผ่าตัด ผู้ป่วย ได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักเพื่อรักษาพยาบาลในระยะวิกฤตเป็นเวลา 3 วัน หลังจากถอดท่อช่วยหายใจ ย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักรักษาตัวต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ขณะรักษาผู้ป่วย ได้รับการแก้ไขภาวะช็อกจากการเสียเลือด ดูแลให้ได้รับออกซิเจน ลดปวด ป้องกันภาวะติดเชื้อ ดูแลความวิตกกังวล ให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด การดูแลและการปฏิบัติตัว ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ รวมรักษาในโรงพยาบาล 13 วัน ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยรายที่ 2 มีระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลนานกว่าผู้ป่วยรายที่ 1 ถึง 6 วัน ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงปัจจัยพบว่าผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นผู้สูงอายุ การบาดเจ็บเกิดจากอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งความรุนแรงของอุบัติเหตุส่งผลให้ผู้ป่วยมีการบาดเจ็บหลายอวัยวะเกิดการบาดเจ็บหลายระบบ (Multiple Injury) การบาดเจ็บ Spleen injury gr IV จึงมีความรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยรายที่ 1 ทำให้เกิดการสูญเสียเลือดมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าปัจจัยด้านความรุนแรงของการบาดเจ็บ ความแข็งแรงของร่างกาย (ปัจจัยด้านความแข็งแรงของร่างกาย ได้แก่ โรคประจำตัว และอายุ) และกลไกการบาดเจ็บ (Mechanism of injury: MOI) ที่ส่งผลกระทบต่ออวัยวะสำคัญของร่างกาย ทำให้เกิดภาวะคุกคามต่อชีวิต^(3,4) ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือพินตัว ได้ช้า

สรุป

ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องทั้ง 2 ราย ได้รับการประเมินและวิเคราะห์ปัญหาโดยใช้การประเมินภาวะสุขภาพของ FANCAS ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบทั้ง 2 ราย ได้แก่ มีภาวะ Hypovolemic shock เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนจากการสูญเสียเลือดรุนแรง ปวดแผลเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บและมีแผลผ่าตัด เสี่ยงต่อติดเชื้อที่แผลผ่าตัดช่องท้อง วิตกกังวลเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน และขาดความรู้ในการดูแลตนเอง หลังการรักษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีผลลัพธ์ด้านการรักษาที่ดี ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลทั้งผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและด้านโรงพยาบาล และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน กลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรมโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่ให้ความอนุเคราะห์และให้ความร่วมมือทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Death on the roads [internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2023 Jan 18]. Available from: https://extranet.who.int/road-safetydeath-on-the-roads/#ticker/all_road_users2
2. Department of Disaster Prevention and Mitigation. Road safety administration center people's report for the year 2021 [internet]. Nonthaburi: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand; 2021 [cited 2023 Jan 18]. Available from: http://road-safety.disaster.go.th/upload/minisite/file_attach/196/5f4ca0c3c24fd.pdf

3. Frink M, Lechler P, Debus F, et al. Multiple trauma and emergency room management. *Dtsch Arztebl Int* 2017;114(29-30): 497-503. doi: 10.3238/arztebl.2017.0497.
4. American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support® Student Course Manual [Internet]. Chicago: American College of Surgeons; 2018 [cited 2023 Nov 25]. Available from: <https://www.emergency-medicinenkenya.org/wp-content/uploads/2023/09/ATLS-10th-Edition.pdf>
5. Mehta N, Babu S, Venugopal K. An experience with blunt abdominal trauma: evaluation, management and outcome. *Clin Pract* 2014; 4(2): 599.
6. ไสว นรสาร. การพยาบาลผู้บาดเจ็บ Trauma Nursing. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:โอเดีย อินสแตนทพรีนทิง; 2564.
7. นันทพร หาสาสน์, ลดา ฉันท์เรืองวณิชย์, อรพรรณ โตสิงห์, ศรัทธา รียาพันธ์. ปัจจัยทำนายภาวะช็อคในผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน. *วารสารสภาการพยาบาล* 2562;34(3):60-75.
8. สมพล ฤกษ์สมถวิล. การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร* 2560;3:1-8
9. สุจิตรา ลี้อำนวยลาภ. การประเมินผู้ป่วยระยะวิกฤต FANCUS. ใน: สุจิตรา ลี้อำนวยลาภ, กาญจนา สิมะจารีกร, เพลินตา ศิริปการ, ชวนพิศ ทานอง, บรรณิการ. การปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ระยะวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 7. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2556.1-32.
10. Bouzat P, Valdenaire G, Gauss T, Charbit J, Arvieux C, Balandraud P, et al. Early Management of severe abdominal trauma. *Anaesth Crit Care Pain Med* 2020;39(2): 269-77.

รูปแบบการจัดบริการพยาบาลให้การปรึกษาเพื่อเสริมพลังความเข้มแข็ง ของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีในหน่วยงานบริการให้การปรึกษา

A Nursing Service Model Aimed at Providing Counseling Services to Enhance the Resilience of HIV-infected Patients within Counseling Service Agencies

จรัญทิพย์ พรหมเกตุ, เพ็ญศรี ปักกังวะยัง², มะลิวรรณ อังคณิตย์³
Charungthip Promket¹, Pensree Pukgangvayong², Maliwan Ankhanit³
Email: jarungthip@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนารูปแบบบริการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์การพัฒนา
รูปแบบบริการพยาบาลให้การปรึกษา เพื่อเสริมพลังความเข้มแข็งของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยการคัดเลือก ผู้รับบริการที่เข้ารับการปรึกษาตรวจหาการติดเชื้อ
เอชไอวี ในหน่วยงานบริการให้การปรึกษา จำนวน 100 คน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดย
ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เนื้อหา เครื่องมือวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน
ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาประกอบด้วย แนวปฏิบัติการพยาบาล แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลให้การ
ปรึกษา แบบบันทึกการนิเทศทางการพยาบาล แบบเก็บตัวชี้วัดคุณภาพบริการพยาบาล 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ
ข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้คุณภาพบริการ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ผลการศึกษา: 1) พบว่า ไม่มีรูปแบบการจัดบริการปรึกษารายโรคที่ครอบคลุมชัดเจน ขาดการเชื่อมโยงและ
การประสานกับสหวิชาชีพในการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง 2) ได้รูปแบบการจัดบริการพยาบาลให้การปรึกษา
เพื่อเสริมพลังความเข้มแข็งของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ในหน่วยงานบริการให้การปรึกษา โดยยึดหลักการ 5 C ได้แก่
Consent, Counseling, Confidential, Correct result และ Connection to care โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้
การให้การปรึกษาก่อนตรวจ หลังตรวจ และการปรึกษาต่อเนื่อง 3) ผลจากการพัฒนารูปแบบ ไม่พบอุบัติการณ์
ข้อร้องเรียน ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ระดับดีมาก ร้อยละ 94.00

สรุป: รูปแบบการจัดบริการพยาบาลให้การปรึกษา เพื่อเสริมพลังความเข้มแข็งของผู้ป่วย ติดเชื้อเอชไอวี
ในหน่วยงานบริการให้การปรึกษา ช่วยให้ผู้รับบริการเข้าถึงการบริการได้มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล
สามารถประคับประคองจิตใจส่งผลให้จิตใจมีความเข้มแข็ง ดำเนินชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: รูปแบบบริการพยาบาล, งานบริการพยาบาลให้การปรึกษา, ความเข้มแข็งทางใจ

Abstract

Objective: To analyze the situation. Develop nursing service models and evaluate the results of developing a nursing counseling service model to strengthen the strength of HIV-infected patients.

Methods: The group of informants was selected by selection. Clients who receive counseling are tested for HIV infection. In the counseling service agency there were 100 peoples and 4 professional nurses. Data were analyzed using percentage, average, standard deviation and content analysis. The research tool is divided into 2 parts: 1) Tools used in development include: nursing practice guidelines counseling nurse competency assessment form nursing supervision record form nursing service quality indicator collection form 2) Tools used to collect data include general information, service quality perception questionnaire. Service recipient satisfaction questionnaire.

Results: 1) It was found that there was no clear format for providing comprehensive disease consultation services. There is a lack of connection and coordination with inter professionals in continuous medical treatment. 2) There is a model for organizing nursing services to provide counseling to strengthen the strength of HIV-infected patients. In the consulting service agency adhering to the 5 C principles: Consent, Counseling, Confidential, Correct result and Connection to care, divided into 3 phases as follows: pre-examination, post-examination counseling, and continuous consultation. 3) Results from the model development found that there were no complaints. The satisfaction of service recipients was at a very good level, 94.00 percent.

Conclusions: A Nursing Service Model Aimed at Providing Counseling Services to Enhance the Resilience of HIV-infected Patients within Counseling Service Agencies. Help service recipients have more access to services. Makes the patient reduce anxiety, can support the mind, resulting in a strong mind and living with the disease appropriately.

Keywords: A nursing service model, Counseling service, Resilience

Corresponding author: Email: jarungthip@gmail.com

Received: December 6, 2023; **Accepted:** January 12, 2024

บทนำ

การบริการพยาบาลด้านการปรึกษาสุขภาพ เป็นบริการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ใช้บริการและครอบครัว ที่มาใช้บริการปรึกษาสุขภาพ เพื่อให้ผู้ใช้บริการปรึกษา และครอบครัวเกิดการเรียนรู้เข้าใจตนเองและเข้าใจ ปัญหา มีทักษะในการแก้ไขปัญหา สามารถตัดสินใจเลือก ทางเลือกที่เหมาะสมในการปฏิบัติตนและดูแลสุขภาพ ตนเองที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ รวมทั้งการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม⁽¹⁾ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ยังเป็นผู้รับบริการกลุ่มหนึ่งที่ต้องประสบกับปัญหาทั้ง ทางด้านร่างกายและจิตใจตั้งแต่เริ่มรับทราบว่าตนเองติดเชื้อ เอชไอวี เพราะการได้รับทราบว่าตนเองติดเชื้อ เอชไอวีนั้น หมายถึง การเป็นโรคที่ไม่มีวิธีการรักษาให้ หายขาดได้ สูญเสียความมั่นใจ สูญเสียอำนาจสถานภาพ ทางสังคม แบบแผนการดำเนินชีวิตรวมทั้งบทบาทตน และสูญเสียภูมิคุ้มกันทางสังคม จากสภาวะความ กัดดันต่างๆ ล้วนเป็นความทุกข์ที่ทำให้จิตใจและกำลัง ใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ ซึมเศร้า บางรายอาจถึงขั้นคิดหาทางออก ด้วยการฆ่าตัวตาย⁽²⁾ เนื่องจากความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) หรือความสามารถที่จะปรับตัวกับ เหตุการณ์วิกฤติของชีวิตและฟื้นคืนกลับสู่ภาวะปกติ ภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤติหรือสถานการณ์ที่ ทำให้เกิดความยากลำบากในชีวิตของแต่ละคน ซึ่งเป็น ความสามารถของคนที่มียุ่แล้วในตัวเองและนำมาใช้ เมื่อต้องเอาชนะปัญหาอุปสรรคนั้นๆ มิไม่เท่ากัน^(3,4) ดังนั้นการส่งเสริมให้บุคคล มีความเข้มแข็งทางใจจะช่วยให้ สามารถใช้วิกฤติเป็นโอกาส ยกระดับความคิด จิตใจ มีพลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไปได้ หลังจากผ่านพ้น เหตุการณ์ที่ไม่ดีในชีวิต⁽⁴⁾ การได้รับการปรึกษาจะช่วยให้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี สามารถเผชิญกับภาวะวิกฤติต่างๆ เหล่า นี้ได้ และการให้การปรึกษายังนำไปสู่การยอมรับสถานะ การติดเชื้อของตนเองมากขึ้น ลดการตีตราและการเลือก ปฏิบัติ อันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวี⁽⁵⁾ มีความพร้อมในการ

เผชิญต่อปัญหาอุปสรรคต่างๆ ด้านจิตใจ มีผลช่วยลด ความวิตกกังวล สามารถประคับประคองจิตใจ ป้องกัน ภาวะซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้น และยังส่งเสริมให้มีการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมต่อเนื่องในการลดการแพร่กระจายเชื้อ ได้⁽⁶⁾ จะเห็นได้ว่าการบริการให้การปรึกษาเป็นบริการ ทางสุขภาพที่สำคัญที่ถูกจัดขึ้น เพื่อบรรเทาสภาพปัญหา ทางจิตสังคมที่เกิดขึ้นแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เป็นอย่างดี ตลอดจนทำให้มีแนวทางการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคได้ อย่างเหมาะสม การให้การปรึกษาที่มีคุณภาพเป็นสิ่ง จำเป็นสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกราย จำเป็นต้องกระทำ การตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจของผู้รับ บริการและให้มีการลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม ทั้งนี้ ต้องให้การปรึกษาทั้งก่อนและหลังการตรวจวินิจฉัย การติดเชื้อเอชไอวีทุกครั้งเสมอ เพื่อให้ผู้มารับบริการ เข้าใจสถานะการติดเชื้อ และผู้ที่มีเชื้อแล้วรู้ประโยชน์ ของการรักษาเร็ว ตระหนักถึงความสำคัญของการรับ ประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะส่งผลดีต่อการรักษา ทำให้มีชีวิตที่ยืนยาวและการป้องกันตนเองไม่ให้ไปรับ เชื้อใหม่หรือเชื้ออื่นๆ เช่น กามโรค ไวรัสตับอักเสบบีหรือ ซี และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดการแพร่เชื้อไปสู่ ผู้อื่นด้วย⁽⁷⁾

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับ A (Advance-level Referral Hospital) จำนวน 820 เตียง งานบริการให้การปรึกษา โรงพยาบาลร้อยเอ็ดมี การดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง จำนวนผู้ติดเชื้อ เอชไอวี เพิ่มขึ้นทุกปี คือ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 - 2566 จากสถิติ บริการ 3 ปี ย้อนหลัง จำนวนผู้รับบริการตรวจหาการ ติดเชื้อเอชไอวี 34,294 คน, 33,684 คน และ 34,336 คน ตามลำดับ โดยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี รายใหม่ ปี พ.ศ. 2564 - 2566 จำนวน 143, 184, 180 ตามลำดับ⁽⁸⁾ ฉะนั้นผู้รับบริการกลุ่มนี้จำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญทั้ง แพทย์และผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่มีความรู้ความ เชี่ยวชาญและทักษะเฉพาะด้าน เพื่อให้การพัฒนา คุณภาพการบริการพยาบาลสอดคล้องกับลักษณะงาน ตามโครงสร้างใหม่ของกลุ่มการพยาบาล ในโรงพยาบาล

แต่ละระดับโดยสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ในมิติ Service Excellence และการพัฒนาระบบประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล ทั้งนี้โดยยึดหลักความเที่ยงตรง เป็นธรรม โปร่งใส มีหลักฐานข้อมูลตามสภาพความเป็นจริง มุ่งเน้น การส่งเสริม สนับสนุนและยกระดับการพัฒนาใน ลักษณะกัลยาณมิตร และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการ ดูแลสุขภาพของประชาชนผู้มาใช้บริการ ปัญหาที่พบในการปฏิบัติงาน คือ ไม่มีรูปแบบการจัดบริการที่ครอบคลุม ชัดเจน ไม่มีรูปแบบ การให้บริการปรึกษารายโรคแบบ เจาะจงเฉพาะปัญหา วิธีปฏิบัติยังไม่ครอบคลุมและทันสมัยขาดการเชื่อมโยงและการประสานกับสหสาขา วิชาชีพในการแก้ปัญหาในการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง ผู้วิจัยเห็นความสำคัญ ของการพัฒนาคุณภาพเพื่อความ ปลอดภัยของผู้รับบริการ จึงได้จัดทำวิจัยรูปแบบการจัด บริการพยาบาล ให้การปรึกษา เพื่อเสริมพลังความเข้ม แข็งของผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวี ในหน่วยงานบริการให้การ ปรึกษาขึ้นมาเพื่อเป็นการประกันคุณภาพด้านการ พยาบาล ผู้รับบริการที่มารับบริการปรึกษาตรวจหาการ ติดเชื่อเอชไอวี ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ว่าผู้รับบริการ จะได้รับการที่มีคุณภาพและปลอดภัย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้กรอบแนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติ การแบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดของแคมมิสและ แมคแทกการ์ด (Kemmis & Mc Taggart)⁽⁹⁾ และแนวคิด ทฤษฎีระบบการพัฒนาระบบบริการพยาบาล Service Plan, การพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลโดยใช้ เครื่องมือประกันคุณภาพการพยาบาลของกองการ พยาบาล⁽¹⁾ 7 หมวด (Nursing Quality Assurances :QA), การพัฒนาคุณภาพระบบบริการให้การปรึกษามา ใช้ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาล ดำเนิน การเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2566 ถึง เดือน ตุลาคม 2566 กลุ่มตัวอย่าง ได้มาโดยการคัดเลือก แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มผู้รับ

บริการที่เข้ารับการศึกษาตรวจหา การติดเชื่อเอชไอ จำนวน 100 คน 2) พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานบริการ ให้การปรึกษา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 4 คน การ วิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมตัวผู้วิจัย การเตรียมตัวด้าน เนื้อหาวิชาการ ผู้วิจัยได้เตรียมตัวทั้งในด้าน ระเบียบวิธี วิจัย ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาคุณภาพระบบ บริการพยาบาลด้านการปรึกษา กลุ่มงานการพยาบาลผู้ ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด กระบวนการมีส่วนร่วม บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพบริการ พยาบาลโดยการใช้ผลงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับการประกันคุณภาพผลลัพธ์ ทางการพยาบาลแนวใหม่ และการพัฒนาคุณภาพ บริการพยาบาลด้วยการวิจัยทางการพยาบาล ซึ่งเป็น ประโยชน์อย่างยิ่งในการเตรียมความพร้อมเพื่อการ ศึกษาวิจัยครั้งนี้

2. ระยะวิจัย มีดังนี้

- 2.1 วิเคราะห์สถานการณ์คุณภาพระบบบริการ พยาบาลให้การปรึกษา และการมีส่วนร่วมของบุคลากร ทัศนคติของบุคลากร ค่านิยมร่วมและวัฒนธรรมองค์กร และปัจจัยที่เอื้อหรืออุปสรรคต่อการปฏิบัติตาม มาตรฐานคุณภาพการพยาบาลมาพัฒนาคุณภาพระบบ บริการพยาบาล ด้านการปรึกษาสุขภาพ โดย กระบวนการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ และผู้มารับ บริการที่หน่วยงานบริการให้การปรึกษา กลุ่มงานการ พยาบาลผู้ป่วยนอก องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครอง สิทธิผู้ป่วยตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย

- 2.2 การวางแผน ประกอบด้วย 1) นำเสนอ ข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์การทำวิจัย เพื่อ พัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลและกระบวนการ มีส่วนร่วม ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาล ที่ส่งเสริมให้พยาบาลใช้ผลงานวิจัยทางการพยาบาลใน การปฏิบัติบริการพยาบาล และปัจจัยเอื้อ / ปัจจัยที่เป็น อุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาล โดย

กระบวนการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพและผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก 2) นำเสนอแนวคิด แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาคูณภาพ ระบบบริการพยาบาล ให้การปรึกษาสุขภาพ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพทุกคนในหน่วยงาน เพื่อพิจารณานำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคูณภาพระบบบริการพยาบาล ด้วยการวิจัยทางการพยาบาล ในกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 3) ประชุมระดมสมองเพื่อร่วมกันกำหนดเป้าหมาย ระบุแนวทางการดำเนินการ และร่างแผนปฏิบัติการในแต่ละองค์ประกอบ ของรูปแบบการพัฒนาคูณภาพระบบบริการพยาบาลโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของระบบบริการงานด้านการปรึกษาสุขภาพให้ชัดเจน ตามมาตรฐานการพยาบาล

2.3 การดำเนินการปฏิบัติและสังเกตการณ์ ในขั้นตอนนี้ พยาบาลวิชาชีพทุกคนในหน่วยงานบริการ ให้การปรึกษา มีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนงาน โดยตอบแบบสอบถามพร้อมทั้งเก็บรวบรวมแบบสอบถามจากผู้รับบริการในหน่วยบริการให้การปรึกษาทุกคนจนครบตามเป้าหมาย รวมทั้งมีการสังเกตและบันทึกข้อมูลจากการปฏิบัติตามแผนอย่างต่อเนื่อง โดยมีการบันทึกและวิเคราะห์เนื้อหา

3. การสะท้อนการปฏิบัติและประเมินผล โดยประเมินใน 3 ส่วน คือ 1) กระบวนการดำเนินงานในแต่ละวงรอบของรูปแบบการพัฒนาคูณภาพระบบบริการพยาบาล โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ 2) ผลลัพธ์และปัจจัยเงื่อนไข ของการดำเนินงานในแต่ละวงรอบของรูปแบบการพัฒนาคูณภาพ 3) การเปลี่ยนแปลงด้านการใช้ระบบการพัฒนาคูณภาพบริการพยาบาล และกิจกรรมการมีส่วนร่วมพัฒนาของพยาบาลวิชาชีพ ประเด็นการรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนนี้ คือ การพัฒนาคูณภาพบริการพยาบาล

การปรับแผนดำเนินการ เป็นการนำข้อสรุปจากการประเมินผลรวมทั้งปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน มาปรับแผนดำเนินการ มีการปรับบทบาทหน้าที่ ตามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานบริการ

ให้การปรึกษาและเน้นการพยาบาลตามมาตรฐานผู้ป่วยตามมาตรฐานการประกันคุณภาพงานการพยาบาล ให้การปรึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ในการประกันคุณภาพการพยาบาลต่อความรู้ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาคูณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานการประกันคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพในงานบริการให้การปรึกษา และข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ตามแบบประเมิน การสังเกตและการประชุมสนทนากลุ่มย่อย ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เลขที่ใบรับรอง RE078/2566 รับรองวันที่ 24 กรกฎาคม 2566

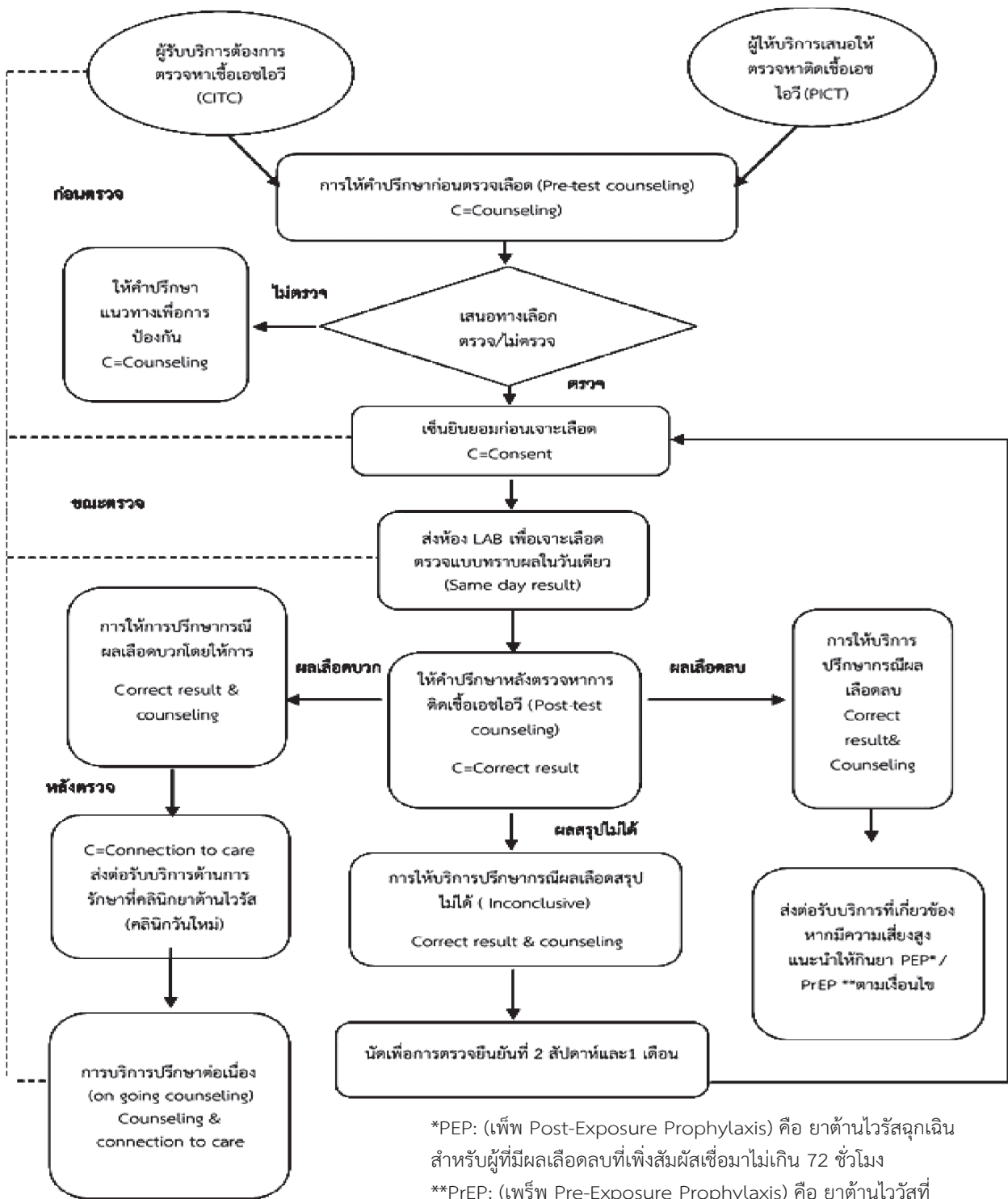
ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ ด้านผู้ให้บริการ พบว่า ยังไม่มีรูปแบบการจัดบริการที่ครอบคลุมชัดเจน ไม่มีรูปแบบการให้บริการปรึกษาโรคแบบเจาะจงเฉพาะปัญหาวิธีปฏิบัติยังไม่ครอบคลุมและทันสมัยขาดการเชื่อมโยงและการประสานกับสหสาขาวิชาชีพในการแก้ไขปัญหาในการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง ปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพงานบริการให้การปรึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 60 มีอายุระหว่าง 40-50 ปี อายุเฉลี่ย 43 ปี การศึกษาส่วนใหญ่จบระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าคิดเป็น ร้อยละ 100 มีประสบการณ์การทำงานระหว่าง 10-15 ปีมากที่สุด ร้อยละ 80 พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการให้บริการพยาบาลด้านการปรึกษาทั้งในและนอกหน่วยงาน ร้อยละ 100 จากการตอบแบบสอบถามคุณภาพพยาบาลตามการรับรู้ของเจ้าหน้าที่พยาบาล 4 คน ภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ค่า

เฉลี่ยเกิน ร้อยละ 85 ทุกคน ต่ำสุด ร้อยละ 86.66 สูงสุด ร้อยละ 95.55 เฉลี่ย ร้อยละ 92.77 สมรรถนะพยาบาล ด้านการปรึกษา ตามมาตรฐาน 9 ด้าน ตามกลุ่มเป้าหมายพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานบริการให้การปรึกษา 4 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยเกิน ร้อยละ 85 ทุกคน ต่ำสุด ร้อยละ 88.88 สูงสุด ร้อยละ 94.44 ค่าเฉลี่ยรวม ร้อยละ 91.66

2. ได้รูปแบบการจัดบริการพยาบาลให้การปรึกษา เพื่อเสริมพลังความเข้มแข็งของผู้ป่วย ติดเชื้อเอชไอวี ในหน่วยงานบริการให้การปรึกษา สรุปได้ว่าการให้การปรึกษาเป็นบริการทางสุขภาพที่ถูกจัดขึ้น เพื่อบรรเทาสภาพปัญหาทางจิตสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้เป็นอย่างดี และจากการศึกษาพบว่า การได้รับการปรึกษาจะทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล และสามารถประคับประคองจิตใจส่งผลให้จิตใจมีความเข้มแข็ง ตลอดจนทำให้มีแนวทางในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างเหมาะสม นอกจากการบริการปรึกษาจะช่วยลดปฏิกิริยาทางจิตใจแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ยังสามารถใช้เป็นมาตรการในการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคได้อีกวิธีหนึ่ง^(2,3) รูปแบบการจัดบริการพยาบาลให้การปรึกษาที่ได้จากการพัฒนาในครั้งนี้ทำให้เกิดกระบวนการให้การปรึกษา ซึ่งเกิดจากการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลผู้ให้บริการปรึกษา (Counselor) ต่อผู้รับบริการปรึกษา (Client) เพื่อให้เกิดการเผชิญกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ และการกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขจากการต่อสู้กับ

สถานการณ์วิกฤตทางสุขภาพ โดยยึดหลักการ 5 C ได้แก่ 1) Consent ต้องเป็นไปด้วยความยินยอมพร้อมใจของผู้รับบริการ 2) Counseling มีการให้การปรึกษาที่เพียงพอต่อผู้รับบริการ 3) Confidential มีการรักษาความลับ 4) Correct result มีผลการตรวจวินิจฉัยที่ถูกต้อง และ 5) Connection to care มีระบบที่สามารถส่งต่อผู้รับบริการเข้าสู่การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม แนวทางการให้บริการปรึกษาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้ (1) การให้การปรึกษาก่อนการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Pre - test counseling) (2) การให้การปรึกษาหลังการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Post - test counseling) (3) การให้การปรึกษาต่อเนื่อง (Ongoing counseling) โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client-centered therapy) และใช้เทคนิคการผสมผสานหรือการบูรณาการเชิงทฤษฎีอื่นๆ ที่มีแนวคิดหรือทฤษฎีที่คล้ายกัน มาช่วยให้การให้คำปรึกษาในแต่ละรูปแบบของการให้คำปรึกษาชัดเจนและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น⁽⁸⁾ เพื่อเสริมพลังความเข้มแข็งของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี แล้วนำมาประยุกต์ใช้ในการให้การปรึกษาแต่ละขั้นตอน ตามการเข้าถึงของผู้รับบริการ 2 ช่องทาง ดังนี้ 1) Client - Initiate HIV Testing and Counseling (CITC) การให้บริการปรึกษาโดยผู้รับบริการเป็น ผู้ขอรับบริการด้วยตนเอง 2) Provider - Initiate HIV Testing and Counseling (PITC) การให้บริการปรึกษาโดยบุคลากรสุขภาพเป็นผู้เสนอให้บริการ ซึ่งสรุปรูปแบบการจัดบริการพยาบาลให้การปรึกษา ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการจัดบริการพยาบาลให้การปรึกษา

3. ประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบบริการ พยาบาลให้การปรึกษา

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้เข้ารับบริการปรึกษา
จำนวน 100 คน วิเคราะห์ข้อมูลตามปัจจัย ส่วนบุคคล
จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส
อาชีพ พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 32 เพศหญิง ร้อยละ
68 ผู้รับบริการอายุต่ำสุด 18 ปี อายุ สูงสุด 61 ปี กลุ่ม
อายุเฉลี่ยของผู้รับบริการสูงสุด 41-50 ปี ร้อยละ 31 รอง
ลงมากลุ่มอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 23 และกลุ่มอายุ 21-30
ปี ร้อยละ 19 ส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/

ปวช. ร้อยละ 44 รองลงมาจบการศึกษาระดับปริญญา
ตรี ร้อยละ 30 และระดับอนุปริญญา/ปวส. ร้อยละ 22
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 65 รองลง
มาสถานภาพโสด ร้อยละ 27 และสถานภาพหย่าร้าง
ร้อยละ 7 และการประกอบอาชีพส่วนใหญ่มีอาชีพ
รับจ้าง ร้อยละ 39 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกร
ร้อยละ 19 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 14 ความพึง
พอใจของผู้รับบริการในหน่วยงานบริการให้การปรึกษา
ของกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 100 คน พบว่า ผู้รับบริการ
ได้รับความพึงพอใจเกิน ร้อยละ 85 ทุกข้อคำถาม ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ผลการนำเอาผลการประเมินมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ระดับความพึงพอใจ มากที่สุด (ร้อยละ) N=100
ความพึงพอใจคุณภาพบริการพัฒนางานบริการให้การปรึกษา		
1. ผู้ให้การปรึกษารับฟังปัญหาด้วยความตั้งใจ วาจาสุภาพ ตลอดการ ให้บริการ	≥85	93
2. ได้รับความรู้เพิ่มเติมจากการให้คำปรึกษา	≥85	91
3. หลังได้รับคำปรึกษา รู้สึกผ่อนคลาย	≥85	91
4. หลังได้รับคำปรึกษา เข้าใจความเจ็บป่วย / โรคที่เป็นอยู่	≥85	90
5. หลังได้รับคำปรึกษา สามารถตัดสินใจ เลือกแนวทางในการดูแล ตนเองได้	≥85	90
6. หลังได้รับคำปรึกษา จะนำคำแนะนำไปปฏิบัติได้	≥85	91
7. สถานที่ ห้องให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วน สงบ เหมาะสม	≥85	92
8. ระยะเวลาในการให้คำปรึกษาครั้งนี้เหมาะสม	≥85	93
9. ท่านมั่นใจว่าผู้ให้การปรึกษาสามารถรักษาความลับของท่านได้	≥85	92
10. ท่านรู้สึกพึงพอใจในการให้คำปรึกษา	≥85	94

3.2 ด้านผู้ให้บริการ ปัจจัยส่วนบุคคลของ
พยาบาลวิชาชีพงานบริการให้การปรึกษาส่วนใหญ่
ร้อยละ 60 มีอายุระหว่าง 40-50 ปี อายุเฉลี่ย 43 ปี
การศึกษาส่วนใหญ่จบระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
คิดเป็น ร้อยละ 100 มีประสบการณ์การทำงานระหว่าง
10-15 ปี มากที่สุด ร้อยละ 80 พยาบาลวิชาชีพ ส่วน

ใหญ่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการให้บริการพยาบาล
ด้านการปรึกษาทั้งในและนอกหน่วยงาน ร้อยละ 100
จากการตอบแบบสอบถามคุณภาพพยาบาลตามการรับ
รู้ของเจ้าหน้าที่พยาบาล 4 คน ภาพรวมอยู่ในระดับดี
มาก ค่าเฉลี่ยเกิน ร้อยละ 85 ทุกคน ต่ำสุด ร้อยละ 86.66
สูงสุด ร้อยละ 95.55 เฉลี่ย ร้อยละ 92.77 ผลการ

ประเมินสมรรถนะพยาบาลด้านการรักษา ตาม มาตรฐาน 9 ด้าน ตามกลุ่มเป้าหมายพยาบาลวิชาชีพใน หน่วยงานบริการให้การปรึกษา 4 คน พบว่า ค่าเฉลี่ย เกิน ร้อยละ 85 ทุกคน ต่ำสุด ร้อยละ 88.80 สูงสุด ร้อย ละ 94.40 ค่าเฉลี่ยรวม ร้อยละ 91.60 นอกจากนี้สรุป ผลการดำเนินงานตามดัชนีชี้วัดของงานบริการให้การ ปรึกษา พบว่า โดยภาพรวมแล้วผลการดำเนินงานในการ ให้บริการในระดับดีมาก เมื่อเทียบกับมาตรฐานการ ประกันคุณภาพทางการพยาบาล PMQA 4 มิติ โดยมี คะแนนเฉลี่ยของดัชนีชี้วัดทั้งหมดเกิน ร้อยละ 85.00 ทุกตัว ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลคุณภาพการพยาบาลด้านบริการให้การปรึกษา ปีงบประมาณ 2566

ตัวชี้วัดคุณภาพทางการพยาบาลตามมาตรฐานประกันคุณภาพ การพยาบาล PMQA 4 มิติ	เป้าหมาย (ร้อยละ)	เป้า หมายความ สำเร็จ ปี 2566 (ร้อยละ)
มิติที่ 1 ด้านประสิทธิผลตามพันธกิจ		
- ร้อยละของแผนงาน/โครงการที่บรรลุตามเป้าหมาย	100	100
มิติที่ 2 ด้านคุณภาพการให้บริการปรึกษา		
- ร้อยละของผู้ใช้บริการมีความวิตกกังวลลดลงภายหลังรับบริการปรึกษาแต่ละ ครั้ง	≥80	91.10
- ร้อยละของผู้ใช้บริการสามารถวางแผนการดำเนิน ชีวิตของตนเองได้อย่าง เหมาะสมภายหลังรับบริการปรึกษาแต่ละครั้ง	≥80	89.20
- ร้อยละของผู้ใช้บริการปรึกษามาตามนัด	≥80	93.20
- จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิของผู้ใช้บริการ	0	0
- จำนวนข้อร้องเรียนของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของบุคลากร ทางพยาบาล	0	0
- ร้อยละของการแก้ไขและ/หรือการตอบกลับข้อร้องเรียนของผู้ใช้บริการ	100	100
- ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการปรึกษา	≥85	95.20
- ร้อยละความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อบริการปรึกษา	≥85	93.50
มิติที่ 3 ด้านประสิทธิภาพของการปฏิบัติการบริการปรึกษา		
- ผลผลิตภาพ (Productivity) ของหน่วยงานอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน	90-110	110
- ร้อยละของผู้ใช้บริการ ใช้เวลารอคอยรับการปรึกษาไม่เกิน 1 ชั่วโมง	100	100
- ร้อยละของพยาบาลผู้ให้การปรึกษาใช้กระบวนการให้การปรึกษาขณะให้ บริการปรึกษา	100	100
- ร้อยละของพยาบาลผู้ให้การปรึกษาปฏิบัติตามแนวทาง/ มาตรฐานการบริการปรึกษา	100	100

ตารางที่ 2 แสดงผลคุณภาพการพยาบาลด้านบริการให้การปรึกษา ปีงบประมาณ 2566 (ต่อ)

ตัวชี้วัดคุณภาพทางการพยาบาลตามมาตรฐานประกันคุณภาพ การพยาบาล PMQA 4 มิติ	เป้าหมาย (ร้อยละ)	เป้าหมาย ความสำเร็จ ปี 2566 (ร้อยละ)
มิติที่ 4 ด้านการพัฒนาองค์กร		
- ร้อยละของพยาบาลผู้ให้บริการปรึกษาผ่านการประเมินสมรรถนะตามเกณฑ์ที่กำหนด	≥80	100
- ร้อยละของพยาบาลผู้ให้การปรึกษาได้รับการอบรมเกี่ยวข้องกับงานที่รับผิดชอบ เฉลี่ยอย่างน้อย 10 วัน/คน/ปี	100	100
- ร้อยละของพยาบาลผู้ให้การปรึกษาได้รับการอบรมฟื้นฟูทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน อย่างน้อย 1 ครั้ง/คน/ปี	100	100
- จำนวนอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้ให้การปรึกษา	0	0
- ร้อยละความพึงพอใจในงาน/บรรยากาศการทำงานของพยาบาลผู้ให้การปรึกษา	≥80	100

อภิปราย

จากผลการวิจัย รูปแบบบริการพยาบาลให้การปรึกษาเพื่อเสริมพลังความเข้มแข็งของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ในหน่วยงานบริการให้การปรึกษา ผู้วิจัยใช้เทคนิคการผสมผสานหรือการบูรณาการเชิงทฤษฎี ที่มีแนวคิดหรือทฤษฎีที่คล้ายกันมาช่วยให้การให้คำปรึกษาในแต่ละรูปแบบของการให้คำปรึกษาชัดเจนและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อเสริมพลังความเข้มแข็งของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี แล้วนำมาประยุกต์ใช้ในการให้การปรึกษาแต่ละขั้นตอน มีแนวโน้มที่ดีตามเกณฑ์มาตรฐานการประกันคุณภาพการพยาบาลและดัชนีตัวชี้วัดที่กำหนด ผู้รับบริการเข้าถึงบริการและมีความพึงพอใจมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สัจพงษ์ โชคคติวัฒน์, & ดวงฤดี วรชิต⁽¹⁰⁾ พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลเจริญศิลป์ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าถึงบริการและมีความพึงพอใจมากขึ้นและงานวิจัย เพ็ญศรี เอี่ยมเก็บ⁽¹¹⁾ พบว่า การให้บริการ

ปรึกษาตามมาตรฐานและเพิ่มทักษะการเชื่อมโยงความรู้สึกของทั้งสองฝ่ายนำไปสู่การแก้ไขปัญหาาร่วมกัน โดยก่อนการพัฒนา พบว่า ไม่มีรูปแบบการจัดบริการปรึกษารายโรคแบบเจาะจงเฉพาะปัญหาที่ครอบคลุมชัดเจน วิธีปฏิบัติยังไม่ครอบคลุมและทันสมัยขาดการเชื่อมโยงและการประสานกับสหสาขาวิชาชีพในการแก้ไขปัญหาการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง อธิบายได้ว่า วิวัฒนาการการให้บริการพยาบาลมีการปรับเปลี่ยนให้ทันสมัยอยู่เสมอจึงทำให้พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานรวมกลุ่มกันเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลหน่วยงานบริการให้การปรึกษา รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการให้บริการพยาบาลด้านการปรึกษาทั้งในและนอกหน่วยงาน ร้อยละ 100 จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอยู่เสมอ ประกอบกับประสบการณ์ทำงานของพยาบาลมากที่สุด 5-10 ปี คิดเป็น ร้อยละ

80 ของพยาบาลทั้งหมด อธิบายได้ว่าเนื่องจาก ประสิทธิภาพการทำงานมีส่วนช่วยให้บุคคลสามารถ จินตนาการได้อย่างกว้างไกลรอบคอบมีเหตุผลและมักจะ มีโอกาสเผชิญปัญหาต่างๆ นำมาปรับปรุงแก้ไขและ พัฒนางานให้ดีขึ้นยิ่งๆ ขึ้นไป

สรุป

รูปแบบการจัดบริการพยาบาลให้การปรึกษา เพื่อเสริมพลังความเข้มแข็งของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ใน หน่วยงานบริการให้การปรึกษา มีแนวโน้มที่ดีตามเกณฑ์ มาตรฐานและดัชนีตัวชี้วัดที่กำหนด ช่วยให้ผู้รับบริการ สามารถเข้าถึงการบริการได้มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยลดความ วิตกกังวลและสามารถประคับประคองจิตใจส่งผลให้ จิตใจมีความเข้มแข็งตลอดจนทำให้มีแนวทางในการ ดำเนินชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างเหมาะสม เป็นบริการทาง สุขภาพที่ถูกจัดขึ้นเพื่อบรรเทาสภาพปัญหาทางจิตสังคม ที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้เป็น อย่างดี

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณคณะกรรมการบริหารโรง พยาบาล คณะทำงานพัฒนาคุณภาพ คณะทำงานวิจัย ทางพยาบาล ทีมพยาบาลให้การปรึกษา โรงพยาบาล ร้อยเอ็ดทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลตอบ แบบสอบถาม และให้ความสนับสนุน อำนวยความสะดวก ในการวิจัยอย่างเต็มความสามารถ ขอขอบคุณ กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่ช่วยเหลือให้ข้อมูลที่เป็น ประโยชน์จนงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เป็น ประโยชน์ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการในการพัฒนาคุณภาพ ระบบบริการให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข. การประเมินคุณภาพการพยาบาลใน โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่1, ปทุมธานี: สำนักพิมพ์สื่อตะวันจำกัด. 2562.
2. Kulathirathorn T. Factors affecting the adaptation of HIV/AIDS person in a hospital in Trang.Trang: Sirindhorn College of Public Health; 2016. Thai.
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี RQ พลังสุขภาพจิต.พิมพ์ครั้งที่ 4, นนทบุรี: ปิยอนด์พับลิชชิงจำกัด, 2563
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.เสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ อีดี อีดี สู้, 2565
5. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค.แนวคิดการรณรงค์วันเอดส์โลก 1 ธันวาคม 2565.[ออนไลน์].[เข้าถึงเมื่อ 24 ตุลาคม 2566] เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=30043&deptcode=>
6. เพ็ญศรี เอี่ยมเก็บ. การพัฒนารูปแบบการให้การ ปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี แบบ คู่. วารสารการพยาบาลสุขภาพและสาธารณสุข, 2566; 2(1), 29-51.
7. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรม ควบคุมโรค. คู่มือการจัดบริการเพื่อส่งเสริมการเริ่ม ยาต้านเอชไอวีเพื่อการรักษาภายในวันเดียวกับ การตรวจวินิจฉัย, บริษัทเรดิโอจำกัด. 2564

8. บริการข้อมูลสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี (2563-2565). สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. [ออนไลน์].[เข้าถึงเมื่อ 18 ตุลาคม 2566] เข้าถึงได้จาก: http://napdl.nhso.go.th/NAP-WebReport/main_fu.jsp
9. Kemmis, S. & Mc Taggart, R. (1988). The action research planner. (3th edition). Victoria: Deakin University Press.
10. สัจพงษ์ โชคคตวิวัฒน์, & ดวงฤดี วรชิตน. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลเจริญศิลป์. วารสารโรคเอดส์, 2563; 32(1); 15-27.
11. เพ็ญศรี เอี่ยมเก็บ. การพัฒนารูปแบบการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่. วารสารการพยาบาลสุขภาพและสาธารณสุข, 2566; 2(1), 29-51.

รูปแบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในการบริหารฟื้นฟูสภาพ สำหรับผู้ป่วยระยะกลาง

Nursing Service Management Model for Quality and Safety of Rehabilitation for Intermediate Care

¹คัทรียา ชินโย, ²เพ็ญศรี ปักกังวะยัง

¹Cattareeya Chinyo, ²Pensri Pukkungvayung

Email: cattaree2519@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การศึกษานี้เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์คุณภาพระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง พัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาล และศึกษาผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาล

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการมี 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาสถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบ และ 3) ประเมินผลการพัฒนา ศึกษาที่ห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ สหสาขาวิชาชีพ 10 ราย และผู้ป่วยระยะกลาง 20 ราย โดยวิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ใช้วิธีดำเนินการพัฒนารูปแบบ 2 วงรอบ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยทบทวนเวชระเบียน แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ และผู้ป่วยระยะกลางต่อรูปแบบการจัดบริการพยาบาล

ผลการศึกษา : พบว่า 1) รูปแบบการพยาบาลในผู้ป่วยระยะกลางไม่ครอบคลุม ระบบการประเมินสภาพและคัดแยกผู้ป่วยไม่แม่นยำ เกิดความล่าช้า และการประสานงานในสหสาขาวิชาชีพไม่ชัดเจน 2) การพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาล ประกอบด้วย แบบประเมินการจำแนกและคัดกรองผู้ป่วย แนวทางการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและการประสานส่งต่อสหสาขาวิชาชีพ และแบบบันทึกตัวชี้วัดผู้ป่วยระยะกลาง 3) ประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบ พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มคุณภาพบริการผู้ป่วยระยะกลาง ระยะเวลารอคอยลดลง ไม่พบคนไข้ทรุดลงขณะตรวจ ไม่พบข้อร้องเรียน มีมาตรฐานในการให้บริการ บุคลากรพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 88.40 และผู้ป่วยพึงพอใจระดับมากที่สุด ร้อยละ 90.40

สรุป: จากผลการศึกษารูปแบบมี 3 ระยะ ทั้ง 3 ระยะสามารถนำมาพัฒนาการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพได้ ประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบ เกิดความชัดเจน มีความเป็นไปได้ เหมาะสมในการนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เพื่อเพิ่มคุณภาพ บริการให้ผู้ป่วยระยะกลางปลอดภัย เพิ่มคุณภาพชีวิต และพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม, คุณภาพบริการพยาบาล, ผู้ป่วยระยะกลาง

Abstract

Objective: This study aims to analyze the quality of nursing service system situation in intermediate care (IMC) patients, improve nursing service system model and the effectiveness of the development of nursing service system.

Methods: This was action research consisting of 3 phases: 1) the situation study, 2) the model development and 3) the model outcome evaluation. Two sample groups were studied at rehabilitation clinic, Roi-et hospital: 10 multidisciplinary and 20 intermediate care patients were drawn from purposive sampling method together with 2-cycle model development. Qualitative data were analyzed by content analysis and quantitative data is collected from medical record review, nursing service model satisfaction survey form for multidisciplinary team and intermediate care patients.

Results: It was found that 1) nursing care method is uncovered. Screening patient system is inaccurate and delay, multidisciplinary coordination is not clear. 2) Development of nursing service management model for quality and safety of rehabilitation for intermediate care consisting of patient classification and screening assessment form, guideline for consultation to the specialist doctor and multidisciplinary team, and indicators form. 3) the effectiveness of the model development was found that the model enhances the quality of clinical services for IMC patients, reduced the waiting time, no patients were found to have collapsed during examination, no complaints found, a services standard, 88.40% of the staff were satisfied at a high level, and 90.40% of patients were satisfied with the quality of service at highest level.

Conclusion: From the result of this study consisting of 3 phases, this model can develop the quality of nursing care service and effectiveness of development There is clarity. Increase service quality and satisfied with the service system.

Keywords: participation, nursing service quality, for Intermediate care

Corresponding author: Email: cattaree2519@gmail.com

Received: December 8, 2023; **Accepted:** January 5, 2024

บทนำ

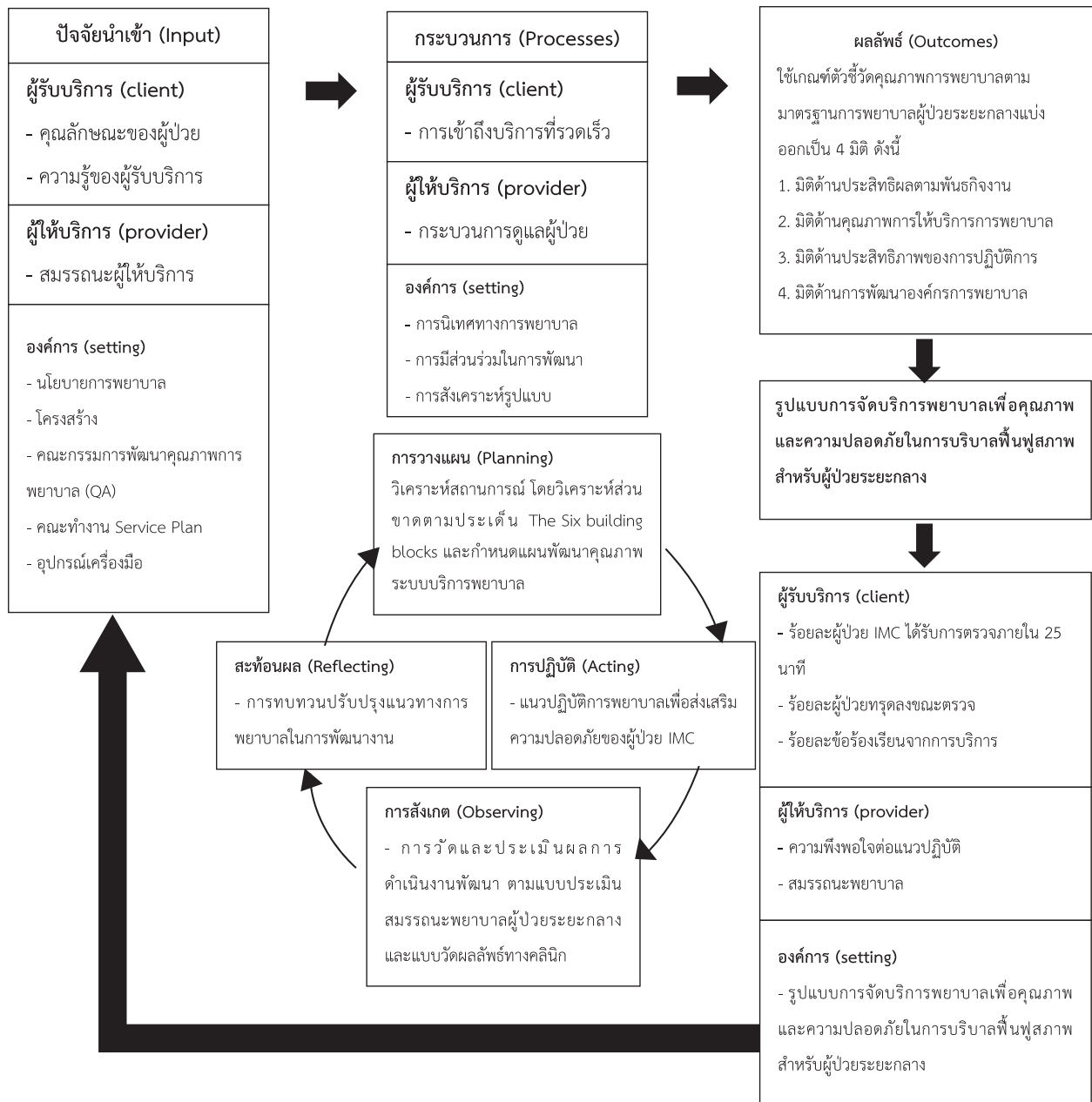
คุณภาพการพยาบาลเป็นหัวใจสำคัญของระบบบริการสุขภาพของประเทศ ซึ่งผู้รับบริการปรารถนาที่จะได้รับบริการที่ดี^(1,2) ปัจจุบันผู้รับบริการจำนวนมากกำลังเผชิญกับปัญหาคุณภาพของการให้บริการสุขภาพ จึงเกิดกระบวนการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขึ้นเพื่อให้เกิดการปรับปรุงไปสู่บริการที่มีคุณภาพ⁽³⁾ ซึ่งในด้านการบริหารจัดการ ได้มีการนำระบบประกันคุณภาพต่างๆเข้ามาใช้เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือและให้มาตรฐานของการบริการมีคุณภาพสูงสุด⁽⁴⁾ เพื่อให้ผู้รับบริการมีความปลอดภัย ในสภาวะการณต้นตัวของการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล และการพยาบาลให้มีคุณภาพ มุ่งเน้นให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม การศึกษาวิจัยและสร้างองค์ความรู้ทางการพยาบาล ที่พยาบาลและหน่วยงานบริการพยาบาลจะต้องนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาบริการพยาบาลอย่างเหมาะสม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข เป็นสถานบริการแม่ข่ายให้กับสถานพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) รับผู้ป่วยที่พ้นวิกฤตมาดูแล โดยเน้น 3 กลุ่มโรคสำคัญ คือ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) การบาดเจ็บที่สมองจากอุบัติเหตุ (Traumatic brain injury) และการบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังจากอุบัติเหตุ (Spinal Cord injury) ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข จากการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 – 2565 ของ 3 กลุ่มโรคที่สำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีจำนวน 2,242, 2,417 และ 2,650 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง มีจำนวน 919, 923 และ 1,018 ราย ตามลำดับ และผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังมี จำนวน 53, 56 และ 54 ราย ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยมี

แนวโน้มเพิ่มขึ้น การดูแลผู้ป่วยการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง จึงได้เล็งเห็นโอกาส และความสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ หลงเหลือความพิการน้อยที่สุด ดำรงชีวิตอยู่ได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งต้องได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ผู้ป่วยดังกล่าวมีความบกพร่องทางด้านร่างกาย ทำให้เกิดผลกระทบเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ปอดอักเสบ แผลกดทับ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและข้อติด ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ป่วยในชุมชน จากปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยเป็นพยาบาลจบเฉพาะทางฟื้นฟูสภาพได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพ เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ จึงได้พัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาล เพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในการบริหารฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยระยะกลางขึ้น เพื่อเป็นการประกันคุณภาพด้านการพยาบาล ว่าผู้รับบริการที่ห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลร้อยเอ็ดจะได้บริการที่มีคุณภาพและความปลอดภัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์คุณภาพระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาล เพื่อคุณภาพ และความปลอดภัยในการบริหารฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในการบริหารฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้มารับบริการ และผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เป็นเจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานที่กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ส่วนกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1. กลุ่มผู้ป่วยระยะกลางที่เข้ารับการรักษาที่ห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลร้อยเอ็ดและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 20 คน โดยใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง 2. กลุ่มผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ที่ซับซ้อน

ภาวะสุขภาพประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 4 คน พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางฟื้นฟูสภาพ จำนวน 1 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน นักกิจกรรมบำบัด จำนวน 1 คน นักกายอุปกรณ์ จำนวน 3 คน รวม จำนวน 10 คน โดยใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

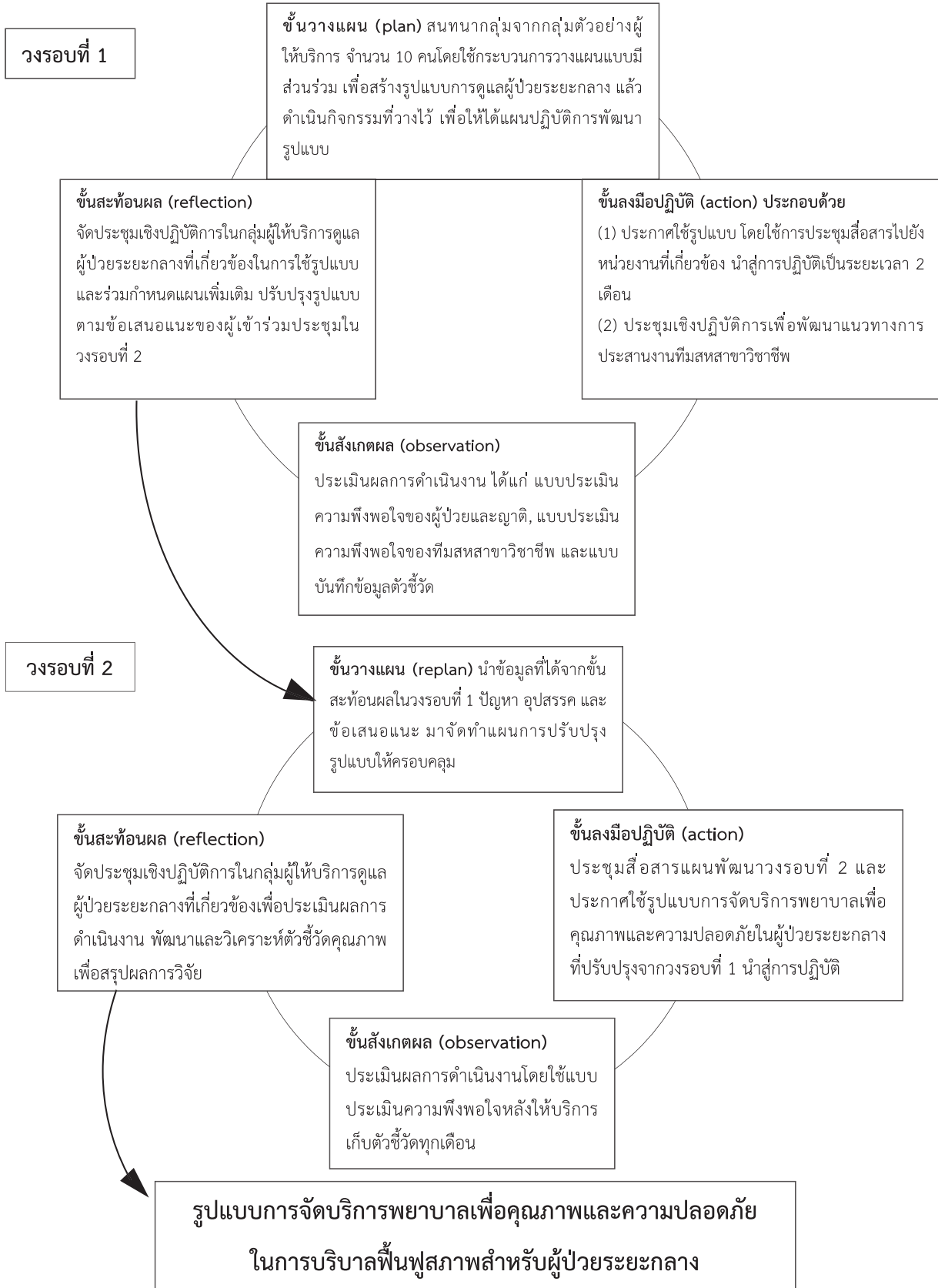
ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

มีขั้นตอนการดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ระยะดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหา การพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง ที่ห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จากการสนทนากลุ่มโดยกลุ่มผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ซับซ้อนภาวะสุขภาพ

จำนวน 10 คน โดยใช้เครื่องมือแบบสนทนากลุ่มในการ บันทึกข้อมูล

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ โดยดำเนินการพัฒนา 2 วงรอบ ดังนี้



ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนา รูปแบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในการบริบาลฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง โดยให้ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมสรุปอภิปรายผลของการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้รับบริการ โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจต่อการให้บริการดูแลผู้ป่วย และกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ต่อการพัฒนา รูปแบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในผู้ป่วยระยะกลาง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ ข้อมูลการเจ็บป่วย และแบบบันทึกข้อมูลตัวชี้วัด ผลลัพธ์ทางการพยาบาลระยะเวลานับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม (BI) อาการของผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

แบบสนทนากลุ่ม เป็นลักษณะคำถามปลายเปิดเชิงซักถามเหตุผลและค้นหาคำตอบ เน้นให้ผู้สนทนากลุ่มแสดงความคิดเห็น มีจำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในปัจจุบัน สภาพปัญหาและแนวทางการแก้ไข และแนวทางการดำเนินพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในการบริบาลฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง (Six Building Blocks of A Health System)

แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ต่อการพัฒนา รูปแบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในผู้ป่วยระยะกลาง มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึง มีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึงระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง

ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ระดับน้อย และค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ต่อการให้บริการดูแลผู้ป่วย มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึง มีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึงระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึงระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึงระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ระดับน้อย และค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูลและหาความเชื่อมั่น

การตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในการบริบาลฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยระยะกลางได้มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา จนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (ค่า CVI = 0.98)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE 080/2566 ลงวันที่ 5 กันยายน 2566

ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์สถานการณ์คุณภาพระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางในห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

จากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วย พบว่า จากสถิติการให้บริการผู้ป่วยนอก ห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในปี 2566 (ตุลาคม พ.ศ. 2565 - กันยายน 2566) มีผู้มารับบริการ 4,662 คน

เฉลี่ย 388 คนต่อเดือน ในกลุ่มผู้ป่วยระยะกลาง คิดสัดส่วน ร้อยละ 60 และผู้ป่วยทั่วไป คิดสัดส่วน ร้อยละ 40 และผู้ป่วยระยะกลางมีอุบัติการณ์ที่เพิ่มมากขึ้น

จากการสนทนากลุ่ม พบช่องว่างของการให้บริการพยาบาลและประเด็นปัญหาดังนี้

1. การรับรู้ปัญหาของผู้รับบริการ การเกิดภาวะแทรกซ้อน กลัวการเจ็บป่วยซ้ำ ขาดความรู้ของโรคที่เป็น การดูแล การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแล และการแนะนำในการใช้ชีวิต

2. การรับรู้ปัญหาของผู้ให้บริการ

- รูปแบบการให้การพยาบาลไม่ครอบคลุมครบถ้วน ไม่พบแนวทางการพยาบาล การตรวจสภาพที่เฉพาะเจาะจงกับโรค การเฝ้าระวังและการสังเกตภาวะแทรกซ้อน

- ระบบการประเมินสภาพและคัดแยกผู้ป่วยไม่แม่นยำทำให้เกิดความล่าช้าในการปฏิบัติพยาบาลซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ผู้ป่วยมีอาการทรุดขณะรอตรวจ

- การประสานงานในสหสาขาวิชาชีพไม่มีความชัดเจน ขาดผู้ประสานเชื่อมโยงในสหสาขาวิชาชีพเกิดการสื่อสารผิดพลาด ไม่เข้าใจ ส่งผลทำให้ล่าช้าในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย

ในปัจจุบันหน่วยงานก็ยังไม่มีความมาตรฐานในการคัดกรองแบ่งแยกผู้ป่วย การปฏิบัติงานของพยาบาลแตกต่างกันไปตามความรู้และประสบการณ์ของแต่ละคน ยังไม่มีการประเมินผู้ป่วยระยะกลางตามระดับความเสี่ยง การจัดการกับภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการป้องกันภาวะ

แทรกซ้อน และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในการบริหารฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล

การพัฒนาแบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพ และความปลอดภัยในการบริหารฟื้นฟูสภาพ สำหรับผู้ป่วยระยะกลาง

ระยะนี้ได้มีการนำผลการวิจัยระยะที่ 1 มาวิเคราะห์และหาวิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นดังนี้

1. สร้างทีมพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในการบริหารฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 4 คน พยาบาลจบเฉพาะทางฟื้นฟูสภาพ จำนวน 1 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน นักกายอุปกรณ์ จำนวน 3 คน และนักกิจกรรมบำบัด จำนวน 1 คน รวมจำนวน 10 คน

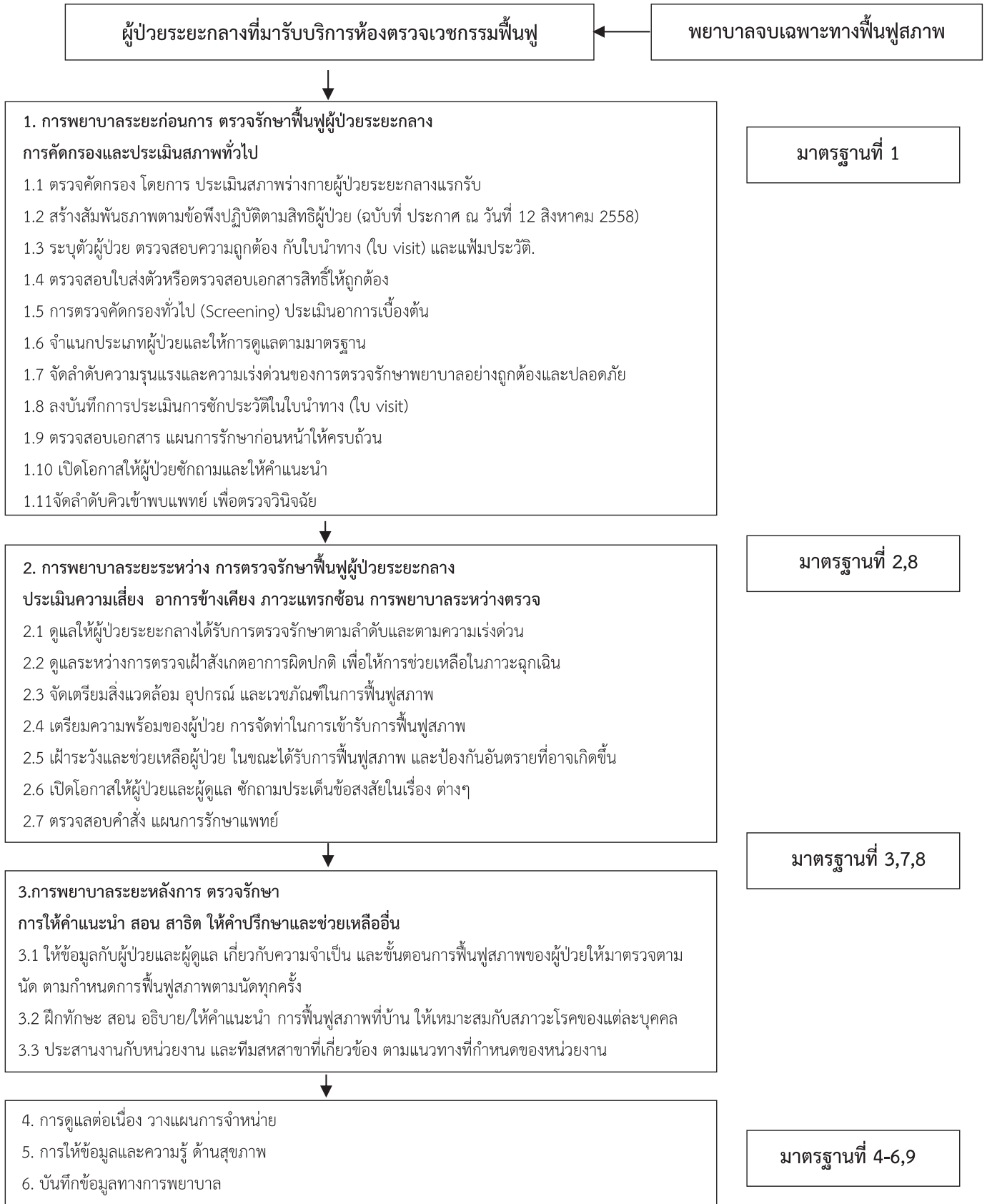
2. จัดประชุมทีมพัฒนารูปแบบการจัดการพยาบาล เพื่อระดมความคิดเห็นและร่วมกันพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

3. จัดประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อพัฒนาระบบการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และแนวทางการประสานส่งต่อทีมสหสาขาวิชาชีพ

4. จัดให้ใช้รูปแบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในการบริหารฟื้นฟูสภาพ สำหรับผู้ป่วยระยะกลาง ให้มีระยะเวลาทดลองใช้รูปแบบ 1 เดือน และประเมินผลหลังจากทดลองใช้

รูปแบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในการบริบาลฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง

ระยะกลาง



ผลการประเมินจากการใช้รูปแบบการจัดบริการ
 พยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในการ
 บริบาลฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง ใช้เกณฑ์
 ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐานพยาบาล
 ผู้ป่วย ระยะกลาง แบ่งออกเป็น 4 มิติ ดังนี้

1. มิติด้านประสิทธิผลตามพันธกิจงาน จาก

ผลการประเมินตัวชี้วัดจากการใช้รูปแบบการจัดบริการ

ตารางที่ 1 ผลการประเมินตัวชี้วัด

ประเด็น	เป้าหมาย	ร้อยละความสำเร็จ
- ร้อยละผู้ป่วย IMC ได้รับการตรวจภายใน 25 นาที	> 80%	90%
- ร้อยละผู้ป่วยทรุดลงขณะตรวจ	< 5%	0
- ร้อยละข้อร้องเรียนจากการบริการ	< 5%	0

2. มิติด้านคุณภาพการให้บริการการพยาบาล

จากแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ ต่อการ
 ให้บริการดูแลผู้ป่วย พบว่าระดับความพึงพอใจอยู่ใน
 ระดับมากที่สุด (เฉลี่ย 4.52, ร้อยละ 90.40)

3. มิติด้านประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ

จากแบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรสหสาขา
 วิชาชีพต่อการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อคุณภาพ
 และความปลอดภัยในการบริบาลฟื้นฟูสภาพสำหรับ
 ผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 10 คน พบว่า คะแนนเฉลี่ย
 ระดับพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย 4.42 คะแนน,
 ร้อยละ 88.40)

4. มิติด้านการพัฒนาองค์กรการพยาบาล จาก

การสนทนากลุ่มสหสาขาวิชาชีพ พบว่ามีความคิดเห็น
 ต่อการปฏิบัติงานมีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น รูปแบบ
 สามารถเพิ่มสมรรถนะทางการพยาบาล มีความมั่นใจใน
 การดูแลผู้ป่วย เพิ่มทักษะในการปฏิบัติงาน อีกทั้งมี
 แนวทางในการทำงานที่เป็นรูปธรรม มีมาตรฐานในการ
 ดูแลผู้ป่วย ง่ายต่อการปฏิบัติงานทำให้เกิดคุณภาพและ
 ประสิทธิภาพในการพยาบาล

พยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในการบริบาล
 ฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง จำนวนผู้ป่วย 20
 คน พบว่าผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติครบ
 ทั้ง 20 คน สามารถลดระยะเวลารอคอยที่อยู่ในห้องตรวจ
 เวชกรรมฟื้นฟู ลดอาการทรุดลงหน้าห้องตรวจ และลด
 ข้อร้องเรียนจากการให้บริการ ตารางที่ 1

อภิปราย

ประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการจัด
 บริการพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในการ
 บริบาลฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาล
 ร้อยเอ็ด ส่งผลต่อคุณภาพบริการผู้ป่วยระยะกลางที่ดีขึ้น
 ระยะเวลารอคอยลดลง ไม่พบคนไข้ทรุดลงขณะตรวจ
 ไม่พบข้อร้องเรียน เพิ่มสมรรถนะทางการพยาบาลและ
 มีมาตรฐานในการให้บริการ ทั้งนี้เนื่องจาก มีการพัฒนา
 รูปแบบการจัดบริการพยาบาล เพื่อคุณภาพและความ
 ปลอดภัยในการบริบาลฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยระยะ
 กลาง มีองค์ประกอบ ดังนี้ 1) รูปแบบการจัดบริการ
 พยาบาล ตามแนวคิดทฤษฎีระบบ การพัฒนาระบบ
 บริการพยาบาล, การพัฒนาคุณภาพระบบบริการ
 พยาบาล 7 หมวด (Nursing Quality Assurances: QA)
 สมรรถนะพยาบาลจำแนกและคัดกรอง (specific com-
 petency) 9 ด้าน แบบประเมินการจำแนก และคัดกรอง
 ประเภทผู้ป่วยตามแนวทาง MOPH ED TRIAGE ของ
 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2) การปฏิบัติการ
 พยาบาลแบบองค์รวม และ 3) การดูแลต่อเนื่อง ซึ่ง
 พยาบาลได้นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปสู่การปฏิบัติ

พยาบาลมีความรู้ และรับรู้สมรรถนะแห่งตน สอดคล้องกับรูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง ของสมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ และคณะ⁽⁵⁾ ที่พบว่า พยาบาลต้องมีความรู้ มีทักษะการพยาบาลในการให้บริการผู้ป่วยระยะกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Rorden and Taff⁽⁶⁾ ที่พบว่าพยาบาลมีบทบาทในการค้นหาความต้องการของผู้ป่วย ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการศึกษาที่พบว่าการใช้รูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วม ของทีมสหสาขาวิชาชีพจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจ ต่อบริการที่ได้รับ ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเน้นให้เห็นถึงความต่อเนื่องของการดูแล และการส่งต่อข้อมูล ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ต่อเนื่องไปยังโรงพยาบาลชุมชน และเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ในทุกมิติสุขภาพแบบองค์รวม⁽⁷⁾ รูปแบบนี้ยังสอดคล้องกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของประเทศสก็อตแลนด์⁽⁸⁾ ที่ว่าการฟื้นฟูสภาพ การประเมินแบบองค์รวม และการมีช่วงเวลาจำกัดในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางควรมีระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน โดยให้ข้อมูลกับครอบครัวและผู้ดูแล เพื่อตั้งเป้าหมายร่วมกัน สามารถลดภาวะพิการหรือเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

ทั้งนี้การดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยมีคนไข้เป็นศูนย์กลาง คนไข้ต้องได้รับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานร่วมกันเป็นอย่างดี เนื่องจากในหลากหลายอาการป่วย ต้องใช้บุคลากรทาง การแพทย์ ในหลายสาขาเพื่อให้คนไข้ได้รับการดูแลอย่างทันเวลาและได้รับประโยชน์สูงสุด⁽⁹⁾ และเป็นเพราะการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางพัฒนาบนหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งผู้ศึกษาเลือกใช้รูปแบบการปฏิบัติ โดยการนำผลงานวิจัยมา ใช้ทำให้แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลางเชื่อถือได้ มีความเป็น วิทยาศาสตร์มีเหตุผลและผลในการนำมาใช้เพื่อมาตรฐานและคุณค่าแก่ทีมสหวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางทุกสาขาบริการ สอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลที่มุ่งเน้น การสร้างมาตรฐานการให้บริการในทุกๆ ด้าน

สรุป

จากผลการศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาล เพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในการบริหารฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด มี 3 ระยะ ทั้ง 3 ระยะสามารถนำมาพัฒนาการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพได้ มีความชัดเจน มีความเป็นไปได้ เหมาะสมในการนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเพื่อเพิ่มคุณภาพ บริการให้ผู้ป่วยระยะกลางปลอดภัย มีคุณภาพชีวิต และพึงพอใจ ต่อคุณภาพบริการ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ควรมีการขยายรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางร่วมกับผู้ป่วยอื่นๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ

2. ในเชิงนโยบาย ควรมีการขยายผลการใช้รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสู่โรงพยาบาลในเครือข่าย และมีเวทีเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อเกิดการพัฒนาระบบที่กว้างขวางยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยและญาติทุกท่าน ขอขอบคุณแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลร้อยเอ็ด พว.มะลิวรรณ อังคนิตย์ กอ.ณัฐฐิگانต์ ละออปกษิณ ทีมสหวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัยจนกระทั่งสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Charat Suwannawela. Theory of public administration and good governance with some reference to public enterprises management. Bangkok: Samnakphim haeng Chulalongkonmahawitthayalai; 2006.
2. Jiruth Sriratanaban. Management in hospital management. 2nd ed. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University Press; 2007.
3. Anuwat Supachutikul. HA update 2007. Nonthaburi: D-ONE Books company limited; 2007.
4. Torres, J.E. and Guo, K.L. Quality Improvement Techniques to Improve Patient Satisfaction. International Journal of Health Care Quality Assurance 2004: 17(6), 334-38.
5. Somchit wongsuvansiri, et al. Model development og nursing for intermediate care. Journal of Nursing Division 2021;48(1):145-59.
6. Rorden JW, Taff E. Discharge planning guide for nurses. Philadelphia: W.B. Saunders; 1990.
7. Wiraporn Narongrat, Maliwan Ankhanit. Effectiveness of Seamless Service System Development in the Care of Rehabilitation for Intermediate Care in Roi Et Province Network. Srinagarind Medical Journal 2023;37(6):45-56.
8. Scottish government. An Intermediate care framework for Scotland. [Internet]. 2012 [cited 2019 Feb 20];Available from: <https://www.gov.scot/publications/maximising-recovery-promoting-independence-intermediate-care-framework-scotland/>
9. Mahidol University Faculty of Medicine Siriraj Hospital. Annual report 2021: Knowledge Management Siriraj 130 years: Seamless treatment. 2018. [Cited Aug 3, 2021]. Available from: [https://www. si.mahidol.ac.th/th/siriraj130years/project.php?id=30](https://www.si.mahidol.ac.th/th/siriraj130years/project.php?id=30)

ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดจอบประสาทตาด้วยวิธีการผ่าตัดวุ้นตา ร่วมกับ กับการฉีดสารทดแทนวุ้นตา (silicone oil) ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Effects of Nursing Practice Guidelines for Pars Plana Vitrectomy with vitreous substitute (silicone oil) in Roi Et Hospital

รัชนิดา เจริญรบ^{1*}

Ratchanida Jarenrob^{1*}

Email: Ratchanida6316@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดจอบประสาทตาด้วยวิธีการผ่าตัดวุ้นตา ร่วมกับ การฉีดสารทดแทนวุ้นตา (silicone oil) ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่าง 40 คน เป็นผู้ป่วยหอบผู้ป่วย หู ตา คอ จมูก ที่มารับบริการผ่าตัดจอบประสาทตาด้วยวิธีการผ่าตัดวุ้นตา ร่วมกับ การฉีดสารทดแทนวุ้นตา (silicone oil) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 20 คน ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดจอบประสาทตาด้วยวิธีการผ่าตัดวุ้นตา ร่วมกับ การฉีดสารทดแทนวุ้นตา กลุ่มควบคุม 20 คน ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐาน และพยาบาลห้องผ่าตัดตา จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบ แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบบันทึกผลลัพธ์ด้านคลินิก ใช้สถิติเชิงพรรณนา และ independent t-test ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value < 0.05

ผลการศึกษา: กลุ่มทดลอง 20 คน มีอายุเฉลี่ย 52.10 ปี (S.D. = 17.59) ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรค RRD ร้อยละ 45.0 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด ใช้เวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 65.25 นาที (S.D.=25.97) กลุ่มควบคุม 20 คน มีอายุเฉลี่ย 53.21 ปี (S.D. = 14.28) ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรค RRD ร้อยละ 30.0 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด ใช้เวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 68.54 นาที (S.D.=27.16) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการของพยาบาลห้องผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=6.12$, p -value < 0.001) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=99.61$, p -value < 0.001)

สรุป: จากการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำมาเป็นต้นแบบในการพัฒนาให้เกิดความต่อเนื่อง เพื่อเป็นมาตรฐานคุณภาพ ส่งเสริมให้เกิดการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลอย่างชัดเจน

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล, ผู้ป่วย, การผ่าตัดวุ้นตา ร่วมกับฉีดสารทดแทนวุ้นตา

Abstract

Objective: To study effects of nursing guidelines for patients undergoing retinal surgery using vitrectomy combined with vitreous replacement injection (silicone oil) implementation at Roi Et Hospital.

Methods: The samplings were 40 patients in the ear, eye, nose, and throat ward who come for retinal surgery services and 10 nurses who work in eyes surgery room at Roi Et Hospital And were divided into 2 groups. Of 20 peoples in experimental group received nursing guidelines for patients undergoing retinal surgery using vitrectomy combined with vitreous replacement injection (silicone oil). Of 20 20 peoples in control group received standard nursing practices. And 10 nurses in the eye surgery room were included. The equipment used to conducting research included satisfaction assessment form and clinical results records form. Descriptive statistics and independent t-test were used to analyze the data. The statistical significance level was set at p-value <0.05.

Results: Of 20 patients in experimental group had mean age 52.10 years (S.D. = 17.59), most of them were diagnosed with RRD 45.0%, no complications during surgery, mean surgery time was 65.25 minutes (S.D.=25.97). Of 20 patients in control group had mean age 53.21 years (S.D.=14.28), most of them diagnosed of RRD 30.0%, no complications during surgery, mean surgery time was 68.54 minutes (S.D=27.16). Patient satisfaction with the services of operating room nurses between the experimental group and the control group was statistically significant (t=6.12, p-value <0.001). The satisfaction of service providers with the use of nursing practice guidelines increased with statistically significant (t=99.61, p-value <0.001).

Conclusions: This study shows that nursing practices guidelines can be used as a model for continuous development, to be a quality standard and promote clear use of nursing practice guidelines.

Keywords: Nursing Practice Guidelines, Patients, Pars Plana Vitrectomy with Vitreous substitute

Corresponding author: Email: Ratchanida6316@gmail.com

Received: December 8, 2023; **Accepted:** January 8, 2024

บทนำ

โรคจอประสาทตาลอก (retinal detachment) เป็นโรคที่เกิดจากการลอกหลุดของชั้นจอตาชั้นใน ซึ่งโรคนี้เป็นปัญหาทางจักษุวิทยาที่พบบ่อยได้เมื่อบุคคลดูแลสุขภาพของดวงตาไม่สม่ำเสมอโรคเกิดขึ้นจัดเป็นภาวะเร่งด่วนที่ต้องพบแพทย์เพราะถ้ารักษาไม่ทันอาจส่งผลให้ตาบอดถาวร⁽¹⁾ โรคจอประสาทตาลอกส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้เกิดความทุกข์จากความบกพร่องจากการมองเห็นเช่น การทำงานที่ละเอียดได้ลดลง การอ่านหนังสือและการดูโทรทัศน์เห็นไม่ชัดเจน การดำเนินกิจกรรมประจำวัน ไม่สะดวกเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ และคุณภาพชีวิตลดลง⁽²⁾ โรคนี้มักเกิดในวัยผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป โอกาสเกิดขึ้นใกล้เคียงกันทั้งผู้ชายและผู้หญิง ส่วนใหญ่มักเกิดกับลูกตาเพียงข้างเดียวแต่ก็อาจเกิดขึ้นได้ทั้งสองข้าง⁽¹⁾ ถ้ามีอาการเป็นระยะเวลานานจะทำให้ลูกตาฝ่อและมองไม่เห็น อาการและอาการแสดง มักมาด้วยอาการเงาลอย (floater) หรือเห็นแสงฟ้าแลบ (photopsia) หลังจากนั้นเป็นระยะเวลาเป็นวันจนถึงหลายสัปดาห์จะเริ่มมีอาการของจอประสาทตาลอก โดยเริ่มจากเห็นภาพดำหรือสีเทาบังต่างๆ ตาคลายมีม่านปิด⁽¹⁾ ปัจจัยที่อาจส่งเสริมให้เกิดจอประสาทตาลอก ได้แก่ สายตาสั้น (myopia) ภาวะที่ผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์เทียม ทั้งชนิดที่ใส่เลนส์เทียม (pseudophakia) และมาใส่เลนส์ (aphakia) โรคทาง systemic disease เช่น toxemia of pregnancy, severe hypertension เป็นต้น จอประสาทตาลอกจะส่งผลกระทบต่ออาการมองเห็นจากการลอกของจอประสาทตาชั้นในของลูกตา (sensory layer of retina) ออกจากเนื้อเยื่อการรับรู้การมองเห็นชั้นนอกของลูกตา (retinal pigment epithelium, RPE) ทำให้เกิดการมองเห็นภาพที่มีความผิดปกติไป ซึ่งมีความจำเป็นในการรักษา เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการลอกของจอประสาทตา ได้แก่ จะมีการเคลื่อนที่ของเซลล์ของจอตา มี retina pigment epithelium cell, glial cell มาตามพื้นผิวของจอตาที่ลอกออก ทำให้เกิดเป็นพังผืดเกิดขึ้น เรียกว่า proliferative vitreoretinopathy (PVR) ทำให้ดึงรั้งจอตาที่หลุดลอกให้จับเข้าหากันและ

ผิวของจอตาดึงรั้งมากขึ้น ซึ่งพังผืดดังกล่าว ส่งเสริมให้เกิดจอประสาทตาลอกซ้ำ การรักษาามีหลายวิธี ซึ่งในปัจจุบันในการรักษาจะเน้นการยิงแสงเลเซอร์บริเวณรอยฉีกขาดภายหลังการฉีกเข้าไปในลูกตา⁽³⁾ และการดูแลที่สำคัญ คือ การประเมินสภาพผู้ป่วยให้ทันที่เพื่อให้เกิดการรักษาที่ทันท่วงทีและป้องกันตาอีกข้างหนึ่งให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุ หลักการสำคัญของการผ่าตัดรักษาจอตาลอก คือ การดันให้จอตาติดกลับเข้าที่เดิม โดยจะต้องจัดทำผู้ป่วย เพื่อให้ให้น้ำมันซิลิโคนดันจุดที่เกิดจอตาลอกกลับเข้าสู่ตำแหน่งเดิม ดังนั้นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดจึงเป็นสิ่งสำคัญการจัดท่า (Position) ที่ถูกต้องตามแผนการรักษา จะทำให้น้ำมันซิลิโคนลอยขึ้นไปดันรอยฉีกขาดของจอตาให้กลับมาติดกับชั้น (Retina Pigment Epithelium : RPE) ได้มากที่สุด โดยการจัดท่าหลังการผ่าตัดที่พบส่วนใหญ่ คือ การจัดท่าให้นอนหรือนั่งคว่ำหน้าซึ่งผู้ป่วยจะต้องทำให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ในแต่ละวัน หรือมากกว่า 16 ชั่วโมงต่อวัน มีระยะเวลาอย่างน้อย 2-4 สัปดาห์^(4,5) หากผู้ป่วยไม่สามารถคว่ำหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพตามแผนการรักษา จะทำให้การรักษาไม่ประสบความสำเร็จ อาจทำให้เกิดการหลุดลอกซ้ำอีกครั้งและอาจทำให้เป็นต่อกระจกตามมาได้ และอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นตามมา เช่น ภาวะความดันตาสูง ภาวะเลือดออกในตา และการติดเชื้อในลูกตา เป็นต้น แต่ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถจัดทำได้ แพทย์จะใช้ซิลิโคนที่มีความหนาแน่นมากกว่าน้ำ (heavy silicone oil) ในการผ่าตัดแทนซึ่งผู้ป่วยที่ผ่าตัดโดยการใส่น้ำมันซิลิโคนร่วมด้วยต้องมาผ่าตัดซ้ำเพื่อนำซิลิโคนออก เมื่อจอตาติดเรียบร้อยแล้ว ดังนั้น พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องจอประสาทตาลอกเป็นอย่างดีตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การซักประวัติการรับประทานยาโรคประจำตัว และอาหารเสริมต่างๆ เนื่องจากถ้าผู้ป่วยรับประทานยาละลายลิ่มเลือด หรืออาหารเสริม อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของเลือดทำให้เกิดภาวะเลือดออกมากผิดปกติหลังการผ่าตัดการตรวจร่างกายหากไม่ครบถ้วนจะส่งผลทำให้เกิดการติดเชื้อภายหลังผ่าตัดได้ เช่น ผู้ป่วยที่มีแผลอักเสบติดเชื้อตามร่างกายอาจเป็นสาเหตุ

ที่ทำให้เกิดการติดเชื้อที่ตาหลังการผ่าตัดได้ การให้ความรู้เตรียมความพร้อมร่างกาย และการฝึกคลุมหน้าก่อนผ่าตัด หากผู้ป่วยไม่สามารถคลุมหน้าได้ การผ่าตัดก็จะไม่สามารถสำเร็จลุล่วงไปได้ ดังนั้นพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติผู้ป่วยให้มีความพร้อมมากที่สุดในการผ่าตัด เมื่อผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องมีความสำคัญไม่ต่างกัน ตั้งแต่การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การดูแลให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง เน้นย้ำเรื่องการจัดการห้ามเปิดผ้าปิดตาออกเอง เพื่อป้องกันภาวะเลือดออก การเปิดตาหยอดยา เช็ดตา ครอบตาหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อ การประเมินความปวดหลังผ่าตัด หากผู้ป่วยมีอาการปวดตามากผิดปกติอาจเกิดมาจากภาวะความดันตาสูงได้ หากพยาบาลไม่สามารถประเมินได้ อาจทำให้การดูแลรักษาล่าช้าส่งผลเสียต่อการมองเห็นของผู้ป่วย และขั้นตอนสุดท้าย คือ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน พยาบาลต้องให้ความรู้และประเมินความรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลตั้งแต่การเช็ดตา หยอดตา ป้ายตา การมาตรวจตามนัด อาการผิดปกติที่ต้องรีบมาตรวจก่อนวันนัด และการจัดทำอย่างต่อเนื่องที่บ้าน จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นว่าโรคจอประสาทตาเป็นโรคที่สำคัญและเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย โดยโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ได้เริ่มทำการผ่าตัดวุ้นตา ร่วมกับการฉีดสารทดแทนวุ้นตา (silicone oil) วิธี PPV C SO (Pars Plana Vitrectomy C Silicone oil : PPV C SO) ตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2561 และต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน พบสถิติการผ่าตัด ด้วยวิธี Pars Plana Vitrectomy ในปีงบประมาณ 2561-ปัจจุบัน (ปีงบประมาณ 2566 เดือนตุลาคม 2565 - กรกฎาคม 2566) จำนวน 69, 104, 133, 119, 184 และ 190 ราย ตามลำดับ สถิติการผ่าตัด วิธี PPV C SO (Pars Plana Vitrectomy C Silicone oil : PPV C SO) ใน ปีงบประมาณ 2561-ปัจจุบัน (ปีงบประมาณ 2566 เดือนตุลาคม 2565 - กรกฎาคม 2566) จำนวน 20, 41, 52, 43, 50 และ 44 ราย ตามลำดับ การผ่าตัดจอประสาทตา ร่วมกับการฉีดสารทดแทนวุ้นตา (silicone oil) เป็นการผ่าตัดเพื่อใช้ silicone oil ไปกวดจอประสาท

ตาที่หลุดลอกไม่ให้ลอกเพิ่มขึ้น และเป็นการผ่าตัดส่วนหลังลูกตาที่มีเส้นเลือด เส้นประสาทและจลรับภาพที่เป็นส่วนสำคัญ จึงต้องใช้ความชำนาญในการช่วยผ่าตัดสำหรับการจัดทำทางในการผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดจอประสาทตา ต้องนอนราบเป็นเวลา 1-2 ชั่วโมง ในขณะที่ผ่าตัด ต้องใช้เตียงเฉพาะสำหรับผ่าตัดตา ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการฉีดยาชาเฉพาะที่ และรู้สึกตัวตลอดเวลาขณะผ่าตัด

ดังนั้น การให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เช่น ห้ามยกมือขึ้นมาบริเวณใบหน้า วางแขนแนบลำตัว วางศีรษะตรง ห้ามส่ายหน้าไปมา และทำตามคำสั่งแพทย์ จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างมาก ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะทำการผ่าตัดสามารถเกิดขึ้นได้จากการที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือขณะผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัดสามารถเกิดขึ้นได้ ขึ้นกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วย เช่น การนอนคว่ำ ต้องทำได้น้อย 16 ชั่วโมงต่อวัน เป็นเวลา 2-4 สัปดาห์ หรือตามคำแนะนำของแพทย์ สิ่งสำคัญที่จะลดปัญหาการติดเชื้อและปัญหาต่างๆ ในการผ่าตัด 1. ระยะผ่าตัด พยาบาลส่งเครื่องมือต้องมีความแม่นยำในหลักปราศจากเชื้อขณะผ่าตัด 2. ระยะหลังผ่าตัด ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดที่ถูกต้องและผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกวิธี ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านของพยาบาลสำหรับห้องผ่าตัดตา พบปัญหาว่ามีการหมუნเวียนพยาบาลห้องผ่าตัดอื่นๆ มาห้องผ่าตัดตา โดยเจ้าหน้าที่ทุกคนต้องมีการหมუნเวียนของแต่ละแผนกทุกๆ 1 ปี เพื่อเก็บประสบการณ์ในแผนกนั้นๆ ปัญหาที่พบ คือ ในช่วงแรกที่เจ้าหน้าที่หมუნเวียนใหม่ยังไม่มีความชำนาญในการส่งเครื่องมือผ่าตัดจอประสาทตา อาจทำให้ระยะเวลาในการผ่าตัดผู้ป่วยล่าช้า แต่เมื่อมีประสบการณ์มากขึ้น ความล่าช้าในการผ่าตัดลดลง ส่งผลให้เกิดผลเสียกับผู้ป่วยในด้านต่างๆ รวมทั้งการบริหารจัดการ ในการแก้ปัญหา แต่ยังไม่มีการศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดจอประสาทตาด้วยวิธีการผ่าตัดวุ้นตา ร่วมกับการฉีดสารทดแทนวุ้นตา (silicone oil) ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ด้วยวิธี PPV C SO (Pars Plana

Vitrectomy C Silicone oil: PPV C SO) ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดจอประสาทตาด้วยวิธีการผ่าตัดวุ้นตา ร่วมกับการฉีดสารทดแทนวุ้นตา (silicone oil) ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อนำผลงานวิจัยที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการให้พยาบาลต่อผู้ป่วยที่ผ่าตัดและพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดจอประสาทตาด้วยวิธีการผ่าตัดวุ้นตา ร่วมกับการฉีดสารทดแทนวุ้นตา (silicone oil) ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดจอประสาทตาด้วยวิธีการผ่าตัดวุ้นตา ร่วมกับการฉีดสารทดแทนวุ้นตา (silicone oil) ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยผ่าตัดจอประสาทตาด้วยวิธีการผ่าตัดวุ้นตา ร่วมกับการฉีดสารทดแทนวุ้นตา (silicone oil) ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 9 ตุลาคม - วันที่ 4 ธันวาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น ผู้ป่วยโรคจอประสาทตาดลอก ชายและหญิงในประเทศไทย ที่เข้ารับการรักษาโรคจอประสาทตาดลอก ณ หอผู้ป่วยหู ตา คอ จมูก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากอาการของผู้ป่วยและจากการตรวจวิเคราะห์ภาพตัดขวางจอประสาทตาด้วยเลเซอร์ (OCT) แพทย์ยืนยันว่า

เป็นโรคจอประสาทตาดลอก และได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการผ่าตัดวุ้นตา ร่วมกับการฉีดสารทดแทนวุ้นตา (silicone oil) ส่วนกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีลักษณะตามคุณสมบัติของประชากรที่กำหนด ที่มารับบริการที่หอผู้ป่วย หู ตา คอ จมูก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 40 คน โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วยกลุ่มทดลอง 20 คน ได้รับใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดจอประสาทตาด้วยวิธีการผ่าตัดวุ้นตา ร่วมกับการฉีดสารทดแทนวุ้นตา (silicone oil) กลุ่มควบคุม 20 คน ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามปกติมาตรฐานและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัดหน่วย 3 (ผ่าตัดตา) โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 10 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดจอประสาทตาด้วยวิธีการผ่าตัดวุ้นตา ร่วมกับการฉีดสารทดแทนวุ้นตา (silicone oil) โดยเป็นการเลือกแบบเจาะจงจากพยาบาลห้องผ่าตัดในทีมผ่าตัด ที่ให้พยาบาลผ่าตัดผู้ป่วยโรคจอประสาทตา จำนวน 40 คน ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง เป็นกลุ่มตัวอย่างยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัยทั้งหมด จึงไม่มีการคำนวณขนาดตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัดหน่วย 3 (ผ่าตัดตา) อาคารผ่าตัด ชั้น 5 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นกลุ่มตัวอย่างยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย
2. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจอประสาทตาดลอก ชาย และหญิงในประเทศไทย ที่เข้ารับการรักษาโรคจอประสาทตาดลอก ณ หอผู้ป่วย หู ตา คอ จมูก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

3. ได้รับการวินิจฉัยจากอาการของผู้ป่วยและจากการตรวจวิเคราะห์ภาพตัดขวางจอประสาทตาด้วยเลเซอร์ (OCT) แพทย์ยืนยันว่าเป็นโรคจอประสาทตาลอก และได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการผ่าตัดวุ้นตา ร่วมกับการฉีดสารทดแทนวุ้นตา (silicone oil)

4. ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจอประสาทตาลอก และได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการผ่าตัดวุ้นตา ร่วมกับการฉีดสารทดแทนวุ้นตา (silicone oil)

5. เป็นผู้มีการรับรู้ สติสัมปชัญญะดี สื่อสารเข้าใจ และตอบแบบสอบถามได้

6. มีความยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

7. ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยตนเอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรมยินยอมให้เข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัด หน่วย 3 (ผ่าตัดตา) โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจะถูกคัดออกจากโครงการศึกษาวิจัย

2. ผู้ป่วยโรคจอประสาทตา ด้วยวิธีการผ่าตัดวุ้นตา ร่วมกับการฉีดสารทดแทนวุ้นตา และอาสาสมัครที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจะถูกคัดออกจากโครงการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดจอประสาทตาด้วยวิธีการผ่าตัดวุ้นตา ร่วมกับการฉีดสารทดแทนวุ้นตา (silicone oil) ในครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้รับบริการและผู้ให้บริการรวมเป็น 3 ชุด ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการวิจัยแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดจอประสาทตาด้วยวิธีการผ่าตัดวุ้นตา ร่วมกับการฉีดสารทดแทนวุ้นตา (silicone oil) ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

แบบสำรวจความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัดตา

ส่วนที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคล (จำนวน 6 ข้อ)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดจอประสาทตาด้วยวิธีการผ่าตัดวุ้นตา ร่วมกับการฉีดสารทดแทนวุ้นตา (silicone oil) ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด (จำนวน 8 ข้อ) เป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก ระดับคะแนน 3 หมายถึง มีความพึงพอใจ มาก ระดับคะแนน 2 หมายถึง มีความพึงพอใจ ปานกลาง ระดับคะแนน 1 หมายถึง มีความพึงพอใจ น้อย

2. แบบบันทึกผลลัพธ์ด้านคลินิกการให้บริการผู้ป่วยผ่าตัด จากผลการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดจอประสาทตาด้วยวิธีการผ่าตัดวุ้นตา ร่วมกับการฉีดสารทดแทนวุ้นตา (silicone oil) ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (จำนวน 7 ข้อ)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับ (จำนวน 9 ข้อ)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการของพยาบาลห้องผ่าตัด เป็นแบบตัวเลือก 3 ตัวเลือก (จำนวน 7 ข้อ) มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ ระดับคะแนน 3 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก ระดับคะแนน 2 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง ระดับคะแนน 1 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย

3. แบบบันทึกการเก็บข้อมูลการปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาลเชิงกระบวนการตามแนวปฏิบัติแบบบันทึกการพยาบาล เป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ ให้ใส่เครื่องหมาย / ในช่องที่ได้ปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามความเป็นจริง (จำนวน 24 ข้อ)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ศึกษาค้นคว้า เอกสาร ทบทวนวรรณกรรม อินเทอร์เน็ต ที่เกี่ยวข้องกับผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดจอประสาทตาด้วยวิธีการผ่าตัด วันตา ร่วมกับการฉีดสารทดแทนวันตา (silicone oil) และผลงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. ศึกษาวิธีการสร้างแบบสอบถามที่ดีจาก เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3. กำหนดกรอบแนวคิดและเนื้อหาตาม วัตถุประสงค์ของการวิจัย มาใช้เป็นข้อมูลในการสร้าง แบบสอบถาม

4. นำแบบสอบถามฉบับร่าง เสนอ ผู้ทรง ภูมิ เพื่อพิจารณาตรวจแก้ไขเนื้อหาและสำนวนการ สอบถามที่ใช้ ตลอดจนความถูกต้องเหมาะสมโดยทั่วไป ของแบบสอบถาม

5. นำแบบสอบถามที่แก้ไขเรียบร้อยแล้วไปให้ ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจอประสาทตา จำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล ผู้ป่วยผ่าตัด จำนวน 1 ท่าน ดำเนินการวิเคราะห์ความ สอดคล้องของเนื้อหาได้ค่า CVI=0.93

6. นำแบบสอบถามที่ผ่านการหาคุณภาพมา จัดทำเป็นฉบับสมบูรณ์เพื่อนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มที่ 1 (ผู้ป่วย จำนวน 40 คน) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 กลุ่มทดลองได้รับการใช้แนวปฏิบัติ การพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากอาการของ ผู้ป่วยและจากการตรวจวิเคราะห์ภาพตัดขวางจอ ประสาทตาด้วยเลเซอร์ (OCT) แพทย์ยืนยันว่าเป็นโรค จอประสาทตาลอก และได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการผ่าตัด วันตา ร่วมกับการฉีดสารทดแทนวันตา (silicone oil)

กลุ่มที่ 2 กลุ่มควบคุม เป็นผู้ป่วยโรคจอ ประสาทตาลอก ที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการผ่าตัด วันตา ร่วมกับการฉีดสารทดแทนวันตา (silicone oil) และได้รับการพยาบาลตามปกติมาตรฐาน

กลุ่มที่ 2 (พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน)

1. เก็บตัวอย่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัดหน่วย 3 (ผ่าตัด ตา) อาคารผ่าตัด ชั้น 5 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ปฏิบัติงาน ที่ห้องผ่าตัดมากกว่า 1 ปี จำนวน 10 คน ใช้วิธีการเลือก แบบเจาะจง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นสถิติเชิง พรรณนา ใช้ในการอธิบายคุณลักษณะต่างๆ ไปของกลุ่ม ตัวอย่างโดยนำเสนอในรูปแบบ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ independent t-test กำหนด ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการ วิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ตามหนังสือรับรองจริยธรรมวิจัย เลขที่ RE112/2566 ลงวันที่ 5 ตุลาคม 2566

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลอง 20 คน เป็น เพศชาย ร้อยละ 50.0 เพศหญิง ร้อยละ 50.0 อายุเฉลี่ย 52.10 ปี (S.D. = 17.59) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.0 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 35.0 มีรายเฉลี่ยต่อเดือน 7,800 บาท (S.D.=810.25) ทั้งหมดมีสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 100 กลุ่มควบคุม 20 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.0 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 53.21 ปี (S.D. = 14.28) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.0 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.0 มีรายเฉลี่ยต่อเดือน 6,750 บาท (S.D.=614.25) ทั้งหมดมีสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 100 ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	(n=20)	n(20)
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	10(50.0)	9(45.0)
หญิง	10(50.0)	11(55.0)
อายุ		
ต่ำกว่า 60 ปี	15(75.0)	8(40.0)
60 ปีขึ้นไป	5(25.0)	12(60.0)
อายุเฉลี่ย (S.D.)	52.10(17.59)	53.21(14.28)
สถานภาพสมรส		
โสด	5(25.0)	3(15.0)
คู่	14(70.0)	13(65.0)
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	1(5.0)	4(20.0)
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	7(35.0)	8(40.0)
มัธยมศึกษาตอนต้น	3(15.0)	4(20.0)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส.	6(30.0)	4(20.0)
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	2(10.0)	2(20.0)
อื่นๆ	2(10.0)	2(20.0)
อาชีพ		
นักเรียน/นักศึกษา	1(5.0)	3(15.0)
เกษตรกร	4(20.0)	5(25.0)
ลูกจ้าง/รับจ้าง	6(30.0)	5(25.0)
ธุรกิจส่วนตัว	2(10.0)	4(20.0)
อื่นๆ	7(35.0)	3(15.0)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	5(25.0)	6(30.0)
ต่ำกว่า 5,000 บาท	1(5.0)	4(20.0)
5,001 – 10,000 บาท	5(25.0)	3(15.0)
10,000 – 15,000 บาท	5(25.0)	2(10.0)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	(n=20)	n(20)
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
15,000 – 20,000 บาท	1(5.0)	2(10.0)
20,000 บาทขึ้นไป	3(15.0)	3(15.0)
ค่าเฉลี่ย (S.D)	7,800(810.25)	6,750(614.25)
การมีสมาชิกในครอบครัว		
มีสมาชิกในครอบครัว	20(100)	20(100)

2. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับ

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรค RRD ร้อยละ 45.0 ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 55.0 ได้รับการจัดทำแผนงานในการผ่าตัด ร้อยละ 100 และไม่มีการบาดเจ็บจากการจัดทำ ร้อยละ 100 ทั้งหมดไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด ระดับความเจ็บปวด ณ เวลา 1 ชั่วโมงแรกที่หอบผู้ป่วยเฉลี่ย 4.80 (S.D=1.82) ระดับความเจ็บปวด ณ เวลา 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดเฉลี่ย 0.4(S.D=0.82) ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 65.25 นาที (S.D=25.97) ส่วนใหญ่ได้รับยาแก้ปวด paracetamol ภายใน 48 ชั่วโมง 1 ครั้ง ร้อยละ 40.0 ไม่ได้ขอรับยาแก้ปวดอื่นๆ ภายใน 48 ชั่วโมง ร้อยละ 100 มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาล 3 วัน

ร้อยละ 95.0 กลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรค RRD ร้อยละ 30.0 ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 55.0 ได้รับการจัดทำแผนงานในการผ่าตัด ร้อยละ 100 และไม่มีการบาดเจ็บจากการจัดทำ ร้อยละ 100 ทั้งหมดไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด ระดับความเจ็บปวด ณ เวลา 1 ชั่วโมงแรกที่หอบผู้ป่วยเฉลี่ย 4.92 (S.D=1.23) ระดับความเจ็บปวด ณ เวลา 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดเฉลี่ย 0.75 (S.D=0.41) ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 68.54 นาที (S.D=27.16) ส่วนใหญ่ได้รับยาแก้ปวด paracetamol ภายใน 48 ชั่วโมง 1 ครั้ง ร้อยละ 40.0 ไม่ได้ขอรับยาแก้ปวดอื่นๆ ภายใน 48 ชั่วโมง ร้อยละ 100 มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาล 3 วัน ร้อยละ 80.0 ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	n=20	n=20
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
โรคที่ได้รับการวินิจฉัย		
VHwith TRD	1(5.0)	3(15.0)
PDR with TRD with RRD	1(5.0)	2(10.0)
TRD with VH	1(5.0)	1(5.0)
TRD with SC with VH	1(5.0)	1(5.0)
RRD	9(45.0)	6(30.0)

ตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับ (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	n=20	n=20
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
RRD with NSC	1(5.0)	2(10.0)
TRD with RRD with VH with DM	1(5.0)	1(5.0)
RRD with VH	2(10.0)	1(5.0)
TRD with PDR	1(5.0)	1(5.0)
NSC with TRD	1(5.0)	1(5.0)
PDR	1(5.0)	1(5.0)
โรคร่วม		
ไม่มี	11(55.0)	11(55.0)
DM	3(15.0)	3(15.0)
DM with HT	5(25.0)	3(15.0)
HT	1(5.0)	3(15.0)
ท่าที่ใช้ในการผ่าตัด		
ท่านอนหงาย	20(100)	20(100)
การบาดเจ็บจากการจัดท่า		
ไม่มีการบาดเจ็บ	20(100)	20(100)
ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด		
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	20(100)	20(100)
ระดับความเจ็บปวด ณ เวลา 1 ชั่วโมงแรกที่ห่อผู้ป่วย		
ปวดระดับเล็กน้อย (1 - 3 คะแนน)	6(30.0)	7(35.0)
ปวดระดับปานกลาง (4 - 6 คะแนน)	11(55.0)	9(45.0)
ปวดระดับมาก (7 - 10 คะแนน)	3(15.0)	4(20.0)
คะแนนความเจ็บปวดเฉลี่ย (S.D)	4.80(1.82)	4.92(1.23)
ระดับความเจ็บปวด ณ เวลา 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดที่ห่อผู้ป่วย		
ไม่ปวดเลย (0 คะแนน)	16(80.0)	
ปวดระดับเล็กน้อย (1 - 3 คะแนน)	4(20.0)	
คะแนนความเจ็บปวดเฉลี่ย (S.D)	0.4(0.82)	0.75(0.41)

ตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับ (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	n=20	n=20
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด		
น้อยกว่า 60 นาที	12(60.0)	13(65.0)
มากกว่า 60 นาที	8(40.0)	7(35.0)
ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดเฉลี่ย (S.D)	65.25(25.97)	68.54(27.16)
จำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวด paracetamol ภายใน 48 ชั่วโมง		
ไม่ได้ขอ	5(25.0)	3(15.0)
1 ครั้ง	8(40.0)	8(40.0)
2 ครั้ง	5(25.0)	5(25.0)
3 ครั้ง	2(10.0)	4(20.0)
จำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดอื่นๆภายใน 48 ชั่วโมง		
ไม่ได้ขอ	20(100)	20(100)
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล		
2 วัน	1(5.0)	4(20.0)
3 วัน	19(95.0)	16(80.0)

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการของพยาบาลห้องผ่าตัด ของพยาบาลห้องผ่าตัดพบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=141.29,p-value <0.001) ตารางที่ 3

การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต่อการให้บริการ

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการของพยาบาลห้องผ่าตัด

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการของพยาบาลห้องผ่าตัด	\bar{X}	S.D.	Mean difference	t	p-value
กลุ่มควบคุม	1.02	0.05	1.96	141.29	<0.001
กลุ่มทดลอง	2.99	0.03			

4. ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ

4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ อายุเฉลี่ย 34.40 ปี (S.D. = 8.54) มี

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ (n = 10)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	10	100
อายุ		
อายุเฉลี่ย 34.40 ปี (S.D. = 8.54) min = 28 ปี, max = 52 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	6	60.0
คู่	3	30.0
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	1	10.0
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	10	100
ตำแหน่ง		
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	2	20.0
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	8	80.0
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัดหน่วย 3 (ผ่าตัดตา)		
ระยะเวลาเฉลี่ย 3.40 ปี (S.D. = 2.79) min = 1 ปี, max = 8 ปี		

4.2 การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเชิงกระบวนการตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดจอประสาทตาด้วยวิธีการผ่าตัดวุ้นตา ร่วมกับการฉีดสารทดแทนวุ้นตา (silicone oil) ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

การเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเชิงกระบวนการตามแนวปฏิบัติการพยาบาล

สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.0 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 ส่วนมากเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ร้อยละ 80.0 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัดหน่วย 3 (ผ่าตัดตา) เฉลี่ย 3.40 ปี (S.D. = 2.79) ตารางที่ 4

ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลพบว่าหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่ามีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเชิงกระบวนการตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=6.12$, $p\text{-value} < 0.001$) ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเชิงกระบวนการตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดจอประสาทตาด้วยวิธีการผ่าตัดวุ้นตา ร่วมกับการฉีดสารทดแทนวุ้นตา (silicone oil) ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเชิงกระบวนการตามแนวปฏิบัติการพยาบาล	\bar{X}	S.D.	Mean difference	t	p-value
ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ	20.70	1.70	3.30	6.12	<0.001
หลังการใช้แนวปฏิบัติ	24.00	0.00			

4.3 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดจอประสาทตาด้วยวิธีการผ่าตัดวุ้นตา ร่วมกับการฉีดสารทดแทนวุ้นตา (silicone oil) ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=99.61, p\text{-value} < 0.001$) ตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ให้บริการของพยาบาลห้องผ่าตัดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล	\bar{X}	S.D.	Mean difference	t	p-value
ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ	1.00	0.00	1.95	99.61	<0.001
หลังการใช้แนวปฏิบัติ	2.95	0.06			

อภิปราย

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นกลุ่มสูงอายุ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคจอประสาทตาด้อยเนื่องจากส่วนใหญ่น้ำวุ้นตาต้านหลังจะเสื่อมตามอายุที่เพิ่มขึ้น จึงทำให้เกิดการหดตัวและลอกออกของจอประสาทตา ภาวะวุ้นตาเสื่อมเป็นได้เมื่ออายุมากขึ้นและอาจเสื่อมเร็วกว่าปกติในผู้ที่สายตาสั้นมาก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของศิริพร ลวณะสกล⁽⁷⁾ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรค RRD ได้รับการจัดทำนอหนายในการผ่าตัดร้อยละ 100 และไม่มีการบาดเจ็บจากการจัดทำ ร้อยละ 100 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด การผ่าตัดรักษาโรค

จอตาออกหลุดชนิดมีรู มีผลสำเร็จของการรักษาเป็นที่น่าพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์ที่ดีที่ยอมรับได้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ญาณภา อินทจักร⁽⁸⁾ และผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่มีความสามารถในการมองเห็นที่ดีขึ้น ทั้งนี้ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการรักษาอาจเป็นปัจจัยจากตัวผู้ป่วย ตัวโรค และวิธีการรักษาและระบบบริการให้การรักษาพยาบาล ระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ณ เวลา 1 ชั่วโมงแรกที่ห่อผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางอาจเกิดเนื่องจากความดันตาสูงภายหลังทำผ่าตัด (ocular hypertension) ซึ่งเกิดจากการฉีดน้ำมันซิลิโคนเข้าลูกตาแล้วทำให้ความดันในลูกตาเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดตามากคลื่นไส้ อาเจียน⁽⁹⁾ นอกจากนี้ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่ได้รับยาแก้ปวด paracetamol ภายใน 48 ชั่วโมง 1 ครั้ง

ซึ่งกล่าวได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยที่ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดตาหลังผ่าตัดจอตา ร่วมกับการฉีดยาน้ำมันซิลิโคนเข้าลูกตาต้องดูแลให้ยาบรรเทาความปวดเมื่อ Pain score มากกว่า 3 และประเมินอาการปวดซ้ำหลังได้ยาบรรเทาปวดประมาณ 30 นาที และต้องมีการรายงานแพทย์เพื่อร่วมประเมินหากอาการปวดไม่ดีขึ้นเนื่องจากอาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อนหลังทำการผ่าตัด⁽⁹⁾ ความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มทดลองต่อการให้บริการของพยาบาลห้องผ่าตัดที่ใช้แนวปฏิบัติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่มควบคุมแต่ทั้งนี้ ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มทดลองมีค่าเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก อาจเกิดขึ้นเนื่องจากแนวทางปฏิบัติการพยาบาลนี้ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตั้งแต่แรกรับพยาบาลมีความกระตือรือร้นในการดูแลช่วยเหลือ การให้ข้อมูล การให้คำแนะนำ ให้การดูแลเอาใจใส่อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตั้งแต่แรกรับจน สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม ได้กล่าวถึงทฤษฎีการดูแลตนเองเรื่องความพร้อมในการดูแลตนเองว่า เมื่อบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Self - Care agency) ไม่เพียงพอกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) เพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การช่วยเหลือในการให้ข้อมูล การให้คำแนะนำ การสนับสนุน และการช่วยเหลือต่างๆแก่ผู้ป่วย โดยใช้ความสามารถทางการพยาบาลในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอที่จะสามารถดูแลตนเองได้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^(7,10) นอกจากนี้ยังพบว่าความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดจอประสาทตาด้วยวิธีการผ่าตัดวุ้นตา ร่วมกับการฉีดยาน้ำมันซิลิโคนก่อนการใช้และหลังจากการใช้แนวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป

จากการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดจอประสาทตาด้วยวิธีการผ่าตัดวุ้นตา ร่วมกับการฉีดยาน้ำมันซิลิโคน (silicone oil) สามารถนำมาเป็นต้นแบบในการพัฒนาให้เกิดความต่อเนื่อง เพื่อเป็นมาตรฐานคุณภาพ ส่งเสริมให้เกิดการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างชัดเจน โดยควรประกาศเป็นนโยบายในการนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาไปใช้ในการให้บริการผู้ป่วยเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นการให้สนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดจอประสาทตาในด้านความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองหลังการผ่าตัด โดยการเปรียบเทียบวัดความรู้และพฤติกรรมก่อนและหลังรวมถึงติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดจอประสาทตาด้วยวิธีการผ่าตัดวุ้นตา ร่วมกับการฉีดยาน้ำมันซิลิโคน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Kraiphibun, P. (2013). Eye disease. Bangkok: Amarin Printing and Publishing. (in Thai).
2. Zou, H., Zhang, X., Xu, Xun., & Liu, H. Quality of life in subjects with rhegmatogenous retinal detachment. Ophthalmic Epidemiology 2008:15, 212-7.

3. Tantisevi, W., Jariyakosol, S., Pruksakorn, W., Aphinyawareesuk, W., & Chantharinthorn, P. (2018). Ophthalmology textbook. Bangkok: Pim Dee. (in Thai).
4. อังนุ น้อยอุดม. การดูแลผู้ป่วยที่ต้องอยู่ในท่าก้มหน้าภายหลังได้รับการฉีดแก๊สเข้าไปในน้ำวุ้นตา. Rama Nurse Journal. 2018: 24 (3) ; 239 - 48.
5. โสมนัส ฤงสุวรรณ. รุณีกษาคัดที่จอตาและจอตาลอก (Retinal Tear and Detachment) ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. [Internet]. [เข้าถึงเมื่อ 28 มิ.ย. 2566].เข้าถึงได้จาก/ www.si.mahidol.ac.th
6. Soukup SM. The center for advanced nursing practice evidence based practice model :promoting the scholarship of practice . The Nursing Clinics of North America 2003;35(2):301-9
7. ศิริพร ลวณะสกล. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดจอประสาทตาและน้ำวุ้นตา หอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารมหาจุฬานาครธรรม์. 2564: ปีที่ 8 ฉบับที่ 11 เดือนพฤศจิกายน: หน้า272-85.
8. ญาณภา อินทจักร. ผลการผ่าตัดรักษาโรคจอตาออกหลุดชนิดมีรูในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ปี พ.ศ. 2561. วารสารแพทย์เขต 2563: 4-5 ปีที่ 39 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน หน้า49-59.
9. สินี ทองอินคำ, นางสาวบรรพศิริ ชัยสิทธิ์. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคจอตาลอกที่ได้รับการทำผ่าตัดจอตา ร่วมกับการฉีดแก๊สหรือน้ำมันซิลิโคนเข้าลูกตา งานการพยาบาลจักษุ โสต นาสิกการังษวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2563
10. Orem, K. M. (2001). Nursing: Concepts of practice. (6th ed.). Louis: Mosby.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

The Development of Nursing Practice Guidelines for Patients with Septicemia Internal Medicine Group, Roi Et Hospital

จีรพันธ์ ประทุมอ่อน^{1*}, มะลิวรรณ อังคนิตย์^{2*}

Jeerapun Pratumon^{1*}, Maliwan Angkhanit^{2*}

Email: Oleymed2@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

วิธีการศึกษา: เป็นการใช้รูปแบบหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้กรอบแนวคิดของซุคป์ในการพัฒนา ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ 1) การค้นหาปัญหาทางคลินิก 2) การสืบค้นงานวิจัยและการประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และ 4) การนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงาน มีงานวิจัยที่ใช้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทั้งหมด 15 เรื่อง ประกอบด้วยการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ 1 เรื่อง งานวิจัยกึ่งทดลอง จำนวน 2 เรื่อง และงานวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 12 เรื่อง

ผลการศึกษา: การศึกษาสภาพปัญหาพบว่ายังไม่มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ชัดเจน ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติได้ 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ qSOFA / SIRS 2) การประเมินความรุนแรงเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง 3) การส่งเลือดเพาะเชื้อ 4) การบริหารยาต้านจุลชีพ 5) การให้สารน้ำที่เหมาะสมและเพียงพอ 6) การให้ยา Vasopressor/Inotrope 7) การประเมินปริมาณปัสสาวะ 8) การส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซอย่างเพียงพอ และ 9) การกำจัดแหล่งของการติดเชื้อ ผลการใช้แนวปฏิบัติพบว่าผู้ป่วย 52 คน ได้รับการดูแลเจาะเลือดเพาะเชื้อ ร้อยละ 86.54 ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย ร้อยละ 84.62 ได้รับสารน้ำทดแทนอย่างเหมาะสมภายใน 60 นาทีแรก ร้อยละ 82.69 การให้ยาตีบหลอดเลือด (Vasopressor/Inotrope) ความดันเลือดแดงเฉลี่ย MAP > 65 mmHg ภายใน 6 ชม. ร้อยละ 90.38 การประเมินปริมาณปัสสาวะมีบันทึกน้ำเข้า-น้ำออก และรายงานแพทย์เมื่อปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5ml/kg/hr. ร้อยละ 82.69 การส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซอย่างเพียงพอ ร้อยละ 84.62 การกำจัดแหล่งของการติดเชื้อมีติดตามผลเพาะเชื้อและรายงานแพทย์ ร้อยละ 84.62 การประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลพบว่าสามารถปฏิบัติตามได้ ร้อยละ 85.71 ความพึงพอใจโดยรวมการใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับมาก (Mean= 4.15) ผลการรักษาผู้ป่วยหาย ร้อยละ 80.77

สรุป: ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตพบมีแนวปฏิบัติ 9 ขั้นตอน พยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางการพยาบาล, ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, การพัฒนาแนวปฏิบัติ

Abstract

Objective: To study the problem, develop nursing practice guidelines, and evaluate the implementation of nursing guidelines of patients with Septicemia infections.

Methods: This research was evidences-based practice design to develop clinical nursing practice guideline (CNPG) for patients with Septicemia infections using model of Soukup as a conceptual framework, model had four phases consisted of 1) searching for clinical problems, 2) searching for research and evaluating value of empirical evidence 3) development CNPG for patients with Septicemia infection and 4) implementation of CNPG in work place. Total 15 research studies used to develop CNPG, 1 of systematic review, 2 quasi-experimental studies, and 12 qualitative studies.

Results: A study of the problem found that there are no clear nursing guidelines for patients with Septicemia infections. The results of development of guidelines were 9 steps including 1) patient screening using qSOFA / SIRS 2) assessment of severity and monitoring of symptom changes 3) sending blood cultures 4) administered antimicrobial drugs 5) giving appropriate and adequate fluids 6) giving Vasopressor/Inotrope, 7) assessing urine output, 8) promoting adequate gas exchange, and 9) eliminating sources of infection. The CNPG use in 52 patients showed that 86.54% received blood culture testing, 84.62% received antibiotics within 1 hour after diagnosis, 82.69% received appropriate fluid replacement within the first 60 minutes, 90.38% giving Vasopressor/Inotrope medicine average arterial pressure MAP > 65 mmHg within 6 hours, 82.69% evaluation of urine volume, recording water in and water out and report to the doctor when urine output less than 0.5ml/kg/hr, 84.62% promote adequate gas exchange, 84.62% eliminate source of infection, follow up culture results and report doctor. The evaluation of nursing practice found that 85.71% could comply. Overall satisfaction of guidelines used was high level (Mean= 4.15) and 80.77% of patients cured.

Conclusions: The results of CNPG for patients with Septicemia infections to reduce death rates found that 9 steps in guidelines, satisfaction of nurses for CNPG use was high level and survival rate of patient was high.

Keywords: Nursing practice guidelines, Septicemia, practice guideline development

Corresponding author: Email: Oleymed2@gmail.com

Received: December 8, 2023; **Accepted:** January 9, 2024

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเกิดจากเมื่อร่างกายติดเชื้อและเข้าสู่ร่างกายเชื้อโรคจะสร้างสารพิษ ส่งผลให้มีการกระตุ้นกระบวนการอักเสบทั่วร่างกาย ทำให้เซลล์เสื่อมสภาพ หลอดเลือดเกิดการขยายตัวสูญเสียความสามารถในการซึมผ่าน มีการลดลงของสารต้านการแข็งตัวของเลือด เกิดภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือดส่งผลให้มีลิ่มเลือดขนาดเล็กอุดตันในหลอดเลือด ขัดขวางระบบไหลเวียนเลือด อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ รวมถึงการทำงานของหัวใจด้วยตามมาด้วยภาวะช็อก และเสียชีวิตในที่สุด⁽¹⁾ ประเทศไทยพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ประมาณ 175,000 ราย/ต่อปี เสียชีวิตประมาณ 45,000 ราย/ต่อปี ซึ่งอุบัติการณ์เสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดถือเป็นปัญหาสำคัญเพราะเป็นอัตราที่สูงกว่าเกณฑ์ ที่กระทรวงสาธารณสุขตั้งเป้าหมายไว้ คือ อัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดต้องน้อยกว่า ร้อยละ 30 อุตการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ เช่น บุคลากรยังขาดความเข้าใจในองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและมีการปฏิบัติที่หลากหลายไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ขาดการประเมิน ไม่สามารถค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็ว การรายงานอาการแพทย์ไม่ทันเวลา รวมทั้งปัญหากระบวนการดูแลต่อเนื่อง เรื่องการให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัยการให้สารน้ำที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการรักษาล่าช้าจึงทำให้ผู้ป่วยมีอัตราตายเพิ่มสูงขึ้น⁽²⁻⁴⁾ ข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ปี 2562-2565 เท่ากับ 42.08, 45.75, 47.03, 50.03 ตามลำดับ ร้อยละ 85-90 เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยของกลุ่มงานอายุรกรรมอัตราตายในปี 2562-2565 พบ ร้อยละ 41.88, 44.35, 46.87 และ 49.77 ตามลำดับ ทั้งนี้ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการสูญเสียเป็นจำนวนมากทั้งการดูแลและค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น⁽⁵⁾ ในปี 2563 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ได้กำหนดนโยบายแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มี

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้ การเริ่มให้การรักษาตามเกณฑ์วิธี Early Goal-Directed Therapy (EGDT) ใน 6 ชั่วโมงแรก และการดูแลใน 24 ชั่วโมง โดยใช้ care bundle และเริ่มรักษาตั้งแต่ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินใน ส่วนการ Management และการ Resuscitation ใช้ 1 hour sepsis bundle เช่น การให้สารน้ำ การได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย และการให้ Vasopressor ให้ทำภายใน 1 ชั่วโมง ซึ่งจะช่วยให้ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดมีความรุนแรงลดลงจากการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในปี 2565 หลังจากประกาศนโยบายดังกล่าวภาพของการลงสู่การปฏิบัติในกลุ่มงานอายุรกรรมนั้นยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนและครอบคลุม พบปัญหาตั้งแต่ขั้นตอนการประเมินการค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ส่งผลให้มีการรายงานแพทย์และวินิจฉัยล่าช้าและยังพบปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจากข้อมูลของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในปี 2564- 2565 ได้มีการประเมินสมรรถนะของพยาบาลกลุ่มงานอายุรกรรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดพบว่ามีบุคลากรพยาบาลคะแนนความรู้ของพยาบาลภาพรวมผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 40 ซึ่งทางกลุ่มงานอายุรกรรมจึงได้มีการจัดประชุมวิชาการให้ความรู้แก่แพทย์ พยาบาลและจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด รวมทั้งจัดทำเอกสาร สื่อการสอนให้ทุกหอผู้ป่วยและได้มีการประเมินติดตามเรื่องความรู้ของพยาบาล (ประเมินโดยแบบทดสอบพบว่าคะแนนความรู้ของพยาบาลภาพรวมดีขึ้น คะแนนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 76 และผู้วิจัยได้สุ่มเจาะระเบียบผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือด ในปี 2565 จำนวน 130 ฉบับมาทำการวิเคราะห์ เพื่อติดตามเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดพบว่าพยาบาลมีแนวทางการพยาบาลที่หลากหลายไม่เป็นมาตรฐานโดยเฉพาะความเข้าใจในการดูแลตั้งแต่การคัดกรองรวมถึงการดูแลต่อเนื่อง การติดตามประเมิน ที่มีแนวทางไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน (พบว่าระบบการคัดกรองเข้าระบบ fast track ในหอผู้ป่วยพบ ร้อยละ 10 ในขณะที่ AE

คัดกรองได้ ร้อยละ 85 การปฏิบัติตามแผนระวางอาการ ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง (การใช้ SOS score ในหอผู้ป่วย สามัญ ปฏิบัติได้ ร้อยละ 30 และอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (อัตราตาย ร้อยละ 45) ทั้งนี้กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อตอบสนองนโยบายของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ service plan สาขาอายุรกรรม โดยมีเป้าหมายคือความปลอดภัยของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาในกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยทั้งในปัจจุบันและอนาคต

วิธีการศึกษา

รูปแบบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guideline (CNPG)) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยรอบแนวคิดในการศึกษาใช้ Evidence-based practice model ของซูกัพ (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาซึ่งประกอบด้วย 4 ระยะ คือ 1) การค้นหาปัญหาทางคลินิก 2) การสืบค้นงานวิจัยและการประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และ 4) การนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 จำนวน 52 คน 2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการประจำหอผู้ป่วยผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 จำนวน 20 คน (ที่มีประสบการณ์ในการทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมอย่างน้อย 2 ปี)

เกณฑ์การคัดเข้า-คัดออก

เกณฑ์การคัดเข้าอาสาสมัครผู้โครงการ (inclusion criteria) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 จำนวน 52 คน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน ระหว่างเดือน กันยายน- พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 โดยมีการคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
2. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการประจำหอผู้ป่วยผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 ที่มีประสบการณ์ในการทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมอย่างน้อย 2 ปี

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ได้แก่

1. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1. ผู้ป่วยที่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 2. ผู้ป่วยมีภาวะช็อคเมื่อแรกรับใหม่หัวใจหยุดเต้น 3. ผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย
2. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการประจำหอผู้ป่วยผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 ที่มีประสบการณ์ในการทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม อย่างน้อย 2 ปี เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ย้ายหน่วยงาน/ ลาออกจากราชการ/ เกษียณอายุราชการ เสียชีวิต

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (CNPG) เป็นการเลือกแบบเจาะจงจากพยาบาลปฏิบัติการประจำหอผู้ป่วยผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 จำนวน 20 คน และผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือด 52 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจงกลุ่มตัวอย่างยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัยทั้งหมดจึงไม่มีการคำนวณขนาดตัวอย่าง

ขั้นตอนการดำเนินวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้กรอบแนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพ (Soukup, 2000) ในการสร้างแนวปฏิบัติเนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีกระบวนการชัดเจนครอบคลุมและเน้นที่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในระดับองค์กร ตลอดจนเป็นแนวทางในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ 1) การค้นหาปัญหาทางคลินิก 2) การสืบค้นงานวิจัยและการประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และ 4) การนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงาน โดยมีรายละเอียดการดำเนินการในแต่ละระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก เป็นกระบวนการของการค้นหาปัญหาหรือปัญหาทางคลินิกที่สนใจและต้องการแก้ไขปัญหาซึ่งได้จากหลักฐาน 2 แหล่ง คือ

1. Practice triggered ปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงานจากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานพบว่าในหน่วยงานยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกันในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การให้การพยาบาลจะแตกต่างกันออกไปตามความรู้และประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงานแต่ละท่าน

2. Knowledge triggered การศึกษาค้นคว้าจากการทบทวนงานวิจัยเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งตำราและบทความทางวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ระยะที่ 2 การสืบค้นงานวิจัยและการประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์

การสืบค้นงานวิจัยและการประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. การตั้งวัตถุประสงค์ของการสืบค้นเพื่อกำหนดขอบเขตในการค้นหาข้อมูลงานวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม

สมกับโรงพยาบาลร้อยเอ็ดควรเป็นอย่างไร โดยการค้นคว้าใช้กรอบแนวคิดของ PICO ดังนี้

P (population) คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2

I (intervention) คือ แนวปฏิบัติการพยาบาล
C (comparison) คือ ไม่มีการเปรียบเทียบ

O (outcome) คือ ร้อยละการรอดชีพและความพึงใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ

2. ขอบเขตในการสืบค้นคือใช้หลักฐานที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษตั้งแต่ปี ค.ศ. 2010 - 2023 ทั้งในภาษาไทยและภาษาอังกฤษโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทุกระดับ

3. ใช้คำสำคัญในการสืบค้น ประกอบด้วยคือ แนวปฏิบัติ, การติดเชื้อในกระแสเลือด, blood stream infection, sepsis, septicemia

4. กำหนดแหล่งในการสืบค้น ประกอบด้วย

4.1 สืบค้นงานวิจัยเดี่ยวจากฐานข้อมูล ThaiLIS, PubMed, Google Scholar, Thai JO, Google.com

4.2 สืบค้นในฐานข้อมูลที่เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) จาก PubMed, Google Scholar, Google.com

4.3 สืบค้นในฐานข้อมูล guidelines จาก PubMed, Google Scholar, Google.com

5. กำหนดเกณฑ์ในการประเมินระดับของงานวิจัย ใช้เกณฑ์ในการประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ ของ Polit & Beck (2008) ซึ่งแบ่งงานวิจัยออกเป็น 7 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 (Level I) หมายถึง งานวิจัยที่ได้จากการสังเคราะห์วรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review)

ระดับ 2 (Level II) หมายถึง งานวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) หรือกึ่งทดลอง

ระดับ 3 (Level III) หมายถึง งานวิจัยการสังเคราะห์วรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ งานวิจัยการหาความสัมพันธ์

ระดับ 4 (Level IV) หมายถึง การใช้งานวิจัย การหาความสัมพันธ์

ระดับ 5 (Level V) หมายถึง การวิจัยแบบการสังเคราะห์วรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยายหรือเชิงคุณภาพ

ระดับ 6 (Level VI) หมายถึง การใช้งานวิจัยเชิงบรรยายหรือเชิงคุณภาพ

ระดับ 7 (Level VII) หมายถึง ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

6. นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่รวบรวมได้มา ประเมินคุณค่าและจัดระดับความน่าเชื่อถือโดยใช้เกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ แล้วนำมาจัดเป็นข้อเสนอแนะและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือด สำหรับการศึกษาครั้งนี้พบว่าหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องที่นำมาใช้ในงานวิจัย ได้ 15 เรื่อง โดยเป็นงานวิจัยระดับ 1 (Level I) วรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) จำนวน 1 เรื่อง ระดับ 2 (Level II) คือ งานวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) หรือกึ่งทดลอง จำนวน 2 เรื่อง ระดับ 3 (Level III) หมายถึง งานวิจัยการสังเคราะห์วรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ งานวิจัยการหาความสัมพันธ์จำนวน 0 เรื่อง ระดับ 4 (Level IV) หมายถึง การใช้งานวิจัยการหาความสัมพันธ์ จำนวน 0 เรื่อง ระดับ 5 (Level V) หมายถึง การวิจัยแบบการสังเคราะห์วรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยายหรือเชิงคุณภาพ จำนวน 12 เรื่อง ระดับ 6 (Level VI) หมายถึง การใช้งานวิจัยเชิงบรรยายหรือเชิงคุณภาพ จำนวน 0 เรื่อง

ระยะที่ 3 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื่อในกระแสเลือด จากการค้นคว้าได้หลักฐาน ทั้งหมด 15 เรื่อง 1) จากการค้นคว้าวิเคราะห์และประเมินคุณภาพหลักฐานและนำมาประกอบยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล เทียบกับมาตรฐานการบริการพยาบาล กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข ; 25622) การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา ภายหลังจากพัฒนาแนวปฏิบัติฉบับร่างแล้ว นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม จำนวน 3ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับวุฒิบัตรการพยาบาลขั้นสูงสาขาอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ (APN) จำนวน 2 ท่านเพื่อตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของแนวปฏิบัติโดยใช้แบบประเมินที่ได้สร้างขึ้นประกอบด้วยเกณฑ์การตัดสินใจ 3 ระดับ (คะแนน -1,0,1) คือ -1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 0 = ไม่แน่ใจ 1 = เห็นด้วยได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.97 หลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้น มาประชุมชี้แจงแก่ผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับแนวปฏิบัติและการเก็บข้อมูลตาม แบบประเมินคุณภาพการปฏิบัติ และนำไปทดลองใช้กับพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย จำนวน 30 คน จากนั้นนำผลการประเมินในแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติมาหาค่าความเชื่อมั่นอัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha) ได้ค่าเท่ากับ 0.98 โดยเครื่องมือที่ได้ทำการตรวจสอบประกอบไปด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ความคิดเห็นและความพึงพอใจของพยาบาลในหอผู้ป่วยนำร่องที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 ต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ มีจำนวนทั้งหมด 6 ข้อ ลักษณะคำตอบ เป็นมาตราประมาณค่า 6 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด โดยการแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ โดยคะแนน 0-1.0 น้อยที่สุด คะแนน 1.1-2.0 น้อย คะแนน 2.1-3.0 ปานกลาง คะแนน 3.1-4.0 มาก และคะแนน 4.1-5.0 มากที่สุด ส่วนที่ 2 แบบประเมินผลลัพธ์จากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้กับผู้ป่วย โดยเป็นเครื่องมือที่เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลการรักษา ข้อมูลการเกิดภาวะแทรกซ้อน ตำแหน่งการติดเชื่อ ระยะเวลานอนในโรงพยาบาล การเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต แหล่งของการติดเชื่อการทำลายเชื้อ การเจาะเลือดเพาะเชื้อ การให้ยาปฏิชีวนะ การให้สารน้ำ และผลการรักษา และส่วนที่ 3 การประเมินผลในแนวปฏิบัติของพยาบาล

ประกอบด้วย 9 ข้อ ได้แก่ 1) การคัดกรองผู้ป่วย 2) การคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ qSoFA หรือ SIRS การประเมินความรุนแรง เพื่าระวังอาการเปลี่ยนแปลงพยาบาลประเมิน SOS Score ทุก 4 ชม. เมื่อ SOS Score > 4 รายงานแพทย์ 3) การส่งเลือดเพาะเชื้อเจาะเลือดส่ง Hemoculture 2 ขวด 2 ตำแหน่ง โดยไม่ต้องรอ 15-30 นาที 4) การบริหารยาต้านจุลชีพให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย 5) การให้สารน้ำที่เหมาะสมและเพียงพอ 6) การให้ยาตีบหลอดเลือด (Vasopressor/ Inotrope) ความดันเลือดแดงเฉลี่ย MAP > 65 mmHg ภายใน 6 ชม. 7) การประเมิน ปริมาณปัสสาวะมีบันทึกน้ำเข้า-น้ำออก และรายงานแพทย์เมื่อปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5ml/kg/hr. 8) การส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซอย่างพอเพียง 9) การกำจัดแหล่งของการติดเชื้อมีติดตามผลเพาะเชื้อและรายงานแพทย์

ระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงาน เป็นขั้นตอนการประเมินผลและวิเคราะห์เพื่อหาข้อสรุปความเป็นไปได้ในทางการพยาบาลที่จะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้จริงในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเพื่อผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ ตลอดจนการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องว่ามีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติที่เกิดขึ้นอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ ระยะนี้ต้องวางแผนดำเนินการศึกษาในขั้นตอนต่อไปดังนี้

1. นำแนวปฏิบัติเข้าประชุมคณะกรรมการและเสนอต่อหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมเพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะและปรับปรุงให้มีความเหมาะสมในกลุ่มงานอายุรกรรมก่อนนำไปใช้จริง

2. ประกาศใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อเพิ่มโอกาสรอดชีพของผู้ป่วยและใช้เป็นแนวปฏิบัติเดียวกันทั้งกลุ่มงานอายุรกรรม โดยมีการจัดประชุมเพื่อให้ความรู้และชี้แจงการใช้แนวปฏิบัติแก่พยาบาลทุกคนที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานอายุรกรรม เพื่อให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนและกระบวนการต่างๆก่อนการนำไปใช้จริง

3) ประเมินกระบวนการในการปฏิบัติการทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ ประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์

เครื่องมือในการศึกษา

เครื่องมือในการศึกษา ได้แก่ 1) คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมหญิง 2 3) แบบประเมินผลลัพธ์จากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้กับผู้ป่วย 4) แบบสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ ทำการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเขียนโครงร่างวิจัยและสร้างแบบสอบถามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาผู้วิจัยยื่นขอจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ แจ้งรายละเอียดและประสานงานเกี่ยวกับโครงการวิจัยแก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 เพื่อชี้แจงและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นปฏิบัติการ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 เป็นผู้บันทึกแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัย สังเกตและบันทึกข้อมูลผลการปฏิบัติการพยาบาลและผลการรักษาผู้ป่วย

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE082/2566 การดำเนินการตามหลักจริยธรรมตามคำประกาศเฮลซิงกิ เนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลจากพยาบาลผู้ปฏิบัติงานและข้อมูลผลการรักษาจากเวช

ระเบียบผู้ป่วย ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามระเบียบของโรงพยาบาลว่าด้วยการรักษาความลับอย่างเคร่งครัด จะไม่นำข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างไปเปิดเผยต่อสาธารณชน ไม่ว่ากรณีใดๆ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นสถิติเชิงพรรณนาใช้ในการอธิบายคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยนำเสนอในรูปแบบ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ผลการค้นหาค้นหาปัญหาทางคลินิก

ปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงาน (practice triggered) ดำเนินการระหว่างเดือน เมษายน – พฤษภาคม พ.ศ. 2566 พบว่า ในกลุ่มงานอายุรกรรมยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกันในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ทำให้การให้การพยาบาลจะแตกต่างกันออกไปตามความรู้และประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงานแต่ละคน ความรู้ทักษะ ความมั่นใจในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีความแตกต่างกัน บางกิจกรรมการพยาบาลจะต้องทำเร่งด่วนบางครั้งไม่ได้ทำ เช่น การเจาะเลือดเพาะเชื้อ ภายใน 1 ชั่วโมงหลังวินิจฉัย การให้ยาปฏิชีวนะหลังเจาะเลือดเพาะเชื้อ การประเมินติดตามอาการผู้ป่วย เป็นต้นซึ่งก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลไม่เป็นไปตามมาตรฐาน อันเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังสูง

ระยะที่ 2 ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการทบทวนวรรณกรรม ตำรา เอกสารทางวิชาการด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งเป็นการดำเนินการในระยะเตรียมการในระหว่างเดือน มิถุนายน – สิงหาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและเพิ่มโอกาสรอดชีพ รวมถึงประเมินการปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพที่สร้างขึ้นเพื่อเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล จากการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์แล้วนำมาจัดเป็นข้อเสนอแนะและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องที่นำมาใช้ในงานวิจัยมีทั้งหมด 15 เรื่อง โดยเป็นงานวิจัย ระดับ 1 (Level I) วรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) จำนวน 1 เรื่อง ระดับ 2 (Level II) คือ งานวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) หรือกึ่งทดลอง จำนวน 2 เรื่อง ระดับ 3 (Level III) หมายถึง งานวิจัยการสังเคราะห์วรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ งานวิจัยการหาความสัมพันธ์ จำนวน 0 เรื่อง ระดับ 4 (Level IV) หมายถึง การใช้งานวิจัยการหาความสัมพันธ์ จำนวน 0 เรื่อง ระดับ 5 (Level V) หมายถึง การวิจัยแบบการสังเคราะห์วรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยายหรือเชิงคุณภาพ จำนวน 4 เรื่อง ระดับ 12 (Level VI) หมายถึง การใช้งานวิจัยเชิงบรรยายหรือเชิงคุณภาพ จำนวน 0 เรื่อง

ระยะที่ 3 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นระยะของการดำเนินการหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยดำเนินการในระหว่างเดือน กันยายน ถึง พฤศจิกายน พ.ศ.2566โดยทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการปฏิบัติ (evidence supported phase) ใช้กรอบของ PICO ในการกำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด มีรายละเอียดดังนี้ คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น Sepsis ,severe sepsis, septic shock, nursing protocol, nursing intervention, sepsis guideline, early goal directed therapy ระยะเวลาการตีพิมพ์ภายใน 5ปีที่ผ่านมา ระหว่างปี พ.ศ. 2553-2566 ได้ 15 เรื่อง หลังจากได้มีการสร้างแนว

ปฏิบัติจึงมีการแต่งตั้งคณะกรรมการวิชาการจำนวน 5 ท่าน เพื่อเป็นผู้รับผิดชอบร่วมกับผู้ศึกษา เป็นการเปิดโอกาสให้บุคลากรในกลุ่มงานมีส่วนร่วมในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล และดำเนินการพัฒนายกร่างการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือด หลังจากนั้นดำเนินการวิจัย ขออนุมัติดำเนินการศึกษาจากคณะกรรมการจริยธรรมเพื่องานวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งได้รับการพิจารณาและเห็นชอบอนุมัติให้ดำเนินการศึกษาได้ เลือกกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่มีประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือดไม่น้อยกว่า 2 ปี จำนวน 20 คน และทำการศึกษาในผู้ป่วย จำนวน 52 คน และประเมินการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลของพยาบาล จำนวน 52 คน การพัฒนาแนวปฏิบัติโดยผู้วิจัยได้พิจารณายกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือดจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้ยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วยกิจกรรม

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

หลัก 9 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การคัดกรองผู้ป่วย 2) ประเมินความรุนแรงและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง 3) การส่งเลือดเพาะเชื้อ 4) การบริหารยาปฏิชีวนะ 5) การให้สารน้ำที่เหมาะสมและเพียงพอ 6) การให้ยาตีบหลอดเลือด vasopressor/inotropes 7) การประเมินปริมาณปัสสาวะ 8) การส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซอย่างเพียงพอ และ 9) การกำจัดแหล่งของการติดเชื้อ

ระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติไปใช้

ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 26.3 ปี (S.D.=2.36) ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 4.4 ปี (S.D. 2.28) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 ไม่ได้ผ่านการอบรมการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ร้อยละ 95 มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื่อในกระแสเลือดเฉลี่ย 4.15 ปี (2.18) ทั้งหมด 20 คน ทำงานที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ตารางที่ 1

ตัวแปร	จำนวน (n=20)	ร้อยละ (%)
เพศ		
หญิง	20	100.00
อายุ(ปี)		
≤25	10	50.00
>25	10	50.00
Mean : S.D	26.3 (2.36)	
ประสบการณ์การทำงาน(ปี)		
≤ 5	14	70.00
>5	6	30.00
Mean : S.D	4.4 (2.28)	
การศึกษาทางการพยาบาล		
ปริญญาตรี	20	100.00

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (n=20)	ร้อยละ (%)
ประวัติการอบรม		
การอบรมพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤต	1	5.00
ไม่ได้ผ่านอบรมการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ	19	95.00
ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (ปี)		
≤ 5	14	70.00
>5	6	30.00
Mean : S.D	4.15 (2.18)	
การทำงานปัจจุบัน		
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด	20	100.00

ผลการประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ผลการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยด้านการคัดกรองผู้ป่วย การคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ qSoFA หรือ SIRS ปฏิบัติได้ ร้อยละ 88.46 การประเมินความรุนแรง เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงพยาบาลประเมิน SOS Score ทุก 4 ชม. เมื่อ SOS Score \geq 4 รายงานแพทย์ปฏิบัติได้ ร้อยละ 84.62 การส่งเลือดเพาะเชื้อเจาะเลือดส่ง Hemoculture 2 ขวด 2 ตำแหน่ง โดยไม่ต้องรอ 15-30 นาที ปฏิบัติได้ ร้อยละ 86.54 การบริหารยาต้านจุลชีพให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัยปฏิบัติได้ ร้อยละ 84.62 การให้สารน้ำที่เหมาะสม

สมและเพียงพอปฏิบัติได้ ร้อยละ 82.69 การให้ยาตีบหลอดเลือด (Vasopressor/Inotrope) ความดันเลือดแดงเฉลี่ย MAP \geq 65 mmHg ภายใน 6 ชม.ปฏิบัติได้ ร้อยละ 90.38 การประเมิน ปริมาณปัสสาวะมีบันทึกน้ำเข้า-น้ำออก และรายงานแพทย์เมื่อปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5ml/kg/hr. ปฏิบัติได้ ร้อยละ 82.69 การส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซอย่างพอเพียงปฏิบัติได้ ร้อยละ 84.6 การกำจัดแหล่งของการติดเชื้อมีติดตามผลเพาะเชื้อและรายงานแพทย์ปฏิบัติได้ ร้อยละ 84.62 การประเมินการปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมปฏิบัติได้ ร้อยละ 85.47 ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

รายการกิจกรรมการปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
การคัดกรองผู้ป่วย การคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ qSoFA หรือ SIRS	46(88.46)	6(11.54)
การประเมินความรุนแรง เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงพยาบาลประเมิน SOS Score ทุก 4 ชม. เมื่อ SOS Score \geq 4 รายงานแพทย์	44(84.62)	8(15.38)
การส่งเลือดเพาะเชื้อเจาะเลือดส่ง Hemoculture 2 ขวด 2 ตำแหน่ง โดยไม่ต้องรอ 15-30 นาที	45(86.54)	7(13.46)
การบริหารยาต้านจุลชีพให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย	44(84.62)	8(15.38)
การให้สารน้ำที่เหมาะสมและเพียงพอ	43(82.69)	9(17.31)

ตารางที่ 2 ผลการประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (ต่อ)

รายการกิจกรรมการปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
การให้ยาตีบหลอดเลือด (Vasopressor/Inotrope) ความดันเลือดแดงเฉลี่ย MAP ≥ 65 mmHg ภายใน 6 ชม.	47(90.38)	5(9.62)
การประเมิน ปริมาณปัสสาวะมีบันทึกน้ำเข้า-น้ำออก และรายงานแพทย์เมื่อปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5ml/kg/hr.	43(82.69)	9(17.31)
การส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซอย่างพอเพียง	44(84.62)	8(15.38)
1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวสัญญาณชีพและ SpO2 ทุก 15-60 นาที		
2. อ่าน แผลผล ABG อ่านและรายงานแพทย์เมื่อมีความผิดปกติ		
การกำจัดแหล่งของการติดเชื้อมีติดตามผลเพาะเชื้อและรายงานแพทย์	44(84.62)	8(15.38)
การประเมินการปฏิบัติการพยาบาลโดยรวม	400(85.47)	68(14.53)

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยจากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้
 ร้อยละ 40.38 รักษาตัวในโรงพยาบาลระหว่าง 8-14 วัน
 ร้อยละ 40.38 สถานภาพผู้ป่วยที่จำหน่ายผู้ป่วยหาย
 ร้อยละ 80.77 ตารางที่ 3
 ผู้ป่วย 52 ราย เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 60.75 ปี (S.D.=16.58) การวินิจฉัยส่วนมากเป็น sepsis

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยจากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้

ตัวแปร	จำนวน (n=52)	ร้อยละ (%)
อายุ (ปี)		
< 30	2	3.85
31-60	20	38.46
>60	30	57.69
Mean : S.D	60.75 (16.58)	
Min: Max	24:96	
การศึกษา		
ประถมศึกษา	29	55.77
มัธยมศึกษาตอนต้น/ปลาย	16	30.77
ปริญญาตรี	5	9.62
สูงกว่าปริญญาตรี	2	3.84

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยจากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (n=52)	ร้อยละ (%)
การวินิจฉัย		
Sepsis	21	40.38
Severe sepsis	4	7.69
Septic shock	16	30.77
Sepsis with Severe sepsis	2	3.85
Severe sepsis with Septic shock	5	9.62
Sepsis with Septic shock	4	7.69
ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล (วัน)		
1-3	14	26.93
4-7	13	25.00
8-14	21	40.38
>14	4	7.69
สถานะภาพผู้ป่วยที่จำหน่าย		
หาย	42	80.77
เสียชีวิต	4	7.69
Palliative	4	7.69
ย้ายไปโรงพยาบาลชุมชน	2	3.85

ผลการประเมินผลความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลทั้ง 20 คน พบว่าความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.15) ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการประเมินผลความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล

รายการ	ค่าเฉลี่ย	ความพึงพอใจ
แนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีความสะดวกในการนำไปปฏิบัติ	4.15	มากที่สุด
แนวปฏิบัติทางการพยาบาลใช้งานง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน	3.95	มาก
แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	4.25	มากที่สุด
แนวปฏิบัติทางการพยาบาลทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย	4.05	มากที่สุด
ความสามารถของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลได้	4.25	มากที่สุด
ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล	4.25	มากที่สุด
ความพึงพอใจโดยรวม	4.15	มากที่สุด

อภิปราย

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากการนำหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยมีทั้งหมด 15 เรื่อง ทำให้ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ที่สำคัญทำให้ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพและน่าเชื่อถือได้รับการยอมรับและสามารถนำไปใช้ได้จริงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิรินทร วิบูลย์ และคณะ⁽⁶⁾ ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดซึ่งเน้นแนวปฏิบัติการพยาบาลอยู่บนพื้นฐานของการทบทวนอย่างเป็นระบบถูกต้องตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ค้นพบทำให้แนวปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพและน่าเชื่อถือได้รับการยอมรับและสามารถนำไปใช้ได้จริง หลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลซึ่งมีกิจกรรมเป็นขั้นตอนที่ชัดเจนทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติได้รวดเร็ว ส่งผลให้อัตราการได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อและให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชม. หลังการวินิจฉัยสูงขึ้นและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยสูงถึง ร้อยละ 80.77 สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุวดี เทียมสุวรรณและคณะ⁽⁷⁾ ที่พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหนักที่ติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้การจัดการรายกรณีในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ผลการพัฒนาพบว่าอัตราการได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66.8 เป็น ร้อยละ 86.6 สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิกา อัมพนและคณะ⁽⁸⁾ ที่ศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ผลพบว่าอัตราผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและพยาบาลวิชาชีพพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอยู่ในระดับมากความคิดเห็นต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลพบว่าในหัวข้อที่พยาบาลเห็นด้วยมากที่สุด คือ ความพึงพอใจ

ของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและความสามารถของพยาบาลในการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลได้ซึ่งความพึงพอใจของพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.15 คะแนน) จะเห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความทันสมัยและข้อความในกิจกรรมแต่ละข้อสั้นกระชับพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติด้วยความมั่นใจและสามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้รวมทั้งคู่มือสำหรับการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลมีแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ใช้เก็บข้อมูลที่สั้นกะทัดรัดเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ปฏิบัติงานนอกจากนั้นแนวปฏิบัติมีการกำหนดขั้นตอนที่ชัดเจนในภาพรวมแนวปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิภาพดีและทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิกา อัมพนและคณะ⁽⁸⁾ ที่ศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดพบว่าพยาบาลวิชาชีพพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอยู่ในระดับมากและสอดคล้องกับการศึกษาของสิรินทรวิบูลย์และคณะ⁽⁶⁾ ที่ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดการพัฒนาพบว่าพยาบาลวิชาชีพพึงพอใจโดยรวมต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลในระดับสูง

สรุป

ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตพบมีแนวปฏิบัติ 9 ขั้นตอน พยาบาลที่ใช้นโยบายปฏิบัติมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ พยาบาลสามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ทั้งนี้ควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทของการรักษาและการดูแลของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มงาน/แต่ละโรงพยาบาล ควรมีการนำแนวปฏิบัติมาใช้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง รวมทั้งมีการเผยแพร่เพื่อพัฒนาไปสู่แนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ส่งผลกระทบต่ออาการที่ทรุดลงและระยะเวลาวันนอนที่มากขึ้นของผู้ป่วย ที่ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มากขึ้น ควรศึกษาผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติโดยประเมินประสิทธิผลด้านค่าใช้จ่ายและการลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้งานวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ทิฏฐิ ศรีวิสัย และวิมล อ่อนเส็ง. ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ: ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉิน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์, 2560.9(2): 152-62.
2. จิตยา วาระนัง.ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงรายเวชสาร. 2562;11(1):1-8.
3. พรรณี ชูศรี, อิศราภรณ์ ปัญญา, ปิยะเนตร ปานเกิด. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข. 2565;1(2):12-27.

4. Amland RC, Hahn-Cover KE. Clinical Decision Support for Early Recognition of Sepsis. Am J Med Qual 2019;34(5):494-501.
5. ประภาศิต เทนสิทธิ์, ชัยนรินทร์ ปทุมานนท์, สุชี พบลาก, ชลิสานันท์สันติ, ธนิตา มนตรี. ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตเร็วและซ้ำในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2563: 35(1), 101-9.
6. สิรินทร วิบูลชัย, วนิดา เคนทองดี, พรพิมล คำประเสริฐ. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลเลย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2020 Jun 29;38(2):119-28.
7. ยุวดี เทียมสุวรรณ, อรชร มาลาหอม, ธีรนุช ยินดี สุข ประภัสสร, ความัญช่าง, และนุสรุ ประเสริฐศรี. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยหนักโดยใช้การจัดการรายกรณี ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2560: 35(1), 184-92.
8. กรรณิกา อำพนธ์, ชัชฎาภา บุญโยประการ, และพัชรินทร์ ศิลป์กิจเจริญ.ผลลัพธ์ของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลพระปกเกล้า.วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า.2560: 34(3), 222-34.

การพัฒนาแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Improvement of a Continuous Care Model for School Children with Thalassemia who have Iron Overload, Roi Et Hospital

ปราณี ทาบึงการ^{1*}, จีระวรรณ ศรีจันทร์ไชย^{2*}

Pranee Thabungkan^{1*}, Jeerawan Srichanchai^{2*}

Email: tannn.tabu@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีการศึกษา: การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อการพัฒนาแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยมี 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์สภาพปัญหาของเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน ระยะที่ 2 พัฒนาแบบการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการและความสามารถของเด็ก ประกอบด้วย การตรวจคัดกรองภาวะเหล็กเกิน การให้ความรู้เรื่องโรค การฝึกทักษะการให้ยา ขับเหล็ก การประสานสหวิชาชีพในการช่วยเหลือเด็กและการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของเด็ก ระยะที่ 3 กำกับ ติดตามและประเมินผล โดยใช้แบบสอบถาม และ Focus group ระยะที่ 4 เกิดผลลัพธ์การพัฒนาแบบการดูแลกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน จำนวน 82 คน เข้ารับบริการที่คลินิกธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างเดือน ตุลาคม-พฤศจิกายน 2566 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา: รูปแบบการดูแลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ คือ PRANEE MODEL ซึ่งได้แก่ 1. P คือ Participation หมายถึง การมีส่วนร่วม 2. R คือ Resolution หมายถึง ความมุ่งมั่นทำตามสิ่งที่ตั้งใจ 3. A คือ Application หมายถึง การเตรียมความพร้อม 4. N คือ Necessary หมายถึง ความสำคัญ 5. E คือ Economy หมายถึง เศรษฐกิจ การประหยัด และ 6. E คือ Enjoy หมายถึง สนุก พึงพอใจ สำราญใจ ซึ่งเกิดจากความมุ่งมั่นตั้งใจ มีการวางแผนพัฒนางานอย่างเป็นระบบ ตอบสนองนโยบายพัฒนาระบบบริการที่ดี สามารถลดค่าใช้จ่ายและสร้างความพึงพอใจต่อผู้รับบริการ และพบว่าเด็กมีระดับความรู้เรื่องโรคและการจัดการตนเอง อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 17.1$, $SD = 1.96$ และ $\bar{X} = 3.31$, $SD = 0.37$)

สรุป: รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน มี 4 ระยะ เรียกว่า PRANEE MODEL ซึ่งส่งผลให้เด็กมีความรู้เรื่องโรคและการจัดการตนเองได้ดี นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กได้

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลต่อเนื่อง, โรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน, เด็กวัยเรียน

Abstract

Objective: To improve the continuous care model for school-age children with Thalassemia who have Iron overload in Roi Et Hospital.

Methods: This study was an action research to improve the continuous care model for school-age children with Thalassemia who have Iron overload in Roi Et Hospital, which include 4 phases: Phase 1 study and analyzes the problem conditions of children with thalassemia who have iron overload. Phase 2: Developing a care model that aligns with the needs and abilities of children, including screening for iron overload, providing disease education, training in iron chelation medication administration, coordinating interdisciplinary efforts to assist children, and empowering children in self-care. Phase 3: Supervise, monitor, and evaluate results by using questionnaires and focus group, Phase 4: The result of care model development. The sample group selected specifically according to specified qualifications. There were 82 school-age children with thalassemia who have iron overload receiving services at the thalassemia clinic in Roi Et Hospital between October–November 2023, data analysis Descriptive statistics were used. Qualitative data were analyzed using content analysis.

Results: The care model derived from this study is the PRANEE MODEL, which consists of 1.) P: Participation, meaning active involvement. 2.) R: Resolution, meaning dedication to fulfilling intentions. 3.) A: Application, meaning readiness and preparation. 4.) N: Necessary, meaning highlighting importance. 5.) E: Economy, referring to economic considerations and efficiency. 6.) E: Enjoy, meaning having fun and satisfaction. This is the result of dedicated determination, systematic work planning, and responsiveness to policies for developing a good service system, that can reduce costs and create satisfaction for service recipients. It was found that the children have a very good level of knowledge about diseases and self-management ($\bar{X} = 17.1$, $SD = 1.96$ and $\bar{X} = 3.31$, $SD = 0.37$).

Conclusions: The continuous care model for school-age children with thalassemia who have iron overload has 4 stages, called the PRANEE MODEL. This results in children having good knowledge about disease and effective self-management, leading to an improvement in their quality of life.

Keywords: Continuous care model, Thalassemia with iron overload, School-age children

Corresponding author: Email: tannn.tabu@gmail.com

Received: December 10, 2023; **Accepted:** January 10, 2024

บทนำ

ธาลัสซีเมีย (Thalassemia) เป็นโรคโลหิตจางที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์แบบยีนเดี่ยว (Sing gene disorder) เกิดจากความผิดปกติในการสังเคราะห์ฮีโมโกลบิน ซึ่งเป็นโปรตีนสำคัญในเม็ดเลือดแดง โดยเป็นตัวนำออกซิเจนจากปอดไปยังอวัยวะต่างๆ ทั่วร่างกาย นำคาร์บอนไดออกไซด์มาส่งที่ปอด ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียมีฮีโมโกลบินที่ผิดปกติทำให้สร้างโปรตีนโกลบินไม่ได้หรือสร้างได้น้อยลง เม็ดเลือดแดงจึงเกิดพยาธิสภาพขาดความยืดหยุ่นและถูกม้ามจับทำลาย⁽¹⁾ จากอุบัติการณ์พบว่า คนไทยเป็นโรคธาลัสซีเมียประมาณ ร้อยละ 1 และมียีนแฝงหรือพาหะธาลัสซีเมีย แบ่งตามชนิดของพาหะคือ พาหะแอลฟา-ธาลัสซีเมีย ร้อยละ 20-30 และพาหะเบต้า-ธาลัสซีเมีย ร้อยละ 3-9 และยังมีฮีโมโกลบินที่ผิดปกติ (hemoglobinopathy) ที่พบบ่อย 2 ชนิด ฮีโมโกลบินอี (Hb E) ร้อยละ 13 โดยพบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ถึง ร้อยละ 30-50 และฮีโมโกลบินคอนแสตนท์ สปริง (Hb constant spring: CS) พบ ร้อยละ 1-8⁽²⁾ ส่งผลให้มีภาวะซีดเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยง่าย ตัวเหลือง ตาเหลือง ร่างกายพยายามสร้างเม็ดเลือดแดงใหม่มาทดแทนทำให้ตับม้ามโต ไชกระดูกซึ่งเป็นแหล่งสร้างเม็ดเลือดแดงต้องทำงานมากกว่าปกติ ไชกระดูกขยายตัว ทำให้กระดูกใบหน้าเปลี่ยน จมูกแบน โหนกแก้มสูง คางและขากรรไกรกว้างใหญ่ ฟันบนยื่น มีภาวะการเจริญเติบโตไม่สมวัย ตัวเตี้ยกว่าเด็กวัยเดียวกัน ซึ่งในผู้ป่วยที่ซีดมากๆ จำเป็นต้องรับเลือดเป็นประจำ ในเลือดมีธาตุเหล็กสูง ร่างกายไม่มีกลไกในการขับธาตุเหล็กที่เกินออกจากร่างกายได้ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ภาวะเหล็กเกิน (Iron overload) เหล็กจะไปสะสมในอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ที่สำคัญ คือ ตับ และหัวใจ ทำให้ตับเป็นพังผืด (liver fibrosis) หัวใจล้มเหลว เหล็กสะสมในตับอ่อนก่อให้เกิดเบาหวานได้ และอีกปัจจัยคือ ผู้ป่วยกลุ่มนี้แม้จะไม่ได้รับเลือดเป็นประจำ แต่จะมีการดูดซึมธาตุเหล็กจากทางเดินอาหารเพิ่มขึ้นซึ่งนำไปสู่ภาวะเหล็กเกินได้ ดังนั้นการตระหนักและประเมินภาวะเหล็กเกินและให้การรักษาภาวะเหล็กเกินด้วยยา

ขับเหล็ก (iron chelation) ควบคู่ไปกับการรับเลือดแบบสม่ำเสมอ⁽³⁾ จะทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการศึกษาและประสบการณ์การให้บริการที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก คลินิกธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่ามีเด็กโรคธาลัสซีเมีย มารับบริการเพิ่มมากขึ้น และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เด็กบางคนเริ่มเข้าสู่วัยรุ่น มีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป รู้สึกอาย ขาดความมั่นใจในตนเอง และบางคนรู้สึกว่าตนเป็นภาระของครอบครัว โดยเฉพาะเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของ ขนิษฐา พิศอาด และ เกศมณี มูลปานันท์⁽⁴⁾ ที่พบว่าการส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้ที่หลากหลายวิธี ส่งผลให้เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย มีความรู้เพิ่มมากขึ้น มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น แต่จากการติดตามระยะยาว พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพเมื่อกลับไปที่บ้านได้ เนื่องจากไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง และขาดการสนับสนุน เช่น การโน้มน้าวชักจูง การได้เห็นต้นแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น และการส่งเสริมให้เกิดการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ดังนั้นจึงต้องให้การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย ควบคู่ไปกับการฝึกทักษะการจัดการตนเอง และให้การสนับสนุนการดูแลตนเองทั้งจากบุคลากรด้านสาธารณสุขและผู้ดูแล เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองให้มีความถูกต้อง จากการศึกษาข้อมูลเวชระเบียนคลินิกธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่า มีเด็กวัยเรียนช่วงอายุ 7-15 ปี ที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย จำนวน 197, 215 และ 251 คน และมีภาวะเหล็กเกิน จำนวน 85, 79 และ 82 คน คิดเป็นร้อยละ 43.15, 36.74 และ 32.67 ของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องของเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน ที่จะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง

ทั้งในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การรักษาภาวะเหล็กเกิน และการฟื้นฟูสุขภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการดูแลต่อเนื่อง สำหรับเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน นำผลที่ได้มาพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน ให้สอดคล้องกับความต้องการ และสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น เป็นแนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลต่อเนื่องเด็กโรคธาลัสซีเมียจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ดสู่การดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ส่งผลให้เด็กและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการในการดูแลต่อเนื่องสำหรับเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย

ที่มีภาวะเหล็กเกิน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

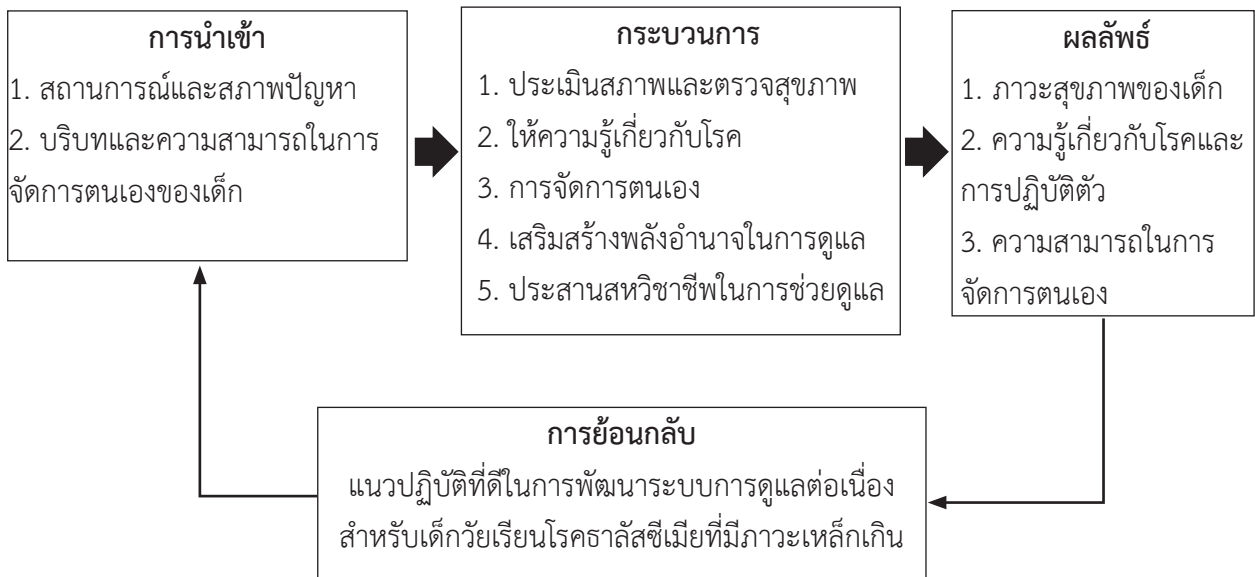
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสมสำหรับเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

3. เพื่อศึกษาความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมีย ของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกินโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

4. เพื่อศึกษาการจัดการตนเอง ของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีเชิงระบบ⁽⁵⁾ ประกอบด้วย การนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลลัพธ์ (Output) และการย้อนกลับ (Feedback) โดยศึกษา 4 ระยะ ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแล ต่อเนื่องสำหรับเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยประชากรศึกษาคือเด็กโรคธาลัสซีเมียเข้ารับบริการที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก คลินิกธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ส่วนกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน อายุระหว่าง 7-15 ปี เข้ารับบริการที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก คลินิกธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวนทั้งหมด 82 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

1. แบบประเมินและบันทึกภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป ปัญหาสุขภาพ และบริบทของการดูแลสุขภาพของเด็กโดยประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาที่ได้รับ

2. รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน โดยมีกิจกรรม ดังนี้ 2.1) การประเมินสภาพและตรวจสุขภาพเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน 2.2) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน 2.3) การสอนและฝึกทักษะในการจัดการตนเอง 2.4) การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเอง 2.5) การประสานสหวิชาชีพในการช่วยเหลือดูแล

3. แบบสอบถามความรู้การปฏิบัติตัวของโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกินได้ทดสอบความตรง (Validity) โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า CVI = 0.94 และผ่านการทดลองใช้และวิเคราะห์ความเที่ยง (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) โดยการนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง

ที่อื่น จำนวน 30 คน ได้ค่า α -Coefficient = 0.91 โดยมีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามมีทั้งข้อความเชิงบวกและเชิงลบ คำถามแต่ละข้อมีทั้งหมด 2 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ กับไม่ใช่ ข้อคำถามเชิงบวก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบ ตอบถูกได้ 0 คะแนน ตอบผิดได้ 1 คะแนนคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 20 คะแนน

4. แบบสอบถามการจัดการตนเองของเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกินได้ทดสอบความตรง (Validity) โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า CVI = 0.92 และผ่านการทดลองใช้และวิเคราะห์ความเที่ยง (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) โดยการนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่อื่น จำนวน 30 คน ได้ค่า α -Coefficient = 0.94 โดยมีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นการประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติมากหรือทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติน้อยมากหรือไม่เคยปฏิบัติ คำตอบมีทั้งเชิงบวก และเชิงลบ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน

5. แบบบันทึกการทำ Focus group ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันและสะท้อนผลการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

มีขั้นตอนดังนี้ 1) ขออนุญาตทำการวิจัยในมนุษย์ต่อโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่หนังสือรับรอง RE 179/2566 ลงวันที่ 5 ตุลาคม 2566 2) ผู้วิจัยแจ้งหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและประชุมกลุ่มงาน เพื่อชี้แจงขั้นตอนการวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัย 3) ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลเด็กที่มีคุณลักษณะตามที่กำหนด จากบันทึกประวัติ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง 4) ดำเนินการตามรูปแบบที่กำหนด โดยผู้วิจัยแนะนำตัวเพื่อสร้างสัมพันธภาพ และขอคำยินยอมจากอาสาสมัครในการเป็นตัวอย่งการวิจัยบอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ และลงนามในใบยินยอมเป็นอาสาสมัครวิจัย ดำเนินกิจกรรม

โดย ประเมินสภาพและตรวจสอบสุขภาพให้ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน สอนและฝึกทักษะในการจัดการตนเอง เสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเอง ประสานสหวิชาชีพในการช่วยเหลือดูแล และเปิดโอกาสให้เด็กซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยที่เกี่ยวกับการวิจัย และ 5) กำกับ ติดตามและประเมินผลกลุ่มตัวอย่างที่เข้ามารับบริการที่คลินิกธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลจากการสังเกต และ Focus group นำมาวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการในการดูแลต่อเนื่องสำหรับเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน โดยการซักประวัติ รวบรวมข้อมูลในแฟ้มประวัติ การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เจาะลึกร่วมกับการใช้แบบบันทึก

1.1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กวัยเรียนและผู้ปกครอง

จากการศึกษาข้อมูลของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน พบว่าเด็กมีอายุเฉลี่ย 11.37 ปี (SD = 2.68) ส่วนใหญ่มีอายุ 7 ปี (ร้อยละ 15.9) รองลงมา คือ อายุ 15 ปี (ร้อยละ 14.6) เป็นเพศหญิง 45 คน (ร้อยละ 54.9) เพศชาย 37 คน (ร้อยละ 45.1) ส่วนผลการประเมินการเจริญเติบโตของเด็กพบว่า ส่วนใหญ่เด็กค่อนข้างผอม-ผอม 62 คน (ร้อยละ 75.6) รองลงมา คือ สมส่วน 20 คน (ร้อยละ 24.4) ระดับการศึกษาของเด็กส่วนใหญ่อยู่ชั้นประถมศึกษา 47 คน (ร้อยละ 57.3) รอง

ลงมาคือชั้นมัธยมศึกษา 35 คน (ร้อยละ 42.7) โรคประจำตัวอื่น ๆ ของเด็กพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มี 72 คน (ร้อยละ 87.8) ประวัติการได้รับเลือดของเด็กในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่ได้รับเลือดเป็นประจำ 74 คน (ร้อยละ 90.2) รองลงมา คือ ได้รับเลือดนานๆ ครั้ง 6 คน (ร้อยละ 7.4) ประวัติการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาไม่เคยได้รับ 82 คน (ร้อยละ 100) ประวัติการรักษาภาวะเหล็กเกินในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่ได้รับยาขับเหล็กไปรับประทาน 60 คน (ร้อยละ 73.2) รองลงมาคือได้รับทั้งยาขับประทานและยาฉีด 19 คน (ร้อยละ 23.2) ผลการตรวจ Serum ferritin พบว่า ส่วนใหญ่มีผลตรวจอยู่ในช่วง 1,000-2,000 ng/mL 35 คน (ร้อยละ 42.7) รองลงมา คือ มากกว่า 2,000 ng/mL 26 คน (ร้อยละ 31.7) ส่วนผลการตรวจ Serum creatinine, Liver Function Test และ Thyroid Function Test และอื่นๆที่เกี่ยวข้อง พบว่า อยู่ในระดับปกติทั้ง 82 คน (ร้อยละ 100) ข้อมูลของผู้ปกครอง พบว่ามีอายุเฉลี่ย (\bar{X} = 49.30, (SD = 12.78) ส่วนใหญ่มีอายุ 31-40 ปี 24 คน (ร้อยละ 29.3) รองลงมา คือ อายุ 61 ปีขึ้นไป 20 คน (ร้อยละ 24.4) ลักษณะครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย 45 ครอบครัว (ร้อยละ 54.9) รองลงมา คือ ครอบครัวเดี่ยว 37 ครอบครัว (ร้อยละ 45.1) และในครอบครัวพบว่าผู้ที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย ส่วนใหญ่เป็นมารดา 29 คน (ร้อยละ 35.4) รองลงมาคือเป็นพาหะทั้งบิดาและมารดา 26 คน (ร้อยละ 31.7) อาชีพของครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร 36 คน (ร้อยละ 43.9) รองลงมา คือ รับจ้างทั่วไป 22 คน (ร้อยละ 26.8) และรายได้ต่อเดือนของครอบครัวพบว่า ส่วนใหญ่ น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน 45 คน ร้อยละ 54.9) รองลงมาคือ 10,001-20,000 บาท/เดือน 24 คน (ร้อยละ 29.3) รายละเอียดของข้อมูล ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูล จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 82)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กวัยเรียน		
อายุ (min = 7 , max = 15, \bar{X} = 11.37 \pm 2.68 ปี)		
7 ปี	13	15.8
8 ปี	3	3.7
9 ปี	4	4.9
10 ปี	10	12.2
11 ปี	9	11.0
12 ปี	11	13.4
13 ปี	10	12.2
14 ปี	10	12.2
15 ปี	12	14.6
เพศ		
หญิง	45	54.9
ชาย	37	45.1
การเจริญเติบโต (เปรียบเทียบกับดัชนีมวลกาย)		
สมส่วน	20	24.4
ค่อนข้างผอม - ผอม	62	75.6
การศึกษา		
ประถมศึกษา	47	57.3
มัธยมศึกษา	35	42.7
โรคประจำตัวอื่นๆ		
มี	10	12.2
ไม่มี	72	87.8
ประวัติการได้รับเลือด ในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมา		
ไม่เคย	2	2.4
ได้รับนานๆครั้ง	6	7.4
ได้รับเลือดเป็นประจำ	74	90.2
ประวัติการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูล จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 82) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคย	82	100
ประวัติการรักษาภาวะเหล็กเกินในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา		
ไม่เคย	2	2.4
ได้รับยารับประทาน	60	73.2
ได้รับยาฉีด	1	1.2
ได้รับยารับประทาน และได้รับยาฉีด	19	23.2
ผลการตรวจSerumferritinในช่วง 3เดือน		
Serumferritin< 1,000	21	25.6
Serumferritin=1,000-2,000	35	42.7
Serumferritin> 2,000	26	31.7
ผลการตรวจ ผลการตรวจ เช่น Serum creatinine,Liver Function Test ดู, และThyroid Function Test และอื่นๆที่เกี่ยวข้อง		
ระดับปกติ	82	100
ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองเด็ก		
อายุ(min = 25 , max = 75, \bar{X} =49.30 ±12.78ปี)		
20-30ปี	2	2.4
31-40ปี	24	29.3
41-50ปี	17	20.7
51-60ปี	19	23.2
61ปีขึ้นไป	20	24.4
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	37	45.1
ครอบครัวขยาย	45	54.9
บุคคลในครอบครัวที่เป็นโรครธาลัสซีเมีย		
ไม่มี	3	3.7
บิดา	18	22.0
มารดา	29	35.4
บิดา/มารดา	26	31.7
ปู่ย่า / ตา ยาย	5	6.1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูล จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 82) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อื่นๆ โปรตระบุ	1	1.2
อาชีพครอบครัว		
ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือแม่บ้าน	1	1.2
รับจ้างทั่วไป	22	26.8
เกษตรกรกรรม	36	43.9
ค้าขายนักธุรกิจ	13	15.9
รับราชการ	6	7.3
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	3	3.7
อื่นๆ โปรตระบุ	1	-1.2
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว		
น้อยกว่า10,000บาท /เดือน	45	54.9
10,001 – 20,000บาท /เดือน	24	29.3
20,001 – 30,000บาท /เดือน	9	11.0
30,001 – 40,000บาท /เดือน	1	1.2
40,001 – 50,000บาท /เดือน	1	1.2
มากกว่า50,000บาท /เดือน	2	2.4

1.2 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เด็กและผู้ปกครองเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน โดยการซักประวัติ การสอบถามข้อมูล และการสัมภาษณ์โดยมีแบบบันทึกพบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความรู้ ความเข้าใจของเด็กและผู้ปกครอง ความคิดเห็นต่อโรคธาลัสซีเมีย ประสบการณ์การดูแลสุขภาพ ปัญหาและอุปสรรค และปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการตนเอง สรุปได้ ดังนี้

1.2.1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย พบว่า เด็กทุกคนรับรู้ว่าเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติทางกรรมพันธุ์ ซึ่งสามารถรับการถ่ายทอดจากพ่อและแม่ได้ เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกเดือน

อาการและอาการแสดงของโรค: เด็กจะมีอาการสำคัญคือ ซีด เหนื่อย อ่อนเพลีย มีน้สีระชะ หน้ามืด ใจสั่น ตรวจร่างกายพบ ตับ ม้ามโต ท้องป่อง ตัวเล็ก

การเจริญเติบโตไม่สมวัย ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน ต่อไปนี้

“ในช่วงนี้จะเหนื่อยง่าย เวลาทำกิจกรรมที่โรงเรียน บางครั้งใจสั่น ต้องนั่งพัก พอมาตรวจเลือดที่โรงพยาบาล หมอก็บอกว่า ซีดมาก ต้องได้รับเลือด”

“หนูตัวเล็กกว่าเพื่อนในห้อง และต้องมารับเลือดทุกเดือน แต่ไม่เคยเป็นลมเลยคะ”

การวินิจฉัยโรค: โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจเลือด โดยจะตรวจดูความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) ร่วมกับการตรวจ “Hb typing” และการตรวจวิเคราะห์ DNA ซึ่งเป็นวิธีที่ดีที่สุด ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน ต่อไปนี้

“มาโรงพยาบาลทุกครั้งตามนัด หมอจะให้หนูไปตรวจเลือดเพื่อดูว่าซีดไหม ถ้าซีดมากต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อรับเลือดก่อนคะ จะได้ไม่เหนื่อยมากคะ”

ภาวะเหล็กเกิน: เป็นภาวะที่เกิดจากการสะสมธาตุเหล็กในร่างกายในปริมาณมากเกินไป จึงทำให้เกิดการสะสมของธาตุเหล็กตามอวัยวะต่างๆ ส่งผลให้เด็กมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย อ่อนแรง น้ำหนักลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน ต่อไปนี้

“ช่วงนี้หนูมีอาการเหนื่อยมากขึ้น อ่อนแรงเพลีย ไม่อยากทำกิจกรรม เมื่อตรวจเลือดพบค่าเหล็กสูงมาก หนูคิดว่าคงเป็นเพราะร่างกายมีเหล็กมากเกินไปคะ”

การรักษาพยาบาล: เด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน มีแนวทางการรักษา คือ การลดปริมาณธาตุเหล็กในร่างกาย โดยการให้ยาขับเหล็ก เพราะยาจะช่วยขับเหล็กภายในร่างกายและกำจัดออกทางปัสสาวะและอุจจาระ ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน ต่อไปนี้

“หนูมีค่าเหล็กในเลือดสูงมาก คุณหมอให้กินยาขับเหล็กทุกวัน ปัสสาวะเป็นสีแดงคะ หมอบอกว่าเป็นผลจากยา หนูก็เลยไม่ตกใจ กินยาตามหมอสั่งทุกวันคะ”

1.2.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของเด็กโรคธาลัสซีเมีย: ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ที่เป็โรคธาลัสซีเมีย มีทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่นตอนต้น เนื่องจากโรคนี้ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายคือ มีรูปร่างหน้าตา ลักษณะไม่พึงประสงค์ การเจริญเติบโตไม่สมวัย ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านอารมณ์ รู้สึกอับอายและคิดด้อยค่าตนเอง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของเด็กที่เป็นโรคธาลัสซีเมียได้ ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน ต่อไปนี้

“ผมไม่กังวลหรือน้อยใจครับว่าเป็นโรคนี้อแล้วจะไม่หล่อ ตัวเล็ก ขอให้ผมร่างกายแข็งแรง ไปโรงเรียนได้

ปกติก็พอรครับ”

“หนูหน้าตาไม่สวย ตัวเล็ก ตั้งแบ่น หน้าใหญ่ ฟันเหยิน ถูกเพื่อนล้อ รู้สึกโกรธและอายมากๆ บางครั้งก็น้อยใจ ไม่อยากพบหน้าใคร”

1.2.3 ประสบการณ์การดูแลรักษา: การรักษาโรคธาลัสซีเมีย ขึ้นอยู่กับชนิดและระดับความรุนแรง มีแนวทางการรักษา ได้แก่ 1) การรับเลือด (Blood transfusion) 2) การให้ยาขับธาตุเหล็ก (Iron chelation) 3) การให้กรดโฟลิก (Folic acid supplements) 4) การผ่าตัดม้าม (Splenectomy) และ 5) การปลูกถ่ายไขกระดูก นอกจากนี้เด็กโรคธาลัสซีเมีย จะต้องดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหารที่มีคุณภาพ โปรตีนสูง และผักสด เป็นต้น⁽²⁾ ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน ต่อไปนี้

“หนูเป็นโรคที่ต้องรักษา โดยการรับเลือดประจำและกินยาขับเหล็ก คุณหมอแนะนำให้รับประทานเนื้อสัตว์ ไข่ ปลา แต่ไม่ให้กินพวกเครื่องในสัตว์ และให้กินผักมากๆ คะ”

“หนูเห็นพี่ที่เป็นโรคเดียวกับหนู ไปผ่าตัดม้าม แต่ก็ยังต้องมารับเลือดอยู่ ทำอย่างไรจึงจะหายได้ ไม่อยากมาโรงพยาบาลทุกๆเดือนแล้ว”

1.2.4 ปัญหาอุปสรรคในการรักษาและการดำเนินชีวิต: เนื่องจากโรคธาลัสซีเมีย เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อทุกๆ ด้าน โดยพบว่า ด้านร่างกาย เด็กจะถูกจำกัดกิจกรรม ต้องมารับการรักษา โดยการให้เลือดที่โรงพยาบาลเป็นประจำ ด้านจิตใจ จะรู้สึกเศร้า เสียใจ ที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย ทำให้ต้องเสียโอกาส โดยเฉพาะด้านการเรียน การทำกิจกรรมและการใช้ชีวิตประจำวันอย่างคนปกติทั่วไปด้านสังคม เนื่องจากร่างกายไม่แข็งแรง ครอบครั้ว จึงเป็นห่วงมาก ทำให้เด็กไม่ได้ออกไปทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับเพื่อน ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน ต่อไปนี้

“บ้านผมอยู่ไกลจากโรงพยาบาลมากครับ ต้องมารับเลือดทุก 3 สัปดาห์เลย แม่ต้องเหมารถมา แต่ต้อง

มาตามหมอนัดครับ เพราะกลัวผมจะเหนื่อยเปลี้ยมาก ถ้าไม่ได้รับเลือด”

“รู้สึกว่าคุณเองเป็นปัญหา ช่วยบอץ ทำอะไรก็ไม่ได้ เหนื่อยง่าย แม่จึงไม่ค่อยพาไปไหน อยู่โรงเรียนครูก็จะไม่ให้เล่นกีฬากับเพื่อนๆ ”

1.2.5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการตนเอง: การจัดการตนเอง เป็นทักษะในการกำกับพฤติกรรม ความรู้สึกนึกคิดของตน ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดได้อย่างมีคุณภาพ⁽⁶⁾ และเป็นทักษะสำคัญในการจัดการปัญหา

การตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ รวมทั้งการเสริมสร้างสมรรถนะการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม สามารถพัฒนาตนเองได้อย่างยั่งยืน ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน ต่อไปนี้

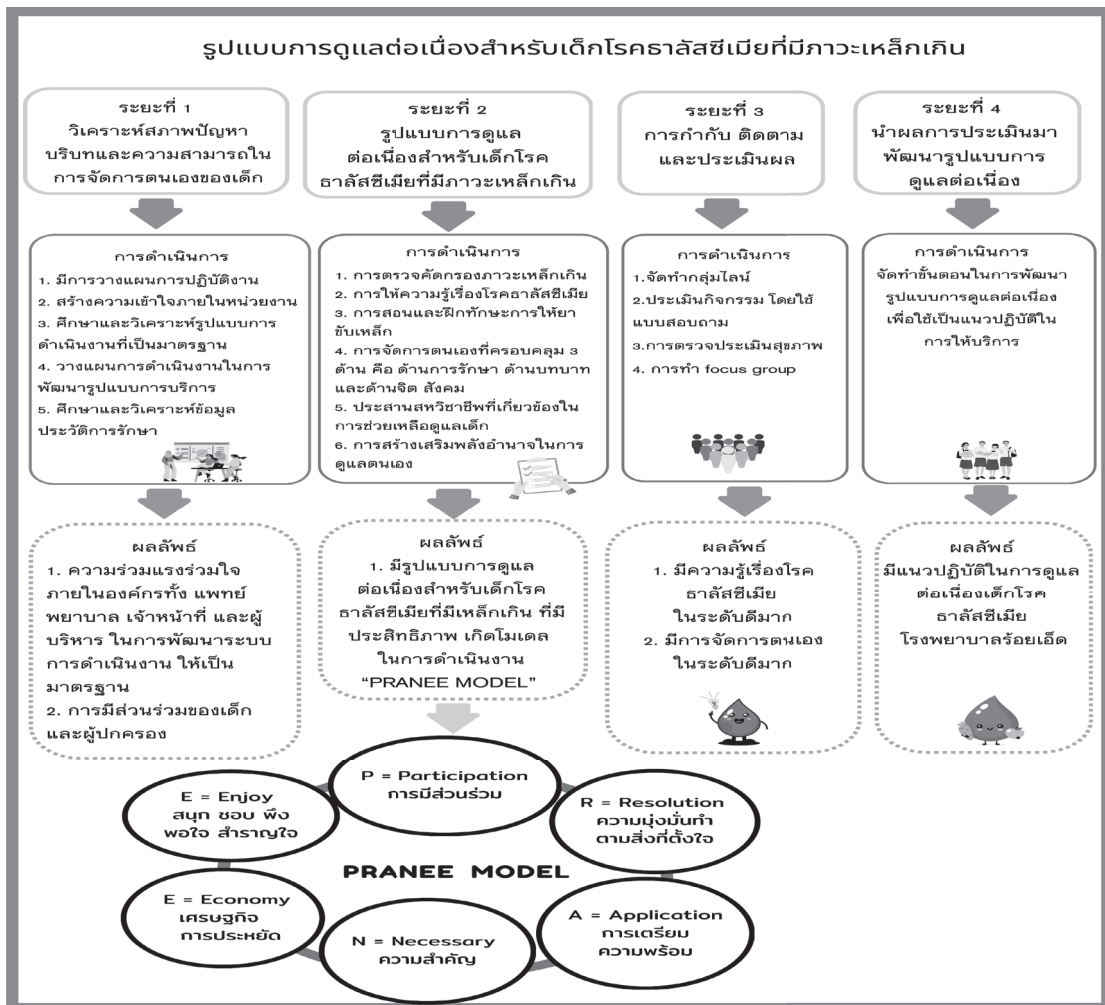
“ผมลืมนินยาขับเหล็กที่โรงเรียนบ่อยๆครับ แต่ผมก็บอกให้แม่เตือนและตัวเองก็ตั้งโทรศัพท์ช่วยเตือน

อีก ก็ดีขึ้นครับ ไม่ค่อยลืมนินยาแล้ว”

“หนูพยายามไม่คิดมาก อะไรทำได้ก็ฝึกทำ ชั้นอาสาช่วยงานบ้าน ตั้งใจเรียน เพื่อนๆก็มาถามการบ้านบ้าง คุณครูก็ชม หนูก็ดีใจ”

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน

การวิจัยในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีเชิงระบบ⁽⁵⁾ ที่ประกอบด้วยกระบวนการนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลลัพธ์ (Output) และการย้อนกลับ (Feedback) โดยศึกษา 4 ระยะ มีการพัฒนาการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง และได้ประเมินผลการดำเนินงานในช่วงเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2566 เกิดรูปแบบในการดำเนินงานที่ดี ของคลินิกธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ภาพที่ 2 ต่อไปนี้



ภาพที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน

จากการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ทำให้เกิดกุญแจสู่ความสำเร็จที่สำคัญ คือ PRANEE MODEL ซึ่งเป็นการดำเนินงานที่มีส่วนร่วมเกิดจากความมุ่งมั่นตั้งใจ มีการวางแผนพัฒนางานอย่างเป็นระบบ ตอบสนองนโยบายพัฒนาระบบบริการที่ดี สามารถลดค่าใช้จ่ายและสร้างความพึงพอใจต่อผู้รับบริการ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน จำแนกตามระดับ (n = 82)

ความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมีย	การจำแนก	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คะแนนเฉลี่ย (min = 11, max = 20, \bar{X} = 17.1 ± 1.96 ปี)		
มีความรู้ระดับผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ (ร้อยละ 50-60)	2	2.4
มีความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 61-70)	4	4.9
มีความรู้ระดับดี (ร้อยละ 71-80)	24	29.3
มีความรู้ระดับดีมาก (ร้อยละ 80ขึ้นไป)	52	63.4

4. การจัดการตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน

การศึกษาพบว่า เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน มีคะแนนการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (\bar{X} = 3.31 , SD = 0.37) เมื่อพิจารณาราย

3. ความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน

การศึกษา พบว่า เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน มีคะแนนความรู้เฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก (\bar{X} = 17.1, SD = 1.96) รายละเอียดของข้อมูล ตารางที่ 2

ด้านเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ การจัดการตนเอง ด้านการรักษา (\bar{X} = 3.36 , SD = 0.35) การจัดการตนเอง ด้านจิตสังคม (\bar{X} = 3.30, SD = 0.37) และการจัดการตนเองด้านบทบาท (\bar{X} = 3.28, SD = 0.35) รายละเอียดของข้อมูล ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน การจัดการตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกินจำแนกเป็นรายด้าน (n = 82)

การจัดการตนเอง	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านการรักษา	3.36	0.35	ดีมาก
ด้านบทบาท	3.28	0.39	ดีมาก
ด้านจิตสังคม	3.30	0.37	ดีมาก
โดยรวม	3.31	0.37	ดีมาก

อภิปราย

สถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการดูแลต่อเนื่องสำหรับเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน พบว่าเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น อายุระหว่าง 10-15 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ชอบเพื่อน ชอบมองคุณภาพลักษณะของตนเอง และมีพัฒนาการตามวัย คือ การพัฒนาอัตลักษณ์ของตนเอง⁽⁷⁾ แต่เมื่อเป็นโรคธาลัสซีเมีย จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการต่างๆ ด้าน โดยเฉพาะด้านร่างกาย พบว่าเด็กส่วนใหญ่มีการเจริญเติบโตไม่สมวัย รูปร่างเล็ก ค่อนข้างผอม-ผอม ซึ่งโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน มีสาเหตุมาจาก 1) ร่างกายมีภาวะซีดเรื้อรัง ทำให้เซลล์ตับส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมความสมดุลธาตุเหล็กในร่างกายหลังสารเฮปซิดิน (hepcidin) ลดลง ทำให้มีการดูดซึมธาตุเหล็กที่ลำไส้มากขึ้น 2) การได้รับเลือด โดยการรับเลือดแต่ละยูนิตจะมีเหล็ก ประมาณ 200 มิลลิกรัม หรือคิดเป็น 100-150 เท่า ของเหล็กที่ได้รับจากการดูดซึมผ่านระบบทางเดินอาหารในแต่ละวัน⁽²⁾ ทำให้เกิดการสะสมเหล็กในร่างกาย ระบบการทำงานของร่างกายที่สำคัญผิดปกติ โดยเฉพาะระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินอาหาร ระบบต่อมไร้ท่อ และระบบอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่ต้องพึ่งพาเลือด มีอาการแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น⁽⁸⁾ ในเด็กที่มีอาการซีด เหนื่อยอ่อนเพลีย ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อรับการให้เลือดเป็นประจำจะรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว ต้องขาดเรียนบ่อยครั้ง และต้องปรับรูปแบบการดำเนินชีวิตแตกต่างจากเด็กปกติทั่วไป เช่น การดำเนินชีวิตประจำวัน การป้องกันการติดเชื้อ การรับประทานอาหาร การรักษาภาวะเหล็กเกินโดยการรับประทานยาหรือการฉีดยา รวมทั้งขาดความมั่นใจในตนเอง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง โกรธ หงุดหงิด กลัววิตกกังวล ทุกข์ทรมานจากการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ สำหรับเด็กที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรค และการปฏิบัติตัวที่ดี รวมทั้งได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว จะมีเป้าหมายในการดูแลตนเองและป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นได้ สำหรับผู้

ดูแลเด็กส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี เป็นช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีพัฒนาการเต็มที่ทั้งทางร่างกาย วุฒิภาวะทางจิตใจ อารมณ์ พร้อมทั้งจะมีบทบาทในการเลือกแนวทางในการดำเนินชีวิตของตน และสัมพันธ์กับบุคคลต่างๆอย่างมีความหมายจึงมีความพร้อมในการดูแลเด็กได้ สำหรับบุคคลในครอบครัวที่เป็นพาหะ/โรคธาลัสซีเมียส่วนใหญ่ คือ มารดา รองลงมา คือ ทั้งมารดาและบิดา ซึ่งโรคธาลัสซีเมีย มี 2 แบบ คือ ผู้ที่ยีนธาลัสซีเมียจะเป็นโรคเนื่องจากได้ยีนที่ผิดปกติจากทั้งบิดาและมารดา และไม่เป็นโรคหรือพาหะเนื่องจากได้ยีนที่ผิดปกติจากบิดาหรือมารดาส่วนรายได้ต่อเดือนของครอบครัว ส่วนใหญ่น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน นั้นน้อยกว่ารายได้เฉลี่ยของคนไทย ซึ่งรายได้เป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีผลต่อความสามารถของบุคคลในการดูแลสุขภาพ ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสดีกว่าผู้มีรายได้น้อย ในการแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกและเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ

การพัฒนาารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน ผู้วิจัยมีการดำเนินงาน พัฒนารูปแบบการดูแลเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกินมาอย่างต่อเนื่องเป็นระบบที่ชัดเจน จนเกิดผลลัพธ์การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ กล่าวคือ เกิดการเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาระบบการดำเนินงานในคลินิกธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่สะท้อนการมีส่วนร่วม (Participation) ของบุคลากรประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ และผู้บริหาร เห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบการดำเนินงานให้เป็นมาตรฐาน บุคลากรทุกคนมีความมุ่งมั่นทำตามสิ่งที่ตั้งใจ (Resolution) เพื่อแก้ไขปัญหา และพัฒนาระบบบริการในคลินิกเด็กธาลัสซีเมีย รวมทั้งเสริมสร้างแรงจูงใจด้านบวกให้กับผู้รับบริการ โดยมีการวางแผนเตรียมการ และเตรียมความพร้อมในการดำเนินงาน (Application) มีการพัฒนาปรับปรุงมาอย่างต่อเนื่องด้วยตระหนักถึงความสำคัญและจำเป็น (Necessary) ในการทำงานและเป็นการตอบสนองนโยบายในการพัฒนาระบบบริการที่ดีเพื่อให้เด็กโรคธาลัสซีเมีย

สามารถจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่องซึ่งนอกจากจะเป็นผลดีต่อภาวะสุขภาพของเด็กแล้ว ยังส่งผลดีภาวะเศรษฐกิจ (Economy) ซึ่งจะสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายและลดต้นทุนการรักษาในโรงพยาบาลได้ ส่งผลดีต่อสุขภาพจิตของเด็กและบุคคลในครอบครัว ทำให้เกิดความสุข และความพึงพอใจ (Enjoy) ในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพมากขึ้น ซึ่งจากการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในครั้งนี้ นำไปสู่การพัฒนากระบวนการโดย มีการประสานบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น เภสัชกร นักโภชนาการ และแพทย์ที่เกี่ยวข้อง มาให้บริการที่คลินิกธาลัสซีเมีย มุ่งเน้นสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการกำกับ ติดตาม การจัดการตนเองของเด็ก เมื่อรับการรักษาต่อเนื่องที่บ้าน นอกจากนี้พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง ทำให้เด็กมีความรู้เข้าใจเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียเพิ่มมากขึ้น ตระหนักถึงความสำคัญในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ให้ความร่วมมือในการรักษา และปฏิบัติตามข้อแนะนำ เมื่อไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ ประกริต รัชวัตร์ และนัยนา ภูมณ⁽⁹⁾ ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กได้ ในปัจจุบันเด็กและผู้ปกครองสามารถเข้าถึงแหล่งความรู้ได้ง่าย โดยการใช้สื่อดิจิทัล และจากความคุ้นเคยมารับบริการเป็นประจำ จึงกล้าที่จะสอบถามในสิ่งที่วิตกกังวลหรือสงสัย อีกทั้งมีกลุ่มไลน์ที่เป็นช่องทางให้เด็กและผู้ปกครองได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับบุคคลอื่นๆ และการศึกษาของ ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์และคณะ⁽¹⁰⁾ กล่าวว่า การสอนหรือให้คำแนะนำเด็ก ควรมีลักษณะเป็นเหตุเป็นผล มีการยกตัวอย่างสถานการณ์ที่เด็กเคยประสบมาก่อน เช่น การใช้กระบวนการกลุ่ม ที่เน้นให้ความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการตนเองของเด็กธาลัสซีเมีย จะเพิ่มความตระหนักในการให้ความร่วมมือในการรักษาและความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น และการศึกษาของ อภิชญา อารีเอื้อ สงครามชัย ลีทองดี และสุนทร ยนต์ตระกูล⁽¹¹⁾ ที่มีการประเมินความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียหลังการปรับปรุงระบบบริการเป็นระบบ One stop service และมีสหวิชาชีพมาให้ความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย ณ จุดเดียว พบว่า คะแนนความรู้และ

พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมให้เด็กโรคธาลัสซีเมียมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคให้การสนับสนุนที่ดีทั้งจากเจ้าหน้าที่และบุคคลในครอบครัว จะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษาที่ดีในส่วนของจัดการตนเองของเด็ก มีการปฏิบัติที่ครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน⁽¹²⁾ คือ 1) การจัดการตนเองด้านการรักษา ได้แก่ การได้รับยา การรับประทานอาหาร ออกกำลังกายที่เหมาะสม 2) การจัดการด้านบทบาท เช่น การทำงานบ้าน การเรียนหนังสือ การดำเนินชีวิตประจำวัน และ 3) การจัดการด้านจิตสังคม เช่น ความโกรธ ความเครียด และอาการซึมเศร้า ในการดำเนินการใช้การสนทนากลุ่ม โดยพบว่าที่ผ่านมาเด็กจะไม่ใส่ใจการจัดการตนเอง เช่น การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่สามารถสังเกตความผิดปกติของตนเองได้ มักจะทำกิจกรรมที่ออกแรงมากร่วมกับเพื่อน บางคนไม่อยากไปโรงเรียน และไม่อยากมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาล ดังนั้นการจัดการตนเองจึงเป็นหัวใจสำคัญที่จะทำให้เด็กมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และควบคุมอาการของโรคได้⁽⁹⁾ จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่เพิ่มพูนทักษะการจัดการตนเอง จะทำให้เกิดการเรียนรู้ในการบริหารจัดการเวลาและสภาพแวดล้อม ตรงเป้าหมาย และการกำกับตนเองทำให้เกิดกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพที่สูงขึ้น รวมถึงการประสบความสำเร็จ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาวต่อไป ดังนั้นการจัดการตนเอง จึงเป็นแนวทางที่นำมาใช้ในการพัฒนาศักยภาพของเด็กอย่างยั่งยืนได้

สรุป

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกินจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ดสู่การดูแลตนเองที่บ้าน เกิดจากความร่วมแรงร่วมใจของบุคลากรภายในองค์กร การประสานความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งนโยบายของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ กระบวนการดำเนินงานได้มีการพัฒนาปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและบริบทของผู้รับบริการ ตามกรอบแนวคิดการวิจัยที่มี 4 ระยะ ได้แก่ 1)

การวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา และบริบทของ ผู้รับบริการ 2) รูปแบบการดูแลต่อเนื่อง ประกอบด้วย การตรวจคัดกรองภาวะเหล็กเกิน การให้ความรู้เรื่องโรค การฝึกทักษะการให้ยาขับเหล็ก การประสานสหวิชาชีพ ในการช่วยเหลือเด็ก และการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของเด็ก 3) การกำกับ ติดตามและ ประเมินผล โดยใช้แบบสอบถาม และ Focus group และ 4) การนำผลลัพธ์มาพัฒนาระบบบริการ เกิดแนว ปฏิบัติในการดูแลต่อเนื่องเด็กโรคธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เด็กมีความรู้เรื่องโรคและการจัดการ ตนเองในระดับดีมาก และถูกแจสู่ความสำเร็จที่สำคัญ ในครั้งนี้ คือ PRANEE MODEL

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณะผู้บริหารโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่ ให้การสนับสนุนผลักดันให้เกิดผลงานการวิจัย และ สนับสนุนการดำเนินงานของคลินิกธาลัสซีเมีย ขอขอบคุณ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายที่เป็นผู้ร่วม สนับสนุนการวิจัย และขอขอบคุณเด็กวัยเรียนธาลัสซีเมียและผู้ปกครอง ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กิตติ ต่อจรัส, พิมพ์ลักษณ์ เจริญขวัญ. แนวทาง เวชปฏิบัติสำหรับการรักษาภาวะโลหิตจางและ ธาลัสซีเมีย (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ ; สมาคม โลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย, 2563.
2. จิตสุตา บัวขาว และคณะ. แนวทางการดูแลรักษาผู้ ป่วยธาลัสซีเมียในเวชปฏิบัติทั่วไป (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี; สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2560.

3. บุญชู พงศ์ธนากุล. โรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในเด็ก [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : <http://tsh.or.th/Knowledge/Details/45>
4. ขนิษฐา พิศฉาด, เกศมณี มูลปานันท์. การพัฒนา รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียและผู้ดูแล. พยาบาลสาร ปีที่ 40 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2556: 97-108.
5. Sanguannam, C. Theory and Practice in Education Institution. Nonthaburi: Book Point. 2002.
6. กรรณิการ์ แสนสุภา, นเรศ กันธะวงค์. การจัดการ ตนเอง: ทักษะในการพัฒนาตนเองอย่างยั่งยืน. วารสารศิลปศาสตร์ (วังนางเลิ้ง) มทร ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2564: 25-37.
7. กาญจนา สรรพคุณ, ผกาทิพย์ ปอยสูงเนิน, บุญสืบ โสโสสม. คุณภาพชีวิตของเด็กวัยร่นตอนต้นโรคธาลัสซีเมีย: การศึกษาจากมุมมองด้านแพศภาวะ. วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชน แห่งประเทศไทย (สสอท.) ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 ธันวาคม 2554 : 87-93
8. Olds, S. B. & London, M.C.& Wieland Ladewig, P.A. Maternal – Newborn Nursing: A Family and Community Based Approach. 6 th. New Jersey: Prentice Hall Health. 2004.
9. ประกริต รัชวัตร, นัยนา ภูลม. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย. วารสารวิจัยและ พัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2565 : 334-49.

10. ศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์, นฤมล ชีระรังสิกุล, พจนารถ สารพัฑ, มณีพร ภิญโญ. รูปแบบการจัดการตนเองของเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2563 : 27-39.
11. อภิขญา อารีเอื้อ, สงครามชัย ลีทองดี, สุนทร ยนต์ตระกูล. รูปแบบการปรับปรุงคุณภาพการดูแลในสถานบริการสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง : กรณีคลินิกเด็กธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ปีที่ 25 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2560 : 42-50.
12. Lorig, K.R. & Holman, H.R. Self management education : History, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med*, 2003. 26 (1) : 1-7.

การพยาบาลผู้ป่วยสงฆ์อาหารภาวะวิกฤตที่ได้รับการเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอ ในหอผู้ป่วยสงฆ์อาหาร : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of critically ill monks who have had their throats and
tracheostomy tubes inserted in the sick monks ward : 2 cases study

ไพศาล ศิลาเกตุ

Parisan Silaket

Email: Parisan329@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสงฆ์อาหารภาวะวิกฤต ที่ได้รับการเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอในหอผู้ป่วยสงฆ์อาหาร : กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา: การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบ การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอในหอผู้ป่วยสงฆ์อาหาร โรงพยาบาลรอยเอ็ด พ.ศ.2566 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในการสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและส่งผลให้ได้รับการผ่าตัดเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอ การพยาบาลก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การใช้กระบวนการพยาบาล ได้แก่ รวบรวมข้อมูล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ปฏิบัติการและการประเมินผลการพยาบาล รวมถึงการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

ผลการศึกษา: จากการศึกษา ผู้ป่วยสงฆ์อาหารภาวะวิกฤตที่ได้รับการเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอในหอผู้ป่วยสงฆ์อาหาร ทั้ง 2 ราย มีข้อบ่งชี้ที่แตกต่างกัน รายที่ 1 จากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ รายที่ 2 จากมะเร็งกล่องเสียง การผ่าตัดเจาะคอใส่ท่อหลอดลมคอ จึงเป็นการรักษาที่จำเป็นเพื่อช่วยชีวิตคนไข้ในภาวะวิกฤตให้ปลอดภัย จากการศึกษาพบว่าการพยาบาลมีการประเมินและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนและให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลในผู้ป่วยก่อน-หลังผ่าตัดเจาะคอใส่ท่อหลอดลมคอ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การมีเลือดออกรอบๆ ตำแหน่งที่เจาะคอ การมีลมอยู่ในเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังที่เกิดจากการผ่าตัดเจาะคอ การอุดตันของท่อหลอดลมคอ และท่อหลอดลมคอผิดตำแหน่ง สามารถกลับไปดูแลต่อเนื่องที่วัดได้

สรุป: การศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสงฆ์อาหารภาวะวิกฤตที่ได้รับการเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอในหอผู้ป่วยสงฆ์อาหาร 2 ราย ในครั้งนี้ พบว่ามีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดเจาะคอที่แตกต่างกัน รายที่ 1 จากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน ไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ รายที่ 2 จากมะเร็งกล่องเสียง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนก่อน-หลังผ่าตัดเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอ รวมถึงการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลตัวเองต่อเนื่องที่วัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจนต้องให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

คำสำคัญ: ผู้ป่วยภาวะวิกฤต , การเจาะคอ, การดูแลท่อหลอดลมคอ

Abstract

Objective: To study nursing care for critically ill monk patients who received a tracheostomy and tube insertion trachea in the sick monks ward, 2 case studies.

Methods: Comparative study of patients undergoing tracheostomy and tracheal tube insertion in the ward sick monks Roi Et Hospital, 2013, 2 cases. The tools used in the study consisted of data recording form data were collected from inpatient medical records. Interviewing relatives and observation, data analysis, comparative analysis of risk factors for disease and resulting in tracheostomy and tracheal tube placement, preoperative and postoperative nursing to prevent complications, problems and nursing diagnosis discharge planning and continuing care.

Results: From the study. A monk patient is in critical condition who received a tracheostomy and tube insertion trachea. The two cases of throat cancer in the sick monks ward had different indications. Case 1 was from using a ventilator for a time and could not be weaned off the ventilator. Case 2 was from laryngeal cancer. Tracheostomy and tracheal tube insertion is a necessary treatment to save the lives of patients in critical situations to be safe because assessment and monitoring of complications and provide nursing care according to the nursing process before and after tracheal tube surgery. No complications were found, including bleeding around the tracheotomy location, subcutaneous tissue resulting from the tracheotomy surgery. Obstruction of the tracheal tube and the tracheal tube wrong position can go back to receiving continuous care at the temple.

Conclusions: A study of nursing care for critically ill monks who received a tracheostomy and tracheal tube placement. Throat surgery in 2 sick monks wards. This time it was found that there were different indications for throat surgery. Case 1 was from having to intubate for a long time unable to wean off ventilator, second case from laryngeal Cancer. Nurses play an important role in preventing complications before and after tracheostomy and tracheal tube placement a preparing patients and relatives In continuing to take care of yourself at temples to prevent complication that the patient has to come back for treatment again due to incorrect.

Keywords: Critically care, Tracheostomy, Tracheal tube care.

Corresponding author: Email: Parisan329@gmail.com

Received: November 23, 2023; **Accepted:** January 3, 2024

บทนำ

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเจาะคอ เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ซึ่งสาเหตุสำคัญเกิดจากภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นจากโรคต่างๆ เช่น มะเร็งกล่องเสียง หรือผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเวลานาน เป็นต้น ซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤติของผู้ป่วย ที่อาจมีอันตรายถึงแก่ชีวิต ถ้าหากไม่สามารถให้การรักษาได้อย่างทันท่วงทีและถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นจึงควรทราบถึงข้อบ่งชี้ ภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติที่ได้รับการเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอ⁽¹⁾ เพื่อความปลอดภัยในชีวิตของผู้ป่วย ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ^(2,3) การผ่าตัดเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอในผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นจากโรคต่างๆ เช่น มะเร็งกล่องเสียง หรือผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเวลานาน เป็นการรักษาที่พบบ่อย และเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย พยาบาลจึงต้องมีบทบาทสำคัญในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอ ได้แก่ การมีเลือดออกรอบๆ ตำแหน่งที่เจาะคอ การมีลมอยู่ในเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังที่เกิดจากการผ่าตัดเจาะคอ การอุดตันของท่อหลอดลมคอ และท่อหลอดลมคอผิดตำแหน่ง การประเมินภาวะเลือดออก การดูแลแผลเจาะคอ การดูดเสมหะทางท่อหลอดลมคอ และการดูแลถุงลมของท่อหลอดลมคอ ถ้าพยาบาลสามารถประเมินปัญหาดังกล่าวได้ตั้งแต่แรกจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอได้เป็นอย่างดี พยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลรักษาพยาบาลต้องมีทักษะในการประเมินอาการผิดปกติทางสาเหตุแก้ไขและให้การพยาบาลเพื่อจัดการกับภาวะแทรกซ้อนได้อย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพ⁽⁴⁾

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ระดับ A จำนวน 820 เตียง จากสถิติการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการและเจาะคอใส่ท่อหลอดลมของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จากศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาล

ร้อยเอ็ด พบว่าในปี พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวน 54, 55, 101 รายตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีจากสถานการณ์ภาวะสุขภาพของพระภิกษุในปัจจุบันก็เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ มากขึ้น ด้วยวัยสูงอายุที่มีจำนวนมากกว่าวัยอื่นๆ จึงมีความเสี่ยงในด้านร่างกายและเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ด้วยความ เป็นพระภิกษุ ที่มีข้อวัตรปฏิบัติที่แตกต่างจากฆราวาสทั่วไป เนื่องจากต้องปฏิบัติตามหลักธรรมวินัย ดังนั้นการดูแลรักษาพยาบาล ย่อมแตกต่างจากฆราวาสทั่วไป พระภิกษุผู้เคร่งครัดในธรรมวินัยมักก็อดใจในการมารับการรักษา เนื่องจากความไม่มั่นใจต่อสถานพยาบาลแต่ละแห่งว่า จะสามารถดูแลรักษาท่านและปฏิบัติต่อท่าน โดยยึดตามหลักธรรมวินัยได้หรือไม่⁽⁵⁾ หอผู้ป่วยสงฆ์อาพาธ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลพระภิกษุสงฆ์อาพาธ ทุกแผนกในจังหวัดร้อยเอ็ด เปิดให้บริการทั้งหมด 18 เตียง แบ่งเป็นผู้ป่วยวิกฤตและสามัญ 15 เตียง ห้องพิเศษพระชั้นผู้ใหญ่ 2 ห้อง และห้องผู้ป่วยเคมีบำบัด 1 ห้อง จึงมีการพัฒนารูปแบบในการดูแล อนุภักษาพระภิกษุอาพาธ รวมถึงผู้ป่วยภาวะวิกฤติที่ได้รับการเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอในหอผู้ป่วยสงฆ์อาพาธ เพื่อคำนึงถึงจริยธรรมทางการพยาบาลและเอื้อต่อพระธรรมวินัย เพื่อประกันคุณภาพการพยาบาลที่ปลอดภัย และเหมาะสมตามมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยสงฆ์อาพาธทุกรายที่มารับบริการ และป้องกันความเสี่ยงทางจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาล จากเหตุผลดังกล่าวผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา จึงได้ศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยสงฆ์อาพาธภาวะวิกฤติที่ได้รับการเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอ ในหอผู้ป่วยสงฆ์อาพาธโดยเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยสงฆ์อาพาธภาวะวิกฤติที่ได้รับการเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอในหอผู้ป่วยสงฆ์อาพาธ เพื่อความปลอดภัยในชีวิตของผู้ป่วย ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย และเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสงสัยภาวะภาวะวิกฤต ที่ได้รับการเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอ ในหอผู้ป่วยสงสัยภาวะ

วิธีการศึกษา

การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยได้รับการเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอในหอผู้ป่วยสงสัยภาวะภาวะวิกฤต โรงพยาบาลร้อยเอ็ด พ.ศ. 2566 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในการสัมภาษณ์

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป อาการและอาการแสดง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษา

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยรายที่1	ผู้ป่วยรายที่2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	75 ปี	66 ปี
สถานภาพ	โสด	สมรส
ระดับการศึกษา	ป.4	ปริญญาตรี
อาชีพ	นักบวช	นักบวช/อาจารย์สอนโรงเรียนนักธรรม
สิทธิการรักษา	บัตรทอง	บัตรทอง
ภูมิลำเนา	อ.เมือง จ.ร้อยเอ็ด	อ.สุวรรณภูมิ จ.ร้อยเอ็ด
ผู้ดูแล	พี่สาว	บุตร
วันที่เข้ารับการรักษา	9 ต.ค.66	4 พ.ย.2566
วันที่จำหน่าย	20 พ.ย.66	16 พ.ย.66
การวินิจฉัยโรค	Covid with Pneumonia	CA larynx
อาการนำส่งโรงพยาบาล	ไข้สูง ไอ หายใจหอบเหนื่อย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 วัน	มาตรวจตามนัดเพื่อรับยาเคมีบำบัด
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	2 วันก่อนมา มีไข้สูง หายใจหอบเหนื่อย ญาตินำส่งโรงพยาบาลเอกชน ตรวจ ATK ผล Positive BT 37.1 C PR 130 ครั้ง/นาที RR 32 ครั้ง/นาที O ₂ sat 90 % On ET-tube ส่งต่อมาโรงพยาบาลร้อยเอ็ด	Know case CA Larynx หลังทำผ่าตัดเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอ 1 เดือน มาตรวจตามนัดเพื่อรับยาเคมีบำบัด

ญาติและการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและข้อบ่งชี้ การผ่าตัดเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอ พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

ผลการศึกษา

1. เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยสงสัยภาวะภาวะวิกฤตที่ได้รับการเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอ ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป อาการและอาการแสดง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษา (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยรายที่1	ผู้ป่วยรายที่2
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	HT, Old CVA	CA Larynx หลังได้รับการผ่าตัด Tracheostomy 1 เดือน
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	บิดาเป็นมะเร็งปอดที่สาวเป็นมะเร็งเต้านม
ประวัติการแพ้ยา อาหารและสารเสพติดต่างๆ	ไม่มีประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด	ไม่มีประวัติการแพ้ยา/แพ้อาหาร สูบบุหรี่วันละ 20 มวน ตั้งแต่อายุ 18 ปี และดื่มสุร่าบ่อย 3-5 วัน/สัปดาห์ ปัจจุบันไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุร่ามา 5 ปีหลังจากบวช
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ตรวจวันที่ 9 ต.ค 66 - 20 พ.ย.66- CBC: Hct (21.9 -30 %), - Hb (7.2-9.7%), - WBC (18,100-30,600 ul), - plt. count.(34,000-520,000 /ul) - N (73-91%),L(4-17%) - Electrolyte:Na (131-139 mEq/L) -K (2.3-4.2 mEq/L) - Cl (98-106 mEa/L) - HCO3 (11-23mEq/L) - Ca (7.3-8.0mEq/L), - Mg (1.3-1.8mEq/L) - PO4 (3.7-4.25 mEq/L) - BUN (25-47mg/dl) - Cr (1.2-2.58mg/dl) - Coagulogram: PT(17.3-19 sec), PTT (34.6 sec), INR (1.36-1.4) - ABG: pH (7.39-7.52), - pO2 (182.7-203.7mmHg) - pCO2 (16.6-30.4 mmHg) - HCO3 (9.4-25.7) - Covid-19: Positive (9 ต.ค.66) UA:Spec. (1.005), pH(7.5) RBC (50-100/HP), WBC (>100 HP), ketone(negative) - Hemo culture: Klebsiella pneumonia aeruginosa (CRE-MDR) (20 ต.ค. 66)	ตรวจวันที่ 4 พ.ย 66 -12 พ.ย.66- CBC: Hct (38.1 vol%), - Hb (11.9%), - WBC (10.8x103/ul) - plt count (396,000/ul) - N (63%), L(27%) - ANC (6770 /UL) - Electrolyte: Na (146 mEq/L), K (4.2 mEq/L),Cl (109mEa/L) - HCO3 (23mEq/L) - BUN (10mg/dl) - Cr (0.64mg/dl) - CXR : Lung clear - PathologyReport : Right larynxgeal mass biopsy : Squamous cell carcinoma

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป อาการและอาการแสดง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษา (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยรายที่1	ผู้ป่วยรายที่2
	- Sputum culture: Pseudomonas aeruginosa (CRPA-MDR) 16 ต.ค 66 Urine culture: Enterococcus faecium (16ต.ค.66) CXR: Infiltration both lung.	
อาการและอาการแสดงแรกเริ่ม	แรกเริ่มที่หอผู้ป่วยกึ่งหนัก 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัว ตูเนื่อยเพลีย สีมตาตัวเอง GCS = 10 คะแนน (E ₄ VTM ₆) pupil 2 mm reaction to light BE Motor power แขนขวาเกรด 4 แขนซ้าย ไซ้เกรด 1 ไม่มี Facial PalsyBT 37.1 C ซีพจร 130 ครั้ง/นาที RR 22 ครั้ง/นาที BP 99/59 mmhg.ON Et-tube No7 deep 21cm. with Ventilator PAC mode IP 21 Fio ₂ 0.6 RR 18 PEEP 5 O ₂ sat 100 %	แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดีไอบ่อยครั้ง ON TT-tube No7.5 แผลที่คอไม่ซึม หายใจไม่หอบ มีเสมหะเหนียวสีขาว สามารถไอขับเสมหะออกเองได้ Vital signBT36 C PR 72 ครั้ง/นาที RR 18 ครั้ง/นาที BP 110/70 mmhg, O ₂ sat 100 %
แผนการรักษา	(9-13 ต.ค. 66) - On ET-tube No 7.5 cm deep 21 cm. On Ventilator PAC mode IP 21, PEEP 5, RR 18, FiO ₂ 0.6 (13-17 ต.ค 66) - On HFNC.Flow 30 Fio ₂ 0.4 - On ET-tube No7.5 cm. deep 21 cm. with Ventilator ครั้งที่ 2 (17 ต.ค-14 พ.ย. 66) - RLS 1,000 cc. iv drip120 cc./hr - Remdesivir 100 mg IV OD - Dexametaxone 6 mg.iv q12 hr - Losec 40 mg. iv OD.	(4 พ.ย. 66) Pre-hydration: NSS 1,000 cc.+ KCl.20 meq.+ 50% MgSO ₄ 1Amp IV drip in 10 hrs. Pre-medication: on Day 1 - Ondansetron 8 mg. +Dexamethasone 4 mg. in NSS 100 cc. IV drip in 30 min. - Metoclopramide 10 mg. iv push (All is given 30 min before Chemotherapy) - Cisplatin (75-100mg./m ²) 107 mg. +NSS 250 cc.iv drip in 4 hrs. day1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป อาการและอาการแสดง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษา (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยรายที่1	ผู้ป่วยรายที่2
	<ul style="list-style-type: none"> - Tazocin 3.375 g. iv q 6 hr.(11-12 ต.ค. 66)- Meropenem 1 g. iv drip q 12 hr.(14-31 ต.ค. 66)- Colistin 150 mg. iv drip q 12 hr. (27 ต.ค.-10 พ.ย. 66) - Fosfomycin 4 g. iv drip q 8 hr.(4 พ.ย. -10 พ.ย. 66) - Vancomycin 750 mg. iv drip in 2 hr. OD(8 พ.ย.-14 พ.ย. 66) - Set OR for Tracheostomy (14 พ.ย.66) - Levofloxacin 750 mg. iv drip OD (20-22 พ.ย. 66) -PRC 1 unit iv drip in 3 hr. - Fentanyl 100 mcg.+NSS 100 cc. iv rate 4 ml/hr.- Fentanyl 300 mcg.+NSS 20 cc. CSCI .rate 3 cc./hr.- NSS 1,000 cc. + KCL 40 mEq iv drip rate 40 cc./hr.- Berodual 1 NB q 6 hr. - Levo-phed 8 mg.+5 % D/W 500 cc. iv 10 cc./hr.- BD (1:1) 300 cc. x 4 feed/day- Folic acid 1 tab oral OD pc. - NAC 1 tab oral tid pc . - Senakot 2 tab oral hs.- Sodium bicarbonate 1 tab oral tid pc. 	<ul style="list-style-type: none"> - 20% mannitol 100 cc.iv drip in 15 min หลัง cisplatin หมด Day 1, - 5FU (1000 mg. /m²) 1,420 mg. + NSS 1000 cc. iv drip in 24 hrs. วันละ 1 ขวด on Day 1-5 (9 พ.ย. 66) - On TT-tube with Ventilator PAC mode IP 16, PEEP 5, RR 16, FiO₂ 0.4 - Berodual 1 NB q 4 hr.- Suction prn. ระวังbleeeding - Metoclopramide 1 tab oral tid pc. - Ondansetron 4mg. 2 tab oral bid ac. - Lorazepam0.5 mg. 1 tab oral hs. - BD (1:1) 250 cc. 4feed/day.

2. การเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอ ในหอผู้ป่วยสงฆ์ อาหาร 2 ราย

ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยพระภิกษุ อายุ 75 ปี รับประทานวันที่ 9 ตุลาคม 66 อาการสำคัญมาด้วย ใช้สูง ไอ หายใจหอบเหนื่อย ตรวจ ATK=Positive ก่อนมา

ตารางที่ 2 ข้อมูลแบบแผนสุขภาพขณะเจ็บป่วย ตามแบบแผน Functional health pattern

แบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่1	ผู้ป่วยรายที่2
1. การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัว แต่ญาติรับทราบว่าเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง ติดเชื้อโควิด-19 มีอาการปอดติดเชื้อ มีอาการหอบเหนื่อยต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจรักษาภาวะหายใจล้มเหลวและภาวะติดเชื้อดื้อยาในระบบทางเดินหายใจ ทางเดินปัสสาวะ ญาติให้ความร่วมมือในการดูแลดีและยินยอมให้ผู้ป่วยได้รับการเจาะคอใส่ท่อหลอดลมคอ เนื่องจากใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน ไม่สามารถถอดท่อหายใจได้	ผู้ป่วยรับทราบว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งกล่องเสียง ทำให้ไอบ่อย เจ็บ กลืนไม่ได้ หายใจลำบาก จำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัดเจาะคอใส่ท่อหลอดลมคอและรักษาร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี มาตรวจตามนัดทุกครั้ง
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดีขึ้น ได้รับการเจาะคอ เนื่องจากไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหารเว้นยา หลังจากนั้นได้รับอาหารทางสายยาง BD(1:1) 300 cc. x 4 feed/day รับประทานอาหารได้ดี	ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดี ได้รับการเจาะคอ เนื่องจากพยาธิสภาพของ มะเร็งกล่องเสียง ไม่สามารถกลืนอาหารได้ ใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง ได้รับอาหารทางสายยางBD (1:1) 250 cc. x 4 feed/day รับประทานอาหารได้ดี
3. การขับถ่าย	การขับถ่ายอุจจาระในระยะแรก ผู้ป่วยมีอาการท้องผูก หลังจากได้รับยาระบายและอาหารทางสายยางผู้ป่วยสามารถขับถ่ายได้ โดยมีพยาบาลทำความสะอาดให้ การขับถ่ายปัสสาวะผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะตลอดระยะเวลาที่นอนพักในโรงพยาบาล	การขับถ่ายอุจจาระปกติ ไม่มีอาการท้องผูก ผู้ป่วยปัสสาวะเอง ไม่มีแสบขัด

ตารางที่ 2 ข้อมูลแบบแผนสุขภาพขณะเจ็บป่วย ตามแบบแผน Functional health pattern (ต่อ)

แบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่1	ผู้ป่วยรายที่2
4. กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	ระหว่างนอนพักในหอผู้ป่วยสงฆ์ อาหารในระยะวิกฤติ ผู้ป่วยนอนพักบนเตียงตลอดเวลา ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ โดยมีพยาบาลให้การดูแล และนักกายภาพบำบัดช่วยทำกายภาพบนเตียง	ระหว่างนอนพักในหอผู้ป่วยสงฆ์ อาหาร ในระยะวิกฤติผู้ป่วยนอนพักบนเตียงตลอดเวลา ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง โดยมีพยาบาลให้การดูแล หลังพ้นระยะวิกฤติหยุดใช้เครื่องช่วยหายใจ ON TT-tube หายใจเอง ช่วยเหลือตัวเองได้ดี
5. การพักผ่อน นอนหลับ	ในระยะวิกฤต ผู้ป่วยตื่น หายใจหอบเหนื่อยเป็นช่วงๆ นอนได้เป็นช่วงๆ ได้รับยาระงับประสาทและยาลดปวดตามแผนการรักษา หลังพ้นระยะวิกฤต ผู้ป่วยนอนหลับได้	ในระยะวิกฤต ผู้ป่วยตื่น หายใจหอบเหนื่อยเป็นช่วงๆ นอนได้เป็นช่วงๆ ได้รับยาคลายเครียดและยาลดปวดตามแผนการรักษา หลังพ้นระยะวิกฤต ผู้ป่วยนอนหลับได้ดี
6. สติปัญญาและการรับรู้	ในระยะวิกฤตผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ระดับการรับรู้ลดลง มีภาวะตื่นตื่น สับสน ได้รับยาระงับประสาทและยาลดปวดตามแผนการรักษา หลังพ้นระยะวิกฤต ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้ที่เป็นปกติ	ในระยะวิกฤต ผู้ป่วยรู้สีกตัวดี การรับรู้ปกติ มีกระสับกระส่ายบางครั้ง เมื่อมีเสมหะมาก
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ในระยะวิกฤต การรับรู้ตัวเองลดลง GCS 7 คะแนน E4VtM2 ทำตามคำบอกไม่ได้ โดยมีญาติเป็นผู้ตัดสินใจในการรักษา ให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี ญาติยินยอมและยอมรับในการผ่าตัดเจาะคอ เนื่องจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน ไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ญาติรับทราบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเจาะคอ รวมถึงการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตัวเองต่อเนื่อง	ในระยะวิกฤต การรับรู้ที่เป็นปกติ ให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี ยินยอมและยอมรับในการผ่าตัดเจาะคอจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งกล่องเสียง รับทราบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเจาะคอ รวมถึงการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตัวเองต่อเนื่อง

ตารางที่ 2 ข้อมูลแบบแผนสุขภาพขณะเจ็บป่วย ตามแบบแผน Functional health pattern (ต่อ)

แบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่1	ผู้ป่วยรายที่2
8. บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	ผู้ป่วยเป็นรองเจ้าอาวาสในวัดแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด มีพระร่วมวัดมาเยี่ยมเป็นช่วงๆ ไม่เคยแต่งงาน ไม่มีบุตรในระหว่างเจ็บป่วย มีน้องสาวคอยดูแลและตัดสินใจทุกอย่างแทน	ผู้ป่วยเป็นพระลูกวัดในวัดแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด เคยแต่งงานมีบุตร 3 คน ภรรยาเสียชีวิตแล้ว ในระหว่างเจ็บป่วยมีลูกสาวคนเล็กคอยดูแล และยอมรับการเจ็บป่วยในระยะวิกฤต มีญาติโยมมาเยี่ยมตามเวลา หลังพ้นระยะวิกฤตมีญาติโยมคอยดูแลใกล้ชิด ผู้ป่วยและญาติมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน
9. เพศและการเจริญพันธุ์	ผู้ป่วยสถานะโสด	ผู้ป่วยสถานะหม้าย
10. การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	ในระยะวิกฤต ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีโยมน้องสาวเป็นผู้ตัดสินใจ ในการรักษา ให้ความร่วมมือในแผนการรักษาเป็นอย่างดี มีสีหน้าวิตกกังวล เนื่องจากเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงที่สุดในชีวิต ผู้ป่วยได้รับการเจาะคอ เนื่องจากไม่สามารถขับเสมหะออกเองและหายใจเองไม่ได้ เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ไม่มีคนดูแลใกล้ชิด น้องสาวก็อายุมาก	ระยะวิกฤต ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดี ให้ความร่วมมือในแผนการรักษาเป็นอย่างดี สีหน้าวิตกกังวล หลังพ้นระยะวิกฤต ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดี สามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ มีความวิตกกังวลเนื่องจากเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงที่สุดในชีวิตและผู้ป่วยได้รับการเจาะคอเนื่องจากไม่สามารถขับเสมหะออกเองและหายใจลำบาก เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยต้องดูแลตัวเองและมีบุตรสาวคนเล็กช่วยดูแล
11. ค่านิยมและความเชื่อ	มีความเชื่อตามหลักศาสนาพุทธ	มีความเชื่อตามหลักศาสนาพุทธ

ตารางที่ 3 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยสงสัยภาวะพิษเหตุพิษที่ได้รับการเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2	การวิเคราะห์
ระยะวิกฤต	พระภิกษุ อายุ 75 ปี ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา มีประวัติเป็นความดันโลหิตสูง และ Old CVA	พระภิกษุ อายุ 66 ปี สูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ 18 ปี วันละ 20-30 มวน ดื่มสุรา 4-5 วัน/สัปดาห์ มีอาชีพเป็นนักดนตรีตั้งแต่อายุ 18-50 ปี	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นนักบวชวัยสูงอายุ ย่อมเกิดความเสื่อมของสภาพร่างกายตามวัย ส่วนด้านระยะเวลาในการบวชที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความแตกต่างในเรื่องการดำเนินชีวิต
1. ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคและเป็นข้อบ่งชี้การได้รับผ่าตัดเจาะคอของผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต	ประวัติการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา มีประวัติเป็นความดันโลหิตสูง และ Old CVA	ประวัติการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา มีประวัติเป็นความดันโลหิตสูง และ Old CVA	

ตารางที่ 3 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยสงสัยอาหารภาวะวิกฤติ ที่ได้รับการเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอ (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2	การวิเคราะห์
		บวขมาได้ 5 พรรษา มีประวัติเป็นมะเร็งกล่องเสียง 1 ปี เคยผ่าตัดใส่สายยางให้อาหารทางหน้าท้อง 2 เดือนที่ผ่านมา	อาชีพ การใช้สารเสพติด บุหรี่ สุรา และโรคประจำตัวเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยรายที่1มีโรคประจำตัวคือ HT,Old CVA อายุ 75 ปี เป็นวัยสูงอายุ ภูมิต้านทานลดลง ทำให้ได้รับเชื้อและติดเชื้อได้ง่าย ยังอยู่ในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ทำให้ติดเชื้อได้ง่ายขึ้น ผู้ป่วยรายที่ 2 มีพฤติกรรมดื่มสุรา สูบบุหรี่จัดและเป็นเวลานาน ทำให้เป็นสาเหตุของการเกิดโรค มะเร็งกล่องเสียง
2. พยาธิสภาพ อาการและอาการ แสดง	ผู้ป่วยมาด้วยอาการ มีไข้สูง ไอ หายใจหอบเหนื่อย ก่อนมา 2 วัน ตรวจ ATK:Positive T37.1CPR 130 ครั้ง/นาที RR 32 ครั้ง/นาที O ₂ sat 90% On Et-tube with ventilator admit ตึก กินรี 1 ห้องแยก Covid ไข้ลดลง ไม่หอบ Trywean ven tilator psv mode PS 10 PEEP 5 12 ต.ค.66 sputumc/s ผล E.coli ESWL. หายใจไม่หอบ21 cm. PCV mode IP16 RR 16 Fio ₂ 0.4 ผู้ป่วยยังมีไข้ หายใจไม่หอบ	Know case CA Larynx มาตรวจตามนัดเพื่อรับยาเคมีบำบัดมีหายใจหอบเหนื่อยไอบ่อยกลืนอาหารไม่ได้ ทำผ่าตัดใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง 1 เดือนที่ผ่านมา หายใจลำบากแพทย์ ทำผ่าตัด Tracheostomy แผลไม่ซึม ไม่มี Bleeding On ventilator PAC mode IP16 PEEP 5 RR 16, FiO ₂ 0.4 เป็นเวลา 3 วัน หายใจไม่หอบ PR 88 ครั้ง/นาทีRR 20 ครั้ง/ นาที O ₂ sat 100 %	ผู้ป่วยรายที่ 1 มีการติดเชื้อ covid-19 หอบเหนื่อยมาก มีไข้ มีภาวะปอดอักเสบ Respiratory failure ต้อง ON ET-tube with ventilator และผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อดื้อยา ร่วมด้วย ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน 1 เดือน ไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ แพทย์จึงต้องพิจารณาทำผ่าตัดเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเวลานานผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตันจากมะเร็งกล่องเสียง หายใจลำบาก จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการเจาะคอ เพื่อเปิดทางเดินหายใจ ⁽⁶⁾ หอบ

ตารางที่ 3 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยสงสัยภาวะพิษจากยาปฏิชีวนะที่ได้รับ การเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอ (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2	การวิเคราะห์
	on CPAP mode PS 12 PEEP 6 FiO ₂ 0.4 หลังTry wean ผู้ป่วย มีอาการ หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น ทำให้ใช้เครื่องช่วยหายใจ ตลอด จึง Consult แพทย์ แผนก ENT ทำ Tracheos- tomy วันที่ 26 พ.ย. 66		
3. การรักษา	9-13 ต.ค. 66 - On ET-tube No7.5 deep 21 cm. with Ventilator PAC mode IP 21, PEEP 5RR 18, FiO ₂ 0.6 13-17 ต.ค.66 - On HFNC Flow 30 FiO ₂ 0.4 (17 ต.ค- 4 พ.ย. 66) - On ET- tube ครั้งที่ 2 - RLS 1,000 cc. drip 120 cc./hr. - Remdesivir100 mg-Dexametaxone 6 mg. iv q12 hr - Losec 40 mg. iv OD. - Tazocin 3.375 g.iv q 6 hr.(11-12 ต.ค.66)- Meropenem 1 g. iv drip q 12 hr. - Colistin 150 mg. iv drip q 12 hr.(27ต.ค.-10 พ.ย.66) - Fosfomycin 4 g. iv drip q 8 hr. (4 -10พ.ย.66)	4 พ.ย.66 - Pre-hydration : NSS 1,000cc.+KCl20meq. + 50% MgSO ₄ 1 mg. iv drip in 10 hrs. Pre-medication: on Day 1 - Ondansetron 8 mg. +Dexamethasone 4mg. +NSS 100 cc. iv drip in 30 min - Metoclopramide 10 mg. iv push(All is given 30 min before Chemothe rapy - Cisplatin (75-100 mg/m2)107 mg. +NSS 250 cc IV drip in 4 hrs day1 - 20% mannitol 100 cc. iv drip in 15 min หลัง cisplatin หมด Day 1,	ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการผ่าตัด เจาะคอใส่ท่อหลอดลมคอ จาก การใช้เครื่องช่วยหายใจเป็น เวลานานเกิน 2 สัปดาห์ ไม่ สามารถหยุดเครื่องช่วยหายใจ ได้ ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการ ผ่าตัดเจาะคอใส่ท่อหลอดลม จากภาวะทางเดินหายใจส่วน บนอุดตัน จากพยาธิสภาพของ มะเร็งกล่องเสียง ทำให้ไม่ สามารถไอขับเสมหะได้ หายใจ ลำบาก ซึ่งการเจาะคอของผู้ ป่วยทั้ง 2 ราย จากสาเหตุที่ แตกต่างกัน เป็นไปตามข้อบ่งชี้ ในผ่าตัดเจาะคอใส่ท่อ หลอดลมคอ

ตารางที่ 3 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยสงสัยอาหารภาวะวิกฤติ ที่ได้รับการเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอ (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2	การวิเคราะห์
	- Vancomycin 750mg IV drip in 2 hr. OD (8 -14 พ.ย. 66)	- 5FU(1,000mg. /m2) 1,420 mg. + NSS 1,000 cc. iv drip in 24 hrs.วัน ละ 1 ขวด on Day 1-5 9 พ.ย. 66	
	- Set OR for Tracheostomy (14 พ.ย.66)	- On TT-tube with Ventilator	
	- Levofloxacin 750 mg. iv drip OD (20-22 พ.ย. 66)	- Berodual 1 NB q 4 hr.	
	- PRC 1 unit iv drip in 3 hr.	- Suction prn ระวัง bleeding	
	- Fentanyl 100 mcg. +NSS 100 cc. iv rate 4cc./hr.- Fentanyl 300 mcg.+NSS 20 cc. CSCI. 3cc./hr.- NSS 1,000 cc.+ KCL 40 mEq IV drip 40 cc./hr. - Bero-	- Metoclopramide 1 tab oral tid pc.	
	dual 1 NB q 6 hr. - Levophed 8 mg. +5 %D/W 500 cc. iv 10 cc/hr.- BD (1:1) 300 cc. 4 feed/day.	- Ondansetron 4 mg. 2tab oral bid ac.	
	- Folic acid 1 tab oral OD pc.- NAC 1 tab oral tid	- Lorazepam 0.5 mg. 1 tab oral hs. - BD (1:1) 250 ml x 4 feed/day.	
	- Senakot 2 tab oral hs.		
	- Sodium bicarb. 1tab oral tid pc.		

ตารางที่ 3 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยสงสัยอาหารภาวะวิกฤติ ที่ได้รับการเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอ (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2	การวิเคราะห์
4. ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใน ระยะวิกฤต	1. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง 2. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากปริมาตรเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลงและมีภาวะช็อก 3. มีภาวะติดเชื้ในระบบทางเดินหายใจ ⁽⁶⁾ 4. มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ 5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอ 6. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยระยะวิกฤต	1. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง 2. มีโอกาสเกิดภาวะ Hypersensitivity ขณะได้รับยาเคมีบำบัด 3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเจาะคอและใส่ท่อหลอดลม ⁽⁷⁾ 4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้ในระบบทางเดินหายใจ 5. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยระยะวิกฤต	ในระยะวิกฤตข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความเหมือนกันในส่วนการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในระบบทางเดินหายใจ ที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และต้องได้รับการผ่าตัดเจาะคอใส่ท่อหลอดลมคอ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเจาะคอใส่ท่อหลอดลมคอ ในส่วนที่แตกต่างคือผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะติดเชื้ดื้อยาไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypersensitivity สูง
ระยะฟื้นฟูและการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง	1. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง 2. มีภาวะติดเชื้ในระบบทางเดินหายใจ 3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเจาะคอและใส่ท่อหลอดลม	1. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง 2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเจาะคอและใส่ท่อหลอดลม 3. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ยังคงต้องใส่ท่อหลอดลมคอไว้และกลับไปที่วัด การเตรียมความรู้ในการปฏิบัติตัวในการดูแลท่อหลอดลมคอและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจึงเป็นสิ่งจำเป็น ต้องเตรียมความพร้อมคนไข้ ผู้ร่วมดูแลที่วัดรวมถึงอุปกรณ์ที่จำเป็นคือ ออกซิเจนเครื่องดูดเสมหะให้พร้อม

ตารางที่ 3 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยสงสัยอาหารภาวะวิกฤติ ที่ได้รับการเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอ (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2	การวิเคราะห์
	4. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารและสารน้ำไม่เพียงพอเนื่องจากเปลี่ยนแบบแผนการรับประทานอาหารและน้ำ	4. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารและสารน้ำไม่เพียงพอเนื่องจากเปลี่ยนแบบแผนการรับประทานอาหารและน้ำ	
	5. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบจากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาซ้ายอ่อนแรง	5. พร่องความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อหลอดลมคอเมื่อกลับบ้าน	
	6. เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากนอนนานและช่วยเหลือตัวเองไม่ได้		
	7. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง		
	8. พร่องความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อหลอดลมคอเมื่อกลับบ้าน		

อภิปราย

จากการศึกษาผู้ป่วย 2 รายนี้ เป็นผู้ป่วยสงสัยอาหารภาวะวิกฤติที่ได้รับการเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอในหอผู้ป่วยสงสัยอาหาร รายที่ 1 พระภิกษุอายุ 75 ปี อาการสำคัญมาด้วย ไข้สูง ไอ หายใจหอบเหนื่อย ตรวจ ATK = Positive เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 วัน Diagnosis Covid Pneumonia On ET-Tube with ventilator นานเกิน 2 สัปดาห์ ไม่สามารถหยุดเครื่องช่วยหายใจได้ จึงจำเป็นต้องทำการเจาะคอใส่ท่อหลอดลมคอ รายที่ 2 ผู้ป่วยพระภิกษุอายุ 66 ปี อาการสำคัญมาด้วย ไอบ่อย เจ็บ กลืนไม่ได้ หายใจลำบาก เป็นมา 1 เดือน มาตรวจตามนัด รับประทานยาตามนัด Diagnosis

CA Larynx ได้รับการผ่าตัดเจาะคอใส่ท่อหลอดลมคอซึ่งมะเร็งกล่องเสียง เป็นสาเหตุของภาวะทางเดินหายใจส่วนต้นอุดตันจากการศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ทั้งก่อนและหลังผ่าตัดเจาะคอไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การมีเลือดออกบ่อยๆ ตำแหน่งที่เจาะคอ การมีลมอยู่ในเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังที่เกิดจากการผ่าตัดเจาะคอ การอุดตันของท่อหลอดลมคอ⁽⁹⁾ และท่อหลอดลมคอผิดตำแหน่ง ซึ่งเป็นผลจากการที่พยาบาลมีการประเมินและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน และให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลในผู้ป่วยก่อน-หลังผ่าตัดเจาะคอใส่ท่อหลอดลมคอ ในระยะพักฟื้นมีการเตรียมผู้ป่วยและญาติ ให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแล เกี่ยวกับการดูแลท่อช่วยหายใจเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประสานงานสหสาขา

วิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อติดตามเยี่ยม และ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการช่วยเหลือตามความเหมาะสม ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 2 ราย สามารถกลับไปดูแลต่อ เนื่องจากที่วัดได้

สรุป

การศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสงฆ์อาพาธภาวะวิกฤติที่ได้รับการเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอในหอผู้ป่วยสงฆ์อาพาธ 2 ราย ในครั้งนี้ พบว่ามีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดเจาะคอที่แตกต่างกัน รายที่ 1 จากการใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเวลานานไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ รายที่ 2 จาก มะเร็งกล่องเสียง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนก่อน-หลังผ่าตัดเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอ รวมถึงการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลตัวเองต่อเนื่องจากที่วัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจนต้องให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากพระภิกษุเป็นผู้มีวัตรปฏิบัติที่แตกต่างจากฆราวาสทั่วไปจากข้อกำหนดของธรรมวินัย เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ควรให้การพยาบาลที่ปลอดภัยและเอื้อต่อธรรมวินัยมากที่สุด และพระภิกษุอาพาธเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรัง ระยะพักฟื้นก็จะกลับไปดูแลต่อที่วัดหลายรูปที่ไม่มีคนดูแล เอาใจใส่ ครอบครัว ผู้นำชุมชน พระภิกษุในวัด รวมถึงเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ควรมีส่วนร่วมในการดูแลสงฆ์อาพาธมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Billington, J., & Lockett, A Care of the critically ill patient with tracheostomy. Nursing Standard 2019;34(2):59-65. doi: 10.7748/ns.2019.e11297.

2. Bodenham, A., Bell, D., Bonner, S., Branch D.,Dawson, D., Morgan, P.,Mackenzie, S. (2014). Nurs Stand. 2011 ;26(2):49-56; quiz 58. doi10.7748/ns2011.09.26.2.49.c8706.
3. Trouillet,J.L.,Collange,O.,Belafia,F., Quillot et al.Tracheotomy in the intensive care unit: guidelines from a French expert panel. Ann Intensive Care 2018;8(1):37.doi: 10.1186/s13613-018-0381-y.
4. Azizan,A.,Hor,C.P.,Razak, R. A.,Puang, S., Ahmad,S., Bahakodin, N. A., ... Taha, H. M. Post-operative tracheostomy care in an intensive care unit. The On line Journal of Clinical Audits 2016: 8(2), 1-5.
5. การอุปัฏฐากพระสงฆ์อาพาธภายใต้หลักพระธรรมวินัย. โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
6. พัสมณท์ คุ่มทวีพร. (2563). การพยาบาลผู้ป่วย มะเร็ง การป้องกันและการดูแลผู้ป่วย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ ฮายาบุสะราฟฟิก.
7. วีรศักดิ์ วงศ์ถิรพร. โรคมะเร็งกล่องเสียง. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัย มหิดล. [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2566] เข้าถึงได้จาก:www.si.mahidol.ac.th.
8. อะเคื้อ อุนทเลทกะ. การป้องกันปอดอักเสบในโรงพยาบาล. แนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. เชียงใหม่. มิ่งเมืองนวัตน์. 2560:205-16
9. ศรีสุนทรา เจริญพรพัฒน์. การพยาบาล หู คอ จมูก (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส 2555

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง
ลำไส้ใหญ่ ลำไส้ตรงที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด
The Effect of Supportive and Education Program on Self-Care of
Colorectal Cancer Patients who were Receiving Chemotherapy
Treatment in Roi Et Hospital

เยื้องยุพา คิง

Yuangyupa King

Email: yuangyupa2565@gmail.com,

madamking2559@hotmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรงที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีการศึกษา: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองดำเนินการโดยเก็บข้อมูลมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรงที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอาการมะเร็งเฉลิมพระเกียรติจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 20 พฤศจิกายน ถึง 13 ธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มที่ 1 จำนวน 35 ราย ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเอง กลุ่มที่ 2 จำนวน 35 ราย เป็นกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนาและ independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการศึกษา: กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่วนมากเป็นเพศชายร้อยละ 57.14 มีอายุเฉลี่ย 63.34 ปี (+S.D.=13.67) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 77.14 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60.00 ส่วนมากเป็นมะเร็งระยะที่ 3 ร้อยละ 40.00 กลุ่มควบคุมส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 62.86 มีอายุเฉลี่ย 62.43 ปี (+S.D.=8.69) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 82.86 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 74.29 ส่วนมากเป็นมะเร็งระยะที่ 3 ร้อยละ 34.43 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean diff. = 11.4; 95%CI: -8.36-14.43; $p\text{-value} < 0.001$) ผลการเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมพบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean diff. = 6.05; 95%CI: 3.61-8.49; $p\text{-value} < 0.001$)

สรุป: จากการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรงที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสามารถช่วยเพิ่มความรู้และช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้มากขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรง, การรักษาด้วยเคมีบำบัด, การดูแลตนเอง

Abstract

Objective: To study the results of the support and education program on self-care of colorectal cancer patients receiving chemotherapy in Roi Et Hospital.

Methods: This research was a quasi-experimental research. All data collected were from colorectal cancer patients that were treated with chemotherapy and admitted to the Chaloen Phrakiat Chulabhorn Cancer Building, Roi Et Hospital between 20 November and 13 December 2023. The study subjects were divided into 2 groups: Group 1, 35 patients were experimental group that received support program and self-care education program. Group 2, 35 patients were a control group, received standard normal nursing care. Data analysis used descriptive statistics and independent t-test. The significance level was set at $p\text{-value} < 0.05$.

Results: The experimental group that received the program was mostly male 57.14%, with mean age of 63.34 years ($+S.D.=13.67$), married status 77.14%, working as a farmer 60.00%, most had stage 3 cancer 40.00%. The control group was mostly male 62.86%, mean age 62.43 years ($+S.D.=8.69$), married status 82.86%, work as farmers 74.29%, mostly have stage 3 cancer 34.43%. The knowledge comparison analysis result showed that the experimental group that received the program had a significantly higher mean score than the control group (mean diff. = 11.4; 95%CI: -8.36-14.43; $p\text{-value} < 0.001$). The results of comparison of self-care ability found that experimental group that received the program had a significantly higher mean score than the control group (mean diff. = 6.05; 95%CI: 3.61-8.49; $p\text{-value} < 0.001$)

Conclusions: This study shows that a support and education self-care program for colorectal cancer patients that are receiving chemotherapy treatment can increase knowledge and ability of patient to take care of them self.

Keywords: colorectal cancer patient, chemotherapy treatment, self-care

Corresponding author: Email: yuangyupa2565@gmail.com, madamking2559@hotmail.com

Received: December 15, 2023; **Accepted:** January 4, 2024

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญในประเทศต่างๆ ทั่วโลกทุกภูมิภาคของโลก ช่วงระยะเวลา 10 ปี ที่ผ่านมา มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่สูงถึง 10 ล้านคน และมากกว่า 6 ล้านคนเสียชีวิต ในปัจจุบันคาดว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่สูงถึง 22 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี 2030 จะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จากทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้นเป็น 22.2 ล้านคน⁽¹⁾ โดยทวีปเอเชียมีผู้ป่วยมะเร็งมากกว่า 3 ล้านคน และมากกว่า 2 ล้านคน เสียชีวิตซึ่งคาดว่าในปี 2050 จะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มสูงขึ้นเป็น 7.8 ล้านคน และมากกว่า 5.7 ล้านคนจะเสียชีวิต⁽³⁾ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรงเป็นสาเหตุให้คนจำนวนมากเสียชีวิต ในปี 2000 มีผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้และไส้ตรงทั่วโลก 945,000 ราย เป็นเพศชาย จำนวน 499,000 ราย เพศหญิง จำนวน 446,000 ราย และผู้ป่วยเสียชีวิต 492,000 ราย เป็นเพศชาย จำนวน 255,000 ราย เพศหญิง จำนวน 238,000 ราย ซึ่งจัดได้ว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรงเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก^(4,5) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรงจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการสูบบุหรี่^(6,7) การดื่มแอลกอฮอล์^(8,9) มีประวัติการเป็นโรคเบาหวาน⁽¹⁰⁾ มีประวัติของการอักเสบของลำไส้ใหญ่และญาติสายตรงในครอบครัวเป็นโรคมะเร็ง⁽¹¹⁻¹³⁾ อุบัติการณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรงในประเทศไทยจากอดีตจนถึงปัจจุบันยังคงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยในปัจจุบันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรง ถือได้ว่าเป็นโรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของคนไทยติดอันดับ 1 ใน 10 ของโรคมะเร็งที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต⁽¹⁴⁾ อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ในช่วงปี 1985-2004 พบมีผู้ป่วย 1,809 ราย เป็นเพศชาย 976 ราย และเพศหญิง 833 ราย ผู้ป่วยส่วนมากมีอายุระหว่าง 35-75 ปี และร้อยละ 90 ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งชนิด adenocarcinoma⁽¹⁵⁾ ซึ่งการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรงมีด้วยกันหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด การฉายแสง หรือรังสีรักษา การรักษาด้วยยามุ่งเป้า และ

การรักษาด้วยเคมีบำบัด หรือ คีโม ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรงที่เข้ารับการรักษาจะต้องได้รับการดูแลอย่างถูกวิธีเพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นหรือลดผลข้างเคียงให้เหลือน้อยที่สุดมีประโยชน์และเป็นผลดีต่อการรักษา การศึกษาที่ผ่านมา⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความสามารถในการดูแลตนเอง การรับรู้ ความรุนแรงของอาการและความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเข้ารับโปรแกรมสูงกว่าก่อนและระหว่างเข้าโปรแกรม โดยการเรียนรู้อาการข้างเคียงได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหารและเหนื่อยล้าความวิตกกังวลหลังเข้าโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรม การศึกษาของ พรพิมล เลิศพานิชและคณะ⁽¹⁹⁾ ศึกษาประสิทธิภาพ อาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผล พบว่าการรับรู้อาการที่พบมากที่สุดคือ อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง กังวล กลุ้มใจ นอนไม่หลับ นอนหลับยาก ไม่อยากอาหาร เบื่ออาหาร และปากแห้ง ตามลำดับ อาการไม่อยากอาหาร เบื่ออาหาร เป็นอาการที่มีความถี่และความรุนแรงมากที่สุด นอกจากนี้พบว่า ความถี่ของอาการไม่อยากอาหาร เบื่ออาหาร ลดลง คุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านอารมณ์และจิตใจลดลงระหว่างการได้รับยาเคมีบำบัดและเพิ่มขึ้นเมื่อสิ้นสุดการรักษา การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านโภชนาการ และภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านโภชนาการสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้มีผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านโภชนาการดีขึ้น พยาบาลอาจพิจารณานำโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด นอกจากนี้ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้

ความรู้ในระยะยาว เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม และภาวะโภชนาการที่ดีขึ้นต่อไป⁽²⁰⁾

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิระดับต้นให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยโรคมะเร็งในจังหวัดร้อยเอ็ดและพื้นที่ใกล้เคียง ได้กำหนดเข็มมุ่งให้มีความเป็นเลิศด้านมะเร็ง หน่วยทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ได้จัดทำทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล โดยได้รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ของแต่ละปีที่มาปรึกษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในปี พ.ศ. 2560-2566 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ส่วนมากที่พบเป็นมะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด จำนวนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในระหว่างปี พ.ศ. 2563-2566 จำนวน 602, 608, 604 และ 658 ราย ตามลำดับ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม ในระหว่างปี พ.ศ. 2563-2566 คิดเป็น 365, 364, 325, 371 ราย ตามลำดับ หอผู้ป่วยพิเศษอาคารมะเร็งชั้น 7 ในปี พ.ศ.2563-2566 จำนวน 43, 64, 55 และ 48 ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่รักษาด้วย supportive และ รักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัด ปัญหาผลข้างเคียงที่พบมากจากการให้ยาเคมีบำบัด ได้แก่การเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย มีแผลในปาก เกิดภาวะโลหิตจาง ภาวะติดเชื้อง่าย ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ต้องเผชิญกับอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ มากมาย จนอาจทำให้เกิดอาการทุพพลภาพตามมา ภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยแต่ละคนจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับชนิด ปริมาณ วิธีการให้ยา และปัจจัยของตัวผู้ป่วยแต่ละคน อาการไม่พึงประสงค์หรือ ภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และส่งผลกระทบต่อแผนการรักษาของแพทย์ บางรายต้องลดขนาดยาเคมีบำบัด หรือเลื่อนระยะเวลาของการให้ยาออกไป ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการรักษา อัตราการรอดชีวิต และต้นทุน ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น การได้รับความรู้ หรือคำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ระหว่างรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้อย่างถูกต้อง จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนใน

ระดับรุนแรงได้ พยาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จึงมีบทบาทอย่างมาก ในการส่งเสริมการให้ความรู้และสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกัน และบรรเทาอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ ระหว่างรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในแผนกอายุรกรรม ให้บริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรงโดยการให้ยาเคมีบำบัด ปัญหาสำคัญที่พบจากการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ คือ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนมากยังขาดความรู้ในการดูแลตนเองและต้องการระบบการสนับสนุนการดูแลจากทีมทางการแพทย์ ถึงแม้มีการให้คำแนะนำต่างๆ เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของการได้รับยาเคมีบำบัด หรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นหลังได้รับยาเคมีบำบัด การดูแลตนเอง พร้อมทั้งให้คู่มือการปฏิบัติตัว แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดยังมี ภาวะแทรกซ้อน เช่น เหนื่อยล้า เบื่ออาหาร เยื่อช่องปากอักเสบ และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง จากข้อมูลดังกล่าวควรมีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรง โดยการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย ให้มีความรู้ที่ถูกต้อง เหมาะสม โรงพยาบาลร้อยเอ็ดยังไม่มี การศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรง ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาในประเด็นดังกล่าว เพื่อที่จะนำองค์ความรู้จากงานวิจัยมาพัฒนางานทางด้านกายภาพบำบัด ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรงที่ได้รับการรักษาโดยให้ยาเคมีบำบัด ให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยเก็บข้อมูลมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรงที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอาคารมะเร็งเฉลิมพระเกียรติจุฬารัตน์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอาการมะเร็งเฉลิมพระเกียรติจุฬาราชมนตรี โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างเดือน พฤศจิกายน ถึง ธันวาคม 2566 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรงที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอาการมะเร็งเฉลิมพระเกียรติจุฬาราชมนตรี โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างเดือน พฤศจิกายน ถึง ธันวาคม 2566

เกณฑ์การคัดเลือก

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรงที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอายุมากกว่า 18 ปี 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์และสามารถสื่อสาร ฟัง พูด อ่านเขียนภาษาไทยได้ 3) ยินยอมเข้ารับการศึกษาด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรงหรือมีอาการทรุดลงจนให้ข้อมูลไม่ได้ 2) ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้จนเสร็จสิ้น

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ตัวแปรวัดผลการดูแลตัวเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรงที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยกรณีสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันสูตรที่ใช้ในการคำนวณ คือ

$$n / \text{กลุ่ม} = \frac{2 \left(\frac{Z_{\alpha} + Z_{\beta}}{2} \right)^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

กำหนดค่าเฉลี่ยกลุ่มที่ 1 = (μ_1) 17.18 ((σ_1) SD=1.12) ค่าเฉลี่ยกลุ่มที่ 2 = (μ_2) 16.01 ((σ_2) SD=0.19) แทนค่าในสูตรโดย n = ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม Alpha (α) = 0.05, Z (0.975) = 1.96 Beta (β) = 0.200, Z (0.800) = 0.84 Sample size: Group1 (n_1) = 35, Group2 (n_2) = 35 คน ในการศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรงที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้จำนวน 35 คน กับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้จำนวน 35 คน รวมตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด 70 คน ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยพิจารณาให้ผู้ป่วยทุกคนทั้ง 2 กลุ่ม ให้มีโอกาสได้รับการคัดเลือกเท่ากัน

ขั้นตอนการดำเนินการ

1) หลังจากงานวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด 2) การเตรียมพื้นที่วิจัยหลังจากได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการประสานหัวหน้าหอผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัย 3) ดำเนินการอธิบายขั้นตอนการทำวิจัย การคัดเลือกคัดออกกลุ่มศึกษา การเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม 4) ดำเนินการขอความยินยอมจากผู้ป่วยเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย และชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย 5) ดำเนินการการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม 6) ดำเนินการรวบรวมข้อมูลและลงข้อมูลในโปรแกรมเพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรงที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด แบบเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบวัดความรู้และแบบวัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรงที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด แบบวัดความรู้มีทั้งหมด 25 ข้อ แบบวัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยมีทั้งหมด 23 ข้อ มีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (Rating Scale) ซึ่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ใช่ 3 คะแนน ไม่ใช่ 2 คะแนนและไม่ทราบให้ 1 คะแนน การแปลผลคะแนนในแต่ละด้านดังนี้ ค่าเฉลี่ยคะแนน 0-25 หมายถึง มีความรู้ระดับน้อย ค่าเฉลี่ยคะแนน 26-50 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนน 51-75 หมายถึง มีความรู้ระดับมาก ส่วนที่ 3 แบบวัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยมีจำนวนคำถามทั้งหมด 23 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตัวเองระดับมากให้ 3 คะแนน ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตัวเองระดับปานกลางให้ 2 คะแนน ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองน้อยให้ 1 คะแนน การแปลผลคะแนนดังนี้ ค่าเฉลี่ยคะแนน 0-23 หมายถึง ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตัวเองระดับน้อย ค่าเฉลี่ยคะแนน 24-46 หมายถึง ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตัวเองระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนน 47- 69 หมายถึง ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตัวเองระดับมาก

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงด้านเนื้อหา (content validity index) ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญ 3 ท่าน หัวหน้าหอผู้ป่วยมะเร็งและเป็นพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคทางด้านอายุรกรรม 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ได้ค่า CVI=0.91 ผู้วิจัยมีการนำไปทดลองใช้ที่โรงพยาบาล แห่งหนึ่ง จำนวน 30 ชุด เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Alpha Cronbach's Coefficient) ได้ค่า Alpha Cronbach's 0.97

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรต้นที่ศึกษาประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ระยะของโรค โรคประจำตัว

ประวัติครอบครัว ส่วนตัวแปรตาม คือ ความรู้ และการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรงที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลอง 1) ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป 2) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินการดูแลตนเองและแบบวัดความรู้ 3) ผู้วิจัยให้โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรงที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นกิจกรรม 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที 4) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินการดูแลตนเองหลังดำเนินการให้โปรแกรม

กลุ่มควบคุม 1) ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป 2) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยได้ตอบแบบประเมินการดูแลตนเองและแบบวัดความรู้

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเลขที่ RE032/2567 รับรองวันที่ 20 พฤศจิกายน 2566 ผู้วิจัยจะชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ อธิบาย ขั้นตอนในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากกรวิจัยได้โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ การเก็บข้อมูลของผู้ป่วยจะใช้รูปแบบของรหัสและจะรักษาความลับของผู้ป่วยโดยไม่นำข้อมูลทุกอย่างของผู้ป่วยไปเปิดเผยต่อสาธารณชนไม่ว่ากรณีใดๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลองที่เป็นผู้ป่วยได้รับโปรแกรมส่วนมากเป็นเพศชายร้อยละ 57.14 มีอายุเฉลี่ย 63.34 ปี (\pm S.D.=13.67) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 77.14 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.43 ประกอบ

อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60.00 ส่วนมากเป็นมะเร็งระยะที่ 3 ร้อยละ 40.00 กลุ่มควบคุมส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 62.86 มีอายุเฉลี่ย 62.43 ปี (\pm S.D.=8.69) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 82.86 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 74.29 ส่วนมากเป็นมะเร็งระยะที่ 3 ร้อยละ 34.43 ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม n=35, n(%)	กลุ่มไม่ได้รับโปรแกรม n=35, n(%)
เพศ		
ชาย	20(57.14)	22(62.86)
หญิง	15(42.86)	13(37.14)
อายุ(ปี)		
≤60	14(40.00)	15(42.86)
>60	21(60.00)	20(57.14)
Mean (S.D)	63.34(11.94)	62.43(8.69)
สถานภาพสมรส		
โสด	3(8.57)	4(11.43)
คู่	27(77.14)	29(82.86)
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	5(14.29)	2(5.71)
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	1(2.86)	3(8.57)
ประถมศึกษา	18(51.43)	21(60.00)
มัธยมศึกษาตอนต้น/ ตอนปลาย	7(20.00)	6(17.14)
ปริญญาตรี	6(17.14)	4(11.43)
สูงกว่าปริญญาตรี	3(8.57)	1(2.86)
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน	2(5.71)	3(8.57)
เกษตรกร	22(60.00)	26(74.29)
รับจ้าง	1(2.86)	3(8.57)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2(5.71)	1(2.86)
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/บำนาญ	9(25.71)	2(5.71)
สิทธิการรักษา		
บัตรทอง	19(54.29)	26(74.29)
ข้าราชการ	14(40.00)	6(17.14)
ประกันสังคม	1(2.86)	3(8.57)
ชำระเงินเอง	1(2.86)	0(0.00)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม n=35, n(%)	กลุ่มไม่ได้รับโปรแกรม n=35, n(%)
ประวัติการสูบบุหรี่		
สูบประจำ	0(0.00)	4(11.43)
สูบเป็นครั้งคราว	2(5.71)	7(20.00)
ไม่เคยสูบ	33(94.29)	24(68.57)
ประวัติการดื่มสุรา		
ดื่มประจำ	7(20.00)	8(22.86)
ดื่มเป็นครั้งคราว	27(77.14)	27(77.14)
ไม่เคยดื่ม	1(2.86)	0(0.00)
ประวัติการเป็นมะเร็งของครอบครัว		
ไม่มี	19(54.29)	23(65.71)
มี	16(45.71)	12(34.29)
ระยะของโรคมะเร็ง		
ระยะที่ 1	4(11.43)	6(17.14)
ระยะที่ 2	7(20.00)	11(34.29)
ระยะที่ 3	14(40.00)	12(34.43)
ระยะที่ 4	6(17.14)	6(17.14)
Unknown	4(11.43)	0(0.00)
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
1 เดือน	5(14.29)	1(2.86)
2-11 เดือน	16(45.71)	18(51.43)
1-2 ปี	12(34.29)	13(37.14)
มากกว่า 2 ปี	2(5.71)	3(8.57)
โรคประจำตัว		
ไม่มี	17(48.57)	18(51.43)
ความดันโลหิตสูง	11(31.43)	13(37.14)
ไขมันในเลือดสูง	2(5.71)	2(5.71)
โรคเบาหวาน	4(11.43)	2(5.71)
โรคเก๊าท์	1(2.86)	0(0.00)

**การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
 ลำไส้ตรงในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด**

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับ
 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรงระหว่างกลุ่มที่ได้รับ
 โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเอง

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรงในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมี
 บำบัด

กลุ่ม	n	Mean	Mean diff.	95%CI	p-value
ไม่ได้รับโปรแกรม	35	35.05			
ได้รับโปรแกรม	35	46.45	11.4	8.36-14.43	<0.001

**การเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย
 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรงในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา
 ด้วยยาเคมีบำบัด**

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความสามารถใน
 การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรง

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรงในผู้ป่วยที่ได้รับ
 การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

กลุ่ม	n	Mean	Mean diff.	95%CI	p-value
ไม่ได้รับโปรแกรม	35	59.77			
ได้รับโปรแกรม	35	65.82	6.05	3.61-8.49	<0.001

อภิปราย

มะเร็งลำไส้เป็นเซลล์มะเร็งของเนื้อเยื่อลำไส้ใหญ่
 และลำไส้ตรง ซึ่งชนิดที่พบบ่อยเกิดจากเซลล์ เยื่อบุผนัง
 ลำไส้มีการเปลี่ยนแปลงและเจริญเติบโตผิดปกติกลายเป็น
 เป็นติ่งเนื้อออกเล็กๆ (Polyp) ติ่งเนื้อจะใช้เวลาหนึ่งในการ
 พัฒนากลายเป็นมะเร็ง การตัดติ่งเนื้อออก (Polyp)
 ออกสามารถป้องกันไม่ให้ติ่งเนื้อพัฒนากลายเป็นมะเร็ง
 ได้ มะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ไม่ได้รับการรักษาอาจลุกลามทะลุ
 ผนังลำไส้ หรือแพร่กระจายต่อไปยังตับ ปอด เยื่อช่อง
 ท้อง สมอง หรือกระดูกได้ การรักษาสามารถทำได้หลาย
 วิธีที่สำคัญ ได้แก่ การผ่าตัด การฉายแสง หรือ รังสีรักษา

และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมพบว่ามีความเฉลียวฉลาดสูงกว่า
 กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
 (mean diff. = 11.4; 95%CI: -8.36-14.43; p-value
 <0.001) ตารางที่ 2

ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดพบว่ากลุ่มที่
 ได้รับโปรแกรมพบว่ามีความเฉลียวฉลาดสูงกว่ากลุ่มที่ไม่
 ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean diff. =
 6.05; 95%CI: 3.61-8.49; p-value <0.001) ตารางที่ 3

การรักษาด้วยยามุ่งเป้า และการรักษาด้วยเคมีบำบัด
 หรือ คีโม ซึ่งการรักษาด้วยเคมีบำบัดจะส่งผลให้ผู้ป่วย
 เกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการไม่พึงประสงค์จากการให้
 ยาได้ ซึ่งอาการต่างๆ ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย และ
 ผู้ป่วยส่วนมากยังขาดความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
 ลำไส้ตรง การให้เคมีบำบัด และความรู้ในการดูแลตนเอง
 ก่อนให้ยา ระหว่างให้ยา และหลังการให้ยา ซึ่งจากการ
 ศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนและ
 ให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่
 ลำไส้ตรงที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด สามารถช่วย
 เพิ่มความรู้ และช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการ

ดูแลตนเองได้มากขึ้นสอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่ผ่านมา ได้แก่ การศึกษาของ อรุณี หล่อนิล และคณะ⁽²¹⁾ ที่พบว่าหลังจากผู้ป่วยเข้ารับโปรแกรมพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองแล้ว ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น จาก ร้อยละ 25 เป็น ร้อยละ 80 และพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นโดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตมากกว่า ร้อยละ 70 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50 เป็น ร้อยละ 85 เมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ ในการดูแลตนเองและยัง พบว่าก่อนและหลังเข้าโปรแกรมทั้งคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ ร้อยละ 59.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของปรารธนา กันทอน⁽²²⁾ ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมหลังได้รับโปรแกรมมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมโดยรวมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ จันจิรา กิจแก้ว และ วรรัตน์ ศรีสุข⁽²³⁾ ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม การเรียนรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดของพยาบาลวิชาชีพ โดยผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบอุบัติการณ์ การเกิดภาวะ Hypersensitivity ร้อยละ 6.7 การติดตามความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าส่วนใหญ่ของข้อมูลที่บันทึกมีความสมบูรณ์มากกว่า ร้อยละ 80 โดยเฉพาะการลงนามยินยอมรับเคมีบำบัดของผู้ป่วยและญาติหลังได้รับข้อมูล และการศึกษาของ ทิพวรรณ เทียมแสน และ ปรียาภรณ์

วรรคตอน⁽²⁴⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด ผลพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งได้

สรุป

จากการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรงที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสามารถช่วยเพิ่มความรู้ และช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้มากขึ้น ดังนั้นเพื่อเป็นการเพิ่มความรู้และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี ของผู้ป่วยควรจะมีการนำโปรแกรมดังกล่าวมาใช้กับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรงทุกรายที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Parkin DM. Global cancer statistics in the year 2000. *The Lancet Oncology* 2001;2(9):533-43.
2. Bray F, Jemal A, Grey N, Ferlay J, Forman D. Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a population-based study. *The Lancet Oncology* 2012;13(8):790-801.

3. Yang BH, Parkin DM, Cai L, Zhang ZF. Cancer burden and trends in the asian pacific RIM region. *Annals of Epidemiology* 2004;14(8):596.
4. Parkin DM, Bray FI, Devesa SS. Cancer burden in the year 2000. The global picture. *European Journal of Cancer* 2001;37, Supplement 8:4–66.
5. Parkin DM. Global cancer statistics in the year 2000. *The Lancet Oncology* 2001;2(9):533–43.
6. Leufkens AM, Van Duijnhoven FJB, Siersema PD, Boshuizen HC, Vrieling A, Agudo A, et al. Cigarette smoking and colorectal cancer risk in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition study. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2011;9(2):137–44.
7. Limburg PJ, Vierkant RA, Cerhan JR, Yang P, Lazovich D, Potter JD, et al. Cigarette smoking and colorectal cancer: long-term, subsite-specific risks in a cohort study of postmenopausal women. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2003;1(3):202–10.
8. Akhter M, Kuriyama S, Nakaya N, Shimazu T, Ohmori K, Nishino Y, et al. Alcohol consumption is associated with an increased risk of distal colon and rectal cancer in Japanese men: the Miyagi Cohort Study. *Eur J Cancer* 2007 ;43(2):383–90.
9. Bongaerts BWC, de Goeij AFPM, Wouters KAD, van Engeland M, Gottschalk RWH, Van Schooten FJ, et al. Alcohol consumption, alcohol dehydrogenase 1C (ADH1C) genotype, and risk of colorectal cancer in the Netherlands Cohort Study on diet and cancer. *Alcohol* 2011;45(3):217–25.
10. Pham TM, Fujino Y, Kikuchi S, Tamakoshi A, Matsuda S, Yoshimura T. Dietary patterns and risk of stomach cancer mortality: the Japan collaborative cohort study. *Ann Epidemiol* 2010;20(5):356–63.
11. Chan AT, Ogino S, Giovannucci EL, Fuchs CS. Inflammatory markers are associated with risk of colorectal cancer and chemopreventive response to anti-inflammatory drugs. *Gastroenterology* 2011;140(3):799–808, quiz e11.
12. Andrieu N, Launoy G, Guillois R, Ory-Paoletti C, Gignoux M. Familial relative risk of colorectal cancer: a population-based study. *Eur J Cancer* 2003;39(13):1904–11.
13. Andrieu N, Launoy G, Guillois R, Ory-Paoletti C, Gignoux M. Estimation of the familial relative risk of cancer by site from a French population based family study on colorectal cancer (CCREF study). *Gut* 2004;53(9):1322–8.
14. Vatanasapt V, Martin N, Sriplung H, Chindavijak K, Sontipong S, Sriamporn H, et al. Cancer incidence in Thailand, 1988-1991. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1995;4(5):475–83.

15. Suwanrungruang K, Wiangnon S, Sriamporn S, Sookprasert A, Rangrikajee D, Kamsa-Ard S, et al. Trends in incidences of stomach and colorectal cancer in Khon Kaen, Thailand 1985-2004. *Asian Pac J Cancer Prev* 2006;7(4):623-6.
16. สุภาวดี โสภณวัฒนกุล. ผลการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วิทยานิพนธ์ พย.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2545.*
17. พวงทอง จินตากลุ และคณะ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตัวเอง การรับรู้ความรุนแรงของ อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกที่เข้ารับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด. *วารสารโรคมะเร็ง* 2561: 38(3), 105-116.
18. พิจิตรา เล็กดำรงกุล และคณะ. ผลของโปรแกรมให้ข้อมูลเชิงรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวลและภาวะการณทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *Nursing Science Journal of Thailand* 2563: 38(1), 19-34.
19. พรพิมล เลิศพานิช, อัมภาพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์. ประสิทธิภาพอาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย* 2560: 6(1), 45-55.
20. ลักณา กองเมือง.ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านโภชนาการและภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วิทยานิพนธ์.พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ; 2563.*
21. อรุณี หล่อนิล, ผ่องศรี ศรีมรกต, เขาว์ สุระดม. โครงการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักโดยใช้รูปแบบ case management. *Nurs Sci S1* 2009;27(2): 59 - 67.
22. ประรณนา กันทอน.ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ดูแล.วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต.มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2564.
23. จันจิรา กิจแก้ว, วรรัตน์ ศรีสุข.ประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดของ พยาบาลวิชาชีพ.วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2563: ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม: หน้า 27-40).
24. ทิพวรรณ เทียมแสน, ปรียาภรณ์ วรรัตอน .ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับยาเคมีบำบัด .วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ 2564: ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 เดือน กรกฎาคม-ธันวาคม.

Abstract

Objective: To study and compare basic information, causes, and nursing diagnoses, nursing planning medical treatment methods and evaluating nursing outcomes, 2 cases study.

Methods: A study to compare of nursing care for 2 renal calculi patients undergoing with percutaneous nephrolithotomy. Admitted in the urology surgery room, Roi Et Hospital, November to December 2023 gather information from patient medical records. Health status assessment form Functional Health Pattern and interviews with patients and relatives. Data analysis comparative signs and symptoms, treatments, problems and nursing diagnosis. nursing planning evaluation of nursing outcomes and discharge planning.

Results: It was found that both case studies were diagnosed with renal calculi and surgery By percutaneous nephrolithotomy. From the history of case study number 1, man age 71, he is an elderly person, had a history of renal calculi before, this is the second time they have recurred. Had renal calculi surgery 2 times before and had many congenital diseases, diabetes mellitus, high blood pressure. hyperlipidemia, thyroid disease, Benign prostatic hyperplasia, and myasthenia gravis. case study number 2, woman age 55 years. Had renal calculi for the first time Haven't had surgery yet. there is dysuria and hematuria. There is also a urinary tract infection. Have a congenital disease, namely high blood pressure and Hyperlipidemia. Both patients had renal calculi. Came for surgical treatment as per appointment. No appointment postponed Patients prepare before coming for surgery correctly according to the instructions. There were no complications after surgery. Patient is safe.

Conclusions: This study reveals that nurses a crucial role in screening. Assessment of the problems from first day of visit. Providing knowledge and understanding about disease treatment guidelines and preparing the patient for surgery emphasis is on giving advice on preparation both before and after surgery and, most importantly, on how to behave to prevent renal calculi from recurring.

Keywords: Renal calculi patients, Percutaneous Nephrolithotomy, Nursing

Corresponding author: Email: kkd.sompong@gmail.com

Received: December 12, 2023; **Accepted:** January 9, 2024

บทนำ

โรคนิวไตเป็นปัญหาสาธารณสุขที่พบบ่อยและพบมากทั่วโลก โดยกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว เช่น ยุโรป อเมริกา และญี่ปุ่น พบว่าประชาชนเป็นนิวไตมาก ส่วนประเทศกำลังพัฒนา เช่น เอเชีย แอฟริกา พบทั้งนิวไต และในกระเพาะปัสสาวะ รวมทั้งประเทศไทย⁽¹⁾ โรคนิวไตเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในคนไทยจากสถิติกระทรวงสาธารณสุขพบอัตราการเกิดโรคนิวไตและทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจาก 99.25 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2550 เป็น 122.46 ในปี พ.ศ.2553⁽²⁾ มีอุบัติการณ์โรคนิวไตสูงมาก ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁽³⁾ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2-3 เท่า⁽⁴⁾ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยแรงงาน อายุ 40-60 ปี และมีแนวโน้มจะพบในกลุ่มอายุที่สูงขึ้น⁽⁵⁾ โรคนิวไตเกิดจากการอึดตัวของสารเมทาบอไลต์และของเสียในปัสสาวะ จากการบริโภคอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ทำให้เกิดการก่อตัวเป็นตะกอนขนาดเล็กก่อนรวมกันเป็นก้อนผลึกแข็ง (Crystal growth)⁽⁶⁾ การเกิดก้อนนิวไตจะทำให้เกิดการอุดกั้น ขัดขวาง ทำให้มีการคั่งและการไหลย้อนกลับของปัสสาวะ และเกิดภาวะแทรกซ้อน ตามมา คือ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเป็นสาเหตุสำคัญให้เกิดการติดเชื้อเข้าสู่กระแสเลือด ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะ ในผู้สูงอายุ⁽⁷⁾ นอกจากนี้การมีนิวไตทำให้การทำงานของไตเสื่อมลงและอาจร้ายแรงจนถึงเกิดภาวะไตวายเรื้อรังและโรคไตระยะสุดท้ายซึ่งทำให้เสียชีวิตได้⁽⁸⁾ การรักษานิวไต มีจุดมุ่งหมายสำคัญ 2 ประการ คือ การกำจัดก้อนนิวไตออกให้หมดไม่มีนิวไตเหลือด้วยวิธีการต่างๆ มีผลข้างเคียงจากการรักษาน้อยที่สุด และป้องกันการเกิดนิวไตซ้ำ⁽⁹⁾ การเอานิวไตออกในอดีตอาศัยการผ่าตัดเพียงอย่างเดียวแต่ในปัจจุบันมีการพัฒนาเทคโนโลยีใหม่ๆ เพื่อรักษาโรคนิวไตโดยหลีกเลี่ยงการผ่าตัดที่มีผลขนาดใหญ่ เช่น การส่องกล้องและการสลายนิวไตโดยใช้เครื่องมือที่ปล่อยพลังงานเสียงผ่านลำตัวผู้ป่วยเข้าไปกระทบก้อนนิวไต การป้องกันการเกิดนิวไตซ้ำเป็นอีกขั้นตอนสำคัญในการรักษาผู้ป่วยนิวไต เนื่องจากผู้ที่เคยเป็นนิวไตมีอัตราการเกิดซ้ำของนิวไตสูงถึง ร้อยละ 50-70⁽¹⁰⁾ แปรผัน

ตามองค์ประกอบของนิวไต หรือกล่าวได้ว่าผู้ป่วยที่เคยเป็นนิวไตแล้ว มีโอกาสเกิดนิวไตใหม่ได้มากกว่าประชาชนทั่วไปประมาณ 8 เท่า ภายในเวลา 1-2 ปี และถ้าไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การดื่มน้ำ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายให้เหมาะสม พบว่าประมาณ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจะเกิดนิวไตซ้ำ ภายใน 5 ปี และ ร้อยละ 70 จะเกิดนิวไตซ้ำ ใน 10 ปี⁽¹¹⁾ และอีกส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะแม้โรคนิวไตจะรักษาให้หายขาดได้ แต่อัตราการเกิดซ้ำมีอัตราสูงมากจากการปฏิบัติพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงที่ผู้ป่วยดำเนินในชีวิตประจำวันทำให้จำนวนผู้ป่วยไม่ลดลง การเกิดโรคนิวไตส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัวในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ บทบาทหน้าที่ และฐานะทางเศรษฐกิจ

อุบัติการณ์ของโรคนิวไตในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดพบเป็นอันดับ 2 ของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จากข้อมูลสถิติงานด้านคุณภาพโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยโรคนิวไตที่มารับบริการในปี พ.ศ. 2563 ถึงปี พ.ศ. 2565 มีจำนวน 407 ราย 315 ราย และ 324 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด โดยการส่องกล้องผ่านผิวหนัง (Percutaneous Nephrolithotomy) ปี พ.ศ. 2563 ถึงปี พ.ศ. 2565 มีจำนวน 91 ราย 51 ราย และ 61 ราย ตามลำดับ จากการปฏิบัติงานที่คลินิกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ พบว่าผู้ป่วยโรคนิวไตที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดโดยการส่องกล้องผ่านผิวหนัง (Percutaneous Nephrolithotomy) ผู้ป่วยยังขาดความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคและการผ่าตัดเนื่องจากเป็นการผ่าตัดรักษาแบบใหม่ ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ผู้ป่วยยังขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา การเตรียมตัวก่อนและหลังการผ่าตัดที่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากการผ่าตัด ลดความวิตกกังวลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย ดังนั้น

เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และเพื่อให้ผู้ป่วยโรคนี้ที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องผ่านผิวหนังได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ปลอดภัยมีมาตรฐาน และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือกลับเป็นซ้ำ โดยใช้กระบวนการการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม พยาบาลวิชาชีพจะต้องมีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งวางแผนการพยาบาลตั้งแต่แรกรับที่พบผู้ป่วยและติดตามการมาพบแพทย์ตามนัดจนกระทั่งผู้ป่วยหายเป็นปกติ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจและต้องการพัฒนาแนวทางปฏิบัติงานเพื่อเป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยนี้ที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้อง ผ่านผิวหนัง โดยประยุกต์ใช้ผลงานวิจัยซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถตรวจสอบได้และนำแนวทาง มาปฏิบัติในผู้ป่วยนี้ที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องผ่านผิวหนัง เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการผ่าตัดลดความวิตกกังวลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำซ้ำของผู้ป่วย โดยคาดว่า จะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ได้มาตรฐานยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐาน สาเหตุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล วิธีการรักษาพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

ผู้ศึกษาได้ศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยนี้ที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องผ่านผิวหนังที่เข้ารับการรักษาที่ห้องตรวจศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในช่วงเดือน พฤศจิกายน - ธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 2 ราย โดยดำเนินการศึกษาดังนี้

1. คัดเลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นผู้ป่วยโรคนี้ในไตและได้รับ การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด จำนวน 2 ราย

2. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติเจ็บป่วยในอดีต ประวัติ การแพ้ยาหรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับ

3. ศึกษาแผนการรักษาของแพทย์ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษเอ็กซเรย์

4. ดำเนินการค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยนี้ที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องผ่านผิวหนัง ปรีกษาพยาบาล และผู้เชี่ยวชาญทางด้านศัลยกรรม ทางเดินปัสสาวะ เกี่ยวกับแนวทางการตรวจวินิจฉัย แผนการรักษา และนำความรู้ที่ได้มาวางแผนการดูแลพยาบาลผู้ป่วย

5. ดำเนินการศึกษาโดยการประเมินปัญหาความต้องการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern) เป็นแบบในการประเมินความครอบคลุม วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล และการจำหน่ายออก จากโรงพยาบาล

6. สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

7. เรียบเรียงและเขียนผลงาน และจัดพิมพ์รูปเล่มเป็นเอกสารวิชาการ

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยนี้ที่ได้รับการผ่าตัด โดยการส่องกล้องผ่านผิวหนังที่มารับรักษาที่ห้องตรวจศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 2 ราย โดยดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 3 พฤศจิกายน - 30 ธันวาคม 2566

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 71 ปี วันที่ 29 พฤษภาคม 2566 รับส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยมาด้วยมีอาการปวดหลัง ปวดเอวขวา มีไข้ต่ำๆ ก่อนมาโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคไทรอยด์ โรคต่อมลูกหมากโต และ Myasthenia Gravis เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ตรวจพบนิ่วไต จึงส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด แรกเริ่มผู้ป่วยมีอาการปวดหลัง ปวดเอวด้านขวา สัญญาณชีพ Temp. 36.3 องศาเซลเซียส Pulse 65 ครั้งต่อนาที Respiration 20 ครั้งต่อนาที Blood Pressure 151/66 มิลลิเมตรปรอท ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาลดความดันโลหิตสูง และนั่งพัก และประเมิน Blood Pressure ซ้ำ ได้ 130/70 มิลลิเมตรปรอท เข้าพบแพทย์ U/S bed side seen Bilateral RC แพทย์วินิจฉัยเป็นโรค Renal calculi วางแผนการรักษาโดยให้ยา Ciprofloxacin 2x2 oral PC, Paracetamol (500) 1 tab oral prn q 6 hr ให้นัดทำ CT KUB และนัดติดตามอาการวันที่ 22 มิถุนายน 2566 พร้อมฟังผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ วันที่ 22 มิถุนายน 2566 ผู้ป่วยมาตามนัดมีอาการปวดเอวด้านขวาลดลง ปัสสาวะไม่มีแสบขัด ผล CT KUB ผลตรวจพบ Right Staghorn calculi size 3.5 cm in length with moderate right hydronephrosis สัญญาณชีพ Temp. 36.1 องศาเซลเซียส Pulse 68 ครั้งต่อนาที Respiration 20 ครั้งต่อนาที Blood Pressure 152/70 มิลลิเมตรปรอท ดูแลให้ผู้ป่วยนั่งพัก และประเมิน Blood Pressure ซ้ำ ได้ 142/72 มิลลิเมตรปรอท แพทย์แจ้งผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ให้ผู้ป่วยรับทราบ แพทย์วินิจฉัยเป็นโรค Staghorn Right Renal calculi และวางแผนการรักษาโดยการผ่าตัด ส่งปรึกษาแพทย์อายุรกรรมเรื่องการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด แพทย์อายุรกรรมลงความเห็นให้ผ่าตัดได้ นัดให้มานอนโรงพยาบาลเพื่อเตรียมตัวผ่าตัด วันที่ 6 พฤศจิกายน 2566 ผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อผ่าตัด เข้ารับการรักษาที่ตึกศัลยกรรมทางเดิน

ปัสสาวะ วันที่ 8 พฤศจิกายน 2566 ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดนี้่วไตด้านขวาโดยการส่องกล้อง ผ่านผิวหนัง (PCNL) หลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน วันที่ 13 พฤศจิกายน 2566 สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ รวมจำนวนวันนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 7 วัน แพทย์นัดติดตามอาการ 1 เดือน วันที่ 20 พฤศจิกายน 2566 โทรศัพท์เยี่ยมติดตามอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยตัดไหมที่แผลแล้ว แผลแห้งดี ไม่มีบวมแดง ไม่มีอาการปวดเอว วันที่ 27 พฤศจิกายน 2566 โทรศัพท์เยี่ยมติดตามอาการ ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดเอว แผลหายดี วันที่ 4 ธันวาคม 2566 โทรศัพท์เยี่ยมติดตามอาการผู้ป่วยอาการปกติ ไม่ปวดเอว

กรณีศึกษารายที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 55 ปี วันที่ 4 กรกฎาคม 2566 รับส่งตัวจากโรงพยาบาลสวนพะยอม ผู้ป่วยมาด้วยมีอาการปวดเอว ปวดท้อง ปัสสาวะแสบขัดมีเลือดปน เป็นก่อนมา 1 เดือน มีโรคประจำตัว คือโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนพะยอม ตรวจพบนิ่วไต จึงส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด แรกเริ่มผู้ป่วยมีอาการปวดเอวด้านซ้าย ปวดท้องบางครั้ง สัญญาณชีพ Temp. 36.0 องศาเซลเซียส Pulse 125 ครั้งต่อนาที Respiration 20 ครั้งต่อนาที Blood Pressure 130/80 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการตรวจพิเศษ คือทำ IVP วันที่ 10 สิงหาคม 2566 ผลตรวจพบ A large left staghorn stone causes mild to moderated left hydronephrosis และ CT KUB วันที่ 29 สิงหาคม 2566 ผลตรวจพบ Left Staghorn calculi size up to 8.5 cm, A 0.8 cm left distal ureteric stone แพทย์วินิจฉัย เป็นโรค Staghorn Left renal calculi วันที่ 6 กันยายน 2566 ผู้ป่วยมาตามนัดติดตามอาการ สัญญาณชีพ Temp. 36.5 องศาเซลเซียส Pulse 120 ครั้งต่อนาที Respiration 20 ครั้งต่อนาที Blood Pressure 169/90 มิลลิเมตรปรอท ดูแลให้ผู้ป่วยนั่งพัก และประเมิน Blood Pressure ซ้ำ ได้ 147/99 มิลลิเมตรปรอท มีปัสสาวะเป็นสีน้ำตาลเนื้อ ปัสสาวะบ่อย แพทย์วางแผนการรักษาโดยการผ่าตัด วัน

ที่ 15 กันยายน 2566 ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาผ่าตัดนิ่วท่อไต ด้านซ้ายโดยการส่องกล้องผ่านท่อปัสสาวะ (URSL) หลังผ่าตัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 วัน วันที่ 4 ตุลาคม 2566 ผู้ป่วยมาตามนัดติดตามอาการหลังผ่าตัด มีปัสสาวะบ่อย ไม่มีปัสสาวะแสบขัด ไม่ปวดเอว สัญญาณชีพ Temp. 36.9 องศาเซลเซียส Pulse 118 ครั้งต่อนาที Respiration 20 ครั้งต่อนาที Blood Pressure 130/99 มิลลิเมตรปรอท แพทย์วางแผนการรักษาต่อโดยการส่องกล้องผ่านผิวหนัง (PCNL) นัดให้มานอนโรงพยาบาลเพื่อเตรียมตัวผ่าตัด วันที่ 10 พฤศจิกายน 2566 ผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อผ่าตัด เข้ารับการรักษาที่ตึกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ วันที่ 11 พฤศจิกายน 2566 ผู้ป่วยเข้ารับ

การผ่าตัดนิ่วไตด้านซ้ายโดยการส่องกล้องผ่านผิวหนัง (PCNL) หลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน วันที่ 14 พฤศจิกายน 2566 สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ รวมจำนวนวันนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 4 วัน แพทย์นัดติดตามอาการ 1 เดือน วันที่ 20 พฤศจิกายน 2566 โทรศัพท์เยี่ยมติดตามอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัดผู้ป่วยตัดไหมที่แผลแล้ว แผลแห้งดี ไม่มีบวมแดง มีอาการปวดเอวเล็กน้อย วันที่ 27 พฤศจิกายน 2566 โทรศัพท์เยี่ยมติดตามอาการผู้ป่วย แผลหายดี ไม่มีบวมแดง มีอาการปวดเอวเล็กน้อย วันที่ 4 ธันวาคม 2566 โทรศัพท์เยี่ยมติดตามอาการผู้ป่วย ไม่มีอาการปวดเอว ปัสสาวะไม่มีแสบขัด ไม่มีเลือดปน

เปรียบเทียบผู้ป่วยโรคนี้ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดโดยการส่องกล้องผ่านผิวหนังทั้งสองรายดังนี้

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์ นำสู่การพยาบาล
เพศ	เพศ ชาย	เพศ หญิง	นิ่วไตพบในเพศชายมากกว่า เพศหญิง 2-3 เท่า
อายุ	อายุ 71 ปี	อายุ 55 ปี	พบโรคนี้มากที่สุดคืออายุ 20-39 ปี และพบได้จนถึงวัยสูงอายุ
อาการสำคัญ	ปวดหลังปวดเอว ด้านขวา เป็นมา 3 สัปดาห์	ปวดเอว ปวดท้อง ปัสสาวะแสบขัดมีเลือดปน เป็นมา 1 เดือน	อาการของนิ่วไตจะมีอาการปวดเอว ปัสสาวะมีสีน้ำตาล เนื้อ การติดเชื้อ บางรายอาจมีอาการไข้ปวดบริเวณเอว ปวดหลังมากขึ้น กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการปวดเอวเหมือนกัน แต่คนละข้าง กรณีศึกษาที่ 2 มีปัสสาวะแสบขัดและมีเลือดปนร่วมด้วย

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์ นำสู่การพยาบาล
ประวัติการผ่าตัด	- เคยผ่าตัดนิ่วไตด้านขวา เมื่อ 35 ปีก่อน - เคยผ่าตัดนิ่วไตด้านซ้าย เมื่อ 15 ปีก่อน	ผ่าตัดโดยการส่องกล้องผ่านท่อปัสสาวะ (URSL) วันที่ 11 ก.ย. 2566	กรณีศึกษาที่ 1 เคยผ่าตัดนิ่วไตมาแล้ว 2 ครั้ง กรณีศึกษาที่ 2 ยังไม่เคยเข้ารับการผ่าตัดนิ่วไต
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	7 วัน (วันที่ 6 – 13 พ.ย. 66)	4 วัน (วันที่ 10 – 14 พ.ย. 66)	กรณีศึกษาที่ 1 เป็นผู้สูงอายุ และมีโรคประจำตัวหลายโรค ซึ่งมีความเสี่ยงสูงในการผ่าตัด จึงใช้เวลาเข้ารับการรักษานานกว่า กรณีศึกษาที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบข้อมูลแผนการรักษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์ นำสู่การพยาบาล
การตรวจพิเศษ	- Film KUB (วันที่ 29 พ.ค. 66) : Right Renal calculi - U/S KUB: ไม่ได้ตรวจ - IVP: ไม่ได้ตรวจ	- Film KUB (วันที่ 4 ต.ค. 66) : Left Renal calculi - U/S KUB (วันที่ 28 มิ.ย. 66) : Left renal staghorn stone without hydronephrosis A few bilateral renal cysts. - IVP (วันที่ 10 ส.ค. 66) : A large left staghorn stone causes mild to moderated left hydronephrosis	การตรวจทางรังสีวินิจฉัยได้แก่ 1) การตรวจภาพรังสีของระบบทางเดินปัสสาวะ (Plain KUB) วิธีนี้ทำได้ง่าย ราคาไม่แพงไม่ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ 2) อัลตราซาวด์ (Ultrasound) เป็นการตรวจที่ง่ายและปลอดภัย 3) Intra-Venous Pyelography (IVP) คือ การตรวจไต ท่อไต และกระเพาะปัสสาวะ โดยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือด ให้

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบข้อมูลแผนการรักษา (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์ นำสู่การพยาบาล
	- CT KUB (วันที่ 16 มิ.ย. 66) : staghorn right RC, 3.5 cm in length with moderate right hydronephrosis, predominance at right upper calyx. - Chest X-ray (วันที่ 22 มิ.ย. 66) : Normal - Chest X-ray (วันที่ 6 พ.ย. 66) : Normal	- CT KUB (วันที่ 29 ส.ค. 66) : Multiple left staghorn calculi (size up to 8.5 cm), with caliectasis at left kidney. A 0.8 cm left distal ureteric stone. - Chest X-ray (วันที่ 10 พ.ย. 66) : Normal	สารขับถ่ายผ่านออกมาทางไต แล้วทำการถ่ายภาพรังสีไว้เป็นระยะๆ ใช้ดูความผิดปกติทางกายวิภาคของไต และดูตำแหน่งของนิ่ว 4) ภาพถ่ายรังสีคอมพิวเตอร์ เป็นการตรวจที่ให้ผลแม่นยำในการวินิจฉัยนิ่วไตมากที่สุด กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับการตรวจ 1. Film KUB 2. CT KUB 3. Chest X-ray กรณีศึกษาที่ 2 ได้รับการตรวจ 1. Film KUB 2. U/S KUB 3. IVP 4. CT KUB 5. Chest X-ray
การรักษา ด้วยยา	- Ciprofloxacin 2 x 2 oral PC - Ceftriaxone 2 gm vein OD - Metoclopramide 1 amp vain prn q 8 hr - Amoxicillin (500) 2 x 2 oral PC - Alfuzosin HCL (10) 1 x 1 oral hs	- Cefixime (100) 2 x 2 oral PC - Oxybutynin chloride (5 mg) 1 x 1 oral OD - Ceftriaxone 2 gm vein OD - Metoclopramide 1 amp vain prn q 8 hr - Paracetamol (500) 1tab oral prn q 6 hr	- กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาโดยการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อช่วยฆ่าเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แพทย์จะให้ยาปฏิชีวนะในรูปยากินในการรักษาแบบผู้ป่วยนอก สามารถกลับบ้านได้ และขณะที่รับผู้ป่วยไว้รักษาใน

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบข้อมูลแผนการรักษา (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์ นำสู่การพยาบาล
การรักษา ด้วยยา	- Finasteride (5) 1 x 1 oral hs - Paracetamol (500) 1 tab oral prn q 6 hr		โรงพยาบาลจะให้ยา ปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ - กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มี อาการปวดเอวและปวด แผล แพทย์จึงให้ยาลดปวด ร่วมด้วย
การผ่าตัด	- Right Percutaneous Nephrolithotomy	- Left Percutaneous Nephrolithotomy	การทำ PCNL คือการรักษา นิ่วแบบใหม่ โดยการส่อง กล้องเข้าในไต เพื่อเอานิ่ว ออก นับเป็นทางเลือกใหม่ ของการรักษานิ่วในไตโดย ไม่ต้องทำการผ่าตัด ผู้ป่วย จะได้รับการรักษาโดยวิธีที่ มีประสิทธิภาพในการกำจัด นิ่วสูงเทียบเท่าการผ่าตัด เปิด แต่ได้รับบาดเจ็บจาก การรักษาน้อยมาก

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1

1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กลัวการผ่าตัด
เนื่องจาก ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา
และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด
2. เกิดความไม่สุขสบายเนื่องจากความเจ็บปวด
3. มีโอกาสได้รับอันตรายจากภาวะความดัน
โลหิตสูง
4. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเมื่อ
กลับไปอยู่บ้านและการเกิดนิ่วซ้ำ

กรณีศึกษารายที่ 2

1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กลัวการผ่าตัด
เนื่องจาก ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา
และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด
2. เกิดความไม่สุขสบายเนื่องจากความเจ็บปวด
3. มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
4. มีโอกาสได้รับอันตรายจากภาวะความดัน
โลหิตสูง
5. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเมื่อ
กลับไปอยู่บ้านและการเกิดนิ่วซ้ำ

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามกระบวนการพยาบาล

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่	ข้อมูลสนับสนุน	ข้อมูลสนับสนุน
1 : ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล	1. สีหน้าวิตกกังวล	1. สีหน้าวิตกกังวล
กลัวการผ่าตัดเนื่องจาก ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษาและการปฏิบัติตัว	2. ผู้ป่วยซักถามเกี่ยวกับวิธีการผ่าตัดด้วยสีหน้าวิตกกังวล กลัวเอาหน้าออกไม่ได้	2. ผู้ป่วยซักถามเกี่ยวกับโรค การรักษา และการผ่าตัดด้วยสีหน้าวิตกกังวล
ก่อนและหลังผ่าตัด	3. ผู้ป่วยบอกกังวลในการเข้ารับการผ่าตัด	3. ผู้ป่วยบอกว่ากลัวเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เพราะไม่เคยผ่าตัดนิ้วโตมาก่อน
วัตถุประสงค์ : วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดลดลง	กิจกรรมพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล
เกณฑ์การประเมินผล	1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจด้วยการแนะนำตนเองและทีมการดูแล	1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจด้วยการแนะนำตนเองและทีมการดูแล
1. สีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มแจ่มใส	2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นของการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด เพื่อให้เกิดความเข้าใจและความร่วมมือ ทั้งนี้ควรมีญาติเข้าร่วมให้ข้อมูลและรับฟังความรู้ข้อมูลที่ให้ด้วย	2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นของการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเพื่อให้เกิดความเข้าใจและความร่วมมือ ทั้งนี้ควรมีญาติเข้าร่วมให้ข้อมูลและรับฟังความรู้ข้อมูลที่ให้ด้วย
2. ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด	3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด รวมทั้งการปฏิบัติตนทั้งก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง และคลายความวิตกกังวล	3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด รวมทั้งการปฏิบัติตนทั้งก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง และคลายความวิตกกังวล
3. ผู้บอกว่าวิตกกังวลลดลง	4. ให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาและประสานกับแพทย์พร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับโรคและการรักษาตัดสินใจร่วมกับแพทย์	4. ให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัวให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาและประสานกับแพทย์พร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับโรคและการรักษาตัดสินใจร่วมกับแพทย์
4. นอนหลับพักผ่อนได้	5. กระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วย พร้อมทั้งส่งเสริม ช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวเพื่อลดความวิตกกังวล	5. กระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วย พร้อมทั้งส่งเสริม ช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวเพื่อลดความวิตกกังวล

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามกระบวนการพยาบาล (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<p>6. เปิดโอกาสให้ซักถามหรือพูดระบายความรู้สึกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดที่จะเกิดขึ้น ให้ได้พบปะพูดคุยกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแล้วเพื่อลดความวิตกกังวล</p> <p>7. หากพบมีอาการเครียด หรือวิตกกังวลจนเกินไปควรให้พบแพทย์ก่อนวันนัด</p> <p>การประเมินผล</p> <p>ผู้ป่วยรับทราบเข้าใจถึงความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด เข้าใจขั้นตอน วิธีการผ่าตัด สีหน้าสดชื่นขึ้น ยินยอมเข้ารับการผ่าตัดตามนัด พักผ่อนได้</p>	<p>6. เปิดโอกาสให้ซักถามหรือพูดระบายความรู้สึกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดที่จะเกิดขึ้น ให้ได้พบปะพูดคุยกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแล้วเพื่อลดความวิตกกังวล</p> <p>7. หากพบมีอาการเครียด หรือวิตกกังวลจนเกินไปควรให้พบแพทย์ก่อนวันนัด</p> <p>การประเมินผล</p> <p>ผู้ป่วยรับทราบเข้าใจถึงความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด สีหน้าสดชื่นขึ้น ยินยอมเข้ารับการผ่าตัดตามนัด ผู้ป่วยบอกก่อนมาตามนัดมีอาการนอนไม่ค่อยหลับ ตื่นเต้นกังวลเล็กน้อย</p>
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่	ข้อมูลสนับสนุน	ข้อมูลสนับสนุน
2 : เกิดความไม่สุขสบายเนื่องจากความเจ็บปวด	ผู้ป่วยบอกมีอาการปวดหลัง ปวดเอวด้านขวา ต้องรับประทานยาแก้ปวดทุกวัน	ผู้ป่วยบอกมีอาการปวดเอวด้านซ้าย ปวดท้อง ปัสสาวะแสบขัด มีอาการปวดเป็นบางครั้ง
วัตถุประสงค์ : บรรเทาอาการปวด	กิจกรรมพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล
เกณฑ์การประเมินผล	1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงสาเหตุของอาการปวดหลัง ปวดเอว	1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงสาเหตุของอาการปวดหลัง ปวดเอว
1. ผู้ป่วยบอกว่าอาการปวดบรรเทา	2. ประเมินลักษณะอาการปวด ความรุนแรง ระดับของความปวด ปัจจัยที่ทำให้ปวด โดยการสอบถาม สังเกต สีหน้าท่าทางและประเมิน pain score	2. ประเมินลักษณะอาการปวด ความรุนแรง ระดับของความปวด ปัจจัยที่ทำให้ปวด โดยการสอบถาม สังเกตสีหน้าท่าทางและประเมิน pain score
2. นอนหลับพักผ่อนได้	3. แนะนำการประเมินความปวดโดยใช้ pain score เมื่อมีอาการปวดที่บ้าน ถ้าระดับ pain score มากกว่าหรือเท่ากับ	3. แนะนำการประเมินความปวดโดยใช้ pain score เมื่อมีอาการปวดที่บ้าน ถ้าระดับ pain score มากกว่าหรือเท่ากับ
3. pain score น้อยกว่า 3 คะแนน	4 ให้รับประทานยาแก้ปวด ประเมินอาการปวดซ้ำหลังทานยา 30-60 นาที ถ้าไม่ดีขึ้น หรือปวดมากกว่า 7 คะแนน ควรมาพบแพทย์	4 ให้รับประทานยาแก้ปวด ประเมินอาการปวดซ้ำหลังทานยา 30-60 นาที ถ้าไม่ดีขึ้น หรือปวดมากกว่า 7 คะแนน ควรมาพบแพทย์

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามกระบวนการพยาบาล (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<p>5. แนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย เบี่ยงเบนความสนใจจากอาการปวด เช่น การทำสมาธิ การหายใจ เป็นต้น</p> <p>6. แนะนำจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบสามารถพักผ่อนได้</p> <p>การประเมินผล หลังเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยมีอาการปวดหลัง ปวดเอวลดลง นานๆ มีอาการปวดที่ ที่บ้านไม่ได้รับประทานยาลดปวด pain score 1- 2 คะแนน พักผ่อนได้</p>	<p>5. แนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย เบี่ยงเบนความสนใจจากอาการปวด เช่น การทำสมาธิ การหายใจ เป็นต้น</p> <p>6. แนะนำจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบสามารถพักผ่อนได้</p> <p>การประเมินผล หลังเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังปวดเอวลดลง มีอาการปวดเป็นบางครั้ง ไม่ได้ปวดตลอดที่บ้านไม่ได้รับประทานยาลดปวด pain score 2 - 3 คะแนน พักผ่อนได้</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 : มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ</p> <p>วัตถุประสงค์ : ปลอดภัยการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none">1. ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.5 - 37.4 องศาเซลเซียส2. ปัสสาวะสีใส ไม่มีขุ่น มีตะกอน หรือมีเลือดปน3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การ UA พบ WBC < 10 cells/HPF4. ไม่มีอาการปวดเอว ปวดหลัง ไม่มีปัสสาวะแสบขัด	<p>- ไม่พบปัญหาติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none">1. UA : WBC 30 -50 cells/HP RBC 50 – 100 cells/HP, Blood 3+ Albumin 1+, Leucocytes 3+2. ปัสสาวะแสบขัดมีเลือดปน3. มีอาการปวดเอว ปวดหลังด้านซ้าย <p>กิจกรรมพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none">1. ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะโดยให้ดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อย 3,000 มล. ต่อวัน2. แนะนำการทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำสบู่น้ำวันละ 2 ครั้ง หรือหลังการถ่ายอุจจาระและขับให้แห้ง3. ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะด้วยตนเองโดยสังเกตอาการใช้ปวดบั้นเอว ปวดท้องน้อย ปัสสาวะขัดมีลักษณะขุ่นเป็นตะกอน หรือมีเลือดปน เป็นต้น4. ประเมินไข้โดยเฉพาะอุณหภูมิหากพบไข้มากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส ควรมาพบแพทย์	

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามกระบวนการพยาบาล (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
		5. แนะนำสังเกตและบันทึกสีลักษณะของน้ำปัสสาวะทุก 4-8 ชั่วโมง หากพบขุ่นมีตะกอน ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด
		6. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาปฏิชีวนะ ตามแผนการรักษา
		ประเมินผล
		ไม่มีอาการไข้ อาการปวดแหวปวดหลังลดลง ปัสสาวะไม่มีแสบขัด ไม่ขุ่นเป็นตะกอน
		UA : WBC 10 -20 cells/HP RBC 10 – 20 cells/HP, Blood 2+ Albumin 1+, Leucocytes 3+
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่	ข้อมูลสนับสนุน	ข้อมูลสนับสนุน
4 : มีโอกาสได้รับอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูง	1. มีประวัติเป็นความดันโลหิตสูง	1. มีประวัติเป็นความดันโลหิตสูง
วัตถุประสงค์ : สามารถควบคุมความดันให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	2. ความดันโลหิต 151/61 มม.ปรอท	2. ความดันโลหิต 169/90 มม.ปรอท
	3. พบความดันโลหิตสูงทุกครั้งที่มาตามนัด	3. ผู้ป่วยชอบรับประทานอาหารเค็มอาหารมัน
เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล
1. ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตซิสโตลิก 90 - 140 มม.ปรอท ความดันโลหิตไดแอสโตลิก 60 - 90 มม.ปรอท	1. ประเมินสัญญาณชีพทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล	1. ประเมินสัญญาณชีพทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล
2. ไม่มีอาการปวดศีรษะหรือเวียนศีรษะ	2. ตรวจสอบปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความดันโลหิตสูง	2. ตรวจสอบปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความดันโลหิตสูง
	3. แนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	3. แนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
	4. แนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาให้รับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพราะโรคนี้รักษาไม่หายขาด	4. แนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาให้รับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพราะโรคนี้รักษาไม่หายขาด
	5. ตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วยว่าถูกต้องหรือไม่ทุกครั้งที่นัด	5. ตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วยว่าถูกต้องหรือไม่ทุกครั้งที่นัด
	6. แนะนำการวัดความดันโลหิตให้กับผู้ป่วยที่บ้าน	6. แนะนำการวัดความดันโลหิตให้กับผู้ป่วยที่บ้าน

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามกระบวนการพยาบาล (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	7. แนะนำให้มาพบแพทย์ตามนัด	7. แนะนำให้มาพบแพทย์ตามนัด
	การประเมินผล	การประเมินผล
	ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มี	ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มี
	อาการปวดศีรษะหรือเวียนศีรษะ ไม่มี	อาการปวดศีรษะหรือเวียนศีรษะ
	ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ผู้	ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากความดัน
	ป่วยไม่ขาดยา มีลิ้มรับประทานยาบาง	โลหิตสูง ผู้ป่วยไม่ขาดยา รับประทาน
	วัน	ยาได้ถูกต้อง
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่	ข้อมูลสนับสนุน	ข้อมูลสนับสนุน
5 : ขาดความรู้ในการปฏิบัติ	ผู้ป่วยเคยเป็นนิ่วไต ครั้งนี้กลับเป็นซ้ำ	ผู้ป่วยคิดว่าผ่าตัดเอานิ่วออกแล้วจะ
ตอนที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	ครั้งที่ 2	หายเป็นปกติและไม่เกิดนิ่วซ้ำ
และการเกิดนิ่วซ้ำ	ผู้ป่วยไม่มีความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัว	ผู้ป่วยไม่มีความรู้ในเรื่องการปฏิบัติ
วัตถุประสงค์ : มีความรู้ในการ	เพื่อป้องกันการเกิดนิ่วซ้ำ	ตัวเพื่อป้องกันการเกิดนิ่วซ้ำ
ป้องกันการเกิดนิ่วซ้ำ	กิจกรรมพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล
เกณฑ์การประเมินผล :	1. แนะนำให้ดื่มน้ำสะอาดวันละ	1. แนะนำให้ดื่มน้ำสะอาดวันละ
สามารถบอกได้ถึงวิธีการดูแล	ประมาณ 3,000 - 4,000 มิลลิลิตร	ประมาณ 3,000 -4,000 มิลลิลิตร
ตนเองการปฏิบัติตัวเพื่อ	2. ควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่	2. ควรรับประทานอาหารให้ครบ 5
ป้องกันการเกิดนิ่วซ้ำ	และไม่ควรรับประทานอาหารชนิดใด	หมู่และไม่ควรรับประทานอาหาร
	ชนิดหนึ่งซ้ำอยู่เป็นเวลานานๆ	ชนิดใดชนิดหนึ่งซ้ำอยู่เป็นเวลานานๆ
	3. ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ	3. ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
	เช่น การเดิน โยคะ ไทเก๊ก วิ่งเหยาะๆ	เช่น การเดิน โยคะ ไทเก๊ก วิ่ง
	หรือมีการเคลื่อนไหวร่างกายบ่อยๆ	เหยาะๆ หรือมีการเคลื่อนไหวร่าง
	4. ลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน	กายบ่อยๆ
	ค่าดัชนีมวลกาย Body Mass Index	4. ลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์
	(BMI) เกณฑ์ปกติคืออยู่ระหว่าง 18.50-	มาตรฐาน ค่าดัชนีมวลกาย Body
	22.90	Mass Index (BMI) เกณฑ์ปกติคือ
	5. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องเสียเหงื่อ	อยู่ระหว่าง 18.50-22.90
	มากๆ เช่น อยู่ในที่มีอากาศร้อนหรืออยู่	5. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องเสียเหงื่อ
	กลางแจ้งเป็นเวลานานๆ ควรดื่มน้ำ	มาก ๆ เช่น อยู่ในที่มีอากาศร้อนหรือ
	มากๆ ในกรณีที่เสียเหงื่อเพื่อชดเชยไม่	อยู่กลางแจ้งเป็นเวลานานๆ ควรดื่ม
	ให้ร่างกายขาดน้ำ	น้ำมากๆ ในกรณีที่เสียเหงื่อเพื่อ
	6. หลีกเลี่ยงความเครียดและนอนหลับ	ชดเชยไม่ให้ร่างกายขาดน้ำ
	พักผ่อนให้เพียงพอ คือไม่น้อยกว่า 7-8	6. หลีกเลี่ยงความเครียดและนอน
	ชั่วโมงต่อวัน	หลับพักผ่อนให้เพียงพอ คือไม่น้อย
	7. รับประทานอาหารที่มีวิตามินเอเพิ่ม	กว่า 7-8 ชั่วโมงต่อวัน

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามกระบวนการพยาบาล (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<p>8. การดื่มน้ำมะนาวหรือน้ำมะนาวเข้มข้น สามารถยับยั้งการก่อเนื้องอกและลดการบาดเจ็บของเซลล์บุท่อไตได้ดี</p> <p>9. มาตรวจตามแพทย์นัดอย่างต่อเนื่อง และหากมีyarัรับการประทานควรรับประทานตามคำสั่งการรักษาของแพทย์</p> <p>การประเมินผล</p> <p>ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเรื่องวิธีการป้องกันการเกิดนิ่วซ้ำได้อย่างถูกต้อง และมีการดูแลสุขภาพ ใส่ใจในการดูแลตัวเองมากขึ้น</p>	<p>7. รับประทานอาหารที่มีวิตามินเอเพิ่ม</p> <p>8. การดื่มน้ำมะนาวหรือน้ำมะนาวเข้มข้นสามารถยับยั้งการก่อเนื้องอกและลดการบาดเจ็บของเซลล์บุท่อไตได้ดี</p> <p>9. มาตรวจตามแพทย์นัดอย่างต่อเนื่อง และหากมีyarัรับการประทานควรรับประทานตามคำสั่งการรักษาของแพทย์</p> <p>การประเมินผล</p> <p>ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเรื่องวิธีการป้องกันการเกิดนิ่วซ้ำได้อย่างถูกต้อง สนใจสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ใส่ใจในการดูแลตัวเองมากขึ้น</p>

อภิปราย

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนิ่วไตและได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้อง ผ่านผิวหนังเหมือนกัน จากประวัติกรณศึกษาที่ 1 อายุ 71 ปี เป็นผู้สูงอายุ เคยมีประวัติเป็นนิ่วไตมาก่อนครั้งนี้เป็นการกลับเป็นซ้ำ ครั้งที่ 2 เคยผ่าตัดนิ่วไตมาแล้ว 2 ครั้ง มีโรคประจำตัวหลายโรค คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคไทรอยด์ โรคต่อมลูกหมากโต และ Myasthenia Gravis กรณศึกษาที่ 2 อายุ 55 ปี เป็นนิ่วไตครั้งแรก ยังไม่เคยผ่าตัด มีอาการปัสสาวะแสบขัด มีเลือดปน มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะร่วมด้วย มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง จากประวัติและการประเมินภาวะสุขภาพใช้กรอบแนวคิดตาม 11 แบบแผนของ Gordon นำมากำหนดปัญหาทางการพยาบาลและได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ พบว่าการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดมีความสำคัญ

มาก ทั้งในเรื่องการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการรักษาโดยการผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวล การพยาบาลในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเพื่อเฝ้าระวังควบคุมอาการของโรคไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน การจัดการอาการเจ็บป่วยและการแนะนำการปฏิบัติตัว เพื่อเข้ารับการผ่าตัดพยาบาลห้องตรวจศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะจึงมีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ซึ่งพยาบาลต้องมีสมรรถนะในการคัดกรอง ประเมินอาการ ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้การรักษาพยาบาล เฝ้าระวังและติดตามอาการผู้ป่วย ติดตามการมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็ว ครอบคลุม และปลอดภัย นอกจากนี้การให้ความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน การเกิดนิ่วซ้ำเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเข้าใจ จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การบำบัดด้วยอาหาร น้ำและยาช่วยลดความเสี่ยงของการกลับเป็นนิ่วไตซ้ำได้ ดังนั้นการจัดการ เพื่อป้องกันการกลับเป็นนิ่วไตซ้ำจึงให้ความสำคัญกับการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร น้ำ และยา โดยมีเป้าหมายเพื่อส่ง

เสริมสมรรถนะของสารประกอบเกลือแร่และคุณสมบัติทางเคมีในน้ำปัสสาวะ ป้องกันไม่ให้เกิดการจับรวมตัวเป็นผลึกนี้ขึ้นได้ พยาบาลซึ่งมีหน้าที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยย่อมมีบทบาทสำคัญที่จะแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจ ถึงสาเหตุของการเกิดนิ่วในไต รวมถึงโอกาสของการกลับเป็นซ้ำและให้แนวทางการบำบัดด้วยอาหารและน้ำโดยเลือกรับประทานอาหารที่สามารถช่วยลดโอกาสเกิดนิ่วซ้ำได้อย่างเหมาะสม จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคนี้ไตที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องผ่านผิวหนังมาเข้ารับการรักษาผ่าตัดตามนัดหมาย ไม่มีการเลื่อนนัด ผู้ป่วยเตรียมตัวก่อนมาผ่าตัดได้อย่างถูกต้องตามคำแนะนำหลังผ่าตัดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยปลอดภัยจากการรักษา

สรุป

จากการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยนิ่วไตที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องผ่านผิวหนัง ซึ่งเป็นการพัฒนาเทคโนโลยีใหม่ เพื่อรักษานิ่วไตโดยหลีกเลี่ยงการผ่าตัดที่มีผลขนาดใหญ่ โดยในการให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเข้ารับบริการในห้องตรวจคัดกรองทางเดินปัสสาวะจนออกจากห้องตรวจเริ่มตั้งแต่การพยาบาลในระยะก่อนการตรวจรักษา ได้แก่ การตรวจคัดกรอง การประเมินและเฝ้าระวังอาการผู้รับบริการต่อเนื่อง การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล พยาบาลที่ให้การดูแลต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค แนวทางการรักษา และการเตรียมตัวผู้ป่วยให้พร้อมในการผ่าตัด เน้นเรื่องการให้คำแนะนำการเตรียมตัวทั้งก่อนและหลังผ่าตัด การปฏิบัติตนเมื่ออยู่บ้าน และที่สำคัญคือการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดนิ่วซ้ำ

ข้อเสนอแนะ

1. สื่อดิจิทัลเรื่องนิ่วไตมีน้อยและไม่มีวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้ที่เป็นนิ่วชนิดต่างๆ ที่ทราบชนิดหลังจากเอานิ่วออกไปตรวจ จึง

ควรจัดทำสื่อดิจิทัลเพื่อให้ผู้ป่วยทราบว่าควรป้องกันการกลับเป็นซ้ำซ้ำได้อย่างไรและเพื่อความสะดวกในการให้คำแนะนำว่าควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภทใดบ้าง ให้ความสะดวกในการอธิบายเกี่ยวกับอาหาร ป้องกันมิให้ผู้ป่วยลืมและสามารถกลับไปดูที่บ้านได้

2. ควรจัดให้มีคลินิกเฉพาะโรคนี้ไว้ที่ห้องตรวจคัดกรองทางเดินปัสสาวะสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ ได้พบปะพูดคุยเพื่อให้คำแนะนำในเรื่องโรคนี้ ผู้ป่วยที่สูงอายุ ควรจัดสอนโดยมีญาติร่วมฟังการสอนด้วยอาจแบ่งการสอนแบบเป็นกลุ่มหรือรายบุคคลเพื่อเพิ่มความเข้าใจ ในการปฏิบัติตัวได้ดีขึ้น

3. ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปขยายผลในหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น งานผู้ป่วยนอก ในแผนกอื่นๆหรือคลินิกเฉพาะทางแต่ละด้านเพื่อติดตามคุณภาพการดูแลผู้ป่วยต่อไป

4. ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงผลลัพธ์แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และติดตามสถานการณ์คุณภาพการพยาบาลในห้องตรวจคัดกรองทางเดินปัสสาวะ พัฒนาปรับใช้กับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพต่อไปในระยะยาว ให้สอดคล้องกับแผนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยเน้นพัฒนาระบบบริการพยาบาลให้มีคุณภาพให้ได้มาตรฐานตอบสนองนโยบายของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และที่สำคัญเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ห้องตรวจคัดกรองทางเดินปัสสาวะ ที่ให้ความเอื้อเฟื้อในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้คำปรึกษา อนุเคราะห์ข้อมูล พร้อมทั้งอำนวยความสะดวกการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ไพฑูรย์ คชเสนี, วีระ วิเศษสินธุ์, สมบุญ เหลืองวัฒนาภิจ. นิ่วในทางเดินปัสสาวะ. ใน: ไพฑูรย์ คชเสนี, ฤกษ์รัตน์โอฬาร, บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ชาย. กรุงเทพมหานคร; หจก.สยามสเตชันเนอร์ซีฟฟลายส์, 2537.
2. Kongkiatkul S, Banhansupawat T, Khamsiri A, ukaprasong P, Chattan N. Statistical Report 2011 [Internet]. Nonthaburi: Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2012 [cited 2015 Nov 5]. Available from: <http://203.157.32.40/statreport/Static2554.pdf>
3. ชาญวิทย์ ตันติพิพัฒน์, ธนิต วัชรพุกกั. ตำราศัลยศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร; ด้านสุทธาการพิมพ์, 2542.
4. Sriboonlue P, Prasongwatana V, Chata K, Tungsanga K. Prevalence of upper urinary tract stone disease in a rural community of North-Eastern Thailand. Br J Urol 1992; 69(3): 240-4.
5. วรวัฒน์ ชุ่มสาย ณ ออยุธยา, สุพจน์ วุฒิการณ์, ธนพลอยเสียมแสง, สมัคร อนุตระกูลชัย, สุริธร สุนทรพันธ์. แนวโน้มของอุบัติการณ์ของนิ่วทางเดินปัสสาวะ ในช่วง 3 ทศวรรษ ณ โรงพยาบาลเชียงใหม่. การสัมมนาแห่งชาติเรื่องนิ่วทางเดินปัสสาวะและrenal tubular acidosis. ครั้งที่ 1; 2530. หน้า 13-8.
6. สมชาย เอี่ยมอ่อง, สมจิตร เอี่ยมอ่อง, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, ขจร ตีรณธนากุล, เกรียง ตั้งสง่า, และวิศิษฐ์ สิตปรีชา. (บ.ก.). (2554). Textbook of nephrology. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัลพับลิเคชั่น.
7. Johri N, Jaeger P, Robertson W, Choong S, & Unwin R. Renal stone disease. Medicine 2011; 39(7), 371-7.
8. Chanapa, P. The Risk Factors of Kidney Stone Focusing on Calcium and Oxalate. Songklanagarind Medical Journal 2011; 29(6), 299-308.
9. สมพล เพิ่มพงศ์โกศล. ตำราการผ่าตัดแบบมีความรุนแรงน้อยในศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ. กรุงเทพมหานคร; มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555.
10. Eisenberger F, Miller K, Rassweiler J. Extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL). In : Stone therapy in urology. Stuttgart : Georg Thieme Verlag 1991 .29-82.
11. มณฑิรา มฤคทัต. นิ่วในทางเดินปัสสาวะ. สงขลา; โอ เอส พริ้นติ้งเฮ้าส์, 2545.

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบฝึกทนทานและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อ ความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ

The Effect of Endurance Training and Muscle Strengthening Exercise Program on Balance Ability in Elders

ชุตินา นิตุธร*, กุลณัฐ อัฐรัตน์**, ดมิตรา เกรียงสีห์หมื่น***

Chutima Nituthon, Kunlanat Ittarat, Damitsara Kreangseemuen

Email: Suanpayom@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบฝึกทนทานและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ

วิธีการศึกษา: ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม จำนวน 60 ราย ถูกสุ่มแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่าๆกัน ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มถูกคัดออกในภายหลังระหว่างดำเนินโครงการกลุ่มละ 6 คน โดยกลุ่มทดลองจำนวน 24 คน ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายแบบฝึกทนทานและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ จำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ขณะที่กลุ่มควบคุมจำนวน 24 คน ได้รับการรักษาตามมาตรฐานทางกายภาพบำบัด เมื่อครบ 6 สัปดาห์ แล้วผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการประเมินการทรงตัวด้วย Timed up and go test (TUGT), Five times sit to stand test (FTSST), Single leg stand test (SLST) และภาวะกลัวการหกล้มด้วยแบบประเมิน FES-I ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเชิงปริมาณและใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test และ The Mann-Whitney U Test

ผลการศึกษา: ภายในกลุ่มทดลองมีผลการประเมินการทรงตัวด้วย TUGT, FTSST, SLST เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$ ทุกตัวแปร) ภายในกลุ่มควบคุมมีผลการประเมินการทรงตัวด้วย FTSST เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.001$) ส่วน TUGT และ SLST ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบผล ก่อน-หลัง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าในส่วนของคุณค่า FTSST ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.110$) แต่ในส่วนของคุณค่า TUGT และ SLST มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.003$) โดยในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของ TUGT และ SLST ที่ดีกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม เมื่อประเมินความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุด้วยแบบทดสอบ FES-I ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนความกลัวการหกล้มที่ลดลงหลังได้รับโปรแกรมเหมือนกัน และไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ($P = 0.628$)

สรุป: โปรแกรมการออกกำลังกายแบบฝึกทนทานและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ สามารถเพิ่มความสามารถในการทรงตัว ลดความเสี่ยงของการหกล้มและภาวะการกลัวล้มได้ เป็นทางเลือกหนึ่งของการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การทรงตัว, โปรแกรมการออกกำลังกาย

Abstract

Objective: The objective of this research was to find out the effect of endurance training and muscle strengthening exercise program on balance ability in elders.

Methods: 60 elders who have risk of fall were divided into 2 equal groups, consists of control and experimental groups. Later 6 elders of each group were excluded during the process. The experimental group (n=24) received the muscle endurance and strengthening exercise to improve balance ability in elder program 2 times a week for 6 weeks, while the control group (n=24) received standard physical therapy treatment include therapeutic exercise 2 times a week for 6 weeks. All participants were assessed balance by Timed up and go test (TUGT), Five times sit to stand test (FTSST), Single leg stand test (SLST) and Fear of falling test (FOF) immediately before and after the six-week intervention period. The data were analyzed quantitatively using Wilcoxon Signed Rank statistics and The Mann-Whitney U Test.

Results: The result of this study found the experimental group had significantly improved in TUGT, FTSST, SLST after finished the program ($P < 0.001$ all variables), while the control group had significantly improved in FTSST ($P = 0.001$). For Comparing between 2 groups found not significantly difference in FTSST ($P = 0.110$), however the TUGT and SLST scores between 2 groups found significantly difference ($P = 0.003$), the experimental group showed better improved performance in the TUGT and SLST than the control group. For fear of falling (FOF) examination, all elders were assessed using FES-I and found that the experimental and the control groups had the same decreased in fear of falling scores after received the program. For Comparing between 2 groups found significantly difference in FOF scores ($P = 0.628$).

Conclusions: The muscles endurance training and strengthening exercise program able to improve balance and stability and decrease risk of falling.

Keywords: The elder, Balance, Exercise program

Corresponding author: Email: Suanpayom@gmail.com

Received: December 13, 2023; **Accepted:** January 9, 2024

บทนำ

การทรงตัวไม่ดีทำให้เกิดปัญหาการพลัดตกหกล้ม ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญมากสำหรับผู้สูงอายุ เมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุจะเกิดกระบวนการเสื่อมของร่างกาย ความแข็งแรงและสมรรถภาพทางกายลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะที่เกี่ยวข้องกับการทรงตัวในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุหกล้มได้ง่าย ซึ่งในแต่ละปีจะพบอุบัติเหตุผู้สูงอายุหกล้มประมาณ 3 ล้านราย และบาดเจ็บต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 60,000 รายต่อปี⁽¹⁾ จากการรายงานอุบัติการณ์การเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้นพบว่ามียุบัติการณ์ของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ปัญหาในเรื่องประชากรของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และประชากรกลุ่มผู้สูงอายุมีการกระจายตัวอยู่ในทุกชุมชน เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาแนวทางในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยพบว่าจังหวัดร้อยเอ็ดมีประชากร ผู้สูงอายุทั้งสิ้น 248,560 คน คิดเป็น ร้อยละ 19.5⁽²⁾ เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้สูงอายุจากปี 2558 - 2564 พบว่าจังหวัดร้อยเอ็ดมีแนวโน้มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งในปัจจุบันผู้สูงอายุในจังหวัดร้อยเอ็ดพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงล้มถึง ร้อยละ 18.6⁽³⁾ การป้องกันการพลัดตกหกล้มจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรสุขภาพที่ต้องให้ความสนใจและร่วมมือกันในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง การค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยง ตลอดแนวทางการแก้ปัญหาทั้งในชุมชนและในสถานบริการของรัฐ ทั้งนี้เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงหรือผลกระทบต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นตามมา รวมทั้งลดอัตราการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอีกด้วย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาเรื่องโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายแบบฝึกทันทานและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ เพื่อหาแนวทางป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบฝึกทันทานและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทรงตัวก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายแบบฝึกทันทานและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุ
3. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทรงตัวระหว่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายแบบฝึกทันทานและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อของกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลรักษาทางกายภาพบำบัดตามปกติ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองที่มีรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) เป็นแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ประชากร 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชน เขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ดจำนวน 60 คน กลุ่มละ 30 คน โดยการ Random selection เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งสองกลุ่มจะได้รับการนัดหมายเข้าร่วมทำกิจกรรมที่งานกายภาพบำบัด ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพสวนพยอม โดยผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลทั่วไป ทดสอบ pre-test และนัดหมายอาสาสมัครทำโปรแกรมของแต่ละกลุ่ม จำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ทั้งหมด 6 สัปดาห์ จากนั้นทำการทดสอบ Post-test เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ผู้สูงอายุ อายุ 60-75 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่สามารถเดินได้เองโดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินและทดสอบการทรงตัว TUGT, FTSST, SLST แล้วพบว่ามีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion

criteria) มีดังนี้ ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้จนครบ 6 สัปดาห์ และมีภาวะเจ็บป่วยกะทันหัน ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาวิจัยได้ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นไข้ หายใจลำบาก แน่นหน้าอก มีภาวะของน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไป เป็นต้น โดยจำนวนอาสาสมัครทั้งหมด 60 คน ถูกแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน แต่ระหว่างดำเนินโครงการให้โปรแกรม มีอาสาสมัคร ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้จนครบ 6 สัปดาห์ ทั้งหมด 12 คน คือ กลุ่มทดลอง 6 คน และกลุ่มควบคุม 6 คน ทำให้เหลืออาสาสมัครทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการจนครบระยะเวลา มี 48 คน โดยกลุ่มทดลองมี 24 คน และกลุ่มควบคุมมี 24 คน

เครื่องมือในการวิจัย เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

กลุ่มทดลอง ผู้สูงอายุได้รับโปรแกรมท่าออกกำลังกายตามโปรแกรมทั้งหมด 12 ท่า บันทึกการนัดหมายทำกิจกรรม เพื่อติดตามความต่อเนื่อง ซึ่งผู้วิจัยได้

ให้อาสาสมัครทำการออกกำลังกายตามโปรแกรม โดยสัปดาห์ที่ 1-3 ให้อาสาสมัครฝึกการออกกำลังกาย โปรแกรมการทรงตัวระดับง่าย (ท่าที่ 1-5) สัปดาห์ที่ 4-6 เพิ่มท่าฝึกการออกกำลังกาย โปรแกรมการทรงตัวระดับยาก (ท่า 6-12) โดยอาสาสมัครต้องทำการออกกำลังกาย 2 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ โปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายแบบฝึก ทนทานและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อความสามารถในการทรงตัว ของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 การออกกำลังกายแบบฝึกทนทาน และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ หมายเหตุ เพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อโดยสัปดาห์ที่ 2 และ 3 จะค่อยๆ เพิ่มจำนวนครั้งในการออกกำลังกายเพิ่มสัปดาห์ละ 10 ครั้งต่อเซต และเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ละเซต ถึง 3 เซต ตามลักษณะความทนทาน และความแข็งแรงของแต่ละบุคคลของผู้สูงอายุ

สัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 3

ท่าที่ 1 ท่าบริหารลำตัว

ยืนตัวตรงขาออกเล็กน้อย มือเท้าเอว บิดลำตัว ช่วงบนไปด้านขวาและซ้ายโดยไม่บิดสะโพก ทำซ้ำ 10 ครั้ง



สัปดาห์ที่ 4 ถึงสัปดาห์ที่ 6

ท่าท่าที่ 1-5 แล้วทำเพิ่มท่าที่ 6-12

ท่าที่ 6 ท่าเขย่งยืนตัวตรง

มือจับโต๊ะหรือเก้าอี้ค้ำยัน เขย่งปลายเท้าขึ้นช้าๆ ค้างไว้ 5 วินาที ทำซ้ำ 10 ครั้ง



สัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 3

สัปดาห์ที่ 4 ถึงสัปดาห์ที่ 6

ท่าที่ 2 ทำบริหารเข้าทางด้านหลัง

ยืนตัวตรง มือจับโต๊ะหรือเก้าอี้เพื่อพยุงตัว จากนั้นงอ
ปลายขาเข้า ยกค้างไว้ 5 วินาที จึงผ่อนขาลง ทำซ้ำ
แต่ละข้าง ซ้ำละ 10 ครั้ง



ท่าที่ 7 ทำยืนด้วยส้นเท้า

มือจับโต๊ะหรือเก้าอี้ค้อยๆ เปิดปลายเท้าขึ้นช้าๆ ค้างไว้
5 วินาที ทำซ้ำ 10 ครั้ง



ท่าที่ 3 ทำบริหารกล้ามเนื้อขา

ผู้สูงอายุยืนตัวตรง ประสานมือไว้ที่หน้าอก จากนั้น
ทำการย่อขา หลังตรง โนม้ตัวไปข้างหน้าเล็กน้อย แล้ว
หย่อนก้นลงนั่งบนเก้าอี้ซ้ำๆ ทำซ้ำ 10 ครั้ง



ท่าที่ 8 ทำยืนบริหารกางขา

ยืนตัวตรง มือจับโต๊ะหรือเก้าอี้จากนั้นกางขาข้างหนึ่ง
ออกทางด้านข้าง กางค้างไว้ 5 วินาที แล้วกลับสู่ท่ายืน
ตรง ทำซ้ำแต่ละข้าง ซ้ำละ 10 ครั้ง



ท่าที่ 4 ทำบริหารกล้ามเนื้อสะโพก

ยืนตัวตรง มือจับโต๊ะหรือเก้าอี้เหยียดขาไปทางด้านหลัง
ค้างไว้ 5 วินาที จากนั้นกลับสู่ท่ายืนตรง ทำซ้ำ
แต่ละข้าง ซ้ำละ 10 ครั้ง



ท่าที่ 9 ทำบริหารข้อเข่าและข้อเท้า

นั่งเก้าอี้ ยกขาขึ้นทีละข้างเริ่มจากขาขวา ก่อนยกค้างไว้
จากนั้นกระดกปลายเท้าขึ้นลง 10 ครั้ง แล้วทำสลับ
ข้าง ทำซ้ำข้างละ 10 ครั้ง



สัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 3

สัปดาห์ที่ 4 ถึงสัปดาห์ที่ 6

ท่าที่ 5 ทำบริหารกล้ามเนื้อข้อสะโพก

ยืนตัวตรง มือจับโต๊ะหรือเก้าอี้ยกขาขึ้นสูงถึง
กึ่งกลางของต้นขาข้างนั้น โดยยกขาสลับกันซ้าย
และขวา ทำซ้ำทั้งหมด 20 ครั้ง คือ ข้างขวา ยก 10
ครั้ง ข้างซ้าย ยก 10 ครั้ง



ท่าที่ 10 ทำเดินไปทางด้านข้าง

ให้ยืนตัวตรงมองไปข้างหน้า มือเท้าเอว เดินไปทางด้าน
ขวา เดินไปทางด้านขวา 10 ก้าว จากนั้นเดินไปทางด้าน
ซ้าย 10 ก้าว ทำซ้ำ 10 รอบ



ท่าที่ 11 ทำเดินต่อเท้า

ยืนตรงมองไปข้างหน้า เริ่มเดินไปก้าวไปข้างหน้า ใน
ลักษณะปลายเท้าต่อส้นเท้าและเดินจนครบ 10 ก้าว
จากนั้นหันหลังกลับ เดินต่อเท้าแบบเดียวกันกลับไปจุด
เริ่มต้น ทำซ้ำ 10 รอบ



ท่าที่ 12 ทำเดินเลข 8

ให้เดินปกติ เดินวนตามลูกศรที่เขียนเป็นเลขแปดตั้ง
รูปภาพ ทำซ้ำ 10 รอบ



กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานกายภาพบำบัด พร้อมสอนท่าออกกำลังกายเพื่อการรักษาตามโรคหรืออาการที่เป็น ร่วมกับให้คำแนะนำการดูแลตนเองเบื้องต้นทางกายภาพบำบัด โดยอาสาสมัครได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานกายภาพบำบัด 2 วันต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 6 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุและแบบทดสอบการทรงตัว ทำการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง แบบประเมิน Timed Up & Go Test (TUGT) ที่ใช้เวลาในการทดสอบมากกว่า 10 วินาทีขึ้นไป, แบบประเมิน Five Times Sit to Stand Test (FTSST) ที่ใช้เวลาทดสอบมากกว่า 12 วินาที, แบบประเมิน Single Leg Stance Test (SLST) ที่ใช้เวลาทดสอบน้อยกว่า 10 วินาที แปลผลว่าเสี่ยงหกล้ม แบบประเมินภาวะกลัวการล้มในผู้สูงอายุ (Fear of fall, FOF) โดยใช้แบบประเมิน The Falls Efficacy Scale-International (FES-I) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดย ลัดดา เถียมวงศ์⁽⁴⁾ เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้ คะแนน 16-21 คะแนน แสดงว่าไม่กลัวการหกล้ม คะแนน 22-27 คะแนน แสดงว่ากลัวการหกล้มเล็กน้อย ถึงปานกลาง คะแนน 28-64 คะแนน แสดงว่ากลัวการหกล้มมาก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สำหรับข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนาในการอธิบายลักษณะของข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนข้อมูลคะแนนการทรงตัว และความกลัวการหกล้มพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ในการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบภายในกลุ่มจึงใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มใช้สถิติ The Mann-Whitney U Test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE047/2566 รับรองวันที่ 9 พฤษภาคม 2566

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

พบว่าในกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 33.3 เพศหญิง ร้อยละ 66.7 มีอายุอยู่ระหว่าง 70-74 ปี มากที่สุด ร้อยละ 37.5 มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 41.7 ส่วนใหญ่มีโรคทางกายภาพบำบัดมากที่สุดเป็น C-spondylosis ร้อยละ 37.5 มีผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสามี ร้อยละ 33.3 ในกลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย ร้อยละ 37.5 เพศหญิง ร้อยละ 62.5 อายุอยู่ระหว่าง 60-64 ปี มากที่สุด ร้อยละ 41.7 มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 50.0 มีโรคทางกายภาพบำบัดส่วนใหญ่เป็น L-spondylosis ร้อยละ 45.8 มีผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสามี ร้อยละ 37.5 ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=24)		กลุ่มควบคุม (n=24)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	8	33.3	9	37.5
หญิง	16	66.7	15	62.5
ช่วงอายุ				
60-64 ปี	1	4.2	10	41.7
65-69 ปี	8	33.3	6	25.0
70-74 ปี	9	37.5	7	29.2
75-79 ปี	3	12.5	1	4.2
80 ปีขึ้นไป	3	12.5	0	0
โรคประจำตัว				
ไขมันในโลหิตสูง	3	12.5	1	4.2
ความดันโลหิตสูง	9	37.5	4	16.7
โรคหลอดเลือดและหัวใจ	0	0	2	8.3
มากกว่า 1 โรค	10	41.7	12	50.0
อื่นๆ	0	0	1	4.2
ไม่มี	2	8.3	4	16.7
โรคทางกายภาพบำบัด				
OA knee	1	4.2	6	25.0
L-spondylosis	8	33.3	11	45.8
C-spondylosis	9	37.5	3	12.5
Stroke	3	12.5	1	4.2
มากกว่า 1 โรค	3	12.5	0	0
อื่นๆ	1	4.2	3	12.5
ไม่มี	0	0	0	0
ผู้ดูแล				
สามี	8	33.3	9	37.5
ภรรยา	6	25.0	8	33.3
บุตร	8	33.3	4	16.7
ไม่มี	2	8.3	2	8.3
อื่นๆ	0	0	1	4.2

2. การทรงตัวของผู้สูงอายุ

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนการทรงตัวก่อน-หลัง ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายภายในกลุ่มทดลองพบว่ามีการประเมินการทรงตัวด้วย TUGT, FTSST, SLST เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$ ทุกตัวแปร) ดังตารางที่ 3 ส่วนภายในกลุ่มควบคุมพบว่าค่า FTSST เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.001$) ส่วน TUGT

และ SLST ไม่พบว่ามีค่าความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.440, P = 0.753$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า FTSST ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.110$) แต่ในส่วนของ TUGT และ SLST มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของ TUGT และ SLST ที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม ตารางที่ 5

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนการทรงตัวก่อน-หลัง ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายภายในกลุ่มทดลอง

การประเมินการทรงตัว	กลุ่มทดลอง (n=24)		
	Median	95%CI	P-value
TUGT			
ก่อน	12.18	10.40-13.60	
หลัง	10.35	9.10-11.44	<0.001
FTSST			
ก่อน	13.75	11.79-15.56	
หลัง	10.84	9.46-12.18	<0.001
SLST			
ก่อน	10.65	7.06-12.56	
หลัง	13.53	11.47-20.41	<0.001

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนการทรงตัวก่อน-หลัง ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายภายในกลุ่มควบคุม

การประเมินการทรงตัว	กลุ่มควบคุม (n=24)		
	Median	95%CI	P-value
TUGT			
ก่อน	10.61	9.56-12.06	
หลัง	10.52	9.91-11.56	0.440
FTSST			
ก่อน	13.39	11.43-14.96	
หลัง	11.64	10.57-13.20	0.001
SLST			
ก่อน	10.30	7.46-14.30	
หลัง	13.27	8.32-20.27	0.753

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของผลต่างการเปลี่ยนแปลงคะแนนประเมินการทรงตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การประเมินการทรงตัว	Median difference	95%CI	P-value
TUGT			
กลุ่มทดลอง	1.62	0.99-1.89	0.003
กลุ่มควบคุม	0.49	-0.97-0.92	
FTSST			
กลุ่มทดลอง	2.91	1.92-4.54	0.110
กลุ่มควบคุม	1.38	0.80-2.57	
SLST			
กลุ่มทดลอง	4.61	2.16-7.41	0.003
กลุ่มควบคุม	-0.06	-1.78-3.07	

3. ความกังวลหรือกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ

สำหรับการประเมินความกังวลหรือกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนก่อนและหลังทางสถิติภายในกลุ่ม พบว่าในกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (P=0.088) ส่วนในกลุ่มควบคุม

มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (P=0.009) ตารางที่ 6 และ 7 แต่อย่างไรก็ตามเมื่อทำการเปรียบเทียบค่าการเปลี่ยนแปลงคะแนนความกังวลหรือกลัวการหกล้มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (P=0.628) ตารางที่ 8

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของผลการประเมินความกังวลหรือกลัวการหกล้มจากแบบทดสอบ FES-I ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมภายในกลุ่มทดลอง

การประเมินความกังวลหรือกลัวการหกล้ม	กลุ่มทดลอง (n=24)		
	Median	95%CI	P-value
FOF			
ก่อน	33.00	24.74-36.25	0.088
หลัง	25.50	23.00-32.25	

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของผลการประเมินความกังวลหรือกลัวการหกล้มจากแบบทดสอบ FES-I ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมภายในกลุ่มควบคุม

การประเมินความกังวลหรือกลัวการหกล้ม	กลุ่มควบคุม (n=24)		
	Median	95%CI	P-value
FOF			
ก่อน	32.00	25.00-36.00	0.009
หลัง	24.00	21.00-28.00	

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความแตกต่างของผลการเปลี่ยนแปลงคะแนนความกังวลหรือกลัวการหกล้มจากแบบทดสอบ FES-I ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การประเมินความกังวลหรือ กลัวการหกล้ม	Median difference	95%CI	P-value
FOF			
กลุ่มทดลอง	2.0	-0.50-11.50	
กลุ่มควบคุม	4.5	1.49-10.00	0.628

อภิปราย

สำหรับในกลุ่มควบคุมที่พบว่าค่า FTSST ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญแต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มทดลอง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับ อาจเนื่องมาจากท่าบริหารที่ให้เพื่อการฟื้นฟูอาการโรคที่ผู้สูงอายุเป็นในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่จะมีท่าเกี่ยวกับการเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัว และขา เช่น ในโรค L-spondylosis ท่าออกกำลังกายเป็นการเสริมกำลังกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวมัดลึก ซึ่งเมื่อกำลังกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวมีความแข็งแรงมากขึ้น จะส่งผลให้การเคลื่อนไหวร่างกายดีขึ้นด้วยและมีผลทำให้การทรงตัวดีขึ้นโดยมีค่า FTSST ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญสอดคล้องกับการศึกษาของ Puntumetakul et al. (2021)⁽⁵⁾ ส่วนใน OA knee ท่าบริหารจะเกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า กล้ามเนื้อสะโพกเป็นส่วนใหญ่ ส่งผลให้มีความแข็งแรงของขามากขึ้น และในคนใช้ Stroke ท่าบริหารมักเป็นการส่งเสริมการเคลื่อนไหวให้ถูกรูปแบบ การเพิ่มความแข็งแรงและทนทานของขา การฝึกการทรงตัว ซึ่งส่งผลต่อความแข็งแรงของขาทั้งสิ้น แม้ว่าค่า TUGT ของกลุ่มทดลองจะดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ แต่ความแตกต่างของค่าคะแนนนั้นต่ำกว่าค่าการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกที่น้อยที่สุด (minimal clinically important difference)⁽⁶⁾ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยนี้อาจเกิดจากช่วงอายุที่ค่อนข้างมากของกลุ่มทดลองที่ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 70-74 ปี ซึ่งยิ่งช่วงอายุมากขึ้นมวลกล้ามเนื้อมักจะน้อยลง ทำให้การออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงและความทนทานเพื่อการทรงตัวอาจต้องใช้ระยะ

เวลาการฝึกที่มากขึ้น ถึงจะเห็นความเปลี่ยนแปลงที่ดีจนถึงจุดที่เห็นผลทางคลินิก การประเมินความกังวลหรือกลัวการพลัดตกหกล้ม (FOF) ในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการใช้แบบสอบถามในการถามความรู้สึกของผู้สูงอายุทำให้ผลที่ได้ อาจจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลตามสภาพแวดล้อม สังคม ที่แต่ละคนอาศัยอยู่⁽⁷⁾ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายก็ตาม และมีความรู้สึกมั่นใจในการเดิน การทรงตัวมากขึ้นแต่ความกลัวการหกล้มอาจจะเปลี่ยนแปลงน้อยหรือไม่เปลี่ยนแปลงเลยในผู้สูงอายุบางคน ทั้งนี้จากสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นด้านสายตา มีต้อหิน ต้อกระจก ด้านระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ในบางท่านมีโรคกระดูกพรุนนั่นเอง ทำให้ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าต้องระมัดระวังตนเองมากและยังคงมีความกังวลกลัวการหกล้ม จากงานวิจัยนี้ในอนาคตควรมีการศึกษาหาปัจจัยอื่นที่ช่วยให้วิธีการฝึกการทรงตัว มีประสิทธิผลมากขึ้น เช่น โปรแกรม Otago⁽⁸⁾ หรือ BWSTT (Body weight supported treadmill training) program^(9,10) ที่ปรับระดับความหนัก ความยากของการออกกำลังกายให้เข้ากับความสามารถของอาสาสมัครของแต่ละคนได้

สรุป

โปรแกรมการออกกำลังกายแบบฝึกทันทานและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ สามารถเพิ่มความสามารถในการทรงตัว ลดความเสี่ยงของการหกล้มและภาวะการก้ำกั้มได้ เป็นทางเลือกหนึ่งของการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหารโรงพยาบาลร้อยเอ็ดทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ที่ทำให้เกิดการเรียนรู้การทำวิจัยเพื่อต่อยอดในการดูแลผู้สูงอายุ ป้องกันการหกล้มที่จะก่อเกิดปัญหาขึ้นมาในอนาคต ขอขอบพระคุณ ผศ.นพ.ภาริส วงศ์แพทย์ และ ดร.นิสากร วิบูลชัย ที่ท่านกรุณาเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณทีมงานกายภาพบำบัดสวนพยอมทุกท่านที่ร่วมมือ ร่วมใจ สามัคคี ให้กำลังใจกันและกัน และขอขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยครั้งนี้คงเป็นประโยชน์สำหรับการดูแลป้องกันการหกล้มแก่ผู้สูงอายุและ สามารถนำไปเผยแพร่ในชุมชนได้เป็นอย่างดีเพื่อคุณภาพที่ดีของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. กองป้องกันการบาดเจ็บ/สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค ห่วงผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มในช่วงฤดูฝน แนะนำสวมใส่รองเท้าที่พื้นมีดอกยาง และประเมินความเสี่ยงการหกล้มอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน [ออนไลน์] 2565 [อ้างเมื่อ 23 มกราคม 2566]. จาก: <https://ddc.moph.go.th/odpc7/news.php?news=26077&deptcode=odpc7>
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. ยุทธศาสตร์กรมกิจการผู้สูงอายุ พ.ศ.2560 - 2565 ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2563 [ออนไลน์] 2563 [อ้างเมื่อ 23 มกราคม 2566]. จาก:https://app.gs.kku.ac.th/gs/th/publicationfile/item/ThesisManualThai/thesis_02/thesis_02.pdf
3. ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2564 [ออนไลน์] 2563 [อ้างเมื่อ 23 มกราคม 2566]. จาก: <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/8406>
4. ลัดดา เถียมวงศ์. การทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือประเมินอาการก้นหกล้มในผู้สูงอายุไทย. สงขลานครินทร์เวชสาร [วารสารออนไลน์] 2552; 29(6): 277-87
5. PUNTUMETAKUL R, SAIKLANG P, YODCHAISARN W, HUNSAWONG T, RUANGSRI J. Effects of Core Stabilization Exercise versus General Trunk-Strengthening Exercise on Balance Performance, Pain Intensity and Trunk Muscle Activity Patterns in Clinical Lumbar Instability Patients: A Single Blind Randomized Trial. Walailak J Sci & Tech [Internet]. 2021 Mar 23 [cited 2023 Sep 3]; 18(7):Article 9054 (13 pages).Available from: <https://wjst.wu.ac.th/index.php/wjst/article/view/9054>
6. Vaz S, Hang J-A, Codde J, Bruce D, Spilsbury K and Hill A-M. Prescribing tailored home exercise program to older adults in the community using a tailored self-modeled video: A pre-post study. Front Public Health 2022; 10:974512. doi: 10.3389/fpubh.2022.974512
7. วลัยภรณ์ อารีรักษ์. ความถี่การหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. การประชุมนำเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษาระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ครั้งที่ 10 ประจำปีการศึกษา 2559; มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี. 2559: 2180-90.
8. Abdulrazaq S, et al. A prospective cohort study measuring cost-benefit analysis of the Otago Exercise Programme in community dwelling adults with rheumatoid arthritis. BMC Health Serv Res 2018; 18(1): 613. PMID: 30029649. Free PMC article.

9. Simadamrong P and Wongphaet P. Effects of multidirection and variable-speed body weight supported on balance rehabilitation for fall prevention among community-dwelling elderly persons. *ASEAN J Rehabil Med* 2019; 29(2): 45-50
10. Wongphaet P and Watchareeudomkarn W. Effect of Partial Body Weight support treadmill training on improvement of walking and balance in elderly community-dwellers. *J Thai Rehabil Med* 2016; 26(1): 19-23

ผลของการพัฒนารูปแบบการจัดบริการผู้ป่วยระดับประคองเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต และการตายดีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ที่เข้ารับบริการที่คลินิกศุนย์กรรณา พีร์ คำทอง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

The efficiency of a palliative nursing model in enhancing Quality of Life
and good-death for terminally ill patient : case study of Pee Kamthon
center, Roi-Et Hospital

สุริยันต์ สังขมณี*

Suriyan Sungkhamanee

Email: suriyan6551@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระดับประคองเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการตายดีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการที่คลินิกศุนย์กรรณา พีร์ คำทอง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวที่เข้ารับการรักษาที่ศุนย์กรรณา พีร์ คำทอง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่แพทย์ส่งปรึกษา จำนวน 30 คน ดำเนินการระหว่าง 25 กรกฎาคม 2566 ถึง 30 พฤศจิกายน 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยรูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยระดับประคองเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการตายดีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามคุณลักษณะทั่วไป แบบประเมินความพึงพอใจ ประเมินคุณภาพชีวิต และแบบสอบถามคุณภาพการตาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ Pair t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ผลการศึกษา: สภาพปัญหาที่พบ คือ ผู้ป่วยและญาติมีความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวโรค และอาการที่คุกคามกับชีวิต ในรายที่ต้องการไปเสียชีวิตที่บ้านยังขาดอุปกรณ์เครื่องใช้ที่บ้าน ไม่มีรถกลับบ้าน ไม่มีคนดูแลที่บ้าน และสภาพบ้านไม่พร้อม จากการวิเคราะห์ปัญหามาสู่การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลระดับประคอง ประกอบด้วยขั้นตอนที่ 1 การตั้งคำถาม ขั้นตอนที่ 2 การหาข้อบ่งชี้ทั่วไปจะเป็นสภาวะที่สามารถนำมาพิจารณาเพื่อประกอบเป็นข้อมูลการค้นหาผู้ป่วย ขั้นตอนที่ 3 การประเมินข้อบ่งชี้เฉพาะกลุ่มโรค (Specific criteria) ภายหลังการใช้รูปแบบพบว่า ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยต่อการใช้รูปแบบบริการพยาบาลระดับประคอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการใช้รูปแบบบริการพยาบาลระดับประคอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และคุณภาพการตายโดยรวม มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 5.84 เมื่อเทียบเกณฑ์การพิจารณาอยู่ในระดับสูง หมายถึงมีคุณภาพการตายที่ดี

สรุป: รูปแบบบริการพยาบาลระดับประคองเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการตายดีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่งผลให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการตายที่ดี

คำสำคัญ : ผู้ป่วยระดับประคอง, คุณภาพชีวิต, การตายดี, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

Abstract

Objective: To study efficiency of a palliative nursing model in enhancing quality of life and good -death for terminally ill patient : case study of Pee Kamthon center, Roi-Et Hospital.

Methods: This research was an action research. The sample group was terminally ill patients and their families receiving treatment at Karuna Pee Khamthon Center, Roi Et Hospital, Consisting of 30 outpatients and inpatients referred by doctors for consultation. The research was conducted between 25 July 2023 and 30 November 2023. The research tools include a palliative care nursing service model to promote quality of life and good death for terminally ill patients, and the tools used to collect data include general characteristics questionnaires. Satisfaction assessment form Quality of life assessment and death quality questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, including minimum, maximum, percentage, mean, and standard deviation and inferential statistics, including Pair t-test, to determine the level of statistical significance ($p < 0.05$).

Results: The problem encountered was that patients and relatives have fear and anxiety about the disease and life-threatening symptoms in cases where people want to die at home, there is a lack of equipment at home. There is no ride home. There is no one to take care of me at home and the condition of the house is not ready. From the analysis of the problem, it led to the development of a palliative nursing service model, consisting of step 1) asking questions, step 2) found general indications that will be conditions that can be considered to form information for seeking patients. Step 3) Evaluation of specific indications for disease groups (specific criteria). After used the model, it was found that patient caregivers were satisfied with the use of the palliative nursing service model. There was a statistically significant difference (p -value < 0.001). Quality of life of patients after used the palliative nursing service model There was a statistically significant difference (p -value < 0.001). And the overall quality of death had a mean value of 5.84, when compared with the criteria for consideration, it was at a high level. It means that there is good quality of death.

Conclusions: Palliative nursing service model to promote quality of life and good death for terminally ill patients. As a result, patients and relatives have a better quality of life. And make the patient have a good quality of death.

Keywords: Palliative patients, Quality of life, Good death, Terminal patients

Corresponding author: Email: suriyani6551@gmail.com

Received: December 13, 2023; **Accepted:** January 10, 2024

บทนำ

ปัจจุบันเทคโนโลยีและวิทยาการทางการแพทย์เจริญก้าวหน้าขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุ จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และจำนวนผู้ป่วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้มีเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายหรือภาวะเจ็บป่วยคุกคามชีวิตที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้นั้นมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นด้วย ปัญหาที่ตามมาไม่เฉพาะผู้ป่วยเหล่านี้เท่านั้นที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน แต่รวมถึงครอบครัวและญาติจะได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของบุคคลในครอบครัวไปด้วย การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) จะช่วยให้ผู้ป่วยครอบครัวและญาติสามารถปรับตัวให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น พร้อมทั้งตอบสนองความต้องการและความคาดหวังที่ยังห่วงกังวล เพื่อให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดูแลตนเองเท่าที่จะสามารถทำได้ และจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (dignified Death) มากที่สุด โดยการดูแลแบบประคับประคอง⁽¹⁾ การศึกษาในต่างประเทศจำนวนมากที่พบว่าช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในทุกระดับของการดูแล การดูแลในโรงพยาบาลพบว่าช่วยลดค่าใช้จ่ายทั้งในผู้ป่วยที่เสียชีวิตหรือผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ช่วยลดค่าใช้จ่ายการรักษาแบบผู้ป่วยในได้ถึง ร้อยละ 9-25 จากการลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล ช่วยลดการกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (readmission rate) ลดการเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤติ และเพิ่มความพึงพอใจในการรักษาให้ผู้ป่วยและครอบครัว การมีบริการดูแลแบบประคับประคองในโปรแกรมการดูแลที่บ้านพบว่าช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลและลดการมาห้องฉุกเฉินการกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงระยะเวลานอนโรงพยาบาล การมีระบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านโดยมี case manager ที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคองโดยเป็นการต่อยอดโดยทีม specialist palliative care ช่วยลดค่าใช้จ่ายและสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ⁽²⁾ ผู้ป่วยที่

ต้องการการดูแลแบบประคับประคองนั้น ความหมายรวมถึงผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งไม่มีโอกาสรักษาให้หายเป็นปกติได้ กลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้จะมีปัญหาสุขภาพกาย และสุขภาพจิตไปพร้อมๆ กัน ดังนั้นจึงต้องการการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้สามารถปรับตัวให้เผชิญความเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นๆ พร้อมทั้งสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่มีความซับซ้อนซึ่งต้องตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน และความไม่สุขสบายต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยและใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีจวบจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต⁽¹⁾

ประเทศไทยพบผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 72.49 วัยรุ่นถึงวัยทำงาน ร้อยละ 25.99 เมื่อจำแนกตามกลุ่มโรคพบโรคมะเร็ง ร้อยละ 59.80 โรคหลอดเลือดสมองแตกและตีบ ร้อยละ 26.34 ภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 14.58 โรคถุงลมโป่งพอง ร้อยละ 11.59 ภาวะไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 8.16 (อรุณ โพธิงาม, 2566) จากข้อมูลการตายจำแนกตามรายโรคของประชากรไทยทุกอายุ ใน พ.ศ. 2557 ในรายงานสถานการณ์โรค NCDs ของประเทศไทย พบว่า สาเหตุการตาย 5 อันดับแรกของคนไทย ส่วนใหญ่มีสาเหตุการตายจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อโดยเพศชาย มีการตายจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดกว่า ร้อยละ 11.1 รองลงมา คือ โรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 7.8 อุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 7.4 โรคมะเร็งตับ ร้อยละ 6.5 และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 6.0 ตามลำดับ ส่วนในของเพศหญิงมีการตายจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดเช่นเดียวกันกว่า ร้อยละ 14.6 รองลงมา คือ โรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 8.8 ไตอักเสบและไตพิการ (Nephritis and Nephrosis) ร้อยละ 4.0 และโรคมะเร็งตับ ร้อยละ 3.7ตามลำดับ จาก

ข้อมูลดังกล่าว พบว่าโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ทั้งในเพศชายและหญิงจากสถานการณ์ข้างต้นจะเห็นได้ว่ากลุ่มโรคไม่ติดต่อยังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศไทยที่จำนวนผู้เสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและมีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรเข้าถึงและได้รับการดูแลแบบประคับประคองในช่วงวาระท้ายของชีวิต เช่นเดียวกับผู้ป่วยในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง⁽²⁾

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 820 เตียง ให้การดูแลสุขภาพประชาชนภายในจังหวัดและจังหวัดใกล้เคียงเพื่อตอบสนองนโยบายการดำเนินการด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของกระทรวงสาธารณสุข ระบบบริการสุขภาพ (service plan) โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ได้จัดตั้งศูนย์กรูณา พีร์ คำทอน (ศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง) ขึ้นเมื่อปี 2558 เข้าร่วมทีมดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล และเป็นทีปรึกษาให้ระดับจังหวัดและเป็นสถาบันสมทบในด้านแหล่งฝึกภาคปฏิบัติ ให้กับศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นการดูแลที่ต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพและทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งพยาบาลเป็นแกนหลักสำคัญและมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย ศูนย์กรูณา พีร์ คำทอน ได้มีการพัฒนาระบบบริการประคับประคอง โดยโรงพยาบาลจังหวัดเป็นแม่ข่ายในการดูแลเชื่อมโยงเครือข่ายครอบคลุมทุกอำเภอและยังครอบคลุมทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีระบบการทำงานที่ดีเป็นการส่งเสริมการทำงาน ของศูนย์ประคับประคองให้มีประสิทธิภาพจากทะเบียนรับผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง ศูนย์ กรูณา พีร์ คำทอน ซึ่งพบว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นแต่จำนวนบุคลากรมีเท่าเดิมและการดูแลแบบประคับประคองต้องใช้เวลาดูแลผู้ป่วยในฐานะพยาบาลปฏิบัติงานประจำศูนย์ กรูณา พีร์ คำทอน จึงมีความสนใจ ที่จะศึกษารูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองเพื่อส่งเสริม

คุณภาพชีวิตและการตายดีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการที่คลินิกศูนย์กรูณา พีร์ คำทอน โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่ครอบคลุมเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด
2. เพื่อพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลประคับประคองเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการตายดีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการที่คลินิกศูนย์กรูณา พีร์ คำทอน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบบริการพยาบาลประคับประคองเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการตายดีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์รูปแบบบริการพยาบาลประคับประคองเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการตายดีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการที่คลินิกศูนย์กรูณา พีร์ คำทอน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะศึกษาสถานการณ์ปัญหา ระยะการพัฒนารูปแบบและนำรูปแบบไปใช้ และระยะการประเมินผลรูปแบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษาในศูนย์กรูณา พีร์ คำทอน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ดำเนินการ ระหว่างวันที่ 25 กรกฎาคม 2566 ถึง 31 ธันวาคม 2566 ในคลินิกศูนย์กรูณา พีร์ คำทอน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มผู้รับบริการ ประกอบด้วย ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์姑รณา พีร์ คำทอง โรงพยาบาลร้อยเอ็ดดำเนินการระหว่าง 25 กรกฎาคม 2566 ถึง 31 ธันวาคม 2566 ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่แพทย์ส่งปรึกษา จำนวน 30 คน โดยมีการคำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) จากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่าง ทิศทางทดสอบทางเดียว (One-side test) โดยโปรแกรม Statistics analysis and sample size

$$n \geq \frac{2 \left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta} \right)^2}{\left(\frac{\delta_{\text{Difference}}}{\sigma_{\text{Difference}}} \right)^2} + \frac{Z_{1-\alpha/2}^2}{2}$$

โดยกำหนดค่า Alpha (α) = 0.05, Beta (β) = 0.2, Mean of difference = 0.3, Standard deviation of difference = 0.4 เมื่อแทนค่าในสูตรจะได้กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ เป็นผู้ป่วยระยะท้ายที่แพทย์ส่งปรึกษา ยินยอมเข้าร่วมโครงการ มีสติสัมปชัญญะสามารถสื่อสารได้ และ PPS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ส่วนเกณฑ์ขีต คือ ระดับการรับรู้ลดลงไม่สามารถสื่อสารได้ หรือเสียชีวิตก่อน

2. กลุ่มผู้ให้บริการ ประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ประกอบด้วยแพทย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์姑รณาฯ และพยาบาลประจำประคองประจำหอผู้ป่วย จำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยประคองประคองเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการตายดีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูล ทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานะภาพ ความสามารถในการตัดสินใจ การรับรู้โรค การทำ ACP สถานที่เสียชีวิต การได้รับการเยี่ยมบ้าน การได้รับ opioid และการวินิจฉัยโรค

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วย และผู้ให้บริการ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน จาก 1-5 คะแนน จากระดับน้อยที่สุด ระดับน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก และระดับมากที่สุด ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 การประเมินคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลก (ชุดย่อ) ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ของกรมสุขภาพจิตที่พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล (2545)⁽³⁾ โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงเครื่องมือของอัคบาร์ ยะโกะ (2561)⁽⁴⁾ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ถูกพัฒนาขึ้นมาให้ใช้ได้ไม่จำกัดวัฒนธรรม มีความเป็นสากลของแบบวัด โดยได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ นำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำ จำนวน 3 รอบ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.81 ประกอบด้วย 26 คำถาม มีค่าคะแนนตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยคะแนน 26-60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ไม่ดี คะแนน 61-95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับกลาง และคะแนน 96-130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปตรวจสอบความตรงของเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 2 ท่าน โดยตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและการใช้ภาษาของเครื่องมือ นำเครื่องมือทั้งหมด มาทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย โดยเป็นผู้ดูแลหลัก ในครอบครัว

ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกัน และเสียชีวิตไปแล้ว 2 เดือน แต่ไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.92

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. **ระยะเตรียม** การเตรียมตัวด้านเนื้อหาวิชาการ ผู้วิจัยได้เตรียมตัวทั้งในด้าน ระเบียบวิธีวิจัย ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการบริการพยาบาลระดับ ประคองเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการตายดีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการที่คลินิกศูนย์姑rna พีร์ คำทอน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด กระบวนการมีส่วนร่วม บทบาทของพยาบาลโดยศึกษาจากเอกสาร ทฤษฎีการพยาบาล และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลโดยใช้ผลงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับการประกันคุณภาพผลลัพธ์ทางการพยาบาล แนวโน้ม และการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลด้วยการวิจัยทางการพยาบาลซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ในการเตรียมความพร้อมเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้

2. ระยะวิจัย

2.1 ศึกษาสถานการณ์รูปแบบบริการพยาบาลระดับประคอง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการตายดีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการที่คลินิกศูนย์姑rna พีร์ คำทอน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดโดยการสนทนากลุ่มระหว่าง 1) ผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ดูแลหลัก จำนวน 20 คน โดยใช้เวลาสนทนาผู้ป่วยแต่ละราย 30 ถึง 45 นาที ปัญหาที่พบคือผู้ป่วยและญาติมีความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและอาการที่คุกคามกับชีวิต ในรายที่ต้องการไปเสียชีวิตที่บ้านยังขาดอุปกรณ์เครื่องใช้ที่บ้าน ไม่มีรถกลับบ้าน ไม่มีคนดูแลที่บ้าน สภาพบ้านไม่พร้อม 2) พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ให้บริการที่หอผู้ป่วย จำนวน 5 คน โดยใช้เวลาสนทนา 10-20 นาทีต่อราย ปัญหาที่พบ

เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายแล้วพยาบาลขาดทักษะการสื่อสารและการให้ข้อมูลต่างๆ แก่ครอบครัวผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่เข้าใจเรื่องโรคและการดำเนินของโรค 3) ด้านบุคลากรให้บริการ ที่ปฏิบัติงานที่คลินิก姑rna พีร์ คำทอน ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน กุมารแพทย์ 1 คน และจิตแพทย์ 1 คน ทุกคนผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ซึ่งแพทย์ทั้งหมดนี้ทำงานเป็น part time มีพยาบาล 2 คน ทั้ง 2 คนเป็น full time และผ่านการอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหลักสูตร 4 เดือนและมีเจ้าหน้าที่ธุรการ 1 คน พยาบาลจึงเป็นหลักในการทำงาน โดยจัดเวรแพทย์ออกตรวจ OPD ทุกวันช่วงบ่ายและรับปรึกษาจากแผนกต่างๆจากสถิติ 3 ปี้อย่างหลัง ปี 2564 2565 และ 2566 จะพบว่ามีจำนวนผู้ป่วย 1,492 คน 1,592 คน และ 1,749 คน ตามลำดับ (ทะเบียนผู้ป่วยประคับประคอง) จำนวนผู้ป่วยมากขึ้นเรื่อยๆ แต่จำนวนบุคลากรเท่าเดิมทำให้เกิดความอ่อนล้าและ burn out กับงาน การเพิ่มอัตรากำลังของบุคลากรน่าจะเป็นทางออกที่ดี การทำงานกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวต้องอาศัยทักษะการสื่อสารเป็นหลักในการทำงานการบริหารจัดการแต่ละรายไม่เหมือนกัน ดังนั้นเพื่อให้งานประคับประคองดำเนินต่อไปและมีประสิทธิภาพการมีส่วนร่วมของบุคลากร ระดับต่างๆ มีค่านิยมร่วม และวัฒนธรรมองค์กร มีเป้าหมายเดียวกันคือเพื่อลดความทุกข์ทรมานเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว

2.2 พัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคอง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการตายดีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการที่คลินิกศูนย์姑rna พีร์ คำทอน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยเริ่มจาก การประชุมกลุ่มย่อย บุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่ศูนย์姑rna พีร์ คำทอน ประกอบด้วยแพทย์ 1 คน พยาบาล 2 คน ร่างรูปแบบตามแนวคิดเนื้อหาขององค์การอนามัยโลก 6 ด้าน และหลักการวางแผนจำหน่ายหลัก DMETHOD ได้แก่ 1) ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยการประชุมครอบครัว (family meeting) เพื่อหาเป้าหมายการดูแล

(goal of care) มีการทำ advance care plan ร่วมกัน ให้ความรู้เรื่องโรค แผนการรักษา (Diagnosis) แนะนำการใช้ยาอย่างละเอียด (Medicine) การให้ผู้ป่วยและญาติเลือกสิ่งแวดล้อมเองเช่น ที่บ้านหรือที่โรงพยาบาล (Environment) มีการฝึกทักษะการดูแล การสังเกตอาการ (Treatment) และการส่งเสริม ฟื้นฟู (Health) เช่นการฟังเพลงที่ชอบ การแนะนำเรื่องอาหาร การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แนะนำการให้ญาติมารับยาแทน ให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง (out patient) แนะนำการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม (Diet) 2) ดูแลแบบองค์รวมเน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมาน เป็นการดูแลครอบคลุมทุกมิติ ด้านร่างกาย ให้เพื่อจัดการอาการต่างๆ ที่รบกวน (symptoms control) ได้แก่ ปวด เหนื่อยหอบ อ่อนล้า สับสน อาเจียน ท้องผูก ด้านสังคม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้อยู่กับครอบครัว คนรัก ด้านจิตใจ ได้รับความรู้สึกที่มีต่อกัน ด้านจิตวิญญาณให้การตอบสนองสิ่งที่มีความหมายกับผู้ป่วยและครอบครัว เช่นการกลับบ้าน หรือไปในสถานที่ที่อยากไป 3) มีความต่อเนื่องในการดูแล (continuous) ติดตามอาการหลังจำหน่าย ส่งต่อ และเข้าถึงได้ตลอด 24 ชั่วโมง การส่งต่อสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน 4) การดูแลเป็นทีม มีการประสานทีมสหวิชาชีพร่วมดูแล ได้แก่ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ การประสานรถกู้ชีพองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น หรือรถมูลนิธิการกุศล เพื่อนำกลับบ้าน 5) การส่งเสริมสนับสนุนการดูแล จัดอุปกรณ์ดูแลต่อเองที่บ้าน เช่น ยา เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องให้ยาใต้ผิวหนัง 6) เป้าหมายการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต มีการประเมินโดยใช้แบบประเมินผลลัพธ์ การดูแลแบบประคับประคอง ในกระบวนการสร้างรูปแบบนี้เริ่มจาก 1) การวางแผน (plan) โดยประชุมกลุ่มย่อย ศูนย์กรุณา พิร์ คำทอง ประกอบด้วย 1) นำเสนอข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาที่พบ 2) นำเสนอแนวคิด แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพรูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคอง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของบุคลากรในหน่วยงาน ประกอบด้วยแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบ

ประคับประคอง 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง 2 คน เพื่อร่วมพิจารณาแนวปฏิบัติ และปรับปรุงแก้ไขรูปแบบตามความรู้ความเชี่ยวชาญของผู้ดูแลเฉพาะด้าน เพื่อพิจารณานำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาล 3) ระดมสมองเพื่อร่วมกันกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ระบุแนวทางการดำเนินการและร่างแผนปฏิบัติการ ในแต่ละองค์ประกอบของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของระบบบริการงานผู้ป่วยประคับประคอง ให้ชัดเจน 2) การดำเนินการปฏิบัติ (action) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงกับผู้ป่วยและ 3) สังเกตการณ์ (observe) ในขั้นตอนนี้พยาบาลวิชาชีพทุกคนในหน่วยงาน มีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนงาน รวมทั้งมีการสังเกตและบันทึกข้อมูลจากการปฏิบัติตามแผนอย่างต่อเนื่อง โดยมีการบันทึกและวิเคราะห์เนื้อหา 4) การสะท้อนการปฏิบัติ (reflex) โดยผู้วิจัยใช้การสนทนากลุ่ม (focus groups) ระยะเวลา 45 นาทีถึงชั่วโมง ซึ่งมีประเด็นคำถาม 4 ข้อคำถาม ได้แก่ 1) รูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีความถูกต้องเหมาะสมอย่างไร 2) รูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีความเป็นไปได้อย่างไร 3) รูปแบบที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้ได้อย่างไร 4) ข้อเสนอแนะอื่นๆ

2.3 การนำรูปแบบบริการพยาบาลประคับประคอง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการตายดีที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 30 คน และญาติผู้ป่วย จำนวน 10 คน โดยเริ่มจากการ 1. คัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง 2. การทำ family meeting เป็นการพูดเรื่องโรคและแผนการรักษา 3. การทำ advance care plan หรือ เป้าหมายในการรักษา 4. Symptom management การจัดการอาการเพื่อลดความทุกข์ทรมาน 5. continuous มีความต่อเนื่องในการดูแลโดยทีมประคับประคองไปประเมินอาการทุกวัน 6. วางแผนจำหน่ายด้วยหลัก DMETHOD หรือบางรายประสงค์จะเสียชีวิตที่โรงพยาบาล มีการเตรียมผู้ป่วยและญาติให้พร้อมกับการเผชิญกับการสูญเสียให้ทางเลือก เช่น ย้ายห้องพิเศษ ย้าย palliative ward

3. ระยะประเมินผล ผู้วิจัยประเมินประสิทธิผลของรูปแบบบริการพยาบาลประคับประคองเพื่อคุณภาพชีวิตและการตายดีมีขั้นตอนในการประเมิน โดยใช้แบบเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามส่วนต่างๆ ในการประเมินผล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติพรรณนา เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ให้บริการ และวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพการตาย ได้แก่ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติอนุมาน โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติ Pair t-test

จริยธรรมวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง มีการขออนุญาตทำการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเลขที่ใบรับรอง RE084/2566

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาในระยะที่ 1 สถานการณ์และสภาพ

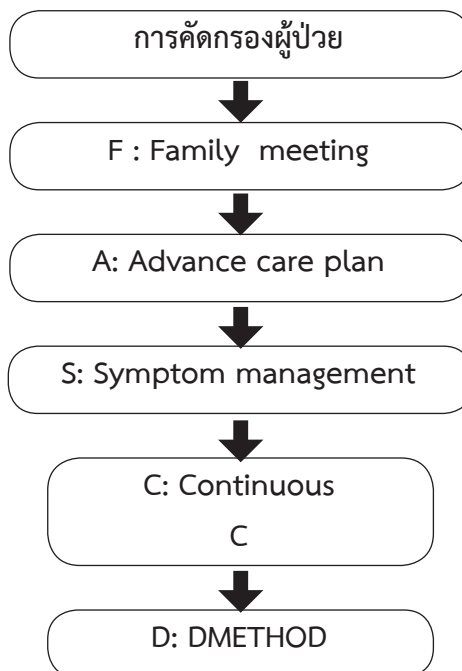
ปัญหา

ด้านผู้ป่วยและผู้ดูแลพบว่าผู้ป่วยและญาติมีความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวโรคและอาการที่คุกคามกับชีวิต ในรายที่ต้องการไปเสียชีวิตที่บ้านยังขาดอุปกรณ์เครื่องใช้ที่บ้าน ไม่มีรถกลับบ้าน ไม่มีคนดูแลที่บ้าน สภาพบ้านไม่พร้อม ด้านพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ให้บริการที่หอผู้ป่วยปัญหาที่พบเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายแล้วพยาบาลขาดทักษะการสื่อสารและการให้ข้อมูลต่างๆแก่ครอบครัวผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่เข้าใจเรื่องโรคและการดำเนินของโรค ด้านบุคลากรให้บริการที่ปฏิบัติงานที่คลินิกธรรมา พีร์ คำทอน จำนวนผู้ป่วยมากขึ้นเรื่อยๆ แต่จำนวนบุคลากรเท่าเดิมทำให้เกิดความอ่อนล้าและ burn out กับงาน

ผลการศึกษาระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบและการนำรูปแบบไปใช้

ระยะสร้างรูปแบบบริการพยาบาลประคับประคองเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการตายดีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการที่คลินิกศุนย์ธรรมา พีร์ คำทอน โรงพยาบาลร้อยเอ็ดโดยใช้หลัก แนวคิดเนื้อหาขององค์การอนามัยโลก 6 ด้าน และหลักการวางแผนจำหน่ายหลัก DMETHOD สรุปลงเป็นขั้นตอนดังรูปภาพ

FASCD model: สร้างสุขที่ปลายทาง



รูปแบบ FASCD ประกอบด้วยการคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองโดยแพทย์เจ้าของไข้ร่วมประเมินการดำเนินของโรค **ขั้นตอนที่ 1** การตั้งคำถาม “Surprise question” ผู้ป่วยที่มีสภาวะของโรคที่อยู่ในระยะลุกลามหรือสภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรง (advance disease) รวมไปถึงจนถึงสภาวะที่สมรรถนะของร่างกายถดถอย มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย (progressive life limiting condition) ให้ตั้งคำถาม “ท่านจะประหลาดใจหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยจะเสียชีวิตภายในไม่กี่เดือน/สัปดาห์/วัน ข้างหน้า” และสภาวะของโรค เช่น โรคร่วม (co-morbidity) ปัจจัยทางสังคมและอื่นๆ มาประกอบการพิจารณาเพื่อให้เห็นภาพรวมในการวินิจฉัย ถ้าคำตอบคือ ไม่ประหลาดใจ ควรดำเนินการให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการดูแลแบบประคับประคองมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป กรณีคำตอบคือไม่แน่ใจ ควรมองหาข้อบ่งชี้ทั่วไปเพื่อเป็นคำตอบในการวินิจฉัย เพื่อช่วยในการค้นหาผู้ป่วยเพื่อเริ่มการดูแลแบบประคับประคอง ข้อบ่งชี้เหล่านี้ ในขั้นตอนที่ 2 **ขั้นตอนที่ 2** การหาข้อบ่งชี้ทั่วไปจะเป็นสภาวะที่สามารถนำมาพิจารณาเพื่อประกอบเป็นข้อมูลการค้นหาผู้ป่วย มีดังต่อไปนี้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เช่น นั่งหรือนอนมากกว่า ร้อยละ 50 ของวันพียงพียงมากขึ้น multiple co-morbidity เป็นข้อบ่งชี้ที่มีความสำคัญในการพยากรณ์การเสียชีวิตหรือภาวะทุพพลภาพที่จะเกิดขึ้น สภาวะของร่างกายที่มีการเสื่อมถอยและต้องการการดูแลและความช่วยเหลือมากขึ้น โรคอยู่ในระยะลุกลาม มีความไม่แน่นอน มีอาการของโรคที่ซับซ้อน ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ตัวเลือกของการรักษา คือ จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่ น้ำหนักลดอย่างต่อเนื่อง (มากกว่า ร้อยละ 10) ใน 6 เดือนที่ผ่านมา เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การเข้ารับการดูแลในสถานบริบาล เป็นต้น และ

Serum albumin < 2.5 mg/dl **ขั้นตอนที่ 3** การประเมินข้อบ่งชี้เฉพาะกลุ่มโรค (Specific criteria) เช่น cancer, heart disease , chronic obstructive disease stroke ฯลฯ ซึ่งมีเกณฑ์ข้อบ่งชี้การเข้าสู่ palliative care เฉพาะกลุ่มโรค นำเสนอไว้ในภาคผนวก เมื่อผู้ป่วยเข้าระบบแล้วทีมประคับประคองร่วมทำ F:Family meeting กับครอบครัวและผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ นำสู่ A:Advance care planning คือ การวางแผนการดูแลล่วงหน้าซึ่ง เป็นองค์ประกอบสำคัญอันดับแรกในดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว รู้เป้าหมายการรักษา (goal of care) และสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการอยู่เมื่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต (Peace of death: POD) โดยเน้นการจัดการกับอาการไม่สุขสบายต่างๆ (Symptom management) เช่น ปวด หอบเหนื่อย สับสน เป็นต้น มีความต่อเนื่องในการดูแล (C:Continuous) เมื่อคุมอาการได้ดีแล้วใช้หลักการ D:DMETHOD เพื่อเตรียมจำหน่ายตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เช่นกลับบ้าน หรือกลับไปโรงพยาบาลกลับบ้านหรือต้องการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล

3. ผลการประเมินการใช้รูปแบบ

3.1 ผลการประเมินการใช้รูปแบบโดยผู้ป่วย

การประเมินการใช้รูปแบบโดยผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 30 คน ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 60 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 63.30 ส่วนมากป่วยด้วยโรคมะเร็ง ร้อยละ 83.33 การได้รับการเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 60 การได้รับ opioid ร้อยละ 76.66 มีการทำ ACP ร้อยละ 86.60 ส่วนใหญ่เสียชีวิตที่บ้าน ร้อยละ 46.67 ส่วนผู้ให้บริการเป็นพยาบาลประคับประคองประจำหอผู้ป่วย จำนวน 20 คนส่วนใหญ่อายุงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 60 และผ่านการอบรมด้านการพยาบาลประคับประคอง ร้อยละ 80 ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะทั่วไป	ผู้ดูแลผู้ป่วย (n=30)		ผู้ให้บริการ (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	18	60.00	-	-
หญิง	12	40.00	20	100.00
อายุ (ปี)				
น้อยกว่า 60 ปี	11	36.70	-	-
มากกว่า 60 ปี	19	63.30	-	-
สถานะภาพ				
โสด	2	6.70	5	25
สมรส	28	93.30	15	75
ระดับการศึกษา				
อนุปริญญา/ปวส.	16	53.33	-	-
ปริญญาตรี	10	33.33	16	80
ปริญญาโท	4	13.34	4	20
ตำแหน่ง				
พยาบาลวิชาชีพ	-	-	20	100.00
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน				
น้อยกว่า 10 ปี	-	-	8	40
มากกว่า 10 ปี	-	-	12	60
ประวัติการได้รับการอบรม				
เคย	-	-	16	80
ไม่เคย	-	-	4	20
Status				
On ET	12	-	-	-
ไม่ On ET	18	-	-	-
ความสามารถในการตัดสินใจ				
ตัดสินใจเองได้	19	-	-	-
ไม่สามารถตัดสินใจเองได้	11	-	-	-

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไป	ผู้ดูแลผู้ป่วย (n=30)		ผู้ให้บริการ (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้โรค				
รับรู้		25	-	-
ไม่รับรู้		5	-	-
การทำ ACP				
ได้ทำ		26		
ไม่ได้ทำ		4		
สถานที่เสียชีวิต				
บ้าน		14	-	-
โรงพยาบาล		9	-	-
ยังไม่เสียชีวิต		7	-	-
การได้รับการเยี่ยมบ้าน				
ได้เยี่ยม		18	-	-
ไม่ได้เยี่ยม		12	-	-
การได้รับ opioid				
ได้		23	-	-
ไม่ได้		7	-	-
การวินิจฉัย				
Non CA		5	-	-
CA		25	-	-

3.2 ผลการประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบบริการพยาบาลระดับประคองเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการตายดีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผลการวิจัยพบว่าระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยก่อนการใช้รูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.18$)

หลังการใช้รูปแบบผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{X} = 4.43$) ระดับความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ก่อนการใช้รูปแบบอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.27$) และหลังการใช้รูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.63$) ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความพึงพอใจในการใช้รูปแบบบริการพยาบาลระดับประคองเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการตายดีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ระดับความพึงพอใจ	ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ			หลังการพัฒนารูปแบบ		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล
ผู้ดูแลผู้ป่วย	3.18	0.86	ปานกลาง	4.43	0.82	มาก
ผู้ให้บริการ	4.27	0.95	มาก	4.63	0.75	มากที่สุด

3.3 ผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ผลการศึกษาระดับคุณภาพชีวิต พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 24.00, 19.16, 8.76 และ 23.06 ตาม

ลำดับ) หลังการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ในระดับดี (\bar{X} = 30.03, 26.16, 12.40 และ 33.53 ตามลำดับ) ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ระดับคุณภาพชีวิต	ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ			หลังการพัฒนารูปแบบ		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1. ด้านร่างกาย	24.00	6.19	ปานกลาง	30.03	3.29	ดี
2. ด้านจิตใจ	19.16	4.69	ปานกลาง	26.16	2.24	ดี
3. ด้านสัมพันธภาพ	8.76	2.52	ปานกลาง	12.40	1.97	ดี
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	23.06	4.74	ปานกลาง	33.53	3.31	ดี

3.4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการพยาบาลระดับประคอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ระดับคุณภาพชีวิต	ก่อนพัฒนารูปแบบ		หลังพัฒนารูปแบบ		diff	95%CI	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
1. ด้านร่างกาย	24.00	6.19	30.03	3.29	6.03	3.38 – 8.67	<0.001
2. ด้านจิตใจ	19.16	4.69	26.16	2.24	7.0	5.04 – 8.95	<0.001
3. ด้านสัมพันธภาพ	8.76	2.52	12.40	1.97	3.64	2.66 – 4.60	<0.001
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	23.06	4.74	33.53	3.31	10.47	7.95 – 12.97	<0.001

3.5 ผลการศึกษาคุณภาพการตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการที่คลินิกศุนย์กรรณา พีร์ คำทอน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

พบว่าคุณภาพการตายโดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.84 เมื่อเทียบเกณฑ์การพิจารณาอยู่ในระดับ

สูง หมายถึงมีคุณภาพการตายที่ดี และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านอาการและการดูแลส่วนบุคคล มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด เท่ากับ 6.16 รองลงมาเป็นด้านการรักษาที่ต้องการ และด้านสภาพเหตุการณ์ขณะตาย มีค่าเฉลี่ย 6.15 และ 6.06 ตามลำดับ ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 คุณภาพการตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการที่คลินิกศุนย์กรรณา พีร์ คำทอน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

คุณภาพการตาย	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านอาการและการดูแลส่วนบุคคล	3.80	8.20	6.16	1.33	ดี
ด้านการเตรียมตัวก่อนตาย	3.72	7.58	5.47	1.21	ปานกลาง
ด้านสภาพเหตุการณ์ขณะตาย	4.00	8.00	6.06	1.38	ดี
ด้านครอบครัว	2.80	8.00	5.52	1.86	ปานกลาง
ด้านการรักษาที่ต้องการ	3.00	8.32	6.15	1.46	ดี
ด้านการตระหนักถึงตัวตนบุคคล	3.84	7.46	5.67	1.18	ปานกลาง
ภาพรวม	4.58	6.93	5.84	0.68	ปานกลาง

อภิปราย

ภายหลังการศึกษาสถานการณ์รูปแบบบริการพยาบาลระดับประคองเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการตายดี จึงมีการจัดกระบวนการประชุมกลุ่มย่อย สอบถามความคิดเห็น วิเคราะห์ประเมินผล และปรับปรุงการดำเนินงานให้สอดคล้องกันมากขึ้น โดยประสานเครือข่ายเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันก่อให้เกิดความคิด ความร่วมมือ ข้อตกลงระหว่างหน่วยงานในการดำเนินงานและมีการวางแผนการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ผู้ดูแลและบุคลากรในหน่วยงานทั้งก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามรูปแบบบริการแบบใหม่ ปัญหาผู้ป่วยและญาติบางครอบครัวที่มีฐานะยากจน หรือบางครอบครัวไม่สามารถนำผู้ป่วยกลับบ้านได้เอง แก้ไขปัญหาโดยการประสานรถ อุต. หรือรถมูลนิธิเพื่อนำส่งผู้ป่วยกลับบ้าน มีการจัดทำแผนอบรมพัฒนาสมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ให้บริการที่หอผู้ป่วย ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยต่อการใช้รูปแบบบริการพยาบาลระดับประคอง พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลแบบประคองมากขึ้น ซึ่งสอดคล้อง

กับการศึกษาของ อรุณ โพธิงาม และคณะ (2566)⁽⁵⁾ ศึกษาการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคอง พบว่าการดูแลผู้ป่วยแบบประคองก่อนและหลังให้การพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) หลังการสูญเสีย ร้อยละ 87 ของญาติรับรู้ถึงการจากไปอย่างสงบและสง่างาม ร้อยละ 90 ไม่มีอาการเศร้าโศกและซึมเศร้าที่ผิดปกติ ร้อยละ 94 ของญาติผู้ดูแล พึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับ และร้อยละ 88 ของพยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวทางการพยาบาล ที่พัฒนาขึ้นแนวทางการพยาบาลนี้สามารถนำไปใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคองได้ ผลการประเมินคุณภาพชีวิตในการใช้รูปแบบบริการพยาบาลระดับประคองเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการตายดีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคองส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อมที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวารุภรณ์ อ่อนอนงค์ (2561)⁽⁶⁾ ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่

สงบต่อการรับรู้การตายสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า โปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ สามารถเพิ่มการรับรู้ความสงบของชีวิตและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นประโยชน์ให้กับบุคลากรที่มีสุขภาพในการนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการรักษาจนถึงระยะท้ายของชีวิต ผลการศึกษาคุณภาพการตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการที่คลินิกศุนย์姑息 ฟ้าร์ คำทอน โรงพยาบาลร้อยเอ็ดการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบประคับประคอง ส่งผลให้ผู้ป่วยคุณภาพการตายที่ดี ทั้งด้านอาการและการดูแลส่วนบุคคล ด้านการรักษาที่ต้องการ และด้านสภาพเหตุการณ์ขณะตาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณุช จันทะบุรณ์ และบัวพันธ์ พรหมพักพิง (2565)⁽⁷⁾ ซึ่งได้ศึกษาความอยู่ดีมีสุขของผู้ป่วยระยะท้าย พบว่า ผู้ป่วยต้องการอยู่กับครอบครัวและญาติพร้อมหน้าพร้อมตา ได้รับการบำบัดความเจ็บปวดทรมานให้พอรับได้ ส่วนครอบครัวไม่ยอกเห็นผู้ป่วยเจ็บปวดทรมาน ต้องการสนับสนุนทั้งด้านความรู้และเครื่องมือที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย โดยทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ดีมีสุขก่อนจากไป

สรุป

การพัฒนาารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการตายดีทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลสามารถนำรูปแบบบริการพยาบาลประคับประคองเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการตายดีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปใช้ได้ ทั้งนี้ควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทของการรักษาแต่ละโรงพยาบาล

2. ควรเพิ่มข้อมูลให้ผู้บริหารทางการพยาบาลนำไปพัฒนาระบบการนิเทศโดยพยาบาลที่มีสมรรถนะด้านการพยาบาลประคับประคองเพื่อให้บุคลากรด้านการพยาบาลมีความรู้และเข้าใจการดูแลแบบประคับประคองอย่างแท้จริง

3. ควรมีการผลักดันให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองซึ่งเป็น value base health ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดการ re-admit ลดการใช้ห้องฉุกเฉิน โดยช่วยผลักดันให้เกิดโครงสร้าง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. (2558). แนวทางการดำเนินงานตามประเด็นหลักการพัฒนาการพยาบาลภาพรวมประเทศ ปีงบประมาณ 2558. (Intranet). (สืบค้นวันที่ 25 สิงหาคม 2566). สืบค้นจาก https://www.nursing.go.th/Meeting_documents/2014-12-11/scan109.pdf
2. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ. แนวทางการดำเนินงาน ศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล ศูนย์การุญรักษ์ Operational Guideline for Hospital Palliative Care Program. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2559.
3. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล ปรีทรรศ ศิลปกิจ และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. คุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ. ทนสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่, 2541.
4. อัครบาร์ ยะโกะ. รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองเพื่อพัฒนาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในอาคารเย็นศิระ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2561.

5. อรุณ โพธิงาม. การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566: ปีที่ 8 ฉบับที่ 2.
6. วราภรณ์ อ่อนอนงค์. ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบต่อการรับรู้การตายสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทาลัยธรรมศาสตร์. 2561.
7. วรณช จันทะบุรณ์ และ บัวพันธ์ พรหมพักพิง. ความอยู่ดีมีสุขและระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน. วารสารศรีนครินทร์วิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์) 2565: 14 (28). หน้า 151-65.

