



วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
Phichit Public Health Research and Academic Journal



วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

Phichit Public Health Research and Academic Journal

เจ้าของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

วัตถุประสงค์

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

ที่ปรึกษา

นายแพทย์วิศิษฐ์	อภิสิทธิ์วิทยา	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
นายแพทย์โชติ	ภาวศุทธิกุล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิจิตร

บรรณาธิการบริหาร

นายแพทย์พนม	ปทุมสูติ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ
แพทย์หญิงผกามาศ	เพชรพงศ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ
นายจิรยุทธ์	คณุ่น	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
นายสมจินต์	มากพา	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ

บรรณาธิการ

ดร.ธานี โชติภักคาม

รองบรรณาธิการ

นายสมศักดิ์ ผลประเสริฐศรี	นางสาวอุษา จันทร์กลั่น
---------------------------	------------------------

กองบรรณาธิการ (วิชาการ)

นางสาวอุษา จันทร์กลั่น	นางภฤดา แสงสินศร	นางอัจฉา เจริญชัย
นางสาวชุติมา อินหัน	นางมยุรี เข้มทอง	นางต้นหยง เอี่ยมพร

ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ

แพทย์หญิงผกามาศ	เพชรพงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
ดร.ธานี	โชติภักคาม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
นายแพทย์สมบูรณ์	จิณาพงษา	โรงพยาบาลพิจิตร
แพทย์หญิงนงลักษณ์	บุตรดี	โรงพยาบาลพิจิตร
ทันตแพทย์หญิงสมร	บุญเกษม	โรงพยาบาลพิจิตร
นายแพทย์ประทีป	จันทร์สิงห์	โรงพยาบาลบางมูลนาก
รศ.ดร.สันติสิทธิ์	เชียวเขิน	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.ภญ.วฐู	พรหมพิทยารัตน์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผศ.(พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร พิษณุโลก
ผศ.ดร.ธัญช กนกเทศ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.ทัศพร ชูศักดิ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ปทุมธานี
ผศ.ดร.ณัฐกฤษฏ์ ธรรมกวีวินวงศ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏ ลำปาง
ผศ.สมบัติ รียาพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ดร.รุ่งทิวา มโนวิชิตสรณ์	องค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจิตร
ดร.รุ่งโรจน์ เจศรีชัย	สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต ๔ สระบุรี
ดร.ชัยณรงค์ สังข์จ่าง	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
ดร.รัฐคุณานิช กันหลง	สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
อาจารย์พรศักดิ์ รัตนพัฒนพงศ์	คณะสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยรามคำแหง

กองบรรณาธิการ (การจัดการ)

1. ฝ่ายเหรียญก

นายวัชรินทร์ เวชวิริยกุล นางกอบแก้ว เรืองธรรม นางจิตติญากร สิ้นธุ์ตัน

2. ฝ่ายประชาสัมพันธ์และเผยแพร่วารสาร

นางมยุรี เข้มทอง นางสาวสิทธิณี ปฐมกำธร

3. ฝ่ายประสานงานและข้อมูลวารสาร

นางสาวสิทธิณี ปฐมกำธร

กำหนดออก

ปีละ 2 ครั้ง (ราย 6 เดือน)

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – มิถุนายน และฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม – ธันวาคม

สำนักงาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร 27/99 ถนนคลองคะเชนทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร 66000

โทร. 056 990 354 ต่อ 133-134 โทรสาร 056 990 353 E-mail: pphj.2020@gmail.com

ดาวน์โหลดเอกสารได้ที่ :

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

พิมพ์ที่

โรงพิมพ์อนันตชัยการพิมพ์ 82/26 ถนนบึงสีไฟ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร 66000

โทร. 081 675 9045

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ถือเป็นผลงานทางวิชาการ หรือวิจัยและวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้พิมพ์ ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้พิมพ์ต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง และกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ที่จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องเหมาะสมตามหลักภาษา และทางวิชาการได้

สาส์นจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร



สวัสดีครับ พี่น้องชาวสาธารณสุขพิจิตรทุกท่าน

วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2566 เล่มนี้ ได้รวบรวมผลงานวิชาการที่มีคุณภาพจากบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ซึ่งได้นำเสนอองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านสาธารณสุขที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนและประเทศชาติ ทั้งนี้เนื้อหาในวารสารประกอบไปด้วยการนำเสนอผลงานวิชาการหลากหลายสาขา อาทิ บทความวิจัย

บทความวิชาการ และรายงานผู้ป่วย โดยเนื้อหาครอบคลุมประเด็นด้านสุขภาพที่สำคัญ เช่น โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ อุบัติเหตุ และผู้สูงอายุ กระผมขอชื่นชมความมุ่งมั่นตั้งใจของบุคลากรสาธารณสุขทุกท่านที่สร้างสรรค์ผลงานวิชาการที่มีคุณภาพและเป็นประโยชน์ต่อสังคม ทั้งเชื่อมั่นว่าผลงานวิชาการเหล่านี้จะเป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพงานสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรและองค์กรสาธารณสุขทุกภาคส่วน ในโอกาสนี้ขอเชิญชวนพี่น้องชาวพิจิตรทุกท่านได้ติดตามอ่านและแลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์ความรู้และนวัตกรรมด้านสาธารณสุขจากวารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร โดยสามารถดาวน์โหลดฟรีได้ที่เว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณคณะผู้บริหาร บุคลากรสาธารณสุข ผู้ทรงคุณวุฒิ และกองบรรณาธิการทุกท่าน ที่ร่วมกันจัดทำวารสารฉบับนี้ขึ้นด้วยความตั้งใจ ขอให้ทุกท่านมีความสุขและประสบความสำเร็จในการทำงาน และขอส่งกำลังใจให้ชาวพิจิตรทุกคนร่วมกันดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว เพื่อการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของชาวพิจิตรทุกท่านต่อไป

ด้วยความปรารถนาดี

นายวิศิษฐ์ อภิสิทธิ์วิทยา

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

บรรณาธิการแถลง



วารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” จัดทำขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการอันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานและความก้าวหน้าทางวิชาชีพ ดำเนินการมาจนถึงปัจจุบันเป็นปีที่ 4 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2566 ทั้งนี้ได้คัดเลือกผลงานทางวิชาการที่มีคุณค่าสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ จำนวน 22 เรื่อง ประกอบไปด้วย

นิพนธ์ต้นฉบับ จำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ 1) การศึกษาระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการตามแนวทางการให้บริการในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลดงเจริญ 2) ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนในเขตจังหวัดพิจิตร 3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร 4) แนวทางการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรด้านการเงินและบัญชีในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร และ 5) ความรอบรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตำบลหนองหอย อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ รายงานผู้ป่วย จำนวน 15 เรื่อง ได้แก่ 1) การพยาบาลผู้ป่วยโรคภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) 2) การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในระยะวางแผนการจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 3) การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง 4) การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกร่วมกับการติดเชื้อโควิด -19 5) การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะ ร่วมกับมีลมและเลือดออกในเยื่อหุ้มปอดและกระดูกหักหลายตำแหน่ง 6) การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกจากการใช้ยาเมทฟอร์มินที่รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 7) การพยาบาลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการติดเชื้อวัณโรคของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง 8) การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อก 9) การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่อยู่ยานานเดียวและที่อยู่ยาลายยานาน 10) การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ระยะสุดท้ายที่บ้าน 11) การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะคีโตนคั่งในร่างกาย 12) การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาวะหัวใจหยุดเต้น 13) การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลัน ที่ได้รับการรักษาด้วย High-flow nasal cannula หลังยาเครื่องช่วยหายใจ 14) การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด และ 15) การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัด

เปลี่ยนข้อเข้าเทียม และบทความวิชาการ จำนวน 2 เรื่องได้แก่ 1) ผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการคลำด้วยมือร่วมกับตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ จังหวัดกำแพงเพชร และ 2) คำแนะนำการเขียนบทความส่งตีพิมพ์วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

ในนามของกองบรรณาธิการวารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” ขอขอบคุณผู้ส่งบทความ และผู้ทรงคุณวุฒิทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ในการสละเวลาอ่าน และพิจารณาให้ข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงแก้ไขบทความเพื่อความสมบูรณ์ของบทความซึ่งรายละเอียดของเนื้อหาผู้อ่านสามารถอ่านหรือสืบค้นได้จากวารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” ทั้งในส่วนที่เป็นฉบับรูปเล่มนี้ และจากเว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ซึ่งกองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความสนใจและความร่วมมือจากทุกท่านสืบไป



(ดร.ธานี โชติกคาม)

บรรณาธิการ



วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

Phichit Public Health Research and Academic Journal

ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2566

Vol. 4 No. 2 July - December 2023

สารบัญ

หน้า

สารบัญจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

บรรณาธิการแถลง

นิพนธ์ต้นฉบับ : Original Articles

1. การศึกษาระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการตามแนวทางการให้บริการในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 โรงพยาบาลดงเจริญ
วิชชุดา อ้นมี พ.บ. 1 - 9
2. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนในเขตจังหวัดพิจิตร
พัชรีย์ สีจ๊ะแปง พย.บ. 10 - 19
3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร
สิริรัตน์ เนียมเปรม พย.ม. 20 - 29
4. แนวทางการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรด้านการเงินและบัญชีในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร
จิรสุดา แสงศิลป์ ศศ.บ. 30 - 40
5. ความรอบรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตำบลหนองหอย อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่
อารักษ์ กิติกร พย.บ. 41 - 52

รายงานผู้ป่วย : Case Reports

6. การพยาบาลผู้ป่วยโรคภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) : รายงานผู้ป่วย
นิภา นวลนภาศรี พย.ม. 53 - 61
7. การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในระยะวางแผนการจำหน่ายและดูแลต่อเองที่บ้าน
ยุรีพร เชื้อสุวรรณ พย.บ. 62 - 71



วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

Phichit Public Health Research and Academic Journal

ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2566

Vol. 4 No. 2 July - December 2023

สารบัญ

หน้า

รายงานผู้ป่วย : Case Reports

8. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง : รายงานผู้ป่วย
บำรุง เกิดชื่นหมาก พย.บ. 72 - 79
9. การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกร่วมกับการติดเชื้อโควิด-19 : กรณีศึกษา
พรศักดิ์ ใจชื่น พย.บ. 80 - 89
10. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีลมและเลือดออก
ในเยื่อหุ้มปอดและกระดูกหักหลายตำแหน่ง : กรณีศึกษา
ขวัญจิต พฤษะวัน พย.ม. 90 - 97
11. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกจากการใช้ยาเมทฟอร์มิน
ที่รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
สุภาภรณ์ นาคเพ็ง ป.พย. 98 - 105
12. การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง
ที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการติดเชื้อวัณโรค : กรณีศึกษา
จิตาภา ดอนอินทร์ทรัพย์ พย.บ. 106 - 115
13. การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อก
เบญจมาศ มีสิงห์ ป.พย. 116 - 123
14. การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดค้ำยขาขนานเดียวและค้ำยขาหลายขนาน : กรณีศึกษา 2 ราย
ชุตินา ปันแก้ว พย.บ. 124 - 134
15. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ระยะสุดท้ายที่บ้าน : รายงานผู้ป่วย
ยุพดี ศรีเบญจโชติ ป.พย. 135 - 143
16. การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะคีโตนคั่งในร่างกาย
ทัศนีย์ ญาณกิจ พย.ม. 144 - 157
17. การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยกร่วมกับภาวะหัวใจหยุดเต้น
ธัญญวรรณ บุญผล พย.บ. 158 - 169



วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

Phichit Public Health Research and Academic Journal

ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2566

Vol. 4 No. 2 July - December 2023

สารบัญ

หน้า

รายงานผู้ป่วย : Case Reports

18. การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลัน ที่ได้รับการรักษาด้วย High-flow nasal cannula หลังหย่าเครื่องช่วยหายใจ : รายงานผู้ป่วย
ณรัชญ์วัฒน์ คลังเมือง ป.พย. 170 - 178
19. การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด : รายงานผู้ป่วย
รุ่งทิพย์ พฤษะวัน พย.บ. 179 - 188
20. การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม : รายงานผู้ป่วย
สมใจ อดทน พย.บ. 189 - 199

บทความพิเศษ : Special Article

21. ผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการคลำด้วยมือร่วมกับตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์
จังหวัดกำแพงเพชร
น้ำค้าง ฉ่ำสอน ป.พย. 200 - 208
22. ข้อเสนอแนะการเขียนบทความทางวิชาการ (นิพนธ์ต้นฉบับ/กรณีศึกษา) เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่
วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
ดร. ธานี โชติกคาม, อุษา จันทร์กลิ่น และ อัจฉนา เจริญชัย 209 - 212

คำแนะนำสำหรับส่งบทความตีพิมพ์

213 - 218

การศึกษาระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการตามแนวทางการให้บริการในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 โรงพยาบาลดงเจริญ

Outcomes of Glycemic Control in Patients with Type 2 Diabetes Receiving New Services from Diabetes Clinic, Dongcharoen Hospital during COVID -19 Pandemic

วิชชุดา อันมี พ.บ.
โรงพยาบาลดงเจริญ

บทคัดย่อ

วิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยเก็บข้อมูลย้อนหลังเปรียบเทียบในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน (Retrospective descriptive study) เพื่อดูผลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการตาม แนวทางการให้บริการในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 เปรียบเทียบกับการบริการรูปแบบเดิม โรงพยาบาลดงเจริญ จังหวัดพิจิตร โดยเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลดงเจริญ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2565 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) แสดงเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean \pm SD) ค่าความถี่ (Frequency, N) ร้อยละ (%) และ Paired t-test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 262 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.4 อยู่ในช่วงอายุ 61-70 ปีมากที่สุด ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ค่าเฉลี่ย FBS ก่อนและหลังการให้บริการช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เท่ากับ 121.35+20.76 mg/dL และ 125.21+26.65 mg/dL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.036) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย HbA1C ก่อนและหลังการให้บริการช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 เท่ากับ 6.57+0.40 % และ 6.72+0.59 % เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=p<0.01) เช่นกัน

ดังนั้นในอนาคตเพื่อรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค หรือเพื่อรองรับระบบบริการ Telemedicine ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จึงควรพัฒนารูปแบบการบริการให้ครอบคลุมโดยคำนึงถึงปัจจัยทางด้านอายุ การติดตามอาการหรือการให้คำแนะนำผ่านทางช่องทางอื่นๆ และการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่องร่วมด้วย

คำสำคัญ : โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับน้ำตาลในเลือด

Abstract

The purpose of this descriptive research study was to evaluate the hospital's new service by comparing patients' glycemic control data before and after implementing the new service during the Covid 19 pandemic. The data was collected from reviewing medical record of Diabetic Mellitus type II patients who treatment at Dong Charoen Hospital between 1 October 2020 and

31 October 2022. The data were analyzed using descriptive statistics with means and standard deviations (SD), frequencies, percentages, and inferential statistics using dependent sample t-tests with p-value at 0.05.

The results showed that most of the samples were females (58.4%) with an age range of 61-70 years old. Most of them graduated from elementary school. Average FBS from before and after the new service significantly increased from 121.35+20.76 mg/dL to 125.21+26.65 mg/dL (p-value=0.036). Average HbA1c also significantly increased from 6.57+0.40 % to 6.72+0.59 % after using the new service (p-value=p<0.01)

So, In the future to support the pandemic situation or telemedicine service. The new service should be developed to be comprehensive, taking into account the age factor, follow-up the symptoms or giving advice through other channels and self-care behaviors.

Keywords : COVID-19, Type-2 Diabetes, Plasma glucose

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคที่มีการระบาดอย่างกว้างขวาง (Pandemic) เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 โดยสถานการณ์ในประเทศไทยช่วงเดือนธันวาคม 2563 ถือเป็น การระบาดระลอกที่ 2 และช่วงเดือนเมษายน 2564 เป็นระลอกที่ 3⁽¹⁾ ระบบบริการสาธารณสุขจึงมีมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 ให้สอดคล้องกับมาตรการรักษาระยะห่างทางสังคม (Social distancing) เพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายเก่า และลดความแออัดในโรงพยาบาล เป็นการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค อีกทั้งเป็นการรองรับระบบบริการทางการแพทย์ในอนาคต Telemedicine อีกด้วย⁽²⁾ โดยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญและมีจำนวนการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลต่งเจริญอันดับ 1 คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หากผู้ป่วยโรคเบาหวานติดเชื้อโควิด -19 จะทำให้มีอาการรุนแรงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานอย่างชัดเจน จากงานวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีปอดอักเสบรุนแรงมากกว่าคนปกติ⁽³⁾ และมีอัตราการเสียชีวิตมากขึ้นถึง 3 เท่า⁽⁴⁾ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและใช้เวลารักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่าคนทั่วไป⁽⁵⁾

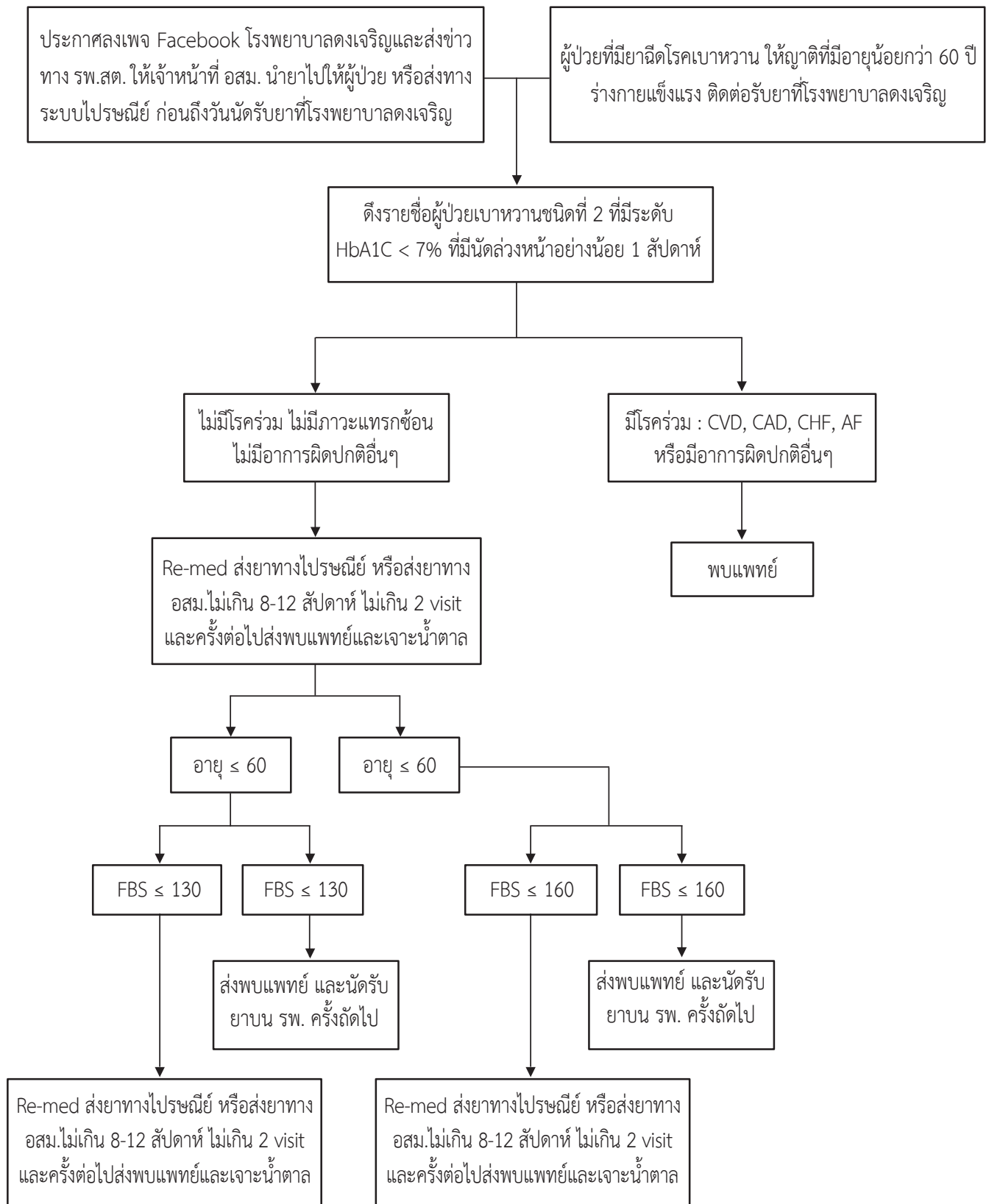
ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีมาตรการลดการมาโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่ไม่มีความเร่งด่วน เพื่อลดความแออัด ลดโอกาส

รับและแพร่เชื้อโควิด -19 ในโรงพยาบาล จากเดิมโรงพยาบาลต่งเจริญ จังหวัดพิจิตร มีการบริการคลินิกโรคเบาหวานในรูปแบบเดิมโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ ตรวจรักษาโดยแพทย์ทุกราย ทุกครั้งที่มารับยาตามนัด และให้คำแนะนำการปรับโภชนาการรายบุคคลในรายที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมาย พบพยาบาลจัดการเฉพาะโรคให้ความรู้รายกลุ่ม และพบเภสัชกรประเมินและให้ความรู้ในการใช้ยา จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 จึงได้มีการปรับรูปแบบบริการในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมโรคได้ตามเป้าหมาย คือ มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดน้อยกว่าร้อยละ 76 โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วย ตามอายุ โรคร่วม และ ภาวะแทรกซ้อน และระดับการควบคุมน้ำตาลในเลือด ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 (ระลอกที่ 3) โดยโรงพยาบาลทำการจัดส่งยาให้ตามความสะดวก เช่น ทางไปรษณีย์หรือผ่านทาง อสม. โดยมีปริมาณยาไม่เกิน 2-3 เดือน ดังแผนผังที่ 1 เพื่อลดความแออัด ลดโอกาสรับและแพร่เชื้อในโรงพยาบาล และเตรียมความพร้อมทรัพยากรต่างๆ ให้รองรับสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรคโควิด -19 ที่อาจกลับมารุนแรงขึ้น

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการปรับรูปแบบบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในอนาคต กำหนดทิศทางการพัฒนา

การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีประสิทธิภาพหากมีการ
แพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่อื่นๆ หรือการแพร่ระบาด
ระลอกใหม่ของโรคติดเชื้อโควิด -19 และนำไปพัฒนา

การบริการ Telemedicine ทั้งในโรคเรื้อรังเบาหวานและ
โรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป



แผนผังที่ 1 การดำเนินงานการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลดงเจริญ ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19

วัตถุประสงค์งานวิจัย

เพื่อศึกษาผลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 Fasting blood sugar (FBS) และ HemoglobinA1C (HbA1c) ที่รับบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เปรียบเทียบกับการบริการรูปแบบเดิม

สมมติฐานงานวิจัย

ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 Fasting blood sugar (FBS) และ HemoglobinA1C (HbA1c) ที่รับบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลดงเจริญ แตกต่างจากการรับบริการในรูปแบบเดิม

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยศึกษาผลของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย ก่อนและหลังการปรับรูปแบบบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันที่รับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลดงเจริญ จังหวัดพิจิตร ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2565 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์โรงพยาบาลดงเจริญ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังเปรียบเทียบในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน (Retrospective descriptive study) เพื่อดูผลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการตามแนวทางการให้บริการในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เปรียบเทียบกับการบริการรูปแบบเดิม โรงพยาบาลดงเจริญ จังหวัดพิจิตร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการในคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลดงเจริญ จังหวัดพิจิตร และได้รับบริการทั้งรูปแบบเดิมและตามแนวทางการให้บริการในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการในคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลดงเจริญ จังหวัดพิจิตร ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2565 โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจาก โรงพยาบาลดงเจริญมีผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานกับโรงพยาบาลดงเจริญทั้งสิ้น 623 คน ขนาดตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง Sample Size for Frequency in a Population $n = \frac{DEFF * Np(1-p)}{[(d2/Z21 - \alpha/2 * (N-1) + p * (1-p))]}^{(6)}$ ค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 238 คน ป้องกันความผิดพลาดร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้คือ 262 คน โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมงานศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับยารักษาโรคเบาหวานในโรงพยาบาลดงเจริญ จังหวัดพิจิตร
2. มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1C < 7%
3. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต (ภาวะไตวายระยะ 3 ขึ้นไป) และเท้า
4. ได้รับการตรวจหาระดับ FBS และ HbA1c ในช่วงระยะเวลาของการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมทางระบบหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิต เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจวาย และโรคหลอดเลือดสมอง

2. ผู้ป่วยที่มีการย้ายที่อยู่ หรือเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การคัดลอกข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์โรงพยาบาลดงเจริญ ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) นำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยและค่าระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA1c) ในช่วงเวลาที่รับบริการรูปแบบเดิมและแนวทางการให้บริการในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2565
2. ข้อมูลเชิงประชากร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ และระดับการศึกษา

การพหุลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวินิจฉัย ดำเนินการภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เลขที่ 08/2566 วันที่ 1 มิถุนายน 2566 และได้ผ่านการขออนุมัติขอข้อมูลและศึกษาข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลดงเจริญ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ด้วยตนเอง โดยเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 10 มิถุนายน 2566 ถึง วันที่ 15 มิถุนายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ทำการสร้างฐานข้อมูลและคำนวณผลทางสถิติด้วยโปรแกรมวิเคราะห์สำเร็จรูปทางสถิติ SPSS Statistics 17.0 โดยอธิบายลักษณะข้อมูลที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างเพื่ออ้างอิงไปยังกลุ่มประชากร ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) แสดงเป็น ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean \pm SD) ในกรณีที่เป็น

ข้อมูลเชิงปริมาณ และแสดงค่าการกระจาย หรือค่าความถี่ (Frequency, N) และร้อยละ (%) ในกรณีที่เป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม การวิเคราะห์หอนุমানทางสถิติ ในการวัดผลตามแนวทางการให้บริการในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 เปรียบเทียบกับบริการในรูปแบบเดิมก่อนและหลัง ระดับค่า FBS และ HbA1c ด้วยสถิติ Paired t-test โดยค่าสถิติทั้งหมดจะกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 262 คน โดยกลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.4) และอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 71.8) เป็นกลุ่มช่วงอายุ 61-70 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 43.9) รองลงมา คือช่วงอายุ 70 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 27.9) และช่วงอายุ 51-60 ปี (ร้อยละ 18.7) รองลงมา ตามลำดับส่วนใหญ่การศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 92.4) ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง N = 262

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	109	41.6
หญิง	153	58.4
อายุ (ปี)		
≤ 50 ปี	25	9.5
51-60 ปี	49	18.7
61-70 ปี	115	43.9
> 70 ปี	73	27.9
การศึกษา		
ประถมศึกษา	242	92.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	18	6.9
อนุปริญญา	1	0.4
ปริญญาตรี	1	0.4

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ระหว่างการให้บริการรูปแบบเดิมและการให้บริการช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 โรงพยาบาลดงเจริญ
N = 262

ระดับน้ำตาล	บริการรูปแบบเดิม	บริการช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19	p-value
	ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
FBS	121.35±20.76	125.21±26.65	0.036
Hb1AC	6.57±0.40	6.72±0.59	<0.001*

จากตารางที่ 2 พบว่าผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย FBS และค่าเฉลี่ย HbA1C ระหว่างการให้บริการรูปแบบเดิมและการให้บริการช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 โรงพยาบาลดงเจริญ พบว่าค่าเฉลี่ย FBS รูปแบบเดิมเปรียบเทียบกับบริการช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 เท่ากับ 121.35+20.76

mg/dL และ 125.21+26.65 mg/dL ตามลำดับ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.036) และค่าเฉลี่ย HbA1C รูปแบบเดิมเปรียบเทียบกับบริการช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 เท่ากับ 6.57+0.40 % และ 6.72+0.59 % ตามลำดับ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001)

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระหว่างการให้บริการรูปแบบเดิมและการให้บริการช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 โรงพยาบาลดงเจริญ จำแนกตามกลุ่มอายุ N = 262

กลุ่มอายุ	บริการรูปแบบเดิม	บริการช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19	p-value
	ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
≤50 ปี	123.14±16.93	132.32±21.50	0.069
51-60 ปี	122.85±17.79	125.74±30.87	0.465
61-70 ปี	122.60±22.64	125.97±28.02	0.285
>70 ปี	117.78±20.62	121.23±22.56	0.257

จากตารางที่ 3 พบว่าผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย FBS ระหว่างการให้บริการรูปแบบเดิม และการให้บริการช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 โรงพยาบาลดงเจริญ จำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่าค่าเฉลี่ย

FBS ทั้งในการให้บริการรูปแบบเดิมและการให้บริการช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 ในแต่ละช่วงอายุมีค่าเฉลี่ยของระดับ FBS ไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ระหว่างการให้บริการรูปแบบเดิมและการให้บริการช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 โรงพยาบาลดงเจริญ จำแนกตามกลุ่มอายุ N = 262

กลุ่มอายุ	บริการรูปแบบเดิม	บริการช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19	p-value
	ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
<50 ปี	6.54±0.45	6.72±0.66	0.227
51-60 ปี	6.57±0.39	6.80±0.64	<0.001
61- 70 ปี	6.60±0.37	6.74±0.56	<0.001
>70 ปี	6.53±0.43	6.64±0.56	0.071

จากตารางที่ 4 พบว่าผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย HbA1C ระหว่างการให้บริการรูปแบบเดิมและการให้บริการช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 โรงพยาบาลดงเจริญ จำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า ในกลุ่มช่วงอายุ 51-60 ปี และ 61-70 ปี ค่าเฉลี่ย HbA1C ก่อนและหลังการให้บริการช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ 6.57+0.39 % และ 6.80+0.64 % (p-value<0.001) กับ 6.60+0.37 % และ 6.74+0.56 % (p-value<0.001) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มอายุ ≤ 50 ปี และ > 70 ปี ค่าเฉลี่ย HbA1C ก่อนและหลังการให้บริการช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 มีค่าไม่แตกต่างกัน

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาผลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 (แผนผังที่ 1) เปรียบเทียบกับการบริการรูปแบบเดิมโดยทีมสหวิชาชีพ และพบแพทย์ทุกครั้งที่มารับยาตามนัด ในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันที่รับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลดงเจริญ จังหวัดพิจิตร ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2565 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์โรงพยาบาลดงเจริญ จำนวน 262 คน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในช่วงอายุ 61-70 ปีมากที่สุด ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา

โดยผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ระหว่างการให้บริการรูปแบบเดิม และการให้บริการช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA1C) มีค่าสูงขึ้นทั้งสองอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value = 0.036 และ p-value <0.01 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ (โควิด -19) โรงพยาบาลไทรงาม ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษๆ ส่วนใหญ่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี⁽⁷⁾ และการศึกษาการให้บริการทางโทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วยเบาหวานในการแนะนำการดูแลตนเองที่บ้าน ร่วมกับการส่งยาทางไปรษณีย์ โดยผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ตามเป้าหมาย มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลังให้บริการทางโทรศัพท์ร่วมกับการส่งยาทางไปรษณีย์เพิ่มขึ้น จากระดับน้ำตาลสะสมในเลือดร้อยละ 6.37 เป็นร้อยละ 7.23 (p < 0.05)⁽⁸⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของต่างประเทศ โดยเป็นการศึกษาเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ระหว่างก่อนและหลังมีมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด -19 พบว่าระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA1C) สูงขึ้นอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁹⁾ เช่นกัน อธิบายได้ว่ากระบวนการรักษาโรคเบาหวานในรูปแบบใหม่ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 แม้ว่าจะเป็นการส่งยาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมาย HbA1C < 7% กลับพบว่าทั้ง FBS HbA1C มีค่าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความตึงเครียดทางอารมณ์มีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดน้อยลงและพฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสมมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เนื่องจากความเครียดช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ชีวิต ไม่สามารถออกไปเจอกับผู้อื่น ครอบครัว ชุมชน และปัญหาเรื่องเศรษฐกิจ บางครอบครัวอาจตกงาน ต้องกักตัวอยู่ที่บ้าน เหล่านี้ล้วนแต่ทำให้เกิดความเครียด อีกทั้งการที่ผู้ป่วยไม่ได้เจาะน้ำตาลในเลือดดูทุกครั้งก็ถึงรอรับยารักษาโรคเบาหวานไม่ได้พบแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อพูดคุยสร้างแรงจูงใจ หรือให้คำแนะนำ เพื่อย้ำเตือนในการดูแลตนเอง การควบคุมอาหาร อาจทำให้ผู้ป่วยขาดความตระหนักในการควบคุมระดับน้ำตาลได้ แม้จะรับประทานยาสม่ำเสมอก็ตาม โดยเฉพาะกลุ่มช่วงอายุ 51-60 ปี และ 61-70 ปี จะมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ก่อนและหลังการให้บริการช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ $6.57+0.39\%$ และ $6.80+0.64\%$ ($p\text{-value} < 0.001$) และ $6.60+0.37\%$ และ $6.74+0.56\%$ ($p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มช่วงอายุเหล่านี้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้^(8,9) และอีกสาเหตุของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อาจเกิดจากรูปแบบการรับบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระหว่างที่ส่งยาไม่ได้มีการโทรติดตามสอบถามความสม่ำเสมอในการทานยา การควบคุมการทานอาหาร และให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง และอาจเว้นช่วงในการติดตามน้ำตาลในเลือดเป็นเวลานาน จึงทำให้ผู้ป่วยขาดความตระหนักในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

สรุปผลการศึกษา ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลดงเจริญ มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด Fasting

blood sugar (FBS) และ HemoglobinA1C (HbA1c) สูงขึ้น เมื่อเทียบกับการรับบริการในรูปแบบเดิม ดังนั้นในอนาคตเพื่อรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคหรือเพื่อรองรับระบบบริการ Telemedicine ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จึงควรพัฒนารูปแบบการบริการให้ครอบคลุมโดยคำนึงถึงปัจจัยทางด้านอายุ การติดตามอาการหรือการให้คำแนะนำผ่านทางช่องทางอื่นๆ และการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่องร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กรณีเกิดการแพร่ระบาดของโรคในอนาคต อาจปรับเกณฑ์การคัดเลือกการส่งยาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมเข้มงวด คือ HbA1C < 6.5% และนำเกณฑ์เรื่องอายุ ความเครียด การจัดการกับความเครียด และแนวคิดการดูแลสุขภาพของตนเอง เข้ามาร่วมด้วย เพื่อหาวิธีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นพิเศษ
2. ปรับเปลี่ยนรูปแบบการรับบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยการเพิ่มการโทรติดตามหรือตั้ง line กลุ่ม เพื่อสอบถามอาการ ให้ความรู้ และตอบข้อสงสัยของผู้ป่วย
3. สร้างเครือข่ายร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้มีการเจาะน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วกับผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ใกล้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น และรายงานค่าระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วให้แพทย์ทราบเพื่อพิจารณาเปลี่ยนให้ผู้ป่วยขึ้นมารับยาที่โรงพยาบาลแทนการส่งยาต่อในกรณี que ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

เอกสารอ้างอิง

1. องค์การอนามัยโลก กรมควบคุมโรค, กองโรคติดต่อทั่วไป, กองระบาดวิทยา [อินเทอร์เน็ต]. สิงหาคม 2564 [เข้าถึงเมื่อ 12 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>
2. สปสช.จับมือ ไปรษณีย์ไทย เพิ่มศักยภาพส่งยาสิทธิบัตรทอง หนุนการแพทย์ยุคใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. กันยายน 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2564 สิงหาคม 20]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nhso.go.th/news/2885>.

3. Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., ... Cao, B. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The Lancet*, 395(10229):1054–1062.
4. Roncon L, Zuin M, Rigatelli G, Zuliani G. Diabetic patients with COVID-19 infection are at higher risk of ICU admission and poor short-term outcome. *J Clin Virol*. 2020;127:104354.
5. Williamson EJ, Walker AJ, Bhaskaran K, Bacon S, Bates C, Morton CE, et al. Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY. *Nature*. 2020;584(7821):430-6.
6. Sullivan KM. Sample size for a proportion or descriptive study [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 30]. Available from: <https://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm>
7. นลิน จรุงธนะกิจ. ศึกษาผลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ (โควิด-19) โรงพยาบาลไทรंगาม. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2564;15(36):129-142.
8. ฅกานต์ชฅญาน์ นววัชรินทร์, สฤฤฤฤ รัฒนโธภาส, สฤภาณึ นัถยเอียต. การพัฒนาระบบบริการทางโทรศัพท์ สัสำหรับ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณัการแพร่ระบาด ของโรคติดเชื้ไวรัสโคโรนา 2019. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึศึกษา. 2564;2:62-75.
9. Khare J, Jindal S. Observational study on the effect of lockdown due to COVID-19 on HBA1c levels in patients with diabetes: Experience from Central In-dia. *Primary Care Diabetes* 2021. [cited 2021 Aug 20]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33419712/>

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ของประชาชนในเขตจังหวัดพิจิตร

Factors affecting perception and health behavior in the prevention and control of Diabetes Mellitus and Hypertension of people in Phichit Province

พัชรี สีจ๊ะแปง พย.บ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนในเขตจังหวัดพิจิตรครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตจังหวัดพิจิตร ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพ และปัญหาอุปสรรคและแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 420 คน และภาคีเครือข่าย จำนวน 18 คน เครื่องมือที่ใช้การวิจัยเป็นแบบสอบถามและแนวทางการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test One-way ANOVA และ Stepwise Multiple Regression วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหาบรรยายสรุปความ

ผลการวิจัย พบว่าการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง อยู่ในระดับปานกลาง รายได้ต่อเดือนที่ต่างกัน มีระดับการรับรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน ปัจจัยที่มีผลและมีอำนาจพยากรณ์ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ ($\beta = 0.343$) การรับรู้ความรุนแรง ($\beta = 0.113$) และการรับรู้ในภาพรวม ($\beta = 0.104$) โดยสามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 67.10 ($R^2 = 0.671$) ปัญหาอุปสรรคและแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้องทั้งในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการ การออกกำลังกายรวมทั้งการจัดการความเครียด ควรกำหนดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเป็นนโยบายทุกระดับในการพัฒนากิจกรรมด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การรับรู้ พฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

Research study on Factors affecting perception and health behavior in prevention and Control diabetes and high blood pressure among people in Phichit Province this time. This is a mixed methods research design. The objective is to study the level of awareness and health behavior in the prevention and control of diabetes and high blood pressure among people at

risk in Phichit Province. Factors affecting health perception and behavior and obstacles and ways to promote healthy behavior. The sample group included 420 people at risk for diabetes and high blood pressure and 18 network partners. The research tools used were questionnaires and group discussion guidelines. Quantitative data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, t-test, One-way ANOVA and Stepwise Multiple Regression. Qualitative data were analyzed by content analysis.

The research results found that people's awareness and health behavior in preventing and controlling diabetes and high blood pressure. is at a moderate level. Different monthly income There are different levels of awareness in practicing health behaviors. Factors that are effective and have the power to predict health behavior levels include perceived benefit ($\beta=0.343$), perceived severity ($\beta=0.113$), and overall perception ($\beta=0.104$). They can predict Got 67.10 percent ($R^2=0.671$). Problems, obstacles and ways to promote healthy behavior found that the people have healthy behavior. It is incorrect in terms of responsibility for health, nutrition, exercise, and stress management. Promotion of health behavior among people at risk should be specified as a policy at every level in developing health activities for the prevention and control of diabetes and high blood pressure on a continuous basis.

Keywords : Perception, Health behavior, Disease prevention and control, Diabetes Mellitus, and Hypertension

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและการพัฒนาประเทศ จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าในทุกๆ ปี ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประมาณ 36 ล้านคน (ร้อยละ 63) โดยประมาณร้อยละ 44 เสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี⁽¹⁾ ทำให้ส่งผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคมของประเทศอย่างมหาศาล นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกระบุว่า ในปี 2559 ในจำนวนการตายของประชากรโลกทั้งหมดประมาณ 58 ล้านคน มีถึงร้อยละ 71 ที่ตายจากโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนี้ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง⁽²⁾ จะเห็นได้ว่าในช่วงปีที่ผ่านมา องค์การระดับชาติ ไม่ว่าจะเป็น องค์การอนามัยโลก องค์การสหประชาชาติ ธนาคารโลก และรัฐบาลจากประเทศต่างๆ ล้วนให้ความสำคัญกับการจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าว เกิดเป็น เครือข่ายระดับนานาชาติขึ้น โดยเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์โลกในเรื่องการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคือ การลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ร้อยละ 25 ภายในปี พ.ศ. 2568⁽¹⁾

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบในทุกประเทศ อัตราความชุกของโรคมียุคใหม่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขมากมาย ซึ่งนับวันจะทวีความรุนแรง และเป็นปัญหาสาธารณสุขของหลายๆ ประเทศ รวมทั้งประเทศไทย พบมีผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จำนวนมาก รวมทั้งมีอัตราป่วยและตายสูงขึ้น อันเนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้มีสาเหตุมาจากปัจจัยต่างๆ เช่น ประชาชน ขาดความรู้ การรับรู้ และแรงจูงใจด้านสุขภาพ⁽³⁾ กระทรวงสาธารณสุขจึงปรับแนวคิดในการทำงานด้านสุขภาพด้วยการกระตุ้นให้ประชาชนมีการตื่นตัวและเน้นการ “สร้างสุขภาพ” มากกว่า “ซ่อมสุขภาพ” โดยการส่งเสริมสุขภาพประชาชนที่ยังไม่ป่วยและป้องกันโรคไม่ให้เกิดขึ้น เพื่อลดภาระทางด้าน การรักษาพยาบาลและยังทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี สามารถประกอบกิจการงาน ตลอดจนพัฒนาประเทศได้อย่างเต็มความสามารถ⁽²⁾

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดพิจิตรจากสถานการณ์แนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่องทุกปี โดยในปี 2563-2565 พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 5.00, 5.24 และ 5.32 ตามลำดับ ส่วนอัตรตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี 2563-2565 คิดเป็นร้อยละ 1.77, 2.33 และ 2.32 ตามลำดับ สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงปี 2563-2565 อัตราป่วยและตายมีแนวโน้มสูงขึ้น กล่าวคือ อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 12.11, 12.67 และ 12.89 ตามลำดับ อัตรตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 1.68, 2.28 และ 2.41 ตามลำดับ⁽⁴⁾

จากความสำคัญดังกล่าวข้างต้นและการทบทวนวรรณกรรม พบว่าแม้เคยมีการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตจังหวัดพิจิตรมาก่อน แต่แนวโน้มสถานการณ์กลับไม่มีที่ท่าลดลงเลย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนในเขตจังหวัดพิจิตร ซึ่งผลการศึกษานี้คาดว่าจะนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการแก่ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และประชาชนทั่วไป รวมถึงใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแก้ไขปัญหาย่างยั่งยืนเป็นรูปธรรมต่อไป

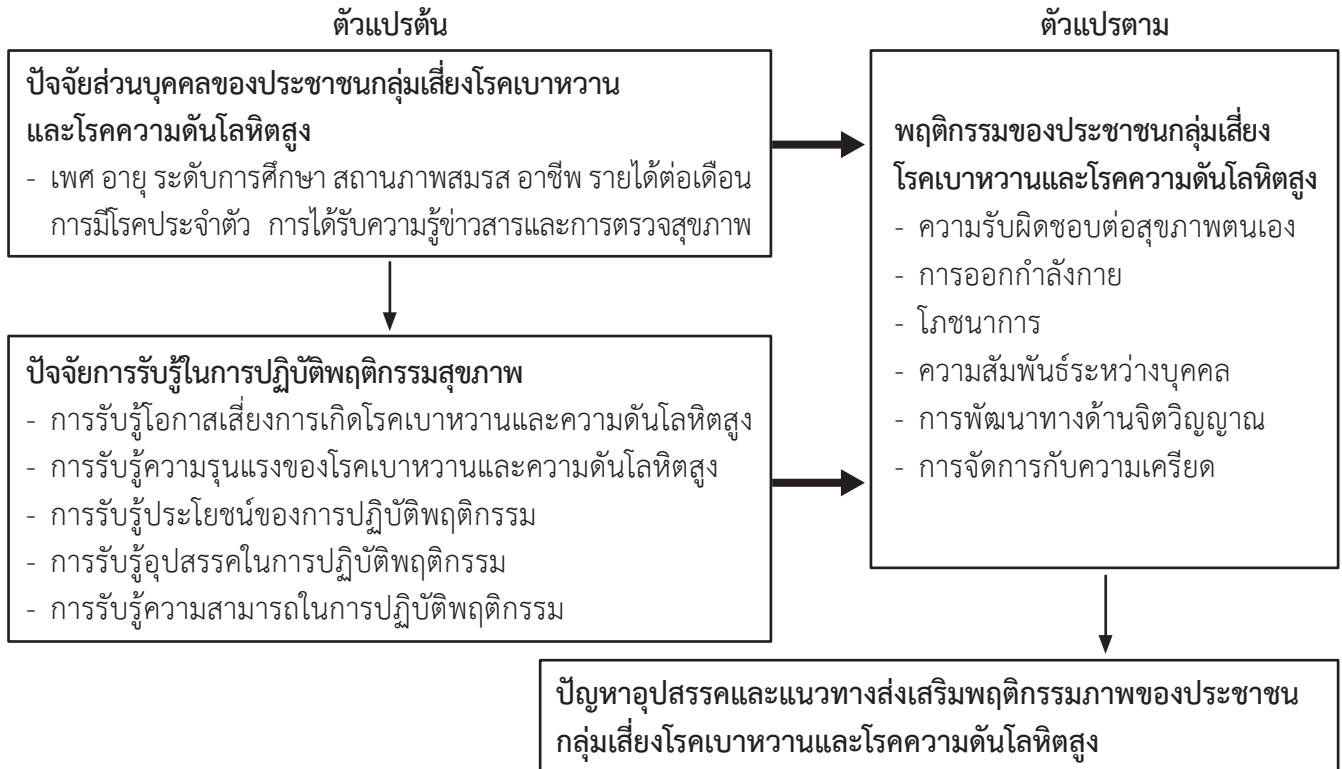
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนในเขตจังหวัดพิจิตร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนในเขตจังหวัดพิจิตร
3. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในเขตจังหวัดพิจิตร

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน การมีโรคประจำตัว การได้รับความรู้ข่าวสารและการตรวจสุขภาพ มีผลต่อระดับการรับรู้และระดับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตจังหวัดพิจิตร
2. การรับรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม มีผลและสามารถคาดทำนายระดับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนในเขตจังหวัดพิจิตร

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัย ครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods research design) ระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ดำเนินการศึกษา ระหว่างเดือนเมษายน 2566 - กันยายน 2566 ซึ่งผู้วิจัย ได้กำหนดวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. การวิจัยเชิงปริมาณ

1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อายุระหว่าง 35 - 59 ปี ที่ได้รับการคัดกรองจากโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตจังหวัด พิจิตร จำนวน 16,805 คน กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของเครซีและมอร์แกน (Krejcie, R. V., & Morgan, D. W., 1970)⁽⁵⁾ ค่าความเชื่อมั่น ร้อยละ 95.00 ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 376 คน สุ่มตัวอย่างสำรองไว้ ร้อยละ 10 จำนวน 38 คน รวมเป็น 414 คน ปรับเป็น 420 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling technique) ตามสัดส่วนของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในแต่ละอำเภอในจังหวัดพิจิตร

1.2 เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม (questionnaires) ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยอาศัยหลักแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านการรับรู้ในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับ พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง และส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและ ข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำมาหาค่าดัชนีความตรง

ของแบบสอบถาม (Item-Index of Item-Objective Congruence:IOC) ได้ค่าความตรงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.93⁽⁶⁾ การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยนำแบบสอบถามฉบับร่างที่ผ่านการปรับปรุงและแก้ไขเนื้อหาตาม ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่มีคุณลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยไปทดสอบกับประชาชน ในเขตอำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัด กำแพงเพชร พบว่า แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพ และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87 และ 0.85 ตามลำดับ

1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พื้นที่ที่มีกลุ่มตัวอย่าง โดยการประสานชี้แจง และอธิบายรายละเอียด วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงขอความอนุเคราะห์พยาบาลในพื้นที่เป็นผู้ช่วยวิจัยภาคสนามในการตอบข้อสงสัย และเก็บรวบรวมแบบสอบถาม เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงสร้างสัมพันธภาพ ตรวจสอบคุณสมบัติอีกครั้ง จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้ความมั่นใจเกี่ยวกับการรักษาความลับ และสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จึงดำเนินการเก็บข้อมูล โดยมีผู้ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามครบถ้วน จำนวน 420 คน

1.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาปัจจัย ที่มีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพใช้ t-test และ One-way ANOVA และสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Stepwise multiple regression analysis) ในการพยากรณ์ปัจจัยที่มีผลพฤติกรรมสุขภาพ กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.05

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ

2.1 กลุ่มตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลในการสนทนากลุ่ม เลือกแบบเจาะจง เป็นภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 18 คน

2.2 เครื่องมือในการสนทนากลุ่ม ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่มในประเด็นปัญหาอุปสรรคและแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

2.3. การเก็บรวบรวมข้อมูลคือโดยผู้วิจัยทำหนังสือเชิญภาคีเครือข่ายเพื่อประสานเตรียมเข้าสนทนากลุ่ม ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา ผู้ช่วยนักวิจัยทำหน้าที่อำนวยความสะดวกในการสนทนากลุ่ม ในวันที่ 22 มิถุนายน 2566 เวลา 09.00 น. ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพิจิตร

2.4 การวิเคราะห์ข้อมูลคือ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยการบรรยายสรุปความ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพิจิตร ก่อนดำเนินการเก็บแบบสอบถาม และรวบรวมข้อมูล วันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2566 เลขที่ 6/2566

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในภาพรวม (n =420)

ระดับการรับรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	86	20.47
ปานกลาง	264	62.86
สูง	70	16.67
รวม	420	100.00

Mean = 145.87 S.D = 15.07 Min = 113 Max = 184 คะแนนเต็ม 200 คะแนน

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในภาพรวม (n =420)

ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	72	17.14
ปานกลาง	275	65.48
สูง	73	17.38
รวม	420	100.00

Mean = 170.71 S.D = 15.35 Min = 121 Max = 209 คะแนนเต็ม 240 คะแนน

ผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.81 เป็นเพศชาย ร้อยละ 41.19 มีอายุเฉลี่ย 51.82 ส่วนใหญ่มีอายุ 51 -59 ปี ร้อยละ 67.15 จบประถมศึกษา ร้อยละ 54.05 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.95 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40.24 มีรายได้เฉลี่ย 10,424.45 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000 บาทลงมา ร้อยละ 40.48 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 27.14 มีไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 21.67 ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด ร้อยละ 81.90 รองลงมาคือ อสม. ร้อยละ 57.62 และได้ตรวจสุขภาพ ร้อยละ 73.10

การรับรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.86 ระดับต่ำ ร้อยละ 20.47 และระดับสูง ร้อยละ 16.67 ดังตารางที่ 1

พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.48 ระดับสูง ร้อยละ 17.38 และระดับต่ำ ร้อยละ 17.14 ดังตารางที่ 2

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

1. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

เมื่อทดสอบหาความแตกต่างของระดับการรับรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ การมีโรคประจำตัว การได้รับความรู้ข่าวสารและการตรวจสุขภาพประจำปี ด้วยการทดสอบค่าที (t-test) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ การมีโรคประจำตัว แหล่งข้อมูลความรู้ข่าวสารและการตรวจสุขภาพประจำปีต่างกัน มีระดับการรับรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน

เมื่อทดสอบหาความแตกต่างของระดับการรับรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ต่อเดือน ด้วยการทดสอบค่าเอฟ (F-test) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้ต่อเดือนต่างกัน มีระดับการรับรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพต่างกัน มีระดับการรับรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่าง

2. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

เมื่อทดสอบหาความแตกต่างของระดับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ การมีโรคประจำตัว การได้รับความรู้ข่าวสารและการตรวจสุขภาพประจำปี ด้วยการทดสอบค่าที (t-test) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ การมีโรค

ประจำตัว การได้รับความรู้ข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่างกัน มีระดับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยส่วนบุคคลด้านการได้รับความรู้ข่าวสารจากแหล่งอื่นๆ นอกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและการตรวจสุขภาพประจำปีต่างกัน มีระดับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน

เมื่อทดสอบหาความแตกต่างของระดับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน และปัจจัยด้านการรับรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการทดสอบค่าเอฟ (F-test) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้ต่อเดือน และการรับรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งรายด้าน (การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถ) และภาพรวมต่างกัน มีระดับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพต่างกัน มีระดับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่าง

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อหาปัจจัยร่วมกันที่มีผลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ด้วย Stepwise Multiple Regression พบว่า ปัจจัยที่มีผลและมีอำนาจพยากรณ์ระดับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพภาพรวม ตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 3 ตัวร่วมพยากรณ์ระดับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 67.10 ($R^2 = 0.671$) ปัจจัยที่มีผลและมีอำนาจ

พยากรณ์ระดับพฤติกรรมสุขภาพ โดยพิจารณาจากค่า Beta คือ การรับรู้ประโยชน์ ($\beta=0.343$) มีค่า Beta = 0.343 การรับรู้ความรุนแรง ($\beta=0.113$) มีค่า Beta = 0.113 และการรับรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพภาพรวม ($\beta=0.104$) มีค่า Beta = 0.104 ตามลำดับ การสร้างสมการถดถอย เพื่อใช้ในการทำนายหรือพยากรณ์ระดับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่า สัมประสิทธิ์ถดถอยที่ถูกเลือกเข้าไปวิเคราะห์ คือ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพภาพรวม

ดังนั้น จึงสามารถสร้างสมการถดถอยเพื่อใช้ในการทำนายหรือพยากรณ์ระดับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ได้ดังนี้

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3$$

แทนค่า $Y = 18.117 + 0.343$ (การรับรู้ประโยชน์) + 0.113 (การรับรู้ความรุนแรง) + 0.104 (การรับรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพภาพรวม)

เมื่อ $Y =$ ระดับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง $a =$ ค่าคงที่ (Constant) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับระดับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ($n = 420$)

ตัวแปรพยากรณ์	B	Std. Error (B)	Standardized Coefficients (Beta)	t	pvalue
การรับรู้ประโยชน์	0.628	0.508	0.343	47.097	0.000*
การรับรู้ความรุนแรง	0.512	0.529	0.113	36.140	0.000*
การรับรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพภาพรวม	0.404	0.426	0.104	32.485	0.012*

Constant (a) = 18.117, $R = 0.714$, $R^2 = 0.671$, Adjusted $R^2 = 0.667$, $SEE = 0.393$

*อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

ปัญหาอุปสรรคและแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง ไม่ทราบวิธีดูแลสุขภาพหรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เช่น การออกกำลังกายที่ถูกวิธีการรับประทานอาหารที่เหมาะสม บางส่วนมีความรู้แต่ไม่ตระหนัก ไม่ใส่ใจในการดูแลตนเอง ดัดการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ไม่ได้ตรวจสุขภาพ ไม่ระมัดระวังเรื่องการรับประทานอาหาร ไม่มีเวลาออกกำลังกาย ขาดผู้นำและไม่มีอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย ไม่ค่อยได้พูดคุยหรือทำกิจกรรมกับคนในครอบครัวและในชุมชน ไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลง ไม่ได้ตั้งเป้าหมายในการดำเนิน

ชีวิต มีความเครียดไม่สบายใจ มักจะอยู่คนเดียวไม่ปรึกษาใคร ข้อเสนอแนะในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ คือ กำหนดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นนโยบายทุกระดับในการพัฒนากิจกรรมด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ให้ข้อมูลความรู้ในการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกายและโภชนาการที่เหมาะสม จัดทีมเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ จัดหาอุปกรณ์ออกกำลังกายและลานกีฬาหรือสถานที่ออกกำลังกายสาธารณะในชุมชน/สถานที่ทำงาน จัดหาผู้นำในการออกกำลังกาย กำหนดวันสำหรับการออกกำลังกาย จัดกิจกรรมพบปะสังสรรค์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพจิตและให้คำปรึกษาการจัดการกับความเครียดที่ถูกต้องแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตจังหวัด พิจิตรมีการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอยู่ใน ระดับปานกลาง อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุ 35-59 ปี ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน มีภาระหน้าที่ต่อครอบครัว พ่อแม่ ทั้งยังต้องเลี้ยงดูบุตรวัยเรียน ทำให้สนใจเรื่อง การทำมาหากินเป็นหลัก สุขภาพเป็นเรื่องรอง ซึ่งควรที่จะ ต้องส่งเสริมประชาชนมีการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ในระดับสูงมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อนุพันธ์ แสงศรี⁽⁷⁾ พบว่า ความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง และผลการศึกษาของ พรทิพย์ ถาอุปชิต⁽⁸⁾ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับ ปานกลาง

ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดัน โลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตจังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีดังนี้

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพ พบว่า ประชาชนที่มีปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้ ต่อเดือนต่างกัน มีระดับการรับรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพแตกต่างกัน ดังนั้น รายได้ต่อเดือนมีผลต่อการรับ รู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในเขตจังหวัดพิจิตร ยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่ระบุว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ต่อเดือนมีผลต่อระดับ การรับรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและ ควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชน กลุ่มเสี่ยงในเขตจังหวัดพิจิตร ส่วนปัจจัยบุคคลด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพ การมี โรคประจำตัว การได้รับความรู้ข่าวสารและการตรวจสุขภาพ ประจำปี ต่างกัน มีระดับการรับรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพไม่แตกต่างกัน จึงไม่มีผลต่อระดับการรับรู้ใน การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุม โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่ม เสี่ยงในเขตจังหวัดพิจิตร อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็น วัยทำงานมีปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่ต่างกันมากนัก สอดคล้อง กับผลการศึกษาของอ้อมใจ แต่เจริญ วิริยะกุล และกิตติยา ศิลาวงศ์สุวรรณภู⁽⁹⁾ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีเพศ

อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็น โรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนที่ต่างกัน มีแผนแผนการรับรู้ ด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ประชาชนที่มีปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ รายได้ต่อเดือน การมีโรคประจำตัว การได้รับความรู้ข่าวสารจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขและการรับรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งรายด้านและภาพรวมต่างกัน มีระดับพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดัน โลหิตสูงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ รายได้ต่อเดือน การมี โรคประจำตัว การได้รับความรู้ข่าวสารจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขและการรับรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งรายด้านภาพรวมมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการ ป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตจังหวัดพิจิตร ยอมรับ สมมติฐานการวิจัยที่ระบุว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ รายได้ต่อเดือน การมีโรคประจำตัว การได้รับข้อมูลข่าวสาร จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการรับรู้ในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและ การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมมีผลต่อ ระดับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุม โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนใน เขตจังหวัดพิจิตรและพบว่า ปัจจัยที่มีผลและมีอำนาจ พยากรณ์ระดับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและ ควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ ($\beta=0.343$) การรับรู้ความรุนแรง ($\beta=0.113$) และการ รับรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพภาพรวม ($\beta=0.104$) ตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 3 ตัวร่วมพยากรณ์ระดับพฤติกรรม สุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 67.10 ($R^2=0.671$) อธิบาย ได้ว่าหากจะส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องของ ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ต้องเน้นหนักในการพัฒนาและสร้าง การรับรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ประชาชนใน การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ความรุนแรง สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของวรศรา ปันทองกลาง ปานจิต นามพลกรัง และวินัฐ ดวงแสนจันทร์⁽¹⁰⁾ พบว่า อายุ ความรู้เกี่ยวกับ

โรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกันสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 28.1 สอดคล้องกับผลการศึกษาของอมรรัตน์ ลือนาม⁽¹¹⁾ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคและสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งมีค่าอำนาจการทำนาย (Adj R²) อยู่ที่ร้อยละ 26.82 สอดคล้องกับผลการศึกษาของณัฐชยา แก้วโกศา⁽¹²⁾ พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของณัฐพงศ์ บัวแก้ว⁽¹³⁾ พบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองเสี่ยงและได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงจากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้กลุ่มเสี่ยงเชื่อว่า หากเขาปฏิบัติตามคำแนะนำ หรือข้อเสนอนั้นๆ รวมทั้งมีความเชื่อมั่นเห็นคุณค่าในตนเอง กลุ่มตัวอย่างจึงแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างเหมาะสม

ในเรื่อง ปัญหาอุปสรรคและแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงไม่ทราบวิธีดูแลสุขภาพหรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และมีพฤติกรรมสุขภาพ ไม่ถูกต้องในเรื่องความรับผิดชอบสุขภาพตนเอง การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการจัดการความเครียดที่เหมาะสม ข้อเสนอแนะในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ คือ กำหนดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นนโยบายทุกระดับในการพัฒนากิจกรรมด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ให้ข้อมูลความรู้ในการดูแลสุขภาพ จัดทีมสุขภาพเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ จัดหาอุปกรณ์ออกกำลังกายและลานกีฬาหรือสถานที่ออกกำลังกาย จัดหาผู้นำในการออกกำลังกาย จัดกิจกรรมพบปะสังสรรค์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพจิตและให้คำปรึกษาการจัดการกับความเครียด หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรนำข้อมูลจากข้อเสนอดังกล่าวไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันและควบคุม

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุพรรณษา สุวรรณสิรินนท์ และรัฐพล ไกรกลาง⁽¹⁴⁾ เสนอแนะว่า ควรส่งเสริมการรับรู้ด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมครอบคลุมทุกด้าน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดและประกาศการสนับสนุนการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นนโยบายสำคัญของทุกระดับ
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมอบหมายภารกิจพยาบาล/ทีมสุขภาพในการสนับสนุนและกระตุ้นติดตามเป็นที่ปรึกษาแก้ปัญหาการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดทำแผนงาน/โครงการและส่งเสริมการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดทีมแพทย์และพยาบาลระดับจังหวัด อำเภอเป็นที่ปรึกษาและสนับสนุนวิชาการแก่ทีมสุขภาพระดับตำบลในการส่งเสริมการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งให้การสนับสนุนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์อย่างเพียงพอ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับโปรแกรมสนับสนุนการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
2. ควรศึกษาเชิงคุณภาพด้านปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคมะเร็งเต้านม เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ นพ.วิศิษฐ์ อภิสิทธิ์วิธานายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร นพ.พนม ปทุมสูตินายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) พญ.ผกามาศ เพชรพงศ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) นายจิรยุทธ์ คงนุ่น นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) ดร.ธานี โชติกคาม รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร นางมยุรี เข้มทอง หัวหน้ากลุ่ม

งานพัฒนาระบบบริการสุขภาพและรูปแบบบริการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน
ที่ให้คำปรึกษา ตรวจสอบเครื่องมือ ตลอดจนประชาชน
กลุ่มตัวอย่างและภาคีเครือข่ายที่ให้ความช่วยเหลือ
เก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูลจนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรธณัฐ ปัญญาใส, พิชามณัฐ ภูเจริญ และณิขมล เปี้ยอยู่. การประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพ
ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและ
โรคความดันโลหิตสูง. วารสารการจัดการความรู้
สู่การปฏิบัติที่เป็นเลิศ วิทยาลัยนครราชสีมา
2562;1(1):83-95.
2. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรค NCDs
พ.ศ.2562. กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต].
2562 [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2566]. เข้าถึง
ได้จาก:[https://ddc.moph.go.th/uploads/
publish/1035820201005073556](https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556)
3. สมใจ จางวาง, เทพกร พิทยภินัน และนิรชร
ชุตินพัฒน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน
และความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง.
วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและ
การสาธารณสุขภาคใต้ 2559;3(1) :110-128.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร; รายงาน
ประจำปี 2565. จังหวัดพิจิตร : สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
5. Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970).
Determining sample size for research
activities. *Educational and Psychological
Measurement*, 30(3), 607–610.
6. ปราณี หลาเบ็ญสะ. การหาคุณภาพของเครื่องมือ
วัดและประเมินผล. มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา
[อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 23 สิงหาคม
2566]. เข้าถึงได้จาก: [http://edu.yru.ac.th/
evaluate/attach/1465551003](http://edu.yru.ac.th/evaluate/attach/1465551003)
7. อนุพันธ์ แสงศรี. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ
ของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน
และความดันโลหิตสูง ในเขตเทศบาลตำบล
บางปรอก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. วารสาร
สหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
2560;2(1):บทคัดย่อ.
8. พรทิพย์ ถาอุปชิต. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท่าลุมภู
อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี. รายงาน
วิจัย;2565.
9. อ้อมใจ แต่เจริญ วิริยะกุล และกิตติยา ศิลาวงศ์
สุวรรณภฏ. การรับรู้และพฤติกรรมการดูแล
ตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลทุ่งมน
อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิจัย
และพัฒนาระบบสุขภาพ 2559;9(2):331-338.
10. วริศรา ปั่นทองกลาง ปานจิต นามพลกรัง และ
วิรัช ดวงแสนจันทร์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ
พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ที่ควบคุมไม่ได้. วารสารพยาบาลสงขลา 2561;
38(4),152-165.
11. อมรรัตน์ ลีอนาม. ระดับพฤติกรรมในการดูแล
ตนเองและความสามารถของปัจจัยทำนาย
พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน
โรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง
ของประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป. รายงานวิจัย;
2562.
12. ณัฐชยา แก้วโกคา. การรับรู้ด้านสุขภาพที่มี
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค
ความดันโลหิตสูง ของประชาชนแขวงยานนาวา
เขตสาทร กรุงเทพมหานคร. วารสารสุขภาพ
ภาคประชาชน 2560;12(4):50-56.
13. ณัฐพงศ์ บัวแก้ว. พฤติกรรมการป้องกันโรค
ความดันโลหิตสูงและหาความสัมพันธ์ระหว่าง
แรงจูงใจเชิงป้องกันกับพฤติกรรมการป้องกัน
โรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง
โรคความดันโลหิตสูง อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัด
จันทบุรี. รายงานวิจัย;2559.
14. สุพรรณษา สุวรรณสินธุ์ และรัฐพล ไกรกลาง.
การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแล
ตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับ
น้ำตาลไม่ได้ที่มาใช้บริการในศูนย์บริการ
สาธารณสุขที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่น. วารสาร
วิชาการสาธารณสุขชุมชน 2566;9(3):135-146.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร

Factors influencing clinical risk management of registered nurses. in a medium-sized community hospital Phichit Province

สิริรัตน์ เนียมเปรม พย.ม.

โรงพยาบาลโพทะเล

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก 2) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก และ 3) ศึกษาแนวทางการแก้ปัญหาการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร จำนวน 218 คน และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) จำนวน 6 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามและแนวคำถามเป็นแบบกึ่งโครงสร้าง ซึ่งแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.92 และค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาครวมเท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า ระดับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ภาพรวมของระดับทัศนคติ ระดับแรงจูงใจ ระดับการบริหารงานแบบมีส่วนร่วม มีความสัมพันธ์ทางบวก ต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร ได้ร้อยละ 68.9 ข้อเสนอแนะจากการศึกษา 1) ด้านโครงสร้าง ควรมีการสื่อสารนโยบายที่ชัดเจน บูรณาการบริหารความเสี่ยงเข้ากับงานประจำ 2) ด้านกระบวนการ ควรกระตุ้นและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการค้นหาและรายงานความเสี่ยง 3) ด้านผลลัพธ์ ควรกระตุ้นให้บุคลากรมีการรายงานอุบัติการณ์ รวมทั้งสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการรายงานความเสี่ยง

คำสำคัญ : บริหารความเสี่ยง พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

This research is a mixed method research with the objectives to 1) study the level of clinical risk management, 2) study factors influencing clinical risk management, and 3) study approaches to solving clinical risk management problems of professional nurses in a medium-sized community hospital in Phichit Province. The samples were 218 Professional nurses in a medium-sized community hospital in Phichit Province and in-depth interviews were 6. Correct data from the questionnaire and question guide were semi-structured. IOC values of .92 and reliability values of .91, respectively. Data were analyzed using multiple regression analysis statistics.

The results showed that the samples had a high level of clinical risk management of professional nurses. The Overview of Attitude Level, Motivation Level, and Participatory

Management Level showed a high level of positive relationship on risk management by professional nurses with a statistical significance of .05. All 3 variables can together predict risk management for professional nurses in a medium-sized community hospital in Phichit Province got 68.9 %. Recommendations from the study should 1) The Structure: The policy should be communicated to integrate risk management into routine work. 2) The Process: should stimulate and develop the capacity of personnel to find and report risks. 3) The results: should encourage personnel to report incidents. Including creating a positive attitude toward risk reporting.

Keywords : risk management, professional nurse, community hospital.

บทนำ

ความเจริญก้าวหน้าทางข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยี ทำให้ประชาชนตื่นตัวต่อความต้องการการบริการที่มีคุณภาพผู้ที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาล จึงเกิดความคาดหวังที่จะได้รับบริการที่ดี และปลอดภัยจากโรงพยาบาล สถานบริการสุขภาพทุกแห่ง จึงจำเป็นต้องพัฒนา ปรับปรุง และปรับกลยุทธ์ ลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจ และปลอดภัยเมื่อเข้ามาใช้บริการซึ่งเป็นกลวิธีในการกระตุ้นและส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นระบบทั้งองค์กร เพื่อเป็นการป้องกันและแก้ไขความผิดพลาดต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น⁽¹⁾ จึงได้มีการนำระบบการพัฒนาระบบรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) หรือมาตรฐานองค์กรสากลจากประเทศสหรัฐอเมริกา ที่คอยตรวจสอบมาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัย เพื่อให้การรับรองคุณภาพแก่โรงพยาบาล (Joint Commission International: JCI) มาใช้ในการประกันคุณภาพการรักษายาบาล และพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ความผิดพลาดและภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษาของโรงพยาบาล และสภาการพยาบาล ได้ตระหนักถึงเรื่องดังกล่าว จึงได้ออกประกาศสภาการพยาบาล เรื่องมาตรฐานการพยาบาล พ.ศ.2562 ที่ได้กำหนดมาตรฐานระบบบริการการพยาบาล ให้มีการจัดระบบบริการการพยาบาลที่คำนึงถึงคุณภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการ มีการทบทวน ประเมิน และปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง⁽²⁾

ใน ค.ศ. 2018 พบว่ายังคงมีการรายงานการเกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์จากการรักษาที่ไม่ได้คุณภาพในผู้ป่วยในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำ

และปานกลางจำนวน 5.7–8.4 ล้านคนต่อปี ซึ่งคิดเป็นการสูญเสียปีสุขภาวะจำนวน 107 ล้านปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควร หรือคิดเป็นร้อยละ 15 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก อันนำมาซึ่งการสูญเสียผลิตภาพ (lost productivity) เป็นมูลค่าสูงถึง 1.4-1.6 ล้านล้านเหรียญสหรัฐต่อปี⁽³⁾ ในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2549 มีการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ถึง 207,073 ครั้ง จากโรงพยาบาลของภาครัฐ 389 แห่ง⁽⁴⁾ นอกจากนี้ รายงานคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2547-2563 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แสดงให้เห็นว่าจำนวนการยื่นคำร้องและคำร้องที่เข้าเกณฑ์รับเงินช่วยเหลือเพิ่มขึ้นทุกปี และรัฐบาลต้องสูญเสียเงินช่วยเหลือสำหรับผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลสูงถึง 200 ล้านบาทต่อปี⁽⁵⁾ โดยในปีงบประมาณ 2565 เขตสุขภาพที่ 3 มีจำนวนเรื่องร้องทุกข์ ร้องเรียน จำนวนทั้งสิ้น 118 เรื่อง และมีคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล จำนวน 27 คำร้อง จำนวนเงินช่วยเหลือ 5,606,000 บาท จังหวัดพิจิตร ปี 2564 มีจำนวนคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล 4 คำร้องจ่าย จำนวน 3 คำร้อง จำนวนเงินช่วยเหลือ 776,000 บาท ปี 2565 ไม่มีคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือ

การจัดการความเสี่ยงจึงเป็นหัวใจสำคัญที่นำไปสู่คุณภาพการดูแลและก่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้รับ

บริการ⁽⁶⁾ การบริหารความเสี่ยงมีวัตถุประสงค์เพื่อรับรู้ ป้องกัน จำกัดความเสี่ยง อันตรายและความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งสร้างความตื่นตัวแก่ผู้เกี่ยวข้องและสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร การปรับปรุงให้มีวัฒนธรรมความปลอดภัยในการรักษา เข้าสู่หน่วยงานเพื่อนั้นเพื่อกระตุ้นให้มีสภาพแวดล้อมที่มีความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย⁽⁷⁾ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร ซึ่งการบริหารความเสี่ยงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลวิชาชีพที่มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ และผลการศึกษาที่ได้จะนำไปสู่การพัฒนาหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์

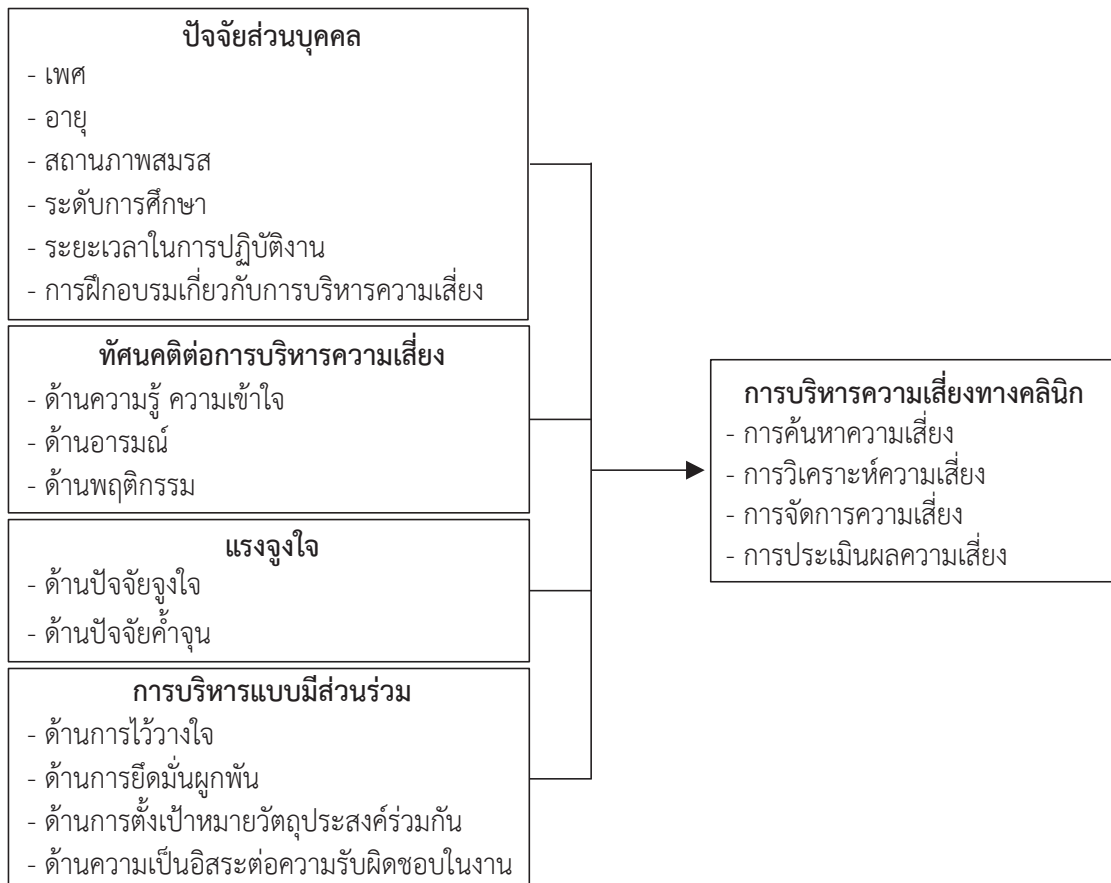
1. เพื่อศึกษาระดับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร

3. เพื่อศึกษาแนวทางการแก้ปัญหาการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร ในครั้งนี้มุ่งศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านทัศนคติ ปัจจัยด้านแรงจูงใจ และปัจจัยด้านการบริหารแบบมีส่วนร่วม ที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ โดยศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ของจังหวัดพิจิตร และเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งมีการดำเนินงานตามกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงจำนวนทั้งสิ้น 6 โรงพยาบาล จำนวนประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพ ทั้งหมด จำนวน 218 คน โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือน ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม 2566 ถึงเดือนตุลาคม 2566

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ใช้การเก็บข้อมูลหลากหลายวิธี แบ่งขั้นตอนการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) แบบการศึกษาความสัมพันธ์เชิงพยากรณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง มีระยะเวลาปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง 6 แห่ง คือ รพ.ทับคล้อ, รพ.วังทรายพูน, รพ.วชิรบำรุง, รพ.สามง่าม, รพ.โพธิ์ประทับช้าง และ รพ.โพทะเล จำนวน 224 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Survey questionnaires) ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามชนิดตอบแบบสั้นและเลือกตอบ ข้อมูลประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล ตำแหน่งในองค์กร และการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการบริหารความเสี่ยง จำนวน 26 ข้อ เป็นข้อความด้านบวก 22 ข้อ และเป็นข้อความ ด้านลบ 5 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับองค์ประกอบของทัศนคติ 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจ, องค์ประกอบด้านจิตอารมณ์ และองค์ประกอบด้านพฤติกรรม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Linkert Scale) 5 ระดับ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านแรงจูงใจต่อการบริหารความเสี่ยง จำนวน 52 ข้อ ประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Linkert Scale) 5 ระดับ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยง จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยง ซึ่งมี 4 ประการ คือ การไว้วางใจกัน, ความยึดมั่นผูกพัน, การตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกัน และความเป็นอิสระต่อความรับผิดชอบในงาน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Linkert Scale) 5 ระดับ

ส่วนที่ 5 การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกจำนวน 23 ข้อ ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและการประเมินผลการบริหารความเสี่ยง

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content validity) โดยผู้วิจัยนำแบบทดสอบให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีสอดคล้อง Index of Item-Objective Congruence (IOC) ได้เท่ากับ 0.92 ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) ไปทดลองใช้ (Tryout) กับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน วิเคราะห์ได้ความเชื่อมั่น ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาครวม เท่ากับ 0.91

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เลขที่ 22/2566 ลงวันที่ 4 ตุลาคม 2566

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ประสานขอความร่วมมือจากหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลพื้นที่เป้าหมาย เป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูล และชี้แจงวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้มีความเข้าใจในข้อคำถามที่ถูกต้องตรงกับที่ผู้วิจัยได้ตั้งไว้ และดำเนินการเก็บข้อมูล ได้รับแบบสอบถามที่ตอบข้อคำถามครบถ้วน จำนวน 218 ฉบับ จากเป้าหมาย จำนวน 224 ฉบับ คิดเป็นอัตราตอบกลับ (Response rate) ร้อยละ 97.32

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) และ ค่าสูงสุด (Maximum) สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติค่า

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ระยะที่ 2 ศึกษาแนวทางการแก้ปัญหาการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร

ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Participants) คือ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางของจังหวัดพิจิตร คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 6 คน โรงพยาบาลละ 1 คน แนวคำถามเป็นแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview)

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร

ประชากรที่ตอบแบบสอบถามเป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร ส่วนใหญ่

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทัศนคติต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร โดยรวม (n = 218)

ทัศนคติต่อการบริหารความเสี่ยง	Mean	SD	การแปลผล
องค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจ	4.10	0.544	มาก
องค์ประกอบด้านอารมณ์	4.02	0.485	มาก
องค์ประกอบด้านพฤติกรรม	3.82	0.493	มาก
รวม	3.99	0.452	มาก

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแรงจูงใจในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร โดยรวม (n = 218)

แรงจูงใจในการบริหารความเสี่ยง	Mean	SD	การแปลผล
ปัจจัยจูงใจ	3.62	0.465	มาก
ปัจจัยค้ำจุน	3.83	0.511	มาก
รวม	3.75	0.465	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่าระดับแรงจูงใจในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อแยก

เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.41 เป็นเพศชาย ร้อยละ 4.59 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 38.99 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 22.48 โดยมีอายุเฉลี่ยที่ 42.70 ปีอายุน้อยที่สุด 22 ปี มากที่สุด 60 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 89.91 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 50.00 รองลงมา มีสถานภาพโสด ร้อยละ 37.61 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล มาแล้ว 21-30 ปี มากที่สุด ร้อยละ 35.32 รองลงมาปฏิบัติงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.44 โดยเฉลี่ยปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลมาแล้ว 20.27 ปี ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในระดับปฏิบัติการ ร้อยละ 81.19 เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ร้อยละ 82.11 ซึ่งผู้ที่เคยผ่านการอบรมได้รับการอบรม 1-3 ครั้งมากที่สุด ร้อยละ 61.93

ระดับทัศนคติต่อการบริหารความเสี่ยงในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อแยกรายองค์ประกอบ พบว่า ค่าเฉลี่ยองค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 4.10 รองลงมาคือ องค์ประกอบด้านอารมณ์ 4.02 และองค์ประกอบด้านพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 3.82 ดังตารางที่ 1

องค์ประกอบ พบว่า ปัจจัยค้ำจุน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3.83 และปัจจัยจูงใจมีค่าเฉลี่ย 3.62

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร โดยรวม (n = 218)

การบริหารงานแบบมีส่วนร่วม	Mean	SD	ระดับปฏิบัติ
การไว้วางใจกัน	3.78	0.635	มาก
ความยึดมั่นผูกพัน	3.55	0.716	มาก
การตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกัน	3.73	0.664	มาก
ความเป็นอิสระต่อความรับผิดชอบในงาน	3.71	0.668	มาก
รวม	3.70	0.601	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่า ระดับการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อแยกรายองค์ประกอบ พบว่า การไว้วางใจกัน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3.78 รองลงมา คือ การตั้ง

เป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกัน ความเป็นอิสระต่อความรับผิดชอบในงาน และความยึดมั่นผูกพัน มีค่าเฉลี่ย 3.73, 3.71 และ 3.55 ตามลำดับ

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร โดยรวม (n = 218)

การบริหารความเสี่ยง	Mean	SD	ระดับพฤติกรรม
การค้นหาความเสี่ยงโดยรวม	3.60	0.668	มาก
การวิเคราะห์ความเสี่ยงโดยรวม	3.85	0.635	มาก
การจัดการความเสี่ยงโดยรวม	4.04	0.573	มาก
การประเมินความเสี่ยงโดยรวม	3.61	0.744	มาก
รวม	3.81	0.551	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่าระดับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร ภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อแยกรายองค์ประกอบ พบว่า การจัดการความเสี่ยงโดยรวม

มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 4.04 รองลงมา คือ การวิเคราะห์ความเสี่ยงโดยรวม การประเมินความเสี่ยงโดยรวม และการค้นหาความเสี่ยงโดยรวม มีค่าเฉลี่ย 3.85, 3.61 และ 3.60 ตามลำดับ

ตาราง 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร โดยรวม (n = 218)

ตัวแปร	ทัศนคติ	แรงจูงใจ	บริหารแบบมีส่วนร่วม	การบริหารความเสี่ยง
ทัศนคติ	1	.597*	.503*	.651*
แรงจูงใจ		1	.708*	.733*
บริหารแบบมีส่วนร่วม			1	.747*
การบริหารความเสี่ยง				1

* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

จากตารางที่ 5 พบว่า การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ แรงจูงใจ และการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก พบว่า ตัวแปรทั้ง

3 ตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูง ต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก (r=.651, r=.733 และ r=.747 ตามลำดับ)

ตาราง 6 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบปกติ (n = 218)

ชื่อตัวแปร	b	SE _b	β	t
ทัศนคติ	.340	.058	.279	5.810*
แรงจูงใจ	.322	.070	.270	4.584*
การบริหารแบบมีส่วนร่วม	.380	.050	.415	7.590*
Constant = .161 R = .830 R ² = .689 Adjust R square= .201 F = 157.051				

*p-value < .001

จากตารางที่ 6 พบว่า ตัวแปรพยากรณ์ที่ส่งผลทางบวกต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 จำนวน 3 ตัว คือ ทัศนคติ แรงจูงใจ และการบริหารแบบมีส่วนร่วม โดยสร้างเป็นสมการพยากรณ์ ดังนี้

$$ZY = .161 + (.340 * ZX_1) + (.322 * ZX_2) + (.380 * ZX_3)$$

ZY = การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง

ZX_1 = ทัศนคติต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก

ZX_2 = แรงจูงใจในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก

ZX_3 = การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก

โดยสามารถร่วมกันทำนายการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 68.90 (R square = .689x100)

จากสมการคะแนนมาตรฐานแสดงว่า เมื่อค่าทัศนคติต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก (ZX_1) เปลี่ยนไป 1 หน่วย ค่าการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ จะเพิ่มขึ้น .340 หน่วย ค่าแรงจูงใจในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก (ZX_2) เปลี่ยนไป 1 หน่วย ค่าการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ จะเพิ่มขึ้น .322 หน่วย และเมื่อค่าการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก (ZX_3) เปลี่ยนไป 1 หน่วย ค่าการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ จะเพิ่มขึ้น .380 หน่วย

ระยะที่ 2 ศึกษาแนวทางการแก้ปัญหาการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร

การศึกษาระยะนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) ซึ่งแนวทางการแก้ปัญหาการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ผลการศึกษาพบว่า

แนวทางการแก้ปัญหาด้านโครงสร้างการบริหารความเสี่ยง

แนวทางในการแก้ไขปัญหาด้านโครงสร้างการบริหารความเสี่ยง มี 4 ข้อหลัก ได้แก่ 1) การสื่อสารนโยบายการบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจนและหลากหลายช่องทาง ลงสู่การปฏิบัติ 2) การบูรณาการ การบริหารความเสี่ยงเข้ากับงานประจำ 3) การมอบหมายงานและจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน และ 4) การพัฒนาความรู้เรื่องการใช้เครื่องมือคุณภาพแก่บุคลากร

แนวทางการแก้ปัญหาด้านกระบวนการ

แนวทางในการแก้ปัญหาด้านกระบวนการการบริหารความเสี่ยงมี 5 ข้อหลัก ได้แก่ 1) กระตุ้นและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการค้นหาและรายงานความเสี่ยง 2) จัดทำคู่มือ/แนวปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยง 3) การนิเทศและสื่อสารเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ/วิธีการบริหารความเสี่ยง 4) การติดตาม ประเมินผล และพัฒนาการบริหารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และ 5) การประสานงานในทีมสหสาขาอย่างต่อเนื่อง

แนวทางการแก้ไขด้านผลลัพธ์

แนวทางในการแก้ปัญหา อัตราการเกิดอุบัติเหตุการณ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย มีดังนี้ 1) กระตุ้นให้บุคลากรมีการรายงานอุบัติเหตุการณ์ 2) สร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการรายงานความเสี่ยง และ 3) การติดตามตัวชี้วัดการบริหารความเสี่ยงทุกเดือน

การอภิปรายผลการวิจัย

ระดับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ มีระดับการบริหารความเสี่ยงโดยรวมค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นงเยาว์ คำปัญญา⁽⁷⁾ และกาญจน์วชิ จตุเทน⁽⁸⁾ เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถามมีประสบการณ์การทำงานโดยเฉลี่ย 20 ปี และเคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงมากถึงร้อยละ 82.11 ซึ่งถือว่าเป็นผู้มีประสบการณ์ มีทักษะในการบริหารจัดการ โรงพยาบาลชุมชนที่เป็นพื้นที่วิจัยได้มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามแนวคิดของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ต้องผ่านการตรวจสอบจากองค์กรภายนอก

ส่วนปัจจัยที่สามารถทำนายการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ประกอบด้วย

1. ทักษะต่อการบริหารความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ซึ่งจากผลการศึกษาทัศนคติต่อการบริหารความเสี่ยง ด้านความรู้ ความเข้าใจต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมากสอดคล้องกับพรรณณ คล้ายสุบรรณ⁽⁹⁾ ที่ศึกษาเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 4 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลห้องผ่าตัด ที่กล่าวว่า การที่บุคคลเกิดเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงไม่ว่าจะเป็นทางด้านบวกหรือลบบุคคลนั้นต้องมีการผสมผสานการรับรู้ผลจากการรับรู้ ผลจากความรู้ ประเมินค่าแล้วแปรเปลี่ยนมาเป็นความรู้สึกและเจตคติของบุคคลนั้น และเห็นว่าการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกเป็นสิ่งที่ดี เนื่องจากเป็นการประกันและพัฒนาคุณภาพบริการที่มีประโยชน์ในเชิงป้องกัน ทำให้พยาบาลวิชาชีพที่เป็นประชากรในการศึกษาตระหนักและเกิดทัศนคติต่อการบริหารความเสี่ยงที่ดี

2. ภาพรวมของแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง เนื่องจากแรงจูงใจมีความสำคัญต่อการการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อกระตุ้นให้เกิดความต้องการที่จะ

ปฏิบัติงาน เมื่อมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานก็จะทุ่มเทกำลังกาย กำลังใจให้การปฏิบัติงานของตน ทำให้การปฏิบัติงานขององค์กรมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ ประจักษ์ บัวผัน⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าภาพรวมของแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข การแบ่งบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบอย่างชัดเจน ความก้าวหน้าในวิชาชีพ การได้รับการยอมรับนับถือจากผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงานและลูกน้อง ในการปฏิบัติงานทำให้เกิดความพึงพอใจและเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ทำให้สามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

3. การบริหารแบบมีส่วนร่วมต่อการบริหารความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ แพรวผกาย จรรย์วิจักษณ์⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารแบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าหรือผู้ช่วยกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ผลการศึกษาพบว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าหรือผู้ช่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ และความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมอยู่ในระดับมาก การบริหารแบบมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อาจเนื่องมาจากการที่ผู้บริหารทุกระดับให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีส่วนร่วมรับผิดชอบในงานที่มอบหมาย มีการตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์โดยการประชุมตกลงร่วมกันเพื่อจัดทำกลยุทธ์ ตัวชี้วัด การมอบหมายงานให้ตรงกับความรู้ ความสามารถ การส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ใต้บังคับบัญชาเป็นคณะกรรมการในการกิจขององค์กร ทำให้เกิดความยึดมั่นผูกพันร่วมกันจากการตัดสินใจ เกิดการยอมรับ เพราะสามารถตัดสินใจได้อย่างรวดเร็วเหมาะสมในสถานการณ์ฉุกเฉิน การมีส่วนร่วมในองค์กรตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการบริหารทำให้เกิดการบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ

จากผลการวิเคราะห์ที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร ปัจจัยด้านทัศนคติ

แรงจูงใจ และการบริหารแบบมีส่วนร่วม สามารถทำนุบำรุง การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพใน โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จังหวัดพิจิตร ได้อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ตัวแปรทั้ง 3 ตัว ร่วมกันพยากรณ์การบริหาร ความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 68.9 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นางเยาว์ คำปัญญา⁽⁷⁾ และ กาญจนวี จตุเทน⁽⁸⁾ ดังนั้นควรสนับสนุนให้มีกิจกรรมใน การเสริมสร้างทัศนคติในหน่วยงาน เพื่อเป็นการส่งเสริม ให้เกิดการเรียนรู้ และเกิดทัศนคติที่ดีในหน่วยงานควร สนับสนุนให้เกิดกิจกรรมในการบริหารแบบมีส่วนร่วม ในพยาบาลวิชาชีพตามแต่ละบริบทของโรงพยาบาล

แนวทางการแก้ปัญหาการบริหารความเสี่ยง ทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ด้านโครงสร้าง ควรมีการสื่อสารนโยบายที่ชัดเจน บูรณาการบริหารความเสี่ยงเข้ากับงานประจำ จัดอัตรา กำลังให้เหมาะสม และพัฒนาความรู้แก่บุคลากร 2) ด้าน กระบวนการ ควรกระตุ้นและพัฒนาศักยภาพของบุคลากร ในการค้นหาและรายงานความเสี่ยง จัดทำคู่มือ/แนวปฏิบัติ การนิเทศและการสื่อสาร การติดตามประเมินผล และ พัฒนาการบริหารความเสี่ยง การประสานงานในทีมสหสาขา อย่างต่อเนื่อง และ 3) ด้านผลลัพธ์ ควรกระตุ้นให้บุคลากร มีการรายงานอุบัติการณ์ รวมทั้งสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อ การรายงานความเสี่ยง และมีการติดตามตัวชี้วัดการบริหาร ความเสี่ยงทุกเดือน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรจัดให้บุคลากร ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ตามบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบ และอบรมวิธีการจัดการเพื่อให้ ความช่วยเหลือแก่ผู้ได้รับความเสียหายหรือผู้ปฏิบัติงาน ที่ปฏิบัติผิดพลาด ส่วนพยาบาลวิชาชีพทุกคนควรได้รับ การสนับสนุนให้ได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการ บริหารความเสี่ยง

2. จากผลการศึกษาการบริหารความเสี่ยงด้าน คลินิกของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ควรสนับสนุนให้พยาบาล วิชาชีพมีทัศนคติ สร้างเสริมแรงจูงใจที่ดี และส่งเสริม ให้มีส่วนร่วมในการทบทวนโปรแกรมรายงานความเสี่ยง เพื่อให้เกิดการประสานงานและตอบสนองอย่างเหมาะสม

โดยมีการสำรวจความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อนำมาพัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

3. ควรจัดให้มีการทบทวนบัญชีความเสี่ยงให้เป็น ปัจจุบันและเน้นให้เป็นความเสี่ยงเชิงรุกมากขึ้นเพื่อเป็น แนวทางป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ก่อนจะไปถึงผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาตัวแปรอิสระอื่นที่มีผลต่อการปฏิบัติ การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ เพิ่มเติม

2. ศึกษาการบริหารความเสี่ยงของพยาบาล วิชาชีพในโรงพยาบาลอื่น ที่มีขนาดแตกต่างกัน เพื่อนำมา เปรียบเทียบกัน

3. ศึกษาตัวแปรอิสระอื่นที่มีผลต่อความเสี่ยงที่จะ เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้ป่วย เพื่อจะได้ป้องกันและลดความเสี่ยง ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- Wilson, J., & Tingle, J. Clinical risk modification: A route to clinical governance? Oxford: Butterworth-Heinemann; 1999. อ้างถึงใน จรรย์ โดยเจริญ, ฉัตรสุมน พงศ์มิถิญา, วิริณฉี กิตติพิชัย. การจัดการความเสี่ยงทางคลินิก ของบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลชุมชนพรเชตร อุดมศักดิ์. วารสารกฎหมายและนโยบาย สาธารณสุข 2565;8(3):415-25.
- สภาการพยาบาล. ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ.2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึง ได้จาก <https://www.tnmc.or.th/>
- World Health Organization. Patient Safety Fact File [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [Cited 2023 Apr 29]. Available from:<https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/patient-safety>.
- วิลาวรรณ ล้วนคงสมจิตร, บุสดี โสบุญ, นภดล พิมสาร, ปภาดา ราญรอน, ยศ ตีระวัฒนานนท์, ศรีเพ็ญ ต้นติเวสส. การประเมินผลการดำเนินงาน ตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและ

- บุคลากรสาธารณสุข พ.ศ.2561-2564. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2565.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2563. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2564.
 6. อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ: คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล; 2554.
 7. นงเยาว์ คำปัญญา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพงานห้องคลอด โรงพยาบาลชุมชนเขต 7 กระทรวงสาธารณสุข (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัย ขอนแก่น; 2560.
 8. กาญจน์วีจี จตุเทน. การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัย ขอนแก่น; 2561.
 9. พรพรรณ คล้ายสุบรรณ. ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติและทักษะในการสื่อสารกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 4 (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2555.
 10. ประจักษ์ บัวผัน. หลักการบริหารสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัย ขอนแก่น; 2558.
 11. แพรวผกาย จรรยาวิจักขณ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารแบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม (วิทยานิพนธ์). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2555.

แนวทางการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรด้านการเงินและบัญชี ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

The Competency Development Approach for Personnel of Finance and Accounting Under the Kamphaeng Phet Provincial Public Health Office.

จิรสุดา แสงศิลป์ ศศ.บ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานและกำหนดแนวทางการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรด้านการเงินและบัญชีของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร แบ่งการศึกษาเป็น 2 ขั้นตอนที่ 1 เชิงปริมาณ : โดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 116 คน วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลโดยร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ขั้นตอนที่ 2 เชิงคุณภาพ : โดยการสัมภาษณ์ผู้ที่มีความรู้ ประสบการณ์ หรือการบริหารงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จำนวน 9 คน วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชี ทักษะพื้นฐาน และทักษะเกี่ยวกับงานด้านการเงินและบัญชี โดยรวมอยู่ในระดับมาก ส่วนคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบุคลากรด้านการเงินและบัญชี พบว่า ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม อยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 86.5) รองลงมาคือ ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ ด้านการบริการที่ดี ด้านทำงานเป็นทีม อยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ ควรกำหนดแนวทางการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรด้านการเงินและบัญชีด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ มุ่งเน้นให้ผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีได้ตระหนักถึงจรรยาบรรณทางวิชาชีพ ควรนำความรู้หรือเทคโนโลยีใหม่ๆ มาประยุกต์ใช้ ปรับปรุงระบบให้ทันสมัยเพื่อให้ง่ายต่อการปฏิบัติงานและการตรวจสอบ

คำสำคัญ : การพัฒนา สมรรถนะ การเงินและบัญชี

Abstract

This descriptive research aims to study the activities implementations to evaluate the performance and determine guidelines for developing the competencies of financial and accounting personnel of service units under the Kamphaeng Phet Provincial Public Health Office. The study is divided into 2 steps: 1) Quantitative: By using a questionnaire. The sample size was 116 people were select. Data were analyzed by percentage. Mean and standard deviation. 2) Qualitative: By interviewing 9 people who have knowledge, experience, or administration under the Public Health Office by purposive sampling. Data were analyzed by content analysis.

The results found knowledge about financial and accounting operations, basic skills and skills related to financial and accounting work were at a high level. The desired characteristics of financial and accounting personnel were righteousness and ethics at the highest level (86.5%), followed by a focus on the achievement of good service, teamwork, and the accumulation of expertise in careers at a high level.

The suggestions guidelines for developing the competency of financial and accounting personnel should be established regarding the accumulation of professional expertise, awareness of professional ethics, and new knowledge or technology should be applied to modernize the system to make it easier for operations and inspections.

Keywords : Development, Approach, Finance and Accounting

บทนำ

จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน องค์กรต่าง ๆ ล้วนต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (Disruption) ไม่ว่าจะเป็นในส่วนของภาครัฐหรือภาคเอกชน “สมรรถนะ” (Competency) ถือเป็นปัจจัยสำคัญในการทำงานที่จะเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันให้แก่องค์กรโดยเฉพาะการเพิ่มขีดความสามารถในการบริหารทรัพยากรมนุษย์ เพราะสมรรถนะเป็นปัจจัยช่วยให้พัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพื่อให้ส่งผลไปสู่การพัฒนาองค์กร การพัฒนาทรัพยากรบุคคลเป็นปัจจัยหนึ่งที่องค์กรต่าง ๆ กำลังให้ความสำคัญอย่างยิ่ง และเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่สามารถสร้างความได้เปรียบเชิงการแข่งขันขององค์กร ดังนั้น “การพัฒนาคน” จึงได้ถูกกำหนดให้เป็นนโยบาย เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ ได้แก่ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน⁽¹⁾ และยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 กำหนดเป็นวาระสำคัญในการขับเคลื่อนประเทศไทย 4.0 ด้วยการยกระดับคุณค่ามนุษย์ (Human Wisdom) พัฒนาคนไทยให้เป็น “มนุษย์ที่สมบูรณ์ในศตวรรษที่ 21” คือคนไทยที่มีปัญญาที่เฉียบแหลม (Head) มีทักษะเห็นผล (Hand) มีสุขภาพที่แข็งแรง (Health) และมีจิตใจที่งดงาม (Heart) ควบคู่ไปกับการเป็น “คนไทย 4.0 ในโลกที่หนึ่ง” พัฒนาให้เป็นข้าราชการ 4.0 และเป็นภาครัฐที่มีขีดสมรรถนะสูง มีความเชี่ยวชาญชำนาญในหลากหลาย โดยกระทรวงสาธารณสุข

ได้กำหนดยุทธศาสตร์ บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ซึ่งได้แก่ กำลังคนด้านสุขภาพทุกสาขาที่มีบทบาทในด้านส่งเสริม รักษา ป้องกัน พิ้นฟู และคุ้มครองผู้บริโภค รวมกลุ่มวิชาชีพและ สายสนับสนุน ซึ่งอยู่ในภาครัฐ ภาคเอกชนและชุมชน ให้เป็น 1 ใน 4 ประเด็นยุทธศาสตร์หลักของกระทรวงสาธารณสุข⁽²⁾

แนวคิดสมรรถนะ (Competency) ของแมคเคลแลนด ซึ่งถือเป็นจุดกำเนิดของแนวคิดเรื่องสมรรถนะที่สามารถอธิบายบุคลิกลักษณะของคนว่าเปรียบเสมือนกับภูเขาน้ำแข็ง⁽³⁾ นอกจากนี้ สก็อต บี พาร์รี่ (Scott B. Parry) ได้ให้คำนิยามว่าสมรรถนะมีองค์ประกอบของความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skill) และคุณลักษณะ (Attribute) ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกันและส่งผลกระทบต่องาน โดยสัมพันธ์กับผลงานของตำแหน่งงานนั้นๆ และสามารถวัดผลเทียบกับมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับ โดยสมรรถนะสามารถสร้างขึ้นได้ ผ่านการฝึกอบรมและการพัฒนา และเพื่อเตรียมความพร้อมในการพัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถในการดำเนินชีวิตให้มีความสุขท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมโลก⁽⁴⁾

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชรเป็นราชการบริหารส่วนภูมิภาค ในสังกัดงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร เป็นหัวหน้าส่วนราชการ ปัจจุบันมีหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชรทั้งหมด 147 แห่ง

ประกอบด้วยโรงพยาบาล 12 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 11 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 124 แห่งที่ดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด⁽⁵⁾ นอกจากงานบริการสุขภาพแล้ว ในส่วนของงานบริหารทั่วไปซึ่งเป็นงานสนับสนุนที่จะช่วยขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ งานการเงินและบัญชี งานพัสดุ งานธุรการและการบริหารยานพาหนะ งานตรวจสอบภายใน เป็นต้น ทั้งนี้ งานที่เกี่ยวข้องในด้านการเงินและบัญชี นับว่าเป็นส่วนที่สำคัญเนื่องจากต้องดำเนินงานเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเบิกจ่ายทางการเงินให้ถูกต้องตรงตามระเบียบ กฎหมาย และข้อบังคับของทางราชการ ซึ่งงานที่มีความเกี่ยวข้องด้านการเงินและบัญชี จากการตรวจสอบการดำเนินงานเกี่ยวกับงานที่เกี่ยวข้องกับงานการเงินและบัญชีของหน่วยบริการภายในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ในปีงบประมาณที่ผ่านมา พบว่าบางแห่งยังไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ในแต่ละภารกิจได้ อีกทั้งยังให้ความสำคัญน้อยมากในเรื่องการควบคุมภายในด้านการเงินและบัญชี ซึ่งบางแห่งไม่ได้ปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายในที่ดี ซึ่งส่วนงานเหล่านี้จะต้องอยู่ภายใต้ความโปร่งใสและตรวจสอบได้ หน่วยบริการบางแห่งยังคงมีจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงทั้งในเรื่องของสมรรถนะที่สำคัญของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีที่มีการปรับเปลี่ยนผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการรวมถึงผู้ปฏิบัติงานใหม่ที่อาจจะยังขาดพื้นฐานและทักษะในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญที่ต้องพึงมีสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชี

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพสู่การดำเนินงานของหน่วยงานอย่างประสบความสำเร็จ จึงต้องพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในด้านดังกล่าว ให้เป็นผู้ที่มีศักยภาพเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการพัฒนางาน ทั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการสมรรถนะในการทำงาน เพื่อกำหนดแนวทางพัฒนาสมรรถนะในการทำงานของบุคลากรด้านการเงินและบัญชีของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชรต่อไป

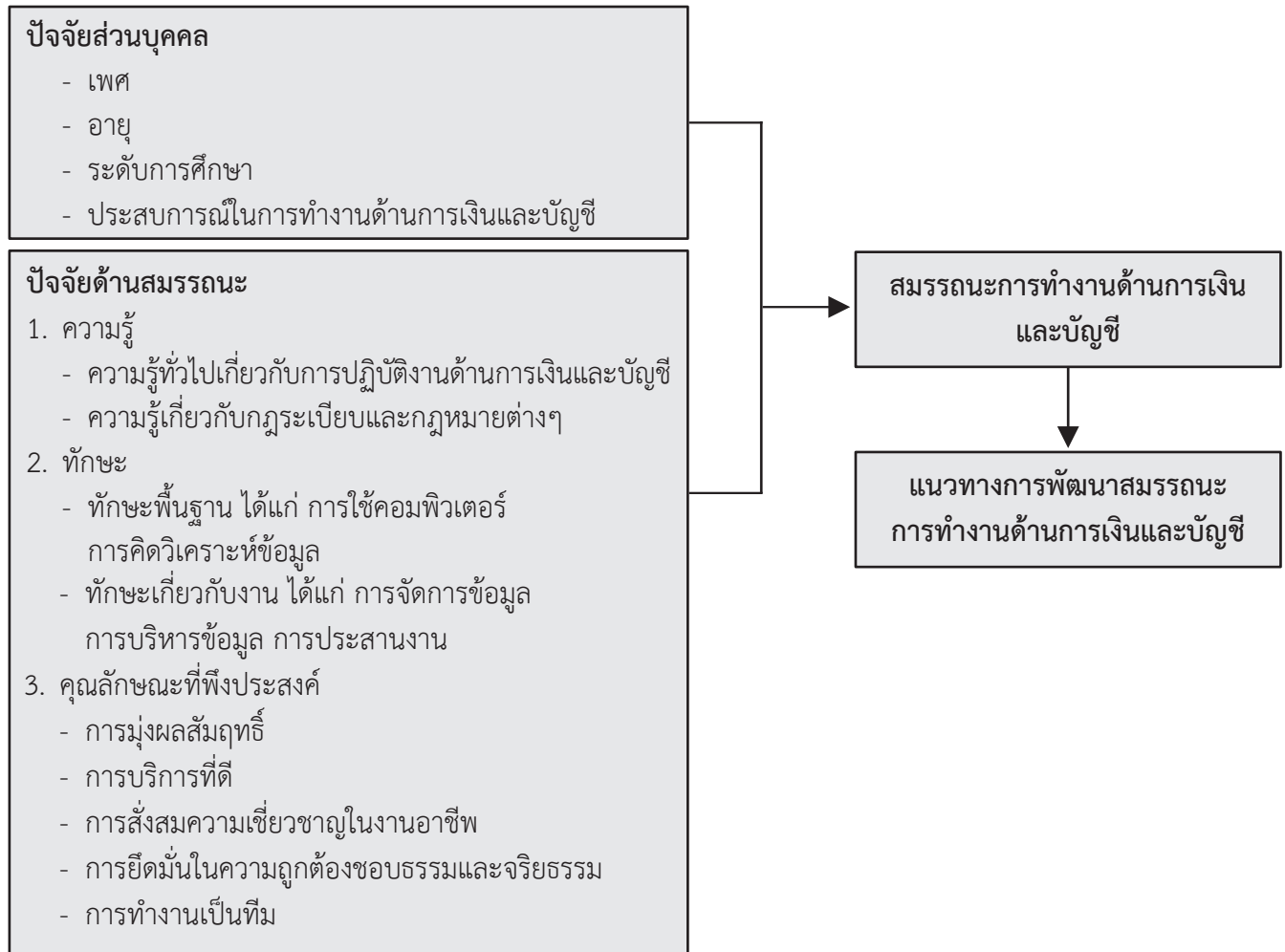
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านการเงินและบัญชีของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร
2. เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรด้านการเงินและบัญชีของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

สมมติฐานการวิจัย

1. สมรรถนะด้านความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะที่พึงประสงค์ มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านการเงินและบัญชีของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร
2. การส่งเสริมความเชี่ยวชาญด้านความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะที่พึงประสงค์ เป็นการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรด้านการเงินและบัญชีของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านการเงินและบัญชีของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับงานด้านการเงินและบัญชีของหน่วยบริการในจังหวัดกำแพงเพชร ประกอบด้วยสาธารณสุขอำเภอ หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานการเงินและบัญชี จำนวน 116 คน

กลุ่มตัวอย่างเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดย

พิจารณาจากการปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับงานด้านการเงินและบัญชี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) บุคลากรด้านการเงินและบัญชีที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร 2) ยินดีร่วมการวิจัยและสมัครใจให้ข้อมูล สำหรับเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่ย้ายลาออก และไม่ยินยอมให้ข้อมูล

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ในขั้นตอนนี้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถาม (Questionnaires) โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นการสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลทางด้านประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ประสบการณ์ในการทำงาน ระดับการศึกษา ประเภทบุคลากร และตำแหน่งบุคลากร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสมรรถนะการทำงานด้านการเงินและบัญชี ซึ่งเป็นคำถาม

ปลายปิดเลือกได้เพียงข้อเดียว แบบสอบถามเป็นมาตราส่วน
ประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ
ได้เพียงข้อเดียว

สถิติที่ใช้ ได้แก่สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ค่าความถี่
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับค่าเฉลี่ย
มีเกณฑ์การแปลความหมาย⁽⁶⁾ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00

แสดงว่ามีความพร้อมอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.49

แสดงว่ามีความพร้อมอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.49

แสดงว่ามีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.49

แสดงว่ามีความพร้อมอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50

แสดงว่ามีความพร้อมในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
พัฒนาสมรรถนะการทำงานด้านการเงินและบัญชี ซึ่งเป็น
ข้อคำถามแบบกึ่งโครงสร้างลักษณะแบบปลายเปิด

การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาของแบบ
สอบถาม (Content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน
3 ท่าน เพื่อหาความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity)
และความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ตลอดจน
ความเหมาะสมของการใช้ภาษา และวิเคราะห์หาค่าดัชนี
ความสอดคล้อง (IOC = 0.92) โดยตัดข้อคำถามที่มีค่า
น้อยกว่า 0.6 ทิ้ง เลือกใช้ข้อคำถามให้มีค่ามากกว่า
0.6 ขึ้นไป และบางประเด็นได้ปรับตามข้อเสนอแนะของ
ผู้ทรงคุณวุฒิ แบบสอบถามนี้ได้ทดลองใช้กับบุคลากร
ด้านการเงินและบัญชีในสังกัดของสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 30 คน พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์
อัลฟาครอนบาค (Conbrach's alpha coefficient)
ภาพรวม เท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อประสานงานขอความร่วมมือในการ
เก็บรวบรวมข้อมูลถึงหน่วยบริการในจังหวัดกำแพงเพชร
ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างผ่านช่องทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์

(e-mail) หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์
เพื่อนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมากำหนดเป็นประเด็นใน
การดำเนินการขั้นต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ
เพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์ คือ สถิติพรรณนา ได้แก่
ความถี่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร
ด้านการเงินและบัญชีในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดกำแพงเพชร โดยการสรุปข้อมูลจากการวิจัย
เชิงปริมาณในส่วนที่ 1 มาเป็นแนวทางในการสร้างแบบ
สัมภาษณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูลหลักเลือกโดยวิธีการ
เจาะจง (Purposive Sampling) เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
โดยพิจารณาจากการผู้มีความรู้และมีความเชี่ยวชาญ
เกี่ยวกับการบริหารบุคลากร โดยมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญ
(Key Informant) ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 9 คน ได้แก่
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จำนวน 3 คน สาธารณสุขอำเภอ
จำนวน 3 คน และหัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป จำนวน
3 คน

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ

แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured
Interview) โดยการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา
ของแบบสัมภาษณ์ ได้กำหนดข้อคำถามเกี่ยวกับแนวทาง
การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรด้านการเงิน
และบัญชี และให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบ
ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ตลอดจน
ความเหมาะสมของการใช้ภาษา และได้ปรับแก้ภาษา
เพื่อให้สื่อสารเข้าใจตรงกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการติดต่อประสานขอความร่วมมือใน
การเก็บข้อมูลไปยังผู้มีความรู้และประสบการณ์การทำงาน

เกี่ยวกับการบริหาร และทำการกำหนดวันสัมภาษณ์เพื่อเข้าเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ในการสัมภาษณ์ได้ขออนุญาตบันทึกเสียง โดยจะเก็บไว้เป็นความลับและจะทำการลบข้อมูลทิ้งเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้ทำการถอดข้อความจากเครื่องบันทึกเสียง และจัดลำดับข้อความที่ได้ให้เป็นหมวดหมู่และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยนำกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยัน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์มาวิเคราะห์เพื่อนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และบันทึกเสียงแล้วถอดข้อความสังเคราะห์และวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยนำข้อมูลมาแจกแจงความถี่แล้วจัดลำดับความสำคัญ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร เลขที่ 66 02 08 ลงวันที่ 18 กรกฎาคม 2566

ผลการวิจัย

จากการศึกษาในส่วนของปัจจัยลักษณะบุคคล พบว่าบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.50 เพศชาย ร้อยละ 9.50 มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 66.40 และอายุต่ำกว่า 35 ปี ร้อยละ 33.60 การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 91.40 และต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 8.60 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานด้านการเงินและบัญชี 6-10 ปี ร้อยละ 28.40 รองลงมา มากกว่า 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 27.60 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N = 116)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	9.50
หญิง	105	90.50
อายุ (ปี) (Mean=35, SD.=4.47, max= 60, min=23)		
< 35 ปี	39	33.60
> 35 ปี ขึ้นไป	77	66.40
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	10	8.60
ปริญญาตรีขึ้นไป	106	91.40
ประสบการณ์ทำงานด้านการเงินและบัญชี (ปี)		
น้อยกว่า 1 ปี	6	5.20
1 - 5 ปี	27	23.30
6 - 10 ปี	33	28.40
11 - 15 ปี	18	15.50
มากกว่า 15 ปี ขึ้นไป	32	27.60

ตารางที่ 2 ระดับปัจจัยสมรรถนะด้านความรู้และทักษะของบุคลากรด้านการเงินและบัญชี

ปัจจัยสมรรถนะด้านความรู้และทักษะ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับสมรรถนะ
1. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชี	4.34	.196	มาก
2. ทักษะพื้นฐานและทักษะเกี่ยวกับงานงานด้านการเงินและบัญชี	4.40	.270	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่า ผลการวิเคราะห์ปัจจัยสมรรถนะด้านความรู้และทักษะของบุคลากรด้านการเงินและบัญชี พบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชี โดยรวมในระดับมากค่าเฉลี่ย 4.34 และมีทักษะพื้นฐานและทักษะเกี่ยวกับงานงานด้านการเงินและบัญชี โดยรวมในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.40

ตารางที่ 3 ระดับสมรรถนะคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบุคลากรด้านการเงินและบัญชีของบุคลากรด้านการเงินและบัญชี

คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบุคลากรด้านการเงินและบัญชี	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับสมรรถนะ
1. การมุ่งผลสัมฤทธิ์	4.32	0.224	มาก
2. การบริการที่ดี	4.26	0.417	มาก
3. การสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ	3.48	0.258	ปานกลาง
4. การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม	4.51	0.311	มากที่สุด
5. การทำงานเป็นทีม	4.42	0.245	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่า ผลการวิเคราะห์ระดับคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบุคลากรด้านการเงินและบัญชีจำแนกรายด้าน 5 ด้าน เมื่อพิจารณาแล้ว พบว่าด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.51 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ ค่าเฉลี่ย 4.32 ด้านการบริการที่ดี ค่าเฉลี่ย 4.26 และด้านทำงานเป็นทีม ค่าเฉลี่ย 4.42 ส่วนด้านการสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.48 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ระดับสมรรถนะหลักของบุคลากรด้านการเงินและบัญชี ด้านการสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ

ด้านการสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับสมรรถนะ
1. ท่านมีการพัฒนาประสิทธิภาพความรู้ความสามารถของตนให้ดียิ่งขึ้น	3.61	.507	มาก
2. หน่วยงานของท่านมีการส่งเสริมให้มีการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น	3.37	.717	ปานกลาง
3. ท่านมีการถ่ายทอดความรู้ใหม่ ๆ ให้ผู้ร่วมปฏิบัติงานอยู่เสมอ	3.44	.623	ปานกลาง
4. ท่านจัดทำคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานในสายงานต่าง ๆ ในหน่วยงาน	3.41	.647	ปานกลาง
5. ท่านมีการนำความรู้หรือเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน	3.58	.546	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่า ผลการวิเคราะห์ระดับคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบุคลากรด้านการเงินและบัญชีด้านการสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ เมื่อพิจารณา รายข้อ พบว่า ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ท่านมีการพัฒนาประสิทธิภาพความรู้ความสามารถของตนให้ดียิ่งขึ้น ค่าเฉลี่ย 3.61 และท่านมีการนำความรู้หรือ

เทคโนโลยีใหม่ๆ มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน ค่าเฉลี่ย 3.58 ส่วนค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ท่านมีการถ่ายทอดความรู้ใหม่ๆ ให้ผู้ร่วมปฏิบัติงานอยู่เสมอ ค่าเฉลี่ย 3.44 ท่านจัดทำคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานในสายงานต่างๆ ในหน่วยงาน ค่าเฉลี่ย 3.41 และหน่วยงานของท่านมีการส่งเสริมให้มีการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น ค่าเฉลี่ย 3.37 อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ

จากผลการวิเคราะห์แนวทางการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรด้านการเงินและบัญชี พบว่า บุคลากรควรได้รับการพัฒนาประสิทธิภาพความรู้ความสามารถของตนให้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งควรได้รับการอบรมทบทวนแนวทางการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีอยู่เสมอ เพื่อให้ผลการดำเนินงานด้านการเงินและบัญชีของหน่วยงานมีประสิทธิภาพ ควรมุ่งเน้นให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีได้ตระหนักถึงจรรยาบรรณทางวิชาชีพ มีทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติงาน เพื่อให้สามารถจัดทำรายงานทางการเงินที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ มีความน่าเชื่อถือ และมีความถูกต้อง หน่วยบริการทุกแห่งควรมีคู่มือที่เป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีที่มีแนวปฏิบัติไปในทางเดียวกัน เพื่อควบคุมการเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้ ควรนำความรู้หรือเทคโนโลยีใหม่ๆ มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชี ปรับปรุงระบบให้ทันสมัยเพื่อให้ง่ายต่อการปฏิบัติงาน และการตรวจสอบ

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาสมรรถนะของบุคลากรด้านการเงินและบัญชีในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชรสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชี โดยรวมในระดับมาก (\bar{X} = 4.34, S.D. = .196) สามารถอธิบายว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านการเงินและบัญชีเป็นอย่างดี อีกทั้งสามารถปฏิบัติงานได้จริงตามกฎระเบียบและคู่มือในการปฏิบัติงานของหน่วยงาน และปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีมีตามกฎระเบียบข้อบังคับไว้อย่างเคร่งครัด และถูกต้องตามระเบียบ สอดคล้องกับการศึกษาของ ประวิณา

เงินทิพย์ (2563) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานการเงินและบัญชีของกรมทรัพยากรน้ำบาดาล พบว่า ความสามารถความเข้าใจในการใช้โปรแกรมบัญชีและความสามารถในการวิเคราะห์และเข้าใจในงบการเงิน มีผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานการเงินและบัญชีของกรมทรัพยากรน้ำบาดาลประกอบด้วย ด้านกระบวนการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีและด้านความถูกต้อง ครบถ้วนเชื่อถือได้ของการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽⁷⁾

2. ทักษะพื้นฐานและทักษะเกี่ยวกับงานงานด้านการเงินและบัญชี พบว่า โดยรวมในระดับมาก (\bar{X} = 4.40, S.D. = .270) สามารถอธิบายได้ว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชรมีความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์พื้นฐาน (Microsoft Office) เป็นอย่างดี และสามารถวางแผนขั้นตอนการดำเนินงานและจัดลำดับความสำคัญของงานที่ตนเองได้รับมอบหมายได้ และสามารถติดต่อประสานงานกับส่วนราชการ หน่วยงานภายนอกได้เป็นอย่างดี จากผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ ประวิณา เงินทิพย์ (2563) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานการเงินและบัญชีของกรมทรัพยากรน้ำบาดาล พบว่า ความรู้ทางด้านวิชาการด้านการเงินและบัญชีมีผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานการเงินและบัญชีของกรมทรัพยากรน้ำบาดาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽⁷⁾

3. การมุ่งผลสัมฤทธิ์ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 4.30, S.D. = .224) สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ จามรี บัวท่อม (2558) เรื่อง สมรรถนะบุคลากรของเทศบาลตำบลทับมา ผลการศึกษา พบว่า (1) สมรรถนะหลักพนักงานเทศบาลตำบลทับมา ในภาพรวม มีระดับสมรรถนะมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้าน อยู่ในระดับสมรรถนะมาก คือ ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์⁽⁸⁾ ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของธีระพล เจริญสุข (2563) ที่ศึกษาเรื่อง การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรกรมสรรพสามิตในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา พบว่า สมรรถนะทั้ง 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ ด้านการบริการที่ดี ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ ด้านการยึดมั่น

ในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม ด้านงานเป็นทีม ด้านการพัฒนาชุมชน ด้านการคิดวิเคราะห์ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด คือ ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรม โดยรวมอยู่ระดับมาก คือ จริยธรรม รองลงมา คือ ด้านการบริการที่ดี และน้อยที่สุด คือ ด้านการพัฒนาองค์กร⁽⁹⁾

4. การบริการที่ดี โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.26, S.D. = .417$) สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ พิสมัย ชัยมหา (2558) ที่ศึกษาเรื่อง สมรรถนะการปฏิบัติงานของบุคลากรหน่วยงานสำนักงานอัยการสูงสุด ภาค 1 ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะการปฏิบัติงานของบุคลากรหน่วยงานสังกัดสำนักงานอัยการสูงสุด ภาค 1 โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านการบริการที่ดี ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ⁽¹⁰⁾ ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ สุพจน์ นาโพทอง (2558) ที่ศึกษาเรื่อง แนวทางการพัฒนาสมรรถนะหลักของข้าราชการศาลยุติธรรม ผลการศึกษา พบว่า สมรรถนะหลักของข้าราชการศาลยุติธรรมส่วนกลาง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านจริยธรรม ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านจิตสำนึกในการให้บริการ ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์และด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ ตามลำดับ⁽¹¹⁾

5. การส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.48, S.D. = .258$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ไชยดี ยะยือริ (2561) เรื่อง การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรในสังกัดสำนักงานพัฒนาชุมชนในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรมีระดับสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดและระดับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้พบว่าสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรโดยรวมในระดับค่อนข้างสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงาน ด้านการมุ่งผลสำเร็จ ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและ

จริยธรรม และด้านการทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกในระดับปานกลาง⁽¹²⁾

6. การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม ($\bar{X} = 4.51, S.D. = .311$) โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ณัฐดาวรรณมณีวร (2561) ที่ศึกษาเรื่อง แนวทางการพัฒนาสมรรถนะของพนักงานเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษา พบว่า สมรรถนะในการปฏิบัติงานตามความเป็นจริง ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ทั้ง 5 ด้าน พบว่า สมรรถนะด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรม จริยธรรมอยู่ในระดับมากที่สุด ด้านการบริการที่ดีอยู่ในระดับมากที่สุด ด้านการทำงานเป็นทีมอยู่ในระดับมากที่สุด ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์อยู่ในระดับมาก และด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพอยู่ในระดับมากตามลำดับ⁽¹³⁾ นอกจากนี้ จันทร์ทา มั่งคามี (2562) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรสำนักยุทธศาสตร์สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ภายใต้แนวทางการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ พบว่า ระดับสมรรถนะหลักการทำงานในปัจจุบันของบุคลากรสำนักยุทธศาสตร์ พบว่า อยู่ในระดับมาก เมื่อเรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยสูงสุดไปหาค่าต่ำสุด ได้แก่ ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรม ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ และด้านการบริการที่ดี ตามลำดับ⁽¹⁴⁾

7. การทำงานเป็นทีม โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.42, S.D. = .245$) สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ พิสมัย ชัยมหา (2558) ที่ศึกษาเรื่อง สมรรถนะการปฏิบัติงานของบุคลากรหน่วยงานสำนักงานอัยการสูงสุด ภาค 1 ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะการปฏิบัติงานของบุคลากรหน่วยงานสังกัดสำนักงานอัยการสูงสุด ภาค 1 โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านการบริการที่ดี ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ⁽¹⁰⁾ ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุพจน์ นาโพทอง (2558) ที่ศึกษาเรื่องแนวทางการพัฒนาสมรรถนะหลักของข้าราชการ

ศาลยุติธรรม ผลการศึกษา พบว่า สมรรถนะหลักของข้าราชการศาลยุติธรรมส่วนกลาง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านจริยธรรม ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านจิตสำนึกในการให้บริการ ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์และด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ ตามลำดับ⁽¹¹⁾

8. แนวทางการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรด้านการเงินและบัญชีของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ควรพัฒนาด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ บุคลากรควรได้รับการพัฒนาประสิทธิภาพความรู้ความสามารถของตนให้ดียิ่งขึ้น บุคลากรทุกคนควรได้รับการอบรมทบทวนแนวทางการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีอยู่เสมอ เพื่อให้ผลการดำเนินงานด้านการเงินและบัญชีของหน่วยงานมีประสิทธิภาพ มีความน่าเชื่อถือ รวดเร็ว และถูกต้อง การพัฒนาบุคลากรด้านการเงินและบัญชีจึงเป็นเรื่องที่ควรให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง หน่วยงานทุกแห่งควรมีคู่มือที่เป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีที่มีแนวปฏิบัติไปในทางเดียวกัน เพื่อควบคุมการเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้ ควรนำความรู้หรือเทคโนโลยีใหม่ๆ มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน ระบบด้านการเงินและบัญชีปรับปรุงให้ทันสมัยเพื่อให้ง่ายต่อการปฏิบัติงานและการตรวจสอบ สอดคล้องกับของวิริยะ ปานปรุง และคณะ (2561) ที่ระบุว่า นักบัญชีในยุคปัจจุบันต้องตระหนักและเตรียมความพร้อมกับการพัฒนาเทคโนโลยีทางด้านบัญชีดิจิทัล ที่จะส่งผลกระทบต่อประกอบวิชาชีพในอนาคตและวางแผนในการปรับตัวให้เท่าทันยุค⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของธีระพล เจริญสุข (2563) ที่ศึกษาเรื่อง การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรกรมสรรพสามิตในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าด้านความเชี่ยวชาญ ควรมีการพัฒนาทักษะทางเทคโนโลยี และการเรียนรู้เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ๆ⁽⁹⁾

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีควรได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนให้เข้ารับการฝึกอบรมเกี่ยวกับจรรยาบรรณทางวิชาชีพบัญชีอย่างสม่ำเสมอ และควรตระหนักถึงจรรยาบรรณทางวิชาชีพบัญชีอย่างเคร่งครัด เพื่อให้ได้รายงานทางการเงินที่คุณภาพและประสิทธิภาพ มีความถูกต้อง อันเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรด้านการเงินและบัญชีในหน่วยบริการ เพื่อนำผลที่ได้ใช้เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารในการวางแผนและกำหนดนโยบายทั้งระยะสั้นและระยะยาว เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในการทำงาน
2. ควรศึกษาการวิจัยและพัฒนาสมรรถนะและประเมินสมรรถนะในการปฏิบัติงานของบุคลากรในแต่ละบุคคลว่าอย่างขาดสมรรถนะด้านใดบ้าง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ได้รับข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ ต้องขอขอบคุณบุคลากรในสังกัดสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชรที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ช่วยให้เกิดผลงานวิชาการนี้ขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://sdgs.nesdc.go.th>
2. กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์บุคลากร เป็นเลิศ People Excellence Strategy [อินเทอร์เน็ต]. ก.ย. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hr.moph.go.th/site/hr_moph/wp-content/uploads/2019/05/1.1-ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ-People-Excellence-Strategy.pdf
3. McClelland, D.C. Testing for Competence rather than for Intelligence. American Psychologist; 1991.
4. Parry, Scott B. Evaluating the Impact of Training. Alexandria, Virginia: American Society for Training and Development; 1997.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. หน่วยงานย่อย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึง

- เมื่อ 20 ก.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: kpo.go.th/webkpo/tel_hosp.php
6. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 10) . กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560.
 7. ประวีณา เงินทิพย์. ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานการเงินและบัญชีของกรมทรัพยากรน้ำบาดาล [สารนิพนธ์ปริญญาบัญชีมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีปทุม; 2563.
 8. จามรี บัวทุม. การศึกษาสมรรถนะบุคลากรของเทศบาลตำบลทับมา [ปริญญาานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2558.
 9. อีระพล เจริญสุข. การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรกรมสรรพสามิตในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2564; 9(1): 76-95.
 10. พิสมัย ชัยมหา. สมรรถนะการปฏิบัติงานของบุคลากรหน่วยงานสำนักงานอัยการสูงสุด ภาค 1 [วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต] กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา; 2558.
 11. สุพจน์ นาโตพอง. แนวทางการพัฒนาสมรรถนะหลักของข้าราชการศาลยุติธรรม. [วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต] กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร; 2558.
 12. ไชยดี ยะยือริ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรในสังกัดสำนักงานพัฒนาชุมชนในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2561.
 13. ญัฐดาวรรณ มณีวร. แนวทางการพัฒนาสมรรถนะของพนักงานเทศบาลตำบลหนองป่าครั่งอำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ [สารนิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยแม่โจ้; 2561.
 14. จันทรุทธา มั่งคามี. การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรสำนักยุทธศาสตร์ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ภายใต้แนวทางการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ [ปริญญาานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2562.
 15. วริยา ปานปรุง และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะของผู้ประกอบวิชาชีพบัญชีที่มีต่อคุณลักษณะของนักบัญชีในยุคไทยแลนด์ 4.0. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 2 “GRADUATE SCHOOL CONFERENCE 2018”; 2561 พ.ย. 30; กรุงเทพฯ. [กรุงเทพฯ]: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2561. น. 694-703.

**ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วย
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
ตำบลหนองหอย อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่**

**Health literacy in Health Behavior change of Diabetes Mellitus and
Hypertension Patient Nong Hoi Subdistrict,
Mueang Chiang Mai District, Chiang Mai Province**

อารักษ์ กิติกร พย.บ.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหอย

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้ความรู้ด้วยวิธีสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) และการจัดการให้ความรู้ด้านสุขภาพประจำวัน (Daily health education and management) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ศึกษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - กันยายน 2566 สุ่มตัวอย่างจากประชากร โดยใช้การสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าคัดออก จำนวน 60 คน แบ่งกลุ่มโดยใช้ วิธีการจับคู่ (Individual Matching) เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ 1) โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ 2) แบบประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด 3) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Independent sample t-test.

ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนเปลี่ยนแปลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีแนวโน้มลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยผลทางห้องปฏิบัติการ (LDL HbA1c) และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เปลี่ยนแปลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติโดยกลุ่มทดลองมีแนวโน้มลดลง ดังนั้นการให้ความรู้ด้วยวิธีการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีประสิทธิผลที่ดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง และสามารถนำผลการศึกษานี้ไปปรับใช้ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare the effectiveness of health literacy and management of daily health education of DM with HT patients from February - September 2023. The sample group was selected by simple random sampling of 60 patients, an experimental group of 30, and a control group of 30. Collected data by 1) the health literacy program 2) the cardiovascular disease risk form 3) the health literacy questionnaires. Data were analyzed by independent sample t-test.

The results showed that after the experiment, the experimental and control groups had average ratings of health literacy, health behavior, and BMI were separated significantly ($p < .01$). The systolic blood pressure, laboratory results, and CVD risk of the experimental group were decreased but not significantly. Therefore, providing knowledge using creating health literacy is highly effective in changing the health behaviors of DM and HT patients. The results of this study can be applied to patients with chronic non-communicable diseases.

keywords : Health Literacy, Health Behavior, Diabetes Mellitus and Hypertension patients

บทนำ

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วก่อให้เกิดความเจ็บป่วย พิการ และตายก่อนวัยอันควร จากสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคนและคาดว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน โรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิต สูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 รายในทุก 5 วินาที⁽¹⁾ จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราการตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี⁽¹⁾

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า ในกลุ่มประชากรอายุ 30-79 ปี มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1.3 พันล้านคน และมักไม่แสดงอาการในระยะเริ่มต้น แต่สามารถตรวจวินิจฉัยได้และยังพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิด โรคอื่นๆ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต เป็นต้น⁽²⁾ จากรายงานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 14 ล้านคน และมากกว่า 7 ล้านคนที่ป่วยแต่ยังไม่เข้ารับการรักษา โรคความดันโลหิตสูงส่วนมากมักไม่แสดงอาการ หากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานาน

และไม่ได้รับการรักษา ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้นและอาจมีอาการ ได้แก่ เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ หน้ามืดใจสั่น ตาพร่ามัว เป็นลมหมดสติ และเกิดโรคแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคอัมพฤกษ์อัมพาต⁽³⁾

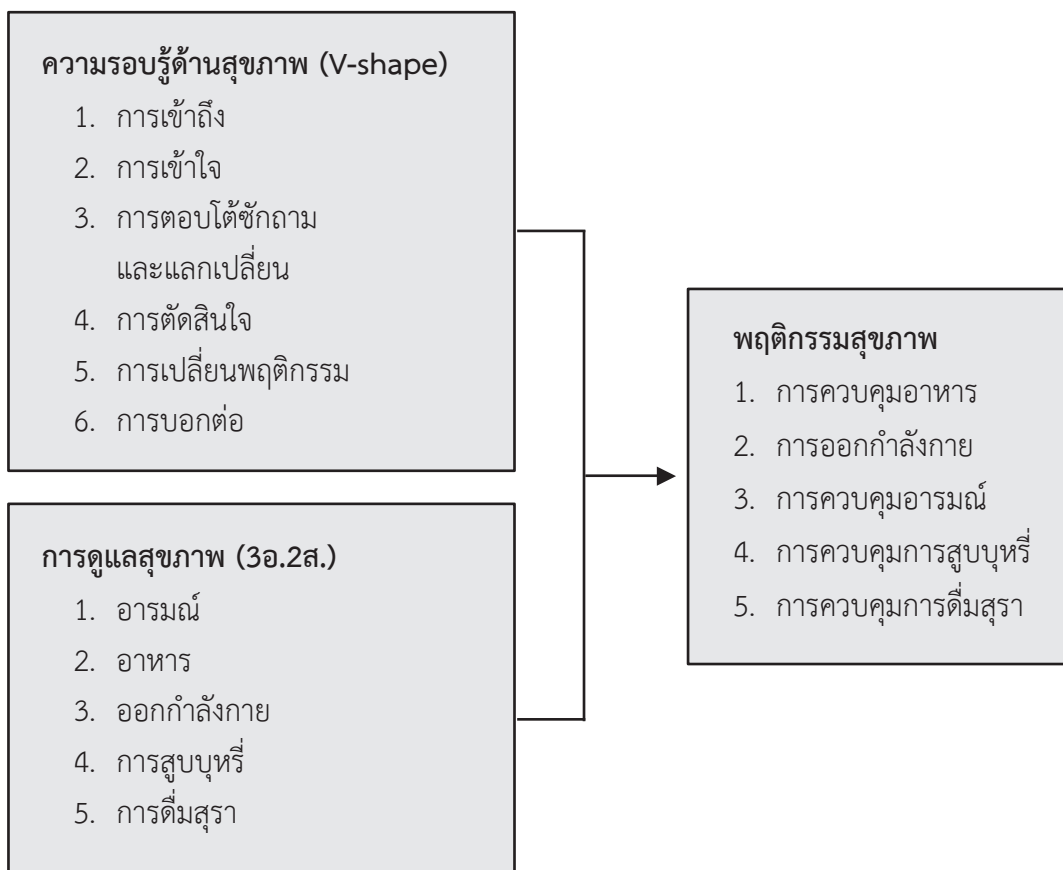
จากสถิติผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนครพิงค์ปี 2562-2564 พบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานคิดเป็น ร้อยละ 10.56, 9.60 และ 8.90 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 21.71, 20.05 และ 19.28 ตามลำดับและผู้ป่วยโรคไตวาย (CKD stage5) คิดเป็นร้อยละ 8.50 11.68 และ 13.23 ตามลำดับ⁽⁴⁾ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการรักษาโรงพยาบาล ส่งเสริมตำบลหนองหอย ในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 120 ราย เป็นผู้ป่วยรายใหม่คิดเป็นร้อยละ 2.5 โรคแทรกซ้อนมีความเสี่ยงทางตาและส่งต่อเข้ารับการรักษาที่รพ.นครพิงค์ ร้อยละ 1.2 ผลการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด 10 ปี (CVD Risk) พบว่ามีความเสี่ยงระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 16.17 ปานกลางคิดเป็นร้อยละ 32.35 สูงคิดเป็นร้อยละ 19.11 สูงมากคิดเป็นร้อยละ 13.23 และสูงอันตราย คิดเป็นร้อยละ 19.11 ผลการทำงานของไต (eGFR) ในระดับที่ 1-4 คิดเป็นร้อยละ 40.99, 51.51, 6.06 และ 1 ตามลำดับ และผู้ป่วยรายใหม่มีแนวโน้มลดลงแต่ภาวะแทรกซ้อนกลับเพิ่มขึ้น⁽⁵⁾ ในการดำเนินงานที่ผ่านมา ผู้วิจัยได้ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ ผ่านสื่อต่างๆ แก่ผู้ป่วยทั้งรายกลุ่มและรายเดี่ยวด้วยวิธีการต่างๆ ซึ่งไม่ได้ค้นหาหรือประเมินปัญหาในเชิงลึก

ของผู้ป่วยแต่ละคนอย่างจริงจัง ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้วิธีการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ซึ่งเป็นทักษะใหม่ที่สำคัญและจำเป็นในการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพส่งเสริมให้ประชาชนพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคล เพื่อการรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน ตามกระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยวีเซฟ (V-shape)⁽⁶⁾ เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ข้อมูลที่เป็นจริงสอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเองไปประกอบการตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ.2ส. จนสำเร็จ และสามารถบอกเล่าความสำเร็จให้ผู้อื่นได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ใช้วิธีการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) กับการจัดการให้ความรู้ด้านสุขภาพประจำวัน (Daily health education and management)

กรอบแนวคิดการวิจัย



2. เพื่อเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตตัวบน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและระดับความเสี่ยงของการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปี (CVD risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ก่อนทดลองและหลังทดลองที่ใช้วิธีการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) กับการจัดการให้ความรู้ด้านสุขภาพประจำวัน (Daily health education and management)

สมมุติฐานการวิจัย

การใช้วิธีสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีผลต่อค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตตัวบน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและระดับความเสี่ยงของการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปี (CVD risk) แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบกับการจัดการให้ความรู้ด้านสุขภาพประจำวัน (Daily health education and management)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) บนพื้นฐานของการทำ Routine to Research (R2R) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วย โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ใช้วิธีการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) กับการจัดการให้ความรู้ด้านสุขภาพประจำวัน (Daily health education and management) เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยมีระยะเวลาการศึกษาทั้งสิ้น 8 เดือน

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในทะเบียนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใน รพ.สต.หนองหอย อ.เมืองเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่ จำนวน 120 คน

กลุ่มตัวอย่าง สุ่มตัวอย่างจากประชากร (sampling) โดยใช้การสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าคัดออกและสมัครใจ จำนวน 60 คน แบ่งกลุ่มโดยใช้ วิธีการจับคู่ (Individual Matching) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า และคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

เป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในรพ.สต.หนองหอย สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง มีการมองเห็น และการได้ยินปกติ สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยมีประวัติการมารับบริการที่รพ.สต.ไม่ครบ 2 ไตรมาส ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่ครบใน 2 ปีงบประมาณที่ผ่านมาและไม่สามารถคำนวณระดับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปี (Framingham CVD risk)

เครื่องมือและวิธีดำเนินการวิจัย

1. เครื่องมือและวิธีดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้ระยะเวลาการดำเนินการภายใน 4 สัปดาห์รายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรม มีดังนี้ แนะนำตนเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ อธิบายแบบประเมิน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง เข้าใจและตอบแบบสอบถาม ก่อนการทดลอง (Pre-test) และนัดหมายการทำ กิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 หลังจากนั้นผู้วิจัย ดำเนินกิจกรรมโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 2 โดยจัดกลุ่ม ตัวอย่างเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน แบ่งตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายขั้นตอน และกำหนดข้อตกลงร่วมกันในการทำกิจกรรมใช้เวลา ประมาณ 2 ชั่วโมง ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหอย ประกอบด้วย กระบวนการส่งเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วย วิเซฟ (V-shape) มี 6 องค์ประกอบ คือ ทักษะการเข้าถึง การเข้าใจ การตอบโต้ ซักถาม และแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ⁽⁶⁾ ใช้วิธีการฝึกทักษะ การวิเคราะห์สถานการณ์ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นแบบมีส่วนร่วม โดยประยุกต์แนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ มาใช้ในการเสริมสร้างความมั่นใจในการตัดสินใจปรับเปลี่ยน พฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ประเมินผล โดยนัดพบเป็นรายกลุ่มและรายบุคคลในสัปดาห์ที่ 3 - 4 และติดตามทาง แอปพลิเคชันไลน์ในสัปดาห์ที่ 5 และ 6

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างใช้ข้อมูลจากระบบฐานข้อมูล ผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหอยปี 2565-2566 ประกอบด้วย อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิตและ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ⁽⁵⁾

ส่วนที่ 2 แบบประเมิน ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปี ใช้แบบประเมิน ความเสี่ยงฯ ของฟาร์มิงแฮม (Framingham CVD Risk) ประกอบด้วย อายุ เพศ Total cholesterol HDL cholesterol ความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure) และแปลผลโอกาสเสี่ยงเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ความเสี่ยงระดับต่ำ ปานกลาง สูง สูงมาก และสูงอันตราย โดยแปลผลค่าร้อยละความเสี่ยงคือ ค่าความเสี่ยง < ร้อยละ 10 หมายถึงมีความเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 10- < 20 หมายถึง ความเสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 20- < 30 หมายถึง ความเสี่ยงสูง ร้อยละ 30- < 40 หมายถึง ความเสี่ยงสูงมาก ร้อยละ \geq 40 หมายถึง ความเสี่ยงสูงอันตราย⁽⁷⁾

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ฉบับปรับปรุงปี 2561 ของกองสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วย ไม่ดี พอใช้ ดี และดีมาก โดยการแปลผลคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพคือ คะแนน 0 - 40.79 หมายถึง ไม่ดี คะแนน 40.80 - 47.59 หมายถึง พอใช้ คะแนน 47.60 - 54.39 หมายถึง ดี คะแนน 54.40 - 68 หมายถึง ดีมาก และการแปลผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ คือ คะแนน 0 - 17.99 หมายถึง ไม่ดี คะแนน 18.00 - 20.99 หมายถึง พอใช้ คะแนน 21.00 - 23.99 หมายถึง ดี และคะแนน 24.00 - 30 หมายถึง ดีมาก⁽⁸⁾

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เลขที่โครงการ : 10/2566 วันที่ 7 กรกฎาคม 2566

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 หลังจากได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหอย เพื่อเก็บข้อมูลรวมถึงการดำเนินการวิจัยพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยตามขั้นตอนของการศึกษาวิจัย ดำเนินการวิจัยทั้งหมดเป็นเวลา 6 สัปดาห์

1.2 สํารวจรายชื่อผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหอย⁽⁵⁾ หลังจากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

2. ขั้นตอนดำเนินการ

ได้อธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูลจะต้องได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง มีการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม

สุขภาพทั้ง 2 กลุ่ม

กลุ่มควบคุม เนื่องจากเป็นการวิจัยกึ่งทดลองบนพื้นฐานของ การทำ Routine to Research (R2R) กลุ่มควบคุมจึงให้บริการการจัดการให้ความรู้ด้านสุขภาพประจำวัน (Daily health education and management) และการพยาบาลตามปกติในวันที่มาตรวจตามนัด

กลุ่มทดลอง เข้าร่วมโปรแกรมตามที่กำหนด ดังนี้ **ขั้นตอนที่ 1** ใช้กระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ในลักษณะการเข้ากลุ่มประกอบด้วยกระบวนการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพทั้ง 6 ด้านและการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่ม และจัดการให้ความรู้ตามหลัก 3อ.2ส. โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร และ 2ส. กลุ่มที่ 2 การจัดการกับอารมณ์และการออกกำลังกาย

ขั้นตอนที่ 2 การสนทนากลุ่ม (Focus group) ในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 เพื่อประเมินพฤติกรรมและเรียนรู้การแก้ไขปัญหาของสมาชิกในกลุ่มร่วมกัน โดยให้มีการจัดบันทึกตารางการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายประจำวัน ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และวัดความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ หลังจากนั้นนำมาประเมินฯ ในกลุ่มร่วมกัน ในขั้นตอนนี้จะค้นพบบุคคลต้นแบบที่สามารถนำไปใช้เป็นแบบอย่างในการปฏิบัติได้จริง

ขั้นตอนที่ 3 ให้การปรึกษาและประเมินพฤติกรรมผู้ป่วยทางกลุ่มไลน์เพื่อติดตามประเมินและแก้ไขพฤติกรรมเสี่ยงให้ได้รับการแก้ไขร่วมกันในสัปดาห์ที่ 5 และ 6

หลังจากนั้นมีการติดตามประเมินผล 6 เดือนจากค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตตัวบนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และระดับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปี ทั้ง 2 กลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ และค่าเฉลี่ยของดัชนี



มวลกาย ความดันโลหิตตัวบน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ใน 10 ปี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent Simple t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (N=30)		กลุ่มควบคุม (N=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	10	33.33	7	23.33
หญิง	20	66.66	23	76.66
สูบบุหรี่				
สูบ	2	6.66	3	10.00
ไม่สูบ	28	93.30	27	90.00
ดื่มสุรา				
ดื่ม	5	16.66	3	10.00
ไม่ดื่ม	25	83.33	27	90.00
โรคประจำตัว				
ความดันโลหิตสูง	16	53.33	18	60.00
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	14	46.66	12	40.00
อายุ				
อายุเฉลี่ย (SD)	66.03 (12.31)		66.93 (9.20)	

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.66 มีอายุเฉลี่ย 66.03 ปี ด้านพฤติกรรมสุขภาพ มีผู้สูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 6.66 ผู้ดื่มสุราคิดเป็นร้อยละ 16.66 โรคประจำตัว เป็นโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 53.33 โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 46.66 สำหรับกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.66 มีอายุเฉลี่ย 66.93 ปี ด้านพฤติกรรมสุขภาพ มีผู้สูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 10 ผู้ดื่มสุราคิดเป็นร้อยละ 10 โรคประจำตัว เป็นโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 60 โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 40 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้

ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 48.73 (SD=5.37) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 45.26 (SD=4.42) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 57.80 (SD = 4.05) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 52.56 (5.00) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง(N=30)		กลุ่มควบคุม(N=30)		t
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
ความรอบรู้โดยรวม					
ก่อนได้รับโปรแกรม	48.73	5.37	45.26	4.42	7.46*
หลังได้รับโปรแกรม	57.80	4.05	52.23	5.00	8.17*
พฤติกรรมฯโดยรวม					
ก่อนได้รับโปรแกรม	23.96	2.99	22.80	1.82	2.22**
หลังได้รับโปรแกรม	25.83	3.05	23.76	2.18	3.93*

*p-value<0.01 ** p-value=0.034

จากตาราง 2 พบว่า การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนน เฉลี่ย 48.73 (SD=5.37) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 45.26 (SD=4.42) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้าน สุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 57.80 (SD=4.05) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 52.56 (5.00) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการเปรียบเทียบ

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่าการก่อนได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 23.96 (SD=2.99) กลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ย 22.80 (SD=1.82) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนน เฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ สำหรับหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 25.83 (SD=3.05) กลุ่มควบคุมมีคะแนน เฉลี่ย 23.30 (SD=2.18) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดัน โลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ของความดันโลหิตตัวบน และดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง(N=30)		กลุ่มควบคุม (N=30)		t
	Mean	SD	Mean	SD	
SBP					
ก่อนได้รับโปรแกรม	150.87	12.19	139.43	13.65	-3.63*
หลังได้รับโปรแกรม	130.67	12.31	131.53	14.73	0.24
BMI					
ก่อนได้รับโปรแกรม	25.46	4.55	25.13	5.13	-0.15
หลังได้รับ โปรแกรม	24.53	4.53	25.17	5.24	-0.43*

*p-value<0.01

จากตาราง 3 พบว่า การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 150.87 (SD=12.19) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 139.43 (SD=13.65) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับหลังได้รับโปรแกรมฯกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเปลี่ยนแปลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติโดยกลุ่มทดลอง

มีแนวโน้มลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมฯไม่แตกต่างกัน หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 24.53 (SD=4.53) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 25.17 (SD=5.24) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงลดลง และกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและค่าความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ใน 10 ปีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (N=30)		กลุ่มควบคุม (N=30)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
Cr						
ก่อนได้รับโปรแกรม	0.86	0.18	0.86	0.21	0.06	0.951
หลังได้รับโปรแกรม	0.80	0.18	0.81	0.22	0.04	0.968
eGFR						
ก่อนได้รับโปรแกรม	80.60	16.42	79.66	14.79	-0.26	0.790
หลังได้รับโปรแกรม	83.21	16.22	81.06	14.70	-0.56	0.575
Chol						
ก่อนได้รับโปรแกรม	203.20	34.10	188.23	30.64	-1.71	0.098
หลังได้รับโปรแกรม	196.80	34.00	184.37	41.37	-1.21	0.233
TG						
ก่อนได้รับโปรแกรม	143.30	65.78	124.03	55.00	-1.17	0.250
หลังได้รับโปรแกรม	144.80	97.56	118.37	47.28	-1.31	0.133
HDL						
ก่อนได้รับโปรแกรม	55.47	11.83	56.23	14.67	0.21	0.833
หลังได้รับโปรแกรม	55.30	10.85	53.27	15.99	-0.51	0.608
LDL						
ก่อนได้รับโปรแกรม	130.93	31.44	120.37	27.67	-1.23	0.227
หลังได้รับโปรแกรม	122.37	29.93	123.77	28.95	0.15	0.877
FBS						
ก่อนได้รับโปรแกรม	96.67	9.60	97.56	9.26	0.20	0.843
หลังได้รับโปรแกรม	85.89	9.91	89.33	9.91	-1.67	0.133

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (N=30)		กลุ่มควบคุม (N=30)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
HbA1c						
ก่อนได้รับโปรแกรม	8.02	0.91	7.36	1.01	-0.89	0.422
หลังได้รับโปรแกรม	7.70	0.96	7.80	2.63	0.06	0.949
CVD Risk						
ก่อนได้รับโปรแกรม	11.30	6.01	10.29	2.57	-1.32	0.196
หลังได้รับโปรแกรม	9.46	5.97	10.60	6.80	0.66	0.509

จากตาราง 4 พบว่า การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือดใน 10 ปี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเปลี่ยนแปลงแต่ไม่มีนัยสำคัญ ทางสถิติโดย ค่าเฉลี่ย Cr Chol HDL FBS กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มลดลง และค่าเฉลี่ย eGFR มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ค่าเฉลี่ย LDL HbA1c CVD risk กลุ่มทดลองมีแนวโน้มลดลง ส่วนกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และค่าเฉลี่ย TG กลุ่มทดลองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นส่วนกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มลดลง

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลศึกษา หลังได้รับโปรแกรม การให้ความรู้ โดยใช้วิธีสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ.2ส เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่า 1) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม ที่ให้ความรู้ด้านสุขภาพประจำวัน (Daily health education and management) เนื่องจากการใช้วิธีสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดพลังอำนาจในตัวบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องแนวคิด ว่าด้วยพลังชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพของพินธุสร โพธิ์อุไร (2562) พบว่าการเสริมพลังเป็นเสมือนการจุดประกาย กระตุ้น สนับสนุนให้ชุมชนได้มองเห็นศักยภาพ และอำนาจในการจัดการตนเอง หรือมีความเชื่อมั่นที่จะควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ ที่จะส่งผลต่อการพัฒนา

สุขภาพหรือคุณภาพชีวิตที่ดีของตนเอง เพื่อก่อให้เกิดความยั่งยืนอย่างแท้จริง⁽⁹⁾ และรัตนภรณ์ กล้ารบและคณะ (2564) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมและมีน้ำตาลสะสมเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุม⁽¹⁰⁾ ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการตัดสินใจที่เหมาะสม ช่วยพัฒนาทักษะและศักยภาพของบุคคลให้มีการควบคุม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้โดยโปรแกรมที่สร้างขึ้น เน้นการพัฒนา ทักษะ ทั้ง 6 ด้าน ทำให้บุคคลมีความรอบรู้ เข้าใจ สามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีการสื่อสารและ การจัดการตนเองที่ดี ทำให้รู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ดังนั้นกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมในโปรแกรมจึงมีทักษะและพลังอำนาจแห่งตนในการประเมินข้อมูลนำความรู้มาคิด วิเคราะห์ ตัดสินใจ และเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ แนวคิดการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ยังเป็นกระบวนการทางสังคม ที่ช่วยให้บุคคลค้นพบและใช้ความเชื่อมั่นที่ตนมีอยู่ในการควบคุมหรือกำหนดชีวิตของตนเอง (Funnell, 2004; Gibson, 1993; กิตติยาพร จันทร์ชมและคณะ, 2564)^(11,12,13) จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค ความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของกรณีการ การีสรรพ และคณะ (2562) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพความรู้

เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁴⁾ 2) จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตตัวบน ดัชนีมวลกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Cr, GFR, Chol, FBS, LDL HbA1c) และความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปี (CVD Risk) หลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยที่ควบคุมได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับความรู้ด้านสุขภาพประจำวัน (daily health education and management) ได้รับความรู้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวจากแพทย์และพยาบาล ในวันที่มาตรวจตามนัด ซึ่งเป็นการสื่อสารทางเดียว (one way communication) จากบุคลากรทางการแพทย์สู่ผู้ป่วย ภายหลังจากให้ความรู้ผู้ป่วยจะได้รับสมุดประจำตัวความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว ไปอ่านทำเข้าใจด้วยตนเองที่บ้าน จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยด้วยวิธีการให้ความรู้การสื่อสารทางเดียวและเอกสาร ประสิทธิภาพยังไม่มากพอที่จะส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของบุญญธิดา ยาอินทร์ (2564) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน และพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมสูงกว่าก่อนทดลอง และควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้เพิ่มขึ้น⁽¹⁵⁾ โสภา ไชยแก้ว (2563) ได้ศึกษาการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์แบบสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนในกลุ่มทดลองลดลงที่ 3 และ 6 เดือนเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (uric acid, TG, LDL) เปลี่ยนแปลงแต่ไม่มีความสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลอง

มีแนวโน้มลดลงและกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและค่าเฉลี่ยความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปี (CVD Risk) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) เพิ่มขึ้นทั้งสองกลุ่ม โดยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มควบคุม แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มทดลอง⁽¹⁶⁾

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผู้บริหารงานสาธารณสุขสามารถนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายหรือแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขในการจัดการลดปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งรูปแบบกิจกรรมต่างๆที่สนับสนุนให้ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคและการเกิดโรคแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่องและพึ่งตนเองได้

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

1. บุคลากรสาธารณสุขสามารถใช้วิธีการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง
2. จัดทำกลุ่มไลน์ ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องร่วมกันโดยมีเจ้าหน้าที่ที่เป็นที่ปรึกษา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาการพัฒนาแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน
2. ควรมีการศึกษาผลของการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคไต หรือ โรคหัวใจ เป็นต้น
3. ควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามประเมินผลระยะยาวหลังได้รับโปรแกรม 1 ปีขึ้นไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้เนื่องด้วยผู้วิจัยได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่อง จนกระทั่งสำเร็จสมบูรณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหอยที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ได้เข้าร่วมการวิจัยตามโครงการจนแล้วเสร็จ จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้เป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคเบาหวาน “วันเบาหวานโลก 14 พฤศจิกายน 2565”. [Internet]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/181256/>
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง “วันความดันโลหิตสูงโลก 17 พฤษภาคม 2566”. [Internet] 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=25290&deptcode=brc&news_views=388
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรคแนะประชาชน วัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ “รู้เลข รู้เสี่ยง เลี่ยงโรคไม่ติดต่อ”. [Internet]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/191384/>
4. กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการโรงพยาบาลนครพิงค์. รายงานประจำปี 2654. เชียงใหม่; 2565. หน้า 36-38
5. งานเวชระเบียนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหอย. งานบริการผู้ป่วยโปรแกรม JHIS. เชียงใหม่; 2566.
6. ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ วิมล โรมาและมุกดา สำนวนกลาง. แนวคิดหลักการขององค์การความรู้ด้านสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 (สขรส.); 2561
7. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ใน 10 ปี (Framingham CVD Risk). [Internet]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.mdcalc.com/calc/38/framingham-risk-score-hard-coronary-heart-disease>.
8. กองสุกศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561. [Internet]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: file:///C:/Users/XP/Downloads/261220170424321090_linkhed.pdf
9. พินธุสร โพธิ์อุไร. แนวคิดด้วยพลังชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ. วารสารพัฒนาสังคม 2562; 21(2): 64-77.
10. รัตนาภรณ์ กล้ารบ อรพินท์ สีขาวและชฎาภา ประเสริฐทรง. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารพยาบาลทหารบก 2564; 22(3): 274-283.
11. Funnell, M. M. Patient Empowerment. Critical Care Nursing Quarterly. [Internet]. 2004 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://scholar.google.co.th/scholar=Funnell>
12. Gibson, C. H. A study of empowerment in mothers of chronically ill children [Thesis]. 1993. Boston: Boston College.
13. กิตติยาพร จันทร์ชม ญาติ แสงสาย และบรรเทิง พลสวัสดิ์. การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในครอบครัวและชุมชน: บทบาทสำคัญของพยาบาล. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ 2564; 5(2): 12-26
14. กรรณิการ์ การีสรรพ พรทิพย์ มาลาธรรมและ นุชนาฏ สุทธิ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค ความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2562; 25(3): 280-295.



15. บุญญธิดา ยาอินทร์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลชุมแสง อำเภอุมแสง จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 2564;18(1):1-4.
16. โสภา ไชยแก้ว. การสร้างเสริมแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าข้าม อำเภอมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่.วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2563;5(3):1-4.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด
ST segment ยกขึ้น (STEMI) : รายงานผู้ป่วย
Nursing care of patients with ST segment elevation acute
coronary syndrome (STEMI): case report

นิภา นวณภาศรี พย.ม.
โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คัดเลือกผู้ป่วยจากแผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565- กันยายน 2566

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 52 ปี มาด้วยอาการ 8 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวดจุกแน่นกลางอก อึดท้อง ปวดทะเลหลัง อาเจียนเป็นเศษอาหาร 1 ครั้ง ได้รับการวินิจฉัยเป็น Acute myocardial infarction (STEMI) ให้การรักษาโดยให้ยาละลายลิ่มเลือด (streptokinase) ก่อนการส่งต่อไปยัง รพท.และส่งตัวต่อไปยัง รพศ. เพื่อทำผ่านสายสวน รวมนอนโรงพยาบาล 3 ได้รับการเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองเนื่องจากอยู่ในภาวะวิกฤติ และขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้านเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผลการติดตามผู้ป่วยจะมาตรวจตามนัดทุกเดือนโดยได้รับยารับประทานต่อเนื่อง สามารถเลิกดื่มสุราและสูบบุหรี่ได้ ยังปัญหาเรื่องระดับไขมันเลือด พบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงอยู่ระหว่างติดตาม โรงพยาบาลนัดติดตามและตรวจซ้ำ 3 เดือน

ผลการศึกษา : การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การพยาบาลผู้ป่วยโรคภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment พยาบาล ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินต้องสามารถประเมินคัดกรองผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และรวดเร็วเพื่อช่วยให้การวินิจฉัยได้ถูกต้อง นำไปสู่การรักษาที่รวดเร็ว ต้องมีความเชี่ยวชาญในกระบวนการดูแลรักษา เข้าใจขั้นตอนการขอรับคำปรึกษาจากแพทย์เฉพาะทาง เข้าใจถึงระบบการการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย เพื่อลดความรุนแรงของโรค และลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตคุกคามต่อชีวิต

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment กระบวนการพยาบาล

Abstract

This study aims to study nursing care for patients with acute coronary syndrome. Select patients from the emergency department of Pho Prathapchang Hospital between October 2022 - September 2023.

Case study: A 52-year-old Thai male patient had pain in his chest penetrating his back, bloating, and vomiting food scraps once before coming to the hospital 8 hours, He was diagnosed with acute myocardial infarction (STEMI), and treated with blood clot-dissolving drugs. (streptokinase) before transfer to a high-potential hospital for cardiac catheterization, he stayed

in the hospital for 3 days and received 1 home visit. The patient was worried about his illness because he was in a critical condition and lacked knowledge about self-care at home to prevent a recurrence. Follow-up results: Patients came for monthly follow-up appointments and continued to receive oral medication, can quit drinking and smoking. There is also a problem with blood fat levels.

Results of the study: The results of the study indicate that for Nursing patients with acute ST-segment ischemia, emergency room nurses must be able to assess and screen patients correctly and quickly to help make a correct diagnosis, must have expertise in the care process, and must understand the stages, and understanding the patient reception-referral system to reduce the severity of the disease and the risk of death for patients with life-threatening crises.

Keywords : patient with acute ST segment ischemia, nursing process

บทนำ

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome: ACS) เป็นภาวะฉุกเฉินของโรค หลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเกิดจากภาวะการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด นำไปสู่การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction; AMI) ตามมา โดยองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าใน ปี ค.ศ. 2020 ประเทศกำลังพัฒนาจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าว มากถึงร้อยละ 70 ของสาเหตุการเสียชีวิตทุกชนิดสำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อขาดเลือดเฉียบพลันจำแนกตามความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) ร้อยละ 67 Non-ST-segment elevation myocardial infarction (NSTEMI) ร้อยละ 20 และ unstable angina ร้อยละ 14 เมื่อคู่อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยขณะรับไว้ในโรงพยาบาล ของ Thai ACS registry ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอาการรุนแรง พบร้อยละ 17 และข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการเปิดหลอดเลือดไม่ว่าด้วยวิธีใด มีอัตราการตายประมาณร้อยละ 12 ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้เปิดหลอดเลือดเลยใน STEMI มีอัตราการตายที่สูงมากถึงร้อยละ 22 ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่ง เพราะมาโรงพยาบาลล่าช้าและได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสมตามมาตรฐานประเทศไทยและยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ จากข้อมูลรายงาน

สถานการณ์ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2560 มีประมาณการจำนวน ผู้เสียชีวิตถึงร้อยละ 12 จากสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด และมีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 20,746 ราย อัตราตาย 21 : 8 ต่อแสนประชากร อัตราส่วนเพศ ชายต่อเพศหญิง 1.57 : 1 กลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปีเป็น กลุ่มที่มีอัตราการตายสูงสุด 144.4 ต่อประชากรแสนคน^(1,2) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดจากการตีบหรือ อุดตันเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงหัวใจ จำแนกเป็น 2 ชนิด โดยแยกจากผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือ ECG (Electro cardiography) เป็นแบบ ST elevation MI (STEMI) ซึ่งหลอดเลือดมีการอุดตัน ร้อยละ 100 และแบบ Non-ST elevation MI (NSTEMI) และ Unstable angina⁽³⁾ วัตถุประสงค์สำคัญในการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลัน คือ การทำให้หลอดเลือดที่อุดตันหายอุดตัน โดยเร็วที่สุด การรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดเป็นการรักษาที่มีประโยชน์สำหรับโรงพยาบาลส่วนใหญ่ สามารถลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ตายเฉียบพลันได้โดยเวลาที่เริ่มให้ยาแก่ผู้ป่วยไม่ควรเกิน 30 นาทีนับตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็น STEMI (Time to SK)⁽⁴⁾

โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Acute coronary

syndrome: ACS) เป็นกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน 1 ใน 5 อันดับโรคของหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีจำนวนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จากสถิติในปี 2563-2566 ของโรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสะสม 44 รายและเป็นชนิด STEMI จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.64 จากการทบทวนพบผู้ป่วยเสียชีวิต 2 รายในปี 2563 เนื่องจากมาโรงพยาบาลล่าช้าทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเพราะ onset to hospital time มากกว่า 3 ชั่วโมง ผู้ศึกษาตระหนักต่อปัญหาดังกล่าว จึงมีความสนใจในการรพยาบาลผู้ป่วยโรคภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) ขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการการดูแลในสภาวะวิกฤตฉุกเฉิน ได้รับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด streptokinase และ ยาทามแนวทางการรักษาที่ service plan กำหนด ได้รับการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลในสภาวะวิกฤต⁽²⁾

สาเหตุภาวะ STEMI เกิดจากการที่มีการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจาก 2 สาเหตุคือสาเหตุหลัก ได้แก่ ภาวะหลอดเลือดตีบแข็ง สาเหตุส่งเสริม ได้แก่ การทำให้ภาวะหลอดเลือดตีบแข็งเกิดเร็วขึ้น เช่น ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ ความเครียด การขาดการออกกำลังกาย โรคอ้วน อายุ และเพศ ประวัติในครอบครัว พยาธิสรีรวิทยาเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary atherosclerosis) เริ่มจากการอักเสบของเซลล์บุผนังชั้นในของหลอดเลือด (Endothelium cell) จากการปะทะกับเชื้อ แบคทีเรีย หรือปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน หรือภาวะน้ำตาล ในเลือดสูง เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นคราบไขมันภาวะ STEMI ประมาณร้อยละ 95 มีการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจอย่างเฉียบพลัน เมื่อเกิดการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยง หัวใจแบบเฉียบพลัน จะเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้นตามระยะเวลาที่ผ่านไป

อาการและอาการแสดงภาวะ STEMI ประมาณร้อยละ 95 เกิดจากการที่มีการอุดตัน ของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจอย่างเฉียบพลันทำให้ชัดเจน

การไหลเวียนของเลือด และการส่งออกซิเจนไปสู่กล้ามเนื้อหัวใจ จึงเกิดอาการดังต่อไปนี้ 1) อาการเจ็บแน่นหน้าอกชนิด Angina pectoris โดยจะมีอาการเจ็บแบบแน่นๆ หนักๆ เหมือนมีของหนักทับบริเวณอกซ้าย อาจมีอาการแน่นอึดอัดรู้สึก หายใจไม่ออก พบอาการเจ็บร้าวไปยังบริเวณแขนซ้ายด้านในร้าวขึ้นกรามหรือลำคอได้ 2) อาการคลื่นไส้ อาเจียน 3) อาการเหงื่อออกอย่างมาก 4) อาการไข้ อาจมีไข้ขึ้น 38-39 องศาเซลเซียส 5) อาการทางหัวใจ และหลอดเลือด 6) อาการอื่นๆ ผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการเป็นลมหมดสติ มาด้วยหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน ภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนอาการเจ็บหน้าอกอาจไม่เป็นแบบที่กล่าวมาข้างต้นก็ได้ เรียกว่า Atypical chest pain อาจเจ็บบริเวณลิ้นปี่เหมือนท้องอืดท้องเฟ้อ คลื่นไส้ อาเจียน อาการของ STEMI มักจะไม่ใช่ลักษณะเจ็บแปลบๆ ผู้ป่วยไม่สามารถชี้ได้ว่าเจ็บที่จุดใดจุดหนึ่ง⁽³⁾

การวินิจฉัยโรค STEMI ส่วนใหญ่อาศัยประวัติ เจ็บแน่นหน้าอกชนิด Angina pectoris ร่วมกับการตรวจดังต่อไปนี้ 1) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จะช่วยในการวินิจฉัย STEMI ได้เนื่องจาก ตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพจะเป็นฉนวนกันไม่ให้กระแสไฟฟ้าผ่านจึงสามารถดูได้จากกราฟคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้ โดยข้อกำหนดลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจจาก European society of cardiology, American College of Cardiology และ American Heart Association ดังนี้ 1) ST segment elevation อย่างน้อย 1 มิลลิเมตร ใน lead avL- III- avR, V4-V6, ST segment elevation อย่างน้อย 2 มิลลิเมตรใน lead V1-V3, New left bundle branch block (LBBB) 2) การตรวจเลือดเพื่อตรวจระดับ Cardiac enzymes 3) ภาพรังสีทรวงอก 4) การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ การรักษา เป้าหมายการรักษา คือ การจำกัดบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดเฉียบพลันไม่ให้เกิด กล้ามเนื้อหัวใจตายขยายเป็นวงกว้างและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย การรักษาโดยทั่วไป มีดังนี้ 1) การรักษาเบื้องต้นประกอบด้วย การให้ยาต้านเกล็ดเลือด การให้ออกซิเจน การให้ยา NTG ลดอาการเจ็บหน้าอก โดยให้ยาแก้ปวด Morphine การให้ยา Beta-blocker 2) การรักษาด้วยการเปิดหลอดเลือดหัวใจ เป็นการรักษามุ่งที่การละลาย

ลิ้มเลือดที่อุดตันออก โดยพิจารณาการรักษา 2 วิธี ได้แก่ การให้ยาละลายลิ้มเลือดและการถ่างขยายหลอดเลือดฉกฉก (Primary percutaneous coronary intervention : PPCI) 3) การรักษาด้วยการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ 4) การรักษาด้วยยาต่างๆ⁽³⁾

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) กรณีศึกษา 1 ราย

วิธีการศึกษา

ผู้ศึกษาได้คัดเลือกผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้นที่แผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ทั้งนี้ได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยและครอบครัว โดยได้ลงนามในใบยินยอมและสามารถที่จะยุติการเป็นกรณีศึกษาได้ตลอดเวลาโดยมีการอธิบายถึงการพยาบาลผู้ป่วยในระยะในระยะฉุกเฉิน ระยะส่งต่อผู้ป่วย และการติดตามที่บ้านในช่วงเดือน ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566 ซึ่งช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีความเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้การทบทวนผู้ป่วยและกระบวนการพยาบาล ดังนี้

1. วิเคราะห์ปัญหาพบว่าผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและประเมินล่าช้าจากประวัติที่ไม่ชัดเจน การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและกระบวนการดูแลที่ไม่เหมาะสมตามสมรรถนะหลักการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของสมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก
2. ศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
3. ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันย้อนหลัง 3 ปี พบว่าภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI เป็นภาวะที่มีความเสี่ยงสูง การดูแลผู้ป่วยมีความซับซ้อน
4. คัดเลือกผู้ป่วย STEMI ในปี 2566 จำนวน 1 รายเป็นกรณีศึกษาผู้ป่วยเฉพาะราย
5. ดำเนินการศึกษกรณีศึกษาผู้ป่วยเฉพาะราย การพยาบาลผู้ป่วยโรคภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดพบการยกตัวผิดปกติของช่วง ST segment

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา ชายไทยคู่ อายุ 52 ปี อาชีพทำนา น้ำหนัก 48 กิโลกรัม สูง 165 เซนติเมตรมาด้วยอาการ 8 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวดจุกแน่นกลางอก อึดท้อง ปวดทะลุหลัง อาเจียนเป็นเศษอาหาร 1 ครั้ง อาการแรกเริ่ม : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง มีอาการปวดจุกแน่นกลางอก ปวดทะลุหลังสัญญาณชีพแรกเริ่ม ชีพจร 56 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 171/99 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ค่าออกซิเจนในกระแสเลือด 99%, Pain Score=8, EKG ครั้งแรก (10.58 น.) Normal Sinus Rhythm Diagnosis : Dyspepsia แพทย์ให้รักษา Omeprazole 40 mg iv, Hyoscine 10mg iv ให้สังเกตอาการต่อ ผู้ป่วยไม่ทุเลาเจ็บกลางหน้าอกอาการปวดไม่ลดลง Pain Score เท่าเดิม รายงานแพทย์ให้ตรวจ Repeat EKG = V2-V6 ST segment elevation ผล Lab : DTX 111 mg% CBC : Hct 47%, Hb15 g/dl-RBC 5.4×10^6 /ul-WBC 10.5×10^3 cell/cu.mm - MCV 87 fl MCH 33 pg - Platelet Count 334,000 cell/cu.mm Troponin T = 720 ng/L Diagnosis : Acute myocardial infraction (STEMI) Management : consult อายุรแพทย์โรงพยาบาลพิจิตรรับส่งต่อโดยให้ drip streptokinase 1.5 mu + 0.9% NaCl 100 ml drip in 1 ชั่วโมง (Time to Sk=21 นาที) 0.9% NaCl 1,000 ml iv drip 80 ml/hr, (Onset to Drug=11 ชม.) Plavix 75 mg. 4 tab stat, ASA 300 mg 1 tab เคี้ยว stat, Retained Foley catheter, Monitor EKG, Refer โรงพยาบาลพิจิตร หลังจากรับไว้รักษา 1 วัน ได้รับการต่อไปที่โรงพยาบาลศูนย์ (รพ.พุทธชินราชพิษณุโลก) เพื่อทำผ่านสายสวน (percutaneous coronary intervention : PPCI) PPCI โดยประสานให้ศูนย์รับ-ส่งต่อโรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง ทำหน้าที่ปรับผู้ป่วยกลับมาอนรักษาคือที่โรงพยาบาลพิจิตร ในวันที่ 26 ตุลาคม 2565 และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพิจิตรวันที่ 29 ตุลาคม 2565 และประสานส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้างผู้ป่วยได้รับ Home Medication : Clopidogrel 75 mg 1 x1 pc เข้า, Isordil 5 mg sl prn for chest pain Aspirin 81 mg 1x1 pc เข้า Atrovastatin 40 mg 1xhs)

และมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน 1 ครั้ง (15 กันยายน 2566) เนื่องจากไม่มาตามนัด พบว่าผู้ป่วยลืมนัด ประกอบกับวันที่นัดฝนตกหนักมากทั้งวันและเห็นว่ายังมียาเกินเหลืออยู่จึงมิได้ไปตามนัด ผลการเยี่ยมบ้านพบว่าผู้ป่วยเล็กดื่มสุราตั้งแต่กลับไปอยู่บ้าน ยังสูบบุหรี่อยู่แต่ลดปริมาณลงและเลิกบุหรี่ได้ในเดือนสิงหาคมถึงปัจจุบัน ผู้ป่วยแจ้งว่ามีอาการมีนศีรษะบริเวณท้ายทอยบ่อยครั้ง ผู้ศึกษาและทีมเยี่ยมบ้านจึงได้นัดผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกในวันที่ 18 กันยายน 2566 ผลการตรวจ Lipid Profile; Cholesterol = 159 (ค่าปกติ = 150-250 mg/dl) TG (triglyceride) = 163 สูงกว่าค่าปกติเล็กน้อย (ค่าปกติ = 40-160 mg/dl) HDL = 37 ต่ำกว่าค่าปกติ (ค่าปกติ = 41-59 mg/dl) LDL (Cal.) = 90 (ค่าปกติ = <120 mg/dl)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการให้การพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1

เจ็บแน่นหน้าอก เนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

การพยาบาลที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน

1. ประมวลข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับ เตรียมความพร้อมให้เหมาะสมในการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยความรวดเร็ว โดยรายงานแพทย์ แจ้งทีมพยาบาล เตรียมอุปกรณ์ประกอบด้วย airway management (Laryngoscope ET Tube suction Bird's ventilator) รถ emergency ให้พร้อมใช้ทันที

2. ซักประวัติตามหลัก OPQRST ดังนี้ 1) O : Onset ระยะเวลาที่เกิดอาการ 2) P : Precipitate cause สาเหตุ ชักนำ และการทุเลา เช่น อะไรทำให้อาการดีขึ้น/แย่ลง 3) Q: Quality ลักษณะของอาการเจ็บอกเช่นเจ็บแน่นหน้าอกเหมือนมีอะไรมาบีบรัด หรือเจ็บแปล็บๆ 4) R : Refer pain เจ็บตรงไหน เจ็บร้าวไปที่ใดบ้าง 5) S : Severity ความรุนแรงของอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือ pain score 6) T : Time ระยะเวลาที่เป็น ปวดนานกี่นาที

3. ดูแลให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกโดยให้ยาตามแผนการรักษา คือ ASA (300 mg) 1 เม็ดเคี้ยวก่อน กลืน Clopidogrel (75 mg) 4 เม็ดทางปาก Streptokinase 1.5 mU+NSS 100 cc IV drip in 1 ชั่วโมง และสังเกต

อาการข้างเคียงของยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ความดันต่ำ มีไข้ หนาวสั่น ปวดหลัง ปวดท้อง หัวใจเต้นผิดจังหวะ มีรอยช้ำ มีผื่นขึ้น คัน อาเจียนเป็นเลือด เลือดกำเดาไหล มีจุดแดง หรือม่วงที่ผิวหนัง และมีรอยช้ำ ผิดปกติ เป็นต้น หากพบให้หยุดให้ยาทันทีและแจ้งแพทย์ทราบทันที

4. เฝ้าระวัง ติดตาม และบันทึกอาการเจ็บหน้าอก ได้แก่ อาการร้องคราง ร้องไห้ กระสับกระส่าย เหงื่อออก และการประเมินระดับความปวดโดยใช้ Pain score

5. ติดตามเฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดย EKG Monitor เพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หากพบผิดปกติ เช่น ST segment elevate ≥ 1 mm. ใน 2 leads ติดต่อกัน หรือพบ Ventricular tachycardia, Ventricular fibrillation หรือ complete heart block ให้รายงานแพทย์ทันที

6. บันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG 12 leads ขณะที่มีอาการเจ็บหน้าอก ให้รายงานแพทย์ทันที

7. ประเมินสภาพทั่วไปและสัญญาณชีพทุก 15-30 ขณะเกิดอาการ และทุก 24 ชั่วโมง เมื่ออาการ เจ็บแน่นหน้าอกทุเลา เพื่อประเมินการทำงานของหัวใจ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2

ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อเวลาที่ลดลง

เนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง

กิจกรรมการพยาบาล

1. เฝ้าระวังอาการ และอาการแสดงของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง ได้แก่ อัตราการเต้น ของหัวใจเพิ่มขึ้น pulse pressure แคบ ความดันโลหิตต่ำ หายใจเร็ว ปลายมือ ปลายเท้าเย็น capillary refill ช้ากว่าปกติ และซีฟวรเบา

2. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) ได้แก่

2.1) ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย สับสน หายใจเร็วตื่น ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ ซีฟวรเร็ว ปลายมือปลายเท้าซีดเย็นริมฝีปากเขียวคล้ำ

2.2) ฟังเสียงการหายใจบันทึกอัตราการหายใจ ความลึก รูปแบบ และความสะอาดของการหายใจ ทุก 15 นาที ประเมินสภาพเนื้อเยื่อ สีสริมฝีปาก สีเล็บที่ปลายมือ ปลายเท้า



3. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที พร้อม ทั้งคลำ และสังเกตลักษณะชีพจรส่วนปลายอาการเหนื่อย หอบหายใจไม่อิ่ม นอนราบไม่ได้ ปลายมือปลายเท้าเย็น ชีตเขียว เพื่อให้การช่วยเหลือทันที เมื่อพบความผิดปกติ

4. ประเมินปริมาณเลือดออกจากหัวใจในขณะ หัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยประเมินความแรงและจังหวะ การเต้นของชีพจร อาการหน้ามืด วิงเวียนเป็นลม ผิวเย็น ชีต ความดันโลหิตต่ำ

5. ติดตามคลื่นและจังหวะการเต้นของหัวใจจาก Monitor อย่างต่อเนื่อง เมื่อพบผิดปกติ เช่น Ventricular tachycardia, Ventricular fibrillation หรือ complete heart block ให้รายงานแพทย์ทราบ ทันที และเตรียม อุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพไว้ให้พร้อม เพื่อการช่วยเหลือ ทันที

6. ติดตาม และประเมินจำนวนปัสสาวะต่อชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะช็อคจากกล้ามเนื้อหัวใจทำงาน ไม่มี ประสิทธิภาพ

7. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง จัดท่านอนศีรษะสูง 45 องศา และให้ O₂ canular 3 liter/min กรณี O₂ Sat ต่ำกว่า 90% ติดตามผล O₂ Sat ทุก 1 ชั่วโมงถ้าต่ำกว่า 90% ให้รายงานแพทย์ทันที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3

มีโอกาสดังภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากได้รับยาละลาย ลิ่มเลือด

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงความจำเป็น ในการให้ยาละลายลิ่มเลือด ประโยชน์ ผลข้างเคียงที่อาจ เกิดขึ้น เปิดโอกาสให้ซักถามและตัดสินใจรับการรักษา เช่นยินยอมให้ยา streptokinase

2. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา คือ Strep- tokinase 1.5mu + NSS 100 ml. IV drip in 1 ชั่วโมง by infusion pump

3. เฝ้าระวังติดตามประเมินอาการ สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว การตรวจทางระบบประสาท โดยใช้ Glasgow Coma Scale (GCS) ทุก 5 นาทีหลังได้รับยา จนกว่าสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ และเฝ้าระวังผล

ข้างเคียงจากการได้รับยา เช่น ความดันโลหิตต่ำ ภาวะ เลือดออกผิดปกติ อาการแพ้ยา เฝ้าระวังติดตามประเมิน อาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการเหนื่อย ลักษณะคลื่นไฟฟ้า หัวใจ

4. โดยการ On EKG Monitor ช่วง 15 นาทีแรก และรายงานแพทย์เมื่อพบอาการเปลี่ยนแปลงของ สัญญาณชีพ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรืออาการเจ็บหน้าอก ไม่ดีขึ้น หลังให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase

5. ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดระหว่างการทำยา ละลายลิ่มเลือด Streptokinase เพื่อเฝ้าระวัง ภาวะ แทรกซ้อน และอาการข้างเคียงจากการได้รับยาละลาย ลิ่มเลือด รวมถึงช่วยลดความกลัว และความวิตกกังวล ของผู้ป่วยและญาติ

6. บันทึกเวลาที่เริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase อาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นระหว่าง ที่ได้ รับยาและหากจำเป็นต้องหยุดยาต้องบันทึกปริมาณยา ที่ได้รับและเวลาที่หยุดยา

7. เตรียมยาช่วยชีวิตฉุกเฉินและอุปกรณ์ต่างๆ ที่สำคัญในการช่วยชีวิต เช่น เครื่อง Defibrillator ให้พร้อม เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงทีกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อค เนื่องจากระดับน้ำตาล ในเลือดสูง

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดทำห้ผู้ป่วยนอนราบไม่หนุนหมอน
2. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ
3. สังเกตและบันทึกอาการเกี่ยวกับระดับความรู้สึกตัวและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน หอบ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึมลง หมดสติ

4. ดูแลการได้รับยารับประทานลดระดับน้ำตาล ตามแผนการรักษาของแพทย์

5. ติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อประเมิน ภาวะน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5

ผู้ป่วยมีโอกาสดังภาวะทรุดลงเนื่องจากการเคลื่อนย้าย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยรายงานแพทย์ เพื่อให้ตัดสินใจเคลื่อนย้ายเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการคงที่
2. เตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นในการเคลื่อนย้ายได้แก่ monitor EKG Mobile Ambu bag Infusion pump ถังออกซิเจนวางอุปกรณ์การเฝ้าระวังในตำแหน่งที่ผู้เคลื่อนย้ายมองเห็นสะดวกปลอดภัย
3. ตรวจสอบตำแหน่งที่ให้สารน้ำและยึดตรึงเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของเข็มขณะเคลื่อนย้าย
4. ประเมินอาการผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้ายอีกครั้งได้แก่ระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ O₂ sat จำนวนหยดของยา Streptokinase ที่ให้ไว้และบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาลสำหรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
5. ประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้พยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลแม่ข่ายที่รับผู้ป่วยเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วยโดยใช้เทคนิค ISBAR คือแจ้ง ชื่อหน่วยงาน ผู้ส่ง ชื่อสกุล เพศ อายุ โรค อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติโรคประจำตัว ผลการตรวจ EKG การรักษาและกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ก่อนการเคลื่อนย้ายอาการปัจจุบัน สัญญาณชีพสัญญาณทางระบบประสาทรวมถึงปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่องอุปกรณ์ที่ต้องเตรียมเพื่อรับผู้ป่วย

ระยะระหว่างการเคลื่อนย้าย

1. เฝ้าระวังอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นระหว่างเคลื่อนย้ายอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องได้แก่ความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ O₂ sat ระดับความรู้สึกตัว
2. ระมัดระวังการหลุดของสายข้อต่อต่างๆ เช่น สายให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำสายที่ต่อกับเครื่อง monitor EKG Mobile
3. พุดคุยอธิบายให้ญาติรับรู้ถึงอาการและแผนการรักษาอย่างคร่าวๆ เพื่อลดความวิตกกังวลของญาติก่อนเคลื่อนย้าย
4. ดูแลให้พนักงานเข็นเปลด้วยความระมัดระวัง นุ่มนวล ไม่เร็วหรือช้าเกินไป

ระยะหลังการเคลื่อนย้าย

1. รายงานข้อมูลแก่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลแม่ข่ายที่รับผู้ป่วยส่งต่อข้อมูลกับพยาบาล

โรงพยาบาลแม่ข่ายถึงอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ระหว่างการเคลื่อนย้ายและประเมินอาการผู้ป่วย ณ เวลานั้นร่วมกัน

2. บันทึกอาการอาการแสดงอาการเปลี่ยนแปลง การแก้ไขผลการแก้ไขของผู้ป่วยขณะเคลื่อนย้ายและ ปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่องในแบบบันทึกทางการพยาบาล สำหรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและนำส่งให้พยาบาลโรงพยาบาลพิจิตร

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6

ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและภาวะโรคที่คุกคามชีวิต เนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรคและความเจ็บป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยวาจาที่สุภาพ อ่อนโยนท่าทางที่เป็นมิตรจริงใจเอาใจใส่ทุกซอกซอกของผู้ป่วยเพื่อความเป็นกันเอง
2. สอบถามและอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคแผนการรักษาพยาบาลและการปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้ป่วยหายสงสัยและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
3. ให้ข้อมูลผู้ป่วยเรื่องการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) เหตุผลความจำเป็นในการให้ยาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ การพยาบาลผู้ป่วยและโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด
4. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาลและให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เห็นอกเห็นใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยระบายความรู้สึกและให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล
6. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวลใช้น้ำเสียงนุ่มนวล ท่าทางสงบในขณะที่ให้การพยาบาล
7. ประเมินความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลโดยการสังเกตจากพฤติกรรมสีหน้าท่าทางและการซักถามของผู้ป่วย

วิจารณ์

กรณีศึกษาที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลหลังมีอาการ 8 ชั่วโมงถือเป็นความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต แต่ได้รับการนำส่งจากการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน (EMR) เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง ผู้ศึกษาเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วยไว้ที่แผนกฉุกเฉิน และให้คำปรึกษาแก่ EMR ในการดูแลผู้ป่วยและเตรียมพร้อมเรื่องการช่วยเหลือหากมีอาการภาวะหัวใจหยุดเต้นระหว่างนำส่ง ผู้ป่วยไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic agent) ทันทีเนื่องจากอาการแรกเริ่มไม่มีอาการของอาการเจ็บแน่นหน้าอกชนิด Angina pectoris โดยจะมีอาการเจ็บแบบแน่นๆ หนักรๆ เหมือนมีของหนักทับบริเวณอกซ้าย อาจมีอาการแน่นอึดอัดรู้สึก หายใจไม่ออก พบอาการเจ็บร้าวไปยังบริเวณแขนซ้ายด้านในร้าวขึ้นกรามหรือลำคอได้ แต่มีอาการเจ็บบริเวณลิ้นปี่เหมือนท้องอืดท้องเฟ้อ คลื่นไส้อาเจียน อาการของ STEMI มักจะไม่ใช้ลักษณะเจ็บแปลบๆ ผู้ป่วยไม่สามารถชี้ได้ว่าเจ็บที่จุดใดจุดหนึ่งที่เรียกว่า Atypical chest pain⁽⁵⁾ ประกอบกับผล EKG ครั้งแรกไม่ชัดเจนทำให้ได้รับการวินิจฉัยและรักษาไปในเรื่องของ Dyspepsia ส่งผลให้ Onset to Drug นานถึง 11 ชั่วโมงแต่ไม่เกินมาตรฐานการให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 12 ชั่วโมง กรณีศึกษาเมื่อเข้ามารับการรักษานี้ในโรงพยาบาล Door to needle time = 21 นาทีซึ่งได้ตามมาตรฐานภายใน 30 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น STEMI ซึ่งจะสามารถลดอัตราการตายได้⁽⁶⁾ นอกจากนี้การให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวในการลดปัจจัยเสี่ยงต่างเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีอายุที่ยืนยาวขึ้นดังกรณีศึกษาที่สามารถผู้ป่วยเลิกดื่มสุราตั้งแต่กลับไปอยู่บ้าน ยังสูบบุหรี่อยู่แต่ลดปริมาณลงจนสามารถเลิกได้หลังจากออกจากโรงพยาบาล 4 เดือน นอกจากนี้ยังต้องให้ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงอื่นที่จะส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำในประเด็นของภาวะไขมันสูงและภาวะอ้วน กรณีนี้เริ่มมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซ้ำได้ เนื่องจากเริ่มมีค่าไขมันสูงกว่าปกติเล็กน้อย Triglyceride = 163 (ค่าปกติ = 40-160 mg/dl) และค่า HDL ต่ำกว่าค่าปกติ = 37 (ค่าปกติ = 41-59 mg/dl) บ่งบอกถึงการขาดการออกกำลังกายประกอบและมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น

8 กิโลกรัม ความเสี่ยงนี้พยาบาลยังต้องคอยกำกับติดตามและให้คำแนะนำในการลดอาหารจำพวกแป้ง การควบคุมอาหารเมื่อเย็นและส่งเสริมการออกกำลังกาย กรณีศึกษาได้รับการนัดติดตามค่าไขมันทุก 3 เดือน

สรุป

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตกะทันหัน พยาบาลต้องมีสมรรถนะในการคัดกรอง การซักประวัติการประเมินอาการเจ็บหน้าอกอย่างรวดเร็ว และให้การดูแลที่เหมาะสมตั้งแต่เริ่มแรก โดยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นได้เข้าระบบ FAST track STEMI มีการเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือให้พร้อมใช้มีความรู้ในการบริหารยาละลายลิ่มเลือด การสังเกตอาการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สิ่งที่สำคัญที่สุด คือพยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินต้องสามารถประเมินคัดกรองผู้ป่วยเหล่านั้นได้อย่างถูกต้อง และรวดเร็วเพื่อช่วยให้ การวินิจฉัยได้ถูกต้อง นำไปสู่การรักษาที่รวดเร็ว พยาบาลต้องมีความรู้ ความเชี่ยวชาญในกระบวนการดูแลรักษาและเข้าใจกระบวนการและขั้นตอนการขอรับคำปรึกษาจากแพทย์เฉพาะทางด้านหัวใจ เข้าใจถึงระบบการส่งต่อในระบบช่องทางด่วนพิเศษ การประสานส่งต่อข้อมูลการพยาบาลและการเฝ้าสังเกตอาการ และอาการแสดงขณะส่งต่อ เพื่อลดความรุนแรงของโรค และลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ หัวใจตายเฉียบพลันชนิดพบการยกตัวผิดปกติของช่วง ST segment และมีภาวะ วิกฤตต่างๆ ที่คุกคามต่อชีวิต การเฝ้าระวัง และการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในทุกๆ ระยะของการดูแลที่รวดเร็วจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการประเมิน เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนและวางแผนให้การพยาบาลที่ครอบคลุมตามปัญหาที่เกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา โรคไม่ติดต่อ กองระบาดวิทยา. สถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ Coronary Artery Disease (CAD). [อินเทอร์เน็ต]. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 31 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.>

- moph.go.th/uploads/files/1081120191227091554.pdf
2. กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี 2562. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์;2562
 3. เกรียงไกร เสงรัมย์. มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สถาบันโรคทรวงอกกระทรวงสาธารณสุข;2560
 4. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์,สมาคมแพทย์มีนทนาการหัวใจและหลอดเลือดแห่งประเทศไทย,สมาคมโรคหลอดเลือดแดงแห่งประเทศไทยและคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ กระทรวงสาธารณสุข. แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.พิมพ์ครั้งที่ 1 พิมพ์ที่สมุทรปราการ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเทปดีไซด์;2563.
 5. อภิสิตี ตามสัจย์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี .เอกสารประกอบการสอนวิชาการ พยาบาลผู้ใหญ่. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลตำรวจ;2558
 6. นริชรา โคตรประทุม.การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหัวใจ: กรณีศึกษา 2 ราย.ยโสธรเวชสาร 2565;24(1):27-37.



รายงานผู้ป่วย

Case Reports

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในระยะวางแผนการจำหน่าย และดูแลต่อเนื่องที่บ้าน Nursing care for hypoglycemia in Diabetes Mellitus patients in discharge planning and continuing care at home : Case Report

ยุริพร เชื้อสุวรรณ พย.บ.
โรงพยาบาลพิจิตร

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในระยะการวางแผนจำหน่าย และระยะการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ศึกษาได้คัดเลือกผู้ป่วย ที่อยู่ในการดูแลของศูนย์ การดูแลต่อเนื่อง (COC) โรงพยาบาลพิจิตร ในช่วงเดือน กรกฎาคม - กันยายน 2566 เพื่อเป็นกรณีศึกษา ทั้งนี้ ได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีการอธิบายเรื่องรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอนปฏิบัติ การพยาบาลตามรูปแบบ D-METHOD ในระยะวางแผนจำหน่ายและใช้เครื่องมือแนวทางเวชปฏิบัติครอบครัว IN-HOMESSS ในระยะการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีความเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุด

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 70 ปี มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากการขาดความรู้ในแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพ คือ 1. ผู้ป่วยเข้าใจว่าเมื่อรับประทานอาหารหวาน สามารถเพิ่มปริมาณยาฉีด เบาหวานได้เอง 2. ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานอาหารมื้อหลักแต่ฉีดอินซูลินตามเวลา ทำให้ผู้ป่วยรายนี้เกิดภาวะน้ำตาล ในเลือดต่ำถึง 9 ครั้งในรอบปีที่ผ่านมา เมื่อผู้ศึกษาเข้าไปร่วมวางแผนดูแลต่อเนื่องที่บ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D และ IN-HOMESSS พบว่าผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวานและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน สามารถเฝ้าระวังและสังเกตอาการผิดปกติได้ด้วยตนเอง

คำสำคัญ : ผู้ป่วยเบาหวานภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การวางแผนการจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

Abstract

This study aimed to study nursing care for hypoglycemia in Diabetes Mellitus patients in discharge planning and continuing care at home. The researcher selected patients under the care of the Continuing Care Center (COC) at Pichit Hospital from July - September 2023 as a case study with permission from the patients and their families. The Gordon health assessment model, D-METHOD nursing practice in the discharge planning phase, and the IN-HOMESSS family practice guideline tool in the home continuum care phase were explained. All of this helps provide patients with the most appropriate and beneficial care.

Results: A 70-year-old Thai female patient has low blood sugar due to a lack of knowledge about health beliefs and health care; 1. When eating sweet food she can increase the amount

of diabetes injection medicine by herself. 2. She injected insulin even though there was no meal. This caused her to experience low blood sugar 9 times in the past year. When I joined in discharge planning at home according to the principles D-M-E-T-H-O-D and IN-HOMESSS, I found that a patient and relatives have knowledge and understanding about Diabetes Mellitus and the prevention of complications. They could monitor and observe abnormal symptoms by themselves.

Keyword : hypoglycemia in Diabetes Mellitus patients, discharge planning and continuing care at home

บทนำ

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นปัญหาสำคัญที่พบในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน จากข้อมูลการสำรวจในสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์ของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน 28.3 ครั้ง ต่อ 1,000 ประชากร/ปี ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะดังกล่าวเนื่องจากเหตุผลหลายประการได้แก่ พยาธิสภาพของร่างกายที่เสื่อมไปตามอายุการทำงานของตับอ่อน ตับและไต ลดลง การมีโรคร่วม และการใช้ยาหลายชนิดรวมทั้งในปัจจุบันผู้สูงอายุมีช่วงอายุที่ยืนยาวเพิ่มขึ้นทำให้ผู้สูงอายุอยู่กับโรคเบาหวานยาวนานเพิ่มขึ้น ซึ่งการรักษาเบาหวานด้วยยาในระยะเวลานานเพิ่มความเสี่ยงให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ดังรายงานวิจัยที่พบว่า ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยอินซูลินมากกว่า 10 ปีขึ้นไป เป็นปัจจัยทำนายการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้สูงอายุส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และภาวะหัวใจล้มเหลวได้⁽¹⁾ การเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน มีความสำคัญทางคลินิก คือ

1. ทำให้เกิดอาการไม่สบายซึ่งอาจรุนแรงจนทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตจากภาวะสมองขาดกลูโคสหรือโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ และมีโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่แล้ว

2. การเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดแต่ละครั้งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดซ้ำซึ่งภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่เกิดซ้ำจะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อ

การเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดระดับรุนแรง และภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดโดยไม่มีอาการเตือน (Hypoglycemia unawareness) และภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่สัมพันธ์กับการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติล้มเหลว (Hypoglycemia-associated autonomic failure, HAAF) ซึ่งเป็นอันตราย

3. การเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดบ่อยทำให้รบกวนการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามปกติ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานเช่น การนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพ อันเป็นผลจากการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด กลางดึก (Nocturnal Hypoglycemia) สมรรถภาพและประสิทธิภาพในการทำงานหรือการเรียนรู้ลดลง และความปลอดภัยหรืออันตรายในขณะทำงาน เช่น การขับยานพาหนะและการทำงานกับเครื่องจักรกล เป็นต้น นอกจากนี้ในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดยังทำให้เกิดภาวะการทำงานของสมอง ด้าน cognitive บกพร่อง หรือสมองเสื่อม (Dementia)

4. การเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดบ่อย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้แพทย์และผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมเบาหวานได้อย่างเข้มงวดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวาน เนื่องจากเกรงกลัวอันตรายจากภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด⁽²⁾

5. ในผู้ป่วยเบาหวานที่รับไว้ในโรงพยาบาล การเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดจะมีความสัมพันธ์กับอัตราการตาย (Mortality) ที่เพิ่มขึ้น โดยที่ความสัมพันธ์นี้มี

แนวโน้มที่จะเป็นผลจากตัวโรคหรือความเจ็บป่วยที่ ผู้ป่วย เบาหวานมีอยู่มากกว่าจากภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดเอง⁽³⁾

อาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้สูงอายุมักไม่เฉพาะเจาะจงและแตกต่างกับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานในวัยผู้ใหญ่ แต่ต่างกันกับผู้สูงอายุแต่ละราย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านารรับรู้/สติปัญญา การตอบสนองต่อ Counter regulatory hormone และความทนต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่เกิดขึ้นบ่อยๆ ของตัวผู้สูงอายุเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานจึงมีอาการไม่ชัดเจน ซึ่งผู้สูงอายุบางราย อาจไม่มีอาการหรือสัญญาณเตือนนำใดๆ เมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Unawareness Hypoglycemia) อีกทั้งพบว่า การประเมินระดับน้ำตาลในเลือดมักถูกละเลย จากบุคลากรทางการแพทย์หรือญาติผู้ดูแล ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานแล้วเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จึงไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมอันอาจส่งผลอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

การประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะน้ำไข้องค์ประกอบ 3 ประการ (Whipple's triad) คือ 1) ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร 2) มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และ 3) อาการแสดงหายไปเมื่อได้รับการแก้ไขด้วยน้ำตาลหรือคาร์โบไฮเดรต ซึ่งเกณฑ์การวินิจฉัยนี้สามารถนำไปใช้ในการวินิจฉัยภาวะนี้ทั้งผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและที่บ้านเพื่อให้การรายงานหรือการบันทึกการวินิจฉัยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นมาตรฐานหรือข้อมูลเดียวกันในการสื่อสาร

ความรุนแรงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแบ่งเป็น 3 ระดับ⁽⁴⁾ ได้แก่

1) ความรุนแรงระดับเล็กน้อย (mild hypoglycemia) หมายถึง ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำแต่ไม่มีอาการหรือมีอาการชนิด autonomic/neurogenic symptoms ซึ่งผู้ป่วยสามารถทำการแก้ไขได้ด้วยตนเอง

2) ความรุนแรงระดับปานกลาง (moderate hypoglycemia) หมายถึง ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ

มีอาการชนิดออโตนิมิก/อาการทางระบบประสาท และมีอาการทางระบบประสาทเกิดขึ้นเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่งผู้ป่วยสามารถทำการแก้ไขได้ด้วยตนเอง

3) ความรุนแรงระดับรุนแรงมาก (Severe hypoglycemia) หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจนไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเองและต้องอาศัยผู้อื่นช่วยเหลือ หรือมีอาการรุนแรงมาก เช่น ชัก หรือหมดสติผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจได้รับหรือไม่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก็ได้ สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบประสาทซึ่งอาการหายไปหลังจากได้รับการแก้ไขให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้นสามารถวินิจฉัยว่าเป็นภาวะน้ำตาลต่ำระดับรุนแรงได้

จากทะเบียนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (COC) โรงพยาบาลพิจิตร ปี 2563, 2564, 2565 พบผู้ป่วยสูงอายุที่ควบคุมเบาหวานไม่ได้และมีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน Hypoglycemia/Hyperglycemia เพิ่มขึ้นเท่ากับร้อยละ 6.67, 11.18 และ 12.5 ตามลำดับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำๆ ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดี จึงสนใจที่ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระยะวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขา โดยการนำรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอนมาประยุกต์ใช้ในการวินิจฉัยทางการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบ D-METHOD⁽⁵⁾ เป็นแนวทางในการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองภายหลังการจำหน่ายและเป็นสาระของการเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายและระยะการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Continuing of care) โดยใช้เครื่องมือแนวทางเวชปฏิบัติครอบครัว IN-HOMESSS⁽⁶⁾ ประเมินเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดบริการแบบองค์รวม (Holistic Care) ผู้ศึกษาตระหนักต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ในระยะวางแผนการจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน : กรณีศึกษา 1 ราย

วิธีการศึกษา

ผู้ศึกษาได้คัดเลือกผู้ป่วย Hypoglycemia ที่อยู่ใน การดูแลของศูนย์ COC โรงพยาบาลพิจิตร จังหวัด พิจิตร ในช่วงเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2566 เพื่อเป็น กรณีศึกษาทั้งนี้ได้มีการรับอนุญาตจากผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีการอธิบายเรื่องรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพ ของกอร์ดอนปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบ D-METHOD ในระยะวางแผนจำหน่ายและใช้เครื่องมือแนวทางเวช ปฏิบัติครอบครัว IN-HOMESSS ในระยะการดูแลต่อเนื่อ งที่บ้านซึ่งช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีความเหมาะสมและ เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงได้ นำมาใช้

ผลการศึกษา

1. พื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่อายุ 70 ปี รูปร่างผอมสูง (น้ำหนัก 58 กิโลกรัม ส่วนสูง 167 เซนติเมตร ค่าดัชนี มวลกาย = 20.79) นั้บถือศาสนาพุทธ จบชั้นประถมศึกษา ปีที่ 4 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ (เดิมอาชีพรับจ้าง) ที่อยู่ปัจจุบัน อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร อยู่กับสามีอายุ 73 ปี มีหลานสาวมาช่วยดูแลเป็นบางครั้ง เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลวันที่ 29 สิงหาคม 2566 วันจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลวันที่ 31 สิงหาคม 2566 รวมนอน โรงพยาบาล 2 วัน ได้รับการวินิจฉัยโรค Hypoglycemia โดยมีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพดังนี้ตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับ สุขภาพผู้ป่วย	กรณีศึกษา
อาการสำคัญ	มาโรงพยาบาลด้วยอาการ เรียกไม่รู้สีกตัว ปลูกไม่ตื่น ก่อนมาโรงพยาบาล 15 นาที
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	- หลานสาวให้ประวัติว่า 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล อาเจียน 1 ครั้ง เป็นเศษอาหาร มีอาการใจสั่น กินยาหอมแล้วอาการดีขึ้นจึงเข้านอน เวลา 19.00 น. ตื่นมาตอนเช้า เวลา 6.00 น. ผู้ป่วยยังไม่ลุกมา จึงเข้าไปเรียกไม่รู้สีกตัว จึงพาไปโรงพยาบาล
ประวัติการป่วยในอดีต	ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานมา 11 ปี รับการรักษาที่โรงพยาบาลพิจิตร รักษาต่อเนื่อง รักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลชนิดรับประทาน ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมาต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาล ในเลือดต่ำ จำนวน 9 ครั้ง (สิงหาคม 2565 - สิงหาคม 2566)
อาการแรกรับและการรักษาที่ได้รับ	29 สิงหาคม 2566 เวลา 06.55 น. รับไว้รักษาด้วยอาการไม่รู้สีกตัว ปลูกไม่ตื่น ก่อนมา 15 นาที รถฉุกเฉินนำส่งโรงพยาบาล ประวัติการ เจ็บป่วยในอดีต : เป็นเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง มา 11 ปี HbA1C 12% ความดันโลหิต Systolic 140-180 mmHg Diastolic 70-80 mmHg แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน 06.55 น. ความดันโลหิต (BP) 180/70 mmHg, อุณหภูมิ 36.7°C, ซีพจร 76 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ (R) 20 ครั้ง/นาที, CBG Stat 43 mg% ,EKG 12 lead , CXR PA upright , GLUCOSE 50% VIAL (50 ml) iv push x 1 dose,CBG หลัง push 188 mg%,10%D/ N/2 1000 ml iv rate 60 ml/hr. เวลา 07.25 น. ย้ายเข้าหอผู้ป่วย

ตาราง 1 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วย	กรณีศึกษา
อาการแรกเริ่มและการรักษาที่ได้รับ (ต่อ)	BP180/70 mmHg , P 76 ครั้ง/นาที , R 20 ครั้ง/นาที , T 36.7 oC , เวลา 15.00 น. CBG = HI off 10%D/N/2 1000 ml iv rate 40 ml/hr, RI Insulin 10 u sc stat ,เวลา 20.00 น. CBG = 344 mg% ให้ RI 8 unit sc 30 สิงหาคม 2566 รู้สึกตัว ใจคอดี ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น On HL ไว้ Serial CBG pre meal BID Keep 80-200 mg% On RI scale เวลา 15.00 น. CBG = 197 mg% ให้ mixtard12 unit sc 31 สิงหาคม 2566 รู้ตัว รู้เรื่อง หายใจปกติ ใจคอดี ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น On HL เวลา 02.00 น. ในคอไม่ดี CBG = 41 mg% ให้ 50% glucose 1 vial iv drip stat , CBG next 1hr ,mixtard 8 unit ac เข้า 16.00 น. ใจคอดี ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน นัด Follow up 14 กันยายน 2566 รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 2 วัน ส่งเยี่ยมบ้าน (Program COC) ยาที่ได้รับ ได้แก่ NOVOMIX PENFILL (จุกน้ำเงิน) หลอด (3 ml) sc22 unit ac เข้า 8 unit ac เย็น

2. วิจัยนัยทางการพยาบาล ผู้ศึกษาได้นำรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอนมาใช้ในการประเมินแบบแผนสุขภาพ ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน

11 แบบแผนของกอร์ดอน	กรณีศึกษา
แบบแผนที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพปัญหาที่พบผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องการสังเกตอาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	เมื่อเจ็บป่วยจะรับการรักษาที่โรงพยาบาลพิจิตร และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ามะคาบ ถ้าเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ หลานสาวจะซื้อยาจากร้านขายยามารับประทานเองบางครั้ง เช่น ยาหอมแก้เวียนศีรษะ สำหรับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานจะมารับการรักษาที่โรงพยาบาลพิจิตรอย่างต่อเนื่องไม่เคยขาดยา สำหรับการเจ็บป่วยในครั้งนี้ ผู้ป่วยอาเจียน 1 ครั้งมีอาการใจสั่น แต่ไม่ได้เจาะน้ำตาลในเลือด ไม่ทราบว่าอาการดังกล่าวคืออาการของน้ำตาลในเลือดต่ำจึงกินยาหอมแล้วเข้านอน ซึ่งทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำตอนกลางคืน จนตอนเช้าเรียกไม่รู้สึกรู้ตัวจึงพาไปโรงพยาบาล
แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	ผู้ป่วยทำอาหารรับประทานเอง โดยมีลูกชายซื้อวัตถุดิบทำอาหารมาให้ ผู้ป่วยมักไม่รับประทานอาหารตรงตามเวลาห่างจากเวลารับประทานยาหรือฉีดอินซูลินมากเกินไป บางมื้อไม่หิวก็ไม่กิน แต่ละม่อมรับประทานอาหารไม่คงที่ บางมื้อมากไปบางมือน้อยไป
แบบแผนที่ 3 แบบแผนการขับถ่ายของเสีย	ปกติถ่ายอุจจาระทุกวันๆละ 1 ครั้ง อุจจาระแข็งเป็นบางครั้ง

ตาราง 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน (ต่อ)

11 แบบแผนของกอร์ดอน	กรณีศึกษา
แบบแผนที่ 4 การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม	ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (ADL = 18) ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง อยู่ในภาวะต้องการการพึ่งพาจากคนอื่นเป็นบางส่วน มีบุตรชายกับหลานสาวคอยดูแลเป็นบางครั้ง
แบบแผนที่ 5 การนอนหลับพักผ่อน	มีปัญหาการนอนหลับเป็นบางวันที่ต้องสะดุ้งตื่นกลางคืน ชอบดูโทรทัศน์ก่อนนอนเป็นประจำ จะเข้านอนตอน 20.30 น. และตื่นนอนตอน 05.00 น.
แบบแผนที่ 6 การรับรู้สติปัญญา	ผู้ป่วยเรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อ่านออกเขียนได้ สามารถจดบันทึกค่าน้ำตาลของตนเองได้ สามารถบอกวิธีและตำแหน่งการฉีดยาเบาหวานของตนเองได้
แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีขึ้นสามารถพูดคุยตอบคำถามได้ ไม่มีอาการหลงลืมการเจ็บป่วยครั้งนี้คิดว่าเกิดจากการฉีดยาอินซูลินเกินหน่วยที่แพทย์สั่ง
แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ	อาศัยอยู่กับสามีไม่ค่อยได้พูดคุยกันสามีไม่ค่อยได้ยิน บางวันไม่ได้พูดคุยกันเลย ลูกชายจะซื้อข้าวมาให้ตอนเช้าทุกวัน และมีหลานสาวอยู่บ้านคนละหลังกันแต่จะแวะเวียนมาดูบ้างเป็นบางวัน
แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์	ผู้ป่วยอยู่กับสามีอายุ 73 ปีแบบเพื่อนส่วนใหญ่จะพูดคุยกัน ชอบนอนฟังบทสวดมนต์เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ
แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	ผู้ป่วยรู้สึกกังวลและมีความเครียดที่ต้องฉีดยาด้วยตนเองแต่สายตาไม่ดีเวลาจะดูตัวเลขต้องไปส่องกับแสงไฟสว่างๆ พร้อมทั้งต้องจ้องนานๆ เพื่อให้ปรับสายตาจะได้มองเห็นชัดขึ้น และถ้าเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำต้องไปนอนที่โรงพยาบาลซึ่งจะมีลูกชายและหลานสาวไปเฝ้าทำให้เสียเวลาและเสียรายได้จากการไม่ได้ทำงาน
แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ	ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ ตอนแข็งแรงจะไปทำบุญที่วัดใกล้บ้านสม่ำเสมอ สวดมนต์ก่อนนอน เชื่อเรื่องบาปบุญคุณโทษ ทำดีต้องได้ดี ทำชั่วก็ได้ชั่ว และมีการเปิดธรรมะฟังบ้างเป็นบางครั้ง

3. การปฏิบัติการพยาบาลระยะวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) การปฏิบัติการพยาบาลระยะวางแผนจำหน่ายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยดำเนินค้นหาปัญหาในการดูแลตนเองของครอบครัวผู้ศึกษาได้วางแผน

จำหน่ายตามกระบวนการ D-M-E-TH-O-D ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่ห่อผู้ป่วยใน ขณะอยู่โรงพยาบาล จำนวน 1 ครั้ง โดยการให้ความรู้และ ฝึกทักษะ ประเมินการสอนอย่างเป็นระบบ หาแหล่งสนับสนุนอื่นๆ เพื่อเพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยและ ครอบครัว รายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 3 การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายตามหลักการ D-M-E-T-H-O-D

หลักการ D-METHOD	การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย
D (Diagnosis) : ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน สัญญาณอันตราย และการป้องกัน การกลับเป็นซ้ำ	ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานที่ต้องฉีดยาต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจากต้องฉีดยาเบาหวานมา 8 ปี แต่ยังคงขาดความรู้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน (น้ำตาลในเลือดสูง/ต่ำ) ให้ความรู้โดยการอธิบายพร้อมคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน
M (Medication) : ผู้ป่วยและครอบครัวต้องได้รับความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับต่อเนืองที่บ้าน ชื่อยา การออกฤทธิ์ ขนาดและปริมาณของยา ข้อควรระวังในการใช้ยา ผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนของการใช้ยารวมถึงข้อห้ามข้อควรระวังการใช้ยา	ให้ความรู้เรื่องการฉีดยา การเก็บรักษาและอาการที่ต้องเฝ้าระวังหลังการฉีดยา NOVOMIX [30/70] PENFILL sc 22 unit ac เข้าและ 12 unit ac เย็น ถ้าเจาะน้ำตาลในเลือดได้ < 70 mg% (ถ้าแผ่นเจาะน้ำตาลหมดให้สังเกตอาการใจสั่นมือสั่น ตาพร่ามัว มึนเวียนศีรษะ) ให้หยุดฉีดยาในมือนั้น และถ้าเจาะน้ำตาลในเลือดได้ > 200 mg% ให้เพิ่มยาฉีดอีก 2 unit ฉีดบริเวณหน้าท้องห่างจากสะดืออย่างน้อย 2 นิ้วมือ หลังจากฉีดยาแล้วต้องรับประทานอาหารทันทีไม่ควรเกิน 15 นาที
E (Environment & Economic) : ความรู้และสามารถจัดการเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม	การจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและสะดวกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม มีราวจับในบ้านในห้องน้ำ
T (Treatment) : ผู้ป่วยและครอบครัวต้องรับรู้และเข้าใจเป้าหมายในการรักษาโรคที่เป็นอยู่และมีทักษะที่ในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา เฝ้าระวังสังเกตอาการที่ผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น สามารถจัดการและแก้ไขปัญหหรืออาการผิดปกติหรืออาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น	สอนและฝึกทักษะการฉีดยาเบาหวาน ฉีดชั้นใต้ผิวหนังบริเวณหน้าท้อง แขน ขา และสะโพก ตำแหน่งที่ดีที่สุดคือ บริเวณหน้าท้อง โดยหลีกเลี่ยงการฉีดชิดกับสะดือในระยะ 1 นิ้ว หรือระยะเท่ากับความกว้างของ 2 นิ้วมือ รองลงมาได้แก่ ต้นขา ต้นแขน สะโพก ตำแหน่งฉีดยาแต่ละจุดห่างกันประมาณ 1 นิ้ว ไปเรื่อยๆ ในตำแหน่งต่างๆ ที่สามารถฉีดได้ และไม่ควรฉีดซ้ำๆ ในตำแหน่งเดียวกัน และแนะนำให้ฉีดหมุนเวียนตามเข็มนาฬิกาไปเรื่อยๆ ไม่ควรฉีดบริเวณที่มีก้อนไขมันหรือบริเวณที่ผิวหนังมีการอักเสบ
H (Health) : ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องมีความรู้ความเข้าใจ รู้ถึงสภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง เข้าใจถึงผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน	ให้ข้อมูลเรื่องภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน มือสั่น ใจสั่น ตาพร่ามัว แนะนำให้หลานสาวที่อยู่บ้านคนละหลังมาช่วยฉีดยาตามเวลาให้ผู้ป่วย 2 ครั้ง/วัน เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลต่ำ อธิบายผู้ป่วยและหลานสาวว่าบางครั้งภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเฉียบพลันได้
O (Outpatient referral) : ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจและรับรู้ถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การส่งต่อข้อมูลแผนการดูแลต่อเนื่องและการสรุปผลการดูแลไปยัง รพสต.ใกล้บ้าน	ประสานการดูแลต่อเนื่องร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับการติดตามผู้ป่วยมาตรวจตามนัดและเปิดโอกาสให้ปรึกษาปัญหาสุขภาพทางโทรศัพท์/Line แนะนำแหล่งประโยชน์เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินและการเข้ารับการรักษาอย่างทันที่วงที่ (โทร 056-671371 กู้ชีพของ อบต. เนื่องจากเบอร์ 1669 จะไปติดที่จังหวัดพิษณุโลก)
D (Diet) : ผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีความรู้และมีความเข้าใจ สามารถที่จะเลือกอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค	แนะนำหลักการรับประทานอาหารรสหวาน ควรรับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ และสร้างเสริมสุขภาพตามภาวะโภชนาการ

4. การปฏิบัติการพยาบาลระยะดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน (Continuing of Care)

การเยี่ยมบ้านมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Hospitalization follow-up home visits) และส่งเสริมให้ผู้ป่วยและ

ครอบครัวดูแลตนเองได้โดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว IN-HOMEMESSS ซึ่งเป็นเครื่องมือแนวทางเวชปฏิบัติครอบครัว จำนวน 3 ครั้ง มีผลการเยี่ยมดังตาราง 4

ตาราง 4 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวตามแนวทางเวชปฏิบัติครอบครัว

IN-HOMESSS	กรณีศึกษา
I : Immobility /impairment ความสามารถในการดูแลตนเอง	ประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรมการเคลื่อนไหวและการเดิน คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน Barthel Index of activities of Daily Living (BI) = 18 คะแนน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ฉีดยา Insulin และจัดยารับประทานเองได้
N : Nutrition ภาวะโภชนาการ	ผู้ป่วยมีรูปร่างผอม สูง ปรงอาหารรับประทานได้เอง รับประทานได้ครั้งละน้อย วันละ 3 มื้อ รับประทานขนมเป็นบางครั้ง มีขนมหวานติดบ้านไว้ทุกวัน
H : Homeenvironment สภาพแวดล้อมในบ้าน/รอบบ้าน	ภายนอกบริเวณหน้าบ้านเป็นบ้านปูนชั้นเดียว หลังคามุงกระเบื้อง ติดถนนคอนกรีตในหมู่บ้าน มีแสงสว่างเพียงพอ ห้องผู้ป่วยเป็นห้องลักษณะเหมือนห้องแถว จะมีห้องแยกกันเรียงต่อกันเป็นแถว จำนวน 4 ห้อง ผู้ป่วยจะเดินออกมานั่งเล่นหน้าบ้านเป็นบางครั้ง ส่วนมากจะนอนเล่นในห้องตนเอง เดินออกไปหลังบ้านเพื่อทำกับข้าว ในห้องจะนอนอยู่กับสามีซึ่งชราภาพเช่นกัน ภายในบ้านไม่มีราวจับ เวลาเดินต้องอาศัยจับโต๊ะ จับเก้าอี้ จับประตู และผนังบ้านเพื่อป้องกันการหกล้ม
O : Other people สัมพันธ์ภาพกับครอบครัว	ผู้ดูแลเป็นหลาน อายุ 25 ปี บ้านอยู่คนละหลัง คอยมาดูแลทุกวัน บางวันติดธุระก็มาดูแลไม่ได้ สมาชิกในครอบครัว มีจำนวน 1 คน ได้แก่ นายประหยัด สุขคล้าย มีความสัมพันธ์เป็นสามี อายุ 73 ปี หูตึงพูดไม่ค่อยได้ยิน และมีคนงานที่อยู่ห้องใกล้ๆกันช่วยดูแลเป็นบางครั้ง
M : Medication ยา/การรักษาที่ได้รับ	1. Simvas 20 mg 1xhs 2. NOVOMIX (30/70)PENFILL ฉีดเข้าใต้ผิวหนังวันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า 22 ยูนิต และก่อนอาหารเย็น 12 ยูนิต 3. ERGOALCIFEROL 20,000 iu in Usage กินครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้าทุกวัน ที่ 10, 20, 30 ของเดือน
E : Examination การตรวจร่างกายขณะเยี่ยมบ้าน	สัญญาณชีพ : BP 177/80mmHg T 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนที่เส้นเลือดแดงส่วนปลาย (O2 sat) 99 % CBG 53 mg% สภาพทั่วไป : ผู้ป่วยรู้สึกตัว สื่อสารรู้เรื่อง อ่อนเพลีย บ่นเวียนศีรษะ ไม่ค่อยมีแรง ให้ดื่มน้ำหวาน 1 แก้ว 30 นาทีเจาะ CBG ซ้ำ 99 mg% ปัสสาวะและอุจจาระได้เอง ผู้ดูแลคือหลานสาว ซึ่งอยู่บ้านคนละหลัง คอยแวะมาดูแลทุกวัน วันละหลายครั้ง บางครั้งติดธุระก็มาดูแลไม่ได้

ตาราง 4 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวตามแนวทางเวชปฏิบัติครอบครัว (ต่อ)

IN-HOMESSS	กรณีศึกษา
S : Safetyความปลอดภัย	ประเมินสภาพบ้านของผู้ป่วย มีแสงสว่างเพียงพอ ห้องผู้ป่วยเป็นห้องแถว แยกกันแต่ละห้อง มีประตูเปิดไปยังหน้าบ้านและหลังบ้าน ใช้พัดลมเปิดเพื่อระบายอากาศและให้เกิดลมพัดเย็น
S : Spiritual จิตวิญญาณ	นับถือศาสนาพุทธ เมื่อสมัยที่ร่างกายยังแข็งแรงจะไปช่วยงานบุญของวัด อยู่เสมอ ทำบุญตักบาตรเป็นประจำ
S : Service สถานบริการ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปามะคาบ อยู่ห่างจากบ้านผู้ป่วยประมาณ 3 กิโลเมตร และโรงพยาบาลพิจิตร อยู่ห่างจากบ้านผู้ป่วย 17 กิโลเมตร มีรถกู้ชีพ 1669 อยู่ที่ อบต.ปามะคาบ ห่างจากบ้านผู้ป่วย 3 กิโลเมตร

วิจารณ์

จากการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเมื่อใช้การประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พบว่าผู้ป่วยมีภาวะคุกคามต่อชีวิตจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำสาเหตุหลักเนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในโรคเบาหวานที่ต้องประกอบกับการรับประทานอาหารไม่สมดุลกันในแต่ละมื้อมีความอยากอาหารน้อยลงเมื่อไหนไม่ยอมผู้ป่วยก็จะไม่รับประทานเป็นสาเหตุให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ แต่ผู้ป่วยเข้าใจว่าการฉีดยาตามแพทย์สั่งจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ จึงฉีดตามเวลาโดยมิได้คำนึงว่าตนเองไม่ได้อาหาร บางครั้งเมื่อกินอาหารปริมาณมากผู้ป่วยจะเพิ่มยาฉีดเองจนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันได้⁽¹⁾ ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admit) ด้วยภาวะ Hypoglycemia ถึง 9 ครั้งในช่วง 1 ปี (สิงหาคม 2565 - สิงหาคม 2566) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยพร่องความรู้ในการดูแลตนเองด้านการฉีดยาเบาหวานเนื่องผู้ป่วยอยู่กับสามีซึ่งเป็นผู้สูงอายุด้วยกันไม่สามารถดูแลกันได้ เนื่องจากมีปัญหาด้านการมองเห็นทำให้ไม่สามารถฉีดยาได้ถูกขนาดผู้ป่วยควรได้รับการดูแลจากครอบครัว ผู้ศึกษาได้สอนให้ให้หลานสาวผู้ป่วยที่อยู่บ้านไม่ห่างนักมาเรียนรู้เรื่องการฉีดยาอินซูลิน เป็นผู้ไปฉีดให้ผู้ป่วยตามแผนการรักษาและสอบถามผู้ป่วยทุกครั้งว่ารับประทานอาหารเช้าได้ปกติหรือไม่และเมื่อจำหน่ายกลับบ้านผู้ศึกษาได้ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาเรื่อง การรับประทานอาหารเช้าและการฉีดยาตามแผนการรักษาจน

ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่การประเมินผลหลังการเยี่ยมครั้งสุดท้ายวันที่ 21 กันยายน 2566 ผู้ป่วยยังไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ทั้งนี้ยังคงต้องติดตามอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือนจนผู้ป่วยและครอบครัวพึ่งตนเองได้

สรุป

การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจะมีความสัมพันธ์กับอัตราการตาย (Mortality) ที่เพิ่มขึ้น⁽¹⁾ ดังนั้นการให้ความรู้ที่ถูกต้องในฉีดยาเบาหวานและการรับประทานอาหารแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะช่วยลดอัตราการตายลงได้ ดังกรณีศึกษานี้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองด้านการฉีดยา ระบบการรักษายาบาลที่ได้มาตรฐานนอกจากบุคลากรมีสมรรถนะที่ดีมีอุปกรณ์เครื่องมือที่เพียงพอในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเมื่อมาด้วยอาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำให้ปลอดภัยได้แล้ว ยังต้องมีการวางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุมปัญหาทุกด้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีการให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ดูแลรายบุคคลอย่างเป็นระบบ การวางแผนจำหน่ายต้องประกอบด้วย 1) การประเมินทางการแพทย์ 2) การปฏิบัติการพยาบาล และ 3) การดูแลต่อเนื่องหลังการจำหน่าย⁽⁵⁾ นอกจากนี้การเชื่อมโยงประสานส่งต่อปัญหาให้กับทีมเยี่ยมบ้านเพื่อจัดการปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยแต่ละรายที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยตามแนวทาง IN-HOMESSS⁽⁶⁾ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมความเข้มแข็งของผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ดังเช่นกรณีศึกษานี้ การติดตามกระตุ้นเตือนและเสริมพลังอำนาจจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว

ดูแลตนเองในเรื่องการฉีดยารักษาเบาหวานได้ถูก โดยเริ่มสอนตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลในระยะวางแผนจำหน่าย โดยครอบคลุมปัญหาทุกด้าน มีทีมสหสาขาวิชาชีพคอยให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ดูแลรายบุคคลอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้การเชื่อมโยงประสานส่งต่อปัญหาให้กับทีมเยี่ยมบ้านเพื่อจัดการปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยแต่ละรายที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ตามแนวทาง IN-HOMESSS ซึ่งจะช่วยส่งเสริมความเข้มแข็งของผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน.: กรุงเทพมหานคร;2566.
2. National Antimicrobial Resistance Surveillance Center,Thailand. Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health. <http://narst.dmsc.moph.go.th> access verified May 25;2014.
3. Abdelhafiz AH, Manas LR, Morley JE, Sinclair AJ. Hypoglycemia in older people - A less well recognized risk factor for frailty. *Aging and Disease*.6(2) :156-67;2015.
4. Lipsky BA, Aragón-Sánchez J, Diggle M, Embil J, Kono M, Lavery L, et al. IWGDF guidance on the diagnosis and management of foot infections in persons with diabetes. *Diabetes Metab Res Rev* : 32 (Suppl 1): 45–74;2016.
5. ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า. ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยใช้ D-METHOD พกความพึงพอใจและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*.16(2): 112-122;2562
6. สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านกรุงเทพมหานคร. *โรงพยาบาลผู้สูงอายุที่บ้านกรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย*;2556.

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะสุดท้าย

แบบประคับประคอง : รายงานผู้ป่วย

Palliative nursing care for patients with end-stage cervical cancer : Case report

บำรุง เกิดชั้นหมาก พย.บ.

โรงพยาบาลบางมูลนาก

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

กรณีศึกษา : ผู้ศึกษาทำการคัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามจำนวน 1 ราย โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทั้งด้านปัญหาสุขภาพและด้านจิตสังคม ผู้ศึกษานำองค์ความรู้แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง มาประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการรักษา โดยเริ่มตั้งแต่เมื่อได้รับการส่งปรึกษาเพื่อให้ร่วมดูแลผู้ป่วยจากนั้นติดตามให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องจนผู้ป่วยเสียชีวิต และติดตามประเมินภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียของญาติจนสามารถปรับตัวได้โดยใช้ทักษะการดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย ประกอบด้วยความสามารถในด้านการประเมินและการวางแผนการดูแล ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านการจัดการกับอาการ และด้านการวางแผนการรักษาล่วงหน้า

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายและการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับครอบครัวหลังนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 12 วัน จากนั้น 1 เดือนผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน

คำสำคัญ : การดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะสุดท้าย การพยาบาล

Abstract

This study aims to study palliative nursing care for patients with end-stage cervical cancer by one case study who was diagnosed with advanced-stage cervical cancer and complex in terms of problems with health and psychosocial aspects.

Case study: The researcher applies knowledge of palliative care guidelines to provide care and support to patients and families from the beginning of treatment. Starting from when a consultation is sent, following up to provide continuous care and assistance to the patient and family until the patient dies, and following up to assess the grief of the relative's loss until they can adapt using the care skills of terminally ill patients. Including abilities in assessment and care planning, communication skills, symptom management, and advanced treatment planning.

Results of the study: The patient received a discharge plan and advance care planning with the family after being hospitalized for 12 days and then she died peacefully at home about 1 month.

Keywords : palliative care, end-stage cervical cancer patients, nursing

บทนำ

ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะสุดท้ายต้องเผชิญกับอาการ ผลกระทบจากการรักษาและความ ก้าวหน้าของโรคอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้แนวทางการดูแลรักษา จึงมุ่งหวังเพื่อประคับประคอง ไม่ให้การดำเนินโรคลุกลามเร็วหรือเพื่อบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานช่วยให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามบริบทมะเร็งปากมดลูกพบเป็นอันดับ 2 ของ มะเร็งในสตรีทั่วโลก รองมาจากมะเร็งเต้านม ส่วนใหญ่ร้อยละ 85 พบในประเทศกำลังพัฒนา ในปี ค.ศ. 2012 พบสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่ว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกทั่วโลกประมาณ 527,600 คน คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 อาจมีสตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก เพิ่มขึ้น 1.5 เท่า สำหรับประเทศไทยมะเร็งปากมดลูกยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขจากระบบเฝ้าระวัง โรคมะเร็งของประเทศไทย ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก รายใหม่ ประมาณ 6,500 รายต่อปี และมีผู้เสียชีวิต จากมะเร็งปากมดลูก ประมาณ 2,000 รายต่อปี สตรีไทยเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งตับ แต่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของสตรีเป็นอันดับ 3 ในการเสียชีวิตจาก มะเร็งของสตรีทั่วโลก รองมาจากมะเร็งเต้านม และมะเร็งปอด ปัจจุบันมีการศึกษายืนยันแล้วว่าสาเหตุสำคัญของมะเร็งปากมดลูกคือ การติดเชื้อ human papillomavirus (HPV) เป็นสาเหตุ สำคัญที่ทำให้เป็นมะเร็งปากมดลูก⁽¹⁾ มะเร็งปากมดลูกสามารถคัดกรองเบื้องต้นได้ด้วยวิธี Pap smear ในการค้นหา อาการแสดงผิดปกติของมะเร็งปากมดลูกในระยะ เริ่มแรก สามารถวินิจฉัยการเปลี่ยนแปลงของเซลล์บริเวณปากมดลูกที่ผิดปกติ สาเหตุที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงเซลล์ที่พัฒนา กลายเป็นมะเร็งปากมดลูกนั้นเกิดจากการติดเชื้อ HPV ปัจจุบันมีวิธีป้องกันมะเร็งปากมดลูกโดยการฉีดวัคซีน HPV⁽²⁾ การรักษาโดยการผ่าตัด การรักษาด้วยรังสีและยาเคมีบำบัดก็ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมีโอกาสรอดชีวิตสูงขึ้น มีภาวะแทรกซ้อนลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁽²⁾ สมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย มะเร็งปากมดลูกมีความสามารถในการพัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ปากมดลูกที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน

ประสานความร่วมมือกับบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อการวางแผนและให้การดูแลเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งให้คำปรึกษา ทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกให้ได้คุณภาพ ใช้ความรู้ ทฤษฎีและหลักจริยธรรม สิทธิผู้ป่วย สิทธิของพยาบาล และหลักการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติงาน บริหารจัดการด้านการปฏิบัติการพยาบาลโดยเน้นการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย และใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

สาเหตุของมะเร็งปากมดลูก

สาเหตุของการเกิดมะเร็งปากมดลูก เกิดจากเชื้อ human papillomavirus (HPV) ชนิดก่อมะเร็งหรือชนิดความเสี่ยงสูงบริเวณปากมดลูก เชื้อ HPV มีหลายสายพันธุ์ แต่สายพันธุ์ที่ 16 และ 18 พบได้ร้อยละ 75 ที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก⁽²⁾

อาการของมะเร็งปากมดลูก

การติดเชื้อ HPV ในระยะแรกมักไม่แสดงอาการขึ้นอยู่กับระยะและลักษณะของก้อนมะเร็ง อาจมีเลือดออกผิดปกติ ตกขาวผิดปกติ หรือตกขาวอาจมีเลือดปน หรือมีเลือดออกหลังจากการมีเพศสัมพันธ์⁽³⁾ หากเป็นระยะแรกๆ รอยโรคจะอยู่เฉพาะบริเวณปากมดลูก หากโรคมีความรุนแรงมากขึ้น อาจลุกลามไปยังบริเวณอื่นๆ ได้ เช่น กล้ามเนื้อมดลูก กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ และผนังช่องคลอด⁽⁴⁾ เป็นต้น

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยเสี่ยงทางรีเวช ส่วนใหญ่มักเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศของสตรี เช่น การมีคู่นอนหลายคน ความเสี่ยงจะสูงขึ้นตาม จำนวนของคู่นอนที่เพิ่มขึ้น การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อยในวัยรุ่นช่วงอายุ 14-17 ปี โดยเฉพาะในช่วง 1 ปีแรกหลังจากเริ่มมีประจำเดือนจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น การตั้งครรภ์มากกว่า 4 ครั้งจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาจทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV สูงขึ้นด้วย⁽¹⁾ และในรายที่รับประทานยาคุมกำเนิด ชนิดฮอร์โมนรวมเป็นเวลานาน ความเสี่ยง

ต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Deverakonda & Gupta⁽⁵⁾ พบว่าการรับประทานยาคุมกำเนิด การติดเชื้อไวรัส HPV การผ่านการตั้งครรถ์มาหลายครั้ง และการมีคู่นอนหลายคน เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูกและการศึกษาของ El Moselhy, Borg and Atlam⁽⁶⁾ พบว่าการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยส่งผลต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้สูง

มะเร็งปากมดลูกแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้⁽⁷⁾

ระยะ I มะเร็งจำกัดอยู่ภายในปากมดลูกเท่านั้น การลุกลามไปที่ตัวมดลูกไม่นำมากำหนด ระยะของมะเร็งปากมดลูก

ระยะ II มะเร็งลุกลามออกนอกปาก มดลูกแต่ไม่ถึงผนังด้านข้างของอุ้งเชิงกราน มะเร็งลุกลามช่องคลอดแต่ลงมาไม่ถึงส่วนล่าง 1 ใน 3 ของช่องคลอด

ระยะ III มะเร็งลุกลามถึงด้านข้างของอุ้งเชิงกรานหรือมะเร็งลุกลามถึงส่วนล่าง 1 ใน 3 ของช่องคลอดถ้ามีภาวะไตบวมน้ำหรือไตไม่ทำงานให้อยู่ในระยะที่ III ยกเว้นเกิดจากสาเหตุอื่น

ระยะที่ IV มะเร็งลุกลามออกไปนอกอุ้งเชิงกรานหรือลุกลามเยื่อบุกระเพาะปัสสาวะหรือ ไขสันหลัง

การรักษามะเร็งปากมดลูก

1. การผ่าตัด (Surgical Treatment) ใช้ สำหรับมะเร็งปากมดลูกชนิดที่ I เป็นส่วนใหญ่ และในระยะที่ IIA บางราย

2. รังสีรักษา (Radiation Treatment) ใช้รักษาได้ทุกระยะของมะเร็งปากมดลูก

3. เคมีบำบัด (Chemotherapy) ใช้ รักษาในระยะลุกลามมาก (advanced stage) และในกรณีที่มะเร็งกลับเป็นซ้ำที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่น

4. การรักษาร่วม (Combined Treatment) โดยใช้หลายวิธีร่วมกัน เช่น การให้เคมีบำบัดพร้อมให้รังสีรักษา เป็นวิธีมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามที่จะรักษาด้วยรังสี ซึ่งแนะนำให้ยาเคมีบำบัดร่วมด้วยเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการรักษา

เป้าหมายการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเพื่อมุ่งหวังให้เกิดผลลัพธ์ 3 ประการคือ 1. ด้านผู้ป่วย ลดความรู้สึกทุกข์

ทรมานจากการเพิ่มหัตถการอื่นๆ ที่ไม่มีความจำเป็น การตอบสนองตามความต้องการในระยะท้ายอย่างเป็นองค์รวม โดยกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านตามความต้องการอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์จนวาระสุดท้ายของชีวิต 2. ด้านญาติผู้ดูแลได้รับทราบข้อมูลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งความรู้และการฝึกทักษะในการจัดการอาการในระยะท้าย โดยเฉพาะอาการเหนื่อยหอบทั้งวิธีการใช้ยา และไม่ใช้ยาเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองก่อนกลับบ้านได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากทีมลดภาระการดูแลผู้ป่วยลง ลดค่าใช้จ่าย ในการเดินทางเกิดความพึงพอใจในการให้การดูแล และ 3. ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบข้อมูลในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาในระยะท้ายของชีวิตตามความต้องการของตนเอง ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความช่วยเหลือจากทีมรวมทั้งคำแนะนำแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่มีความจำเป็น มีความต่อเนื่องในด้านการดูแลมีการทำงานเป็นทีมสร้างความพึงพอใจต่อผู้ป่วยและครอบครัว⁽⁸⁾

ผู้ศึกษาได้ใช้ทักษะสำหรับการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายประกอบไปด้วย ความสามารถในการด้านการประเมินและการวางแผนการดูแล (Assessment and care planning Competence) ด้านทักษะการสื่อสาร (Communication skill Competence) ด้านการจัดการกับอาการ (Symptom Management Competence) และด้านการวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance care planning competence)⁽⁸⁾ มาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะสุดท้ายแบบโดยใช้ทักษะในการจัดการและควบคุมอาการที่เกิดขึ้นดูแลช่วยเหลือบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ทำการสอนและฝึกทักษะให้แก่ครอบครัวเพื่อให้สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น ใช้ทักษะการสื่อสารด้านการให้ข้อมูลการเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโดยเป็นตัวกลางประสานงานกับแพทย์ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีจริยธรรมประสานงานกับทีมร่วมดูแลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดการให้การช่วยเหลือมีการกำหนดเป้าหมาย

ที่สำคัญคือการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีตามมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อตอบสนองความต้องการอย่างเป็นองค์รวม

รายงานผู้ป่วย

ผู้ศึกษาทำการคัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามจำนวน 1 ราย โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทั้งด้านปัญหาสุขภาพและด้านจิตสังคมผู้ศึกษาแนะนำตัวกับผู้ป่วยและครอบครัวขออนุญาตผู้ป่วยเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา รวบรวมประวัติความเจ็บป่วยและนำองค์ความรู้แนวทางการดูแลแบบประคับประคองมาประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการรักษา โดยเริ่มตั้งแต่เมื่อได้รับการส่งปรึกษาเพื่อเข้าร่วมดูแลผู้ป่วยจากนั้นติดตามให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องจนผู้ป่วยเสียชีวิต และติดตามประเมิน ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียของญาติจนสามารถปรับตัวได้

ข้อมูลทั่วไป:

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 66 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสแยก (อาชีพเดิมขายบริการและรับจ้าง) ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ การศึกษาไม่ได้รับการศึกษา ภูมิลำเนาจังหวัดพิจิตร สิทธิการรักษาพยาบาลใช้สิทธิ์ผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาลวันที่ 21 กุมภาพันธ์ ถึง 4 มีนาคม 2566 หลังจากกลับไปอยู่บ้านได้ 1 เดือน ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน

อาการสำคัญ : หายใจเหนื่อยหอบ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็น CA cervix with bone with LN metastasis

ประวัติการเจ็บป่วย : 16 ปีก่อน (ตุลาคม 2550) ผลการตรวจ PAP smear วินิจฉัย squamous cell carcinoma (invasive) ปฏิเสธการรักษาต่อที่โรงพยาบาล พิจิตร ตุลาคม 2551 ผลการตรวจ LEEP วินิจฉัย CIN III stromal invasive, Endocervical margin not free ธันวาคม 2555 ผลการตรวจ Re - LEEP วินิจฉัย CIN III with grand invasive, focal presence of dysplastic epithelium at surgical margin, ตุลาคม 2558 ผลการตรวจ LEEP วินิจฉัย CIN III with glandular involvement

and several foci of early stromal invasion (micro-invasion SCC) loss F/U

วันที่ 20 มกราคม 2566 - 7 กุมภาพันธ์ 2566 เข้ารับการนอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการเหนื่อยหอบ วินิจฉัยเป็น pleural metastasis 30 มกราคม 2566 CT chest ผลการตรวจพบภาวะ pleural metastasis ปรึกษา ศัลยแพทย์ได้รับการทำหัตถการ PCD right chest วันที่ 30 มกราคม และ PCD left chest วันที่ 3 กุมภาพันธ์ ระหว่างนอนรักษามีอาการหายใจเหนื่อยเป็นช่วงๆ ญาติต้องการรักษาต่อ จึงส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์แผนก นรีเวช 15 กุมภาพันธ์ 2566 ได้รับการส่งกลับมาโรงพยาบาลบางมูลนากเพื่อให้การดูแลตามแนวทาง palliative care and supportive

ลักษณะครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต และแหล่งประโยชน์: ผู้ป่วยและสามีมีบุตรด้วยกัน 3 คนปัจจุบันอาศัยอยู่กับครอบครัวหลานชาย เดิมผู้ป่วยมีอาชีพขายบริการทางเพศเมื่อแต่งงาน (26 ปี) ทำอาชีพรับจ้างหลังจากเลิกกับสามี ผู้ป่วยกลับมาขายบริการทางเพศตอนอายุประมาณ 40 ปี โดยจะมีผู้ชายหลายคนหมั้นเวียนมาอยู่ด้วย และให้เงินใช้ ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้จากเงินผู้สูงอายุที่รัฐจัดสรรให้และบุตรส่งให้ใช้ขณะป่วยมีหลานชายและหลานสะใภ้เป็นผู้ดูแลอาหาร ความสะอาด เสื้อผ้าในกิจวัตรประจำวันให้แก่ผู้ป่วย สัมพันธภาพในครอบครัวดี

อัตมโนทัศน์ต่อความเจ็บป่วย การเผชิญความเครียด การปรับตัว และความเชื่อ : ผู้ป่วยเดิมมีสุขภาพแข็งแรงสามารถดูแลตนเองได้ เมื่อตรวจมะเร็งปากมดลูกพบความผิดปกติผู้ป่วยไม่ใส่ใจที่จะไปตรวจรักษาต่อ ใช้ชีวิตปกติไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยประกอบด้วยผู้เป็น Schizophrenia สิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติสม่ำเสมอคือมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลบางมูลนากเท่านั้น แต่จะไม่ไปตรวจที่อื่นจนโรคลุกลาม ผู้ป่วยมีความเชื่อว่า “โรคที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่เป็นโรคเวรโรคกรรม” เมื่อทราบว่าตนเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามมีความวิตกกังวล ไม่อยากทราบ (ESAS; anxiety =6/10 คะแนน)

ผลการตรวจร่างกายแรกรับ : ผู้ป่วยหญิงไทยสูงอายุ รูปร่างผอม ดัชนีมวลกาย 18.97 กิโลกรัมต่อตารางเมตร



(น้ำหนัก 42 กิโลกรัม ส่วนสูง 154 เซนติเมตร) รู้สึกตัวดี GCS = E4V5M6 มีอาการหายใจเหนื่อยเล็กน้อย SpO₂ 97% หายใจเหนื่อย 34 ครั้ง/ริมฝีปากแห้ง ผิวหนังแห้ง ฟังเสียงลมในปอดได้น้อยทั้ง 2 ข้าง มีสาย postural drainage ทั้ง 2 ข้าง ข้างขวาเลื่อนไม่มีcontentออก ขาซ้ายบวม pitting edema 1+ ความดันโลหิต 115 /75 มม.ปรอท อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ซีพจร 76 ครั้ง/นาที EKG 12 lead : normal sinus rhythm, V2, V3, พบ T wave inversion CXR Chest x-ray : loculated pleural effusion, Chest x-ray PA right lateral decubitus : Bilat. plueral effusion, PCD Rt chest เลื่อนหลอด ทำให้มีภาวะหายใจเหนื่อยหอบ แผนการรักษา O₂ mask with bag 10 LPM keep SpO₂ ≥ 95 % morphine 2 mg iv prn for dyspnea Beradual 1 NB prn 6 hr with prn for dyspnea NSS 3 ml NB 6 hr.prn hypersecretion Notify ศัลยแพทย์ set OR PCD Rt.chest Pus gram stain PCD right plural ผล Epithelial cell few Hemoculture ผล Gram Positive Bacilli ให้ Fortum 2 gms iv q 8 hr. ผล Lab : Hct=29% ต่ำกว่าค่าปกติ (N : 35-52%) PT= 79.3 sec นานกว่าปกติ (N : 11.0-13.4 sec) PTT=86.7sec นานกว่าปกติ (N : 21.5-30.0 sec) INR 7.45 ผิดปกติสูง (N : 1.0-1.2) Liver Function Test :Total Protein 7.3 (N : 6.6-8.7e/dL) Albumin 2.8 (N : 3.5 -5.2 e/dL) Globulin 4.5 (N : 2.0-3.3 e/dL) Total Bilirubin 0.3 (N : <1.2mg/dL) Direct Bilirubin 0.2 (N : <0.3. e/dL) AST/SGOT19 (N : 10 -35 U/L)ALT/SGPT=7 ต่ำกว่าค่าปกติ (N : 10 -35 U/L) Alkaline phosphatase=155 สูงกว่าค่าปกติ (N : 35 -104 U/L)

แผนการรักษา Vit k 10 mg stat, FFP 2 unit PT, INR หลังได้ FFP ฝ้าติดตามผลอย่างต่อเนื่อง 21 ก.พ.2566 (17.31น.) PT 16.2 PTT 37.5 INR 1.43, 22 ก.พ. 2566 PT 13.2 INR 1.16, 27 ก.พ.2566 PT 28.7 INR 2.59

แพทย์วินิจฉัยโรคเบื้องต้น Right moderate pleural effusion สั่งการรักษา on O₂ mask with bag 10 LPM keep SpO₂ ≥ 95% retained foley cath DTX stat fortum 2 gms. IV และให้สารน้ำ 0.9% Nacl 500 ml IV load then 0.9% Nacl 500 ml iv drip 80 ml/hr,

consult ศัลยแพทย์เพื่อทำหัตถการ Percutaneous Drainage และ Palliative care Team

ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) = 60% : ผู้ป่วยมีความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ไม่สามารถทำงานอดิเรกได้ตามปกติ แต่ยังสามารถช่วยตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บ้าง ต้องการความช่วยเหลือบางครั้งเริ่ม มีอาการแสดงของโรค ได้แก่ เหนื่อยมากขึ้นโดยไม่สัมพันธ์กับการทำกิจวัตรประจำวัน ยังรับประทานอาหารทางปากได้ มีระดับความรู้สึกตัวเป็นปกติ ประเมินความปวด เท่ากับ 6/10 คะแนน

แผนการรักษาตามแนวทาง palliative care ร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ได้ให้คำแนะนำแผนการดูแล กับญาติผู้ป่วย วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566 ญาติเข้าใจพยาธิสภาพของผู้ป่วยที่จะเปลี่ยนแปลงไปสู่การที่จะไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้น และวางแผนไม่ประสงค์จะทำหัตถการกรณี เมื่อถึงระยะสุดท้าย (No EET,CPR) วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยการประสานตามระบบ COC จากการประเมินเมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตแพทย์จึงปรับแผนการรักษาเป็นแบบประคับประคอง ใช้หลักการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่าน ประเมินและสนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับตัวกับภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่แก่ผู้ป่วยและญาติ การรักษาต่อเนื่องและอาการผิดปกติที่อาจพบจากอาการเจ็บป่วย มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยทุกวันและก่อนจำหน่าย ได้สอนผู้ป่วยถึงวิธีการปฏิบัติตนที่บ้าน ประกอบด้วยการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างครบถ้วน การผ่อนคลายความเครียดและการมาติดตามผลการรักษาตามที่แพทย์นัด การประเมินผลการพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยผ่อนคลายความเครียดได้ดีขึ้น มีอาการเหนื่อยเป็นบางครั้ง มีอาการบวมที่ขาซ้ายจากภาวะ DVT ก่อนจำหน่าย ความดันโลหิต 110/70 มม.ปรอท อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ซีพจร 72 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที EKG show normal sinus rhythm แพทย์นัดติดตามผล 2 สัปดาห์มารับการตรวจที่แผนก OPD ศัลยกรรม

การปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์

กรณีศึกษารายนี้ ได้รับการวางแผนให้การช่วยเหลือ ภายหลังได้รับการส่งปรึกษาจากแพทย์ผู้ดูแล โดยเริ่มจากการให้ข้อมูลเรื่อง การดูแลแบบประคับประคอง ทบทวน ความเข้าใจ ความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง อีกครั้ง ประเมินปัญหาและความต้องการเพื่อวางแผน การดูแลร่วมกันในอนาคต (advanced care planning: ACP) โดยการทบทวนเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา แบบประคับประคอง วัตถุประสงค์การใช้ยาแบบมุ่งเป้าหมาย ตามแผนการรักษาของแพทย์เปิดโอกาสให้ซักถามใน ประเด็นที่ต้องการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียม ความพร้อมก่อน ระหว่าง และหลังเข้าสู่กระบวนการรักษา สรุปลงเป้าหมายการดูแลและความต้องการการดูแลในระยะ ท้ายของผู้ป่วยและครอบครัว⁽⁹⁾ พบปัญหา ดังนี้

1. ในการดูแลช่วยเหลือเริ่มจากการประเมินโดย สังเกตอาการแสดงหรือท่าทางผู้ป่วยร่วมกับการใช้แบบ ประเมิน ESAS เนื่องจากสามารถประเมินอาการปวด และ อาการอื่นๆ ที่มีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดอาการ ปวดได้ เช่น อาการทางจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความเครียด จากนั้นดูแลจัดการอาการปวดตามขั้น ความปวดของ องค์การอนามัยโลก (WHO ladder) ทั้งการใช้ยาและ ไม่ใช้ยา⁽¹⁰⁾ โดยให้ยามอร์ฟีนบรรเทาอาการปวดภายใต้ คำแนะนำของพยาบาลเกี่ยวกับวิธี การประเมินอาการก่อน และหลังได้รับยา รวมถึงวิธีการ บริหารยาทั้งยามอร์ฟีน ชนิดเม็ด (Morphine Sulphate Tablets: MST) และยา มอร์ฟีนชนิดน้ำ (Morphine Sulphate oral Solution : MSS) รวมทั้งสอนและกระตุ้น ให้ผู้ป่วยใช้วิธีการบรรเทาอาการ ปวดด้วยการผ่อนคลาย โดยการหายใจยาวๆ ให้ผู้ป่วยนอน หรือนั่งศีรษะสูงในท่าที่สบายๆ หายใจเข้า-ออก ช้าๆ ลึกๆ หรือวิธีการฟัง ดนตรีเบาๆ การพูดคุยเบี่ยงเบนความสนใจ ไปจากความ ปวด การกำหนดสมาธิตามรู้อาการที่เกิดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติตามความชอบสอดคล้องกับ สภาพความเจ็บป่วยในขณะนั้นๆ⁽¹¹⁾

ผลลัพธ์ : ความปวดลดลงเหลือ 4/10 คะแนน พักผ่อนได้ท่าทางผ่อนคลายไม่รู้สึกรำคาญใจ มีความรู้ เพิ่มขึ้นในการจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยาในผู้ป่วย รายนี้เลือกวิธีการฝึกหายใจยาวๆ เวลาปวดทำให้ บรรเทา

อาการลงได้ปัญหานี้ได้รับการจัดการที่เหมาะสม ด้วยการ ให้ยามอร์ฟีนชนิดและเม็ดและมอร์ฟีนชนิดน้ำ บรรเทา อาการปวด แต่ยังคงไม่หมดไปต้องติดตาม ประเมินอย่าง ต่อเนื่อง

2. ภาวะพร่องโภชนาการ ประเมินภาวะพร่อง โภชนาการและอาการขาดสารอาหาร เช่น อาการบวม จากโปรตีนในเลือดต่ำ แขนและขาบวมกล้ามเนื้อลีบเยื่อ บุตาซีดคำนวณความต้องการพลังงานที่ร่างกายควรได้ รับจริงต้องไม่น้อยกว่า 2,080 แคลลอรี่ต่อวัน⁽¹²⁾ สำหรับ กรณีศึกษานี้ควรได้รับพลังงาน 2,400 แคลลอรี่ (สูตร สำหรับผู้ที่มีน้ำหนัก มากกว่า 20 กิโลกรัม = 1,500 แคลลอรี่ + 20 แคลลอรี่ต่อกิโลกรัม แทนค่าในสูตร 1,500 + (20×45) = 1,500+900) ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติ การเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดูแลให้ได้รับสารน้ำ และ สารอาหารที่มีโปรตีนสูง ให้เพียงพอกับความต้องการของ ร่างกาย ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย ที่มี พลังงานสูงและสารอาหารครบ เช่น อาหารเสริมสำหรับ ผู้ป่วย แนะนำให้รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่ บ่อยครั้ง แนะนำดูแลความสะอาดของช่องปากเพื่อกระตุ้น ความอยากอาหาร ประเมินภาวะบวมให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ภาวะพร่องโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็ง ว่าสามารถเกิดขึ้น ได้เนื่องจากความอยากอาหารลดลงเป็นผลจากตัวโรค และการรักษา ผลลัพธ์คือ ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ มากขึ้น หลานชายซื้ออาหารเสริมประเภทนมชงให้ดื่มเสริม ระหว่างมื้ออาหาร น้ำหนักคงเดิม ไม่มีอาการคลื่นไส้ แต่อาการบวมบริเวณขายังคงอยู่เท่าเดิมยังคงต้องติดตาม ประเมินต่อไป

3. ปัญหาด้านจิตใจและสังคม การเจ็บป่วยด้วย กรณีศึกษานี้ เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวทราบว่า เข้าสู่ระยะ สุดท้ายตัดสินใจเลือกที่ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจหรือปั๊มหัวใจ ขอบใจดูแลที่บ้าน ผู้ศึกษาได้ประสานทีมเพื่อวางแผน การดูแลต่อเนื่องในการเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามประเมินผล การให้คำแนะนำด้านข้อมูล และแหล่งประโยชน์ต่างๆ⁽¹³⁾ ประสานกับแพทย์เจ้าของไข้ในการทบทวนยาที่จำเป็น (เช่น ยามอร์ฟีน) ให้เพียงพอ ให้เบอร์โทรศัพท์แก่หลานชาย เพื่อติดต่อกรณีมีปัญหาและต้องการความช่วยเหลือ ให้โทรศัพท์ปรึกษาได้ตลอดเวลา⁽¹⁴⁾

ผลลัพธ์ : ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจและรับรู้เกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาได้ถูกต้อง ยอมรับภาวะสุขภาพของตนเองตามความเป็นจริง เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น เรียนรู้ในการจัดการความวิตกกังวล ความเครียดที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลลดลง จากแรกรับ ESAS; anxiety = 6/10 เหลือ 2/10 คะแนน ครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ติดตามประเมินปัญหาและความต้องการทางโทรศัพท์เป็นระยะ ให้การช่วยเหลือเป็นที่ปรึกษาแนะนำวิธีการจัดการปัญหาที่พบ และให้พยาบาลเยี่ยมบ้านไปประเมินวิธีการดูแลสายระบายน้ำจากปอดของญาติที่บ้านเพื่อสร้างความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วย (Outcome Management and Evaluation)

สรุป

ผลลัพธ์ในการดูแลแบบประคับประคองใน ผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้ ขอบเขตและมิติในการวัดผลลัพธ์ในการดูแล ผู้ป่วยระยะประคับประคองนั้นจะคำนึงถึงผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยในด้านภาวะทางสุขภาพ (Clinical Outcome) ร่างกาย จิตใจอารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ ภายใต้วัฒนธรรมความเชื่อของแต่ละบุคคลในด้านครอบครัว หรือผู้ดูแลจะคำนึงถึงผลกระทบในประเด็นของคุณภาพชีวิต ความเป็นภาระด้านการดูแล ความรู้สึกเศร้าโศก ภายหลังการสูญเสีย และผลลัพธ์สุดท้ายคือการประเมิน ผลกระทบจากคุณภาพการดูแลของผู้ให้บริการ ด้านความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลการวางแผนการ ดูแลล่วงหน้าความต่อเนื่องในการดูแลและการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย และครอบครัว กรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ สามารถประเมินผลลัพธ์ทั้ง 3 ด้าน⁽¹⁵⁾ ดังนี้

1. ด้านผู้ป่วย ลดการนอนโรงพยาบาลลง ลดความรู้สึกรู้สึกทรมานจากการเพิ่มหัตถการอื่นๆ ที่ไม่มีความจำเป็น ลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนที่ อาจเกิดขึ้นได้จากการเจาะปอดหลายๆ ครั้งได้รับการตอบสนองตามความต้องการในระยะท้ายอย่างเป็นองค์รวม โดยได้กลับไปใช้ชีวิตที่บ้านตามความต้องการ อย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์จนวาระสุดท้ายของชีวิต

2. ด้านญาติผู้ดูแลได้รับการทราบข้อมูลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งความรู้

และการฝึกทักษะในการจัดการอาการในระยะท้ายโดย เฉพาะอาการเหนื่อยหอบทั้งวิธีการใช้ยา และไม่ใช้ยาเพื่อ ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ก่อนกลับบ้าน ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากทีมลดภาระการดูแลผู้ป่วยลง ลดค่าใช้จ่าย ในการเดินทาง เกิดความพึงพอใจในการให้การดูแล

3. ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบข้อมูลในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาใน ระยะท้ายของชีวิตตามความต้องการของตนเอง ผู้ป่วย และครอบครัวได้รับความช่วยเหลือจากทีมรวมทั้งคำแนะนำ แหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่มีความจำเป็น มีความต่อเนื่อง ในด้านการดูแลมีการทำงานเป็นทีมสร้างความพึงพอใจ ต่อผู้ป่วยและครอบครัวข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยโดย สมรรถนะ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง การดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลาม แบบประคับประคองนั้น ควรเริ่มตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการรักษา ผู้ให้การดูแลต้อง บูรณาการองค์ความรู้ทั้งศาสตร์และศิลป์บนพื้นฐาน ของใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย และครอบครัวแบบองค์รวม ตามปัญหาที่เกิดขึ้นในทุกมิติ แต่ละระยะตาม ภาวะความเป็ยงเบนด้านสุขภาพ จึงควร ต้องมีการประสานงานร่วมกันภายในทีมให้การดูแล เพื่อความสอดคล้องในการแก้ปัญหาและให้การช่วยเหลือ ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงให้ความสำคัญกับการดูแล ต่อเนื่องเพราะถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลแบบ ประคับประคอง ทั้งด้านความต่อเนื่องในการสร้างสัมพันธภาพ ที่ดีการให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น ข้อมูลและ แหล่งประโยชน์อื่นที่ควรมีการกำหนดผลลัพธ์ตัวชี้วัดทาง การพยาบาล และติดตามประเมิน ผลลัพธ์ของการดูแล ตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย จนกระทั่งเสียชีวิต รวมถึงส่งเสริมคุณภาพชีวิตของญาติ ผู้ดูแลโดยการติดตาม ให้การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องจน สามารถปรับตัวต่อ การสูญเสียได้

เอกสารอ้างอิง

1. Matthews, A. K., Li, C. C., Ross, N., Ram, J., Ramsey, R., & Aranda, F. Breast and cervical cancer screening behaviors of African

- American sexual minority women. *Journal General Practice* 2013;1(2):1-8.
2. Organized cancer screening in Alberta Calgary: Alberta Health Services. [Internet]. 2015 [cited 2023 September 15]. Available from: www.screeningforlife.ca/images/reports/Organized_Cancer_Screening_in_Alta_Report.pdf.
 3. Abdallah, A. A., M. E. Hummeida, I. M. F. Elmula. Awareness and attitudes of nursing students towards prevention of cervical cancer. *Cervical Cancer* 2016;1(1):106.
 4. Ali, C. I., N. E. Makata, P. O. Ezenduka. Cervical cancer: a health-limiting condition. *Gynecol Obstet (Sunnyvale)* 2016;6(5):1-7.
 5. Abate SM. Trends of cervical cancer in Ethiopia. *Cervical Cancer* 2015;1(5):1-4.
 6. Deverakonda, A., Gupta, N. Diagnosis and Treatment of Cervical Cancer: A View Research and Reviews. *Journal of Nursing and Health Sciences* 2016;2(3):1-11.
 7. El-Moselhy, E.A., Borg, H.M., Atlam, S.A. Cervical Cancer: Sociodemographic and Clinical Risk Factors among Adult Egyptian Females. *Adv Oncol Res Treat* 2016;1(1):106.
 8. จรัสศรี อินทรสมหวัง, กาญจนา ศรีสวัสดิ์. สมรรถนะของพยาบาลในการดูแลสตรีมะเร็งปากมดลูก. *วารสารเกษมบัณฑิต* 2562;20(1): 146-154.
 9. Tokito T, Murakami H, Mori K, Osaka I, Takahashi T. Implementation status and explanatory analysis of early advance care planning for Stage IV non-small cell lung cancer patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology* 2015;45(3):261-266.
 10. วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร. การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง. *สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์*; 2557.
 11. Bausewein C, Booth S, Gysels M, Higginson I. Nonpharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and non-malignant diseases. *Cochrane Database Systematic Review* 2013;16(1):1-2.
 12. Payne, C., Larkin, P. J., McIlfratrick, S., Dunwoody, L., Gracey, J. H. Exercise and nutrition interventions in advanced lung cancer: a systematic review. *Current Oncology* 2013;20(4):321-337.
 13. Pan CC, KungPT, Wang YH, Chang YC, Wang ST, Tsai WC. Effects of multidisciplinary team care on the survival of patients with different stages of non-small cell lung cancer: a national cohort study. *PLoS One* 2015;10(5):1-8.
 14. van Gorp J, van Selm M, Vissers K, van Leeuwen E, HasselaarJ. How outpatient palliative care teleconsultation facilitates empathic patient-professional relationships: a qualitative study. *PLoS One* 2015;10(4):1-10.
 15. วิจิตรา กุสุมภ์, สุนันทา ครองยุทธ. ผลกระทบด้านจิตใจในผู้ป่วยวิกฤต: กลยุทธ์ในการจัดการ. *วารสารพยาบาล* 2563;69(3):53-61.

**การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกพร้อมกับ
การติดเชื้อโควิด -19 : กรณีศึกษา**
**Nursing Care for dengue hemorrhagic fever
patient with COVID-19 infection : Case Study**

พรศักดิ์ ใจชื่น พย.บ.

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน

บทคัดย่อ

โรคไข้เลือดออกแดงก็มีลักษณะทางคลินิกที่สำคัญคือ ไข้ มีอาการเลือดออก ตับโตกดเจ็บและมีการรั่วของพลาสมา ในขณะที่โรคโควิด -19 (COVID-19) จะมีอาการไข้ หายใจเหนื่อยหอบ การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 ทำให้การวินิจฉัยโรคทำได้ยาก เนื่องจากทั้ง 2 โรคมีลักษณะทางคลินิกที่ทับซ้อนกันและมีพยาธิสรีรวิทยาที่คล้ายคลึงกัน คือ การรั่วของพลาสมาและภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงกว่าการติดเชื้อเพียงโรคใดโรคหนึ่ง จึงมีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนมากขึ้น ส่งผลให้การพยาบาลซับซ้อนตามไปด้วย พยาบาลจึงควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย และพยาบาลไม่เกิดการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยชายไทย อายุ 17 ปี เข้ารับการรักษาด้วยมีไข้ อาเจียนเป็นเลือด 1 วันก่อนมา ตรวจพบ Dengue IgG ได้ผลบวก เกล็ดเลือดและเม็ดเลือดขาวต่ำ ตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ผลบวก แพทย์วินิจฉัยโรคไข้เลือดออกพร้อมกับโรคโควิด -19 การรักษาให้สารน้ำ ยาลดไข้และยาต้านไวรัส รักษาตัวในห้องแยกโรคให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและหลักการควบคุมการติดเชื้อภายในโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยอาการทุเลา รวมระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล 5 วัน นัดติดตามอาการ 1 สัปดาห์

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อ ผลการติดตามอาการ 1 สัปดาห์ อาการทั่วไปปกติ ผลเลือด เม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือดปกติ

คำสำคัญ : การพยาบาล โรคไข้เลือดออกแดงก็ การติดเชื้อโควิด -19

Abstract

Dengue hemorrhagic fever presents characterized by fever, hemorrhage, an enlarged liver with pain, and plasma leakage. Meanwhile COVID-19 disease presents with a respiratory syndrome, mostly characterized by fever. It is very difficult to diagnose between COVID-19 and dengue hemorrhagic fever in the same patient due to sharing some common symptoms and exhibit similar pathophysiology for capillary leakage and thrombocytopenia during co-infection. It is associated with severe complications and need for advance of care. Nurses should have knowledge of co-infection and infection control, caring patients with nursing process to ensure patient safety and don't get COVID-19 infection.

Case study: A 17-year-old man Thai patient presented with fever, hematemesis 1 day PTA. The laboratory investigation was showed positive dengue IgG, low platelets, low WBC, and positive COVID-19. He was diagnosed dengue hemorrhagic fever with COVID-19. He was treated with Intravenous fluid, fever control drug, and antiviral medicine. He was observed in isolate room, monitored to provide the treatment and nursing care, as nursing care process and infection control. He was admitted 5 days and discharge with improve status, then follow up at 1 week.

Result: He was no complication and no spread of COVID-19. He presented with normal symptoms and blood test result during follow-up.

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

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเดงกี (Dengue hemorrhagic fever: DHF) เป็นปัญหาสาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลก เนื่องจากมีการแพร่กระจายอย่างกว้างขวางและจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมากโดยเฉพาะในประเทศเขตร้อนและเขตอบอุ่น ซึ่งพบผู้ป่วยในประเทศในภูมิภาคเอเชียมากถึงร้อยละ 70.1 สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2565 พบอัตราป่วย 70.54 ต่อประชากรแสนคน และอัตราตาย 0.05 ต่อประชากรแสนคน จากข้อมูลของสำนักกระบวนวิทยากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนสิงหาคม 2566 พบว่ามีอัตราป่วย 120.10 ต่อประชากรแสนคน และอัตราตาย 0.11 ต่อประชากรแสนคน⁽¹⁾ ซึ่งกลุ่มที่เสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก ได้แก่ กลุ่มอายุ 15-24 ปี รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 10-14 ปี สำหรับสถานการณ์โรคไข้เลือดออกของจังหวัดพิจิตรในปี พ.ศ. 2565 พบอัตราป่วย 23.06 ต่อประชากรแสนคน และอัตราตาย 0.18 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2566 ข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนสิงหาคม พบอัตราป่วย 53.44 ต่อประชากรแสนคน ส่วนโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน พบอัตราป่วยในปี พ.ศ. 2565 และ 2566 จำนวน 16.11 และ 118.62 ต่อประชากรแสนคน (ข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนสิงหาคม 2566) ทั้งนี้กองโรคติดต่อฯ โดยแมลงมีการรายงานว่าในปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้ป่วยมากกว่า พ.ศ. 2565 ณ ช่วงเวลาเดียวกันถึง 3 เท่า⁽²⁾

โรคไข้เลือดออก มีลักษณะที่แปรผันตามฤดูกาล (Seasonal variation) โดยจะเริ่มมีแนวโน้มผู้ป่วยสูงขึ้น

ในเดือนเมษายนและสูงสุดในเดือนมิถุนายน-สิงหาคม ซึ่งเป็นฤดูฝน หลังจากนั้นจะเริ่มมีแนวโน้มลดลง⁽³⁾ สอดคล้องกับสถิติของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหินที่พบว่าผู้ป่วยไข้เลือดออกในเดือนกรกฎาคมและสิงหาคม 2566 มีจำนวน 27 รายและ 35 ราย ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ป่วยในเดือนกรกฎาคมและสิงหาคม 2565 มีจำนวน 5 ราย และ 1 รายตามลำดับ จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2566 มากกว่า พ.ศ. 2565 ณ ช่วงเวลาเดียวกัน⁽⁴⁾

โรคไข้เลือดออกเดงกีมีสาเหตุมาจากไวรัสเดงกี ซึ่งมีอยู่หลายตัวเมียเป็นพาหะนำโรค โดยจะกัดและดูดเลือดผู้ป่วยที่มีไข้สูงซึ่งเป็นระยะที่มีไวรัส และแพร่เชื้อไปสู่คนที่ถูกกัดในครั้งต่อไป ระยะฟักตัวประมาณ 5-8 วัน ก็จะทำให้เกิดอาการของโรค⁽³⁾ ซึ่งมีรูปแบบค่อนข้างเฉพาะ 4 ประการเรียงลำดับการเกิดก่อนหลัง คือ ไข้สูงลอย 2-7 วัน มีอาการเลือดออกซึ่งส่วนใหญ่จะพบที่ผิวหนัง มีตับโตกดเจ็บ และมีภาวะการไหลเวียนล้มเหลวหรือภาวะช็อก นับเป็นภาวะวิกฤติของโรคที่เกิดจากการรั่วของพลาสมาซึ่งจะพบทุกรายในผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกี โดยจะพบภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังจากมีไข้ และ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงถึงขั้นช็อกเนื่องจากมีภาวะการไหลเวียนล้มเหลวเกิดขึ้น⁽⁵⁾ ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้มีการศึกษาพบว่าภาวะแทรกซ้อนของโรคไข้เลือดออกที่พบมากที่สุดคือ ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย (Electrolyte Imbalance) รองลงมาคือการบาดเจ็บที่ตับ (mild hepatic injury) และภาวะน้ำเกิน (Fluid overload) ซึ่งมีความสัมพันธ์

กับการเพิ่มระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁶⁾

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรคไข้เลือดออกพบว่าส่วนใหญ่เม็ดเลือดขาวจะมีค่าต่ำกว่าปกติ โดยอาจจะน้อยกว่า 5,000 เซลล์/ลบ.มม. และเกล็ดเลือดจะลดลงอย่างรวดเร็วในระยะก่อนไข้ลดและก่อนระยะช็อก โดยค่าเกล็ดเลือดจะลดลงต่ำกว่า 100,000 เซลล์/ลบ.มม. และต่ำอยู่นาน 3-5 วัน ในระยะนี้จะมีค่าความเข้มข้นของเลือด (Hct) สูงขึ้นเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 20 ซึ่งเป็นผลจากการรั่วของพลาสมา⁽⁵⁾ และการรั่วของพลาสมาอาจทำให้มีน้ำในช่องปอด (pleural effusion) หรือช่องท้อง (ascites) ได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยร้อยละ 90 ยังตรวจพบการเพิ่มขึ้นของ Liver transaminase โดยค่าแอสพาเทตทรานซามิเนส (AST) จะเพิ่มขึ้นมากกว่าอะลานินทรานซามิเนส (ALT) ประมาณ 2-3 เท่า การตรวจที่ยืนยันการติดเชื้อไวรัสเดงกี คือ NS1Antigen (NS1Ag) และ Dengue antibodies IgG/ IgM ให้ผลบวก⁽⁷⁾

ในปี พ.ศ. 2562 เริ่มมีการระบาดของโรคโควิด -19 และมีผู้ป่วยที่ติดเชื้อเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ขยายวงกว้างไปในหลายประเทศทั่วโลก จนมีจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก อย่างรวดเร็ว องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศให้เป็นการระบาดใหญ่ (Pandemic) เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 9 โรคโควิด -19 เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่สามารถติดต่อกันระหว่างบุคคลโดยผ่านละอองจากจมูกหรือปากของผู้เป็นโรคขณะไอหรือจาม และแพร่กระจายเชื้อผ่านการสัมผัส ระยะฟักตัวของโรค 1-14 วัน เฉลี่ย 3-7 วัน อาการมักแสดงภายใน 14 วัน หลังสัมผัสเชื้อผู้ที่ติดเชื้อ อาการและอาการแสดงแบ่งตามระดับความรุนแรงเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 Asymptomatic คือ ตรวจพบการติดเชื้อแต่ไม่แสดงอาการ ระดับที่ 2 Mild illness แสดงอาการที่คล้ายไข้หวัดใหญ่ที่ไม่เฉพะเจาะจง เช่น มีไข้ ไอ เจ็บคอ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องร่วง อ่อนเพลีย เป็นต้น ระดับที่ 3 Moderate illness มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (SpO₂) เท่ากับหรือมากกว่า 94% ระดับที่ 4 Severe illness มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ พบน้ำในปอด ค่าความอิ่มตัว

ของออกซิเจนน้อยกว่า 94% และระดับที่ 5 Critical illness มีภาวะการหายใจล้มเหลว ภาวะช็อก และ/หรือความผิดปกติของอวัยวะหลายระบบ⁽⁸⁾

โรคโควิด -19 สามารถวินิจฉัยได้ด้วยการตรวจวิธี real-time RT-PCR ซึ่งเป็นการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนการตรวจด้วยชุดทดสอบแอนติเจน (Antigen Test Kit : ATK) เป็นการตรวจหาชิ้นส่วนโปรตีนของเชื้อไวรัส จัดเป็นวิธีตรวจคัดกรองผู้ติดเชื้อและทั้ง 2 วิธี สามารถตรวจได้ตั้งแต่ 3-5 วันหลังจากมีความเสี่ยงหรือสัมผัสผู้ติดเชื้อ ทั้งนี้เมื่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้าสู่ร่างกายจะไปกระตุ้นให้หลังสารที่ชักนำให้เกิดการอักเสบ (Inflammatory mediators) เช่น ทูเมอร์เนโครติค แฟคเตอร์ (Tumor necrotic factor: TNF) หรืออินเตอร์ลูคิน (Interleukin) เป็นต้น ทำให้ผนังหลอดเลือดเสียหายที่โดยการซึมผ่านของผนังหลอดเลือด (permeability) จะสูงขึ้น จึงส่งผลให้เกิดการรั่วของพลาสมา นอกจากนี้เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังกระตุ้นการสร้างภูมิคุ้มกันต่อเนื้อเยื่อตนเอง (autoimmune) ส่งผลให้เกิดเกล็ดเลือดถูกทำลาย⁽⁹⁾ เกิดภาวะเกล็ดเลือดต่ำได้ มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีอาการไข้อยู่ 77 มีอาการไอ ร้อยละ 55.6 และมีอาการปวดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 31 ส่วนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบจำนวนผู้ป่วยมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำมากที่สุด ร้อยละ 23.8 และค่าแอสพาเทตทรานซามิเนส (AST) สูงขึ้น ร้อยละ 7.9⁽¹⁰⁾

การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 ส่งผลกระทบต่อ การวินิจฉัยโรคไข้เลือดออก เนื่องจากอาการแสดงในระยะแรกของทั้งสองโรคมักมีการทับซ้อนกัน คือ มีไข้ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย และมีการรั่วของพลาสมา นอกจากนี้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยังมีลักษณะที่คล้ายกัน คือ เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ต่ำ (lymphopenia) และเกล็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia) ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคผิดพลาดหรือได้รับการรักษาล่าช้า อีกทั้งผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร่วมด้วย จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงกว่าการติดเชื้อเพียงโรคเดียว โดยผลลัพธ์ที่ร้ายแรงของการติดเชื้อร่วม ได้แก่ ภาวะช็อก โรคทางเดินหายใจเฉียบพลัน และ

ความล้มเหลวของอวัยวะหลายระบบ ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายเสียชีวิต⁽¹¹⁾ มีการศึกษาพบว่าผู้ที่มีการติดเชื้อร่วมระหว่างโรคไข้เลือดออกกับโรคโควิด -19 มีอัตราการเสียชีวิตอัตรา และการรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) ร้อยละ 19.1 และ 7.8 ตามลำดับ⁽¹²⁾ ซึ่งสูงกว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออกหรือโรคโควิด -19 เพียงโรคใดโรคหนึ่ง

จากสถิติโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหินในปี พ.ศ. 2564-2565 ซึ่งเป็นปีที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 พบว่ามีจำนวน 30 ราย และ 15 ราย ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร่วมด้วยจำนวน 1 ราย⁽⁴⁾ ซึ่งการติดเชื้อไวรัสเดงกีร่วมกับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการติดเชื้อร่วมที่ไม่เคยพบมาก่อน อีกทั้งเป็นภาวะที่มีความซับซ้อนทั้งด้านพยาธิสภาพและการรักษาพยาบาล จึงทำให้ผู้ศึกษาสนใจที่จะทำการศึกษาย้อนหลังผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อร่วมดังกล่าว เพื่อเป็นการเรียนรู้และนำมาพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการดำเนินของโรคไข้เลือดออกร่วมกับโรคโควิด -19
2. เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกร่วมกับโรคโควิด -19
3. เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกร่วมกับโรคโควิด -19

วิธีการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกร่วมกับโรคโควิด-19 ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยใน ช่วงปี พ.ศ. 2565
2. ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย งานวิชาการที่เกี่ยวข้องจากตำรา วารสาร และอินเทอร์เน็ต
3. วิเคราะห์ปัญหาโดยใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล
4. อภิปรายผล และเผยแพร่ผลงาน

ผลการดำเนินการ

รายงานผู้ป่วย

ชายไทย อายุ 17 ปี รูปร่างผอม น้ำหนัก 38 กิโลกรัม สูง 155 เซนติเมตร BMI 15.77 kg/m² เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ การศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 รับไว้รักษาในโรงพยาบาลวันที่ 23 ตุลาคม 2565

อาการสำคัญ อาเจียนเป็นเลือด 1 วันก่อนมารักษาที่โรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอ เวียนศีรษะ รับประทานยาลดไข้แต่อาการไม่ทุเลา วันนี้อาเจียนเป็นเลือด 3 ครั้ง ไม่มีถ่ายดำ จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัวไม่เคยเข้ารับการรักษา และปฏิเสธการสัมผัสหรือการใกล้ชิดกับบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อโรคโควิด -19

แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ท่าทางอ่อนเพลีย อุณหภูมิร่างกาย 38.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว (SpO₂) 98% แพทย์รักษาโดยการใส่ NG lavage แต่ผู้ป่วยปฏิเสธ เจาะเลือดตรวจ CBC, Prothrombin time (PT), Partial thromboplastin time (PTT), International normalized ratio (INR) และ Electrolyte ผลการตรวจ CBC พบค่าผิดปกติคือเกล็ดเลือด (Platelet) ต่ำ 96,000 เซลล์/ลบ.มม., ค่าความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit: Hct) 44.6%, เม็ดเลือดขาว (WBC) 5,470 เซลล์/ลบ.มม. แพทย์สันนิษฐานว่าเป็นโรคไข้เลือดออก จึงส่งตรวจ Dengue NS(Ag), Dengue IgG, IgM เพื่อยืนยันการติดเชื้อเดงกี เอกซเรย์ปอดพบว่าปกติ และตรวจ ATK ก่อนย้ายไปตึกผู้ป่วยใน ผลการตรวจพบ Dengue IgG positive, ATK positive แพทย์วินิจฉัยเป็น Dengue hemorrhagic fever with COVID-19 infection จึงให้รักษาตัวในห้องแยกโรค ให้สารน้ำ 5% D NSS 1,000 cc. IV rate 60 cc./hr. และให้ยา Paracetamol 1 tab oral prn ทุก 4-6 ชั่วโมง, Domperidone 1 tab oral tid pc, Glyceryl 1 tab oral tid pc, Molnupiravir 4 tabs oral bid x 5 วัน และงดอาหารดำ-แดง



หลังรับไว้ในความดูแล ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย อยู่ช่วง 36.4-37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 70-80 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60-100/70 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการหายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที SpO₂ 97-99% หายใจไม่เหนื่อยหอบ ไม่มีอาเจียนเป็นเลือดหรืออาการถ่ายดำ ผลเลือดพบ WBC 3,640 cell/mm³, Platelet 88,000 cell/mm³, Hematocrit 42.1%, มีแผนการรักษาให้เจาะ CBC วันละ 1 ครั้ง ในวันที่ 26, 27 และ 28 ตุลาคม 2565 พบผลดังนี้ Platelet 92,000, 98,000 และ 124,000 cell/mm³ ตามลำดับ พบ WBC 3,840, 3,920 และ 4,140 cell/mm³ ตามลำดับส่วน Hematocrit เท่ากับ 41.6%, 42.8% และ 41.4% ตามลำดับ

หลังจากได้รับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอาการทุเลา ขึ้นตามลำดับ จนกระทั่งไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายอยู่ช่วง 36.4-37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 68-84 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/70-120/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที SpO₂ 97-99% ไม่มีอาการอาเจียนเป็นเลือด ไม่พบภาวะเลือดออกง่าย ไม่เกิดภาวะช็อก ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ใอนานๆ ครั้ง SpO₂ 97-99% และไม่มีอาการติดเชื้อที่เกิดจากการนอนโรงพยาบาลรับประทานอาหารได้ นอนหลับได้ แพทย์จึงจำหน่าย ในวันที่ 28 ตุลาคม 2565 รวมระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล 5 วัน นัดตรวจ 1 สัปดาห์เพื่อติดตามอาการ และเจาะเลือดตรวจ CBC

ผู้ป่วยมาตามนัด ท่าทางปกติ ไม่แสดงอาการอ่อนเพลีย ไม่มีอาการอาเจียนเป็นเลือดหรือภาวะเลือดออกง่าย อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/74 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ไอแห้งๆ นานๆ ครั้ง ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ SpO₂ 98% ผลเลือดพบ WBC 4,680 cell/mm³ และ Platelet 158,000 cell/mm³ แพทย์ให้กลับบ้านได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1

อยู่ในภาวะอุณหภูมิสูงเนื่องจากการติดเชื้อ

S: - เป็นไข้มา 1 วัน

O: - อุณหภูมิร่างกายแรกเริ่ม 38.0 องศาเซลเซียส

- ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ Dengue IgG positive และ ATK positive

วัตถุประสงค์ เพื่อให้อุณหภูมิร่างกายอยู่ในภาวะปกติ
เกณฑ์การประเมิน

อุณหภูมิร่างกายอยู่ช่วง 36.5-37.4 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำให้เช็ดตัวลดไข้และสอนวิธีการเช็ดตัวลดไข้ด้วยตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยรักษาตัวในห้องพักและสามารถทำกิจวัตรได้ด้วยตัวเอง
2. ดูแลการได้รับสารน้ำ 5% D NSS 1,000 cc. IV rate 60 cc./hr. ตามแผนการรักษา
3. ดูแลการได้รับยา Paracetamol 1 tab oral prn ทุก 4-6 ชั่วโมง
4. กระตุ้นให้ดื่มน้ำหรือจิบ ORS บ่อยๆ เพื่อลดระดับอุณหภูมิในร่างกาย
5. ประเมินสัญญาณชีพหลังเช็ดตัวลดไข้ 30 นาที และติดตามสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง

การประเมินผล

อุณหภูมิร่างกายอยู่ช่วง 36.4-37.1 องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2

เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายและหยุดยาก เนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ

S: - อาเจียนเป็นเลือด 3 ครั้ง

O: - ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ Platelet 96,000 cell/mm³, Dengue IgG positive และ ATK positive

วัตถุประสงค์

ปลอดภัยจากภาวะเลือดออกในอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย

เกณฑ์การประเมิน

- ไม่มีภาวะเลือดออกตามอวัยวะในร่างกายหรือออกน้อยลง
- Platelet มากกว่า 100,000 cell/mm³

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและติดตามอาการอาเจียนเป็นเลือดและงดอาหารที่มีลักษณะสีดำแดง
2. สังเกตอาการและอาการแสดงของการเสียเลือดในอวัยวะอื่นๆ ของร่างกาย เช่น จุดจ้ำเลือด

ตามร่างกาย เลือดออกตามไรฟัน หรือเลือดกำเดาไหล เป็นต้น

3. เจาะเลือดด้วยความนุ่มนวล กดบริเวณที่เจาะเลือดให้นานพอจนมั่นใจว่าเลือดหยุด และรวบรวมการเจาะเลือดที่เวลาใกล้เคียงกันมาเจาะในครั้งเดียว
4. ระวังการเกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้ม การใช้ของมีคม ซึ่งอาจทำให้เลือดออกได้
5. ประเมินสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง
6. ติดตามผลการตรวจ Platelet ตามแผนการรักษา

การประเมินผล

ไม่มีอาการอาเจียนเป็นเลือดไม่พบภาวะเลือดออกในอวัยวะของร่างกาย ค่า Platelet เพิ่มขึ้นเป็น $124,000 \text{ cell/mm}^3$ ในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3

เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากการรั่วของพลาสมาตามพยาธิสภาพ

- S: -
- O: - ใช้สไลด์ อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต $90/60 \text{ mmHg}$
- ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ Dengue IgG positive และ ATK positive

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมิน

- ระดับการรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อก
- ชีพจร $60-100$ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ $18-24$ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต $90/60 - 120/80$ มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง หากพบชีพจรเกิน 100 ครั้ง/นาที มี pulse pressure แคบ คือน้อยกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตต่ำกว่า $90/60$ มิลลิเมตรปรอท ให้รายงานแพทย์
2. ดูแลการให้สารน้ำ $5\% \text{ D NSS } 1,000 \text{ cc. IV}$ rate 60 cc./hr. โดยการใช้เครื่อง infusion

เพื่อควบคุมปริมาณสารน้ำให้ได้ตามแผนการรักษา

3. เจาะ Hematocrit ทุก 4-6 ชั่วโมง ตวงปัสสาวะทุก 8 ชั่วโมงและบันทึกสารน้ำเข้า-ออก ตลอด 24-48 ชั่วโมงหลังจากใช้เริ่มลด
4. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระดำ และอาการที่แสดงถึงการมีพลาสมารั่วตามอวัยวะของร่างกาย เช่น กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลงหายใจเหนื่อยหอบพบเสียงน้ำในปอด (crepitation) ค่า SpO_2 น้อยกว่า 95% เป็นต้น

การประเมินผล

รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อก อุณหภูมิร่างกายอยู่ช่วง $36.4-37.1$ องศาเซลเซียส ชีพจร $68-84$ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต $100/70 - 120/80 \text{ mmHg}$ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ SpO_2 $97-99\%$

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4

เสี่ยงต่อการติดเชื้อแทรกซ้อนและการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

- S: -
- O: - ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ WBC $3,640 \text{ cell/cu.mm/mm}^3$, Dengue IgG positive และ ATK positive

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อแทรกซ้อนในร่างกายและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

เกณฑ์การประเมิน

- ไม่พบการติดเชื้ออื่น ๆ เพิ่มในร่างกาย
- ไม่มีบุคลากรที่ให้การดูแลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องเกิดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาในห้องแยกโรค แคนดิลลอป และแยกอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยโดยเฉพาะ และไม่ใช้ร่วมกับผู้ป่วยรายอื่นๆ
2. จัดชุดการวัดสัญญาณชีพและเครื่องวัดความอิมมิตีวของออกซิเจนไว้ในห้องของผู้ป่วย และสอนการใช้อุปกรณ์ตั้งแต่แรกเริ่ม



3. จัดเตรียมอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็น เช่น แก้วน้ำ กระดาษชำระ ยาสีฟัน สบู่ เป็นต้น ไว้ในห้อง และอธิบายการทิ้งขยะอย่างถูกวิธีเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
4. ดูแลการได้รับยา Molnupiravir 4 tabs oral bid pc x 5 วัน ตามแผนการรักษา
5. วางแผนในการเข้าไปปฏิบัติการพยาบาล รวบรวมกิจกรรมการพยาบาลที่เวลาใกล้เคียงกันเพื่อเข้าไปปฏิบัติกิจการในคราวเดียว
6. ใส่ชุด PPE (personal protective equipment) และอุปกรณ์ป้องกันทุกครั้งที่จะเข้าไปปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยใส่และถอดอย่างถูกวิธีตามหลักการป้องกันการแพร่เชื้อ
7. ดูแลความสะอาดของสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อแทรกซ้อน
8. ให้การพยาบาลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ และหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
9. อธิบายให้เข้าใจถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อแทรกซ้อนเนื่องจากเม็ดเลือดขาวต่ำ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักและดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อเพิ่ม
10. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดจากการติดเชื้ออื่นแทรกซ้อน เช่น เสมหะมีสีเขียว หรืออาการไข้ที่ยาวนานกว่าระยะของโรค เป็นต้น
11. ติดตามผลการตรวจ WBC เพื่อวางแผนในการให้การพยาบาลต่อไป

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่พบการติดเชื้ออื่นแทรกซ้อน และบุคลากรที่ให้การดูแลรวมถึงบุคลากรที่เกี่ยวข้องไม่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5

วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะการติดเชื้อร่วม

- S: - ติดเชื้อที่ละ 2 โรคแบบนี้ จะเป็นอันตรายมากไหม
- นอนไม่ค่อยหลับเลย
- O: - มีภาวะการติดเชื้อร่วม โดยผลตรวจทางห้อง

ปฏิบัติการ พบ Dengue IgG positive และ ATK positive

- ถูกแยกรักษาในห้องแยกโรคแรงดันลบ
- สิ้นน้ำวิตกกังวล

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความวิตกกังวล และปรับตัวต่อความวิตกกังวลได้เหมาะสม

เกณฑ์การประเมิน

- มีสีหน้ายิ้มแย้ม
- ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
- นอนหลับได้ 6-8 ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความวิตกกังวลจากการพูดคุยด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล สังเกตอาการและอาการแสดงด้วยท่าทีที่เป็นมิตร
2. อธิบายให้ทราบถึงการดำเนินโรคและแนวทางการรักษา และอธิบายเหตุผลของการรักษาให้ทราบก่อนลงมือปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้ง
3. เปิดช่องทางการติดต่อสื่อสารทางไลน์กับพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยพูดคุยหรือซักถามข้อสงสัย และมีโอกาสได้พูดคุยกับบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลภายนอก
4. ให้กำลังใจและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก รวมทั้งกระตุ้นให้บอกความต้องการ เพื่อเป็นข้อมูลในการปฏิบัติการพยาบาลให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย
5. ดูแลสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมแก่การพักผ่อนของผู้ป่วย

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้ม ผ่อนคลายความกังวลด้วยการเล่นโทรศัพท์มือถือ นอนหลับได้ 6-8 ชั่วโมง และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6

มีความรู้ไม่เพียงพอในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

- S: - โรคนี้จะกลับมาเป็นอีกได้ไหม
- O: - อายุ 17 ปี

- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนจำหน่าย พบ WBC 4,140 cell/mm³

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มีความรู้เพียงพอในการดูแลตนเอง

เกณฑ์การประเมิน

ตอบคำถามและบอกวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้เดิมด้วยการซักถามพูดคุย และสอบถามถึงหัวข้อความรู้ที่ผู้ป่วยต้องการทราบ
2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับสถานะของโรคและแผนการรักษาการรักษ
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง สาเหตุ อาการ และภาวะแทรกซ้อน ของการเกิดโรค เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติปรับพฤติกรรมเพื่อลดการเกิดโรค และสามารถประเมินอาการของตนเอง เพื่อเข้ารับการรักษาได้ทันทั่วทั้ง
4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อแทรกซ้อนของผู้ป่วย เนื่องจากมีจำนวนเม็ดเลือดขาวต่ำ ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายน้อยลงเกิดการติดเชื้อได้ง่าย
5. แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำคือ หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และหลีกเลี่ยงการถูกยุงกัดในช่วงเวลากลางวันเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสเดงกี ดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้านไม่ให้มีน้ำขัง เพราะจะเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง
6. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ การรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด และเน้นการมาตรวจตามนัด

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เพิ่มมากขึ้น สามารถตอบคำถามและบอกวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง

บทวิจารณ์

กรณีศึกษา ชายไทยอายุ 17 ปี มาด้วยอาการไข้และอาเจียนเป็นเลือด แรกรับอุณหภูมิกาย 38.0 องศาเซลเซียส ตรวจพบ Dengue IgG positive, Platelets

96,000 cell/mm³, Hematocrit 44.6%, WBC 5,470 cell/mm³ และ ATK positive แพทย์วินิจฉัยเป็น Dengue hemorrhagic fever with COVID-19 infection ได้รับการรักษาในห้องแยกโรคและยารักษาตามอาการงดอาหารตำแดง เอกเรย์ปอดผิดปกติ มีการติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ Platelets, Hematocrit, WBC วันละครั้ง ผลการตรวจพบเม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือดต่ำ ซึ่งเป็นไปตามพยาธิสภาพร่วมกันของโรคไข้เลือดออกและโรคโควิด -19 โดยการรั่วของพลาสมาในโรคไข้เลือดออกเกิดขึ้นจาก NSP1 antibodies ทำปฏิกิริยากับเยื่อเซลล์และมีการหลั่งสารไซโตไคน์ที่ทำให้เกิดการอักเสบ จึงทำให้ผนังหลอดเลือดเสียหายที่ โดยการซึมผ่านของผนังหลอดเลือด (permeability) สูงขึ้น ส่งผลให้เกิดการรั่วของพลาสมาเข้าสู่เซลล์ นอกจากนี้ anti-NSP1 antibodies ยังยับยั้งการรวมตัวของเกล็ดเลือดและทำให้เกิดการสลายของเกล็ดเลือด จึงเกิดภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ในขณะที่โรคโควิด -19 จะมีการผลิตสารไซโตไคน์เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะอินเตอร์ลูคิน 6 (IL-6) และอินเตอร์เฟอรอน (interferon: IFN) ทำให้เกิดการอักเสบผนังหลอดเลือดจึงหลอดเลือดเสียหายที่ส่งผลให้เกิดการรั่วของพลาสมา และทำให้เกิดภาวะเกล็ดเลือดต่ำจากการที่สารไซโตไคน์ทำลายเกล็ดเลือด⁽¹³⁾

กรณีศึกษาที่น่าเสนอในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมาด้วยอาการและอาการแสดงของโรคไข้เลือดออกเป็นหลัก แต่ตรวจพบโรคโควิด -19 ร่วมด้วยเนื่องจากการปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงพยาบาลที่ต้องตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ซึ่งการตรวจวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องในระยะแรกมีความสำคัญมากต่อการรักษาที่จะช่วยลดความรุนแรงของโรคและป้องกันภาวะช็อกโดยเฉพาะในระยะที่มีการรั่วของพลาสมาตามพยาธิสภาพของทั้ง 2 โรค รวมทั้งสามารถทำการแยกผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในห้องแยกโรคได้ตั้งแต่แรกรับ เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายในโรงพยาบาล ผู้ป่วยรายนี้จึงมีการติดเชื้อร่วมโดยไม่มีอาการรุนแรงถึงชีวิต อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อแทรกซ้อนเนื่องจากมีจำนวนเม็ดเลือดขาวเพียง 4,140 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ซึ่งปกติควรมีจำนวนเม็ดเลือดขาว 5,000-10,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร⁽¹⁴⁾ เนื่องจากเม็ดเลือดขาวเป็นส่วนสำคัญของ

ภูมิคุ้มกันของร่างกาย (immune system) มีหน้าที่หลักในการกำจัดเชื้อโรค ดังนั้นการที่ผู้ป่วยที่มีเม็ดเลือดขาวต่ำจะทำให้มีการติดเชื้อง่ายและติดเชื้อรุนแรงได้ ทั้งนี้มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อร่วมระหว่างโรคไข้เลือดออกและโรคโควิด-19 จะมีระดับเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์และโมโนไซต์ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพียงโรคเดียวอย่างมีนัยสำคัญ ($p=.03$ และ $.05$ ตามลำดับ)⁽¹⁵⁾

โรคไข้เลือดออกและโรคโควิด-19 มีลักษณะของอาการทางคลินิกที่ทับซ้อนกัน และลักษณะทางห้องปฏิบัติการที่คล้ายคลึงกัน รวมทั้งมีภาวะแทรกซ้อนที่สัมพันธ์กัน ซึ่งนำไปสู่การวินิจฉัยผิดพลาดได้ พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยวินิจฉัยเบื้องต้นโดยการซักประวัติอย่างละเอียด ได้แก่ ประวัติความเสี่ยงสัมผัสทั้งโรคไข้เลือดออกและโรคโควิด-19 ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีความเฉพาะกับโรค โดยการตรวจหา SARS-CoV-2 RNA ด้วยวิธี RT-PCR เพื่อยืนยันโรคโควิด-19 และการตรวจ NS1Ag หรือ Dengue IgG, IgM เพื่อยืนยันโรคไข้เลือดออก โดยเฉพาะอาการเลือดออกตามผิวหนังและค่าความเข้มข้นของเลือดที่สูงขึ้น ซึ่งเป็นลักษณะทางคลินิกของโรคไข้เลือดออก มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร่วมด้วย พบว่า ความเข้มข้นของเลือดที่เพิ่มมากขึ้นเป็นอาการเฉพาะของโรคไข้เลือดออกชนิดรุนแรงซึ่งสามารถช่วยแยกแยะโรคไข้เลือดออกจากรหัสโควิด-19 ได้⁽⁵⁾

นอกจากนี้พยาบาลยังควรติดตามลักษณะอาการทางคลินิกและผลการตรวจห้องปฏิบัติการที่เป็นลักษณะคล้ายคลึงกันของการติดเชื้อร่วม ได้แก่ เม็ดเลือดขาวต่ำเกล็ดเลือดต่ำ และการรั่วของพลาสมา เพื่อให้สามารถวางแผนการให้การรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและบุคลากรปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งมีรายงานกรณีศึกษาที่คล้ายกันพบว่า ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกและรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 4 วันต่อมามีอาการหายใจลำบาก เอกซเรย์พบน้ำในปอดและตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งการวินิจฉัยโรคโควิด-19 ล่าช้าทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล โดยพบว่าพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมีการติดเชื้อจำนวน 1 ราย และยังมีแพร่เชื้อไปยังบุคคลในครอบครัวด้วย

บทสรุป

โรคโควิด-19 มีลักษณะทางคลินิกที่ไม่เฉพาะเจาะจงและมีความคล้ายกับการติดเชื้อไวรัสเดงกี ดังนั้นสถานพยาบาลจึงควรมีการกำหนดให้มีการคัดกรองโรคโควิด-19 ในผู้ป่วยที่สันนิษฐานว่าป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกทุกรายเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อร่วมระหว่างโรคไข้เลือดออกและโรคโควิด-19 มีพยาธิสรีรวิทยาที่คล้ายคลึงกัน คือ การรั่วของพลาสมาเม็ดเลือดขาวต่ำและภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงกว่าการป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อร่วมจึงมีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนมากขึ้น รวมถึงการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีการแพร่ระบาดได้ง่ายและรวดเร็ว ส่งผลให้โรงพยาบาลมีความซับซ้อนตามไปด้วย พยาบาลจึงควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค การรักษาพยาบาล และหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เพื่อจะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ สามารถให้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและพยาบาลไม่เกิดการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 3 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก http://doe.moph.go.th/surdata/506wk/y65/d262766_5265.pdf
2. กองโรคติดต่ออันตรายโดยแมลง. สถานการณ์ไข้เลือดออก [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 3 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก <http://spbo3.moph.go.th/ket/wp-content/uploads>
3. สุภาวดี พวงสมบัติ, อีราวดี กอพยัคฆินทร์. วราภรณ์ เอมะรุจิ และศรีณรัชต์ ชาญประโคน. คู่มือวิชาการโรคติดเชื้อเดงกีและโรคไข้เลือดออกเดงกีด้านการแพทย์และสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2558. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดดีไซน์; 2558.
4. ตึกผู้ป่วย 2. สถิติผู้รับบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน 2565.

5. Nasomsong W, Luvira V, Phiboonbanakit D. Case Report: Dengue and COVID-19 Coinfection in Thailand. *Am J Trop Med Hyg* 2021;104(2):487–89.
6. ประอร สุประดิษฐ์ ณ อยุธยา, พักต์เพ็ญ สิริคุตต์, รศนา วลีรัตน์ภา และสุจิตรา นิมนานนิตย์. ไข้เลือดออกเดงกี ใน สมภพ แสงกิตติไพบูลย์ และสุกิจ ทัศนสุนทรวงษ์ (บรรณาธิการ). Thailand Medical Services Profile 2015-2018 (การแพทย์ไทย ๒๕๕๘-๒๕๖๑) 2 nd Edition. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2561
7. ณัฐชัย ศรีสวัสดิ์, ธีระพงษ์ ตัณฑวิเชียร และ อุษา ทิสยากร. เดงกี. กรุงเทพฯ; เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น. 2561.
8. National Institutes of Health. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) treatment guidelines [Internet]. 2023 (เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2566). เข้าถึงได้จาก <https://www.ovid-19treatmentguidelines.nih.gov/>
9. Henrina J, Santosa Putra IC, Lawrensia S, Handoyono QF, Cahyadi A. Coronavirus Disease of 2019: a Mimicker of Dengue Infection? *SN Compr Clin Med* 2020; 2(8):1109–19.
10. Alfonso J Rodriguez-Morales, Jaime A Cardona-Ospina, Estefanía Gutiérrez-Ocampo, Rhuvi Villamizar-Peña, Yeimer Holguin-Rivera, Juan Pablo Escalera-Antezana, et al. Clinical, laboratory and imaging features of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Travel Med Infect Dis* 2020;34(10):16-23.
11. สุพัตรา รุ่งไมตรี. ผลกระทบของการระบาดของ Covid-19 ต่อไข้เลือดออก [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 5 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://drive.google.com/file/d/1WX6Dy/view>
12. El-Qushayri AE, Ahmed Kamel AM, Reda A. & Ghazy S. Does dengue and COVID-19 co-infection have worse outcomes? A systematic review of current evidence [Internet]. 2022 [cited 5 September, 2023]. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9111070/pdf/RMV-32-0.pdf>
13. Prapty CNBS, Rahmat R, Araf Y, Shounak SK, Noor-A-Afrin, Rahaman TI, Hosen MJ, Zheng C, Hossain MG. SARS-CoV-2 and dengue virus co-infection: Epidemiology, pathogenesis, diagnosis, treatment, and management [Internet]. 2023 [cited 24th October, 2023]. Available from doi: 10.1002/rmv.2340.
14. ชมชนก วงษ์ฐากร. คู่มือแปลผล Lab ตรวจเลือด กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์; 2562.
15. Teotonio IMSN, Carvalho JL, Castro LC, Nitz N, Hagstrom L, Rios GG, Oliveira M, Dallago BSL, Hecht M. Clinical and biochemical parameters of COVID-19 patients with prior or active dengue fever [Internet]. 2021 [cited 25th October 2023]. Available from doi: 10.1016/j.actatropica.2020.

รายงานผู้ป่วย

Case Reports

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับ มีลมและเลือดออกในเยื่อหุ้มปอดและกระดูกหัก

หลายตำแหน่ง : กรณีศึกษา

Nursing Care for multiple trauma patient with Head Injury with Pneumothorax and Multiple fractures : case report

ขวัญจิต พุกชะวัน พย.ม.

โรงพยาบาลสามง่าม

บทคัดย่อ

การบาดเจ็บหลายระบบ เป็นการเกิดอุบัติเหตุที่มีผลกระทบต่อร่างกายหลายแห่งของผู้ป่วยหรือหลายระบบในเวลาเดียวกัน ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาที่รวดเร็วจากสมองได้รับการบาดเจ็บรุนแรง ซ็อกจากการเสียเลือดอย่างรุนแรง อาจมีทางเดินหายใจอุดตันหรือการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยชายไทย อายุ 18 ปี เข้ารับการรักษา ด้วยอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ ล้มเอง แกร็บ รู้สึกตัวดี E4V5M6 pupil 2 mm RTL BE BP 112/75 mmHg PR 100 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส มีอาการแน่นหน้าอกมีแผลฟกช้ำที่ตาซ้าย ปวดต้นคอ มือซ้าย และ ต้นขาซ้ายผิดรูป ผลเอกซเรย์พบมีลมและเลือดออกในเยื่อหุ้มปอดด้านขวา กระดูกต้นขาซ้ายและกระดูกฝ่ามือซ้ายหัก สงสัยกะโหลกศีรษะร้าว ขณะอยู่ที่ห้องฉุกเฉินอาเจียนเป็นเลือดเก่าๆ 100 cc BP 90/70 mmHg PR 120 ครั้ง/นาที RR 24 ครั้ง/นาที O₂ sat 90 % RA ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่สำคัญในเรื่อง การเฝ้าระวังภาวะซ็อกจากการเสียเลือด การดูแลใส่สายระบายทรวงอก การตามกระดูกต้นขาซ้ายและกระดูกฝ่ามือ ลดอาการปวด ดูแลด้านจิตใจลดความวิตกกังวล และการดูแลขณะส่งต่อ

ผลลัพธ์ : ผู้ป่วยได้รับการดูแลแก้ไขภาวะคุกคามต่อชีวิตและส่งต่อไปที่โรงพยาบาลพิจิตรอย่างปลอดภัย

คำสำคัญ : การพยาบาล การบาดเจ็บหลายระบบ มีลมและเลือดออกในเยื่อหุ้มปอด

Abstract

Multiple trauma is an accident that affects many bodies of the patient or multiple systems simultaneously. The cause of the patient's death is a severe head injury, Hypovolemic shock, airway obstruction, and non-effective breathing.

case study: A 18-years-old Thai male patient was admitted after a motorcycle accident with E4V5M6 pupil 2 mm RTL BE BP 112/75 mmHg PR 100 bpm RR 20 bpm body temperature 37.0 C, chest discomfort, left periorbita swelling, neck pain, left hand and leg were deformed, pneumothorax right lung, fracture left hand and femur, and R/O skull fracture by x-rays. He vomited coffee ground about 100 ml., BP 90/70 mmHg, PR 120 bpm, RR 24 bpm, O₂ sat

90% RA. This patient received appropriate critical care according to international standards, including psychological care during admission and transfer.

Results: This patient received a life-threatening condition and safe life.

Keywords : Nursing care, Multiple trauma, Pneumohemothorax

บทนำ

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย ส่งผลต่อชีวิตทรัพย์สินและการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม จากสถิติการบาดเจ็บของประเทศไทยพบว่า ปี 2564 มีผู้เสียชีวิตจำนวน 13,261 คน ปี 2565 เสียชีวิตจำนวน 15,012 คน ปี 2566 จำนวน 10 เดือนตั้งแต่ 1 มกราคม ถึง 30 ตุลาคม 2566 เสียชีวิต 10,966 คน และพบว่าในจังหวัดพิจิตร มีจำนวนผู้บาดเจ็บที่เสียชีวิตปี 2564 จำนวน 101 คน ปี 2565 103 คน ปี 2566 จำนวน 10 เดือน ตั้งแต่ 1 มกราคม ถึง 30 ตุลาคม 2566 จำนวน 49 คน การบาดเจ็บที่พบส่วนใหญ่เป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับอวัยวะหลายระบบพร้อมกัน ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาที่รวดเร็ว จากระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิตและระบบประสาททำงานล้มเหลวอย่างเฉียบพลัน สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต คือ สมองได้รับการบาดเจ็บรุนแรง ทางเดินหายใจอุดตัน หรือการหายใจไม่มีประสิทธิภาพและการเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด (hypovolemic shock)⁽¹⁾

สถานการณ์การบริการในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลสามง่ามซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ พบผู้ป่วยอุบัติเหตุที่บาดเจ็บหลายระบบทั้งหมดปี 2564 จำนวน 8 ราย เสียชีวิต 2 ราย ปี 2565 จำนวน 9 ราย เสียชีวิต 3 รายปี 2566 จำนวน 10 เดือนตั้งแต่ 1 มกราคม ถึง 30 ตุลาคม 2566 บาดเจ็บจำนวน 6 ราย เสียชีวิต 3 ราย ซึ่งมีแนวโน้มการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น สภาพปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบพบว่ามีข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคล รูปแบบการดูแลมีหลากหลาย บุคลากรส่วนมากจะปฏิบัติตามความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ที่มีอยู่ของแต่ละบุคคลทำให้ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน อาจทำให้เกิดความล่าช้าและเกิดผลเสียกับผู้ป่วยได้ ดังนั้นเพื่อให้การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยอุบัติเหตุ

บาดเจ็บหลายระบบได้รับการดูแลตามมาตรฐานในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน จึงได้มีการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะ ร่วมกับมีลมและเลือดออกในเยื่อหุ้มปอดและกระดูกหักหลายตำแหน่ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โดยการประเมินตั้งแต่แรกรับรวมทั้งสามารถวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการที่เปลี่ยนแปลง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต⁽²⁾ ผลกระทบจากการบาดเจ็บหลายระบบ ได้แก่

1) ภาวะช็อกที่เกิดจากการสูญเสียปริมาณเลือด (Hypovolemic shock) ซึ่งเกิดจากการมีแผลเปิดจากการได้รับบาดเจ็บหรืออวัยวะภายในถูกกระทบกระแทกที่ไม่มีบาดแผลภายนอก และเมื่อร่างกายได้รับบาดเจ็บจะเกิดการอักเสบจากเนื้อเยื่อถูกทำลายและถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและครอบคลุมการอักเสบจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและรุนแรงมากจนเกิดเป็นกลุ่มอาการอักเสบตามระบบต่างๆ ทั่วร่างกาย (Systemic inflammatory response syndrome) และถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ทันท่วงที จะเกิดการติดเชื้อในร่างกายทำให้เกิดความล้มเหลวในการทำงานของแต่ละส่วนอวัยวะที่ได้รับผลกระทบเป็นอวัยวะแรกคือปอด โดยมีอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรง (Acute respiratory distress syndrome)⁽³⁾

2) ความปวด (Pain) เกิดจากการได้รับบาดเจ็บและมีบาดแผลเกิดขึ้นจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย มีผลกระทบต่อรีเฟล็กซ์ต่างๆ ของร่างกายทำให้เกิดการขยายของหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral vasodilatation) เกิดอาการหน้ามืดเป็นลม หรือช็อกจนกระทั่งเกิดภาวะการไหลเวียนล้มเหลวและเสียชีวิตได้ ร่างกายจะตอบสนองโดยมี

การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เช่น ความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นหายใจเร็วขึ้นหรือเหนื่อยหอบ เหงื่อออกตัวเย็น สีหน้าท่าทาง หรือการส่งเสียงเปลี่ยนไป ความปวดมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ⁽⁴⁾

3) การบาดเจ็บที่ทรวงอก (Chest Trauma) ซึ่งเกิดจากการบาดเจ็บแบบชอกช้ำ (Blunt chest trauma) หรือมีบาดแผลทะลุทะลวงทรวงอก (Penetrating chest trauma) การบาดเจ็บของซี่โครงและปอด มักทำให้กระดูกซี่โครงหักหนึ่งหรือหลายซี่ได้ อาจทำให้มีการฉีกขาดของเนื้อปอดและเส้นเลือดแล้วมีลมรั่วจากทางเดินหายใจ เข้าสู่เยื่อหุ้มปอด ที่พบบ่อยได้แก่ภาวะมีลมหรือเลือดหรือทั้งลมและเลือดรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumo-Hemo-Thorax) และภาวะลมอัดตันในช่องเยื่อหุ้มปอด (Tension Pneumothorax) ซึ่งเป็นภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด ในลักษณะที่ผ่านเข้าไปในทรวงอกได้ทางเดียว (One Way valve) เวลาหายใจเข้า อากาศสามารถ ผ่านเข้าไปได้ แต่เวลาหายใจออกซี่โครงยุบตัวปิดบาดแผลไว้ ลมจึงถูกขังอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอดจนสูญเสียความดันลบ ส่งผลให้ปอดหดตัวเข้าขั้วปอด ทำให้เกิดปอดแฟบ การไหลเวียนเลือดดำกลับสู่หัวใจลดลง ปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจไปเลี้ยงร่างกายในเวลาหนึ่งนาที (Cardiac Output) ลดลง นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดการดันผนังกันทรวงอกไปทางตรงข้าม (Mediastinal shift)⁽⁴⁾

4) การบาดเจ็บของช่องท้อง (Abdominal trauma) อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บที่พบบ่อยคือม้าม ตับ และตับอ่อน การบาดเจ็บของอวัยวะเหล่านี้ในรายที่เสียเลือดมากอาจทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้จากภาวะช็อกจากการเสียเลือด อาการที่พบคืออาการปวดท้อง ปวดร้าวไปสะบักหรือไหล่

5) การบาดเจ็บที่ศีรษะและไขสันหลัง (Head Injury and spinal cord injury) ปัญหาที่ทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้แก่ภาวะหายใจลำบาก (Respiratory distress) ภาวะช็อกจากการเสียเลือด (Hypovolemic shock) และภาวะสมองได้รับบาดเจ็บรุนแรง (Severe Traumatic brain injury) ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่มักเกิดร่วมกันเมื่อมีการบาดเจ็บหลายระบบ การบาดเจ็บของ

ไขสันหลัง (Spinal cord injury) พบบ่อยที่ส่วนคอ C5 และ C6 รองลงมาการบาดเจ็บส่วนเอว ระดับ L1 และ L5

6) การบาดเจ็บของกระดูกและข้อ (Bone and joint injury) มักเกิดร่วมกับอันตรายต่อเนื้อเยื่อใกล้เคียง เส้นเลือด เส้นประสาท เส้นเอ็นและหลอดน้ำเหลือง การหักของกระดูกเชิงกรานและกระดูกต้นขา อาจมีอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ จากการเสียเลือด หรือจากการบาดเจ็บของอวัยวะภายในและอาจทำให้อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรจากเส้นเลือด เส้นประสาทที่อยู่ส่วนปลายถูกกด

การบาดเจ็บหลายระบบถือว่าการบาดเจ็บที่มีความรุนแรง เพื่อป้องกันความผิดพลาดของการวินิจฉัย และลดโอกาสเสียชีวิต การประเมินผู้ป่วยจึงมีความสำคัญมากเพื่อหาภาวะคุกคามต่อชีวิตและให้การช่วยเหลือแก้ไขภาวะเร่งด่วนในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบอย่างทันท่วงที ซึ่งประกอบไปด้วยขั้นตอน ดังนี้⁽⁵⁾

1. การประเมินอาการขั้นต้น (Primary survey)

1.1) การประเมินทางเดินหายใจและป้องกันการบาดเจ็บของกระดูกต้นคอ (Airway and cervical spine protection) โดยสังเกตการบาดเจ็บบริเวณใบหน้า และลำคอ การหายใจมีเสียงดังหรือติดขัด หากมีการขีดขวางทางเดินหายใจให้ทำหัตถการเพื่อช่วยเปิดทางเดินหายใจ ได้แก่ chin-lift หรือ maneuver jaw thrust หรือการใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรใส่ Philadelphia collar ไว้จนกว่าจะตรวจไม่พบว่ามี cervical spine injury

1.2) การประเมินการหายใจ (Breathing) เป็นการตรวจว่าผู้ป่วยมีลักษณะการหายใจที่เป็นปกติหรือไม่ มี ventilation และ oxygenation พอเพียง มองหาภาวะ pneumothorax, hemothorax, flail chest, และ lung contusion เป็นต้น

1.3) การประเมินระบบไหลเวียนโลหิตและการห้ามเลือด (Circulation and hemorrhagic control) ทั้ง Central และ Peripheral Circulation เป้าหมายคือมี Capillary refill ที่ดีทุกข้อมือ และมีความดันโลหิตปกติ ผู้ประเมินต้องมองหาสาเหตุของการสูญเสียเลือด ทำการห้ามเลือด และแก้ไขภาวะ shock ด้วยสารน้ำและผลิตภัณฑ์ของเลือด การสูญเสียเลือดแบ่งออกเป็น 2 ชนิด

ได้แก่ การสูญเสียเลือดภายนอก (External hemorrhage) เช่น บาดแผลฉีกขาด กระดูกหักแบบเปิดหรือแผลฉีกขาด ร่วมกับการบาดเจ็บของเส้นเลือดแดงใหญ่ เป็นต้น ให้ทำการห้ามเลือดด้วยการใช้ Pressure dressing หลีกเลียงการใช้ Tourniquet เนื่องจากอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาท และอาจทำให้ส่วนปลายรยางค์ขาดเลือดได้และการสูญเสียเลือดภายใน (Internal hemorrhage) ได้แก่ กระดูกต้นขาหัก หรือกระดูกเชิงกรานหัก หากตรวจร่างกายพบรอยฟกช้ำบริเวณ pelvis, pubic symphysis หรือ perineum ให้การทำใส่ pelvic binder ก่อนเสมอ จนกว่าจะยืนยันว่าไม่มีภาวะกระดูกเชิงกรานหัก

1.4) การประเมินความรู้สึกตัว (Disability) ได้แก่ การตรวจทางระบบประสาท และระดับการรู้สึกตัว (Glasgow coma scale), ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ, ระบบทางเดินปัสสาวะ, ระบบการสืบพันธุ์

1.5) การประเมินการบาดเจ็บภายนอกและดูแลอุณหภูมิร่างกาย (Exposure and environment control) เป็นการถอดเสื้อผ้าที่ปกคลุมร่างกาย เพื่อตรวจหาสิ่งผิดปกติทั่วร่างกาย รวมทั้งการบาดเจ็บบริเวณหลังและกระดูกสันหลังพลิกตะแคงตัวโดยใช้วิธี log roll maneuver ภายหลังการประเมิน primary survey ด้วยการตรวจร่างกายแล้ว ควรส่งภาพรังสีอย่างน้อย 3 ภาพเสมอ คือ chest x-ray AP, cervical spine lateral cross table, pelvic AP เพื่อประเมินการบาดเจ็บที่เป็น life threatening conditions และให้การรักษาที่เร่งด่วนต่อไป

2. การประเมินอาการซ้ำอย่างละเอียด (Secondary survey)

ประกอบด้วยการซักประวัติและการตรวจร่างกายทุกระบบโดยละเอียด รวมถึงการส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัย การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น การซักประวัติตามหลัก AMPLE ได้แก่ A : Allergy : การแพ้ยา แพ้สารต่างๆ, M : Medication currently used : ประวัติการใช้ยาปัจจุบัน, P : Past illness and pregnancy : ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และขณะนี้ตั้งครรภ์หรือไม่ L: Last meal : เวลาที่รับประทานอาหาร และดื่มเครื่องดื่มครั้งสุดท้าย และ E: Event and environment related injury:

ประวัติการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น ได้แก่ กลไกการบาดเจ็บ ทำให้ทราบถึงรุนแรงของการบาดเจ็บ รวมถึงตำแหน่งการบาดเจ็บ บริเวณต่างๆ ที่อาจพบร่วมกันได้ และสถานที่เกิดเหตุ จะบ่งบอกถึงความป็นอื่น บริเวณผิวหนัง หรือภายใน บาดแผล กระดูกหักแบบเปิด เวลาที่เกิดการบาดเจ็บ การรักษาที่ได้รับมาก่อน และการตรวจร่างกายโดยละเอียด ให้ตรวจตามระบบ ดังนี้ complete neurological examination, head and skull, maxillofacial, neck, chest, abdomen, perineum, musculoskeletal,

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 18 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง สถานภาพโสด การศึกษาระดับมัธยมศึกษา เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสามง่ามวันที่ 8 มิถุนายน 2566 เวลา 22.48 น. ด้วยอุบัติเหตุซึ่งรถจักรยานยนต์ล้มเองแรกได้รับรู้สึกตัวดี E4V5M6 pupil 2 mm RTL BE BP 112/75 mmHg PR 100 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส O2 sat 98% RA มีอาการแน่นหน้าอก มีแผลฟกช้ำที่ตาซ้าย ปวดต้นคอ มีแผลถลอกที่คางและลำคอด้านซ้าย ต้นขาซ้ายผิดรูป หลังมือซ้ายบวมขณะอยู่ห้องฉุกเฉิน อาเจียนเป็น coffee ground 100 cc BP 90/70 mmHg PR 120 ครั้ง/นาที RR 24 ครั้ง/นาที O2 sat 95% RA ส่งตรวจ CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, PT, INR, FAST ผล negative Film CXR, Skull AP-lateral, Left femur AP- lateral, Pelvis AP, Left hand AP-oblique การวินิจฉัย Mild head injury moderated risk with Right lung pneumothorax with fracture Left femur and fracture MCP of left hand การรักษาใส่สายระบายทรวงอก on ICD no. 32 mask 12 ได้ air และ fresh blood คาสาย, on 0.9% NSS vein load, retained Foley' catheter no 14 with bag urine สีใส 100 cc, retained NG tube for lavage 1500 cc clear, ให้อาหาร transamine 1 gm vein, ceftriazone 2 gm vein, tramol 1 amp vein, plasil 1 amp vein, omeprazole 80 mg vein, splint Left femur and left hand on hard collar and spinal board, on O2 mask with bag 10 LPM ประสานส่งโรงพยาบาลพิจิตร วันที่ 9 มิถุนายน



2566 เวลา 03.00 น.ขณะส่งต่อ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6 pupil 2 mm RTL BE BP 128/83 mmHg PR 82 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที O2 sat 98%

จากรายงานผู้ป่วยพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และให้การพยาบาลดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการบาดเจ็บที่ศีรษะและกระดูกต้นคอ

ข้อมูลสนับสนุน

1) ประสบอุบัติเหตุเหตุซึ่รถจักรยานยนต์ล้มเอง แผลฟกช้ำที่ตาซ้าย เจ็บบริเวณต้นคอ

2) ผล Skull AP-lateral : R/O skull fracture วัตถุประสงค์ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บเพิ่มขึ้น และปลอดภัย

เกณฑ์การประเมินผล

1) ผู้ป่วยได้รับการติดตาม และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด

2) สัญญาณชีพและออกซิเจนในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1) primary survey and resuscitation ประเมินความผิดปกติที่เป็นอันตรายและแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตทันที ได้แก่

- ประเมินทางเดินหายใจ พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบได้ มีแผลฟกช้ำที่ตาซ้าย และเจ็บบริเวณต้นคอ กู้ชีพใส่ hard collar ขนาดและตำแหน่งถูกต้อง on spinal board

- ประเมินการหายใจ การเคลื่อนไหวของทรวงอกปกติ ฟังปอดพบ decrease breast sound right lung คาดว่าทรวงอกได้รับบาดเจ็บ on O2 mask with bag 10LPM

- ประเมินระบบไหลเวียนโลหิต (Circulation) พบกระดูกต้นขาซ้ายบวมผิดปกติ monitor vital sign, O2sat ทุก 15 นาที on 0.9% NSS 1000 cc vein load

- ประเมินระดับความรู้สึกตัว E4V5M6 สังเกตอาการซึมลง คลื่นไส้อาเจียน ประเมิน Neuro sign ทุก 10-15 นาที

- สิ่งแวดล้อม ถอดเสื้อผ้าตรวจร่างกายและห่มผ้าให้ร่างกายอบอุ่น

2) secondary survey ตรวจร่างกายผู้ป่วยอีกครั้ง ตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า เพื่อหาตำแหน่งบาดเจ็บอย่างละเอียด พบแผลถลอกที่คางและลำคอด้านซ้าย มีแผลฟกช้ำที่ตาซ้าย หลังมือซ้ายบวม ไม่มีแผลเปิด

3) ชักประวัติ บันทึกผลการประเมินและ รายงานแพทย์และให้การดูแลตามแผนการรักษาส่งตรวจ CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, PT,INR, DTX stat 153 mg% แพทย์ FAST negative ส่ง Film CXR, Skull AP-lateral, Left femur AP- lateral ,Pelvis, Left hand

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6 pupil 2 mm RTL BE BP 112/75 mmHg PR 100 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส O2 sat 98% on hard collar และ spinal board, splint Left femur and Left hand

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2

ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด เนื่องจากมีกระดูกต้นขาหัก และอาเจียนเป็นเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1) กระดูกต้นขาซ้ายผิดปกติ ผลเอกซเรย์พบ fracture Left femur

2) อาเจียนเป็น coffee ground 100 cc

3) BP 90/70 mmHg PR 120 ครั้ง/นาที RR 24 ครั้ง/นาที O2 sat 95 %

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มีการไหลเวียนโลหิตไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ได้เพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1) สัญญาณชีพ SBP>90 mmHg, DBP>60 mmHg,PR<10 หรือ > 60ครั้ง/นาที

2) อาเจียนเป็นเลือดลดลง

3) Urine output >30 cc/hrs.

กิจกรรมการพยาบาล

1) ลดการเคลื่อนไหว โดยการ splint ต้นขาซ้ายที่ผิดปกติ จัดทำผู้ป่วยให่นอนยกปลายเท้าสูงเพื่อเพิ่มการไหลเวียนกลับของเลือดกลับเข้าสู่หัวใจมากขึ้น

2) ดูแลให้ได้รับสารน้ำทดแทนการเสียเลือดทันทีตามแผนการรักษา on 0.9 % NSS 1000 cc Load ใน 30 นาที

3) ประเมินระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพ O2sat ทุก 15 นาทีจนกว่าจะ stable

4) on O2 mask with bag 10 LPM

5) retained NG tube no.18 lavage, retained Foley catheter no 14 with bag

6) keep warm เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Hypothermia

7) ดูแลให้ได้รับยา Transamine 1 gm และ Omeprazole 80 mg vein ตามแผนการรักษา

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6 BP 110/80 mmHg PR 100 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที O2 sat 100% urine สีใส 100 cc, NG : coffee ground 60 cc lavage 1500 cc :clear

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3

มีการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจากมีลมและเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด

ข้อมูลสนับสนุน

1) มีอาการแน่นหน้าอก ตรวจร่างกายพบ decrease breast sound right lung

2) ผล CXR : right lung pneumothorax

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ทำให้การทำงานของหัวใจและปอดกลับสู่ปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยไม่มีอาการแน่นหน้าอก หายใจสะดวก

กิจกรรมการพยาบาล

1) แจ้งให้ผู้ป่วยทราบ อธิบายแผนการรักษาเหตุผลความจำเป็นที่ต้องใส่สายระบายทรวงอก

2) เตรียมอุปกรณ์ในการทำหัตถการให้พร้อม จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงายชิดขอบเตียงด้านซ้าย ช่วยแพทย์ขณะทำหัตถการใส่สายระบายทรวงอก (ICD)

3) ดูแลการทำงานของ chest drain สังเกตการขึ้นลงของระดับน้ำ (Fluctuation)

4) บันทึกลักษณะ สี จำนวนของ content

5) การทำmilking สายยาง เพื่อช่วยให้ content ที่ค้างในสายไหลสะดวกทำให้อุดขยายตัวได้ดี

6) การป้องกันอุบัติเหตุจากขวด chest drain ล้มหรือแตกขณะเคลื่อนย้ายโดยการเตรียม clamp หุ้มยางไว้อย่างน้อย 2 ตัว เมื่อเกิดเหตุใช้ได้ทันทีป้องกันไม่ให้อากาศภายนอกเข้าสู่ปอด

7) monitor vital sign, O2sat ทุก 15 นาที ถ้าพบว่าความดันโลหิตลดลง < 90/60 มม.ปรอท ชีพจรเต้นเร็ว > 100 ครั้ง/นาที หายใจหอบลึก > 24 ครั้ง/นาที รายงานแพทย์ทันที

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6 BP 110/80 mmHg PR 100 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที O2 sat 100% on ICD no.32 mask 12 ได้ air และ fresh blood คาสายส่ง CXR ซ้ำขยับ mask 8

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4

ไม่ได้รับความสุขสบายเนื่องจากการปวดกระดูกหักที่ต้นขาซ้าย

ข้อมูลสนับสนุน

1) ผลเอกซเรย์พบ fracture Left femur / fracture 2nd MCP of left hand

2) ประเมิน pain score > 7 คะแนน

วัตถุประสงค์ เพื่อลดอาการปวด

เกณฑ์การประเมินผล

สัญญาณชีพปกติ ผู้ป่วยทุเลापวด ประเมิน pain score ลดลง < 7 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1) แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงการบาดเจ็บ อธิบายแผนการรักษาเหตุผลความจำเป็นในการตรึง (splint) กระดูกที่มีความผิดปกติเพื่อ ลดความเจ็บปวด ลดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อรอบบริเวณกระดูกหัก

2) ประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง ทุก 10-15 นาที

3) ประเมินความปวด การลดความเจ็บปวดโดยการตามหรือประคองให้กระดูกอยู่นิ่งๆ การประคบเย็นจะช่วยลดอาการบวม ลดการสูญเสียเลือดและการบาดเจ็บที่รุนแรงขึ้น



4) การประเมินการไหลเวียนเลือดสีผิว อุณหภูมิ อาการบวม การเคลื่อนไหว และความรู้สึกการชา ปวด การรับรู้การสัมผัส

5) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาลดอาการปวดตามแผนการรักษา ได้แก่ tramol 1 amp vein และ plasil 1 amp vein

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6 BP 110/80 mmHg PR 100 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที O2 sat 100% splint Left femur and Left hand อาการปวดทุเลา Pain score 5 คะแนน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะรุนแรงเพิ่มขึ้นขณะส่งต่อ

ข้อมูลสนับสนุน

1) แพทย์สั่งการรักษาส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่ายโดยด่วน

2) สภาวะผู้ป่วย on right ICD มีcontent fresh blood คาสาย, on hard collar on spinal board, splint Left femur and Left hand, On IV fluid

วัตถุประสงค์

เพื่อให้การส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลแม่ข่ายด้วยความปลอดภัย

เกณฑ์การประเมินผล

1) ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2) ไม่มีอาการรุนแรงในขณะที่ส่งต่อและส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อได้อย่างปลอดภัย

กิจกรรมการพยาบาล

1) เตรียมความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ ในรถพยาบาลให้พร้อมในการส่งต่อ

2) ประสานงานและรายงานอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ สัญญาณชีพกับศูนย์ส่งต่อ /พยาบาลหัวหน้าเวรโรงพยาบาลแม่ข่ายทราบและเตรียมความพร้อมไว้รอรับผู้ป่วย

3) จัดพยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างเดินทางไปโรงพยาบาลแม่ข่าย

4) ดูแลท่อระบายทรวงอก สาย NG tube สาย Foley catheter ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่ดึงรั้ง ดูแลให้สารน้ำตลอดการส่งต่อตามแผนการรักษา เพื่อทดแทนปริมาณเลือดที่สูญเสียไป

5) ใช้ระบบ One Province One ER ระหว่างนำส่ง โดยใช้เครื่อง Refer-Telemedicine Monitor ทุก 10 นาที ประสานการดูแลแบบ real time

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6 pupil 2 mm RTL BE BP 128/83 mmHg PR 82 ครั้ง/นาที RR20 ครั้ง/นาที O2 sat 98%RA ส่งต่อผู้ป่วยให้ทีมฉุกเฉินโรงพยาบาลแม่ข่ายเวลา 03.00 น.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6

ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลจากสภาพการบาดเจ็บ

ข้อมูลสนับสนุน

1) ไม่มีญาติทราบว่าผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุและต้องส่งต่อไปที่โรงพยาบาลแม่ข่าย

2) สภาวะผู้ป่วย on right ICD, splint Left femur and Left hand

วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวล
2) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจลักษณะการบาดเจ็บและแผนการรักษาพยาบาลและให้ความร่วมมือ

เกณฑ์การประเมินผล

1) ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล
2) ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1) แสดงความเห็นใจ และเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย

2) ตอบข้อซักถามของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ

3) อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสภาพการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่ได้รับ และแผนการรักษา การตรวจ การทำหัตถการต่างๆ ที่กระทำต่อร่างกายผู้ป่วย ความเจ็บปวดที่ได้รับ

4) ลดความกลัวและความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยให้การพยาบาลด้วยความนิ่มนวล แจ่มใสให้ผู้ป่วยทราบก่อนให้การพยาบาล และ แจ่มผลของการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้ง

5) ช่วยเหลือผู้ป่วยโดยโทรศัพท์ติดต่อญาติ แจ่มให้ญาติทราบการบาดเจ็บของผู้ป่วยและแผนการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ประคับประคองจิตใจและ

อารมณ์ของผู้ป่วยและญาติ ให้กำลังใจ เพื่อให้ปรับตัวและเข้าใจสภาพการบาดเจ็บ และแผนการรักษา รวมถึงอธิบายอาการปัจจุบันของผู้ป่วย และให้โอกาสผู้ป่วยได้พูดคุยกับญาติทางโทรศัพท์ และประสานเวลาที่นำส่งผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลแม่ข่าย แนะนำญาติในการจัดเตรียมเอกสารต่างๆ ตามสิทธิ์ พบ.

การประเมินผล

- 1) ผู้ป่วยมีความเข้าใจและให้ความร่วมมือตามแผนการรักษา
- 2) ผู้ป่วยและญาติคลายความกังวล หลังจากทราบอาการและแผนการรักษาพยาบาล

วิจารณ์

ผู้ป่วยซับซ้อนกรณีการบาดเจ็บตนเองรายนี้ ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ ได้แก่การบาดเจ็บที่ศีรษะและต้นคอมีลมและเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด กระดูกต้นขาหัก กระดูกมือหัก และมีภาวะช็อก ซึ่งมีความยุ่งยากและซับซ้อนในการช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยพ้นจากระยะวิกฤต การดูแลและการจัดการภาวะวิกฤตตั้งแต่แรกจับจึงเป็นสิ่งสำคัญ จะเห็นได้ว่าพยาบาลผู้ปฏิบัติการในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องมีการประเมินผู้ป่วยอย่างเป็นระบบเป็นขั้นตอนให้มีประสิทธิภาพ ตั้งแต่การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น (initial assessment) โดยการทำ primary survey เพื่อค้นหาและแก้ไขภาวะคุกคามชีวิต secondary survey การตรวจร่างกายโดยละเอียด การส่งตรวจวินิจฉัย ตรวจพิเศษต่างๆ จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาได้อย่างทันที่ทันที่ตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมถึงการใช้ทักษะและประสบการณ์ในการประสานความร่วมมือกับแพทย์และทีมสหวิชาชีพอื่นๆ ช่วยแพทย์ทำหัตถการสำคัญ และการตัดสินใจให้การช่วยเหลือแก้ไขภาวะวิกฤต รวมถึงการบริหารจัดการให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อในระบบช่องทางด่วน และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงขณะนำส่งต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จนผู้ป่วยได้รับการส่งต่อถึงโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างปลอดภัย และทันเวลา

สรุป

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ทีมต้องมีสมรรถนะการสื่อสารและการประสานความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมิน และให้การช่วยเหลือที่ถูกต้อง

รวดเร็ว ตั้งแต่จุดเกิดเหตุ และระหว่างนำส่งมาที่ห้องฉุกเฉิน จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการเข้าสู่ระยะวิกฤตรุนแรงได้ พยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินผู้ป่วย เพื่อวินิจฉัยทางการพยาบาลและให้การพยาบาลอย่างเร่งด่วน เพื่อแก้ไขปัญหา วางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการร่วมกับบุคลากรในทีมพยาบาลได้อย่างทันที่ทันที่และมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลง นอกจากนี้ การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีได้ ควรมีการประสานความร่วมมือและพัฒนาศักยภาพทีมทั้งในโรงพยาบาล เครือข่ายทีมกู้ชีพ รวมทั้งพัฒนา trauma Fast tract ทั้งระบบ

เอกสารอ้างอิง

1. สุพัทธา อยู่สุข, พรจันทร์ สุวรรณมนตรี, พิจริยา เจริญรัตน์, น้ำผึ้ง นิลสนธิ. พัฒนารูปแบบการดูแลภาวะช็อกจากการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2560;13(2) :39-49.
2. วิมล อิมอุไร. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ.วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล 2562; 4(1):54-67.
3. ดวงมล สุวรรณ, วิภา แซ่เจี๋ย, ประณีต ส่งวัฒนา. ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ. วารสารสภาการพยาบาล 2561;33(4):33-45.
4. ปัทมา เสนาะคุณ. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองร่วมกับเลือดออกในเยื่อหุ้มปอด 2564;6(1):23-28.
5. อรพรรณ มั่นตระกูล. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก 2563;35 (พิเศษ) 139-149.

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกจากการใช้ยาเมทฟอร์มิน ที่รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

Nursing Care of Patient for Metformin-Associated Lactic Acidosis with Hemodialysis

สุภาภรณ์ นาคเพ็ง ป.พย.

โรงพยาบาลพิจิตร

บทคัดย่อ

ภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกจากการใช้ยาเมทฟอร์มิน เป็นภาวะฉุกเฉินในผู้ที่มีการทำงานของไตลดลง ทำให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน และรุนแรงจนเกิดภาวะหายใจล้มเหลว พยาบาลไตเทียมเป็นบุคคลสำคัญที่ให้การบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีประสิทธิภาพ เพื่อผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้ปลอดภัย

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยชายไทย อายุ 67 ปี มีประวัติปวดท้อง ถ่ายเหลว รับประทานอาหารได้น้อยลง หายใจเหนื่อยหอบ ญาตินำส่งโรงพยาบาลเอกชน มีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น ใส่ท่อช่วยหายใจ และประสานส่งต่อมาโรงพยาบาลพิจิตร โดยมีโรคประจำตัว คือ เบาหวาน รักษาด้วยยาเมทฟอร์มิน แพทย์วินิจฉัย ภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกจากการใช้ยาเมทฟอร์มิน และภาวะไตวายเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลว ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างเร่งด่วนในหอผู้ป่วยหนัก ร่วมกับการรักษาทางยา จนผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต พยาบาลไตเทียมใช้ความรู้ ทักษะ บุคลากรในการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนฟอกเลือด ระยะฟอกเลือด และระยะหลังฟอกเลือด โดยใช้กระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกจากการใช้ยาเมทฟอร์มิน สามารถจัดการการฟอกเลือดได้ตามเป้าหมาย ไตฟื้นตัวกลับมาทำงานได้ ทำให้ผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

คำสำคัญ : ภาวะเลือดเป็นกรดแลคติก การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การพยาบาล

Abstract

Lactic acidosis caused by metformin is an emergency condition in people with reduced kidney function. This causes acute kidney injury and severe respiratory failure. Hemodialysis nurses are important and provide effective hemodialysis therapy for a safe patient's life.

Case Study: A 67-year-old Thai male patient with a history of abdominal pain, loose diarrhea, little food intake, and shortness of breath was taken to a private hospital. Later, symptoms of increased tiredness and breathing were intubated so he was sent to Phichit Hospital. He had underlying diabetes mellitus on metformin, the diagnosis was lactic acidosis from metformin and acute kidney failure with respiratory failure, treated with hemodialysis in the intensive care unit and provided medical treatment until the patient was out of critical condition.

Nurse Artificial dialysis uses knowledge and skills of the nursing process in integrated patient care from the pre-dialysis period, dialysis period, and post-dialysis period.

Conclusions: The patient was safe from lactic acidosis and can manage dialysis as intended.

The kidneys recover and return to function, allowing him to return to his normal life.

Keyword : Lactic acidosis, Hemodialysis, Nursing care

บทนำ

ภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกจากการใช้ยาเมทฟอร์มิน (metformin associated lactic acidosis [MALA]) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญแม้อุบัติการณ์ของภาวะนี้ค่อนข้างต่ำ แต่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับต้นๆ ในผู้ที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันนำมาก่อนเข้ารับการรักษาในขณะที่ Metformin เป็นยาที่ใช้รักษาเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีประสิทธิภาพก็ตาม แต่ในขณะที่เดียวกันยาดังกล่าวก็ถูกกำจัดโดยการกรอง (glomerular filtration) และการขับออกทางท่อของหน่วยไต (renal tubular secretion) เมื่อการทำงานของไตลดลงจะยิ่งเพิ่มระดับยาจนเป็นภัยคุกคามต่อชีวิต^(1,2)

เมื่อสำรวจความชุกของการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกจากการใช้ยาเมทฟอร์มินในระหว่างปี พ.ศ. 2559-2560 เท่ากับ 4.6 รายต่อ 100,000 คนต่อปี และรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น (ร้อยละ 87.3)⁽³⁾ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยยา metformin สูงถึง 6,083 คน หากได้รับยา metformin มากกว่า 1,500 มิลลิกรัมต่อวัน จะมีโอกาสเกิด MALA 2.45 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มี eGFR น้อยกว่า 60 มิลลิลิตรต่อนาที จะเพิ่มโอกาสเกิด MALA ได้สูงถึง 4.24 เท่า⁽⁴⁾ ถึงแม้ว่าการรักษาด้วยยา metformin จะมีความจำเป็นในทางการรักษาโรคร่วมก็ตาม หากผู้ป่วยเหล่านี้มาตรวจตามนัดที่สม่ำเสมอ และสามารถประเมินภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม อาจช่วยลดโอกาสเกิดความรุนแรงและหายเป็นปกติโดยไม่มีรอยโรคเดิม

โรงพยาบาลพิจิตร เป็นโรงพยาบาลจังหวัดที่มีศักยภาพระดับทุติยภูมิให้การรักษาผู้ป่วยภาวะเลือดเป็นกรดแลคติก 2564-2566 เท่ากับ 6, 14 และ 20 คนตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในปี

พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกจากการใช้ยาเมทฟอร์มินมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 50) ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม⁽⁵⁾ ดังนั้นพยาบาลไตเทียมควรให้ความสำคัญในการติดตามปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเหล่านี้

สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกเกินในร่างกายนัดได้ว่าเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่เร่งด่วน ในการจัดการแก้ไขภาวะไตวายเฉียบพลัน ปัจจุบันมีการรักษาที่ก้าวหน้ามากขึ้น ซึ่งการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นวิธีการรักษาบำบัดทดแทนไตที่สำคัญ ดังนั้นพยาบาลไตเทียมต้องปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยฟอกเลือดได้ตามเป้าหมายจนไตฟื้นตัวกลับมาทำงานได้เป็นปกติ

ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกจากการใช้ยาเมทฟอร์มินที่รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการแก้ไขภาวะฉุกเฉินและปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเลือดเป็นกรดแลคติก และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาการดำเนินโรค ปัญหา และผลการรักษาผู้ป่วย metformin associated lactic acidosis ที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
2. เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากยา metformin และไตวายเฉียบพลันในรายต่อไปที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษารายกรณีผู้ป่วย 1 ราย เลือกเฉพาะเจาะจงผู้ป่วยที่รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม



โรงพยาบาลพิจิตร ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2566 โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ทบทวนเอกสารและวรรณกรรม นำข้อมูลมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนปฏิบัติการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 67 ปี อาชีพทำนาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพิจิตร เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2566 รับการส่งตัวจากโรงพยาบาลเอกชน

การวินิจฉัยโรคหลัก Metformin associated lactic acidosis

การวินิจฉัยโรคร่วม Acute respiratory failure, Acute kidney injury, DM type 2

อาการสำคัญ หายใจเหนื่อยหอบ 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 4 วันก่อนมาโรงพยาบาล หายใจเหนื่อย หายใจไม่สะดวก ไม่ได้รักษาที่ใด 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้อง ท้องเสีย ไม่มีไข้ รับประทานอาหารได้น้อยลง ไปรับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 ชั่วโมงก่อนมา หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้นไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน E4V5M6 ความดันโลหิต 169/88 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 40 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจน 96% ได้รับการรักษาโดยใส่ท่อหลอดลม ให้ยา Fentanyl 100 มิลลิกรัม IV domicum 10 มิลลิกรัม IV normal saline 1,000 มิลลิตร IV 100 มิลลิตร/ชั่วโมง HCO₃⁻ = 10.3 ได้ 7.5 % NaHCO₃ 50 มิลลิตร IV Trop-T < 40 ATK : negative on Fentanyl 1,000 : 100 10 c.c. /hr. ประสานส่งต่อมาโรงพยาบาลพิจิตร

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เป็นโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง ประมาณ 5 ปี รักษาโดยใช้ยา metformin (500) 2x3 pc., Glipizide (5) 2x3 ac., ASA (81) 1x1 pc. ซ้ำยาแก้ปวดรับประทานเป็นบางครั้ง

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Lactate = 26.5 , BUN = 77 , Cr= 12.43 , eGFR = 3.68, Electrolyte: Na = 145 , K = 6.08 , Cl = 87 , CO₂ =

2 , Ca = 9.3 , P = 19.2 , Mg = 3.9 , ABG: pH = 6.72, PaCO₂ = 16.2, PaO₂ = 144, HCO₃⁻ = 2, O₂ saturation = 97.5% , UA : urine sugar 3+, Protein 3+

อาการแรกเริ่มและการรักษา

E2VTM2 on ETT 8 mark 24 ต่อ ventilator PCV/AC IP 18 RR 24 PEEP 5 FiO₂ 0.4 IT 0.8 ผู้ป่วยหายใจ RR 24-26 ครั้งต่อนาที O₂ saturation 98% มี cyanosis ขา 2 ข้าง on monitor EKG show HR 104/min Tall peak T on IV Acetar 1,000 มิลลิตร IV drip rate 100 mL/hr , Fentanyl 100 mcg + NSS 1,000 c.c. IV drip rate 10 c.c./hr Retained Foley's cath urine สีเหลืองใส ค่าความดันโลหิต 87/55 มิลลิเมตรปรอท on Levophed(8:250) IV rate 10 c.c./hr ให้การรักษาแก้ไขภาวะ lactic acidosis ด้วย 7.5% sodium bicarbonate IV drip แก้ไขภาวะ Hyperkalemia ด้วย Kalimate 30 กรัม + น้ำ 50 มิลลิตร PO ทุก 4 ชั่วโมง ส่งปรึกษาอายุรแพทย์โรคไต พิจารณาให้ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่หอผู้ป่วยหนัก อาการผู้ป่วยก่อนฟอกเลือดผู้ป่วยกระตุ้นไม่ลืมตา ทำตามบอกได้ช้าๆ หายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจเหนื่อยหอบ มี cyanosis ทั่วตัว สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 88/53 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นหัวใจ 100-110 ครั้งต่อนาที มี Tall peak T อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที O₂ saturation = 97.5% on Levophed (8:250) IV rate 30 c.c./hr ขณะฟอกเลือดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ ผู้ป่วยอาการดีขึ้นเรื่อยๆ มีการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกวัน วันที่ 2-3 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ยัง on ventilator อยู่ BUN 43 , Cr 5.5 , HCO₃⁻ 12.2 , K 4.16 , Lactate 2.5 แก้ไขภาวะ acidosis โดยการใช้ยา try wean ventilator วันที่ 4 ผู้ป่วยหายใจได้เองสามารถถอด Endotracheal tube ออกได้ สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นหัวใจ 64-70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที Fluid intake 5,100 c.c. urine 5,300 c.c. อายุรแพทย์โรคไตพิจารณาให้ถอดสายสวนสำหรับฟอกเลือดออกได้เนื่องจากไตสามารถกลับมาทำหน้าที่ได้ใกล้เคียงปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN 34 , Cr 1.89 , eGFR 35.91 , HCO₃⁻ 26.6 , K 3.35 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน

ได้ วันที่ 16 กรกฎาคม 2566 รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 6 วัน ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเรื่องการชะลอไตเสื่อม การมาตรวจตามนัด วันที่ 21 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN 19 , Cr 1.22 , eGFR 60.97 , HCO₃ 28 , K 3.6

การพยาบาลกรณีศึกษา

เมื่อพยาบาลไตเทียมได้รับแจ้งจากแพทย์ และประสานกับพยาบาลหอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตมีความเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายขณะเคลื่อนย้ายไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมายังหน่วยไตเทียมได้พยาบาลต้องเตรียมเครื่องฟอกเลือด (Hemodialysis machine) ระบบผลิตน้ำบริสุทธิ์สำหรับฟอกเลือดชนิดเคลื่อนที่ได้ (RO portable) และอุปกรณ์พร้อมไปทำที่หอผู้ป่วยหนักเตรียมสถานที่ ประเมินอาการ ได้มีการวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล และแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยแบ่งการพยาบาลผู้ป่วยเป็น 3 ระยะ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การพยาบาลผู้ป่วยก่อนฟอกเลือด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1

ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล กลัว เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยและการรักษาด้วยการฟอกเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต
- ผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดในหอผู้ป่วยหนัก
- ญาติมีสีหน้าวิตกกังวล

วัตถุประสงค์ เพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยและญาติรับทราบ เข้าใจแผนการรักษา ให้ความยินยอมในการรักษา
- สีหน้าคลายความวิตกกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยการพูดคุย ซักถาม ประเมินความรู้ความเข้าใจของญาติต่อการเจ็บป่วย

2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาของโรงพยาบาล

3. อธิบายวิธีการ ความสำคัญ และความจำเป็นในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การเตรียมเส้นเลือดก่อนฟอก ภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น

4. แจกสิทธิการรักษา

5. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้ญาติลงนามยินยอมการรักษาตามแบบฟอร์ม

6. แจ้งความก้าวหน้าของการฟอกเลือดและอาการผู้ป่วยให้ญาติทราบเป็นระยะ

7. บอกให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่า จะมีพยาบาลคอยดูแลตลอดเวลา ลดความกลัวและให้รู้สึกมั่นใจว่าได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

การประเมินผล

ญาติมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล มีความเข้าใจและลงนามยินยอมรับการรักษา โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลไม่ต่อต้านการรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2

มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายสวนหลอดเลือด (Double lumens catheter)

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดบริเวณขาหนีบข้างขวา
- มีเลือดซึมบริเวณแผลทางออก (exit site) ของสายสวนหลอดเลือด

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายสวนหลอดเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายสวนหลอดเลือด ได้แก่ เลือดออก การติดเชื้อ การเลื่อนหลุด

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตการมีเลือดซึมของแผล อาการบวมใต้ผิวหนังบริเวณสายสวน ถ้ามีเลือดออก ใช้ผ้าก๊อสดับบริเวณเหนือทางออกของสายสวนจนเลือดหยุด

2. ทำความสะอาดแผลทางออกของสายสวนหลอดเลือด ด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ



3. ระวังสายไม่ให้ตึงรั้ง อาจเกิดการเลื่อนหลุดของสายสวนหลอดเลือด

4. ระวังไม่ให้สายสวนหลอดเลือดอยู่ในลักษณะหักงอนานเกินไป เช่น งอขาข้างที่ใส่สายสวน สายอาจหักงอ อาจเกิดปัญหาในการเปิดอัตราการไหลของเลือดได้ไม่ดี

5. ดูแลความสะอาดของแผล และบริเวณข้างเคียง ให้สะอาดและแห้ง ถ้าเปียกชื้นเป็นปัสสาวะหรืออุจจาระ ต้องทำความสะอาดแผลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

การประเมินผล

หลังการฟอกเลือด แผลแห้งดี ไม่มีเลือดซึม ไม่มีเลือดออกใต้เนื้อเยื่อ หลังใส่สายสวน 5 วัน ไม่มีอาการของการติดเชื้อ สามารถถอดสายสวนหลอดเลือดออกได้

ระยะที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยระหว่างฟอกเลือด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3

มีภาวะของเสียคั่งร่วมกับเลือดเป็นกรด และภาวะไม่สมดุลของ electrolyte จากไตเสียหายที่

ข้อมูลสนับสนุน

- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Lactate= 26.5 , BUN= 77, Cr= 12.43, eGFR= 3.68, ABG: pH= 6.72, PaCO₂ = 16.2, PaO₂ = 144, HCO₃ = 2 Electrolyte : Na = 145 , K = 6.08 , Cl = 87 , HCO₃ = 2 , Ca = 9.3 , P = 19.2 , Mg = 3.9
- ผู้ป่วย on Endotracheal tube with ventilator หายใจเหนื่อยหอบสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 88/53 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นหัวใจ 100-110 ครั้งต่อนาที มี Tall peak T อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที O₂ saturation = 97.5%

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเลือดเป็นกรด และภาวะไม่สมดุลของ electrolyte

เกณฑ์การประเมิน

- ระดับความรู้สึกตัวดีขึ้นจาก E2VTM4
- มีภาวะของเสียคั่งและภาวะเลือดเป็นกรดลดลง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ Lactate= 0.5-2.2 mmol/L , BUN = 6-20 mg/dl , Cr = 0.51-0.95 mg/dl

- ผล Electrolyte ปกติ: Na=136-145 mmol/L, K= 6.08 mmol/L , Cl= 87 mmol/L , HCO₃ = 2 mmol/L

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการผู้ป่วยตามแบบฟอร์มใบบันทึกการฟอกเลือด
2. ตรวจสอบข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย และดูแผนการรักษาของแพทย์ คู่มือฉีดยาโรค ปัญหาที่พบ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อวางแผนการพยาบาลระหว่างฟอกเลือด
3. ตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ตั้งการทำงานของเครื่องไตเทียมตามแผนการรักษา (Dialysis Prescription)
4. ประเมินอาการ วัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง
5. ติดตามการทำงานของเครื่องฟอกเลือด ตรวจสอบบันทึกการเปลี่ยนแปลงค่าให้อยู่ใน normal limit ลงบันทึกในใบบันทึกการฟอกเลือด (Hemodialysis record)
6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาและสารน้ำตามแผนการรักษา
7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หลังจากรเสร็จสิ้นการฟอกเลือด

การประเมินผล

หลังได้รับการฟอกเลือด ผู้ป่วยทุเลาหายใจเหนื่อยหอบ สัญญาณชีพความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นหัวใจ 90-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Lactate = 2.5, BUN = 43, Cr= 5.5, eGFR = 9.76, Na = 135, K= 4.16, Cl= 89, HCO₃ = 12.2, P = 5, Mg = 2

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ Hypotension , Arrhythmia , Cardiac arrest , First use syndrome , Dialysis Disequilibrium Syndrome , Air embolism

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วย Metformin associated lactic acidosis, Acute Kidney injury ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ด้วยข้อบ่งชี้ metformin intoxication , severe metabolic acidosis , hyperkalemia
- on Endotracheal tube with ventilator coma score E2-3M4VT
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Potassium 6.08 mEq
- ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) Tall peak T present at V2-V5
- ความดันโลหิต 89/53 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นหัวใจ 100-110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที เหนื่อยหอบ
- on Levophed (8:250) IV drip 30 c.c./hr

เกณฑ์การประเมิน

- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
- ฟอกเลือดได้ครบ 4 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

การดูแลก่อนฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ด้านผู้ป่วย

1. สังเกตสภาพร่างกายทั่วไป วัดสัญญาณชีพ สังเกตลักษณะการหายใจ จังหวะการเต้นของหัวใจ
2. ตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยและแผนการรักษาของแพทย์

ด้านเครื่องไตเทียมและวงจรไตเทียม

1. ตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องไตเทียม โดยทดสอบเครื่องทุกครั้งก่อนใช้งาน
2. ตรวจสอบระดับ conductivity ชนิดของน้ำยา dialysate และปรับอุณหภูมิของน้ำยา 36 องศาเซลเซียส
3. ตรวจสอบตัวกรอง เลือกให้ตรงตามแผนการรักษา
4. ตรวจสอบสายข้อต่อตามจุดต่างๆ ของสายส่งเลือด (blood line) ให้แน่น ป้องกันการหลุดรั่วซึม ซึ่งอาจทำให้ฟองอากาศเข้าไปในระบบวงจรไตเทียมหรือการรั่วซึมของเลือดออกนอกวงจรไตเทียมได้ พร้อมทั้งใส่ venous blood line เข้าใน line clamp ไว้ตลอดการฟอกเลือด

การดูแลระหว่างการฟอกเลือด

1. การเริ่มต้นการฟอกเลือด ต่อสายส่งเลือดด้าน artery และ vein เข้ากับ hemodialysis catheter พร้อมกัน เพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำ
2. เปิด Blood pump โดยเริ่มต้น BFR 150-200 มิลลิเมตรต่อนาทีก่อน เพื่อประคอง Hemodynamic
3. สังเกตระดับความรู้สึกตัว ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงขณะดึงเลือดเข้าวงจรใน 15 นาทีแรก และทุก 30 นาที หลังต้องวงจรเลือดเข้าเครื่องไตเทียม
4. เฝ้าระวังอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้การป้องกันและแก้ไขอาการผิดปกติตามแนวปฏิบัติการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนของหน่วยไตเทียม
5. ดูแลให้ผู้ป่วย on ventilator setting ตามแผนการรักษา
6. ตรวจสอบให้เครื่องไตเทียมทำงานปกติตลอดเวลา
7. ตรวจสอบความผิดปกติของวงจรไตเทียมเป็นระยะๆ
8. สังเกตลักษณะความผิดปกติของสีเลือดในวงจรไตเทียมและการรั่วซึมของข้อต่อต่างๆ

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนระหว่างฟอกเลือด ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 85/50-100/60 มิลลิเมตรปรอท EKG monitor อัตราการเต้นของหัวใจ 90-100 ครั้งต่อนาที ระดับความรู้สึกตัวดีขึ้น ได้รับการฟอกเลือดครบ 4 ชั่วโมงตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5

มีภาวะพร่องออกซิเจนจากภาวะหายใจล้มเหลว

ข้อมูลสนับสนุน

- on Endotracheal tube with ventilator หายใจเหนื่อยหอบ
- ความดันโลหิต 89/53 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นหัวใจ 100-110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที หายใจเหนื่อยหอบ
- มี peripheral cyanosis ABG: pH = 6.72, PaCO₂ = 16.2, PaO₂ = 144, HCO₃ = 2 O₂ saturation = 98%
- Lactate = 26.5

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

- อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ไม่เหนื่อยหอบ
- ไม่มี cyanosis
- ผล ABG: pH 7.35-7.45, PaCO₂ 35-45, PaO₂ 80-100, HCO₃ 22-26, O₂ saturation = 95-100%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ on E.T.tube with ventilator setting PCV mode PI = 24, RR = 22, PEEP = 5 Fio₂ = 0.4, TI 0.8
2. ตั้งการทำงานของเครื่องไตเทียมตามแผนการรักษา
3. ประเมินสัญญาณชีพ, O₂ saturation และสังเกตการหายใจทุก 30 นาที
4. ตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม รมั้ดระวังท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด
5. suction clear airway เมื่อมีเสียงเสมหะ

การประเมินผล

ระหว่างและหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทุเลาเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 85/50-100/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นหัวใจ 90-100 ครั้ง/นาที O₂ saturation = 95-98 % มี cyanosis ลดลง

ระยะที่ 3 การพยาบาลผู้ป่วยหลังฟอกเลือด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน หลังได้รับการฟอกเลือด ได้แก่ ภาวะ Dialysis Disequilibrium Syndrome, การติดเชื้อ

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วย on Endotracheal tube with ventilator
- ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งแรก
- มีสายสวนหลอดเลือดอยู่ที่ right femoral vein

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน Dialysis Disequilibrium Syndrome, การติดเชื้อ

เกณฑ์การประเมินผล

- ระดับความรู้สึกตัวไม่ลดลง
- บริเวณ exit site ของสายสวนหลอดเลือดไม่มีเลือดออก ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการผู้ป่วยจนแน่ใจว่าไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยการตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัวก่อนส่งต่ออาการให้พยาบาลเจ้าของไข้
2. ประเมิน exit site ของสายสวนหลอดเลือดว่ามีเลือดออกหรือ hematoma หรือไม่
3. ทำแผลบริเวณทางออกสายสวนหลอดเลือด พร้อมทั้งให้คำแนะนำการดูแลแผลเพื่อป้องกันการติดเชื้อให้กับพยาบาลเจ้าของไข้
4. ประเมินและสรุปผลลัพธ์ของกระบวนการฟอกเลือด พร้อมทั้งลงบันทึก
5. วางแผนการรักษาพยาบาลต่อเนื่องร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

การประเมินผล

หลังได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดีขึ้น ไม่มีไข้ แผล exit site ของสายสวนหลอดเลือดแห้งดี ไม่มีเลือดซึม ไม่บวมแดง

วิจารณ์

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกจากการใช้ยาเมทฟอร์มินในผู้ป่วยเบาหวาน มีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง ซึ่งเป็นเหตุที่สามารถป้องกันได้ถ้าหากผู้ป่วยมีความรู้ในการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองที่เพียงพอ แม้ว่าจะมีความรู้ก็มีโอกาสเกิดภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกเกินได้เช่นกัน อาจเกิดจากปัจจัยเสริม ในขณะที่มีอาการของภาวะไตวายเฉียบพลัน ก็เป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการของปัจจัยเหล่านั้น ทำให้เพิ่มระดับความรุนแรงถึงขั้นเกิดภาวะหายใจล้มเหลว ทั้งนี้การรักษาบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นวิธีการดูแลรักษาพยาบาลในระดับสากล ที่สามารถทำให้ไตฟื้นตัวกลับมาทำงานได้เป็นปกติพยาบาลไตเทียมต้องใช้ทั้งความรู้ ทักษะ ความสามารถในการฟอกเลือดตามค่าเป้าหมาย การจัดการแก้ไขภาวะ

ฉุกเฉินในสภาวะที่เร่งด่วน เพื่อป้องกันความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น และผู้ป่วยยังมีการตอบสนองต่อการรักษาที่ดีกว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว ทำให้ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อผลลัพธ์ที่ดีในการรักษาพยาบาล การศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการจัดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) ที่มีคุณภาพ มีมาตรฐาน และสามารถเข้าถึงบริการได้เพิ่มขึ้น

สรุป

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 67 ปี มีภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกจากการใช้ยาเมทฟอร์มิน มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้อง ถ่ายเหลวรับประทานอาหารได้น้อยลง หายใจเหนื่อยหอบ รักษาโรงพยาบาลเอกชนใส่ท่อช่วยหายใจส่งตัวมาโรงพยาบาลพิจิตร ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างเร่งด่วนในหอผู้ป่วยหนัก ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่ระยะก่อนฟอกเลือด ระยะฟอกเลือด และระยะหลังฟอกเลือดตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยพยาบาลไตเทียมใช้ทั้งความรู้ ความชำนาญในด้านเครื่องมือ และด้านอาการทางคลินิกของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต ไตเริ่มฟื้นตัวกลับมาทำงานได้เป็นปกติ จนสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งหมด 6 วัน

เอกสารอ้างอิง

1. รจนา จักรเมธากุล.บทความพินิจวิชาการ:ภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกเกิน ซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2561; 8(1):147-51.
2. Ralph DeFronzo, G. Alexander Fleming, Kim Chen, Thomas A. Bicsak, Metformin-associated lactic acidosis: Current perspectives on causes and risk. *Metabolism*. 2016;65(2):20-9. doi: 10.1016/j.metabol.2015.10.014.
3. วิภาวี รัศมีธรรม. การศึกษาการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากแลคติกคั่งจากยาเมทฟอร์มิน โดยใช้ข้อมูลรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย. [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2562.
4. ปัญจพล กอบพิงตัน, นลวันท์ เชื้อเมืองพาน. ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะกรดแลคติกในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยา metformin ในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. *เชียงรายเวชสาร*. 2563;12(1):44-51.
5. โรงพยาบาลพิจิตร. กลุ่มงานยุทธศาสตร์ และแผนงานโครงการ. รายงานสถิติประจำปี. 2566.

การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไต ทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ จากการติดเชื้อวัณโรค : กรณีศึกษา

Nursing Case of End Stage Kidney Disease Patient for Continuous Peritoneal Dialysis with Peritonitis from Mycobacterium Tuberculosis : Case Study

จิตาภา ดอนอินทร์ทรัพย์ พย.บ.
โรงพยาบาลพิจิตร

บทคัดย่อ

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นภาวะที่ไตสูญเสียการทำงาน ทำให้มีความผิดปกติของการขับของเสียสารน้ำ และเกลือแร่ในร่างกาย การรักษาด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไต โดยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง เป็นทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยทำหน้าที่ทดแทนไต แต่ก็มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อได้

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 37 ปี มาด้วยอาการปวดท้อง มีถ่ายเหลว และน้ำยาล้างไตขุ่น จึงมาโรงพยาบาลพิจิตร ตรวจร่างกาย มีอาการแสดงกดเจ็บทั่วท้อง ส่งน้ำยาล้างไตทางช่องท้องตรวจและให้การรักษาลแล้วอาการไม่ดีขึ้น จึงมีการส่งตรวจเพิ่มเติม และให้การวินิจฉัยเยื่อช่องท้องอักเสบพบการติดเชื้อวัณโรคและมีการตรวจเสมหะพบมีการติดเชื้อที่ปอดร่วมด้วย ผู้ป่วย ได้รับการรักษาด้วยยาต้านวัณโรค และยาปฏิชีวนะ และการพยาบาลผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ได้แก่ การประเมินความปวด การควบคุม และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการได้รับยา และการเตรียมความพร้อมในการปรับเปลี่ยนการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จนผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถกลับไปดูแลต่อเองที่บ้านได้ รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 16 วัน

ผลลัพธ์ : ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายปลอดภัยจากภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการติดเชื้อวัณโรคมีความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคซ้ำ สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

คำสำคัญ : ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการติดเชื้อวัณโรค การพยาบาล

Abstract

End Stage Kidney Disease is a condition in which the kidney loss of function with a decrease in glomerular filtration rate and continuous peritoneal dialysis is an option that allows the kidneys to function close to normal, but there is a chance of complications from infection.

Case study: A 37-year-old Thai female patient came to the hospital with abdominal pain, loose diarrhea, cloudy dialysis fluid, and abdominal tenderness. Peritoneal dialysis fluid was sent for diagnosis of tuberculosis peritonitis and pulmonary tuberculosis. The patient was treated with

anti-tuberculosis drugs and antibiotics. The nursing care that she receives includes: evaluating pain, controlling and preventing the spread of infection, monitoring medicine side effects, and preparing for hemodialysis without complications and being able to return to continuous care at home, total hospital stay of 16 days.

Results: The patient with end-stage kidney failure is safe from peritonitis due to tuberculosis infection, knows about the disease, and practices to prevent tuberculosis reinfection and return to normal life.

Keywords : end-stage renal failure, tuberculosis peritonitis, nursing care

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney disease) เป็นภาวะการทำงานของไตลดลง แบ่งออกเป็น 5 ระยะ เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก⁽¹⁾ รวมทั้งประเทศไทย พบอุบัติการณ์ และความเสี่ยงสูงขึ้นทุกปี จากรายงานสถิติผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พบว่าโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อให้เกิดการรักษาพยาบาลที่นานขึ้น ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นตามไปด้วย⁽²⁾

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage kidney Disease : ESKD) เป็นภาวะที่ไตสูญเสียหน้าที่ ทำให้มีอัตราการกรองของไต (Estimated glomerular filtration rate, eGFR) ต่ำกว่า 6 มล./นาที/ 1.73 ตารางเมตร ร่วมกับมีอาการร่วมด้วย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : CAPD)⁽³⁾ เป็นวิธีการรักษา ซึ่งเป็นวิธีการรักษาหนึ่งที่ยั่งยืน ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนน้ำยาได้เองที่บ้าน มีค่าใช้จ่ายรวมต่ำกว่าการรักษาด้วยวิธีฟอกเลือด ไม่ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องมือราคาแพงมาก และสามารถดำเนินการรักษาในโรงพยาบาลได้⁽⁴⁾ แต่การล้างไตทางช่องท้อง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้เช่นกัน โดยพบว่าการติดเชื้อเยื่อช่องท้องเป็นสาเหตุของการติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มนี้มากที่สุด อาจเนื่องมาจากการปนเปื้อนขณะเปลี่ยนสายท่อล้างไต (transfer set) หรือขณะเปลี่ยนถ่ายน้ำยา จากเทคนิคที่ไม่ถูกต้อง หรืออุปกรณ์ในการเปลี่ยนถ่ายชำรุด การไม่รักษาความสะอาดในการปฏิบัติกิจกรรมทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน และทำให้

ประสิทธิภาพการล้างไตทางช่องท้องลดลง จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการอื่นทดแทน ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) หรือการปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation) เป็นต้น^(5,6,7) ทำให้ต้องรับการรักษาในสถานพยาบาลและมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

จากข้อมูลงานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาล พิจิตร พ.ศ. 2563-2566 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมจำนวน 5,121 รายที่เข้ารับการรักษา รวมทั้งหมด 34,018 ครั้ง และมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการล้างไตทางช่องท้อง 201,186,199 และ 176 รายตามลำดับ และในผู้ป่วยจำนวนนี้มีการติดเชื้อเยื่อช่องท้องจากการล้างไต 39,33,52 และ 60 รายตามลำดับจะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ่อยครั้ง ค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวเพิ่มขึ้นและหากมีการติดเชื้อวัณโรคเยื่อช่องท้อง ทำให้ต้องใช้เวลาในการรักษาใช้เวลานานขึ้น ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการปรับเปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไตไปเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis)^(8,9,10) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการพยาบาลผู้ป่วยที่บำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้อง ยังคงมีบทบาทอย่างมากในการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อให้ไตทำงานได้ใกล้เคียงคนปกติ

รายงานการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการ



ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการติดเชื้อวัณโรค จำนวน 1 ราย สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลไตเทียมมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้จัดการดูแลผู้ป่วย แก้ไขปัญหาทั้งในระยะแรกและระยะดูแลต่อเนื่อง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และครอบคลุมทุกประเด็นปัญหา ทั้งยังเป็นผู้ประสานการดูแลผู้ป่วยในทีมสหวิชาชีพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลแบบองค์รวม รวมถึงการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติปรับตัวได้ มีความรู้ มีความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีอายุยืนยาว

วิธีการดำเนินงาน

การศึกษาผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการติดเชื้อวัณโรคของผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพิจิตร ในช่วงเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษา ประกอบด้วย

- 1) แบบบันทึกข้อมูลรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน
- 2) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบ แบบแผนสุขภาพ สภาพอาการและอาการแสดงการรักษา
- 3) แบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อให้แก้ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล นำมาวางแผน และให้การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ล้างไตหน้าท้อง ที่มีการติดเชื้อวัณโรค ข้อมูลส่วนบุคคล มีรายละเอียดต่อไปนี้

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 37 ปี อาชีพแม่บ้าน รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลพิจิตร เมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2565

การวินิจฉัยโรคหลัก Tuberculosis peritonitis

การวินิจฉัยโรคร่วม ESRD on CAPD, Infected CAPD.

อาการสำคัญ

ปวดท้อง มีไข้ น้ำยาล้างไตขุ่น 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 วันก่อนมา เริ่มมีอาการปวดท้อง ไม่มีไข้ ไม่ได้รักษาที่ใด 2 วันก่อนมายังมีอาการปวดท้อง ถ่ายเหลว 3 ครั้ง น้ำยาล้างไตขุ่น วันนี้ปวดท้องไม่ทุเลา มีไข้ จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต

6 ปีก่อนเป็นนิ่วที่ไต รักษาโดยเลเซอร์ 2 ครั้ง 1 ปี 3 เดือน ESRD รักษาโดยทำ CAPD

ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ

Hematology: WBC=12400 cell/cu , Neutrophil 93%, Lympho=4%

Hemoglobin=10.1, Hematocrit =33.2%

BUN=40, Cr=13.4, Albumin= 2.4

Electrolyte: Na =134 ,K=3.39 ,Cl=94 ,CO2 =23.4

ผลน้ำยาล้างไต

PDF : D1: WBC 220 cell/cu.mm ,PMN 64%

D3: WBC 335 cell/cu.mm ,PMN 67%

D5: WBC 849 cell/cu.mm ,PMN 71%

PDF Gram stain : Few Leukocyte ,Moderate RBC

PDF Culture : No growth

PDF Culture for Fungus : no growth

PCR (Xpert MTB/RIF Assay) : MTB DETECED VERY LOW

ผลตรวจเสมหะ

PCR (Xpert MTB/RIF Assay) : MTB DETECED HIGH

ผล X-ray

Unremarkable study

ผล CT WHOLE ABDOMEN

- Diffuse peritoneal nodularity predominant in anterior abdominal and pelvic cavities, corresponding with history of peritonitis (DDx. Peritonitis metastasis)

- Minimal complicated ascites and pneumoperitoneum.
- Multiple left calyceal stones.
- Multiple pulmonary nodules scattering in visualized both lungs, non-specified.
- Centrilobular nodules in right basal lung, suggestive of infectious process.

อาการแรกเริ่มและการรักษา

รู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย ปวดท้อง น้ำยาล้างไตขุ่น มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37.8 °C ความดันโลหิต 88/63 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 143 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ให้การรักษาโดย ให้ IV fluid NSS 400 cc IV Load then 40cc/hr, เก็บน้ำยาล้างไตส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ, Flush ท้อง ด้วย 1.5% PDF 1.5L/cycle x3 cycle, On 1.5% PDF 1.5L/cycle x4 cycle /day, Fortum 1 gm และ Cefazolin 1 gm IV stat, Add Fortum 500mg, cefazolin 500 mg, Heparin 500unit in PDF ทุก cycle

วันที่ 2-6 ยังอาการปวดท้อง มีไข้ น้ำยาล้างไตขุ่น เปลี่ยน antibiotic เป็น clindamycin 600 mg IV ทุก 8 ชั่วโมง, ทำ CT Whole abdomen

วันที่ 7 ยังมีไข้ น้ำยาล้างไตขุ่น ปวดท้อง เปลี่ยน antibiotic เป็น Tazocin, ส่ง PDF for TB, gene X-pert, cytology

วันที่ 9 ผลตรวจ PDF พบ Mycobacterium Tuberculosis Detected very low

แพทย์พิจารณาหยุดการล้างไตทางช่องท้อง, Off Tenckhoff, เปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไตเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

วันที่ 10 ยังมีไข้ เริ่มให้ยาต้านวัณโรค

วันที่ 12 อาการดีขึ้น ไม่ปวดท้อง ไม่มีไข้ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3 ครั้ง/สัปดาห์

วันที่ 15 อาการทั่วไปปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC = 8800cell/cu, Electrolyte : Na 134, K = 4.48, Cl=96, CO2=18.7, Sputum gene X-pert = MTB Detected High

ในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลไตเทียมได้ให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่

การประเมินสภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลตั้งแต่แรกเริ่มที่แผนกไตเทียม และร่วมวางแผนให้การพยาบาล ตามปัญหาต่างๆ เมื่อเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จนแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 2 มิถุนายน 2565 รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 16 วัน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1

มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบเนื่องจากการติดเชื้อ

ข้อมูลสนับสนุน

- ปวดท้อง ถ่ายเหลว 3 ครั้ง
- น้ำยาล้างไตขุ่น
- มีไข้ 38-39.9 °C

PDF : D1: WBC 220 cell/cu.mm, PMN 64%

D3: WBC 335 cell/cu.mm, PMN 67%

D5: WBC 849 cell/cu.mm, PMN 71%

วัตถุประสงค์

ไม่มีการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ T36.5-37.5 °C
2. ผลตรวจ Peritoneal Dialysis Fluid ไม่พบ WBC และน้ำล้างไตสีใส

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ
2. เก็บน้ำยาล้างไตส่งตรวจ PDF for Cell count, cell diff, gram stain, c/s
3. Flush ท้อง ด้วย 1.5% PDF 1.5L/cycle x3 cycle เป็นการปล่อยน้ำยาเข้าออก เพื่อลดอาการปวดท้อง และลดปริมาณเชื้อโรค
4. ผสมยา Fortum 500 mg, Cefazolin 500 mg, heparin 500 unit ในน้ำยาล้างไต ทุก cycle ด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ ตามแผนการรักษาของแพทย์
5. ทบทวน ประเมิน ทักษะ เทคนิค ขั้นตอน การเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต ให้ถูกต้องตามเทคนิคปลอดเชื้อ
6. สังเกตลักษณะน้ำยาและสีน้ำยาที่ปล่อยออกทุกครั้ง



7. ประเมินแผลช่องสายออก ของสายล้างไตทางช่องท้อง

8. สังเกตอาการผิดปกติหลังจากใส่น้ำยาล้างไตที่ผสมยา antibiotic เช่น ผื่นคัน แขนงหน้าอก ใจสั่น หายใจลำบาก

9. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การประเมินผล

ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36-37 °C ผลตรวจ Peritoneal Dialysis Fluid พบ WBC ไม่ลดลงและน้ำล้างไตยังขุ่น

ผลการตรวจ PDF for TB ,gene X-pert ,cytology พบ Mycobacterium Tuberculosis Detected Very Low แผลช่องสายออก ดี ไม่บวมแดง ไม่รั่วซึม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2

ปวดท้องเนื่องจากการอักเสบติดเชื้อ

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยมีสีหน้าแสดงอาการปวดไม่เคลื่อนไหวอนึ่งๆ บอกปวดท้อง
- ตรวจร่างกาย กดเจ็บทั่วท้อง pain score =8/10

วัตถุประสงค์

มีความสุขสบาย อาการปวดท้องทุเลาลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ไม่แสดงถึงความเจ็บปวดพักผ่อนได้
2. ผู้ป่วยบอกไม่ปวดท้อง Pain Score ลดลง

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินอาการปวด โดยใช้ pain score ทุก 4 ชั่วโมง
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษา Tramal 50 mg iv prn ทุก 6 ชั่วโมง
3. ประเมิน Pain Score หลังให้ยาบรรเทาปวด
4. ตรวจสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง
5. จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายและเหมาะสม
6. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล

7. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ถึงสาเหตุของการปวด พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถาม

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่ปวดท้อง สีหน้าสดชื่น พักผ่อนได้ pain score =2/10

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3

มีภาวะเสียสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยปวดท้อง ถ่ายเหลว น้ำยาล้างไตขุ่น ก่อนมา 3 วัน
- มีอาการ อ่อนเพลีย
- สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 88/63 mmHg ชีพจร 143 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 37.8 °C

Electrolyte: Na=134, K=3.39, Cl=94, CO2=23.4

วัตถุประสงค์

มีความสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์

เกณฑ์การประเมินผล

- สัญญาณชีพปกติ
- ไม่มีอาการของโพแทสเซียม (K) ในเลือดต่ำ เช่น ซึม สับสน กล้ามเนื้อเกร็งหรืออ่อนแรง
- Serum K=3.40-4.50 mmol/L ,Serum Na=136-145mmol/L

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ
2. สังเกตอาการและอาการแสดงภาวะขาดน้ำและอาการที่เกิดจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่ ซึม สับสน กล้ามเนื้อเกร็งหรืออ่อนแรง เป็นต้น
3. ดูแลให้ได้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NaCl 1000 ml load 400 ml then 40ml/hr
4. ดูแลให้ Kcl tab 1 tab oral หลังอาหารเช้าวันละครั้ง
5. ติดตามดูผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
6. ติดตามผลตรวจอิเล็กโทรไลต์
7. ประเมินการขับถ่าย บันทึกน้ำเข้า-ออก

การประเมินผล

- ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ความดันโลหิต 130/80 mmHg ชีพจร 86 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที
- ผลตรวจอเล็กโทรไลต์ Na=136,K=3.87,Cl=101, CO₂=21.3
- Intake/Output=1000/800ml/day

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4

มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อวัณโรค และต้องปรับเปลี่ยนแผนการรักษาจาก การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) เป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สดชื่น บอกว่า รู้สึกตัวเองเป็นภาระให้สามี นอนไม่ค่อยหลับ และกลัวความรุนแรงของโรค
- ผลการตรวจพบว่ามีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการติดเชื้อวัณโรค

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล

1. สีหน้าสดชื่น พุดคุยมากขึ้น พักผ่อนได้
2. ยอมรับความเจ็บป่วย และยินยอมปรับเปลี่ยนวิธีการรักษา

กิจกรรมพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล เพื่อสร้างความไว้วางใจเปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล พุดคุยผู้ป่วยมากขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเต็มใจให้การดูแลผู้ป่วยจากครอบครัว
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ
3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความจำเป็นที่ต้องปรับเปลี่ยนการบำบัดทดแทนไต
4. อธิบายเกี่ยวกับความสำคัญและความจำเป็นเพิ่มเติมการปฏิบัติตัวในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งจะมีความแตกต่างจากการล้างไตทางช่องท้อง ในเรื่อง

การควบคุมอาหารและน้ำ และการมาฟอกเลือดอย่างสม่ำเสมอ

5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแผนการรักษาพยาบาล

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ยอมรับความเจ็บป่วย และรับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5

มีโอกาสติดเชื้อเพิ่มขึ้นและแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่น

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยตรวจพบ เชื้อวัณโรคในน้ำยาล้างไต และเสมหะ
- ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับสามีและ บุตร อายุ 4 ขวบ ซึ่งตรวจพบเป็นวัณโรค

วัตถุประสงค์

การติดเชื้อในร่างกายลดลงและสามารถควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรควัณโรคไปสู่ผู้อื่นได้

เกณฑ์การประเมิน

ไม่มีการติดเชื้อเพิ่มขึ้น และไม่มีผู้อื่นติดเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วย

กิจกรรมพยาบาล

1. จัดผู้ป่วยให้อยู่ในที่ที่เหมาะสม ไม่ใช่ทิศทางต้นลม
2. ให้ผู้ป่วยรับประทานยาต้านวัณโรคตามแผนการรักษา เพราะเมื่อได้รับยารักษาแล้วเชื้อจะลดลง ช่วยให้การติดเชื้อน้อยลง หรือไม่ติดเชื้อเมื่อได้ยาแล้ว 2 สัปดาห์
3. จัดหาภาชนะสำหรับใส่เสมหะผู้ป่วย โดยมีฝาปิดมิดชิด แนะนำให้ปิดปากเมื่อไอหรือจาม ไม่คลุกคลีกับเด็กหรือผู้มีโอกาสติดเชื้อง่าย
4. วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยให้คำแนะนำและทบทวนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย
5. แนะนำให้นำผู้ป่วยอยู่ร่วมบ้านหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย มาตรวจคัดกรองวัณโรค

การประเมินผล

ไม่มีติดเชื้อเพิ่ม และสามีผู้ป่วยตรวจไม่พบการติดเชื้อวัณโรค

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6

อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไต เปลี่ยนจากการล้างไตทางช่องท้อง เป็นฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นครั้งแรก

- ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct = 33.2, Hb = 10.1, BUN = 40, Cr = 13.4

Electrolyte : Na = 134, K = 3.39, Cl = 94, CO₂ = 23.4, Albumin = 2.4

- สัญญาณชีพความดันโลหิต 130/91 mmHg ชีพจร 114 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.6 °C, Spo₂ = 99%

- ผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดในห้องแยกสำหรับผู้ป่วยโรค ที่ห่อผู้ป่วยใน

- ผู้ป่วยได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือด (Hemodialysis catheter) ที่ right internal jugular vein

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีไม่มีอาการสับสน หรือ ซึมลง
2. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิตมากกว่า 90/60 mmHg หรือน้อยกว่า 140/90 mmHg อัตราการเต้นหัวใจ 60 – 90 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5 -37.5°C
3. คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินผู้ป่วยก่อนฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
 - 1.1) ชักถามอาการพร้อมทั้งสังเกตสภาพร่างกายทั่วไป สีหน้าท่าทาง และการเคลื่อนไหว
 - 1.2) ชั่งน้ำหนักผู้ป่วย
 - 1.3) วัดสัญญาณชีพ สังเกตลักษณะการหายใจ จังหวะการเต้นของหัวใจ
 - 1.4) ประเมินสมดุลของน้ำในร่างกาย การบวม
 - 1.5) ประเมินสภาพผ้าปิดแผล ลักษณะแผลของสายสวนหลอดเลือด (Hemodialysis catheter)

1.6) ตรวจสอบข้อมูลต่างได้แก่ แผนการรักษาของแพทย์ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และยาที่ผู้ป่วยรับประทาน

1.7) ตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องไตเทียม และระบบผลิตน้ำบริสุทธิ์แบบเครื่องที่ได้ โดยทำการทดสอบเครื่องก่อนใช้งาน

1.8) ตรวจสอบสายข้อต่อตามจุดต่างๆของสายนำเลือดให้แน่นพร้อมทั้งใส่ venous blood line เข้าใน line camp ไว้ตลอดการฟอกเลือด

2. การดูแลผู้ป่วยระหว่างฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

2.1) วัดสัญญาณชีพ หลังจากเริ่มการฟอกเลือด บันทึกตรวจสอบอาการทุก 30 นาที และตรวจวัดบ่อยขึ้นตามความจำเป็นเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ หรือ เกิดภาวะแทรกซ้อน

2.2) ตรวจสอบตำแหน่งและข้อต่อต่างๆของวงจรไตเทียมทุก 30 นาที และตรวจสอบ bleeding ที่ exit site ของ Hemodialysis catheter

2.3) ฝ้าระวังอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเพื่อให้การป้องกันและแก้ไขอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

2.4) ตรวจสอบให้เครื่องไตเทียมทำงานปกติตลอดเวลา และสังเกตลักษณะความผิดปกติของสีเลือด ไนวงจรไตเทียมและการรั่วซึมของข้อต่อต่างๆ

3. การดูแลผู้ป่วยหลังการฟอกเลือด

3.1) ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยหลังการฟอกเลือดโดยการวัดสัญญาณชีพและตรวจดูความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงหรือต่ำผิดปกติ ตะคริว เจ็บหน้าอก

3.2) สังเกต bleeding บริเวณ exit site ของ Hemodialysis catheter

3.3) ชั่งน้ำหนัก

3.4) ประเมินและสรุปผลลัพธ์ของกระบวนการฟอกเลือด

3.5) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น อิเล็กโทรไลต์

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการแทรกซ้อนจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 128/78 mmHg อัตราการเต้นหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที การหายใจ 20 ครั้งต่อนาที คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7

ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยและญาติถามว่าต้องดูแลตัวเองอย่างไร เรื่องการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
- ผู้ป่วยและญาติถามเรื่องของการรักษาวัณโรค ปอดว่าจะหายขาดหรือไม่ ต้องรับประทานยาอย่างไรและต้องรับประทานนานเท่าไร
- ผู้ป่วยฟังการสื่อสารไม่ค่อยเข้าใจ เนื่องจากผู้ป่วยมาจากจังหวัดอื่น
- ต้องมีการอธิบายหรือสื่อสารซ้ำๆ ซ้ำๆ หลายครั้ง และต้องเลือกใช้ภาษาที่สั้นเข้าใจง่าย

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี ให้กำลังใจและพร้อมให้ความช่วยเหลือ
2. ประเมินความรู้ในเรื่องการดูแลตัวเองเรื่องการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการรักษา การรับประทานยาต้านวัณโรค
3. วางแผนร่วมกับครอบครัวเพื่อกำหนดผู้ดูแล
4. วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยให้คำแนะนำและการปฏิบัติตัวก่อนจำหน่ายดังนี้
 - 4.1) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
 - แนะนำการมาฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามนัด
 - การดูแลความสะอาดของผิวหนัง บริเวณรอบสายสวนหลอดเลือด โดยห้ามแผล

เป็ยกน้ำระวังการมีเหงื่อออกมาก ห้ามแกะเกาแผลระวังไม่ให้ผ้าปิดแผลหลุด

- การดูแลเรื่องอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม การควบคุมน้ำหนัก
 - อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น บวม ไอ เหนื่อย แน่นหน้าอก นอนราบไม่ได้ ซึ่งบ่งบอกมีภาวะน้ำเกินหรือน้ำท่วมปอด
- ### 4.2) เรื่องการรักษา รับประทานวัณโรค
- การล้างมือบ่อยๆ เพื่อลดปริมาณเชื้อโรค
 - ดูแลเรื่องความสะอาดบ้าน สิ่งแวดล้อมให้อากาศถ่ายเท
 - รับประทานอาหารใช้ช้อนกลาง แยกข้าวของเครื่องใช้
 - สวมผ้าปิดปากปิดจมูกป้องกันเรื่องไอ จาม สารคัดหลั่งต่างๆ
 - แยกขยะติดเชื้อควรมีฝาปิดมิดชิด
 - การรับประทานยาต้านวัณโรค

INH (100) 3 tab ก่อนนอน

Rifampicin 1tab ก่อนนอน

PZA (500) 1tab ก่อนนอน ทุกวัน จันทร์ พุธ ศุกร์

Ethambutol (400) 1 tab ก่อนนอน ทุกจันทร์ พุธ ศุกร์

รับประทานยาสม่ำเสมอ ถูกต้องครบถ้วนทุกมื้อทุกเม็ด ให้กำลังใจผู้ป่วยเน้นห้ามหยุดยาเอง เพราะต้องรับประทานยาระยะยาว เพื่อไม่ให้เกิดการดื้อยาในการรักษา

- ให้คำแนะนำในการเฝ้าระวัง และสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา
- มีผื่นแพ้ยา อาจมีอาการคันหรือไม่คัน หากมีควรปรึกษาแพทย์ทันที
- ตาพร่ามัว หรือแสบดวงตา การมองเห็นและความคมชัดลดลง
- การได้ยินเสียงในหูเบาลงหรือไม่ได้ยินเสียงเลย
- อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ตัวตาเหลืองรุนแรง ควรปรึกษาแพทย์ทันที
- ปลายประสาทอักเสบ มีอาการชาบริเวณมือและเท้า

- ปัสสาวะหรืออุจจาระมีสีส้มแดง เป็นได้จากการรับประทานยา ไม่เป็นอันตราย ห้ามหยุดยาเอง
- ห้ามซื้อยาใดๆ รับประทานเองรวมถึงยาชุดและยาสมุนไพรทุกชนิด
- หากพบความผิดปกติใดๆควรมาพบแพทย์ทันที

5. มีการทบทวนซ้ำ โดยให้ผู้ป่วยบอกข้อปฏิบัติให้ฟังเพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน หากยังขาดให้เพิ่มเติมอย่างเหมาะสม

6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามข้อสงสัยในเรื่องของการปฏิบัติตัว ตอบข้อซักถาม อธิบายให้คำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อให้เข้าใจกระจ่างชัดเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมาฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตรงตามนัดทุกครั้ง
2. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลเส้นเลือดได้อย่างถูกต้อง
3. ผู้ป่วยรับประทานอาหารและจำกัดน้ำดื่มได้อย่างถูกต้องเหมาะสม น้ำหนักไม่เกินเมื่อมาฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
4. ผลเลือดปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากน้ำเกิน
5. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถบอกวิธีปฏิบัติตัวในการรับประทานยาต้านไวรัสโรคปอดและอาการผิดปกติต่างๆที่ต้องมาพบแพทย์ได้อย่างถูกต้อง
6. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาต้านไวรัส

วิจารณ์

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) มีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง เป็นปัญหาที่สำคัญและพบบ่อยของหน่วยล้างไต หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที จะส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด ร่วมกับพังผืดในช่องท้อง ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษา เช่น การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งป้องกันโดยการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อที่ต้องอาศัยองค์ความรู้ การฝึกทักษะล้างไตทางช่องท้อง การสังเกตอาการผิดปกติแก่ผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยรายนี้

อยู่กับสามี ซึ่งทราบภายหลังว่าเป็นผู้ป่วยวัณโรค ดังนั้นควรเพิ่มการซักประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว การติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินอาการ สิ่งแวดล้อม การดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว จะช่วยลดโอกาสเกิดการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 37 ปี มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการติดเชื้อวัณโรค มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้อง มีไข้ น้ำยาล้างไตขุ่น ได้รับการรักษา โดยให้ยาปฏิชีวนะ และยาต้านวัณโรค การพยาบาลที่สำคัญคือการลดภาวะติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง ลดอาการปวดท้อง ดูแลภาวะไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ แพทย์ปรับแผนการรักษาบำบัดทดแทนไต เป็นฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาในการเข้ารับการักษาในโรงพยาบาล ทั้งหมด 16 วัน

เอกสารอ้างอิง

1. Fresenius Medical Care.ESRD Patients in 2012: A global perspective. Bed Homburg: Klimaneutral; 2013.
2. คณะอนุกรรมการกำหนดแนวทางการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมาสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.คู่มือการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมาสำหรับผู้ป่วยโรคไต พ.ศ.2561 (อินเทอร์เน็ต). (เข้าถึงเมื่อ) 2 ตุลาคม 2566.) เข้าถึงได้จาก <http://www.nephrothai.org/image/e-book-find.pdf>.
3. อรวรรณ ศรียุคตศุท. การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเสียหายเฉียบพลันและโรคไตเรื้อรัง.การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 2. โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ:เอ็นพีเพลส;2561:127-148.
4. พงศธร คชเสนี. การบำบัดทดแทนไตในปัจจุบัน. [อินเทอร์เน็ต]. 2565[30 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก:<https://shorturl.asia/d3hLj>.

5. ชัชวาล วงศ์สารี.หลักการพยาบาลผู้ป่วยไตวาย. ใน ชัชวาล วงศ์สารี, บรรณาธิการ.การพยาบาล อายุรศาสตร์, ศัลยศาสตร์ โรคไต และระบบทางเดินปัสสาวะ พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ:NP Press Limited Partnership;2559:หน้า 437-46.
6. เพชรรุ่ง อธิรัตน์. การพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง อย่างต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง: กรณีศึกษา 2 ราย.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2561;15(2):95-100.
7. พิเชษฐ จงเจริญ.ผลการดำเนินงานคลินิกล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง.วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2555: 77-86.
8. นรี อารีรักษ์. การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง แบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อ : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลพิจิตร.2653;2:248-65.
9. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รายงาน การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2554.กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.2555.
10. โรงพยาบาลพิจิตร. กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ. รายงานสถิติประจำปี.2565.

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อก

Nursing care of sepsis with septic shock patient

เบญจมาศ มีสิงห์ ป.พย.

โรงพยาบาลพิจิตร

บทคัดย่อ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นภาวะวิกฤตอาจทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะช็อกได้ทุกระยะ และการดำเนินของโรคอาจรุนแรงเพิ่มขึ้น ส่งผลให้อวัยวะในร่างกายล้มเหลวหลายระบบ และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีทักษะการพยาบาลขั้นสูงในการจัดการแก้ไขภาวะช็อก โดยมีเป้าหมายหลัก คือ การดูแลรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดปลอดภัยจากภาวะช็อก

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 43 ปี รับไว้รักษาเมื่อ 11 กรกฎาคม 2566 แพทย์วินิจฉัย Acute pyelonephritis with Sepsis shock ได้รับการรักษา โดยให้สารน้ำ ยาเพิ่มระดับความดันโลหิต และให้ยาต้านจุลชีพ ระหว่างการรับไว้ดูแล พยาบาลต้องใช้ความรู้ ความสามารถ เทคนิคการพยาบาลให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษา ต้องเฝ้าระวังและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติ โดยมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 16 วัน

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการจัดการภาวะวิกฤตที่รวดเร็ว ถูกต้อง โดยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก

คำสำคัญ : ภาวะช็อก ติดเชื้อในกระแสเลือด การพยาบาล

Abstract

Sepsis was critical condition that cause for patient were progressive of shock at any stage, and progression of disease can be moderate to severe. These results in multiple organ failures, and registered nurses working in internal medicine wards are key person in caring for patients suffering from septic shock. Therefore, the nurses had advanced nursing skills in managing shock with the main goal of providing nursing care to patients with bloodstream infections safe from shock.

Case Study: A 43-year-old Thai female patient was admitted for treatment on 11 July 2023 and diagnosed acute pyelonephritis with septic shock. She received IV fluid, blood pressure medication, and antibiotic. Nurses have to knowledge and expertise in caring for critically ill patients to ensure safety and reduce patient complications. Hospitalized patients in this case were 16 days.

Conclusions: The patient with bloodstream infections was dealt with quickly and accurately and providing nursing care according to professional standards, she was safe from shock.

Keyword : Septic shock, Sepsis, Nursing care

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 1 สำหรับประเทศไทยพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดมากที่สุด (ร้อยละ 49.4) โดยส่วนใหญ่จะมีภาวะช็อกตั้งแต่แรกรับร้อยละ 29.3 และเพิ่มอัตราการเสียชีวิตตั้งแต่แรกรับและหลังรับไว้รักษา 2.81 และ 6.5 เท่า ตามลำดับ⁽¹⁾ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงถึง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อทั้งหมด⁽²⁾ หากไม่ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วตามมาตรฐานวิชาชีพอาจก่อให้เกิดภาวะช็อกที่เป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุขึ้นอยู่กับปัจจัยที่ก่อเชื้อในแต่ละระบบของร่างกาย ได้แก่ 1) ระบบทางเดินหายใจ เช่น ปอดอักเสบ 2) ระบบทางเดินอาหาร เช่น ลำไส้อักเสบ 3) ระบบผิวหนัง เช่น แผลอักเสบติดเชื้อลุกลาม และ 4) ระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น กรวยไตอักเสบ นอกจากการติดเชื้อยังขึ้นอยู่กับปัจจัยเสริมจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำ สายฟอกไต สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น⁽³⁾

เมื่อเกิดการติดเชื้อทำให้มีโอกาสเกิดภาวะช็อก (Septic shock) ซึ่งเป็นภาวะวิกฤต เร่งด่วน ที่ต้องได้รับการจัดการแก้ไขภาวะช็อกที่ถูกต้อง เพื่อป้องกัน หรือชะลอการเกิดภาวะช็อก⁽⁴⁾ ซึ่งการมีโรคร่วม ดัชนีแสดงภาวะช็อก และระดับน้ำตาลในเลือดสามารถร่วมกันทำนายการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อได้ร้อยละ 44.75 ดังนั้นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการจัดการแก้ไขภาวะช็อกจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ

โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อมักจะเกิดจากหลอดเลือดทั่วร่างกายขยายตัวอย่างรวดเร็ว systolic blood pressure < 90 mmHg หรือลดลง > 40 mmHg จากระดับความดันโลหิตเดิม หรือ Mean Arterial Pressure (MAP) < 65 mmHg หรือเรียกว่า ภาวะ Hypoperfusion ส่งผลให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจน (tissue hypoxia) เนื้อเยื่อจะมีกลไกการปรับตัวแบบ aerobic metabolism หากไม่สามารถรักษาสสมดุลของร่างกายได้กลไกการปรับตัวจะเปลี่ยนไปเป็นแบบ anaerobic metabolism ทำให้ระดับของ Lactate เพิ่มขึ้น

โดย Toxin ของเชื้อยังก่อให้เกิดภาวะลิ่มเลือดกระจายทั่วร่างกาย (disseminated intravascular coagulation: DIC) เกิดการอุดตันของหลอดเลือดเล็กๆ ทำให้เนื้อเยื่อเพิ่มการขาดเลือด สารอาหาร และออกซิเจนมากขึ้นส่งผลให้การทำหน้าที่ของอวัยวะสำคัญของร่างกายล้มเหลว (Organ dysfunction) จนในที่สุดอวัยวะในร่างกายล้มเหลวหลายระบบ (Multiple organ dysfunction syndrome) สูงถึงร้อยละ 40-70 และมีอัตราการเสียชีวิตจึงเพิ่มสูงขึ้น⁽⁵⁾

จากสถิติของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขา Sepsis 2566 พบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 81,357 คนต่อปี และในจำนวนนี้มีภาวะเสียชีวิต 24,347 คน คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 29.93⁽⁶⁾ สำหรับโรงพยาบาลพิจิตร ในปี พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกเท่ากับ 429, 436 และ 408 คนตามลำดับ และมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 41.67, 46.56 และ 48.77 ตามลำดับ (เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 26)⁽⁷⁾ ซึ่งเป็นความท้าทายของพยาบาลอายุรกรรมในการประเมินปัญหา วิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ

ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อก เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการแก้ไขภาวะช็อก และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตอย่างถูกต้อง และทันเวลา ตลอดจนมีทักษะการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและรายงานแพทย์ได้ทันท่วงที เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 43 ปี

การวินิจฉัยโรค

Acute pyelonephritis with Sepsis shock

อาการสำคัญ

เวียนศีรษะ มีไข้ อาเจียน 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 วันก่อนมา รพ. มีอาการมีเวียนศีรษะ เพลียรับประทานอาหารได้น้อยลง

1 วันก่อนมา รพ. เริ่มมีไข้ มีเวียนศีรษะมากขึ้น คลื่นไส้ อาเจียน ญาตินำส่งพบแพทย์



ที่โรงพยาบาลชุมชน : สัญญาณชีพโดยมีความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 180 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจน 98% ระดับน้ำตาลในเลือด 379 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย On Endotracheal tube No.7.5 mark 20 ให้ NSS 1000 ml IV load ให้ Cef-3 2 gm IV stat ให้ RI 8 u sc Adenosine 6 mg IV double syringe technique x 1 dose Trop-T 156 CO2 68 ให้ 7.5% NaHCO3 100 ml IV slowly push Refer รพ.พิจิตร

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

วินิจฉัยโรคเบาหวาน มา 10 ปี รักษาโรงพยาบาล โปะทะเล, ปฏิเสธการแพ้ยาแพ้อาหาร ปฏิเสธการผ่าตัด

อาการแรกเริ่ม

แรกเริ่มผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่อง E4VTM6 หายใจ On Endotracheal Tube No.7.5 mm Mark 20 cm ดูแลให้ On ventilator PCV-AC mode PI 16 cmH2O RR 16 bpm PEEP 5 cmH2O FiO2 0.4 Ti 1.0 หายใจไม่เหนื่อย อัตราการหายใจ 20-26 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจน 100% ติดตามการทำงานของหัวใจและสัญญาณชีพ พบความดันโลหิต 94/65 มิลลิเมตรปรอท ความดันเลือดแดงเฉลี่ย 75 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 130 ครั้งต่อนาที คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ชนิด sinus tachycardia ระดับน้ำตาลในเลือด 349 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร On IV Levophed 8 mg + D5W 250 ml IV 25 ml/hr, 0.9% NaCl 1,000 ml IV 100 ml/hr, 7.5% NaHCO3 150 ml + NSS 850 ml IV 60 ml/hr via C-line control drip by infusion pump Retrained Foley's catheter with bag อุณหภูมิ 40.3 องศาเซลเซียส ตรวจปัสสาวะพบเม็ดเลือดขาวมากกว่า 100 cell/HPF

การรักษาต่อเนื่อง

ผู้ป่วย On Endotracheal Tube No.7.5 mm Mark 20 cm ดูแลให้ On ventilator PCV-AC mode PI 14 cmH2O RR 16 bpm PEEP 5 cmH2O FiO2 0.4 Ti 1.0 หายใจไม่เหนื่อย อัตราการหายใจ 20-26 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 100% ติดตามการทำงานของหัวใจและสัญญาณชีพ ผู้ป่วยสามารถหยุดยา Levophed 8 mg + D5W 250 ml IV ภายใน 10 ชั่วโมงหลังเข้ารับ

การรักษา และถอดท่อช่วยหายใจ ได้ในวันที่ 13 กรกฎาคม 2566 รวมระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจ 3 วัน

ผู้ป่วยสามารถนำออกซิเจนอัตราการไหลสูงออกได้ในวันที่ 18 กรกฎาคม 2566 เปลี่ยนให้ออกซิเจนชนิด Nasal cannula 3LPM ซึ่งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในวันที่ 17 กรกฎาคม 2566 พบว่าระดับ BUN 76 และ Creatinine 3.29 (Baseline 1.2) Na 165 Cl 124, CO2 26 ฟังเสียงปอดพบ coarse crepitation ให้การรักษา 0.45% NaCl 1,000 ml IV rate 40 ml/hr. water 200 ml x 4 feed เริ่มดูคนมขงทางปากสูตร Gen DM (1.2:1) 300 ml x 4 feed ได้ ระหว่างนอนพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 ไม่มีสำลักอาหาร มีภาวะสมดุลสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย นอกจากนี้มีการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดพบว่ายังคงค่อนข้างสูง ดูแลให้ยาอินซูลินวันละ 54 u จากนั้นปรับเพิ่มยาต่อเนื่องเป็น NPH 30-0-30 u sc ในวันที่ 19 กรกฎาคม 2566 ติดตามผลเลือดเพาะเชื้อพบว่าไม่พบการติดเชื้อ แต่ในปัสสาวะพบเชื้อ Enterococcus faecalis แพทย์สั่งใช้ยาปฏิชีวนะตามผลการเพาะเชื้อ คือ Ampicillin 1 gm IV q 6 hrs. ในวันที่ 21 กรกฎาคม 2566 ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า ระดับ BUN 45 และ Creatinine 2.26 Na 146 Cl 112 UA พบ WBC 3-5 เริ่มให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเบาหวานทางปาก และยังคงให้ water 250 ml x 4 feed นอกจากนี้ยังพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงอยู่ จึงปรับยาเป็น NPH 40-0-20 u sc เมื่อติดตามระดับ BUN 33 และ Creatinine 1.72 Na 139 Cl 103 CO2 17.8 พบภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute kidney injury) และการรักษา ระดับน้ำตาลในเลือดสูงจากโรคประจำตัวเบาหวานเริ่มมีภาวะสมดุลกับยาฉีดที่ได้รับ คือ 149-250 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระหว่างการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ผู้ป่วยไม่มีไข้ เริ่มกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะครบ 7 วัน จนกระทั่งสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ในวันที่ 27 กรกฎาคม 2566 ได้รับการติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนจำหน่าย ดังนี้ ระดับ BUN 29 และ Creatinine 1.35 Na 129 Cl 98 CO2 14.6 จะเห็นได้ว่าการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกนั้นมีความยุ่งยาก

ซับซ้อน จำเป็นต้องให้การดูแลรักษาพยาบาลด้วยความชำนาญสูงมาก ดังนั้นพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมจึงต้องมีองค์ความรู้ ความเชี่ยวชาญ ในการจัดการแก้ไขภาวะช็อก เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตได้รับการเฝ้าระวังติดตามอาการและสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง

การพยาบาลกรณีศึกษา

จากกรณีศึกษาได้วิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย และมีการวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ร่วมกับแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะวิกฤต 2) ระยะดูแลต่อเนื่อง และ 3) ระยะก่อนจำหน่าย

1. ระยะวิกฤต

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1

มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต

ข้อมูลสนับสนุน

จากประวัติผู้ป่วย หายใจเหนื่อยหอบ กระสับกระส่าย ว่างซึม

E4 M6 VT, ความดันโลหิต 85/56 มิลลิเมตรปรอท หายใจเหนื่อยหอบ ชีพจร 130 ครั้งต่อนาที มีไข้ อุณหภูมิ 39.3 องศาเซลเซียส

ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 98%, SOS score 11 คะแนน, On Endotracheal Tube No.7.5 mark 20 ความดันเลือดแดงเฉลี่ย 65 มิลลิเมตรปรอท

ผล Blood lactate 4.3 mmol/L , CBC พบ White Blood Cell (WBC) 11,000 cell/cu.mm,

Neutrophil 95% ผลการเพาะเชื้อจากเลือดทั้ง 2 ขวดไม่พบเชื้อก่อโรค (no growth), ระดับน้ำตาลในเลือด 379 มิลลิกรัมเดซิลิตร

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัว (GCS) มากกว่า 11 คะแนน
2. สัญญาณชีพเป็นปกติ ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท, ความดันเลือดแดงเฉลี่ย 65 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36-37.5 องศาเซลเซียส, ชีพจร

60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที, ความอิ่มตัวของออกซิเจน 95%

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ WBC 4, 600-10,200 cell/cu.mm, Neutrophil 50-60%, ปริมาณปัสสาวะที่ขับออกใน 1 ชั่วโมงมากกว่า 30 มิลลิลิตร

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ภาวะพร่องออกซิเจน สัญญาณชีพ ความดันเลือดแดง อาการและอาการแสดงของภาวะช็อกประเมินทุก 15 นาที เมื่อความดันเลือดแดงน้อยกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท ประเมินทุก 1 ชั่วโมง และประเมินทุก 4 ชั่วโมงเมื่ออาการเริ่มคงที่

2. ดูแลให้ได้รับ 0.9% NSS 1,000 ml ทาง central line load 500 x 2 ครั้ง then rate 60 ml/hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อทดแทนการสูญเสียน้ำ

3. ดูแลให้ได้รับยา Levophed 8 mg + 5%D/W 250 ml. IV rate 10-50 ml/hr. ให้มีระดับความดันเลือดแดงเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท

4. ตรวจปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง จนระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 90/60 มิลลิเมตรปรอท และความดันเลือดแดงมากกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท ถ้าปริมาณปัสสาวะที่ขับออกใน 1 ชั่วโมงน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร รายงานแพทย์ทราบ และบันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออก ร่างกายต่อเนื่อง ทุก 8 ชั่วโมง

5. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone IV drip 2 g OD in 30 min (ให้ 11-16/7/66) ต่อด้วย PIPERACILLIN+TAZO.*[D] 4+0.5 g VIAL4.5 g IV drip in 4 hr q6h (ให้ 16-17 /7/66) ต่อด้วย AMPICILLIN INJ 1 g VIAL1 gm iv q 6 hr และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา

6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น เม็ดเลือดขาว เพื่อประเมินการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง E4 M6 VT
2. สัญญาณชีพเป็นปกติ ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 151-128/60-80 มิลลิเมตรปรอท, ความดันเลือดแดงมากกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท หลังจากได้รับยา Levophed 8 mg. + 5%D/W 250 ml. 15 ml/hr.1 วัน อุณหภูมิ



36-37.5 องศาเซลเซียส, ซีพจร 80-116 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-24 ครั้งต่อนาที, ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 96-98%

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ 16 กรกฎาคม 2566, WBC 12,400cell/cu.mm. Neutrophil 86%, ปริมาณปัสสาวะ 800 มิลลิลิตรต่อวัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2

ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยน อากาศลดลง เนื่องจากภาวะหายใจล้มเหลว

ข้อมูลสนับสนุน

แรกรับผู้ป่วยหายใจหอบ 30 ครั้งต่อนาที, ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 98% ซีพจร 130 ครั้งต่อนาที ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้การแลกเปลี่ยนอากาศมีประสิทธิภาพและป้องกันการขาดออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพเป็นปกติ ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท, ความดันเลือดแดงมากกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36-37.5 องศาเซลเซียส, ซีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที, ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 95%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ On ventilator setting On PCV mode PI 20, RR 20, PEEP 6, FiO2 0.4, Ti 1.0 ตามแผนการรักษา
2. ติดตามการทำงานของหัวใจและสัญญาณชีพ โดยบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง
3. ดูแลจัดให้ผู้ปวยนอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้กระบังลม หย่อนตัว เพิ่มประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนอากาศ
4. ดูแลดูแลสอดหะให้ผู้ปวยเมื่อประเมินพบว่า มีเสมหะในปอด โดยยึดหลัก Aseptic technique
5. ตรวจสอบเครื่องช่วยหายใจให้ ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ให้สาย Circuit หักพับงอ, เต็ม น้ำในหม้อ Humidifier ให้อยู่ในระดับที่กำหนดตลอดเวลา, เหน้าใน

water trap อย่างน้อยทุก 2-4 ชั่วโมง เมื่อเกิด Alam ต้องค้นหาสาเหตุและให้การแก้ไขเบื้องต้น

6. วัด Cuff Pressure ให้อยู่ในระดับ 20-30 มิลลิเมตรปรอท และตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ ให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมทุกครั้ง

7. ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic technique และ 6 bundle เพื่อป้องกันการเกิด VAP ขณะผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ

การประเมินผล

1. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 96-98%
2. ผู้ป่วยสามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ในวันที่ 13 กรกฎาคม 2566

2. ระยะเวลาดูแลต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3

มีไข้ เนื่องจากมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ตรวจปัสสาวะพบเม็ดเลือดขาวมากกว่า 100 cell/HPF ผลเพาะเชื้อในปัสสาวะพบ E. faecalis
2. มีไข้ อุณหภูมิ 39.3 องศาเซลเซียส
3. ผล Blood lactate 4.0 mmol/L, CBC พบ WBC 11,000 cell/cu.mm, Neutrophil 95%

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อลดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
2. ลดไข้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีไข้
2. สัญญาณชีพเป็นปกติ ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท, ความดันเลือดแดงมากกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36-37.5 องศาเซลเซียส, ซีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที, ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 95%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดง ทุก 4 ชั่วโมง
2. ดูแลให้สายสวนปัสสาวะอยู่ในระบบปิด จัดตั้งสายไม่ให้พับงอเพื่อให้น้ำ ปัสสาวะไหลสะดวก

3. ทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะเช้า-เย็นและ
ทุกครั้งหลังการขับถ่าย

4. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะคือ Ceftraxone IV
drip 2 g OD in 30 min และปรับเปลี่ยนยาตามแผนการ
รักษาหลังได้ผลการเพาะเชื้อเป็น AMPICILLIN INJ 1 g
VIAL 1 gm iv q 6 hr (Urine C/S: Enterococcus
faecalis - sense ampicillin)

5. ประเมินข้อบ่งชี้ในการใส่คาสายสวนปัสสาวะ
ทุกวัน เพื่อรายงานแพทย์พิจารณาถอดสายสวนออก
เมื่อหมดความจำเป็น

6. ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อ เพื่อ
ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีการติดเชื้อเพิ่มขึ้นอีก

7. ติดตามผลการตรวจปัสสาวะ เพื่อประเมินการ
ติดเชื้อหลังได้รับยาปฏิชีวนะ โดยให้มีอุณหภูมิอยู่ในช่วง
36.5-37.5 องศาเซลเซียส ปัสสาวะมีสีเหลืองใส

8. ดูแลเช็ดตัวลดไข้ เพื่อเป็นการถ่ายเทความร้อน
ออกจากร่างกาย และตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายซ้ำหลังจาก
เช็ดตัวลดไข้ 30 นาที

9. ดูแลให้ได้รับยาลดไข้ คือ PARACETAMOL 500
mg [ศ] 500 mg TAB 1 prn q 6 hr. เวลาปวด-มีไข้ ตาม
แผนการรักษาหรือเมื่ออุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38.3 องศา
เซลเซียส ทุก 4-6 ชั่วโมง

10. ติดตามผลเพาะเชื้อ เมื่อพบความผิดปกติรายงาน
แพทย์ทราบ เพื่อพิจารณาวางแผนการรักษา

การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 36.5-37.5
องศาเซลเซียส

2. ผลการตรวจปัสสาวะ พบเม็ดเลือดขาว 5-10
cell/HPF ในวันที่ 24 กรกฎาคม 2566

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4

เสี่ยงต่อได้รับอันตรายจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

ข้อมูลสนับสนุน

ระดับน้ำตาลในเลือดสูง 279-433 มิลลิกรัม/
เดซิลิตร

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีภาวะขาดน้ำ เช่น อ่อนเพลีย ริม
ฝีปากแห้ง กระหายน้ำ เป็นต้น

2. ปัสสาวะออกปกติ รับประทานอาหารได้

3. ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 80-200
มิลลิกรัมเดซิลิตร

กิจกรรมการพยาบาล

1. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดก่อนมื้ออาหาร
ตามแผนการรักษาให้อยู่ในช่วง 80-200 มิลลิกรัมเดซิลิตร

2. ดูแลให้ RI Insulin on RI scale ตามแผนการ
รักษาของแพทย์ ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 400
หรือน้อยกว่า 80 มิลลิกรัมเดซิลิตร รายงานแพทย์ทราบ

3. บันทึกสัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัว
ทุก 1 ชั่วโมง และประเมินภาวะของน้ำตาลในต่ำหลังได้
RI Insulin เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง เหงื่อออก ตัวเย็น
 เป็นต้น

4. ดูแลให้ได้รับสารอาหารทางสายยาง สูตร
เบาหวาน จำนวน 4 มื้อต่อวัน

5. ดูแลให้ยาอินซูลินชนิด MIXTARD (30/70)
ตามแผนการรักษา

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีภาวะขาดน้ำ

2. ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 174-266 มิลลิกรัม
เดซิลิตร

3. ได้รับยาอินซูลินชนิด MIXTARD (30/70)
46-0-32 unit sc

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5

ผู้มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกง่าย เนื่องจากเกล็ด
เลือดต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

1. platelet 54,000 cel/dl

2. PT=14.6, PTT=33.2, INR =1.28

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเลือดออกง่ายเนื่องจาก
เกล็ดเลือดต่ำ

**เกณฑ์การประเมินผล**

1. Platelet = 140,000 – 400,000 cell/dl
2. PT, PTT, INR ปกติ
3. ไม่มีจุดเลือดออก ไม่มีถ่ายดำ ไม่มีอาเจียน

เป็นเลือด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง
2. ติดตามเลือดออกผิดปกติ และระดับความรู้สึกตัว
3. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, PT, PTT, INR, Platelet ตามแผนการรักษา
4. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ระมัดระวัง

การกระทบกระแทก เพื่อป้องกันเลือดออก

การประเมินผล

1. Platelet = 122,000 cell/dl
2. PT 12.4 INR 1.07
3. ไม่มีจุดเลือดออก ไม่มีถ่ายดำ ไม่มีอาเจียน

เป็นเลือด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6**ผู้ป่วยมีภาวะไตวายเฉียบพลัน****ข้อมูลสนับสนุน**

1. ผล Creatinine enzyme baseline 1.2 mg/dl. วันที่ 11 กรกฎาคม 2566 ผล BUN 38 mg/dL Creatinine enzyme 3.37 mg/dL eGFR enzyme 15.92

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อป้องกันไม่ให้ไตเสียการทำงานมากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผลเลือด BUN Creatinine enzyme อยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. ปริมาณปัสสาวะที่ขับออกใน 1 ชั่วโมงมากกว่า 30 มิลลิลิตร

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดง ทุก 4 ชั่วโมง โดยควบคุมให้ความดันเลือดแดงมากกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งจะเพียงพอไม่ให้เกิดการขาดเลือดที่ไต

2. ดูแลให้สารน้ำชนิด 0.45% NaCl 1000 ml Rate 60 ml/hr. และสารอาหาร ได้แก่ GenDM (1:1)

250 ml po x 4 feed + น้ำตาม 50 ml/feed ให้เพียงพอตามแผนการรักษา

3. ตวงปัสสาวะ และวัดปริมาณปัสสาวะ ทุก 8 ชั่วโมง

4. ดูแลให้ยา 7.5% NaHCO₃ 150 ml + NSS 850 ml IV 60 ml/hr หรือให้ยา SOD BICARBONATE 300 mg TAB 1 x 3 pc ตามแผนการรักษา

การประเมินผล

1. ปริมาณปัสสาวะ 800-1,000 มิลลิลิตรต่อวัน
2. ผล Creatinine enzyme ลดลงเท่ากับ 2.69, 2.26, 1.99, 1.72 และ 1.35 ตามลำดับ
3. ระยะก่อนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7**ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเรื่องโรคและการเจ็บป่วย****ข้อมูลสนับสนุน**

1. จากการซักถามของญาติเกี่ยวกับอาการ การรักษา ของโรค
2. ญาติผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อลดความวิตกกังวล ครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

เกณฑ์การประเมินผล

1. สีหน้าสดชื่น ไม่มีหน้ามืดวิงเวียน
2. ไม่มีอาการกระสับกระส่าย ให้ความร่วมมือในการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความวิตกกังวลและการยอมรับของผู้ป่วยและญาติ
2. สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว
3. พุดคุย ปลอบโยน ให้กำลังใจ พร้อมทั้งให้ข้อมูลเป็นระยะๆ
4. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึก
5. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษาพยาบาลที่อาจจะได้รับ
6. อธิบายให้ทราบถึงความจำเป็นในการใช้เครื่องมือ หรือการตรวจพิเศษต่างๆ

7. จัดให้พบแพทย์หากญาติต้องการ
8. ก่อนให้การพยาบาลทุกครั้งต้องแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติยินยอมก่อน
9. ให้ความช่วยเหลือในเรื่องบทบาทของญาติในขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วย
10. อำนวยความสะดวกให้ญาติได้เข้าเยี่ยมตามเวลาตามกฎระเบียบที่กำหนด

การประเมินผล

1. สีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่มีหน้ามืดวิงเวียน
2. ไม่มีอาการกระสับกระส่าย ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

บทวิจารณ์

การพยาบาลกรณีศึกษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อก พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต ซึ่งมีทั้งภาวะช็อกจากการติดเชื้อ และมีภาวะหายใจล้มเหลว มีการประเมินความรุนแรงและปฏิบัติตามแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด CPG Sepsis fast tract มีการใช้เครื่องมือคัดกรองผู้ป่วย (SIRS) มีการประเมินติดตามโดยใช้ SOS score การวินิจฉัย การวางแผนการดูแล การปรึกษาแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และทันท่วงที พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ ความสามารถ และประสบการณ์ในการดูแลรักษาพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลจึงทำให้สามารถประเมินสภาพผู้ป่วยได้ในภาวะฉุกเฉิน และมีการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว และทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิต นอกจากนี้ พยาบาลควรมีทักษะการใช้เครื่องมือพิเศษ มีการประเมินการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (SOS score) ได้ถูกต้อง จึงต้องมีการฝึกอบรม ทบทวนการใช้เครื่องมือพิเศษและ การประเมิน SOS score เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดทักษะความชำนาญ และได้คะแนนที่แม่นยำ

บทสรุป

การติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อกเป็นภาวะวิกฤตที่เป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย การดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและรวดเร็วจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะ

ล้มเหลว ส่งผลให้ผู้ป่วยรอดชีวิต พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม มีการคัดกรอง มีการนำสู่การปฏิบัติตามนโยบาย service plan มีการดูแลต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวัง อาการเปลี่ยนแปลง มีทักษะการใช้เครื่องมือขั้นสูง มีความรู้เกี่ยวกับ สาเหตุ และพยาธิวิทยา ภาวะช็อก ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิต ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และลดระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. นัยนา ธนฐิติวงศ์. ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย sepsis ที่รับไว้ในโรงพยาบาล สกจนคร.วารสารโรงพยาบาลสกจนคร. 2566; 26(1):36-52.
2. ทศนี รอดภัย. การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. 2566;4(1):56-67.
3. มาเรีย นิน่า จิตะสมบัติ. ติดเชื้อในกระแสเลือด. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [2 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก:<https://www.medpark hospital.com/disease-and-treatment/septicemia>.
4. รัฐภูมิ ขามพูนท, สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, บรรณาธิการ. รู้เท่าทัน เชื้อพิษ ป้องกัน รู้ทัน รักษาไว. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [2 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก:<https://phdb.moph.go.th/main/index/download/613>.
5. ทิภูติ ศรีวิสัย, วิมล อ่อนเส็ง. ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ: ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉิน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนูตรดิตถ์. 2560;9(2):152-62.
6. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [28 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th>.
7. โรงพยาบาลพิจิตร. กลุ่มงานยุทธศาสตร์ และแผนงานโครงการ. รายงานสถิติประจำปี. 2565.

**การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดดื้อยาชนิดเดียว
และดื้อยาหลายขนาน : กรณีศึกษา 2 ราย**
**Nursing care of patients with Mono-resistant
and multi-drug-resistant pulmonary tuberculosis
patients : Two Case Studies**

ชุตินา ปั่นแก้ว พย.บ.
โรงพยาบาลสามง่าม

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของกรณีศึกษา เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาและดื้อยาหลายขนาน การดำเนินของโรค การวินิจฉัยพยาบาล การวางแผนปฏิบัติการพยาบาล ผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา และเพื่อใช้เป็นแนวทางการให้การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาแบบองค์รวม ระยะเวลาของการศึกษาคือ ตุลาคม 2564 - กันยายน 2566

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นเพศชาย อายุใกล้เคียงกัน ระดับชั้นการศึกษาเดียวกัน แตกต่างกันที่ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นวัณโรคดื้อยาชนิดเดียว มีโรคร่วมคือเบาหวาน ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ไม่มีโรคร่วม ทั้ง 2 รายประสบปัญหาเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ เมื่อผู้ป่วย รักษาครบ พบว่า มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา จำเป็นต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจเป็นอย่างมาก ต้องมีการเฝ้าระวังการแพร่กระจาย ให้คำปรึกษา ติดตามผลเสมหะ การดูแลรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จัดการอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ดูแลด้านโภชนาการ รวมทั้งการประสานงานส่งต่อเจ้าหน้าที่สุขภาพในระดับชุมชน และการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม

คำสำคัญ : วัณโรคปอดดื้อยา บทบาทการพยาบาล

Abstract

The objectives of this research were studying and comparing drug-resistant and multidrug-resistant tuberculosis patients's disease, the progression of nursing, diagnosis nursing, action planning, and nursing effectiveness for patients with drug-resistant tuberculosis, and the guidelines for providing holistic nursing care to patients with drug-resistant tuberculosis. The period of study was from October 2021 to September 2023.

The study's results were male patients of similar age, education, and nutrition, but the first patient had mono-resistant tuberculosis with DM and the second had MDR tuberculosis with no co-morbidities. They eventually gained weight after the treatment ended, had a good quality of life, and returned to work as usual normally.

Nursing care of patients with drug-resistant tuberculosis requires a great deal of knowledge and understanding, monitoring the spread, counseling, following up on sputum, taking medication continuously, complications from medication, nutrition, referral systems in the community, and holistic health care for the body, mind, and society.

Keywords : drug-resistant pulmonary tuberculosis, the role of nursing care

บทนำ

วัณโรคถือว่าเป็นโรคติดต่อที่สำคัญทั้งในระดับประเทศและในระดับโลก องค์การอนามัยโลกได้จัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาระวัณโรคสูง (High burden countries) ได้แก่ มีภาระวัณโรค (TB) วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) โดยเชื้อที่เป็นสาเหตุของการก่อโรคคือเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* ซึ่งเป็นเชื้อที่สามารถแพร่ระบาดได้ง่ายในอากาศ โดยส่วนใหญ่่มักเกิดที่ปอด (ร้อยละ 80) แต่อวัยวะอื่นๆ ก็สามารถเกิดการติดเชื้อได้ทั่วทั้งร่างกาย เช่น วัณโรคกระดูก วัณโรคต่อมไทรอยด์ เป็นต้น จากข้อมูลทางสถิติปี พ.ศ. 2564 ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำของทุกประเภทที่ขึ้นทะเบียน จำนวน 35,951 ราย คิดเป็นอัตราการรายงานผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ 54.0 ต่อแสนประชากร⁽¹⁾ และจากข้อมูลทางสถิติปี พ.ศ.2562 พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multiple drug resistant tuberculosis : MDR-TB) หรือดื้อยา Rifampicin (MDR/RR-TB) จำนวนประมาณ 4,000 ราย คิดเป็น 5.7 รายต่อแสนประชากร ซึ่งพบในผู้ป่วยรายใหม่ ร้อยละ 2.3 และพบในผู้ป่วยที่เคยรักษามาก่อนร้อยละ 24.0⁽²⁾ จึงส่งผลให้ปัญหาวัณโรคดื้อยาส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพในระดับประเทศ เพราะระยะเวลาในการรักษาวัณโรคดื้อยานานกว่าการรักษาวัณโรคปกติ อาจเกิดการรักษาไม่ต่อเนื่องหรือขาดการรักษา และเนื่องจากใช้ยาหลายตัวจึงมีโอกาที่ผู้ป่วยจะเกิดผลข้างเคียงจากการรักษาได้ ผลจากการระยะเวลาการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยานานและผลข้างเคียงที่เกิดกับผู้ป่วย ส่งผลให้อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคดื้อยาลดต่ำกว่าวัณโรคที่ไวต่อยา (Drug-susceptible tuberculosis :

DS-TB) สำหรับในด้านเศรษฐศาสตร์ค่าใช้จ่ายในการรักษา ถ้าใช้ยารักษาวัณโรคแนวที่ 1 มาตรฐานการรักษา ค่าใช้จ่ายต่อรายประมาณ 2,000-4,000 บาท แต่ถ้าเกิดปัญหาเชื้อดื้อยา การใช้ยารักษาวัณโรคแนวที่ 2 ในการรักษา MDR-TB ค่าใช้จ่ายต่อรายประมาณ 200,000 บาท⁽³⁾ วัณโรคดื้อยาส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคม สำหรับกลุ่มประชากรที่เสี่ยงป่วยเป็นวัณโรคดื้อยาคือ กลุ่มที่เคลื่อนย้ายที่อยู่บ่อย ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไม่ครบจนหายขาด ทั้งนี้ผู้ป่วยส่วนมากมักมีฐานะยากจน จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการดูแลตัวเองด้วยโอกาส ดังนั้น การดูแลการรักษาผู้ป่วยจากพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญทั้งการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา การติดตามผู้ป่วยในการมารับการรักษาตามนัดและสม่ำเสมอ การสังเกตพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วย รวมทั้งการสังเกตอาการข้างเคียงจากยา ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

โรงพยาบาลสามง่าม จังหวัดพิจิตร เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 จำนวน 30 เตียง ไม่มีอายุรแพทย์ มีการให้บริการคลินิกวัณโรคทุกวันศุกร์ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาตามมาตรฐาน จากข้อมูลของโรงพยาบาลสามง่ามพบว่าผู้ป่วยวัณโรค ตั้งแต่ปี พ.ศ.2563 - 2566 มีจำนวน 33, 48, 52 และ 43 ราย ตามลำดับ และพบวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) ตั้งแต่ปี 2563 - 2566 จำนวน 2, 0, 2 และ 1 ราย ตามลำดับ จากการสังเกตผู้ป่วย MDR-TB ของโรงพยาบาลสามง่าม มีผู้ป่วยเดิมที่ขาดการรักษาและกลับมารักษาใหม่ในปีถัดมา ทำให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการแพร่กระจาย

ดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาจึงมีความสำคัญอย่างมากที่จะให้ผู้ป่วยรักษาครบ สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ ตลอดจนผู้ป่วยไม่เสียชีวิตระหว่าง



การรักษาและหายจากวัณโรคคือยาได้ในที่สุด ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษา ค้นคว้า รวบรวมข้อมูล เพื่อจะได้นำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรค และนำมาประยุกต์ใช้เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินของโรค การวินิจฉัยพยาบาล การวางแผนปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล กรณีศึกษาผู้ป่วยวัณโรคคือยาและคือยาหลายขนาน
2. เพื่อใช้เป็นแนวทางการให้การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคคือยาแบบองค์รวม

วิธีการศึกษา

1. เป็นการศึกษาเฉพาะราย (case study) ในผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร จำนวน 2 ราย โดยเป็นผู้ป่วยวัณโรคคือยาชนิดเดียว (Mono-resistant TB) จำนวน 1 ราย เปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายชนิด (MDR-TB) จำนวน 1 ราย โดยอธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ ขั้นตอนการศึกษาชี้แจงแนวทางการปกป้องข้อมูลผู้ป่วยในประเด็น ไม่มีการระบุชื่อผู้ป่วย สิทธิพิเศษหรือถอนตัวจากการศึกษา โดยไม่มีผลต่อการรักษา การนำเสนอข้อมูลในภาพรวมใช้ประโยชน์เพื่อกรณีศึกษาเท่านั้น

2. เก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติเวชระเบียน ตั้งแต่เริ่มเข้ามารักษาจนกระทั่งครบการรักษา ลงบันทึกการซักประวัติ อาการสำคัญ วัตถุประสงค์ซักประวัติ น้ำหนักส่วนสูง ผลการตรวจทางรังสี ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์ รายการยาที่ได้รับ ปัญหาที่พบในแต่ละครั้ง ร่วมกับข้อมูลการติดตามเยี่ยมบ้านของผู้ป่วย ญาติ และชุมชน

3. รวบรวมปัญหา วิเคราะห์ข้อมูล นำมาวางแผนการให้การพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และใช้คู่มือการเยี่ยมบ้าน INHOMESSS ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ผลการศึกษา

การวินิจฉัย

การเลือกใช้สูตรยารักษา ผลข้างเคียงของยา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การส่งต่อข้อมูลการรักษาให้ รพ.สต. เพื่อกำกับดูแลการกินยา (Directly observe treatment : DOT) การช่วยเหลือทางสังคม เศรษฐกิจ ครอบครัวและชุมชน

วัณโรค

วัณโรค (Tuberculosis : TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* จัดอยู่ในกลุ่ม *Mycobacterium tuberculosis complex* วัณโรคเกิดได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอด (ร้อยละ 80) ซึ่งสามารถแพร่เชื้อได้ง่าย วัณโรค นอกจากปอดอาจพบได้ในอวัยวะอื่นๆ ได้แก่ เยื่อหุ้มปอด ต่อม้ำเหลือง กระดูกสันหลัง ข้อต่อ ช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์ ระบบประสาท เป็นต้น

การแพร่กระจายของวัณโรคเป็นโรคติดต่อจากคนสู่คนผ่านทางอากาศ (Airborne transmission) โดยเมื่อผู้ป่วยวัณโรคปอด หลอดลม หรือกล่องเสียง ไอ จาม พูด เสียงดัง ตะโกน หัวเราะหรือร้องเพลง จะทำให้เกิดละอองฝอย (Droplet nuclei) ฝุ้งกระจายออกมา ละอองฝอยที่มีขนาดใหญ่จะตกลงพื้นดินและแห้งไป ส่วนละอองฝอยขนาดเล็ก 1-5 ไมโครเมตร จะลอยและกระจายอยู่ในอากาศ ซึ่งหากผู้สูดหายใจเอาละอองฝอยเข้าไปในปอดที่ใหญ่มากจะติดอยู่ในถุงลมและลำคอ ซึ่งมักไม่ก่อให้เกิดโรค แต่อนุภาคขนาดเล็กๆ จะเข้าไปสู่ถุงลมในปอด

วัณโรคคือยาอาจเกิดขึ้นตามธรรมชาติของตัวเชื้อวัณโรคเอง เนื่องจากการกลายพันธุ์ของสารพันธุกรรม (Genetic mutation) ทำให้ยาไม่สามารถรักษาเชื้อวัณโรคนั้นได้ หรืออาจเกิดจากกระบวนการรักษาทางคลินิก และการบริหารจัดการ ทำให้เกิดการรักษาที่ไม่เหมาะสม และเพียงพอ จนสุดท้ายก่อให้เกิดปัญหาเชื้อคือยา⁽¹⁾

การวินิจฉัยวัณโรคคือยา

วินิจฉัยวัณโรคคือยา จากการมีผลภาพถ่ายทางรังสีทรวงอกผิดปกติ เข้าได้กับวัณโรค และผลการตรวจสมหะตรวจ AFB smear ดังนี้

- กรณีผล AFB smear : Negative ให้ทำการส่งตรวจอณูชีววิทยา (X-pert MTB/RIF หรือ TB-LAMP) เพื่อวินิจฉัยวัณโรค

- กรณีผล AFB smear : Positive ให้ทำการส่งตรวจเพื่อยืนยันวัณโรค และตรวจดูวัณโรคดื้อยา ด้วยวิธีอณูชีววิทยาวิธีใดวิธีหนึ่ง (FL-molecular testing : LPA, RT-PCR และ X-pert MTB/RIF Ultra)⁽⁴⁾

ยาที่ใช้รักษาวัณโรคดื้อยา

ในปี พ.ศ.2563 องค์การอนามัยโลกได้ออกคำแนะนำในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา โดยมีการแบ่งกลุ่มยาเป็น A, B, และ C ซึ่งเรียงลำดับตามหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาแต่ละตัว และวิธีการจัดสูตรยาให้ได้อย่างน้อย 4 ตัว ดังนี้⁽⁵⁾

- Group A : Include all three medicines. (unless they cannot be used) Levofloxacin (Lfx) OR Moxifloxacin (Mfx), Bedaquiline (Bdq), Linezolid (Lzd)

- Group B : Include both medicines. (unless they cannot be used) Clofazimine (Cfz), Cycloserine (Cs) OR Terizidone (Trd)

- Group C : Add to complete the regimen and when medicines from Groups A and B cannot be used. Ethambutol (E), Delamanid (Dlm), Pyrazinamide (Z), Imipenem-cilastatin (Ipm-Cln) OR Meropenem (Mpm), Amikacin (AM) (OR Streptomycin (S)), Ethionamide (Eto) OR Prothionamide (Pto), p-aminosalicylic acid (PAS)

กรณีศึกษาชายที่ 1

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 54 ปี อาชีพเกษตรกร ฐานะปานกลาง จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา มาโรงพยาบาลครั้งแรกที่แผนกผู้ป่วยนอกเมื่อ 25 กรกฎาคม พ.ศ.2565 ด้วยอาการเหนื่อยง่าย ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการเหนื่อยง่าย กระหายน้ำ น้ำหนักตัวลด 3 กิโลกรัมใน 1 เดือน โดยไม่ทราบสาเหตุ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ป่วยปฏิเสธประวัติการได้รับการผ่าตัดและการแพ้ยารักษาโรคประจำตัว

เบาหวาน ประเมินสภาพผู้ป่วยรู้สึกตัวดี น้ำหนัก 52.2 kgs. ส่วนสูง 172 cms. BP = 140/90 mmHg. PR = 119 /min. RR = 20 /min. T. = 36.6 °C. ผลการตรวจภาพถ่ายภาพรังสี (CXR) พบว่า Blunt costophrenic angle Rt. lung suspect Rt. pleural effusion Infiltration RML RUL แพทย์ส่งตรวจเสมหะทันที (spot sputum) ผล AFB smear : Positive 2+ หลังจากนั้นให้เก็บเสมหะมาส่งวันถัดไป ผล AFB smear : Positive 3+, 3+ ตามลำดับ แพทย์วินิจฉัย Tuberculosis of lung ตามแนวทางการคัดกรอง เพื่อค้นหาและวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาในกลุ่มเสี่ยงส่งตรวจเสมหะต่ออณูชีววิทยาด้วยวิธี LPA (Line probe assay)⁽⁶⁾ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนเริ่มการรักษา Anti-HIV : Negative, LFT, BUN, Cr. : ปกติในช่วงประมาณ 1 สัปดาห์แรกระหว่างรอผล LPA ผู้ป่วยได้รับสูตรยาพื้นฐาน 2INRE เมื่อ 26 กรกฎาคม พ.ศ.2565 หลังจากนั้นติดตามผลเสมหะ LPA = MTB Detected, Isoniazid : Resistant, Rifampicin : Susceptible จึงเปลี่ยนสูตรการรักษาเป็น 6RZELx เมื่อวันที่ 5 สิงหาคม พ.ศ.2565

ขนาดยาที่ได้รับ R600 Z1500 E1000 Lx750 ได้แก่ Rifampicin (R) 300 mg. 2 tab hs. (2 เม็ด ก่อนนอน), Pyrazinamide (Z) 500 mg. 3 tab hs. (3 เม็ด ก่อนนอน), Ethambutol (E) 500 mg. 2 tab hs. (2 เม็ด ก่อนนอน) Levofloxacin 750mg. 1.5 tab hs. (1 เม็ดครึ่ง ก่อนนอน), Pyridoxine (Vitamin B6) 50 mg. 1 tab hs. (1 เม็ด ก่อนนอน) เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือเบาหวาน ได้ยาเบาหวานคือ Metformin 500 mg. 1*2 pt. (1 เม็ด *2 pc เข้าเย็น) วางแผนเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อดูการ DOT ยา เพิ่มโอกาสในการรักษาสำเร็จ เผื่อระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา บันทึกข้อมูลอาการของผู้ป่วยและส่งข้อมูลต่ออย่างสม่ำเสมอ และทำการตรวจคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน ทั้งครอบครัว

ตลอดช่วงระยะของการรักษา ผู้ป่วยมาตามนัด ทุกเดือนตั้งแต่ กรกฎาคม 2565 ถึง กุมภาพันธ์ 2566 จำนวน 12 ครั้ง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมมารับประทานยาที่ดี มีภรรยาคอยช่วยดูในเรื่องของการกินยา ผู้ป่วยไม่มีความเครียดจากการเจ็บป่วย พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายโรคของผู้ป่วยดีมาก ไม่ออกไปในชุมชน



ที่คนเยอะ ไม่เล่นกับหลานที่อยู่ร่วมบ้าน มีที่นอนแยก ออกห่างจากผู้ร่วมบ้านคนอื่น ผลการตรวจ AFB smear ระหว่างการรักษาในช่วงเดือนที่ 2, 5 และ 6 ตามแนวทางการควบคุมวัณโรค⁽¹⁾ ผล Negative ทั้งหมด ผล CXR หลังการรักษาโพรงที่ปอดแคบลง การคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านด้วยการ CXR จำนวน 2 ราย ผลปกติทุกราย ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยควบคุมได้ดีตามลำดับ ปัญหาของผู้ป่วยที่พบคือมีอาการไอเล็กน้อย แพทย์ให้ยาแก้ไอ หลังจากนั้นอาการของผู้ป่วยดีขึ้น แพทย์จำหน่ายการรักษา วันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566 น้ำหนักตัวผู้ป่วยเพิ่มขึ้น จาก 52.2 kgs. เป็น 59.9 kgs. ผล CXR : Decreased LUL infiltration

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1

ขาดความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่คนในครอบครัวและชุมชน

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

- เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่สมาชิกในครอบครัว
 - เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวในการรักษาได้ถูกต้อง
- เกณฑ์การประเมิน

บุคคลในครอบครัวได้รับการตรวจคัดกรองวัณโรค และไม่พบผู้ป่วยเพิ่ม

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและยินดียอมรับเข้าร่วมการรักษา
2. การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับโรคให้ผู้ป่วย เพื่อลดการกระจายของโรค ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัย (Face Mask) ที่ถูกต้อง แนะนำการปฏิบัติตัวทั้งเวลาอยู่บ้านและอยู่ในชุมชน หลีกเลี่ยงการเดินทางไปในสถานที่แออัดและคนเยอะ ดูแลรักษาสุขอนามัยภายในบ้านที่ห้องนอน วิธีการใช้น้ำยาฆ่าเชื้อในการกำจัดเสมหะ ควรบ้วนเสมหะลงในภาชนะที่มีน้ำยาฆ่าเชื้อ แล้วทิ้งลงในโถส้วมไม่ควรบ้วนเสมหะลงบนพื้น การเก็บเสมหะที่บ้านควรเก็บในที่โล่ง มีแสงแดดส่องถึง และไม่ควรมีใครอยู่ใกล้ขณะเก็บเสมหะ เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ
3. เน้นให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญถึงการคัดกรองผู้สัมผัสใกล้ชิด โดยการรับการตรวจคัดกรองด้วย CXR ทุกราย

4. อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรคให้สมาชิกในครอบครัวและญาติฟัง เพื่อให้ทุกคนเข้าใจและไม่เกิดความวิตกกังวล

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้สัมผัสใกล้ชิดในครอบครัวได้รับการตรวจคัดกรองด้วยวิธี CXR ผลพบว่าปกติทุกราย ญาติมีความเข้าใจโรคมมากขึ้น ผู้ป่วยปฏิบัติตัวดี สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา แยกตัวจากสมาชิกในบ้าน และมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ดี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2

ผู้ป่วยมีความเสี่ยงเกิดอาการข้างเคียงจากยาที่ใช้รักษาวัณโรคคือยา

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

เพื่อให้ประสิทธิภาพของยารักษาวัณโรคดีเท่าที่ควร และลดการเกิดอันตรกิริยากับยาอื่น

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยไม่เกิดผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาวัณโรค

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายชื่อยา ขนาดและจำนวนยาแต่ละชนิด
2. อธิบายอาการที่ไม่พึงประสงค์จากยาที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ตับอักเสบ ผื่น โลหิตจาง เม็ดเลือดขาวต่ำ ปวดท้อง ตาอักเสบ ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร ฤทธิ์ข้างเคียงของยา และอาการที่ควรมาพบแพทย์
3. แนะนำคู่มือที่อาจเกิดอันตรกิริยาร่วมกัน เช่น การใช้ Levofloxacin คู่กับ Aluminium, Magnesium จะลดการดูดซึมของ Fluoroquinolones ควรทานยาห่างกันอย่างน้อย 2 ชั่วโมง
4. ประสานเจ้าหน้าที่ รพ.สต.คอยประเมินอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาวัณโรคคือยาตลอดเวลาการรักษา หากพบอาการข้างเคียงรีบแจ้งให้แพทย์ทราบเพื่อดำเนินการรักษาอย่างถูกวิธี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3

ผู้ป่วยเสี่ยงภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะทุพโภชนาการ

เกณฑ์การประเมิน

หลังจบการรักษาผู้ป่วยมี BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย และแนะนำญาติสังเกตการรับประทานอาหารของผู้ป่วย
2. แนะนำญาติแบ่งมื้อรับประทานอาหารให้ผู้ป่วย โดยให้รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ วันละ 5-6 มื้อ
3. แนะนำอาหารเสริมสำหรับผู้ป่วย เช่น นม ไข่ขาว เพื่อเพิ่มระดับ Albumin ในเลือด
4. ประสานนักโภชนาการกำหนดอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยก่อนเริ่มการรักษา มีค่า BMI เท่ากับ 17.65 หลังการรักษาเสร็จสิ้นในระยะเวลา 6 เดือน BMI ของผู้ป่วย มีค่าเท่ากับ 20.11

กรณีศึกษาตอนที่ 2

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 50 ปี อาชีพรับจ้างทั่วไป ฐานะปานกลาง จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา มาโรงพยาบาลครั้งแรกที่แผนกผู้ป่วยนอกเมื่อ 24 มีนาคม พ.ศ.2565 ด้วยอาการไอ มีเสมหะ มีเลือดปน เหนื่อยง่าย 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการไอ มีเสมหะ มีเลือดปนบางครั้ง เหนื่อยง่าย ยังไม่ได้รับการรักษาที่ไหน 2 วันก่อนมาอาการไอมีเลือดปนมากขึ้น จึงไปตรวจที่โรงพยาบาล เอกชนแห่งหนึ่ง แพทย์แจ้งว่าปอดเป็นฝ้า ให้กลับมารักษาตามสิทธิ์การรักษาใกล้บ้าน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ป่วยปฏิเสธประวัติการได้รับการผ่าตัด การแพ้ยา และโรคประจำตัว ให้ประวัติว่าญาติเคยป่วยเป็นวัณโรครักษาครบแล้ว สูบบุหรี่วันละ 30 มวน เลิกดื่มสุราเมื่ออายุ 46 ปี อาการแรกเริ่มประเมินสภาพผู้ป่วยรู้สึกตัวดี น้ำหนัก 44.0 kgs. ส่วนสูง 168 cms. BP = 118/104 mmHg. PR = 107 /min. RR = 22 /min. T. = 37.6 °C. แพทย์นัดส่งตรวจเสมหะ 3 days หลังจากนั้นผู้ป่วยมาตามนัด

ผล AFB smear 3 days : Positive 2+, 1+, 2+ ตามลำดับ ผลการตรวจภาพถ่ายทางรังสี (CXR) พบว่า Reticulo-nodular infiltration RUL, LUL แพทย์วินิจฉัย Tuberculosis ตามแนวทางการคัดกรอง เพื่อค้นหาและวินิจฉัยวัณโรคที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง ส่งตรวจเสมหะต่อณูวิทยาด้วยวิธี LPA ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนเริ่มการรักษา Anti-HIV : Negative, LFT, BUN, Cr. : ปกติ ในช่วงประมาณ 1 เดือนแรกระหว่างรอผล LPA ผู้ป่วยได้รับสูตรยาพื้นฐาน 2HRZE/4HR เมื่อ 29 มีนาคม พ.ศ.2565 หลังจากนั้นติดตามผลเสมหะ LPA = MTB Detected, Isoniazid : Resistant, Rifampicin : Resistant จึงส่งตัวไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไป เนื่องจากเป็นผู้ป่วย MDR-TB เกินศักยภาพที่โรงพยาบาลชุมชนจะรักษา เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไปผลเสมหะในเดือนที่ 7 ยัง Positive จึงทำให้เกิดการรักษาล้มเหลว และเริ่มสูตรยาวัณโรคใหม่ เมื่อ 4 สิงหาคม พ.ศ.2566 ด้วยสูตร เริ่มสูตรยาวัณโรคดื้อยา 4-6 Bdq-Lfx-Lzd-Cfz / atleast 14 Lfx-Cfz-Z-E

ขนาดยาที่ได้รับ Bedaquiline (Bdq) 100 mg. 4 tab hs. (2wk) then 2 hs. จ,พ,ศ (19/1/2567), Levofloxacin (Lfx) 500 mg. 1.5 tab hs., Clofazimine (Cfz) 50 mg. 2 hs., Linezolid (Lzd) 600 mg. 11 hs. ผู้ป่วยเดินทางรับยาตามนัดที่ รพท. ตามนัด ประสานเจ้าหน้าที่ รพ.สต. กำกับเรื่องการ DOT ยา เนื่องจากผู้ป่วยเป็น MDR-TB จึงเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อโรคดื้อยาในชุมชน

จากการรักษาวัณโรคของผู้ป่วยที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดีในการไปตรวจตามนัด สามารถแยกบ้านจากสมาชิกในครอบครัวได้ รับประทานยาตรงทุกวัน แต่ผู้ป่วยการรับประทานอาหารมีระยะเวลาประมาณ 20.00 น. และเข้านอนเวลา 21.00 น. ทำให้การรับประทานยาวัณโรคหลังรับประทานอาหารเพียง 1 ชั่วโมง แต่ยาวัณโรคควรทานในขณะท้องว่างหรือหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง⁽⁶⁾ การคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านด้วยวิธีการ CXR จำนวน 6 ราย ผลปกติทุกราย แต่เมื่อคัดกรองหาวัณโรคระยะแฝงด้วยวิธี IGRAs ผล Positive จำนวน 5 ราย อีก 1 ราย เป็นเด็กอายุ 1 ขวบ จึงไม่ได้รับการตรวจ ปัจจุบันผู้ป่วยยังอยู่ในขั้นตอนการรักษา คัดรักษาครบวันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2568



ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 1

ขาดความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่คนในครอบครัวและชุมชน

วัตถุประสงค์ทางการแพทย์พยาบาล

- เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่สมาชิกในครอบครัว
- เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวในการรักษาได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมิน

บุคคลในครอบครัวได้รับการตรวจคัดกรองวัณโรคและไม่พบผู้ป่วยเพิ่ม

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและยินดียอมรับเข้าร่วมการรักษา
2. การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับโรคให้ผู้ป่วย เพื่อลดการกระจายของโรค ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัย (Face Mask) ที่ถูกต้อง แนะนำการปฏิบัติตัวทั้งเวลาอยู่บ้านและอยู่ในชุมชน หลีกเลี่ยงการเดินทางไปในสถานที่แออัดและคนเยอะ ดูแลรักษาสุขอนามัยภายในบ้านที่ห้องนอน วิธีการใช้น้ำยาฆ่าเชื้อในการกำจัดเสมหะ ควร้วนเสมหะลงในภาชนะที่มีน้ำยาฆ่าเชื้อ แล้วทิ้งลงในโถส้วมไม่ควร้วนเสมหะลงบนพื้น การเก็บเสมหะที่บ้านควรเก็บในที่โล่ง มีแสงแดดส่องถึง และไม่ควรมีใครอยู่ใกล้ขณะเก็บเสมหะ เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ
3. เน้นให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญถึงการคัดกรองผู้สัมผัสใกล้ชิด โดยการรับการตรวจคัดกรองด้วย CXR และ IGRAs ทุกราย
4. อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรคให้สมาชิกในครอบครัวและญาติฟัง เพื่อให้ทุกคนเข้าใจและไม่เกิดความวิตกกังวล

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้สัมผัสใกล้ชิดในครอบครัวได้รับการตรวจคัดกรองด้วยวิธี CXR ผลพบว่าปกติทุกราย ส่วนวิธีการตรวจด้วย IGRAs ตรวจ 5 ราย ผลบวกทั้ง 5 ราย ให้สุขศึกษากับญาติจนมีความเข้าใจโรคมมากขึ้น ผู้ป่วยปฏิบัติตัวดีสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา แยกตัวจากสมาชิกในบ้าน โดยการแยกบ้านอยู่ มีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ดีไปเข้ารับบริการคลินิกวัณโรคตรงตามนัด

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 2

ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับวัณโรค

วัตถุประสงค์

เพื่อคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยและครอบครัวมีสีหน้าที่สดชื่น สบายตามและแสดงความกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วยลดลง
2. ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วยและครอบครัวด้วยความเป็นมิตร พร้อมให้ความช่วยเหลือและเปิดโอกาสให้สามารถซักถามในข้อมูลที่สงสัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและไว้วางใจ
2. ประเมินความวิตกกังวลและทำที่ต่างๆ ที่แสดงออกของผู้ป่วยและครอบครัว เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ
3. ให้กำลังใจและสนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
4. แจงอาการผู้ป่วยให้ครอบครัวทราบเป็นระยะๆ

การประเมินผลการพยาบาล

1. ครอบครัวมีสีหน้าที่สดชื่นขึ้น สบายตามเกี่ยวกับผู้ป่วยลดน้อยลง
2. ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 3

มีความเสี่ยงเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาวัณโรครักษาวัณโรคคือยา

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และทราบวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยรับประทานยาครบตามจำนวน ขนาด และเวลา

2. ทราบผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาวัณโรค

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายชื่อลักษณะขนาดและจำนวนยาแต่ละชนิด
2. บอกเหตุผลที่ต้องรับประทานยาเพื่อการรักษา รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และผลของการรับประทานไม่ตรงเวลาหรือไม่ต่อเนื่อง ส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษา
3. อธิบายอาการและอาการแสดงของอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ตับอักเสบ อาการชาตามปลายประสาท ผื่น โลหิตจาง เม็ดเลือดขาวต่ำ คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดยอดอก ปวดท้อง ท้องเสีย เป็นต้น
4. แนะนำวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาและควรรีบไปพบแพทย์ทันทีหากมีอาการดังนี้อยากอาหารลดลง ผิวซีด ปัสสาวะมีสีเหลืองเข้ม มีไข้ติดต่อกัน 3 วัน ขึ้นไปโดยไม่ทราบสาเหตุ หายใจลำบาก อาการบวมที่หน้า ริมฝีปาก ลิ้น หรือคอ มีอาการมองไม่ชัดหรือเห็นสีผิดปกติ เป็นต้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะทุพโภชนาการ

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวและ BMI เพิ่มขึ้น ไม่พบภาวะพร่องสารอาหาร

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย และแนะนำญาติสังเกตการรับประทานอาหารของผู้ป่วย
2. แนะนำญาติแบ่งมื้อรับประทานอาหารให้ผู้ป่วย โดยให้รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ วันละ 5-6 มื้อ
3. แนะนำอาหารเสริมสำหรับผู้ป่วย เช่น นมไข่ขาว เพื่อเพิ่มระดับ Albumin ในเลือด
4. ประสานนักโภชนาการกำหนดอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยก่อนเริ่มการรักษา มีค่า BMI เท่ากับ 15.59 ปัจจุบันขณะทำการรักษาผู้ป่วยมีค่า BMI เท่ากับ 17.36

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5

เสี่ยงต่อการผิคนัด ขาดยา รักษาไม่ครบ

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการขาดยาและการรักษาล้มเหลว

กิจกรรมการพยาบาล

1. เสริมพลังและสร้างแรงจูงใจ ในเรื่องการรักษาต่อเนื่องจนครบ ซึ่งให้ผู้ป่วยเห็นถึงข้อดีข้อเสียของการรักษา หากป่วยในอนาคตมีความเสี่ยงในการแพร่ให้กับคนในครอบครัวและโอกาสเสียชีวิตสูง
2. ประสานเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ติดตามกำกับดูแลเรื่องการ DOT ให้เน้นย้ำเตือนผู้ป่วยเมื่อถึงวันใกล้นัด

การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยได้รับการติดตามให้มาตรวจตามนัด ผลเสมหะไม่พบเชื้อ

ตารางที่ 1 แสดงผลการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาและดื้อยาหลายขนาน : กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
เพศ อายุ	ชายไทยอายุ 54 ปี	ชายไทยอายุ 50 ปี	ผู้ป่วยเป็นเพศเดียวกัน อายุใกล้เคียงกัน
การศึกษา	จบชั้นประถมศึกษา	จบชั้นประถมศึกษา	ยังไม่เป็นผู้สูงอายุ ช่วยเหลือตัวเองได้
เศรษฐกิจฐานะ	ฐานะปานกลาง	ฐานะปานกลาง	ระดับการศึกษาชั้นเดียวกัน ทำให้การสื่อสารกับผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย

ตารางที่ 1 แสดงผลการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาและดื้อยาหลายขนาน : กรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
อาการ/ อาการแสดง	เหนื่อยง่าย น้ำหนักตัวลด 3 kgs./month.	ไอ มีเสมหะ มีเลือดปน เหนื่อยง่าย	มีอาการแสดงชัดเจนทั้ง 2 ราย แต่แตกต่างกันตรงที่รายที่ 1 ไม่มีอาการไอมีเลือดปน และมีอาการน้ำหนักลดไม่ทราบสาเหตุ
โรคประจำตัว	DM		ผู้ป่วยรายที่ 1 มีโรคร่วมคือ เบาหวาน (DM) ซึ่งต้องให้ สุขศึกษาเรื่องของโภชนาการ เพราะหากผู้ป่วยไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลได้ การรักษาวินโรค ก็จะแย่ขึ้นไปด้วย
การวินิจฉัย	AFB + DST = ดื้อยา INH (Mono-resistant TB)	AFB + DST = ดื้อยา INH, Rif (MDR-TB)	ผู้ป่วยรายที่ 2 ประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไป มีการย้ายสถานที่ทำงานเป็นประจำ ประกอบกับ ให้ประวัติว่าญาติเคยป่วยเป็น วัณโรครักษาครบแล้ว จึงอาจมี โอกาสเป็นผู้สัมผัสเชื้อวัณโรค และติดมาโดยไม่รู้ตัว
พยาธิสภาพ	ปอดขวาบน ปอดขวากลาง	ปอดขวาบน ปอดซ้ายบน ปอดซ้ายล่าง	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีพยาธิสภาพ ที่ปอด ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงในการแพร่ โรคจากคนสู่คนผ่านทางอากาศ เน้นย้ำให้ผู้สวมหน้ากากอนามัย ตลอดเวลา แยกตัวออกจากสมาชิก ในครอบครัว เน้นหนักในช่วง 1 เดือนแรก อยู่ในสภาพแวดล้อม ที่อากาศถ่ายเทสะดวก ติดตาม ผู้ป่วยมาตรงตามนัดหรือไม่ และ ติดตามผลเสมหะเพื่อดูโอกาส การแพร่กระจายโรค
สูตรยาที่ได้รับ	R 300 mg 2*1 Z 500 mg 3*1 E 500 mg 2*1 Lfx 500 mg 1.5*1 + ยาเบาหวาน	Bdq 100 mg 4*1 Lfx 500 mg 1.5*1 Cfz 50 mg 2*1 Lzd 600 mg 0.5*1	ความแตกต่าง ผู้ป่วยรายที่ 1 ใช้ ระยะเวลารักษา 6 เดือน ซึ่งสั้น กว่าผู้ป่วยรายที่ 2 ดังนั้น โอกาส รักษาสำเร็จของผู้ป่วยรายที่ 1 จึงอาจมากกว่าผู้ป่วยรายที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงผลการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาและดื้อยาหลายขนาน : กรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
การวินิจฉัย ทางการพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> ขาดความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่คนในครอบครัวและชุมชน มีความเสี่ยงเกิดอาการข้างเคียงจากยาที่ใช้รักษาวัณโรคดื้อยา เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ 	<ol style="list-style-type: none"> ขาดความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่คนในครอบครัวและชุมชน ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวล มีความเสี่ยงเกิดอาการข้างเคียงจากยาที่ใช้รักษาวัณโรคดื้อยา ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการ เสี่ยงต่อการผัดนัดขาดยา รักษาไม่ครบ 	<p>- ผู้ป่วยรายที่ 1 เผื่อระวังเพิ่มเติมในเรื่องของโรคประจำตัว อาจมีภาวะ Hyperglycemia จึงต้องให้สุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารและยาโรคประจำตัว</p> <p>- ผู้ป่วยรายที่ 2 เผื่อระวังในเรื่องการมีภาวะความวิตกกังวล เนื่องจากระยะเวลาที่รักษานาน ผู้ป่วยรู้สึกรักษาไม่หายสักที จึงมีโอกาสที่จะเกิดความล้มเหลวในการรักษาอีกครั้ง</p> <p>- ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีปัญหาเรื่องความรู้ความเข้าใจของโรควัณโรค และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากมีน้ำหนักตัวน้อย ค่า BMI อยู่ต่ำกว่าปกติ ส่งปรึกษานักโภชนาการเพื่อให้จัดสรรอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วย</p>

สรุปและวิจารณ์ผล

กรณีศึกษาที่ 1 เป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (Mono-resistant TB) มีโรคร่วมคือโรคเบาหวาน ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี มีความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่น ในช่วงแรกของการรักษาผู้ป่วยมีอาการไอเล็กน้อยจากตัวโรค ไม่พบอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาวัณโรคดื้อยา สามารถรักษาครบได้ตามระยะเวลาที่กำหนดคือ 6 เดือน และน้ำหนักตัวผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากตอนก่อนรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทวัฒน์และคณะ⁽⁷⁾ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่น้ำหนักตัวมากกว่า 40 กิโลกรัม มีอัตราการรักษาสำเร็จมากกว่าผู้ป่วยที่น้ำหนักน้อยกว่า 40 กิโลกรัม ผลสำเร็จของผู้ป่วยรายนี้ ติดตามผลการตรวจเสมหะในเดือนที่ 2, 5 และ 6 ของการรักษา ผลไม่พบเชื้อ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

สามารถกลับไปทำงานในชุมชนได้อย่างปกติ

กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) ผู้ป่วยสามารถแยกบ้านมารักษาตัวเองเพื่อลดอัตราการแพร่เชื้อสู่คนอื่นในชุมชน แต่เมื่อเริ่มระยะรักษาไปได้ 7 เดือน ผลเสมหะยังตรวจพบเชื้อ จึงทำให้การรักษาล้มเหลว แพทย์จึงเริ่มสูตรยารักษาใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิโลบลและคณะ พบว่า ผลการรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานมีอัตราส่วนของการรักษาสำเร็จต่ำ⁽⁸⁾

จากการศึกษาผู้ทั้ง 2 ราย เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาขนานเดียว กับวัณโรคดื้อยาหลายขนาน พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาขนานเดียวมีโอกาสรักษาสำเร็จมากกว่าผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาขนาน



แม้ว่าผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานจะเคยล้มเหลวในการรักษาและยังอยู่ในขั้นตอนการรักษาในขณะนี้ แต่ด้วยระยะเวลาการรักษาวัณโรคคือยาที่ยาวนาน ก็อาจส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ จนผลการรักษาไม่สำเร็จ ดังนั้น ควรเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยวัณโรค เพื่ออาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น⁽⁹⁾

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค ควรมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคคือยาให้ยั่งยืน และมีการส่งต่อข้อมูลในระดับโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้เกิดความร่วมมือและประสิทธิภาพในการควบคุมการแพร่เชื้อของวัณโรคคือยา

2. พยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค ทั้งในโรงพยาบาลหรือในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม นอกจากการรักษาทางกายแล้ว การเสริมสร้างพลังทางใจให้กับผู้ป่วย เป็นเรื่องที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งที่สามารถช่วยให้อัตราการความสำเร็จในการรักษาเพิ่มมากขึ้น

3. การดำเนินงานในชุมชนเพื่อดูแลผู้ป่วยวัณโรคคือยาทั้งขนานเดี่ยวหรือวัณโรคคือยาหลายขนานยังต้องมีการวางระบบเชื่อมโยงจากทุกภาคส่วน ทุกระดับเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาและเพิ่มการจัดการการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังวัณโรคและวัณโรคคือยาในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2560[เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก:<https://www.tbthailand.org/statustb.html>
2. กรมควบคุมโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์;2564. หน้า 11-2, 144-5.

3. กรมควบคุมโรค. แนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคคือยา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย;2558.
4. กรมควบคุมโรค. แนวทางการสอบสวนและควบคุมวัณโรค ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2566. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์; 2566.
5. กรมควบคุมโรค. แนวทางการเลือกใช้สูตรยารักษาวัณโรคคือยา ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์;2563.
6. วิสิษฐ สุรวดี. ความรู้พื้นฐานของยาต้านวัณโรค [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 4 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก:<https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1318>
7. นันทวัฒน์ ต้นธนาสุวัฒน์, กมล แก้วกิติธรงค์, กำพล สุวรรณพิมพ์กุล, ชาญกิจ พุฒิเลอพงค์. ผลลัพธ์การรักษาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดในผู้ใหญ่ ณ คลินิกควบคุมการติดเชื้อทางเดินหายใจ. วารสารเภสัชกรรมไทย 2566;15(2): 375-88.
8. นิโบล นาคบำรุง, ยศวิดี เพ็ชรคำ, ศศิธร แดงเจย์, สุกัญญา บุญช่วย, ต้ม บุญรอด, วิชชาดา สิมลา. ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนาน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เชิงอภิमान. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564;29(4):646-59.
9. อัญชลี จันทร์ปรง, สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ, สมสมัย รัตนกรีกาทกุล. ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลการตรวจเสมหะของผู้ป่วยวัณโรค. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2560;31(3):89-104.

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ระยะสุดท้ายที่บ้าน : รายงานผู้ป่วย

Nursing care of patients with end – stage colon cancer at home : Case report

ยุพดี ศรีเบญจโชติ ป.พย.

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อช่วยผู้ป่วยให้สามารถเผชิญกับความตายด้วยความสงบสุข สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือเรียกว่า “ตายดี” การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้ายใกล้เสียชีวิต และระยะหลังผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้เขียนได้ศึกษาและทบทวนวิชาการเกี่ยวกับ สาเหตุ ระยะของโรค การวินิจฉัยการรักษา การเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ของผู้ป่วยเมื่อโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย และให้การพยาบาลที่เหมาะสม โดยมีกรณีศึกษาเป็นตัวประกอบเพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ปฏิบัติการพยาบาล การวางแผนจำหน่าย (Discharge Plan) โดยใช้ หลัก D-METHOD และใช้แบบประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว (IN-HOME-SSS) ในระยะการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยหญิงไทย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ระยะสุดท้าย มีอาการสำคัญ ได้แก่ ไข้ เหนื่อย แน่นหน้าอก เข้าห้อง 2 ช้างบวมมากขึ้น 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล และได้เข้ารับการรักษาไว้ในโรงพยาบาลรวม 4 วัน ผู้ศึกษาได้ติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 3 ครั้ง จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน

ผลการศึกษา : การเตรียมวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการแจ้งข่าวร้าย ในแต่ละระยะของการดำเนินของโรค จะช่วยให้ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถเลือกที่จะกลับไปดูแลรักษาที่บ้านโดยมีพยาบาลเป็นผู้ติดตามดูแลแบบประคับประคอง คอยให้การช่วยเหลือครอบครัว ผู้ดูแลได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดให้ผู้ป่วยและผู้ป่วยจากไปอย่างไม่ทุกข์ทรมานที่เรียกว่าการตายดี

คำสำคัญ : การพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ การดูแลระยะสุดท้าย

Abstract

In palliative care for terminally ill cancer patients at home, the nurses need to have knowledge and understanding about caring for terminally ill patients to help patients face death calmly or rest in peace. This study aims to provide palliative care near the end of life and death. The author has studied and reviewed academics regarding the causes, stages of disease, diagnosis, treatment, changes in various aspects of the patient, and nursing care. The case study was an example to serve as a guideline for nurses to provide patients with a good quality of life. The nursing practice discharge planning using D-METHOD principles and the patient and family health status assessment (IN-HOME-SSS) form during the continuous care period at home to achieve holistic care.

Case study: A Thai female patient was diagnosed with end-stage colon cancer. Symptoms included fever, fatigue, difficulty breathing, and severe swelling in both feet for 4 hours before coming. He was admitted to the hospital for a total of 4 days. The researcher followed up with home visits 3 times. Finally, she died peacefully at home.

Study results: Preparing care plans in advance and situation reporting in each stage helps the family and caregivers choose to care for her at home. The nurse supported her family in providing palliative care and helped them to do something for the best. Finally, the patient passed away without suffering, and rest in peace.

Keywords : nursing care, colon cancer patients, end-of-life care

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้สำรวจคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการดูแลแบบประคับประคอง มากกว่า 56.8 ล้านคนทั่วโลกทุกปี ซึ่งใกล้ถึง 25.7 ล้านคนอยู่ในวาระสุดท้ายแห่งชีวิตของพวกเขา ทำให้เกิดความต้องการการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้น ซึ่งมะเร็งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตอันดับสองของโลก พบว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง จำนวน 8.8 ล้านรายและในปี 2573 คาดการณ์ว่าจำนวนอุบัติการณ์ของผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็ง จะเพิ่มสูงถึง 21.6 ล้านราย และประเทศไทย พบว่าการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเป็นอันดับหนึ่ง ในปี 2561 มีผู้เสียชีวิต 120.3 รายต่อประชากร 100,000 คน ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่มากกว่าครึ่งหนึ่งและอยู่ในระยะลุกลาม คิดเป็นร้อยละ 56.67⁽¹⁾ ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้เกิดความทรมานทุกข์ทรมานจากโรคและผลข้างเคียงจากการรักษาทำให้เกิดความทุกข์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในด้านผลกระทบทางกายภาพ อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วย ได้แก่ ความเจ็บปวด เหนื่อยล้า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และน้ำหนักลด สำหรับผลกระทบด้านจิตใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความทุกข์ทางจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความเศร้า และ ซึมเศร้าร่วมกับการเจ็บป่วยทางกาย⁽²⁾ ส่งผลให้กิจกรรมของผู้ป่วยลดลง ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ และต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ⁽³⁾ และอาจส่งผลต่อจิตใจของผู้ป่วยเกิดความสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกสิ้นหวังและขาดการพึ่งพาทางจิตใจ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงตลอดชีวิต⁽⁴⁾ จึงต้องมีการดูแล

แบบประคับประคอง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วย (Bereavement Care) ซึ่งมีแนวทางการดูแล โดยเริ่มจากการที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด จนกระทั่งผู้ป่วยอยู่ในระยะท้าย หรือกำลังจะเสียชีวิตจากโรค โดยสามารถดูแลควบคู่ไปกับการรักษาเฉพาะสำหรับโรคนั้นๆ โดยตระหนักถึงสิทธิผู้ป่วยและครอบครัว ในความต้องการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วย รวมทั้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความต้องการของตนเอง ในการมีส่วนร่วมตัดสินใจในเรื่องแนวทางการรักษา และเป้าหมายของการดูแลรักษา โดยเน้นการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิต และยอมรับความตายให้เป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติชีวิต รวมถึงการไม่ใช่เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ หรือวิธีการรักษาใดๆ เพียงเพื่อยื้อความทรมานของผู้ป่วย, ไม่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและไม่เป็นการเร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วกว่าการดำเนินโรคเองตามธรรมชาติ⁽⁵⁾ ซึ่งกระบวนการทางการพยาบาลที่สำคัญในการดูแลแบบประคับประคอง คือการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยระยะท้ายเป็น ขบวนการสื่อสารและวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ เพื่อการพูดคุยกันถึงความต้องการการดูแลทางการแพทย์ในแนวทางที่ผู้ป่วยต้องการ ในกรณีที่บุคคลอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถสื่อสารความต้องการของตนเองได้ ซึ่งเป็นขบวนการที่มีความสำคัญ

และนำไปสู่การทำให้แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข มีความจำเป็นที่ทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต้องจัดให้มีการพูดคุยในหัวข้อนี้ เพื่อสามารถให้การดูแลรักษาที่ตรงตามความประสงค์ของผู้ป่วย⁽⁶⁾

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน อำเภอตะพานหิน เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ระดับ M2 ขนาด 90 เตียง ที่ทำหน้าที่รับ ส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลจังหวัด และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตะพานหิน จำนวน 12 ตำบล 13 โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล และต้องจัดบริการกับกลุ่มเป้าหมายที่ตอบสนองต่อนโยบายแผนพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน มีหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการงานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน แก่ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายพิเศษยุ่งยากซับซ้อน กลุ่มเป้าหมายตามนโยบาย ครอบคลุมการดูแลระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ในการบริการพยาบาลรูปแบบการดูแล Home Visit, Home Health Care และ Home Ward รวมทั้งจัดระบบศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of care, COC) เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลจังหวัด และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน จากการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) สาขาการดูแลแบบประคับประคองระดับจังหวัดปี พ.ศ. 2565 พบปัญหาสำคัญคือ โรงพยาบาลชุมชนยังไม่ได้เตรียมการรองรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น ขาดการเตรียมความพร้อมที่บ้านและชุมชน ขาดแหล่งสนับสนุน (Social Support) วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ปัญหาในขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Plan) ในเรื่องการสื่อสารกับทีมส่งต่อการดูแลต่อเนื่อง การส่งต่อข้อมูลไม่ครบถ้วนและล่าช้า มีผลกระทบทำให้ทีมรับต่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, โรงพยาบาลชุมชนและคลินิกหมอครอบครัว ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยไม่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดหรือบางกรณีผู้เยี่ยมมีภาระงานมากไม่สามารถเยี่ยมทันเวลา⁽⁷⁾ ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการจากข้อมูลการจัดบริการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของกลุ่ม

งานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ ปี 2563-2565 เท่ากับ 9, 12 และ 17 รายตามลำดับ ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ระยะสุดท้าย เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ระยะสุดท้าย และเพื่อบรรเทาอาการและการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น เป็นการดูแลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในทุกมิติแบบองค์รวมและมีความต่อเนื่อง รวมถึงช่วยผู้ป่วยและครอบครัวให้เข้าใจภาวะโรคและช่วยในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า⁽⁶⁾ โดยเข้าไปร่วมการวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน โดยใช้ หลัก D-METHOD⁽⁸⁾ ดังนี้ D = Diagnosis เป็นการให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ถึงสาเหตุอาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง, M = Medicine เป็นการแนะนำการใช้ยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งข้อห้ามการใช้ยาด้วย, E = Environment เป็นการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ บางรายอาจจะต้องฝึกฝนอาชีพใหม่เป็น, T = Treatment เป็นการเพิ่มทักษะที่เป็นตามแผนการรักษา เช่น การทำแผล รวมถึงการเฝ้าสังเกตอาการตนเองและแจ้งให้พยาบาลทราบ, H = Health เป็นการส่งเสริม ฟื้นฟูสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ, O = Out patient เป็นการมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง และ D = Diet เป็นการเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรคหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ⁽⁸⁾

วัตถุประสงค์

เพื่อใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผนพยาบาลดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ระยะสุดท้ายตั้งแต่ที่โรงพยาบาล



ในระยะวางแผนจำหน่าย การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหสาขา และติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

วิธีการศึกษา

ผู้ศึกษาได้คัดเลือกผู้ป่วย ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ระยะสุดท้าย ที่รับเข้าดูแลในศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (CoC : Continuity of Care) กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหินในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2566 เพื่อเป็นกรณีศึกษา ทั้งนี้ได้มีการได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยและครอบครัว โดยได้ลงนามในใบยินยอมและสามารถที่จะยุติการเป็นกรณีศึกษาได้ตลอดเวลา โดยมีการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan) ในระยะวางแผนจำหน่าย และใช้แบบประเมินสถานะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว (IN-HOME-SSS) ในระยะการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีความเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงได้นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย สถานภาพ โสด อายุ 52 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ไม่ได้ประกอบอาชีพ จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 น้ำหนัก 70 กิโลกรัม (เดิม 100 กิโลกรัม) ส่วนสูง 157 เซนติเมตร เข้ารับการรักษาไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2566 จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2566 รวมวันนอนโรงพยาบาล 4 วัน ผู้ศึกษาได้ติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 3 ครั้ง จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตในวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2566

การวินิจฉัยโรค :

CA Rectum with Liver Metastasis

อาการสำคัญ :

ไข้ หนาว แขนงหน้าอก เท้าทั้ง 2 ข้างบวมมากขึ้น 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน :

ผู้ป่วยมีอาการ อึดแน่นท้อง ท้องผูกประจำ ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2563 รักษาโดยซื้อยากินเอง สลับกับไปคลินิก เมื่อวันที่ 8 มิถุนายน 2563 มารักษา

ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหินด้วยอาการปวดจุกใต้ลิ้นปี่ อึดแน่นท้อง แพทย์นัดตรวจ Occult Blood ผล positive ให้การรักษาผู้ป่วยขาดน้ำ และในเดือนกุมภาพันธ์ 2564 มีอาการถ่ายเหลวมีเลือดปนปวดท้อง 1 เดือนก่อนมา แพทย์ให้การรักษา เมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2564 ทำ Rectal Biopsy : Adenocarcinoma เมื่อวันที่ 16 มีนาคม 2564 ส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลพิจิตรเพื่อทำ ผ่าตัดลำไส้เปิดหน้าท้อง ผู้ป่วยทำใจไม่ได้กลับมาทำใจ และเป็นช่วงโควิดทำให้ทั้งช่วงการรักษาเปลี่ยนไปรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร แพทย์รักษาด้วยการฉายแสงก่อน มีนัดรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรต่อเนื่องเมื่อวันที่ 29 สิงหาคม 2564 มารับบริการแพทย์นัดเข้าคลินิก palliative care โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน ผู้ป่วยมาตามนัดอย่างต่อเนื่อง 9 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อทำการผ่าตัดลำไส้เปิดหน้าท้องขวาและได้ยาเคมีบำบัดครบแผนการรักษา 4 เดือนก่อนโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรส่งตัวไปรักษาต่อโรงพยาบาลศิริราช ตรวจพบก้อนที่ตับและลามไปต่อมน้ำเหลืองแจ้งว่าผ่าตัดไม่ได้ มีนัดติดตามรักษาอาการเป็นระยะกับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ทุกเดือน 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการเหนื่อยหอบ จึงได้มารักษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน ได้รับการรักษาภาวะน้ำเกิน และอาการได้ทุเลาลง จึงจำหน่ายกลับบ้าน ประวัติการเจ็บป่วย เมื่อ 10 วันก่อนมารักษา ผู้ป่วยมีไข้ เท้าทั้ง 2 ข้างบวม ไม่ได้มารักษารับประทานยาลดไข้อาการทุเลา 1 วัน ก่อนมาไข้เหนื่อยง่ายหายใจไม่สะดวก

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต :

โรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูง, ไทรอยด์ รักษาต่อเนื่อง ปฏิเสธโรคมาเรียมในครอบครัว, มารดาโรคประจำตัวเบาหวาน,บิดาโรคประจำตัวโรคหัวใจ

ประวัติการแพ้ยาและสารเสพติด :

ปฏิเสธการแพ้ยา, บุหรี่: เคยสูบบุหรี่เมื่อประมาณ 5-6 ปีที่แล้วเวลาเครียด ปัจจุบันเลิก 3 ปีเมื่อทราบว่าเป็นผู้ป่วย, สุรา: ดื่มเมื่อมีการสังสรรค์กับเพื่อนปัจจุบันเลิกมา 3 ปี เมื่อทราบว่าเป็นผู้ป่วย

ประวัติการผ่าตัด :

Colostomy ปี 2565 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
นเรศวร

อาการแรกเริ่ม :

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย หายใจไม่สม่ำเสมอ O₂
Sat 97% RR 20 ครั้ง/นาที P 109 ครั้ง/นาที BP= 80/60
mmHg T = 38 c On colostomy bag หน้าท้องข้างขวา
มีอุจจาระออกพอควร ไม่ปวดท้อง ท้องอืดพอควร ขา
และเท้าทั้ง 2 ข้างบวมกดบวม เกรด IV ฟัง lung clear both
lung Borderline Abnormal, 701 : Poor R progression,
112: Low voltage(chest leads),111: Low voltage
(limb leads) Muscle filter may reduce QRS
amplitude Anemia, hyperthyroidism heart disease,
etc. are suspected. Search for the underlying
disease **ผล Lab :** วันที่ 8 ก.พ.66 Chemistry : BUN =
5 mg/dl ค่าปกติ 6-20 mg/dl CREATININE = 0.55 mg/
dl ค่าปกติ M=0.67-1.17 mg/dl , F=0.51-0.95 mg/dl
GFR (CKD-EPI) = 108.19 (Stage 1) >60 ml/min/1.73
mn F=35-104 U/L AST = 320 U/L สูงกว่าค่าปกติ
ค่าปกติ M=10-50, F=10-35 TOTAL PROTEIN = 6.4 ต่ำ
กว่าปกติ ค่าปกติ 6.6- 8.7 g/dl SERUM ALBUMIN
= 2.59 g/dl ต่ำกว่าค่าปกติ ค่าปกติ 3.5-5.2 g/dl TOTAL
BILIRUBIN = 1.93 mg/dl สูงกว่าปกติ ค่าปกติ 0-1.2 mg/dl
DIRECT BILIRUBIN = 1.64 สูงกว่าค่าปกติ ค่าปกติ 0.0-0.3
mg/dl **ผล LFT :** ALK. PHOSPHATASE สูงมาก = 651
IU/L ค่าปกติ M = 40-129, **Electrolyte :** Sodium =
124 mmol/L ต่ำกว่าค่าปกติ (ค่าปกติ = 136-145 mmol/L)
Potassium = 4.7 mmol/L ค่าปกติ (ค่าปกติ 3.5-5.10
mmol/L) Chloride = 88 mmol/L ต่ำกว่าค่าปกติ (ค่า
ปกติ 98-107 mmol/L) วันที่ 9 ก.พ .66 : Electrolyte:
Sodium = 127 mmol/L ต่ำกว่าค่าปกติ Potassium = 4.3
mmol/L ค่าปกติ Chloride = 93 mmol/L ต่ำกว่าค่าปกติ
เล็กน้อย Electrolyte วันที่ 11 ก.พ.66 : Sodium = 131
mmol/L ต่ำกว่าค่าปกติเล็กน้อย Potassium = 3.36 mmol/L
ต่ำกว่าค่าปกติเล็กน้อย Chloride = 92 mmol/L ต่ำกว่า
ค่าปกติเล็กน้อย

การรักษา :

วันที่ 8 ก.พ. 66 แกร็บแพทย์สั่งให้ On 0.9% NaCl
1000 ml IV drip loading 200 ml หลังให้การพยาบาล
ตามแผนการรักษาของแพทย์ BP=100/60 mmHg แล้ว
ปรับเป็น 80 ml/hr แพทย์จึงสั่งให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล
เพื่อดูอาการและติดตามผลเลือด Hold Mixtard, DTX
Premeal Keep 80-200 mg% If DTX 201- 250 ให้ RI
4 U SC,251-300 ให้ RI 6 U SC,301-350 ให้ RI 8 U SC
และ If < 70, > 350 p/s notify Buscopan 20 mg v prn
q 6 hr,Plasil 10 mg v prn q 8 hr,0.9% NSS 1000 ml
v 80 ml 2 hr Iv หมด on Heparin lock Diabetic low
salt diet Record v/s, BD (1:1) 200 ml ดูดเสริมกลาง
มือ x 3 Ceftazidime 2 gm v q 8 hr , Paracetamal
(500) 1 tab x prn q 4-6 hr, Mixtard 18-0-10 u sc
ac ASA (gr 81) 1 tab x OD pc, Simvastatin (20mg)
1tab x OD hs,Methimazole (5mg) 1tab x OD pc,
NaHCO₃ (300mg) 2 tab x 2 pc,Folic acid 1 tab x
OD pc, Ferrous (200mg) 1 tab x 3 pc

วันที่ 12 ก.พ. 66 ปฏิเสธการรักษา F/U OPD
ชนิดเข้า Palliative ตามchart + BUN, Cr, Elyte ,LFT,
CBC Home Medication : Lasix (40 mg) 1 tab x 2 pc
เช้า, เทียง, Ativan (0.5mg) 1 tabx OD hs, Morphine
PR (10)1 tab x ทุก 12 hr, Lactulose 30 ml hs for
constipation

การพยาบาลกรณีศึกษา

จากกรณีศึกษาข้อมูลและการวิเคราะห์ ปัญหาของ
ผู้ป่วย ได้มีการวางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการ
ทางการพยาบาล (Nursing Process) ได้มีการเตรียม
ผู้ป่วยและครอบครัว ในระยะวางแผนจำหน่าย (discharge
planning) ติดตามเยี่ยมกรณีศึกษาในหอผู้ป่วยวันที่
10 กุมภาพันธ์ 2566 เพื่อสนทนาวางแผนล่วงหน้า
(advance care planning) เป็นการพูดคุยระหว่างทีม
สหสาขา ผู้ป่วยแม่ น้องชายและน้องสาวผู้ป่วย เพื่อ
วางแผนในอนาคตเมื่อถึงจุดหนึ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถ
ตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้เอง เช่น การรักษาในระยะท้าย
ของโรคการดูแลอาการต่างๆ การใส่ท่อช่วยหายใจ การปั๊ม
หัวใจ ซึ่งเป็นการวางแผนการจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี⁽⁹⁾

และการแจ้งข่าวร้าย (breaking the bad news) ซึ่งการแจ้งข่าวร้ายเป็นการสื่อสารแบบหนึ่งแต่มีอารมณ์และความรู้สึกของผู้รับสารร่วมด้วยอย่างมาก สำหรับการแจ้งข่าวร้ายในผู้ป่วยกรณีศึกษานี้ทำหลายครั้ง ตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยการรักษาไม่ได้ผล และการเจ็บป่วยครั้งนี้ เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2566 เนื่องจากอาการของโรคแย่ลงหรือเข้าสู่ระยะก่อนเสียชีวิต (dying patient)⁽⁸⁾ ในระยะนี้พยาบาลและทีมสหสาขาต้องเข้าใจความสำคัญของการพูดถึงความตายและการให้ข้อมูลที่ชัดเจน ต้องระมัดระวังเนื่องจากเป็นประเด็นที่อ่อนไหวโดยกำหนดเป้าหมายหลักของการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว คือ “การสื่อสารเพื่อการเยียวยา” (communication for healing) โดยใช้วิธีการสื่อสารที่ใช้ทั้งวจนภาษาและ อวัจนภาษาไม่แข็งกระด้าง ผู้สื่อสารเกิดความเข้าใจเห็นใจและมีความต้องการดูแลความรู้สึกของผู้ฟังโดยเตรียมความพร้อมด้านข้อมูลของผู้ป่วย ก่อนจะพบผู้ป่วยและครอบครัว กรณีศึกษานี้ ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ เพราะตั้งแต่รับรู้ว่าเป็นมะเร็ง ทีมแพทย์และพยาบาลจะมีการให้ข้อมูลเป็นระยะๆ ครั้งนี้ผู้ป่วยกล่าวว่า “คงเป็นวาระสุดท้ายของฉันแล้วจริงๆ ฉันรู้สึกเหนื่อยและสู้อานานจะได้พักเสียที”

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Hospitalization follow-up home visits) และส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวดูแลตนเองได้ โดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว (IN-HOME-SSS) ซึ่งเป็นเครื่องมือแนวทางเวชปฏิบัติครอบครัว⁽⁸⁾ ครั้งที่ 1 วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2566 มีผลการศึกษาดังนี้

I: Immobility / impairment (ความสามารถในการดูแลตนเอง) : Palliative Performance Scale (PPS) = 50 คะแนน รู้สึกตัวดี นอนอยู่บนเตียง มีการลุกกลมของโรค นั่งนานไม่ได้จะปวดกัน ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในภาวะต้องการพึ่งพา

N: Nutrition (ภาวะโภชนาการ) : ผู้ป่วยมีรูปร่างผอมลงกว่าเดิม ก่อนป่วยน้ำหนัก 100 กิโลกรัม ปัจจุบัน 70 กิโลกรัม รับประทานอาหารได้น้อยลง มีการเปลี่ยนแปลงด้านความอยากในการรับประทานอาหาร ญาติต้องยอมรับถึงความเปลี่ยนแปลงนี้ และควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร

ที่ผู้ป่วยชอบ มีเวลาน้อยแต่บ่อยครั้ง และกำหนดให้รับประทานอาหารเป็นเวลา ญาติเพิ่มเครื่องดื่มบำรุงสุขภาพชนิด รังนก และ ชูไปไก่สกัด และแนวทางการดูแลจากโรงพยาบาลให้อาหารนอกจากรับประทานอาหารทางปาก ให้เพิ่ม BD 200 มิลลิกรัม x 3 ครั้ง ดูแลเสริมอาหารในมือ เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวโรคเบาหวานต้องคอยเฝ้าระวังภาวะ Hypoglycemia/Hyperglycemia และต้องควบคุมสารอาหารที่ต้องการได้ตามแผนการรักษา

H: Home environment (สภาพแวดล้อมในบ้าน/รอบบ้าน) : ลักษณะบ้านเป็นบ้านตึกสองชั้น มีรั้วรอบขอบชิด จัดเป็นสัดส่วนหน้าบ้านติดถนนคอนกรีต ทางเข้าบ้านด้านหน้าเข้าซอย ทางถนนใหญ่ ทางเข้าออกสะดวก มีน้องชายและครอบครัวอยู่ภายในบ้านเดียวกัน มีแสงสว่างเพียงพอ ห้องผู้ป่วยอยู่ชั้นล่างกันห้องด้วยกระจกติดเครื่องปรับอากาศที่อยู่ด้านในของตัวบ้าน ซึ่งสมาชิกครอบครัวทำขนมส่งขายอยู่บ้านตลอดเวลาสามารถมองเห็นและดูแลผู้ป่วยได้

O: Other people (สัมพันธภาพกับครอบครัว) : ผู้ป่วยเดิมอาศัยอยู่กับแม่และน้องสาว น้องชายและครอบครัวอยู่อีกบ้านครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เมื่อเจ็บป่วยมากขึ้นเดินไม่ไหว จึงพาผู้ป่วยมาอยู่ที่บ้านกับน้องชาย แม่จะมาอยู่ด้วย มารับประทานอาหารและทำกิจกรรมอื่นๆ ร่วมกัน

M: Medication (ยา/การรักษาที่ได้รับ) : Lasix (40 mg) 1 tab x 2 pc เข้า, เทียจ Ativan (0.5mg) 1 tab x ODhs, Morphine PR (10) 1 tab x ทุก 12 hr, Lactulose 30 ml hs for constipation

E: Examination การตรวจร่างกายขณะเยี่ยมบ้าน : สัญญาณชีพ : BP122/82 mmHg T36.8 oC ชีพจร 98 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนที่เส้นเลือดแดงส่วนปลาย 97% สภาพทั่วไป: ผู้ป่วยรู้สึกตัว สื่อสารรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ E4M6V5 pupil 3 mm. เท้าทั้ง 2 ข้างบวม On colostomy bag หน้าท้องข้างขวา มีอุจจาระออกพอควร ไม่ปวดท้อง ท้องอืดพอควร ขาและเท้าทั้ง 2 ข้างบวมกดบวม เกรด IV เหนื่อยเล็กน้อย ทุเลาแน่นหน้าอก ขยับเคลื่อนไหวร่างกายได้ braden risk assessment scale เท่ากับ 17 เสี่ยงเกิดแผลกดทับและ

แผล (At risk) S: Safety (ความปลอดภัย) : ผู้ป่วยถูกจัดให้อยู่บนเตียง fowler แบบปรับระดับได้ 3 โกร์ มีที่นอนลมรองรับ มีเหล็กกั้นเตียงและผู้ดูแลจะยกขึ้นเสมอเมื่อเสร็จจากการทำกิจกรรมให้ผู้ป่วยข้างเตียง เพื่อป้องกันผู้ป่วยตกเตียงมีทางเข้าซ้ายขวา และด้านท้ายเตียง เพื่อให้ผู้ดูแลสะดวกในการเข้าให้การดูแลผู้ป่วย ด้านหัวเตียงชิดผนัง มีประตูเปิด-ปิดล้อคตอนกลางคืน และอยู่บ้านน้องชายช่วยสนับสนุนการดูแลเป็นอย่างดี

S: Service (บริการที่ได้รับ): ผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมจากทีมเยี่ยมบ้านสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน ได้รับการสนับสนุนเตียง fowler ที่นอนลม และเครื่องผลิตออกซิเจนจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน เพื่อใช้สำหรับผู้ป่วย หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และได้รับการเยี่ยมบ้านดูแลต่อเนื่องจากทีมเยี่ยมบ้าน

S: Spiritual (ความเชื่อ ทศนคติ) : ผู้ป่วยและครอบครัวนับถือศาสนาพุทธ ทราบและรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยเชื่อเรื่องบาปบุญ ใสบาตรสวดมนต์ และไปทำบุญที่วัดเมื่อมีโอกาส

ครั้งที่ 2 วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2566 คือ ผู้ป่วยเริ่มมีอาการทรุดลงเรื่อย เหนื่อยและอ่อนเพลียตลอดเวลา มีพูดเพ้อในช่วงกลางคืน สามารถดูหรือกินอาหารเสริมแบบน้ำได้น้อยลง ญาติให้อาหารได้ทีละน้อยเพิ่มมีผู้ศึกษาและทีมเยี่ยมบ้านอธิบายให้น้องชายน้องสาว ทราบว่าผู้ป่วยเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิต (last hours of life) ข้อมูลสนับสนุน : ผลการประเมิน ประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยโดยใช้ Palliative Performance Scale (PPS) = 30% ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย (PPS=0-30%) ผู้ศึกษาได้อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นและการดูแลผู้ป่วย⁽¹⁰⁾ ดังนี้

1. ผู้ป่วยจะอ่อนแรงและนอนหลับมากขึ้น ส่วนใหญ่นอนหลับอยู่บนเตียงตลอดวันและอาจจะตื่นในช่วงเวลา กลางคืน บางรายอาจจะหลับลึกจนดูเหมือนปลุกไม่ตื่น อาการดังกล่าวไม่ใช่อาการที่น่ากลัวและไม่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน ร่างกายอาจมีการชັบแบบอัตโนมัติได้โดยที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว เช่น การกำมือ หรือกัดฟันกรอดๆ ร่วมด้วยได้ ผู้ศึกษาได้สอนและสาธิตให้น้องชายซึ่งเป็น

ผู้ดูแลหลัก จัดทำที่นอนสบายให้กับผู้ป่วย ยกศีรษะสูงเล็กน้อย อาจมีหมอนข้างมาช่วยเสริมด้านข้าง, พลิกตัวผู้ป่วยทุก 6-8 ชั่วโมง โดยไม่ควรพลิกตัวบ่อยกว่านี้ให้ผู้ป่วยรำคาญ, สามารถพูด และสื่อข้อความดีๆ ที่อยากบอกกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา หรือเปิดบทสวดมนต์ให้ผู้ป่วยฟัง ในกรณีศึกษานี้ญาติเปิดบทสวดมหาจักรพรรดิให้ฟัง เพราะเป็นบทสวดที่ผู้ป่วยเคยสวดประจำ แม้ผู้ป่วยจะอ่อนเพลียมากจนไม่สามารถพูดได้แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังสามารถได้ยินและเข้าใจสิ่งที่ญาติพูดได้เนื่องจากหูและการได้ยินจะเป็นอวัยวะสุดท้ายที่ผู้ป่วยจะสูญเสียการทำงานไป ให้ผู้ดูแลกอดและสัมผัสผู้ป่วยเป็นระยะๆ ได้

2. กรณีศึกษานี้เริ่มรับอาหารได้น้อยลง พยาบาลได้อธิบายว่าเวลานี้อาหารและน้ำไม่ได้ช่วยทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นและไม่ได้ช่วยยืดเวลาให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้นานขึ้น เนื่องจากร่างกายทำงานได้ช้าลงมาก ระบบการย่อยและดูดซึมอาหารไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ส่วนด้านอาการปวด “ญาติบอกว่า 2-3 วัน ก่อนผู้ป่วยไม่บ่นปวดเลยไม่ให้อาแก้ปวดเลย” พยาบาลแนะนำให้สังเกตอาการปวดโดยดูจากการหน้านิวขมวดคิ้วแทนเสียงร้องคราง อาจพิจารณาให้อาแก้ปวดเพิ่มหากมีอาการดังกล่าวบ่อยครั้ง

ครั้งที่ 3 วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566 น้องชายผู้ป่วยนิมนต์พระสงฆ์มาทำสังฆทาน แจ่งทีมเยี่ยมบ้านให้ร่วมทำสังฆทาน หลังทำสังฆทานเสร็จ ผู้ศึกษาให้ญาติพี่น้องที่สนิทมาขอโหสิกรรมและโหสิกรรมให้ผู้ป่วย 3 วันต่อมาเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 16.00 น. ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ

วิจารณ์

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ระยะสุดท้ายที่บ้านกรณีศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การเตรียมวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) และการแจ้งข่าวร้าย (Breaking the bad news) ในแต่ละระยะของการดำเนินของโรคจะช่วยให้ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถเลือกที่จะกลับไปดูแลรักษาที่บ้านโดยมีพยาบาลเป็นผู้ติดตามดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน คอยให้การช่วยเหลือครอบครัวหรือผู้ดูแลได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดให้ผู้ป่วยและผู้ป่วยจากไปอย่างไม่ทุกข์ทรมาน ที่เรียกว่าการตายดี (Good Death) คือ การตาย

ที่ไม่มีความทุกข์ทรมานทางกายจากเจ็บปวด และ ทางใจ คือ ไม่มีห่วงกังวล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kong-suwan and Chaipetch⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับ การตายอย่างสงบตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยหนักที่เห็นว่า การตายอย่างสงบคือ การที่ผู้ป่วย ไม่มี ความเจ็บปวดทั้งจากโรค การรักษา และการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการช่วยชีวิตที่มีการนวด หัวใจ การเจาะคอ ล้วนแต่เป็นสิ่งที่ทรมานทั้งผู้ป่วยและ ครอบครัว ส่วนความห่วงกังวลที่เกี่ยวกับครอบครัวหรือ สิ่งที่ยังค้างคาถือเป็นความทุกข์ทรมานทางใจที่จะเกิดขึ้น ได้กับผู้ป่วยย่อมมีผลทำให้เกิดการตายที่ไม่สงบได้เช่นกัน

สรุป

ผู้ป่วยหญิงไทย สถานภาพ โสด อายุ 52 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ไม่ได้ประกอบอาชีพเข้ารับการรักษาไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2566 ได้รับการวินิจฉัยเป็น CA Rectum with Liver Metastasis ผู้ศึกษาได้เข้าไปดูแลในการวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) ติดตามเยี่ยมกรณีศึกษาในหอผู้ป่วย และร่วมสนทนาวางแผนล่วงหน้า (Advance care planning) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance Care Plan) และ ส่งเสริมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติกิจ ต่างๆ ที่ยังค้างคาอยู่ให้สำเร็จ เช่น ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวาง สิ่งต่างๆ ความกังวล/ความห่วงใยสิ่งของและทรัพย์สินสมบัติ และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านจำนวน 3 ครั้ง มีผลลัพธ์ดังนี้

1. ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยกล่าวว่า “คนเราเกิดมาหนีความตายไม่พ้น การเจ็บป่วย ครั้งนี้ คงเป็นวาระสุดท้ายของฉันแล้วจริงๆ ฉันรู้สึกว้าเหว้อย และสู้นานานจะได้พักผ่อน” เลือกขอกลับไปดูแลต่อที่บ้าน ให้เหตุผลว่า ต้องการอยู่ใกล้ แม่ น้องและญาติ
2. ผู้ป่วยได้เขียนพินัยกรรมไว้โดยมีผู้นำเป็นพยาน มีความประสงค์ให้นำเงินที่ผู้ป่วยเก็บไว้และทรัพย์สิน ที่แม่แบ่งให้คืนให้แม่ ส่วนรถมอเตอร์ไซด์มอบให้น้องไว้ใช้
3. ผู้ป่วยได้ทำพิธีกรรมทางศาสนา โดยน้องชาย นิมนต์พระมาทำสังฆทานที่บ้าน แม่เปิดบทสวดมหาจักรพรรค์ ซึ่งเป็นบทสวดที่ผู้ป่วยสวดประจำในช่วงที่ทำได้

4. ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบท่ามกลางครอบครัว แม่ น้อง และญาติ หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ 14 วัน การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ระยะสุดท้ายที่บ้าน ครั้งนี้มุ่งหวัง เพื่อประคับประคองและบรรเทาอาการที่ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ศึกษาได้นำกระบวนการทางการ พยาบาลมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดของการดูแลแบบ ประคับประคอง บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่เคยชิน กับการเห็นความตาย (death) แต่ไม่ค่อยชินกับ กระบวนการ ตาย (dying process) การเรียนรู้ที่จะดูแลอาการที่ เกิดขึ้นระหว่างกระบวนการตายจึงเป็นเรื่องใหม่และ ทำทนายสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ผู้คนส่วนใหญ่ถึง ร้อยละ 90 เสียชีวิตแบบค่อยเป็นค่อยไป มีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่เสียชีวิตแบบกะทันหัน คนส่วนใหญ่จึงมักเคย มีประสบการณ์หรือได้สัมผัสกับอาการของผู้ป่วยในช่วง สุดท้ายของชีวิตซึ่งอาจจะเป็นที่บ้านหรือที่โรงพยาบาล แม้ไม่มีใครสามารถบอกได้แน่นอนว่าช่วงเวลาสุดท้าย ของผู้ป่วยแต่ละคนจะนานเป็นสัปดาห์ เป็นวัน เป็นชั่วโมง หรือเป็นเพียงแค่นาที แต่ทุกคนรู้ว่าช่วงเวลานี้เป็นทั้ง ช่วงเวลาที่มีความหมายและเป็นช่วงเวลาที่ยากจะรับมือ ทั้งสำหรับผู้ป่วย ญาติใกล้ชิด และผู้ดูแล หากไม่มีการ เตรียมการที่ดีที่จะรับมือกับช่วงเวลานี้สามารถทำให้เกิด ความรู้สึกผิดใจของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยยาวนานได้ (Pathological grief and bereavement)⁽¹²⁾ ผลการศึกษาครั้งนี้ จึงนับว่า สำคัญมากในการช่วยให้พยาบาล ทีมสุขภาพนำไปใช้เป็น แนวทางในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวเกิดความเข้าใจว่า “การตายดีควรจะเป็นการตาย ที่ไม่มีความทุกข์ทรมานและสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เกิด การตายที่ดีได้คือ การให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวยอมรับ การตายที่ไม่อาจจะหลีกเลี่ยงได้ จากนั้นก็มีการดูแลผู้ป่วย และทำตามความปรารถนาของผู้ป่วย รวมถึงการได้อยู่กับ ครอบครัวไม่ว่าจะเป็นที่บ้านหรือที่โรงพยาบาล สิ่งเหล่านี้ คือสิ่งที่พยาบาลควรตระหนักและให้ความสำคัญ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและสมาชิก ครอบครัวในระยะสุดท้ายได้

ข้อเสนอแนะ

กรณีศึกษาสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานใน การวางแผนพัฒนารูปแบบ การดูแลเพื่อการตายดีให้กับ

ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวที่บ้านได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะ การดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต (Last hours of life) ในเรื่องการให้ความรัก หรือเมตตาจิตของญาติมิตร แพทย์ และพยาบาล จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความกลัวน้อยลง จิตใจเข้มแข็งมั่นคงขึ้น ในสภาวะที่จิตใจเปราะบางอ่อนแอ อย่างยิ่ง ผู้ป่วยต้องการใครสักคนที่เขาจะพึ่งพาได้ คนที่จะอยู่กับเขาในยามวิกฤต ถ้ามีใครสักคนที่พร้อมจะให้ความรักแก่เขาได้อย่างเต็มเปี่ยมหรือไม่มีเงื่อนไข เขายิ่งมีกำลังใจที่จะเผชิญกับทุกข์ภัยนานาประการที่เข้ามา จะว่าไปแล้วความรักอาจเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุด มากกว่ายารักษาโรคด้วยซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Palliative care: Global Health Observatory [Internet].2018[cited 2023 Sep 18]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
2. World-wide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA). Global Atlas of Palliative Care [Internet];2020 [cited 2023 Sep 18]. Available from: <https://www.thewhpc.org>. access.
3. Taghizadeh AP, Pourali L, Vaziri Z, Saedi HR, Behdani F, Amel R. Psychological distress in cancer patients. Middle East J Cancer.2018;9(2):143-149.
4. Moreira NS, Sousa CS, Poveda VB, Turrini RNT. et al. Self-esteem of cancer patients' caregivers with reduced functional capacity. Esc Anna Nery.2015;19(2):316-322.
5. กิติพล นาควิโรจน์.การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: สมาคมบริหารผู้ป่วยระยะท้าย; 2559.

6. WHO. Palliative care: Global Health Observatory [Internet]. 2018[cited 2023 Sep 18]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร.การประชุมสรุปผลการดำเนินงานService Plan สาขา Palliative Care จังหวัดพิจิตรไตรมาส 4;2566 ม.ค.16;สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. พิจิตร;2566.
8. ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า. ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยใช้ D-METHOD ต่อความพึงพอใจและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2562;16(2):112-122.
9. สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน.กรุงเทพมหานคร.โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย;2556.
10. Gallagher R. Explaining withholding treatment, withdrawing treatment and palliative sedation [Internet]. Canadian Virtual Hospice; 2019 [cited 2023 Sep.18]. Available from: https://www.virtualhospice.ca/en_US.
11. วิไลภา คุณทรงเกียรติ. การตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2559; 24(4):89-100.
12. Larry Librach. The last hours from Ian Anderson Program in End-of-Life Care [Internet]. 2006 Nov [cited 2023 Sep 18]. Available from: <https://www.rama.mahidol.ac.th/fammed/th/palliativecare/symptoms/doctorpalliative16th>

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะคีโตนคั่งในร่างกาย Nursing care of Diabetic Ketoacidosis patient

ทัศนีย์ ญาณกิจ พย.ม.
โรงพยาบาลบางมูลนาก

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์เพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานให้เป็นไปตามเป้าหมาย การติดตาม เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือด และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นแนวทางสำคัญ ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยหญิงไทย 84 ปี มาด้วยอาการ ซึม พูดถามตอบช้าๆ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่ยอมลุกเดิน ไม่มีไข้ ประวัติการเจ็บป่วยเป็น DM HT DLP มา 10 ปี ไม่มาตรวจตามนัดตั้งแต่ปี 2564 วินิจฉัยโรค Diabetic ketoacidosis ได้รับการรักษาด้วยการให้สารน้ำ NSS ทางหลอดเลือดดำ การให้อินซูลินปรับตามระดับน้ำตาล ในเลือด ให้โพแทสเซียมเพื่อแก้ไขภาวะ Hypokalemia การรักษาภาวะติดเชื้อให้ Ceftriaxone 2 กรัม ฉีดเข้าทาง หลอดเลือดดำ การติดตามผลน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วเป็นระยะๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางการพยาบาล ที่ดีขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในค่าเป้าหมาย รับการรักษาในโรงพยาบาล 6 วัน

ผลลัพธ์ : ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิดภาวะคีโตนคั่งในร่างกาย สามารถกลับไปดูแลต่อเองที่บ้านได้

คำสำคัญ : เบาหวาน ภาวะคีโตนคั่งในร่างกาย การพยาบาล

Abstract

This study aims to study the control of blood sugar levels in diabetic patients to meet goals, monitor for vascular complications, and change health behaviors.

Case study: The 84-years-old Thai female patient presented with symptoms of lethargy, slow speech, fatigue, lack of energy, no fever, history of DM, HT, DLP for 10 years, missed appointments for 3 years, diagnosed with diabetic ketoacidosis, treated with NSS on IV fluid, insulin, potassium to correct hypokalemia, Ceftriaxone 2 grams intravenous, and blood sugar monitoring from the fingertip periodically. As a result, the patient has better nursing outcomes and blood sugar levels are normal. The hospital admission period is 6 days.

Results: The patient is safe from the buildup of ketones in the body and can return to receive continuous care at home.

Keywords : Diabetes Mellitus, Diabetic ketoacidosis, Nursing Care

บทนำ

ภาวะคีโตเนคั่งในร่างกาย (Diabetic ketoacidosis: DKA) เป็นภาวะที่เกิดจากร่างกายขาดอินซูลินอย่างสิ้นเชิง (absolute insulin deficiency) เมื่อน้ำตาลในเลือดสูง⁽¹⁾ แต่ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลกลูโคสไปใช้เพื่อเป็นพลังงานได้ จึงมีการสลายไขมัน (lipolysis) มาใช้เป็นพลังงานทดแทน การสลายไขมันทำให้เกิดกรดไขมัน และเปลี่ยนเป็นสารคีโตเน ทำให้ผู้ป่วยมีอาการของภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตเนคั่ง ในระยะเวลาอาจเป็นชั่วโมงหรือเป็นวันได้⁽²⁾ เกณฑ์การวินิจฉัยที่ประกอบด้วย ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 250 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับ Blood beta-hydroxybutyrate สูงมากกว่าหรือเท่ากับ 3 มิลลิโมลต่อลิตร หรือระดับคีโตเน (ketone) ในปัสสาวะมากกว่าหรือเท่ากับ 2 + ขึ้นไป Arterial หรือ venous pH น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7.3 หรือ serum HCO_3^- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15-18 มิลลิโมลต่อลิตร และอาจพบผลต่างระหว่างประจุว่าง (anion gap) มากกว่าหรือเท่ากับ 10-12 มิลลิโมลต่อลิตร^(2,3)

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง ภาวะ DKA เป็นภาวะแทรกซ้อนเบื้องต้นของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 แม้ว่าจะสามารถเกิดกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ โดยเฉพาะช่วงที่มีความเครียดสูง สาเหตุที่ทำให้เกิดนั้นสามารถบ่งชี้ได้ถึง 80% ของจำนวนผู้ป่วย ซึ่งสาเหตุที่พบบ่อยและเป็นต้นเหตุของภาวะ DKA มีดังนี้ 1) การได้รับอินซูลินน้อยเกินไป 2) การขาดการได้รับอินซูลินที่ต่อเนื่อง 3) การที่ร่างกายไม่สามารถเพิ่มปริมาณอินซูลินได้ตามที่ร่างกายต้องการเพิ่มขึ้นในภาวะต่างๆ ได้แก่ ขณะผ่าตัด การบาดเจ็บ ภาวะติดเชื้อ และ 4) การต่อต้านในการใช้อินซูลินหรือมีการสร้างภูมิต้านทานต่ออินซูลิน⁽⁴⁾

พยาธิสภาพภาวะ DKA มีความสัมพันธ์กับการใช้อินซูลินในร่างกาย อินซูลินจะต้องมีอยู่เสมอแต่มีปริมาณไม่เพียงพอกับความต้องการที่เพิ่มขึ้นสำหรับการใช้กลูโคสจำนวนมากๆ ทั้งนี้ ได้แก่ ภาวะติดเชื้อ ภาวะฉุกเฉินเช่น การบาดเจ็บรุนแรง โรคหลอดเลือดสมอง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ตับอ่อนอักเสบ เป็นต้น อาจมีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรตมาก ได้รับยา

เบาหวานกลุ่ม SGLT2-1 การมีความเครียดซ้ำซ้อนจะนำไปสู่ภาวะ DKA เนื่องจากได้ฮอร์โมนที่ออกฤทธิ์ตรงกันข้ามกับอินซูลินทำให้เกิด ภาวะ DKA ภาวะปัสสาวะบ่อย (Osmotic Diuresis) การสลายไขมัน (Lipolysis) ทำให้เกิดพยาธิสภาพได้แก่ การเกิดภาวะ Ketosis และ Acidosis เกิดสภาวะการขาดน้ำ (Dehydration) การเกิดภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์และกรดต่างในร่างกาย อาการและอาการแสดงทางคลินิกที่พบบ่อยของผู้ป่วย DKA ได้แก่ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร สภาวะขาดน้ำ ลมหายใจมีกลิ่นคล้ายผลไม้หรือกลิ่นคีโตเน (fruity breath acetone odor) มีการหายใจหอบลึก (Kussmaul's Respiration) ความดันโลหิตต่ำ ไม้รู้สึกตัว (Impair Level of Consciousness or Coma) บางรายมีปัสสาวะมากถึง 5 ลิตร ่งวงหลับตลอดเวลา หัวใจเต้นเร็ว กระจายน้ำ สูญเสียการมองเห็น น้ำหนักลด Plasma glucose > 250 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร⁽³⁾

สถิติข้อมูลของกองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁾ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยปี 2564 มีจำนวน 140,386 คน และ ในปี 2565 มีจำนวน เพิ่มขึ้นเป็น 184,067 คน จะเห็นว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี การดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีเป้าหมายที่สำคัญคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้นการดูแลเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวจึงมีความสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานในปัจจุบัน

จากสถิติข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลบางมูลนาก⁽⁶⁾ พบว่า ปี 2564 มีผู้ป่วยเบาหวานที่มารักษามีจำนวน 2,471 คน ปี 2565 จำนวน 2,710 คน ตามลำดับ และพบว่าสถิติข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่นอนพักรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลบางมูลนาก ตั้งแต่ปี 2564-2565 เป็นหนึ่งใน 10 อันดับโรคที่พบมากที่สุด โดยพบว่าเป็นปี 2564 ผู้ป่วยเบาหวาน 185 คน มีภาวะ DKA จำนวน 19 ราย และในปี 2565 ผู้ป่วยเบาหวาน 198 คน มีภาวะ

DKA มีจำนวน 23 ราย ซึ่งผู้ป่วยจะมาด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงวิกฤต ที่เกิดจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่เหมาะสม จากพฤติกรรมสุขภาพ ขาดการพบแพทย์ต่อเนื่อง และรับประทานยาและฉีดยาเบาหวานไม่มีประสิทธิภาพ บุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นผู้ดูแลจะมีบทบาทสำคัญในการดูแลในระยะวิกฤตเพื่อให้เกิดความปลอดภัย และการติดตามการดูแลต่อเนื่องเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้ได้ตามค่าเป้าหมาย ป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ และเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติสามารถประกอบภารกิจต่างๆ ได้ปกติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัญหา วิเคราะห์ วินิจฉัย วางแผนให้การดูแลช่วยเหลือ และติดตามผลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะคีโตนคั่งในร่างกาย

วิธีการดำเนินการ

1. คัดเลือกกรณีศึกษา อธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ วิธีการ ขั้นตอนการศึกษา ชี้แจงแนวทางการปกป้องข้อมูลแก่ผู้ป่วยในประเด็น การไม่ระบุชื่อผู้ป่วย สิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวจากการศึกษาโดยไม่มีผลต่อการรักษาการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมใช้ประโยชน์เพื่อกรณีศึกษาเท่านั้น

2. ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยและงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งปรึกษาแพทย์ผู้รักษาเพื่อให้เป็นแนวทางกรณีศึกษาเฉพาะราย

3. ศึกษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะคีโตนคั่งในร่างกาย โดยใช้ แนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาล ความรู้จากศาสตร์สาขาต่างๆ มาช่วยคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจทางคลินิกในการแก้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล ครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ

4. สรุปและอภิปรายผล

ผลการดำเนินการ

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 84 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ไม่ได้ประกอบอาชีพ สถานภาพสมรสคู่ น้ำหนัก 48 กิโลกรัม ส่วนสูง 152 ซม.รับไว้รักษาเมื่อ 26 มีนาคม 2566 เวลา 16.07 น. ด้วยอาการสำคัญ ซึม พูดถามตอบซ้ำๆ อ่อนเพลียมากขึ้น 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการ ซึม ถามตอบซ้ำ พูดจาสับสน อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่ยอมลุกเดิน ไอแห้งๆ รับประทานอาหารได้ตามปกติ ไม่มีสำคัญอาหาร ไม่มีไข้ ประวัติการเจ็บป่วยเป็น DM HT DLP มา 10 ปี ไม่มาตรวจตามนัดตั้งแต่ปี 2564

แรกรับที่แผนกฉุกเฉิน วันที่ 26 มีนาคม 2566 เวลา 16.07 น. ระดับความรู้สึกตัวสับสน (Confuse) ความดันโลหิต 103/69 mmHg. อุณหภูมิ 37.8 °C ซีฟจร 124 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที O₂ saturation 90 % DTX High, Gas glow coma score เท่ากับ 15 คะแนน (E4V5M6) pupil 3 mm ปฏิกริยาตอบสนองต่อแสงไฟทั้งสองข้าง ได้รับการรักษา โดยให้ออกซิเจน mask with bag 10 ลิตรต่อนาที อินซูลิน (Regular Insulin:RI) 10 unit ฉีดทางหลอดเลือดดำทันที NSS 1000 ml. intravenous Loading (ขวดที่ 1) หลัง load NSS 1000 ml IV.ครบ ผลการตรวจ DTX ซ้ำพบ High แพทย์มีคำสั่งการรักษาให้ NSS 1000 ml. intravenous loading (ขวดที่ 2) อีก และส่ง Lab serum และ urine ketone, Arterial Blood Gass, Electrolyte, Blood sugar, CBC, BUN, Creatinine, Calcium, Magnesium, Phosphate, Troponin T, PT, PTT, INR, Hemoculture จำนวน 2 ขวด ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบระดับน้ำตาลในเลือด 849 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร สารคีโตน 40 มิลลิโมลต่อลิตร HbA1C 14.9 % ตรวจจิลีโกลโทไรด์ พบโซเดียม 120 มิลลิโมลต่อลิตร โพแทสเซียม 3.29 มิลลิโมลต่อลิตร คลอไรด์ 78.7 มิลลิโมลต่อลิตร คาร์บอนไดออกไซด์ 17.2 มิลลิโมลต่อลิตร แลคเตท 3.0 มิลลิโมลต่อลิตร Anion gap 27.4 mEq/L ตรวจโลหิตวิทยาพบ เม็ดเลือดขาว 20,040 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร Troponin T 135 การวินิจฉัยโรค Diabetic ketoacidosis ผลการตรวจวิเคราะห์ก๊าซ

ในเลือดแดง normal with mild hypoxemia แพทย์ให้ยาอินซูลิน (RI) 100 unit ผสมใน NSS 100 ml. start 8 ml/hr., ให้ NSS 1000 ml. ผสม KCL 40 mEq IV. 100 ml/hr., ให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm. IV. stat then วันละครึ่ง ญาติแจ้งปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ ย้ายเข้าหอผู้ป่วย เวลา 17.25 น.

แรกวันที่หอผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6 BP 98/67 mmHg. R 26 ครั้ง/นาที O₂ sat 94 %, on O₂ mask with bag 10 LPM, DTX ติดตามที่ 1 ชั่วโมงหลังได้รับยาอินซูลินได้ 343 รายงานแพทย์ ให้ลด RI 100 unit ผสม NSS 100 ml. เหลือ 4 ml/hr. และติดตาม DTX ทุก 1 ชั่วโมง เมื่อระดับ DTX อยู่ระหว่าง 200-250 mg% ให้ติดตาม DTX ทุก 2 ชั่วโมง retained Foley's catheter งดน้ำและอาหารทางปากยกเว้นยา ตรวจเลือดดูระดับเกลือแร่ทุก 4 ชั่วโมง ผลเลือด K 2.56 mmol/L ให้ Elixir KCL 30 ml. oral ทุก 2 ชั่วโมง จำนวน 2 dose Chest Xray cleared not seen infiltration Fluid intake/output = 2,458 ml/800 ml.

27 มีนาคม 2566 รู้สึกตัวอ่อนเพลีย Serum ketone 5 มิลลิโมลต่อลิตร ติดตามระดับน้ำตาลทุก 1 ชั่วโมง และรักษาให้อยู่ระหว่างค่าเป้าหมาย 80-180 mg% โดย RI 100 unit ผสมใน NSS 100 ml. IV 2- 4 ml/hr และปรับการให้ยาอินซูลินฉีดทางชั้นใต้ผิวหนัง (subcutaneous) ตามระดับ DTX ก่อนมื้ออาหาร ดังนี้ ถ้า DTX 181-250 mg% ให้ RI 4 unit SC, DTX 201-300 mg% ให้ RI 4 unit SC, DTX 301-400 mg% ให้ RI 10 unit SC เวลา 10.30 น. DTX 111 mg% หยุดให้ยาอินซูลินทางหลอดเลือดดำ O₂sat 96% ให้ออกซิเจนทางจมูกแบบ canular 3 ลิตร/นาที ระดับ DTX 98-166 mg% แพทย์ให้เพิ่มยา NPH 14 unit SC เข้า และ 10 unit เย็น ก่อนอาหาร เริ่มรับประทานอาหารทางปาก ส่งปรึกษาโภชนาการเรื่องอาหารเฉพาะโรค ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 147-128/83-65 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิกาย 37.5 °C ชีพจร 74 ครั้งต่อนาที RR 24 ครั้งต่อนาที Fluid intake/output = 2471/1300 ml.

28 มีนาคม 2566 รู้สึกตัวดี E4V5M6 รับประทานอาหารอ่อนได้ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ผลเลือด K 3.04 mmol/L Serum ketone <5 mg/dl ระดับ DTX 96-101 mg%, on NSS 1000ml. 60 ml/hr. IV., off O₂ cannular O₂sat 96-98 % ไม่มีไข้ Fluid intake/output = 2600/1900 ml.

29 มีนาคม 2566 รู้สึกตัวดี E4V5M6 ระดับ DTX 86-100 mg% สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ให้ NSS 1000 ml. IV. 40 ml/hr. หยุดให้ยา NPH และเพิ่มยา Mixtard (70/30) 14 unit SC เข้า และ 10 unit เย็นก่อนอาหาร Enalapril (5 mg) 1 เม็ด รับประทานหลังอาหารเช้าและเย็น และ Amlodipine (10 mg) 1 เม็ด รับประทานหลังอาหารเช้า

30-31 มีนาคม 2566 รู้สึกตัวดี E4V5M6 on NSS 1000 ml. IV 40 ml/hr ระดับ DTX 79-200 mg% แพทย์ให้ยา Mixtard (70/30) เป็น 14 unit SC เข้า และ 8 unit เย็น ก่อนอาหาร และให้ฉีด RI SC ตาม Scale เดิมที่กำหนดไว้

1 เมษายน 2566 เวลา 10.00 น. อาการทั่วไปปกติ Off Ceftriaxone 2 gm. Off Foley's catheter แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 6 วัน และนัดมาติดตามผลการรักษาวันที่ 18 เมษายน พ.ศ.2566 พร้อมผลการตรวจเลือด FBS และ HbA1C ได้รับยากลับบ้านดังนี้ ยาฉีดอินซูลิน Mixtard (70/30) 14 ยูนิต ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังก่อนอาหารเช้าและ 8 ยูนิตก่อนอาหารเย็น Enalapril (5 mg) รับประทานหลังอาหารเช้าและเย็น

จากการการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยโดยการเก็บข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล การจัดระบบข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำสู่การวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพ และปัญหาที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการตอบสนองต่อความต้องการและจำเป็นด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดี ตามศักยภาพของบุคคล/ครอบครัว ได้รับการประเมิน และปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม คำนึงถึงหลักมนุษยธรรมและยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ใช้



กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการให้การพยาบาลผู้ป่วย ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล หลักฐานเชิงประจักษ์และความรู้จากการวิจัยมาประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาล ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวางแผนแก้ปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกำหนด แผนการดูแลและมีการประสานความร่วมมือระหว่างทีมการพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1

มีภาวะช็อกจากภาวะขาดน้ำเนื่องจากน้ำตาลในเลือดสูงและภาวะ Diabetic ketoacidosis

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกอ่อนเพลีย แขนขาไม่ค่อยมีแรง ประวัติเป็นเบาหวาน 10 ปี ไม่มาตรวจตามนัด 2 ปี (ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564)

O: ผู้ป่วยซึม พูดจาสับสนบางครั้ง พูดถามตอบช้าลง E4V5M6

สัญญาณชีพ BP 103/69 mmHg RR 24 ครั้ง/นาที มีไข้ T 37.7 °C, P 124 ครั้ง/นาที O₂ sat 90 %,

Blood Lactate 3 มิลลิโมลต่อลิตร CRT < 2 วินาที ผลการตรวจวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง normal with mild hypoxemia

ผล DTX High Serum, HbA1C 14.9, ketone 40 มิลลิโมลต่อลิตร, urine ketone 2+, Anion gap 27.4 mEq/L

ผล EKG 12 lead พบ sinus tachycardia, T invert lead II , V1-6

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

1. เพื่อส่งเสริมระบบการไหลเวียนอย่างเพียงพอและปลอดภัยจากภาวะช็อก
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพ SBP >90 mmHg., MAP ≥ 65 mmHg, P 60-100 ครั้งต่อนาที, R 12-20 ครั้ง/นาที CRT < 2 วินาที

2. Blood Lactate 3 มิลลิโมลต่อลิตร
3. ปัสสาวะออก > 30 cc./ชั่วโมง
4. ระดับความรู้สึกตัวดี (Alert) E4V5M6
5. ระดับน้ำตาลในเลือด DTX 80-180 mg%

กิจกรรมการพยาบาล

1. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมระบบการไหลเวียนอย่างเพียงพอและปลอดภัยจากภาวะช็อก โดย

1.1 ประเมินสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที จนกว่าสัญญาณชีพจะคงที่ แล้วจึงประเมินซ้ำทุก 1 ชั่วโมง keep SBP >90 mmHg., MAP > 65 mmHg, P 60-100 ครั้งต่อนาที, R 12-20 ครั้ง/นาที CRT < 2 วินาที ถ้าพบว่า MAP < 65 mmHg. รายงานแพทย์ทันที ประเมินภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เช่น AF, ST depression และติดตาม SOS score เมื่อพบอาการเปลี่ยนแปลงรายงานแพทย์

1.2 ประเมินระดับความรู้สึกตัว glass glow coma score ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าอาการจะคงที่ หากพบผู้ป่วยซึมลง กระสับกระส่าย GCS ลดลงต่ำกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน ให้รายงานแพทย์

1.3 ดูแลให้สารน้ำทดแทน NSS 1,000 ml. intravenous. หากพบว่า SBP < 90 mmHg Loading 500 cc. ใน 10-15 นาที วัดประเมิน SBP ซ้ำ หาก SBP < 90 mmHg Loading NSS ที่เหลืออยู่ ใน 10-15 นาทีอย่างรวดเร็ว หาก SBP > 90 mmHg ให้ NSS 1000 cc. intravenous. ใน 60 นาที ด้วยการใช้เครื่องควบคุมปริมาณการให้สารน้ำ และดูแลการได้รับสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์

1.4 หากสัญญาณชีพ SBP < 90 mmHg MAP < 65 mmHg P > 100 ครั้งต่อนาที ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 cc/hr รายงานแพทย์ทันทีเพื่อพิจารณาให้ยาตีบหลอดเลือด (Vasopressor) และดูแลให้ยา Vasopressor ตามแนวทางการรักษาของแพทย์

1.5 บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง keep ≥ 30 cc./hr.

1.6 สังเกตอาการอวัยวะส่วนปลายขาดเลือดไปเลี้ยง เช่น ปลายมือ/ปลายเท้าเขียว เป็นต้น

1.7 ติดตามผลการตรวจ Blood Lactate keep < 2 มิลลิโมลต่อลิตร

1.8 ติดตามการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบต่อเนื่อง เพื่อการเฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เพื่อเฝ้าระวังและให้การรักษาด้านเหตุของการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงฉุกเฉิน

2. การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดปกติ โดย

2.1 ประเมินระดับน้ำตาลในเลือด ด้วยการเจาะ DTX ทุก 1 ชั่วโมง

2.2 สังเกตอาการและอาการแสดงทางคลินิก เช่น ซึม สับสน กระสับกระส่าย กระหายน้ำ เวียนศีรษะ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ปัสสาวะออกมาก ใจสั่น หายใจหอบลึก หายใจมีกลิ่นผลไม้ เป็นต้น ประเมินสัญญาณชีพ และ O₂ saturation

2.3 ดูแลให้สารน้ำทดแทน NSS 1,000 ml. intravenous. หากพบว่า SBP < 90 mmHg Loading 500 cc., ใน 10-15 นาที วัดประเมิน SBP ซ้ำ หาก SBP < 90 mmHg Loading NSS ที่เหลืออยู่ใน 10-15 นาทีอย่างรวดเร็ว หาก SBP > 90 mmHg ให้ NSS 1000 cc. intravenous. ใน 60 นาที ด้วยการใช้เครื่องควบคุมปริมาณการให้สารน้ำ และดูแลการได้รับสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์

2.4 เจาะ DTX ซ้ำเมื่อ Load NSS ครบ 1000 cc. ขวดแรก หากพบว่า DTX high ให้รายงานแพทย์ทันทีเพื่อพิจารณาให้ NSS 1000 cc. intravenous. Loading อีก 1 ขวด

2.5 เจาะ DTX ซ้ำเมื่อ Load NSS ครบ 2000 cc. หาก DTX > high ให้รายงานแพทย์ทันทีเพื่อพิจารณาให้ยา FRIII (fixed rate intravenous insulin infusion) 0.1 unit/Kg/hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์โดยใช้เครื่องควบคุมสารน้ำ

2.6 ดูแลบริหารยา อินซูลินทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์

2.7 เก็บสิ่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ venous blood glucose เพื่อ

ประเมินหาระดับน้ำตาลในเลือด serum และ urine ketone, Arterial Blood Gass, Electrolyte, CBC, BUN, Creatinine, Calcium, Magnesium, Phosphate, Troponin T, PT, PTT, INR, Hemoculture จำนวน 2 ขวด ส่ง chest X-ray และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.8 ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm IV วันละครั้ง เพื่อรักษาต้นเหตุของการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงฉุกเฉิน

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง E4V5M6
2. สัญญาณชีพ BP อยู่ระหว่าง 97-148 /60-92 mmHg., หลังจากได้รับยาได้ NSS 1,000 ml. intravenous. load then 100 ml/hr และ ยาอินซูลิน (RI) 100 unit ผสมใน NSS 100 ml. 2-8ml/hr. 1 วัน T 36-37. °C, P 78-108 ครั้งต่อนาที RR 18 -24 ครั้ง/นาที, O₂ sat ≥ 95 %
3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ 27 มีนาคม 2566 Serum ketone 5 mg/dl, DTX อยู่ในช่วง 96-176 mg% , Urine output > 30 cc/hr.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2

มีภาวะเสียมสมดุลกรด-ด่าง เกือบแฉะ เนื่องจากภาวะ Diabetic ketoacidosis

S: ผู้ป่วยบอกว่าอ่อนเพลีย

O: ผลการตรวจ serum Electrolyte เมื่อแรกรับ (26 มีนาคม 2566 เวลา 16.07 น.) Sodium 120.0 mmol/L, Potassium 3.29 mmol/L, Chloride 78.7 mmol/L, CO₂ content 17.2 mmol/L, Anion GAP 27.4 mEq/L

ผลการตรวจ serum Electrolyte ครั้งที่ 2 (26 มีนาคม 2566 เวลา 21.54 น.) Sodium 136.0 mmol/L, Potassium 2.56 mmol/L, Chloride 101.0 mmol/L, CO₂ content 23.8 mmol/L , Anion GAP 13.8 mEq/L,

ผลการตรวจ serum Electrolyte ครั้งที่ 3 (27 มีนาคม 2566 เวลา 03.43 น.) Sodium 137.0 mmol/L, Potassium 4.79 mmol/L, Chloride 107.3 mmol/L,



CO₂ content 21.0 mmol/L , Anion GAP 13.5 mEq/L, serum ketone 5 mg/dl

ผลการตรวจ serum Electrolyte ครั้งที่ 4 (27 มีนาคม 2566 เวลา 08.14 น.) Sodium 136.0 mmol/L, Potassium 4.07 mmol/L, Chloride 107.5 mmol/L, CO₂ content 21 mmol/L , Anion GAP 11.6 mEq/L, serum ketone < 5 mg/dl

ผลการตรวจวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง normal with mild hypoxemia

ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ปกติ อ่อนเพลีย พูดได้ช้าลง

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของภาวะไม่สมดุลของกรด-ด่าง เกือบแล้ว
2. เพื่อรักษาสมดุลของกรด-ด่าง เกือบแล้วในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัว GCS = E4V5M6 และสัญญาณชีพ SBP>90mmHg MAP ≥ 65 mmHg. P 60-100 ครั้งต่อนาที R 12-20 ครั้งต่อนาที T 36-38 องศาเซลเซียส
2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับ Na 136-145 mmol/L, K 3.5-5.1 mmol/L Cl 98-107 mmol/L, CO₂ 22.0-26.0 mmol/L, Anion GAP 8.0-12.0 mmol/L, ABG normal (keep PH 7.35-7.45, PCO₂ 35-45 , PO₂ 80-100, Bicarbonate 22-26)
3. ไม่มีอาการกล้ามเนื้อแขน-ขาอ่อนแรงกว่าเดิม ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน

การพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว และ GCS ทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าอาการจะคงที่
2. ประเมินอาการและอาการแสดงทางคลินิก เช่น อาการอ่อนเพลีย ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด เป็นต้น ประเมินสัญญาณชีพและ NEWS2 (Regular observations and Early Warning Score)
3. ดูแลให้ได้รับโปตัสเซียมทดแทนโดยให้ KCL 40 mEq ผสมใน NSS 1000 ml. IV. 100 ml/hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์ และ E.KCL 30 ml. oral q 2 ชั่วโมง

2 dose รักษาระดับ serum Potassium ให้อยู่ระหว่าง 3.5 - 5.1 mmol/L

4. Monitor EKG เพื่อประเมินและเฝ้าระวังความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
5. ติดตามผล Electrolyte ทุก 4 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อประเมินผลการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย
6. ประเมิน อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ แขน ขา คลื่นไส้ อาเจียน
7. ตวงน้ำปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง keep 0.5 cc/Kg/hr และประเมินความสมดุลของ Fluid intake-output ทุก 8 ชั่วโมง keep intake /output สมดุล
8. ดูแลให้ได้รับประทานอาหารอ่อนจืด เบาหวาน
9. ติดตามผลการวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง หากพบค่า PH ≤ 6.9 ให้รายงานแพทย์ทันทีเพื่อพิจารณาให้ 7.5 % NaHCO₃ 50-100 cc intravenous และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พิจารณาให้ยาซ้ำได้จนกระทั่งได้ PH ≥ 6.9

การประเมินผล

1. รู้สึกตัวดี GCS E4V5M6
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ SBP >90 mmHg. MAP > 65 mmHg T 36-38. °C, P 60-100 ครั้งต่อนาที RR 12 -20 ครั้ง/นาที, O₂sat ≥ 95 %
3. ผลการตรวจ serum Electrolyte ครั้งที่ 4 (27 มีนาคม 2566 เวลา 08.14 น.) Sodium 136.0 mmol/L, Potassium 4.07 mmol/L, Chloride 107.5 mmol/L, CO₂ content 21 mmol/L , Anion GAP 11.6 mEq/L, serum ketone < 5 mg/dl (วันที่ 27 มีนาคม 2566 เวลา 08.14 น.)
4. ไม่มีอาการกล้ามเนื้อแขน-ขาอ่อนแรงกว่าเดิม ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3

ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจน

ข้อมูลสนับสนุน

S: อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย แขนขาไม่มีแรง ไม่ค่อยเดิน ญาติปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ

O: แรกรับ (วันที่ 26 มีนาคม 2566) รู้สึกตัวพูด สับสน สัญญาณชีพ BP 103/69 mmHg RR 24 ครั้ง/นาที มีไข้ T 37.7 °C, P 124 ครั้ง/นาที O₂ sat 90 %, Blood Lactate 3 มิลลิโมลต่อลิตร CRT < 2 วินาที ผลการตรวจวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง normal with mild hypoxemia (PO₂ =41 mmHg)

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัว E4V5M6
2. O₂sat ≥ 95 %
3. ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจเร็วมากกว่าเดิน 10 ครั้งต่อนาที ซีพจรเต้นเร็วขึ้นมากกว่า 20 ครั้งต่อนาที SBP > 30 mmHg. ซีมลง กระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าเขียว ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ เป็นต้น

การพยาบาล

1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน เช่น ซีมลง หายใจเร็ว กระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าเขียว ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เป็นต้น
2. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง keep T 36-38 °C SBP > 90 mmHg., MAP > 65 mmHg, P 60-100 ครั้ง/นาที R 12-20 ครั้ง/นาที หากพบว่า หายใจเร็วมากกว่าเดิน 10 ครั้งต่อนาที ซีพจรเต้นเร็วขึ้นมากกว่า 20 ครั้งต่อนาที SBP > 30 mmHg. ให้รายงานแพทย์ทันที และดูแลให้ได้รับออกซิเจนทันทีตามแผนการรักษา
3. ตรวจวัดปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว ทุก 1 ชั่วโมง keep O₂sat ≥ 95 %
4. ให้ออกซิเจนทางจมูก ด้วย Canular 3-6 ลิตรต่อนาที หรือ ออกซิเจน mask with bag 7-10 ลิตรต่อนาที keep O₂sat ≥ 95 %
5. ฟังปอด เพื่อประเมินพยาธิสภาพของปอด และดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ด้วยการ suction เมื่อจำเป็น (PRN) ส่งตรวจ chest X-ray
6. จัดทำนอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี

7. เตรียมอุปกรณ์เตรียมใส่ท่อช่วยหายใจ เมื่อ O₂sat < 88 % (ขณะที่ on ออกซิเจน mask with bag 10 ลิตรต่อนาที) หายใจมากกว่า 35 ครั้งต่อนาที ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ (Accessory muscle) พบ Abdominal paradox, chest retraction ปีกจมูกบาน

8. พูดคุยกับญาติผู้ป่วยเรื่องความจำเป็นในการช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยและภาวะคุกคามชีวิต การใส่ท่อช่วยหายใจ การรักษาเพื่อให้พ้นภาวะวิกฤติ

9. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง ให้ PO₂ อยู่ในช่วง 80-100 mmHg.

10. ให้ผู้ป่วยพักผ่อนอยู่บนเตียง (Bed rest) เพื่อลดความต้องการการใช้ออกซิเจน (Oxygen consumption)

การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัว GCS=15 คะแนน (E4V5M6)
2. สัญญาณชีพเป็นปกติ BP อยู่ระหว่าง 97-148 /60-92 mmHg., P 78-108 ครั้งต่อนาที RR 18-24 ครั้ง/นาที, O₂ sat ≥ 95 %
3. ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจเร็วมากกว่าเดิน 10 ครั้งต่อนาที ซีพจรเต้นเร็วขึ้นมากกว่า 20 ครั้งต่อนาที SBP > 30 mmHg. ซีมลง กระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าเขียว ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ เป็นต้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4

ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

S: อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย แขนขาไม่มีแรง ไม่ค่อยเดิน

O: แรกรับ (26 มีนาคม เวลา 16.07 น.) ระดับความรู้สึกตัวสับสน (Confuse) ความดันโลหิต 103/69 mmHg. อุณหภูมิ 37.8 °C ซีพจร 124 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที O₂saturation 90 % DTX High, Gas glow coma score เท่ากับ 15 คะแนน (E4V5M6) pupil 3 mm ปฏิกริยาตอบสนองต่อแสงไฟทั้งสองข้าง มีไข้หลังนอนโรงพยาบาลภายใน 8 ชั่วโมงแรก T 38 °C ,



P เบาลเร็ว 98 ครั้ง/นาที O₂ sat 96%, BP 103/69 mmHg
ผล DTX high, blood lactate 3.0 มิลลิโมล
ต่อลิตร

CBC (26 มีนาคม 2566) พวHb 14 mg% Hct
38 % White Blood Cell(WBC) 20,040 cell/cu.mm,
Neutrophil 91% Lymphocyte 4 % Band 3 %
Platelet 140000 cell/cu.mm.

ผล CBC (วันที่ 30 มีนาคม 2566 เวลา 07.47 น.)
พวHb 12 mg% Hct 35 % White Blood Cell (WBC)
16,020 cell/cu.mm, Neutrophil 82% Lymphocyte
17% Band 1 % Platelet 132,000 cell/cu.mm.

ผล CBC (วันที่ 30 มีนาคม 2566 เวลา 07.47 น.)
พว Hb 12 mg% Hct 35 % White Blood Cell(WBC)
16,020 cell/cu.mm, Neutrophil 82% Lymphocyte
17 % Band 1 % Platelet 132,000 cell/cu.mm.

ผลการเพาะเชื้อจากเลือดทั้ง 2 ขวด ไม่พบเชื้อก่อโรค
(no growth)

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

1. เพื่อลดการติดเชื้อ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อใน
ร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี GCS=15 คะแนน (E4V5M6)
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ 36-38°C SBP
>90 mmHg., MAP>65 mmHg, P 60-100 ครั้ง/นาที
R 12-20 ครั้ง/นาที, O₂sat ≥ 95 %
3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์
ปกติ WBC 4,000-10,000 cell/cu.mm, Neutrophil
50-60 %,

การพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดง
ทุก 15-30 นาที จนกว่าจะคงที่ เมื่อคงที่แล้วให้ประเมิน
ทุก 1 ชั่วโมง 4 ชั่วโมงเมื่ออาการทั่วไปปกติและประเมิน
NEWS2 (Regular observations and Early Warning
Score) ถ้ามากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนนให้รายงานแพทย์
เพื่อพิจารณา work up sepsis หรือถ้ามากกว่าหรือเท่ากับ

7 คะแนน ให้จัดการทางเดินหายใจให้โล่ง (airway
management)

2. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm.
IV. stat then วันละครั้ง ตามแผนการรักษาของแพทย์

3. เก็บส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อค้นหา
สาเหตุการติดเชื้อ และ work up sepsis และติดตามผล
การตรวจทางห้องปฏิบัติการถ้าพบความผิดปกติรายงาน
แพทย์ทราบเพื่อการแก้ไข

4. ลดปัจจัยที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดภาวะการ
ติดเชื้อเพิ่มขึ้นใช้เทคนิคในการพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน
เทคนิคปลอดเชื้อต่างๆ ล้างมือก่อน-หลังให้การพยาบาล
รักษาความสะอาดของปากและฟัน การทำความสะอาด
ร่างกาย รับประทานอาหารหรือสายยางที่ใส่เข้าไปในร่างกาย
ผู้ป่วยเมื่อหมดความจำเป็น เช่น สาย Foley's cath เป็นต้น)

5. ดูแลความสะอาดและการป้องกันการติดเชื้อจาก
การคาสวนปัสสาวะ โดยทำการสวนปัสสาวะอย่างถูก
ต้องตามหลักเทคนิคปราศจากเชื้อ ดูแลระบบการระบาย
น้ำปัสสาวะให้เป็นระบบปิด ดูแลให้ปัสสาวะไหลลงถุงรอง
รับปัสสาวะได้สะดวก ไม่ให้สายระบายปัสสาวะเกิดการ
อุดตัน หักพับงอ ให้ถุงรองรับปัสสาวะอยู่ในระดับต่ำกว่า
กระเพาะปัสสาวะ และในทิศทางตั้งฉากกับพื้น เพื่อป้องกัน
ปัสสาวะไหลย้อนกลับ โดยถุงรองรับปัสสาวะไม่วางติดพื้น
ทำความสะอาดรอบรูเปิดท่อปัสสาวะและบริเวณอวัยวะ
สืบพันธุ์ด้วยสบู่และน้ำสะอาด ซับให้แห้งด้วยผ้า สะอาด
อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือเมื่อเปื้อนสกปรก ตรึงสายสวน
ปัสสาวะที่หัวเหน่า เปลี่ยนถุงรองรับปัสสาวะโดยพิจารณา
ตามความเหมาะสมเมื่อถุงรั่วหรือสกปรก โดยเขียนวันที่
เปลี่ยนไว้ที่ถุง รองรับปัสสาวะ

6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อ
ประเมินการตอบสนองต่อการรักษา

7. ดูแลเช็ดตัวลดไข้ และให้ได้รับยาลดไข้ (para-
cetamol 500 mg 1 เม็ดรับประทานทางปาก) เมื่ออุณหภูมิ
มากกว่า 38 °C ตามแผนการรักษาของแพทย์

8. ดูแลให้ได้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ

การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี GCS=15 คะแนน (E4V5M6)

2. สัญญาณชีพเป็นปกติ BP อยู่ระหว่าง 97-148 / 60-92 mmHg., หลังจากได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriazone 2 gm. IV. stat then วันละครั้ง แนวโน้มไข้ลดลง T 36-37.5 °C, P 78-108 ครั้งต่อนาที RR 18 -24 ครั้ง/นาที, O₂ sat ≥ 95 %

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หลังจากได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriazone 2 gm. IV. ครบ 7 วัน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ 1 เมษายน 2566 WBC 11,420 cell/cu.mm., Neutrophil 67 %

4. Urine output > 30 cc/hr.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypoglycemia ขณะบริหารยาอินซูลิน

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ประวัติเป็นเบาหวาน 10 ปี ขาดการรักษาไม่มาตรวจตามนัด 2 ปี

O: DTX วันที่ 26 มีนาคม 2566 high load NSS 2000 cc หลัง load ครบ DTX high แพทย์รับการรักษา โดยให้ยาอินซูลิน (RI) 100 unit ผสมใน NSS 100 ml. start 8 ml/hr. DTX ติดตามที่ 1 ชั่วโมงหลังได้รับยาอินซูลิน ได้ 343 mg% ลด rate insulin เหลือ 4 cc/hr.

DTX วันที่ 27 มีนาคม 2566 อยู่ระหว่าง 100-171 mg% แพทย์ให้ปรับขนาดยา insulin ตามค่า DTX ที่กำหนด

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Hypoglycemia
2. เพื่อให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ (80-180 mg%)

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัว GCS=15 คะแนน (E4V5M6)
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ 36-38 °C SBP > 90 mmHg., MAP > 65 mmHg, P 60-100 ครั้ง/นาที R 12-20 ครั้ง/นาที, O₂sat ≥ 95 %
3. DTX 80-180 mg%

กิจกรรมการพยาบาล

1. เจาะ DTX ทุก 1 ชั่วโมง
2. สังเกตอาการและอาการแสดงทางคลินิกอย่างใกล้ชิดเช่น ซึม กระสับกระส่าย ใจสั่น เหงื่อแตกตัวเย็น ชัก หหมดสติ เป็นต้น อย่างใกล้ชิด อย่างต่อเนื่อง

3. หากพบระดับ DTX < 70 mg% และสามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง ให้ปฏิบัติดังนี้

3.1 กินคาร์โบไฮเดรต 15-30 กรัม เช่น น้ำหวาน 125 cc. ขนมปัง 1 แผ่น เป็นต้น

3.2 เจาะ DTX ซ้ำ ที่ 15-20 นาที จนมีค่า > 80 mg%

3.3 กินคาร์โบไฮเดรต 15-30 กรัม เช่น น้ำหวาน 125 cc. ขนมปัง 1 แผ่น เป็นต้น ถ้า DTX < 70 mg%

3.4 ถ้าอาการดีขึ้นและ DTX > 80 mg% ให้รับประทานอาหารทันที

4. หากพบระดับ DTX < 70 mg% และไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง ให้ปฏิบัติดังนี้

4.1 รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ 50% glucose 50 cc V push และดูแลให้ได้รับสารน้ำที่มีกลูโคสทางหลอดเลือดดำต่อตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยใช้เครื่องควบคุมสารน้ำ

4.2 เจาะ DTX ซ้ำ ที่ 15-20 นาที จนมีค่า > 80 mg% ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับอัตราการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และดูแลให้ได้รับสารน้ำที่มีกลูโคสทางหลอดเลือดดำต่อตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยใช้เครื่องควบคุมสารน้ำ

4.3 ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากอย่างเพียงพอและเหมาะสมกับโรค

5. ปรีกษาแพทย์เพื่อปรับขนาดอินซูลินตามระดับน้ำตาลในเลือดและการรับประทานอาหารของผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6

เสี่ยงต่อการพลัดตกเตียงและตั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์

ข้อมูลสนับสนุน

S: อ่อนเพลีย แขนขาไม่ค่อยมีแรง

O: สูงอายุและระดับความรู้สึกตัวลดลง พุดสับสน พุดตอบช้า

**วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล**

ไม่เกิดพลัดตกเตียงและดิ่งอุปกรณ์อุปกรณ์ทางการแพทย์

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่พลัดตกเตียง และไม่ดิ่งอุปกรณ์ทางการแพทย์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
2. ตรวจสอบสภาพเตียง เหล็กกั้นเตียง ให้อยู่ในสภาพปลอดภัย
3. ดูแลยกกรวยกันเตียงทั้งสองข้างขึ้นทุกครั้ง ภายหลังทำกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วย
4. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย วางแผนการพยาบาลร่วมกับญาติ และขออนุญาตใส่ถุงมือกันดิ่ง
5. ให้ข้อมูลญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการป้องกันการตกเตียง การใช้เหล็กกั้นเตียง

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่พลัดตกเตียง และไม่ดิ่งอุปกรณ์ทางการแพทย์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7

ผู้ป่วยและญาติมีความกังวลเรื่องโรคและการเจ็บป่วยที่รุนแรงและเฉียบพลัน

ข้อมูลสนับสนุน

S: จากการซักถามของญาติเกี่ยวกับอาการ การรักษาของโรคที่เป็น และสิ่งที่จะใส่ท่อช่วยหายใจ ขอถามความเห็นของญาติคนอื่นๆก่อน

O: ญาติผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล

เป้าหมายทางการพยาบาล

เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ ด้วยท่าที่เป็นมิตร อ่อนโยน

เห็นอกเห็นใจและให้ความเป็นกันเอง

2. ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การรักษา และร่วมในกิจกรรมการพยาบาลเพื่อจะทำให้ผู้ป่วยยอมรับและเกิดคุณค่าเป็นที่ต้องการของญาติและครอบครัว

3. อธิบายให้ญาติทราบถึงอาการ การดำเนินของโรคแผนการดูแลรักษาและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยอย่างเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วย

4. เปิดโอกาสให้ญาติได้สอบถามปัญหาอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย พร้อมทั้งอธิบายให้ฟังอย่างชัดเจน เข้าใจง่ายด้วยวาจาที่นุ่มนวลและท่าที่เป็นกันเองเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและศรัทธา

5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึก วิตกกังวล เพื่อเป็นการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยและญาติตามความเป็นจริง

6. ให้ความสำคัญผู้ป่วยและญาติ โดยคอยดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อช่วยให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจและซักถามสิ่งที่สงสัย และยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมให้ครอบครัวเข้าเยี่ยมตามความเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายกังวล เข้าใจให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและผู้ป่วยมีภาวะความเจ็บป่วยดีขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8

เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติเพื่อจำหน่ายอย่างปลอดภัย

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยและญาติบอกไม่มั่นใจว่าจะปลอดภัย เมื่อกลับไปอยู่บ้าน และกลัวว่าผู้ป่วยจะเกิดอาการผิดปกติที่ทำให้เกิดอาการรุนแรงขึ้นอีก

O: ผู้ป่วยมีประวัติเป็น DM HT DLP มา 10 ปี และขาดการรักษา ไม่มาตรวจตามนัดตั้งแต่ปี 2564

เป้าหมายการพยาบาล

1. ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล มีความมั่นใจ และสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่ป้องกันได้ หรือการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเองต่อเนื้อที่ที่บ้าน
2. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หรืออาการผิดปกติใดๆ

กิจกรรมการพยาบาล

ประเมินปัญหาเพื่อนำมาวางแผนการจำหน่ายตามหลัก DMETHOD เพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการกลับไปดำรงชีวิตอยู่ที่บ้าน และประสานส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนใกล้บ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

D: Disease : สอนความรู้เรื่องโรคโดยใช้กระบวนการทำ Nursing Round ร่วมกันระหว่าง แพทย์ พยาบาล ญาติ ผู้ดูแล ผู้ป่วย โดยร่วมวางแผนการดูแลการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค

M: Medication ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน ทั้งยาฉีด และยารับประทาน ตามแผนการรักษาของแพทย์ การสังเกตอาการที่ไม่พึงประสงค์ของยา แนะนำไม่ให้ซื้อยามารับประทานเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วย

E: Environment/ Economic/ Equipment ดูแลสภาพแวดล้อม เช่น ดูแลจัดสิ่งแวดลอมให้สะอาด การดูแลเครื่องใช้ประจำตัวให้สะอาดอยู่เสมอ และระวังการลัดตกหกล้ม

T: Treatment ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ความสำคัญในการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

H: Health care การดูแลสุขอนามัย การดูแลสุขภาพช่องปากการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด ได้แก่ มีไข้ ระดับความรู้สึกตัวลดลง อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อยลง ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น

Diet: การเตรียมอาหารเฉพาะโรค การงดอาหารรสจัด งดอาหารรสเค็ม งดอาหารรสหวาน งดอาหารไขมันสูง และสร้างเสริมสุขภาพตามภาวะทุพโภชนา

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจวิธีการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และสามารถบอกอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ได้ถูกต้อง

บทวิจารณ์

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะคีโตนคั่งในร่างกาย จากการมีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน จากการที่ผู้ป่วยขาดการรักษาโรคเบาหวานเป็นระยะเวลานาน ไม่มีการประเมินระดับน้ำตาลในเลือด เกิดมีภาวะ Beta cell burnout และมีความบกพร่องในการนำอินซูลินไปใช้ ทำให้การใช้อินซูลินในร่างกายไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของร่างกายอย่างรุนแรง การดูแลผู้ป่วยในระยะแรกนับเป็นภาวะวิกฤตเบาหวาน น้ำตาลในเลือดสูง จากภาวะที่คุกคามชีวิตที่สำคัญ เช่น ภาวะช็อคจากการขาดน้ำในร่างกาย ภาวะไม่สมดุลของกรดต่าง สารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นต้น ดังนั้นการป้องกันภาวะฉุกเฉินของระดับน้ำตาลในเลือดสูง ต้องได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วและถูกต้องตามแนวปฏิบัติการพยาบาลและสอดคล้องกับความจำเป็นทางสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้มีระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลจำนวน 6 วัน นอนโดยการดูแลในช่วง immediate management ในช่วงเวลา 0-60 นาทีแรกเริ่ม มีการประเมินระดับน้ำตาลในเลือด และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำด้วย NSS 2,000 CC. การตัดสินใจให้ยาอินซูลินทางหลอดเลือดดำ การประเมินสาเหตุของการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การเกิดภาวะคีโตนคั่งในร่างกาย และการประเมินน้ำตาลในเลือด ภาวะกรดต่าง เกลือแร่ในร่างกาย การให้สารน้ำทดแทนเพื่อรักษาระบบไหลเวียนเลือดให้คงที่ในระยะ 60 นาที - 6 ชั่วโมงแรก และการตรวจติดตามประเมินการดูแลรักษา ที่ 6-12 ชั่วโมง เป็นไปอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ DKA ในผู้ใหญ่ ของ Dhataria KK, Joint British Diabetes Societies for Inpatient Care.⁽³⁾ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราช

กุมาริ สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽²⁾ เมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตรุนแรงแล้วต้องมีการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน⁽⁷⁾ โดยต้องมีการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง หาแหล่งสนับสนุนด้านสุขภาพที่เหมาะสมที่ผู้ป่วยจะเข้าถึงได้ง่าย นอกจากนี้ต้องมีวางแผนการดูแลต่อเนื่องในระยะยาว จากกรณีศึกษาจะพบว่าผู้ป่วยมีประวัติการขาดยาเบาหวาน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤตรุนแรง เนื่องจากการขาดความรู้ในการดูแลตนเอง และการเข้าถึงแหล่งสุขภาพใกล้บ้านไม่เพียงพอ และขาดการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการพยาบาลเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่สำคัญ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยภาวะ DKA ความรู้ที่ควรให้ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับ 80-130 mg% ขณะอดอาหาร การจัดการตนเองเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การตรวจติดตามระดับในเลือดอย่างต่อเนื่องที่บ้าน (blood glucose monitoring) การควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 mmHg การควบคุมระดับไขมัน LDL < 55 mg% ลดสูบบุหรี่รวมถึงการหลีกเลี่ยงการสัมผัสควันบุหรี่ การรับประทานอาหารรูปแบบเมดิเตอร์เรเนียน และแดช (Dietary Approaches to Stop Hypertension, DASH) เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต⁽²⁾ รวมถึงการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมด้านสุขภาพ ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ สามารถพึ่งตนเองทางสุขภาพและจัดการสุขภาพตนเองได้เมื่อการเจ็บป่วย⁽⁸⁾ การดูแลติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด และการควบคุมน้ำตาลมีแนวโน้มเป็นไปตามค่าเป้าหมาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น จากกรณีศึกษาทำให้ทีมงานนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนพัฒนา ปรับปรุงแนวทางการประเมินร่วมกับชุมชนต่อไป

บทสรุป

ภาวะคีโตนคั่งในร่างกายของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญที่เป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย

มีอัตราการเสียชีวิตสูง การใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม รวดเร็ว จะส่งผลให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาวะปกติ แต่ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่เหมาะสม อวัยวะล้มเหลวหลายระบบ และอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ พยาบาลผู้ดูแลจึงต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต โดยใช้กระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลและวางแผนการพยาบาล โดยมีความรู้ ความเข้าใจ พยาธิสภาพของโรค การดูแลรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะให้การรักษา รวมทั้งปฏิบัติการพยาบาลด้วยความรวดเร็ว ที่ตอบสนองความต้องการทางคลินิกของผู้ป่วยอย่างมีมาตรฐาน รวมทั้งมีการประเมินผลการให้การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยในระยะวิกฤต เมื่อผ่านระยะวิกฤตแล้ว ต้องมีการวางแผนการจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องตามแนวทางที่กำหนดร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ และการดูแลร่วมกับเครือข่ายและชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. จิรทีปต์ ขวัญแก้ว. การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: โรงพยาบาลสงขลานครินทร์; 2557.
2. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชาอุปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานพ.ศ.2566. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2566.
3. Dhatriya KK, Joint British Diabetes Societies for Inpatient Care. The management of diabetic ketoacidosis in adults—An updated guideline from the Joint British Diabetes

- Society for Inpatient Care. Diabetic Medicine. 2022[Updated 2022 Feb 27];39:1-20. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dme.14788>
4. Gosmanov AR, Gosmanova EO, Kitabchi AE. Hyperglycemic Crises: Diabetic Ketoacidosis and Hyperglycemic Hyperosmolar State. [Internet]. Feingold KR, Anawalt B, Blackman MR, et al. South Dartmouth (MA): MDText.com; 2021[Updated 2021 May 9]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279052/>
 5. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2564. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
 6. งานเวชสถิติโรงพยาบาลบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร; รายงานประจำปีโรงพยาบาลบางมูลนาก 2565.
 7. นุชระพี สุทธิกุล, สุมาลี จารุสุขถาวร, และ เยาวภา พรเวียง. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย เบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับสารคีโตนคั่งในระยะวิกฤต. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2564;31(1):14-32.
 8. น้ำฝน ผิวสุข. ผลของการเห็นคุณค่าตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เขตเทศบาลตำบลบางพระ อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี. [ปริญญานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. ชลบุรี:มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.

การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยกพร้อมกับภาวะหัวใจหยุดเต้น

Nursing care of patients with acute myocardial infarction with non-elevated ST waves associated with cardiac arrest

ธัญญวรรณ บุญผล พย.บ.

โรงพยาบาลบางมูลนาก

บทคัดย่อ

การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยกพร้อมกับภาวะหัวใจหยุดเต้น ถือเป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน มีความซับซ้อนในการวินิจฉัยโรคและการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยจะมาด้วยอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่เฉพาะเจาะจงอาจมาด้วยภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดอาการหมดสติหรือหัวใจหยุดเต้นกะทันหันจนอาจถึงขั้นเสียชีวิต การวินิจฉัยและรักษาจำเป็นต้อง รวดเร็ว ถูกต้องและแม่นยำ ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาทันที่ ลดอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้หรือเสียชีวิต พยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมีบทบาทสำคัญในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยประเมินภาวะคุกคามชีวิตทันที มีการดูแลเฝ้าระวังต่อเนื่อง ไม่ให้เข้าสู่ภาวะวิกฤตตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลที่รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ เหมาะสม ปลอดภัย ต้องมีทั้งความรู้ทักษะและความชำนาญในการดูแลช่วยเหลือในภาวะวิกฤตได้ทันที่

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยชายไทย อายุ 78 รับไว้รักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ด้วยอาการ แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก มีเสียงดังครีคราตในลำคอขณะหายใจ ระหว่างนำส่ง 2 นาทีก่อนถึงโรงพยาบาลผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง เบาหวาน วินิจฉัยโรค Non ST-elevate Myocardial infarction with post cardiac arrest แรกรับไม่รู้สีกตัว คลำชีพจรไม่ได้ EKG เป็น PEA หลังช่วยฟื้นคืนชีพกลับมา มีสัญญาณชีพ EKG เป็น sinus Tachycardia ใส่เครื่องช่วยหายใจผล Trop-T 51 EKG HR 100/min No ST-elevate ได้รับความรักษาต่อในห้องผู้ป่วยหนักจนกระทั่งสามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ ผู้ป่วยอาการทุเลาโดยมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 7 วัน

ผลลัพธ์ : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหัวใจหยุดเต้น

คำสำคัญ : กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก ภาวะหัวใจหยุดเต้น การพยาบาล

Abstract

Nursing care of patients with acute non ST elevated myocardial infarction and cardiac arrest, is considered as a crisis and emergency. It is the complicated diagnosis and treatment because some patients present with non-specific chest pain but unconscious or sudden cardiac arrest and dies. Diagnosis and treatment need to be fast, acc rate and save life. EMS nurses are important in triaging emergency patients by immediately assessing life-threatening patients. There is continuous surveillance for patient safety according to international standards.

Case study: A 78-year-old Thai male patient came to the hospital with symptoms of chest tightness and difficulty breathing. There was a crackling sound in the throat while breathing, 2 minutes before reaching the hospital he was unconscious, underlying HT and Dm, diagnosis of Non ST-elevate Myocardial infraction with post cardiac arrest, no pulse, EKG is PEA. After he was revived, he regained vital signs and received further care until he was able to breathe on his own, total admission for 7 days.

Results: The patient was safe from cardiac arrest.

Keyword : Non ST-elevate Myocardial infraction, cardiac arrest, Nursing care

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสที่ไม่ยก (Non-ST elevation myocardial infarction : NSTEMI) เป็นหนึ่งในโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome : ACS) เป็นปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุดและผู้สูงอายุถึงร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหัวใจทั้งหมดและยังพบในกลุ่มประชากรที่มีอายุน้อยลง ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน⁽¹⁾ เป็นสภาวะของหลอดเลือดหัวใจที่เสื่อมสภาพหรือแข็งตัว รุนภายในหลอดเลือดตีบแคบผนังของหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลง แล้วเกิดการฉีกขาด หรือปริออกที่ด้านในของผนังหลอดเลือด เกิดเลือดจะเกาะกลุ่มอย่างรวดเร็วบริเวณที่มีการปริแตกหรือฉีกขาดหลัง จากนั้นจะมีการกระตุ้นให้เกิดลิ่มเลือด (thrombus formation) อย่างรวดเร็วในบริเวณดังกล่าว หากลิ่มเลือดอุดตันบางส่วน ทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจบางส่วนโดยยังไม่มีกล้ามเนื้อหัวใจตาย (partial occlusion with significant stenosis) จะมีผลทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด Non ST Elevation (NSTEMI) ถ้าลิ่มเลือดเกิดอุดตันโดยสมบูรณ์ (complete occlusion with significant stenosis) จะมีผลทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตายเฉียบพลันชนิด ST Elevation (STEMI) ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสที่ยก (ST-Elevation Myocardial Infarction: STEMI) ในปี พ.ศ. 2561 ร้อยละ 10 ส่วนผู้ป่วยชนิดคลื่นเอสที่ไม่ยก (Non ST Segment Elevation Myocardial Infarction : NSTEMI) ยังมีอัตราเสียชีวิต

ที่ 1 ปีสูงถึงร้อยละ 25⁽²⁾ แม้ว่าปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้มีการพัฒนาจนมีประสิทธิภาพมาก แต่ยังคงพบอัตราการตายของผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงสูง ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจึงยังเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขไทย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสที่ไม่ยก จะพบลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น ST segment depression หรือ T wave inversion และพบผลเอนไซม์หัวใจเป็นบวก (cardiac biomarkers positive)⁽³⁾ มีความซับซ้อนของการวินิจฉัยโรคและการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยจะมารักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่เฉพาะเจาะจง⁽⁴⁾ ผู้ป่วยอาจมาด้วยภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดอาการหมดสติหรือหัวใจหยุดเต้นกะทันหันจนอาจถึงขั้นเสียชีวิตถ้าไม่ได้รับการกู้ชีพทันเวลาที่ประมาณครึ่งหนึ่งของการเสียชีวิตเนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดขึ้นก่อนผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล⁽⁵⁾ ดังนั้นการวินิจฉัยและรักษาจำเป็นต้องรวดเร็ว ถูกต้องและแม่นยำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาทันเวลาที่ ลดอุบัติเหตุการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้หรือเสียชีวิตตั้งแต่ก่อนถึงโรงพยาบาล และหากรอดชีวิตก็ไม่เกิดทุพพลภาพจากกล้ามเนื้อหัวใจที่เสียไป กลับไปใช้ชีวิตได้ปกติ⁽⁶⁾

หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมีความสำคัญในการให้บริการด้านหน้าแก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการของโรงพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง บทบาทหน้าที่ของพยาบาลคือการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triage) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามชีวิตหรือมีภาวะฉุกเฉินวิกฤตที่ต้องรีบทำการรักษาอย่าง

เร่งด่วน ได้รับการดูแลรักษาเป็นลำดับแรก และผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการไม่รุนแรงได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง และเป็นไปตามลำดับความเร่งด่วนต่อไป โดยต้องสามารถรับการตรวจรักษาได้อย่างปลอดภัย ซึ่งระดับความรุนแรงของผู้ป่วยในปัจจุบัน จะจำแนกระดับความฉุกเฉินตามความเร่งด่วนในการเข้ารับการรักษา สาธารณสุขของกระบวนการหลักในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินตามเกณฑ์คัดแยกและมาตรฐานความเจ็บป่วยฉุกเฉินแคนาดา (Canadian Triage and Acuity Scale; CTAS)⁽⁷⁾ คือ 1) ประเมินภาวะคุกคามชีวิตทันทีเมื่อผู้ป่วยมาถึง “critical first look” อย่างรวดเร็วภายในเวลา 3-5 วินาทีโดยสิ่งที่ต้องประเมิน ได้แก่ A: Airway ด้านทางเดินหายใจ B: Breathing ด้านการหายใจ C: Circulation ด้านระบบไหลเวียนเลือด D: Disability (neurological) ด้านระบบประสาท 2) ประเมินหาอาการของโรคติดต่อร้ายแรงที่กำหนดไว้ 3) ซักถามอาการสำคัญ การเจ็บป่วย/บาดเจ็บ ประเมินร่างกายเฉพาะที่เกี่ยวข้องและวัดสัญญาณชีพ 4) กำหนดระดับความรุนแรงและติดเครื่องหมาย/สัญลักษณ์ 5 ระดับ ระดับ 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ระดับ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ระดับ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง ระดับ 4 ผู้ป่วยทั่วไป ระดับ 5 ผู้รับบริการสาธารณสุขอื่น⁽⁸⁾ 5) จัดส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามลำดับความรุนแรงที่กำหนดไว้ 6) ดูแลให้การพยาบาลเบื้องต้นกับผู้ป่วยในพื้นที่รอตรวจ 7) ติดตามประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำ เพื่อให้ระบบคัดกรองมีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการเกี่ยวข้องกับคน การสื่อสารและทรัพยากรซึ่งรวบรวมข้อมูลจากสิ่งตรวจพบและประวัติที่ได้จากผู้ป่วย มาจัดการตัดสินใจที่ต้องเลือกว่าจำเป็นต้องรักษาพยาบาลผู้ป่วยคนไหนเป็นอันดับแรก ตามแนวทางการจัดลำดับความสำคัญที่ได้กำหนดไว้

โรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ของกรณีศึกษาเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิระดับ M2 ขนาด 90 เตียง ดูแลรับส่งต่ออำเภอใกล้เคียงอีก 3 แห่ง จากสถิติแผนกแผนกฉุกเฉินปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่าอันดับ 1 ใน 10 โรคที่เข้ารับการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปีผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาผู้ป่วยกลุ่มนี้เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการ

รักษาและการดูแลอย่างมาก อีกทั้งมีอาการและอาการแสดงที่รุนแรงเฉียบพลัน และเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา มีภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ง่าย ซึ่งเป็นประเด็นท้าทายในการดูแลให้การพยาบาลทั้งในระยะวิกฤต ระยะดูแลต่อเนื่อง จนกระทั่งระยะวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย จึงต้องปฏิบัติงานโดยใช้ความรู้ความสามารถ และตัดสินใจอย่างรวดเร็ว เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรีบด่วน ให้เกิดความปลอดภัยหรือบรรเทาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยและการบริการอย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหา วิเคราะห์ วินิจฉัย วางแผนให้การดูแลช่วยเหลือ และติดตามผลผู้ป่วยการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก ร่วมกับภาวะหัวใจหยุดเต้น

วิธีการดำเนินการ

1. คัดเลือกกรณีศึกษา อธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ วิธีการ ขั้นตอนการศึกษาชี้แจงแนวทางการปกป้องข้อมูลแก่ผู้ป่วยในประเด็น การไม่ระบุชื่อผู้ป่วย สิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวจากการศึกษาโดยไม่มีผลต่อการรักษาการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมใช้ประโยชน์เพื่อกรณีศึกษาเท่านั้น
2. ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยและงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง
3. ศึกษาผู้ป่วยการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยกร่วมกับภาวะหัวใจหยุดเต้นโดยใช้ แนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาล ความรู้จากศาสตร์สาขาต่างๆ มาช่วยในการคิดวิเคราะห์ และการตัดสินใจทางคลินิกในการแก้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ
4. สรุปและอภิปรายผล

ผลการดำเนินการ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 78 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ อาชีพทำนา การศึกษาจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 สิทธิการรักษาพยาบาลใช้สิทธิผู้สูงอายุ รับไว้รักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเมื่อ 15 มิถุนายน 2566 เวลา 19.26 น. ด้วยอาการ 3 วันก่อนจุกแน่นท้อง ไม่มีไข้ ขับถ่ายปกติ รับประทานอาหารได้ 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาลแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก มีเสียงดังครืดคราดในลำคอ ขณะหายใจ ระหว่างนำส่ง 2 นาที ก่อนถึงโรงพยาบาลผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวประวัติการเจ็บป่วยในอดีตความดันโลหิตสูงเบาหวาน รับประทานยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 15-22 มิถุนายน 2566 จำหน่ายโดยส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อทำการฉีดสีสวนหัวใจ (Coronary Artery Angiography: CAG วินิจฉัยโรค Non ST-elevate Myocardial infraction with post cardiac arrest

อาการแรกแรกที่ห้องฉุกเฉินวันที่ 15 มิถุนายน 2566 เวลา 19.26 น. ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ไม่ลืมตาไม่ทำตามสั่ง คลำชีพจรไม่ได้หายใจเฮือกอ้าปากพะงาบ (Agonal breathing) วาง paddle monitor EKG เป็น Pulseless Electrical Activity (PEA) ตัวเย็น รายงานแพทย์ เริ่มกดหน้าอกผู้ป่วยให้ O₂ บีบ ambu bag. suction clear air way ได้เป็นเสมหะปนน้ำสีชมพู ดูแลใส่ท่อช่วยหายใจ ET-tube no. 7.5 depth 22 cm หลังกดหน้าอกผู้ป่วย 2 นาที คลำชีพจรได้ monitor EKG เป็น sinus Tachycardia, HR 128/min ผู้ป่วยเริ่มต้น ดิ้นไปมา DTX 194 mg% ทำ EKG 12 lead HR 126/min ST-depress II,III,aVF,V5,V6 ดูแลใส่สาย foley cath ปัสสาวะใสดี ออกคาสายผล Trop-T 51, EKG HR 100 /min No ST-elevate ดูแลนำส่งที่ ICU

แรกรับที่ ICU เวลา 20.50 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัว Agitate มาก ดิ้น มีหายใจเหนื่อย ฟัง Lung crepitation Both Lung motor power gr.V on Ventilator setting PCV mode IP 18, PEEP 5, FiO₂ 0.4, RR18, Flow tiger 2 Keep O₂ sat ≥ 94 % ต่อมา เวลา 21.10 น. ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวปลุกไม่ตื่น คลำชีพจรไม่ได้ monitor EKG show HR เป็น PEA เริ่มกดหน้าอกผู้ป่วยดูแลให้ adrenaline 1 mg IV. q 3 min ได้ไป 2 amp ดูแลให้ 7.5% NaHCO₃ 100 ml

slowly push CPR 3 cycle มีการกลับคืนของระบบไหลเวียนโลหิต (return of spontaneous circulation: ROSC) เวลา 21.16 น. ผู้ป่วยเริ่มต้น E4VtM6 ทำ EKG 12 lead ST-depress II,III,aVF,V5,V6 วัดความดันโลหิตต่ำ รายงานแพทย์ให้ Levophed 8 mg + D5W 250 ml drip rate max 30 ml/hr., ดูแลให้ adrenaline 10 amp + Nss 100 ml vein drip rate 10 ml/hr. ปรึกษาอายุรแพทย์โรงพยาบาลพิจิตร ให้ รักษาเป็น CHF ร่วมกับ NSTEMI แพทย์ Order ให้ Enoxo 0.6 ml SC q 12 * 5 day, ASA(300) 1 tab , Plavix(75) 1 tab NG feed, รายงานผลเลือด Trop-T 51

เยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 1 วันที่ 16 มิ.ย. 66 ผู้ป่วยเริ่มปรับลดยากระตุ้นความดันลงและหยุดให้ เนื่องจากความดันโลหิตปกติ อาการทั่วไปดีขึ้น หายใจได้ดีขึ้นสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ Ventilator IP 18, PEEP 5, FiO₂ 0.4, RR16, Flow tiger 2 intake 575 ml out put 490 ml ยังฉีดยา Enoxo 0.6 ml SC q 12 hr. 5 day, ผล DTX 422 mg% ได้ RI 10 unit Sc หลัง 1 ชม. DTX 329 mg%

เยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 2 วันที่ 18 มิ.ย. 66 เตรียมถอดเครื่องช่วยหายใจ แพทย์ order ให้ NPO stat , ให้ ฉีดยา Dexta 4 mg ก่อน Off tube 30 นาที , ให้พ่นยา Adrenaline 1 amp + NSS 3 ml NB ก่อน Off Tube 30 นาที, On HFNC flow 60 FiO₂ 0.6 , พ่น Berodual 1 NB q 6 hr. c suction หลัง Off tube ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอ RR 18-22 ครั้ง/นาที ไม่มี retraction นอนพักได้

เยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 3 วันที่ 20 มิ.ย. 66 ย้ายไปพักที่ตึกผู้ป่วยชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีไม่มีกระสับกระส่าย ไม่มีเหนื่อยหอบ ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น ไม่มีแน่นหน้าอก ติดต่อประสาน Cardiac center ที่ รพ.สปร นัดทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ (CAG) ได้คิววันที่ 22 มิ.ย. 66 ประสานศูนย์ส่งต่อแนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการส่งตัวไปทำ CAG ญาติและผู้ป่วยรับทราบ

22 มิ.ย. 66 เวลา 9.30 น. ติดตามเยี่ยมอาการผู้ป่วยที่ตึกชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีเหนื่อยหอบ ไม่มีแน่นหน้าอก พูดคุยได้ปกติ เตรียมความพร้อมส่งตัวไป โรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อทำ CAG ดูแลให้ NSS 1000 ml vein KVO แขนซ้าย , Prep skin ที่ขาหนีบ perineum

จากการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยโดยการเก็บข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล การจัดระบบข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำสู่การวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพและปัญหาที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการตอบสนองต่อความต้องการและจำเป็นด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีตามศักยภาพของบุคคล/ครอบครัว ได้รับการประเมินและ ปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม คำนึงถึงหลักมนุษยธรรมและยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการให้การพยาบาลผู้ป่วยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล หลักฐานเชิงประจักษ์และความรู้จากการวิจัยมาประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาล ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวางแผนแก้ปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกำหนดแผนการดูแลมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยอายุรกรรม มีการประสานความร่วมมือระหว่างทีมการพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ร่วมประเมินและวางแผนให้การพยาบาลกับทีมการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1

ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้นเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่ลืมตา ไม่ทำตามสั่ง คลำชีพจรไม่ได้ หายใจเฮือกอ้าปากพะงาบ (Agonal breathing)
2. monitor EKG Pulseless electrical activity (PEA)

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

ผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพสำเร็จ โดยมีการกลับมา มีสัญญาณชีพ (Return of spontaneous circulation: ROSC)

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยกลับมามีสัญญาณชีพ ได้แก่ มีการหายใจที่ไม่ใช่การหายใจเฮือก คลำชีพจรได้หรือวัดความดันโลหิตได้ (systolic blood pressure : SBP) ไม่ต่ำกว่า 60-70 mmHg อย่างน้อย 15-20 นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและยืนยันภาวะหัวใจหยุดเต้นอย่างรวดเร็วภายใน 3-5 วินาที ได้แก่ ทางเดินหายใจ การหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด ระบบประสาท ซึ่งเป็นสัญญาณเตือน (Early Warning Score) ได้แก่ อัตราการหายใจ, อัตราการเต้นของหัวใจหรือชีพจร, ความดันโลหิตตัวบน อุณหภูมิร่างกายและระดับความรู้สึกตัว⁽⁹⁾

2. การทำการช่วยชีวิต (High-Quality CPR)

2.1 การกดหน้าอกให้ลึก 5-6 เซนติเมตร ด้วยอัตราเร็ว 100-120 ครั้ง/นาทีโดยตำแหน่งการวางมือสองข้างประสานกันในตำแหน่งที่กึ่งกลางทรวงอกหรือครึ่งล่างของกระดูกทรวงอกระหว่างการกดแต่ละครั้ง ปลดหน้าอกกลับคืนสู่ตำแหน่งเดิมหยุดกดหน้าอกหรือขัดจังหวะให้น้อยที่สุด (ห้ามหยุดกดนานเกิน 1 วินาที) กดหน้าอก 30 ครั้ง แล้วตามด้วย self-inflating bag (ambu bag) 2 ครั้ง (30:2) ซึ่งทำการเปิดทางเดินหายใจโดยการเซียงคางดันหน้าผาก^(10,11)

2.2 สลับผู้ที่ทำการกดหน้าอกทุก 2 นาที เมื่อครบ 2 นาที ระหว่างที่สลับผู้กดหน้าอก ให้ทำการประเมินชีพจรและสภาพคลื่นไฟฟ้าหัวใจพร้อมๆกัน

2.3 on ET.tube No.7.5 depth 22 หลังใส่ท่อช่วยหายใจเปลี่ยนอัตราส่วนการกดหน้าอกต่อการช่วยหายใจจาก 30:2 เป็นการกดหน้าอกต่อเนื่องด้วยอัตราเร็ว 100 ครั้ง/นาทีเป็นเวลา 2 นาที และช่วยหายใจในอัตรา 8-10 ครั้ง/นาที

2.4 เปิดหลอดเลือดดำสำหรับให้ยาสารน้ำ และเจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.5 ติดเครื่อง Monitor NIBP เพื่อติดตามสัญญาณชีพ

3. ประเมิน ติดตามระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ค่าความดันหลอดเลือดแดงเฉลี่ย (Mean Arterial Pressure : MAP) O₂ sat หลังจากผู้ป่วยกลับมามีสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง ทุก 5-10 นาที

4. เมื่อให้การฟื้นคืนชีพสำเร็จ ประเมินสภาวะทางกายภาพ การพูด อารมณ์ ความจำ ระบบประสาท หัวใจและปอด เพื่อวางแผนให้การฟื้นฟูอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

5. ให้ข้อมูลญาติเกี่ยวกับอาการ การพยากรณ์โรค พร้อมประเมินการรับรู้ อารมณ์ พร้อมให้การช่วยเหลือ และส่งต่อข้อมูลญาติให้แก่พยาบาลหอผู้ป่วยที่ย้ายไป

การประเมินผล

หลังกดหน้าอกผู้ป่วยไป 2 นาที คลำชีพจรได้ monitor EKG เป็น sinus Tachycardia, HR 128/min ผู้ป่วยเริ่มตื่น ดิ้นไปมา BP 180/100 mmHg. O₂ sat 98% by force ambu bag

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นซ้ำเนื่องจากหัวใจ ไม่สามารถ ส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ได้เพียงพอ

ข้อมูลสนับสนุน

1. EKG 12 lead HR 126/min ST-depress II, III,aVF,V5,V6
2. Troponin T=51 mg/dl (ค่าปกติ < 14 mg/dl)

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

ปลอดภัยจากภาวะหัวใจหยุดเต้นซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. เฝ้าระวังติดตามประสิทธิภาพการทำงานของ หัวใจและปอด ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ EKG monitoring อาการเหนื่อยแตก ตัวเย็น ชีตเขียว อาการเจ็บแน่นอก
2. ดูแลให้ได้รับยา ASA (300 mg.) 1 tab oral stat, Plavix (75) 1 tab oral stat, Atorvastatin (40) 1 tab oral stat, Enoxaparin 0.6 mg SC q 12 hr. พร้อมเฝ้าระวัง ผลข้างเคียงจากการได้รับยา เช่น ภาวะเลือดออกผิดปกติ ความดันโลหิตต่ำ
3. record intake - output หากน้อยกว่า 0.5ml/kg/hr. รายงานแพทย์
4. เตรียมยาและอุปกรณ์ต่างๆที่สำคัญในการช่วยชีวิตให้พร้อมใช้ได้อย่างทันท่วงที
5. ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและการรักษาที่ได้รับให้ทีม การพยาบาลหอผู้ป่วยหนักและนำส่งผู้ป่วย

การประเมินผล

ระหว่างรับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและ ระหว่างนำส่งหอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดีหายใจสัมพันธ์กับการบีบ ambu bag ไม่มีกระสับกระส่าย ทูเลาเหนียว urine ออก 15 ml monitor EKG HR 100 /min BP 100/60 mmHg., E4VtM6,O₂ sat 98% by force ambu bag

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3

เนื้อเยื่อในร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจาก แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยหลังภาวะหัวใจหยุดเต้น (post arrest)
2. ผล CXR มี infiltration ผล CBC Hb10.7 g/dl Hct 31 %
3. on ET.tube No.7.5 depth 22 PCV modelP 16 , RR 18 , PEEP 5 , FT 2 ,FiO₂ 0.4

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

เพื่อให้เนื้อเยื่อในร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ ตามความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี
2. SBP 90-140 mmHg , DBP 60-90 mmHg RR 16-20 ครั้ง/นาที
3. ไม่มี cyanosis, O₂ sat ≥ 94%
4. Capillary refill time < 2 sec
5. ปัสสาวะออกมากกว่า 0.5-1 ml/kg./hr.

กิจกรรมการพยาบาล

1. การดูแลระบบทางเดินหายใจ
 - 1.1 ดูแลท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม อยู่กับที่ ไม่หัก พับ งอ สังเกตตำแหน่งทุกครั้งที่มีการจัดท่าหรือขยับศีรษะผู้ป่วย โดยตรวจเทียบตำแหน่งปลายท่อหายใจจาก film CXR ตำแหน่งที่เหมาะสม คือ กึ่งกลางระหว่าง cricoid cartilage กับ carina หรือประมาณ 2-6 ซม. เหนือ carina หรือระหว่างกระดูกไหปลาร้า 2 ซ้ำง
 - 1.2 ตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจ PCV modelP 16, RR 18 , PEEP 5 , FT 2 , FiO₂ 0.4 ตามแผนการ



รักษาของแพทย์

1.3 ตรวจร่างกายทั่วไป อาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ลักษณะการหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ

1.4 การป้องกันการดิ่งท่อช่วยหายใจ ตรวจสอบเช็คว่ามีกรีดท่อที่แน่น ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลมาก วิตุนวายมากอาจพยายามดึงท่อหายใจออก ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญและจำเป็นของการมีท่อช่วยหายใจ และพิจารณาผูกยึดตรึงผู้ป่วย

1.5 ดูแลให้ยาต้านจุลชีพ Cef-3 2 gm IV. OD, Clindamycin 600 mg. IV. q 8 hr. ตามแผนการรักษา พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงหลังได้รับยา

1.6 ดูแลให้ได้รับยาพ่นขยายหลอดลม Berodual 1 NB prn. q 4-6 hrตามแผนการรักษา

2. การป้องกันการติดเชื้อ⁽¹²⁾

2.1 Wean : ประเมินการหายใจและวางแผนลดการใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมกับแพทย์

2.2 Hand hygiene : ล้างมือก่อนและหลังทำหัตถการ เช่น ดูดเสมหะ ปลดข้อต่อเครื่องช่วยหายใจ

2.3 Aspiration Precautions : ยกศีรษะสูง (head of bed) 30-45 องศา วัด cuff pressure (20-30 cm H₂O) เวนละ 1 ครั้ง

2.4 Prevent Contamination : เปลี่ยน circuit ทุก 7 วัน และการเทน้ำในสาย circuit ทุก 8 ชม.

2.5 Oral Care : ทำความสะอาดช่องปาก แปรงฟันผู้ป่วย อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และเคลือบช่องปาก และฟันผู้ป่วยด้วย 0.12 % CHG mouthwash (กรณีไม่มีข้อห้าม) ทุก 12 ชม.

3. ประเมินความพร้อมของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ⁽¹³⁾ ได้แก่

3.1 ระดับความรู้สึก: มีอาการกระวนกระวาย กระสับกระส่ายหรือไม่

เกณฑ์ที่ยอมรับได้ : ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดี

3.2 อัตราการหายใจ : ≥ 35 ครั้ง/นาทีต่อเนื่อง นานอย่างน้อย 5 นาทีขึ้นไปหรือไม่

เกณฑ์ที่ยอมรับได้ : RR ≤ 35 ครั้ง/นาที

3.3 O₂Sat : < 88 % ต่อเนื่องนานอย่างน้อย

5 นาทีขึ้นไปหรือไม่

เกณฑ์ที่ยอมรับได้ : O₂ Sat ≥ 90 %

3.4 ระบบไหลเวียนเลือด : มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือไม่มีอาการและอาการแสดงอย่างน้อย 2 ประการคั่งต่อไปนี้ เช่น ซีพจรเพิ่มขึ้นจากเดิม ≥ 20 ครั้ง/นาที หรือซีพจร < 55 ครั้ง/นาที

เกณฑ์ที่ยอมรับได้ : ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ซีพจร ≤ 55 ครั้ง/นาที หรือ ≥ 140 ครั้ง/นาที

3.5 การทำงานของกล้ามเนื้อช่วยหายใจ: มีการใช้กล้ามเนื้ออื่น (Accessory muscle) ช่วยหายใจ หายใจไม่สัมพันธ์กับการหายใจปกติ (Paradoxical breathing)

เกณฑ์ที่ยอมรับได้ : ไม่มีการใช้กล้ามเนื้ออื่นช่วยหายใจ

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดี หลังนอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยได้ 3 วัน แพทย์มีแผนรักษาเป็น on HFNC Flow 60 FiO₂ 0.6 ได้ 1 วัน ปรับเป็น On O₂ cannula 3 LPM Keep O₂ Sat ≥ 94 % และย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนักไปสังเกตอาการต่อที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยาละลายลิ่มเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับยา ASA (300 mg) 1 เม็ด เคี้ยวก่อนกลืน, Plavix (75) 1 tab oral ,Enoxaparin 0.6 mg SC q 12 hr.

2. ผลการตรวจ INR 1.20

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากผลข้างเคียงยาละลายลิ่มเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงที่เลวลง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ความดันโลหิต $\geq 90/60$ mmHg. P60 -100 ครั้ง/นาที RR16-22 ครั้ง/นาที)

2. ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด เช่น เลือดออกง่าย ความดันโลหิตลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. เพื่าระวังติดตามภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายทุกระบบ ได้แก่

1.1 ระบบขับถ่าย ปัสสาวะเป็นสีแดงหรือสีค้ก ถ่ายอุจจาระมีสีดำคล้ำ มีเลือดปน

1.2 ระบบผิวหนัง มีจุดเลือดออกตามผิวหนังตามไรฟัน

1.3 ระบบประสาท ระดับความรู้สึกตัวเลวลง ปฏิกริยาของรูม่านตาต่อแสงเปลี่ยนแปลง ปวดศีรษะตาพร่ามัว

1.4 ระบบทางเดินอาหาร อาเจียนมีเลือดปนเลือดออกตามไรฟัน

1.5 ระบบทางเดินหายใจ มีเลือดกำเดาไหล

2. Bleeding precaution งดฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ และให้น้ำยาบ้วนปากแทนการแปรงฟัน ระมัดระวังการเกิดบาดแผลหรืออุบัติเหตุต่างๆ

3. ส่งตรวจและติดตามผล CBC, Hct และ Coagulogram ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อประเมินภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก

การประเมินผล

ผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวคงที่ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5

ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลการตรวจ blood Electrolyte เมื่อ 17 มิถุนายน Sodium (Na) 129 mmol/L, Potassium(K) 6.13 mmol/L

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. ระดับ Na 136-145 mmol/L, K 3.5-5.1 mmol/L Potassium ในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3.5-5.1 mEq/L

3. ไม่มีอาการกล้ามเนื้อแขน-ขาอ่อนแรงกว่าเดิม ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน

การพยาบาล

1. สังเกตระดับความรู้สึกตัว อาการอ่อนเพลียใจสั่น คลื่นไส้อาเจียน ท้องอืด

2. ดูแลให้ได้รับ Kalimate 30 gm. ใสน้ำ 50 ml. oral 1 dose และ NSS 1000 ml. IV. 40 ml/hr.

3. ประเมินความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจจาก EKG Monitor

4. ติดตามผล Electrolyte หลังได้ยาครบ รายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ

5. ประเมินภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในเลือดได้แก่ อาการคลื่นไส้อาเจียน กล้ามเนื้อแขน-ขาอ่อนแรง

6. ประเมินความสมดุลของ Fluid intake-output ทุก 8 ชั่วโมงเพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำ โดยเปรียบเทียบปริมาณสารน้ำที่ให้กับปริมาณปัสสาวะที่ออก

7. ดูแลให้ได้รับอาหารทางสายยางหลังจาก NPO เป็น BD (1:1) 200 ml 4 มื้อ+น้ำ 50ml และปรับเพิ่มเป็น 300 ml 4 มื้อ+น้ำ 30ml

การประเมินผล

1. รู้สึกตัวดีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BP อยู่ระหว่าง 110-145/64-82 mmHg. T 36.5 - 37.5°C P 90-100 ครั้ง/นาที, R 18-22 ครั้ง/นาที O₂sat 98-100%

2. ระดับ Na 138 mmol/L, K 4.02 mmol/L ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ

3. ไม่มีคลื่นไส้อาเจียนไม่มีอาการกล้ามเนื้อแขน-ขาอ่อนแรง

4. Intake < Output

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6

ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผล DTX แรกรับที่แผนกฉุกเฉิน 192 mg% และในหอผู้ป่วยหนักเมื่อ 16 มิ.ย. 66 422 mg%

2. ประวัติเป็นโรคเบาหวาน รับประทานยาที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ปัจจุบันผลเลือดปกติจึงหยุดยา

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผล DTX premeal 80-200 mg% ตามเป้าหมายของแพทย์
2. ปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซึ่งเป็นผลข้างเคียงจากการได้รับยาอินซูลิน

กิจกรรมการพยาบาล⁽¹⁴⁾

1. เจาะเลือดตรวจ DTXpremeal และก่อนนอน และตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อประเมินภาวะน้ำตาลในเลือด
2. ฉีด Mixtard ตามแผนการรักษาของแพทย์ และ RI ตาม DTX scale เมื่อ DTX 201-250 mg% ให้ RI 4 unit sc, 251-300 mg% ให้ RI 6unit sc. 301-350 mg% ให้ RI 8 unit sc. และ 301-350 mg% ให้ RI 10 unit sc
3. ฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซึ่งเป็นผลข้างเคียงจากการได้รับยาอินซูลิน ได้แก่ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออก คลื่นไส้ ซา ตัวเย็น มึนงง การตอบสนอง ซ้ำลง ระดับความรู้สึกตัวลดลง สับสน ซึม หหมดสติ
4. ประเมินอาการและอาการแสดงจากภาวะน้ำตาลสูง ได้แก่ กระหายน้ำ ตาลึก หายใจลึก ซึมลง กระสับกระส่าย
5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ UA, Blood sugar

การประเมินผล

หลัง ได้ RI 10 unit sc 1 dose ผล DTX premeal อยู่ในเกณฑ์ 80 - 200 mg% ตามเป้าหมายของแพทย์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7

วิตกกังวลและกลัวเนื่องจากอยู่ในภาวะรุนแรงของโรค ความไม่แน่นอนในการดำเนินของโรค ผลการรักษา และหัตถการการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

1. จากการซักถามของญาติเกี่ยวกับอาการ การรักษาของโรคที่เป็น และสิ่งที่จะใส่ท่อช่วยหายใจ
2. ญาติผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลและความกลัวของผู้ป่วยและญาติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ด้วยท่าที่เป็นมิตร อ่อนโยน เห็นอกเห็นใจให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ
2. ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดในระบะที่มีอาการเปลี่ยนแปลงมากและอาการรุนแรง
3. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ให้ผู้ป่วยมีเวลาได้พักผ่อน
4. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อนทำหัตถการ และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญของการทำหัตถการต่างๆ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถาม
5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดถึงความวิตกกังวลและความกลัวเพื่อรับรู้ความต้องการ
6. ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะของโรคแผนการดูแลรักษาและการพยากรณ์โรคตามความเหมาะสมกับการยอมรับและความพร้อมในการรับฟังของผู้ป่วยและญาติ
7. ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การรักษา และร่วมในกิจกรรมการพยาบาลเพื่อจะทำให้ผู้ป่วยยอมรับและเกิดคุณค่าเป็นที่ต้องการของญาติและครอบครัว
8. เปิดโอกาสให้ญาติได้สอบถามปัญหาอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย พร้อมทั้งอธิบายให้ฟังอย่างชัดเจน เข้าใจง่ายด้วยวาจาที่นุ่มนวลและท่าทีที่เป็นกันเองเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและศรัทธา

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายกังวล ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและผู้ป่วยมีภาวะความเจ็บป่วยดีขึ้น เตรียมความพร้อมในการเดินทางไปหา CAG ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8

ผู้ป่วยอาจเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์หรืออาการทรุดลงระหว่างนำส่ง

ข้อมูลสนับสนุน

แพทย์ refer ไปรักษาต่อโรงพยาบาลศูนย์ในเครือข่าย ใช้ระยะเวลาในการเดินทาง 60 นาที

เป้าหมาย

ผู้ป่วยมีปลอดภัยระหว่างนำส่ง

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างนำส่ง

กิจกรรมการพยาบาล⁽¹⁵⁾

1. การเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อ

1.1 ประเมินอาการผู้ป่วยพร้อมที่จะส่งต่อและหารือกับแพทย์ถึงความต้องการดูแลในขณะที่ส่งต่อและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

1.2 ดูแลการได้รับ NSS 1000 ml. IV. KVO, การเตรียมผิวหนังที่ขาหนีบและ perineum ตามแผนการรักษา

1.3 ระบุตัวผู้ป่วย โดยสอบถามชื่อ-สกุลให้ตรง ใบบันทึกการส่งต่อและผลการตรวจพิเศษต่างๆ เช่น ผล Lab , X-Ray, EKG

1.4 ตรวจสอบความพร้อมใช้ของรถพยาบาล อุปกรณ์และเวชภัณฑ์

1.5 ประสานข้อมูลผู้ป่วยกับโรงพยาบาลที่รับก่อนส่งต่อ ได้แก่ ชื่อผู้ป่วย อายุ การวินิจฉัยโรค อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ สาเหตุที่ส่งต่อ และสิ่งที่จะต้องเตรียมสำหรับผู้ป่วย

2. การดูแลผู้ป่วยระหว่างนำส่ง

2.1 ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการเจ็บแน่นหน้าอกและตรวจวัด BP, P, R, O₂sat ทุก 10-15 นาที

2.2 หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤตให้การช่วยเหลือในเบื้องต้นและประสานและนำส่งศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยที่ใกล้ที่สุด

2.3 หยดรถพยาบาลทุกครั้งที่ต้องทำหัตถการ

2.4 สรุปปัญหาการให้การรักษายาพยาบาลและบันทึกข้อมูลการส่งต่อระหว่างนำส่ง

3. การส่งมอบผู้ป่วย

3.1 ส่งต่อข้อมูลชื่อ เพศ อายุ ประวัติ/การวินิจฉัยโรค สาเหตุที่ส่งต่อ ผลการตรวจพิเศษและอาการระหว่างส่งต่อแก่โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วย

การประเมินผล

ระหว่างส่งต่อ ผู้ป่วยมีอาการคงที่ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

บทวิจารณ์

การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสที่ไม่ยกร่วมกับภาวะหัวใจหยุดเต้นให้รอดชีวิตโดยที่ผู้ป่วยมีการกลับมาของการไหลเวียนของโลหิตได้เอง ขึ้นกับการมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพการคัดแยก (triage) มีความจำเป็นที่จะช่วยจัดลำดับในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ตามความเร่งด่วนของอาการผู้ป่วย ตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลที่รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ เหมาะสม ปลอดภัย ตลอดจนมีการติดตาม ประเมินผลและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต้องใช้ความรู้ ความสามารถและความพร้อมของบุคลากร ถ้าสามารถทำให้เลือดกลับไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เร็วเท่าไรก็จะทำให้การทำงานของหัวใจดีขึ้นเท่านั้นทำให้อัตราการตายลดลงและพยาบาลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับผู้ป่วยพยาบาลมีบทบาทหน้าที่ให้การพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และได้มาตรฐานผู้ป่วยมีความปลอดภัยและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ

บทสรุป

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสที่ไม่ยกร่วมกับภาวะหัวใจหยุดเต้นต้องประเมินปัญหาและให้การพยาบาลได้อย่างทันท่วงที ต้องใช้ทักษะความรู้ความชำนาญ ในการพยาบาลตั้งแต่การคัดกรอง การซักประวัติ การประเมินอาการเจ็บหน้าอกได้อย่างรวดเร็ว การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และสามารถแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วทันเวลา การบรรเทาอาการ เจ็บหน้าอก การบริหารยาละลายลิ่มเลือด การเฝ้าระวังติดตามเพื่อป้องกันการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การช่วยเหลือในภาวะวิกฤตได้ทัน
ท่วงที เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมทั้งการดูแลภาวะ
ทางจิตสังคมให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลมีการเตรียม
อุปกรณ์เครื่องมือช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมในการส่งต่อ
อุปกรณ์เครื่องมือช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมในการส่งต่อ

เอกสารอ้างอิง

1. สุวาริ นิระโส. ปัจจัยทำนายความพร้อมในการ
จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. พยาบาลสาร
2560;44(4):61-69.
2. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ใน
พระบรมราชูปถัมภ์. แนวเวชปฏิบัติการดูแล
รักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
พ.ศ.2563. พิมพ์ครั้งที่ 1. สมุทรปราการ:
ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเทป ดีไซน์; 2563.
3. Braunwald E, Antman EM, Beasley JW,
Califf RM, Cheitlin MD, Hochman JS,
et al. ACC/AHA guideline update the
management of patients with unstable
angina and no ST-segment elevation
myocardial infarction. Journal of the
American College of Cardiology 2002;
40(7):1366-74
4. Zaman MJ, Stirling S, Shepstone L,
Ryding A, Flather M, Bacnmann M, et al.
The association between older age and
recipe of care and outcomes in patients
with acute coronary syndromed: A cohort
study of the Myocardial Ischemia National
Audit Project (MINAP). European Heart
Journal 2014;35:1551-8.
5. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ใน
พระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติในการ
ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย
ฉบับปรับปรุง ปี 2557. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพ-
มหานคร: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์จำกัด;2557.

6. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ใน
พระบรมราชูปถัมภ์. แนวเวชปฏิบัติการดูแล
รักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
พ.ศ.2563. สมุทรปราการ:ห้างหุ้นส่วนจำกัด
เนคสเทป ดีไซน์;2563.
7. Alquraini M, Awad E, Hijazi R. Reliability
of Canadian Emergency Department Triage
and Acuity Scale (CTAS) in Saudi Arabia.
Int J Emerg Med 2015;8(1):80.
8. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.). คู่มือ
แนวปฏิบัติปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติ
การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริบาล
ในห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการ
การแพทย์ฉุกเฉินกำหนด. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี:
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(สพฉ.);2558.
9. Johnson S, Nileswar A. Effectiveness of
modified early warning score (MEWS)
in the outcome of in-hospital adult cardiac
arrests in a tertiary hospital [Internet].
2015 [cited 20 ส.ค. 2566] Available from:
[http://dx.doi.org/10.4172/2161-105X.
1000285](http://dx.doi.org/10.4172/2161-105X.1000285)
10. วิสุทธิ์ เกตุแก้ว และจรรยา สันตติอนันต์. Adult
Cardiac Arrest Algorithm การดูแลผู้ป่วย
หัวใจ หยุดเต้น. ใน จรรยา สันตติอนันต์ รัชณี แซ่ลี
และวิสุทธิ์ เกตุแก้ว (บรรณาธิการ). คู่มือการช่วย
ชีวิตขั้นสูงสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ปี ค.ศ.
2020 ACLS Provider Manual. กรุงเทพมหานคร:
ปัญญามิตรการพิมพ์;2563.
11. American Heart Association. Highlights of
the 2020 American Heart Association
guidelines update for CPR and ECC.
Dallas; 2020.
12. งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ คณะแพทย
ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
VAP Bundle WHAPO [อินเทอร์เน็ต] 2565

- [เข้าถึงเมื่อเมื่อ 8 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.rama.mahidol.ac.th/ic/th/article/bundle/24aug2023-1107-th>
13. วร็ทยา กุณนธิชัย. การหย่าเครื่องช่วยหายใจ: บทบาทพยาบาลสำหรับการเตรียมความพร้อมการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤต. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน 2566;29(2): 145-58.
 14. ประทุม สร้อยวงค์. การพยาบาลอายุรศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: เอ็นพีทีปริ้นติ้ง; 2564.
 15. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการพัฒนาระบบรับส่งต่อผู้ป่วย 2562 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://phdb.moph.go.th/main/index/detail/30280>

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลัน ที่ได้รับการรักษาด้วย High-flow nasal cannula

หลังหย่าเครื่องช่วยหายใจ : รายงานผู้ป่วย

Nursing care of an elderly pneumonia patient with acute respiratory failure who has a high-flow nasal cannula after being weaned from ventilator support : Case report

ณรัชญ์วัฒน์ คลังเมือง ป.พย.
โรงพยาบาลบางมูลนาก

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วย High-flow nasal cannula เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การซักประวัติ การตรวจร่างกายและแบบประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยชายไทยวัย 91 ปี มาด้วยอาการ หลังเท้าบวม 2 ข้าง 3 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ไม่ได้รักษาที่ใด 5 ชั่วโมงก่อนมาหายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ไอมีเสมหะ มีน้ำมูก ปัสสาวะออกน้อย หายใจเหนื่อยมากขึ้นญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุตอนปลายประวัติเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 4 โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง แพทย์วินิจฉัยเป็นโรค Pneumonia with Volume overload with acute respiratory failure รับเข้ารักษาตัว ณ หอผู้ป่วยหนักระยะวิกฤติ ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจชนิด Endotracheal tube with ventilator setting PCV mode เพื่อเพิ่มออกซิเจนในร่างกาย และยาฆ่าเชื้อ Cefazidime 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ต่อมาอาการดีขึ้นจนสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ ระยะเตรียมจำหน่ายกลับบ้านผู้ศึกษาได้มีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวโดยใช้หลัก D-METHOD

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย รวมวันนอนโรงพยาบาล 13 วัน

คำสำคัญ : โรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลัน การรักษาด้วยออกซิเจนอัตราสูง การพยาบาล

Abstract

This study aimed to study nursing care for an elderly pneumonia patient with acute respiratory failure who has a High-flow nasal cannula. The data were collected from patient medical records, signs and symptoms, and Gordon's 11 physical examinations.

Case study: A 91-year-old Thai male patient presented with symptoms of swollen backs of both feet for 3 weeks without any treatment. Five hours before, he was short of breath, unable to lie down, coughing, mucus, decreased urine output, and breathing hard. He was taken to the hospital by relatives. The patient is a late elderly person with stage 4 chronic kidney disease,

Hypertension, and Hypercholesterolemia. The diagnosis was Pneumonia with volume overload and acute respiratory failure. Admitted to the intensive care unit, on the endotracheal tube with ventilator setting PCV mode for increased oxygen, and Ceftazidime 2 grams on IV every 8 hours. Later, his symptoms improved to the point where he was able to be weaned off the ventilator. The researcher prepared a patient and families for home by D-METHOD principles in the discharge planning period.

Results: The patient was safely discharged within 13 days of admission.

Keywords : pneumonia with acute respiratory failure, high-flow oxygen therapy, nursing care

บทนำ

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นสาเหตุสำคัญของอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตในประเทศไทย สถิติจากกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 - 2562 พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเท่ากับร้อยละ 45.3, 45.2 และ 53.3 ตามลำดับ จัดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของประเทศไทย ซึ่งพบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ⁽¹⁾ โรคปอดอักเสบส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อ แบคทีเรีย ไวรัสหรือเชื้อรา ของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง บริเวณเนื้อปอดส่วนหลอดลมฝอย ถุงลม และเนื้อเยื่อรอบถุงลม⁽²⁾ กลุ่มผู้ป่วยวัยสูงอายุ มักพบโรคปอดอักเสบ จากการสูดสำลัก (Aspiration pneumonia) เกิดจาก กลไกการตอบสนองต่อการไอและการขย้อนอาหารลดลง เกิดการสำลักอาหารเข้าไปในทางเดินหายใจได้ง่าย ส่งผลให้เกิดการอักเสบของเนื้อปอด การดำเนินของโรคเกิดขึ้น 1 วันหลังได้รับเชื้อโรคเข้าสู่ถุงลม และเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็ว หลอดเลือดฝอยของปอดที่ผนังถุงลม (Pulmonary capillary) ขยายตัวและหดเล็กลงตามมา การอักเสบของปอดทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ อาการสำคัญมีไข้ ไอมีเสมหะสีเหลืองเขียวและหายใจเหนื่อย อาการเฉียบพลันและรุนแรงมากขึ้น พัฒนาเป็นภาวะพร่อง ออกซิเจน (Hypoxemia)⁽³⁾ การแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจน และคาร์บอนไดออกไซด์ระหว่างถุงลมกับหลอดเลือดลดลงจนค่าความดันก๊าซออกซิเจนในหลอดเลือดแดง (Partial pressure of oxygen : PaO₂) ลดลง หากค่าต่ำกว่า 50 มิลลิเมตรปรอท เรียกว่า ภาวะหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลันชนิดพร่องออกซิเจนในหลอดเลือดแดง (Acute hypoxemic respiratory

failure) แสดงอาการ หายใจเหนื่อย หอบ อัตราการเต้นของหัวใจเร็วและเต้นผิดจังหวะ ความรู้สึกตัวลดลงส่งผลให้อวัยวะสำคัญทำงานล้มเหลวนำไปสู่การเสียชีวิต⁽²⁾ แนวทางการรักษาแบ่งออกเป็น 3 วิธีใหญ่ๆคือ⁽⁴⁾ 1) การให้ยาขยายหลอดลม ยาสามารถลดอาการหายใจลำบากและลดการกำเริบของโรคได้ 2) การให้ยาปฏิชีวนะ เพื่อควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรคและ 3) การบำบัดด้วยออกซิเจน ซึ่งอาจเป็นการช่วยหายใจชนิดรูก้ำและ/หรือไม่รูก้ำก็ได้ ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยและภาวะเร่งด่วนในการดูแลรักษา โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจผลที่ตามมาคือ ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ปัจจุบันจึงเปลี่ยนมาใช้อุปกรณ์ช่วยหายใจ ชนิดที่ไม่รูก้ำก่อน เพื่อลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจและการติดเชื้อในทางเดินหายใจซ้ำ อุปกรณ์ช่วยหายใจชนิดที่ไม่รูก้ำ⁽⁵⁾ เป็นอุปกรณ์สามารถสร้างแรงดันบวกในช่วงหายใจออก และช่วยลดความล้มเหลวจากการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ด้วยการใช้ออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง⁽⁶⁾ (heated humidified high flow nasal cannula : HHHFNC) ในปัจจุบันนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย การรักษาด้วย High - flow nasal cannula เป็นการให้ออกซิเจนเพื่อเพิ่มความดันบวกในทางเดินหายใจทาง Nasal cannula สามารถปรับอัตราการไหลของอากาศ (Total flow) สูงถึง 20-60 ลิตรต่อนาที ระดับความเข้มข้นของออกซิเจน (FiO₂) ได้ตั้งแต่ 21-100% และระดับอุณหภูมิของออกซิเจนได้ตั้งแต่ 31-37 องศาเซลเซียส⁽⁶⁻⁷⁾ ปัจจุบันนิยมใช้รักษาในกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีภาวะพร่องออกซิเจนระดับเล็กน้อยเพื่อเพิ่มออกซิเจน

ขนาดสูงผ่านทางจมูก ลดการหายใจเอาคาร์บอนไดออกไซด์ที่ค้างอยู่ในทางเดินหายใจเข้าปอด ลดความเหนียวของเสมหะ และเพิ่มการระบายอากาศในถุงลมสำหรับผู้ป่วยเพื่อป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจรายใหม่และป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังถอดท่อช่วยหายใจ⁽⁴⁻⁷⁾ อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วย High-flow nasal cannula อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การเกิดแผลกดทับบริเวณจมูก (Pressure sore) และอาการท้องอืด (Abdominal distention) เป็นต้น และมีข้อห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจนระดับปานกลางถึงรุนแรง ภาวะช่องจมูกอุดตัน ภาวะหยุดหายใจบ่อยครั้ง และได้รับการผ่าตัดบริเวณโพรงหลังจมูก⁽⁷⁻⁸⁾ ผลการรักษาส่วนใหญ่สามารถป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจรายใหม่และป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังถอดท่อช่วยหายใจได้ ซึ่งการรักษานี้เป็นเทคโนโลยีที่ค่อนข้างใหม่ที่นิยมใช้ในปัจจุบัน พยาบาลมีบทบาทสำคัญการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษานี้เพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น⁽⁹⁾ ดังนั้น พยาบาลควรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาเพื่อนำสามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากสถิติผู้ป่วยโรคปอดอักเสบของจังหวัดพิจิตร ปี 2563-2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอัตราป่วยต่อพันประชากร เท่ากับ 4.7 (2,511 ราย), 8.03 (4,265 ราย) และ 9.14 (4,816)⁽¹⁰⁾ ตามลำดับ ส่วนสถิติการป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ ปี 2563-2565 ของโรงพยาบาลบางมูลนาก มีแนวโน้มสูงเช่นกัน โดยมีอัตราป่วยต่อพันประชากร เท่ากับ 7.39 (332 ราย), 11.73 (522 ราย) และ 9.27 (407 ราย) ตามลำดับ ส่วนในปี 2564 มีผู้ป่วยสูงกว่าปี 2565 เนื่องด้วยเป็นช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ส่วนอัตราเสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบลดลงเท่ากับร้อยละ 10.98, 7.47 และ 5.91 ตามลำดับ เมื่อจำแนกผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องเท่ากับร้อยละ 38, 45 และ 52 รายตามลำดับ โรงพยาบาลบางมูลนาก ในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) ได้มีการนำ High-flow nasal cannula มาใช้ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 ผลการรักษาส่วนใหญ่สามารถป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจรายใหม่และป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ หลังถอดท่อช่วยหายใจได้ ซึ่งการรักษาถือเป็นการใช้เทคโนโลยีที่ค่อนข้างใหม่ที่นิยมใช้ในปัจจุบัน⁽⁹⁾

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วย High - flow nasal cannula
2. เพื่อให้พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถนำแนวทางไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วิธีการดำเนินการ

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 1 ราย เป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบมีภาวะหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วย High-flow nasal cannula ที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลบางมูลนากในช่วงเดือนตุลาคม 2565-กุมภาพันธ์ 2566
2. เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การซักประวัติ การตรวจร่างกายและแบบประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วิเคราะห์ข้อมูล กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล รวมระยะวิกฤต กึ่งวิกฤต และเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน

รายงานผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล :

ชายไทย วัย 91 ปี สถานภาพสมรส หม้าย รูปร่างค่อนข้างผอม ไม่สามารถลุกยืนชั่งน้ำหนักได้ (น้ำหนักเดิม 71 กิโลกรัม ส่วนสูง 167 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย เท่ากับ 25.45) เข้ารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยหนัก (ICU) โรงพยาบาลบางมูลนาก ระหว่างวันที่ 23 มกราคม 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566 รวมนอนโรงพยาบาล 13 วัน

อาการสำคัญและอาการเจ็บป่วยปัจจุบัน :

3 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล หลังทำบวม 2 ข้าง ไม่ได้รักษาที่ใด 5 ชั่วโมงก่อนมา ญาติให้ประวัติหายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ไอมีเสมหะ มีน้ำมูก ปัสสาวะออกน้อย หายใจเหนื่อยมากขึ้น ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต :

โรคไตเรื้อรัง ระยะ 4 โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขข้ออักเสบได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลบางมูลนาก

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษ :

Lab (23 มกราคม 2566) : - CBC WBC 6,720 cell/mm⁽³⁾, Hct 26% , Hb 9.2, Neutrophil 74%, Lymphocyte 18% Troponin - T positive = 154, BUN 56 mg/dl, สูงกว่าค่าปกติ (ค่าปกติ = 6 - 20 mg/dl), Creatinine = 3.13 สูงกว่าค่าปกติ (ค่าปกติ = 0.67 - 1.17 mg/dl), Glomerular filtration rate (GFR) = 16.49 ต่ำกว่าค่าปกติ (ค่าปกติ = 70 - 100 ml/min), Electrolyte ค่า Na = 119 mmol/l ต่ำกว่าค่าปกติ (ค่าปกติ = 135 - 145 mmol/l), SARS coronavirus 2 Ag Negative. Troponin - T (24 มกราคม 2566) = 161, WBC 8,240 cell/mm⁽³⁾, Hct 24% , Hb 8.8, Neutrophil 85%, Lymphocyte 8% - BUN 63 mg/dl, Creatinine 3.26, Glomerular filtration rate (GFR) 15.7 ml/min - Electrolyte Na 124 mmol/L, Sputum gram stain (25 มกราคม 2566) : Gram positive Cocci : Rare - Sputum culture : (25 มกราคม 2566) Normal flora, Hemoculture (25 มกราคม 2566) : No growth after 5 day Chest X-ray : (23 มกราคม 2566) seen Infiltration, 25 มกราคม 2566 : seen cephalization ± infiltration

อาการแรกเริ่มที่ ER :

สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 152/111 มิลลิเมตรปรอทชีพจร 54 ครั้งต่อนาที หายใจ 32 ครั้งต่อนาที ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 82% ระดับน้ำตาลในเลือด 133 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

การตรวจร่างกาย : HEENT : not pale conjunctiva, no icteric sclera **Lung :** minimal wheezing with crepitation, subcostal retraction, Oxygen saturation 82% RR 32/min **Abdomen :** mild distension, umbilical hernia Extremities : pitting edema 2+

การวินิจฉัยโรคแรกเริ่ม :

Volume overload with acute respiratory failure

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย :

Acquired Pneumonia

แผนการรักษาของแพทย์ :

Progress note : CKD stage 4 with volume overload, Underlying : Hypertension, Dyslipidemia, Chest X - ray : seen cephalization **คุยอาการกับญาติ :** ET tube, CPR, Inotrope

Admit ICU : - High-flow nasal cannula FiO₂ 0.4, Flow 60 LPM (23 - 24 มกราคม 2566) Lasix 80 mg. v stat then q 8 hr., On ET tube No.7.5 mark 20 with ventilator PCV mode, Pi 18, PEEP 5, RR 22, FiO₂ 0.4 (24 - 25 มกราคม 2566) - Lasix 240 mg. v drip in 1 hr. q 8 hr., Ceftazidime 2 gm. V q 8 hr. - Manidipine 40 mg. 1 tab OD pc - Acetylcysteine 200 mg. oral tid pc, - Glyceryl Guaiacolate 100 mg. oral tid pc. - Beradual 1 NB stat with PRN q 6 hr. - Nasogastric tube feed Blenderized diet (BD) (1.5: 1) 200 ml. วันละ 4 มื้อ + น้ำ 30 ml.ต่อมื้อ, - On ventilator setting PSV mode, PS 0, PEEP 5, FiO₂ 0.4 (27 มกราคม 2566) - Off ET tube (28 มกราคม 2566) Adrenaline (1 : 1,000) 1 ml. ผสม NSS 4, - High-flow nasal cannula (28 - 29 มกราคม 2566) FiO₂ 0.4, Flow 50 LPM keep oxygen saturation > 95%, - Beradual 1 NB stat with หลังถอดท่อช่วยหายใจ, PRN q 6 hr., - High-flow nasal cannula (30 - 31 มกราคม 2566) FiO₂ 0.4, Flow 40 LPM, - Nasal cannula 3 LPM (1 - 2 กุมภาพันธ์ 2566)

ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจได้ในวันที่ 28 มกราคม พ.ศ.2566 ต่อมาได้รับการรักษาด้วย High-flow nasal cannula ค่า FiO₂ เท่ากับ 0.4 ค่า Total flow 50 ลิตร (28 - 29 มกราคม 2566) FiO₂ เท่ากับ 0.4 ค่า Total flow 40 ลิตร (30 - 31 มกราคม 2566) ซึ่งผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ลักษณะการหายใจและสัญญาณชีพปกติ ค่า O₂ saturation เท่ากับ 95-100% ต่อมาสามารถหยุดการรักษาด้วย High - flow nasal cannula เปลี่ยนให้ออกซิเจนเป็น Nasal cannula 3 LPM ค่า O₂ saturation เท่ากับ 95 - 98%

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามแบบประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน⁽¹⁰⁾

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษา
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	- ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคปอดอักเสบสาเหตุเกิดจากภูมิคุ้มกันต่ำ มีโรคประจำตัวโรคไตเรื้อรัง ระยะ 4 การสูบบุหรี่มาเป็นเวลานานและอายุที่มากขึ้น
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	- รูปร่างผอม ก่อนเจ็บป่วยรับประทานอาหารเองได้น้อยครบ 3 มื้อ/วัน ใส่ฟันปลอมทั้งปาก ขณะเจ็บป่วยรับประทานอาหารไม่ได้ต้องให้อาหารทางสายยางให้อาหารรับได้ทุกมื้อ
3. การขับถ่าย	- ขณะเจ็บป่วยขับถ่ายอุจจาระเอง วันละ 1 ครั้ง - ปัสสาวะได้เอง วันละ 5 - 7 ครั้ง
4. กิจวัตรประจำวัน Activities of daily living (ADLs) : ความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวันต่าง ๆ	ก่อนการเจ็บป่วย : เดินได้เอง ไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย ประเมินADL ก่อนมารพ. 3 สัปดาห์ = 15 คะแนน : 1. รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (2) 2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา (0) 3. ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (2) 4. การใช้ห้องน้ำ (1) 5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (2) 6. การสวมใส่เสื้อผ้า (2) 7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (1) 8. การอาบน้ำ (1) 9. การกลั่นกรองถ่ายอุจจาระใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (2) 10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (2)
5. การพักผ่อน นอนหลับ	ปกติผู้ป่วย นอนหลับได้ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน ไม่เคยใช้ยานอนหลับ ขณะเจ็บป่วย พักผ่อนได้น้อย นอนหลับได้เป็นช่วงๆ เนื่องจากไอบ่อยครั้งรวมประมาณวันละ 6 ชั่วโมง
6. สถิติปัญญาและการรับรู้	- ระยะวิกฤต ใส่ท่อช่วยหายใจ สามารถสื่อสาร รับรู้ได้ปกติ ต่อมาอาการดีขึ้น สามารถพูดสื่อสารได้เป็นปกติ
7. การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์	- ให้ความร่วมมือในการรักษา รับรู้ว่าตนเองโรคปอดอักเสบรุนแรง ตอนดูแลห่มหะในท่อช่วยหายใจจะเจ็บ หายใจไม่ออก แต่ให้ความร่วมมือในการรักษา เพราะจะทำให้หายใจสะดวกมากขึ้น และคาดหวังว่าจะหายป่วยได้กลับบ้าน
8. บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	มีบทบาทเป็นสมาชิกของครอบครัว การเจ็บป่วยครั้งนี้รุนแรงมาก บุตรชาย หลาน และญาติมาเยี่ยมทุกวัน
9. เพศและการเจริญพันธุ์	- สถานภาพหม้าย ภรรยาเสียชีวิตแล้วหลายปี มีบุตร ด้วยกัน 3 คน ผู้ป่วยแสดงออกทางเพศอย่างเหมาะสม
10. การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	- มีความวิตกกังวล กลัวอาการของโรครุนแรงมากกว่า เดิมและการกลับเป็นซ้ำของโรค
11. ความเชื่อ	ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ เชื่อเรื่องเวรกรรม ปกติชอบไปทำบุญตักบาตร เมื่ออายุมากขึ้น ผู้ป่วยจะไม่ได้ไปวัด บุตรจะพาไปใส่บาตรหน้าบ้าน แต่ไม่บ่อยมากนัก ชอบสวดมนต์ก่อนนอนทุกคืน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แบ่ง 3 ระยะได้แก่

- 1) การพยาบาลระยะวิกฤต เป็นการพยาบาลระยะที่ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพและคุกคามต่อชีวิต ระยะวิกฤตเป็นช่วงแรกเริ่ม ผู้ป่วยมีภาวะพร่อง ออกซิเจนจากการติดเชื้อที่ปอดรุนแรง
- 2) ระยะกึ่งวิกฤตเป็นการพยาบาลระยะที่ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพซับซ้อนและต้องการดูแลอย่างใกล้ชิด⁽¹¹⁾ จากกรณีศึกษาเป็นขณะที่ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนและขณะการหย่าออกซิเจนจาก High - flow nasal cannula และ
- 3) ระยะเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน เป็นระยะที่ผู้ป่วยหายใจได้เองและมีความพร้อมจำหน่ายกลับบ้าน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจำแนกตามระยะวิกฤต ระยะกึ่งวิกฤต และระยะวางแผนจำหน่าย (Discharge)

ระยะวิกฤต ได้แก่ 1. การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจากการติดเชื้อของปอด 2. การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ

ภาพเนื่องจากเสมหะเหนียวไม่ สามารถไอออกได้เอง 3. ได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการเนื่องจากความอยาก อาหารลดลง 4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรง 5. ความสามารถการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากการจำกัดกิจกรรม และอ่อนเพลีย

ระยะกึ่งวิกฤต ได้แก่ 1. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากการติดเชื้อของปอดและหลังจากการถอดท่อช่วยหายใจ 2. การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากเสมหะเหนียวไม่ สามารถไอออกได้เอง 3. ความสามารถการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากการจำกัด กิจกรรมและอ่อนเพลีย

ระยะวางแผนจำหน่าย ได้แก่ 1. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากพร่องความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และ 2. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค

ระยะวิกฤต	ระยะกึ่งวิกฤต	ระยะวางแผนจำหน่าย
<ol style="list-style-type: none"> 1. การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจากการติดเชื้อของปอด 2. การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากเสมหะเหนียวไม่ สามารถไอออกได้เอง 3. ได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการเนื่องจากความอยากอาหารลดลง 4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรง 5. ความสามารถการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากการจำกัดกิจกรรมและอ่อนเพลีย 	<ol style="list-style-type: none"> 1. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากการติดเชื้อของปอดและหลังจากการถอดท่อช่วยหายใจ 2. การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากเสมหะเหนียวไม่ สามารถไอออกได้เอง 3. ความสามารถการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากการจำกัด กิจกรรมและอ่อนเพลีย 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากพร่องความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 2. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค

การพยาบาลระยะกึ่งวิกฤต มีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ลดการติดเชื้อที่ปอดและป้องกันทางเดินหายใจอุดตัน กิจกรรมการพยาบาลดังนี้

1. ขณะที่ศึกษาผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจระหว่าง

วันที่ 24-28 มกราคม 2566 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนทาง ET tube with ventilator setting PCV mode ตามแผนการรักษาเพื่อเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนในร่างกาย ดูแลเสมหะเพื่อป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ ตรวจสอบตำแหน่งที่เหมาะสมของท่อช่วยหายใจ

และตรวจวัด Cuff pressure ระหว่าง 25-30 มิลลิเมตรปรอท อย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันท่อเลื่อนหลุด และการกดเบียดของหลอดลม เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น พยาบาลประเมินความพร้อมของการหยาเครื่องช่วยหายใจ และการถอดท่อช่วยหายใจตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล

2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนจาก High - flow nasal cannula อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนในร่างกาย

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา ดังนี้

1) ยาฆ่าเชื้อในระบบทางเดินหายใจชนิด Ceftazidime 2 gm. v q 8 hr ตามแผนการรักษาเพื่อยับยั้งการสร้างผนังเซลล์ของเชื้อแบคทีเรีย ฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา เช่น เวียนศีรษะ มีผื่นแดงขึ้นตามผิวหนัง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เป็นต้น 2) ยา Flumucil 200 มิลลิกรัม 1 ซอง หลังอาหาร 3 มื้อ เพื่อลดอาการเหนียวของเสมหะ ร่วมกับการได้รับน้ำอย่างเพียงพอ 3) พ่นยา Berodual ตามแผนการรักษาเพื่อขยายหลอดลม ติดตามอาการข้างเคียง เช่น หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นแดง เป็นต้น

4. จัดทำนอนผู้ป่วยอยู่ในท่าหน้าตรงหนุนหมอนให้คอแขนงเล็กน้อย ศีรษะสูงประมาณ 45-60 องศา เพื่อให้กระบังลมหย่อนตัว ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น และมีการระบายอากาศได้ดี

การประเมินผลการพยาบาล

จากกรณีศึกษา พบว่า ผู้ป่วยสามารถหยาเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจได้ในวันที่ 28 มกราคม พ.ศ.2566 ต่อมาได้รับการรักษาด้วย High-flow nasal cannula ค่า FiO_2 เท่ากับ 0.4 ค่า Total flow 50 ลิตร (28-29 มกราคม 2566) FiO_2 เท่ากับ 0.4 ค่า Total flow 40 ลิตร (30-31 มกราคม 2566) ซึ่งผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ลักษณะการหายใจและสัญญาณชีพปกติ ค่า O_2 saturation เท่ากับ 95-100% ต่อมาสามารถหยุดการรักษาด้วย High-flow nasal cannula เปลี่ยนให้ออกซิเจนเป็น Nasal cannula 3 LPM ค่า O_2 saturation เท่ากับ 95-98%

การพยาบาลระยะเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน

มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล มีความรู้ความเข้าใจและสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำ พยาบาลวางแผนการจำหน่ายกลับบ้านโดยใช้หลัก

D - METHOD⁽¹²⁾ มีกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

D-Diagnosis: อธิบายผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับสาเหตุ การดำเนินโรค การรักษา และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันการเกิดกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบชนิด Aspiration pneumonia ซึ่งมุ่งเน้นการป้องกันการสำลักอาหารที่เป็นสาเหตุสำคัญการเกิดโรคด้วยคำพูดที่เข้าใจง่ายพร้อมกับให้คู่มือการปฏิบัติเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ร่วมกับเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามเพื่อคลายความวิตกกังวล

M - Medicine : แนะนำการรับประทานยาที่ผู้ป่วยได้รับ ครอบคลุมถึงสรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ และอาการข้างเคียงที่อาจพบได้ พยาบาลเน้นย้ำการรับประทานยาฆ่าเชื้ออย่างต่อเนื่องจนหมด

E - Environment : แนะนำผู้ป่วยและญาติจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุ ทำความสะอาดบ้านอย่างสม่ำเสมอ และหลีกเลี่ยงจากการไปสัมผัสชุมชนแออัด เนื่องจากกรณีศึกษาเป็นวัยสูงอายุ ตอนปลายเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และมีภูมิคุ้มกันต่ำ เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินหายใจได้ง่าย

T - Treatment : เปิดโอกาสผู้ป่วยและญาติได้ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับแนวทางการรักษา โดยหลังจากสามารถหยาจากเครื่อง High-flow nasal cannula เปลี่ยนเป็น Nasal cannula ต่อมาหยุดการใช้ออกซิเจน และหายใจได้เอง พยาบาลอธิบายการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น และจำเป็นต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น มีไข้สูง ไอมีเสมหะ และหายใจหอบเหนื่อย

H - Health : แนะนำการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบ เช่น การป้องกันการสำลักอาหาร การหลีกเลี่ยงการสัมผัสชุมชนแออัด การสัมผัสสวนสาธารณะ เสริมการฟื้นฟูสุขภาพด้วยการแนะนำให้การมีกิจกรรมทางกาย โดยสาธิตการออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขน 15-20 นาที ซึ่งเป็นการออกกำลังกายแบบเบาถึงระดับปานกลางเหมาะสมกับผู้สูงอายุ แนะนำให้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ 3-5 วัน/สัปดาห์ นอกจากจะช่วยให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นแล้วยังทำให้ผ่อนคลายลดความเครียด ความกังวลได้และสอนการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น⁽¹²⁾ ร่างกายได้รับออกซิเจน และขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากร่างกายได้เพียงพอ

O - Out patient : แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับสิทธิการรักษา การมาตรวจตามแพทย์นัดเพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง และหากมีอาการผิดปกติให้มาตรวจก่อนแพทย์นัด หรือกรณีฉุกเฉินสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือ โทรศัพท์ 1669 โรงพยาบาลใกล้บ้าน (รพ.โพทะเล)

D - Diet : แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่ายและมีสารอาหารครบ 5 หมู่ เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค การดื่มน้ำอุ่นหรือน้ำสะอาด วันละไม่เกิน 1 ลิตร เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 4 เพื่อช่วยขับเสมหะออกได้ง่าย นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภททอดเพื่อป้องกันการกระตุ้นการไอ

การประเมินผลการพยาบาล

พบว่าหลังจากพยาบาลเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านโดยใช้หลัก D-METHOD กรณีศึกษาและญาติมีเข้าใจเรื่องโรค แนวการรักษา และสามารถอธิบายการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบ โดยผู้ป่วยสามารถหยุดการใช้ออกซิเจน หายใจได้เองและถอดสายยางให้อาหาร รับประทานอาหารได้เองในวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2566 สัญญาณชีพปกติ และจำหน่ายกลับบ้านวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2566 การติดตามอาการขณะผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัดและหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน อาการทั่วไปปกติ ไม่ได้กลับมารักษาซ้ำ (Re- admit) ที่โรงพยาบาลบางมูลนากหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน

สรุปและข้อเสนอแนะ

โรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลันเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ การรักษาด้วย High - flow nasal cannula เป็นเทคโนโลยีค่อนข้างใหม่ช่วยรักษาภาวะพร่องออกซิเจนระดับเล็กน้อย โรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลันผู้ป่วยระยะปลายตั้งกรณีศึกษาจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วย High - flow nasal cannula เพื่อป้องกันการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนและอาการของโรคอาจรุนแรงจนเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันซึ่งเป็นภาวะวิกฤตและคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะพร่องออกซิเจนระดับปานกลางใช้เวลาใส่ท่อช่วยหายใจเพียง 5 วัน ถึงแม้จะเป็นผู้สูงอายุตอนปลาย (91 ปี) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย High - flow

nasal cannula หลังถอดท่อช่วยหายใจเพื่อป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ หลังจากได้รับการรักษาผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน อาการดีขึ้นตามลำดับ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จนกระทั่งสามารถหายใจได้เองและจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย ประโยชน์ที่ได้จากการศึกษานี้พยาบาลสามารถนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลันที่ได้รับการรักษา ด้วย High flow nasal cannula มาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจ รายใหม่หรือป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ หลังถอดท่อช่วยหายใจ

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลควรให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่เป็นผู้สูงอายุโดยต้องให้การดูแลใกล้ชิด ควบคู่กับการสอนให้คำแนะนำแก่ญาติ/ครอบครัว เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมไปตามกาลเวลา มีสุขภาพที่ไม่แข็งแรง ประกอบกับมีโรคร่วม ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือแทบไม่ได้เลยจึงทำให้ผู้สูงอายุฟื้นตัวได้ยากกว่าผู้ป่วยทั่วไป จนเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเป็นภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ด้วย เพราะฉะนั้นผู้ป่วยและครอบครัวจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค การดูแลรักษา การป้องกัน รวมทั้งฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.สถิติสาธารณสุขปี2562. [Internet]. ปทุมธานี: [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 10 มิถุนายน 2563]; เข้าถึงได้จาก https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf
2. Hinkle JL, Cheever KH. Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing (14th ed). Wolters kluwer india Pvt Ltd; 2018.



3. พรรณิภา บุญเทียร. การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบ. ใน วินิตีโตสุขศรี และคณะ, บรรณาธิการ การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 1. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส; 2559.
4. Dyer J. Neonatal respiratory distress syndrome: tackling a worldwide problem. P T 2019;44(1):12-14.
5. Lee JH, Rehder KJ, Williford L, Cheifetz IM, Turner DA. Use of high flow nasal cannula in critically ill infants, children, and adults: a critical review of the literature. Intensive Care Med 2013;39(2):247-257.
6. Baldomero AK, Melzer A, Greer N, Majeski BN, Macdonald R, Wilt TJ. Effectiveness and harms of high-flow nasal oxygen (HFNO) for acute respiratory failure: a systematic review protocol. BMJ 2020; 10(2):1-5.
7. Helviz Y, Einav S. A systematic review of the high-flow nasal cannula for adult patients. Annual Update in Intensive Care and Emergency Medicine 2018;71(1): 177-191.
8. ธนรัตน์ พรศิริรัตน์, สุรัตน์ ทองอยู่. การพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะพร่องออกซิเจนและได้รับการรักษาด้วย High flow nasal cannula. เวชบัณฑิตศิริราช 2563;13(1):60-68.
9. Baldomero AK, Melzer A, Greer N, Majeski BN, Macdonald R, Wilt TJ. Effectiveness and harms of high-flow nasal oxygen (HFNO) for acute respiratory failure: a systematic review protocol. BMJ 2020; 10(2):1-5.
10. กระทรวงสาธารณสุข. รายงาน 43 แพ้ม [Internet] 2566. [Cited 2023 Sep 28] Available from <https://pct.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php?fbclid=IwAR05JPiZeUi8tz9I-6-h1cPi6TT8lryT2EDZi96vGAePcybiZLufQ0E1c60>
11. การวางแผนจำหน่าย (Discharge Plan) โดยใช้ หลัก D METHOD. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 23 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.gotoknow.org/posts/54816>
12. เพชรรุ่ง อัฐรัตน์. การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2562; 16(2):72- 82.

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช็อก
จากการตกเลือดหลังคลอด : รายงานผู้ป่วย
Nursing Care of Postpartum Hemorrhage with
Hypovolemic shock : case study

รุ่งทิพย์ พฤกษ์วัน พย.บ.

โรงพยาบาลบางมูลนาก

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด คัดเลือกผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่งานการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลบางมูลนาก ในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ - สิงหาคม 2566 โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในด้านการพยาบาลจำนวน 1 ราย โดยศึกษาข้อมูลและการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย ได้มีการวางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการทางการพยาบาล จำแนกตามระยะการคลอดเป็น 3 ระยะได้แก่ ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

รายงานผู้ป่วย : ผู้คลอดอายุ 38 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 อายุครรภ์ 41 สัปดาห์ มาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอด การวินิจฉัยเบื้องต้น post term pregnancy with labour pain with non-reassuring fetal heart rate การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย : Cesarean Section due to non-reassuring fetal heart rate with Post Partum hemorrhage (uterine atony) ทารกน้ำหนัก 3,380 กรัม วัน นอนโรงพยาบาล 5 วัน ส่งต่อข้อมูลให้กับพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลติดตามเยี่ยมอาการที่บ้าน

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาพบปัญหาทางการพยาบาล 6 ปัญหาได้แก่ 1. มารดาไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด 2. เสี่ยงต่อการตกเลือดในระยะหลังคลอด 3. เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด และ 4. ผู้ป่วยมีภาวะ Hypovolemic shock 5. มีอาการอ่อนเพลียจากการเสียเลือด และ 6. มีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อในระบบอวัยวะสืบพันธุ์

คำสำคัญ : ภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะช็อกจากการตกเลือด การพยาบาล

Abstract

The objective of this study was to provide nursing care for birthing women with shock caused by postpartum hemorrhage. The patients who receive services at Bang Mun Nak Hospital's maternity nursing work during February - August 2023 by selecting 1 patient with complex nursing issues. Analyzed by patient problems.

Case report: A 38-year-old birth attendant, 3rd pregnancy, 41 weeks gestation, presented with labor pains. The preliminary diagnosis was post-term pregnancy with labor pain with non-reassuring fetal heart rate. The final diagnosis was Cesarean Section due to non-reassurance of fetal heart rate with postpartum hemorrhage (uterine atony). The baby weighs 3,380 grams,

5 days of hospital stay, refer to the nurses of the subdistrict health promotion hospital for follow-up and visit at home.

Results: This case study found 6 nursing problems; 1. The mother was not well due to labor pains 2. Risk of bleeding in the postpartum period 3. Postpartum hemorrhage occurred 4. The patient had a hypovolemic shock. In the postpartum period 5. She was tired from blood loss 6. Risk of infection in the reproductive system.

Keyword : Postpartum Hemorrhage, Hypovolemic Shock, Nursing Care

บทนำ

การตกเลือดหลังคลอด เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุหลักของการตายของมารดาในประเทศที่กำลังพัฒนาและเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลกร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมด⁽¹⁾ ในกลุ่มประเทศที่ตั้งอยู่ทางตอนใต้ของทะเลทรายซาฮาราในทวีปแอฟริกา มีอัตราการตายของมารดาสูงที่สุด และหนึ่งในสี่ของการตายเกิดจากการตกเลือดหลังคลอดหรือเกือบร้อยละ 20 ของการเสียชีวิตทั้งหมด⁽²⁾ และในประเทศไทยพบอัตราการตายของมารดาทั่วประเทศ พ.ศ. 2558 - 2562 เท่ากับ 24.6, 26.6, 21.8, 19.9 และ 19.8 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย ตามลำดับ⁽³⁾ โดยสาเหตุการตายของมารดา ปีงบประมาณ 2562 พบว่ามารดาเสียชีวิตจากสาเหตุทางตรง ร้อยละ 58 สาเหตุทางอ้อม ร้อยละ 34 และไม่สามารถระบุสาเหตุการตายได้ร้อยละ 9 ซึ่งสาเหตุทางตรง (Direct Cause) ที่พบมากที่สุด คือการตกเลือดหลังคลอด รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูง การฆ่าตัวตาย และภาวะน้ำคร่ำอุดตันในหลอดเลือด⁽³⁾

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การตกเลือดหลังการคลอดทารก มีจำนวนปริมาณเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตรเมื่อคลอดทางช่องคลอดหรือปริมาณเลือดจำนวนมากว่า 1,000 มิลลิลิตรเมื่อคลอดโดยวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องหรือการเสียเลือดหลังทารกคลอดเกินร้อยละ 1 ของน้ำหนักตัวมารดา รวมถึงการที่ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ลดลง มากกว่าร้อยละ 10 จากก่อนคลอด⁽⁴⁾ เมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกขึ้นจะทำให้เสียเลือดเกิดภาวะช็อก ในบางรายต้องผ่าตัดมดลูกออกเป็นการสูญเสียอวัยวะที่สำคัญ ทำให้ไม่สามารถตั้งครรภ์

ได้อีก และส่งผลต่อภาพลักษณ์สตรีและในรายที่รุนแรงอาจทำให้เสียชีวิตได้และยังส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁽⁵⁾ ผลทางด้านจิตใจ โดยมีรายงานพบว่ามารดาหลังคลอดบุตรอาจเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้จากภาวะชืดและส่งผลต่อการปรับตัวในบทบาทของมารดาเกิดความกลัวและวิตกกังวล⁽⁶⁾ นอกจากนี้ยังส่งผลต่อระยะเวลาอนินในโรงพยาบาลนานขึ้นทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มตามมา โดยส่วนใหญ่การตกเลือดหลังคลอดมักจะเกิดขึ้นภายหลังการคลอดทันทีหรือใน 1-2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เนื่องจากจะมีเลือดออกจากบริเวณที่รกเคยเกาะ ตามกลไกธรรมชาติมดลูกจะหดตัวและคลายตัวเป็นระยะสลับกัน เพื่อปิดรัดหลอดเลือดเป็นการป้องกันการไหลของเลือดออกจากโพรงมดลูก⁽⁷⁾ ดังนั้นการหดตัวไม่ดีของมดลูกจึงเป็นสาเหตุหลักของการตกเลือดหลังคลอดซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 90 ของการตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด

การดูแลป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกในปัจจุบันคือการจัดการในระยะที่ 3 ของการคลอดอย่างรวดเร็ว เรียกว่า Active Management of the Third Stage of labor (AMTSL) โดยให้ Oxytocin 10 unit ฉีดเข้ากล้ามเนื้อขณะคลอดไหล่หน้าทารกหรือฉีดเพิ่มในสารน้ำทางหลอดเลือดดำภายหลังทารกคลอดทันทีเพื่อให้มดลูกหดตัวดี ทำคลอดรกได้โดยเร็ว และป้องกันการตกเลือดในระยะแรก⁽⁸⁾ จากสถิติห้องคลอด โรงพยาบาลบางมูลนาก อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร มีอัตราการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในปี 2563 - 2566 เท่ากับ

ร้อยละ 4.06, 3.62, 3.44 และ 4.10 ตามลำดับ (ที่มา: ข้อมูลจากผู้คลอดที่โรงพยาบาลบางมูลนาก สิงหาคม 2566) สาเหตุหลักเกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี, ช่องคลอดฉีกขาด รกค้าง และอื่นๆ แม้ว่าอัตราการตกเลือดหลังคลอดที่เกิดในห้องคลอดจะอยู่ในเกณฑ์ชีวิตของศูนย์อนามัยที่ 3 คือไม่เกินร้อยละ 5 และไม่มีมารดาเสียชีวิตแต่มีมารดาตกเลือดหลังคลอดบางรายมีอาการรุนแรง ต้องได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด ต้องตัดมดลูกและต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น อุบัติการณ์ของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เป็นปัญหาสำคัญที่หน่วยงานต้องแก้ไข ตามเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพมาตรฐานของการพยาบาลในโรงพยาบาลตามที สำนักรพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาลทางสูติกรรม ด้านคุณภาพการให้บริการพยาบาล บริการคลอด โดยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ไม่เกิดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกเนื่องจากรกค้างหรือมดลูกหดตัวไม่ดีการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่สามารถ ป้องกันได้ขณะเจ็บครรภ์คลอด โดยการให้การดูแลมารดาอย่างใกล้ชิด และวินิจฉัยภาวะที่อาจเกิดขึ้นได้ทันท่วงทีจะช่วยลด การเจ็บป่วยและการตายของมารดาจากการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้⁽⁵⁾

ความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด ใช้ปริมาณของการสูญเสียเลือดหลังคลอดเป็นเกณฑ์ซึ่งแบ่ง ระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเล็กน้อย (Mild PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไป

ระดับรุนแรง (Severe PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 1,000 มิลลิลิตรขึ้นไป

ระดับรุนแรงมาก (Very severe or major PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 2,500 มิลลิลิตรขึ้นไป การตกเลือดหลังคลอด แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่⁽⁹⁾

1. การตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (Primary or early postpartum hemorrhage) หมายถึง การตกเลือดที่เกิดขึ้นตั้งแต่หลังคลอดทันทีจนถึง 24 ชั่วโมง หลังคลอด จะมีอาการ ใจสั่น ชีตลง ซีพจรเบาและเร็ว ความดันเลือดต่ำ ซ็อก มีการขาดออกซิเจน เกิดภาวะ

อวัยวะล้มเหลว ได้แก่ ไตวาย หัวใจวาย มีความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด บทบาทของการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

- ในรายที่ได้รับยากระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์ อาจให้ oxytocin ต่อภายหลังการคลอด อย่างน้อย 2 ชั่วโมง

- ประเมินการหดตัวของมดลูกและระดับยอดมดลูก ทุก 30 นาที ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังรับยาจากห้องคลอด

- สังเกตเลือดที่ออกทางช่องคลอด หรือแผลฝีเย็บจากผ้าอนามัย ชั่งผ้าอนามัยและ บันทึกลง ทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง ในระยะ 2 ชั่วโมงแรก หลังรับยาจากห้องคลอด หากไม่พบอาการผิดปกติในระยะ 2 ชั่วโมงแรก ให้ติดตาม ประเมินและบันทึก ทุก 4 ชั่วโมงในระยะ 24 ชั่วโมงแรก หลังคลอด

- ดูแลให้หญิงหลังคลอดได้รับประทานอาหาร และพักผ่อนอย่างเพียงพอ ในระยะ 24 ชั่วโมงแรก หลังคลอด

2. การตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง (Secondary or late postpartum hemorrhage) หมายถึง การตกเลือดที่เกิดขึ้นภายหลังระยะ 24 ชั่วโมงไปแล้ว จนถึง 6 สัปดาห์ ภายหลัง คลอด จะมีอาการน้ำคาวปลาจะมี สีแดงปนเลือด มีเลือดออกทางช่องคลอด มักเกิดอาการภายใน 3 สัปดาห์ หลังคลอด ถ้ามีการอักเสบของเยื่อโพรงมดลูกจะมีน้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็น กดเจ็บบริเวณมดลูก หรือมีไข้ ร่วมด้วย ส่วนใหญ่เกิดจากการคืนสู่ปกติของบริเวณที่รกเคยเกาะล่าช้าผิดปกติ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการตกค้างของเนื้อเยื่อรกบางส่วนในโพรงมดลูก แล้วเกิดเนื้องอก หรือกลายเป็นติ่งเนื้อของรก เมื่อมีการหลุดลอก ออกจากกล้ามเนื้อมดลูกจึงเกิดเลือดไหลออก ซึ่งมักเป็นเลือดสดๆ หรือมีการอักเสบติดเชื้อของเยื่อโพรง มดลูก โดยการรักษา ได้แก่

• รายที่มีเศษรก หรือมีก้อนเลือดค้างอยู่ภายในมดลูก ให้ Oxytocin แล้วทำการขูดมดลูก

• รายที่มีการติดเชื้อภายในโพรงมดลูก ให้ยาช่วยให้มดลูกหดตัว ร่วมกับให้ยาปฏิชีวนะ

• รายที่มีเลือดออกจากบริเวณแผลภายในช่องคลอด ทำความสะอาดและเย็บแผลให้เลือดหยุดร่วมกับให้ยาปฏิชีวนะ⁽⁹⁾

รายงานผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป

ผู้คลอดหญิงไทยอายุ 38 ปี สถานภาพคู่ ประกอบอาชีพ ค้าขาย นับถือศาสนาพุทธ มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอด 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการตั้งครรภ์ ครรภ์นี้เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 (G3P2A0L2) อายุครรภ์ 41 สัปดาห์ ยืนยันด้วยการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงตอนขณะตั้งครรภ์ได้ 10 สัปดาห์ การฝากครรภ์สม่ำเสมอตามเกณฑ์ รวม 11 ครั้ง น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 62 กิโลกรัม น้ำหนักขณะคลอด 76 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร ขณะฝากครรภ์ไม่พบภาวะผิดปกติไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยรับการผ่าตัด ผลเลือดขณะฝากครรภ์ Lab ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) 36%, 36 %, ตรวจเชื้อซิฟิลิส (VDRL) ผลปกติ, HIV ผลปกติ, กรุ๊ปเลือด O⁺ ได้รับวัคซีนบาดทะยักครบไม่เกิน 10 ปี ประวัติการคลอดในครรภ์ก่อน, ครรภ์แรกคลอดทางช่องคลอด ปี 2549 เพศหญิงน้ำหนัก 3,310 กรัม, ครรภ์สองคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ ปี 2561 เพศหญิง น้ำหนัก 3,430 กรัม

อาการแรกรับ

รับไว้นอนในโรงพยาบาลวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 09.54 นาฬิกา โดยให้ประวัติ 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการเจ็บครรภ์คลอด อายุครรภ์เกินกำหนด คลอด วัดความสูงของมดลูกได้ 34 เซนติเมตรเหนือหัวหน้า, มดลูกหดรัดตัว interval 4 นาที duration 30 วินาที severity +1 ตรวจหน้าท้องทารกอยู่ในท่า Longitudinal lie, Vertex presentation, Fetal Heart Sound อยู่ใน ช่วง 128-148 ครั้งต่อนาที ตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ด้วย electronic fetal monitoring พบผลเป็น non reassuring fetal heart rate (category 2) ตรวจภายในพบว่า cervix no dilate วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 131/72 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที, หายใจ 20 ครั้งต่อนาที, อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส

การดูแลรักษาก่อนคลอด

แพทย์ตรวจครรภ์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound) estimate fetal weight 3,786 กรัม, amniotic fluid 9.4 ,Vertex แพทย์วินิจฉัย Post term pregnancy with labour pain with non reassuring fetal heart rate แพทย์ set cesarean section เตรียมร่างกายผู้คลอด ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ, on o2 mask with bag 10 lpm ส่วนปัสสาวะคาสาย, เจาะเลือดส่งตรวจ CBC ความเข้มข้นของเลือดปกติ (Hct = 34%) เตรียม group match ของเลือดไว้ group O จำนวน 2 ยูนิต ประสานห้องผ่าตัดส่งข้อมูลผู้คลอดในการผ่าตัดคลอดและเตรียมยาป้องกันการตกเลือด ได้แก่ Oxytocin (Syntocinon®) ขนาดยา 10 ยูนิตต่อ 1 มิลลิตร Methylergometrine (Methergin®) ขนาดยา 0.2 มิลลิกรัมต่อ 1 มิลลิตร Misoprostol (Cytotec®) ขนาดยา 200 ไมโครกรัมต่อเม็ด, Nalador 500 microgram รายงานกุมารแพทย์ตามเกณฑ์ข้อบ่งชี้ในการเตรียมความพร้อมรับเด็กที่ห้องผ่าตัด วัดสัญญาณชีพก่อนส่งผู้คลอดไปห้องผ่าตัด ความดันโลหิต 131/73 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที Fetal Heart Sound อยู่ใน ช่วง 138-146 ครั้งต่อนาที ส่งผู้คลอดโดยรถนอนเข้าห้องผ่าตัดเวลา 13.30 นาฬิกา

การดูแลขณะผ่าตัดคลอด

เวลา 13.45 นาฬิกา แรกรับ case Post term with non-reassuring fetal heart rate, Set cesarean section emergency with tubal resection under GA with ETT แรกรับผู้ป่วย รู้ตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง สัญญาณชีพคงที่ ความดันโลหิต 129/66 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที Spo2 100 % เวลา 14.10 นาฬิกา เริ่มดมยา GA c ETT ให้ยา induction propofol 160 mg, succinyl 100 mg , Nimbox 6 mg , ใส่ ETT No.7.0 depth 21 cm 1 attempt Lv I Start Operation ให้ Oxytocin (Syntocinon®) 5 unit iv ทารก เพศหญิง คลอดเวลา 14.23 นาฬิกา น้ำหนัก 3,380 กรัม , Apgar score ที่ 1 นาที = 8 คะแนนหัก สนิมกับการเคลื่อนไหว Apgar score ที่ 5 นาที และ 10 นาที = 10 คะแนน on 0.9% NSS+ Oxytocin (Syntocinon®) 30 unit iv drip 120

c.c/hrs ขณะผ่าตัดมดลูกบีบตัวไม่ดี แพทย์ผ่าตัดเพิ่มให้ฉีดยา Methylergometrine (Methergin®) 0.2 mg iv slow push วัดสัญญาณชีพ ก่อนให้ยาความดันโลหิต 110/55 mmHg ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที ระหว่างผ่าตัดสัญญาณชีพคงที่ ความโลหิต ค่าตัวบน 100-140 / ค่าตัวล่าง 50-80 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 80 - 100 ครั้งต่อนาที Spo2 98-100 % ไม่มี Complication ให้ Onsia 8 mg iv for prophylaxis ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน แจ้งแพทย์ผ่าตัด Estimate Blood Loss 1000 c.c ให้การรักษาเหน็บ Misoprostol (Cytotec®) 5 tab rectal รับประทานยาที่ใช้ Propofol 160 mg IV , Succinyl 100 mg IV, Nimbex 7 mg IV ,Fentanyl 100 mcg IV Fluid 5% DN/2 250 cc, NSS 300 c.c NSS + Oxytocin (Syntocinon®) 30 unit 200 c.c Total 750 c.c ปัสสาวะออก 100 c.c intraoperative reverse Atropine 1.2 mg + Neostigmine 2.5 mg iv หลังผ่าตัดผู้ป่วยตื่นลืมตา หายใจสม่ำเสมอ Tidal volume ดี ทำตามสั่งได้ Off ETT ได้ ระยะเวลาดมยาสลบ 55 นาที ย้ายประเมินอาการต่อที่ห้องพักรักษาอาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยตื่นลืมตา หายใจสม่ำเสมอ On O2 mask c bag 10 LPM ความดันโลหิต 126/65 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที SpO2 100% ประเมินระดับความเจ็บปวด 10 คะแนน ฉีด MO 5 mg IV ผู้ป่วยมี Shivering Keep warm + ให้ pethidine 25 mg iv ระหว่างที่อยู่ห้องพักรักษาอาการ สัญญาณชีพคงที่ หายใจดี try off O2 mask SpO2 99-100% หลังให้ยา ไม่มี Shivering No N/V แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม อาการปวดลดลง ประเมินระดับการปวด 6 คะแนน ส่งอาการของผู้คลอดให้พยาบาลห้องคลอดดูแลต่อหลังผ่าตัดคลอด

การดูแลหลังผ่าตัด

เวลา 15.50 นาฬิกา รับกลับจากห้องผ่าตัด ผู้คลอดรู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม คาสายสวนไว้ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม 100 ซีซี on 0.9% NSS+ Oxytocin (Syntocinon®) 30 unit iv drip 80 c.c/hrs วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 120/68 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 76 ครั้งต่อนาที, หายใจ 20 ครั้งต่อนาที SpO2 98 %, On O2 mask c bag 10 LPM มีการประเมินผู้คลอดและวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที เวลา 16.30 นาฬิกา พบว่า

สัญญาณชีพมีการเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิตต่ำอยู่ในช่วง 87/59 - 104/70 มิลลิเมตรปรอท และชีพจรเร็วในช่วง 100-120 ครั้งต่อนาที SpO2 99-100% ผู้คลอดรู้สึกตัวตามตอบชัดเจน ประเมินแผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ประเมินช่องคลอดมีเลือดที่ผ้าอนามัยชุ่ม 2 ผืนและเปื้อนผ้าถุง ผ้าปูเตียง ปริมาณเลือดที่ออกประมาณ 250 ซีซี แพทย์ใส่ speculum พบก้อนเลือดและเลือด แพทย์ล้างเลือดออกได้ปริมาณ 250 ซีซี แพทย์ให้การรักษาโดยให้ยากระตุ้นการบีบตัวของมดลูก Methergin 0.2 mg iv, Nalador 500 microgram ผสม NSS 250 c.c drip iv ใน 30 นาที, Transamine 1 gm ผสม NSS 100 c.c drip iv ใน 10 นาที และให้ทุก 8 ชั่วโมง , Vit K 10 mg iv เจาะเลือดส่งตรวจ BUN, Cr, Electrolyte , PT, PTT, INR, Lactate, Hemoculture , Hemoglobin Typing CBC ความเข้มข้นของเลือดลดลงต่ำกว่าปกติ (Hct = 25 %) ให้เลือด Pack red cell 2 unit ประเมิน Hct หลังการให้เลือดครบ 1 ชั่วโมง = 31 % บันทึกปริมาณปัสสาวะทุกชั่วโมงให้ > 35 ซีซี ช่วงแรกปัสสาวะออกน้อย ปริมาณประมาณ 20-30 ซีซีต่อ 1 ชั่วโมง แพทย์ให้เพิ่มปริมาณ IV load และทำ ultrasound หลังจากผู้คลอดได้รับการดูแล แก้วภาวะซ็อก ผู้คลอดอ่อนเพลีย รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 120/70-144/62 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 90-100 ครั้งต่อนาที, หายใจ 24 ครั้งต่อนาที SpO2 99% อุดนมภูมิภาค 39.4 องศาเซลเซียส แพทย์ให้ยาปฏิชีวนะ ฉีด ceftriaxone 2 gm iv drip OD ประเมินช่องคลอด มีเลือดออกปริมาณ 20 ซีซี ปัสสาวะออก 50-80 ซีซี รับประทานสารน้ำและเลือดที่ได้รับ 5,167 ซีซี ปริมาณเลือดที่ออกและปัสสาวะ 2,155 ซีซี วินิจฉัย cesarean section due to non reassuring fetal heart rate with post partum hemorrhage (uterine atony)

วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้คลอดหลังผ่าตัดคลอด: รู้สึกตัวดี ไม่มีใจสั่น ไม่เหนื่อย เลือดออกเปื้อนผ้าอนามัย เล็กน้อย ไม่ชุ่ม on 0.9% NSS 1000 ml +syntocinon 40 unit iv drip 80 ml /hrs และ on 0.9 % NSS 1000 ml iv drip 120 c.c/hrs แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม คาสายสวนไว้ปัสสาวะสีเหลืองเข้มออกประมาณ 50-100 ซีซี ต่อชั่วโมง เริ่มให้กินน้ำ สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 120/65-



126/83 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 84-90 ครั้งต่อนาที, หายใจ 22-24 ครั้งต่อนาที SpO2 99 % อุณหภูมิกาย 37.4 องศาเซลเซียส เจาะ CBC ความเข้มข้นของเลือด (Hct) = 26 % ให้เลือด Pack red cell 2 unit ประเมิน Hct หลังการให้เลือดครบ 1 ชั่วโมง = 28 % แพทย์ให้เลือด Pack red cell อีก 1 unit, Transamine 1 gm ผสม NSS 100 c.c drip iv ใน 10 นาที และให้ทุก 8 ชั่วโมง, cytotec 4 tab rectal, แพทย์ส่งเอกซเรย์ CXR ผลปกติ สรุปปริมาณสารน้ำและเลือดที่ได้รับ 4,617 ซีซี ปริมาณเลือดที่ออกและปัสสาวะ 2,135 ซีซี

วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้คลอดหลังผ่าตัดคลอด : ลูกนั่งช่วยเหลือตัวเองได้คนเดียว อ่อนเพลียมาก ไม่มีใจสัน ไม่เหนื่อย เลือดออกเบื่อนผ้าอนามัย 1 ผืนไม่ชุ่ม น้านมยังไม่ไหล กระตุ้นบุตรดูนมจากเต้า สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 115/62-126/64 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 86-98 ครั้งต่อนาที, หายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที SpO2 99 % อุณหภูมิกาย 37.0 องศาเซลเซียส เริ่มรับประทานอาหารอ่อน on 0.9 % NSS 1000 ml +syntocinon 40 unit iv drip 40 ml /hrs, CBC ความเข้มข้นของเลือด (Hct) = 28 % มีอาการท้องอืด คลื่นไส้ ยังไม่ถ่ายอุจจาระ Abdomen soft mind tender แพทย์ให้ฉีด Plasil 10 mg iv stat, lactulose 30 ml oral stat กระตุ้นให้ ambulate, IV fluid เดิมถ้าหมดให้ OFF ได้ on lock ไว้ ฉีดยา ceftriaxone 2 gm iv drip, OFF สายสวนปัสสาวะพร้อม OFF IV fluid กระตุ้นบุตรดูนมจากเต้า น้านมเริ่มไหล สรุปปริมาณสารน้ำและน้ำดื่มที่ได้รับ 3,125 ซีซี ปริมาณปัสสาวะ 2,940 ซีซี

วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้คลอดหลังผ่าตัดคลอด : ลูกเดินซ่างๆ เตียงและเข้าห้องน้ำ ปัสสาวะได้เอง ไม่มีปัสสาวะแสบขัด เจ็บตึงแผลเล็กน้อย normal lochia วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 103/62-126/64 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 86-98 ครั้งต่อนาที, หายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที SpO2 99% อุณหภูมิกาย 37.2 องศาเซลเซียส รับประทานอาหารอ่อนได้ ทูเลอาการท้องอืด ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน กระตุ้นบุตรดูนมจากเต้า น้านมไหลดีขึ้น CBC ความเข้มข้นของเลือด (Hct=29%), ติดตามผล Hemoculture = no growth on lock ไว้ฉีดยา ceftriaxone 2 gm iv

drip, มี lactulose 30 ml oral และ มะขามแขก 2 เม็ด ก่อนนอน สรุปปริมาณน้ำที่ดื่ม 2,425 ซีซี ปริมาณปัสสาวะ 1,850 ซีซี

วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้คลอดหลังผ่าตัดคลอด: ช่วยเหลือตัวเองได้ เจ็บตึงแผลเล็กน้อย เปิดแผลแปะด้วยแผ่นเทปใส แผลติดแห้งดี รับประทานอาหารอ่อนได้ ทูเลอาการท้องอืด ถ่ายอุจจาระแล้ว น้านมไหลดี บุตรดูนมมารดาได้ วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 132/78 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที, หายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน นัดตรวจแผลผ่าตัด 1 สัปดาห์ และนัดติดตามอาการที่โรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ตรวจ CBC, BUN, Cr, Electrolyte รวมวันนอนโรงพยาบาล 5 วัน ส่งต่อข้อมูลให้กับพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ติดตามเยี่ยมอาการที่บ้าน

การตรวจแผลผ่าตัดหลังคลอด 7 วัน แผลแห้งติดดี น้ำคาวปลาปกติ น้านมไหลดี

การติดตามหลังผ่าตัดคลอด 2 สัปดาห์

วันที่ 14 มีนาคม 2566 ที่โรงพยาบาล:ผล CBC ความเข้มข้นของเลือดปกติ (Hct = 41%) BUN 10 Cr 0.79 แผลผ่าตัดติดดี น้านมไหลดี

การติดตามหลังคลอด 6 สัปดาห์

วันที่ 5 เมษายน 2566 : ผล Pap Smearปกติ น้ำคาวปลาปกติ ไม่มีก้อนลิ่มเลือดออกทางช่องคลอด ไม่มีกลิ่นเหม็นที่ปกติ

การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น

Post term pregnancy with labour pain with non reassuring fetal heart rate

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย

cesarean section due to non reassuring fetal heart rate with Post Partum hemorrhage (uterine atony)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน และการพยาบาล

จากกรณีศึกษาข้อมูลและการวิเคราะห์ ปัญหาของผู้ป่วย ได้มีการวางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการ

ทางการพยาบาล (Nursing Process) จำแนกตามระยะการคลอดเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1. ระยะก่อนคลอด 2. ระยะคลอด และ 3. ระยะหลังคลอด ดังนี้

1. ระยะก่อนคลอด :

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 :

มารดาไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด

ข้อมูลสนับสนุน :

มดลูกมีการหดตัวสม่ำเสมอทุก 4 นาทีนาน 30 วินาที ความรุนแรงที่ 1+

การพยาบาล :

1. สร้างสัมพันธภาพกับมารดาเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ อธิบายให้ทราบถึงกลไกการเจ็บครรภ์คลอด

2. ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดและการหดตัวของมดลูกทุก 1 ชั่วโมง

3. บอกความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ ประเมินสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง ประเมินความรุนแรงของการปวด พร้อมทั้งอธิบายสาเหตุ

4. พุดคุยให้กำลังใจเบี่ยงเบนอาการปวดโดยกระตุ้นการพูดถึงสุขภาพทารกในครรภ์และอยู่กับผู้คลอด

5. ดูแลให้นอนพักบนเตียง นอนตะแคงซ้าย-ขวา หรืออยู่ในท่านั่งเดินเพื่อให้เลือดไหลเวียนไปสู่มดลูกได้ดี และกล้ามเนื้อมดลูกเกิดการผ่อนคลาย

การประเมินผล :

ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี รู้สึกผ่อนคลาย นอนพักได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 :

เสี่ยงต่อการตกเลือดในระยะหลังคลอด

ข้อมูลสนับสนุน :

หญิงคลอดอายุมาก (38 ปี) , ประวัติคลอดทางช่องคลอดทารกน้ำหนักเกิน 3,000 กรัม ในครรภ์แรกและครรภ์ที่สอง และอายุครรภ์เกินกำหนดคลอด

การพยาบาล :

1. เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะตกเลือด เช่นเปิดเส้นเลือดด้วยเข็มเบอร์ 18 จองเลือดไว้ล่วงหน้า PRC 2 unit ประสานงาน

เตรียมทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องดูแล

2. ใช้กราฟดูแลการคลอดป้องกันการคลอดยาวนาน

3. ประเมินสัญญาณชีพตลอด 2 ชั่วโมง

4. ให้ข้อมูลผู้คลอดและครอบครัวถึงปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตกเลือด

5. ประเมินสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง

6. ให้ข้อมูลผู้คลอดและครอบครัวถึงปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตกเลือด

การประเมินผล :

ผู้คลอดมี labour pain with non reassuring fetal heart rate , Set cesarean section emergency

2. ระยะคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 :

เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

ข้อมูลสนับสนุน :

Blood Loss ในห้องผ่าตัด 1,000 ซีซี ที่ห้องหลังคลอด 500ซีซี รวม 1,500 ซีซี,ความเข้มข้นของเลือดลดลงจาก 34% เหลือ 25 %

1. ประเมินปริมาณการเสียเลือดโดยใช้ถุงตวงเลือดและชั่งผ้าซับเลือดทุกชิ้น

2. ประเมินการหดตัวของมดลูกและขนาดคลั่งมดลูกทางหน้าท้องต่อเนื่องจนมดลูกกลมแข็งตลอดเวลา หลัง จากนั้นขนาดคลั่งทุก15 นาที

3. ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวทุก 15 นาที เพื่อการประเมินอาการเปลี่ยนแปลง

4. จัดทำผู้คลอดนอนราบตะแคงหน้าพร้อมห่มผ้าดูแลให้ร่างกายอบอุ่น

5. ให้ออกซิเจนชนิด mask with bag ปริมาณ 10 ลิตรต่อนาที

6. บันทึกปริมาณปัสสาวะทุกชั่วโมง

7. ดูแลให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษา เฝ้าระวังอาการข้างเคียง เช่น ผื่นคัน หายใจเหนื่อยแน่นหน้าอก กรณีที่พบภาวะผิดปกติ หยุดให้เลือดและปรึกษาแพทย์ทันที

8. ดูแลทางด้านจิตใจ ให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจในการรักษา

**การประเมินผล :**

ผู้คลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากภาวะมดลูกไม่หดตัว (uterine atony) ให้เลือด Pack red cell ทั้งหมด 5 unit ได้ประเมิน Hct เพิ่มขึ้น 31 % หลังให้เลือด 2 unit แรก และเพิ่มเป็น 28% หลังให้เลือด unit ที่ 3,4 และหลังให้เลือด unit ที่ 5 Hct เพิ่มขึ้น 29%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 :

ผู้ป่วยมีภาวะ Hypovolemic shock เนื่องจากเสียเลือดเป็นจำนวนมาก

ข้อมูลสนับสนุน :

สัญญาณชีพมีการเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิตต่ำ อยู่ในช่วง 87/59-104/70 มิลลิเมตรปรอท และชีพจรเร็วในช่วง 100-120 ครั้งต่อนาที ปริมาณ Blood Loss รวม 1,500 ซีซี

การพยาบาล :

1. การประเมินอาการและอาการ เปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด
2. การวัดสัญญาณชีพ/ระดับรูสีกตัว ทุก 5 นาที ในช่วงที่มีอาการสูญเสียเลือดทันทีทันใด วัดทุก 15 นาที หลังจากได้รับสารน้ำทดแทนและความดันโลหิตเฉลี่ย >65 mmHg จนอาการคงที่พ้นระยะช็อกและถ้าคงที่วัดจนครบ 2 ช.ม.หลังคลอด ต่อจากนั้นวัดทุก 30 นาที จนระดับความดันโลหิตปกติคงที่วัดทุก 1 ชั่วโมงกรณีความดันโลหิตเฉลี่ย > 65 mmHg ปกป้องแพทย์
3. ตวงปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมงกรณีปัสสาวะ <35 มล/ชม ปกป้องแพทย์
4. ประเมินเลือดออกทางช่องคลอดทุก 1 ชั่วโมง โดยการชั่งน้ำหนักผ้าอนามัยผ้าซับที่เปื้อนเลือด
5. การดูแลให้ยาและสารน้ำทดแทนตามแผนการรักษา : on 0.9% NSS 1000 ml +syntocinon 30 unit iv drip 80 ml /hrs และ on 0.9 % NSS 1000 ml iv drip 120 c.c/hrs

การประเมินผล :

ปริมาณปัสสาวะช่วงแรกออกน้อย ปริมาณประมาณ 20-30 ซีซีต่อ 1 ชั่วโมง แพทย์ให้เพิ่มปริมาณ IV load และ ทำ ultrasound หลังจากผู้คลอดได้รับการดูแล

แก้ภาวะช็อก ผู้คลอดอ่อนเพลีย รูสีกตัวดี สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 120/70-144/62 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 90-100 ครั้งต่อนาที, หายใจ 24 ครั้งต่อนาที SpO2 99% อุณหภูมิกาย 39.4 องศาเซลเซียส ปัสสาวะออก 50-80 ซีซี

3. ระยะเวลาหลังคลอด :**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 :**

มีอาการอ่อนเพลียจากการเสียเลือด

ข้อมูลสนับสนุน :

ลูกนั่งช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง อ่อนเพลียมาก, Blood Loss รวม 1,500 ซีซี และความเข้มข้นของเลือด (Hct) =28%

การพยาบาล :

1. ประเมินสัญญาณชีพเพื่อทราบอาการเปลี่ยนแปลง
2. ดูแลให้นอนพัก ยกไม้กั้นเตียงเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ
3. ช่วยเหลือการทำกิจกรรมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การ ขับถ่าย เปลี่ยนผ้าอนามัย
4. ช่วยเหลือในการให้นมบุตร และช่วยดูแลทารก ให้เพื่อให้มารดาได้พักผ่อนอย่างเต็มที่

การประเมินผล :

ผู้ป่วยลุกเดินช่วยเหลือตัวเองได้มีมีอาการหน้ามืดใจสั่น ดูแลให้นมบุตรได้เองความเข้มข้นของเลือด (Hct) = 29% ก่อนจำหน่ายและ และติดตามหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่ ผลความเข้มข้นของเลือดปกติ (Hct=41%)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 :

มีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อในระบบอวัยวะสืบพันธุ์หลังคลอด

ข้อมูลสนับสนุน :

มีแผลในโพรงมดลูกและมีการเสียเลือดมาก

การพยาบาล :

1. สอนการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและความสะอาดของร่างกายทั่วไปเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

2. สอนมารดาหลังคลอดสามารถประเมินสังเกตอาการผิดปกติหลังคลอด เช่น จำนวนสี ปริมาณลักษณะ และกลิ่นของน้ำคาวปลาที่ออกทางช่องคลอด อาการมีไข้ปวดมดลูก ความสูงของยอดมดลูกและอาการแสดงของการตกเลือด

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อมารดาหลังคลอดที่เสียเลือดมากโดยเลือกอาหารที่มีโปรตีน วิตามิน เหล็กแร่ ธาตุเหล็กสูงเพื่อซ่อมแซมส่วนที่สูญเสียไป

4. งดการมีเพศสัมพันธ์หลังคลอด 6 สัปดาห์จนถึงวันนัดตรวจหลังคลอด

การประเมินผล :

แผลผ่าตัดดี น้ำคาวปลาปกติ ไม่มีก้อนลิ่มเลือดออกทางช่องคลอด ไม่มีกลิ่นเหม็นที่ปกติ

สรุป

ผู้คลอดอายุ 38 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 (G3P2A0L2) อายุครรภ์ 41 สัปดาห์มีอาการเจ็บครรภ์คลอด อายุครรภ์เกินกำหนดคลอด การวินิจฉัยเบื้องต้น Post term pregnancy with labour pain with non reassuring fetal heart rate แพทย์ set cesarean section ทารกคลอดน้ำหนัก 3,380 กรัม ผู้คลอดมีภาวะช็อกและตกเลือดหลังคลอด โดยมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพความดันโลหิตต่ำ อยู่ในช่วง 87/59-104/70 มิลลิเมตรปรอท และชีพจรเร็ว ในช่วง 100-120 ครั้งต่อนาที SpO2 99-100% ผู้คลอดรู้สึกตัว غامตบชัดเจน ประเมินแผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ประเมินช่องคลอดมีเลือดที่ผ้าอนามัยชุ่ม 2 ผืนและเปื้อนผ้าถุง ผ้าปูเตียง ปริมาณเลือดที่ออกประมาณ 250 ซีซี แพทย์ใส่ speculum พบก้อนเลือดและเลือด แพทย์ล้างเลือดออกได้ปริมาณ 250 ซีซี ผู้คลอดได้รับการดูแลภาวะช็อกและการตกเลือดหลังคลอดจนฟื้นชีวิตอันตราย มีสัญญาณชีพปกติให้การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย : Cesarean section due to non reassuring fetal heart rate with Post Partum Haemorrhage (uterine atony) ผู้คลอดมีปัญหาทางการพยาบาล 6 ปัญหา ได้แก่ ระยะเวลาก่อนคลอด 1. มารดาไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด, 2. เสี่ยงต่อการตกเลือดในระยะหลังคลอด ระยะคลอด พบปัญหา 3. เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด และ 4. ผู้ป่วย

มีภาวะ Hypovolemic shock ส่วนระยะหลังคลอด พบปัญหา 5. มีอาการอ่อนเพลียจากการเสียเลือด และ 6. มีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อในระบบอวัยวะสืบพันธุ์

วิจารณ์

ผู้กรณีศึกษานี้มีภาวะตกเลือดหลังคลอดและช็อกในระยะแรกของการคลอด (Primary or early postpartum hemorrhage) ซึ่งการตกเลือดที่เกิดขึ้นตั้งแต่หลังคลอดทันทีจนถึง 24 ชั่วโมงหลังคลอด⁽⁴⁾ ระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดอยู่ในระดับรุนแรง (Severe PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 1,000 มิลลิตรขึ้นไป⁽⁹⁾ จากการศึกษาการพยาบาลจะเห็นได้ว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ส่งผลต่อปัญหาการตกเลือดและภาวะแทรกซ้อน คือ อายุหญิงคลอด ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดทางช่องคลอด ร่วมกับน้ำหนักทารกเกิน 3,000 กรัมในครรภ์แรกและครรภ์ที่สอง ส่งผลให้การบีบตัวของมดลูกในระยะหลังคลอดไม่ดี การศึกษาชี้ให้เห็นว่าอาการตกเลือดหลังคลอดแม้ไม่สามารถกำจัดภาวะนี้ออกไปจากหญิงตั้งครรภ์ให้หมดสิ้นได้ แต่สามารถป้องกันไม่ให้โรคหรืออาการรุนแรงเพิ่มขึ้นได้ โดยการป้องกันตั้งแต่เริ่มแรกในรายที่มีภาวะเสี่ยงให้การวินิจฉัยปัญหา ดูแลรักษาที่ถูกต้อง และทันท่วงทีช่วยให้มารดาและทารกปลอดภัย ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนั้น พยาบาลผู้ให้บริการ จึงจำเป็นต้องมีความรู้ เกี่ยวกับสาเหตุ พยาธิสภาพอาการ และอาการแสดง การวินิจฉัย ดูแลรักษา และสามารถ นำความรู้ที่นำมาประกอบกับการใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อช่วยป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และความรุนแรงต่อหญิงตั้งครรภ์ และทารกได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015;2015.
2. Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A.B., Daniels, J., et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. The Lancet Global Health 2014; 2(6):323-333.



3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. วิเคราะห์สถานการณ์แม่ตาย ปีงบประมาณ 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 มี.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://hp.anamai.moph.go.th/eWtadmin/ewt/hp/ewt_dl_link.php?nid
4. World Health Organization. WHO guidelines for the management of postpartum hemorrhage and retained placenta. France: WHO Library Cataloging-in-publication Data; 2014.
5. World Health Organization. Recommendations on Prevention and Treatment of Postpartum Hemorrhage. Geneva; 2013.
6. Carroll M, Daly D, Begley CM. The prevalence of women's emotional and physical health problems following a postpartum hemorrhage: a systematic review. BMC Pregnancy and Childbirth 2016;16(1):1-11.
7. Murray SS, McKinney ES. Pain management during childbirth In Foundation of Maternal Newborn and Women's Health Nursing. 6th ed. St. Louis: Mosby Elsevier 2014;278-82.
8. Devendra, B.N., Seema, K.B. and Kammappa, K.A. Episiotomy wound hematoma: Recognition, management and healing assessment by REEDA scale in the postpartum period. IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSRJDMS) 2015;14(9):8- 11.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. ประชุมสรุปผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ปีงบประมาณ 2566; 16 สิงหาคม 2566.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่าเทียม : รายงานผู้ป่วย

Nursing care for osteoarthritis patients with total knee arthroplasty : Case Report

สมใจ อดทน พย.บ.
โรงพยาบาลบางมูลนาก

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในระยะวางแผนการจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

กรณีศึกษา : ผู้ศึกษาได้คัดเลือกผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่แพทย์นัดทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมกับโรงพยาบาลบางมูลนาก จำนวน 1 ราย เพื่อเป็นกรณีศึกษาทั้งนี้ได้มีการได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยและครอบครัว โดยลงนามในใบยินยอมและสามารถที่จะยุติการเป็นกรณีศึกษาได้ตลอดเวลา มีการอธิบายเรื่องรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน ปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบ D-METHOD ในระยะวางแผนจำหน่ายเพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการกลับไปดำรงชีวิตที่บ้านและส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยใช้เวลาศึกษาตั้งแต่เดือน กันยายน - ตุลาคม 2566

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง แผลแห้งดีดีตัดไหมได้ตามระยะเวลาที่วางแผนไว้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถเดินลงน้ำหนักได้ถูกต้อง ใช้ walker ช่วยเดิน สลับกับการเดินเองได้บ้างกิจกรรม

คำสำคัญ : การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

Abstract

This study aims to study nursing care for patients with osteoarthritis in the elderly who have undergone knee replacement surgery during the discharge planning period and continued care at home.

Case study: The researcher selected patients who have a doctor make an appointment for knee replacement surgery at Bang Mun Nak Hospital as a case study, and permission from the patient and family was obtained. They signed the consent form and could terminate the study at any time. There is an explanation of Gordon's health assessment model, Nursing practice according to the D-METHOD model in the discharge planning phase to develop knowledge of the ability and relatives to return to life at home. The study period was from September - October 2023.

The results: Patients and their families can take care of themselves properly. The wound is dry and sutures can be removed within the planned period. There were no complications after surgery. The patient can walk and put his weight on properly and take a walker as well as she can.

Keywords : Total knee arthroplasty, Nursing care for osteoarthritis patients

บทนำ

ข้อเข่าเสื่อมพบในประชากรสูงอายุ โดย ผู้สูงอายุทั่วโลกมีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 9.6 ในเพศชาย และร้อยละ 18 ในเพศหญิง แต่ละปีมี ผู้ป่วยอายุระหว่าง 60 ถึง 80 ปี เข้ารับการผ่าตัด ข้อเข่าเทียมมากกว่า 600,000 ราย⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยจากสถิติของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดข้อเข่าเทียมในช่วง พ.ศ. 2557-2559 จำนวน 6,353 ราย 8,690 ราย และ 10,736 ราย ตามลำดับ จึงเห็นได้ว่าแนวโน้มผู้ป่วย ข้อเข่าเสื่อมและการได้รับผ่าตัดข้อเข่าเทียมเพิ่มขึ้น⁽²⁾ แม้การผ่าตัดช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้งานข้อเข่าได้ปกติแต่ผลกระทบหลังการผ่าตัดข้อเข่าเทียมทำให้มีการบาดเจ็บและฉีกขาดของเนื้อเยื่อรอบข้อเข่าได้ ส่งผลต่อการเคลื่อนไหว การรับน้ำหนัก และความมั่นคงของข้อเข่า⁽³⁾ การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเป็นผลลัพธ์สุขภาพ ที่สำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียมโดยเฉพาะการเพิ่มพิสัยการเหยียดและการงอของข้อเข่าเพื่อให้เคลื่อนไหว ข้อเข่าดีขึ้น⁽⁴⁾ ป้องกันภาวะข้อเข่าติดแข็ง และภาวะลิ่มเลือดอุดตัน⁽⁵⁾ ทำให้การฟื้นตัว การทำหน้าที่ทางกายได้มากขึ้น รวมทั้งช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสภาพปกติอย่าง เร็วที่สุด⁽⁵⁾ จากสถิติข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลบางมูลนากปี 2563-2565 พบว่ามีสัดส่วนผู้ป่วยสูงอายุเทียบกับผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี ที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า (TKA: Total Knee Arthroplasty) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเท่าร้อยละ 92.13 (117/127 ราย), 93.22 (110/118 ราย) และ 96.12(124/129 ราย) ตามลำดับ พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง การดูแลติดตามผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด แพทย์มักอนุญาตให้กลับบ้านภายใน 2-3 วัน ซึ่งมีความเสี่ยงในเรื่องของการติดเชื้อหลังผ่าตัดหากไม่ได้การดูแลหลังการรักษาให้ถูกต้อง หรือมิได้ติดตามผู้ป่วยทำให้ป่วยกลับมาโรงพยาบาลด้วยการติดเชื้อได้

โรคข้อเข่าเสื่อมและพยาธิสภาพ (Knee osteoarthritis)

โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นภาวะที่ข้อเกิดการเปลี่ยนแปลงแบบถดถอย พบสัมพันธ์โดยตรงกับ ภาวะที่อายุมากขึ้น

เนื่องจากโรคข้อเสื่อมนี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวดที่ข้อ ข้อขัด ข้อบวม และเคลื่อนไหวข้อไม่เป็นปกติ ถ้าเป็นการเสื่อมของข้อที่รับน้ำหนักทำให้เมื่อเคลื่อนไหวลงน้ำหนักแล้ว จะยิ่งปวดมากขึ้น โรคข้อเสื่อมอาจไม่ได้เกิดกับคนทุกคน แต่ผู้ที่มีปัจจัยต่อไปนี้มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคข้อเสื่อม อายุมากขึ้น เพศหญิง มีภาวะโรคอ้วน⁽⁶⁾ กิจกรรมที่เกิดแรงกระแทกที่ข้ออย่างซ้ำๆ หรือมากเกินไป กรรมพันธุ์กระดูกผิวข้อแตกจากภัยอันตราย โรคข้ออักเสบต่างๆ และความผิดปกติบริเวณข้อ

การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมแบ่งเป็นวิธีต่างๆ ได้แก่ การรักษาด้วยยา (Medication) การออกกำลังกาย (Exercise)⁽⁷⁾ การใช้กายอุปกรณ์ช่วย (Orthosis) และการผ่าตัด (Surgery)

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม คือ การผ่าตัดเพื่อนำผิวข้อเข่าเดิมที่เสื่อมสภาพออก และทดแทนผิวข้อใหม่ด้วยข้อเข่าเทียมการพิจารณาผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทำเมื่อผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่รับการรักษาด้วยวิธีการไม่ผ่าตัด (การใช้ยา การทำกายภาพบำบัด และการปรับเปลี่ยนการใช้งานข้อเข่า) อย่างเต็มที่แล้วยังให้ผลการรักษาที่ไม่ดี แพทย์จะพิจารณาผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ที่อาจเกิดขึ้นคือการติดเชื้อในร่างกายจากการมีแผลผ่าตัด การใส่ข้อเทียม และการใส่ท่อระบายต่างๆ หลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (deep vein thrombosis) และการมีลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด ภาวะไขมันเล็กๆ หลุดเข้ากระแสเลือดก่อให้เกิดการอุดตัน (fat embolism) ข้อไม่มั่นคง (Joint instability) ข้อยึดติด (contracture) การเคลื่อนของสะบ้า (patellar subluxation) การได้รับบาดเจ็บต่อเส้นเลือด เส้นประสาท (neurovascular injuries) ข้อเข่าเทียมหลวม หลุด ลึกลงกำหนด ข้อเข่าเทียมติดและอื่นๆ เช่น แผลกดทับ ท้องอืด ปัญหาด้านจิตสังคม เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ามีเป้าหมายที่สำคัญคือ บรรเทาอาการปวดที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค และต้องการดำรงไว้ซึ่งการเคลื่อนไหวและความมั่นคงของข้อเข่าการดูแลจึงต้องมีประสิทธิภาพ

เพื่อฟื้นฟูสภาพของร่างกายให้กลับสู่ปกติหรือใกล้เคียงมากที่สุด การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมแบ่งได้ 3 ระยะ^(7,8) ดังนี้

1) **ระยะก่อนผ่าตัด** ในวันนัดผ่าตัดเน้นซักประวัติ การมีโรคร่วม ส่งถ่ายภาพรังสีและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ประเมินสภาพผิวหนังและฟันการให้ความรู้เรื่องการผ่าตัด การเตรียมตัวนอนโรงพยาบาลและการบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่าและต้นขาร่วมกับญาติโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ และในวันนอนโรงพยาบาลเน้นประเมินความพร้อมร่างกายจิตใจ การจ้องเลือดผลตรวจทางห้องปฏิบัติการภาพถ่ายรังสี การงดน้ำและอาหาร การเซ็นยินยอมผ่าตัดความรู้ในการประเมินและจัดการความปวดหลังผ่าตัด การฝึกบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่าและต้นขา

2) **ระยะหลังผ่าตัด ใน 24 ชั่วโมงแรก** เน้นประเมินและบันทึกสัญญาณชีพระดับความรู้สึกตัว การให้สารน้ำ ตรวจสอบสายระบายเลือดประเมินและจัดการความปวดด้วยยา การประคบเย็น ในวันที่ 1-2 เน้นประเมินและจัดการความปวดด้วยยาและการประคบเย็น ระวังปวดด้วยเครื่องมือกระตุ้นเส้นประสาทด้วยไฟฟ้าการบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่าและต้นขาและในวันที่ 3-4 เน้นประเมินและจัดการความปวดด้วยการประคบเย็น ระวังปวดด้วยเครื่องมือกระตุ้นเส้นประสาทด้วยไฟฟ้าการบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่าและต้นขาการลุกนั่งบนเตียงบนเก้าอี้

3) **ระยะก่อนและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล** เน้นให้คำแนะนำภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน การบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่าและต้นขาอย่างต่อเนื่องโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ติดตามผลทางไลน์ แอปพลิเคชันหลังผ่าตัดก่อนวันนัด 2 สัปดาห์^(7,8) นอกจากนี้ผู้ป่วยไม่ได้รับการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองจากครอบครัวเนื่องจากที่ผ่านมารอบครัวยังไม่ได้มีส่วนร่วมในการรับรู้เกี่ยวกับความจำเป็นในการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณข้อเข่าและต้นขา การส่งผู้ป่วยปรึกษานักกายภาพบำบัดจะพิจารณาเฉพาะในกรณีที่มีปัญหาในการเคลื่อนไหวทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ล่าช้าและเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์จึงพบว่าผู้ป่วยบางรายเกิดภาวะข้อฝืดหรืองอเข่าได้น้อยกว่า 90 องศา การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัดและการปฏิบัติตนที่ถูกต้องมีความจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน

ช่วงเวลาก่อนการผ่าตัด การส่งเสริมการดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และก่อนจำหน่ายกลับบ้านมีความสำคัญต่อการดูแลรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวข้อเข่าดีขึ้น⁽⁴⁾ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ศึกษาจึงสนใจที่ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในระยะวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อที่บ้าน เพื่อเตรียมความพร้อมเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขา โดยการนำรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอนมาประยุกต์ใช้ในการวินิจฉัยทางการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบ D-METHOD เป็นแนวทางในการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองภายหลังการจำหน่ายและเป็นสาระของการเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายและระยะการดูแลต่อที่บ้าน (Continuing of care) ร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว เพื่อให้เกิดบริการแบบองค์รวม (Holistic Care)⁽⁹⁾

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในระยะวางแผนการจำหน่ายและดูแลต่อที่บ้าน : กรณีศึกษา 1 ราย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษานี้เป็นการผู้เชิงพรรณนา โดยคัดเลือกผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่แพทย์นัดทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมกับโรงพยาบาลบางมูลนาก จำนวน 1 ตัวอย่างทั้งนี้ได้มีการได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยและครอบครัว โดยได้ลงนามในใบยินยอมและสามารถที่จะยุติการเป็นกรณีศึกษาได้ตลอดเวลา เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การซักประวัติ การตรวจร่างกายและแบบประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วิเคราะห์ข้อมูล กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยมีการอธิบายเรื่องรูปแบบการประเมินภาวะและปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบ D-METHOD ในระยะวางแผนจำหน่าย⁽¹⁰⁾ ดังนี้



- 1) Diagnosis and disease : ให้ข้อมูลผู้ป่วย เรื่องการวินิจฉัยโรค
- 2) Medication : ให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วย ได้รับอย่างละเอียด
- 3) Environment & Economic : ให้ความรู้ เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านที่เหมาะสมกับ ภาวะสุขภาพ
- 4) Treatment : อธิบายเกี่ยวกับเป้าหมายของ การรักษาและทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามการรักษา
- 5) Health : สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะ สุขภาพ ข้อจำกัด ผลกระทบของจากการเจ็บป่วย และ การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย
- 6) Outpatient Referral : อธิบายถึงความสำคัญ ของการมาตรวจตามนัดในเรื่องเวลาและสถานที่
- 7) Diet: อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจและ สามารถเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องเหมาะสม กับข้อจำกัดด้านสุขภาพ โดยใช้ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือน กันยายน - ตุลาคม 2566

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยหญิงไทยวัย 60 ปี สถานภาพสมรส คู่ รูปร่าง ท้วม อาชีพเดิมรับจ้าง ได้แก่ เกี่ยวข้าว ดำนา คายหญ้า และ ขุดดิน ระยะเวลา 1 ปีก่อนผู้ทำอาชีพรับจ้างทำกระตังลม ด้วยใบตองและจะนั่งพับเพียบเป็นเวลาหลายๆ ชั่วโมง ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ ระดับการศึกษา ประถมศึกษา น้ำหนัก 64 กิโลกรัม ส่วนสูง 152 เซนติเมตร (ค่าดัชนี มวลกายเท่ากับ 27.7)

การวินิจฉัยโรค :

OA Left Knee (Osteoarthritis Left Knee)

อาการสำคัญ :

แพทย์นัดนอนรพ.เพื่อทำผ่าตัดเข่าข้างซ้าย

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน :

3 ปีก่อนมาปวดเข่าทั้ง 2 ข้างเดินมีเสียงดังในข้อเข่า เดินแล้วปวดต้องนั่งพัก ไม่มีข้อบวม แดง ร้อน ซ้ำยา แก้วปวดรับประทานเอง 6 เดือนก่อนมาพบแพทย์ที่ โรงพยาบาลบึงนาราง

รักษาโดย :

การรับประทานยาอาการไม่ดีขึ้นจึงส่งตัวมา โรงพยาบาลบางมูลนากเพื่อพบแพทย์ศัลยกรรมกระดูก X-Ray พบมีข้อเข่าซ้ายเสื่อมมากกว่าเข่าข้างขวา ให้ การรักษาโดยการฉีดยาเข้าข้อเข่าและรับประทานยา แต่อาการไม่ดีขึ้น รบกวนการเดินทางและการใช้ชีวิตประจำวัน แพทย์จึง set ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าจึงมา รพ.ตามนัด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต :

ปฏิเสธการผ่าตัด ไม่แพ้ยาหรืออาหาร มีโรคประจำ ตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง (HT) โรคไต (CKD) รับประทาน โรงพยาบาลบึงนารางมาเกือบ 20 ปี ไม่เคยขาดยา

อาการแรกเริ่ม :

ที่หอผู้ป่วยหญิง เวลา 09.26 น ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ความดันโลหิต (BP) 116/68 mmHg, อุณหภูมิ (T) 36.8°C, ชีพจร (P) 90 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ (R) 20 ครั้ง/นาที, O₂saturation = 99% พอช่วยเหลือตัวเองได้ ขาซ้ายมีลักษณะโก่งปวดเข่าข้างซ้ายมากกว่าเข่าขวา เดินระยะไกลไม่ได้ รับประทานอาหารได้เองไม่มีปัญหา ในการรับประทานอาหาร ขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระปกติ ไม่ตีเมเหล้า ไม่สูบบุหรี่ มีความเชื่อและมั่นใจการรักษา แผนปัจจุบัน มีสามีมาเฝ้าขณะนอนรพ.

2. การรักษาที่ได้รับ

วันที่ 4 กันยายน 2566 นอน รพ.เตรียมความพร้อม ก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม รับประทานอาหารธรรมดาได้ อาบน้ำ สระผม ทำความสะอาดร่างกายตัดเล็บสั้นไม่ทาสี เล็บมือเล็บเท้า จองเลือดก่อนผ่าตัด PRC 2 U ให้ยาเดิม รับประทานต่อ Enalapril (5 mg.) 1 tab oral bid pc., Amlodipine (10 mg.) 1/2 tab oral OD, Folic 1 tab oral OD ทิมห้องผ่าตัดเยี่ยมผู้ป่วยพบมีปัญหาเรื่องซีด Hct = 29% รายงานแพทย์ให้ PRC = 1 unit 20.00 น. ให้รับประทานยา Diazepam (2 mg.) 24.00 น. งดน้ำ และอาหาร ให้ 5% D/N/2 1000 ml. iv drip 100 ml/hr. อาบน้ำ สระผม ทำความสะอาดร่างกายอีกครั้ง 6.00 น. ให้รับประทานยา Amlodipine (10 mg.) 1/2 tab oral, ต่อ Enalapril (5 mg.) 1 tab oral Repeat Hct = 32% Retain foley's catch เข้า ส่งห้องผ่าตัดเวลา 9.30 น.

ความดันโลหิต (BP) 120/70 mmHg., อุณหภูมิ (T) 36.8°C , ชีพจร (P) 88 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ (R) 20 ครั้ง/นาที , O₂sat 99%

วันที่ 5 กันยายน 2566 เวลา 9.40 น. รับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด เตรียมความพร้อมผู้ป่วย ทีมผ่าตัด เครื่องมือ เครื่องผ้าและอุปกรณ์ใช้ในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เริ่มผ่าตัด 10.10 น. - 12.10 น. มีขวด Drain (600 cc.) ระบายเลือด 1 เส้น ย้ายออกจากห้องผ่าตัดไปห้องพักฟื้น แพทย์ให้ Record vital sign Until stable then ทุก 4 ชม. 5% D/N/2 1000 ml. IV drip 100 ml/hr. ให้นีติดยา Morphine (3 mg.) iv ทุก 6 ชม., Plasil (10mg.) iv ทุก 6 ชม., Dinastat (40 mg.) iv ทุก 12 ชม. เวลา 13.10 น. ย้ายออกจากห้องพักฟื้น ส่ง X-ray Left Knee AP, Lat ก่อนกลับตักผู้ป่วยใน หลังผ่าตัดคืนดี ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย (pain scale 3) ความดันโลหิต (BP) 132/74 mmHg., อุณหภูมิ (T) 37.1°C, ชีพจร (P) 84 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ (R) 22 ครั้ง/นาที, O₂sat 99% เปิด Drain at 4.00 น. ถ้ามามากกว่า 300 cc. ให้ PRC 1 u พบมี content สีแดงเข้ม 150 cc. Hct เข้า 6.00 น.= 26% ให้ PRC = 1 unit, Cefazolin (1 gm.) iv ทุก 6 ชม., Para (500 mg.) 2 tab prn ทุก 4-6 ชม., Tramal 1 tab oral tid pc. และยาโรคประจำตัวเดิม Enalapril (5 mg.) 1 tab oral bid pc., Amlodipine (10 mg.) 1/2 tab oral OD, Folic 1 tab oral OD, off IV fluid ,On heparin lock ให้นีติดยา, off Foley 's catch เบิก walker หักลงน้ำหนักข้างเดียว ปฏิบัติได้การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย OA Left Knee

วันที่ 6 กันยายน 2566 หลังผ่าตัด 24 ชม. ทีมผ่าตัดเยี่ยมหลังผ่าตัดปวดแผลผ่าตัด (pain scale 1) ความดันโลหิต (BP) 120/68 mmHg., อุณหภูมิ (T) 37.0°C, ชีพจร (P) 88 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ (R) 20 ครั้ง/นาที,

O₂sat 99% ฝึกเดินลงน้ำหนักได้ด้วย walker รอบเตียง 3-5 รอบปฏิบัติได้ดี งอเข้าได้เกือบ 90 องศาปวดเข่าเล็กน้อย แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม content มีเพิ่ม 170 cc (รวมทั้งหมด 320 cc) ได้ PRC = 1 unit ,On heparin lock ไว้, Morphine (3 mg.) iv ทุก 6 ชม., Plasil (10mg.) iv ทุก 6 ชม.,Cefazolin (1gm.) iv ทุก 6 ชม., Para (500mg.) 2 tab prn ทุก 4-6 ชม., Tramal 1 tab oral tid pc. และยาโรคประจำตัวเดิม Enalapril (5 mg.) 1 tab oral bid pc. , Amlopine (10 mg.) 1/2 tab oral OD ,Folic 1 tab oral OD

วันที่ 7 กันยายน 2566 หลังผ่าตัด 48 ชม.ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย (pain scale 0) ความดันโลหิต (BP) 120/74 mmHg., อุณหภูมิ (T) 36.9°C , ชีพจร (P) 80 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ (R) 20 ครั้ง/นาที , O₂ sat 99% ฝึกเดินลงน้ำหนักได้ด้วย walker รอบเตียง 8-10 รอบปฏิบัติได้ งอเข้าได้ 90 องศาปวดเข่าเล็กน้อย แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม content ไม่ออกเพิ่ม (รวมทั้งหมด 330 cc) off Drain ออก, off ยาฉีดทั้งหมดให้กลับบ้านได้ Dicloxacillin (500 mg.) 1 tab oral qid ac, Norgesic 1 tab oral tid pc ,Tramal 1 tab oral tid pc นัดดูอาการ OPD Orthro วันศุกร์ที่ 22 กันยายน พ.ศ. 2566

วันที่ 22 กันยายน 2566 ติดตามประเมินผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก (ตามนัด) แผลแห้งดีตัดไหมได้ ไม่มีอาการบวมแดงที่เข้า ผู้ป่วยสามารถเดินลงน้ำหนักได้ถูกต้อง ใช้walkerช่วยสับกับการเดินเองได้บางกิจกรรม

3. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ผู้ศึกษาได้นำรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอนมาใช้ในการประเมินแบบแผนสุขภาพ ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน

11 แบบแผนของกอร์ดอน	กรณีศึกษา
<p>แบบแผนที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ ปัญหาที่พบคือ</p> <p>1. <u>ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด :</u> “ผู้ป่วยสอบถามว่า “วันนี้ต้องปฏิบัติตัวอย่างไรบ้าง” ผู้ป่วยไม่สามารถตอบได้เมื่อสอบถามเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัดเป็นการผ่าตัดครั้งแรกของผู้ป่วย</p> <p>2. <u>ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด:</u> “ผู้ป่วยสอบถามเกี่ยวกับการใส่สายระบายเลือด การใส่สายสวน ปัสสาวะ และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น”</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none">1. ให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมร่างกายทั่วไปก่อนผ่าตัด โดยแนะนำให้ผู้ป่วยอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกายตั้งแต่วันแรกที่รับผู้ป่วยไว้ใน การดูแล จนกระทั่งเย็นวันก่อนการผ่าตัดแนะนำ ให้ผู้ป่วย สระผม ตัดเล็บให้สั้น เป็นต้น สำหรับผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พยาบาล จะทำการ bed bath ให้ผู้ป่วย2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมบริเวณของร่างกายที่จะผ่าตัด โดยแนะนำ ให้ผู้ป่วยฟอก ทำความสะอาดข้อเข้าข้างที่จะทำการผ่าตัดด้วยน้ำสะอาด และสบู่ได้ตามปกติ3. ให้ศึกษาคู่มือและให้ดูวีซีดี การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม <ol style="list-style-type: none">1. ภายหลังกลับจากห้องผ่าตัดพยาบาล จะดูแลช่วยเหลือจัดให้ผู้ปวย นอนหงาย ยกขาข้างที่ใส่ compression dressing หรือ Jones bandage ให้สูงตลอดเวลา โดยใช้หมอนรองอย่าง น้อย 1-2 ใบ ในลักษณะ ขาเหยียดตรง เพื่อป้องกันเข่างอ ป้องกันอาการบวมที่ขาและลดการคั่ง ของเลือดบริเวณปลายเท้า2. ประเมินระดับความเจ็บปวดด้วยระดับคะแนน (pain score) รวมทั้ง แนวทางในการให้ยาระงับปวด การติดตามอาการปวด ทั้งก่อนและ ภายหลังได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ โดยพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ3. ให้กำลังใจและให้ความเชื่อมั่นเกี่ยวกับการดูแลรักษาของทีมแพทย์ พยาบาล รวมทั้ง บุคลากรในทีมสุขภาพอื่นๆ4. แนะนำและสาธิตเกี่ยวข้องรวมทั้งให้ทดลองฝึกปฏิบัติกับการพลิก ตะแคงตัว รวมทั้งการให้ เรียนรู้เกี่ยวกับอุปกรณ์ที่ใช้ในการซับถ่ายบนเตียง ซึ่งอาจจะต้องซึ่งอาจจะต้องใช้ภายหลังการผ่าตัดวันแรกๆ5. ให้ศึกษาคู่มือและให้ดูวีซีดี การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม
<p>แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญ</p> <p>อาหาร : ผู้ป่วยมีรูปร่างค่อนข้างอ้วน (BMI=27)</p> <p>3. มีภาวะซีด CBC Hct=29%</p>	<ol style="list-style-type: none">1. ให้รับประทานอาหารได้ตามปกติในมือเย็น (4 กันยายน 2566) ให้งดน้ำและอาหารทุกชนิดก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 6 ชั่วโมง โดยปกติ ทั่วไป แนะนำให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหาร ทางปากทุกชนิดภายหลังเวลา 24.00 น. ของคืนวันก่อนการผ่าตัด จนกว่าการผ่าตัดจะแล้วเสร็จ2. ดูแลให้เลือดตามแผนการรักษา (PRC 1 unit at 20.00 น.) ติดตาม ค่าความเข้มข้นของเลือด (Hct at 6.00น.=32%)3. แนะนำให้รับประทานอาหารได้ตามปกติภายหลังการผ่าตัด แต่ให้ ระวังเรื่องการสำลัก อาหารลงปอดในกรณีที่ผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัว ยังไม่เต็มที่หรือยังไม่ดีพอ ตลอดจนการให้สารน้ำ ทางหลอดเลือดดำ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน (ต่อ)

11 แบบแผนของกอร์ดอน	กรณีศึกษา
แบบแผนที่ 3 แบบแผนการขับถ่ายของเสีย	การขับอุจจาระปกติทุกวันไม่มีอาการท้องผูก การขับถ่ายปัสสาวะ 6-7 ครั้ง/สัปดาห์ปกติ
แบบแผนที่ 4 การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม 4. ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการออกกำลังกายและเคลื่อนไหวร่างกาย : ปกติผู้ไม่ออกกำลังกายเลย การเคลื่อนไหวในบ้านน้อยมาก ให้เหตุผลว่าปวดเข่าไม่อยากเดินมาก หลังรับประทานยาเอ็นผู้ป่วยจะนอนดูทีวี สำหรับการผ่าตัดครั้งนี้ผู้ป่วยและครอบครัวยังไม่รู้วิธีการออกกำลังกายและเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด	- หลังผ่าตัด:ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกาย การมี early ambulation ภายหลังการผ่าตัด การฝึก exercise ที่จำเป็น ได้แก่ ankle pumping exercise, quadriceps exercise, strengthening exercise และการฝึกทดลองลงเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน pickup walker
แบบแผนที่ 5 การนอนหลับพักผ่อน	- มีปัญหาการนอนไม่หลับเป็นบางวันเนื่องจากปวดเข่า บางครั้งให้บุตรสาวไปซื้อยานอนหลับมาไว้ให้รับประทาน ขอบุโทรทัศน์จะนอนประมาณ (21.00-22.00 น.)
แบบแผนที่ 6 การรับรู้สติปัญญา	- ผู้ป่วยอ่านออกเขียนได้ ความจำดี ไม่มีอาการหลงลืม การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้รับรู้ว่าการกินยาชุดแก้ปวดไม่ได้ช่วยให้อาการปวดจากข้อเข่าเสื่อมที่ดี แพทย์ที่รพ.บึงนารางอธิบายถึงผลกระทบของยาชุดแก้ปวดจะไปส่งผลให้ไตทำงานหนักซึ่งผู้ป่วยมีภาวะไตเสื่อมอยู่แล้ว
แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	- ครั้งแรกที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ศัลยกรรมกระดูก X-Ray พบมีข้อเข่าซ้ายเสื่อมมากกว่าเข่าข้างขวาแพทย์ให้การรักษาโดยการฉีดยาเข้าข้อเข่าและรับประทานยาผู้ป่วยมีความหวังว่าจะหาย และกลัวการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า เพราะตนเองมีอายุมากแล้ว แต่อาการไม่ดีขึ้นรบกวนการเดินและการใช้ชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยจึงยอมให้แพทย์นัด ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในครั้งนี้ จึงมารพ.ตามนัด
แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ : ครอบครัวรักกันดี ผู้ป่วยมีบุตร 3 คนอาศัยอยู่กับสามีบุตรสาวและหลานชาย ผู้ป่วยสนิทกับหลานชายมากเพราะหลานชายจะดูแลเอาใจใส่ดี บุตรชายที่อยู่บ้านติดกันจะมาหาทุกวัน	- แผนการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาลบุตรสาวเป็นผู้ดูแล และเมื่อกลับบ้านบุตรชายและบุตรสาววางแผนเป็นผู้ดูแลหลัก ส่วนหลานชายจะช่วยดูแลช่วงวันหยุด
แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์	- ผู้ป่วยอยู่กับสามี (อายุ 70 ปี) แบบเพื่อนส่วนใหญ่จะพูดคุยกันและสวดมนต์ก่อนนอนเนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน (ต่อ)

11 แบบแผนของกอร์ดอน	กรณีศึกษา
<p>แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญความเครียด :</p> <p>5. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับการผ่าตัด รวมทั้งการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>ผู้ป่วยบอกว่า “กลัวเจ็บแผล ปวดแผล และถ้าหากมีอาการปวดแผลภายหลังการผ่าตัดจะทำอย่างไร” ผู้ป่วยถามว่า “จะสามารถลุกขึ้นเดินได้ภายในกี่วัน ภายหลังการผ่าตัด”</p> <p>- ผู้ป่วยมีสีหน้าแสดงความวิตกกังวล หน้ามัว คิ้วขมวดและซักถามตลอดเวลาเกี่ยวกับการผ่าตัดต้องอยู่ รพ.นานไหม รวมทั้งการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดจะเดินได้ปกติเมื่อไร</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ภายหลังกลับจากห้องผ่าตัดพยาบาล จะดูแลช่วยเหลือจัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย ยกขาข้างที่ใส่ compression dressing หรือ Jones bandage ให้สูงตลอดเวลา โดยใช้หมอนรองอย่าง น้อย 1-2 ใบ ในลักษณะขาเหยียดตรง เพื่อป้องกันเข่างอ ป้องกันอาการบวมที่ขาและลดการคั่งของ เลือดบริเวณปลายเท้า 2. ประเมินระดับความเจ็บปวดด้วยระดับคะแนน (pain score) รวมทั้งแนวทางในการให้ยาระงับปวด การติดตามอาการปวด ทั้งก่อนและภายหลังได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ โดยพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ 3. ให้กำลังใจและให้ความเชื่อมั่นเกี่ยวกับการดูแลรักษาของทีมแพทย์พยาบาล รวมทั้ง บุคลากรในทีมสุขภาพอื่นๆ 4. แนะนำและสาธิตเกี่ยวข้องรวมทั้งให้ทดลองฝึกปฏิบัติกับการพลิกตะแคงตัว รวมทั้งการให้ เรียนรู้เกี่ยวกับอุปกรณ์ที่ใช้ในการขยับถ่ายบนเตียง ซึ่งอาจจะต้องซึ่งอาจจะต้องใช้ภายหลังการผ่าตัดวันแรกๆ 5. ให้ศึกษาคู่มือและให้ดูวีซีดี การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
<p>แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ</p>	<p>ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ ทำบุญที่วัดใกล้บ้านตลอด สวดมนต์ก่อนนอน เชื่อว่าศาสนาสามารถทำให้พ้นทุกข์ได้</p>

4. การปฏิบัติการพยาบาลระยะวางแผนจำหน่าย

(Discharge planning) การปฏิบัติการพยาบาลระยะวางแผนจำหน่าย11 รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายตาม หลักการ D-M-E-T-H-O-D

หลักการ D-M-E-T-H-O-D	การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย
<p>D (Diagnosis) : ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้านสัญญาณอันตราย และการป้องกัน การกลับเป็นซ้ำ</p>	<p>บุตรสาวและบุตรชายผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลหลัก เมื่อกรณีศึกษานี้ก็กลับไปอยู่บ้าน คำแนะนำที่ได้รับ : โดยทั่วไปหลังการผ่าตัดผู้ป่วยควรจะงอเข้าได้อย่างน้อย 90 องศา และเหยียดได้เกือบสุด ถึงจะอนุญาตให้กลับไปพักรักษาตัวต่อที่บ้านได้ หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผู้ป่วยต้องดูแลแผลผ่าตัดให้แห้ง และห้ามโดนน้ำประมาณ 10 ถึง 14 วันหลังผ่าตัด ไม่แนะนำให้แช่ในอ่างอาบน้ำ ส่วนการลงน้ำหนักได้ทันที ร่วมกับการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ในช่วง 4 สัปดาห์แรก โดยเริ่มจากอุปกรณ์ช่วยเดินแบบสี่ขา เพื่อความมั่นคงขณะเดินและลดอาการปวดจากการลงน้ำหนักที่ขาเมื่อผู้ป่วยสามารถลงน้ำหนักได้มากหากไม่มั่นใจให้ปรึกษา แพทย์ พยาบาล หรือนักกายภาพบำบัด เพื่อให้คำแนะนำ และตรวจภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ</p>

ตารางที่ 2 การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายตาม หลักการ D-M-E-T-H-O-D (ต่อ)

หลักการ D-M-E-T-H-O-D	การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย
M (Medication) : ผู้ป่วยและครอบครัวต้องได้รับความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับต่อเองที่บ้าน	ยากลับบ้าน (Home Med) : 1. Dicloxacillin (500mg.) 1tab oral x3ac 2. Norgesic 1tab oral x3pc 3. Tramal 1tab oral x3pc
E (Environment & Economic) : ความรู้และสามารถจัดการเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม	- เป็นบ้านตึกสองชั้นปกติผู้ป่วยจะอยู่ชั้นล่าง ปกติผู้ป่วยจะเดินไปห้องน้ำเองใช้ walker ในห้องน้ำไม่มีราวเกาะ - แนะนำให้ครอบครัวติดราวจับที่โถส้วมหรือบริเวณที่อาบน้ำเพื่อการทรงตัวที่ดีขึ้นป้องกันการลื่นล้ม (ครอบครัวสามารถจัดการได้ไม่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย)
T (Treatment) : ผู้ป่วยและครอบครัวต้องรับรู้และเข้าใจเป้าหมายในการรักษาโรคที่เป็นอยู่	มีการให้ผู้ป่วยดูสื่อวีดิทัศน์ชุด “คำแนะนำการปฏิบัติตัว สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม” เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้เห็นภาพและเข้าใจมากขึ้น
H (Health) : ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมนั้น กล้ามเนื้อและเอ็นต่างๆ รอบข้อเข่าต้องการเวลาที่จะสมานแผล ดังนั้นหลังจากที่ผู้ป่วยได้กลับบ้านแล้ว การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ และการเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวของข้อเข่าเทียม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำกิจวัตรประจำวันให้ได้มากที่สุดจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน	ข้อควรปฏิบัติหลังผ่าตัดข้อเข่าเทียม⁽¹⁰⁾ 1. อาการบวมของขาที่ผ่าตัดอาจใช้เวลาถึงประมาณ 6 เดือนในการกลับสู่ภาวะปกติ การวางแผ่นเย็น (cold pack) จะช่วยลดอาการบวมและอาการปวดของข้อเข่าข้างที่ 2. การนอน หากนอนหงายให้นอนหงายเข่าเหยียดตรง แล้วใช้ม้วนผ้าขนหนูวางไว้ใต้ข้อเท้าข้างผ่าตัด จุดประสงค์ของการนอนแบบนี้เพื่อให้ขาที่ผ่าตัดเหยียดได้ตรง ผู้ป่วยไม่ควรใช้หมอนใดๆ วางใต้ข้อเข่าที่ผ่าตัดในขณะที่นอน 3. การนั่งนาน อาจจะทำให้ขาข้างผ่าตัดเกิดอาการขาแข็ง ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรนั่งนานไม่เกิน 45 นาที
O (Outpatient referral) : ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจและรับรู้ถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การส่งต่อข้อมูลแผนการดูแลต่อเนื่องและการสรุปผลการดูแลไปยังรพสต. ใกล้บ้าน	ประสานการดูแลต่อเนื่องร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและเพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับการติดตามผู้ป่วยมาตรวจตามนัดและเปิดโอกาสให้ปรึกษาปัญหาสุขภาพทางโทรศัพท์/ Line แนะนำแหล่งประโยชน์เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินและการเข้ารับการรักษาอย่างทันท่วงที (โทร. 056-631131/056-631132) กรณีศึกษานี้แพทย์จะไม่ให้ผู้ป่วยเปิดแผลจึงประสานให้ รพสต. ใกล้บ้านมีต้องเปิดแผลเนื่องจากเป็นแผลสะอาดและลดอุบัติเหตุการติดเชื้อหลังผ่าตัดแพทย์จะนัดเปิดแผล 1 เดือนหลังจำหน่ายโดยแพทย์ผู้รักษา แต่หากมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดบวมรอบเข่าให้มาโรงพยาบาลได้ก่อนวันนัด
D (Diet) : ผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีความรู้และมีความเข้าใจ สามารถที่จะเลือกอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค	ให้ความรู้เรื่องอาหาร : ปรับเวลารับประทานให้เร็วขึ้นจากเวลา 19.00 น. เป็น 17.00 น. ควบคุมอาหารจำพวกแป้ง เพื่อควบคุมน้ำหนักเพราะผู้ป่วยมีภาวะอ้วนระดับ 1 BMI=27.7 : บุตรสาวเข้าใจและจะดูแลจัดเตรียมให้ผู้ป่วยตามคำแนะนำ

สรุปและวิจารณ์

กรณีศึกษานี้มีปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ เพศหญิง ภาวะอ้วน (BMI=27) ทำงานหนัก ประกอบกับอายุที่มากขึ้นและขาดการออกกำลังกาย⁽⁷⁾ ผู้ป่วยมีอาการปวดเข่ามานานถึง 3 ปี รักษาด้วยการไปซื้อยารับประทานเอง ไปหาแพทย์ที่คลินิกบ้าง เพราะยังต้องทำงาน เป็นเวลาถึง 3 ปี จนกระทั่ง 6 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยได้เรียนรู้ว่าการใช้ยารับประทานรักษาอาการข้อเข่าเสื่อมไม่ได้ผลจึงตัดสินใจไปพบแพทย์ และรับรู้ว่าการรักษาข้อเข่าเสื่อมสามารถรักษาได้ด้วย การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าซึ่งจะช่วยบรรเทาอาการปวดได้ การส่งเสริมการดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และก่อนจำหน่ายกลับบ้าน มีความสำคัญต่อการดูแลรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวข้อเข่าดีขึ้น⁽⁸⁾ ระบบการรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐาน นอกจากบุคลากรมีสมรรถนะที่ดี มีอุปกรณ์เครื่องมือที่เพียงพอ ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าสามารถรักษาได้ด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเพื่อให้ปลอดภัยได้แล้ว ยังต้องมีการวางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุม ปัญหาทุกด้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีการให้ความรู้ และฝึกทักษะผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับการศึกษา การพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่ลำปางทางช่องทาง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าการวางแผนจำหน่ายต้องประกอบด้วย

- 1) การประเมินทางการพยาบาล
- 2) การปฏิบัติการพยาบาล
- 3) การดูแลต่อเนื่องหลังการจำหน่าย⁽¹¹⁾

กรณีศึกษานี้ได้รับความร่วมมือจากครอบครัว (บุตรสาวและบุตรชาย) เป็นอย่างดีในการที่เข้ามาเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยทุกระยะ ช่วยให้การปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยและส่งเสริมความเข้มแข็งของผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการรักษาตนเองที่ถูกต้อง พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทอย่างมากในการดูแลให้กำลังใจผู้ป่วย การดูแลฟื้นฟูสภาพ ให้ผู้ป่วยสามารถช่วยตัวเองได้ สามารถประกอบกิจกรรมได้ตามปกติอยู่ร่วมในสังคม

ได้อย่างมีความสุข ไม่เป็นภาระกับสังคมในโอกาสต่อไป การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในระยะวางแผนการจำหน่าย และดูแลต่อเนื่องที่บ้าน : กรณีศึกษานี้จึงนับว่าสำคัญมาก ในการช่วยให้พยาบาลหรือผู้ดูแลผู้ป่วยใช้ประกอบการศึกษาหาความรู้ในการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ในโอกาสต่อไป ในกรณีศึกษานี้ เช่น ผู้ดูแลต้องมีศักยภาพในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาหนีบขาเหยียดตรง จากนั้นค่อยๆ งอเข่าขึ้นมาโดยการลากเส้นเท้าเข้ามาชิด เพื่อช่วยการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา การเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อขา และการเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวของข้อเข่าเทียม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำกิจวัตรประจำวันให้ได้มาก ปัจจัยแห่งความสำเร็จผู้ดูแลที่มีศักยภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. American Academy of Orthopaedic Surgeons. Surgical management of Osteoarthritis of the knee: Evident-based clinical practice guideline. Rosemont: Chicago. Retrieved from www.orthoguidelines.org;2015.
2. นวลจันทร์ คุสุวรรณ. อ้างถึงใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน 2565;9(1):77-96
3. Rodríguez-Merchán, E. C.Total knee arthroplasty using hinge joints: Indications and Results. EFORT open reviews 2019; 4(4):121-132.
4. Baloch, N., Zubairi, A. J., Rashid, R. H., Hashmi, P. M., & Lakdawala, R. H. Effect of continuous passive motion on knee flexion range of motion after total knee

- arthroplasty. J Pak Med Assoc 2015; 11(3):32-34
5. เลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์.งานพัฒนาคุณภาพนวัตกรรม“ไอแอม”เพิ่มองศาข้อเข่าหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. วารสารการพยาบาล 2560; 19(2):45-51.
 6. ณัชชา ตระการจันทร์, และพีศจีพร ยศพิทักษ์. การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2563; 14(34):271-284.
 7. Saovapa Inpha. MS Nursing role Specific disease: OA Knee Pre and post management in TKR [internet].2017.] Cited 30 Sep 2023] Available from:https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/download/meeting/sinsmeeting_2559_06.pdf
 8. นวลจันทร์ คูสุวรรณ. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม.วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน 2565; 9(1):1-19.
 9. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน.กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2560. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข;2561.
 10. ภิญญาดา ภัทรกิจจารุ, จีรวรรณ ชัยวิศิษฐ์. แนวทางการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชตามแบบแผนด้านสุขภาพของกอร์ดอน. วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย 2563;10(1): 156-159.
 11. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช. การวางแผนจำหน่ายฯ (Discharge Plan) โดยใช้หลัก D METHOD [อินเทอร์เน็ต].2560. [เข้าถึงเมื่อ 15ก.ค. 2563].เข้าถึงได้จาก:<https://www.gotoknow.org/posts/54816>

ผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการคลำด้วยมือร่วมกับ ตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ จังหวัดกำแพงเพชร

The Result of breast cancer screening by manual palpation and ultrasound in Kamphaengphet Province

น้ำค้าง ฉ่ำสอน ป.พย.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมสตรีอายุ 30-70 ปี ด้วยการคลำด้วยมือร่วมกับตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ และศึกษาแนวทางการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ จังหวัดกำแพงเพชร เป็นการวิจัยแบบ Mixed Method กลุ่มตัวอย่างคือสตรีอายุ 30-70 ปี ในจังหวัดกำแพงเพชร ที่มารับบริการโครงการคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเครื่องเอกซเรย์เต้านมเคลื่อนที่ (Mammogram) จำนวน 439 คน คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บข้อมูลด้วย แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านม แบบบันทึกการตรวจเต้านม แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 49.8 ปี มีปัจจัยเสี่ยงโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=1.10, SD=0.25$) ผลตรวจเต้านมตนเอง ผิดปกติ ร้อยละ 35.5 ผลตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ ผิดปกติ ร้อยละ 83.8 (เป็น Cyst ร้อยละ 76.63 เป็น Solid ร้อยละ 23.37) ข้อเสนอแนะ จากการตรวจเต้านมด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ พบสตรีที่มีความผิดปกติที่เต้านมมากกว่าการคลำด้วยมือ ดังนั้นควรสนับสนุนให้ใช้เครื่องอัลตราซาวด์ร่วมในการตรวจคัดกรอง และตรวจยืนยันมะเร็งเต้านม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการค้นหาผู้ป่วยระยะเริ่มแรก เข้าสู่กระบวนการรักษาให้มากขึ้น จนสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมได้

คำสำคัญ : การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม การคลำเต้านมด้วยมือ การตรวจเต้านมด้วยเครื่อง

Abstract

This research aimed to study the results of breast cancer screening for women aged 30-70 years by manual palpation combined with ultrasound examination and study guidelines for breast cancer screening using ultrasound of Kamphaeng Phet Province. This is a mixed-method research. The samples were 439 women aged 30-70 years in Kamphaeng Phet Province who came to receive the breast cancer screening project using a mobile mammogram (Mammogram) by purposive sampling. Collect data by the risk factor screening form Breast examination record, satisfaction questionnaire of service recipients, and service providers In-depth interview. Data was analyzed using descriptive statistics.

The results showed that the samples had an average age of 49.82 years old. The risk factors were low level ($\bar{X} = 1.10$, $SD=0.25$), abnormal results of breast self-examination were 35.5%, and abnormal ultrasound examinations were 83.8%. (76.63% were cysts and 23.37%) were solid. Recommendations from the study should be screening by ultrasound examination more than by manual palpation. Therefore, ultrasound should be together with a manual for screening and confirming breast cancer, increasing detection efficiency earlier, and saving life.

Keywords : Breast cancer screening, Manual breast palpation, Breast examination using a machine

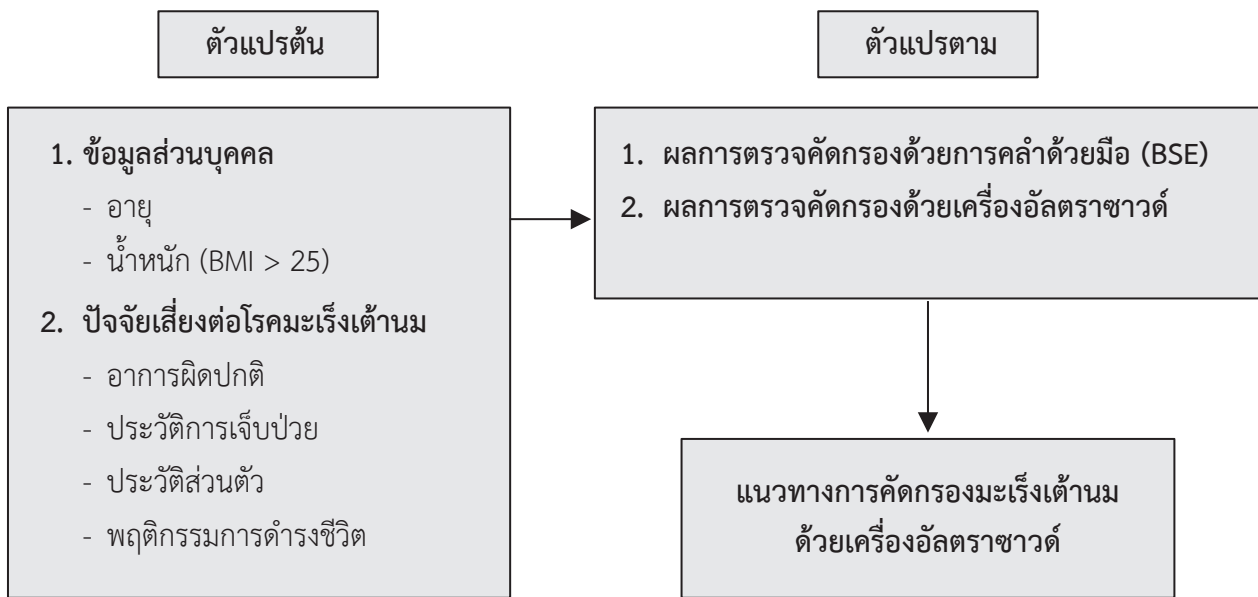
บทนำ

โรคมะเร็งเต้านม เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก และมีความรุนแรงมากขึ้น ในปี ค.ศ. 2018 สตรีประมาณ 627,000 คน เสียชีวิตด้วยมะเร็งเต้านมซึ่งประมาณ 15% ของสาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งทั้งหมดของสตรี⁽¹⁾ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ประมาณการอุบัติการณ์มะเร็งเต้านมปรับมาตรฐานอายุ (Age Standardized Rate หรือ ASR) ทั่วโลก เท่ากับ 46.3 ต่อแสนประชากร อัตราการตาย 13.0 ต่อแสนประชากร⁽²⁾ องค์การอนามัยโลก รายงานว่าปัจจุบันพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ทั่วโลกประมาณ 2.3 ล้านคน เสียชีวิตราว 685,000 คนต่อปี⁽³⁾ ในประเทศไทยข้อมูลทะเบียนมะเร็งปีพ.ศ.2561 พบว่ามีสตรีที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่คิดเป็นร้อยละ 40.8 ของโรคมะเร็งในสตรีทั้งหมด ที่เป็นมะเร็ง ปีพ.ศ. 2563 พบอุบัติการณ์โรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ 37.8 ต่อหญิงไทยแสนคน พบว่าอัตราการตายของโรคมะเร็งเต้านม คิดเป็น 12.7 ต่อประชากรแสนคน คิดเป็นการสูญเสียปีสุขภาวะจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ด้วยโรคมะเร็งเต้านม ถึง 125,000ปี⁽⁴⁾ เขตสุขภาพที่ 3 พบข้อมูลการตายด้วยโรคมะเร็งเต้านม ปีพ.ศ. 2561-2565 อัตราตาย 13.75, 14.82, 16.44, 15.31 และ 16.78 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽⁵⁾ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จังหวัดกำแพงเพชร พบข้อมูลการตายด้วยโรคมะเร็งเต้านม ปีพ.ศ. 2561-2565 อัตราตาย 5.90, 8.26, 8.27, 5.60 และ 4.49 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ มีแนวโน้มลดลง แต่พบอัตราป่วยโรคมะเร็งเต้านม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปีพ.ศ. 2561-2565 อัตราป่วย 17.56, 22.44, 16.81, 17.50 และ

27.60 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ในขณะที่อัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรี อายุ 30-70 ปี จังหวัดกำแพงเพชรตรวจด้วยตนเอง ผลงานผ่านเกณฑ์เป้าหมายทุกปี เฉลี่ยร้อยละ 88.14 ตรวจโดยเจ้าหน้าที่ ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทุกปีเช่นเดียวกัน เฉลี่ยร้อยละ 91.26 แต่การค้นพบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ระยะแรก ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายทุกปี เฉลี่ยร้อยละ 57.365 เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว จังหวัดกำแพงเพชร จึงได้สมัครเข้าร่วมโครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้ายา ต้านภัยมะเร็งเต้านม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 เป็นต้นมา และในปี พ.ศ. 2559 จังหวัดกำแพงเพชรได้รับพระราชทานเครื่อง Portable Ultrasound จากมูลนิธิถันยรักษ์ จากการประเมินพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีไทยภายใต้โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้ายา ต้านภัยมะเร็งเต้านม ปีพ.ศ. 2561 ผลการประเมินจังหวัดกำแพงเพชรพบว่าสตรีอายุ 30-70 ปี มีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (ดูด้วยตาและคลำด้วยมือ) ไม่ถูกต้อง ร้อยละ 77.5 แสดงให้เห็นว่าการพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกน้อย เกิดจากทักษะการคลำเต้านมด้วยมือไม่มีประสิทธิภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ร่วมกับ Service Plan สาขา มะเร็ง จึงได้นำเครื่อง Portable Ultrasound พระราชทานจัดอบรมแพทย์ ให้สามารถตรวจอัลตราซาวด์เต้านมได้และขยายการอบรมการตรวจเต้านมด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ไปในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคัดกรองมะเร็งเต้านม และจัดทำแนวทางการส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยก่อนที่เต้านมเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการวินิจฉัยลดระยะเวลาการรอคอย

การรักษา ลดอัตราการตายจากมะเร็งเต้านมได้ ดังนั้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องตามหลักวิชาการ จึงได้ดำเนินการศึกษา ผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมสตรีด้วยการคลำด้วยมือร่วมกับตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ จังหวัดกำแพงเพชร เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งเต้านมจังหวัดกำแพงเพชรต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย



การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัย แบบผสมผสาน (Mixed Method)

ประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษาผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมสตรีอายุ 30-70 ปี ด้วยการคลำด้วยมือร่วมกับตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ และเพื่อกำหนดแนวทางการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ จังหวัดกำแพงเพชร ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 วิจัยเชิงปริมาณ

ดำเนินการสำรวจ โดยใช้แบบสอบถามเพื่อ ศึกษาผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม สตรีอายุ 30-70 ปี ที่มารับบริการโครงการคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเครื่องเอกซเรย์เต้านมเคลื่อนที่ (Mammogram) ในสตรีกลุ่มเสี่ยง และด้อยโอกาส เฉลิมพระเกียรติ 70 พรรษา จังหวัด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมสตรีอายุ 30-70 ปี ด้วยการคลำด้วยมือร่วมกับตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ จังหวัดกำแพงเพชร ในปี พ.ศ. 2565
2. เพื่อศึกษาแนวทางการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ จังหวัดกำแพงเพชร

กำแพงเพชร ปีพ.ศ.2565 และประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ทุกหน่วยบริการ ในการให้บริการตรวจเต้านมด้วยเครื่องอัลตราซาวด์

ระยะที่ 2 วิจัยเชิงคุณภาพ

ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้บริหาร และผู้รับผิดชอบโครงการ รวมทั้งสิ้น 7 คน โดยสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) แบบตัวต่อตัว (Face-to-Face) โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบ กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Selection Interview) เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้บริหาร และผู้รับผิดชอบโครงการต่อการจัดบริการการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องอัลตราซาวด์จังหวัดกำแพงเพชร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เชิงปริมาณ ประชากร เป็นสตรีไทยอายุ 30-70 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดกำแพงเพชร เข้าร่วมโครงการคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเครื่องเอกซเรย์เต้านมเคลื่อนที่

(Mammogram) ในสตรีกลุ่มเสี่ยงและด้อยโอกาสเฉลิมพระเกียรติ 70 พรรษา จังหวัดกำแพงเพชร ในปี 2565 จำนวน 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอลานกระบือ อำเภอพรานกระต่าย อำเภอโกสัมพีนคร อำเภอลองลาน และอำเภอทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 43,595 คน ขนาดตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง Sample Size for Frequency in a Population Sample size $n = [DEFF * Np(1-p)] / [(d^2/Z^2(1-\alpha)/2 * (N-1) + p * (1-p))]$ ⁽⁶⁾ ค่าความเชื่อมั่น ร้อยละ 95.00 ได้กลุ่มตัวอย่าง 381 ตัวอย่าง ป้องกันความผิดพลาด ร้อยละ 20.00 ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างคือ 457 คำนวณหาสัดส่วน (Probability proportional to Size - PPS) ตามสัดส่วนขนาดของประชากรในแต่ละอำเภอ แล้วจึงทำการเลือกตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างที่ข้อมูลครบถ้วน จำนวน 439 ตัวอย่าง ซึ่งคุณภาพกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดกำแพงเพชร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทรายทองวัฒนา หัวหน้ากลุ่มบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลคลองลาน ผู้รับผิดชอบโครงการโรงพยาบาลลานกระบือ โรงพยาบาลพรานกระต่าย และโรงพยาบาลโกสัมพีนคร จำนวน 7 คน

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ของมูลนิธิกาญจนบารมี เป็นแบบฟอร์มที่ใช้ในการดำเนินงานโครงการของมูลนิธิกาญจนบารมี
2. แบบฟอร์มข้อมูลผู้มารับบริการตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ (Targeted Ultrasound) ของมูลนิธิถันยรักษ์ เป็นแบบบันทึกข้อมูลการตรวจเต้านมที่ใช้ในคู่มืออบรมการตรวจอัลตราซาวด์เต้านมเฉพาะจุด
3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้บริหาร และผู้รับผิดชอบโครงการคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเครื่องเอกซเรย์เต้านมเคลื่อนที่ (Mammogram) ในสตรีกลุ่มเสี่ยงและ

ด้อยโอกาสเฉลิมพระเกียรติ 70 พรรษา จังหวัดกำแพงเพชร ในปี 2565

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยนำโครงการวิจัย เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ได้รับอนุญาตการทำวิจัยจากคณะกรรมการดังกล่าว เลขที่โครงการ 66 02 09 ลงวันที่ 18 กรกฎาคม 2566

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. รวบรวมข้อมูลโดยการสอบถาม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 439 คน โดยใช้แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ของมูลนิธิกาญจนบารมี สอบถามและตรวจเต้านมด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ตามแบบฟอร์มข้อมูลผู้มารับบริการตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ (Targeted Ultrasound) ของมูลนิธิถันยรักษ์
2. สัมภาษณ์เชิงลึก ผู้บริหาร และผู้รับผิดชอบโครงการ จำนวน 7 คน
3. รวบรวมตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสังเกต สันทนา และสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

สตรีอายุ 30-70 ปีที่มารับบริการส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 92.0 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 39.2 การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 83.4 มีค่า BMI ระหว่าง 25-29.99 (อ้วนระดับ 1) ร้อยละ 36.2 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 45.6 รายได้น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 53.8 ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (n=439)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
สถานะภาพ		
- โสด	35	8.0
- สมรส	404	92.0
อายุ (\bar{X}=49.82, S.D.=8.9)		
- 30 – 39 ปี	51	11.6
- 40 – 49 ปี	160	36.4
- 50 – 59 ปี	172	39.2
- 60 – 70 ปี	56	12.8
ระดับการศึกษา		
- ต่ำกว่าปริญญาตรี	366	83.4
- ปริญญาตรี	73	16.6
BMI (\bar{X}=25.26, S.D.=4.37)		
- ต่ำกว่า 18.5 (ผอม)	13	3.0
- 18.5 – 22.99 (ปกติ)	120	27.3
- 23 – 24.99 (น้ำหนักเกิน)	97	22.1
- 25 – 29.99 (อ้วนระดับ1)	159	36.2
- มากกว่า 30 (อ้วนระดับ2)	50	11.4
อาชีพ		
- รับราชการ	74	16.9
- ค้าขาย	31	7.1
- เกษตรกรรม	200	45.6
- แม่บ้าน	47	10.7
- อื่นๆ	87	19.8
รายได้		
- น้อยกว่า 10,000 บาท	236	53.8
- 10,000 - 30,000 บาท	107	24.4
- 30,000 บาทขึ้นไป	96	21.9

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยเสี่ยงรายด้าน (n=439)

ปัจจัยเสี่ยงรายด้าน	ระดับความเสี่ยง		
	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
1. อาการผิดปกติ	1.01	.13	ต่ำ
2. ประวัติการเจ็บป่วย	1.01	.11	ต่ำ
3. ประวัติส่วนตัว	1.11	.32	ต่ำ
4. พฤติกรรมการดำรงชีวิต	1.28	.45	ต่ำ
รวม	1.10	.25	ต่ำ

จากตารางที่ 2 พบว่าการคัดกรอง ปัจจัยเสี่ยงทั้ง 4 ด้านมีระดับต่ำ โดยพบว่า ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม การดำรงชีวิตมีความเสี่ยงสูงกว่าด้านอื่นๆ ($\bar{X} = 1.28$, S.D.=.45) ปัจจัยเสี่ยงด้านประวัติส่วนตัว, อาการผิดปกติ

และประวัติความเจ็บป่วย มีความเสี่ยงในระดับรองลงมา ตามลำดับ ($\bar{X}=1.11$, S.D.=.32, $\bar{X}=1.01$, S.D.=.13) ($\bar{X}= 1.01$, S.D.=.11)

ตาราง 3 ผลการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (n=439)

ผลการตรวจ	จำนวน	ร้อยละ
-ปกติ	292	66.5
-ผิดปกติ (พบก้อน)	147	33.5

จากตารางที่ 3 พบผลปกติร้อยละ 66.5 ผิดปกติร้อยละ 33.5

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละ และขนาดก้อนผิดปกติที่คลำได้ ของคนที่คลำเต้านมด้วยตนเอง และพบก้อน (n=147)

ขนาดก้อน (CM.)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
0.5	79	53.74
1	56	38.1
2	10	6.8
4	1	0.68
6	1	0.68

จากตารางที่ 4 พบว่า ขนาดก้อนโดยประมาณที่คลำพบ 0.5 เซนติเมตร ร้อยละ 53.74 (79 คน) รองลงไปมีขนาด 1 เซนติเมตร ร้อยละ 38.1 (56 คน)

ตาราง 5 การตรวจเต้านมด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ (n=439)

ผลการตรวจ	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ	71	16.2
ผิดปกติ	368	83.8

จากตารางที่ 5 พบผลปกติร้อยละ 16.2 ผิดปกติร้อยละ 83.8

ตารางที่ 6 ชนิดก้อนที่พบจากการตรวจเต้านมด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ (n=368)

ผลการตรวจ	จำนวน	ร้อยละ
cyst	282	76.63
solid	86	23.37

จากตารางที่ 6 พบว่าตรวจเต้านมด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ เป็นCyst ร้อยละ 76.63 เป็นSolid ร้อยละ 23.37

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ของก้อน ที่ตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์พบผิดปกติ (n=368)

ขนาดก้อน (CM.)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- 0 – 1 cm.	298	80.97
- 1.01 – 2 cm.	57	15.49
- 2.01 – 3 cm.	10	2.72
- มากกว่า 3 cm.	3	0.82

จากตารางที่ 7 พบว่า ก้อนที่ตรวจพบ มีขนาด 0 – 1.0 เซนติเมตร ร้อยละ 80.97

ตอนที่ 4 สรุปผลการสัมภาษณ์เชิงลึก

1. ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานการคัดกรองมะเร็งเต้านมสตรีอายุ 30-70 ปี ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบโครงการมีความคิดเห็นว่ายโยบายกระทรวงสาธารณสุขมีความเหมาะสม ในการดำเนินงาน และควรส่งเสริมความรู้และสร้างความตระหนักในสตรีตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป

2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ด้วยการคลำด้วยมือ (BSE) มีความเชื่อว่าการคลำอย่างถูกวิธี และคลำอย่างสม่ำเสมอ จะสามารถค้นพบก้อนที่ผิดปกติที่เต้านมได้แต่ปัญหาที่พบ ส่วนใหญ่พบว่า สตรีมักจะคลำไม่ถูกวิธี และคลำไม่สม่ำเสมอ จึงไม่สามารถค้นพบมะเร็งระยะแรก สำหรับการคลำด้วยมือ เพื่อตรวจยืนยันโดยเจ้าหน้าที่ (CBE) ต้องใช้ประสบการณ์ เพื่อให้เกิดความชำนาญจึงจะสามารถวินิจฉัยได้ว่าก้อนที่คลำได้นั้น เป็นก้อนที่ผิดปกติหรือไม่ ผู้บริหารบางท่านยังตั้งข้อสังเกตในเรื่องความน่าเชื่อถือของผลงานที่ปรากฏในรายงาน HDC

3. ความคิดเห็นเรื่องการตรวจเต้านมด้วยเครื่องอัลตราซาวด์นั้นผู้บริหารและผู้รับผิดชอบโครงการมีความเห็นไปในทางเดียวกันว่าเป็นวิธีการที่ดี สามารถระบุความผิดปกติได้ชัดเจนเป็นการใช้ทรัพยากรที่ราคา ไม่สูงมาก สามารถเข้าถึงได้ง่าย แต่มีข้อจำกัด จำนวนเครื่องไม่เพียงพอ และมีภาระงานเพิ่มมากขึ้น

สรุป ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก

ยังไม่เหมาะสมที่จะนำเครื่องอัลตราซาวด์มาคัดกรองแทนการคลำด้วยมือ (BSE) ควรนำเครื่องอัลตราซาวด์มาใช้ตรวจยืนยันแทนการตรวจด้วยมือโดยเจ้าหน้าที่ (CBE) โดยมีการบริหารจัดการเรื่องเครื่องอัลตราซาวด์ให้เหมาะสม ควรคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องอัลตราซาวด์สตรีที่จะมารับบริการโครงการคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยเครื่องเอกซเรย์เต้านมเคลื่อนที่ (Mammogram) ในสตรีกลุ่มเสี่ยงและด้อยโอกาสเฉลิมพระเกียรติฯ เพื่อให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้าถึงการคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยเครื่องเอกซเรย์เต้านมเคลื่อนที่ (Mammogram) ได้มากขึ้น

การอภิปรายผลการศึกษา

สตรีไทยอายุ 30-70 ปี ที่มารับบริการโครงการคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเครื่องเอกซเรย์เต้านมเคลื่อนที่ (Mammogram) ในสตรีกลุ่มเสี่ยงและด้อยโอกาสเฉลิมพระเกียรติ 70 พรรษาจังหวัดกำแพงเพชร ในปี 2565 อายุเฉลี่ย 49.82 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 39.17 รองลงมา อายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 36.45 ทั้งนี้จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของอายุกับการตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ พบก้อนผิดปกติ ในช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 40-49 ปี และ 50-59 ปี จำนวน 136 คน และ 135 คน คิดเป็นร้อยละ 30.98 และ 30.75 ตามลำดับ สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านม^(7,8) ที่เริ่มพบได้บ่อยตั้งแต่อายุ 40-50 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีค่า BMI 25-29.99 (อ้วนระดับ 1) ร้อยละ 36.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของ BMI กับการตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์พบก้อนผิดปกติในกลุ่มตัวอย่างที่มี BMI 25-29.99 (อ้วนระดับ 1) จำนวน 127 คน คิดเป็นร้อยละ 28.91 สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านม^(8,9) กล่าวว่าดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 25 พบว่าหญิงวัยหมดประจำเดือนที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 10 กิโลกรัม มีโอกาสเกิดมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นร้อยละ 18 ผลการศึกษาปัจจัยเสี่ยงการเกิดมะเร็งเต้านมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ อาการผิดปกติ, ประวัติการเจ็บป่วย, ประวัติส่วนตัว และพฤติกรรมการดำรงชีวิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยเสี่ยงทั้ง 4 ด้านโดยรวมในระดับต่ำ ($\bar{X}=1.10, SD=0.25$) โดยพบว่าส่วนใหญ่มีก้อนที่เต้านมหรือใต้รักแร้ ผลการตรวจเต้านมด้วยการคลำด้วยมือด้วยตนเอง พบผลผิดปกติ (พบก้อน) ร้อยละ 35.5 ขนาดก้อนโดยประมาณที่คลำพบ 0.5 เซนติเมตร ร้อยละ 53.74 ซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ผู้ป่วยคลำพบก้อนที่เต้านม (90%) โดยเฉลี่ยแล้ว ก้อนที่คลำได้ในคนที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ มักมีขนาดเฉลี่ยประมาณ 2 ซม. และ ขนาด 3-5 ซม. ในคนที่ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง^(10,11) ทั้งนี้อาจเกิดความคลาดเคลื่อนได้เพราะเป็นการคาดคะเนของผู้ป่วยเอง อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงรายข้อกับผลการตรวจเต้านมด้วยเครื่องอัลตราซาวด์พบก้อนผิดปกติ

พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีก้อนที่เต้านม หรือใต้รักแร้ จำนวน 361 คน เมื่อตรวจอัลตราซาวด์พบก้อนผิดปกติ ร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างเคยเป็น cyst ที่เต้านม มีการแบ่งตัวของเซลล์ผิดปกติ 16 คน ตรวจอัลตราซาวด์พบก้อนผิดปกติ 15 คน (ร้อยละ 93.75) กลุ่มตัวอย่างที่มีแม่ พี่สาว น้องสาว เป็นมะเร็งเต้านม หรือมะเร็งรังไข่ จำนวน 26 คน ตรวจอัลตราซาวด์พบก้อนผิดปกติ 24 คน (ร้อยละ 92.31) กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป 383 คน ตรวจอัลตราซาวด์พบก้อนผิดปกติ 314 คน (ร้อยละ 81.98) กลุ่มตัวอย่างที่ดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ 137 คน ตรวจอัลตราซาวด์พบก้อนผิดปกติ 108 คน (ร้อยละ 78.83) และมีกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ จำนวน 1 คน เมื่อตรวจอัลตราซาวด์พบว่า มีก้อนผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 100

สำหรับผลการตรวจเต้านมด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 439$ คน) พบผิดปกติ ร้อยละ 83.8 ในขณะที่ผลการตรวจเต้านมด้วยการคลำด้วยมือด้วยตนเอง พบผลผิดปกติ (พบก้อน) ร้อยละ 35.5 จะเห็นว่าการตรวจเต้านมด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ สามารถค้นหาความผิดปกติของเต้านมได้มากกว่าการคลำด้วยมือ 2.36 เท่า ชนิดความผิดปกติ ที่พบในกลุ่มตัวอย่าง เป็น Cyst ร้อยละ 76.63 เป็น Solid ร้อยละ 23.37 ขนาดก้อนที่ตรวจพบส่วนใหญ่มีขนาด 0-1.0 เซนติเมตร ร้อยละ 84.1 สอดคล้องกับโรคในเต้านมที่พบถุงน้ำ (cyst) ใน เต้านม เป็นภาวะที่พบได้บ่อยมาก อาจพบได้ถึง 20-50%⁽¹²⁾

ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้สัมภาษณ์ทุกท่านยังเห็นความจำเป็นของการตรวจเต้านมด้วยตนเองด้วยการคลำด้วยมือ แต่ควรฝึกทักษะให้ถูกต้องและกระตุ้นเตือนให้ตรวจอย่างสม่ำเสมอเพิ่มความชำนาญ เห็นควรนำเครื่องอัลตราซาวด์มาตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันมะเร็งเต้านม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในระยะเริ่มแรก มาเข้าสู่กระบวนการรักษามากขึ้น จนสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ควรสร้างความรอบรู้เรื่องมะเร็งเต้านม ให้สตรีทุกคนแม้ไม่มีปัจจัยเสี่ยง ให้การตรวจเต้านมด้วยตนเองถือเป็นเรื่องส่วนบุคคลที่ต้องมีความตระหนัก และใส่ใจที่คล้ายอย่างถูกวิธี และคล้ายอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน จึงจะสามารถค้นพบก้อนที่ผิดปกติที่เต้านมได้

2. ควรสนับสนุนให้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมตนเองด้วยการคลำด้วยมือ (BSE) และการตรวจยืนยันโดยเจ้าหน้าที่ด้วยวิธีการคลำด้วยมือ (CBE) ในสถานบริการที่ไม่มีความพร้อมเรื่องบุคลากรและเครื่องอัลตราซาวด์

3. ควรนำเครื่องอัลตราซาวด์มาช่วยตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในระยะเริ่มแรก เข้าสู่กระบวนการรักษามากขึ้น

4. ควรมีการนำรูปแบบการคัดกรองมะเร็งเต้านมสตรีอายุ 30-70 ปี ด้วยการคลำด้วยมือร่วมกับตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ ไปใช้ในจังหวัดกำแพงเพชรให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และจังหวัดอื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

5. ควรมีการสร้างเครือข่ายการดำเนินงานร่วมกับท้องถิ่น องค์กรบริหารส่วนจังหวัด เข้ามามีส่วนร่วมและสนับสนุนให้มีการใช้เครื่องอัลตราซาวด์ในการคัดกรองและตรวจยืนยันมะเร็งเต้านมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในระยะเริ่มแรก เข้าสู่กระบวนการรักษามากขึ้น จนสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพการตรวจเต้านมด้วยเครื่องอัลตราซาวด์โดยบุคลากรที่ผ่านการอบรมกับแพทย์เฉพาะทางหรือการตรวจด้วยเครื่องมือโมแกรม เพื่อประเมินทักษะความแม่นยำ

2. ศึกษาผลของการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งเต้านมที่ขับเคลื่อนโดยเยาวชนในจังหวัดกำแพงเพชร

3. ศึกษาผลการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งเต้านมภายใต้บริบทการถ่ายโอนสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer [Internet]. 2020. [cited 2023 09 10]. Available from: <http://tcb.nci.go.th/CWEB/cwebBase.do?mode=initialApplication>.
2. Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. Global

- cancer statistics. GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a Cancer Journal for Clinicians 2018;68: 394-424.
3. สมศักดิ์ อรรถศิษฐ์. กรมการแพทย์เผยภัยของมะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับ 1 ของมะเร็งในผู้หญิงไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2022/03/24791>.
 4. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: นิเวศรรมดาการพิมพ์; 2562.
 5. ธัญรัช ทิพย์วงษ์. แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ. ลดป่วย ลดตาย จากโรคมะเร็ง (Cancer) เขตสุขภาพที่ 3 รอบที่ 2/2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 5 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://inspection.moph.go.th/e-inspection/>
 6. Sullivan KM. Sample size for a proportion or descriptive study [Internet]. 2019 [cited 2023 09 10]. Available from: <https://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm>
 7. มุลนิธิกาญจนบารมี. แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 25 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.kanjanabaramee.org/download/>
 8. มุลนิธิกาญจนบารมี. รายงานผลโครงการคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยเครื่องเอกซเรย์เต้านมเคลื่อนที่ (Mammogram) ในสตรีกลุ่มเสี่ยงและด้อยโอกาสระหว่าง พ.ศ.2557-2562. ม.ป.ท.: 2562.
 9. วรเศรษฐ์ สายฝน. รู้จักมะเร็งเต้านม [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.gj.mahidol.ac.th/main/knowledge-2/breast-cancer/>
 10. พรชัย โอเจริญรัตน์. ระยะของโรคมะเร็งเต้านม [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 25 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.medpar-khospital.com/disease-and-treatment/stage-of-breast-cancer>
 11. หะสัน มุหาหมัด. ระยะของมะเร็งเต้านม [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 21 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaibreastcancer.com/ca-131/>
 12. ทิชากร ศรีอนุชาต, เฉลิมเดช กรรณวัฒน์, ญัฐฉิณี เอี่ยมสวัสดิกุล, มณฑนรร์ห์ ศรีวนิชย์, วิภาวรรณ อภิวัต, ถัสนรร์ห์ เลิศดำรงค์เดช, และคณะ. คู่มืออบรมการตรวจอัลตราซาวด์เต้านมเฉพาะจุด. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.2562.

ข้อเสนอแนะการเขียนบทความทางวิชาการ (นิพนธ์ต้นฉบับ/กรณีศึกษา) เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่

วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

ดร. ธาณี โชติภักดิ์, อุษา จันทร์กลิ่น และ อัจฉนา เจริญชัย *

เอกสารฉบับนี้ เขียนขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางแก่ผู้ที่มีความสนใจในการเขียนบทความทางวิชาการ เพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

บทความทางวิชาการ หมายถึง บทความที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอความรู้ มุมมอง เนื้อหาที่แสดงข้อเท็จจริง ข้อความรู้ทางวิชาการเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือต่อยอดความรู้จากความรู้เดิมในสาขาวิชาใดวิชาหนึ่ง โดยเฉพาะ อาจได้มาจากการเรียบเรียงจากหนังสือหรือการวิจัย ผู้เขียนเสนอเนื้อหาสาระทางวิชาการ และแสดงความคิดเห็นเชิงวิเคราะห์ วิวิจารณ์ หรือเป็นการเสนอผลการวิจัย บทความทางวิชาการเมื่อเขียนขึ้นโดยนักวิชาการและนักวิจัยแล้ว จะถูกนำออกมาเผยแพร่ในวงวิชาการ การเผยแพร่ที่สำคัญคือ การตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารทางวิชาการ และการนำเสนอในประชุมทางวิชาการ สำหรับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารทางวิชาการที่มีคุณภาพนั้น บทความจะต้องถูกตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา หรือ peer reviewer เพื่อพิจารณาว่าบทความนั้นมีคุณภาพและมีคุณค่าหรือไม่ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงบทความให้ดีขึ้น สรุปความสำคัญของบทความทางวิชาการได้ดังนี้

1) เป็นการเผยแพร่ความรู้สู่วงวิชาการและสังคม เนื่องจากผู้อ่านสามารถเข้าถึงบทความทางวิชาการได้ง่ายกว่างานวิจัยทั้งเล่ม หรือวิทยานิพนธ์ทั้งฉบับ อีกทั้งวารสารสมัยใหม่มักเข้าถึงได้ทางอินเทอร์เน็ต คือเป็นวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (e-journal)

2) เป็นการประกันคุณภาพมาตรฐานทางวิชาการ กล่าวคือ มีการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิก่อนได้รับการตีพิมพ์ ขณะเดียวกัน วารสารทางวิชาการก็ถูกตรวจสอบคุณภาพมีการจัดอันดับวารสาร และการขึ้น “บัญชีดำ” วารสารที่ “หลอกลวง” ผู้เขียน

3) เป็นการสร้างเครือข่ายทางวิชาการแก่นักวิชาการตีพิมพ์บทความในวารสารหรือการนำเสนอบทความในการประชุมวิชาการ ทำให้นักวิชาการรู้ว่าใครที่สนใจในเรื่องเดียวกันสามารถติดต่อสร้างความสัมพันธ์เกิดเป็นเครือข่ายทางวิชาการต่อไป

4) เป็นการสร้างชื่อเสียงให้แก่สถาบันที่นักวิชาการสังกัดเนื่องจากผลงานวิจัยมีโอกาสดูถูกเห็น และถูกอ้างอิงโดยนักวิชาการคนอื่นในสถาบันอื่น

5) เป็นการสร้างชื่อเสียงและผลงานให้แก่ตัวนักวิชาการเอง ผลงานตีพิมพ์ ผลงานนำเสนอในการประชุมวิชาการ (จำนวนครั้งในการถูกนำไปอ้างอิงต่อ) เป็นตัวชี้วัดคุณภาพและปริมาณงานของอาจารย์ รวมทั้งเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาตำแหน่งทางวิชาการ สำหรับข้าราชการ

*กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร

การเขียนบทความวิจัยในสาขาลังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์

โครงสร้างของบทความวิจัย สำหรับการตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการ ภาษาไทย มีความยาวประมาณ 15 หน้ากระดาษ A4 ส่วนบทความภาษาอังกฤษสำหรับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับนานาชาติ มักกำหนดความยาวเป็นจำนวนคำ ประมาณ 4,000-7,000 คำ โครงสร้างของบทความของวารสารทั้ง 2 ประเภท มีลักษณะเหมือนกัน คือแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ ส่วนนำ ได้แก่ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน สังกัดและสถานที่ติดต่อของผู้เขียน

บทความย่อทั้งภาษาไทยและอังกฤษ คำสำคัญ ส่วนเนื้อหา ได้แก่ บทนำ วัตถุประสงค์การวิจัย แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องรวมทั้งกรอบแนวคิดในการวิจัยวิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย (ข้อค้นพบ การสรุปการอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ) ส่วนอ้างอิง ได้แก่ เอกสารอ้างอิง (ไม่ใช่บรรณานุกรม) และภาคผนวก การเขียนบทความในแต่ละส่วน จัดลำดับดังต่อไปนี้

ชื่อเรื่อง (Title)

ชื่อเรื่อง คือสิ่งที่บอกเนื้อหาของบทความในเรื่องด้วยคำเพียงไม่กี่คำ เป็นสิ่งที่กระตุ้นความสนใจให้คนอื่นต้องการอ่านบทความของเรา ควรมีความกระชับ ตรงกับเนื้อเรื่อง⁽¹⁾ Perry กล่าวว่า ชื่อเรื่องที่ดี ควรมีลักษณะกระตุ้นความสนใจของผู้อ่าน ไม่พยายามทำให้ดู “ฉลาด” หรือ “น่ารัก หรือ เท่” จนเกินไป ต้องบ่งชี้ถึงประเด็นหลักของบทความ ต้องไม่สร้างความคาดหวังผิดๆ ที่เกินเลยไปจากบทความคำสำคัญบางคำควรปรากฏในชื่อเรื่องด้วย ชื่อบทความควรพยายามตอบคำถาม What ผู้เขียนจะวิจัยอะไร / How วิจัยอย่างไร / With whom กลุ่มเป้าหมายของการวิจัยคือใคร Where/in what context ทำวิจัยที่ไหน หรือในบริบทใด ในการตอบคำถามดังกล่าวข้างต้น Grobe⁽²⁾ ได้เสนอโครงสร้างของชื่อเรื่องดังนี้ Theme หลักหรือประเด็นหลักของการวิจัย : การออกแบบวิจัย+ ประชากรเป้าหมาย+ พื้นที่วิจัย ดังตัวอย่างต่อไปนี้ : *ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลดงตะขบ อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร*

บทคัดย่อ (Abstract)

บทคัดย่อ คือ บทสรุป (summary) ของบทความ มีขนาดความยาวประมาณ 200-350 คำ ส่วนใหญ่ผู้อ่านจะอ่านบทคัดย่อก่อนเพื่อตัดสินใจว่าจะอ่านบทความทั้งบทความหรือไม่ นอกจากนี้วารสารออนไลน์ที่ไม่ใช่ระบบ open access รวมทั้งฐานข้อมูลวารสารบางฐานจะเสนอเฉพาะบทคัดย่อของบทความเท่านั้น (หากต้องการอ่านทั้งบทความจะต้องจ่ายเงิน ถ้าไม่ได้เป็นสมาชิกวารสาร) ดังนั้น บทคัดย่อจึงมีความสำคัญมาก เปรียบเสมือน “โฆษณา” ของงานวิชาการของเรา⁽³⁾ รวมทั้งสถาบันของเรา การเขียนบทคัดย่อที่ดีจึงสำคัญมากปัญหาส่วนใหญ่ของบทคัดย่อคือมักมีการเขียนแบบทั่วๆไปเกินไป บางครั้ง

ใช้พื้นที่กับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา มากเกินไป ข้อค้นพบมีน้อยเกินไป บอกแต่เพียงว่า “จะ” นำเสนอเรื่องอะไรบ้างกว้างๆ รวมทั้งมักไม่ชี้ให้เห็นถึงข้อค้นพบใหม่ที่ทำให้บทความนี้ มีความสำคัญและควรได้รับความสนใจบทความที่ดี ควรมีองค์ประกอบต่อไปนี้⁽²⁾

องค์ประกอบที่ 1 : บทคัดย่อควรเริ่มด้วย theme sentence เพื่อให้ผู้อ่านรู้ถึงประเด็นหลักในภาพรวมที่บทความนี้จะนำเสนอ ประโยคนำนี้ควรดึงความสนใจของผู้อ่าน

องค์ประกอบที่ 2 : กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

องค์ประกอบที่ 3 : กล่าวถึงความสำคัญของการศึกษาในเชิงทฤษฎี และ/หรือการนำไปใช้ประโยชน์

องค์ประกอบที่ 4 : กล่าวถึงวิธีวิจัย

องค์ประกอบที่ 5 : สรุปข้อค้นพบหลัก

องค์ประกอบที่ 6 : กล่าวถึงข้อเสนอใหม่ (argument) หรือคุณูปการ (contribution) ที่งานวิจัยนี้มีต่อองค์ความรู้เดิมที่มีอยู่ เช่น การเติมเต็มช่องว่างของความรู้ ขยายขอบเขตของความรู้ หรือยืนยันองค์ความรู้เดิมในบริบทที่แตกต่างออกไป เป็นต้น

องค์ประกอบที่ 7 : อาจกล่าวถึงข้อเสนอแนะเชิงนโยบายหรือการบริหาร/การจัดการ/การพัฒนา นอกจากองค์ประกอบทั้ง 7 ประการข้างต้น ยังมีหลักสำคัญเพิ่มเติมว่าบทคัดย่อจะต้องไม่มีประเด็นอื่นที่ไม่ได้กล่าวถึงมาก่อนในบทความ มิใช่บทนำ ดังนั้น บทความจะต้องสมบูรณ์ในตัวเองแม้ไม่มีบทคัดย่อ บทคัดย่อมักเขียนโดยใช้ paragraph เดียว และสมบูรณ์ในตัวเอง (ผู้อ่านต้องอ่านแล้วสามารถเข้าใจได้ โดยไม่ต้องหาอ่านสิ่งใดเพิ่ม) บทคัดย่อต้องไม่มีตาราง รูปภาพ การอ้างอิงในเนื้อหาเกินกรณีเดียวคือ งานนี้ เป็นงานวิจัยที่ทำซ้ำกับงานวิจัยอื่นและผู้เขียนได้ระบุถึงการทำซ้ำนี้ในบทคัดย่อต้องมีการอ้างอิง

คำสำคัญ (Keywords) คำสำคัญในจำนวน 3-5 คำ จะต้องใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญนี้จะเป็นตัวดึงดูดความสนใจของผู้อ่านและเป็นคำค้นบทความในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ควรแสดงถึง สาขาวิชา (discipline) สาขาวิชาย่อย ประเด็นหลักแนวคิด/ทฤษฎี วิธีวิจัย บริบททางกายภาพ ของงานวิจัย ตัวอย่างคำสำคัญ คำสำคัญ : การจัดการขยะโดยชุมชน

เป็นฐาน ชุมชน ขยะมูลฝอยในเขตเทศบาล (community-based solid waste management, community, municipal solid waste)

บทนำ (Introduction)

บทนำ (ความยาวประมาณ 500-1000 คำ) เปรียบได้กับ “บทสรุปสำหรับผู้บริหาร” คือการทำให้ผู้อ่านเห็นภาพบทความอย่างรวบรัดและพอคาดหวังได้ว่าจะพบอะไรในบทความนั้นๆ ดังนั้น บทนำจะต้องสามารถกระตุ้นความสนใจของผู้อ่านต้องสามารถ “ขาย” งานวิจัยชิ้นนั้นได้⁽²⁾ บทนำมักเป็นส่วนที่ยากที่สุดในการเขียนบทความ บทนำที่ดีจะมีองค์ประกอบต่อไปนี้

องค์ประกอบที่ 1 : กล่าวถึงประเด็นหลัก (Theme) หรือหัวข้อหลัก (topic) ของงานวิจัย

องค์ประกอบที่ 2 : หลังจากกล่าวถึงประเด็นหลัก ก็กล่าวต่อไปถึงความสำคัญทางวิชาการหรือการใช้ประโยชน์ (ถ้ามีและสำคัญ) ผู้เขียนจะต้องพยายามชี้ชวนให้ผู้อ่านเห็นว่า ทำไมผู้อ่านจึงต้องอ่านหรือให้ความสำคัญกับบทความนี้

องค์ประกอบที่ 3 : สรุปสังเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัย) โดยเลือกงานชิ้นที่สำคัญและทันสมัยที่เกี่ยวข้องกับบทความ (ต้องมีการอ้างอิงในเนื้อหา)

องค์ประกอบที่ 4 : จากนั้นผู้เขียนจะต้องชี้ให้เห็นถึงช่องว่างของความรู้ ความไม่ชัดเจนไม่สอดคล้องกันหรือข้อกังขาในวรรณกรรมที่หยิบยกมา ซึ่งงานวิจัยนี้ต้องการเข้ามาเติมเต็มหรือตอบข้อกังขาดังกล่าว ผู้เขียนจะต้องอธิบายว่า งานวิจัยนี้ (หรือบทความนี้) มีคุณูปการหลัก (main contribution) อะไรที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่าน

องค์ประกอบที่ 5 : ชี้ให้เห็นถึงประเด็นที่สำคัญต่อไปของบทความ คือ ประเด็นปัญหาการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย บริบทของการวิจัย และหน่วยในการวิเคราะห์

องค์ประกอบที่ 6 : กล่าวถึงเค้าโครง (outline) ของการนำเสนอบทความ

วิธีวิจัย (Research Methods)

ส่วนที่ว่าด้วยวิธีวิจัยในบทความจะต้องระบุรูปแบบวิจัยหลัก เช่น การวิจัยเชิงปริมาณ การวิจัยเชิงคุณภาพ การวิจัยแบบผสมผสานวิธีการเชิงปริมาณและคุณภาพ

การวิจัยเชิงทดลอง เป็นต้น และระบุวิธีการดำเนินการวิจัยอย่างชัดเจน ผู้เขียนจะต้องอธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจว่า เพราะเหตุใดนักวิจัยจึงได้เลือกใช้วิธีวิจัยดังกล่าว คือเป็นการแสดงความเหมาะสมถูกต้องของการเลือกใช้ระเบียบวิธีวิจัยนั้นๆ การเขียนวิธีวิจัย จะต้องให้รายละเอียดเพียงพอที่ผู้อ่านสามารถประเมินได้ว่า วิธีการดังกล่าวมีความเหมาะสมและมีความน่าเชื่อถือ นอกจากนี้หากมีนักวิจัยที่ต้องการนำงานวิจัยนี้ไปทำซ้ำ ก็จะต้องสามารถทำได้จากการอ่านระเบียบวิธีวิจัย การยืนยันความเหมาะสมถูกต้องในการเลือกใช้ระเบียบวิธีวิจัย สามารถทำได้โดยอธิบายว่าการเลือกระเบียบวิธีนั้นๆ เพราะเป็นวิธีที่ปฏิบัติได้จริงมากที่สุดเมื่อดูจากวัตถุประสงค์ลักษณะของประชากรเป้าหมายและทรัพยากรในการวิจัยที่มีแต่จะต้องไม่ทำให้ข้อจำกัดของทรัพยากรเป็นเหตุผลหลักในการเลือกระเบียบวิธีวิจัยนั้นๆ ชี้ให้เห็นว่า นักวิจัยชั้นนำคนอื่นๆ ก็ได้ใช้วิธีวิจัยในแนวทางเดียวกัน (ด้วยวิธีการอ้างอิงงานเหล่านั้น) ชี้ให้เห็นว่าวิธีดำเนินการวิจัยที่เลือกใช้เป็นวิธีการที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุด (อาจใช้วิธีการอ้างอิงงานอื่นเพื่อยืนยัน)

ผลการวิจัย (Results)

การเขียนผลการวิจัยในบทความวิจัยนั้นไม่มีรูปแบบตายตัว ผู้เขียนจะต้องวางแผนการเขียนว่าจะนำเสนอข้อค้นพบของตนอย่างไร ที่สำคัญจะต้องสามารถตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้อย่างชัดเจนหากบทความนั้นมีข้อเสนอหลัก (argument) ก็จะต้องวางแผนการเขียนเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอหลักนั้นๆ อย่างชัดเจนด้วย ผู้เขียนสามารถเลือกว่า จะนำส่วนของอภิปรายผล (discussion) รวมไว้กับการเขียนข้อค้นพบหรือไม่ ในงานวิจัยที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณจะนิยมแยกการอภิปรายผลออกมาต่างหาก ส่วนงานวิจัยที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพสามารถรวมการอภิปรายผลไว้กับการเขียนข้อค้นพบได้หรือจะเขียนแยกกันก็ได้ในการวางแผนการเขียนนั้นควรทำในลักษณะการวางเค้าโครงการเขียน (outline) โดยการกำหนดหัวข้อหลักที่ต้องการนำเสนอ จากนั้นจึงกำหนดหัวข้อย่อยภายในหัวข้อใหญ่ โดยควรวางเค้าโครงให้ละเอียดหากจะมีการนำเสนอด้วยรูปภาพหรือตารางก็ระบุไว้ในเค้าโครงการเขียนด้วยในการเขียนบทความจำนวน 15 หน้า จากงานวิจัยที่มีขนาดความยาวมากกว่านั้น ผู้เขียนจะต้องใคร่ครวญให้ดีว่าจะนำเสนออะไรงานวิจัยที่

มี 2-3 วัตถุประสงค์ เมื่อนำมาเขียนเป็นบทความ อาจแยกย่อยเป็นได้เป็น 2-3 บทความหรือมากกว่านั้น แต่บทความจะต้องมีความสมบูรณ์ในตัวเอง ดังนั้น การวางแผนการนำเสนอจึงมีความสำคัญมาก

การอภิปรายผล (Discussion)

การอภิปรายผลเป็นส่วนที่มีความสำคัญมากในบทความวิจัย บางท่านกล่าวว่า เป็นส่วนที่มีความสำคัญมากที่สุด การอภิปรายผลเป็นส่วนสุดท้ายของบทความจึงมีผลต่อทัศนคติของผู้อ่านต่อบทความผู้เขียนแต่ละคน อาจมีแนวทางที่แตกต่างกันในการเขียนบทอภิปรายผล แต่นักวิชาการจำนวนหนึ่งระบุว่า ส่วนที่ว่าด้วยการอภิปรายผลควรมีเนื้อหาดังต่อไปนี้

สรุปวัตถุประสงค์ของบทความอีกครั้งหนึ่ง ยืนยันความสำคัญของงานวิจัยโดยกล่าวถึงคุณูปการ (contribution) ของการศึกษา สรุปข้อค้นพบสั้นๆ ตามวัตถุประสงค์ โดยไม่เสนอเนื้อหาใหม่ เชื่อมโยงข้อค้นพบดังกล่าวกับวรรณกรรม (งานวิจัย แนวคิด ทฤษฎี) ที่ได้ทบทวนมาในบทความและข้อค้นพบของงานวิจัยชิ้นอื่น หากมีข้อค้นพบที่ไม่ได้คาดหวังไว้ก่อน ก็ให้อธิบาย (และ/หรืออภิปรายเทียบกับวรรณกรรม) ด้วย กล่าวถึงนัยยะของผลการวิจัยที่มีต่อการบริหาร/การจัดการ/การพัฒนา อภิปรายข้อจำกัดของการวิจัยที่อาจมีผลต่อความเที่ยงตรงของงานวิจัย (ถ้ามี) ให้ข้อเสนอแนะต่องานวิจัยในอนาคต⁽⁴⁾

ประเด็นที่กล่าวมานี้ไม่จำเป็นต้องเขียนเรียงตามลำดับ การเขียนอภิปรายผลไม่ใช่การนำเสนอข้อค้นพบเพิ่มเติมหรือการกล่าวถึงข้อค้นพบเดิมซ้ำอีกครั้งหนึ่ง แต่เป็นการเน้นประเด็นที่มีนัยยะที่กว้างขึ้นและเชื่อมโยงกับการวิจัยที่ผ่านมา

การอ้างอิง (Reference)

รายการเอกสารท้ายบทความจะใช้ “เอกสารอ้างอิง” (references) มิใช่ “บรรณานุกรม” (bibliography) กล่าวคือ ให้ใส่เฉพาะเอกสารที่ได้มีการอ้างอิงไว้ในบทความ

เท่านั้น ผู้เขียนจะต้องศึกษาระบบการอ้างอิงของวารสารที่ผู้เขียนต้องการส่งไปตีพิมพ์โดยละเอียด และทำการอ้างอิงตามที่วารสารกำหนดทุกประการ ในปัจจุบัน วารสารภาษาไทยจำนวนมากที่อยู่ในฐานข้อมูลวารสารของ Thailand Citation Index (TCI) จะใช้ระบบการอ้างอิงแบบบทความภาษาอังกฤษเนื่องจาก TCI กำลังขยายระบบฐานข้อมูลออกไปเชื่อมต่อในฐานข้อมูลของ ASEAN และฐานข้อมูลสากลอื่นๆ ดังนั้น ผู้เขียนบทความจึงควรศึกษาระบบการอ้างอิงให้ดีก่อนส่งบทความไปลงตีพิมพ์⁽⁵⁾ (โดยทั่วไปใช้การอ้างอิงแบบ Vancouver style ไม่เกิน 10 ปี)

เอกสารอ้างอิง

1. Perry, C., Carson, D., & Gilmore, A. Joining a conversation: Writing for EJM's editors, reviewers and readers requires planning, care, and persistence. *European Journal of Marketing* 2003;37(5):652-67.
2. Kotzé, T. Guidelines on writing a first quantitative academic article. Pretoria, South Africa;2007.
3. Feldman, D. C. The devil is in the details: Converting good research into publishable articles. *Journal of Management* 2004; 30(1):1-6.
4. Grober, A. Finding an appropriate research topic: some practical guidelines. Lecture to the EBW 801 class on 2003-03-15;2003.
5. Summers, J. O. Guidelines for conducting research and publishing in marketing: From conceptualization through the review process. *Journal of the Academy of Marketing Science* 2001;29(1)405-15.

คำแนะนำสำหรับส่งบทความตีพิมพ์

“วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้ บทความและผลงานวิชาการด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเสริมสร้างแนวคิดและประสบการณ์ด้านวิชาการ ตลอดจนพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับให้มีทักษะการเขียนผลงานวิชาการโดยมีกำหนดการจัดพิมพ์ปีละ 2 ครั้ง ราย 6 เดือน

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - มิถุนายน และ ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม

รับบทความ/เรื่องเพื่อตีพิมพ์ ฉบับที่ 1 ภายในเดือนเมษายน ฉบับที่ 2 ภายในเดือนตุลาคม

ขั้นตอนการดำเนินงานจัดทำวารสาร ดังนี้

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

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

1. บทความที่ส่งตีพิมพ์

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

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

บทความพิเศษ (Special article) เป็นบทความทาง วิชาการที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ ทันตแพทย์ เกษษกรรม พยาบาล การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์การแพทย์ อาจมีลักษณะเป็นบทวิเคราะห์วิจารณ์ หรือบทความทางด้านการบริหารที่เกี่ยวข้องและเห็นว่าเป็นประโยชน์

บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review articles) ได้แก่ บทความที่ได้จากการรวบรวมนำเอาความรู้ เรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสือต่างๆ หรือจากผลงานและประสบการณ์ของผู้นิพนธ์นำมาเรียบเรียงและวิเคราะห์วิจารณ์หรือเปรียบเทียบกัน เพื่อให้เกิดความลึกซึ้งหรือเกิดความกระจ่างในเรื่องนั้นมากยิ่งขึ้น

ปกิณกะ (Miscellany) ได้แก่ บทความอื่นๆ นอกเหนือจากชนิดของบทความดังกล่าวข้างต้น ซึ่งมีประโยชน์ต่อการดำเนินงาน

2. การเตรียมบทความเพื่อตีพิมพ์

ชื่อเรื่อง	ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่องชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
ชื่อผู้เขียน	มีชื่อผู้เขียนและ/หรือคณะ พร้อมวุฒิการศึกษาสูงสุด (วุฒิปย่อ) และสถานที่ปฏิบัติงานเป็นภาษาไทย
เนื้อเรื่อง	ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้นกะทัดรัด แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน
บทคัดย่อ	คือการย่อเนื้อหาสำคัญเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 20 บรรทัด และมีส่วนประกอบ คือวัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ ผลการดำเนินงานและวิจารณ์ หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารที่อยู่ในบทคัดย่อ และเขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
บทนำ	อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐานและขอบเขตการวิจัย
วิธีการดำเนินการ	อธิบายวิธีดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการ รวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจน วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์
ผลการดำเนินงาน	อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย/ศึกษา โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้ง แปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่ตั้งไว้
วิจารณ์	ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ เพียงใด และควรอ้างอิงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย
สรุป	ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขต การวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้ง ผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะต่อประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลข (ตัวเลข) ท้ายข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำ ให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อย่อต้นและชื่อวารสารบทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไป ให้ระบุชื่อและวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง ชื่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. Nation Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.html> การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารมีหลักเกณฑ์ดังนี้

3.1 วารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารปีที่พิมพ์:ปีที่: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้พิมพ์ ให้ใช้ชื่อเต็ม ทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์ เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อ ตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. (ภาษาอังกฤษ) หรือและคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสาร ใช้ชื่อย่อตามแบบ Index Medicus หรือตามที่ใช้ในวารสาร นั้นๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้ายตามตัวอย่าง ดังนี้

3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

3.1.1.1 วิทยาลัยสัตวดุสิตพิภังค์, พัชรีย์เงินตรา, ปราณิมหาคัดดีพันธ์, ฉวีวรรณ เชาว กริตพิภังค์, ยุวดี ตาทิพย์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7:20-6.

3.1.1.2 RussellFD,CoppellAL,DavenportAP.InVitrozymaticprocessingofRadiolabelled big ET-1 in human kidney as a food ingredient. Biochem Pharmacol 1998; 55:697-701.

3.1.2 องค์การเป็นผู้พิมพ์

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

3.1.3 ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

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

3.1.4 บทความในฉบับแทรก

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

3.1.5 ระบุประเภทของบทความ

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

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

3.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

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

- หนังสือแต่งโดยผู้พิมพ์

ก. ธงชัย สันติวงษ์. องค์การและการบริหารฉบับแก้ไขปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช ; 2535.

ข. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurse. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

- หนังสือมีบรรณาธิการ

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

3.2.2 บทหนึ่งในหนังสือ หรือตำรา

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

3.2.2.1 เกรียงไกร จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจันทา, วินัย สุวัตถิ, อรุณวงษ์ จิราษฏร์, ประอร ขวลิตธำรง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-7.

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

3.3 รายงานการประชุม สัมมนา

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

3.3.1 อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, งามจิตต์ จันทรสาดิต, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่องส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม 2541; ณ โรงแรมโบ๊เบ๊ทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์; 2541.

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

4. การส่งบทความต้นฉบับ

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

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

5. การตอบรับ

- 5.1 เมื่อกองบรรณาธิการได้รับบทความที่ส่งมาตีพิมพ์ จะดำเนินการตามขั้นตอนและมีหนังสือตอบรับต่อไป
- 5.2 บทความที่ไม่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ ทางกองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งคืนต้นฉบับ

6. ระยะเวลาในการพิจารณาบทความ

6.1 กองบรรณาธิการจะกลับกรองบทความ/นิพนธ์ต้นฉบับเบื้องต้น และส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจประเมินและให้ข้อเสนอแนะ ภายใน 2 - 3 สัปดาห์

6.2 เมื่อได้รับคืนบทความ/นิพนธ์ต้นฉบับจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว กองบรรณาธิการจะส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์

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

6.4 กองบรรณาธิการ จะออกหนังสือตอบรับการตีพิมพ์บทความลงวารสารวิจัยและวิชาการฯ ต่อไป

7. การตีพิมพ์วารสาร

7.1 กองบรรณาธิการจะรวบรวมบทความส่งตีพิมพ์ เมื่อมีจำนวนผู้นิพนธ์ขอตีพิมพ์ครบตามที่กำหนด

7.2 กระบวนการผลิตวารสารจะใช้เวลาประมาณ 30 วัน หลังจากได้รับบทความแล้ว และเมื่อจัดพิมพ์วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรแล้ว จะส่งวารสารให้ผู้นิพนธ์/เจ้าของบทความต่อไป

8. ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ถือเป็นผลงานทางวิชาการ หรือวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้นิพนธ์/เจ้าของบทความ ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้นิพนธ์/เจ้าของบทความ ต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน และกองบรรณาธิการ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องเหมาะสมตามหลักภาษา และทางวิชาการได้

9. สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

27/99 ถนนคลองคะเชนทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร 66000

โทร. 056 990 354 ต่อ 133, 134

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



แบบส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร”

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

2. สถานที่ปฏิบัติงาน

3. วุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด

วุฒिय่อ (ภาษาไทย).....

วุฒिय่อ (ภาษาอังกฤษ).....

4. ขอส่งบทความ () 1. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original articles)

() 2. รายงานผู้ป่วย (Case report)

() 3. บทความพิเศษ (Special article)

() 4. บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review articles)

() 5. ปกิณกะ (Miscellany)

ชื่อเรื่อง ภาษาไทย :

ชื่อเรื่อง ภาษาอังกฤษ :

5. ชื่อผู้เขียนร่วม (ถ้ามี)

วุฒिय่อ (ภาษาไทย).....

วุฒिय่อ(ภาษาอังกฤษ).....

สถานที่ปฏิบัติงาน

6. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

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

โทรศัพท์มือถือ.....อีเมล์.....

7. สิ่งที่ส่งมาด้วย () ไฟล์ต้นฉบับชื่อแฟ้มข้อมูล.....

() เอกสารสิ่งพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 1 ชุด

() เอกสารรับรองการผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น หากข้าพเจ้าขาดการติดต่อในการแก้ไขบทความนานเกิน 1 เดือน ถือว่าข้าพเจ้าสละสิทธิ์ในการตีพิมพ์วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

ลงนาม.....ผู้นิพนธ์

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....