

- 60** ผลการพัฒนาแนวทางการนิเทศการพยาบาลทางคลินิก
กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุววรรณภูมิ
Results of the Development Clinical Nursing Supervision Guidelines
Case Study : Nursing Care Chronic Kidney Disease Patients at the Inpatient Department
Suwannaphum Hospital.
• นวลปราง ชัชวาลย์, สุภาวดี สมทรัพย์ • Nuanpang Chatchawan, Supawadee somsup
- กรณีศึกษา • Case Study**
- 68** การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย
The Nursing Care of Elderly Patients with Pneumonia and Acute Respiratory Failure : 2 Cases Study.
• บุญกร วรพัฒน์ • Boodsagorn Vorapat
- 83** การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะน้ำเกิน ร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว : กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care of Patient End Stage Renal Disease with Volume Overload with Respiratory Failure : 2 Cases Study.
• พรรณี วงศ์อำมาตย์ • Pannee Wongarmat
- 92** การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการช็อกจากการติดเชื้อ : กรณีศึกษา 2 ราย
The Nursing Care of Patients with Septic Shock : 2 Cases Study.
• จีรพันธ์ ประทุมอ่อน • Jeerapun Pratumon
- 103** การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกเกินซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มินที่ได้รับการฟอกเลือดแบบต่อเนื่อง (CRRT) : กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care of Patients with Metformin associated Lactic Acidosis and Continuous Renal Replacement Therapy (CRRT) : 2 Cases Study.
• ยูวดี บุญลอย • Yuwadee Boonloi
- 112** การพยาบาลผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตที่มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ : กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care for Post Kidney Transplant Patients with Urinary Tract Infections : 2 Cases Study.
• รัสวดี ขุนสวัสดิ์ • Russawadee Kunsawad
- 123** การพยาบาลผู้ป่วยข้ออักเสบที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรงในข้อเท้า : กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care of Patients with Severe Septic Arthritis at Ankle Joint : 2 Cases study.
• อรทัย สิริวัฒนพงษ์ • Oratai Siriwatthanapon
- 134** การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีภาวะอัลบูมินต่ำ ร่วมกับการติดเชื้อแบคทีเรียในเยื่อช่องท้อง : กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care of Patients with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis with Hypoalbuminemia and Bacterial Peritonitis : 2 Cases Study.
• กาญจนา บวรโมทย์ • Kanchana Borwornmote
- 146** การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด : กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care of Breast Cancer Patients who had Undergone Surgery : 2 Cases study.
• วิรัตน์ดา สาระโกศ • Wiratda Sarapoke

ร้อยเอ็ดเวชสาร

ฉบับพิเศษ

• โรงพยาบาลร้อยเอ็ด •

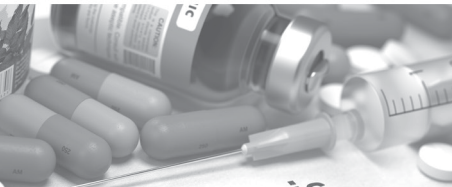
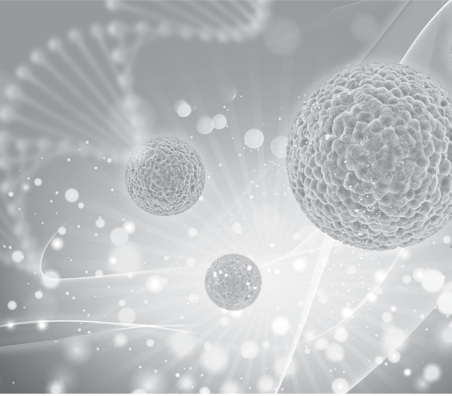
ISSN 2350-9694 • ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม - มิถุนายน 2563 • Vol.7 No.1 January - June 2020

- 01** การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้ระบบสัญญาณเตือนเพื่อจัดการภาวะวิกฤตฉุกเฉิน ก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for Modified Early Warning Signs before Cardiac Arrest, Medicine Department Roi Et Hospital.
• จารุกต์ สุขุมลพิทักษ์, มะลิวรรณ อังคนิตย์, สุรชาติ สิทธิปกรณ์ • Jarupak Sukhumalpitak, Maliwan Angkhanit, Surachat Sittipakorn
- 13** การพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม
The Development of Adolescent Health Promotion Model for Prevention and Solution of Teenage Pregnancy.
• อุไรพรณ์ ทิดจันทัก • Uraiporn Thidjuntuk
- 24** ประสิทธิภาพการกดจุดบำบัดและการนวดแก้ปวดศีรษะด้วยตนเอง ในผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรน
The Effectiveness of Acupressure Therapy and Self Massage to Reduce Migraine.
• จิตต์สกุล ศกุนะสิงห์ • Jittsakul sakunasing
- 31** ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อทัศนคติผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษา ด้วยยามอร์ฟินที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
The Effect of Supporting Education Program on Attitude of Patients with End Stage of Cancer Receiving Morphine Treatment at Roi Et Hospital.
• วัชรภรณ์ ศรีโสภา • Watcharaporn srisopa
- 41** ผลของการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลสุววรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
The Efficacy of Pre-Anesthetic Counseling for Improve Anxiety Conditions In Suwannaphum Hospital, Roi Et Province.
• กมลาภรณ์ ปัญยาง • Kamalaporn punyang
- 49** การนำจิตตปัญญาศึกษาไปใช้ในการเพิ่มศักยภาพทีมหมอครอบครัว สำหรับกระบวนการเรียนรู้ระบบสุขภาพอำเภอ กรณีศึกษา : การดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะยาว อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด
Applying Contemplative Learning to Improve Competency of FamilyCare Team in DHML Program Case Study : on Long Term Care Project at Phonthong District Roi Et Province.
• ณัฐฐา มณีขาว • Nuttawut Maneekao

ร้อยเอ็ดเวชสาร

• โรงพยาบาลร้อยเอ็ด •

ฉบับพิเศษ



ร้อยเอ็ดเวชสาร • โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

• Special issue • Vol. 7 No. 1 January - June 2020
• ฉบับพิเศษ • ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม - มิถุนายน 2563

• เจ้าของ

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

• ผู้อำนวยการ

นายแพทย์ชลวิทย์ หลาวทอง

• บรรณาธิการ

นายแพทย์ธนากร จิรชวาลา

• บรรณาธิการร่วม

นายแพทย์ณรงค์ชัย สังชา

• กองบรรณาธิการ

นายแพทย์ฉันทิชย์ พูลลาภ

นายแพทย์วิจักขณ์ กัญญาคำ

นายแพทย์ชิตเขต โตเหมือน

นายแพทย์มนัสวี อัดถาการ

นายแพทย์ชินวัฒน์ ศรีใส

แพทย์หญิงคนันพร โกมลาลัย

แพทย์หญิงวิราภรณ์ ณรงค์ราช

นายแพทย์สุกิจ นิ่มนวลวัฒนา

นายแพทย์สาธิต ขนนไทย

นายแพทย์ธงชัย เสรีรัตน์

แพทย์หญิงวีรจิตร์ ทิพย์ประเสริฐ

เภสัชกรหญิงจิราภรณ์ ชมพูนุตร

นางสาวเรวดี สมทรัพย์

ดร.นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ

นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล

• ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางชไมพร ทิมเรืองเวช

นางอภิญา แสงสิน

นางสาวแพรวพรรณ พลเยี่ยม

• สำนักงาน

กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

• กำหนด

ราย 6 เดือน

• วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการและผลงานวิจัยทางการแพทย์ การพยาบาล และการสาธารณสุข
2. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในประเด็นสาธารณสุข
3. เพื่อส่งเสริมให้เกิดการค้นคว้า วิจัย ในด้านบริหาร วิชาการ และบริการสาธารณสุข



ร้อยเอ็ดเวชสารยินดีรับเรื่องที่เป็นวิชาความรู้ทางการแพทย์และวิชาการที่มีความสัมพันธ์กับวิชาแพทย์ โดยสนับสนุนให้บทความเป็นภาษาไทย แต่บทความต้องเป็นภาษาอังกฤษและภาษาไทย

**** เรื่องที่ส่งมาพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน ****

ข้อความและข้อคิดเห็นเป็นของผู้เขียนบทความนั้นๆ ไม่ใช่ความเห็นของบรรณาธิการหรือของวารสารทางกองบรรณาธิการขอสงวนลิขสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไข เรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

• การเตรียมและส่งต้นฉบับ •

1. ประเภทบทความ

• นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

เป็นรายงานผลการศึกษาค้นคว้า วิจัย ควรประกอบด้วยลำดับเนื้อเรื่องดังต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ ข้อยุติ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิงความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

• บทปฏิบัติตน (Review Article)

เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วยบทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่บททวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่อง ไม่ควรเกิน 10 หน้า

• บทความพิเศษ (Special Article)

เป็นบทความประเภทที่บทปฏิบัติตนกับบทความพื้นฐานที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่งหรือเป็นบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ

• บทความพื้นฐาน (Refresher Course)

เสนอความรู้ในองค์ความรู้จำเพาะเรื่องที่นำมาเรียบเรียงเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ ทำนองเดียวกับนำเสนอในการประชุมพื้นฐานหรือการจัดอบรมแพทย์ (training course) เป็นคราวๆ ไป

• รายงานเบื้องต้น (preliminary report) หรือ รายงานสังเขป (short communication)

เป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ ต้องศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติม หรือศึกษาเสร็จแล้วกำลังเตรียมต้นฉบับสมบูรณ์

• รายงานผู้ป่วย (Clinical Note)

เป็นการรายงานผู้ป่วยที่ไม่ธรรมดา หรือที่เป็นโรคหรือกลุ่มอาการโรคใหม่ที่ไม่เคยรายงานมาก่อน หรือพบไม่บ่อย และต้องมีหลักฐานชัดเจนอย่างครบถ้วนบางครั้งรวมบันทึกเวชกรรม (clinical note) ซึ่งเป็นบทความรายงานผู้ป่วยที่มีลักษณะเวชกรรม (clinical feature) และ/หรือการดำเนินโรค (clinical course) ที่ไม่ตรง แบบที่พบไม่บ่อย โครงสร้างบทความรายงานผู้ป่วยประกอบด้วยบทนำ พรรณผู้ป่วย (case description) วิจารณ์หรือข้อสังเกตและเอกสารอ้างอิง

• ปกิณกะ (Miscellany)

เป็นบทความขนาดเล็กที่เนื้อหาอาจเข้าข่ายหรือไม่เข้าข่ายบทความต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น เช่น บันทึกเวชกรรม เวชกรรมทันตศัลยกรรม บทปริทรรศน์ รายงานผลการศึกษาวิจัยโดยสังเขป หรือรายงานเบื้องต้นก็ได้

• จดหมายถึงบรรณาธิการ (Letter to the Editor) หรือ จดหมายโต้ตอบ (Correspondence)

เป็นเวทีใช้ติดต่อตอบโต้ระหว่างนักวิชาการ ผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร ในกรณีผู้อ่านมีข้อคิดเห็นแตกต่าง ต้องการชี้ให้เห็นความไม่สมบูรณ์หรือข้อผิดพลาดของรายงานและบางครั้งบรรณาธิการอาจวิพากษ์สนับสนุนหรือโต้แย้ง

2. การเตรียมต้นฉบับ

2.1 ปกชื่อเรื่อง (title page)

ประกอบด้วย

2.1.1 ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับ และสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษร พร้อมช่องไฟ ถ้าชื่อยาวมากตัดเป็นเรื่องรอง (subtitle) ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.1.2 ชื่อผู้พิมพ์ ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) รวมถึงตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน เป็นภาษาไทย

2.2 บทคัดย่อ (abstract)

เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษาและวิจารณ์ ไม่เกิน 250 คำ หรือ 15 บรรทัด ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ มีความหมายในตัวเอง ไม่ต้องหาความหมายต่อ ต้องเป็นประโยคอดีต (เฉพาะภาษาอังกฤษ) ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทคัดย่อภาษาไทยของบทความภาษาอังกฤษให้ใส่ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์เป็นภาษาไทย ไว้เหนือเนื้อความย่อ สำหรับ บทคัดย่อภาษาอังกฤษของบทความภาษาไทยก็เช่นเดียวกัน ให้ใส่เรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ไว้เหนือเนื้อความย่อ

2.3 คำสำคัญ หรือ คำหลัก (key words)

ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อเป็นหัวข้อเรื่อง สำหรับทำดัชนีเรื่อง (subject index) ของปีวารสาร (volume) และดัชนีเรื่องสำหรับ Index Medicus โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือหลักคำ

2.4 บทนำ (introduction)

เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผลนำไปสู่การศึกษาแต่ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรมมากมายที่ไม่เกี่ยวกับ จุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านรู้ว่าจะตอบคำถามอะไรและให้รวมวัตถุประสงค์การศึกษา เป็นร้อยแก้วในส่วนท้ายของบทนำ ไม่นิยมใส่ผลการศึกษาและสรุป

2.5 วิธีการศึกษา (material & methods)

เขียนชี้แจงแยกเป็น 2 หัวข้อใหญ่ คือ วัสดุ และวิธีการศึกษา

วัสดุ ให้บอกรายละเอียดของสิ่งที่นำมาศึกษา อาทิ ผู้ป่วย คนปกติ สัตว์ พืช ฯลฯ รวมถึงจำนวนและ ลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก ฯลฯ ต้องบอกถึงการอนุญาตจากผู้ที่ได้รับการศึกษาและการยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งที่มีชีวิต ตลอดจนอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการศึกษา

วิธีการศึกษา เริ่มด้วยรูปแบบ แผนการศึกษา (study design, protocol) เช่น randomized, double blind, descriptive หรือ quasi experiment การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายแบบหลายขั้นตอน เป็นต้น วิธี หรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (interventions) เช่นรูปแบบการศึกษา การรักษา ชนิดและขนาดของยาที่ใช้ ถ้ามาตรการที่รู้จักทั่วไปให้ระบุในเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นวิธีใหม่อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจแล้วนำไปใช้ได้ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

2.6 ผลการศึกษา (results)

แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูได้ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อน ไม่มีตัวเลขมาก บรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากควรใช้ตารางหรือแผนภูมิโดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีก ในเนื้อเรื่องแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้

2.7 วิจารณ์ (discussion)

เริ่มด้วยการวิจารณ์ผลการศึกษาตรงกับวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัยหรือแตกต่างไป จากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่อย่างไรเพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง แล้วจบบทความด้วยข้อยุติ

2.8 ข้อยุติ (conclusion)

ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ ให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ หรือให้ประเด็นคำถามการวิจัยต่อไป ข้อยุติอาจใส่ไว้ในหัวข้อเดียวกันกับวิจารณ์ก็ได้

2.9 ตาราง ภาพ และแผนภูมิ (table, illustration, diagram)

การพิมพ์ตารางควรพิมพ์ในช่องตารางไม่ควรพิมพ์แบบความเรียงแล้วครอบด้วยเส้นหรือพิมพ์ต่อกันมา

2.10 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgments)

มีเพียงย่อหน้าเดียวแจ้งให้ทราบว่า มีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหารผู้ช่วยเหลือทางเทคนิค บางอย่างและผู้สนับสนุนทุนการวิจัย แต่การใส่ชื่อคนช่วยมากๆ ทำให้บทความดูอวยความภูมิใจเพราะผู้อ่านจะอนุมานว่า งานส่วนใหญ่มีคนช่วยทั้งหมด

2.11 เอกสารอ้างอิง (Reference)

ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขยกหลังข้อความหรือหลังชื่อนักผู้แต่งของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อย่อต้นและชื่อย่อวารสาร บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิงเว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไป ให้ระบุชื่อและวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง

ชื่อย่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบ U.S National Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.shtml>

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษสันขนาด A4 (216 X 279 มม.) เว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบนและซ้ายมือ อย่างน้อย 40 มม. (1.5 นิ้ว) ด้านล่างและขวามือ อย่างน้อย 25 มม. (1 นิ้ว) ใส่เลขที่หน้าตั้งแต่หน้าปกชื่อเรื่องเรียงไปตามลำดับ ที่มุมขวามือบนหรือล่างของกระดาษ

4.2 การเขียนต้นฉบับควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุดยกเว้นแต่คำภาษาอังกฤษที่แปลไม่ได้หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน

4.3 ให้ส่งเอกสารต้นฉบับจริง จำนวน 2 ชุด พร้อมแผ่นซีดี และแจ้งชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ อีเมล ของผู้พิมพ์ด้วยทุกครั้ง

4.4 ผู้พิมพ์ต้องแนบหลักฐานว่าเรื่องที่ศึกษาได้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

5. การรับต้นฉบับ

5.1 เมื่อบรรณาธิการได้รับต้นฉบับไว้ จะแจ้งตอบกลับให้ให้ผู้พิมพ์ทราบว่า ให้แก้ไขก่อนพิจารณาตีพิมพ์/รับและตีพิมพ์โดยไม่แก้ไข/ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ บทความที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์จะไม่ส่งต้นฉบับคืน เมื่อวารสารจัดพิมพ์แล้วเสร็จ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้พิมพ์ 4 เล่ม

การส่งแผ่นซีดีต้นฉบับ ต้องเป็นต้นฉบับสุดท้ายที่แก้ไขเรียบร้อยแล้วเพียงชุดเดียวในแฟ้มข้อมูล ไม่ควรกำหนดชื่อแฟ้มข้อมูลเป็นภาษาไทย พิมพ์ด้วยโปรแกรมไมโครซอฟท์เวิร์ด ด้วยรูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 ตัวอักษรต่อไปนี้

***** ไม่รับส่งบทความทางอีเมลโดยเด็ดขาด *****

ส่งแผ่นซีดีพร้อมพิมพ์ต้นฉบับจริง 2 ชุด มายัง

นพ.ธนากร จิรชวาลา

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ถ.รณชัยชาญยุทธ อ.เมือง จ.ร้อยเอ็ด 45000

โทร. 043-518200 ต่อ 7146 โทรสาร. 043-511503

Email : vichakarn_101@hotmail.com



บรรณาธิการแปล

Editor's Note

ร้อยเอ็ดเวชสารฉบับนี้ เป็นฉบับพิเศษของปีที่ 7 ฉบับที่ 1 ที่จัดพิมพ์ขึ้นเพื่อรองรับความต้องการของนักวิจัยและบุคลากรทางการแพทย์ ที่ประสงค์จะส่งผลงานวิจัยและบทความตีพิมพ์ เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้และนวัตกรรมทางการแพทย์

ในวารสารฉบับนี้ เนื้อหาส่วนใหญ่เป็นกรณีศึกษาของพี่น้องพยาบาล ที่ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยในโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข เพื่อให้ผู้อ่านได้มองเห็นถึงความคล้ายคลึงกันของพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง รวมถึงแนวทางการรักษา ในขณะเดียวกันก็ได้แสดงให้เห็นถึงความต่างของการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยที่ต่างกัน

ความแตกต่างจึงเป็นเรื่องจำเป็นที่เราไม่ควรมองข้าม ในโลกปัจจุบันมีความแตกต่างมากมาย ทั้งใกล้ตัวและไกลตัว คนที่ปรับตัวและยอมรับว่าความแตกต่างเป็นเรื่องธรรมดาจะสามารถทำงานและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข แต่ในทางตรงกันข้าม หากมองว่าความแตกต่างคือความขัดแย้ง ชีวิตก็จะพบกับความวุ่นวายไม่มีสิ้นสุด

ท้ายนี้ ผมขอขอบคุณทีมบรรณาธิการของผม ที่มีมุมมองแตกต่างในการพิจารณาบทความและได้นำเอาทุกความคิดที่ต่างนี้มาร่วมแก้ไข ชี้แนะ จนได้เป็นบทความที่ทรงคุณค่า หากมีความล่าช้าจากการพิจารณาเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ ผมและทีมงานต้องขออภัย มา ณ โอกาสนี้

สวัสดีครับ

นายแพทย์ธนากร จิรवाल
บรรณาธิการ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้ระบบสัญญาณเตือนเพื่อจัดการ
ภาวะวิกฤตฉุกเฉิน ก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วยอายุรกรรม
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

**Development of a Clinical Nursing Practice Guideline
for Modified Early Warning Signs before Cardiac Arrest,
Medicine Department Roi Et Hospital.**

.....
จารุพักตร์ สุขุมลพิทักษ์*, มะลิวรรณ อังคนิตย์*, สุรชาติ สิทธิปกรณ์**
Jarupak Sukhumalpitak, Maliwan Angkhanit, Surachat Sittipakorn

ABSTRACT

Background : The quality of patient care and patient safety is considered the most important practice in medical care. The evaluation of clinical status is crucial to prevent the degradation and mortality.

Objective : To development of a clinical nursing practice guideline for modified early warning signs before cardiac arrest, medicine department Roi Et Hospital.

Material and method : The empirical evidence framework consists of 4 phases, which are 1) searching for clinical problems, 2) searching for evidence-based evidence, 3) implementing trial practices, and 4) implementing updated guidelines in educational organizations. This practice guideline is developed from the collection of relevant evidence and research from E-journal, Google scholar, and hand search during 2002-2016. Evidence has been obtained through assessing the reliability and feasibility of all 9 applications. Synthesized in creating nursing guideline developed through content validation by 5 experts and adjusted according to the recommendations.

Result : The nursing practice guideline consists of 4 parts as follows: 1) severity assessment of the first patient admitted and patient classification 2) frequency of assessment 3) management according to urgency according to assessment points 4) giving information to relatives when the patient is in crisis 5) nursing record and 6) monitoring of evaluation results. To study the feasibility of applying nursing practice guidelines to professional nurses in the nursing group, consisting of 20 internal medicine patients, 30 male medical patients found that this practice guideline is practically feasible. Appropriate to the context of the department, clear, easy and convenient to use Able to prevent and solve emergency patient problems before entering cardiac arrest

Conclusion : The results of this study suggest that this guideline should be used with other medical patients. And continuously monitor and evaluate results.

Key words : Clinical nursing practice guideline, Using an emergency warning system, Cardiac arrest

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

** อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทคัดย่อ

การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและปลอดภัยถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการดูแลรักษาพยาบาลซึ่งการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งแรกที่ต้องให้ความสำคัญก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะวิกฤตเพื่อป้องกันการเสียชีวิต

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้ระบบสัญญาณเตือนเพื่อจัดการภาวะวิกฤตฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีการศึกษา : ใช้กรอบแนวคิดการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ 1) การค้นหาปัญหาทางคลินิก 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ และ 4) การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน การศึกษาซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้พัฒนาจากการรวบรวมงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลงานวิจัย Google scholar, ThaiLIS, ตำรา วารสารต่างๆ และสืบค้นด้วยมือ ในช่วงปี ค.ศ. 2002 - 2016 ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการประเมินระดับความน่าเชื่อถือและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ทั้งหมดจำนวน 9 เรื่อง ผลการสังเคราะห์ในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านและปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษา : แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้ระบบสัญญาณเตือนเพื่อจัดการภาวะวิกฤตฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้น ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ 1) การประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยแรกรับและจำแนกประเภทผู้ป่วย 2) ความถี่ของการประเมิน 3) การจัดการตามความเร่งด่วนตามระดับคะแนนประเมิน 4) การให้ข้อมูลแก่ญาติเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤติ 5) การบันทึกทางพยาบาล และ 6) การติดตามผลการประเมินศึกษาความเป็นไปได้ในการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลกับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมจำนวน 20 คน ผู้ป่วยอายุรกรรมชาย จำนวน 30 คน พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน มีความชัดเจน ง่าย และสะดวกในการใช้ สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้นได้

สรุป : ผลการศึกษานี้เสนอแนะว่าควรนำแนวปฏิบัตินี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยอายุรกรรมอื่นๆ และประเมินติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาล การใช้ระบบสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตฉุกเฉิน ภาวะหัวใจหยุดเต้น



บทนำ

ความเสี่ยงทางคลินิกเป็นคุณภาพพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของโรงพยาบาล เนื่องจากเมื่อเกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือครอบครัว การค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกและการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อพัฒนาปรับปรุงระบบการให้บริการ การดูแลและกระบวนการในการทำงานจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะสามารถช่วยลดความเสี่ยงดังกล่าวได้¹ การใช้สัญญาณเตือนภัย (Modified Early Warning Signs : MEWS) เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ใช้เครื่องมือในการประเมิน เฝ้าระวังผู้ป่วย

เชิงรุก เป็นแนวทางหรือเครื่องมือที่ช่วยให้แพทย์พยาบาล ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ได้ให้การช่วยเหลือทางการแพทย์อย่างรวดเร็วโดยใช้การประเมินระดับความรุนแรงจากสรีรวิทยาของผู้ป่วย² โดยในปี 2012 ประเทศนิวซีแลนด์ได้มีการนำมาใช้เป็น Wellington Early Warning Signs โดยมีการนำอัตราการหายใจ ความดันโลหิตตัวบน อัตราการเต้นของชีพจร ปริมาณปัสสาวะที่ออกทุก 4 ชั่วโมง และระดับความรู้สึกตัว มาคิดเป็นค่าคะแนนและใช้สีเป็นตัวกำหนดความรุนแรง

ของอาการ คือ สีชมพูอันตรายนมากที่สุด รองลงมาเป็น สีส้ม, ทอง, เหลืองและขาว รวมทั้งกำหนดกิจกรรม การพยาบาลที่สอดคล้องกับคะแนน เพื่อให้การช่วยเหลือ ผู้ป่วย ดังนี้ สีชมพู (คะแนนตั้งแต่ 8) เรียกทีมฉุกเฉินทันที สีส้ม (คะแนน 6 - 7) รายงานแพทย์เพื่อให้มาดูแลผู้ป่วย ใน 20 นาที รายงานพยาบาลหัวหน้าเวร สีทอง (คะแนน 4 - 5) รายงานแพทย์เพื่อให้มาดูแลผู้ป่วยใน 60 นาที รายงานพยาบาลหัวหน้าเวร สีเหลือง (คะแนน 1 - 3) จัดการกับอาการรบกวนต่างๆ เช่น อาการปวด ไข้ และ อื่นๆ³ จากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย อายุรกรรม กลุ่มงานการพยาบาลอายุรกรรม โรงพยาบาล ร้อยเอ็ด ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อน และรักษาด้วยยา มีผู้ป่วยวิกฤตจำนวนมากและพบว่า มีผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นทั้งที่ประเมินได้ก่อน มีอาการและมาพบภายหลังผู้ป่วยหมดสติแล้ว ซึ่งจาก ความรุนแรงของการเกิดเหตุการณ์ ถึงแม้จะมีจำนวน ไม่มากแต่บางรายถึงขั้นเสียชีวิต⁴

งานผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด มี เป้าหมายให้บริการผู้ป่วยในที่มีภาวะวิกฤตทางอายุรกรรม และโรคทางอายุรกรรมที่มีภาวะต้องเข้ารับการรักษานใน โรงพยาบาลให้มีคุณภาพมาตรฐาน มีความปลอดภัย จากภาวะแทรกซ้อน และผู้รับบริการประทับใจ ด้วยการ บริหารทรัพยากรที่เหมาะสม ซึ่งจากสถิติการเข้ารับการ รักษา 5 โรคแรก ได้แก่ ปอดอักเสบ, ซีด, ไตเรื้อรัง, โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน และภาวะหัวใจล้มเหลว (Pneumonia, anemia, CKD, ACS and CHF) ตามลำดับ⁵ อัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อใน กระแสเลือดและช็อกจากการติดเชื้อ (Sepsis and Septic shock) และโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยบางส่วนเข้ารับการรักษาดูแลด้วย ไข้ ไอหอบ ต้องใช้ออกซิเจนในการรักษา จากสถานการณ์ ผู้ป่วยปริมาณมากและมีผู้ป่วยวิกฤต อัตราครองเตียง มากกว่า 130 Productivity มากกว่า 140 ภาระงาน ที่หนักทำให้พยาบาลที่มีประสบการณ์ได้ขอย้ายตึก ปฏิบัติงานไปหอผู้ป่วยพิเศษ หรือตึกผู้ป่วยนอก ในปี พ.ศ. 2560 กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลได้เพิ่มอัตรา กำลังให้มากขึ้น ในแต่ละหน่วยงานจึงมีพยาบาลจบใหม่ พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อย การดูแลควบคุมกำกับ จากหัวหน้าเวร หัวหน้าทีมอาจจะยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ จึงทำให้เกิดปัญหาผู้ป่วยบางส่วนที่ได้รับการประเมิน ค่าซ้ำจนเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นโดยที่ยังไม่ได้ใส่ท่อ ช่วยหายใจ อุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤติโดย

ไม่ได้วางแผน มีการทบทวนกรณีเสียชีวิตและเสี่ยงต่อ การเกิดข้อร้องเรียน พบว่าการประเมินสัญญาณชีพ อาการแสดงและการบริหารจัดการก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจ หยุดเต้นยังมีปัญหา จากการสังเกตการทำงานพบว่า มี ผู้ป่วยบางส่วนที่ได้รับการประเมินค่าซ้ำจนเกิดภาวะหัวใจ หยุดเต้นโดยที่ยังไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) ถือว่า เป็นประเด็นที่สำคัญที่สุดของการพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ⁶ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้ระบบสัญญาณเตือนเพื่อ จัดการภาวะวิกฤตฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้น ในผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อค้นหา ความเสี่ยงเชิงรุกและการให้การดูแลช่วยเหลือก่อนเกิด ภาวะหัวใจหยุดเต้นจากสาเหตุที่ป้องกันได้ โดยมีการ ประเมิน เฝ้าระวังและให้การดูแลรักษาผู้ป่วยก่อน เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น ส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความ ปลอดภัยและผู้ให้บริการพึงพอใจ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้ระบบสัญญาณ เตือนเพื่อจัดการภาวะวิกฤตฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจ หยุดเต้นในผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีการศึกษา

การพยาบาลการใช้ระบบสัญญาณเตือนเพื่อจัดการ ภาวะวิกฤตฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้น ในผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ดนี้ ผู้ศึกษา ใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาล ของซุคัพ (soukup) ปี ค.ศ. 2000⁷ เป็นกรอบแนวคิด ในการพัฒนาโดยมีกระบวนการพัฒนาเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence triggered phase) เป็นกระบวนการของการค้นหา ปัญหาระบุปัญหาทางคลินิกที่สนใจและต้องการแก้ไข ปัญหาซึ่งได้มาจากหลักฐาน 2 แหล่ง คือ

1. Practice triggered เป็นการค้นหาปัญหา จากข้อมูลที่ได้จากประสบการณ์การทำงาน และจากการ สังเกต พบว่าหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โรงพยาบาล ร้อยเอ็ด เป็นหน่วยงานที่มีภาระงานมาก อัตราครองเตียง มากกว่า 130 Productivity มากกว่า 140 ทำให้พยาบาล ดูแลผู้ป่วยได้ไม่ทั่วถึง ภาระงานที่หนักทำให้พยาบาล ที่มีประสบการณ์ได้ขอย้ายตึกปฏิบัติงานไปหอผู้ป่วย พิเศษ หรือตึกผู้ป่วยนอก ในปี พ.ศ. 2560 กลุ่มภารกิจ ด้านการพยาบาลได้เพิ่มอัตรากำลังให้มากขึ้น ในแต่ละ

หน่วยงานจึงมีพยาบาลจบใหม่ พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อย การดูแลควบคุมกำกับจากหัวหน้าเวร หัวหน้าทีมอาจจะยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ จึงทำให้เกิดปัญหาผู้ป่วยบางส่วนที่ได้รับการประเมินล่าช้าจนเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นโดยที่ยังไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ อุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤติโดยไม่ได้อาสาแผน มีการทบทวนกรณีเสียชีวิตและเสี่ยงต่อการเกิดข้อร้องเรียน พบว่าการประเมินสัญญาณชีพ อาการแสดงและการบริหารจัดการก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้นยังมีปัญหา ทำให้ผู้ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์และพบว่าทางเลือกที่น่าสนใจก็คือการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การใช้ระบบสัญญาณเตือนเพื่อจัดการภาวะวิกฤตฉุกเฉินตามความเร่งด่วนในผู้ป่วยอายุรกรรม น่าจะเป็นตัวเลือกหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ผู้ให้บริการมีแนวทางในการประเมินโดยมีวิธีการที่สามารถทำได้ไม่ว่าเป็นพยาบาลที่ไม่มีประสบการณ์หรือมีประสบการณ์มาก

2. Knowledge triggered จากการทบทวนงานวิจัย เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยอาการวิกฤติที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยที่รักษาในแผนกผู้ป่วยในสามัญ ในขณะที่ยังมีความบกพร่องในการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่⁸ นำไปสู่เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การเข้าพักรักษาในแผนกผู้ป่วยวิกฤติหรือภาวะหัวใจหยุดเต้นโดยมิได้คาดการณ์ล่วงหน้า ส่งผลต่ออัตราการตายที่เพิ่มมากขึ้น⁹ โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการมีอาการหรืออาการแสดงที่ทรุดลงในช่วง 6 - 8 ชั่วโมงก่อนเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ดังกล่าว¹⁰ แต่ไม่ได้รับการตระหนักและตอบสนองที่เหมาะสมทันเวลาที่จากทีมดูแลรักษา¹¹ ซึ่งสิ่งที่จะช่วยสร้างความเข้มแข็งในการตระหนักและตอบสนองต่ออาการที่ทรุดลงของผู้ป่วยควบคู่ไปกับการสร้างความมั่นใจให้กับทีมดูแลรักษาก็คือ นโยบายในการเฝ้าระวังและดูแลรักษาผู้ป่วยที่ชัดเจน, การบริหารจัดการองค์กรที่มีประสิทธิภาพไม่ว่าจะเป็นด้านเครื่องมืออุปกรณ์ หรือการจัดการภาระงานที่เหมาะสม, การติดตามอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย รวมถึงการออกแบบระบบที่สามารถบ่งชี้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงหรือเริ่มมีอาการทรุดลงตั้งแต่แรก เช่น ระบบการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง (Early warning signs) ควบคู่ไปกับการตอบสนองที่เหมาะสมรวดเร็วจากผู้ที่มีความชำนาญในการดูแลภาวะวิกฤติ ไม่ว่าจะเป็นการขอความช่วยเหลือจากแพทย์ที่มีประสบการณ์ หรือจากทีมช่วยเหลือภาวะวิกฤติ (Medical

emergency team : MET หรือ Rapid response team) รวมถึงการอบรมเพิ่มพูนทักษะของทีมดูแลรักษาและทีมช่วยเหลือภาวะวิกฤติด้วย¹² มีการศึกษาที่หลากหลายพบว่า ระบบการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงซึ่งมีการปรับตามบริบทของแต่ละสถานที่ที่ศึกษา (Modified early warning signs) สามารถช่วยลดการเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ได้⁹ ในขณะที่การพัฒนาทีมช่วยเหลือภาวะวิกฤติ (MET) ก็ให้ผลลัพธ์ที่คล้ายคลึงกัน¹³

ระยะที่ 2 การสืบค้นงานวิจัยและการประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้ 1) สืบค้นจากฐานข้อมูลระบบฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ หรือ CD-ROM ได้แก่ฐานข้อมูลงานวิจัย 24 สถาบัน, Blackwell synergy, CINAHL, Pro-Quest, PubMed, Science direct, BMJ.Ovid Medline, Cochrane Library, E-journal, Google scholar และสืบค้นด้วยมือจากวารสารเอกสารการแพทย์และการพยาบาลทั้งภาษาไทยและต่างประเทศในห้องสมุดของสถาบันการศึกษา 2) กำหนดเกณฑ์ในการสืบค้นโดยใช้กรอบ PICO ของเกร็กและสมิธ คือ 1) Population : ผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ Medical patients, Pre-arrest signs 2) Intervention : การเฝ้าระวังก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ, การใช้ระบบสัญญาณเตือน Modified early warning score, Early warning signs 3) Comparison : เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเฝ้าระวังโดยใช้ระบบสัญญาณเตือนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 4) Outcome : Safety, Unplan intubation, Unplan ICU, Unplan CPR และคัดเลือกรายงานวิจัยที่มี full text นำมาจัดระดับของหลักฐาน (Level of Evidence) ตาม เกณฑ์ของ Polit & Beck (2014) : Polit, D.F. and Beck, C.T. (2014) Essentials of Nursing Research : Appraising Evidence for Nursing Practice. 8th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้ระบบสัญญาณเตือนเพื่อจัดการภาวะวิกฤตฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้น จากการค้นคว้าได้หลักฐานทั้งหมด 9 เรื่อง¹⁴⁻²² ดังแสดงในการวิเคราะห์และประเมินคุณภาพหลักฐานที่สนับสนุน Therapy Domain ประกอบด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์งานวิจัยทั้งหมดเป็นงานวิจัยระดับ 2 จำนวน 2 เรื่อง และระดับ 6 จำนวน 5 เรื่อง

ระยะที่ 3 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้ระบบสัญญาณเตือนเพื่อจัดการภาวะวิกฤตฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้น และนำไปทดลองใช้ (Evidence observed phase) เป็นระยะของการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลแล้วนำไปตรวจสอบและทดลองใช้ประเมินผลความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติเพื่อยืนยันว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นมีมาตรฐานสามารถนำไปใช้ได้จริง ผู้ศึกษาได้นำแนวปฏิบัติที่ได้ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิรวม 5 คน คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอายุรกรรม 1 คน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 2 คน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวัดและประเมิน 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา และความมีคุณค่า แก่ไขรับปรุงตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ และประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติโดยให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 4 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 20 คน นำแนวปฏิบัติฉบับยกร่างไปทดลองใช้ศึกษานำร่องกับผู้ป่วยอายุรกรรมในหอผู้ป่วยดังกล่าวระหว่างเดือนมีนาคม 2563 จากนั้นตอบแบบสอบถามความคิดเห็นต่อความสามารถในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้²³ ซึ่งแบบสอบถามได้ผ่านการนำไปใช้จริงในการปฏิบัติและมีการปรับปรุงมาแล้วแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาล และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อความสามารถในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ มีจำนวนทั้งหมด 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยมาก นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงจนได้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่สมบูรณ์

ระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงาน (evidence based phase) เป็นขั้นตอนการประเมินผลและวิเคราะห์เพื่อหาข้อสรุปความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ที่จะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้จริงในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 4 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ ตลอดจนการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยได้นำแนวปฏิบัติไปใช้จริงกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจำนวน 30 คน ในเดือนมีนาคม 2563 พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน มีความชัดเจน ง่าย และสะดวกในการใช้ สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ ผลลัพธ์ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล จากการทดลองใช้กับผู้ป่วยอายุรกรรมชายจำนวน 30 คน พบว่า ไม่มีผู้ป่วย Unplan ICU, Unplan intubation, Unplan CPR

กรอบแนวคิดในการศึกษา

พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้ระบบสัญญาณเตือนเพื่อจัดการภาวะวิกฤตฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้น ในผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผู้ศึกษาใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลด้วยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของซุคัพ ปี ค.ศ. 2000⁷ โดยประยุกต์ใช้ 4 ระยะ ประกอบด้วย 1) การค้นหาปัญหาทางคลินิก 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ และ 4) การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน

ผลการศึกษา

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้ระบบสัญญาณเตือนเพื่อจัดการภาวะวิกฤตฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้น ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ

1. การประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยและจำแนกประเภทผู้ป่วย โดยประเมินแรกรับ ตามเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง แสดงดังตาราง

SCORE	MET CALL	3	2	1	0	1	2	3	MET CALL
ZONE	PINK	ORANGE	GOLD	YELLOW	WHITE	YELLOW	GOLD	ORANGE	PINK
P A R A M E T E R	Respiratory Rate	<5	5-8			9-20		21-30	31-35
	Systolic Blood Pressure	<70	70-79	80-89	90-99	100-180		>180	
	Heart Rate	<40	40-49			50-100	101-110	111-130	131-140
	4 Hour Urine Output		<80	80-120		>120			
	Level of Consciousness	Unresponsive	Pain	Agitation/Confusion	Voice	Alert			

การแปลผลการประเมิน 1) สีชมพู (คะแนน ≥ 8) แรงดันมากที่สุด 2) สีส้ม (คะแนน 6 - 7) แรงดันมาก 3) สีทอง (คะแนน 4 - 5) แรงดันปานกลาง 4) สีเหลือง (คะแนน 1 - 3) หมายถึง แรงดันน้อย

2. ความถี่ของการประเมิน โดยมีวิธีการดังนี้ 1) ความถี่ของการสังเกตอาการอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง และเฝ้าระวังตามเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย 2) ถ้า MEWS score เท่ากับ 5 ติดต่อกัน 3 ครั้งควรรายงานพยาบาลหัวหน้าเวรให้การดูแลกิจกรรมการพยาบาลตามอาการ ตามความเหมาะสม โดยเฝ้าระวังผู้ป่วยกำหนดความถี่ตามระดับคะแนน (MEWS score) ที่ประเมินได้²⁴ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินในข้อ 1 บันทึกลงใน Flow sheet และฟอร์มปรอท²⁴

3. การจัดการตามความแรงดันตามระดับคะแนนประเมิน ประกอบด้วย

1) สีชมพู (คะแนน ≥ 8) จัดการดูแลดังนี้ (1) รายงานพยาบาลหัวหน้าเวรเพื่อประเมินคะแนน MEWS ผู้ป่วยซ้ำ (2) พยาบาลควรรับขอความช่วยเหลือจากทีมและรายงานแพทย์ทันที และ (3) พยาบาลควรปรึกษาแพทย์ในการพิจารณาย้ายผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต

2) สีส้ม (คะแนน 6 - 7) จัดการดูแลดังนี้ (1) รายงานพยาบาลหัวหน้าเวรเพื่อประเมินคะแนน MEWS ผู้ป่วยซ้ำ (2) พยาบาลควรรับขอความช่วยเหลือจากทีม และรายงานอาการผู้ป่วยต่อทีมให้สังเกต อาการผู้ป่วยพิจารณาย้ายผู้ป่วยมาดูแลใกล้ nurse station (3) เพิ่มความถี่ของการสังเกตอาการเป็นทุก 1 ชั่วโมงติดต่อกัน 3 ครั้ง และ (4) ถ้า MEWS score เท่ากับ 7 ติดต่อกัน 3 ครั้ง พยาบาลควรปรึกษาแพทย์ในการพิจารณาย้ายผู้ป่วยเข้า Semi-ICU หรือหอผู้ป่วยวิกฤต

3) สีทอง (คะแนน 4 - 5) จัดการดูแลดังนี้ (1) รายงานพยาบาลหัวหน้าเวรเพื่อพิจารณารายงานแพทย์ (2) ความถี่ของการสังเกตอาการอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงติดต่อกัน 3 ครั้ง (3) ถ้า MEWS score เท่ากับ 5 ติดต่อกัน 3 ครั้ง รายงานพยาบาลหัวหน้าเวรให้การดูแลกิจกรรมการพยาบาลตามอาการ ตามความเหมาะสม (4) พิจารณาเพิ่มการบันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกให้ถี่ขึ้นเป็นทุก 4 ชั่วโมง ถ้าน้อยกว่า 100 ใน 4 ชั่วโมงรายงานแพทย์ทันที และ (5) พิจารณาย้ายผู้ป่วยมาดูแลใกล้ nurse station

4) สีเหลือง (คะแนน 1 - 3) จัดการดูแลดังนี้ (1) ความถี่ของการสังเกตอาการอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง เฝ้าระวังตามมาตรฐานการพยาบาล (2) ถ้า MEWS score เท่ากับ 3 ติดต่อกัน 3 ครั้งควรรายงานพยาบาลหัวหน้าเวรให้การดูแลกิจกรรมการพยาบาลตามอาการตามความเหมาะสม

4. การให้ข้อมูลแก่ญาติเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤติ

5. การบันทึกทางการพยาบาล

6. การติดตามผลการประเมิน

แสดงดังแผนภาพ

ประเมินสัญญาณเตือนเพื่อจัดการภาวะวิกฤตฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้น
ในผู้ป่วยอายุรกรรมทุกรายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม ดังนี้



ขั้นตอนที่ 1 : การประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยและจำแนกประเภทผู้ป่วย : ประเมินแรกเริ่ม
ประเมินซ้ำตามเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย และเมื่ออาการเปลี่ยนแปลง

1. **ความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure)** 100–180 mmHg (0 คะแนน) 90–99 mmHg (1 คะแนน) 80 – 89 mmHg หรือ >180 mmHg (2 คะแนน) 70 – 79 mmHg (3 คะแนน) <70 mmHg รายงานแพทย์ทันที
2. **อัตราการเต้นของหัวใจ (Heart rate) HR or PR** 50 – 100 ครั้งต่อนาที (0 คะแนน) 101 – 110 ครั้งต่อนาที (1 คะแนน) 111 – 130 ครั้งต่อนาที (2 คะแนน) 40 – 49 หรือ 131 – 140 ครั้งต่อนาที (3 คะแนน) <40 หรือ >140 ครั้งต่อนาที (รายงานแพทย์ทันที)
3. **อัตราการหายใจ (Respiratory rate) RR** 9 – 20 ครั้งต่อนาที (0 คะแนน) 21 – 30 ครั้งต่อนาที (2 คะแนน) 31 – 35 หรือ 5 – 8 ครั้งต่อนาที (3 คะแนน) >35 หรือ < 5 ครั้งต่อนาที (รายงานแพทย์ทันที)
4. **ระดับความรู้สึกตัว (level of consciousness)** Alert รู้สึกตัวดี (0 คะแนน) Voice ตอบสนองต่อเสียง (1 คะแนน) Agitation/confusion สับสน (2 คะแนน) Pain ตอบสนองต่อความเจ็บปวด (3 คะแนน) Unresponsive ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นใด (รายงานแพทย์ทันที)
5. **ปริมาณปัสสาวะที่ออกใน 4 ชั่วโมง (Hourly urine for 4 hours)** >120 ml/hr (0 คะแนน) 80 – 120 ml/hr (2 คะแนน) <80 ml/hr (3 คะแนน)

การแปลผลการประเมิน 1) **สีเขียว** (คะแนน ≥ 8) แรงดันมากที่สุด 2) **สีส้ม** (คะแนน 6 – 7) แรงดันมาก 3) **สีทอง** (คะแนน 4 – 5) แรงดันปานกลาง 4) **สีเหลือง** (คะแนน 1 – 3) หมายถึง แรงดันน้อย



ขั้นตอนที่ 2 ความถี่ของการประเมิน : ดังนี้

- 1) ความถี่ของการสังเกตอาการอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง และเฝ้าระวังตามมาตรฐานการพยาบาล
- 2) ถ้า MEWS score เท่ากับ 5 ติดต่อกัน 3 ครั้งควรรายงานพยาบาลหัวหน้าเวรให้การดูแลกิจกรรมการพยาบาลตามอาการ ตามความเหมาะสม โดยเฝ้าระวังผู้ป่วยกำหนดความถี่ตามระดับคะแนน (MEWS score) ที่ประเมินได้
- 3) นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินในขั้นตอนที่ 1 ลงบันทึกลงใน Flow sheet และฟอร์มปรอท



ขั้นตอนที่ 3 การจัดการตามความเร่งด่วนตามระดับคะแนนประเมิน : ประกอบด้วย

- 1) **สีชมพู** (คะแนน ≥ 8) จัดการดูแลดังนี้ (1) รายงานพยาบาลหัวหน้าเวรเพื่อประเมินคะแนน MEWS ผู้ป่วยซ้ำ (2) พยาบาลควรรับขอความช่วยเหลือจากทีมและรายงานแพทย์ทันที และ (3) พยาบาลควรปรึกษาแพทย์ในการพิจารณาย้ายผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต
- 2) **สีส้ม** (คะแนน 6 - 7) จัดการดูแลดังนี้ (1) รายงานพยาบาลหัวหน้าเวรเพื่อประเมินคะแนน MEWS ผู้ป่วยซ้ำ (2) พยาบาลควรรับขอความช่วยเหลือจากทีม และรายงานอาการผู้ป่วยต่อทีมให้สังเกตอาการผู้ป่วย พิจารณาย้ายผู้ป่วยมาดูแลใกล้ nurse station (3) เพิ่มความถี่ของการสังเกตอาการเป็นทุก 1 ชั่วโมงติดต่อกัน 3 ครั้ง และ (4) ถ้า MEWS score เท่ากับ 7 ติดต่อกัน 3 ครั้ง พยาบาลควรปรึกษาแพทย์ในการพิจารณาย้ายผู้ป่วยเข้า Semi-ICU หรือหอผู้ป่วยวิกฤต
- 3) **สีทอง** (คะแนน 4 - 5) จัดการดูแลดังนี้ (1) รายงานพยาบาลหัวหน้าเวรเพื่อพิจารณารายงานแพทย์ (2) ความถี่ของการสังเกตอาการอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงติดต่อกัน 3 ครั้ง (3) ถ้า MEWS score เท่ากับ 5 ติดต่อกัน 3 ครั้ง รายงานพยาบาลหัวหน้าเวรให้การดูแลกิจกรรมการพยาบาลตามอาการ ตามความเหมาะสม (4) พิจารณาเพิ่มการบันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกให้ถี่ขึ้นเป็นทุก 4 ชั่วโมง ถ้าน้อยกว่า 100 ใน 4 ชั่วโมง รายงานแพทย์ทันที และ (5) พิจารณาย้ายผู้ป่วยมาดูแลใกล้ nurse station
- 4) **สีเหลือง** (คะแนน 1 - 3) จัดการดูแลดังนี้ (1) ความถี่ของการสังเกตอาการอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง เฝ้าระวังตามมาตรฐานการพยาบาล (2) ถ้า MEWS score เท่ากับ 3 ติดต่อกัน 3 ครั้งควรรายงานพยาบาลหัวหน้าเวรให้การดูแลกิจกรรมการพยาบาลตามอาการตามความเหมาะสม



ขั้นตอนที่ 4 การให้ข้อมูลแก่ญาติเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤติ : เมื่อผู้ป่วยมีค่าคะแนนเปลี่ยนแปลงอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบทุกครั้ง



ขั้นตอนที่ 5 การบันทึกทางการพยาบาล : การบันทึกลงใน Flow sheet / ฟอรม์ปรอท/nurse note ตามค่าคะแนนที่ประเมินได้ และลงบันทึกทางการพยาบาลโดยระบุค่าคะแนนให้ชัดเจน



ขั้นตอนที่ 6 การติดตามประเมินผล : ประเมินโดยใช้แบบประเมิน คู่อัตรการได้รับการประเมินแรกรับประเมินซ้ำจากพยาบาลตามเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย อุบัติการณ์อาการทรุดและได้รับการรายงานแพทย์ทัน และการวัดผลทางคลินิก ได้แก่ Unplan ICU, Unplan intubation, Unplan CPR

แผนภาพที่ 1 แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้ระบบสัญญาณเตือนเพื่อจัดการภาวะวิกฤตฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

2. ผลการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาไปทดลองใช้ในหน่วยงานศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ โดยใช้แบบสอบถามความสามารถต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม 20 คน ความคิดเห็นต่อความสามารถในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการภาวะวิกฤตฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้น เป็นเพศหญิงร้อยละ 90 เพศชายร้อยละ 10 ช่วงอายุ 22 - 44 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 ร้อยละ 100 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม และความคิดเห็นต่อความสามารถในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้กับผู้ป่วยอายุรกรรมพบว่า ด้านความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติ ส่วนใหญ่อยู่ระดับมากคิดเป็นร้อยละ 90 ด้านความชัดเจนในแนวปฏิบัติอยู่ระดับมากคิดเป็นร้อยละ 90 ด้านความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงาน อยู่ระดับมากคิดเป็นร้อยละ 100 ด้านความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน ร้อยละ 100 ส่วนด้านความประหยัด (ประหยัดและลดต้นทุนทั้งด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ) และด้านประสิทธิผลของใช้แนวปฏิบัติคิดเป็นร้อยละ 90

3. ผลลัพธ์ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลจากการทดลองใช้กับผู้ป่วยอายุรกรรมชาย จำนวน 30 คน พบว่า ไม่มีผู้ป่วย Unplan ICU, Unplan intubation, Unplan CPR

วิจารณ์

1. ลักษณะของแนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้ระบบสัญญาณเตือนเพื่อจัดการภาวะวิกฤตฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้น พัฒนาการประยุกต์ใช้กระบวนการใช้ผลวิจัยซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด สามารถยืนยันกับผู้บริหารได้ว่าเป็นบริการที่มีคุณภาพ สามารถตรวจสอบความถูกต้องได้โดยใช้รูปแบบของ (soukup)⁷ เนื่องจากเน้นการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติการพยาบาลมีขั้นตอนชัดเจนเข้าใจง่ายและเป็นที่ยอมรับ แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านความครอบคลุมเชิงเนื้อหา ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย และมีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อให้ผู้รับบริการมีความปลอดภัย มีคุณภาพชีวิตที่ดี

สอดคล้องการศึกษาศึกษาผลการวิจัยที่พบว่าการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ช่วยในการประเมินผู้ป่วยและให้การพยาบาลอย่างทันทั่วถึงและติดตามได้อย่างปลอดภัย รวมทั้งสามารถรายงานแพทย์ให้การรักษาทันทั่วถึง ลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนได้²⁵

2. ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้เพื่อจัดการภาวะวิกฤตฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้น โดยพบว่าส่วนใหญ่เห็นด้วยมากที่สุดคือ ในหัวข้อความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน ความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติ ความชัดเจนของข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติ ความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงาน จากแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นเป็นประเด็นสำคัญที่หน่วยงานต้องการปรับปรุงคุณภาพ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย นำผลการทบทวนที่ได้มากำหนดประเด็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยภายใต้บริบทของหน่วยงาน และการนำแนวปฏิบัติใช้ประเมินกับผู้ป่วยอายุรกรรมชายจำนวน 30 คน พบว่า ไม่มีผู้ป่วย Unplan ICU, Unplan intubation, Unplan CPR สอดคล้องการศึกษาค้นคว้าที่ใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต ส่งเสริมให้พยาบาลสามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและตัดสินใจดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็วทำให้ลดอุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผนและอุบัติการณ์การเสียชีวิตได้¹⁷ เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่าการใช้ MEWS และมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในกรณีที่มีค่าคะแนนเร่งด่วนปานกลาง ส่งผลให้สามารถช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตต่าง ๆ อัตราการ Unplan ICU, และ Unplan reintubation ลดลง¹⁵

ข้อยุติ

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ได้พัฒนามาจากการใช้กระบวนการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและสอบถามความคิดเห็นจากพยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยและทดลองใช้เฉพาะในหน่วยงานของผู้วิจัย แต่แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ยังไม่มีให้นำไปทดลองใช้ในหน่วยงานอื่น ดังนั้นจึงควร

นำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปขยายผลในหน่วยงานอายุรกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

2. ควรส่งเสริมให้เกิดการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลอย่างชัดเจน โดย

2.1 หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม และหัวหน้าพยาบาล ควรประกาศเป็นนโยบายในการนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในหอผู้ป่วยและหัวหน้าหอผู้ป่วยมีการนิเทศติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

2.2 ควรมีการฝึกอบรมพยาบาลเพื่อให้มีสมรรถนะสามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในคลินิกได้อย่างถูกต้องและเกิดประสิทธิภาพต่อไป

2.3 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในหน่วยงานเพื่อจัดการภาวะวิกฤตฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้น จากนั้นติดตามและประเมินผลทั้งด้านกระบวนการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลให้มีความสอดคล้องและเหมาะสม



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อ.ดร. สุรชาติ สิทธิปรกรณ์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ดร.มะลิวรรณ อังคนิตย์ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำแนะนำแนวทางการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้บริหารและองค์กร ที่มอบโอกาสในการเรียนรู้เพื่อพัฒนางานให้มีคุณค่า นำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย กราบขอบพระคุณ มารดาและครอบครัว ที่ให้กำลังใจตลอดมา ประโยชน์ที่ได้จากวิจัยฉบับนี้ ขอมอบแด่ผู้ป่วยอายุรกรรมทุกท่าน

• บรรณานุกรม •

1. ปณิฐา นาคช่วยและคณะ. MEWS:Adult Pre Arrest Sign กับบทบาทพยาบาล. เวชบัณฑิตศิริราช บทความทั่วไป, ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 เดือน ก.ย.-ธ.ค.2560.
2. Smith GB, et al. The ability of the National Early Warning Score (NEWS) to discriminate patients at risk of early cardiac arrest, unanticipated intensive care unit admission, and death. Resuscitation. 2013;84(4):465-470.
3. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. การศึกษาการประเมินอาการนำก่อนภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคหัวใจ (Modified Early Warning Signs in Cardiac patient) (อินเทอร์เน็ต). เข้าถึงได้จากhttp://www.thaicvtnurse.org/attachments/article/105/ROOM1_2pdf. เข้าถึงวันที่ 20 ก.พ.2559.
4. ศูนย์ข้อมูล หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 4 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด.
5. ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด.
6. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน). เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยประเทศไทย พ.ศ. 2561 Patient Safety Goals : SIMPLE Thailand 2018. นนทบุรี ; เฟมัส แอนด์ ซัคเซสฟูล, 2561.
7. Soukup M. The center of advanced nursing practice evidence-based practice model. Nursing Clinic of North America 2000;35:301-09.
8. Massey D, Aitken LM, Chaboyer W. What factors influence suboptimal ward care in the acutely ill ward patient?. Australian Critical Care. 2008;21 : 127-40.
9. Tee A, Ching NF, Keow NS. In-hospital mortality among unplanned admission to medical intensive care unit. Crit Care & Shock. 2008;11:149-153.
10. Berlot G, Pangher A, Petrucci L, Bussani R, Lucandelo U. Anticipating events of in-hospital cardiac arrest. Eur J Emerg Med. 2004; 11 :149-153.
11. Peberdy MA, Ornato JP, Larkin GL, Braithwaite RS, Kashner TM, Carey SM, Meanry PA.et al. Survival from In-hospital cardiac arrest during night and weekends. JAMA. 2008; 20: 299(7):785-92.
12. Resuscitation council (UK). Prevention of cardiac arrest and decision about cardiopulmonary resuscitation (Internet). Resuscitation guideline;2010 .
13. Dacey MJ, Mirza ER, Wilcox V, Doherty M. Mello J, Boyer A, et al. The effect of a rapid response team on major clinical outcome measures in a community hospital. Critical Care Medicine. 2007;35:2076-82.
14. กรรณิกา สิริแสน. ประสิทธิภาพของการใช้ระบบสัญญาณเตือนในการพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤติโรงพยาบาลเอกชน แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน. พ.ศ. 2558.
15. ตูลา วงศ์ปาลีและคณะ. ผลของการใช้ MEWS. ในการดูแลต่อเนื่องของหอผู้ป่วยถึงวิกฤตและหอผู้ป่วยหนัก งานการพยาบาลอายุรศาสตร์. ผลงานการนำเสนอประชุมวิชาการ 02/10/2013. HA forum.
16. พิมพ์พรรณ ปันโพธิ์. ระบบการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงซึ่งปรับตามบริบท (Modified Early Warning Score) ในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. ปีที่ 2. พ.ศ. - ส.ศ.55. 166-177.
17. ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า. ผลของการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตต่อการย้ายเข้าหอผู้ป่วย วิกฤตโดยไม่ได้วางแผนและอัตราการเสียชีวิตในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ (TUH Journal online) ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 เดือน ม.ค.- เม.ย.59.
18. An-Yi Wang, et al. Periarrest Modified Early Warning Score (MEWS) predicts the outcome of in-hospital cardiac arrest. Journal of the Formosan Medical Association (2016) 115, 76-82.
19. Bushra Jamil, et al.. Modified Early warning (MEW) Score: a low cost tool in predicting in hospital outcomes of acutely ill medical patients. Infectious diseases Journal of Pakistan, Volume 23 Issue 04. Oct-Dec 2014. 759-761.

• บรรณานุกรม (ต่อ) •

20. Fabrizio Colombo, et al. The Niguarda MEWS, a new and refined tool to determine criticality and instability in Internal Medicine ward and Emergency Medicine unit. Italian Journal of Medicine 2017; Volume11:310-317.
21. K.De Meester, et al..Impact of a standardized nurse observation protocol including MEWS after Intensive Care Unit discharge. Resuscitation 84 (2013) 184-188.
22. YS Pccra, P Ranasinghc, et al..The value of the Modified Early Warning Score and biochemical parameters as predictors of patient outcome in acute medical admissions: a prospective study. Acute Medicine 2011; 10(3):126-132.
23. เรณู แบนสุภาพ. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการบาดแผลอุบัติเหตุ แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำปาง. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2551.
24. พุทธชาติ สมณา. โครงการนิเทศทางคลินิก SUANDOK SUPERVISION MODEL. 17th HA National Forum วันที่ 8-11 มีนาคม 2559. ศูนย์การประชุม IMPACT Forum เมืองทองธานี.
25. แสงโสม ช่วยช่วง. ผลของการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยในห้องตรวจสวนหัวใจ โรงพยาบาลตรัง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจ และทรวงอก ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน) 2561.



การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น
เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

The Development of Adolescent Health Promotion Model for Prevention and Solution of Teenage Pregnancy.

อุไรพรณ์ ทิดจันทิก*
Uraiporn Thidjuntuk

ABSTRACT

Background : A teenage pregnancy is a serious problem. To finding guidelines for prevent and resolve problems of teenage pregnancy is important for tactics self-defense, and protecting students and have strong influence life skills to society enticement.

Objective : To development of adolescent health promotion model for prevention and solution of teenage pregnancy at Mueang District, Roi Et Province.

Methods : This study was research and development has 4 steps of research included 1) Study the current problems conditions, prevention, and solving teenage pregnancy problems. 2) Development prevention form for prevention and solving teenage pregnancy problems. 3) Study outcome of experimental used model for prevent and solve teenage pregnancy problems. 4) Study the effect of models using for prevention and solving teenage pregnancy problems. There were 30 experts focus group discussion and in-depth interview to found out the present information, problem, and operation guidelines to prevention and solving teenage pregnancy problems. The target groups included 6 schools that under government 5 schools and 1 private school at Mueang District, Roi Et Province. All data analyzed by content analysis.

Results : The model for prevention and solution for teenage pregnancy at Mueang District, Roi Et Province including 1) Networks were known problem and guidelines to co-operation problems solved and has memorandum agreement. 2) A related parties have been developed knowledge skills for operation included public health staffs, local administrative organization, the school administrators, sexual education teacher, student leaders, parents and community leaders. 3) creation an environment that is conducive for teenage learning. 4) strengthen community operations. 5) Development public health service system that was friendly for teenage.

Conclusion : This study revealed that model for teenage pregnancy prevention and solution including have shared vision and goal, have a memorandum agreement (MOU) of network, coordination of network for cooperation, helping of educational institutions, proactive health care of nurses that responsible for screening, refer adolescents to reproductive health services , and use this model for effectively sex communication.

Keywords : Model development ; Adolescent Health Promotion ; Teenage Pregnancy

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

บทนำ : ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นปัญหาที่สำคัญโดยการหาแนวทางเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นสิ่งสำคัญเพื่อสร้างกลวิธีป้องกันตนเองและคุ้มครองนักเรียนให้มีทักษะชีวิต มีความเข้มแข็ง ต่อสิ่งเขย่าวนจากสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด

ระเบียบวิธีวิจัย : รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีขั้นตอนการดำเนินงาน 4 ระยะคือ 1) การ ศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 2) การพัฒนารูปแบบการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 3) การศึกษาผลการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 4) การศึกษาผลการใช้รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยมี ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 30 คน ร่วมสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลสภาพปัจจุบัน ปัญหา แนวทางการ ดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประชากรเป้าหมายได้แก่โรงเรียนที่มีความพร้อมและสนใจ เข้าร่วมใช้รูปแบบจำนวน 6 แห่ง เป็นโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาร้อยเอ็ด เขต 1 จาก 5 เครือข่ายโรงเรียน เครือข่ายละ 1 แห่งและโรงเรียนเอกชน 1 แห่ง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการ วิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา : รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 1) ภาควิชาเครือข่ายได้รับทราบปัญหา และหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน มีบันทึกข้อตกลงการดำเนินงานร่วมกัน 2) ผู้เกี่ยวข้องได้รับการพัฒนาทักษะองค์ความรู้ เพื่อนำไปดำเนินงาน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้บริหารสถานศึกษา ครูผู้สอนวิชาเพศวิถีศึกษา นักเรียนแกนนำ ผู้ปกครอง และผู้นำชุมชน 3) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของวัยรุ่น 4) สร้างเสริมการดำเนินงานของชุมชนให้เข้มแข็ง 5) พัฒนาระบบ บริการสาธารณสุขที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น

สรุป : จากการศึกษาครั้งนี้ทำให้ได้รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ดังนี้ มีวิสัยทัศน์ และเป้าหมายร่วมกัน การจัดทำบันทึกข้อตกลง (MOU) ของภาควิชาเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง การประสานภาควิชาเครือข่าย เพื่อความร่วมมือ สถานศึกษาให้ความช่วยเหลือ การดูแลส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกของพยาบาลผู้รับผิดชอบทำให้ สามารถคัดกรอง ส่งต่อวัยรุ่นเข้ารับการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ และนำรูปแบบที่ได้ไปใช้ในการสื่อสารเรื่อง เพศได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ ; การส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น ; การตั้งครรภ์ไม่พร้อม



สภาพสังคมปัจจุบันส่งผลให้การดำรงชีวิตของครอบครัวไทยจำนวนมากต้องดิ้นรน พ่อแม่ผู้ปกครองต้องทำมาหากินเลี้ยงชีพ เป็นผลให้ครอบครัวส่วนหนึ่งไม่สามารถดูแลบุตรหลานให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ เด็กจำนวนมากไม่สามารถรับมือกับความเปลี่ยนแปลงของตนเองเมื่อก้าวเข้าสู่วัยรุ่นและอาจปรับตัวให้เท่าทันสภาพแวดล้อมรอบตัวได้ ประกอบกับการพัฒนาด้านสาธารณสุขและการกินอยู่ที่ดีขึ้น ทำให้เด็กเติบโตสู่วัยเจริญพันธุ์ได้เร็วขึ้น การขาดโอกาสเรียนรู้ เรื่องเพศศึกษา การไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตร การเข้าถึงสื่อทุกรูปแบบโดยไร้ขีดจำกัด ส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมทางเพศเร็วขึ้นโดยขาดความรู้ความเข้าใจ ขาดการฝึกฝนทักษะชีวิตเพื่อดูแลและรักษาความสัมพันธ์ทางเพศให้ปลอดภัย ไม่เกิดผลกระทบต่อตนเองและคนที่เกี่ยวข้อง สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหรือ “ท้องไม่พร้อมของเด็กวัยรุ่น” ในประเทศไทยได้มีความพยายามหาแนวทางแก้ปัญหากันอย่างต่อเนื่องกว่าทศวรรษ แต่ยังพบว่าในประเทศไทยการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้เพิ่มขึ้นเป็นอันดับ 2 ของประเทศในอาเซียน¹ นอกจากนี้ยังมีข้อมูลจากหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนที่ระบุว่า เด็กวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 15 ปี ตั้งครรภ์ไม่พร้อม และมีแนวโน้มอายุเฉลี่ยต่ำลง มีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ศูนย์สร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่นโรงพยาบาลรามาธิบดีประมาณการทำแท้งของวัยรุ่นถึงปีละสามแสนคน หรือวันละ 1,000 คน รวมทั้งอัตราการใช้อยู้งานอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นน้อยกว่าร้อยละ 50 ซึ่งปัญหาดังกล่าวเกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจ เรื่อง การอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ และทางเลือกเมื่อตั้งครรภ์ไม่พร้อม² ในจังหวัดร้อยเอ็ด พบการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงขึ้น และอัตราการคลอดของมารดาอายุ 15 - 19 ปี ในปี 2557 - 2559 พบ 21.94, 38.15 และ 32.20 ต่อพันประชากร และอัตราการคลอดของมารดาที่กำลังศึกษาในภาคบังคับ อายุ 10-14 ปี ของจังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2557 คลอดบุตร 32 คน ปี 2558 จำนวน 29 คน และปี 2559 จำนวน 33 คน ส่วนอัตราการคลอดของมารดาอายุ 15 - 19 ปี ในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด ปี 2557 - 2559 พบ 25.95, 25.38 และ 23.72 (ต่อประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี พันคน)³ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น และสูงกว่าเกณฑ์ที่รับได้ขององค์การอนามัยโลก อันจะส่งผลกระทบต่อปัญหา

ด้านร่างกายของวัยรุ่นและทารก รวมถึงสภาพจิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้นจากปัญหาการติดเชื้อจากการทำแท้งเถื่อน วัยรุ่นส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยเรียน เมื่อตั้งครรภ์มักปิดบังปัญหา ไม่มีการฝากครรภ์ ไม่ดูแลสุขภาพ ประเด็นสำคัญ คือ การตั้งครรภ์ในวัยเรียนทำให้เกิดปัญหาการออกโรงเรียน กลางคัน และมีโอกาสกลับเข้าสู่ระบบการศึกษาน้อยลง ซึ่งเป็นความสูญเสียเปล่าทางการศึกษาที่ประเมินค่าไม่ได้ นำไปสู่การสร้างปัญหาของครอบครัว ชุมชนและสังคม ที่เวียนวนเป็นวัฏจักรไม่จบสิ้น จึงจำเป็นที่สถานศึกษา ซึ่งเป็นสถาบันทางสังคมที่ใกล้ชิดวัยรุ่นมากที่สุด รองลงมาจากสถาบันครอบครัว ต้องมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา โดยการหันมาให้ความสำคัญกับการหาแนวทางในการจัดการเรียนรู้เพศศึกษา เพื่อสร้างองค์ความรู้และภูมิคุ้มกันหรือกลวิธีป้องกันตนเอง รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือพิทักษ์ ปกป้อง และคุ้มครองนักเรียนให้มีทักษะชีวิต มีความเข้มแข็งต่อสิ่งเฝ้ายวนจากสังคมที่กระตุ้น เร่งเร้าธรรมชาติของวัยที่กำลังอยู่ในช่วงวัยรุ่น ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษาในประเทศอังกฤษที่ประสบผลสำเร็จสามารถลดอัตราการตั้งครรภ์ลงครึ่งหนึ่งภายใน 10 ปี พบว่า วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์สูงกว่าวัยรุ่นคนอื่น ๆ ได้แก่ วัยรุ่นที่มีการศึกษาน้อยไม่ได้เรียนหนังสือ และไม่มียานพาหนะ หรือเป็นเด็กที่อยู่ในความคุ้มครองดูแลโดยหน่วยงานของรัฐ นอกจากนี้การสำรวจเชิงคุณภาพในกลุ่มแม่วัยรุ่นในอังกฤษยังพบว่า การมีบุตรตั้งแต่วัยเยาว์เป็นวัยรุ่นอาจเกิดจากการขาดแรงบันดาลใจในชีวิต รู้สึกด้อยค่าในตัวเองและขาดเป้าหมายในชีวิต การประเมินการดำเนินยุทธศาสตร์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศอังกฤษยังพบว่า ปัจจัยสำคัญสองด้านที่มีผลต่อการเพิ่มหรือลดลงของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ มีการเรียนการสอนเพศศึกษาที่มีคุณภาพ และมีระบบบริการคุมกำเนิดที่เป็นมิตรแก่วัยรุ่น สำหรับการเรียนการสอนเพศศึกษาในประเทศไทยยังมีช่องว่างเชิงคุณภาพ เช่น วิธีสอนส่วนใหญ่เน้นการบรรยาย ขาดสื่อการสอนที่น่าสนใจ ครูสอนเพศศึกษาไม่ได้รับการปรับทัศนคติ และไม่ผ่านการอบรมเรื่องการสอนเพศศึกษา การเรียนการสอนไม่ครอบคลุมรอบด้าน และยังเป็นการสอนจากมุมมองเชิงลบ นอกจากนี้ การสอนยังไม่เอื้อให้นักเรียนนำความรู้จากชั้นเรียนไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ องค์การแพธ (path) นำเสนอไว้ว่า “เรื่องเพศต้องเริ่มจากโรงเรียนและครอบครัว” โดยในโรงเรียนผู้จัดการเรียน

การสอนที่ทำความเข้าใจกับนักเรียนได้ คือ ครูผู้สอน ซึ่งครูผู้สอนจะต้องเปิดใจ อย่ายึดติดกับการถูกสั่งสอน มาแต่ดั้งเดิม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากครูผู้รู้ สั่งสอน เป็นจัดการเรียนรู้ กระตุ้น ตั้งคำถาม สร้างบรรยากาศ ให้ผู้เรียนคิดวิเคราะห์ กล้าแสดงออก กล้าแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นและกล้าที่จะเข้ารับคำปรึกษา ในขณะเดียวกัน ครอบครัวโดยพ่อแม่ หรือผู้ปกครองก็ต้องเปิดใจที่จะ พุดคุยและวางแผนการพุดคุยกับลูกในเรื่องเพศด้วย ส่วนวัยรุ่นเองก็ต้องมีความรู้ในเรื่องเพศตามความ เหมาะสมของวัย เพื่อเป็นภูมิคุ้มกันแก่ตัวเอง จะเห็นว่า ครูผู้สอน พ่อแม่หรือผู้ปกครอง และวัยรุ่นเองจะต้องมี ความเข้าใจซึ่งกันและกัน ในแนวทางเดียวกัน นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายก็มีความสำคัญอย่างยิ่ง เช่น โรงพยาบาลทุกระดับในพื้นที่ องค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่น สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา สถานีตำรวจ ฯลฯ ซึ่งสอดคล้องและเป็นไปตามพระราชบัญญัติ การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ที่มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2559 ซึ่งให้ความหมายว่า วัยรุ่น หมายถึง บุคคลอายุ เกินสิบปีบริบูรณ์แต่ยังไม่ถึงยี่สิบปีบริบูรณ์ (ส่วนใหญ่ จะเป็นนักเรียนและนักศึกษา) ตามพระราชบัญญัติกำหนด ให้ทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภ์ในวัยรุ่น ถ้าผู้ใด ไม่ปฏิบัติตามต้องระวางโทษไว้ด้วย⁴

จากการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีการทำวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบและหา แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภ์ในวัยรุ่น ในประเทศไทยอย่างหลากหลาย ซึ่งสามารถเป็น นวัตกรรมที่นำไปใช้แก้ปัญหาดังกล่าวได้เป็นอย่างดี แต่เป็นการวิจัยที่ดำเนินการผ่านมาแล้วหลายปีก่อนที่จะ มีพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภ์ ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 และยังไม่พบการดำเนินการวิจัยนี้ ในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงาน ส่งเสริมสุขภาพประชาชนทุกช่วงวัยในเขตอำเภอเมือง ร้อยเอ็ด จึงได้เสนอโครงการวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญห การตั้งครรภ์ไม่พร้อมขึ้นโดยวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภ์ ในวัยรุ่น เขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ดและเป็นแนวทางให้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ได้นำไปใช้ในการดำเนินงาน ต่อไป โดยมุ่งเป้าหมายไปที่กลุ่มวัยรุ่นที่อยู่ในสถานศึกษา เพราะเป็นกลุ่มวัยรุ่นส่วนใหญ่

วิธีการศึกษา

วัตถุประสงค์ ประชากร ได้แก่ โรงเรียนที่มีความพร้อมและ สนใจเข้าร่วมใช้รูปแบบจำนวน 6 แห่ง จำแนกได้ดังนี้ เป็นโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา ร้อยเอ็ด เขต 1 จาก 5 เครือข่ายโรงเรียน เครือข่ายละ 1 แห่ง และโรงเรียนเอกชน 1 แห่ง

วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ดำเนินการโดยผู้ทรงคุณวุฒิร่วม สนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อให้ได้ ข้อมูลสภาพปัจจุบัน แนวทางการดำเนินงานป้องกันและ แก้ไขปัญหาดังครรภ์ในวัยรุ่น เขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการ วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และนำเสนอข้อมูล โดยการจัดกลุ่มข้อมูล (Grouping) ในรูปความเรียง ประเมินกับเนื้อหาแบบการป้องกันและแก้ไขปัญห การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (IOC) พร้อมทั้งตรวจสอบค่าและ ภาษาที่ใช้โดยผู้เชี่ยวชาญ วิเคราะห์ข้อมูล สำหรับการ ประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันและ แก้ไขปัญหาดังครรภ์ในวัยรุ่น วิเคราะห์โดยนำผล การประเมินของคณะกรรมการแต่ละคนมาสรุปผลการ ปฏิบัติ/ไม่ปฏิบัติ และสังเคราะห์เนื้อหา ร้อยเอ็ดหลักฐาน แล้วสรุปคะแนนตามเกณฑ์ งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรอง การวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเลขที่ RE041/2563 มีขั้นตอน การดำเนินการ 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหา การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภ์ในวัยรุ่น เขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด โดยมีการดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ศึกษาค้นหาข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดย เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเรื่องวัยรุ่น เพื่อเป็นผู้ทรงคุณวุฒิร่วมสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ให้ข้อมูลสภาพปัจจุบัน ปัญหา แนวทาง การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภ์ใน วัยรุ่น เขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน ประกอบด้วย 1) ผู้รับผิดชอบจากฝ่ายการศึกษา จำนวน 9 คน ประกอบด้วย ศิษยานิเทศก์ที่รับผิดชอบงานวัยรุ่น ของ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา ร้อยเอ็ด เขต 1 จำนวน 3 คน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัยรุ่นจากกลุ่ม ส่งเสริมการจัดการศึกษา ของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จากกองการศึกษาเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด และจากกองการ บริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 3 คน เจ้าหน้าที่

ผู้รับผิดชอบจากสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดร้อยเอ็ด และอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจากศูนย์ประสานงานการอาชีวศึกษาจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 1 คน 2) ผู้รับผิดชอบจากฝ่ายสาธารณสุข จำนวน 20 คน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด จำนวน 15 คน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัยรุ่นจากกองการสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนจังหวัด และเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัยรุ่นจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดร้อยเอ็ดที่รับผิดชอบงานวัยรุ่น จำนวน 1 คน เครื่องมือ ใช้แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม สถานที่ ได้แก่ ห้องประชุมชั้น 2 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

2. ศึกษาเอกสารความรู้ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อสังเคราะห์เป็นกรอบเนื้อหาในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

3. สสำรวจสภาพปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการสนทนากลุ่ม ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 30 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน

4. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และนำเสนอข้อมูลโดยการจัดกลุ่มข้อมูล (Grouping) ในรูปความเรียง

5. สรุปผลการศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด ขั้นตอนการดำเนินงานดังต่อไปนี้

1. กำหนดกลุ่มเป้าหมายและผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ซึ่งได้แก่ 1) กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาตัวอย่างที่ดี คือ โรงเรียนนวมิยวชิรบำรุงพิทยาคม สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 41 จังหวัดพิจิตร 2) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ยืนยันร่างรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จำนวน 7 ท่าน ประกอบด้วย ด้านวิชาการ ด้านบริหาร และด้านการ

ปฏิบัติ เครื่องมือ ได้แก่ แบบประเมินรูปแบบ

2. ศึกษาตัวอย่างที่ดี คือ โรงเรียนนวมิยวชิรบำรุงพิทยาคม สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 21 จังหวัดพิจิตร

3. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสาร การสำรวจสภาพปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การสนทนากลุ่ม ในระยะที่ 1 และการศึกษาตัวอย่างที่ดี มาสังเคราะห์เพื่อจัดทำร่างรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด

4. นำเสนอร่างรูปแบบต่อผู้เชี่ยวชาญ เพื่อประเมินและให้ข้อเสนอแนะกับร่างรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จำนวน 7 คน

5. วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และนำเสนอข้อมูลโดยการจัดกลุ่มข้อมูล (Grouping) ในรูปความเรียง

6. ปรับปรุงรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด ตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ

7. จัดทำรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นรูปเล่ม เพื่อนำไปทดลองใช้ต่อไป

ระยะที่ 3 การศึกษาผลการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ โรงเรียนบ้านซ่งวิทยาคม เครือข่ายเมืองโนนตาลหนองแก้ว แคนใหญ่ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาร้อยเอ็ด เขต 1 เครื่องมือ ได้แก่ แบบประเมินผลการดำเนินงาน

2. ประชุมชี้แจง เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในประเด็นที่สำคัญๆ ให้กับผู้บริหารโรงเรียน และครูผู้สอนทุกคน เกี่ยวกับการนำรูปแบบไปใช้

3. สร้างแบบประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด เป็นแบบตรวจสอบรายการปฏิบัติ/ไม่ปฏิบัติ และบันทึกร่องรอยหลักฐานการปฏิบัติ

4. นำแบบประเมินเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องของรายการประเมินกับเนื้อหารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (IOC) พร้อมทั้งตรวจสอบคำ และภาษาที่ใช้ซึ่งผู้เชี่ยวชาญ

5. นำผลการพิจารณาความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ มาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) คัดเลือก

รายการประเมินที่มีค่าความสอดคล้องกับเนื้อหา รูปแบบ การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่น (IOC) ตั้งแต่ 0.06 - 1.00 และปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะ แล้วจัดพิมพ์แบบประเมินเป็นฉบับสมบูรณ์

6. นิเทศ ติดตาม ส่งเสริม สนับสนุน การดำเนินการ ทดลองใช้รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่น เขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จำนวน 2 ครั้ง โดย แต่งตั้งคณะกรรมการนิเทศ ติดตามฯ ตลอดจนนิเทศ ผ่านระบบออนไลน์ได้ตลอดเวลา

7. ประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบการป้องกัน และแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่น เขตอำเภอเมือง ร้อยเอ็ด โดยการประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบ การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่น โดยใช้แบบประเมินผลการดำเนินงาน

8. วิเคราะห์ข้อมูล สำหรับการประเมินผลการ ดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาดัง กล่าวในวัยรุ่น วิเคราะห์โดยนำผลการประเมิน ของคณะกรรมการแต่ละคนมาสรุปผลการปฏิบัติ/ ไม่ปฏิบัติ และสังเคราะห์เนื้อหา ร้อยเอ็ด หลักฐาน แล้ว สรุปคะแนนตามเกณฑ์

9. สรุปผลการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันและ แก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่นเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด

ระยะที่ 4 การศึกษาผลการใช้รูปแบบการป้องกัน และแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่น เขตอำเภอเมือง ร้อยเอ็ด มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ โรงเรียนที่มีความพร้อม และสนใจเข้าร่วมใช้รูปแบบ จำนวน 7 แห่ง จำแนกได้ ดังนี้ เป็นโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประถมศึกษาร้อยเอ็ด เขต 1 จาก 5 เครือข่ายโรงเรียน เครือข่ายละ 1 แห่ง จำนวนทั้งสิ้น 5 แห่ง เครื่องมือ ได้แก่ แบบประเมินผลการดำเนินงาน

2. ประชุมชี้แจง เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ ในประเด็นที่สำคัญๆ ให้กับผู้บริหารโรงเรียน และครู ผู้รับผิดชอบงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน เกี่ยวกับการนำรูปแบบไปใช้

3. นิเทศ ติดตาม ส่งเสริม สนับสนุน การใช้รูปแบบ การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่น เขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จำนวน 2 ครั้ง โดยแต่งตั้ง คณะกรรมการนิเทศ ติดตามฯ ตลอดจนนิเทศผ่าน ระบบออนไลน์ได้ตลอดเวลา

4. ประเมินผลการใช้รูปแบบการป้องกันและแก้ไข ปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่น เขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด

โดยการประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกัน และแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่น โดยใช้แบบ ประเมินผลการดำเนินงาน

5. วิเคราะห์ข้อมูล สำหรับการประเมินผลการ ดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาดัง กล่าวในวัยรุ่น วิเคราะห์โดยนำผลการประเมิน ของคณะกรรมการแต่ละคนมาสรุปผลการปฏิบัติ/ ไม่ปฏิบัติ และสังเคราะห์เนื้อหา ร้อยเอ็ด หลักฐาน ของแต่ละโรงเรียน แล้วสรุปคะแนนตามเกณฑ์

6. สรุปผลการใช้รูปแบบการป้องกันและแก้ไข ปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่นเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ผลการศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาดัง กล่าวในวัยรุ่น เขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด

1. ผลการศึกษาสภาพปัจจุบัน และปัญหาดัง กล่าวในวัยรุ่นเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด สรุปผลได้ดังนี้ 1) ขาดความ ร่วมมือระหว่างหน่วยงาน 2) ขาดความร่วมมือของผู้มี ส่วนเกี่ยวข้อง 3) วัยรุ่นส่วนใหญ่อยู่ในระบบการศึกษา ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่อง เพศวิถีศึกษา และอนามัย การเจริญพันธุ์ ผู้ปกครอง ครู และชุมชน มีทัศนคติ เชิงลบเรื่อง เพศ 4) ขาดการนิเทศ ติดตาม ผลการ ดำเนินงาน ตลอดจนขาดการส่งเสริมและสนับสนุนจาก หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 5) ขาดการปรับปรุงและพัฒนา การดำเนินงาน 6) ขาดแนวทางในการดำเนินงานที่เป็น ระบบ 7) ขาดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

2. ผลการหาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาดัง กล่าวในวัยรุ่น เขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จาก การศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง สภาพ ปัญหา และการศึกษาตัวอย่างที่ดี ทำให้ได้ร่างรูปแบบ การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่น เขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด มีองค์ประกอบ ดังนี้ 1) การจัดทำบันทึกข้อตกลง (MOU) ของภาคีเครือข่าย ที่เกี่ยวข้อง 2) มาตรฐานและตัวชี้วัดการดำเนินงาน ป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่น ของ สถานศึกษา 3) การประสานภาคีเครือข่ายเพื่อความร่วมมือ 4) การดำเนินงานของสถานศึกษา 5) พัฒนา ความรู้ความเข้าใจและทัศนคติของครู ผู้ปกครอง และนักเรียนแกนนำ 6) ดำเนินงานตามมาตรฐาน

และตัวชี้วัด 7) การนิเทศ กำกับ ติดตาม ให้ความช่วยเหลือ (Coaching and Mentoring) และประเมินผล การดำเนินงาน (Evaluation) 8) การให้ขวัญกำลังใจ และมอบนโยบายการดำเนินงาน 9) การสะท้อนผลการ ดำเนินงานทุกกิจกรรม (AAR)

ระยะที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเขตอำเภอเมือง ร้อยเอ็ด

1. ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จากการนำร่างรูปแบบจากระยะที่ 1 เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน เพื่อประเมินและให้ข้อเสนอแนะ ทำให้ ได้รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่น เขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้ 1) มีวิสัยทัศน์และเป้าหมายร่วมกัน ได้กำหนด วิสัยทัศน์และเป้าหมายร่วมกัน คือ “อัตราการคลอด มีชีพของวัยรุ่นในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด เป็น 0 ต่อพันประชากร” 2) การจัดทำบันทึกข้อตกลง (MOU) ของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจัดทำบันทึกข้อตกลง (MOU) ระหว่างจังหวัดร้อยเอ็ด โดยผู้ว่าราชการ จังหวัดร้อยเอ็ด กับผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้อยเอ็ด สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดร้อยเอ็ด สำนักงาน เขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาร้อยเอ็ด เขต 1 สำนักงาน เขตพื้นที่ศึกษามัธยมศึกษา เขต 27 สำนักงาน ท้องถิ่นจังหวัดร้อยเอ็ด เทศบาลเมืองร้อยเอ็ด สถานศึกษา ในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ดทุกสังกัด สถานีตำรวจภูธร จังหวัดร้อยเอ็ด สำนักงานแรงงานจังหวัดร้อยเอ็ด อำเภอเมืองร้อยเอ็ดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง ร้อยเอ็ด

2. มาตรฐานและตัวชี้วัดการดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ของสถานศึกษา ประกอบด้วย มาตรฐานที่ 1 การบริหารจัดการในโรงเรียน มี 14 ตัวชี้วัด มาตรฐานที่ 2 การจัดกิจกรรมมีทั้งหมด 7 ตัวชี้วัด มาตรฐานที่ 3 การจัดระบบดูแลช่วยเหลือ มีทั้งหมด 6 ตัวชี้วัด มาตรฐานที่ 4 การมีส่วนร่วมและ การสร้างเครือข่ายมีทั้งหมด 7 ตัวชี้วัด และมาตรฐาน ที่ 5 คุณภาพผู้เรียนมีทั้งหมด 3 ตัวชี้วัด

3. การประสานภาคีเครือข่ายเพื่อความร่วมมือ มีการประสานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในทุกระดับให้ความ ร่วมมือ ส่งเสริม สนับสนุนด้านต่างๆ ที่สถานศึกษา ขอความร่วมมือ โดยกำหนดแนวทางการดำเนินงานไว้

ในบันทึกข้อตกลง (MOU) และโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ให้ความช่วยเหลือในการประสานงานด้วย ซึ่งภาคี เครือข่ายที่จะต้องประสานงานเพื่อขอความร่วมมือ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลประจำอำเภอ และโรงพยาบาลประจำจังหวัด เพื่อขอความร่วมมือด้านการให้ความรู้ที่ทันสมัย การขยายประเภทต่างๆ การตรวจสอบร่างกายนักเรียน ตลอดจนการดูแลรักษา พยาบาลหน่วยงานต้นสังกัด ได้แก่ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา สำนักงานศึกษาธิการ จังหวัด เพื่อขอคำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินงาน การนิเทศ ติดตาม การรายงานข้อมูล ตลอดจนการให้ ความช่วยเหลือนักเรียนกรณีมีปัญหาองค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน วัด และผู้ประกอบการ เพื่อขอ สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน และขอความร่วมมือ ในการดำเนินงาน ให้มีความรู้ความเข้าใจ มีทัศนคติ เชิงบวก ในทำนองเดียวกันสถานีตำรวจ เพื่อให้ความ ช่วยเหลือนักเรียน กรณีมีการกระทำที่ผิดกฎหมาย สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เพื่อให้ความช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหาตั้งครรภ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์อนามัยประจำ เขตสุขภาพ เพื่อขอสนับสนุนสื่อ วัสดุ อุปกรณ์ ประกอบ ตลอดจนบุคลากรในการให้ความรู้และขอคำปรึกษา แนะนำ

4. การดำเนินงานของสถานศึกษา พัฒนาความรู้อยู่ ความเข้าใจและทัศนคติของครู ผู้ปกครอง และนักเรียน แก่นนำ โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ เป็นการพัฒนา ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องใกล้ชิดกับนักเรียน เพื่อเป็นแกนนำ ในการขับเคลื่อนและขยายผลความรู้ความเข้าใจใน สถานศึกษา ซึ่งบุคลากรทั้ง 3 กลุ่ม จะได้รับการพัฒนา โดยมีจุดเน้นแตกต่างกัน

1) ครูจะได้รับการพัฒนา ดังนี้ 1) ทักษะ การสอน โดยเน้นการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ที่ใช้ เทคโนโลยีทันสมัยเข้ามาช่วยเพื่อแก้ปัญหาการใช้โทรศัพท์ ที่ไม่ถูกต้องของนักเรียน และยึดเนื้อหาตามหลักสูตร แกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2551 กลุ่มสาระ การเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ และคู่มือการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพศวิถีศึกษา ของ องค์การแพท 2) ทักษะการให้คำปรึกษา เพื่อให้คำปรึกษากับนักเรียน และให้ทางเลือกประกอบการตัดสินใจของ นักเรียน 3) การจัดระบบดูแลช่วยเหลือและคุ้มครอง นักเรียนที่มีปัญหาให้ได้รับการศึกษาด้วยรูปแบบที่ เหมาะสม และต่อเนื่อง รวมทั้งการส่งต่อให้ได้รับ

บริการอนามัย การเจริญพันธุ์และการจัดสวัสดิการสังคมอย่างเหมาะสม 4) ความรู้ความเข้าใจเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ และเพศวิถีศึกษา 5) ทักษะคิดเชิงบวกกับเรื่องเพศวิถีของวัยรุ่น และการสื่อสารเชิงบวกกับวัยรุ่น 6) พฤติกรรมการสอนและการปฏิบัติต่อนักเรียน เรื่อง การให้คำปรึกษา การใช้คำพูดเชิงบวก

2) ผู้ปกครองแกนนำ จะได้รับการพัฒนา ดังนี้ การสื่อสารเชิงบวก เรื่อง เพศกับวัยรุ่นความรู้ความเข้าใจเรื่อง อนามัยการเจริญพันธุ์ และเพศวิถี ทักษะคิดเชิงบวกกับเรื่อง เพศวิถีของวัยรุ่น พฤติกรรมการปฏิบัติต่อวัยรุ่นนักเรียนที่เป็นลูกหลาน เรื่อง การให้คำปรึกษา การใช้คำพูดเชิงบวก และการให้ความรู้เรื่อง อนามัยการเจริญพันธุ์

3) นักเรียนแกนนำ จะได้รับการพัฒนา ดังนี้ การสื่อสารเชิงบวก เรื่อง เพศ กับเพื่อนวัยรุ่น ความรู้ความเข้าใจ เรื่อง อนามัยการเจริญพันธุ์ และเพศวิถี จำนวน 11 ฐานความรู้ คือ ฐานที่ 1 ภูเขาอนามัย ฐานที่ 2 หนูงยังไม่อยากท้อง ฐานที่ 3 โรคภัยจากทางเพศสัมพันธ์ ฐานที่ 4 ทำไม่ถึงท้อง ฐานที่ 5 ผ่าอนามัยใช้อย่างนิยตเดียว ฐานที่ 6 ท้องไม่พร้อม ฐานที่ 7 อวัยวะเพศสะอาด ปราศจากโรค ฐานที่ 8 มาเข้าใจร่างกายของวัยรุ่น ฐานที่ 9 การช่วยตัวเอง ฐานที่ 10 อารมณ์ทางเพศ ฐานที่ 11 การสัมผัสที่เหมาะสม ทักษะคิดเชิงบวกกับเรื่อง เพศวิถีของเพื่อนวัยรุ่น การเป็นนักเรียนแกนนำในการเผยแพร่ความรู้ และการให้คำปรึกษา ช่วยเหลือกับเพื่อนนักเรียนที่มีปัญหา

5. การดำเนินงานตามมาตรฐานและตัวชี้วัดนี้ ส่วนสำคัญที่สถานศึกษาต้องดำเนินงานให้ชัดเจน มีระบบเพื่อการแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง คือ

1) การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ และกิจกรรมเสริม การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ สามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบตามความเหมาะสมของแต่ละสถานศึกษา ดังนี้

- รูปแบบที่ 1 จัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2551 กลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา ทุกระดับชั้น และใช้ชั่วโมงลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้ จัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามคู่มือการจัดกระบวนการเรียนรู้เพศศึกษาขององค์การแพธ (PATH) ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6

- รูปแบบที่ 2 จัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามคู่มือ

การจัดกระบวนการเรียนรู้เพศศึกษา ขององค์การแพธ ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 ระดับชั้นละ 16 ชั่วโมง ในภาคเรียนที่ 1 โดยจัดเป็นกลุ่มสาระการเรียนรู้เพิ่มเติม

- รูปแบบที่ 3 จัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามคู่มือการจัดกระบวนการเรียนรู้เพศศึกษา ขององค์การแพธ ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 ระดับชั้นละ 16 ชั่วโมง ในภาคเรียนที่ 2 โดยจัดเป็นกลุ่มสาระการเรียนรู้เพิ่มเติม

- รูปแบบที่ 4 จัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามคู่มือการจัดกระบวนการเรียนรู้เพศศึกษา ขององค์การแพธ ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 ระดับชั้นละ 16 ชั่วโมง แบ่งเป็นภาคเรียนที่ 1 จำนวน 8 ชั่วโมง และภาคเรียนที่ 2 จำนวน 8 ชั่วโมง โดยจัดเป็นกลุ่มสาระการเรียนรู้เพิ่มเติม ซึ่งในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ทั้ง 4 รูปแบบ ยังไม่สามารถสร้างความตระหนักให้กับนักเรียนได้เต็มที่ ยังพบว่ามีปัญหาเกิดขึ้นกับนักเรียนในช่วงวันหยุดนักขัตฤกษ์ วันสำคัญ และช่วงปิดภาคเรียน ดังนั้น สิ่งทีทุกรูปแบบจะต้องเพิ่มเติม คือ การจัดกิจกรรมเสริม

2) การจัดกิจกรรมเสริม เป็นกิจกรรมสร้างความตระหนักให้กับนักเรียนอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะก่อนถึงวันสำคัญที่จะเป็นวันหยุด เช่น วันแห่งความรัก วันสงกรานต์ วันลอยกระทง เป็นต้น และก่อนปิดภาคเรียน ซึ่งสามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบตามความเหมาะสมของแต่ละสถานศึกษา ได้แก่ การจัดเสียงตามสาย ให้ความรู้ การจัดกิจกรรมพี่สอนน้อง หรือเพื่อนสอนเพื่อน ให้ความรู้หน้าเสาธง การจัดบอร์ดความรู้ การเดินรณรงค์ในโอกาสต่างๆ เช่น งานกีฬา กิจกรรมในชุมชน ฯลฯ การร้องเพลง Stop teen Mom แสดงท่าทางประกอบ การแสดงละครสอนใจในวันสำคัญ ฯลฯ

3) การจัดระบบดูแลช่วยเหลือและส่งเสริม ดำเนินการดังนี้ การศึกษาข้อมูลนักเรียนรายบุคคล คัดกรองนักเรียนตามประเภทของสี ดังนี้

สีขาว หมายถึง นักเรียนที่ใสชื่อ บริสุทธิ์ ยังไม่มีความรู้สึกรักแบบแฟนกับเพศตรงข้าม

สีเทา หมายถึง นักเรียนที่มีความรู้สึก รักแบบแฟนกับเพศตรงข้าม แต่ยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์

สีดำ หมายถึง นักเรียนที่มีแฟนเป็นเพศตรงข้าม และมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งแยกได้เป็น 2 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 นักเรียนที่มีแฟนคนเดียวและมีเพศสัมพันธ์กับแฟนคนเดียว

ประเภทที่ 2 กลุ่มที่มีแฟนหลายคนและมีเพศสัมพันธ์กับแฟนหลายคน

สีแดง หมายถึง นักเรียนที่มีปัญหา คือ ท้อง ทำแท้งมา หรือ ติดโรคทางกรรมพันธุ์

6. การนิเทศ กำกับ ติดตาม ให้ความช่วยเหลือ (Coaching and Mentoring) และประเมินผลการดำเนินงาน (Evaluation) นิเทศ กำกับ ติดตาม โดยความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้สถานศึกษาดำเนินการเตรียมรับการประเมินผลการดำเนินงาน สามารถดำเนินการได้ทั้งการนิเทศภายใน และการนิเทศภายนอก ดังนี้ 1) การนิเทศภายใน ควรเน้นการประชุม การร่วมมือกัน PLC การถอดบทเรียนการดำเนินงาน เพื่อแก้ปัญหาและทำความเข้าใจร่วมกัน โดยมีผู้บริหารโรงเรียนและครูแกนนำ เป็นหลักในการขับเคลื่อน 2) การนิเทศภายนอก อาจขอความร่วมมือจากบุคลากรภายนอกที่มีความรู้เข้ามาให้ความช่วยเหลือ เช่น นายแพทย์ พยาบาลศึกษานิเทศก์ เป็นต้น

7. การให้ขวัญกำลังใจและมอบนโยบายการดำเนินงาน หลังจากที่มีการประเมินผลการดำเนินงานแล้วควรให้ขวัญและกำลังใจกับสถานศึกษาและครูผู้ร่วมดำเนินการ โดยการมอบเกียรติบัตร พร้อมทั้งมีการจัดประชุมเพื่อมอบนโยบายการดำเนินงานโดยผู้ว่าราชการจังหวัดร้อยเอ็ด ต่อผู้เข้าร่วมประชุม คือ ภาคีเครือข่ายที่ร่วมทำบันทึกข้อตกลง (MOU) เพื่อให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

8. การสะท้อนผลการดำเนินงานทุกกิจกรรม (AAR) หลังจากที่มีการดำเนินกิจกรรมทุกกิจกรรมแล้วควรมีการสะท้อนผลหรือบทวนการดำเนินงานของคณะกรรมการดำเนินงาน โดยการ AAR (After Action Review) เพื่อนำผลไปปรับปรุงพัฒนาการทำงานให้ดีขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยคงไว้ซึ่งวิธีที่ดีอยู่แล้ว และแก้ปัญหาที่เคยเกิดขึ้น

ระยะที่ 3 ผลการศึกษาการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด

ผลการทดลองใช้รูปแบบและประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการ

ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด กับสถานศึกษาเป้าหมาย คือ โรงเรียนบ้านซ่งวิทยาคม เครือข่ายเมืองโนนตาล หหนองแก้ว แคนใหญ่ จากการนิเทศติดตาม พบว่า สถานศึกษาสามารถดำเนินงานได้ตามรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด โดยได้รับความช่วยเหลือแนะนำจากคณะกรรมการนิเทศ ส่งผลให้ผ่านการประเมินผลการดำเนินงานและประกาศรับรองให้เป็นสถานศึกษาด้านแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแห่งแรกของจังหวัดร้อยเอ็ด และโรงเรียนบ้านซ่งวิทยาคม มีนวัตกรรมการสอนเพศวิถีศึกษาที่สร้างและพัฒนาขึ้นมา โดยครูผู้สอนและรับผิดชอบงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น คือ การจัดการเรียนการสอนเพศวิถีศึกษา ผ่าน QR code

ระยะที่ 4 ผลการใช้รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด

ผลการใช้รูปแบบและประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด กับกลุ่มเป้าหมายจำนวน 7 แห่ง คือ โรงเรียนบ้านหัวโนนตาล, โรงเรียนบ้านขอนแก่น, โรงเรียนบ้านแดงโนนสว่าง, โรงเรียนบ้านปอภาร, โรงเรียนโสภโณประชาสรรค์, โรงเรียนเทศบาลวัดเหนือ และโรงเรียนพระกุมารร้อยเอ็ด จากการนิเทศติดตาม พบว่า สถานศึกษาทุกแห่งสามารถดำเนินงานได้ตามรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด โดยได้รับความช่วยเหลือ แนะนำจากคณะกรรมการนิเทศ ส่งผลให้ผ่านการประเมินผลการดำเนินงานและประกาศรับรองให้เป็นสถานศึกษาด้านแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ของจังหวัดร้อยเอ็ด อีกทั้งพบว่า สถานศึกษาทุกแห่งมีนวัตกรรมสำหรับสอนนักเรียนด้วย ดังนี้ โรงเรียนบ้านหัวโนนตาล มีนวัตกรรมภาพจำลองขนาดใหญ่การสอนเรื่องยาคุมกำเนิด โรงเรียนบ้านขอนแก่น มีนวัตกรรม สมุดเล่มเล็ก โรงเรียนบ้านแดงโนนสว่าง มีนวัตกรรม Big-book สอนน้อง และลำเพลินเพศวิถี โรงเรียนบ้านปอภาร มีนวัตกรรม บัตรคำ โรงเรียนโสภโณประชาสรรค์ มีนวัตกรรม พี่สอนน้อง โรงเรียนเทศบาลวัดเหนือ มีนวัตกรรม หมอลำกลอนสอนชีวิต โรงเรียนพระกุมารร้อยเอ็ด มีนวัตกรรม เพลงวัยใสใส่ใจเพศวิถี และ MV

จากผลการวิจัยพบประเด็นที่ควรอภิปรายดังนี้ ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด และทดลองใช้กับสถานศึกษา 1 แห่ง ซึ่งผ่านการประเมินเพื่อรับรองให้เป็นสถานศึกษาต้นแบบแห่งแรกของจังหวัดร้อยเอ็ด ทั้งนี้เนื่องจาก ครูและผู้บริหารโรงเรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสอนเพศวิถีศึกษา การให้คำปรึกษา การจัดระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน และการส่งต่อจากการเข้ารับการอบรม ครูผู้สอนสามารถจัดการเรียนการสอน เพศวิถีศึกษา ได้เหมาะสมกับวัยของผู้เรียนครูผู้สอนสามารถให้คำปรึกษากับนักเรียนสามารถคัดกรองนักเรียนได้ตามแนวทางที่กำหนด และให้ความช่วยเหลือนักเรียนได้ตามความเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความช่วยเหลือกับนักเรียนกลุ่มสีดำ ในการนำนักเรียนไปฝังยาคุมกำเนิด จำนวน 3 คน ครูผู้สอนสามารถสร้างและพัฒนานวัตกรรมประกอบ การจัดการเรียนรู้ เรื่อง เพศวิถีศึกษา ที่แก้ปัญหาการสื่อสารเชิงลึกเรื่องเพศของครู ซึ่งยังเงินอายุที่จะพูดแบบเปิดเผยกับนักเรียนส่งผลให้นักเรียนได้รับการยอมรับจาก สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัยให้ไปนำเสนอเป็นนวัตกรรมที่ดี (Best Practice) และได้รับคัดเลือกเป็นตัวแทนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เข้าแข่งขันในระดับชาติ รางวัล Obec Award ประเภท นวัตกรรม สถานศึกษาสามารถดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้ตามรูปแบบ และมาตรฐาน-ตัวชี้วัดที่กำหนด สถานศึกษาสามารถขยายผล และสร้างเครือข่ายกับโรงเรียนที่อยู่ในเครือข่ายเดียวกัน ได้ทุกโรงเรียน (11 แห่ง) นักเรียนในสถานศึกษาที่ทดลองใช้รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ไม่มีปัญหาเรื่องการตั้งครรภ์ สถานศึกษาที่ทดลองใช้รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ไม่มีปัญหานักเรียนออกกลางคัน

รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด หลังจากได้ผ่านการ

ทดลองใช้กับสถานศึกษา 1 แห่งแล้ว ซึ่งก็พบปัญหา และได้รับการปรับปรุงพัฒนาให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ทำให้ได้แนวทางการพัฒนาสถานศึกษาด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโดยการทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) และการถอดบทเรียนหลังการดำเนินงาน ทุกกิจกรรม (AAR : After Action Review) ถือว่าเป็นแนวทางที่ดีเมื่อนำไปใช้กับสถานศึกษาอีก 7 แห่ง ก็ส่งผลให้ผ่านการประเมินเพื่อรับรองให้เป็นสถานศึกษาต้นแบบอย่างมีคุณภาพ และเป็นแบบอย่างสำหรับศึกษาค้นคว้ากับโรงเรียนอื่นต่อไป นอกจากนี้ยังส่งผลอีกหลายประการ ดังนี้ ส่งผลให้วัยรุ่นอายุ 10 - 14 ปี ของอำเภอเมืองร้อยเอ็ด มีอัตราการตั้งครรภ์ต่อพันประชากรลดลง และต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ 1.3 ต่อพันประชากรวัยรุ่นหญิง อายุ 10 - 14 ปี และส่งผลให้อัตราการตั้งครรภ์ของจังหวัดร้อยเอ็ดลดลงด้วย รูปแบบนี้ เป็นการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จากการทำบันทึกข้อตกลงร่วมกัน (MOU) ส่งผลให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็งและดำเนินการอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อยุติ

1. ควรมีการวิจัยพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในหน่วยงานสังกัดอื่นๆ หรือพื้นที่อื่นๆ เพื่อให้ได้แนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่
2. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนานวัตกรรมที่มาส่งเสริมสนับสนุน ให้การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นประสบผลสำเร็จ
3. ควรมีการวิจัยเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจ เรื่อง เพศวิถีศึกษา และอนามัยการเจริญพันธุ์ ระหว่างนักเรียนที่อยู่ในสถานศึกษาที่ใช้รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น กับสถานศึกษาที่ไม่ใช้รูปแบบ



• บรรณานุกรม •

1. นฤมล ทับปาน. (2562). น่านน้ำสีคราม กลยุทธ์ห้าม (ใจ) ไม่ให้ท้องในวัยเรียน. กรุงเทพธุรกิจ จุดประกาย. <https://judprakai.bangkokbiznews.com/social/1243>.
2. นงลักษณ์ พลแสน. (2560). การพัฒนาระบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. ปีที่ 32 ฉบับที่ 2.
3. เพิ่มพูล ร่มศรี. (2560). รายงานสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในจังหวัดร้อยเอ็ด. ร้อยเอ็ด : สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดร้อยเอ็ด.
4. พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาคาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559. (2559, 31 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 133 ตอนที่ 30 ก.



ประสิทธิภาพการกดจุดบำบัดและการนวดแก้ปวดศีรษะด้วยตนเอง
ในผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรน

The Effectiveness of Acupressure Therapy and Self Massage to Reduce Migraine.

จิตต์สกุล ศกุนะสิงห์*

Jittsakul sakunasing

ABSTRACT

Background : Migraine is the disease that cause of public health problem of Thai people. The acupressure therapy and self-massage by Thai traditional and alternative medicine is the one choice that can use for care of patient by mix with modern medicine.

Objective : To study the effectiveness of acupressure therapy and self-massage to reduce migraine.

Methods : This study was quasi – experimental research, the study subjects were 40 patients with migraine at Thai traditional medicine, Roi Et Hospital during January 1 to May 31, 2020. The study subjects were divided into 2 groups, Acupressure therapy 20 persons and self massage 20 persons. The statistical analyses were used descriptive statistics and t-test. The statistical significant was set at $p\text{-value} < 0.05$

Results : Of the acupressure therapy group most of them were female 85.0%, mean age 45.4 years ($SD = 8.7$), graduated bachelor's degree 90.0%, government officer 85.0%. The self-massage groups, most of them were female 100%, mean age 44.6 years ($SD = 6.7$), graduated bachelor's degree 85.0%, government officer 90.0%. The factors effected to induce headache of acupressure therapy group were stressful ($\bar{X} = 4.50$), and stayed at bright place ($\bar{X} = 4.15$). The factors effected to induce headache among self-massage groups were stayed at bright place ($\bar{X} = 3.85$), and were stressful ($\bar{X} = 3.75$). To compared mean pain level between before and after acupressure therapy and self-massage were found statically significant ($p < 0.001$), when compared pain between level group were found pain level of patients decreases but statistically non-significant ($p = 0.828$).

Conclusion : This study found out that the effectiveness of acupressure therapy and self-massages to reduce migraine were not different. So, to reduce the headaches patients can choose the methods that appropriate for them.

Keywords : Acupressure therapy, Self-massage, Migraine

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคปวดศีรษะไมเกรนเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพที่สำคัญของคนไทยการกวดบำบัดและการนวดแก้ปวดศีรษะเป็นวิธีการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอีกวิธีหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบันได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสิทธิผลการกวดบำบัดและการนวดแก้ปวดศีรษะด้วยตนเองในผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรน

วิธีการศึกษา : รูปแบบการศึกษานี้เป็นกึ่งทดลองโดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะไมเกรนซึ่งมารับบริการที่กลุ่มงานแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลร้อยเอ็ดจำนวน 40 คน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 พฤษภาคม 2563 โดยแบ่งออกเป็นสองกลุ่มได้แก่ กลุ่มกวดบำบัด 20 คน และกลุ่มนวดแก้ปวดศีรษะด้วยตนเอง 20 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.005$

ผลการศึกษา : จากการศึกษากลุ่มกวดบำบัดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 85.0 อายุเฉลี่ย 45.4 ปี ($SD = 8.7$) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ปริญญาตรีร้อยละ 90.0 อาชีพรับราชการร้อยละ 85.0 กลุ่มนวดแก้ปวดศีรษะด้วยตนเองเป็นเพศหญิงร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 44.6 ปี ($SD = 6.7$) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ปริญญาตรีร้อยละ 85.0 อาชีพรับราชการร้อยละ 90.0 ปัจจัยชักนำที่มีผลทำให้เกิดอาการปวดศีรษะในกลุ่มกวดบำบัดที่สำคัญคือ อาการปวดศีรษะจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อรู้สึกเครียดมากๆ ($\bar{X} = 4.50$) เมื่ออยู่ในที่มีแสงสว่างจ้า ($\bar{X} = 4.15$) ส่วนกลุ่มนวดแก้ปวดศีรษะด้วยตนเองปัจจัยชักนำที่มีผลทำให้เกิดอาการปวดศีรษะที่สำคัญคือ เมื่ออยู่ในที่มีแสงสว่างจ้า ($\bar{X} = 3.85$) และเมื่อรู้สึกเครียดมากๆ ($\bar{X} = 3.75$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของการปวดก่อนและหลังการได้รับการกวดบำบัดและการนวดด้วยตนเองของผู้ป่วยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่าทั้งสองกลุ่มมีอาการปวดลดลงแต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p = 0.828$)

สรุป : การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าประสิทธิผลการใช้การกวดบำบัดและการนวดแก้ปวดศีรษะด้วยตนเองสามารถลดอาการปวดศีรษะไมเกรนได้โดยไม่มีความแตกต่างกันดังนั้นผู้ป่วยสามารถเลือกใช้วิธีใดก็ได้เพื่อที่จะใช้ดูแลอาการเจ็บป่วยของตนเองตามความเหมาะสม

คำสำคัญ : กวดบำบัด, นวดนวดแก้ปวดศีรษะด้วยตนเอง, ปวดศีรษะไมเกรน



บทนำ

อาการปวดศีรษะเป็นอาการหนึ่ง ที่พบได้ทุกเพศทุกวัย เกิดจากหลายสาเหตุไม่ว่าจะเกิดจากการเจ็บป่วย ความเครียด หรือผลกระทบจากปัญหาสังคมและสิ่งแวดล้อม เป็นต้นที่พบบ่อยที่สุดคือ เกิดจากกล้ามเนื้อตึงตัวอื่นๆ เกิดจากหลอดเลือดขยายตัว หรืออาจมีพยาธิสภาพในสมองเช่นเนื้องอก ซึ่งอาการปวดจะแตกต่างกันไป¹ การรักษาอาการปวดมีหลายวิธีทั้งการรักษาด้วยยาและไม่ใช้ยา อาทิ การใช้ยาแก้ปวด ยานอนหลับ

ยากล่อมประสาท การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนวด การยืดกล้ามเนื้อ การประคบ การกดจุด การฝังเข็ม การใช้เครื่อง TENS การทำสมาธิ การทำจิตใจบำบัด เป็นต้น แต่การรักษาทางยานั้นจะสามารถทำได้ชั่วคราวถ้าในรายที่ปวดเรื้อรังจะทำให้เกิดอันตรายได้ เช่น อันตรายต่อตับ ถ้ารับประทานยากลุ่ม NSAID มีผลต่อการแข็งตัวของเลือดและเลือดออกในทางเดินอาหาร² อาการปวดศีรษะไมเกรนเป็นปัญหาหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน

ส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาของวัยรุ่น คนหนุ่มสาวมากกว่า คนสูงอายุหลายเท่า พบบ่อยจะเป็นช่วงวัยรุ่นอายุ 10 - 25 ปีขึ้นไป และจะเป็นในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายแต่พออายุมากขึ้นเรื่อยๆ อาการจะน้อยลงซึ่งเชื่อว่าน่าจะเกี่ยวข้องกับฮอร์โมนบางอย่าง ผู้หญิงบางคนเป็นมาตลอด พอมาถึงวัยหมดประจำเดือนกลับหายจากอาการไปเลย^{3, 4} ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบมากถึง 30 ล้านคน อายุระหว่าง 10 - 40 ปี และอาการลดลงเมื่ออายุ 50 ปีขึ้นไป พบมากในผู้หญิงถึงร้อยละ 75⁵

จากปัญหาและความสำคัญที่ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง อีกทั้งเมื่อต้องเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จะกลายเป็นภาระต่อครอบครัว เกิดปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ การได้ดูแลรักษาอาการที่ถูกต้องไม่ก่อให้เกิดปัญหาผลข้างเคียงจากการใช้ยาแก้ปวด การชี้ให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดอาการ หรือแม้กระทั่งการสอนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลรักษาตนเองเบื้องต้นได้ จะเป็นการลดความทุกข์ทรมานและความรุนแรงของโรค จากที่ผ่านมา มีผู้ป่วยโรคไมเกรนมาเข้ารับการรักษาที่กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นจำนวนมาก ผู้วิจัยได้นำศาสตร์การกดจุดบำบัดและการนวดไทยซึ่งเป็นศาสตร์และศิลป์อีกทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มอาการทางกล้ามเนื้อหรือระบบประสาท มาทำการศึกษาประสิทธิผลของการกดจุดบำบัดกับการนวดแก้ปวดศีรษะด้วยตนเองในผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรน เพื่อนำผลการศึกษามาปรับใช้ในงานบริการในการดูแลผู้ป่วยไมเกรนอีกทางเลือกหนึ่ง การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการกดจุดบำบัดและการนวดแก้ปวดศีรษะด้วยตนเองในผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรน

วิธีการศึกษา

วัสดุ ประชากรคือกลุ่มผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรนที่มารับบริการที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรนที่เข้ามารับการรักษาที่กลุ่มงานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่าง 1 มกราคม - 31 พฤษภาคม 2563 มีการคัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่มีอาการปวดศีรษะไมเกรนและทำการกดจุดบำบัดโดยใช้หลักสูตรการกดจุดบำบัดของสำนักการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กระทรวงสาธารณสุข ใช้ระยะเวลาการกดจุดนาน 15 นาที จำนวน 20 คน และกลุ่มที่มีอาการปวดศีรษะไมเกรนและได้รับการสอนเทคนิคการนวดแก้ปวดศีรษะด้วยตนเองและปฏิบัติการนวด โดยใช้เทคนิคการนวดแก้ปวดศีรษะตามแนวพื้นฐานนวดแก้ปวดศีรษะและคอ แนวละ 3 - 5 รอบ ตามหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข ผสมผสาน การนวดคลายเครียดตามโครงการฟื้นฟูการนวดไทยมูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา ใช้ระยะเวลาการปฏิบัติ 15 นาที จำนวน 20 คน ทั้งสองกลุ่มจะได้รับการประเมินอาการปวดก่อนและหลังการปฏิบัติการทั้งสองกลุ่มโดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดของ Johnson (Johnson's two component) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

วิธีการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (Pretest - Posttest Two Group Design)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยปฏิบัติการทางคลินิก (การกดจุดบำบัดและการนวดตนเอง) และแบบวัดระดับอาการปวดศีรษะโดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดของ Johnson (Johnson's two component) ซึ่งแบ่งเครื่องมือออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) แบบวัดระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดและ 2) แบบวัดความทุกข์ทรมานเนื่องจากความเจ็บปวด แบ่งเป็น 11 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 10 สมมุติให้ 0 หมายถึง ไม่รู้สึกเจ็บปวดหรือไม่รู้สึกทุกข์ทรมาน และ 10 หมายถึงเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมานมากจนทนไม่ได้โดยผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินตามคำอธิบายการปวดระดับต่างๆ แบบสอบถามประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย และส่วนที่ 3 มาตรวัดความเจ็บปวดของ Johnson (Johnson's two component) งานวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเลขที่ RE042/2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เปรียบเทียบประสิทธิผลของการกดจุดบำบัดกับการนวดแก้ปวดศีรษะด้วยตนเองก่อนและหลังทดลองในกลุ่มเดียวกันใช้ dependent t-test และระหว่างกลุ่มใช้ independent t-test สำหรับเกณฑ์การให้คะแนนของค่าเฉลี่ยมีดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	4.21 - 5.00	หมายถึง	มีระดับความปวดระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย	3.41 - 4.20	หมายถึง	มีระดับความปวดระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย	2.61 - 3.40	หมายถึง	มีระดับความปวดระดับที่ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.81 - 2.60	หมายถึง	มีระดับความปวดระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย	1.00 - 1.80	หมายถึง	มีระดับความปวดระดับน้อยที่สุด

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มกอดจุดบำบัดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 85.0 อายุเฉลี่ย 45.4 ปี (SD = 8.7) ระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 90.0 อาชีพรับราชการร้อยละ 85.0 กลุ่มขนาดแก้ปวดศีรษะด้วยตนเองเป็นเพศหญิงร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 44.6 ปี (SD = 6.7) ระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 85.0 อาชีพรับราชการร้อยละ 90.0 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มกอดจุดบำบัด		กลุ่มขนาดแก้ปวดศีรษะด้วยตนเอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	3	15.0	0	0
หญิง	17	85.0	20.0	100.0
อายุ (ปี)				
< 40 ปี	3	15.0	4.0	20.0
40 - 50 ปี	12	60.0	11.0	55.0
41- 60 ปี	4	20.0	5.0	25.0
> 60 ปี	1	5.0	0	0
Mean + S.D	45.4 + 8.7		44.6 + 6.7	
ระดับการศึกษา				
มัธยม	0	0.0	2	10.0
ปริญญาตรี	18	90.0	17	85.0
ปริญญาโท	2	10.0	1	5.0
อาชีพ				
รับจ้าง	0	0.0	2	10.0
ค้าขาย	2	10.0	0	0.0
ข้าราชการ	17	85.0	18	90.0
อื่นๆ	1	5.0	0	0.0

2. ปัจจัยชักนำที่มีผลทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ พบว่าปัจจัยชักนำที่มีผลทำให้เกิดอาการปวดศีรษะในกลุ่มกอดจุดบำบัดมากที่สุดคือ เมื่อรู้สึกเครียดมากๆ ($\bar{X} = 4.50$, S.D ± 0.68) เมื่ออยู่ในที่มีแสงสว่างจ้า ($\bar{X} = 4.15$, S.D ± 0.74) ส่วนกลุ่มขนาดแก้ปวดศีรษะด้วยตนเอง ปัจจัยชักนำที่มีผลทำให้เกิดอาการปวดศีรษะมากที่สุดคือที่มีแสงสว่างจ้า ($\bar{X} = 3.85$, S.D ± 1.08) เมื่อรู้สึกเครียดมากๆ ($\bar{X} = 3.75$, S.D ± 1.029) และเมื่ออยู่ในที่มีเสียงดังมากๆ ($\bar{X} 3.55$, S.D ± 0.82) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยชักนำที่มีผลทำให้เกิดอาการปวดศีรษะของกลุ่มกดจุดบำบัดและกลุ่มนวดแก้ปวดศีรษะด้วยตนเอง

ปัจจัยชักนำ ที่ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ	กลุ่มกดจุดบำบัด			กลุ่มนวดแก้ปวดศีรษะด้วยตนเอง		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. เมื่อท่านรู้สึกเครียดมากๆ	4.50	0.68	มากที่สุด	3.75	1.29	มาก
2. เมื่อนอนไม่ตรงเวลาจากเดิม หรือเปลี่ยนเวลานอน	3.40	1.27	ปานกลาง	2.55	1.09	น้อย
3. หลังดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	1.75	1.20	น้อยที่สุด	1.05	0.22	น้อยที่สุด
4. หลังดื่มน้ำชาคาแฟ	2.30	0.86	น้อย	1.10	0.44	น้อยที่สุด
5. เมื่อรับประทานผลไม้ประเภทส้มมากๆ	1.80	0.61	น้อยที่สุด	1.00	0.00	น้อยที่สุด
6. เมื่อท่านรับประทานอาหารประเภทนม เนย ช็อกโกแลตมากๆ	1.80	1.00	น้อยที่สุด	1.00	0.00	น้อยที่สุด
7. เมื่ออยู่ในที่ที่มีเสียงดังมากๆ	3.95	0.39	มาก	3.55	0.82	มาก
8. เมื่ออยู่ในที่ที่มีกลิ่นแรงๆ	3.70	1.12	มาก	3.45	1.53	มาก
9. เมื่ออยู่ในที่ที่มีแสงสว่างจ้า	4.15	0.74	มาก	3.85	1.08	มาก
10. ไม่ทราบสาเหตุหรืออื่นๆ	3.60	1.95	มาก	3.70	1.57	มาก

3. ระดับความรุนแรงของการปวดภายในกลุ่มเดียวกัน พบว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการปวดก่อนและหลังการได้รับการกดจุดบำบัดและการนวดแก้ปวดศีรษะด้วยตนเองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของการปวดของกลุ่มตัวอย่างภายในกลุ่มเดียวกัน

กลุ่ม	n	$\bar{X}$	Mean diff.	95% CI	p-value
กลุ่มกดจุดบำบัด					
- ก่อนการรับการกดจุดบำบัด	20	4.20	2.40	1.02 - 6.27	<0.001
- หลังการรับการกดจุดบำบัด	20	1.80			
กลุ่มนวดแก้ปวดศีรษะด้วยตนเอง					
- ก่อนการนวดแก้ปวดศีรษะด้วยตนเอง	20	4.00	1.40	1.11 - 5.18	<0.001
- หลังการนวดแก้ปวดศีรษะด้วยตนเอง	20	2.60			

4. ระดับความรุนแรงของการปวดระหว่างกลุ่ม ภายหลังการกดจุดบำบัดและนวดแก้ปวดศีรษะด้วยตนเอง การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่าทั้งสองกลุ่มมีอาการปวดลดลงแต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p = 0.828$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับความรุนแรงของการปวดระหว่างกลุ่มภายหลังการกดจุดบำบัดและนวดแก้ปวดศีรษะด้วยตนเอง

กลุ่ม	n	$\bar{X}$	Mean diff.	95% CI	p-value
กลุ่มกดจุดบำบัด	20	1.80	0.8	0.71-4.56	0.828
กลุ่มนวดแก้ปวดศีรษะด้วยตนเอง	20	2.60			

วิจารณ์

ผลการวิจัยพบว่า โรคไมเกรนส่วนมากเป็นบ่อยในผู้หญิง อายุน้อยกว่า 50 ปี ปัจจัยที่ชักนำให้เกิดอาการปวดศีรษะส่วนใหญ่ได้แก่ ความเครียด หรือเมื่อมีสิ่งกระตุ้นภายนอก เช่น กลิ่นแรงๆ แสงสว่างจ้า เสียงดังมากๆ หรือปัจจัยภายในร่างกายโดยไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีของโรคไมเกรน เมื่อใช้การรักษาผู้ป่วยด้วยการกดจุด ซึ่งเป็นจุดตามแนวทางการรักษาด้วยการฝังเข็มมีอาการปวดลดลง เนื่องจากการกดจุด ทำให้หลอดเลือดฝอยบริเวณที่กดและใกล้ๆ มีการขยายตัวทำให้การไหลเวียนของเลือดมีมากขึ้น เนื้อเยื่อต่างๆ รวมทั้งกล้ามเนื้อที่อยู่บริเวณใกล้ๆ จุดที่กดเมื่อได้รับอาหาร แร่ธาตุต่างๆ รวมทั้งออกซิเจนที่มาจากเลือดมากขึ้น จึงมีการฟื้นตัว รวมทั้งการกดจุดมีผลกระตุ้นการทำงานของเส้นประสาทให้ฟื้นตัวได้อีกทางหนึ่ง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุนทร เสรีเชษฐพงศ์⁶ และเมื่อรักษาด้วยการนวดตนเองก็มีผลทำให้อาการปวดลดลงระดับหนึ่งเช่นกัน เนื่องจากการนวดที่ใช้นิ้วมือในการนวดเป็นการไปกระตุ้นระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และระบบประสาทให้การทำงานดีขึ้น จึงลดการเกร็งตัวของเส้นเอ็น และกล้ามเนื้อ เกิดการยืดเหยียดของเส้นเอ็น และกล้ามเนื้อ ทำให้หลอดเลือดฝอยบริเวณใกล้ๆ มีการขยายตัวทำให้การไหลเวียนเลือดและน้ำเหลืองมีมากขึ้นจึงมีผลกระตุ้นการทำงานของเส้นประสาทให้ฟื้นตัว สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศศิณี อภิชนะกิจ⁷ และสุภารัตน์ สุขโทและคณะ⁸ ที่พบว่า การนวดไทยต่อการบรรเทาอาการปวดในการบำบัดกลุ่มอาการปวดศีรษะจากความเครียดแบบเรื้อรังและไมเกรนพบว่าสามารถลดอาการเจ็บปวดของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอีกทั้งเป็นการผ่อนคลาย ลดอาการตึงตัวของกล้ามเนื้อที่ส่งเสริมให้เกิดอาการปวดมากขึ้น และในระหว่างนวดตนเองผู้ป่วยได้ผ่อนคลายร่วมกับการทำสมาธิตามจังหวะการเคลื่อนไหวของการนวด

ข้อยุติ

โรคไมเกรนเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด แต่ถ้าผู้ป่วยเข้าใจอาการของโรค ปัจจัยชักนำ และปฏิบัติตามคำแนะนำ สามารถทำให้ควบคุมโรคได้ ดังนั้นในการดูแลรักษาผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรนด้วยการกดจุดบำบัด ควรมีการแนะนำให้ความรู้ในเรื่องปัจจัยชักนำที่ทำให้เกิดอาการและควรหลีกเลี่ยง สอนการนวดแก้ปวดศีรษะด้วยตนเองให้สามารถปฏิบัติได้ เพื่อลดอาการปวดที่รุนแรง ลดความถี่ ความรุนแรงและระยะเวลาที่ปวดบ่อยๆ ลดยาเพื่อลดผลข้างเคียงของยาบางตัวที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตได้ ทั้งนี้ควรอยู่ภายใต้คำแนะนำและการรักษาของแพทย์



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่อนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณ ดร.สมหมาย คชนาม ที่ปรึกษาโครงการวิจัย, ดร.นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ, หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน, เจ้าหน้าที่ที่ร่วมเก็บข้อมูลตลอดจนผู้มารับบริการทุกท่านที่ได้ร่วมโครงการวิจัยและตอบแบบสอบถาม



• บรรณานุกรม •

1. Thaclinic.com I The Most Visited Health Website in Thailand I 18th Anniversary 1998-2016 [Internet]. [cited 2020 Jun 8]. Available from: <http://www.thaclinic.com/>
2. โรคไมเกรน (Migraine) โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ [Internet]. [cited 2020 Jun 8]. Available from: <https://www.siphhospital.com/th/news/article/share/963>
3. ปวดศีรษะไมเกรน (Migraine Headache) I โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล I Bangkok Hospital [Internet]. [cited 2020 Jun 8]. Available from: <https://www.bangkokhospital.com/th/disease-treatment/migraine-headache>
4. migraine - Search Results [Internet]. PubMed. [cited 2020 Jun 8]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=migraine>
5. โรคไมเกรน. In: วิกีพีเดีย [Internet]. 2019. Available from: <https://th.wikipedia.org/w/index.php>
6. สุนทร เสรีเชษฐพงศ์. การฝังเข็มรักษาอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 1 (3-4) : 279-283 : 2550.
7. ศศิณี อภิชนกิจ และจารุวรรณ พาณิชพันธุ์. ประสิทธิภาพของการนวดเท้าด้วยวิธีหัตถบำบัดแบบแพทย์แผนไทย เพื่อลดอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลอุดรธานีรายงานการวิจัยโรงพยาบาลอุดรธานี, 2552.
8. สุภารัตน์ สุขโท, อุไรวรรณ ชัชวาลย์, วิชัย อิงพินิจพงศ์, สมศักดิ์ เทียบเท่า. ผลทันทีของการนวดไทยต่อการบรรเทาอาการปวดในการบำบัดกลุ่มอาการปวดศีรษะจากความเครียดแบบเรื้อรังและไมเกรน. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด. ปีที่ 24 ฉบับที่ 2, 2555.

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อทัศนคติผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย
ที่ได้รับการรักษาด้วยยาอมอร์ฟินที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

The Effect of Supporting Education Program on Attitude of Patients with End Stage of Cancer Receiving Morphine Treatment at Roi Et Hospital.

วัชรารณ ศรีโสภะ*
Watcharaporn srisopa

ABSTRACT

Background : Roi Et Hospital was started to provide palliative care of patients with end stage cancer used morphine since 2004 but only 27 % of patients had access to the morphine treatment. One important reason is patients has wrong attitude misunderstand about morphine used for pain management that cause of patients suffering.

Objective : To study the effect of supporting education program on attitude of patients with end stage of cancer receiving morphine treatment at Roi Et Hospital.

Methods : The study design of this study was Quasi Experimental Research all data were collected from patients with end stage of cancer receiving morphine treatment at Roi Et Hospital during March 1 to May 31, 2020. The total study subjects were 60 cases by purposive sampling and divided into 2 groups. Of control 30 cases received standard nursing care treatment and 30 cases in the experimental groups received supporting education program. The study tool was education program about morphine used, and attitude measurement of morphine treatment. The statistical analyses were used descriptive statistic, paired t-test, and independent t-test.

Results : Of 30 patients in control group most of them were female 56.67%, mean age 56.6 years (S.D. = 9.86), graduate primary school 53.33%, occupational was farmer 43.33%, duration of illness was 5.53 months (S.D. = 1.92), and chemotherapy treatment 53.33%. Of 30 cases in experimental groups most of them were female 60.00%, mean age 55.03 years (S.D.=8.38), graduate primary school 50.00%, occupational was farmer 56.67%, duration of illness was 5.46 months (S.D.=2.06), and chemotherapy treatment 43.33%. The effect of supporting education program on attitude of patients receiving morphine treatment in experimental groups mean scores after received program higher than before received (Mean diff=1.95: p-value <0.006). And the attitude about morphine treatment in experimental groups higher than control group with statistically significant (Mean diff = 1.69: p-value <0.001).

Conclusion : This study found out that the effect of supporting education program on attitude of patients with end stage of cancer receiving morphine treatment were good for patients. The hospital should support morphine education program to for patient and should study the issues related to supporting education program in other patient groups.

Keywords : Attitude; End stage of cancer; Morphine treatment

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเริ่มมีการให้บริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยใช้ยามอร์ฟินมาตั้งแต่ปี 2547 แต่มีผู้ป่วยเข้าถึงยาได้เพียงร้อยละ 27 เท่านั้น สาเหตุหนึ่งมาจากทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเนื่องจากขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยามอร์ฟินเพื่อจัดการอาการปวด ส่งผลให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อทัศนคติผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยยามอร์ฟินที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีการศึกษา : รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงทดลองโดยดำเนินการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดและได้รับยามอร์ฟินระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2563 - 31 พฤษภาคม 2563 จำนวน 60 ราย โดยเลือกแบบจำเพาะเจาะจง และแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจำนวน 30 รายได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 30 คน ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแผนการสอนเรื่องการใช้ยามอร์ฟินและแบบวัดทัศนคติต่อการใช้ยามอร์ฟินของผู้ป่วยโดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Paired t- test และ independent t-test

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม 30 ราย ส่วนมากเป็นเพศหญิงร้อยละ 56.67 อายุเฉลี่ย 56.6 ปี (S.D. = 9.86) จบประถมศึกษาร้อยละ 53.33 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 43.33 มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยเฉลี่ย 5.53 เดือน (S.D. = 1.92) ส่วนมากรักษาด้วยเคมีบำบัดร้อยละ 53.33 ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 30 ราย ส่วนมากเป็นเพศหญิงร้อยละ 60.00 อายุเฉลี่ย 55.03 ปี (S.D. = 8.38) จบประถมศึกษาร้อยละ 50.00 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 56.67 มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยเฉลี่ย 5.46 เดือน (S.D. = 2.06) ส่วนมากรักษาด้วยเคมีบำบัดร้อยละ 43.33 ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อทัศนคติผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยามอร์ฟินในกลุ่มทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยทัศนคติหลังการให้ความรู้สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 1.95, p-value <0.006) และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีทัศนคติสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 1.69, p-value <0.001)

สรุป : โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อทัศนคติผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยยามอร์ฟินมีผลดีต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลควรนำโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ไปใช้กับผู้ป่วยและควรศึกษาวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆเพิ่มเติม

คำสำคัญ : ทัศนคติ ; ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ; การรักษาด้วยยามอร์ฟิน



โรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข ในประเทศต่างๆ ทั่วทุกภูมิภาคของโลก ในปัจจุบันทั่วโลก มีผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงถึง 22 ล้านคน¹ โรคมะเร็งที่เป็นสาเหตุการตายสูงสุดคือ มะเร็งปอด 1.38 ล้านคน ตามด้วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร 738,000 คน และ มะเร็งตับ 696,000 คน² มะเร็งลำไส้พบเป็นสาเหตุการตายสูงในประเทศที่พัฒนาแล้ว ส่วนประเทศที่กำลังพัฒนาโรคมะเร็งตับ มะเร็งกระเพาะอาหารและมะเร็งปากมดลูกเป็นสาเหตุการตายและเป็นปัญหาที่สำคัญ³ องค์การอนามัยโลกพบว่าในปี พ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 12.7 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งราว 7.6 ล้านคน หรือ คิดเป็นร้อยละ 13 จากสาเหตุการเสียชีวิตของคนทั่วโลก ซึ่งจำนวนผู้เสียชีวิตพบได้มากกว่าการเสียชีวิตด้วย โรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรียรวมกัน องค์การวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (IARC) ได้จัดทำอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งของทุกประเทศทั่วโลก หรือที่เรียกว่า GLOBOCAN รวมถึงประเทศไทยด้วย โดยใช้ข้อมูลจากรายงานทะเบียนมะเร็งปี พ.ศ. 2543 มาคำนวณการคาดการณ์ในปี พ.ศ. 2553 โดยใช้ฐานข้อมูลการเจริญเติบโตของประชากรของประเทศไทย เป็นปัจจัยหลักในการคำนวณ ทำให้ได้จำนวนผู้ป่วยใหม่ 118,601 คน เป็นเพศชายจำนวน 53,087 คน และ เพศหญิงจำนวน 65,514 คน ขณะเดียวกันสถาบันมะเร็งแห่งชาติและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการคำนวณสถิติโรคมะเร็งของประเทศไทยจากหน่วยทะเบียนมะเร็งระดับประชากร 16 แห่งทั่วประเทศ โดยข้อมูลสถิติโรคมะเร็งในปี พ.ศ. 25614 มีจำนวนผู้ป่วยใหม่ 98,852 คน เป็นเพศชาย จำนวน 48,596 คน และ เพศหญิงจำนวน 50,256 คน และจากข้อมูลของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์รายงานในปี พ.ศ. 2561 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งประมาณ 80,665 คน เป็นเพศชาย 46,056 คน เป็นเพศหญิง 34,609 คน ซึ่งถือเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามสถิติมีคนตายจากโรคมะเร็งประมาณวันละ 160 คน ช่วงอายุที่พบเป็นมะเร็งมาก คือ เพศชาย 55 - 75 ปี เพศหญิง 45 - 65 ปี แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่อายุ 30 ปี สำหรับเพศชาย และ 25 ปี สำหรับเพศหญิง แต่สำหรับหญิงที่มีเพศสัมพันธ์แล้วแนวโน้มของการเป็นโรคมะเร็งอาจมีตั้งแต่อายุน้อยกว่า 25 ปี

จากการประชุมของ world health assembly ในปี 2014 WHO ประเมินการว่าร้อยละ 60 ของประชากรโลกจะป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคร้าย ซึ่งประชากรกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบ palliative care นอกจากนี้สองในสามของผู้ป่วยใหม่โรคมะเร็ง จะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และมักเสียชีวิตในปีแรกหลังการวินิจฉัย ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยมะเร็ง จะมีอาการปวดที่รุนแรงได้จึงสนับสนุนให้ประเทศต่างๆ ดำเนินการด้าน palliative care ดังนี้ มีการประเมินความต้องการเฉพาะภายในท้องที่ รวมถึงยาที่ใช้ในการจัดการอาการปวดที่บ้านและยาที่จำเป็น ให้มั่นใจว่ามีใช้อย่างต่อเนื่องไม่ขาดแคลน จากสถานการณ์สภาวะด้านสุขภาพของประชากรไทยพบว่า แนวโน้มการเจ็บป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข อัตราป่วยโรคมะเร็งจาก 468.3 ในปี 2548 เป็น 759.8 ต่อแสนประชากรในปี 2555 ในขณะที่โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของไทยและมีแนวโน้มสูงขึ้น 8 เท่า จาก 43.8 ในปี 2540 เป็น 98.5 ในปี 2555 และ 123.3 ต่อแสนประชากรในปี 2561 ความชุกของประชาชนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต เพิ่มจากร้อยละ 0.8 ในปี 2557 เป็น 1.6 ในปี 2559 จากแนวโน้มดังกล่าวข้างต้น สะท้อนถึงความต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น ประเมินการว่าในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา (2550 - 2560) ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นร้อยละ 34⁵ ความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นผลให้ผู้ป่วยต้องการการดูแล ที่มุ่งเน้นการบรรเทาอาการเพื่อลดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ยังต้องสามารถตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณและให้ความสำคัญต่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จะไม่ได้มุ่งหวังให้ผู้ป่วยหายจากโรคแต่จะเป็นการเตรียม ผู้ป่วยเพื่อการจากไปอย่างสงบ โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง⁶ การดูแลในลักษณะนี้เป็นการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ซึ่งเป็นการดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต โดยการ ป้องกันและลดความทุกข์ทรมาน ด้วยการค้นหาอาการ ความเจ็บป่วย และปัญหาต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณให้ได้

ตั้งแต่เริ่มต้นและให้การดูแลรักษาเพื่อบรรเทาอาการเหล่านั้น⁷ ประเทศไทยยังไม่มีระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยมักประสบความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ในระยะสุดท้าย เช่น ความปวด หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน สับสนเพ้อ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอาการปวด ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยากกลุ่ม opioids เช่น มอร์ฟีน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักไม่ได้รับการดูแลจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพรวมถึงไม่สามารถเข้าถึงบริการและไม่สามารถเข้าถึงยามอร์ฟีน ซึ่งมีความสำคัญในการรักษาอาการปวดและสุขสบาย แม้ว่ายาระงับปวดจะสามารถเบิกจ่ายได้ตามสิทธิ แต่การจำกัดปริมาณยาในแต่ละครั้งทำให้ผู้ป่วยต้องมารับยาบ่อย รวมถึงการไม่สามารถเข้าถึงยาระงับปวดในระดับโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้ทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเนื่องมาจากขาดความรู้ของผู้ป่วยและญาติ เช่น การใช้ยามอร์ฟีนทำให้ติดได้ มอร์ฟีนทำให้ท้องผูก กินมอร์ฟีนมากขึ้นแปลว่าอาการแย่ลง การใช้มอร์ฟีนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น เนื่องจากกีดกันการหายใจแต่ถ้าผู้ป่วยได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยามอร์ฟีนเพื่อบรรเทาอาการปวดจากพยาบาลอย่างเป็นระบบจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาระงับปวดและทำให้สุขสบายมากขึ้น

ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม⁸ เป็นกิจกรรมการพยาบาลรูปแบบหนึ่งที่ช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ประกอบด้วยการชี้แนะเพื่อให้สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม การสนับสนุนให้เกิดกำลังใจและความเชื่อมั่นในการปฏิบัติ การสอนเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ช่วยจูงใจให้ริเริ่มและคงไว้ซึ่งการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน⁹ กิจกรรมเหล่านี้จะส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับยามอร์ฟีนให้เพียงพอที่จะกระทำการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดใน 4 ประเด็น คือ 1) การป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงจากยามอร์ฟีน 2) การส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพ 3) การคงไว้ซึ่งสภาวะปกติของจิตใจและอารมณ์ และ 4) การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์โดยการดูแลตนเองทั้งหมดนี้เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพและผสมผสานการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปรวมทั้งการดูแลตนเอง

ที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการเข้าด้วยกัน เพื่อจัดการการดูแลที่จะช่วยป้องกันและจัดการกับผลกระทบที่เกิดจากโรคและการรักษา ปรับการทำหน้าที่ดัดแปลงกิจกรรมให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วยส่งเสริมและควบคุมพัฒนาการของร่างกายให้เป็นปกติและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตสูงสุดตามอัตภาพ เมื่อผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดีจะทำให้มีศักยภาพในการดำเนินชีวิต และส่งเสริมให้รับรู้การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹⁰

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งพบว่า การจัดการอาการปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งมากกว่าร้อยละ 90 สามารถควบคุมได้ด้วยการรักษาที่มีใช้อยู่ในปัจจุบันและกลวิธีการจัดการอาการปวดที่มีประสิทธิภาพสูงคือการใช้ยาบรรเทาปวด¹¹ แต่ยังมีผู้ป่วยโรคมะเร็งอีกเป็นจำนวนมากที่ไม่ได้รับยาบรรเทาปวดยังไม่เหมาะสม¹² นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเองยังกลัวการติดยาและผลข้างเคียงของการได้รับยาบรรเทาปวด¹³ จากที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่าถึงแม้ยาบรรเทาปวดจะมีประสิทธิภาพสูง แต่ในทางปฏิบัติยังมีข้อจำกัดบางประการ พยาบาลควรหันมาให้ความสนใจเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการอาการปวดโดยการไม่ใช้ยา เช่น การประคบความร้อน การประคบความเย็น การนวด การสัมผัส การผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจ สมาธิ จินตนาการ และการใช้ดนตรี เป็นต้น¹⁴ และถึงแม้ว่าพยาบาลจะมีความรู้เกี่ยวกับกลวิธีการจัดการอาการปวดโดยการไม่ใช้ยาแต่มีการนำมาใช้น้อยเพียงร้อยละ 25 เนื่องจากขาดการสนับสนุนจากองค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ รวมทั้งจากการที่พยาบาลไม่มีเวลาในการที่จะปฏิบัติตามกลวิธีการบรรเทาปวดโดยการไม่ใช้ยาแก่ผู้ป่วย¹⁵ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่า การจัดการอาการปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งยังมีปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการอาการอยู่ ทั้งกลวิธีการจัดการอาการโดยการให้ยาและไม่ให้ยา

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิระดับต้นให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยมะเร็งในจังหวัดร้อยเอ็ดและพื้นที่ใกล้เคียง ได้กำหนดเจมมุ่งให้มีความเป็นเลิศด้านมะเร็ง สถิติผู้ป่วยมะเร็งจากข้อมูลหน่วยทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ปี 2559 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 2,036 คน คิดเป็นร้อยละ 1.24 ของผู้ที่มารับบริการทั้งหมด เพศชาย 1,045 คน เพศหญิง 991 คน ส่วนแนวโน้มผู้ป่วยโรคมะเร็งของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีจำนวนมากขึ้นในทุกปีเฉลี่ยปีละ

2,000 ราย มะเร็งที่พบบ่อยได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งตับและท่อน้ำดีพบมากในระยะที่ 4 ร้อยละ 41.67 ส่วนใหญ่ร้อยละ 66.19 รักษาวิธี Palliative care การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง จึงเริ่มให้บริการในผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่นโรคมะเร็งตั้งแต่ปี 2547 และขยายครอบคลุมทุกกลุ่มโรค จำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนกระทั่งเสียชีวิต ในปี 2553 - 2555 สามารถเข้าถึงการดูแลได้ร้อยละ 30 ต่อมาในปี 2555 - 2557 สามารถเข้าถึงบริการได้ถึงร้อยละ 80.64 ร้อยละผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับ Pain assessment ใน 2 ปีที่ผ่านมามีเพียงร้อยละ 27 เท่านั้นที่สามารถเข้าถึงยา opioids แต่ปัจจุบันเข้าถึงได้ร้อยละ 89.45 ทำให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานจากอาการปวด จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่มีความเปราะบางอย่างมาก โดยเฉพาะด้านจิตใจจากการที่ต้องเผชิญกับความกลัวตาย การควบคุมอาการที่ขาดประสิทธิภาพ และขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลจัดการอาการปวดในระยะสุดท้าย ส่งผลให้ผู้ป่วยจากไปอย่างทุกข์ทรมานท่ามกลางความวิตกกังวลของญาติ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อทัศนคติผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยยามอร์ฟินที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยผู้วิจัยได้บูรณาการกิจกรรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้อันประกอบด้วย การชี้แนะ การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ การสอน และการสร้างสิ่งแวดล้อม ที่ส่งเสริมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง⁸ ในรูปแบบของการสนับสนุนและให้ความรู้เป็นรายบุคคลขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และการติดตามสนับสนุนทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยคาดหวังว่าการสนับสนุนและให้ความรู้จะช่วยผู้ป่วยปรับเปลี่ยนทัศนคติรับรู้ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ทั้งด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านการปฏิบัติกิจกรรม นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วิธีการศึกษา

วัสดุ ประชากรในการศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดระหว่างวันที่ 1 มีนาคม - 31 พฤษภาคม 2563 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม 5 โรงพยาบาลร้อยเอ็ดและได้รับยามอร์ฟิน

ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม - 31 พฤษภาคม 2563 จำนวน 60 คน แบ่งกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนและให้ความรู้เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive) มีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือเป็นผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดที่ลุกลามไปอวัยวะต่างๆ และได้รับยามอร์ฟิน มีอายุระหว่าง 25 - 80 ปี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์และสามารถสื่อสาร ฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้

วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อทัศนคติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยยามอร์ฟินโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมคือกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน กลุ่มทดลองคือกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ในการใช้ยามอร์ฟินแก่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยจัดทำขึ้นตามกรอบทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเรม⁸ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 3 ส่วน คือส่วนที่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยามอร์ฟิน จากตำราเอกสารด้านการจัดการความปวดและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง มาจัดทำเป็นแผนการสอนประกอบด้วย โรคมะเร็งระยะสุดท้ายและการบรรเทาอาการปวดด้วยยามอร์ฟิน วิธีการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพ วิธีการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งสภาวะปกติของจิตใจและอารมณ์และวิธีปฏิบัติตนตามแผนการรักษาของแพทย์ ส่วนที่ 2) แผนการดำเนินการสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยยามอร์ฟิน วิธีการสอนใช้รูปแบบการสอนรายบุคคลเพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ เกิดการเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนความรู้ความคิดเห็นและประสบการณ์ สื่อการสอนผู้วิจัยได้นำสื่อแผ่นพับซึ่งจัดทำขึ้นร่วมกันภายในเขตบริการสุขภาพที่ 7 โดยศูนย์การุณรักษ์โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ส่วนที่ 3) แบบบันทึกการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์เป็นตารางที่ใช้ตรวจสอบอาการข้างเคียงจากการใช้ยามอร์ฟิน ปัญหาด้านจิตใจอารมณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามปลายเปิดและปิดจำนวน

6 ข้อ ส่วนที่ 2) แบบวัดทัศนคติ จำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ยามอร์ฟินลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้งจนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแล้วจึงนำไปทดลองใช้ต่อไป ตรวจสอบความเหมาะสมด้านความตรงเนื้อหาและภาษาที่ใช้ของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้และสื่อการสอนผ่านพับโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการจัดการความปวดจำนวน 3 ท่าน เป็นแพทย์ซึ่งมีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในการจัดการความปวด 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง 1 ท่าน ส่วนการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาหาค่าคะแนนและวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Coefficient + Alpha) ได้ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.767 โดยงานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเลขที่ RE044/2563

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วย สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบทัศนคติผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยยามอร์ฟินของผู้ป่วยกลุ่มทดลองโดยใช้ Paired t- test เปรียบเทียบทัศนคติผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยยามอร์ฟินของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้ Independent t-test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม 30 ราย ส่วนมากเป็นเพศหญิงร้อยละ 56.67 อายุเฉลี่ย 56.6 ปี (S.D. = 9.86) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.33 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 43.33 มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยเฉลี่ย 5.53 เดือน (S.D. = 1.92) รักษาด้วยเคมีบำบัดร้อยละ 53.33 ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 30 ราย ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 อายุเฉลี่ย 55.03 ปี (S.D. = 8.38) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.67 มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยเฉลี่ย 5.46 เดือน (S.D. = 2.06) รักษาด้วยเคมีบำบัดร้อยละ 43.33 ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 30 คน) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง (n = 30 คน) จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	13 (43.33)	12 (40.00)
หญิง	17 (56.67)	18 (60.00)
อายุ (ปี)		
40 - 50	10 (33.33)	11 (36.67)
51 - 60	10 (33.33)	10 (33.33)
61 - 70	7 (23.33)	8 (26.67)
>70	3 (10.00)	1 (3.33)
(S.D.)	56.6 (9.86)	55.03 (8.38)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 30 คน) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง (n = 30 คน) จำนวน (ร้อยละ)
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	3 (10.00)	3 (10.00)
ประถมศึกษา	16 (53.33)	15 (50.00)
มัธยมศึกษา	7 (23.33)	7 (23.33)
ปริญญาตรี	4 (13.33)	5 (16.67)
อาชีพ		
เกษตรกร	13 (43.33)	17 (56.67)
รับจ้าง	10 (33.33)	6 (20.00)
ค้าขาย	4 (13.33)	4 (13.33)
รับราชการ	3 (10.00)	3 (10.00)
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย		
< 5 เดือน	9 (34.62)	10 (38.46)
5 – 7 เดือน	14 (53.85)	13 (50.00)
> 7 เดือน	3 (11.54)	3 (11.54)
(S.D.)	5.53 (1.92)	5.46 (2.06)
ชนิดของการรักษา		
ผ่าตัด	6 (20.00)	9 (30.00)
เคมีบำบัด	16 (53.33)	13 (43.33)
รังสีรักษา	8 (26.67)	8 (26.67)

2. ระดับทัศนคติต่อการให้ยามอร์ฟิน ระดับทัศนคติต่อการให้ยามอร์ฟินภายหลังการให้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ พบว่าทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนมากมีคะแนนทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับทัศนคติหลังการให้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับยามอร์ฟินของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ระดับทัศนคติ	กลุ่มควบคุม (n = 30 คน)		กลุ่มทดลอง (n = 30 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (0 - 26 คะแนน)	7	23.33	1	3.33
ปานกลาง (27 - 35 คะแนน)	18	60.00	21	70.00
สูง (36 - 45 คะแนน)	5	16.67	8	26.67
	$\bar{X} = 30.23$	S.D. = 5.32	$\bar{X} = 35.82$	S.D. = 3.63

3. ทักษะการรู้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับยามอร์ฟินในกลุ่มที่ได้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ก่อนและหลัง จากการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อทัศนคติก่อนและหลังการให้ความรู้ในกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติก่อนการให้โปรแกรมเท่ากับ 33.05 และหลังให้โปรแกรมเท่ากับ 35.00 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติก่อนและหลังให้โปรแกรมของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบทัศนคติก่อนและหลังการให้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับยามอร์ฟินในกลุ่มทดลอง

กิจกรรม	n	Mean	S.D.	Mean diff.	95% CI	p
ก่อนให้โปรแกรม	30	33.05	3.74	1.95	0.55 - 1.31	<0.006
หลังให้โปรแกรม	30	35.00	2.85			

4. ทักษะการรู้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับยามอร์ฟินในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อทัศนคติในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนเฉลี่ยของทัศนคติในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 30.23 ในขณะที่กลุ่มทดลองหรือกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อทัศนคติเท่ากับ 35.82 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบทัศนคติหลังการให้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับยามอร์ฟินในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่ม	n	Mean	S.D.	Mean diff.	95% CI	p
กลุ่มควบคุม	30	30.23	5.32	1.69	3.45 - 8.71	<0.001
กลุ่มทดลอง	30	35.82	3.63			

วิจารณ์

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งของทุกประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย โดยใช้ฐานข้อมูลการเจริญเติบโตของประชากรของประเทศไทย เป็นปัจจัยหลักในการคำนวณ ทำให้ได้จำนวนผู้ป่วยใหม่ 118,601 คน เป็นเพศชายจำนวน 53,087 คน และเพศหญิงจำนวน 65,514 คน ซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกันช่วงอายุที่พบเป็นมะเร็งมาก คือ เพศชาย 55 - 75 ปี เพศหญิง 45 - 65 ปี แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่อายุ 30 ปี สำหรับเพศชาย และ 25 ปี สำหรับเพศหญิง⁴ ระดับทัศนคติต่อการให้ยามอร์ฟินในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผลการศึกษาพบว่าทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนมากมีคะแนนทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.00 และร้อยละ 70.00 ตามลำดับ อธิบายได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยามอร์ฟินมาบ้าง เนื่องจากส่วนใหญ่เจ็บป่วยเป็นระยะเวลา 5 - 7 เดือน แม้ว่าการศึกษาระดับประถมศึกษา ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของพรรณวดี อางศรี และคณะ¹⁶ ที่ได้ศึกษาความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการอาการปวดเรื้อรังของผู้ป่วยในชุมชนที่ไม่ได้เกิดจากโรคมะเร็ง พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความรู้และพฤติกรรมการจัดการอาการปวดในระดับดี แต่มีทัศนคติในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้ยาคือคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ความสะดวก และคำแนะนำของเพื่อนบ้าน ตามลำดับ

และการศึกษาของวนิดา สอดสีและคณะ¹⁷ เรื่องทัศนคติต่อความปวดและการบำบัดความปวดของผู้ป่วยที่มารับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ในคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องความปวด มีการแสดงออกถึงความปวดมีความตระหนักถึงความจำเป็นของการบำบัดความปวดและมีความเชื่อมั่นและยอมรับในบทบาทของบุคลากรที่บำบัดความปวดระดับมากจากการเปรียบเทียบทัศนคติก่อนและหลังการให้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับยามอร์ฟีนในกลุ่มทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยทัศนคติหลังการให้ความรู้ในกลุ่มทดลองมีค่าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อการใช้ยามอร์ฟีนหลังการให้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับยามอร์ฟีน ในกลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำและคณะ¹⁸ เรื่องผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับยามอร์ฟีนส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการได้รับยามอร์ฟีนก่อนและหลังการได้รับความรู้ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าการให้ความรู้เป็นบทบาทสำคัญที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนระดับทัศนคติต้องคำนึงถึงรูปแบบและวิธีการ สื่อการสอนที่เหมาะสมเพื่อช่วยเพิ่มประสบการณ์ของผู้เรียน ทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีขึ้น ผู้เรียนเกิดมโนภาพที่ถูกต้องสมบูรณ์สามารถเปลี่ยนประสบการณ์ที่เป็นนามธรรมไปสู่ปธรรมเกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้องต่อสิ่งนั้นๆ ซึ่งมีผลต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมได้ สอดคล้อง

กับการศึกษาของประกายแก้ว ศิริพล¹⁹ เรื่องผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ให้การพึ่งพาเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เริ่มเข้าสู่ระยะสุดท้ายผลการวิจัยพบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ให้การพึ่งพาเด็กหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมากและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ให้การพึ่งพาเด็กหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ข้อยุติ

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับยามอร์ฟีนมีระดับทัศนคติปานกลางและเมื่อเปรียบเทียบทัศนคติต่อการใช้ยามอร์ฟีนของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้ 1) พยาบาลควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเรื่องของการโปรแกรมการให้ความรู้ในรูปแบบต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับยามอร์ฟีนเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้ารับคำปรึกษาเรื่องการใช้ยามอร์ฟีนอย่างละเอียดอ่อนจะช่วยปรับทัศนคติในการใช้ยามอร์ฟีนทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาสามารถบรรเทาความปวดและลดความทุกข์ทรมานได้ 2) ควรเพิ่มข้อมูลให้ผู้บริหารทางการพยาบาลนำไปพัฒนาระบบการนิเทศ โดยพยาบาลที่มีสมรรถนะในการจัดการความปวดเพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีความรู้เรื่องของการโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ที่ได้รับยามอร์ฟีน เช่น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ ผู้ป่วยที่มีแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่เส้นประสาท



กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นอย่างสูงที่ให้ความอนุเคราะห์ให้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการวิจัย ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยหรือผู้ช่วยพยาบาล 5 อาคาหมะเร็งเฉลิมพระเกียรติโรงพยาบาลร้อยเอ็ดทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

● บรรณานุกรม ●

1. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JWW, Comber H, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990. 2013 Apr;49(6):1374-403
2. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015 Mar 1;136(5):E359-386.
3. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(6):394-424
4. National Cancer Institute. Hospital – based cancer registry. Bangkok;2018.
5. สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศรายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านประเมิณภาวะโรคและสุขภาพประชากร.นนทบุรี,กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
6. สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง. [วิทยานิพนธ์]ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
7. World Health Organization. (2012). GLOBOCAN 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Retrieved from http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
8. Orem, D. E. *Nursing Concepts of Practice*. (6th ed.). St. Louis: Mosby; 2001.
9. สมจิต หนูเจริญกุล . การพยาบาล:ศาสตร์ของการปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรินต์ติ้ง; 2544.
10. วารีกังใจ. ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. ว.คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา2557;22:1-4.
11. วิมุกตา วรกุล.ความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปวดของโรคมะเร็งโดยการให้ยา : เปรียบเทียบความเชื่อระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล [วิทยานิพนธ์] .สงขลา:มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์;2549
12. สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาทปี 2551. กรุงเทพฯ;2551.
13. Chia-Chin LIN, Ward SE.(1995) Patient-related barriers to cancer pain management in Taiwan. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>. 1995 Feb;18(1):16-22.
14. กมลรัตน์ ดินกามิน. การปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยาของผู้ป่วยมะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเลือกวิธีปฏิบัติ. [วิทยานิพนธ์].สงขลา:มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547
15. Helmrich J. Factors influencing nurses' decisions to use nonpharmacological therapies to manage patients' pain. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>. Sep-Nov 2001;19(1):27-35.
16. พรรณวดี อาจศรี, จุฑารัตน์ สุจริต, สมพร เพ็งงาม, ราตรี แมนไธสง, ภัทรินทร์ กิตติบุญญาคุณ. ความรู้ ทักษะคติพฤติกรรม และปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการอาการปวดเรื้อรังของผู้ป่วยในชุมชนที่ไม่ได้เกิดจากโรคมะเร็ง. ว.เภสัชศาสตร์อีสาน 2557;9:180.
17. วณิดา สอดสี, วิชัย อิทธิชัยกุลและกนกพร ฤณวิศรุต. ทักษะคติต่อความปวดและการบำบัดความปวดของผู้ป่วยที่มารับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล. ว.วิสัญญีสาร 2556;39:275-82.
18. ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ, อัจฉรียา ปทุมวัน, สมทรง จุไรทัศน์ย์และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช.ผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติกาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล. ว.รามาธิบดีพยาบาลสาร 2554 ; 17 : 126-39.
19. ประกายแก้ว ศิริพล. ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมกาดูแลของผู้ให้การพึ่งพาได้ก้วยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เริ่มเข้าสู่ระยะสุดท้าย.[วิทยานิพนธ์]ขอนแก่น:มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.

ผลของการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัด
ที่ได้รับยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

**The Efficacy of Pre-Anesthetic Counseling for Improve
Anxiety Conditions in Suwannaphum Hospital, Roi Et Province.**

กมลภรณ์ ปัญยาง*
Kamalaporn punyang

ABSTRACT

Background : Anxiety of patients before general anesthesia and surgery which may result in complications during surgery or may be cause of delay or cancel surgery.

Objectives : To study the outcome of systematic counseling on anxiety in patients receiving preoperative anesthesia.

Methods : The action research, the sample consisted of patients who underwent surgery and received anesthesia. in Suwannaphum Hospital, selecting from the population that has the qualifications as specified to 30 people. The instrument was a questionnaire consisting of 2 parts: the patients' personal data record form and the anxiety form. And test the confidence with Cronbach's Alpha method, the reliability of the test was 0.82, and prepared data set consists of information about how to express feelings and practices guidelines that the researchers created in flipped images, narration and brochures. Which has been checked for content validity by experts. Data were collected from April 1 to May 31, 2018. Data were analyzed using descriptive statistics such as percentage, mean, standard deviation and inferential statistics by paired t-test

Results : Before receiving the preparation information the mean scores of the anxiety was 47.73. After receiving the information, the samples had the mean anxiety scores was 39.00. When comparing anxiety before and after providing information It was found that the mean scores of anxiety after receiving preparation information were significantly lower than before receiving the information (p-value = <0.001).

Conclusions : All patients who undergo surgery and anesthesia. Should be given a systematic consultation To prepare before surgery to give patients knowledge Understanding of the events that will be experienced before and after surgery Which results in the patient being able to behave correctly and with appropriate anxiety coping behavior.

Keyword : Anesthetic ; Counseling ; Anxiety

* -----

บทคัดย่อ

ความสำคัญของปัญหา : ความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนการดมยาสลบและการผ่าตัดซึ่งอาจส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดหรืออาจเป็นสาเหตุของการเลื่อนหรือยกเลิกผ่าตัดได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนเพื่อให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึก

วิธีการศึกษา : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกในโรงพยาบาลสุววรรณภูมิ โดยเลือกจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดให้ จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและแบบวัดความวิตกกังวล ทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีอัลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด 0.82 และชุดข้อมูลเตรียมความพร้อม ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึกและข้อมูลคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ ผู้วิจัยสร้างขึ้นในรูปแบบภาพพลิกประกอบคำบรรยายและเอกสารแผ่นพับ ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 31 พฤษภาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติอนุมาน ได้แก่ paired t-test

ผลการศึกษา : ก่อนได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลเท่ากับ 47.73 หลังจากได้รับข้อมูลกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลเท่ากับ 39.00 และเมื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนและหลังการให้ข้อมูล พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลหลังจากได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = <0.001$)

สรุป : ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึกทุกราย ควรได้รับการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในเหตุการณ์ที่จะประสบก่อนและหลังเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องและมีพฤติกรรมเผชิญความวิตกกังวลที่เหมาะสม

คำสำคัญ : ระงับความรู้สึก ; ให้คำปรึกษา ; วิตกกังวล



บทนำ

ผู้ป่วยที่รอเข้ารับการผ่าตัดมากกว่าร้อยละ 80 พบว่า มักจะมีความวิตกกังวลสูง เนื่องจากความไม่คุ้นเคยและมีเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดน้อย¹ การผ่าตัดเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต และก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นแก่ผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดเล็ก ผ่าตัดใหญ่ ผ่าตัดฉุกเฉิน หรือแม้แต่เป็นการผ่าตัดที่ทราบล่วงหน้ามาก่อนก็ตาม ผลกระทบที่ตามมาทางด้านเศรษฐกิจที่อาจพบได้จากความวิตกกังวล คือ ต้นทุนของการรักษาอาจเพิ่มสูงขึ้นจากการที่ต้องรักษา

ภาวะวิตกกังวลหรือภาวะเครียดหรือผลของความเครียดเป็นสาเหตุทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หรือมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะในเช้าวันผ่าตัด จนเป็นสาเหตุให้ต้องเลื่อนหรืองดผ่าตัดออกไป ทำให้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น

โรงพยาบาลสุววรรณภูมิ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง แต่เปิดบริการ 156 เตียง และเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย มีโรงพยาบาลในเครือข่าย คือ โรงพยาบาลพนมไพร, โรงพยาบาลโพนทราย และโรงพยาบาลหนองฮี นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลนอก

เครือข่าย เช่น โรงพยาบาลเกษตรวิสัยและโรงพยาบาลเมืองสรวง ได้มีการส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทางผ่าตัดรักษาต่อที่โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จากสถิติของงานวิสัญญีปีงบประมาณ 2557 - 2559 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการระดับความรู้สึก 585 ราย, 1,437 รายและ 1,685 ราย ตามลำดับ² ซึ่งจะเห็นได้ว่าอัตราผู้มารับบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ดังนั้นการวางแผนเพื่อเตรียมความพร้อมในการให้บริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ จึงต้องมีการพัฒนาระบบการให้บริการให้มีความชัดเจนเป็นระบบจะช่วยให้การปฏิบัติงานประจำมีความสะดวก รวดเร็ว เกิดประโยชน์และสร้างความพึงพอใจในผู้รับบริการ

โดยทั่วไปงานเย็บและประเินผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนให้การระดับความรู้สึกของงานวิสัญญีในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ มุ่งเน้นไปด้านการตรวจร่างกาย การวินิจฉัย พยาธิสภาพของโรคและประวัติความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ไม่ได้ตระหนักถึงด้านจิตใจเท่าใด การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระดับความรู้สึกยังไม่เป็นแนวทางเพื่อให้ได้มาตรฐานตามข้อกำหนดของกองการพยาบาล³ ผู้วิจัยในฐานะวิสัญญีพยาบาลและบางครั้งทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมในการให้ยาระดับความรู้สึก จึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระดับความรู้สึกเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้านการให้ข้อมูลทางการพยาบาลและให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในการเตรียมความพร้อมก่อนได้รับยาระดับความรู้สึก เป็นการสร้างความเข้าใจในกระบวนการรักษาพยาบาล เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทำให้เกิดความร่วมมือในการดูแลรักษาซึ่งจะช่วยให้ส่งผลดีต่อตัวผู้ป่วยอีกทางหนึ่ง สำหรับการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับยาระดับความรู้สึกและเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนและหลังการให้ยาระดับความรู้สึก

วิธีการศึกษา

วัสดุ ประชากรได้แก่ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและได้รับยาระดับความรู้สึกแบบทั่วตัว (General anesthesia) หรือแบบเฉพาะส่วน (Spinal block) ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จำนวน 30 ราย ระหว่างวันที่ 1 เมษายน - 31 พฤษภาคม 2560 การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ใช้แบบ

สอบถามที่สร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสารแนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ของครอบครัวต่อเดือน ค่ารักษาพยาบาล ประสบการณ์ การได้ยาระดับความรู้สึก ชนิดของยาระดับความรู้สึก และชนิดของการผ่าตัด 2) การวัดความวิตกกังวล (State anxiety: Form X - 1) ของ Spielberger และคณะ แปลเป็นไทยโดย นิตยา คชภักดี, สายฤดี วรกิจโกศาทร และมาลี นิสัยสุข

วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนและหลังการให้ยาระดับความรู้สึก โดยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือแบบแผนการให้ข้อมูลผู้ป่วย ประกอบด้วย ภาพพลิก 1 ชุด และเอกสารแผ่นพับ เหตุผลที่ผู้วิจัยเลือกวิธีการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมชนิดนี้เนื่องจากต้องการให้ผู้ป่วยเห็นภาพที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกที่จะรับรู้ ติดตาม ไม่รู้สึกเบื่อหน่ายและสามารถนำมาปฏิบัติได้จริง วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ Paired t-test อภิปรายผลโดยการใช้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาอภิปรายถึงความรู้ที่ได้จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ HE 47/61

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 63.3, มีอายุระหว่าง 41 - 60 ปี ร้อยละ 36.7, สถานภาพสมรสแต่งงานและอยู่ร่วมกัน ร้อยละ 60.0, การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.0, ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 43.3, รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 50.0, ค่ารักษาพยาบาลใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 66.7, ไม่เคยได้รับการผ่าตัดหรือการได้รับยาระดับความรู้สึกมาก่อน ร้อยละ 56.7, การได้รับยาระดับความรู้สึกในครั้งนี้ได้ยาระดับความรู้สึกแบบทั่วตัว (General anesthesia) ร้อยละ 63.3, และชนิดของการผ่าตัดด้านศัลยกรรมทั่วไปและศัลยกรรมกระดูก ร้อยละ 50.0 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	19	63.3
หญิง	11	36.7
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 20 ปี	5	16.7
20 – 40 ปี	10	33.3
41 – 60 ปี	11	36.7
60 ปี ขึ้นไป	4	13.3
$\bar{X} = 40.30$ S.D. = 17.21 Min. = 11 Max. = 69		
สถานภาพ		
คู่	18	60.0
โสด	7	23.3
หม้าย/หย่า/แยก	5	16.7
ระดับการศึกษา		
ระดับประถมศึกษา	18	60.0
ระดับมัธยมศึกษา	7	23.4
ระดับอนุปริญญา	4	13.3
ไม่ได้เรียน	1	3.3
อาชีพ		
เกษตรกร	13	43.3
รับจ้าง	10	33.3
รับราชการ	3	10.0
ค้าขาย	2	6.7
นักเรียน/นักศึกษา	2	6.7
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	15	50.0
5,000 – 15,000 บาท	10	33.3
15,001 – 25,000 บาท	3	10.0
มากกว่า 25,000 บาท	2	6.7
วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	20	66.7
ชำระเงินเอง	3	10.0
ประกันสังคม	3	10.0
พรบ.	2	6.7
อสม.	1	3.3
ต่างด้าว	1	3.3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การเคยได้รับการผ่าตัดหรือการได้รับยาระงับความรู้สึกมาก่อน		
ไม่เคย	17	56.7
เคย	13	43.3
ชนิดของการได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดครั้งนี้		
การได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว (General Anesthesia)	19	63.3
การฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal block)	11	36.7
ชนิดของการผ่าตัด		
ด้านศัลยกรรมทั่วไป	15	50.0
ด้านศัลยกรรมกระดูก	15	50.0

2. ข้อมูลความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก มีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลมากที่สุดในเรื่องความรู้สึกอึดอัดใจ ($\bar{X} = 3.40$, S.D ± 0.62) รองลงมาเป็นความรู้สึกหงุดหงิด ($\bar{X} = 3.27$, S.D ± 0.64) ความรู้สึกกระสับกระส่าย ($\bar{X} = 3.27$, S.D ± 0.58) และความรู้สึกเสียใจ ($\bar{X} = 3.20$, S.D ± 0.76) ตามลำดับ

หลังจากได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลลดลงจากเดิมมากที่สุดในเรื่องความรู้สึกอึดอัดใจ ($\bar{X} = 1.43$, S.D ± 0.67) รองลงมาคือความรู้สึกกระสับกระส่าย ($\bar{X} = 1.47$, S.D ± 0.50) และความรู้สึกกังวลใจ ($\bar{X} = 1.40$, S.D ± 0.49) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับข้อมูล

อันดับ	ความวิตกกังวล	ก่อนได้รับข้อมูล		หลังได้รับข้อมูล	
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
1	ความรู้สึกสงบ	2.37	0.80	3.10	0.75
2	ความรู้สึกมั่นคงในชีวิต	2.90	0.60	3.40	0.67
3	ความรู้สึกดีใจ	3.00	0.66	1.70	0.46
4	ความรู้สึกเสียใจ	3.20	0.76	1.50	0.57
5	ความรู้สึกสบายใจ	2.40	0.81	3.27	0.64
6	ความรู้สึกหงุดหงิด	3.27	0.64	1.67	0.60
7	ความรู้สึกกังวลกับเคราะห์ร้ายต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น (จากการผ่าตัด)	3.00	0.78	1.40	0.72
8	ความรู้สึกว่าได้พักผ่อน	2.70	0.83	3.07	0.64
9	ความรู้สึกกระวนกระวายใจ	3.17	0.69	1.67	0.54
10	ความรู้สึกสะดวกสบาย	2.83	0.74	3.10	0.66
11	ความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง	2.80	0.80	3.03	0.66
12	ความรู้สึกตื่นเต้นง่าย	3.10	0.54	1.67	0.54
13	ความรู้สึกกระสับกระส่าย	3.27	0.58	1.47	0.50

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับข้อมูล (ต่อ)

อันดับ	ความวิตกกังวล	ก่อนได้รับข้อมูล		หลังได้รับข้อมูล	
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
14	ความรู้สึกอึดอัดใจ	3.40	0.62	1.43	0.67
15	ความรู้สึกผ่อนคลาย	2.70	0.79	3.43	0.67
16	ความรู้สึกพึงพอใจ	2.97	0.61	3.40	0.49
17	ความรู้สึกกังวลใจ	3.13	0.73	1.40	0.49
18	ความรู้สึกตื่นตระหนก	3.13	0.81	1.43	0.50
19	ความรู้สึกร่าเริงเบิกบาน	1.67	0.84	2.57	0.77
20	ความรู้สึกแจ่มใส	1.97	0.80	2.83	0.69

3. ความวิตกกังวลของผู้ป่วย ก่อนและหลังได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองเท่ากับ 57.00 (S.D $\pm$ 7.94) ซึ่งมีค่าความวิตกกังวลสูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองเท่ากับ 46.53 (S.D $\pm$ 0.62) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ก่อนและหลังได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผน

การได้รับข้อมูล	คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Mean diff.	95% CI	p
ก่อนได้รับข้อมูล	57.00	7.94	10.47	7.88 - 13.11	<0.001
หลังได้รับข้อมูล	46.53	3.82			

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง หลังได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม มีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าข้อมูลเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกมีเนื้อหาข้อมูลที่ถูกต้อง เหมาะสม ตรงกับความเป็นจริง ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นโดยการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จากเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกับการสังเกตขั้นตอนการปฏิบัติต่อผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยถึงความรู้สึกประสบการณ์ในแต่ละขั้นตอนของการผ่าตัดและการได้ยาระงับความรู้สึก นำมาจัดทำเป็นชุดข้อมูลเตรียมความพร้อม ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่อธิบายถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึก ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ข้อมูลบอกความรู้สึกเป็นข้อมูลที่อธิบายถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยอาจประสบจากการได้รับยาระงับความรู้สึก ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจและอารมณ์ได้ และการให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติเป็นข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติเมื่อเข้ารับการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึก เช่น การปฏิบัติตัวก่อน - ขณะ - หลังผ่าตัด ซึ่งการให้ข้อมูลนี้จะทำให้ผู้ป่วยสุขสบายลดความวิตกกังวล^{4, 5}

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดทำสื่อการสอนคือภาพพลิก ประกอบคำบรรยายการเตรียมตัวก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก เอกสารแผ่นพับและแผนการสอน เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นภาพอย่างชัดเจน เป็นการเสริมแรงแก่ผู้เรียนเป็นสิ่งเร้าในการเรียนรู้ ช่วยกระตุ้นและสร้างความเข้าใจ ทำให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจเนื้อหาที่ยุ่งยาก ซับซ้อนได้ง่ายขึ้นในระยะเวลาอันสั้น ส่วนเอกสารแผ่นพับนั้นมีเนื้อหาที่อ่านง่ายพร้อมกับให้คำอธิบายหรือเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ เมื่อประสบกับเหตุการณ์จริงก็สามารถนำความรู้ ความเข้าใจที่มีอยู่เดิมในการแปลความหมายของข้อมูล เป็นผลทำให้ผู้ป่วยสามารถพิจารณาตัดสินใจเลือกใช้วิธีเผชิญเหตุการณ์ และสามารถควบคุมเหตุการณ์ที่ผ่านมาได้อย่างเหมาะสม จึงมีความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม สอดคล้องกับหลักการที่จะลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยควรให้ข้อมูลที่เป็นความรู้และข้อเท็จจริง^{6,7} และจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างหลังได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม ส่วนใหญ่ตอบว่าเมื่อได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมจากภาพพลิกประกอบคำบรรยายและแผ่นพับแล้ว ทำให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการปฏิบัติตัว จึงกลัวการผ่าตัดน้อยลง ความวิตกกังวลลดลงและมั่นใจในการรักษามากขึ้น โดยสรุปแล้ว ผลการวิจัยสอดคล้องกับทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal & Johnson⁸ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจกล่าวได้ว่าการวิจัยครั้งนี้ สามารถยืนยันผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกคือหลังได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม

การศึกษานี้สนับสนุนทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-Regulatory Theory) ของ Leventhal และ Johnson⁸ ซึ่งมีมีโนทัศน์หลักคือแบบแผนความรู้ ความเข้าใจ ที่ซับซ้อนสร้างจากประสบการณ์ที่ผ่านมา โดยการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและสามารถนำข้อมูลที่จัดเก็บไว้มาใช้เป็นแนวทางของพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย ในการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมถือเป็นประสบการณ์หนึ่งที่ทำให้เกิดแบบแผนความรู้ ความเข้าใจ (Schema) เกี่ยวกับเหตุการณ์นั้น เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์นั้นอีกครั้งก็สามารถที่จะแปลความหมายของข้อมูลใหม่ที่ได้รับ

ตามกรอบแบบแผนความรู้ ความเข้าใจเดิมที่มีอยู่แต่เดิม และสามารถเลือกวิธีเผชิญเหตุการณ์ได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการความรู้สึก คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ เป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้อย่างอิสระและเป็นการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยทราบขั้นตอนการได้รับยาระงับความรู้สึกที่จะได้รับขณะผ่าตัดเป็นอย่างดี และสามารถตอบข้อสงสัยของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และมีเหตุผล ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเมื่อเข้ารับการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นใจ ไว้วางใจ มีความเชื่อมั่นในการรับบริการและสามารถคลายความวิตกกังวลได้

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้มารับการผ่าตัดแบบเดียวกันทั้งหมดเนื่องจากจำนวนมีน้อย จึงใช้ผู้มารับการผ่าตัดใหญ่ที่ไม่ได้จำกัดโรคและการผ่าตัด

ข้อยุติ

ผู้ป่วยที่มาผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกทุกรายควรได้รับการเยี่ยมและให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผน ซึ่งพยาบาลวิสัญญีทุกคนต้องปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกันในการเยี่ยมก่อนผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในเหตุการณ์ที่จะประสบก่อนและหลังเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องและมีพฤติกรรมเผชิญความวิตกกังวลที่เหมาะสม โดยเฉพาะความวิตกกังวลด้านความรู้สึกอึดอัดใจ ทั้งก่อนและหลังการเยี่ยม การใช้ภาพพลิกและเอกสารแผ่นพับไปใช้สอนผู้ป่วย เพื่อความสะดวกและประหยัดเวลาของพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลชัดเจนและครอบคลุมมากขึ้น สามารถมองเห็นภาพเหตุการณ์ที่จะประสบได้อย่างชัดเจน สามารถทบทวนสิ่งที่ไม่เข้าใจและซักถามได้ และท่าทางผู้เยี่ยมต้องมีท่าทางเป็นมิตรพร้อมที่จะเข้าใจและรับฟังปัญหาของผู้ป่วย

ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว (General anesthesia) และการให้ยาระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วน (Regional anesthesia)

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุววรรณภูมิ ดร.สมหมาย คชนาม และบุคลากรโรงพยาบาลสุววรรณภูมิที่เกี่ยวข้องทุกท่าน



• บรรณานุกรม •

1. คงศักดิ์ เตชะวิบูลย์ผล, จิตราภรณ์ ความคานึง, อติคุณ ชนกิจ, และเกษชาดา เอื้อไพโรจน์กิจ. ผลการให้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ร่วมกับการอธิบายต่อภาวะความวิตกกังวลของหญิงที่รอผ่าตัด คลอดบุตร, การทดลองโดยวิธีสุ่ม. Thai journal of Anesthesiology, 37(2), 71-79. 2554.
2. งานวิจัย. สรุปผลงานประจำปี 2559. โรงพยาบาลสุววรรณภูมิ. เอกสารอัดสำเนา.
3. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2554). มาตรฐานการพยาบาลใน โรงพยาบาล ปรับปรุงครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
4. ขยี่ร์สิริ หงษ์วิไล. ผลลัพธ์ของแบบแผนการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2556
5. ปฐม หัสเมียร. การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัดใน ศิริพร ปิติมานะอารีและ (บรรณาธิการ).ตำราวิจัยวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพรส จำกัด. หน้า 148-156 . 2548
6. จิราพร ลวดทอง. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2550
7. โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์.การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก <http://www.gotoknow.org/posts/451676> [19 กุมภาพันธ์ 2560]
8. Leventhal, H., & Johnson, J.E. (1983). Laboratory and field experimentation: Development of a theory of self-regulation. In P.J. Wooldridge, M.H. Schmitt, J.K. Skipper, & R.C. Leonard (Eds.), Behavioral science and nursing theory (pp.189- 262). St.Louis: Mosby.

การนำจิตตปัญญาศึกษาไปใช้ในการเพิ่มศักยภาพทีมหมอครอบครัว
สำหรับกระบวนการเรียนรู้ระบบสุขภาพอำเภอ
กรณีศึกษา การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

**Applying Contemplative Learning to Improve Competency
of FamilyCare Team in DHML Program :
Case Study on Long Term Care Project at Phonthong District
Roi Et Province.**

.....

ณัฐวุฒิ มณีขาว*
Nuttawut Maneekao

ABSTRACT

The purposes of this participatory action research were 1) to compared competency learning team in district health management learning program of family care team in long term care project before and after participating in learning activities based on contemplative education approach. 2) To studied transforming of family care team after intervention.

The participant was obtained the purposive sampling of family care team who work in long term care project at Ponthong district Roi Et Province. The self-directed learning from menu of learning materials 11 menu and 5 workshops of contemplative learning such as workshop 1 : humanize healthcare and Living organization, workshop 2 : eneargram, workshop 3 : community dialogue, workshop 4 : lesson learned by body paint and workshop 5 : qualitative research and context base learning on home health care with the elderly with the 5 process Check-in, dialogue conversation reflection, check-out and journaling. Data analysis included mean, standard deviation and paired t-test. The qualitative data were analyzed by using content analysis.

The study revealed that applying contemplative learning in district health management learning program increase competencies scored of family care team in long term care project with the level of significance at $<.001$. Learning team transformation occurred in terms of behavior, feelings, attitudes, views, opinions, and expectations that makes it possible to work happily and live a valuable life with others.

Keywords : District health management learning program. Contemplative learning. Family care team

* นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการนำจิตตปัญญาศึกษาต่อสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอของทีมหมอครอบครัว 2) ศึกษาว่าทีมหมอครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไร หลังการเรียนรู้ด้วยจิตตปัญญาศึกษา

ผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ ทีมหมอครอบครัวที่ปฏิบัติงานในโครงการดูแลผู้ป่วยระยะยาว เครือข่ายสุขภาพอำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยถูกสุ่มแบบจำเพาะเจาะจง มีการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้ชุดความรู้ของระบบสุขภาพอำเภอ จำนวน 11 ชุดความรู้ ร่วมกับกระบวนการจิตตปัญญาศึกษาในการพัฒนาผู้เรียน จำนวน 5 การประชุมเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ การประชุมฯ 1 : Humanize healthcare and Living organization, การประชุมฯ 2 : แผนที่สำรวจและเข้าใจตนเอง ตามแนวทางนพลักษณ์, การประชุมฯ 3 : สนทริยสนทนา, การประชุมฯ 4 : การถอดบทเรียน โดยใช้เครื่องมือ Body paint และ การประชุมฯ 5 : การวิจัยเชิงคุณภาพ ร่วมกับการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (Learning by Doing) ผ่านกิจกรรมสาธารณประโยชน์ โดยอาศัยกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียงและเรียนผ่านประสบการณ์ การทำงานในพื้นที่ โดยผ่านกระบวนการ 5 ส. อันได้แก่ สร้างสติ (Check-in), สนทริยสนทนา (Dialogue Conversation), สะท้อนความคิด (Reflection), สรุปสาระสำคัญ (Check-out) และสื่อบันทึกสร้างสรรค์ (Journaling) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วย content analysis

ผลการศึกษาพบว่า การนำจิตตปัญญาศึกษามาใช้ สามารถเพิ่มสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอของทีมหมอครอบครัว โดยมีค่าคะแนนสมรรถนะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 นอกจากนั้น ทีมผู้เรียนยังเกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก ทั้งด้านพฤติกรรม ความรู้สึก ทักษะ ทักษะ มุมมอง ความคิดเห็น และความคาดหวัง สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีความสุข และใช้ชีวิตที่มีคุณค่าร่วมกับผู้อื่น

คำสำคัญ : โครงการพัฒนาทีมการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ, จิตตปัญญาศึกษา, ทีมหมอครอบครัว



บทนำ

โครงการพัฒนาทีมการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ (DHML) ภายใต้กระบวนการขับเคลื่อนตามกระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) เพื่อพัฒนาผู้นำระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพอำเภอที่จะพัฒนาระบบการทำงานเป็นทีมและสร้างความเข้มแข็งให้กับทีมในด้านสุขภาพของอำเภอ ที่นำไปสู่การขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพของประเทศและทำให้เกิดการแก้ไข

ปัญหาสุขภาพของพื้นที่อย่างยั่งยืนต่อไป โครงการนี้มีจุดมุ่งหมายหลัก คือ การเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการ 6 ด้านหลัก (ได้แก่ การควบคุมตนเอง, วิสัยทัศน์, การวางแผน, การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง, การทำงานเป็นทีมและการใช้เครื่องมือทางการจัดการ) และ 4 ด้านเงาหรือผลพลอยได้ (ได้แก่ การสัมพันธ์, การติดต่อสื่อสาร, การข้องเกี่ยวกับความแตกต่างเชิงอำนาจ และการข้องเกี่ยวกับความแตกต่างเชิงคุณค่าและมาตรฐาน) นอกจากนี้ยังมีจุดมุ่งหมายรอง ได้แก่ (1) ความสามารถในการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชนให้มีคุณภาพและ

ประสิทธิภาพของทีมนำ ระดับอำเภอ และ (2) เครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติในพื้นที่กับนักวิชาการในสถาบันการศึกษา ทำให้ผู้ปฏิบัติมีความเข้มแข็งทางวิชาการในขณะทีนักวิชาการเกิดภูมิปัญญาจากการปฏิบัติจริงในบริบทไทย¹

จิตตปัญญาศึกษานั้นอาจเรียกได้ว่าเป็นวิธีการกระบวนการ และกิจกรรมของการจัดการเรียนรู้ ในแบบใหม่สำหรับโลกการศึกษาปัจจุบันที่ประยุกต์หลักการเจริญสติ การปฏิบัติภาวนา (Meditation) และศิลปะวัฒนธรรม ภูมิปัญญา สุนทรียศาสตร์ต่างๆ ที่ดึงมาประสานเข้ากับการ เสวนา และชุมชนแห่งการปฏิบัติ (Community of Practice : COP) ใช้เป็นแบบแผนในการรู้จัก ทำความเข้าใจตัวตนและพัฒนาตัวเอง งานและชีวิตอย่างลึกซึ้ง รอบด้าน นำไปสู่การแก้ปัญหาส่วนตัว การจรรโลงจิตใจและการปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่น สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสมกลมกลืน^{2,3} จิตตปัญญาศึกษาจึงเป็นการศึกษาอีกรูปแบบหนึ่งซึ่งสามารถพัฒนาศักยภาพของผู้นำระบบสุขภาพ ภายใต้กระบวนการขับเคลื่อนการดูแลตามกระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) เพื่อการพัฒนาตน งานและชีวิต เพื่อให้สามารถเสริมสร้างบุคลิกภาพจากภายในตน และประยุกต์ผลการเรียนรู้และการพัฒนาขยายผลไปสู่การทำงานแก้ไขปัญหาทางสาธารณสุขที่ซับซ้อน ซึ่งทางทีมคณะเรียนรู้ได้เลือกการดูแลผู้ป่วยระยะยาว เครือข่ายสุขภาพอำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญและยุ่งยากซับซ้อนของพื้นที่ อยู่บนพื้นฐานของการจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐาน (Context Based Learning : CBL) โดยทีมผู้เรียน ในที่นี้คือ “ทีมหมอครอบครัว” ซึ่งประกอบด้วยสหวิชาชีพจากทั้ง โรงพยาบาล รพ.สต. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้รวมถึงการให้ความสำคัญกับการเรียนเป็นทีม (Team Approach) ทั้งนี้สมรรถนะที่เพิ่มของทีมผู้เรียน (Learning Team) จากการดำเนินการโครงการในบริบทของระบบสุขภาพอำเภอของทีมผู้เรียน มีผลต่อการเพิ่มสมรรถนะของทีมผู้บริหารจัดการของอำเภอ (District Health Management Team : DHMT) ผู้ปฏิบัติที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการพร้อมไปกับการเพิ่มความเข้มแข็งให้กับระบบบริการ และระบบสุขภาพอำเภอโดยรวมสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีความสุขและใช้ชีวิตที่มีคุณค่าร่วมกับผู้อื่น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการนำจิตตปัญญาศึกษาต่อสมรรถะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอกรณีศึกษา ทีมหมอครอบครัว

กับการดูแลผู้ป่วยระยะยาวเครือข่ายสุขภาพอำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ดและศึกษาว่าทีมหมอครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไร หลังการใช้จิตตปัญญาศึกษา

วิธีการศึกษา

วัตถุประสงค์ ประชากรเป้าหมายได้แก่ บุคลากรการแพทย์ที่อยู่ในทีมคลินิกหมอครอบครัวที่ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเครือข่ายสุขภาพอำเภอโพธารอง ซึ่งได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 28 คน โดยทุกคนต้องสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด และสามารถปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในชุมชนได้

วิธีการ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสม (Mix method Research) โดยมีการเก็บข้อมูลการวิจัยทั้งเชิงปริมาณ และคุณภาพ โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการในการดำเนินการวิจัยดังนี้

1) การสร้างแผนการจัดการเรียนรู้ DHML โดยใช้กระบวนการจิตตปัญญาศึกษาในการพัฒนาผู้เรียนจำนวน 5 Workshops โดยประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ดังนี้ **Workshop 1 :** Humanize healthcare and Living organization, **Workshop 2 :** แผนที่สำรวจและเข้าใจตนเองตามแนวทางนพลักษณ์, **Workshop 3 :** สุนทรียสนทนา ซึ่งเป็นการสะท้อนความคิดเกี่ยวกับตนเองผ่านการฟังอย่างลึกซึ้งและการห้อยแขวนการตัดสินใจประกอบด้วยกิจกรรม แนะนำตนเองจับคู่เล่าเรื่องเล่นบัตรคำ (การตีความอารมณ์ ความรู้สึกผู้อื่นผ่านบัตรคำ การเล่าประสบการณ์เปลี่ยนชีวิต การสะท้อนความรู้สึกให้เพื่อนในกลุ่มฟัง⁴, **Workshop 4 :** การถอดบทเรียนโดยใช้เครื่องมือ Body paint และ **Workshop 5 :** การสรุปผลโครงการ และการวิจัยเชิงคุณภาพ

2) การเรียนรู้จากการปฏิบัติ (Learning by Doing) ผ่านกิจกรรมสาธิตประโยชน์ โดยอาศัยกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง และเรียนรู้ผ่านประสบการณ์การดำเนินโครงการในพื้นที่ ทั้งที่เป็นประสบการณ์ใหม่ และที่เป็นการต่อยอดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์เดิมที่มี (Experiential Learning) เรียนจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Interactive Learning and Sharing) ทั้งภายในพื้นที่เดียวกัน และระหว่างพื้นที่ระหว่างประชาชน-ผู้ปฏิบัติ-ผู้บริหารจัดการผู้เชี่ยวชาญ-นักวิชาการ-รวมถึงผู้กำหนดและวางนโยบาย โดย

ทุกแผนการจัดการเรียนรู้จะใช้กระบวนการจัดปัญหา ศึกษาเพื่อพัฒนาผู้เรียน 5 ส ได้แก่ สร้างสติ (Check-in), สนทนาสนทนา (Dialogue Conversation), สะท้อนความคิด (Reflection), สรุปสาระสำคัญ (Check-out) และสื่อบันทึกสร้างสรรค์ (Journaling)⁵

3) สมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ใช้เครื่องมือสำหรับประเมินตนเองด้านสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอพัฒนาโดย รศ.นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ⁶ โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้ประเมินตนเองก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ในด้านการเปลี่ยนแปลงของผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึกและสนทนากลุ่มโดยแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง สำหรับการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) ประกอบด้วยคำถามหลัก 5 ข้อ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงภายในตนเองภายหลังการอบรมจัดปัญหาในด้านการดำเนินชีวิตและการทำงาน สนทนากลุ่มโดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง เพื่อให้ได้ข้อมูล เกี่ยวกับการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลง ความคิด ความรู้สึก มุมมองของผู้เรียน ใช้ระยะเวลาในการสนทนากลุ่มนานประมาณ 1.5 ชั่วโมง

วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ได้ทำการศึกษา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบสมรรถนะของการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ โดยเปรียบเทียบค่าคะแนนโดยใช้ paired t-test การวิเคราะห์เนื้อหา การเปลี่ยนแปลงภายในของตนเองด้วย content analysis

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชายทั้งสิ้น 12 คน เพศหญิง 16 คน ส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 40 - 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.6, ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน คิดเป็นร้อยละ 50 และ 28.6 ตามลำดับ, มีตำแหน่งพยาบาลมากที่สุดร้อยละ 67.9, โดยมากมีประสบการณ์การทำงานในช่วง 10 - 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.7 และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานในระบบสุขภาพอำเภอ น้อยกว่า 5 ปี คิดร้อยละ 85.7

2. ผลลัพธ์ของการนำจัดปัญหาศึกษาต่อสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (DHML)

ของทีมหมอบรรพชีวิน สำหรับคะแนนสมรรถนะในการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการเรียนรู้ด้วยกิจกรรมจัดปัญหา ศึกษาในด้านต่างๆ เพิ่มขึ้นตามลำดับดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการควบคุมตนเอง ได้แก่ การรู้ทันและสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเอง 3.29 และ 4.11 การรับฟังคนอื่น 3.61 และ 4.21 การขอตอบโต้คนอื่น 3.00 และ 3.54 การทบทวนและปรับปรุงตนเอง 3.46 และ 4.21

ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านวิสัยทัศน์ ได้แก่ การเข้าใจแนวคิดและหลักการของระบบสุขภาพอำเภอ 3.18 และ 4.04 การเข้าใจถึงการเป็นผู้บริหารที่ดี 3.43 และ 4.14 การตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ภาคีเครือข่าย ทั้งในและนอกอำเภอของตนในการจัดการกับปัญหาสุขภาพในชุมชน 3.39 และ 4.21 การสามารถแยกแยะความยากง่ายของโครงการจัดการกับปัญหาสุขภาพในชุมชน 3.36 และ 4.04

ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการวางแผน ได้แก่ การรู้จักขั้นตอนการวางแผนแก้ปัญหาอย่างครบถ้วน 3.43 และ 4.18 การสามารถวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพในชุมชนได้อย่างรอบด้าน 3.29 และ 4.11 การสามารถนำแหล่งทรัพยากร (คน เงิน ของ) มาใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชน 3.25 และ 3.96 การทบทวนและปรับปรุงแผนการทำงานอย่างต่อเนื่อง 3.32 และ 4.04

ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ การมีความคิดสร้างสรรค์ 3.21 และ 4.00 การกล้าคิด กล้าพูด กล้าทำ 3.25 และ 4.07 การได้รับการยอมรับจากผู้ที่ร่วมทำงานด้วยกัน 3.39 และ 4.11 ระดมความคิดและความร่วมมือจากผู้ที่ร่วมทำงานด้วยกันและชุมชน 3.29 และ 4.14

ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการทำงานเป็นทีม การทำงานร่วมกับผู้คนต่างๆ ได้ดี 3.57 และ 4.18 การเคารพความคิดและความสามารถของผู้ที่ร่วมทำงานด้วยกัน 3.64 และ 4.29 การค้นหาจุดแข็งหรือข้อดีของผู้ที่ร่วมทำงานด้วยกัน และนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการทำงาน 3.46 และ 4.25 การช่วยเหลือเกื้อกูลผู้ที่ร่วมทำงานด้วยกัน 3.64 และ 4.36

ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการใช้เครื่องมือทางการจัดการ ได้แก่ การรู้จักเครื่องมือทางการจัดการต่างๆ (เช่น ระบบการเงิน ระบบข้อมูลข่าวสาร การพัฒนาคน การส่งเสริมการมีส่วนร่วม ฯลฯ) 3.25 และ 4.04 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน 3.43 และ 4.21

การใช้ข้อมูลข่าวสารในการวางแผนและดำเนินการ 3.36 และ 4.14 การเรียนรู้ร่วมกันกับทีมงานและชุมชน 3.36 และ 4.21

ค่าคะแนนเฉลี่ยหัวข้ออื่นๆ ได้แก่ การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ร่วมงานด้วยกันและชุมชน 3.61 และ 4.36 การพูดคุยและติดต่อสื่อสารได้ดีกับผู้ร่วมงานด้วยกันและชุมชน 3.36 และ 4.18 การเห็นว่าความแตกต่าง (ด้านอำนาจหน้าที่ ค่านิยมและมาตรฐาน) ของผู้ร่วมงานด้วยกัน ไม่เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน 3.25 และ 4.04 การสามารถใช้ความแตกต่าง(ด้านอำนาจหน้าที่ ค่านิยมและมาตรฐาน) ของผู้ร่วมงานด้วยกันให้เป็นประโยชน์ต่อการทำงาน 3.29 และ 4.14

ตารางที่ 1 ผลการเปลี่ยนแปลงของสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ

หัวข้อประเมิน	ระดับคะแนนเฉลี่ย				Mean Difference	95% CI	P value
	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		หลังเข้าร่วมโครงการ				
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
การควบคุมตนเอง							
1. การรู้ทันและสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเอง	3.29	0.46	4.11	0.50	0.82	0.64 - 1.01	<0.001
2. การรับฟังคนอื่น	3.61	0.63	4.21	0.50	0.61	0.39 - 0.83	<0.001
3. การขอตอบโต้คนอื่น	3.00	0.72	3.54	0.88	0.54	0.29 - 0.79	<0.001
4. การทบทวนและปรับปรุงตนเอง	3.46	0.58	4.21	0.57	0.75	0.55 - 0.95	<0.001
วิสัยทัศน์							
5. การเข้าใจแนวคิดและหลักการของระบบสุขภาพอำเภอ	3.18	0.67	4.04	0.58	0.86	0.59 - 1.13	<0.001
6. การเข้าใจถึงการเป็นผู้บริหารที่ดี	3.43	0.50	4.14	0.69	0.61	0.36 - 0.85	<0.001
7. การตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกอำเภอของตนในการจัดการกับปัญหาสุขภาพในชุมชน	3.39	0.79	4.21	0.57	0.82	0.58 - 1.06	<0.001
8. การสามารถแยกแยะความยากง่ายของโครงการจัดการกับปัญหาสุขภาพในชุมชน	3.36	0.62	4.04	0.58	0.68	0.47 - 0.89	<0.001
การวางแผน							
9. การรู้จักขั้นตอนการวางแผนแก้ปัญหาอย่างครบถ้วน	3.43	0.69	4.18	0.67	0.75	0.50 - 1.00	<0.001
10. การสามารถวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพในชุมชนได้อย่างรอบด้าน	3.29	0.66	4.11	0.63	0.82	0.56 - 1.08	<0.001
11. การสามารถนำแหล่งทรัพยากร (คน เงิน ของ) มาใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชน	3.25	0.65	3.96	0.50	0.86	0.48 - 0.95	<0.001
12. การทบทวนและปรับปรุงแผนการทำงานอย่างต่อเนื่อง	3.32	0.67	4.04	0.64	0.71	0.48 - 0.95	<0.001

ตารางที่ 1 ผลการเปลี่ยนแปลงของสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (ต่อ)

หัวข้อประเมิน	ระดับคะแนนเฉลี่ย				Mean Difference	95% CI	P value	
	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		หลังเข้าร่วมโครงการ					
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.				
การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง								
13. การมีความคิดสร้างสรรค์	3.21	0.57	4.00	0.54	0.79	0.54 - 1.03	<0.001	
14. การกล้าคิด กล้าพูด กล้าทำ	3.25	0.65	4.07	0.60	0.82	0.56 - 1.08	<0.001	
15. การได้รับการยอมรับจากผู้ที่ร่วมทำงานด้วยกัน	3.39	0.50	4.11	0.63	0.71	0.48 - 0.95	<0.001	
16. การสามารถระดมความคิดและความร่วมมือจากผู้ที่ร่วมทำงานด้วยกันและชุมชน	3.29	0.60	4.14	0.52	0.86	0.63 - 1.09	<0.001	
การทำงานเป็นทีม								
17. การทำงานร่วมกับผู้คนต่างๆ ได้ดี	3.57	0.63	4.18	0.61	0.61	0.38 - 0.83	<0.001	
18. การเคารพความคิดและความสามารถของผู้ที่ร่วมทำงานด้วยกัน	3.64	0.62	4.29	0.60	0.64	0.43 - 0.86	<0.001	
19. การค้นหาจุดแข็งหรือข้อดีของผู้ที่ร่วมทำงานด้วยกัน และนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการทำงาน	3.46	0.58	4.25	0.59	0.79	0.59 - 0.98	<0.001	
20. การช่วยเหลือเกื้อกูลผู้ที่ร่วมทำงานด้วยกัน	3.64	0.62	4.36	0.68	0.71	0.48 - 0.95	<0.001	
การใช้เครื่องมือทางการจัดการ								
21. การรู้จักเครื่องมือทางการจัดการต่างๆ (เช่น ระบบการเงิน ระบบข้อมูลข่าวสาร การพัฒนาคน การส่งเสริมการมีส่วนร่วม ฯลฯ)	3.25	0.59	4.04	0.64	0.79	0.59 - 0.98	<0.001	
22. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน	3.43	0.57	4.21	0.74	0.79	0.54 - 1.03	<0.001	
23. การใช้ข้อมูลข่าวสารในการวางแผนและดำเนินการ	3.36	0.73	4.14	0.71	0.79	0.59 - 0.98	<0.001	
24. การเรียนรู้ร่วมกันกับทีมงานและชุมชนอื่นๆ	3.36	0.68	4.21	0.63	0.86	0.63 - 1.09	<0.001	
25. การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ร่วมงานด้วยกัน และชุมชน	3.61	0.69	4.36	0.62	0.75	0.48 - 1.02	<0.001	
26. การพูดคุยและติดต่อสื่อสารได้ดีกับผู้ร่วมงานด้วยกันและชุมชน	3.36	0.56	4.18	0.48	0.82	0.61 - 1.03	<0.001	
27. การเห็นว่าความแตกต่าง (ด้านอำนาจหน้าที่ ค่านิยม และมาตรฐาน) ของผู้ที่ร่วมทำงานด้วยกัน "ไม่เป็นอุปสรรคต่อการทำงานร่วมกัน"	3.25	0.59	4.04	0.70	0.79	0.54 - 1.03	<0.001	

ตารางที่ 1 ผลการเปลี่ยนแปลงของสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (ต่อ)

หัวข้อประเมิน	ระดับคะแนนเฉลี่ย				Mean Difference	95% CI	P value
	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		หลังเข้าร่วมโครงการ				
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
28. การสามารถใช้ความแตกต่าง (ด้านอำนาจหน้าที่ ค่านิยม และมาตรฐาน) ของผู้ร่วมงานด้วยกันให้เป็นประโยชน์ต่อการทำงาน	3.29	0.66	4.14	0.59	0.86	0.60 - 1.11	<0.001

การเปรียบเทียบค่าคะแนนสมรรถนะที่เพิ่มขึ้นในแต่ละด้าน พบว่า ค่าคะแนนในด้านการใช้เครื่องมือทางการจัดการ และค่าคะแนนด้านอื่นๆ มีค่าคะแนนความแตกต่างสูงสุด คือ 0.80 ส่วนค่าคะแนนความแตกต่างที่เพิ่มขึ้นเมื่อจำแนกรายหัวข้ออื่นๆ แสดงในรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับคะแนนรวมในแต่ละด้านก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้จิตตปัญญาศึกษา

หัวข้อประเมิน	ระดับคะแนนเฉลี่ย				Mean Difference	95% CI	P value
	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		หลังเข้าร่วมโครงการ				
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
การควบคุมตนเอง	3.34	0.35	4.02	0.42	0.68	0.53 – 0.83	<0.001
วิสัยทัศน์	3.34	0.47	4.08	0.50	0.74	0.55 – 0.93	<0.001
การวางแผน	3.32	0.58	4.07	0.56	0.75	0.54 – 0.96	<0.001
การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง	3.29	0.42	4.08	0.48	0.79	0.61 – 0.98	<0.001
การทำงานเป็นทีม	3.58	0.49	4.27	0.49	0.69	0.50 – 0.88	<0.001
การใช้เครื่องมือทางการจัดการ	3.35	0.54	4.15	0.60	0.80	0.62 – 0.99	<0.001
อื่นๆ	3.38	0.51	4.18	0.50	0.80	0.60 – 1.01	<0.001

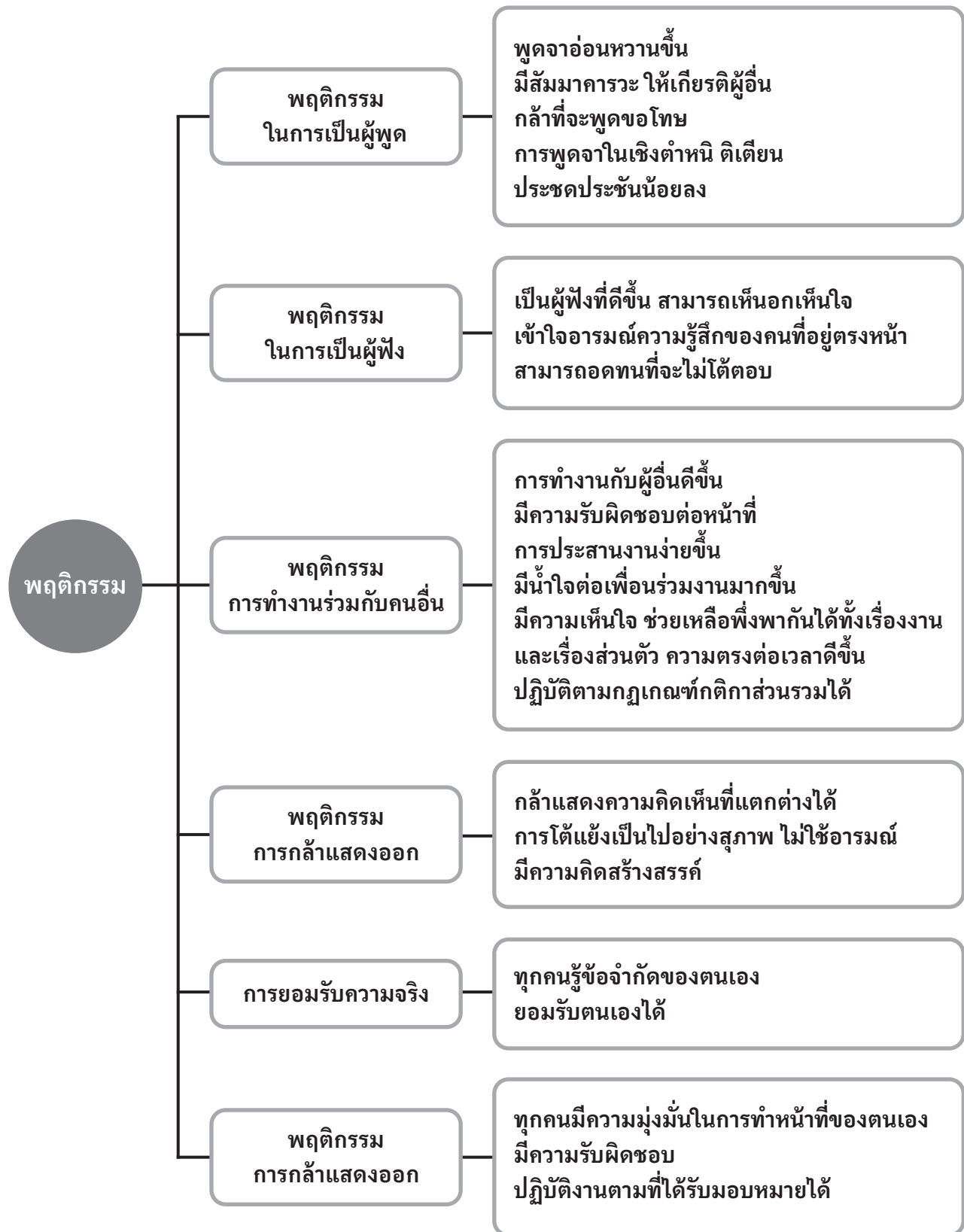
3. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับทีมหมอครอบครัว หลังการเรียนรู้ด้วยจิตตปัญญาศึกษา ผลสรุปการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการสัมภาษณ์เจาะลึกและสนทนากลุ่ม ผู้ศึกษาขอสรุปการเปลี่ยนแปลงเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ดังเช่นบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“...เด็ก ๆ กล้าแสดงความคิดเห็นที่แตกต่างได้ การโต้แย้งเป็นไปอย่างสุภาพ ไม่ใช้อารมณ์ สามารถอธิบายถึงเหตุผลในการกระทำต่างๆได้ สามารถอธิบายเหตุผลได้อย่างสบายใจ มีความคิดสร้างสรรค์การยอมรับความจริง ทุกคนรู้จักจำกัดของตนเอง บางคนไม่ถนัดพูด ไม่ถนัดนำเสนอ ก็จะรับอาสาทำอย่างอื่นเช่น จัดบันทึก บางคนก็ยอมรับว่าตัวเองไม่เก่งเรื่องอะไร ก็สามารถไปปรึกษาคนที่ชำนาญกว่าได้...” (ผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 4, สัมภาษณ์, 7 กุมภาพันธ์ 2563)

“...การทำงานกับผู้อื่นดีขึ้น มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ การประสานงานง่ายขึ้น มีน้ำใจต่อเพื่อนร่วมงานมากขึ้น มีความเห็นใจ ช่วยเหลือพึ่งพากันได้ทั้งเรื่องงานและเรื่องส่วนตัว ความตรงต่อเวลาดีขึ้น ปฏิบัติตามกฎหมาย กติกาส่วนรวมได้...” (ผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 5, สัมภาษณ์, 7 กุมภาพันธ์ 2563)

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มองว่าพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงที่สังเกตได้ชัดเจน การเป็นผู้ที่รับฟังผู้อื่นได้ดี การพูดจาอ่อนหวาน รักษาน้ำใจผู้อื่น ยอมรับความสามารถของตนเอง กล้าได้แหย่อย่างสุภาพ มีความคิดสร้างสรรค์ สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดีขึ้น พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงจากใช้หลักจิตตปัญญาศึกษาสามารถสรุปเป็นแผนภาพ ดังภาพที่ 1



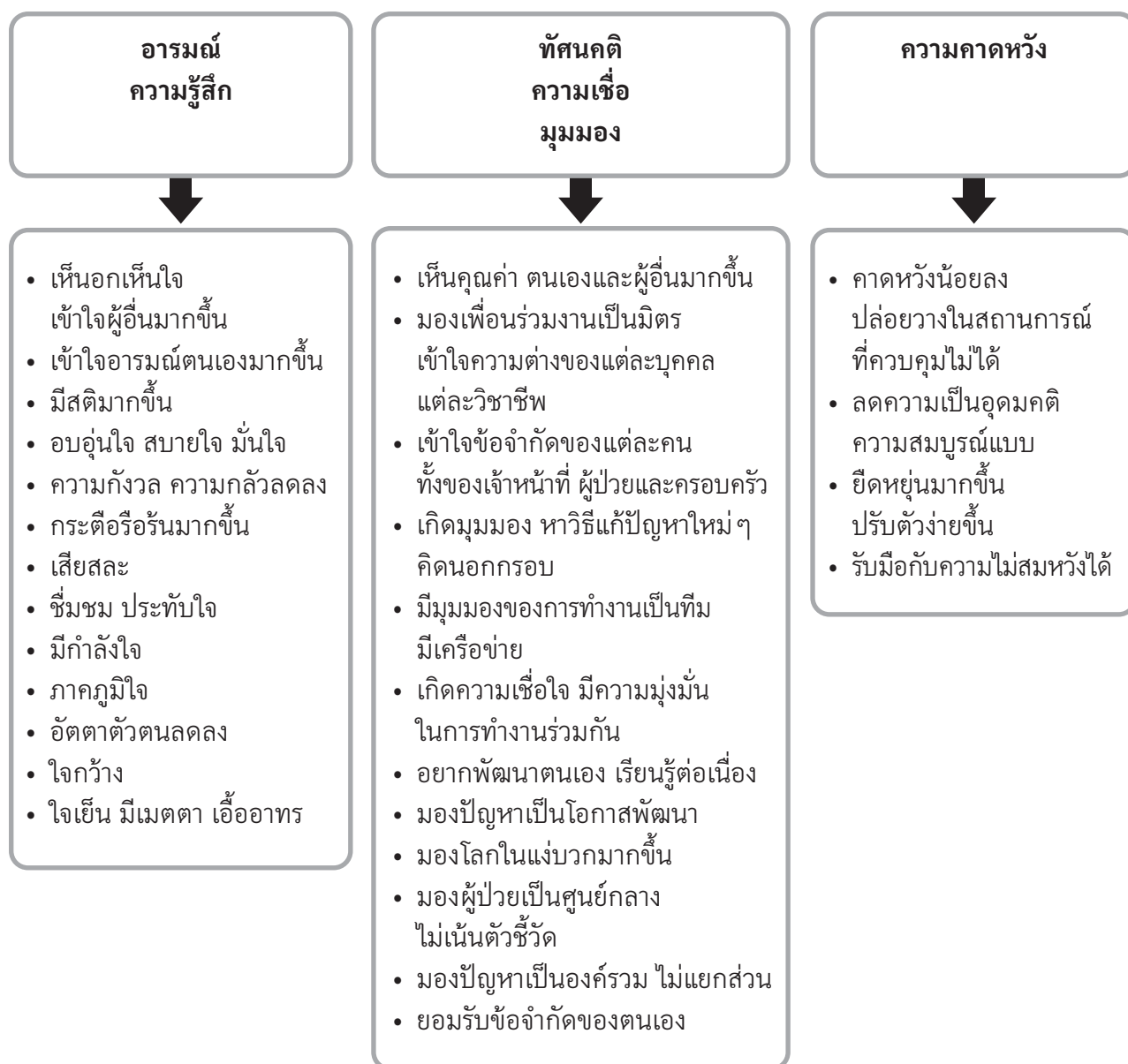
ภาพที่ 1 พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง

ส่วนที่ 2 การเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก ความคาดหวัง ดังเช่นบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“...ตอนแรกที้ออกไปเยี่ยมบ้าน ออกไปแล้วทุกซ์ เพราะเราเกิดการตั้งคำถามว่าทำไมไม่ทำแบบนี้ ไม่ค่อยออกไป รู้สึกว่าไปเจอแต่สิ่งที่ไม่สบายใจ แต่ออกไปเป็นสัปดาห์ ก็เหมือนรู้สึกว่าไม่ควรไปดำเนินใคร ทุกคนมีกลไก แก้ปัญหาแตกต่างกัน พอเราลดการดำเนิน วิพากษ์วิจารณ์น้อยลง บรรยากาศที่มันตึงเครียดก็น้อยลง ความสัมพันธ์ กับชุมชนก็ดีขึ้น...” (ผู้ให้ข้อมูลหลัก คนที่ 2, สัมภาษณ์, 5 กุมภาพันธ์ 2563)

“...ตอนแรกการเยี่ยมบ้านก็ไม่ได้ให้ความสำคัญ ไม่เข้าใจบทบาทตรงนี้ พอได้ออกไปเยี่ยมกับทีม พอเรา ได้ออกไปคุยได้ไปเจอ case ก็รู้สึกดีมาก เช่น case CA คนไข้มีความกังวลมาก เพราะอายุน้อยเป็นผู้นำครอบครัว เราก็ไม่ได้ทำอะไรแค่รับฟังอย่างเดียว ตอนกลับเค้าขอบคุณที่คุณหมอมารับฟัง และชวนเราให้มาที่บ้านอีก มันทำให้เรารู้สึกว่าเค้ามาคุยกันก็มีความสุขแล้วหรือ คนไข้บางคนบอกว่าช่วยจับ ช่วยบายแม่แทน เราก็คิดว่า การจับจะช่วยอะไรได้ แต่พอไปสัมผัสตัวเค้าก็เหมือนเค้าจะชอบ และมีความสุขจริงๆ...” (ผู้ให้ข้อมูลหลัก คนที่ 1, สัมภาษณ์, 4 กุมภาพันธ์ 2563)

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มองว่าตนเองเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านความคิด คือ มองเห็นข้อจำกัด ของตนเองและผู้อื่น มองโลกในแง่บวกมากขึ้น รู้สึกภูมิใจในตนเอง เห็นอกเห็นใจผู้อื่น ความคาดหวังลดลง ปล่อยาวมากขึ้น สามารถสรุปแผนภาพ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ความคิด ความรู้สึก ความคาดหวัง ที่เปลี่ยนแปลง

การนำจิตตปัญญาศึกษามาใช้พัฒนาศักยภาพทีมหมอกรอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวนั้นพบว่าค่าคะแนนทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของปิยนุช พรหมสาขาและคณะ⁷ ที่ได้ประเมินผลโครงการเสริมสมรรถนะการบริหารจัดระบบสุขภาพอำเภอของประเทศไทย ทำให้ผู้เรียนมีวิสัยทัศน์กว้างขึ้น ลดความเป็นตัวตนลง นำไปสู่การเปิดใจ ยอมรับและเห็นใจผู้อื่นมากขึ้น มีภาวะผู้นำสามารถนำการเปลี่ยนแปลง มีการบริหารจัดการ วางแผนการใช้เครื่องมืออย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นการประเมินจากอาจารย์สถาบันที่ปรึกษาวิชาการ(AI) ซึ่งแตกต่างจากการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งเป็นการประเมินโดยผู้เรียนเอง จึงเป็นไปได้ว่าอาจจะพบ social desirability bias จากผู้ประเมินได้ จึงอาจต้องมีการประเมินโดยผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงานหรือสถาบันการศึกษาภายนอกร่วมประเมิน

กระบวนการจิตตปัญญาศึกษาทำให้เกิดการยอมรับตัวตนเองมากขึ้น รู้ข้อจำกัดของตนเองและผู้อื่น ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของสุกัญญรัตน์ คงงาม⁸ ที่ศึกษาการพัฒนาโมเดล การปรับเปลี่ยนมโนทัศน์ด้านการประกันคุณภาพของสถานศึกษาขั้นพื้นฐานในขั้นแรกคือการสร้างการยอมรับการเปลี่ยนแปลงตนเอง ซึ่งจะเป็นการเตรียมตัวทั้งผู้บริหารและครูเพื่อให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงไปสู่สิ่งที่ดีขึ้น พร้อมทั้งจะเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติงานให้เกิดการพัฒนาคุณภาพ

การวางแผนปฏิบัติงานอย่างใคร่ครวญด้วยความรักความเมตตา ซึ่งทำให้คนมีสติและสมาธิดีขึ้นในการปฏิบัติงาน ให้ความเห็นอกเห็นใจ ให้ความรักความเมตตาต่อกัน วางแผน ในการปฏิบัติงานอย่างรอบคอบ คิดใคร่ครวญให้ดีกว่าจะนำไปลงมือปฏิบัติ นำไปสู่การทำงานเป็นทีมที่ดี ให้ความร่วมมือกัน ยอมรับความสามารถของเพื่อนร่วมทีม ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูล ให้อกำลังใจให้คำปรึกษา ให้ความรักความเมตตา มีการยืดหยุ่น มีเหตุผล ไม่ตัดสินในทันที ใจเวลาได้คิดไตร่ตรองต่อพฤติกรรมของผู้อื่นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจักรกฤษณ์ จันทะคุณ⁹ และการศึกษาของอัจฉราพรรณเพิ่มขึ้น และคณะ¹⁰ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดวิถีปฏิบัติร่วมกันด้วยการรับฟังอย่างมีสติและวัฒนธรรมการเรียนรู้ แสดงว่าจิตตปัญญาเกิดขึ้นในตัวตนของคนใด

แล้วจะแสดงออกมาเป็นการกระทำ มีการสื่อสารในเชิงบวก สิ่งที่อยู่ภายในจะสื่อออกมาภายนอกด้วยการปฏิบัติเช่นเดียวกับการศึกษาของสุวัฒนา จิตต์รัตนอรุณ¹¹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิรัฐกาล พงศ์ภคเธียร¹² พบว่าการทำสมาธิและใช้สุนทรียสนทนาทำให้เกิดประสบการณ์ตรง คิดใคร่ครวญ เห็นเชื่อมโยง มีความรักความเมตตา และเกิดความตระหนักรู้

เนื่องจากกระบวนการจิตตปัญญาศึกษาเป็นกระบวนการที่คล้ายหลักพุทธศาสนา คือการฝึกสติสมาธิ ทำให้เกิดความสงบ ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยอาจจะมีพื้นฐานดีอยู่แล้วหรือมีการฝึกปฏิบัติที่ใช้หลักการนี้โดยไม่รู้ตัว และธรรมชาติของมนุษย์ต้องการการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น จึงอาจจะสรุปไม่ได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเกิดจากกระบวนการจิตตปัญญาศึกษาเพียงอย่างเดียว

กระบวนการจิตตปัญญาศึกษาในการศึกษานี้ อาจมีข้อจำกัดด้าน generalizability เนื่องจากการศึกษาเฉพาะในบุคลากรเครือข่ายบริการอำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งอาจมีความแตกต่างกับที่อื่นๆ เช่น ด้านวัฒนธรรมองค์กร การบริหารจัดการ ขนาดขององค์กร ที่มีความแตกต่างกัน ทรัพยากร นโยบายของผู้บริหาร ซึ่งการจัดกิจกรรมในลักษณะเดียวกันก็อาจจะเกิดผลลัพธ์ที่ต่างกันได้

ข้อยุติ

การศึกษาในอนาคตควรมีการวัดผลลัพธ์ของการนำจิตตปัญญาศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการให้บริการด้านอื่นๆหรือกลุ่มวิชาชีพอื่นๆด้วยและมีการประเมินอย่างรอบด้าน เช่น จากผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน รวมถึงการวัดผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้รับบริการและควรมีการวิจัยพัฒนาชุดกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษา ให้เหมาะสมกับผู้เรียน ปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับกิจกรรมที่ทำได้ รวมถึงการสร้างบรรยากาศสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม และเอื้ออำนวยต่อการพัฒนาทักษะของผู้เรียน ระยะเวลาในการทำงานกับชุมชนต้องเหมาะสม กระบวนการต้องสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร ทำให้เกิดภาวะแวดล้อมที่ปลอดภัย เพื่อให้ผู้เรียน มีสติ มีสมาธิ สามารถสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของตนเองได้ จึงจะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่สมบูรณ์



• บรรณานุกรม •

1. ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. การจัดการเรียน เพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System Management Learning: DHML). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: APPA Printing Group CO.,LTD.; 2557.
2. ธนา นิลชัยโกวิทย์. การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง และจิตตปัญญาศึกษา Transformative Learning and Contemplative Education. ใน จิตตปัญญา ศึกษา : การศึกษาเพื่อพัฒนามนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
3. ศูนย์จิตตปัญญาศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล. จิตตปัญญาศึกษา: ทางเลือก หรือ ทางรอดของสังคม?. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท เอส พี เอ็น การพิมพ์จำกัด; 2552.
4. อรุณ จิตรา. สร้างสุขแท้จริงด้วยปัญญา เพื่อพัฒนาพอดีของแผ่นดิน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์; 2557.
5. โบห์ม เดวิด. ว่าด้วยสุนทรียสนทนา On dialogue. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สวนเงินมีมา; 2562.
6. สุรเกียรติ อาชาานุภาพ. ตำราตรวจรักษาโรคทั่วไป 2 : 350 โรคกับการดูแลรักษาและการ. ป อกัน. พิมพ์ครั้งที่ 4 ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ โอลิสติกพับลิชชิ่ง 2551
7. ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร, จิราพร วรวงศ์, ศิราณี ศรีหาภาค, ธาณี กล่อมใจ, พิทยา ศรีเมือง. การเรียนรู้ การบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ บทบาทและมุมมองของอาจารย์หรือนักวิชาการสถาบันการศึกษา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2560;10:27-39.
8. สุกัญญรัตน์ คงงาม. การพัฒนาโมเดลปรับเปลี่ยนมโนทัศน์ด้านการประกันคุณภาพการศึกษาของสถานศึกษา ขั้นพื้นฐาน. [คุยฎินพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
9. จักรกฤษณ์ จันทะคุณ. ผลของการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามแนวจิตตปัญญาศึกษาที่ส่งผลต่อความสามารถในการ พัฒนาหลักสูตรท้องถิ่นของนิสิตครู มหาวิทยาลัยพะเยา. Journal of community development research (Humanities and social sciences) 2017;10(4):186-99.
10. อัจฉราพรรณ เพิ่มขึ้น, กัญญา กำศิริพิมาน, ชรินทร์ มั่งคั่ง. การใช้กระบวนการจิตตปัญญาศึกษาในการพัฒนาคุณภาพ ผู้เรียนในวิชา หน้าที่พลเมืองโรงเรียนดาราวิทยาคม จังหวัดอุดรดิษฐ์. Journal of Education Naresuan University 2017;19(4):265-75.
11. สุวัฒนา จิตต์รัตนอรุณ. การพัฒนารูปแบบการบูรณาการแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาในการประกันคุณภาพการศึกษา สำหรับสถานศึกษาระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน [คุยฎินพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.
12. จิรัฐกาล พงศ์ภคเธียร. การวิจัยและพัฒนาจิตตปัญญาศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาไทย. [คุยฎินพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.



ผลการพัฒนาแนวทางการนิเทศการพยาบาลทางคลินิก
กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มารับบริการแผนกผู้ป่วย
ในโรงพยาบาลสุววรรณภูมิ

Results of the Development Clinical Nursing Supervision Guidelines Case Study : Nursing Care Chronic Kidney Disease Patients at the Inpatient Department Suwannaphum Hospital.

.....
นวลปราง ชัชวาลย์*, สุภาวดี สมทรัพย์**
Nuanpang Chatchawan, Supawadee somsup

ABSTRACT

Background : Nursing supervision is the heart of nursing administration that will result in nursing practice quality according to nursing standards.

Objectives : To study the results of the development to clinical nursing supervision guidelines, evaluate knowledge skills in caring for patients receiving renal replacement therapy with peritoneal dialysis and satisfaction with nursing supervision.

Methods : The research and development, the sample consisted of 25 registered nurses working at male and female wards. The instrument was a questionnaire consisted of general information, knowledge, skills in caring for patients receiving renal replacement therapy with peritoneal dialysis, And satisfaction with nursing supervision which has been checked for content validity by experts, And reliability using the Cronbach's alpha were 0.749, 0.976 and 0.962 respectively. Data were collected between January 1 - February 28, 2019. Data was analyzed using descriptive statistics included percentage, average, standard deviation and inferential statistics was paired t-test

Results : Knowledge of care for patients receiving renal replacement therapy with peritoneal dialysis the results of research showed that the mean score before supervision was 21.16 and after supervision was 23.36. The mean score of knowledge after supervision increased was statistically significant ($p\text{-value} = < 0.01$). Practice skills in caring for patients receiving renal replacement therapy with peritoneal dialysis. The results showed that mean score before and after supervision was 46.44 and 52.00. The mean score of post-supervision skills increased was statistically significant ($p\text{-value} = 0.004$). Satisfaction with nursing supervision the results showed that overall, at a high level the average value was 4.73.

Conclusions : Skills after supervision increased, but there are still some things that practice is still low. Therefore should be continuous supervision to make the nursing service system more efficient.

Keyword : Clinical nursing supervision ; Chronic kidney disease ; Peritoneal dialysis

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุววรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุววรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

ความสำคัญของปัญหา : การนิเทศการพยาบาล เป็นหัวใจสำคัญของการบริหารการพยาบาล เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพตรงตามมาตรฐานการพยาบาล

วัตถุประสงค์ : ศึกษาผลการพัฒนาแนวทางการนิเทศการพยาบาลทางคลินิกและเพื่อประเมินผลด้านความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้อง รวมถึงความพึงพอใจต่อการนิเทศทางการพยาบาล

วิธีการศึกษา : การวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยในชายและหญิงทั้งหมด จำนวน 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องและความพึงพอใจต่อการนิเทศการพยาบาล ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.749, 0.976 และ 0.962 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลัง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 28 กุมภาพันธ์ 2561 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ Paired t-test

ผลการศึกษา : ด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้อง ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการนิเทศเท่ากับ 21.16 และหลังการนิเทศเท่ากับ 23.36 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังการนิเทศเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = < 0.01$) ด้านทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้อง ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการนิเทศเท่ากับ 46.44 และหลังการนิเทศเท่ากับ 52.00 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของทักษะหลังการนิเทศเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.004$), ด้านความพึงพอใจต่อการนิเทศการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ในภาพรวมของความพึงพอใจต่อการนิเทศการพยาบาลอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.73

สรุป : ทักษะหลังการนิเทศเพิ่มขึ้นแต่ยังมีบางเรื่องที่ต้องการปฏิบัติต่่า จึงควรมีการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ระบบบริการทางการพยาบาลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : การนิเทศพยาบาลทางคลินิก ; โรคไตวายเรื้อรัง ; การล้างไตทางช่องท้อง



บทนำ

การนิเทศการพยาบาล เป็นหัวใจสำคัญของการบริหารการพยาบาล เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพตรงตามเป้าหมายและมาตรฐานการพยาบาล¹ การนิเทศการพยาบาลในปัจจุบันได้เปลี่ยนแนวปฏิบัติในรูปแบบของการตรวจงาน มาเป็นการปฏิบัติงานร่วมกันสร้างบรรยากาศไม่ให้เกิดเครียดและเป็นกันเอง² มุ่งความสัมพันธ์การจูงใจและการมีส่วนร่วม การนิเทศการพยาบาลจะมีประสิทธิภาพได้นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ โดยเฉพาะรูปแบบการนิเทศการพยาบาลและการเตรียมผู้นิเทศ

ให้มีประสบการณ์จากการปฏิบัติจริง³ ดังนั้นผู้บริหารจะต้องทำหน้าที่เสมือนผู้สอนและจัดการให้เกิดการเรียนรู้ในระบบบริการพยาบาล⁴ การประยุกต์แนวคิดการนิเทศทางการพยาบาล พัฒนาให้ผู้นิเทศมีลักษณะของ Humanized Caring⁵ เป็นผู้เต็มใจเต็มใจ เต็มเวลา เต็มคน เต็มพลัง ในการพัฒนาคนและพัฒนางาน จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ผู้รับการนิเทศมีความสุขจากการนิเทศปฏิบัติงานให้มีคุณภาพ⁶

ในปัจจุบันโรคไตวายเรื้อรัง (chronic kidney disease, CKD) เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของ

ประเทศไทยและระดับนานาชาติ เป็นโรคที่มีความชุกมาก จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า มีความชุกของโรคจากร้อยละ 12.3 ของประชากรในปี พ.ศ. 2531 - 2537 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14 ของประชากรในปี พ.ศ. 2548 - 2553 ส่วนข้อมูลล่าสุดในประเทศไทย จากการศึกษา Thai SEEK Study โดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยในปี พ.ศ. 2552 โดยอาศัยการคำนวณ อัตราการกรองของไตจากสมการ MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) พบว่ามีความชุกของโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 1 - 5 เท่ากับร้อยละ 17.5 ของประชากร ส่วนค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไตนั้นสูงมากและรัฐบาลต้องใช้ภาษีอากรมาเพื่อรับภาระค่าใช้จ่ายปีละไม่ต่ำกว่า 8,000 ล้านบาท⁷ จากสถิติการให้บริการของโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าอัตราผู้ป่วย CKD รายใหม่ ในปี 2558 - 2560 เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.37, 10.33 และ 11.19 ตามลำดับ โดยโรงพยาบาลสุวรรณภูมิเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายระดับ M2 ขนาด 120 เตียง ได้เปิดให้บริการคลินิกล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) ในเดือนมกราคม ปี 2558 ปัจจุบันมีผู้ป่วยทั้งหมด 67 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยในเขตอำเภอสุวรรณภูมิ 48 ราย และผู้ป่วยจากโรงพยาบาลลูกข่ายและอำเภอใกล้เคียง 19 ราย นอกจากนี้ประเทศไทยยังได้กำหนดการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) เป็นบริการแรกสำหรับการทดแทนไตให้กับผู้ป่วยทุกราย หรือที่เรียกว่า PD first policy CAPD เป็นบริการที่จะสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ดีกว่า HD เพราะค่าใช้จ่าย ส่วนใหญ่เป็นค่าน้ำยาล้างช่องท้องซึ่งมีโอกาสนี้จะลดราคาลงได้ถ้ามีการบริหารจัดการที่ดีมีประสิทธิภาพ³

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวทางการนิเทศการพยาบาลทาง โดยเลือกกรณีศึกษาคลินิกผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ เพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้และทักษะ มีแนวทางปฏิบัติในการนิเทศการพยาบาลที่ชัดเจน มีความพึงพอใจต่อแนวทางการนิเทศรูปแบบใหม่ และมีผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ดีขึ้น ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล การปฏิบัติ การนิเทศที่มีความต่อเนื่องและใช้รูปแบบการนิเทศด้วยความรู้ความเข้าใจ ช่วยสนับสนุนให้บุคลากรทางการพยาบาลของโรงพยาบาล มีการพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา มีการปรับปรุงงานอย่างเหมาะสมเมื่อเกิดปัญหา ทำให้ระบบบริการทางการพยาบาลมีประสิทธิภาพมาก

ยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดคุณภาพทางการพยาบาล และความปลอดภัยแก่ประชาชนผู้มารับบริการ โดยการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลแนวทางการนิเทศการพยาบาลทางคลินิก ด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องและ ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวทางการนิเทศรูปแบบใหม่

วิธีการศึกษา

วัตถุประสงค์ ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน งานการพยาบาลผู้ป่วยในชายและผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานจริงที่งานการพยาบาลผู้ป่วยในชายและผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ระหว่าง วันที่ 1 มกราคม - 28 กุมภาพันธ์ 2561 จำนวน 25 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ที่สร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสารแนวคิดทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 1 ชุด ตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น โดยคำนวณจากสูตรของครอนบาช (Cronbach's alpha) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น พบว่า ด้านความรู้ 0.749, ด้านทักษะ 0.976, ด้านความพึงพอใจ 0.962 เก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการศึกษา การวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยการนำแบบสอบถามไปแจกให้ตามหน่วยงาน ให้ทำ Pretest ใช้เวลา 30 นาที แล้วเก็บคืน นิเทศติดตามการดำเนินงานการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนทางไต ตามแผนการนิเทศทางการพยาบาลและเมื่อสิ้นสุดการนิเทศ จึงเก็บข้อมูล Posttest โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม ใช้เวลา 30 นาที และทดสอบทักษะการปฏิบัติที่ CAPD Clinic อีก 1 วัน รวบรวมและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้รับทั้งหมด ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน (Inferential Statistic) ได้แก่ Paired t- test งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ HE 43/61

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่รับการนิเทศ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.0 อายุ 25 - 34 ปี ร้อยละ 56.0 ($\bar{X} = 30.56$, S.D. $\pm$ 7.46) สถานภาพโสด ร้อยละ 60.0 จบการศึกษาปริญญาตรี และไม่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 48.0 เป็นลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน ร้อยละ 52.0 ปฏิบัติงานที่ตึกผู้ป่วยในชาย รายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่รับการนิเทศจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	2	8.0
หญิง	23	92.0
อายุ (ปี)		
< 25	7	28.0
25 - 34	14	56.0
35 - 44	1	40.0
≥ 45	3	12.0
$\bar{X} = 30.56$ S.D. = 7.46		
สถานภาพ		
โสด	15	60.0
สมรส	10	40.0
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	25	100.0
หน่วยงาน		
ตึกผู้ป่วยในชาย	13	52.0
ตึกผู้ป่วยในหญิง	12	48.0
ตำแหน่ง		
พยาบาลวิชาชีพลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน	12	48.0
พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ	7	28.0
พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ	6	24.0
การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรัง		
ไม่เคย	25	100.0
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยใน (ปี)		
< 2	9	36.0
2 - 5	7	28.0
6 - 9	6	24.0
≥ 10	3	12.0
$\bar{X} = 4.44$ S.D. = 3.44		

2. ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้อง ความรู้ก่อนการนิเทศ พบว่าข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุด 2 เรื่อง ได้แก่ การเปลี่ยนสาย Transfer Set ในผู้ป่วย CAPD ต้องเปลี่ยนสาย Transfer Set ทุก 3 เดือน ตอบถูกร้อยละ 36.0 และการหาความเพียงพอสำหรับการล้างไตทางช่องท้อง (Adequacy for CAPD) ถ้าผู้ป่วยปัสสาวะน้อยกว่า 50 ml. ใน 24 ชม. ไม่ต้องเก็บปัสสาวะเพื่อส่งตรวจ ตอบถูกร้อยละ 36.0 หลังการนิเทศพบว่าข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุด คือผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในช่องท้อง ไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล โดยสามารถพสมยา ATB ที่ รพ.สต. ได้ ตอบถูกร้อยละ 64.0 และการเปลี่ยนสาย transfer Set ในผู้ป่วย CAPD ต้องเปลี่ยนสาย Transfer Set ทุก 3 เดือน ตอบถูกร้อยละ 76.0

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้อง คะแนนเฉลี่ยก่อนการนิเทศเท่ากับ 21.16 (S.D $\pm$ 1.40) หลังการนิเทศเท่ากับ 23.36 (S.D $\pm$ 1.22) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังการนิเทศเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = <0.001) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการนิเทศ

ความรู้	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Mean diff.	95% CI	p
ก่อนการนิเทศ	21.16	1.40	-2.20	-2.97 ถึง -1.42	<0.001
หลังการนิเทศ	23.36	1.22			

3. ทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้อง ก่อนการนิเทศพบว่าทักษะในการปฏิบัติที่ปฏิบัติน้อยที่สุด 2 เรื่อง ได้แก่ การปฏิบัติการ Flushing สาย Tenckhoff นำยาล้างไตที่ใช้หล่อสาย Tenckhoff ควร fill ไว้ในท้อง 200 ml ($\bar{X}$ = 2.24) และการสอนการล้างไตทางช่องท้อง ผู้ป่วย Training Program บริเวณเปลี่ยนถ่านน้ำยาล้างไต ควรเลือกบริเวณใดก็ได้ขอให้เป็นมุมที่สะอาด ($\bar{X}$ = 2.32) และหลังการนิเทศพบว่าทักษะในการปฏิบัติที่ยังปฏิบัติน้อยที่สุดอยู่คือ การสอนการล้างไตทางช่องท้องผู้ป่วย Training Program บริเวณเปลี่ยนถ่านน้ำยาล้างไต ควรเลือกบริเวณใดก็ได้ขอให้เป็นมุมที่สะอาด ($\bar{X}$ = 2.44) การเปลี่ยนน้ำยาระบบ ANDY disc เมื่อน้ำยาไหลเข้าท้องหมดให้หมุนเข็มชี้ตามเข็มนาฬิกาไปจนถึงจุดสุดท้ายของตำแหน่งสีจุด เพื่อปิดระบบ ($\bar{X}$ = 2.60) และการเปลี่ยนน้ำยาระบบ ANDY disc ให้หมุนฝาครอบ disinfection CAPD อันใหม่ออก (หมุนทวนเข็มนาฬิกา) ($\bar{X}$ = 2.60)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้อง คะแนนเฉลี่ยก่อนการนิเทศเท่ากับ 46.44 และหลังการนิเทศเท่ากับ 52.00 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยของทักษะหลังการนิเทศเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.004) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติก่อนและหลังการนิเทศ

ทักษะการปฏิบัติ	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Mean diff.	95% CI	p
ก่อนการนิเทศ	46.44	8.66	-5.56	-9.20 ถึง -1.91	0.004
หลังการนิเทศ	52.00	1.82			

4. ความพึงพอใจต่อการนิเทศการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมของความพึงพอใจต่อการนิเทศการพยาบาลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.73$, S.D $\pm$ 0.38) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจจากมากไปหาน้อยตามลำดับดังนี้ ได้รับความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้น ($\bar{X} = 4.80$, S.D $\pm$ 0.40) สามารถนำปัญหาของผู้ป่วยมาวางแผนการพยาบาลได้ครบถ้วน สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.80$, S.D $\pm$ 0.40) เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ปฏิบัติกับผู้รับบริการ ($\bar{X} = 4.80$, S.D $\pm$ 0.40) และเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ปฏิบัติกับผู้นิเทศทางการพยาบาล ($\bar{X} = 4.76$, S.D $\pm$ 0.43) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการนิเทศการพยาบาล

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. ได้รับความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้น	4.80	0.40	มาก
2. มีความสามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้ครอบคลุม	4.60	0.50	มาก
3. ได้รับการส่งเสริมให้เกิดทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล	4.68	0.47	มาก
4. สามารถนำปัญหาของผู้ป่วยมาวางแผนการพยาบาลได้ครบถ้วน สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย	4.80	0.40	มาก
5. สามารถประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลได้ตามขั้นตอน	4.68	0.47	มาก
6. สามารถปฏิบัติการพยาบาลบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้	4.68	0.47	มาก
7. ได้รับการส่งเสริมให้เกิดกำลังใจในการปฏิบัติการพยาบาล	4.72	0.45	มาก
8. เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ปฏิบัติกับผู้นิเทศทางการพยาบาล	4.76	0.43	มาก
9. เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ปฏิบัติกับผู้รับบริการ	4.80	0.40	มาก
10. ความพึงพอใจในภาพรวมต่อการนิเทศการพยาบาลทางคลินิก	4.80	0.40	มาก
รวม	4.73	0.38	มาก

วิจารณ์

ด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้อง ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการนิเทศเท่ากับ 21.16 และหลังการนิเทศเท่ากับ 23.36 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังการนิเทศเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้จากการที่ได้มีการจัดอบรมให้ความรู้ พร้อมทั้งมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ให้แก่ผู้เข้ารับการนิเทศ ทำให้ผู้รับการนิเทศมีความรู้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับอดาวัน ชมศิริ⁶ ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการนิเทศการพยาบาลในคลินิกของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พบว่าด้านความรู้เกี่ยวกับการนิเทศการพยาบาลหลังการทดลองมีค่าคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และญาณณี รัตนไพศาลกิจ⁸ ศึกษาการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล โรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยา พบว่าความรู้เรื่องการนิเทศทางการพยาบาลของ ผู้นิเทศหลังการเสริมความรู้สูงกว่าก่อนเสริมความรู้ และสอดคล้องกับ ลอศรี ประเสริฐสุข⁹ ศึกษาการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานีพบว่า ความรู้เรื่องการนิเทศทางการพยาบาลของผู้นิเทศหลังการเสริมความรู้สูงกว่าก่อนเสริมความรู้

ด้านทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้อง ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการนิเทศเท่ากับ 46.44 และหลังการนิเทศเท่ากับ 52.00 เมื่อทดสอบความแตกต่างทาง

สถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของทักษะหลังการนิเทศเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้จากการที่ได้มีการจัดอบรมให้ความรู้ ทำให้ผู้เข้ารับการนิเทศมีความรู้เพิ่มขึ้น โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ หลังการนิเทศเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พร้อมทั้งได้มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยล่างไตทางช่องท้องท้องให้แก่ผู้รับการนิเทศทุกคน ส่งผลให้ทักษะการปฏิบัติหลังการนิเทศเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับภฤศณา คำลอยฟ้า¹ ได้ศึกษารูปแบบการนิเทศการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าคะแนนแบบทดสอบความรู้ เรื่องการนิเทศมีคะแนนหลังการพัฒนาเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการพัฒนา ส่งผลให้การปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศการพยาบาลของผู้นิเทศ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 3.47$)

ด้านความพึงพอใจต่อการนิเทศการพยาบาล พบว่า ในภาพรวมของความพึงพอใจต่อการนิเทศการพยาบาล อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.73 สอดคล้องกับรัตดาวรรณ วิษณุฤทธิ์² ที่ศึกษาผลการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี ผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลแบบใหม่อยู่ในระดับมาก

จุดแข็งของการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ตึกผู้ป่วยชายและหญิงทุกคน รวมทั้งในโรงพยาบาลมีหน่วย CAPD อยู่แล้ว การนิเทศทำได้ง่ายเห็นแนวทางปฏิบัติชัดเจน

ข้อยุติ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ทักษะการปฏิบัติในเรื่องการเปลี่ยนน้ำยา ระบบ ANDY disc และการปฏิบัติการ Flushing สาย Tenckhoff ยังต่ำ จึงควรมีการให้ความรู้และสอนทักษะการปฏิบัติเพิ่มเติม รวมทั้งการปฏิบัติการนิเทศอย่างต่อเนื่องและใช้รูปแบบการนิเทศด้วยความรู้ความเข้าใจ ช่วยสนับสนุนให้บุคลากรทางการพยาบาลของโรงพยาบาล มีการพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา มีการปรับปรุงงานอย่างเหมาะสมเมื่อเกิดปัญหา ทำให้ระบบบริการทางการพยาบาลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดคุณภาพทางการพยาบาล และความปลอดภัยแก่ประชาชนผู้มารับบริการ รวมถึงควรมีการติดตามผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน จำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วย และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุวรณภูมิ จ.ร้อยเอ็ด ดร.สมหมาย คชนาม และพยาบาล ตึกผู้ป่วยในชายและหญิงโรงพยาบาลสุวรณภูมิ รวมถึงผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน

• บรรณานุกรม •

1. กฤษณา คำลอยฟ้า, 2552. การพัฒนารูปแบบการนิเทศการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา. งานนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
2. รัตดาวรรณ วิชาฤทธิ์, 2558. ศึกษาผลการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี. งานนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558. การบริหารงบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559 เล่มที่ 3.
4. จักรพงษ์ ไพบูลย์, 2559. ไตวายเรื้อรัง (ออนไลน์). เข้าได้ถึง จาก http://www.thaiclinic.com/renalfail_chronic.html [17 ต.ค. 2560].5
5. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร และศรีประภา เพชรมีศรี. (2553). สิทธิพลเมือง และความรับผิดชอบ สาธารณะ. วารสารสถาบันวัฒนธรรมและศิลปะ, 11(2), 39-49.
6. อดาวัน ชมศิริ, 2554. การพัฒนารูปแบบการนิเทศการพยาบาลในคลินิกของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชภูมินารายณ์. งานนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการ 16
7. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2553). ข้อเสนอแนะการให้สารอาหารทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ไตวายเรื้อรัง พ.ศ. 2553. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัย ขอนแก่น.
8. ญาณนี รัตนไพศาลกิจ, 2553. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
9. ลอศรี ประเสริฐสุข, 2556. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาลมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.



การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ
ที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย

The Nursing Care of Elderly Patients with Pneumonia and Acute Respiratory Failure : 2 Cases Study.

บุษกร วรพัฒน์*
Boodsagorn Vorapat

ABSTRACT

Background : Pneumonia is the respiratory tract infection that can cause of patient death especially elderly patients. The elderly patients most of them were low immune and high risk of complication from pneumonia that lead to acute respiratory failure and important cause of death.

Objective : To study the nursing care of elderly patients with pneumonia and acute respiratory failure 2 cases study.

Methods : Of 2 cases study for elderly patients with pneumonia and acute respiratory failure at Roi Et Hospital during February 1 - May 31, 2020. All data were collected from medical records, interviews their relative, observation, analyzed data, compared the physical and symptoms of patients, nursing records, evaluation the nursing care followed 11 planed of Gordon scheme to access the problem and nursing diagnosis.

Results : Patients case 1 was Thai male, age 80 years old, histology of old CVA, symptoms were high fever, cough, breathless and diagnosis for pneumonia with respiratory failure. The doctor considered for ET-tube with Mechanical ventilators. Patients has Atrial fibrillation (AF) with Ripped ventricular response (RVR), treatments with Amidarone 150 mg+5%D/W 100ml iv drip 30 min then Amidarone 600 mg +5%D/W 500 ml iv drip in 24 hours Beraduai 1 NB q 4 hours Tazocin 4.5 gm every 6 hours, and patient was improved. The total patient day was 9 days. Patient case 2 was Thai male, 74 years old, histology with pulmonary TB, symptoms were high fever, cough, breathless and diagnosis with pneumonia with respiratory failure with old pulmonary tuberculosis. The doctor considered for ET-tube with mechanical ventilators, treatment with Beraduai 1 NB q 4 hours and fortum 2gm IV every 8 hours. The total patient day was 4 days.

Conclusion : The nursing care for elderly patients with pneumonia and acute respiratory failure and underwent with ET-tube and mechanical ventilators for prevention of hypoxia need to receive emergency treatments. The risk evaluation, complication preventions were important that can help patient survive and safe. Consequently a nurse is very important person that can help patient from the beginning of admitted until discharge.

Keywords : Nursing care ; Elderly patients with pneumonia ; Acute respiratory failure

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : โรคปอดอักเสบเป็นโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่มีภูมิคุ้มกันต่ำจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนจากปอดอักเสบสูงมากและจะส่งผลให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผู้ป่วยสูงอายุปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันกรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการดำเนินการ : กรณีศึกษาผู้ป่วยสูงอายุปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันจำนวน 2 รายที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่าง 1 กุมภาพันธ์ - 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 ด้วยแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต การวิเคราะห์เปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและการแสดง การรักษา แบบบันทึกทางการแพทย์ โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อให้ได้ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการแพทย์

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยรายที่ 1 ชายไทย อายุ 80 ปี มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองมีอาการมีไข้ ไอ หายใจหอบ วินิจฉัยโรค Pneumonia with Respiratory Failure แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรผู้ป่วยมีภาวะ Atrial fibrillation (AF) with Ripped ventricular response (RVR) ได้รับยา Amidarone 150 mg+5%D/W 100ml iv drip 30 min then Amidarone 600 mg +5%D/W 500ml iv drip in 24 ชั่วโมง Beradual1NB ทุก 4 ชั่วโมง มีการปรับการให้ยาปฏิชีวนะ Tazocin 4.5 gm ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง ไข้ลดลง ผู้ป่วยอาการดีขึ้นรวมระยะเวลาในการรักษา 9 วัน ผู้ป่วยรายที่ 2 ชายไทย อายุ 74 ปี มีประวัติวัณโรคปอด มีอาการมีไข้ ไอ หายใจหอบ วินิจฉัยโรค Pneumonia with Respiratory Failure with Old pulmonary tuberculosis ผู้ป่วย หายใจหอบ ใส่ท่อช่วยหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรรักษาด้วยBeradual1 NB ทุก 4 ชั่วโมงให้ยา fortum 2 gm IV ทุก 8 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นรวมระยะเวลาในการรักษา 4 วัน

สรุป : การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและใส่เครื่องช่วยหายใจจำเป็นต้องได้รับการดูแลเพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน การได้รับการรักษาที่รวดเร็ว การประเมินความเสี่ยงเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยรอดและปลอดภัยซึ่งจะเห็นว่าพยาบาลมีบทบาทและหน้าที่สำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงการจำหน่าย

คำสำคัญ : การพยาบาล ; ผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ ; ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน



บทนำ

โรคปอดอักเสบเป็นโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจที่สำคัญ และเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย อุบัติการณ์การเกิดโรคมีแนวโน้มสูงขึ้นเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรในแต่ละประเทศ¹⁻⁴ และเป็นตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขต้องเฝ้าระวัง ในปี 2558 สำนักระบาดวิทยา ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ 215,915 ราย อัตราป่วย 330.06 ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต 486 ราย

อัตราตาย 0.74 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตายร้อยละ 0.235 และข้อมูลเฝ้าระวังโรคตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 ถึง 16 กรกฎาคม 2561 พบผู้ป่วย 136,720 ราย จาก 77 จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย 208.97 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 96 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.15 ต่อประชากรแสนคน อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1 : 0.84 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด เรียงตามลำดับ คือ อายุมากกว่า 65 ปี (ร้อยละ 33.45) อายุ 55 - 64 ปี (ร้อยละ 11.85) อายุ 1 ปี (ร้อยละ 8.47) พบในอาชีพ

เกษตรกรรมมากถึงร้อยละ 21.3 ประชากรแสนคน กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ กลุ่มอายุ 65 ปี ขึ้นไป (19,506 ราย)⁵

จากสถิติผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ 3 ปีย้อนหลังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 3 ปีย้อนหลังที่เพิ่มขึ้น โดยในปี 2560 - 2562 มีจำนวน 3,249 ราย 3,732 ราย 2,981 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,399 ราย 1,651 ราย และ 1,305 ราย ตามลำดับ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย³ จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเข้ารับการรักษา 213 ราย 302 ราย และ 398 ราย เป็นผู้ป่วยสูงอายุ 175 ราย 246 ราย และ 185 ราย มีผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันจำนวน 52 ราย 43 ราย และ 51 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยดังกล่าวมีความซับซ้อนและเสี่ยงต่อการเสียชีวิต มีอัตราการเสียชีวิตรวมทั้งอาการหนักของกลับบ้านร้อยละ 13.46, 27.90 และ 29.41 บุคลากรที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤติ นอกจากแพทย์แล้วพยาบาลในหอผู้ป่วยเป็นผู้ที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัย ผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันยังมีน้อย และยังไม่เคยมีการศึกษาในโรงพยาบาลร้อยละ ผู้ศึกษาจึงได้เล็งเห็นความสำคัญของการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลร้อยละ เพื่อใช้วางแผนทางการรักษาผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วย การป้องกันและควบคุมการเกิดโรคต่อไปในอนาคต

คำจำกัดความ

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) หมายถึง การอักเสบอย่างเฉียบพลันของเนื้อปอดข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง ทำให้ของเหลวภายนอกหลอดเลือดที่เกิดขึ้นเนื่องจากกระบวนการอักเสบ ซึ่งประกอบด้วยพลาสมาและเม็ดเลือดขาว(Exudates) เข้าไปอยู่ในถุงลม ทำให้ปอดทำหน้าที่ได้ไม่เต็มที่ โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียและเชื้อไวรัส

ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory Failure) หมายถึงภาวะที่ระบบการหายใจไม่สามารถทำหน้าที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายโดยอาจจะทำให้เกิดการลดลงของออกซิเจนในเลือดแดง (hypoxemia, $PaO_2 < 60$ mmHg) หรือมีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (hypercapnia, $PaCO_2 > 50$ and $pH < 7.3$) หรือทั้งสองแบบร่วมกันได้ โดยภาวะนี้อาจเกิดแบบ

เฉียบพลัน (acute ; มักเกิดในระยะเวลาที่รวดเร็วเป็นชั่วโมงจนถึงเป็นวัน) แบบเรื้อรัง (chronic ; มักเกิดในระยะเวลาเป็นสัปดาห์หรือมากกว่า) หรือเกิดแบบเฉียบพลันในผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบเรื้อรังอยู่ก่อน (acute on chronic)

พยาธิกำเนิดและลักษณะทางคลินิก

ผู้ป่วยปอดอักเสบ มีการติดเชื้อในทางเดินหายใจ เชื้อที่อยู่ในเสมหะหรือเมือกในทางเดินหายใจส่วนต้น จะแพร่เข้าสู่ถุงลมซึ่งภายในถุงลมจะมีกลไกการป้องกันตามปกติของร่างกาย เช่น การโบกปิดของซิเลียและการไอเพื่อขจัดเชื้อในเสมหะหรือเมือกออกไป ขณะเดียวกันแมกโครฟาจจะทำลายเชื้อโรคที่อยู่ในถุงลมและซิเลียจะโบกปิดขับออกโดยการไอเพื่อขับเชื้อออกทางเสมหะหรือกลืนลงสู่กระเพาะอาหารแต่ถ้าร่างกายไม่มีกลไกดังกล่าวปอดจะมีการอักเสบโดยมีการสร้างน้ำและเมือกเพิ่มขึ้นบริเวณถุงลมและไหลเข้าสู่หลอดลมฝอยทำให้เนื้อที่ในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ลดลงและยังมีการขจัดเชื้อโรคออกไปยังต่อมน้ำเหลืองและกระแสเลือดขจัดออกจากร่างกายซึ่งจะมีเม็ดเลือดขาวและเม็ดเลือดแดงมารวมตัวบริเวณที่มีการอักเสบมากขึ้น ทำให้บริเวณถุงลมแฟบลงและมีลักษณะแข็งน้ำและเมือกที่ติดเชื้อจะแพร่กระจายไปยังปอดส่วนอื่น ทำให้ผู้ป่วยมีไข้ ไอ อาจมีเสมหะร่วมด้วยซึ่งขึ้นอยู่กับสาเหตุของปอดอักเสบ หากปอดอักเสบรุนแรงอาจถึงแก่ชีวิตได้โดยเฉพาะผู้สูงอายุ

การวินิจฉัย

แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคนี้ได้จากอาการที่แสดงคือ มีไข้ ไอ เจ็บหน้าอก และหอบเหนื่อย ซึ่งเป็นอาการสำคัญของโรคนี้ และจากการตรวจร่างกาย การใช้เครื่องตรวจฟังเสียงปอด (ซึ่งจะพบว่าเสียงดังกรอบแกรบหรือมีเสียงหายใจค้องกว่าปกติ) การถ่ายภาพเอกซเรย์ปอด (เพื่อช่วยยืนยันการวินิจฉัยในผู้ป่วยที่ประวัติและการตรวจร่างกายไม่ชัดเจน) รวมถึงการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคและเป็นแนวทางในการแยกเชื้อที่เป็นสาเหตุ) ซึ่งแพทย์จะเลือกตรวจตามความเหมาะสม ตามความจำเป็น และตามดุลยพินิจของแพทย์ ได้แก่

1) การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete blood count) เป็นการตรวจนับเม็ดเลือดขาวในเลือดที่แพทย์มักทำในผู้ป่วยทุกราย แม้จะไม่สามารถใช้แยกสาเหตุจากเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัสได้อย่างชัดเจน ซึ่งในกรณีที่พบนิวโทรฟิล (Neutrophil) สูงมาก และมีการ

ย้อมสีติดเชื้อมีจะช่วยสนับสนุนว่าเป็นการติดเชื้อแบคทีเรีย

2) การย้อมเสมหะ (sputum) เป็นวิธีที่มีความไวแต่ไม่จำเพาะต่อเชื้อที่เป็นสาเหตุ อาจเป็นเพียงแนวทางคร่าว ๆ ถึงเชื้อก่อโรค

3) การตรวจเสมหะเพาะเชื้อ มีความไวและความจำเพาะต่ำ

4) การเพาะเชื้อจากเลือด (Hemo culture) ซึ่งแพทย์จะตรวจเฉพาะในรายที่เป็นรุนแรง เชื้อที่มักก่อให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ เชื้อสเตรปโตค็อกคัส นิวโมเนียอี (Streptococcus pneumoniae) หรือฮีโมฟิลัส อินฟลูเอนเซ (Haemophilus influenzae)

อาการและการแสดงทางคลินิก

1) ผู้ป่วยมักมีอาการไข้ ไอ เจ็บหน้าอก และหอบเหนื่อย เป็นสำคัญ ซึ่งอาการเหล่านี้อาจมีไม่ครบทุกอย่างก็ได้ โดยเฉพาะในเด็กเล็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยทุพพลภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองและสื่อสารได้จำกัด เช่น ในผู้สูงอายุอาจมีเพียงไข้หรือตัวอุ่น ๆ และซึมลงเท่านั้น อาจมีอาการไอเพียงเล็กน้อย หรืออาจไม่มีอาการไอ เนื่องจากมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวหรือกลืนเนื้อไม่มีแรงพอที่จะไอได้ ซึ่งแพทย์จะให้ความสนใจและสงสัยผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้นเป็นพิเศษ เนื่องจากอาการอาจแสดงไม่ชัดเจน

- อาการไข้ มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน อาจมีลักษณะไอเป็นพัก ๆ หรือมีไข้ตัวร้อนตลอดเวลา บางรายก่อนมีไข้ขึ้น (อาจมีอาการหนาวสั่นมาก ซึ่งมักจะเป็นเพียงครั้งเดียวในช่วงแรกๆ)

- อาการไอ ในระยะแรกอาจมีอาการไอแห้ง ๆ ไม่มีเสมหะ แล้วต่อมามีเสมหะขาวหรือขุ่นขึ้นออกเป็นสีเหลือง สีเขียว หรือบางรายอาจเป็นสีสนิมเหล็กหรือมีเลือดปน

- อาการเจ็บหน้าอก บางรายอาจมีอาการเจ็บหน้าอก แบบเจ็บแปลบเวลาหายใจเข้าหรือเวลาที่ไอแรงๆ ตรงบริเวณที่มีการอักเสบของปอด ซึ่งบางครั้งอาจปวดร้าวไปที่หัวไหล่ สี่ข้าง หรือท้อง แล้วต่อมามีอาการหายใจหอบเร็ว

- อาการหอบเหนื่อย ผู้ป่วยมักมีอาการหอบเหนื่อยหายใจเร็ว ถ้าเป็นมากอาจมีอาการปากเขียว ตัวเขียว ส่วนในรายที่เป็นไม่มากอาจไม่มีอาการหอบเหนื่อยชัดเจน

2) ส่วนใหญ่มีมีอาการติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนต้นหรือโรคหวัดนำก่อน แล้วจึงมีอาการไอและ

หายใจหอบตามมา โดยเฉพาะที่เกิดจากเชื้อสเตรปโตค็อกคัส นิวโมเนียอี (Streptococcus pneumoniae) หรือฮีโมฟิลัส อินฟลูเอนเซ (Haemophilus influenzae)

3) ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เจ็บคอ ปวดท้อง ท้องเดิน เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ร่วมด้วย

4) ในผู้สูงอายุอาจมีอาการซึม สับสน และไม่มีไข้

การรักษาโรคปอดอักเสบ ได้แก่ การรักษาทางยา (Pharmacological therapy) โดยการให้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotic) ที่มีประสิทธิภาพเพื่อทำลายเชื้อที่เป็นสาเหตุ นอกจากนี้ยังต้องรักษาตามอาการ เช่น มีไข้ ไอ มีเสมหะ เป็นต้น การรักษาด้วยการให้ออกซิเจน (Oxygen therapy) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะออกซิเจนต่ำ (Hypoxia) และภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory failure), การรักษาแบบประคับประคอง (Supportive therapy) ได้แก่ การให้สารน้ำ สารอาหารอย่างเพียงพอ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ และรักษาสมดุลของร่างกาย การควบคุมอุณหภูมิกายให้ปกติ ถ้าผู้ป่วยมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมด้วย

การรักษาประกอบด้วย การแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจนในเลือดและการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์

การแก้ไขภาวะเลือด การรักษาปริมาณเลือดออกจากปอดใน 1 นาทีลดลง (cardiac output) ให้อยู่ในระดับปกติหรือเพิ่มขึ้น การรักษาโรคที่เป็นสาเหตุ และการป้องกันหรือหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคหรือการรักษา

วิธีการศึกษา

กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน เป็นการเลือกศึกษาผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน จำนวน 2 ราย เลือกแบบเจาะจงจากผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน 2) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการ และการแสดง การรักษา 3) แบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อให้ได้ปัญหา

และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล นำมาวางแผนและให้การพยาบาลสูงอายุโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการประเมิน กรณีศึกษา 2 ราย

การประเมิน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	ชายไทย อายุ 80 ปี สถานภาพ หม้าย เชื้อชาติ/สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ การศึกษา ระดับประถม อาชีพ ว่างงาน ภูมิลำเนา จังหวัดร้อยเอ็ด สิทธิการรักษาบัตรทอง	ชายไทย อายุ 74 ปี สถานภาพ โสด เชื้อชาติ/สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ การศึกษา ระดับประถม อาชีพ ว่างงาน ภูมิลำเนา จังหวัดร้อยเอ็ด สิทธิการรักษาผู้พิการในเขต
วันที่เข้ารับการรักษา	20 มีนาคม 2563	2 เมษายน 2563
วันที่จำหน่าย	29 มีนาคม 2563	6 เมษายน 2563
ประวัติการเจ็บป่วย ในอดีต	โรคหลอดเลือดสมองปี 62 ไม่มีแขน ขา อ่อนแรงเดินเองได้ตามปกติ ตรวจพบว่า สงสัยเป็นโรค Myelodysplastic Syndrome ปี 2562	วัณโรคปอดรักษาครบ 6 เดือนเมื่อปี 2553
ประวัติการเจ็บป่วย ในครอบครัว	สมาชิกในครอบครัวสุขภาพดีไม่มีโรคประจำตัว	สมาชิกในครอบครัวสุขภาพดีไม่มีโรคประจำตัว
ประวัติแพ้ยา	ไม่มีประวัติแพ้ยา	ไม่มีประวัติแพ้ยา
ประวัติการผ่าตัด	ไม่เคยผ่าตัด	ไม่เคยผ่าตัด
ประวัติสูบบุหรี่/สุรา	ผู้ป่วยไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา	สูบบุหรี่ 3-5 มวน ต่อวัน เลิกสูบบุหรี่แล้ว มากกว่า 20 ปี และดื่มสุราบางครั้งแต่เลิก มาแล้วมากกว่า 20 ปี
อาการสำคัญ ที่มาโรงพยาบาล	ไข้ ไอ หายใจหอบ เป็นมา 1 วัน	ไข้สูง ไอ หายใจหอบ เป็นมา 1 ชั่วโมง
ประวัติการเจ็บป่วย	2-3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการ ไอมีเสมหะ หายใจหอบ 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ไข้ ไอ หายใจหอบ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน แรกรับที่โรงพยาบาลชุมชน มีไข้ หายใจหอบ อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส หายใจ 30 ครั้ง ต่อนาที ชีพจร 150 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท ฟังเสียงปอดได้ยินเสียง Crepitation ในปอดข้างซ้าย การวินิจฉัยโรค Pneumonia with Respiratory Failure การรักษาที่ให้ พ่นยาขยายหลอดลม 3 ครั้ง อาการไม่ดีขึ้น	1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไข้สูง ไอ หายใจหอบ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน แกรับ ที่โรงพยาบาลชุมชน มีไข้ หายใจหอบ อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส หายใจ 60 ครั้งต่อนาที ชีพจร 140 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 160/70 มิลลิเมตรปรอท ฟังเสียงปอดได้ยินเสียง Crepitation และ Rhonchi ในปอดทั้ง 2 ข้าง ค่าออกซิเจนในเลือด 84 เปอร์เซ็นต์ ได้ยาพ่น ขยายหลอดลมแต่อาการไม่ดีขึ้นจึงได้ใส่ท่อ ช่วยหายใจและส่งต่อเพื่อการรักษาที่ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด การวินิจฉัยโรค 1. Pneumonia with Respiratory Failure with Old pulmonary tuberculosis

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการประเมิน กรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

การประเมิน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	ให้ยาปฏิชีวนะ Cef-3 2 gm หลอดเลือดดำ และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ จึงส่งต่อเพื่อการรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด แรกวันที่ AE ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจหอบ มีไข้ อุณหภูมิ 38.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 118 ครั้งต่อนาที หายใจ 30 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 135/92 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนในเลือด 96-98 เปอร์เซ็นต์ ให้ยา Valium 10 mg ทางหลอดเลือดดำ และ Azithromycin 500 mg ทางหลอดเลือดดำ ต่อมาผู้ป่วยหายใจหอบมากขึ้น 40 ครั้งต่อนาที แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ และเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3	การรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ใส่ท่อช่วยหายใจ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และให้ยาปฏิชีวนะ เจาะน้ำตาลปลายนิ้วได้ 292 mg% แรกวันที่ AE ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจหอบ มีไข้ อุณหภูมิ 38.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 130 ครั้งต่อนาที หายใจ 28-30 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 165/84 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ ผลภาพถ่ายรังสีปอดพบปอดข้างขวาส่วนบนแฟบ แต่ไม่มีปอดแตก หลอดลมเอียงไปด้านขวา เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3
การรักษาที่ได้รับ ณ หอผู้ป่วย อายุรกรรมชาย 3	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจหอบ ใส่ท่อช่วยหายใจ ต่อด้วยเครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตร Setting Pressure Control Ventilation (PCV) IP 15 PEEP 5 FiO2 0.4 RR 18 ผู้ป่วยหายใจหอบด้านเครื่อง ร่วมกับภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ ชนิด Atrial fibrillation (AF) with Ripped ventricular response (RVR) ได้รับยาควบคุมภาวะหัวใจเต้นผิดปกติทางหลอดเลือดดำ ให้ยาเพื่อให้สงบ (sedation) ลดการต้านเครื่องช่วยหายใจ ให้ยาปฏิชีวนะ และให้ยาพ่นขยายหลอดลม มีการเจาะเลือดตรวจและเพาะเชื้อ ใส่สายสวนคาปัสสภาวะ และให้อาหารทางสายยาง ตลอดระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาลจำนวน 9 วัน ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจต่อด้วยเครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตร ผู้ป่วยมีภาวะสับสนเฉียบพลัน และดึงท่อช่วยหายใจ 2 ครั้ง ครั้งแรกวันที่ 26 มีนาคม 2563 หลังดึงแล้วหายใจหอบ 28 ครั้งต่อนาที มีภาวะพร่องออกซิเจน ต้องได้ใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ ครั้งที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 27 มีนาคม 2563 หลังดึงแล้วสามารถหายใจเองได้ แต่ยังให้ออกซิเจนเข้าทางสายยางคู่เข้าจมูก	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจหอบใส่ท่อช่วยหายใจ ต่อด้วยเครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตร Setting Pressure Control Ventilation (PCV) IP 15 RR 16 PEEP 5 FiO2 0.4 ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องดีมีการเจาะเลือดส่งตรวจและเพาะเชื้อ ให้ยาปฏิชีวนะ Azithromycin 500 mg ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง ร่วมกับ Cef-3 2 gm ทางหลอดเลือดดำวันละ 1 ครั้ง ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำ 87/53 มิลลิเมตรปรอท มีภาวะขาดน้ำ ได้ให้สารน้ำทางเส้นเลือดดำ และเปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็นจาก Cef-3 เป็น Fortum 2 gm ทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง มีการใส่สายสวนคาปัสสภาวะ และให้อาหารทางสายยาง เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นได้เปลี่ยนเป็นให้ออกซิเจนเข้าทางหลอดลม (T-piece) และสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้เปลี่ยนให้ออกซิเจนทางหน้าอกชนิดถุงแทน และสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ในวันที่ 3 เมษายน 2563 วันที่ 4 เมษายน 2563 เวลา 11.40 น. ผู้ป่วยหายใจหอบมากขึ้น หายใจ 40 ครั้งต่อนาที จึงได้ใส่ท่อช่วยหายใจคืน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการประเมิน กรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

การประเมิน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	ได้ปรึกษากายภาพบำบัดเพื่อฝึกบริหารทรวงอก มีการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง ผลระดับน้ำตาลในเลือด 105-120 mg% เริ่มแรกให้ยาปฏิชีวนะ Cef-3 2 gm ทางหลอดเลือดดำวันละ 1 ครั้งคู่กับ Azithromycin 500 mg ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 แต่ไข้ไม่ลด ผู้ป่วยยังมีไข้ทุกวัน อุณหภูมิ 39 - 39.9 องศาเซลเซียส ผลการส่งตรวจเพาะเชื้อเลือดและเพาะเชื้อเสมหะไม่พบเชื้อ ผลภาพถ่ายรังสีปอดพบหัวใจโต/Perihilar infiltration Both upper lobe วันที่ 25 มีนาคม 2563 จึงได้เปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น Tazocin 4.5 gm ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง ไข้ลดลงดี ขณะรักษาผู้ป่วยมีปัญหาความดันโลหิตต่ำได้ยาเพิ่มความดันโลหิต มีโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ได้รับการรักษาด้วยยา EKCL 30 ml และมีปัญหาเรื่องซีด ค่า HCT = 27 % ได้ PRC 1 ถุง ค่า HCT หลังได้เลือด = 30 % ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น จึงได้จำหน่าย โดยส่งตัวผู้ป่วยกลับ เพื่อให้ยาต่ออีก 3 วัน ที่โรงพยาบาลชุมชน	และเวลา 15.00 น. ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกเอง และสามารถหายใจเองได้โดยให้ออกซิเจนทางหน้ากากชนิดถุงจนหายใจเองได้ปกติ ขณะรักษาผู้ป่วยมีภาวะโพแทสเซียมต่ำ ได้รับการรักษาด้วยยา E.KCL 30 ml มีการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง ผลระดับน้ำตาลในเลือด 116-220 mg% มีการปรึกษากายภาพบำบัดเพื่อฝึกการหายใจจนผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ กลับมาแข็งแรง และได้รับการส่งต่อทีมสุขภาพกลับบ้านเพื่อดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านต่อไป
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	CBC : WBC 72.5 10^3/ul RBC 2.77 10^3/ul HCT 27 % Platelet 113 10^3/ul BUN 29 mg/dLCr 1.36 mg/dL /K3.2 mmol/L Lactate 4.0 mmol/L APTT 60.8 sec UA : Blood 3 + WBC 3 - 5 Cell/HP RBC 50 - 100 Cell/HP	CBC : WBC 72.5 10^3/ul RBC 2.77 10^3/ul HCT 27 % Platelet 113 10^3/ul BUN 30 mg/dLCr 2.14 mg/dL K/2.7 mmol/L Lactate 1.6 mmol/L) UA : Blood 3 + WBC 20 - 30 Cell/HP RBC 30-50 Cell/HP Ketone = Trace

ผลการศึกษา

การประเมินภาวะสุขภาพใช้กรอบแนวคิดตาม 11 แบบแผนของ Gordon (ปี1982) สามารถนำมาปัญหาทางการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ในโดยแบ่งการพยาบาลที่ให้ เป็น 3 ระยะ คือ 1) ขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ 2) การฟื้นฟูและบำบัดระบบทางเดินหายใจ 3) การวางแผนจำหน่าย และการดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่อง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล 3 ระยะ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผนการพยาบาล	ผลลัพธ์ กรณีศึกษาคนที่ 1	ผลลัพธ์ กรณีศึกษาคนที่ 2
ระยะที่ 1 ขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ			
1) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากพื้นที่แลกเปลี่ยนก๊าซลดลง <u>เป้าหมายทางการพยาบาล</u> ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจนและได้รับออกซิเจนเพียงพอ	1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน สภาพการหายใจ สังเกตอาการ และอาการแสดงของภาวะการ หายใจเช่น อัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ ประเมินภาวะ Cyanosis Oxygen saturation ประเมิน Capillary refill < 3 sec หรือไม่ 2. ประเมินสภาพผู้ป่วย ความรู้สึกตัว Glasgow coma score 3. ประเมินสัญญาณชีพเพื่อ ประเมินอาการเปลี่ยนแปลง ขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ 4. ดูแลและตรวจการตั้งของ การเครื่องช่วยหายใจตามแผน การรักษา บันทึกการทำงาน ของเครื่องทุก 1 ชั่วโมงและดูแล เครื่องช่วยหายใจให้ทำงาน อย่างมีประสิทธิภาพ 5. ดูแลเสมหะในท่อช่วยหายใจ ด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ 6. ดูแลท่อช่วยหายใจให้ อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมและ มีแนวทางปฏิบัติการผูก ท่อช่วยหายใจเพื่อป้องกันท่อ เลื่อนหลุด 7. ติดตามผลผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการเช่น ผลตรวจความเป็นกรด-ด่าง ของเลือด (Arterial blood gas) 8. บันทึกปริมาตรอากาศ ที่หายใจออกของผู้ป่วยแต่ละครั้ง อย่างน้อยวันละครั้ง เพื่อประเมิน ความก้าวหน้าของผู้ป่วย 9. ดูแลพ่นยา Beradual 1 NB ตามแผนการรักษา 10. ติดตามผลเอ็กซเรย์ปอด	- ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสาร พอรู้เรื่อง E4VTM6 หายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่อง 36-38 ครั้งต่อนาที หลังได้ยา Fentanyl 500 mg+0.9NSS 100 ml vein drip 5 μ d/min ตามแผนการรักษา หายใจหอบ ลดลง อัตราการหายใจ 20 ครั้ง ต่อนาที - O ₂ Sat 98-100 % - พ่นยา Beradual 1 NB ทุก 4 ชั่วโมง - ผล Arterial blood gas ค่า PaO ₂ 93.4 mmHg PaCO ₂ 28.3 mmHg HCO ₃ - 13.5 mmol/L - ไม่มี abdominal paradox - ใส่ท่อช่วยหายใจ วันที่ 20-27 มีนาคม 63 - ดึงท่อช่วยหายใจ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 วันที่ 26 มีนาคม 2563 หลังดึงแล้วหายใจหอบ และมี Hypoxia จึงได้ใส่ใหม่ ครั้งที่ 2 วันที่ 27 มีนาคม 2563 สามารถหายใจเองได้ ไม่หอบ	- ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารพอรู้เรื่อง E4VTM6 หายใจสัมพันธ์กับ เครื่อง ไม่หอบเหนื่อย อัตราการ หายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที - O ₂ Sat 96-100 % - พ่นยา Beradual 1 NB ทุก 4 ชั่วโมง - ไม่ได้เจาะ Arterial blood gas - ไม่มี abdominal paradox - ใส่ท่อช่วยหายใจ วันที่ 2-3 เมษายน 2563 วันที่ 4 เมษายน 2563 ผู้ป่วย หายใจหอบมากขึ้นจึงได้ใส่ใหม่ หลังใส่ได้ประมาณ 4 ชั่วโมง ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออก สามารถหายใจเองได้ ไม่หอบ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล 3 ระยะ (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผนการพยาบาล	ผลลัพธ์ กรณีศึกษาคนที่ 1	ผลลัพธ์ กรณีศึกษาคนที่ 2
	11. ดูแลได้รับยาควบคุมภาวะหัวใจเต้นผิดปกติทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ยา Amiodarone 12. ดูแลให้ได้รับยาลดการต้านเครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ ยา Fentanyl		
2) ผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่ปอด เป้าหมายทางการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีภาวะปอดติดเชื้อ	1. ให้การพยาบาลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อโดยเฉพาะการล้างมือ ล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง เพื่อป้องกันการกระจายเชื้อได้ดี 2. ดูแลวัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและให้การช่วยเหลือ 3. ดูแลพลิกตะแคงตัว ทุก 1-2 ชั่วโมง 4. ดูแลความสะอาดร่างกาย อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง โดยเฉพาะปากลิ้นฟันจะช่วยลดการติดเชื้อในปาก และป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ 5. ดูแลอุปกรณ์เครื่องใช้ของผู้ป่วยให้สะอาดมีการทำลายเชื้อ และทำให้สะอาดตามมาตรฐาน และดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาด 6. ฝึกระวังการเปลี่ยนแปลงของเสมหะ ถ้ามีหนองหรือสีเปลี่ยนไปจากเดิมให้รายงานแพทย์ทราบ 7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตามแบบแผนการรักษา 8. ติดตามอาการการติดเชื้อ เช่น ผลการตรวจภาพรังสีทรวงอกติดตามผลการเพาะเชื้อของเลือด เสมหะ	ผู้ป่วยไม่มีภาวะติดเชื้อเพิ่มขึ้น หลังได้รับการรักษา อุณหภูมิ 36.9 - 37.4 องศาเซลเซียส เสมหะสีขาว มีปริมาณมาก ผลการเพาะเชื้อในเลือด No growth sputum C/S no growth ฟังเสียงปอดได้ยินเสียง Fine crepitation	ผู้ป่วยไม่มีภาวะติดเชื้อเพิ่มขึ้น หลังได้รับการรักษา อุณหภูมิ 36.2-37.8 องศาเซลเซียส เสมหะสีขาว มีปริมาณมาก - ผลการเพาะเชื้อ sputum C/S no growth ฟังเสียงปอดได้ยินเสียง Coarse crepitation

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล 3 ระยะ (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผนการพยาบาล	ผลลัพธ์ กรณีศึกษาคนที่ 1	ผลลัพธ์ กรณีศึกษาคนที่ 2
3) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ขณะรักษา เช่น Pneumothorax <u>เป้าหมายทางการพยาบาล</u> ผู้ป่วยไม่มี Pneumothorax	- ประเมินผู้ป่วยว่ามีอาการหอบ ด้านเครื่อง กระสับกระส่าย หรือหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่อง เช่น abdominal paradox ถ้าพบให้รีบรายงานแพทย์ เพื่อแก้ไขสาเหตุ - ตรวจและบันทึกข้อมูล ของการตั้งเครื่องช่วยหายใจ ทุก 1 ชั่วโมง โดยเฉพาะ ค่าความดันเครื่องช่วยหายใจ ต้องไม่เกิน 40 cmH₂O - ดูแลสายเครื่องช่วยหายใจ ไม่ให้ หัก พับงอ เพื่อลดแรงต้าน การระบายอากาศจากปอด และทำให้การระบายอากาศ สะดวกยิ่งขึ้น - ดูแลท่อช่วยหายใจให้อยู่ใน ตำแหน่งที่เหมาะสม - บันทึกปริมาตรอากาศที่หายใจ เข้า-ออกของผู้ป่วยแต่ละครั้ง ควรมีค่าใกล้เคียงกันเพื่อประเมิน อากาศค้างค้างภายในปอดผู้ป่วย - ดูแลพ่นยา Beradual ตามแผนการรักษาเพื่อลด แรงต้านการระบายอากาศ - ติดตามผลเอ็กซเรย์ปอดว่า มี Pneumothorax หรือไม่	- ผู้ป่วยไม่มี Pneumothorax จากการใช้เครื่องช่วยหายใจ - ผลเอกซเรย์ปอดไม่มี Pneumothorax - ค่าความดันเครื่อง 16 cmH₂O	- ผู้ป่วยไม่มี Pneumothorax จากการใช้เครื่องช่วยหายใจ - ผลเอกซเรย์ปอดไม่มี Pneumothorax - ค่าความดันเครื่อง 16 cmH₂O
4) เสี่ยงต่อภาวะเสี่ยงต่อ ภาวะ Cardiac Output เนื่องจากหัวใจเต้นเร็ว กว่าปกติ <u>เป้าหมายทางการพยาบาล</u> ผู้ป่วยมีปริมาตรเลือด ที่ส่งออกต่อนาทีเพียงพอ ที่จะไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญ และอวัยวะต่างๆ ได้รับ เลือดไปเลี้ยงเพียงพอ	- ประเมินอาการและอาการแสดง ของภาวะ Cardiac output ลดลง เช่น ระดับความ รู้สึกตัว ลดลง สังเกตอุณหภูมิของ ผิวหนังปลายมือ ปลายเท้าเย็น การกำซาบเลือดส่วนปลาย ลดลง Capillary refill < 3 sec - ติดตามการเต้นของหัวใจ ตลอด 24 ชั่วโมงและวัด สัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด อย่างน้อยทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง เพื่อติดตามการ เปลี่ยนแปลง	- ผู้ป่วยรู้ตัวดี - ได้รับยา Amidarone 600 mg+5% DW 500 ml ทางหลอดเลือดดำ - อัตราการเต้นของหัวใจ 82-86 ครั้งต่อนาที - O₂ Sat 98-100 %, - จำนวนน้ำเข้า 1,580 ml - จำนวนน้ำออก 2,300 ml	- ผู้ป่วยรู้ตัวดี - ไม่ได้รับยาากลุ่ม Antiarrhythmics - อัตราการเต้นของหัวใจ ครั้งต่อนาที 94-100 ครั้งต่อนาที - O₂ Sat 98-100 %, - จำนวนน้ำเข้า 2,400 ml - จำนวนน้ำออก 1,500 ml

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล 3 ระยะ (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผนการพยาบาล	ผลลัพธ์ กรณีศึกษาคนที่ 1	ผลลัพธ์ กรณีศึกษาคนที่ 2
	3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และติดตามค่า Oxygen saturation 4. บันทึกจำนวนน้ำเข้า-น้ำออก เพื่อติดตามการทำงานของไต หากปัสสาวะ ออกน้อยกว่า 30 cc/hr ให้รายงานแพทย์ให้ทราบ 5. ดูแลให้ได้รับยากลุ่ม Antiarrhythmics ตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น Cordarone อาจจะเป็นในรูปแบบ ของยาขับประทานหรือ ยาฉีด ซึ่งพยาบาลควรเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา เช่น ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นช้า เป็นต้น หากความดันโลหิต $\leq 90/60$ mmHg หรือชีพจร ≤ 60 ครั้งต่อนาที พยาบาลควรหยุดการให้ยาและรายงานให้แพทย์ทราบ		
5) มีภาวะ Hypokalemia เป้าหมายทางการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีภาวะ Hypokalemia ผลการตรวจเลือดค่าโพแทสเซียมอยู่ในเกณฑ์ปกติ	1. ประเมินจังหวะและอัตรา การเต้นของหัวใจ 2. ประเมินอาการและการแสดงของภาวะโพแทสเซียมต่ำ เช่น ระดับความรู้สึกตัว : ง่วงซึม ไม่รู้สึกตัว กล้ามเนื้ออ่อนแรง สับสน 3. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำให้เพียงพอ 4. ดูแลให้ยาเพิ่มโพแทสเซียมตามแผนการรักษา 5. บันทึกปริมาณน้ำเข้า-น้ำออก 6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	- ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9%NSS iv drip 80 cc/hrs - อัตราการเต้นของหัวใจ 82-86 ครั้งต่อนาที - จำนวนน้ำเข้า 1,580 ml - จำนวนน้ำออก 2,300 ml - ได้รับยา E.CKL 30 ml - ผลการตรวจเลือดค่าโพแทสเซียม 3.6 mmol/L	- ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS iv drip 100 cc/hrs - อัตราการเต้นของหัวใจ ครั้งต่อนาที 94-100 ครั้งต่อนาที - ได้รับยา E.CKL 30 ml - จำนวนน้ำเข้า 2,400 ml - จำนวนน้ำออก 1,500 ml - ผลการตรวจเลือดค่า โพแทสเซียม 3.4mmol/L
6) ผู้ป่วยมีไตวายเฉียบพลัน จาก ภาวะ Shock เป้าหมายทางการพยาบาล ไตได้รับการฟื้นฟูสภาพให้กลับมาปกติ	1. วัดสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัว 2. บันทึกสารน้ำที่เข้าและออกทุก 8 ชั่วโมง	- ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9 %NSS iv drip 80 cc/hrs	- ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ผู้ป่วยไม่มีไตวายเฉียบพลันจากภาวะ Shock

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล 3 ระยะ (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผนการพยาบาล	ผลลัพธ์ กรณีศึกษาคนที่ 1	ผลลัพธ์ กรณีศึกษาคนที่ 2
	3. ควบคุมการให้สารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำโดยผ่านเครื่องควบคุมปริมาตร 4. ฟังเสียงปอดทุกแตรเพื่อประเมินภาวะ Pulmonary edema 5. ติดตามการทำงานของไตตามแผนการรักษา 6. ดูแลให้ยากกลุ่ม Vasoactive agent และยาขับปัสสาวะ	- ได้ Levophed 8 mg+5%D/W 500 ml iv drip - จำนวนน้ำเข้า 1,580 ml - จำนวนน้ำออก 2,300 ml - Cr ลดลงจาก 1.36 mg/dl เหลือ 0.08 mg/dl eGFR 81 ml/min/1.73m2	
ระยะที่ 2 การฟื้นฟูและบำบัดระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยต้องการได้รับการฟื้นฟูและบำบัดระบบทางเดินหายใจ	1. ดูแลการให้ออกซิเจน โดยปรับอัตราไหลของออกซิเจนเพื่อให้ได้ ระดับ oxygen saturation อย่างน้อย 90% และระวังไม่ให้ออกซิเจนมากเกินไปจนเกิดภาวะซึมจากคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง (CO ₂ narcosis) 2. จัดทำให้เสมหะออกง่าย เช่น เปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆ หรือ ลุกนั่ง/เดินตามสภาพ 3. เปิดอุณหภูมิม้วนน้ำ เครื่องช่วยหายใจให้อากาศที่เข้าปอดมีความชุ่มชื้น 4. สอนให้ฝึกบริหารการหายใจ เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดีโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม ร่วมกับการห่อปากในช่วงหายใจออก ควรฝึกทุกวันเช้า-เย็น ครั้งละประมาณ 10-15 นาที 5. สอนให้ฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพโดยให้ผู้ป่วยประคองทรวงอกขณะหายใจเข้า แล้วหายใจออกโดยแรง เพื่อบีบเสมหะ	ผู้ป่วยไอขับเสมหะได้เองอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่หอบ อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง ต่อนาที ฟังเสียงปอดได้ยินเสียง Fine crepitation ผู้ป่วยได้รับการสอนการบริหารการหายใจ และฝึกการไอ ทำได้ถูกต้อง	ผู้ป่วยไอขับเสมหะได้เองอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่หอบ อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง ต่อนาที ฟังเสียงปอดไม่มีเสียง wheezing ผู้ป่วยได้รับการสอนการหายใจ โดยการหายใจแบบเป่าปาก ทำได้ถูกต้อง
ระยะที่ 3 การวางแผนจำหน่ายและการดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่อง การวางแผนจำหน่าย <u>เป้าหมายทางการพยาบาล</u> ผู้ป่วยต้องการได้รับการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง	1. ประเมินคัดกรองความเสี่ยง ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเพื่อวางแผนจำหน่าย 2. เน้นผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย	- ผู้ป่วยตอบการดูแลตนเอง ภายหลังเกิดโรคได้ถูกต้อง - ผู้ดูแลแหล่งประโยชน์ ในการช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพผู้ป่วย	- ผู้ป่วยตอบการดูแลตนเอง ภายหลังเกิดโรคได้ถูกต้อง - ผู้ดูแลแหล่งประโยชน์ ในการช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพผู้ป่วย - ผู้ดูแลวางแผนการดูแล

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล 3 ระยะ (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผนการพยาบาล	ผลลัพธ์ กรณีศึกษาคนที่ 1	ผลลัพธ์ กรณีศึกษาคนที่ 2
	3. มอบแผนพับการดูแลและ บำบัดการหายใจให้กลับไป ทบทวนที่บ้าน 4. เน้นให้ผู้ป่วยรับประทานยา และพ่นยาตามแผนการรักษา อย่างต่อเนื่อง 5. มาตรฐานตามนัด 6. แนะนำโรงพยาบาลและ สถานบริการใกล้บ้านในการ ช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพ 7. ประสานศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ที่บ้านในการส่งต่อการดูแล ผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน 8. ให้คำแนะนำญาติในการการ ดูแลผู้ป่วยในเรื่องของ อาหาร/ การออกกำลังกาย ภัยบริหาร เบาๆ / การลด ละ เลิกสิ่งที่เป็น อันตรายต่อสุขภาพ / หลีกเลี่ยง พฤติกรรมเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ หรือการหกล้ม / ดูแลเรื่องการ จับถ่าย/ ดูแลความสะอาดร่างกาย เนื่องจากภูมิคุ้มกันของผู้สูงอายุ ไม่ค่อยแข็งแรงมักติดโรคได้ง่าย/ มีการใช้อุปกรณ์ช่วยทรงตัว ที่เหมาะสม/ มีการผ่อนคลาย และให้ความอบอุ่นในครอบครัว	- ผู้ดูแลวางแผนการดูแล ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและ มาตรฐานตามนัด	ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและ มาตรฐานตามนัด

วิจารณ์

การศึกษารายนี้ ผู้ป่วยทั้งสองรายเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจเหลวล้มเฉียบพลันจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใส่เครื่องช่วยหายใจแต่มีความรุนแรงของโรคแตกต่างกันตามปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยร่วมอื่น

กรณีศึกษารายที่ 1 มีโรคประจำตัวคือโรคหลอดเลือดสมองและตรวจพบว่ามีสารพิษเป็นโรค Myelodysplastic Syndrome แต่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องผู้ป่วยปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจที่โรงพยาบาลชุมชน ทำให้ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนตั้งแต่เริ่มแรก ขณะที่รักษามีปัจจัยอื่นร่วมด้วยคือ ภาวะไตวายเฉียบพลันและภาวะช็อกเหตุจากพิษของการติดเชื้อ(Septic shock) ภาวะสับสนเฉียบพลันมีการรักษาที่ซับซ้อนเพิ่มขึ้น ทำให้มีการรักษายาวนานกว่ากรณีศึกษารายที่ 2 พยาบาลจึงต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ด้วยความรวดเร็วใกล้ชิด เผื่อภาวะแทรกซ้อนขณะรักษามีการดูแลแบบองค์รวม สามารถนำปัญหามาวางแผนการให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย รวมทั้งได้ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการประเมินความต้องการครอบคลุมทั้งการเผื่อภาวะสุขภาพ

โภชนาการที่เหมาะสม เพื่อนำมาวางแผนการจำหน่ายให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย ส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องไม่กลับมารักษาซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งกรณีศึกษาครั้งนี้ ก็สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ากระบวนการทางการพยาบาลมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่สามารถช่วยผู้ป่วยที่ติดเชื้อ ปลอดภัยและมีภาวะหายใจล้มเหลวได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการพยาบาลในผู้ป่วยที่สูงอายุถือว่ามีความ สำคัญเป็นอย่างมากที่จะต้องใช้กระบวนการทางการพยาบาลที่มีคุณภาพและมาตรฐาน⁶⁻¹⁰ สำหรับจุดแข็ง ของการศึกษาคือข้อมูลที่ได้มีความครบถ้วนสมบูรณ์ทั้ง 2 ราย

ข้อยุติ

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและใส่เครื่องช่วยหายใจ จำเป็น ต้องได้รับการดูแลเพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน การได้รับการรักษาที่รวดเร็ว การประเมินความเสี่ยง ฝ้าระวัง การเกิดภาวะแทรกซ้อน มีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยรอดและปลอดภัยซึ่งจะเห็นว่าพยาบาลมีบทบาทและหน้าที่ สำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงการจำหน่าย โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. พยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมต้องมีความรู้ทักษะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบที่มีภาวะ หายใจล้มเหลวเฉียบพลัน มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใส่เครื่องช่วยหายใจเพื่อให้การดูแล ที่มีประสิทธิภาพ
2. ควรมีการพัฒนาแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน
3. ควรมีระบบ Fast Track และเกณฑ์การเข้าถึงหอผู้ป่วยหนักในโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว เฉียบพลัน



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ที่เป็นผู้ให้ประสบการณ์ ที่มีค่าอย่างยิ่งในการนำศาสตร์และศิลป์มาใช้ในการพยาบาล โดยการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เพื่อตอบสนอง ความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างมีประสิทธิภาพและขอขอบคุณทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วย

● บรรณานุกรม ●

1. Pneumonia review - Search Results [Internet]. PubMed. [cited 2020 Jun 1]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=pneumonia+review>
2. ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute respiratory failure) I HD สุขภาพดี เริ่มต้นที่นี่ [Internet]. HonestDocs. [cited 2020 Jun 1]. Available from: <https://www.honestdocs.co/acute-respiratory-failure>
3. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหา ของระบบทางเดินหายใจ [Internet]. [cited 2020 Jun 1]. Available from: <https://www.slideshare.net/doodeewa/ss-15666292>
4. Community-acquired Pneumonia - PubMed [Internet]. [cited 2020 Jun 1]. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28900048/?from_term=pneumonia+review&from_pos=7
5. Home | กรมควบคุมโรค [Internet]. [cited 2020 Jun 1]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/>
6. ดวงธิดา ช่างยอม (2561). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน. หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
7. เพชรรุ่ง อธิรัตน์. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม) พ.ศ. 2562.
8. วีระนุช มยุเรศ (2560). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ที่มีภาวะโพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศและทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต:กรณีศึกษา.กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.
9. พรวิมล ลีทอง (2562) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ปอดอักเสบติดเชื้อที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลและปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ผลการรักษาและผลกระทบจากเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. ปีที่ 33 ฉบับที่ 2 เม.ย.-มิ.ย. 2562.
10. สุรียนต์ มิ่งขวัญ และ ปารีโมก เกิดจันทิก (2560). การพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบติดเชื้อในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. บัณฑิตศึกษา คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. Gordon M. Nursing diagnosis: process and application. New York : Mc Graw-Hill Book com ; 1982



การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะน้ำเกิน
ร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Patient End Stage Renal Disease with Volume Overload with Respiratory Failure : 2 Cases Study.

พรรณณี วงศ์อามาตย์*

Pannee Wongarmat

ABSTRACT

Objective : To study nursing diagnoses nursing practice plan. Assessing nursing outcomes for end-stage renal disease patients with volume overload with respiratory failure

Method : 2 case studies were selected to be selected in patients with chronic renal failure with volume overload and respiratory failure. Collect data from patient medical records. Define nursing diagnoses by concept of Gordon's health 11 model. Plan nursing operations according to nursing diagnoses. Summary and evaluation of nursing results

Results : 2 cases study were patients with end stage renal disease with volume overload and respiratory failure. Having congenital diseases, namely DM2, HT, CKD5, DLD, No RRT. Diagnosed with ESRD with volume overload with respiratory failure. Case study 1 : The patient is a 75-year-old Thai woman. Relatives informed the history 1 day before coming to the hospital with swelling, wheezing, unable to lie down, coughing during the night. In the morning had difficulty breathing. The relatives take patient to the community hospital. Case study 2 : The patient is a 51-year-old Thai woman. The relatives informed the history 2 day before coming to the hospital with swelling, low urine output, wheezing in the morning, In the morning had difficulty breathing. The relatives called an ambulance to take patient to Roi Et Hospital. The 2 cases study were diagnosed. volume overload with respiratory failure. The doctor considered endotracheal tube and gave Lasix 250 mg drip in 1 hr. Antibiotics were monitored to prevent complications. The 2 cases study were improved, doctors allowed to leave the hospital. Case study 1 : refer back to the community hospital. Appointment of hemodialysis by continuous dialysis machine. Case study 2 : appointment of follow-up for 2 weeks and request for dialysis 2 times per weak before continuing peritoneal dialysis practice

Conclusion : End-stage renal disease patients Although there may be complications If receiving fast and accurate medical care can reduce the death rate of patients. Therefore, nurses have a role in the assessment, monitoring and monitoring of symptoms and changes. Prevent complications and plan to provide comprehensive nursing practice according to the problems occurring

Keywords : End-stage renal disease, Volume Overload, Respiratory failure

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะน้ำเกินร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว

วิธีการศึกษา : กรณีศึกษา 2 ราย เลือกแบบเจาะจงในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะน้ำเกินร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา : กรณีศึกษา 2 ราย เป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะน้ำเกินร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว มีโรคประจำตัวคือ DM2, HT, CKD5, DLD, No RRT ได้รับการวินิจฉัย ESRD with volume overload with respiratory failure กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยเป็นหญิงไทย อายุ 75 ปี มีประวัติ 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการบวม หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ ไอมากช่วงกลางคืน หายใจลำบาก ตอนเช้าหายใจหอบมากขึ้น ญาตินำส่งโรงพยาบาลชุมชน กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยเป็นหญิงไทย อายุ 51 ปี มีประวัติ 2 วันก่อนมีอาการบวม ปัสสาวะออกน้อย หายใจหอบ ช่วงเช้าหายใจหอบมากขึ้น นำส่งโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีภาวะน้ำเกินร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจและให้ Lasix 250 mg drip in 1 hr ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อระวังป้องกันอาการแทรกซ้อนต่างๆ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีอาการดีขึ้น แพทย์ให้กลับบ้าน กรณีศึกษาที่ 1 ส่งตัวกลับโรงพยาบาลชุมชน นัดทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อเนื่อง กรณีศึกษาที่ 2 นัดตรวจติดตามอาการ 2 สัปดาห์และวางแผนฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอาทิตย์ละ 2 ครั้งก่อนฝึกการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

สรุป : ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายถึงแม้ว่าจะอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน หากได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วและถูกต้อง สามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทในการประเมินติดตามเฝ้าระวังอาการอาการเปลี่ยนแปลง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและวางแผนให้การปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมตามปัญหาที่เกิดขึ้น

คำสำคัญ : ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย, ภาวะน้ำเกิน, ภาวะหายใจล้มเหลว



บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney Disease) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในระดับโลกซึ่งมีการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ในทุกประเทศ มีแนวโน้มต่อผลในการรักษาที่เลวลงและสูญเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากขึ้น เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศไทย เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง ในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 6.25 ราย ต่อประชากรแสนคนต่อปี มีผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้น 156.6 ราย ต่อประชากรแสนคนต่อปี และพบอัตราการตายจากโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย 19,530 รายต่อประชากร

แสนคน¹ โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease) มีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของไตลดลงมากที่สุด² อัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มล./นาที่/1.73 ตารางเมตร ซึ่งสาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเกิดจากกรวยไตและหน่วยไตอักเสบเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ทำให้หลอดเลือดที่เลี้ยงไตตีบแคบและแข็งตัวมีผลทำให้เลือดไปเลี้ยงไตไม่พอ เซลล์ไตขาดเลือดและถูกทำลาย อัตราการกรองของไตลดลงจนไตไม่สามารถ ทำหน้าที่ได้ตามปกติ มีพยาธิสภาพที่เนื้อไตเกิดการคั่งค้างของเสียจำนวนมากซึ่งมีความรุนแรงมากพอที่จะทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิต³

จากข้อมูลหน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาล ร้อยเอ็ด พ.ศ.2560 - 2562 พบว่ามีผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่มาตรวจตามนัดคลินิกไต จำนวน 3,520, 3,590 และ 3,699 ราย ตามลำดับ เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล มีภาวะน้ำเกินร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว 46, 55 และ 186 ราย ตามลำดับ เสียชีวิต 11, 12 และ 49 ราย ตามลำดับ⁴ จากข้อมูลจะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วย โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และที่มีอาการรุนแรงจนทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิต มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี

พยาบาลเป็นผู้ที่มีความสำคัญและต้องมีสมรรถนะ ในการดูแลผู้ป่วย⁵ เป้าหมายที่สำคัญในการพยาบาล ได้แก่การจัดการกับอาการรบกวนผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมให้ ผู้ป่วย มีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองได้ พยาบาล จึงมีบทบาทในการประเมินติดตาม เฝ้าระวังอาการ อาการเปลี่ยนแปลง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและวางแผน ให้การปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมตามปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันอาการที่รุนแรงมากขึ้นจนถึงเสียชีวิต ในการศึกษครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล วางแผนปฏิบัติการพยาบาล ประเมิน ผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มีภาวะน้ำเกินร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว

พยาธิสรีรวิทยา (pathophysiology)⁶

เกิดจากการเสื่อมของไต และการถูกทำลายของ หน่วยไต มีผลให้อัตราการกรองทั้งหมดลดลง และการ ขับถ่ายของเสียลดลง ปริมาณครีตินินและยูเรียในโตรเจน ในเลือดสูงขึ้น หน่วยไตไม่สามารถดูดกลับเกลือแร่ต่างๆ ได้ ทำให้สูญเสียเกลือแร่ออกจากร่างกาย จากการที่ไต ถูกทำลายมากขึ้นและการเสื่อมหน้าที่ของหน่วยไต ทำให้อัตราการกรองของไตลดลง ร่างกายจึงไม่สามารถ ขจัดน้ำ เกลือ ของเสียต่างๆ ผ่านไตได้ เมื่ออัตราการ กรองของไตน้อยกว่า 10 - 20 มล./นาทิจึงส่งผลให้เกิด การคั่งของยูเรียในร่างกายเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง (etiology and risk factors) เป็นภาวะที่มีการทำลายเนื้อไตซ้ำๆ อย่างต่อเนื่อง ใช้ระยะเวลาเป็นเดือนหรือเป็นปี เป็นการทำลาย ที่ถาวร ไตไม่สามารถฟื้นกลับมาทำหน้าที่ปกติแบบ ไตวายเฉียบพลัน โรคไตเรื้อรังเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทางเดินปัสสาวะ อักเสบจากการติดเชื้อ นิ่วในทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วย

ส่วนใหญ่ไม่มีอาการจนกระทั่งไตเสียไปมากกว่า 50% จึงเริ่มแสดงอาการของโรคไตเรื้อรังที่ละน้อยจนเมื่อ หน้าที่ไตเสียเกือบหมด อาการจะรุนแรงมากทำให้ ผู้ป่วยไม่สามารถทนอยู่ได้ เช่น มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร คับ ตามตัว บวม หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ซึม ไม่ค่อยรู้สึกตัว ผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็ว ถูกต้องเหมาะสม การ รักษาไตเรื้อรังได้เพียงประคับประคองมิให้เกิดภาวะ แทรกซ้อน เช่น หัวใจวาย อาการชัก หดสติ หาก การรักษาด้วยยาไม่ได้ผล ก็จำเป็นต้องใช้วิธีฟอกเลือด เอาของเสียออกจากร่างกาย เพื่อให้ร่างกายฟื้นสภาพ พอช่วยตัวเองได้แต่ไตจะยังคงเป็นพังผืดเป็นรอย การอักเสบเรื้อรังระยะนาน ซึ่งไม่สามารถแก้ไขหรือ รักษา ให้ฟื้นกลับมาทำงานเป็นปกติเช่นเดิมได้ผู้ป่วย ประเภทนี้จะต้องรักษาด้วยวิธีฟอกเลือด หรือล้างช่องท้อง ชนิดถาวร เพื่อนำเอาของเสียออกไปตลอดเวลากว่า จะได้รับการปลูกถ่ายไต

ระยะของโรคและการแสดง (clinical manifestation)³

ระยะที่ 1 ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตมากกว่า 90 มล./นาทิจ/พื้นที่ผิวกาย 1.73 เมตร หมายถึง การมีความผิดปกติของไต แต่ค่าอัตราการกรองของไต ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรืออาจต่ำลงเล็กน้อย ในระยะนี้ ยังไม่พบอาการแสดงที่ผิดปกติ แต่บางรายอาจตรวจพบ โปรตีนในปัสสาวะได้

ระยะที่ 2 ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตมากกว่า 60 - 89 มล./นาทิจ/พื้นที่ผิวกาย 1.73 เมตร หมายถึง การมีความผิดปกติของไต เมื่อค่าอัตราการกรองของไต ลดลงเล็กน้อย โดยทั่วไปผู้ป่วยจะยังคงมีอาการปกติ ความดันโลหิตอาจเริ่มสูงขึ้น จะเริ่มพบความผิดปกติ ในผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ

ระยะที่ 3 ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตมากกว่า 30 - 59 มล./นาทิจ/พื้นที่ผิวกาย 1.73 เมตร หมายถึง การมีความผิดปกติของไต ค่าอัตราการกรองของไต ลดลงปานกลาง มักยังไม่แสดงอาการผิดปกติ โดย ส่วนใหญ่พบภาวะความดันโลหิตสูง และอาจตรวจพบ ภาวะซีด แคลเซียมในเลือดต่ำ และฟอสเฟตในเลือดสูง ได้ในระยะนี้ ซึ่งต้องมีการเฝ้าระวังและให้การรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ระยะที่ 4 ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตมากกว่า 15- 29 มล./นาทิจ/พื้นที่ผิวกาย 1.73 เมตร หมายถึง การมีความผิดปกติของไต และค่าอัตราการกรองของไต

ลดลงอย่างมาก ผู้ป่วยมักมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เบื่ออาหาร บวม ความจำแย่ลง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆผิดปกติ พบภาวะกรดจากการเผาผลาญ (metabolic acidosis) และไขมันในเลือดผิดปกติ (dyslipidemia)

ระยะที่ 5 ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มล./นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 เมตร ซึ่งถือว่าเป็นระยะไตวาย ทำให้มีความผิดปกติเกือบทุกระบบของร่างกาย ร่างกายเสียสมดุล น้ำ และอิเล็กโทรไลต์ ผู้ป่วยมีอาการยูรีเมีย เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ผิวแห้ง คัน คลื่นไส้ อาเจียน สะอึก เป็นตะคริว นอนไม่หลับ อาจเกิดภาวะหัวใจวายเนื่องจากน้ำเกิน และภาวะความดันโลหิตสูงได้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยเฉพาะในรายที่มีอาการยูรีเมีย

แนวทางการรักษาภาวะไตวายเรื้อรัง

1. การรักษาแบบประคับประคอง (Conservative Treatment) เป็นการรักษาด้วยยา การจัดการกับอาหาร น้ำ และการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่จะทำให้การเสื่อมของไตมากขึ้น เพื่อชะลอการเสื่อมของไต และการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไตที่เหลืออยู่

2. การบำบัดทดแทนภาวะไตวายมี 3 วิธี ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) การล้างช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous ambulatory peritoneal dialysis) และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Renal transplantation)

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะน้ำเกินร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2563 โดยเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์โดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน⁷ วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการแพทย์พยาบาล ดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
เพศ	หญิง	หญิง
อายุ	75 ปี	51 ปี
สถานภาพ	สมรส	สมรส
ผู้ดูแล	บุตร	สามี
สิทธิการรักษา	สิทธิเบิก	บัตรทอง
วันที่เข้ารับการรักษา	23 มีนาคม - 3 เมษายน 2563	15 - 27 มีนาคม 2563
รวมระยะเวลาอน	11 วัน	12 วัน
โรงพยาบาลเพื่อรักษา		
อาการสำคัญ	บวม หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที	บวม ปัสสาวะออกน้อย หายใจหอบ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง
ประวัติการเจ็บป่วย	1 วันก่อน มีอาการบวม หายใจหอบ	2 วันก่อน มีอาการบวม ปัสสาวะออกน้อย
ปัจจุบัน	นอนราบไม่ได้ ไอมากช่วงกลางคืน หายใจลำบาก ลูกมาหอบ เข้านี้หายใจหอบมากขึ้น ญาติรีบรถฉุกเฉินนำส่งโรงพยาบาล ญาตินำส่งโรงพยาบาลชุมชน แล้วส่งต่อมาโรงพยาบาลร้อยเอ็ด	หายใจหอบเข้านี้หายใจหอบมากขึ้น ญาติรีบรถฉุกเฉินนำส่งโรงพยาบาล ร้อยเอ็ด
โรคประจำตัว	DM2 , HT , CKD5 , DLD, No RRT	DM2 , HT , CKD5 , DLD, No RRT
ประวัติการแพ้ยา และสารเสพติดต่างๆ	ไม่มีประวัติแพ้ยา ไม่มีประวัติติดยา และสูบบุหรี่	ไม่มีประวัติแพ้ยา ไม่มีประวัติติดยา และสูบบุหรี่

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
การวินิจฉัย	ESRD with Volume Overload with Respiratory Failure	ESRD with Volume Overload with Respiratory Failure
การรักษาด่วน	ใส่ท่อช่วยหายใจ ให้ Lasix 250 mg drip in 1 hr แล้ว ส่งต่อมาโรงพยาบาลร้อยเอ็ด	ใส่ท่อช่วยหายใจ ให้ Lasix 250 mg vein stat ที่ห้องฉุกเฉิน รพ.ร้อยเอ็ด
สัญญาณชีพแรกเริ่ม	T 35.8 °C , PR 86 ครั้งต่อนาที RR 28 ครั้งต่อนาที BP 150/80 mmHg O2 sat 22 %	T 38.6 °C , PR 102 ครั้งต่อนาที RR 32 ครั้งต่อนาที BP 179/76 mmHg O2 sat 90%
แผนการรักษาต่อเนื่อง	- ใส่ท่อช่วยหายใจ ต่อด้วยเครื่องช่วยหายใจ ชนิดปริมาตร setting PCV mode RR 20 PEEP 5 FiO2 0.4 - ให้ Lasix 250 mg drip in 1 hr - ให้ Cef-3 2 gm vein OD - ให้ PRC 1 unit vein drip in 3 hr - เจาะ DTX ก่อนมื้ออาหารและก่อนนอน - ให้ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรอส่งตัวกลับโรงพยาบาลชุมชนเพื่อทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อเนื่อง	- ใส่ท่อช่วยหายใจ ต่อด้วยเครื่องช่วยหายใจ ชนิดปริมาตร setting PCV mode RR 16 PEEP 5 FiO2 0.4 - ให้ Lasix 1 gm drip in 24 hr - ให้ Cef-3 2 gm vein OD ผล Urine C/S พบ Enterococcus faecalis แพทย์เปลี่ยนยาปฏิชีวนะ เป็น Ampicillin 2 gm vein q 6 hr จนครบ 10 วัน - เจาะ DTX ก่อนมื้ออาหารและก่อนนอน - ให้ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมไปก่อนรอฝึกการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
Blood Urea Nitrogen (BUN)	82 mg/dL สูง	86 mg/dL สูง
Creatinine	10.31 mg/dL สูง	9.29 mg/dL สูง
Potassium (K)	5.50 mmol/L สูง	2.90 mmol/L ต่ำ
Calcium	8.1 mg/dL ต่ำ	8.2 mg/dL ต่ำ
Albumin	3.1 g/dL ต่ำ	3.0 g/dL ต่ำ
Hematocrit	18.1 % ต่ำ	23.8 % ต่ำ
Urine Analysis		
WBC	-	5 - 10 Cell/HP
RBC	-	>100 Cell/HP
Urine culture	-	Enterococcus faecalis
PT	13.7 Sec. ปกติ	16.1 Sec. สูง
PTT	22.3 Sec. ต่ำ	40.7 Sec. สูง

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย กรณีศึกษา รายที่ 1 ผู้ป่วยเป็นหญิงไทย อายุ 75 ปี เข้ารับการรักษาในวันที่ 23 มีนาคม 2563 ได้รับการวินิจฉัย ESRD with volume overload with respiratory Failure with hyperkalemia with hypocalcaemia กรณีศึกษา รายที่ 2 ผู้ป่วยเป็นหญิงไทย อายุ 51 ปี เข้ารับการรักษาในวันที่ 15 มีนาคม 2563 ได้รับการวินิจฉัย ESRD with volume overload with respiratory failure with urinary tract infection with hypokalemia with hypocalcaemia จากการใช้การประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของ Gordon (1982) สามารถกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและนำสู่การวางแผนปฏิบัติการพยาบาล ครอบคลุมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยทั้ง 2 รายใน 3 ระยะของการดูแลรักษาพยาบาล ประกอบด้วย ระยะแรกเริ่ม ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะจำหน่าย³

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามทฤษฎี 11 แบบแผนของ Gordon กับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามระยะของการดูแลรักษาพยาบาลของกรณีศึกษา 2 ราย ขณะอยู่โรงพยาบาลดังนี้

ระยะดูแลรักษาพยาบาล	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษาที่ 1	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษาที่ 2
ระยะแรกเริ่ม	1. มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากความไม่สมดุลของของเหลวในร่างกาย 2. มีภาวะหายใจล้มเหลว 3. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและแนวทางการรักษา	1. มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากความไม่สมดุลของของเหลวในร่างกาย 2. มีภาวะหายใจล้มเหลว 3. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและแนวทางการรักษา
ระยะดูแลต่อเนื่อง	1. มีของเสี้ยก้างในร่างกายเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ 2. มีการเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ในร่างกายเนื่องจากอัตราการกรองลดลง 3. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนข้อเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง 4. มีภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง (hyperkalemia) 5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง 6. เสี่ยงต่ออันตรายจากการควบคุมระดับน้ำตาลบกพร่อง 7. อ่อนเพลียเนื่องจากภาวะชืด 8. มีภาวะขาดสารอาหาร เนื่องจากการสลายตัวของโปรตีน 9. แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากกลัว ไม่คุ้นเคยกับสถานที่และสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย	1. มีของเสี้ยก้างในร่างกายเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ 2. มีการเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ในร่างกายเนื่องจากอัตราการกรองลดลง 3. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนข้อเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง 4. ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากมีจำนวนปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะ 5. มีภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ (hypokalemia) 6. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง 7. เสี่ยงต่ออันตรายจากการควบคุมระดับน้ำตาลบกพร่อง 8. อ่อนเพลียเนื่องจากภาวะชืด 9. มีภาวะขาดสารอาหาร เนื่องจากการสลายตัวของโปรตีน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามทฤษฎี 11 แบบแผนของ Gordon กับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามระยะของการดูแลรักษาพยาบาลของกรณีศึกษา 2 ราย ขณะอยู่โรงพยาบาลดังนี้ (ต่อ)

ระยะดูแลรักษาพยาบาล	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษาที่ 1	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษาที่ 2
	10. แบบแผนการปฏิบัติกิจกรรมเปลี่ยนแปลงเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว 11. เสี่ยงต่อการสูญเสียสภาพลักษณะ คุณค่าของตนเองเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	10. แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากกลัว ไม่คุ้นเคยกับสถานที่และสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย 11. แบบแผนการปฏิบัติกิจกรรมเปลี่ยนแปลงเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว 12. เสี่ยงต่อการสูญเสียสภาพลักษณะ คุณค่าของตนเองเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง
ระยะจำหน่าย	1. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	1. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D

ตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามรายประเด็นศึกษา

ประเด็นการศึกษา	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบ
อาการสำคัญ	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มาด้วยอาการนำที่คล้ายกันคือ บวม หายใจหอบ
โรคประจำตัว	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีโรคประจำตัวคล้ายกันคือ DM2, HT, CKD5, DLD, No RRT
การประเมินสภาพแรกพบ	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผลการประเมินภาวะสุขภาพที่สอดคล้องกันตั้งแต่ การซักประวัติ ตรวจร่างกายและการหึ่งปฏิบัติ/การตรวจพิเศษ ที่ชี้แนะในการวินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่มีภาวะน้ำเกินร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว ที่แตกต่างกันคือกรณีศึกษาที่ 2 มี เนื่องจากการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะร่วมด้วย
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลในแต่ละระยะของการเจ็บป่วยที่คล้ายคลึงกัน ที่มุ่งเน้นในเรื่องของการดูแลภาวะวิกฤตในระยะแรกพบและการดูแลต่อเนื่องจนถึงระยะจำหน่าย ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แตกต่างกันคือในกรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูงและเลือกการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำและมีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและเลือกการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

การศึกษาครั้งนี้มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะน้ำเกินร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวพยาบาลเป็นผู้ที่มีความสำคัญและต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย เป้าหมายที่สำคัญในการพยาบาล ได้แก่ การจัดการกับอาการรบกวนผู้ป่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองได้ โดยมีการพยาบาลของกรณีศึกษาทั้งสองราย ดังนี้

การพยาบาลในระยะแรกเริ่ม ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกิน ประเมินสัญญาณชีพ ติดตามผลการตรวจอิเล็กโทรไลต์ รวมทั้งสังเกตอาการน้ำเกิน มีภาวะหายใจล้มเหลว ดูแลใส่ท่อช่วยหายใจ การทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและปรับ setting ตามแผนการรักษาของแพทย์ เฝ้าระวังปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือด ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา ลดความวิตกกังวล โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ

การพยาบาลระยะต่อเนื่อง การรักษาสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย โดยการดูแลให้สารน้ำและอาหารตามแผนการรักษา บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออก ประเมินสัญญาณชีพ ภาวะน้ำเกิน ติดตามผลการตรวจอิเล็กโทรไลต์ ภาวะของเสียคั่งในร่างกาย ต้องประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท ได้แก่ ชีพ สับสน กระตุก ชา และติดตามผลการตรวจ BUN, Cr มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ให้การพยาบาลโดยการประเมินและเฝ้าระวังอันตรายจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1 - 2 ชั่วโมง บันทึกจำนวนสารน้ำเข้าและออก ทุก 8 ชั่วโมง มีความดันโลหิตสูง ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 - 2 ชั่วโมง ดูแลให้ยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา ติดตามอาการทางระบบประสาท ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว คลื่นไส้อาเจียน มีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล ยึดหลัก Aseptic technique ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ มีภาวะช็อค ดูแลให้ออกซิเจน cannula 3 - 5 ลิตรต่อนาที ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง ช่วยเหลือการทำการกิจกรรม ดูแลการให้เลือดตามแผนการรักษา และติดตามผลการตรวจ CBC, Hct การส่งเสริมภาวะโภชนาการ ดูแลความสะอาดปากและฟัน ดูแลให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอ ชั่งน้ำหนักตัวทุกวันและดูแลการนอนหลับ งดเสียงรบกวน ลดแสงสว่างไม่มากเกินไป ทำกิจกรรมการพยาบาลด้วยความนุ่มนวลและบอกผู้ป่วยทุกครั้งเมื่อจะทำกิจกรรม

การพยาบาลระยะจำหน่าย เป็นการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคและความพร้อมในการกลับบ้าน อธิบายและให้ข้อมูลในการปฏิบัติตัวตามแบบแผนการจำหน่าย ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้านกรณีศึกษาที่ 1 ส่งต่อกลับโรงพยาบาลชุมชน นัดทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อเนื่อง กรณีศึกษาที่ 2 นัดตรวจติดตามอาการ 2 สัปดาห์และขอคิวการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทุกวันอังคารและศุกร์ ก่อนฝึกการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

ข้อยุติ

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นภาวะที่ไตทำงานพร่องลงจนผู้ป่วยมีอาการยูรีเมีย ความสมดุลเกลือแร่ผิดปกติ มีการคั่งของน้ำส่วนเกินในร่างกาย และไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้โดยไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยเพื่อคัดกรองการรักษา บทบาทในการวางแผนในการเตรียมความพร้อมในการฝึกอบรมผู้ป่วยในการทำการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง, การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม บทบาทในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังวางสาย บทบาทในการส่งเสริมให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและวางแผนจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจ จนถึงการใช้ประเมินติดตามให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนการพยาบาลแบบองค์รวมคือกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันได้

• บรรณานุกรม •

1. นพมาศ ขาสมบัติ. ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังต่อภาวะน้ำเกินและความพึงพอใจในบริการพยาบาล [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล]. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
2. ธนัยรัตน์ รุ่งพราย. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อภาวะน้ำเกินในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตรบัณฑิตพยาบาลศาสตร]. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560
3. ณัฐวรา ทศบุตร. รูปแบบการป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม [วิทยานิพนธ์ปริญญาการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่คณะพยาบาลศาสตร์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2556.
4. งานจัดการสารสนเทศ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. สถิติผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโรงพยาบาลร้อยเอ็ด [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์] โรงพยาบาลร้อยเอ็ด : งานสารสนเทศ ; 2563
5. ชัชวาล วงศ์สารี. การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์โรคไตและระบบทางเดินปัสสาวะ. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดเอ็นพีเพรส; 2559.
6. ชัชวาล วงศ์สารี. บทบาทพยาบาลไตเทียมกับการป้องกันและการจัดการภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วารสารเกื้อการุณย์. 2558 ; 22(2) : 30-40.
7. Gordon M. Nursing diagnosis: process and application. New York : Mc Graw-Hill Book com ; 1982



การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการช็อกจากภาวะการติดเชื้อ : กรณีศึกษา 2 ราย

The Nursing Care of Patients with Septic Shock : 2 Cases Study.

จิรพันธ์ ประทุมอ่อน*

Jeerapun Pratumon

ABSTRACT

Background : Septic shock mostly symptom occurs after blood stream infection and can cause of organs failure and cause of mortality. The nursing care for patient in this group it very important for reduce cause of mortality.

Objective : To study nursing care of patient with septic shock 2 cases study.

Methods : 2 cases study of patients with septic shock at Roi Et Hospital during August 1, 2019 to May 31, 2020 by purposive sampling. All data were collected from medical records, interviews their relative, observation, analyzed data, compared the physical and symptoms of patients, evaluation the nursing care problem followed 11 planed of Gordon scheme and divide into 3 phase included critical time, rehabilitation periods, and discharge planning.

Results : Patients cases 1 was Thai female age 62 years old, first symptom was high fever and chill before came to hospital 2 days. The first diagnosis was septic shock and screening fast track system at the Community Hospital. During 24 hours the nurse has to evaluation and follow-up for septic shock closely and titrate Levopred (4 : 250) (3 - 5 ml/hr every 10 minutes) for keep BP $\geq 90/60$ mmHg /MAP > 65 mmHg and evaluated every 1 - 2/hours. Nursing care for IV fluid every 2 hours and records intake output every 8 hours until patients safe form shock and stop for Levopredin 2 days. The total patient days of was 7 days. Patient case 2 was Thai female age 60 years old. First symptom was high fever and chill before came to hospital 1 days. The first diagnosis was UTI with septic shock severe anemia. And has non screening for the Fast track system at the Community Hospital. Patients treatment by Levopred (4 : 250) (3 - 5 ml /hr every 10 minutes) forkeep BP $\geq 90/60$ mmHg /MAP > 65 mmHg and evaluated every 1 - 2/ hours. Nursing care for IV fluid every 2 hours and records intake output every 8 hours until patients safe form shock and stop for Levopred in 3 days. Patients has severe anemia and receive PRC 2 unit. The total patient days of was 7 days.

Conclusion : The evaluated of patients in the critical time and effectiveness nursing and in a timely can reduce severity of diseases and can reduce mortality rate of septic shock which will see that the nurses are very important for nursing care of patients from the first admitted until discharged.

Keywords : Nursing care, Patients, Septic shock

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : อาการช็อกจากภาวะการติดเชื้อเป็นภาวะอาการที่มักเกิดหลังการติดเชื้อในกระแสเลือด ส่งผลให้อวัยวะทำงานลดลงหรือทำงานผิดปกติและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ การให้การพยาบาลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ จึงมีความสำคัญเป็นอย่างมากที่จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการช็อกจากภาวะการติดเชื้อ 2 ราย

วิธีการดำเนินการ : เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีอาการช็อกจากภาวะการติดเชื้อ 2 ราย ที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2562 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 โดยเป็นการเลือก ผู้ป่วยแบบจำเพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ผู้ป่วย การสัมภาษณ์ญาติและสังเกตอาการ การวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบ พยาธิสภาพและอาการแสดงของ ผู้ป่วย การรักษา ประเมินปัญหาทางการพยาบาลด้วยแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะวิกฤตระยะฟื้นฟูดูแลต่อเนื่องและระยะวางแผนจำหน่าย

ผลลัพธ์ : ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นหญิงไทยอายุ 62 ปี แรกเริ่มมีไข้สูงหนาวสั่น ปวดเมื่อยตามร่างกายก่อนมา โรงพยาบาล 2 วัน การวินิจฉัยแรกเริ่มเป็นช็อกจากการติดเชื้อ มีการคัดกรองเข้าระบบ Fast track ตั้งแต่ว่า โรงพยาบาลชุมชน ในช่วง 24 ชม.แรก มีการดูแลติดตามประเมินภาวะช็อกอย่างใกล้ชิดทั้งการปรับ Levopred (4 : 250) (เพิ่ม/ลดทีละ 3 - 5 ml/hr ทุก 10 นาที) เพื่อ รักษาความดันโลหิต $\geq 90/60$ mmHg /MAP > 65 mmHg มีการประเมินทุก 1 - 2 ชม. ดูแลการได้รับสารน้ำทุก 2 ชม. และมีการบันทึกน้ำเข้า - น้ำออก ทุก 8 ชม. จนผู้ป่วยพ้นภาวะช็อกและหยุดยา Levopred ได้ภายใน 2 วัน โดยรวมวันนอน 7 วัน ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นหญิงไทย อายุ 60 ปี อาการแรกเริ่มมีไข้สูงหนาวสั่นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน การวินิจฉัยแรกเริ่มเป็น UTI with septic shock with severe anemia ไม่มีการคัดกรองเข้าระบบ Fast track ตั้งแต่ว่า โรงพยาบาลชุมชน on Levopred (4 : 250) (เพิ่ม/ลดทีละ 3 - 5 ml/hr ทุก 10 นาที) เพื่อ keep BP $\geq 90/60$ mmHg /MAP > 65 mmHg มีการประเมิน ทุก 2 - 4 ชม. ดูแลการได้รับสารน้ำทุก 2 ชม. และมีการบันทึกน้ำเข้า - น้ำออก ทุก 8 ชม. ร่วมกับมีการแก้ไขภาวะ Metabolic acidosis และ Severe anemia จนผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและพ้นระยะช็อกสามารถหยุดยา Levopred ได้ภายใน 3 วัน รวมวันนอน 13 วัน

สรุป : จากการประเมินผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตและการให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและทันทั่วถึง จะสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคและสามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีอาการช็อกจากการติดเชื้อได้ จะเห็นว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงจำหน่าย

คำสำคัญ : การพยาบาล, ผู้ป่วย, อาการช็อกจากการติดเชื้อ



โรคติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และส่งผลให้การรักษามีความยุ่งยากและซับซ้อนมากขึ้น อุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลทั่วโลกพบว่าเชื้อ *S.aureus* มีอุบัติการณ์สูงสุด ร้อยละ 84.1 ตามด้วยเชื้อ *P.Aeruginosa* ร้อยละ 78 เชื้อ *K.pneumonia* ร้อยละ 76.1 และเชื้อ *A.baumanii* ร้อยละ 46.3 ตามลำดับ¹ อุบัติการณ์ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยติดเชื้อกลุ่ม Gram-negative bacteria สูงกว่าติดเชื้อกลุ่ม gram-positive²⁻³ เชื้อที่เป็นสาเหตุที่สำคัญของการติดเชื้อในคนไทยได้แก่ *P.aeruginosa*, *Klebsella* spp. และ *A.baumanii* ตามลำดับ⁴

Septic Shock หรืออาการช็อกจากภาวะการติดเชื้อเป็นภาวะอาการที่เกิดขึ้นหลังการติดเชื้อในกระแสเลือด ส่งผลให้ร่างกายมีระดับความดันโลหิตลดต่ำผิดปกติจนเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ได้ไม่เพียงพอ ทำให้อวัยวะทำงานลดลงหรือทำงานผิดปกติ และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ภาวะ Septic Shock เป็นผลมาจากการติดเชื้อในกระแสเลือดขั้นรุนแรง โดยมักเป็นการติดเชื้อที่เกิดขึ้นกับระบบต่างๆ ภายในร่างกาย เช่น ปอด ระบบย่อยอาหาร ทางเดินปัสสาวะเชื้อแบคทีเรียที่พบได้บ่อยได้แก่ *K.pneumoniae*, *E.coli*, *P.aeruginosa* และ *A.baumanii* โดยปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่างๆ เหล่านี้มีหลายปัจจัยได้แก่ การใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤติ⁵⁻⁷ สภาวะการป่วยด้วยโรค hematologic malignancy และโรค chronic obstructive pulmonary disease สภาวะ neutropenia การได้รับ antibiotic และ cytotoxic agents receivers⁸ การใส่สายสวนปัสสาวะ⁹⁻¹⁰ การได้รับการผ่าตัดแผลติดเชื้อ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเป็นเวลานาน

โรงพยาบาลศูนย์ร้อยเอ็ด เปิดให้บริการประชาชนในจังหวัดและจังหวัดใกล้เคียง มีผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาด้วยภาวะ Septic Shock เป็นจำนวนมาก จากข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ถึง 2562 มีจำนวน 1,574, 1,425 และ 1,364 ราย อัตราการเสียชีวิต 38.69, 38.34 และ 42.08 ตามลำดับ¹¹ การดูแลกลุ่มผู้ป่วยมีความสำคัญยิ่งช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้พยาบาลถือเป็นผู้ที่มามีบทบาทสำคัญในการ

พยาบาลตั้งแต่แรกรับตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วยให้สามารถเข้าถึงการบริการแบบช่องทางด่วน การพยาบาลผู้ป่วยในระยะฉุกเฉินให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนดังนั้นพยาบาลจึงต้องมียุทธศาสตร์ความรู้ ทักษะในการพยาบาลและมีสมรรถนะทางการพยาบาลที่เพียงพอ ในการติดตามประเมินผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้น ต่อเนื่องจนจำหน่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือที่รวดเร็ว ได้มาตรฐาน ลดความรุนแรง ลดอัตราการเสียชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังจำหน่ายในการศึกษารุ่นนี้มีการแนวทางการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน (กอร์ดอน :1994)¹² มาประยุกต์ใช้ในการประเมินและวินิจฉัยปัญหาทางพยาบาลกรณีศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุทั้ง 2 ราย ที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ ให้รอดพ้นภาวะช็อกได้เร็วและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

การช็อกจากภาวะการติดเชื้อ (Septic shock)¹³⁻¹⁴

เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ มีสาเหตุมาจากเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อลดลงและการขนส่งออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อลดลง ซึ่งเป็นผลจากการติดเชื้อที่รุนแรงและภาวะพิษเหตุติดเชื้อ แม้ว่าเชื้อโรคนั้นจะกระจายไปทั่วร่างกายหรือจำกัดอยู่เฉพาะในบางตำแหน่งของร่างกาย ภาวะนี้ทำให้เกิดกลุ่มอาการการทำหน้าที่ผิดปกติของหลายอวัยวะและเสียชีวิตได้ ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะนี้คือเด็ก ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่อง และในผู้สูงอายุ เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันของกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ไม่สามารถจัดการกับการติดเชื้อได้มีประสิทธิภาพเท่าผู้ใหญ่ปกติ บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยช็อกเหตุพิษติดเชื้อต้องได้รับการรักษาในหน่วยอภินาถ อัตราเสียชีวิตจากช็อกเหตุพิษติดเชื้อคือประมาณร้อยละ 25 ถึง 50

พยาธิสรีรวิทยา ช่วงแรกของการช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) จะมีการหดตัวของหลอดเลือด (vasoconstriction) เรียกการตอบสนองนี้ว่า cold shock มีลักษณะที่สำคัญ คือ อัตราการไหลของเลือดออกจากหัวใจ (cardiac output) ต่ำ และมีการต้านการไหลของเลือด (peripheral resistance) สูงภาวะนี้เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะ hypovolemia หรือมีปัจจัยส่งเสริมอื่นๆ ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับสารน้ำไม่เพียงพอ มีการสูญเสียน้ำทางการหายใจและเยื่อ (sensible loss) ซึ่งในช่วงที่มีการหดตัวของหลอดเลือดนี้ ยังสามารถวัดความดันโลหิตได้ ต่อมาร่างกายจะเกิดภาวะหลอดเลือดขยาย (vasodilatation) ซึ่งภาวะนี้ เกิดจากถูกกระตุ้นด้วยสารต่างๆ ในกระบวนการตอบสนองต่อการอักเสบ ยิ่งผู้ป่วยมีภาวะขาดสารน้ำ

อย่างต่อเนื่องและเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ได้ไม่เพียงพอ เป็นเวลานานร่วมกับมีกระบวนการตอบสนองต่อการอักเสบจากการติดเชื้อที่ไม่ถูกกำจัดไปจะส่งผลต่อทำลาย เซลล์และอวัยวะที่สำคัญของร่างกายในที่สุด

อาการและอาการแสดง มีการอักเสบแบบเฉียบพลัน ขึ้นทั่วร่างกาย มักมีไข้และปริมาณเม็ดเลือดขาวสูง บางรายอาจมีเม็ดเลือดขาวและอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ ร่วมกับอาเจียนนอกจากนี้ยังพบมีกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (systemic inflammatory response syndrome ; SIRS) คือ อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น (มากกว่า 90 ครั้งต่อนาที) อัตราการหายใจเร็วขึ้น (มากกว่า 20 ครั้งต่อนาที) หรือ Pa CO₂ ต่ำกว่า 32 มิลลิเมตรปรอท ปริมาณเม็ดเลือดขาวผิดปกติ มากกว่า 12,000 หรือน้อยกว่า 4,000 หรือมีเม็ดเลือดขาวตัวอ่อน (band form) มากกว่าร้อยละ 10 และอุณหภูมิร่างกายสูงหรือต่ำกว่าปกติ คือต่ำกว่า 36 °C หรือสูงกว่า 38 °C

การตอบสนองทางภูมิคุ้มกันคือ มีการกระตุ้นโปรตีน ในระยะเฉียบพลัน (acute-phase proteins) อย่างกว้างขวางเช่นระบบคอมพลีเมนต์ (complement system) และวิถีการแข็งตัวของเลือด (coagulation pathways) ทำให้เกิดความเสียหายต่อหลอดเลือด นอกจากนี้ยังมีการกระตุ้นระบบประสาททั่วตัวต่อมไร้ท่อ ที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของร่างกาย ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ในร่างกายแม้จะให้การรักษาทันทันที ก็อาจทำให้เกิดกลุ่มอาการการทำหน้าที่ผิดปกติของหลายอวัยวะ (multiple organ dysfunction syndrome) และเสียชีวิตได้ในที่สุด

การวินิจฉัย เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ sepsis มีดังนี้

1. จากการซักประวัติและอาการแสดงตามคำจำกัดความของการติดเชื้อแต่ละชนิด
2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การเพาะเชื้อจากสิ่งส่งตรวจ และการตรวจทาง Serology ต่างๆ จะช่วยยืนยันการวินิจฉัยและช่วยในการรักษาจำเพาะมากขึ้น ส่วนภาวะ sepsis นั้น จะให้การวินิจฉัยในกรณี que ผู้ป่วยมีการติดเชื้อ หรือสงสัยมีการติดเชื้อร่วมกับอาการแสดง และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้ (1) อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียสหรือต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส (2) อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 90 ครั้ง/นาที (3) อัตราการหายใจมากกว่า 20 ครั้ง/นาทีหรือมีค่า Pa CO₂ ต่ำกว่า 32 มิลลิเมตรปรอท (4) จำนวนเม็ดเลือดขาวมากกว่า 12,000 หรือน้อยกว่า

4,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร หรือมีเม็ดเลือดขาวตัวอ่อน (immature หรือ band) มากกว่าร้อยละ 10

พยากรณ์โรค ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการรักษาเร็ว จำเพาะกับโรค จะลดอันตรายและอัตราการเสียชีวิตได้

การรักษา¹³ ได้แก่

1. การช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างรวดเร็วเพื่อให้พ้นภาวะวิกฤติ (initial resuscitation)
2. การสืบค้นสาเหตุและตำแหน่งของการติดเชื้อ เพื่อให้การรักษารวดเร็ว
3. การเก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อเพาะเชื้อที่เหมาะสม เพื่อเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนยาปฏิชีวนะ
4. การให้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำอย่างเหมาะสมและรวดเร็วภายใน 1 ชั่วโมง ที่ได้รับการวินิจฉัย
5. จัดการหรือกำจัดสาเหตุของการติดเชื้อ
6. ป้องกันการติดเชื้อซ้ำซ้อน
7. การรักษาเสริมหรือการรักษาประกอบอื่นๆ เช่น การให้สารน้ำ การให้ยาเพิ่มความดันโลหิต การให้ยากอร์ติโคสเตียรอยด์ การให้เลือดหรือสารประกอบของเลือด การรักษาระดับน้ำตาลในร่างกายให้เหมาะสม การรักษาทดแทนทางไต และการให้สารอาหาร เป็นต้น

วิธีการศึกษา

เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีอาการช็อกจากภาวะการติดเชื้อจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2562 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 เลือกผู้ป่วยแบบจำเพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ญาติและสังเกตอาการ การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ พยาธิสภาพและอาการแสดงของผู้ป่วย การรักษา ประเมินปัญหาทางการพยาบาลด้วยแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนแบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะวิกฤตระยะฟื้นฟูดูแลต่อเนื่องและระยะวางแผนจำหน่าย การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องอาศัยการประเมินคัดกรองอาการตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ความรวดเร็วในการดูแลรักษา การติดตามและประเมินอาการอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะระยะ 6 ชั่วโมงแรก มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย

การประเมิน	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	หญิงไทยอายุ 62 ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย การศึกษา ระดับประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพ เกษตรกร ภูมิลำเนาจังหวัดร้อยเอ็ด	หญิงไทยอายุ 60 ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย การศึกษา ระดับประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพ เกษตรกร ภูมิลำเนาจังหวัดร้อยเอ็ด
อาการสำคัญ ที่มาโรงพยาบาล	ไข้สูง หนาวสั่น ปวดเมื่อยตามร่างกาย/ ก่อนมาโรงพยาบาล 2 วัน	ไข้สูง หนาวสั่น ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน
การวินิจฉัยแรก ที่ รพช.	Septic shock with R/O Left Pyelonephritis	UTI with Septic shock with Severe anemia
การวินิจฉัยแรก ที่ รพศ.ร้อยเอ็ด	UTI with R/O Left Acute Pyelonephritis with Septic shock	Acute Pyelonephritis with Septic shock with AKI with Metabolic acidosis
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	2 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีไข้สูง ปวดศีรษะ หนาวสั่น ปวดเอวทั้งสองข้าง ปัสสาวะขัด จึงไปรักษาที่คลินิก สงสัย เป็นนิ่วในไต 1 วัน ต่อมาผู้ป่วยมีอาการ ไข้สูง หนาวสั่นมาก ปัสสาวะราด ดูกระวนกระวาย ญาติจึงพาไปรักษาที่ รพช.โพธิ์ชัย พบมี BP drop หายใจหอบ จึงส่งต่อมารับการรักษาที่รพศ.ร้อยเอ็ด	1 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีไข้สูง หนาวสั่น ญาติจึงพาไปรักษาที่รพช. ธวัชบุรีพบมีภาวะช็อค Hct 19 vol% BP drop จึงส่งต่อมารับการรักษา ที่ รพศ.ร้อยเอ็ด
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต
ประวัติการเจ็บป่วย ในครอบครัว	ปฏิเสธการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธการเจ็บป่วยในครอบครัว
ประวัติโรคประจำตัว	ไม่มีโรคประจำตัว	โรคเบาหวาน วัณโรคปอด โลหิตจาง
ประวัติการแพ้ยา และสารเสพติด	ปฏิเสธการแพ้ยา ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ปฏิเสธการใช้สารเสพติด	ปฏิเสธการแพ้ยา ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ปฏิเสธการใช้สารเสพติด

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบภาวะสุขภาพและการรักษาที่ได้รับ

จุดให้บริการ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ห้องฉุกเฉิน รพช.	ประกาศ Fast tack มีการดูแลตามแนวปฏิบัติแรกกับผู้ป่วยรู้เรื่องดี มีไข้สูง หนาวสั่น T 39.2 °C PR 110 ครั้งต่อนาที RR 22 ครั้งต่อนาที BP80/50 mmHg ผล UA พบ WBC10-20 / HP Load 0.9 % NSS 1,500 cc Stat Take H/C x 2 Sp. Cef-3 2 gms (vien) OD	ไม่ประกาศ Fast tack แรกกับผู้ป่วยรู้เรื่องดี มีไข้สูง หนาวสั่น T38 °C PR114 ครั้ง/นาที RR 24 ครั้ง/นาที BP 68/42 mmHg ผล UA พบ WBC >100 /HP RBC 5-10 /HP Load 0.9 % NSS 2,000 cc then 80 cc/hr Cef-3 2 gms (vien) OD 7.5% NaHCO ₃ 50 cc vien push Dopamine 1:1 rate 5 microdrop/min ประสานส่งต่อข้อมูลเพื่อส่งผู้ป่วยรักษาต่อ
ห้องฉุกเฉิน รพช.	แรกกับผู้ป่วยรู้เรื่องดี ไข้สูง หายใจหอบ On O ₂ Mask c bag 10 LPM T39 °C P 110 ครั้ง/นาที RR 28 ครั้ง/นาที BP75/31 mmHg เปิด IV 2 เส้น แล้ว Load 0.9 % NSS 1,500 cc stat then 120 cc /hr , On Levopred (4 : 250) จอม ICU (เตียงไม่ว่าง) จึงให้ admitt หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม	แรกกับผู้ป่วยรู้เรื่องดี ทำทางอ่อนเพลีย หายใจหอบ T 36.9 °C P100 ครั้ง/นาที RR 28 ครั้ง/นาที BP 69/48 mmHg 0.9 % NSS 1,000 cc stat then 10 cc /hr Levopred 8 mg in 5% D/W 500 cc rate 20 ml /hr, 7.5% NaHCO ₃ 100 cc vien drip
การดูแลที่หอผู้ป่วย อายุรกรรม	ใน 24 ชม. แรก มีการดูแลติดตามประเมินภาวะช็อกอย่างใกล้ชิด ปรับ Levopred (4 : 250) keep BP ≥90/60 mmHg /MAP >65 mmHg มีการประเมินทุก 1 - 2 ชม. ดูแลการได้รับสารน้ำทุก 2 ชม. Record I/O ติดตามประเมินจนผู้ป่วยพ้นภาวะช็อก และหยุดยา Levopred ได้ภายใน 2 วัน ด้านการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ได้ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Cef-3 2 gms (vien) OD x 7 days และภาวะโปตัสเซียมและฟอสฟอรัสที่ต่ำได้มีการดูแลแก้ไขจนผลการตรวจซ้ำค่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำหน่ายทุเลา จำนวนวันนอน 7 วัน	admitt หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม ใน 24 ชม.แรกของการดูแล มีการติดตามประเมินภาวะช็อก มีการปรับ Levopred (4 : 250) เพิ่ม/ลดทีละ 3 - 5 ml /hr ทุก 10 นาที) เพื่อ keep BP ≥90/60mmHg /MAP >65 mmHg Record I/O ติดตามประเมินจนผู้ป่วยพ้นภาวะช็อก และหยุดยา Levopred ได้ภายใน 3 วัน ภาวะ Metabolic acidosis และโลหิตจาง มีการแก้ไขจนอาการดีขึ้น ส่วนการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะมีให้ยาปฏิชีวนะ ใน Ceftaxidine 2 gms vien OD x 13 days และภาวะโปตัสเซียมต่ำได้มีการดูแลแก้ไข (แพทย์ไม่มีคำสั่งตรวจซ้ำ) จำหน่ายทุเลา จำนวนวันนอน 13 วัน

ผลการศึกษา

การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยและการพยาบาลและผลลัพธ์¹⁴⁻¹⁶ ได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของ Gordon มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณโดยแบ่งปฏิบัติการพยาบาลเป็น 3 ระยะ คือ ระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟูและดูแลต่อเนื่องและระยะวางแผนจำหน่ายโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบแบบแผนการรักษาทางสุขภาพ

แบบแผนการรักษาทางสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ	- ดูแลตนเองได้ รับรู้การเจ็บป่วย มีบุตรสาวเป็นผู้ดูแลขณะอยู่โรงพยาบาล	- ดูแลตนเองได้ รับรู้การเจ็บป่วย มีบุตรสาวเป็นผู้ดูแลขณะอยู่โรงพยาบาล
2. อาหารและการเผาผลาญอาหาร	- รับประทานอาหารปกติครบ 3 มื้อ	- รับประทานอาหารได้น้อย ด้วยต้องจำกัดอาหารงดเค็มหวาน
3. การขับถ่าย	- ขับถ่ายปัสสาวะวันละ 3 - 4 ครั้ง อุจจาระวันละ 1 ครั้ง ได้รับวินิจฉัย มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	- ขับถ่ายปัสสาวะวันละ 3 - 4 ครั้ง และมีการท้องผูกได้รับยาระบาย ได้รับวินิจฉัยมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย	- การออกกำลังกายไม่ได้ปฏิบัติเป็นประจำ ขณะอยู่ในโรงพยาบาลมีการจำกัดกิจกรรมบนเตียง	- การออกกำลังกายไม่ได้ปฏิบัติเป็นประจำ ขณะอยู่ในโรงพยาบาลมีการจำกัดกิจกรรมบนเตียง
5. การพักผ่อนนอนหลับ	- พักผ่อนโดยการนอนหลับวันละ 7 - 8 ชั่วโมง ขณะอยู่โรงพยาบาล พักผ่อนได้เพียงพอ	- พักผ่อนโดยการนอนหลับวันละ 6 ชั่วโมง ขณะอยู่โรงพยาบาลพักผ่อนได้น้อยนอนหลับไม่สนิท
6. สถิติปัญหาและการรับรู้	- การรับรู้กระบวนการคิดการตัดสินใจเหมาะสมขณะอยู่โรงพยาบาลรับรู้ถึงโรคภัยของตนเอง มั่นใจว่าจะหาย	- การรับรู้กระบวนการคิดการตัดสินใจเหมาะสมขณะอยู่โรงพยาบาลรับรู้ถึงโรคภัยของตนเองกังวลว่าจะไม่หาย
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	- รับรู้ว่าตนเองมีคุณค่าต่อสมาชิกในครอบครัว พึ่งพาตนเองได้	- รับรู้ว่าตนเองมีคุณค่าต่อสมาชิกในครอบครัว แต่ต้องพึ่งพาครอบครัวในการดูแล
8. บทบาทและสัมพันธภาพ	- สมาชิกในครอบครัวรักใคร่กันดี	- สมาชิกในครอบครัวรักใคร่กันดี
9. เพศและการเจริญพันธุ์	- ไม่มีปัญหา	- ไม่มีปัญหา
10. ความเครียดและความทนทานกับความเครียด	- เป็นคนร่าเริงแจ่มใส ชอบเข้าสังคม	- เป็นคนร่าเริงแจ่มใส คิดว่าเป็นภาระกับครอบครัว
11. คุณค่าและความเชื่อ	- เชื่อไสยศาสตร์ นับถือศาสนาพุทธ	- เชื่อไสยศาสตร์ นับถือศาสนาพุทธ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัย แผนการพยาบาลและผลลัพธ์ในระยะวิกฤตระยะฟื้นฟูดูแลต่อเนื่องและระยะวางแผนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	การวางแผนการพยาบาล	ผลลัพธ์กรณีศึกษาที่ 1	ผลลัพธ์กรณีศึกษาที่ 2
ระยะวิกฤต			
1. มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	1. ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ 2. ดูแลให้ยา Levopred (4 : 250) ปรับเพิ่ม เพื่อ keep BP $\geq$90/60 mmHg/ MAP $>$65 mmHg 3. บันทึกสารน้ำที่เข้าและออก	ภาวะช็อกได้รับการดูแลแก้ไข และผู้ป่วยปลอดภัย มีความสมดุลของน้ำเข้า-ออก	ภาวะช็อกได้รับการดูแลแก้ไข และผู้ป่วยปลอดภัย มีความสมดุลของน้ำเข้า-ออก
2. มีภาวะ Metabolic Acidosis	1. ประเมินภาวะช็อก และติดตามอาการ อาการแสดง ระดับความรู้สึกตัว อาการหายใจหอบ กระสับกระส่าย 2. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 3. ติดตามค่า O₂ sat และ ABG	ไม่พบปัญหา	ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของ Metabolic Acidosis (ไม่มีคำสั่ง Repeat ABG)
3. มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	1. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา 2. ประเมินอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง 3. ติดตามผลการตรวจปัสสาวะ	T 36.4 °C UA พบ WBC 0 - 1/HP ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะรูปแบบฉีดรวมระยะเวลา 7 วัน	T 36.6 °C ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะรูปแบบฉีดรวมระยะเวลา 13 วัน
4. มีภาวะเสียสมดุลย์ของอิเล็กโทรไลต์	1. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะโปตัสเซียมฟอสฟอรัส ในเลือดต่ำ 2. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง หรือตามความจำเป็น 3. ดูแลการได้รับ KCl Elixir	ผล K⁺ 4.1 mmol/L PO4 3.7 mmol/L	ผล K⁺ 2.9 mmol/L (แต่ผู้ป่วยได้รับประทานยา KCl Elixir 30 cc x 3 dose) แพทย์ไม่มีคำสั่งตรวจโปตัสเซียมในเลือดซ้ำ ระยะฟื้นฟูและดูแลต่อเนื่อง
ระยะฟื้นฟูและดูแลต่อเนื่อง			
1. ผู้ป่วยมีปัญหาภาวะไตวายเฉียบพลันที่กำลังฟื้นตัว	1. วัดสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัว 2. บันทึกสารน้ำที่เข้าและออกทุก 8 ชั่วโมง 3. ควบคุมการให้สารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำโดยผ่านเครื่องควบคุมปริมาตร	ไตทำงานปกติ BUN 9 mg/dl Cr. 0.87 mg/dl ผู้ป่วยเรื่องดี ไม่มีอาการ คลื่นไส้อาเจียน มีความสมดุลของน้ำเข้า-ออก	แนวโน้มการทำงานของไตดีขึ้น BUN 27 mg/dl Cr. 3.11 mg/dl ผู้ป่วยเรื่องดี ไม่มีอาการ คลื่นไส้อาเจียน มีความสมดุลของน้ำเข้า-ออก

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัย แผนการพยาบาลและผลลัพธ์ในระยะวิกฤตระยะฟื้นฟูดูแลต่อเนื่องและระยะวางแผนจำหน่าย (ต่อ)

ข้อวินิจฉัย การพยาบาล	การวางแผน การพยาบาล	ผลลัพธ์ กรณีศึกษาที่ 1	ผลลัพธ์ กรณีศึกษาที่ 2
	4. ฟังเสียงปอดทุกแฉะเพื่อ ประเมินภาวะ Pulmonary edema	ฟังเสียงปอดไม่มีความผิดปกติ	ฟังเสียงปอดไม่มีความผิดปกติ
	5. ติดตามการทำงานของไต ตามแผนการรักษา		
2. ผู้ป่วยและญาติมีความ วิตกกังวลเกี่ยวกับ อาการเจ็บป่วย	1. ประเมินความรู้ความเข้าใจ ของผู้ป่วยและญาติ ในเรื่องโรค อาการ แนวทาง การดูแลรักษาที่ได้รับ เพื่อให้ข้อมูลได้ถูกต้อง เหมาะสม	สื่อนำผู้ป่วยและญาติ แสดงออกถึงความสบายใจ มีรอยยิ้ม และบอกว่าเข้าใจ และเครียดน้อยลง ดีใจที่จะได้กลับบ้าน	เมื่อประเมินผู้ป่วยและญาติ พบว่ามีความรู้และเข้าใจมากขึ้น ดีใจที่จะได้กลับบ้าน ไม่มี ความกังวลแล้ว
	2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ได้ซักถามข้อสงสัยพร้อมทั้ง ตอบคำถามให้ชัดเจน		
ระยะวางแผนจำหน่าย			
1. ขาดความรู้ในการ ปฏิบัติตัวที่บ้าน วางแผนการจำหน่าย โดยใช้หลัก D-M-E-T-H-O-D	ระยะวางแผนจำหน่าย ประเมินความพร้อมในการ ปฏิบัติตัวเมื่อไปอยู่บ้าน และ แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับ ไปบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	ระยะวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และ เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น ยาที่จะต้องรับประทานต่อที่บ้าน และการมาพบแพทย์ตามนัด	ระยะวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และ เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น ยาที่จะต้องรับประทานต่อที่บ้าน และรับทราบถึงสาเหตุของการ ที่แพทย์ให้งดยาเบาหวานและ ความดันโลหิตสูงไว้ก่อน

วิจารณ์

กรณีศึกษาทั้งสองรายเป็นผู้ป่วยที่มีอาการช็อกจากภาวะการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเหมือนกัน และมีภาวะแทรกซ้อนทั้งเหมือนกันคือมีภาวะ Acute Kidney injury และ Hypokalemia ส่วนที่ต่างกันคือกรณีศึกษา รายที่ 2 มี Metabolic acidosis ร่วมด้วยสิ่งที่สำคัญในปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูและลดภาวะแทรกซ้อนในการ ศึกษาครั้งนี้คือการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว กรณีศึกษารายที่ 1 พบว่าระบบบริการจากโรงพยาบาลชุมชน มีการดูแล ตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วย การประเมิน การเฝ้าระวังติดตามอาการ ตลอดจนการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ประกาศ Fast track ก่อนที่จะส่งผู้ป่วยมารักษา ขณะที่กรณีศึกษารายที่ 2 ไม่ได้มีการคัดกรองและไม่ได้ประกาศ Fast track จากโรงพยาบาลชุมชนและเมื่อมาถึงโรงพยาบาลร้อยเอ็ดก็ไม่ได้ประกาศ Fast track เช่นกันร่วมกับมีประวัติ เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโลหิตจางด้วย ยิ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มของความเสี่ยงของโรค และภาวะแทรกซ้อนมากกว่ากรณีศึกษารายที่ 1 นอนรักษานานกว่ากรณีศึกษาที่ 1 เกือบเท่าตัว (กรณีศึกษารายที่ 1 วันนอน 7 วัน กรณีศึกษารายที่ 2 วันนอน 13 วัน) การฟื้นตัวของไตช้ากว่ากรณีศึกษารายที่ 1 และต้องติดตาม ประเมินอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดไตวายเรื้อรังตามมาสิ่งที่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการพยาบาล ผู้ป่วยช็อกจากภาวะการติดเชื้อ คือ การประเมินการดูแลที่รวดเร็วทันเวลา ซึ่งได้แก่ (1) การเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อ

ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ (2) การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย (3) การดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ (4) การมีความรู้เรื่องของการปรับยากระตุ้นความดันให้ได้ตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ (5) การประเมินอาการและอาการแสดง และ (6) การวัดสัญญาณชีพ เพื่อให้สามารถแก้ไขภาวะวิกฤตได้อย่างทันท่วงที ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ข้อยุติ

การพยาบาลผู้ป่วยที่ซื้อจากภาวะการติดเชื้อนั้นถือเป็นความท้าทายของพยาบาลโดยเฉพาะพยาบาลที่อยู่ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลทุกระดับ รวมทั้งพยาบาลที่ประจำในหอผู้ป่วยที่ต้องรับดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องต้องสามารถประเมินคัดกรองให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการได้เร็วและได้รับการดูแลอย่างมีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพในเครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ดได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบช่องทางด่วน (Fast track) มีการศึกษาทบทวนและแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดนำไปปฏิบัติอย่างเคร่งครัดและครอบคลุมทั้งจังหวัด ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย



กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษา ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่อนุญาตให้ได้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการศึกษากรรณศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้งานศึกษารั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

● บรรณานุกรม ●

1. Rosenthal VD, Maki DG, Jamulitrat S, Medeiros EA, Todi SK, Gomez DY, et al. International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary for 2003-2008, issued June 2009. *Am J Infect Control*. 2010 Mar;38(2):95-104.e2.
2. Danchaivijitr S, Dhiraputra C, Santiprasitkul S, Judaeng T. Prevalence and impacts of nosocomial infection in Thailand 2001. *J Med Assoc Thai*. 2005;88(Suppl 10):S1-9.
3. Danchaivijitr S, Judaeng T, Sripalakij S, Naksawas K, Plipat T. Prevalence of nosocomial infection in Thailand 2006. *J-Med AssocThail*. 2007;90(8):1524.
4. Dejsirilert S, Suankratay C, Trakulsomboon S, Thongmali O, Sawanpanyalert P, Aswapokee N, et al. National Antimicrobial Resistance Surveillance, Thailand (NARST) data among clinical isolates of *Pseudomonas aeruginosa* in Thailand from 2000 to 2005. *J Med Assoc Thai ChotmaihtThangphaet*. 2009 Aug; 92Suppl 4:S68-75.
5. Petdachai W. Ventilator-associated pneumonia in a newborn intensive care unit. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2004 Sep;35(3):724-9.
6. Bayani M, Siadati S, Rajabnia R, Taher AA. Drug Resistance of *Pseudomonas aeruginosa* and *Enterobacter cloacae* Isolated from ICU, Babol, Northern Iran. *Int J Mol Cell Med*. 2013;2(4): 204-9.
7. Gurung J, Khyriem AB, Banik A, Lyngdoh WV, Choudhury B, Bhattacharyya P. Association of biofilm production with multidrug resistance among clinical isolates of *Acinetobacter baumannii* and *Pseudomonas aeruginosa* from intensive care unit. *Indian J Crit Care Med Peer-Rev Off Publ Indian SocCrit Care Med*. 2013 Jul;17(4) : 214-8.
8. Siripassorn K, Santiprasitkul S, Udompanthurak S, Thamlikitkul V. Risk factors for *Pseudomonas aeruginosa* bacteremia in Thai patients. *J Med AssocThailChotmaihtThangphaet*. 2002 Oct; 85(10) : 1095-9.
9. Rhodes D, Cheng AC, McLellan S, Guerra P, Karanfilovska D, Aitchison S, et al. Reducing *Staphylococcus aureus* bloodstream infections associated with peripheral intravenous cannulae: successful implementation of a care bundle at a large Australian health service. *J Hosp Infect*. 2016 Jun 7;
10. Nuvials X, Palomar M, Alvarez-Lerma F, Olachea P, Otero S, Uriona S, et al. Primary bacteriemia and catheter related bloodstream infection in patients admitted to ICU. risk factors associated with mortality. ENVIN-HELICS registry data. *Intensive Care Med Exp*. 2015 Dec;3(Suppl 1):A889.
11. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติอัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (อินเทอร์เน็ต) 2563 เข้าถึงจาก : <http://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/>.
12. พรพรรณ กุ๊มานะชัย. กลุ่มอาการเซ็ปซิส.ศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล (บรรณาธิการ). ภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ เล่ม 1. กรุงเทพฯ : โฮลิสติก พับลิชชิ่ง ; 2557.
13. แผนกอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลเลิดสินกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการรักษา severe sepsis และ septic shock. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ; 2554.
14. อภิรักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย. ตำราโรคติดเชื้อ. พรหมทิพย์ ฉายากุล, ชัยณู พันธุ์เจริญ,
15. ชุณนา สอนกระต่าย, สุรภี เทียนกริม, เพลินจินทร์เชษฐโชติศักดิ์, ถนอมศักดิ์ อเนกชนานนท์ และคณะ (บรรณาธิการ). : โฮลิสติกพับลิชชิ่ง จำกัด ; 2548.
16. วิจิตรา กุสุมภ์. (2560)การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต.กรุงเทพฯ:ห้างหุ้นส่วนจำกัดสามัญนิติบุคคล
17. สุกัญญา ชัชวาล.การพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อและมีภาวะการหายใจล้มเหลว. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2558 ; 12(2) : 138-142

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกเกินซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน
ที่ได้รับการฟอกเลือดแบบต่อเนื่อง (CRRT) : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Patients with Metformin associated Lactic Acidosis and Continuous Renal Replacement Therapy (CRRT) : 2 Cases Study.

ยวดี บุญลอย*
Yuwadee Boonloi

ABSTRACT

Background : Metformin was a medicine using for treating the diabetes patients. It could reduce sugar in one's blood by developing glucose from one's liver, and increase the glucose back to one's cell by increasing the sensitivity of insulin. Therefore, it was used as priority in treating the second type of diabetes mellitus. Side effects through the use of Metformin which is severe until the patients might be dead : Metformin associated Lactic Acidosis (MALA). In crisis situations, needed the emergent care are the medicine, water substance through the veins, supportive breathing system by using the respirator, and hemodialysis through the Continuous Renal Replacement Therapy (CRRT) as a new innovation and high efficiency especially for the patients with unstable vital signs.,The nurses in Intensive Care Unit played an important role in caring the patients for reducing death rate and preventing one's complications which could be prevented. The researcher used FANCAS framework for evaluating the ranks of patients' major problems as well as applying in the nursing process so that the patients would be treated quickly, correctly, safely, and plan for systematicand holistic discharging with multidisciplinary to prepare readiness for the patients and their relatives for being able to take care their own health.

Case Study : Found that both of patients with Metformin associated Lactic Acidosis (MALA). They were treated by Continuous renal replacement Therapy(CRRT) for reducing over lactic acid in one's body. Case Study 1 : It was found shocking symptom from infection, being treated for 4 days. After being sent to the nearby nursing institution. It was found that both of case study were not being in crisis situation. The patients and their relatives were able to adjust themselves with the illness. They had knowledge as well as comprehension in behaving themselves appropriately

Keywords : Metformin associated Lactic Acidosis (MALA), Continuous Renal Replacement Therapy CRRT)

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น

บทคัดย่อ

บทนำ : ยาเมทฟอร์มิน (Metformin) เป็นยาที่ใช้รักษาโรคเบาหวาน สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดโดยการสร้างกลูโคสจากตับ เพิ่มการใช้กลูโคสกลับเข้าเซลล์จากการเพิ่มความไวของอินซูลินจึงมีการใช้เป็นอันดับแรกในการรักษาเบาหวานชนิดที่ 2 ผลข้างเคียงจากการใช้ยาเมทฟอร์มิน (Metformin) ที่มีผลรุนแรงถึงขั้นทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้คือภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกเกิน ซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน (MALA) ในภาวะวิกฤตนี้ต้องการการรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วนได้แก่ การให้ยา การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การปรับระบบหายใจ โดยการใช้เครื่องช่วยหายใจ และการฟอกเลือดแบบต่อเนื่อง Continuous renal replacement Therapy (CRRT) ซึ่งเป็นวิทยาการใหม่และมีประสิทธิภาพสูง โดยเฉพาะการรักษาผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพไม่คงที่ พยาบาลในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต จึงมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อลดอัตราการตายและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ผู้ศึกษาได้นำกรอบแนวคิด FANCAS ประเมินลำดับปัญหาสำคัญของผู้ป่วยมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็ว ถูกต้องและปลอดภัย รวมถึงการวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบองค์รวมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยและญาติให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกเกินซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน (MALA) และได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดแบบต่อเนื่อง เพื่อลดภาวะกรดแลคติกเกินในร่างกาย กรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ เป็นสาเหตุให้ความดันโลหิตต่ำต้องให้ยาเพิ่มความดันโลหิต อยู่รักษา 4 วัน กรณีศึกษารายที่ 2 ไม่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ อยู่รักษา 4 วัน เมื่อส่งต่อไปยังสถานพยาบาลใกล้บ้าน พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายพ้นระยะวิกฤต ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพความเจ็บป่วยมีความรู้และเข้าใจในการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : ภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกเกินซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน (MALA), การฟอกเลือดแบบต่อเนื่อง (CRRT)



บทนำ

ยาเมทฟอร์มิน (Metformin) เป็นยารักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะร่างกายดื้อต่อฮอร์โมนอินซูลินหรือร่างกายไม่สามารถนำฮอร์โมนอินซูลินมาใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่ ทำให้การเผาผลาญน้ำตาลของร่างกายด้อยประสิทธิภาพลง ยานี้เป็นยารับประทานในรูปแบบยาเม็ด มีขนาด 500 มิลลิกรัม และ 850 มิลลิกรัมต่อเม็ด สามารถใช้เป็นยาเดี่ยวหรืออาจใช้ร่วมกับยากกลุ่มซัลโฟนิลยูเรียส (Sulfonylureas) และอินซูลิน (Insulin) ควบคู่กับการควบคุมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ยาดังกล่าวเป็นยาที่ถูก

จัดอยู่ในรายการยาจำเป็น (List of essential medicines) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ซึ่งถือเป็นยาพื้นฐานอีกตัวหนึ่งของระบบสาธารณสุข¹

สถานการณ์

ภาวะ Lactic acidosis ที่สัมพันธ์กับการใช้ยา Metformin (MALA) มีอุบัติการณ์ค่อนข้างต่ำ ซึ่งเคยมีรายงานในผู้ป่วย 11,800 ราย ที่รักษาด้วยยา Metformin เฉลี่ย 2 ปี มีเพียง 2 ราย ที่เกิดภาวะ Lactic acidosis (อุบัติการณ์ 9 ราย ต่อ 100,000 ราย/ปีที่ได้รับยา) อย่างไรก็ตาม ในระยะหลังมีรายงานเพิ่มมากขึ้นเช่น

47-57 รายต่อ 100,000 ราย/ปีที่ได้รับยา) และอุบัติการณ์ที่ประเมินไว้ต่ำกว่าความเป็นจริงเนื่องจากบางครั้งสับสนกับภาวะอื่นๆ เช่น ketoacidosis ส่วนการรายงานอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 30 - 50^{2, 3}

จากข้อมูลโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะ Lactic acidosis ที่สัมพันธ์กับการใช้ยา Metformin พ.ศ. 2561 - 2562 มีจำนวน 269 ราย⁴ และมีผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมเป็นจำนวน 45 ราย มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 17.64 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงและอยู่ในภาวะวิกฤตจะต้องได้รับการประเมินปัญหา การวินิจฉัยอย่างรวดเร็วถูกต้องการนำใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูง ทั้งนี้เพื่อช่วยให้พ้นจากภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิตหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด ในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพยาธิสภาพ การดำเนินของโรค ปัญหาสุขภาพ การรักษาพยาบาล และผลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกเกินซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน (MALA) และได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดแบบต่อเนื่อง (CRRT)

คำจำกัดความ¹

ภาวะเลือดเป็นกรด (Lactic acidosis) หมายถึง ภาวะที่กรดแลคติก (Lactic acid) ในเลือดมีปริมาณสูงมากกว่า 5 มิลลิโมลต่อลิตร ($> 5 \text{ mmol/L}$) ทำให้ค่าความเป็นกรดในเลือดต่ำกว่าปกติ ($\text{pH} \leq 7.35$) เพราะร่างกายไม่สามารถรักษาสสมดุลกรด-ด่าง ภาวะนี้สามารถเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุเช่น 1) ภาวะที่ร่างกายได้รับออกซิเจนหรือเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ไม่เพียงพอ (hypoperfusion) 2) ผู้ที่ร่างกายมีปัญหาเกี่ยวกับการเผาผลาญกรดแลคติก เช่นผู้ป่วยโรคไต โรคตับ และโรคพิษสุราเรื้อรัง 3) สาเหตุการใช้ยาหลายชนิดเช่น กลุ่มยา biguanides, alcohols, iron, isoniazids, zidovudine และ Salicylates เป็นต้น

พยาธิกำเนิด⁵

สำหรับกลไกในการเกิด MALA อธิบายจากการที่ Metformin ไปยับยั้ง Hepatic gluconeogenesis จากสาร Lactate, Pyruvate และ Alanine รวมทั้งยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ Pyruvate Carboxylase ที่ทำหน้าที่ในการสร้างกลูโคสจากสาร Lactate จึงทำให้เกิดการค้างของสาร Lactate (1) ส่วนกลไกอื่นคือ การเปลี่ยนแปลงจาก aerobic เป็น anaerobic metabolism ทำให้เปลี่ยนกลูโคสเป็นสาร Lactate ในบริเวณ

หลอดเลือด Splanchnic ของลำไส้เล็ก

การวินิจฉัย⁴⁻⁵

อาการทั่วไปของภาวะ Lactic acidosis ไม่มีลักษณะเฉพาะ อาจมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน หรือปวดท้อง บางทีทำให้มีอาการเชื่องซึม หายใจหอบ หรือความดันโลหิตต่ำได้ โดยทั่วไปวินิจฉัยจากประวัติการได้รับยา Metformin ร่วมกับมีภาวะ metabolic acidosis (arterial $\text{pH} < 7.35$ และ plasma lactate $> 5.0 \text{ mmol/L}$ นอกจากนี้สามารถตรวจระดับยา Metformin ในเลือดได้และมีค่ามากกว่า 5 mcg/ml ก็จะช่วยสนับสนุนว่าเป็นสาเหตุ ส่วนภาวะอื่นที่ควรวินิจฉัยแยกโรค ได้แก่ ภาวะ Lactic acidosis จากสาเหตุอื่นๆ ซึ่งระดับ plasma lactate จะสูงเช่นเดียวกันแต่ไม่มีประวัติการได้รับยา Metformin มาก่อน และภาวะ Ketoacidosis ซึ่งจะตรวจพบ serum ketone ให้ผลบวก

การรักษา⁵

ให้วินิจฉัยภาวะนี้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดน้ำต้องรีบแก้ไขโดยให้สารน้ำทดแทน บางรายมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง ต้องให้ยาลดระดับโพแทสเซียมแก้ไขอย่างเร่งด่วน ส่วนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) พบว่าได้ผลดี โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะเลือดเป็นกรดรุนแรง ($\text{pH} < 7$) เพราะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะช่วยแก้ไขภาวะเลือดเป็นกรดพร้อมทั้งสามารถกำจัดยา Metformin ออกจากร่างกายได้ มีบางรายงานใช้วิธีฟอกเลือดอย่างต่อเนื่องด้วยวิธี continuous venovenous high flow hemofiltration dialysis ก็มีประสิทธิผลที่สูง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพไม่คงที่

การป้องกัน⁵

เนื่องจากยา Metformin จะมีการสะสมในผู้ป่วยได้ถ้าการทำงานของไตผิดปกติ ($\text{eGFR} < 60 \text{ ml/min/1.73m}^2$) ซึ่งพบว่าผู้ป่วย MALA แทบทุกรายจะมีไตวายฉับพลันด้วยเสมอ ผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรังอยู่เดิมจึงมีโอกาสเกิดภาวะนี้ได้มากขึ้น ดังนั้นข้อห้ามสัมบูรณ์ (absolutely contraindication) สำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังคือ โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 - 5 ($\text{eGFR} < 30 \text{ ml/min/1.73m}^2$) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตลดลงปานกลาง ($\text{eGFR} 30 - 44 \text{ ml/min/1.73m}^2$) ควรใช้ด้วยความระมัดระวัง

วิธีการศึกษา

ศึกษาเป็นรายกรณีแบบเฉพาะเจาะจง เปรียบเทียบในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกเกินซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน (MALA) และได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดแบบต่อเนื่อง (CRRT) จำนวน 2 ราย ระหว่าง 1 พฤศจิกายน - 31 ธันวาคม 2562 เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและการสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษาจำนวน 2 ราย เป็นเพศหญิง วัยผู้ใหญ่ ตอนปลายและสูงอายุ เข้ารับการรักษาวันที่ 19 พฤศจิกายน 2562 และ 16 ธันวาคม 2562 ทั้ง 2 ราย มาด้วยอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง หายใจหอบ ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน และได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจก่อนส่งมาโรงพยาบาลขอนแก่น ผู้ศึกษาได้ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ตามตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกเกินซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน (MALA) จำนวน 2 ราย

ประเด็นการเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. พฤติกรรมสุขภาพ	หญิงไทย อายุ 67 ปี มีประวัติเจ็บป่วยในอดีตด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง อาการสำคัญ 6 ชั่วโมงก่อนมา มีอาการซึมลง เหนื่อยอ่อนเพลีย ปวดท้อง ถ่ายเหลว 2 ครั้ง มีความดันโลหิตต่ำ แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจส่งต่อจากโรงพยาบาลบ้านไผ่	หญิงไทย อายุ 56 ปี มีประวัติเจ็บป่วยในอดีตด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง อาการสำคัญคือ 1 วันก่อนมามีอาการคลื่นไส้ อาเจียน 4 ครั้ง และมีอาการถ่ายเหลว 4 ครั้ง ร่วมกับอาการหอบลึก แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ ส่งต่อจากโรงพยาบาลหนองเรือ
วิเคราะห์ประเด็นพฤติกรรมสุขภาพ	ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคเบาหวานและได้รับยา Metformin รายที่ 1 ได้รับยา Metformin (500 mg) 2 เม็ด 2 เวลาหลังอาหาร ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับยา Metformin (500 mg) 1 เม็ด 3 เวลา หลังอาหาร ทั้ง 2 รายรับประทานยาและได้รับการตรวจตามนัดสม่ำเสมอที่สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน	
2. การวินิจฉัยพยาธิสภาพอาการและอาการแสดง	แรกรับที่โรงพยาบาลบ้านไผ่ ผู้ป่วยรู้ตัวค่อนข้างซึม E1V3M5 pupil 3:3 mmRTL BP60/39 mmHg ได้รับยา Levophed 4 : 250 v 10-30 ml/Hr ถึงห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลขอนแก่น มีอาการซึมมาก แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ Dx. Alteration of conscious Hx. abdominal pain c AKI c severe metabolic acidosis E1VTM4 pupil 3:3 min RTL BE รับไว้รักษาหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 (เนื่องจาก ICU อายุรกรรมเต็ม) on Ventilator, Retain NG tube, Retain Foley's catheter เจาะเลือดผลกรดแลคติก 24.5, pH 7.08 และย้ายเข้า ICU อายุรกรรม 1 ภายใน 4 ชม. เริ่มรักษาด้วยการฟอกเลือด	แรกรับที่โรงพยาบาลหนองเรือ ผู้ป่วยรู้สึกตัวพอรู้เรื่อง แต่มีอาการหายใจหอบลึก แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ BP193/81 mmHg O ₂ sat100% ถึงห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลขอนแก่น E4VTM6 Dx.AGEc MALA c AKI รับไว้รักษาที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 on Ventilator, Retain NG tube, Retain Foley's catheter เจาะเลือดผลกรดแลคติก 4.3, pH 7.28 เริ่มรักษาด้วยการฟอกเลือดแบบต่อเนื่อง (CRRT) 2 วัน ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผล pH 7.43 สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจในวันที่ 3 หลังการรักษาให้ O ₂ canula 5 LPM หายใจสม่ำเสมอไม่หอบ รับประทานอาหารได้

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกเกินซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน (MALA) จำนวน 2 ราย (ต่อ)

ประเด็น การเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	แบบต่อเนื่อง(CRRT) 2 วัน ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผล pH7.5 สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจในวันที่ 3 หลังการรักษา ให้ O2 canula 5 LPM หายใจสม่ำเสมอ ไม่หอบ รับประทานอาหารได้ สัญญาณชีพปกติ ย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรมไปยังหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 รวมระยะเวลาอยู่รักษา 4 วัน ส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อเนื่องจากที่ รพ.หนองเรือ ในวันที่ 20 ธ.ค. 2562 การวินิจฉัยโรค ได้แก่ MALA c AKI อายุรกรรมไปยังหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 รวมระยะเวลาอยู่รักษา 4 วัน ส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อเนื่องจากที่ รพ.บ้านไผ่ ในวันที่ 22 พ.ย. 2562 การวินิจฉัยโรค ได้แก่ MALA c ATN (Diuresis phase)	สัญญาณชีพปกติ ย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรมไปยังหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 รวมระยะเวลาอยู่รักษา 4 วัน ส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อเนื่องจากที่ รพ.หนองเรือ ในวันที่ 20 ธ.ค. 2562 การวินิจฉัยโรค ได้แก่ MALA c AKI
วิเคราะห์ประเด็น การวินิจฉัยพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีภาวะกรดแลคติกเกินซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยา Metformin มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลายครั้ง ถ่ายเหลวหลายครั้ง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีภาวะกรดแลคติกเกิน 24.5 และ 4.3 ผล pH 7.08 และ 7.28 แสดงถึงความรุนแรงของพยาธิสภาพไม่แตกต่างกันและการหายใจไม่สม่ำเสมอ ทั้งนี้หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างรีบด่วนผู้ป่วยอาจเสียชีวิต ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการวินิจฉัยและการดูแลรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วทำให้พยาธิสภาพดีขึ้น ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความรุนแรงเพิ่มจากมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อร่วมด้วยและได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต (Vasopressor)	
3. การรักษาภาวะเลือด เป็นกรด แลคติกเกิน ซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยา เมทฟอร์มิน (MALA)	การรักษาด้วยการฟอกเลือดแบบต่อเนื่อง (CRRT) ใน 9 ชั่วโมงของวันแรกเข้ารักษา	การรักษาด้วยการฟอกเลือดแบบต่อเนื่อง (CRRT) ใน 4 ชั่วโมงของวันแรกเข้ารักษา
วิเคราะห์การรักษาภาวะ เลือดเป็นกรดแลคติกเกิน ซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยา เมทฟอร์มิน (MALA)	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดแบบต่อเนื่อง (CRRT) ในวันแรกของการเข้ารักษา เป็นการใช่วิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพจัดภาวะกรดแลคติกเกิน, ของเสียคั่ง, ภาวะ Volume overload และยา ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรคไตและแพทย์เวชบำบัดวิกฤตจึงทำให้การรักษารวดเร็วทันเวลา ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเป็นลำดับ ลดภาวะแทรกซ้อนและระยะวันนอนในโรงพยาบาล	

ผลการศึกษา

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบว่าผู้ป่วยมีประวัติการรับประทานยา Metformin ซึ่งเป็นยาตัวแรกที่ถูกแนะนำให้ใช้ในการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เนื่องจากมีประสิทธิภาพในการลดระดับน้ำตาล มีผลข้างเคียงเรื่องน้ำตาลต่ำน้อย ยาสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดโดยลดระดับน้ำตาลจากตับ เพิ่มการนำน้ำตาลไปใช้ของเนื้อเยื่อร่างกาย ผลข้างเคียงที่สำคัญคือภาวะเลือดเป็นกรดโดยตรวจพบกรดแลคติกในเลือดปริมาณสูงตั้งแต่ 5 มิลลิโมล/ลิตร

และมีค่าความเป็นกรดในเลือด (pH) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7.35 ในระยะแรกพบว่าผู้ป่วยมีภาวะระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง การหายใจหอบลึก ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยปริมาตรและความดัน รวมทั้งได้รับการบำบัดด้วยการฟอกเลือดแบบต่อเนื่อง (CRRT) ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการพยาบาลตามระยะการเจ็บป่วยดังนี้

กิจกรรมการพยาบาล

ระยะแรกเริ่ม เป้าหมายการพยาบาลระยะนี้ เพื่อแก้ไขและบรรเทาปัญหาระยะวิกฤตที่คุกคามชีวิต ให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกเกิน การแก้ไขภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต การมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและการเสียสมดุลกรดต่าง

1. การประเมินสัญญาณชีพทุก 15 - 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมงและประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก เช่นระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น เป็นต้น ถ้ามากกว่า 100 ครั้ง/นาที หายใจเร็วและลึกมากกว่า 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต < 90/60 mmHg รายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาทันที

2. ประเมินการกระจายเลือดเข้าสู่เซลล์ทั่วร่างกาย และความสามารถในการนำออกซิเจนในเลือด โดยการวัดตัวปริมาณปัสสาวะ ประเมินการไหลเวียนเลือดส่วนปลาย สภาพเยื่อต่างๆ อาการชืดหรือเขียว การวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดง

3. การให้การพยาบาลในการใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ การเฝ้าระวังและสังเกตอาการที่เปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด เช่นอาการแสดงของภาวะเลือดแดงพร่องออกซิเจน เช่น ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง กระสับกระส่าย สับสน มีความพร่องด้านความจำ ผิวหนังเย็น ปลายมือ ปลายเท้าเย็น ชืดเขียวซีฟจรส่วนปลายเบา ไม่สม่ำเสมอ สังเกตและบันทึกชีพจร อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตและสังเกตและติดตามผลค่าก๊าซในหลอดเลือดแดง (Arterial blood gas) หลังปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจ 30 นาที และประเมินทุกวัน⁶

4. การให้การพยาบาลการฟอกเลือดต่อเนื่อง (CRRT) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการรักษา ระยะให้การรักษาและระยะสิ้นสุดการรักษา โดย 1) ระยะก่อนการรักษาได้แก่ การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจการให้ข้อมูลการทำหัตถการ ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ระยะเวลา ค่าใช้จ่าย โดยเปิดโอกาสให้ญาติและผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาและสอบถามข้อสงสัยต่างๆ การเตรียมอุปกรณ์การรักษา ได้แก่ เครื่องบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง สารน้ำทดแทน น้ำยาล้างไต

และสารต้านการแข็งตัวของเลือด 2) ระยะให้การรักษาเป็นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาจนหมดข้อบ่งชี้ของการรักษา ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยการบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก และทุก 1 ชั่วโมง, การประเมินอุณหภูมิและชีพจร ปลายมือปลายเท้าทุก 1 ชั่วโมง, สังเกตอาการกรณีเกิดภาวะเส้นเลือดอุดตันจากฟองอากาศ, การปรับตั้งอุณหภูมิของเครื่องบำบัดทดแทนไตต่อเนื่อง, การสังเกตและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา, การสังเกตที่เกิดจากภาวะเสียสมดุลอิเล็กโตรไลต์, การประเมินและบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย, การประเมินและตรวจสอบสาเหตุสัญญาณเตือน, ป้องกันการอุดตันของตัวกรองและระบบสายส่งเลือดและป้องกันการติดเชื้อโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อทุกขั้นตอน 3) ระยะสิ้นสุดการรักษา เป็นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคืนเลือดโดยยึดหลักปลอดเชื้อและระวังลิ่มเลือดหรือฟองอากาศเข้าสู่ตัวผู้ป่วย^{7, 8}

ระยะต่อเนื่อง เป้าหมายการพยาบาลภายหลังการฟอกเลือดแบบต่อเนื่อง ที่สำคัญคือการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้ยาตามแผนการรักษา การพยาบาล การหยาเครื่องช่วยหายใจและการเฝ้าระวังการติดเชื้อจากการใส่อุปกรณ์และหัตถการต่างๆ

ระยะจำหน่าย กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการเตรียมการจำหน่ายตามหลัก D-METHOD เพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและผู้ป่วยเพื่อให้กลับไปอยู่ในครอบครัวและสังคมได้ตามสภาพแต่ละราย ได้แก่ การวินิจฉัยโรค การรับประทานยา การจัดการเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและการทำงาน การปฏิบัติตามแผนการรักษา การดูแลกิจวัตรประจำวัน ความสะอาดร่างกาย การมาตรวจตามแพทย์นัด และการรับประทานอาหาร ซึ่งข้อควรระวังในการใช้ยาในกรณีศึกษาทั้ง 2 รายปรับเปลี่ยนเป็นยาชนิดอินซูลินและดยา Metformin รวมทั้งการติดตามค่า estimated glomerular filtration rate (eGFR) ตามระยะเวลาที่เหมาะสม¹

การพยาบาลในทุกระยะของการเจ็บป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย สรุปเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยประเมินตามกรอบแนวคิด FANCAS เป็นแบบประเมินที่เน้นลำดับปัญหาสำคัญของผู้ป่วยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพของร่างกาย ทำให้ประเมินปัญหาได้รวดเร็วและครอบคลุมปัญหาที่คุกคามกับชีวิต

ของผู้ป่วย มีลำดับการประเมินดังนี้ ด้านความสมดุลของน้ำ (Fluid balance) ด้านการหายใจ (Aeration) ด้านโภชนาการ (Nutrition) ด้านการติดต่อสื่อสาร (Communication) ด้านการทำกิจกรรม (Activity) และด้านการกระตุ้น (Stimulation)⁹ ซึ่งพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ

การวินิจฉัยการพยาบาล เป็นกระบวนการขั้นที่สองของกระบวนการพยาบาล เป็นขั้นตอนที่วิเคราะห์ แปล และสรุปข้อมูลที่รวบรวมมาได้จากขั้นตอนการประเมินผู้ป่วย เพื่อทราบถึงการตอบสนองของบุคคลต่อภาวะเจ็บป่วยและการรักษา⁶ จากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบว่าข้อวินิจฉัยมีความแตกต่างจากพยาธิสภาพของภาวะกรดแลคติกเกินซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน (MALA) และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการอยู่รักษา โดยกรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ทำให้ได้รับยาเพิ่มความดันโลหิต ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ไม่พบภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ในระหว่างการรักษา ดังรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลตาม FANCAS^{10, 11}

FANCAS	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
F (Fluid balance)	- การกำซาบเลือดของเนื้อเยื่อลดลงจากภาวะ Low cardiac output จาก Septic shock - มีภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกเกิน - มีภาวะไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่ - มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง - มีภาวะของเสียคั่งในร่างกายจากไตสูญเสียหน้าที่ - มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง	- มีภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกเกิน - มีภาวะไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่ - มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง - มีภาวะของเสียคั่งในร่างกายจากไตสูญเสียหน้าที่ - มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ
A (Aeration)	- เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง	- เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง
N (Nutrition)	- เสี่ยงต่อร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ จากภาวะ Hypermetabolism จากภาวะการเจ็บป่วยวิกฤต	- เสี่ยงต่อร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอจากภาวะ Hypermetabolism จากภาวะการเจ็บป่วยวิกฤต
C Communication)	- ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและสภาวะโรคที่เป็นอยู่ - ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	- ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและสภาวะโรคที่เป็นอยู่ - ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน
A (Activity)	- พร่องกิจวัตรประจำวัน - มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ แผลกดทับ เนื่องจากช่วยเหลือตนเองได้น้อย ถูกจำกัดกิจกรรมเนื่องจากการเจ็บป่วยวิกฤต	- พร่องกิจวัตรประจำวัน - มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ แผลกดทับ เนื่องจากช่วยเหลือตนเองได้น้อย ถูกจำกัดกิจกรรมเนื่องจากการเจ็บป่วยวิกฤต
S (Stimulation)	- ไม่สุขสบายจากภาวะปวดจากการทำหัตถการต่างๆ	- ไม่สุขสบายจากภาวะปวดจากการทำหัตถการต่างๆ

วิจารณ์

ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มาด้วยอาการภาวะกรดแลคติกเกินซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน (MALA) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเมทฟอร์มิน ซึ่งมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว เหงื่อออก เย็น มีภาวะช็อกและมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หายใจหอบลึก อาการดังกล่าวถ้าหากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างรีบด่วน ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ จากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว ได้รับการรักษาภาวะกรดแลคติกเกินซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน (MALA) การฟอกเลือดแบบต่อเนื่อง (CRRT) รวดเร็วทันเวลาทำให้การพยากรณ์โรคไปในทางที่ดีขึ้นและได้รับการปฏิบัติตามการพยาบาลครบตามกระบวนการพยาบาลทุกระยะของการเจ็บป่วยที่ได้ตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต รวมถึงการเตรียมผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้กลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน ความสะอาดร่างกาย โภชนาการ และการงดใช้ยารักษาโรคเบาหวานได้แก่ยา Metformin ซึ่งงดใช้ในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เกสเซอร์ออกับตรการแพทย์ Metformin ให้ผู้ป่วยเพื่อการเฝ้าระวังและความปลอดภัยในการใช้ยาในผู้ป่วยและประสานศูนย์ส่งต่อเพื่อข้อมูลการรักษาที่ครอบคลุมไปยังสถานพยาบาลกลับบ้านเพื่อให้การดูแลแบบองค์รวมส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อยุติ

ผู้ป่วยที่มีภาวะกรดแลคติกเกินซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน (MALA) เป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรุนแรงทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ต้องได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ การเข้าถึงการบริการหอผู้ป่วยหนักตั้งแต่แรกเริ่ม การแก้ไขภาวะวิกฤตโดยการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการรักษารวมถึงสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการเฝ้าระวังและช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากภาวะวิกฤตเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างปกติต่อไป



● **บรรณานุกรม** ●

- ✦ ✦ ✦ ✦ ✦ ✦ ✦ ✦ ✦ ✦ ✦ ✦

การพยาบาลผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตที่มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Post Kidney Transplant Patients with Urinary Tract Infections : 2 Cases Study.

.....
รศวดี ขุนสวัสดิ์*

Russawadee Kunsawad

ABSTRACT

Background : Urinary tract infections after kidney transplant are common problems, particularly in the early post kidney transplant. The infection occurring in less than 3 months is more severe compared to the infection within 3 - 6 months after kidney transplant. According to the statistics of patients receiving kidney transplants in Khon Kaen Hospital from 2007 to 2019 which were 14 cases, there were 6 cases having urinary tract infections. Therefore, the diagnosis and treatment of the infections in the group of post kidney transplant patients are important. Nursing practice that covers all the problems and the needs of patients is important for the quality of care that affects the patients' safety.

Objective : To study the progression of the disease, to compare nursing diagnosis, nursing plan, nursing practice and to evaluate the result of nursing care.

Procedure : It was the study conducted to compare two cases with urinary tract infections after kidney transplant who purposively selected.

Results : 1) Both patients had urinary tract infections. The first case had the symptoms of infection after 1 year of kidney transplant. However, the second case had the symptoms of infection after 1½ month of kidney transplant. 2) The nursing diagnoses of both cases revealed that there were 4 similar and 3 different nursing diagnoses since the time of having infections after kidney transplantation was different. 3) Nursing planning and practice based on the nursing process of in 3 phrases of nursing care, including prevention of acute rejection, distribution of virus into the bloodstream and prevention of recurrence of infections showed that the patients were safe from infections and did not have acute rejection. They were admitted at the hospital for 7 and 10 days.

Recommendation and utilization of the study : The creation of guidelines for the care of patients with urinary tract infections using Gordon's 11 functional health patterns is 1 recommended for assessing, diagnosing nursing problems and supporting nurses to use the nursing process that covers the problems and the needs of patients.

Keywords : post transplant patients, urinary tract infection, nursing care

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น

บทคัดย่อ

บทนำ : การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยโดยเฉพาะในช่วงแรกๆ หลังปลูกถ่ายไต การติดเชื้อในเวลาน้อยกว่า 3 เดือนจะรุนแรงกว่าเมื่อเทียบกับการติดเชื้อเกิดขึ้นภายหลัง 3 - 6 เดือน สถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการปลูกถ่ายไตในโรงพยาบาลขอนแก่น พ.ศ. 2550 - 2562 จำนวน 14 ราย พบติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 6 ราย ดังนั้นการวินิจฉัยและการรักษาการติดเชื้อในกลุ่มผู้ป่วยหลังเปลี่ยนไตจึงมีความสำคัญ ปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการทุกมิติจึงมีความสำคัญต่อคุณภาพการดูแลที่มีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล

วิธีดำเนินการ : ศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตที่มีปัญหาติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

ผลการศึกษา : 1) ผู้ป่วย 2 รายติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ รายที่ 1 แสดงอาการของการติดเชื้อหลังปลูกถ่ายไต 1 ปี รายที่ 2 แสดงอาการติดเชื้อหลังปลูกถ่ายไต 1 ½ เดือน 2) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้ง 2 ราย พบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเหมือนกัน 4 ข้อ ต่างกัน 3 ข้อ เนื่องจากระยะเวลาในการติดเชื้อหลังปลูกถ่ายไตที่ต่างกัน 3) การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลทั้ง 3 ระยะของการดูแลได้แก่ การป้องกันภาวะสัลดไตใหม่ การกระจายของเชื้อเข้าสู่กระแสเลือดและป้องกันการติดเชื้อซ้ำ ผลลัพธ์การพยาบาลพบว่าผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อและไม่มีภาวะสัลดไตใหม่ วันนอนรวมรักษา 7 และ 10 วัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ : สนับสนุนให้มีการสร้างแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตที่มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะโดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนในการประเมิน วินิจฉัย ปัญหาทางการพยาบาลและส่งเสริมให้พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

คำสำคัญ : ผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไต การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การพยาบาล



บทนำ

โรคไตวายเรื้อรัง เป็นภาวะไตสูญเสียหน้าที่ในการทำงาน ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายทุกระบบ ซึ่งเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของโรค ร่างกายไม่สามารถรักษาภาวะสมดุลของน้ำ กรด-ด่าง และอิเล็กโทรไลต์ ทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก

การรักษาผู้ป่วยไตวายที่ดีที่สุดในปัจจุบันคือการปลูกถ่ายไต เพราะไตที่ปลูกถ่ายเข้าไปจะทำหน้าที่ในการขจัดของเสียและสารพิษออกจากร่างกาย ช่วยให้

ร่างกายกลับสู่ภาวะสมดุลอีกครั้ง ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงขึ้น สามารถดำเนินชีวิตได้เช่นเดียวหรือใกล้เคียงกับภาวะปกติ รับประทานอาหารได้อย่างอิสระ ถ่ายปัสสาวะได้เอง ทำงานประจำได้ นอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอ มีความรู้สึกทางเพศดีขึ้น และสามารถมีบุตรสืบสกุลได้ รู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น¹ ซึ่งการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายไตนี้ได้มีวิวัฒนาการมาตลอด ทั้งการตรวจเนื้อเยื่อ เทคนิคการผ่าตัด การเก็บถนอมไต และการใช้ยากดภูมิคุ้มกัน ทำให้อัตราการอยู่รอดของการปลูกถ่ายไตดีขึ้นกว่าเดิม แสดงถึงการรักษาที่ดีขึ้น ดังนั้นการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวจึงเป็นที่นิยม

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้ป่วยจะมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น แต่ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องดูแลตนเองเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดชีวิต ซึ่งปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุดคือการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ² โดยเฉพาะในช่วงแรกๆ หลังปลูกถ่ายไต การติดเชื้อในเวลาน้อยกว่า 3 เดือน จะรุนแรงกว่าเมื่อเทียบกับการติดเชื้อที่เกิดขึ้นภายใน 3 - 6 เดือน หลังปลูกถ่ายไต ทำให้เกิดปัญหาที่สำคัญตามมาคือการสูญเสียหน้าที่ของไตที่ปลูกถ่าย³ ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในโรงพยาบาลขอนแก่น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 - 2562 จำนวน 14 ราย พบติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 4 ราย มี 2 รายที่ต้องกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลอีกครั้ง⁴ โดยรายที่ 1 การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเกิดขึ้นหลังปลูกถ่ายไตได้ 1 ปี ส่วนรายที่ 2 การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเกิดขึ้นภายหลังปลูกถ่ายไตได้ 1 ½ เดือนเท่านั้น ซึ่งถ้าได้รับการรักษาโดยทันทีที่ยังมีโอกาสที่ไตใหม่จะกลับมาทำหน้าที่ได้ดังเดิม แต่หากปล่อยทิ้งไว้อาจไม่สามารถช่วยแก้ไขได้ ดังนั้น ปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการทุกมิติจึงมีความสำคัญต่อคุณภาพการดูแล ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล

การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection ; UTI)⁵⁻⁷

เป็นภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตที่พบได้บ่อยที่สุด แม้ว่าปัจจุบันจะมียาปฏิชีวนะที่ดี แต่เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับยากดภูมิคุ้มกันตลอดชีวิต ทำให้การติดเชื้อเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง โดยเฉพาะในช่วงแรกๆ หลังการปลูกถ่ายไต

อาการและอาการแสดงทางคลินิก

ขึ้นอยู่กับอาการติดเชื้อว่าอยู่ระดับใดของทางเดินปัสสาวะ กรณีที่การติดเชื้อบริเวณกระเพาะปัสสาวะ (Cystitis) ผู้ป่วยมักให้ประวัติกลั้นปัสสาวะหรือคิมน้ำน้อยมีอาการปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะบ่อย หรือปัสสาวะเป็นเลือด สีขุ่น ปวดท้องน้อย กดเจ็บท้องน้อย ปัสสาวะเหมือนไม่สุด ส่วนถ้ามีการติดเชื้อระดับเหนือขึ้นไปถึงไต มักมีอาการดังกล่าวร่วมกับไข้สูง หนาวสั่น คลื่นไส้ อาเจียนปวดท้องและปวดเอวบริเวณ costophrenic angle ถ้ามีอาการมากขึ้น อาจเกิดภาวะติดเชื้อใน

กระแสเลือด (Bacteremia) ทำให้ความดันต่ำ ไม่รู้สึกตัว ไตวายเฉียบพลันและอันตรายถึงแก่ชีวิต

ผู้ป่วยบางรายอาจมีการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ โดยจะให้ประวัติปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะกลางคืน ซึ่งภาวะเหล่านี้มีผลทำให้เกิดการติดเชื้อและอาการทางคลินิก อาจค่อยเป็นค่อยไปในเวลาเป็นสัปดาห์หรือเดือน และอาการไม่มาก เช่น อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ปวดบิดที่ไต (Renal colic) และปัสสาวะมีเม็ดเลือดหรือสีแดง

การรักษา

โดยการให้สารน้ำและเกลือแร่ให้เพียงพอ เพื่อเพิ่มปริมาณปัสสาวะร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะในเบื้องต้น โดยขึ้นอยู่กับข้อมูลทางระบาดวิทยาของความไวของเชื้อต่อยา

การให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ

ควรให้ยาปฏิชีวนะโดยครอบคลุมเชื้อแกรมลบ เช่น Ceftriaxone 2 กรัม/วัน หรือ Fluoroquinolone หรือ Aminoglycoside เป็นยาเบื้องต้น ร่วมกับในกรณีการติดเชื้อที่ไตการรักษาขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการติดเชื้อและสภาพผู้ป่วย ถ้าติดเชื้อรุนแรง มีไข้สูง อาเจียน ไม่รู้ตัว หรือความดันต่ำและเป็นผู้สูงอายุ, ตั้งครรภ์หรือโรคเบาหวาน ภูมิคุ้มกันต่ำ ควรรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล และให้ยาปฏิชีวนะเข้าทางหลอดเลือดดำอย่างน้อย 3 - 5 วัน ขึ้นอยู่กับการตอบสนองของผู้ป่วย โดยทั่วไปควรให้อาการดีขึ้นและไข้ลดลงอย่างน้อย 48 - 72 ชั่วโมง จึงเปลี่ยนเป็นยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน ในกรณีมีการติดเชื้อในกระแสเลือดควรให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ 10 - 14 วัน หรืออย่างน้อยจนกว่าไข้ลดลงเป็นเวลา 5 - 7 วัน จึงเปลี่ยนเป็นยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน

การรักษา Complicated pyelonephritis ควรปรึกษา Urologist ในกรณี Urinary tract obstruction หรือ Neurogenic bladder เพื่อ drainage ร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะคุมเชื้อแกรมบวกและลบและปรับยาตามความไวของเชื้อและให้ยาต่ออย่างน้อย 10 - 14 วัน หรือในบางราย 2 - 6 สัปดาห์ ในกรณีที่รักษาด้วยยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำที่ถูกต้องตามความไวของเชื้อแล้ว 72 ชั่วโมง อาการไม่ดีขึ้น อาจต้องนึกถึงว่ามีการติดเชื้อบริเวณอื่นร่วมด้วย หรือมีการอุดตันของทางเดินปัสสาวะหรือมีโรคแทรกซ้อนอื่นๆ

วิธีการศึกษา

ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาผู้ป่วย จำนวน 2 ราย ตั้งแต่ระยะวิกฤต ระยะต่อเนื่อง และระยะจำหน่าย โดยใช้กรอบแนวคิดของกอร์ดอนในการประเมินผู้ป่วย เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตที่มีปัญหาติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรายละเอียดกรณีศึกษา

การประเมิน	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
อาการเจ็บป่วยสำคัญ	- ชายไทย อายุ 49 ปี - มาตามแพทย์นัด มีไข้ต่ำๆ เหนื่อยเพลีย มา 2 สัปดาห์ แพทย์ให้นอนโรงพยาบาล เพื่อหาสาเหตุของไข้	- ชายไทย อายุ 36 ปี - ไข้สูง หนาวสั่น ปัสสาวะขุ่น ที่โรงพยาบาลชุมชนส่งมารักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น
การประเมินสภาพ	- ตรวจร่างกาย HEENT : Mild pale No jaundice Lung : Normal breath sound Ext. : edema+1 - สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 127/84 มิลลิเมตรปรอท - ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ - สิ่งส่งตรวจ ผล - Cr 1.13mg/dl - eGFR 75.31 ml/mim/1.73mim² - Na 135 mmol/L - K 3.5 mmol/L - Chloride 96 mmol/L - CO₂ 20 mmol/L - Hematocrit 22.9 % - UA RBC 50 - 100 - WBC 1-2 - TAC Level 4.5 ng/ml - Post kidney transplantation 1 ปี	- ตรวจร่างกาย HEENT : Mild pale Conjunctiva - Heart : Normal S1 S2, No Murmur Lung : Normal breath sound Ext. : No edema, No rash - สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 190/115 มิลลิเมตรปรอท - ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ - สิ่งส่งตรวจ ผล - BUN 21 mg/dl - Cr 1.83mg/dl - eGFR 46.103 ml/mim/1.73mim² - Na 124 mmol/L - K 4.46 mmol/L - Chloride 85 mmol/L - CO2 18.8 mmol/L - Hematocrit 33.4% - UA WBC 20-30 - Urine C/S E coli - TAC Level 7.5 ng/ml - Post kidney transplantation 1 เดือน
อาการและการรักษาพยาบาล	- Fortum 1 gm iv ทุก 8 ชม. - Blood for CBC c plt. BUN/Cr, E'lyte, Ca, P, Mg, Alb., TAC level UA, Urine G/M C/S, H/C 2 spp. - ดื่มน้ำ ≤1,200 cc/day	- Meropenam 2 gm iv drip stat then 1 gm iv ทุก 8 ชม. - Blood for CBC c plt. BUN/Cr, E'lyte, Ca, P, Mg, Alb., TAC level UA, Urine G/M C/S, H/C 2 spp.

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรายละเอียดกรณีศึกษา (ต่อ)

การประเมิน	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
	- Record I/O - Notify Uro. เพื่อ Off FB urinary bladder (DJ Stent) - วันนอนรักษารวม 7 วัน	- 0.9% NSS 1000 cc iv drip 100 cc/hr. - คีมีน้ำ $\geq 4,000$ cc/day - Record I/O - Low bacterial soft diet - นัด U/S kidney เพื่อประเมินภาวะ Nephropathy - วันนอนรักษารวม 10 วัน

ผลการศึกษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ผู้ศึกษาได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนมาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยให้ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ แบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะ คือระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่อง และระยะจำหน่าย ดังนี้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะให้การพยาบาล	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 1	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 2
ระยะแรกเริ่ม	1. มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> - มีไข้ T = 37.8 องศาเซลเซียส - ผล Lab : UA พบ RBC 50-100 / - WBC 1 - 2 - ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน - ยัง Retain DJ Stent 2. วิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา	1. มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> - ไข้สูง T = 39 องศาเซลเซียส - หนาวสั่น ปัสสาวะขุ่นแสบขัด - ผล Lab : UA พบ WBC 20 - 30 - Urine C/S – E coli - ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน 2. วิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา
ระยะต่อเนื่อง	1. เสี่ยงต่อภาวะสลดไต <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> - ปัสสาวะออกลดลง - ปัสสาวะและปัสสาวะมีกลิ่นเหม็น - บวม +1 2. ความทนต่อการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากซีด เหนื่อย เพลีย <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> - บ่นเหนื่อย - ซีด Hct = 22.9%	1. มีการเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายเนื่องจากอัตราการกรองลดลง <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> - ค่า BUN/Cr สูงขึ้น eGFR ต่ำ 2. มีของเสียคั่งในร่างกายเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> - เหนื่อย เพลีย ถ้าม-ตอบ ช้าลง - Renal function แย่ลง (ค่า BUN/Cr สูงขึ้น eGFR ต่ำ)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ระยะให้การพยาบาล	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 1	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 2
		3. เสี่ยงต่อภาวะสลดไต <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> - ความดันสูง - ปัสสาวะออกลดลง - น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 4. ไม่สุขสบายเนื่องจากปัสสาวะแสบขัด ปวดเบ่งขณะถ่ายปัสสาวะ <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> - บ่นแสบขัดเวลาถ่ายปัสสาวะ
ระยะจำหน่าย	1. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว	1. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว

กิจกรรมการพยาบาล

พยาบาลเป็นผู้ที่มีความสำคัญและต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตที่มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เป้าหมายที่สำคัญในการพยาบาลคือให้ผู้ป่วยปลอดภัยและสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมตามสถานะทางสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม⁸ ในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะ ดังนี้

1. การพยาบาลระยะแรกเริ่ม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผนการพยาบาล	ผลลัพธ์ ผู้ป่วยรายที่ 1	ผลลัพธ์ ผู้ป่วยรายที่ 2
- มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ติดตามผลตรวจปัสสาวะและผลเพาะเชื้อประเมินอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง	- หลัง OFF DJ Stent ไม่มีไข้ ปัสสาวะใส ไม่มีตะกอน, ผล UA ปกติ	- ไม่มีไข้ - ปัสสาวะปกติ - ผล UA, Urine C/S ปกติ
- วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา	- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดถึงสิ่งที่วิตกกังวล แสดงท่าทีที่เป็นมิตร แสดงออกด้วยความจริงใจ อธิบายเกี่ยวกับเรื่องโรคให้ผู้ป่วยรับทราบและหาทางช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ให้คำแนะนำปรึกษาในสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติต้องการ ปลอดภัยแสดงความเห็นใจและเป็นสื่อกลางระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย	- คลายความวิตกกังวล - ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล	- คลายความวิตกกังวล - ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

2. การพยาบาลระยะต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผนการพยาบาล	ผลลัพธ์ผู้ป่วยรายที่ 1	ผลลัพธ์ผู้ป่วยรายที่ 2
- เสี่ยงต่อภาวะสลดไต	- ประเมินอาการและอาการแสดงของการปฏิเสธไต เช่น น้ำหนักเพิ่ม 1 ก.ก./วัน โปรตีนออกในปัสสาวะเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น ปัสสาวะออกลดลง เปลือกตาและปลายมือปลายเท้าซีด	- ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะสลดไต - ปัสสาวะออกสะดวกดี - สัญญาณชีพปกติ	- ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะสลดไต - ปัสสาวะออกสะดวกดี - สัญญาณชีพปกติ

3. การพยาบาลระยะจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผนการพยาบาล	ผลลัพธ์ผู้ป่วยรายที่ 1	ผลลัพธ์ผู้ป่วยรายที่ 2
- ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว	- สอนและแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ - การรับประทานยา กดยึดกัน - การใช้ยาอื่นๆ - การป้องกันการติดเชื้อ แนะนำล้างมือให้สะอาดหลังทำกิจกรรมต่างๆ ดูแลปากฟัน แนะนำสุขอนามัยส่วนบุคคลให้สะอาด ไม่เข้าไปในที่ชุมชนแออัด หลีกเลี่ยงการคลุกคลีกับบุคคลที่เป็นหวัด โรคอสุกฮิส เริม และวัณโรค หลีกเลี่ยงการคลุกคลีกับสัตว์ในบ้าน เช่น สุนัข แมว เป็นต้น หลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตควรใส่ผ้าปิดปากและจมูก (Mask) นาน 6 เดือน - การดูแลบริเวณที่ปลูกถ่ายไต ดูแลไม่ให้กระแทก ไม่รัด เข็มขัดบริเวณปลูกถ่ายไต - รับประทานอาหารได้ตามปกติ ควรปรุงสุกใหม่ รสไม่จัด - การดื่มน้ำ ควรดื่มใกล้เคียงกับปัสสาวะที่ออก ควรดื่มน้ำอย่างต่อเนื่องและทุกครั้ง ที่กระหาย	1. เข้าใจคำแนะนำ 2. ยากดภูมิที่ได้รับ - Prograf (1mg) 4 tab 08.00 น. และ 20.00 น. - Prograf (0.5mg) 1 tab 08.00 น. และ 20.00 น. - Mycophenitic (180mg) 2 tab 3. พบแพทย์ตามนัด ทุก 2 เดือน	1. เข้าใจคำแนะนำ 2. ยากดภูมิที่ได้รับ - Mycophenitic เวลา 08.00 น. 3 tab และ 20.00 น. 2tab 3. พบแพทย์ตามนัด ทุก 2 - 3 สัปดาห์

3. การพยาบาลระยะจำหน่าย (ต่อ)

ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	การวางแผน การพยาบาล	ผลลัพธ์ ผู้ป่วยรายที่ 1	ผลลัพธ์ ผู้ป่วยรายที่ 2
	- การบันทึกสุขภาพและ การบันทึกปริมาณน้ำดื่ม และปัสสาวะ หลังปลูกถ่ายไต ต้องบันทึกอาการผิดปกติ ต่างๆ เป็นระยะเวลา 3 เดือน แล้วนำมาให้วันพบแพทย์ เพื่อวางแผนการรักษาและ ให้คำแนะนำต่อไป - ภาวะแทรกซ้อน และการ ป้องกัน ป้องกันการติดเชื้อ ทางเดินปัสสาวะโดยห้ามกลั้น ปัสสาวะ, ป้องกันการติดเชื้อ บริเวณอื่น เช่น เริ่ม เชื้อราใน ช่องปากโดยดูแลความสะอาด ร่างกายและช่องปาก, การป้องกันภาวะไตขาดเลือด เมื่อไตปลูกถ่ายทำหน้าที่ดีแล้ว ผู้ป่วยต้องดื่มน้ำให้พอ, ป้องกันการปฏิเสธไต โดย รับประทานยากดภูมิให้ถูกต้อง ตามแพทย์สั่ง ตรงเวลา และต่อเนื่อง ห้ามปรับยา หยุดยาเอง, ป้องกันภาวะ แทรกซ้อนของหลอดเลือด โดยการงดอาหารไขมัน งดบุหรี่ งดน้ำอัดลม งดแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยง อาหารทอด เจียว ทานอาหาร ที่มีกากใยเพิ่มขึ้น - ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ใน เกณฑ์ปกติ - หลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตราย ต่อสุขภาพ เช่น หลีกเลี่ยง ภาวะเครียด การอดนอน นอนดึก การชื่อยา มารับประทานเอง - มาตรวจตามแพทย์นัด โดย ครั้งแรกทุก 1-2 สัปดาห์ หลังจากนั้นทุก 2-3 สัปดาห์ เมื่อผ่าตัดปลูกถ่ายไตครบ 1 ปี นัดทุก 2 เดือน		

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยรายที่ 1 แตกต่างจากผู้ป่วยรายที่ 2 ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผนการพยาบาล	ผลลัพธ์ผู้ป่วยรายที่ 1
- ความทนต่อการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากซีด	- Cross match for LPB 1 Unit ได้แล้วให้เลย Hct หลังให้ Blood.	- Hct หลังให้เลือด 25 %

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยรายที่ 2 แตกต่างจากผู้ป่วยรายที่ 1 ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผนการพยาบาล	ผลลัพธ์ผู้ป่วยรายที่ 1
- มีการเสียสมดุลของสารน้ำและโซเดียมในร่างกายจากอัตราการกรองลดลง	- ประเมินสถานะน้ำในร่างกายโดยการตรวจบันทึกจำนวนสารน้ำที่เข้าร่างกายและจำนวนปัสสาวะที่ออกมาอย่างละเอียด - ชั่งน้ำหนักทุกวัน ในเวลาเดียวกัน - ติดตามระดับโซเดียมในเลือด - สังเกตอาการบวมตามปลายมือปลายเท้าเพื่อประเมินภาวะน้ำเกินในร่างกาย ตลอดจนปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อรักษาสมดุลของน้ำและโซเดียม - บันทึกและประเมินปัสสาวะที่ออก อาการบวม สัญญาณชีพ อาการปวดบริเวณตำแหน่งที่ปลูกถ่ายไต ทบพวนเกี่ยวกับยาทดภูมิ - ประเมินอาการและอาการแสดงของการปฏิเสธไต เช่น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ค่า BUN/Cr เพิ่มขึ้น อ่อนเพลีย ความดันสูง หากพบอาการต่างๆ รีบรายงานแพทย์ทันที - ดูแลให้ยาทดภูมิตามแผนการรักษา พร้อมเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อที่จะเกิดขึ้น - สอนผู้ป่วยให้รับประทานยาทดภูมิร่วมกันให้ถูกต้อง พร้อมทั้งอธิบายเหตุผลและความสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นในการใช้ยาทดภูมิ	- Hct หลังให้เลือด 25 %

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยรายที่ 2 แตกต่างจากผู้ป่วยรายที่ 1 (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผนการพยาบาล	ผลลัพธ์ผู้ป่วยรายที่ 1
	- สังเกตและติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เช่น CBC, serum for BUN/Cr, electrolyte เป็นต้น - สังเกตและติดตามระดับยาในเลือด เช่น Cyclosporin level และ Prograf level เพื่อเฝ้าระวังพิษของยาจากการได้ยาเกินขนาด - ประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวพร้อมทั้งให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ แผนการดูแลรักษาพยาบาลต่างๆ ที่ได้รับ และการปฏิบัติตัวต่างๆ เพื่อคลายความวิตกกังวล	

วิจารณ์

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไต ที่มาด้วยอาการและอาการแสดงที่ต่างกัน ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะและสารน้ำทางหลอดเลือดดำทั้ง 2 ราย ในบทบาทของพยาบาลต้องให้การพยาบาลเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลลง ขณะพักรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยพยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้ความสามารถเฉพาะ จึงจะสามารถประเมินและให้การช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนในทุกระยะของการดูแลรักษาพยาบาล การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อจำหน่ายจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสมตามสถานะทางสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ก็เป็นอีกบทบาทที่สำคัญของพยาบาลเช่นกัน

ข้อยุติ

การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไต เป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาลขอนแก่น ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมียาปฏิชีวนะที่ดี แต่ด้วยผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับยากดภูมิคุ้มกันตลอดชีวิตของการมีไตใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ 1 - 6 เดือนหลังปลูกถ่ายไตผู้ป่วยมักได้ Immuno suppressive drug มาก จนทำให้ host defense system เสื่อม จึงมีโอกาสติดเชื้อได้สูงและรุนแรง⁹ พยาบาลจะต้องเป็นผู้มีความรู้และความสามารถในการประเมินเพื่อตัดสินใจรายงานแพทย์ให้ทันทั่วทั้ง หากช้าอาจทำให้ผู้ป่วยสูญเสียไตใหม่และอันตรายถึงชีวิตได้ ซึ่งจากกรณีศึกษาพบว่าการใช้แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ในการประเมินภาวะสุขภาพ ทำให้การวางแผนพยาบาลมีความครอบคลุมปัญหาและความต้องการ ผู้ป่วยรายกรณีได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัยจากภาวะสูญเสียไตใหม่และสามารถป้องกันมิให้เกิดการติดเชื้อซ้ำอีก

● บรรณานุกรม ●

1. รังษี ชวโรว. (2544). การปรับตัวของผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไต.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
2. อุบลรัตน์ ต้อยมาเมืองและคณะ. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยปลูกถ่ายไต.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2558 ; ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม.
3. พรณพิศ สุวรรณกุลและธีระพงษ์ ตันทวีเชียร. (2547). Infection complication in kidney transplantation. ในโสภณ จิรสิริธรรม, เกียรติศักดิ์ วารีแสงทิพย์, วสันต์ สุเมธกุลและเสาวลักษณ์ ชูศิลป์ (บก.), ตำราการปลูกไต (หน้า 390-397). กรุงเทพฯ : กรุงเทพมหานคร.
4. ศูนย์พัฒนาการบริการและวิชาการโรงพยาบาลขอนแก่น. (2562). สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลขอนแก่น.
5. Knesis, C.R.&Ames. S.W. (1986).Adult Health Nursing : A Biopsychosocial Approach. U.S.A. : Addison-Wesley Publishing Company.
6. Long, B.C.,Phipps, W.J.&Cassmeyer, V.L.(1993). Medical. Surgical Nursing : A Nursing Process Approach. 3rd London : Mosby.
7. TakaiK, AokiA, SugaA, TollemarJ, WilczekHE, NaitoK, GrothCG. Urinary tract infections following renal transplantation. Transplant Proc 1998 ; 30(7) : 3140-1.
8. นวลจันทร์ รมณารักษ์. (2543). หลักการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ.ในพัชรียา ไชยลังกา, นวลจันทร์ รมณารักษ์, จารุวรรณ มานะสุการและอรัญญา เชาวลิท (บก.) ตำราการพยาบาลใหญ่ 1. (อายุรศาสตร์).สงขลา : ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอส.ซี.วี.บิลลิเนสส์.
9. เสาวลักษณ์ ชูศิลป์และสมชาย เอี่ยมอ่อง (2546). อายุรกรรมการปลูกถ่าย.ในสมชาย เอี่ยมอ่อง, กิตติชัย เหลืองวิญญู, พัฒนพงศ์ นาวิเจริญ, และสมรัก รอดฝ้าย, การปลูกถ่ายอวัยวะ (หน้า 276).



การพยาบาลผู้ป่วยข้ออักเสบที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรงในข้อเท้า : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Patients with Severe Septic Arthritis at Ankle Joint : 2 Cases study.

.....
อรัทัย สิริวัฒนพงษ์*
Oratai Siriwatthanapon

ABSTRACT

Background : Severe septic arthritis can often found and these diseases can be cure if patient have appropriate treatment. The nurses are very important persons for take care patient at the beginning of admit until discharge to prevent about complication, disability, and efficiency resulting better treatment.

Objectives : To study comparison of nursing care of patients with severe septic arthritis at ankle joint.

Methods : 2 cases study of compared on nursing care of patients with severe septic arthritis at ankle joint in Roi Et Hospital between May 1 to June 30, 2020. By purposive sampling data collected by patient, relatives, and public health staffs interview, history of treatment from medical records and electronics file. The evaluation of nursing care problem followed 11 planed of Gordon scheme, patients care by nursing process, and Orem's nursing theory

Results : Case study 1 was Thai male 60 years old, important symptoms had pain and swelling in right ankle 7 days before came to hospital. Doctor diagnosed for Septic arthritis Rt. Ankle. Consult orthopedic doctor for arthrotomy with synovial biopsy with drainage, patient get better and can walk. The total length of stay was 6 days. Case study 2, was Thai male 47 years old, important symptoms had pain and swelling in right ankle 1 days before came to hospital. Diagnosed for Septic arthritis rt. And Infective bursitis Rt. ankle. Consult orthopedics doctor for arthrotomy with synovial biopsy with drainage, patient get better and can walk. The total length of stay was 14 days.

Conclusion : The nurses are very important persons for take care patient with septic arthritis. Patient in this group are pain, swelling, inflammation, septic and risk of deformities. Severe septic that cause of death. So, the best nursing care, fast, right, and appropriate that effectiveness of treatment for patients and patient can return to normal daily life.

Keywords : Nursing care, Septic Arthritis

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : ข้ออักเสบติดเชื้อรุนแรงเป็นโรคที่พบได้บ่อย โรคนี้สามารถรักษาให้หายขาดได้ ถ้าได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนความพิการและส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษาที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยข้ออักเสบที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรงในข้อเท้า

วิธีการศึกษา : ศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะข้ออักเสบติดเชื้อรุนแรงในข้อเท้าจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดระหว่าง 1 พฤษภาคม ถึง 30 มิถุนายน 2563 เลือกผู้ป่วยแบบเจาะจง การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ ทีมสุขภาพ ข้อมูลประวัติการรักษาจากเวชระเบียน และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ประเมินแบบแผนการรับรู้ทางสุขภาพตามแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และการดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลและทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

ผลการศึกษา : กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นชายไทยอายุ 60 ปี อาการสำคัญคือปวดบวมข้อเท้าข้างขวาเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 7 วัน แพทย์วินิจฉัย Septic Arthritis Rt. Ankle. ปฏิบัติการพยาบาลกระดูกทำ Arthrotomy with Synovial Biopsy with Drainage ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นสามารถลุกเดินได้รวมระยะเวลาเข้ารับการรักษา 6 วัน กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นชายไทยอายุ 47 ปี อาการสำคัญคือปวดบวมข้อเท้าข้างขวาเดินไม่ได้เป็นมา 1 วัน แพทย์วินิจฉัย Septic Arthritis Rt. Ankle และ Infective Bursitis Rt. Ankle. ปฏิบัติการพยาบาลกระดูกเพื่อทำ Arthrotomy with Synovial Biopsy with Drainage ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นสามารถลุกเดินได้รวมระยะเวลาเข้ารับการรักษา 14 วัน

สรุป : พยาบาลมีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมากในการพยาบาลผู้ป่วยข้ออักเสบที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรงเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการปวดบวม ข้ออักเสบและมีการติดเชื้อที่ข้อเท้า ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดข้อเท้าติดและติดเชื้อที่รุนแรง ซึ่งอาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้นการให้การพยาบาลที่ดี รวดเร็ว ถูกต้อง ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยได้ดี ทำให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ

คำสำคัญ : การพยาบาล, ข้ออักเสบติดเชื้อ



บทนำ

โรคข้ออักเสบติดเชื้อ (Septic Arthritis) พบได้ทุกกลุ่มอายุ จากการศึกษานในประเทศสหรัฐอเมริกา พบโรคข้ออักเสบติดเชื้อได้ 2 - 10 ต่อประชากร 100,000 คน อุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเป็น 30 - 40 ต่อ 100,000 ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์และ 40 - 68 ต่อ 100,000 ในผู้ป่วยผ่าตัดข้อเทียม ในผู้สูงอายุ มีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 20 โรคนี้สามารถรักษาให้หายขาดได้ถ้าได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมการรักษาที่ล่าช้าและไม่ถูกต้องส่งผลให้ข้อถูกทำลายก่อให้เกิดความพิการตามมาในรายที่มีความรุนแรงอาจทำให้

เสียชีวิตได้^{1,2} เชื้อก่อโรคที่ทำให้เกิดการติดเชื้อที่ข้อที่สำคัญได้แก่ Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus (MRSA), Staphylococcus Species และ Proteus Mirabilis ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ³⁻⁷ นอกจากนี้ยังพบว่ามีเชื้อรา Candida, Aspergillus, Histoplasma, Blastomyces, Coccidioides, Cryptococcus, และ Sporothrix เป็นเชื้อที่ทำให้เกิดข้ออักเสบได้^{8,9} ในประเทศไทยพบว่า เชื้อที่เป็นสาเหตุสำคัญได้แก่ B. Pseudomallei ร้อยละ 48, Streptococcus spp. ร้อยละ 29, Staphylococcus Aureus ร้อยละ 10¹⁰

จากสถิติข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ ติดเชื้อ 3 ปีย้อนหลังที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยเอ็ดในปี 2560 - 2562 พบว่ามีผู้ป่วยเข้ามารับ การรักษาจำนวน 100, 94 และ 77 ราย, เฉลี่ยวันนอน รักษาในโรงพยาบาล 20 วัน 15 วัน และ 20 วันตามลำดับ ผู้ป่วยทราบมาจากการปวดบวมข้อที่อักเสบติดเชื้อ และจากพิษไข้ มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกายและ ขยับข้อเนื่องจากกลัวการปวดทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และความพิการ จากอุบัติเหตุการฉีกขาดกล้ามเนื้ออย่างยั้ง ที่พยาบาลผู้ดูแลต้องมีสมรรถนะที่สามารถปฏิบัติการ พยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัยลดภาวะแทรกซ้อน และส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูแลรักษาที่ดีขึ้น¹¹⁻¹³

คำจำกัดความ

Arthritis หรือข้ออักเสบ¹⁴ หมายถึง ภาวะที่ข้อต่อ กระดูกเกิดการอักเสบ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดข้อ ข้อติด หรือข้อบวม ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ โดย ภาวะข้ออักเสบมีหลายประเภท แต่ที่พบบ่อย คือ โรคข้อเสื่อมและรูมาตอยด์ ภาวะนี้พบบ่อยในผู้สูงอายุ และสามารถรักษาได้หลายวิธี เพื่อบรรเทาอาการและ ทำให้ข้อต่อกลับมาใช้งานได้ดีขึ้น

Septic Arthritis หรือข้ออักเสบที่มีภาวะติดเชื้อ เกิดจากเชื้อโรคกลุ่มที่ทำให้เกิดหนองบริเวณที่เป็นคือ ข้อเข่า ข้อสะโพก ข้อเท้า ข้อไหล่ ข้อศอกและข้อมือ เชื้อโรคสามารถเข้าสู่ข้อได้ 3 ทาง คือ จากการติดเชื้อ ในกระแสเลือดพบได้บ่อยที่สุดร้อยละ 67, จากการ ติดเชื้อลุกลามมาจากบริเวณข้างเคียงเข้าสู่ข้อพบได้ ร้อยละ 33 และจากการติดเชื้อจากภายนอกเข้าสู่ข้อ โดยตรง เช่น มีบาดแผลทะลุเข้าข้อหรือเกิดขึ้น ภายหลังการเจาะน้ำไขข้อหรือฉีดยาเข้าไปในข้อ

พยาธิสรีรวิทยา

ข้อเป็นอวัยวะที่เป็นลักษณะปิด (Close space) ไม่มีช่องทางติดต่อกับภายนอกยกเว้นทางหลอดเลือด ที่เข้าไปเลี้ยงบริเวณข้อเชื้อโรคเมื่อเข้าสู่ข้อและเยื่อ ไขข้อ ร่างกายจะกระตุ้นให้เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล มากินเชื้อเหล่านี้ซึ่งจะเกิดขึ้นภายใน 1 - 2 ชั่วโมง ภายใน 24 - 48 ชั่วโมง เยื่อข้อจะมีการหนาตัวมีเซลล์ก่อการ อักเป็นจำนวนมากเซลล์เหล่านี้จะหลั่งสารเคมีที่ก่อให้เกิดการอักเสบออกมากระตุ้นเยื่อข้อทำให้เยื่อข้อบวม แรงดันในช่องข้อสูงขึ้นหลอดเลือดฝอยและหลอดเลือด ในเยื่อข้อถูกบีบกด ทำให้เลือดแดงมาเลี้ยงบริเวณ ที่มีการอักเสบและการไหลเวียนกลับของเลือดต่ำลง การอักเสบก่อให้เกิดหลอดเลือดฝอยอุดตันเยื่อข้อขาด

เลือดและตายบางส่วน เชื้อโรคที่อยู่บริเวณเยื่อข้อที่ ไม่ถูกทำลายจะก่อให้เกิดเป็นหนองเล็กๆ แดงเข้าไป ในช่องข้อทำให้น้ำในข้อข้นขึ้นเป็นหนอง

เมื่อมีการอักเสบมากขึ้นและปริมาณน้ำในข้อมากขึ้น ทำให้แรงดันในช่องข้อเท่ากับแรงดันของหลอดเลือด ฝอยในเยื่อข้อ ทำให้การแลกเปลี่ยนสารโมเลกุลต่างๆ ระหว่างหลอดเลือดฝอยกับช่องข้อไม่ได้ แอนติบอดี และยาปฏิชีวนะซึมผ่านเข้าไปทำลายเชื้อไม่ได้ น้ำไขข้อ มีความเป็นกรดเชื้อโรคเจริญเติบโตไม่ได้เต็มที่แต่จะคง อยู่ภายในข้อ จำเป็นต้องระบายหนองในช่องข้อออก ให้มากที่สุดเพื่อลดแรงดันในช่องข้อเพื่อให้แอนติบอดี และยาปฏิชีวนะซึมผ่านเข้าไปทำลายเชื้อได้ ระยะท้าย ของโรคจะมีการทำลายกระดูกผิวข้ออย่างมาก เยื่อข้อ จะหนาตัวเป็นก้อนเนื้อซึ่งจะมีพังผืดมาจับทำให้ข้อติด เชื่อมกันการอักเสบจะลุกลามออกมานอกช่องข้อหรือ ลุกลามเข้าไปที่กระดูกเกิดกระดูกอักเสบตามมาได้

อาการและอาการแสดง

ปวดบริเวณข้อ ปวดมากแม้ขยับเพียงเล็กน้อย ข้อบวมแดง กดเจ็บ กล้ามเนื้อรอบๆข้อเกร็ง มีไข้สูง เหงื่อออก กระหายน้ำอาจเป็นเพียงข้อเดียว (monoarthritis) น้อยข้อ (oligoarthritis) หรือหลายข้อ (polyarthritis)

การวินิจฉัยโรค

จากลักษณะทางคลินิกเป็นหลัก synovial fluid ที่มีการติดเชื้อชนิด pyogenic มักมีลักษณะเป็นหนอง หรือข้นพบว่ามีจำนวนเม็ดเลือดขาวสูงมากกว่า 75,000 cell/mm³ และเป็น neutrophil มากกว่า 75% การย้อม gram stain และการเพาะเชื้อจะพบการเปลี่ยนแปลง ใช้เวลานานประมาณ 10 วัน หรือ 2 สัปดาห์ขึ้นไป ใน 2 สัปดาห์แรกจะพบการบวมของเนื้อเยื่ออ่อนรอบๆ ข้ออาจเริ่มเห็นกระดูกรอบๆ ข้อบางลงระยะที่เกิน 2 สัปดาห์ ข้อข้อแคบลงบางราย subchondral bone มีลักษณะขรุขระ ระยะเรื้อรังเกิน 3 - 4 สัปดาห์ จะเห็น subchondral bone ถูกทำลายชัดเจนเห็นกระดูกแห่ว เป็นหย่อมๆช่องข้อถูกทำลายหมด

การรักษา

1. ให้ bed rest ให้ยาบรรเทาปวดและสารน้ำ ให้เพียงพอ
2. ลดการเคลื่อนไหวระยะอักเสบโดยการใส่ อุปกรณ์พยุงข้อ (splint) หรือ traction เพื่อลดความ เจ็บปวด และจัดให้ข้ออยู่ในท่าที่เหมาะสม
3. การให้ยาปฏิชีวนะพิจารณาให้ยาตามผล gram stain ในกรณีที่ย้อมไม่พบเชื้อแต่ลักษณะทางคลินิก

และผลวิเคราะห์น้ำเจาะข้อเท้าเข้าได้กับข้ออักเสบติดเชื้อพิจารณาให้ยาตามความชุกของอุบัติการณ์

4. การเจาะดูดหนองออกจากข้อ ทำซ้ำๆได้ถ้าไม่ดีขึ้น ภายใน 48 ชั่วโมงควรผ่าตัดระบายหนองและล้างข้อด้วยน้ำเกลือและใส่สายระบายหนองไว้จนกว่าหนองจะหมด

5. การทำกายภาพบำบัดเพื่อเพิ่มพูนสมรรถนะและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อทำให้ข้อมีการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันข้อติดโดยเริ่มขยับข้อและบริหารกล้ามเนื้อรอบๆข้อให้เร็วที่สุดเมื่ออาการอักเสบและปวดลดลง

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยข้ออักเสบติดเชื้อเพื่อบรรเทาอาการปวดลดการอักเสบและป้องกันภาวะแทรกซ้อนซึ่งอาจจะส่งผลต่อความพิการและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ การให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างทันท่วงทีและถูกต้องตามมาตรฐานมีความสำคัญมาก ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบสาเหตุ อาการแสดง การรักษาและการวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยข้ออักเสบติดเชื้อให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา

เลือกผู้ป่วยกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย แบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่มีภาวะข้ออักเสบติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 ระหว่าง วันที่ 1 พฤษภาคม ถึง วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2563 ศึกษาข้อมูลจากผู้ป่วยญาติ ทีมสุขภาพ เวชระเบียน และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์สังเกตและร่วมปฏิบัติการพยาบาลประเมินแบบแผนการรับรู้ทางสุขภาพตามแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนและการดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลและทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 1 - 3

ตารางที่ 1 ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	ชายไทย อายุ 60 ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติไทยการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพเกษตรกร ภูมิลำเนา อ.เสลภูมิ จ.ร้อยเอ็ด	ชายไทย อายุ 47 ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติไทย การศึกษา ปริญญาตรี อาชีพรับราชการ ภูมิลำเนา อ.หนองพอก จ.ร้อยเอ็ด
วันเข้ารับการรักษ	2 - 8 มิถุนายน 2563	1 - 15 พฤษภาคม 2563
การวินิจฉัยที่ รพช. / คลินิก	Chronic monoarthritis Rt. Ankle	Chronic monoarthritis Rt. Ankle
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ปวดบวมข้อเท้าข้างขวามาก เป็นมา 7 วัน	ปวดบวมข้อเท้าข้างขวามาก เดินไม่ได้ เป็นมา 1 วัน
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	3 เดือนก่อนมา รพ. ผู้ป่วยมีอาการ บวมแดงร้อนข้อเท้าข้างขวารักษาที่ รพช. 7 วันก่อนมารพ. ผู้ป่วยมีอาการปวดบวม ข้อเท้าข้างขวาปวดมากเวลากลางคืน นอนไม่ได้ เข้ารับการรับการรักษาที่ รพช. และถูกส่งตัวมารักษาต่อ รพ.ร้อยเอ็ด	1 เดือนก่อนมา รพ. ผู้ป่วยมีอาการปวดบวม ข้อเท้าข้างขวาปวดมากขึ้น เข้ารับการ ตรวจรักษาที่ รพ.ร้อยเอ็ด ผู้ป่วยไม่พร้อม เข้ารับการรักษ 1 วันก่อนมา รพ. ปวด บวมข้อเท้ามากขึ้นเดินไม่ได้จึงเข้ารับ การรักษาที่ รพ.ร้อยเอ็ด
โรคประจำตัว	Alcoholic Cirrhosis, CKD3, HT,	ปฏิสัย
ประวัติการแพ้ยาและอาหาร	ปฏิสัยการแพ้ยา/อาหาร	ปฏิสัยการแพ้ยา/อาหาร
ประวัติการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา	เลิกสูบบุหรี่มา 40 ปี มีประวัติดื่มสุรา และเลิกดื่มมาประมาณ 3 เดือน	มีประวัติสูบบุหรี่และดื่มสุรา เลิกมาประมาณ 10 ปี

ตารางที่ 1 ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	1 ปีก่อนผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุจากรถจักรยานล้มเข้ารับการรักษาที่ รพ.ร้อยเอ็ด ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดตามเข็มนาฬิกาข้างซ้าย	1 ปีก่อนได้รับอุบัติเหตุข้อเท้าขวาแพลงและมีประวัติป่วยเป็นเมลิออยโดสิส เข้ารักษาที่โรงพยาบาลเอกชน
การวินิจฉัยแรกเริ่ม	Chronic Monoarthritis Rt. Ankle, Alcoholic cirrhosis, CKD3	Chronic Monoarthritis Rt. Ankle

ตารางที่ 2 การตรวจประเมินสภาพร่างกายแรกเริ่ม

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
สัญญาณชีพ	T 37.8 °C, PR 80/min, RR 20/min, BP 110/70 mmHg	T 37.0 °C, PR 90 /min,RR 20/min, BP 100/70 mmHg
อวัยวะภายในช่องท้อง	ปกติ	ปกติ
แขนขาเท้า มือ นิ้วส่วนปลาย	ข้อเท้าข้างขวาบวม แดงขยับข้อเท้าได้น้อย	ข้อเท้าข้างขวาบวมร้อน ขยับข้อเท้าไม่ได้
BUN	25 mg/dl	12 mg/dl
Creatinine	1.92 mg/dl	0.97mg/dl
eGFRml/min/1.73m ²	37ml/min/1.73m ² CKD3 การแปลผลผู้ป่วยเป็นไตวายระยะที่ 3	93 ml/min/1.73m ² การแปลผลปกติ
CBC	WBC 6.4 x 103/ul, RBC 4.16 x106/ul, Hb 11.9 g/dl, Hct.36.9 % PLT.Count 175x103/ul Neutrophil 51 mg/dl Lymphocyte 30.0%, Monocyte12.% Eosinophil 7% แปลผลปกติ	WBC 7.8 x 103/ul, RBC 4.96 x 106/ul, Hb 15.1g/dl, Hct. 45.8 % PLT. Count 121 x 103/uL Neutrophil 67 mg/dl Lymphocyte 17.0%, Monocyte7.% Eosinophil 9% แปลผลมีค่า Eosinophil สูงเล็กน้อยอาจเป็นภูมิแพ้หรือมีพยาธิ
Hematology (Joint fluid)	WBC 38,219 cells/mm ³ RBC 693,000 cells/mm ³ Neutrophil 90.00 % Lymphocyte 10.00 % แปลผล septic join fluid PMN 90%	WBC 120 cells/mm ³ RBC 50,000 cells/mm ³ Neutrophil 70.00 % Lymphocyte 20.00 % Monocyte 10 % แปลผลการติดเชื้อในข้อจากการดูเจ้าน้ำในข้อเป็นหนองเขียวข้นประมาณ 10 ซีซี

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบกรณีศึกษาตามสาเหตุ, อาการแสดงและการรักษา

หัวข้อเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
สาเหตุและปัจจัย	- สูงอายุ ประวัติได้รับอุบัติเหตุจากรถมา 1 ปี - มีโรคประจำตัว Alcoholic cirrhosis, CKD3	- ประวัติ ได้รับอุบัติเหตุข้อเท้าพลิกแพลงมา 1 ปี - เคยป่วยเป็นโรคเมลิออยโดสิส
อาการและอาการแสดง	- ไข้ มีไข้ต่ำๆ - ผลเอ็กซเรย์พบช่องข้อแคบลงและเนื้อเยื่อรอบข้อบวมมีรอยกักกร่อนของกระดูกผิวข้อ	- ไม่มีไข้ - ผลเอ็กซเรย์พบช่องข้อแคบลงและเนื้อเยื่อรอบข้อบวม มีรอยกักกร่อนของกระดูกผิวข้อ
การรักษาและการผ่าตัด	- Ceftriaxone 2 gm. v.OD., Paracetamol (500) 1 tab oralprn., Folic acid 1x1 oral pc., Aldactone (25) 2 x 1 oralpc., B complex 1 x 3 oralpc., Propranolol 1 x 2 oralpc., Lasix (40) 1/2 tab oralpc. - Try Tap rt. Ankle fail Consult ortho for Arthrotomy with synovial biopsy เวลา 20.00 น. หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดมาก pain score 6 -7 คะแนน ได้รับยาฉีด MO. 3 mg. v. prn for pain q 6 hrs. วันที่ 2 หลังผ่าตัดมีอาการท้องผูกแพทย์ให้ยา Senokot 2 x hs., Air-X 1 x 3 oral pc. วันที่ 6 หลังผ่าตัดไข้ลด Offdrain ส่งกายภาพบำบัด D/C นัดตัดไหม 14 วัน ที่ รพช.นัด F/U 2 สัปดาห์ และติดตามผล Pathology รวมระยะเวลาเข้ารับการรักษา 6 วัน	- MO. 3 mg. v. stat, Tramal 150) 1 x 3 oral pc., Paracetamol (500) 1 tab oralprn., Ceftriaxone 2 gm. v.OD. Tap rt. ankle ได้หนองเขียวขึ้นปนเลือด 10 ซีซี Consult ortho for Arthrotomy with synovial biopsy ได้รับการผ่าตัดวันที่ 6 หลังเข้ารับการรักษาหลังผ่าตัดวันที่ 1 - 2 ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดมาก pain score 8 - 10 คะแนน ได้รับยาฉีด MO. 4 mg. v. prn for pain q 6 hrs. หลังผ่าตัดวันที่ 3 มีไข้สูง T38.2 - 38.6 °C ผลการตรวจเพาะเชื้อ synovial, bursa fluid ไม่พบเชื้อให้ยาปฏิชีวนะครบ 14 วัน วันที่ 7 หลังผ่าตัด Offdrain ส่งกายภาพบำบัด D/C นัด F/U 2 สัปดาห์ พร้อมตัดไหม รวมระยะเวลาเข้ารับการรักษา 14 วัน
สรุปการวินิจฉัย	- Septic arthritis rt. ankle	- Septic arthritis rt. Ankle - Infective bursitis rt.ankle

ผลการศึกษา

ได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของ Gordon มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณโดยแบ่งปฏิบัติการพยาบาลเป็น 3 ระยะ คือระยะแรกรับและก่อนผ่าตัดระยะหลังผ่าตัดและดูแลต่อเนื่องและระยะวางแผนจำหน่าย โดยมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาปวดลดการอักเสบและเคลื่อนไหวก่อนได้ปกติหรือใกล้เคียง ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัย แผนการพยาบาล และผลลัพธ์

ข้อวินิจฉัย การพยาบาล	การวางแผน การพยาบาล	ผลลัพธ์ กรณีศึกษาตอนที่ 1	ผลลัพธ์ กรณีศึกษาตอนที่ 2
ระยะแรกเริ่มและก่อนผ่าตัด			
1. ปวดข้อเท้าเนื่องจาก พยาธิสภาพของโรค	1. ประเมินระดับความปวด โดยใช้มาตราวัดระดับความปวด และจัดการความปวด 2. จัดทำเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย และให้บริเวณปวดได้พัก 3. แนะนำวิธีลดความปวด โดยใช้วิธี relaxation technique ได้แก่ การหายใจ เข้าออกลึกๆ การทำสมาธิ 4. ให้ยาแก้ปวดตามแผนการ รักษา ประเมินประสิทธิผล ของยาและอาการไม่พึงประสงค์ จากยา 5. พุดคุยให้กำลังใจกล่าวชมเชย เมื่อผู้ป่วยเผชิญความปวดได้ 6. ช่วยเหลือในกิจกรรม ที่ผู้ป่วยที่ผู้ป่วยไม่สามารถ ปฏิบัติเองได้	- ผู้ป่วยทุเลापวด นอนหลับ พักผ่อนได้ pain score 2 คะแนน	- ผู้ป่วยทุเลापวด พักผ่อนได้ pain score 3 คะแนน
2. วิตกกังวลเกี่ยวกับโรค และการดูแลรักษา ขาดความมั่นใจในการ ปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการ ผ่าตัด	1. ประเมินระดับความวิตก กังวลโดยใช้มาตราวัดระดับ ความวิตกกังวล 2. อธิบายและให้ข้อมูลเกี่ยวกับ อาการของโรคแนวทางการดูแล รักษาและการปฏิบัติตัวตลอดจน ข้อมูลอื่นๆ ที่ผู้ป่วยต้องการ ทราบ 3. ให้กำลังใจแสดงความเห็นใจ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเผชิญ ต่อสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตก กังวลได้ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับ ทีมบุคลากรสุขภาพที่จะคอย ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่าง ใกล้ชิด 4. เตรียมความพร้อมในการ ผ่าตัดอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ ถึงความจำเป็นในการผ่าตัด การระบายหนองออกจากข้อ และล้างให้สะอาดอาจมีต่อ ขาควรระบายหนองไว้ การบริหาร ข้อหลังผ่าตัดเตรียมร่างกาย	- ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล เข้าใจแนวทางการดูแลรักษา	- ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล เข้าใจแนวทางการดูแลรักษา

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัย แผนการพยาบาล และผลลัพธ์ (ต่อ)

ข้อวินิจฉัย การพยาบาล	การวางแผน การพยาบาล	ผลลัพธ์ กรณีศึกษารายที่ 1	ผลลัพธ์ กรณีศึกษารายที่ 2
	ให้พร้อมการฝึกเดิน พักผ่อน ให้เพียงพอป้องกันภาวะ แทรกซ้อนต่างๆ หลังผ่าตัด เปิดโอกาสให้ซักถาม		
ระยะหลังผ่าตัดและดูแลต่อเนื่อง			
1. ไม่สุขสบายเนื่องจาก ปวดแผลผ่าตัด	1. ประเมินภาวะปวดแผล ผ่าตัดของผู้ป่วยโดยใช้มาตราวัด ระดับความปวดและจัดการ ความปวด 2. จัดให้บริเวณที่ผ่าตัดได้พัก ดูแลการทำงานของขูด radivac drain 3. ประเมินการพันผ้าพันแผล ไม่ให้แน่นเกินไป 4. ให้ยาแก้ปวดตามแผนการ รักษา ประเมินประสิทธิผล ของยาสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ ของยาให้การพยาบาลนุ่มนวล เบามือ ให้การพยาบาลด้วยความ เป็นกันเอง ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด สอนเทคนิคการเบี่ยงเบน ความสนใจต่างๆ ดูแลให้ผู้ป่วย พักผ่อนอย่างเพียงพอ 5. ติดตามประเมินอาการ ปวดแผลอย่างต่อเนื่อง	- หลังผ่าตัดผู้ป่วยปวดแผล PS 6 - 7/10 ได้รับยาฉีด แก้ปวด 2 ครั้ง ไม่มีอาการ ข้างเคียงอาการปวดทุเลาลง PS 2/10 แผลผ่าตัดไม่บวม	- หลังผ่าตัดวันที่ 1-2 ผู้ป่วย ปวดแผลผ่าตัดมาก PS 10/10 ได้รับยาฉีด แก้ปวด 6 ครั้ง ไม่มีอาการ ข้างเคียง อาการปวดทุเลาลง PS 2/10 แผลผ่าตัดไม่บวม
2. ไม่สุขสบายเนื่องจาก ท้องผูก	1. ดูแลและกระตุ้นให้ผู้ป่วย ได้น้ำดื่ม วันละ 3,000 ซีซี โดยเฉพาะการดื่มน้ำตอนเช้า หลังตื่นนอน ไม่น้อยกว่า 500 ซีซี ก่อนทำกิจวัตร ประจำวัน 2. ดูแลการได้รับอาหารที่มี เส้นใย 3. กระตุ้นให้ลูกนั่งและ เคลื่อนไหวร่างกายบนเตียง 4. จัดสถานที่ สิ่งแวดล้อม ให้เหมาะสม ให้เวลาในการ ถ่ายอุจจาระแต่ละครั้งไม่เร่งรีบ	- ปัญหาท้องผูกได้รับการแก้ไข ผู้ป่วย สุขสบายขึ้น	- ไม่พบปัญหา

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัย แผนการพยาบาล และผลลัพธ์ (ต่อ)

ข้อวินิจฉัย การพยาบาล	การวางแผน การพยาบาล	ผลลัพธ์ กรณีศึกษารายที่ 1	ผลลัพธ์ กรณีศึกษารายที่ 2
3. ไม่สบายเนื่องจาก มีไข้	5. ดูแลให้ได้รับยาตามแผน การรักษา 1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยมีไข้สูง เกิน 38. °C ควรเช็ดตัว (tepid sponge) ให้เพื่อลดไข้ 2. ดูแลการได้รับยาลดไข้ ตามแผนการรักษา 3. แนะนำญาติเรื่องการเช็ดตัว ลดไข้ให้ 4. สังเกตลักษณะผิดปกติ ของแผลผ่าตัดและดูแล การได้รับยาปฏิชีวนะตาม แผนการรักษา 5. ดูแลการได้รับอาหารและ น้ำให้เพียงพอ	- ไม่พบปัญหา	วันที่ 3 หลังผ่าตัดผู้ป่วย มีไข้สูง T 38.2 - 38.6 °C ได้รับการพยาบาลและได้รับยา ปฏิชีวนะไข้ลดลง 37 °C
4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ แทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น แผลผ่าตัดติดเชื้อ ข้อติดแข็ง	1. ประเมินลักษณะแผล Dressing OD. ด้วยหลัก aseptic technique 2. ดูแลการได้รับยาปฏิชีวนะ ตามแผนการรักษาและสังเกต อาการข้างเคียงของยา ประเมินสัญญาณชีพ 3. ติดตามผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ 4. เมื่ออาการปวดบวมลดลง ให้ผู้ป่วยบริหารข้อ เพื่อป้องกัน การติดแข็ง โดยการหมุนข้อเท้า กระดกข้อเท้าขึ้นลง และเกร็ง กล้ามเนื้อรอบๆ ข้อเท้าทุกวัน เริ่มจากการทำทีละชุดและ เพิ่มจำนวนครั้งขึ้น	- ผู้ป่วยไม่มีภาวะติดเชื้อเพิ่ม บริหารข้อได้ตามคำแนะนำ แต่ยังหมุนข้อเท้าได้ไม่เต็มที่ เจ็บเวลาหมุนข้อ	- ผู้ป่วยไม่มีภาวะติดเชื้อเพิ่ม บริหารข้อทำได้ไม่เต็มที่ ฝึกเดินไม่กล้าลงน้ำหนัก เนื่องจากกลัวปวดแผล
ระยะจำหน่าย			
1. ขาดความมั่นใจในการ ดูแลตัวเองเพื่อการ ฟื้นฟูสภาพที่บ้าน เนื่องจากความรู้และ ทักษะในการปฏิบัติตัว ยังไม่เพียงพอ	ประเมินคัดกรองความเสี่ยง ปัญหาและความต้องการของ ผู้ป่วยเพื่อวางแผนจำหน่าย สอนดูแลตนเองและเสริมพลัง ในการฟื้นฟูสภาพข้อ เน้นผู้ป่วย และผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการ วางแผนจำหน่าย เน้นให้ผู้ป่วย	ผู้ป่วยตอบการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันแทรกซ้อนได้ ถูกต้อง ทราบแหล่งประโยชน์ ในการช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา สุขภาพ ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องการ รับประทานยาและมาตรวจ ตามนัด	ผู้ป่วยตอบการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันแทรกซ้อนได้ ถูกต้อง ทราบแหล่งประโยชน์ ในการช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา สุขภาพ ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องการ รับประทานยาและมาตรวจ ตามนัด

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัย แผนการพยาบาล และผลลัพธ์ (ต่อ)

ข้อวินิจฉัย การพยาบาล	การวางแผน การพยาบาล	ผลลัพธ์ กรณีศึกษารายที่ 1	ผลลัพธ์ กรณีศึกษารายที่ 2
	รับประทานยา อาหารตามแผน การรักษามาตรฐานตามนัด แนะนำโรงพยาบาลและ สถานบริการใกล้บ้านในการ ช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพ แนะนำอาการสำคัญที่ควรมา พบแพทย์ ประสานศูนย์ดูแล ต่อเนื่องที่บ้านในการส่งต่อ การดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ ที่บ้าน		

วิจารณ์

เป้าหมายที่สำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยข้ออักเสบติดเชื้อคือ 1. บรรเทาอาการปวดที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค 2. เพื่อลดการอักเสบของข้อ 3. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอและ 4. สามารถฟื้นฟูสภาพและเคลื่อนไหวข้อได้ปกติหรือใกล้เคียงเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน บทบาทพยาบาลจึงต้องให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งจะต้องให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะ

ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะข้ออักเสบติดเชื้อมีความคล้ายคลึงกันในอาการนำก่อนมาโรงพยาบาลคือปวดบวมข้อเท้า ผลตรวจเอ็กซเรย์ ทั้ง 2 รายพบช่องข้อแคบลงเนื้อเยื่อรอบข้อบวมและมีรอยกัดกร่อนของกระดูกผิวข้อ การวินิจฉัยเป็น Septic Arthritis Ankle การรักษาได้ยาปฏิชีวนะร่วมกับการผ่าตัดเพื่อระบายหนอง (Arthrotomy with Synovial Biopsy with Drainage) มีความต่างคือผู้ป่วยรายที่ 1 อายุ 60 ปี ปัจจัยเสี่ยงคือมีโรคประจำตัว Alcoholic Cirrhosis, CKD3 ผู้ป่วยรายที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงคือเคยข้อเท้าข้างขวาแพลงมา 1 ปี สิ่งที่มีผลต่อการฟื้นฟูคือการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว รายที่ 1 เมื่อเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในสถานบริการของรัฐบาลเร็วได้รับการประเมินและดูแลรักษาที่รวดเร็วถูกต้องของทีมสุขภาพ และการให้ความร่วมมือจากผู้ป่วยเองทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูและกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้านได้ใกล้เคียงกับปกติ วันนอนโรงพยาบาลน้อยถึงจะมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดคืออาการท้องผูกก็สามารถแก้ปัญหาได้ ผู้ป่วยรายที่ 2 เลือกที่จะเข้ารับการรักษาตามคลินิกด้วยความไม่พร้อมของตัวผู้ป่วยเอง ปวดมากเดินไม่ได้จึงตัดสินใจเข้ารักษาที่โรงพยาบาลทำให้ระยะการดำเนินของโรคนานขึ้น การดูแลรักษาใช้เวลานานขึ้นความร่วมมือของผู้ป่วยเองในการฟื้นฟูสภาพข้อทำได้ไม่เต็มที่เนื่องจากกลัวการปวด ระยะเวลาในการรับรักษานานขึ้นเกือบเท่าตัวผู้ป่วยรายที่ 1 มีระยะวันนอน 6 วัน ผู้ป่วยรายที่ 2 มีระยะวันนอน 14 วัน

ข้อยุติ

บทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยข้ออักเสบติดเชื้อ คือการบรรเทาการปวดลดการอักเสบของข้อทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา¹⁵ การเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนต่างๆ การสอนและเตรียมความพร้อมเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายที่ถูกวิธีการสร้างความมั่นใจ เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนถือเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งจำเป็นจะต้องมีความรู้และทักษะการพยาบาลรวมทั้งพัฒนาทักษะการปฏิบัติเฉพาะให้มีความเชี่ยวชาญและนำใช้แนวทางการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย



1. Septic arthritis. In : Wikipedia [Internet]. 2019. Available from: https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Septic_arthritis&oldid=931517254
2. Arthritis. In : Wikipedia [Internet]. 2020. Available from : <https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Arthritis&oldid=962711697>
3. Jj R. Septic Arthritis of Native Joints [Internet]. Infectious disease clinics of North America. 2017 [cited 2020 Jun 17]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28366221/>
4. M G-A, A B, Em M. Septic Arthritis [Internet]. Best practice & research. Clinical rheumatology. 2011 [cited 2020 Jun 17]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22100289/>
5. Js D. Management of Bone and Joint Infections Due to Staphylococcus Aureus [Internet]. Internal medicine journal. 2005 [cited 2020 Jun 17]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16271064/>
6. Dl H, E K, S H, Ml B-L. Approach to Septic Arthritis [Internet]. American family physician. 2011 [cited 2020 Jun 17]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21916390/>
7. M S, B B, L L. [Proteus Mirabilis Septic Arthritis] [Internet]. The Pan African medical journal. 2017 [cited 2020 Jun 17]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28674590/>
8. Jt B, Gr W, M M, Sa F, Ra H, Ct B. Fungal Osteomyelitis and Septic Arthritis [Internet]. The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons. 2014 [cited 2020 Jun 17]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24860135/>
9. Mw H, Ao M, Tj W, Bd B. Fungal Musculoskeletal Infections [Internet]. Infectious disease clinics of North America. 2017 [cited 2020 Jun 17]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28483045/>
10. P T, J N, S D, D L. Clinical Epidemiology of Septic Arthritis Caused by Burkholderiapseudomallei and Other Bacterial Pathogens in Northeast Thailand [Internet]. The American journal of tropical medicine and hygiene. 2017 [cited 2020 Jun 17]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29016319/>
11. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. รายงานประจำปี 2560. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2560.
12. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. รายงานประจำปี 2561. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2561.
13. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. รายงานประจำปี 2562. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2562.
14. ความหมายข้ออักเสบ (เข้าถึงเมื่อ 2562 เดือน กรกฎาคม วันที่ 8) Available from <https://www.pobpad.com/arthritis>
15. วรณิ สัตยวิวัฒน์และคณะ. การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่7. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส; 2553.

การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง
ที่มีภาวะอัลบูมินต่ำร่วมกับการติดเชื้อแบคทีเรียในเยื่อช่องท้อง : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Patients with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis with Hypoalbuminemia and Bacterial Peritonitis : 2 Cases Study.

.....

กัญจนา บวรโมทย์*
Kanchana Borwornmote

ABSTRACT

Background : The end stage renal disease and had to receive continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). Hypoalbuminemia and bacterial peritonitis is a serious complication that can make patients not achievement for CAPD and high risk of mortality from peritonitis.

Objectives : To study nursing care of patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis with hypoalbuminemia and bacterial peritonitis 2 case study.

Methods : 2 cases study of patients with end stage of renal failure receives CAPD with hypoalbuminemia and bacterial peritonitis in Roi Et Hospital during February 1 to April 30, 2020 by purposive sampling. All data were collected from medical records, interviews their relative, observation, analyzed data, compared the physical and symptoms of patients, nursing records, evaluation the nursing care followed 11 functional health patterns of Gordon's scheme to access the problem and nursing diagnosis.

Results : Case study 1, Thai female 41 years old with CAPD treatment. The symptoms were fever, abdominal pain, and cloudy PD effluent. Patient diagnoses for Streptococcus spp. peritonitis and hypoalbuminemia (2.9 mg/dl). The patient has been resolved hypoalbuminemia, gets better and continue take medicine 14 days at the community hospital and patient can continue for CAPD. Case study 2 , Thai male 60 years old with CAPD treatment. The symptoms were abdominal pain, and cloudy PD effluent. Patient diagnoses for Klebsiella pneumoniae peritonitis and hypoalbuminemia (2.4 mg/dl). The patient has been resolved hypoalbuminemia, admitted for 18 days and changed from CAPD treatment to long term hemodialysis.

Conclusion : The nursing care for patients with end stage renal disease receives CAPD should be evaluating nutritional status of patient and follow the serum albumin level to prevent peritonitis. The accurate, fast, continuous of medical care, efficiency discharge plan, and participation of patients is the important role to prevent peritonitis and hypoalbuminemia.

Keywords : End-stage renal disease, Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis, hypoalbuminemia, Peritonitis

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายต้องได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ภาวะอัลบูมินต่ำและการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายซึ่งอาจจะส่งผลให้การล้างไตทางช่องท้องไม่ประสบผลสำเร็จและผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อเสียชีวิตจากการติดเชื้อ

วัตถุประสงค์ : ศึกษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีภาวะอัลบูมินต่ำร่วมกับการติดเชื้อแบคทีเรียในเยื่อช่องท้อง เปรียบเทียบ 2 ราย

วิธีการดำเนินการ : กรณีศึกษาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีภาวะอัลบูมินต่ำร่วมกับการติดเชื้อแบคทีเรียในเยื่อช่องท้อง 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดระหว่างเดือน 1 กุมภาพันธ์ - 30 เมษายน 2562 เลือกผู้ป่วยแบบเจาะจง โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา แบบบันทึกทางการแพทย์ วิเคราะห์เปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เพื่อให้ได้ปัญหาและกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ผลลัพธ์ : กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นหญิงไทยอายุ 41 ปี ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรับการรักษาด้วย CAPD มาโรงพยาบาลด้วยอาการไข้สูง ปวดท้อง น้ำยาล้างไตขุ่น ได้รับการตรวจการวินิจฉัยพบมีการติดเชื้อ *Streptococcus spp.* ในเยื่อช่องท้องร่วมกับการมีภาวะอัลบูมินต่ำ (2.9mg/dl) ได้รับการแก้ปัญหาภาวะอัลบูมินต่ำ นอนโรงพยาบาล 4 วัน อาการดีขึ้นจำหน่ายกลับบ้านรับยาต่อเนื่องครบ 14 วัน ในโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน สามารถกลับมาล้างไตทางช่องท้องได้ตามเดิม กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทยอายุ 60 ปี รักษาด้วยวิธี CAPD มีอาการปวดท้อง น้ำยาล้างไตขุ่นได้รับการวินิจฉัยมีการติดเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* ในเยื่อช่องท้องร่วมกับการมีภาวะอัลบูมินต่ำ (2.4 mg/dl) ต้องเอาสายล้างไตออกรับการแก้ปัญหาภาวะอัลบูมินต่ำ ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 18 วัน และเปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไตเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมถาวร

สรุป : การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ควรจะได้รับการประเมินภาวะโภชนาการติดตามระดับอัลบูมินอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง การรักษาพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็ว ต่อเนื่องการวางแผนจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพรวมถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยจะช่วยให้ในการดูแลตนเองมีส่วนสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อและภาวะอัลบูมินต่ำได้

คำสำคัญ : ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ; การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ; ภาวะอัลบูมินต่ำ ; การติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง



โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพของคนไทย โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease) ที่ต้องรับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งการบำบัดทดแทนไตมี 3 วิธี ได้แก่ การปลูกถ่ายไต (Kidney Transplants) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) และการล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : CAPD)¹ จังหวัดร้อยเอ็ดพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ในปี 2560 - 2562 จำนวน 174,165 และ 187 ราย ตามลำดับ ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ทำ CAPD ทั้งสิ้น 673 ราย

การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง CAPD เป็นวิธีการล้างไตที่ผู้ป่วยต้องกลับไปทำเองที่บ้าน โดยผ่านกระบวนการเรียน การสอนจากพยาบาล (PD Nurse) ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเปลี่ยนน้ำยาล้างไตวันละ 4 - 6 ครั้ง ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยคือภาวะอัลบูมินต่ำ (hypoalbuminemia) จากการสูญเสียโปรตีน 5 - 15 กรัมต่อวัน² ออกมาทางน้ำยา และการมีน้ำอยู่ในช่องท้อง ทำให้รู้สึกแน่นช่องท้อง รับประทานอาหารได้น้อยลง น้ำยา CAPD มีกลูโคสที่สูงซึ่งจะถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือด ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกริว ไม่มีความอยากอาหาร ดังนั้นผู้ป่วยอาจเกิดภาวะอัลบูมินต่ำได้ถ้ากินอาหารไม่เพียงพอ สำหรับการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง (Peritonitis) เป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญของการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ตามคำแนะนำของ International Society for Peritoneal Dialysis : ISPD ในปี 2016³ เกณฑ์ของอุบัติการณ์ของภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (Peritonitis) ที่ยอมรับได้ไม่ควรเกิน 0.5 epi per year หรือ 1 episode per 24 pt. months ข้อมูลสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ ที่ 1 episode per 24 pt. months โรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบอัตราการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ ในปี 2560 - 2562 อยู่ที่ 1 episode per 42 pt. month, 1 episode per 68 pt. month และ 1 episode per 62 pt. month ตามลำดับ ถึงแม้จะดีกว่าที่ ISPD แนะนำ แต่ยังเป็นปัญหาสำคัญในหน่วยบริการ เนื่องจากเป็นสาเหตุทำให้การล้างไตทางช่องท้องไม่ประสบผล

สำเร็จ ผู้ป่วยต้องหยุดการรักษา หรือเปลี่ยนวิธีการรักษา เป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมถาวร นอกจากนี้ การติดเชื้อยังมีความสัมพันธ์กับ ภาวะโภชนาการ กล่าวคือ เมื่อมีการติดเชื้อจะทำให้ร่างกายมีการสลายโปรตีนมากขึ้น ส่งผลทำให้โปรตีนในเลือดต่ำและโปรตีนในเลือดที่ต่ำยังส่งผลกระทบต่อร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานโรคต่ำอีกด้วยส่งผลเสริมให้เกิดความรุนแรงของการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น เป็นผลให้มีการรักษาเพิ่มมากขึ้น เสี่ยงต่อการให้การรักษาล้มเหลว มีผลต่อการเสียชีวิตสูง และถ้าระดับอัลบูมินในเลือดยิ่งต่ำลงไปโอกาสที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตก็จะยิ่งมากขึ้น หากระดับของอัลบูมินต่ำกว่า 3.7 กรัมต่อเดซิลิตร มีโอกาสเจ็บป่วยและติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 43 ในขณะที่อัลบูมินที่มากกว่า 4.1 กรัมต่อเดซิลิตร จะมีโอกาสเจ็บป่วยเพียงร้อยละ 17 ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรจะได้รับ การดูแลและเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเป็นพิเศษ เมื่อเกิดการติดเชื้อควรได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็ว ต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากการติดเชื้อและสามารถกลับมาทำการล้างไตทางช่องท้องได้ ผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

คำจำกัดความ

ภาวะไตวาย (Renal Failure) คือภาวะที่ไตสูญเสียการทำงานแบ่งออกเป็น 2 ชนิด

1. ไตวายเฉียบพลัน (Acute Renal Failure) ภาวะที่มีการสูญเสียการทำงานของไตในช่วงเวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน ส่งผลให้เกิดการคั่งของของเสียและการควบคุมสมดุลกรดต่างรวมทั้งปริมาณน้ำและเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนโลหิตในร่างกาย เช่น ผู้ป่วยที่ช็อกจากการติดเชื้อ, เสียเลือดจำนวนมาก หรือขาดน้ำอย่างรุนแรงซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาอาจมีอันตรายถึงชีวิตในช่วงเวลาระยะสั้นที่เกิดขึ้นหากได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงทีไตจะกลับสู่ภาวะปกติได้

2. ไตวายเรื้อรัง (Chronic Renal Failure) คือการสูญเสียการทำงานของไต ที่เป็นไปอย่างช้าๆ นานมากกว่า 3 เดือน จนในที่สุดเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease : ESRD) ที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ต่อไปได้ ซึ่งมี 3 วิธี ได้แก่การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis), ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis) และการปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation)

การล้างไตทางช่องท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis) หรือที่นิยมเรียก CAPD เป็นการขจัดของเสียออกทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ผนังเยื่อช่องท้องของผู้ป่วย โดยการใส่น้ำยาที่เตรียมไว้ในช่องท้องเพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนของเสียที่สะสมในร่างกายของผู้ป่วย และปรับสมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย วิธีการนี้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนน้ำยาวันละ 4 วงจร โดย 1 วงจรนับตั้งแต่ปล่อยน้ำยาเข้าในช่องท้อง ค้างน้ำยาไว้ประมาณ 4 - 8 ชั่วโมง แล้วปล่อยออกเป็นวิธีที่ง่าย สามารถทำเองที่บ้านได้ด้วยตัวผู้ป่วยเองหรือผู้ดูแล ซึ่งได้รับการสอนการฝึกปฏิบัติจากแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (PD Nurse)

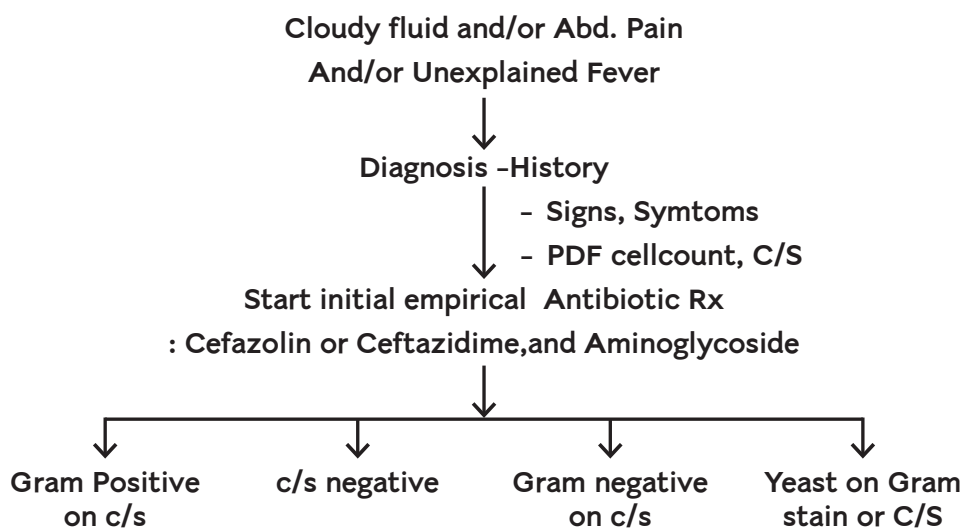
ภาวะแทรกซ้อนจากการทำ CAPD ที่สำคัญและพบได้บ่อยคือการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง (Peritonitis in CAPD) ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องได้แก่ สุขลักษณะและลักษณะพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เศรษฐฐานะของผู้ป่วย (non medical condition) การมีโรคประจำตัวหรือโรคร่วมได้แก่ เบาหวานมักมีอุบัติการณ์การติดเชื้อสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นเบาหวาน นอกจากนี้ภาวะโปรตีนในเลือดต่ำ ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อที่สูงขึ้น (medical condition) และในกลุ่มประเทศที่มีอุบัติการณ์โรคอ้วนสูง เช่นในอเมริกาและออสเตรเลียก็พบว่าผู้ป่วยโรคอ้วนมีการติดเชื้อที่สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่อ้วน (patient associated condition) การเปลี่ยนน้ำยา (system associated condition) เรื่องของ connection technique ซึ่งปัจจุบันเปลี่ยนมาใช้ระบบ Double bags system การใช้เทคนิค Flush before fill พบว่าทำให้อุบัติการณ์การติดเชื้อในเยื่อช่องท้องลดลงประมาณร้อยละ 50

การวินิจฉัย

ภาวะอักเสบจากการติดเชื้อในช่องท้อง จะต้องมียุทธศาสตร์ทางคลินิก 2 ใน 3 ประการดังนี้

1. อาการและอาการแสดงของการอักเสบของเยื่อผนังช่องท้องเช่น ปวดท้อง กดเจ็บ หรือ rebound tenderness มีไข้มากกว่า 37.8 °C
2. น้ำยาขุ่น เมื่อนำนํายามาตรวจพบเม็ดเลือดขาวมากกว่า 100 cell/cum² และมีปริมาณ neutrophil มากกว่าร้อยละ 50
3. ตรวจพบเชื้อจากน้ำยาที่ปล่อยออกมา อาจพบโดยการย้อม gram stain หรือ เพาะเชื้อ

แนวทางการรักษา



วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีภาวะอัลบูมินต่ำ ร่วมกับการติดเชื้อแบคทีเรียในเยื่อช่องท้องจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดระหว่าง 1 กุมภาพันธ์ - 30 เมษายน 2562 เลือกแบบเจาะจง โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา

แบบบันทึกทางการแพทย์ วิเคราะห์เปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เพื่อให้ได้ปัญหาและกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลนำมาวางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีภาวะอัลลูมินต่ำร่วมกับการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องโดยมีข้อมูลทั่วไปกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 41 ปี สถานภาพสมรส อาชีพเกษตรกร การศึกษาระดับประถมศึกษา	ผู้ป่วยชายไทยอายุ 60 ปี สถานภาพสมรส อาชีพเกษตรกร การศึกษาระดับประถมศึกษา
วันที่เข้ารับการรักษา	22 เมษายน 2562	20 กุมภาพันธ์ 2562
วันที่จำหน่าย	25 เมษายน 2562	7 มีนาคม 2562
จำนวนวันนอน	4 วัน	18 วัน
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ESRD ไม่มีโรคร่วม รับการรักษาด้วยวิธี CAPD เมื่อวันที่ 10 กันยายน 2561 Run CAPD 2,000 mlx 4 cycle/day F/U รัพยาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด	ประวัตินี้ในไต รับการผ่าตัดและการรักษาที่รพ.ร้อยเอ็ด เมื่อปี 2560 มิถุนายน 2561 ตรวจพบ ESRD และรับการรักษาด้วยวิธี CAPD เมื่อ วันที่ 20 มิถุนายน 2561 Run CAPD 2,000 ml x 4 cycle/day F/U และรับยาที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	สมาชิกในครอบครัวไม่มีประวัติการเจ็บป่วยร้ายแรง สุขภาพแข็งแรง	สมาชิกในครอบครัวไม่มีประวัติการเจ็บป่วยร้ายแรง สุขภาพแข็งแรง
ประวัติการแพ้ยา	ไม่มีประวัติแพ้ยา	ไม่มีประวัติแพ้ยา
ประวัติการผ่าตัด	ไม่มีประวัติการผ่าตัด	ไม่มีประวัติการผ่าตัด
ประวัติการสูบบุหรี่/ดื่มสุรา	ปฏิเสธการสูบบุหรี่/ดื่มสุรา	เคยสูบบุหรี่ 5 มวนต่อวัน/ดื่มสุรานานๆ ครั้ง เลิกสูบบุหรี่/เลิกดื่มสุรามาแล้ว 3 ปี
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ไข้สูง ปวดท้อง น้ำยาล้างไตขุ่น	ไข้ อาการปวดท้อง น้ำยาล้างไตขุ่น
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	6 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการไข้สูง ปวดท้อง น้ำยาล้างไตขุ่น แรกเริ่มที่หน่วยไตเทียม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการปวดท้อง น้ำยาล้างไตขุ่น ไข้สูง : 39.0 °C Pain Score 4 admitted ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 3 การวินิจฉัย: ESRD with Infected CAPD, Hypokalemia	7 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง น้ำยาล้างไตขุ่น ซัวยารับประทานเอง 2 วัน อาการไม่ดีขึ้น มีไข้ น้ำยาไหลเข้า-ออกช้า ปวดท้องมากขึ้น จึงไปโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน รับการรักษา/ยา ATB ที่โรงพยาบาลชุมชน 5 วัน อาการไม่ดีขึ้นจึง Refer รับการรักษาต่อ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ประเมินแรกเริ่มที่หน่วยไตเทียม น้ำยาล้างไตขุ่นมีวัน ปวดท้องท้อง ซีด มีไข้ อุณหภูมิ 37.8 °C Pain Score 5 - 6 admitted ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การรักษาที่ได้รับ	ผู้ป่วยสีกตัวดี ใช้สูง มีอาการปวดท้อง น้ำยาล้างไตชุ่น ได้รับการตรวจเลือด CBC, BS BUN, Cr, E'lyte, Ca, Po4, Alb-H/C และส่งน้ำยาล้างไต ตรวจ PDF for cell count /cell diff PDF for G/S, C/S จากถุงน้ำยาถุงล่าสุดจากช่องท้อง ส่ง PDF ใส่ในขวด H/C x 2 ขวด ขวดละ 10 ml หลังเก็บน้ำยาตรวจ เริ่มให้รักษาทันที (ไม่ต้องรอผลตรวจ Cell Count) โดยได้รับยา Fortum 1.5 gm. IP และ Cefazolin 1.5 gm. IP stat และผสมในถุงน้ำยาที่จะเปลี่ยนรอบก่อนนอน วันละ 1 ครั้ง มีภาวะโปแทสเซียมในเลือดต่ำ ได้ 0.9 NSS 1, 000 ml + KCL 40 meq IV. 60 ml/hr ผู้ป่วยสามารถทำ CAPD ได้ ระหว่างเข้ารับการรักษอาการปวดท้องลดลงเรื่อยๆ ได้รับยา Ibufen 1 tab oral tid. pc. Pain Score 2 - 3 คะแนน ผลการเพาะเชื้อ พบ Streptococcus spp. หลังรับยาปฏิชีวนะ อาการดีขึ้น น้ำยาล้างไตใส ผล PDF cell count : WBC ลดลงเรื่อยๆ จำนวน PDF for cell count < 100 นอนโรงพยาบาล 4 วัน จึงจำหน่ายกลับบ้านและรับยา ปฏิชีวนะต่อเนื่องที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน จนครบ 14 วัน	การวินิจฉัย : ESRD with Refractory Infected CAPD, Anemia หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 มีไข้ ปวดท้อง น้ำยาล้างไตชุ่น ได้รับการตรวจเลือด CBC, BS BUN, Cr, E'lyte, Ca, Po4, Alb และส่งน้ำยาล้างไตตรวจ PDF for cell count /cell diff PDF for G/S, C/S จากถุงน้ำยาถุงล่าสุดจากช่องท้อง ส่ง PDF ใส่ในขวด H/C x 2 ขวด ขวดละ 10 ml หลังเก็บน้ำยาตรวจเริ่มให้ ATB ทันที (ไม่ต้องรอผลตรวจ Cell Count) ได้รับยา Fortum 1.5 gm. IP และ Cefazolin 1.5 gm. IP stat และผสมในถุงน้ำยาที่จะเปลี่ยนรอบก่อนนอน วันละ 1 ครั้ง มีภาวะซีดได้รับเลือด PRC 1 ถุง ผู้ป่วยสามารถทำ CAPD ได้น้ำยาไหลเข้า-ออกช้า ต้องผสม Heparin 1,000 ยูนิต ในน้ำยาล้างไตทุกถุง ผลการเพาะเชื้อพบ Klebsiella pneumoniae ติดตามผล PDF for cell count/ cell diff. PDF for G/S วันเว้นวัน หลังรับยาปฏิชีวนะ 5 วัน อาการการติดเชื้อไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องมาก Pain Score 6 - 7 ให้ยาลดปวด Paracetamol 500 mg 1 tab oral prn. น้ำยาล้างไตยังขุ่นผล PDF for cell count >100 ส่งปรึกษาศัลยแพทย์ เพื่อ remove TK catheter จำหน่ายกลับบ้าน ทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทดแทน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ระยะเวลา 1 เดือน และวางสายใหม่ ไม่สามารถวางได้เนื่องจากมีพังผืดในช่องท้องต้องทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมถาวร
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	BUN, Cr : 23mg/dl, 5.6 mg/dl Hct., Hb : 35.1%, 11.6 g/dl K 22 เม.ย. 62 : 2 mmol/l 25 เม.ย. 62 : 3.7 mmol/l Alb : 2.9 mg/dl PDF cell count/PMN (%) 22 เม.ย. 62 : 7,352/90% 24 เม.ย. 62 : 66/38% 25 เม.ย. 62: 68/24% PDF C/S : Streptococcus spp.	BUN, Cr : 41 mg/dl, 6.4 mg/dl Hct., Hb : 24%, 7.0 g/dl K 20 ก.พ. 62 : 4.3 mmol/l 24 ก.พ. 62 : 4.6 mmol/l Alb : 2.4 mg/dl PDF cell count/PMN (%) 20 ก.พ. 62 : 2,176/97% 22 ก.พ. 62 : 5,368/98% 24 ก.พ. 62 : 2,445/99% PDF C/S : Klebsiella pneumoniae

ผลการศึกษา

วิเคราะห์เปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน นำมากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล และวางแผนการพยาบาลได้ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีภาวะอัลบูมินต่ำร่วมกับการติดเชื้อแบคทีเรียในเยื่อช่องท้อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล/ กิจกรรมการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
● ระยะแรกเริ่ม 1. มีการติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องจากการล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) วางแผนให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic technique ล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังให้การพยาบาล ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้ได้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาและสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ของยา การใช้เทคนิค Flush before fill เพื่อลดการเกิดการปนเปื้อนเชื้อในระบบเพิ่มขึ้น และสังเกตความผิดปกติของน้ำยาล้างไตว่ามีลักษณะขุ่นและมีเยื่อปนออกมาหรือไม่ เก็บน้ำยาถุงที่ขุ่นและค้างในช่องท้องนานอย่างน้อย 2 ชั่วโมง ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับยาปฏิชีวนะ เพื่อส่งตรวจเม็ดเลือดขาวและเพาะเชื้อตามขั้นตอนการเก็บน้ำยาส่งตรวจ ติดตามผลการตรวจเม็ดเลือดขาว PDF for C/S, Cell diff., Cell count และรายงานแพทย์ 2. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ วางแผนการพยาบาลโดยการประเมินอาการไข้ วัดอุณหภูมิ ทุก 4 ชั่วโมง การเช็ดตัวลดไข้ ดูแลการได้รับยาลดไข้ การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและการได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา 3. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้องจากการติดเชื้อที่เยื่อช่องท้อง วางแผนการพยาบาลโดยการประเมินค่าคะแนนความปวด Pain Score ดูแลจัดให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ ศีรษะสูง และการติดตามประเมินอาการปวดท้อง ลักษณะบริเวณ ระยะเวลา และความรุนแรงของการปวด การใช้น้ำยา Dialysis ให้มีอุณหภูมิเท่ากับร่างกาย และปล่อยน้ำยาเข้าช่องท้องช้าๆ น้ำยาล้างไต	- ผู้ป่วยไม่มีภาวะติดเชื้อเพิ่มขึ้น - หลังได้รับยาปฏิชีวนะ 1 วัน ตรวจ PDF for Cell count <100 น้ำยาล้างไตใส - ได้รับยาปฏิชีวนะต่อเนื่องครบ 14 วัน ตามแผนการรักษา หลังเข้ารับการรักษายาบาล ผู้ป่วยมีอาการไข้ ลดลง วันที่ 22 เม.ย. - 25 เม.ย. 62 วัดอุณหภูมิ 36.6 - 37.2 °C - อาการปวดลดลง Pain Score 2 - 3	- ผู้ป่วยยังมีภาวะติดเชื้อ - ตรวจ PDF for Cell count >100 - น้ำยาล้างไตขุ่น - remove TK catheter หลังเข้ารับการรักษายาบาล ผู้ป่วยมีอาการไข้ลดลง วันที่ 20 ก.พ. 62 - 4 มี.ค. 62 วัดอุณหภูมิ 36.5 - 37.0 °C - อาการปวดไม่ลดลง Pain Score 6 - 7 - ได้รับยาลดปวด Paracetamol 500 mg oral prn.

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีภาวะอัลบูมินต่ำร่วมกับการติดเชื้อแบคทีเรียในเยื่อช่องท้อง (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล/ กิจกรรมการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ที่เย็นมาก การปล่อยน้ำยาเร็วเกินไป อาจจะเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่สบาย กรณีน้ำอุ่นมาก ควรใส่น้ำยาล้างไตสวนล้างช่องท้อง (Peritoneal lavage) ด้วยน้ำยาผสม heparin 500 unit / liter ใส่เข้าและปล่อยออกทันที 3 ถัง และดูแลการได้รับยาลดปวดตามแผนการรักษา 4. วิดกกังวลเกี่ยวกับการรักษา วางแผนการพยาบาลโดยการประเมิน สีนัย ทำทาง ความวิตกกังวล การรับรู้ของผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับโรคและความพร้อมที่จะรับรู้ข้อมูล สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ การติดต่อประสานงานกับแพทย์ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล อธิบายและให้ข้อมูลในสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติสงสัย ไม่เข้าใจ รวมทั้ง อาการ และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับและแผนการดูแล ให้รับทราบเป็นระยะ • การรักษาต่อเนื่อง 5. มีภาวะ Hypokalemia เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย ร่างการสูญเสียโพแทสเซียมจากการล้างไตทางช่องท้อง วางแผนการพยาบาลโดยประเมินอาการ และอาการแสดงของภาวะโพแทสเซียมต่ำ เช่นระดับความรู้สึก สับสน กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชี้น การดูแลให้ยา/สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ให้ได้รับสารอาหารให้เพียงพอ แนะนำการรับประทานผัก ผลไม้ อาหารที่มีโพแทสเซียมติดตามประเมินสัญญาณชีพ จังหวะและอัตราการเต้นของหัวใจ บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออก และติดตามผลการตรวจอิเล็กโทรไลต์รวมทั้งสังเกตอาการอาการแสดงของภาวะโพแทสเซียมต่ำ 6. มีของเสียคั่งในร่างกายเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนของเยื่อช่องท้องลดลงจากการติดเชื้อ วางแผนการพยาบาลโดยการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของระบบ ประสาท ได้แก่ ชี้น สับสน กระตุก ชา ดูแลการทำ CAPD ตามแผนการรักษา และติดตามผลการตรวจ BUN, Cr	ผู้ป่วยเข้าใจแนวทางการรักษา ไม่มีสีหน้าวิตกกังวล สามารถทำ CAPD ได้ - ผู้ป่วยได้รับยา + สารน้ำ 0.9 NSS 1,000 ml + KCL 40 meq IV 60 ml/hr - รับประทานอาหารได้ - ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการอาการแสดงของภาวะ Hypokalemia - ผลตรวจระดับโพแทสเซียมในเลือด 25 เม.ย. 62 : 3.7 mmol/l - ผู้ป่วยสามารถทำ CAPD ต่อได้ Run CAPD 2,000 ml x 4 รอบ ต่อวัน	ผู้ป่วยเข้าใจแนวทางการรักษา แต่ยังมีสีหน้ากังวลเนื่องจากอาการไม่ดีขึ้น - ผู้ป่วยไม่มีภาวะ Hypokalemia - รับประทานอาหารได้ - ผลตรวจระดับโพแทสเซียมในเลือด : 4.3 - 4.6 mmol/l - ผู้ป่วยไม่สามารถทำ CAPD ต่อได้ ต้องทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทดแทนชั่วคราว

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีภาวะอัลบูมินต่ำร่วมกับการติดเชื้อแบคทีเรียในเยื่อช่องท้อง (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล/ กิจกรรมการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
7. มีภาวะชืด เนื่องขาดฮอร์โมนอิริโทรพอยติน วางแผนการพยาบาลโดยดูแลให้ออกซิเจน Canular 3 - 5 ลิตรต่อนาที ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง ช่วยเหลือการทำกิจกรรมให้เลือดตามแผนการรักษาและสังเกตอาการผิดปกติจากการให้เลือด ติดตามผล CBC, Hct และดูแลการได้รับยา EPO ตามแผนการรักษา	- ผู้ป่วยได้รับ EPO 8,000 ยูนิต/สัปดาห์	- ได้ PRC 1 ถุง อาการไม่มีอาการผิดปกติจากการให้เลือด - ผู้ป่วยได้รับ EPO 8,000 ยูนิต/สัปดาห์
8. มีภาวะ Hypoalbuminemia เนื่องจากการสูญเสียโปรตีนจากการล้างไตทางช่องท้องและผลของการเบื่ออาหาร วางแผนการพยาบาลโดยการส่งเสริมภาวะโภชนาการ การดูแลร่วมกับแพทย์และนักโภชนาการ ในการจัดอาหารให้ผู้ป่วยได้รับโปรตีนเพียงพอ 1.2 - 1.5 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม และแคลอรี 30 - 35 กิโลแคลอรี ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ซึ่งน้ำหนักตัวทุกวันให้การพยาบาลโดยดูแลความสะอาดปากและฟัน การให้ความรู้ในการเลือกรับประทานอาหารโปรตีนสูง แนะนำอาหารเมนูแลกเปลี่ยนที่เหมาะสม	ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการเลือกรับประทานอาหาร รับประทานอาหารได้น้อย รู้สึกเบื่ออาหาร	ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการเลือกรับประทานอาหาร แต่รับประทานอาหารได้น้อย แน่นท้องและรู้สึกเบื่ออาหาร
9. วิดกกังวลเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนแผนการรักษา วางแผนการพยาบาลโดยการให้ความรู้พยาธิสภาพของโรค ผลการรักษาและแนวทางการรักษาของแพทย์ สาเหตุของการเปลี่ยนวิธีการรักษา วิธีการบำบัดทดแทนไตแต่ละวิธี ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การปฏิบัติตัว และข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธี ● ระยะการจำหน่าย 10. เสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อซ้ำและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เนื่องจากขาดความรู้และขาดความตระหนักในการปฏิบัติตัว วางแผนการพยาบาลและวางแผนการจำหน่าย โดย การประเมิน การรับรู้ของผู้ป่วย/ผู้ดูแล/ครอบครัว ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อวางแผนจำหน่าย การ Re-Training และเสริมพลังในการส่งเสริมการดูแลตนเองร่วมกัน	ผู้ป่วยและญาติเข้าใจพยาธิสภาพของโรค ไม่มีสีหน้าวิตกกังวล สามารถทำ CAPD ได้ - ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจสามารถบอกอาการ การดูแลตนเองเมื่อเกิดการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง - ทราบขั้นตอนการมาตรวจตามนัด และการรับบริการในสถานพยาบาลเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพ	ผู้ป่วยและญาติเข้าใจพยาธิสภาพของโรคว่าการรักษาไม่ได้ผล ต้องเอาสายล้างไตออก ใส่สายสวนหลอดเลือดดำที่คอและพร้อมทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม - ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจสามารถบอกการดูแลตนเอง - ได้รับข้อมูลและการเตรียมความพร้อม ขั้นตอนการรับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การมาตรวจตามนัดและการรับบริการในสถานพยาบาลเมื่อเกิดปัญหาด้านสุขภาพ

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีภาวะอัลบูมินต่ำร่วมกับการติดเชื้อแบคทีเรียในเยื่อช่องท้อง (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล/ กิจกรรมการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ของผู้ป่วย/ผู้ดูแล/ครอบครัว การมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย เน้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาจำกัดน้ำ อาหารตามแผนการรักษา มาตราจตามนัด อาการสำคัญที่ควรมาพบแพทย์ การดูแลตนเองเบื้องต้น และการแนะนำสถานบริการใกล้บ้าน ในการช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพอาหารตามแผนการรักษา มาตราจตามนัด อาการสำคัญที่ควรมาพบแพทย์ การดูแลตนเองเบื้องต้น และการแนะนำสถานบริการใกล้บ้านในการช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพ ประสานศูนย์ดูแลต่อเนื่อง การส่งต่อข้อมูลสถานพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย และร่วมวางแผนการเยี่ยมบ้านกับสถานพยาบาลใกล้บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง	- ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะต่อเนื่องครบ 14 วัน ตามแผนการรักษา	

วิจารณ์

กรณีศึกษาทั้งสองรายเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการไข้ ปวดท้อง น้ำยาล้างไตขุ่น ตรวจ PDF Cell count พบ WBC >100 และ PMN >50% ซึ่งเป็นอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องร่วมกับมีภาวะอัลบูมินต่ำ กรณีศึกษารายที่ 1 หลังมีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลได้รับการประเมินการวินิจฉัย และได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ทำให้การติดเชื้อไม่รุนแรง รักษาหายและสามารถล้างไตทางช่องท้องได้ตามเดิม กรณีศึกษารายที่ 2 หลังมีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อผู้ป่วยซื้อยารับประทานเอง อาการไม่ดีขึ้นจึงมาโรงพยาบาลทำให้ได้รับการประเมิน การวินิจฉัย และการรักษาที่ล่าช้า ทั้งนี้การที่ผู้ป่วยมีภาวะอัลบูมินต่ำอาจจะส่งผลให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต้านโรคต่ำทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อแบคทีเรียที่สูงขึ้นและยังมีโอกาสทำให้เกิดความรุนแรงจากการติดเชื้อซึ่งอาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าภาวะอัลบูมินต่ำเป็นสัญญาณบ่งบอกถึงอุบัติการณ์ของการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง⁴ ปัญหาเรื่องของอัลบูมินในกระแสเลือดต่ำนั้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าหากระดับของอัลบูมินต่ำกว่า 3.7 กรัมต่อเดซิลิตร มีโอกาสเจ็บป่วยและติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 43 ในขณะที่อัลบูมินที่มากกว่า 4.1 กรัมต่อเดซิลิตร จะมีโอกาสเจ็บป่วยเพียงร้อยละ 17 และระดับอัลบูมินในเลือดยิ่งต่ำโอกาสที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตก็จะยิ่งมากขึ้น⁵ เช่นเดียวกับการศึกษาของณรงค์ชัย สังชา⁶ ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับอัลบูมินน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3.5 กรัมต่อเดซิลิตร เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อแบคทีเรียในช่องท้อง สูงถึง 13.7 เท่า สำหรับปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องจากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองที่นำไปสู่การติดเชื้อประกอบด้วย การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง การละเลยในการทำความสะอาดร่างกายและอุปกรณ์อย่างเพียงพอ การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์พยาบาล⁷ แต่การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวให้หายจนสามารถกลับมาทำการล้างไตได้

ซึ่งไม่ได้ศึกษาถึงปัจจัยดังกล่าว อย่างไรก็ตามภาวะอัลบลูมินต่ำสามารถจัดการได้และควรได้รับการแก้ไขตั้งแต่ก่อนเริ่มต้นการรักษา เช่นเดียวกับการติดเชื้อที่เยื่อช่องท้อง ซึ่ง ISPD ได้ให้ข้อแนะนำว่าควรเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการวางสาย TK โปรแกรมการสอน ระบบการเปลี่ยนน้ำยา ชนิดของน้ำยาล้างไต การดูแลแผลทางออกของสาย ตลอดจนการดูแลด้านระบบทางเดินอาหาร ทั้งตัวผู้ป่วยเองและจากบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะพยาบาล สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องนั้นต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วย ก่อน ระหว่าง หลังการล้างไตทางช่องท้อง ต้องมีความชำนาญในการสอน การสื่อสาร และการดูแลต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน⁸

ข้อยุติ

การพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ให้สำเร็งนั้นต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญได้แก่ 1) ด้านผู้ป่วย ครอบครัวต้องมีความพร้อมในการรักษา มีความรู้ ตระหนักและมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง 2) ด้านบุคลากรต้องมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ควรได้รับการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถสร้างความปลอดภัย สามารถติดต่อสื่อสาร อธิบายอย่างถูกต้อง โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และมีระบบการนิเทศติดตามการปฏิบัติงานของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ 3) ด้านระบบบริการการบริการที่รวดเร็ว เข้าถึงง่าย มีการทบทวนและปรับปรุงระบบโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย 4) เครือข่ายบริการการดูแลต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้าน การมีส่วนร่วมของพยาบาลชุมชน รวมทั้งนำการสนับสนุนทางสังคมมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย มีการเชื่อมโยงข้อมูล การประสานการดูแลผู้ป่วยผ่านพยาบาลรายกรณี เพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลให้ดียิ่งขึ้น



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง ครอบครัวและผู้ดูแล ที่เป็นผู้ให้ประสบการณ์ในการนำศาสตร์และศิลป์มาใช้ในการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างมีประสิทธิภาพและขอขอบคุณทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

• บรรณานุกรม •

1. ศุภชัย วุฒิอาชากุล. (2551). การล้างไตทางช่องท้อง : สรีรวิทยา ; ใน สมชาย เอี่ยมอ่องและคณะ (บรรณาธิการ), Textbook of peritoneal Dialysis (หน้า 115-129) กรุงเทพมหานคร เทกซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น
2. ชนิตา ปโชติการ และสุนาฏ เตชางาม. (2549) สัดส่วนอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคไต. FRESENIUSKABI กรุงเทพมหานคร.
3. ISPD. (2016). ISPD Peritonitis Recommendations : 2016 Update On Prevention and Treatment. Peritoneal Dialysis International, Vol.36, September
4. ศศิพิมพ์ ไพโรจน์กิจตระกูลและคณะ. (2014). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันต่อการดูแลร่วมกันของผู้ป่วย และครอบครัวภาวะโภชนาการและการติดเชื้อที่แผลช่องสายออกในผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง. Rama Nurs J. September - December
5. Muneera Aiad Alharbi. (2020). Low serum albumin a predictor sign of the incidence of peritoneal dialysis-associated peritonitis. Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation.Vol.31
6. ณรงค์ชัย สังชา. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อแบคทีเรียในช่องท้องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 (พ.ค. - ส.ค.)
7. พนิดา เทียมจรรยา. (2554). การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้องจากการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม
8. อรวรรณ ชันสำรี. (2010). สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องโรงพยาบาลรัฐ. วารสารสมาคมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย



การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Breast Cancer Patients who had Undergone Surgery : 2 Cases study.

.....
วิรัตน์ดา สาระโกค*

Wiratda Sarapoke

ABSTRACT

Background : Breast cancer is a common cancer in women around the world. In Thailand, breast cancer is the most common cancer in females and there is a tendency of new cases detected increasingly. The illness causes an impact on the overall quality of life for a patient in many ways including physical, mental, social, and economic aspects. Nowadays, breast cancer surgery is considered the main treatment of this disease.

Method : Case study of breast cancer patients who had undergone breast cancer surgery using modified radical mastectomy in Roi Et hospital. Two patients were purposively chosen for this study. The patient history, disease progress, and medical treatment were studied by applying the nursing process. Then, the two case studies were compared and discussed. Finally, the conclusion and recommendation are provided.

Results : 2 cases study were breast cancer patients treated with modified radical mastectomy. The study found that the patients were safe. There were no complications from the surgery. Similar nursing problems were found before and after the surgery. But there were some differences as follows: Case 1: The patient was 51 years old, without joint disease conditions that need to monitor after surgery, and married. The patient could restore the arm and shoulder status within 24 hours after the surgery. A significant psychological problem of the patient was a fear of image loss. After receiving advice, the patient and her husband understood and accepted it. The patient was in the hospital for 14 days before discharge. Case 2 : The patient was 71 year old, single man with sick sinus syndrome that resulted in slow recovery of the arms and shoulders, which came 5 days after the surgery, and the patient could not fully remember the positions. However, no problems with image loss were found. This was because he was elderly and single. After 9 days in hospital the patient got better and was discharged. He was advised that the stitches should be removed at a health service center near home.

Conclusion : The use of the nursing process in caring for breast cancer patients treated with modified radical mastectomy is crucial in helping a nurse to assess the condition, make the care plan, practice nursing and determine patients' nursing outcomes accurately and thoroughly. As a result, patients are safe and receive quality care.

Keywords : breast cancer, modified radical mastectomy, nursing process

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : มะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบได้บ่อยในผู้หญิงทั่วโลก ในประเทศไทยพบมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับหนึ่งในเพศหญิง และมีแนวโน้มพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องซึ่งการเจ็บป่วยก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ปัจจุบันการผ่าตัดมะเร็งเต้านมถือเป็นการรักษาหลักของโรคนี้

วิธีการศึกษา : ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด 2 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง ทำการศึกษาประวัติผู้ป่วย การดำเนินโรค และการรักษาพยาบาล โดยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล เปรียบเทียบกรณีศึกษา อภิปรายผล สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบ modified radical mastectomy ผลการศึกษาพบผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด พบปัญหาทางการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดคล้ายคลึงกัน แต่มีความแตกต่างในบางประเด็น ดังนี้ กรณีที่ 1 ผู้ป่วยอายุ 51 ปี ไม่มีภาวะโรคร่วมที่ต้องเฝ้าระวัง สถานภาพ สมรส หลังผ่าตัดผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพบริหารแขนและไหล่ได้เร็ว หลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง และพบปัญหาด้านจิตใจที่สำคัญคือการสูญเสียภาพลักษณ์ หลังให้คำแนะนำผู้ป่วยและสามีเข้าใจและยอมรับได้ ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 14 วัน อาการทุเลาให้กลับบ้านได้ กรณีที่ 2 เป็นผู้ป่วยสูงอายุ 71 ปี สถานภาพโสด มีภาวะโรคร่วมที่ต้องเฝ้าระวัง คือ ภาวะ Sick sinus syndrome ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพบริหารแขนและไหล่เริ่มได้ช้าภายหลังผ่าตัด 5 วัน และผู้ป่วยจำทำไม่ได้ไม่ครบต้องมีญาติช่วยดูแล แต่ไม่พบปัญหาการสูญเสียภาพลักษณ์ ทั้งนี้เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุและมีสถานภาพโสด ผู้ป่วยอาการทุเลาให้กลับบ้านได้ ใช้เวลานอนโรงพยาบาล 9 วัน และแนะนำให้ตัดไหมที่สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน

สรุปและข้อเสนอแนะ : การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด modified radical mastectomy เป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้พยาบาลสามารถประเมินสภาพ วางแผนปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลผู้ป่วยได้ถูกต้องครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยและได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

คำสำคัญ : มะเร็งเต้านม, การผ่าตัด Modified radical mastectomy, กระบวนการพยาบาล



บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบได้บ่อยในผู้หญิงทั่วโลก สำหรับในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2558 พบมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 41.96 ของโรคมะเร็งที่พบในผู้หญิงอันดับแรก และมีแนวโน้มพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ ข้อมูลการตายอัตราต่อแสนประชากรปี 2553 - 2555 ร้อยละ 7.3, 7.3 และ 7.7 ตามลำดับ² ในจังหวัดร้อยเอ็ดพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน จากสถิติโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ปี 2560 - 2562 พบผู้ป่วยจำนวน 215, 210

และ 247 ราย เข้ารับการผ่าตัดเต้านมแบบ Modified radical mastectomy จำนวน 127, 138, 132 ราย ตามลำดับ ในปี 2560 - 2562 โดยเข้ารับบริการในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชั้น 2 ในปี พ.ศ. 2560 - 2562 จำนวน 89,78,93 ราย^{3,4,5} ซึ่งการเจ็บป่วยก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ² เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง อย่างไรก็ตามความก้าวหน้าในการ

ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมและการรักษาในปัจจุบันช่วยให้สามารถวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่ระยะแรกและส่งผลดีต่อการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีอายุที่ยืนยาวมากขึ้น ในการศึกษาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมจำนวน 2 ราย

คำจำกัดความ

มะเร็งเต้านม หมายถึง เนื้องอกชนิดร้ายแรงที่เกิดจากเนื้อเยื่อของเต้านมมีการเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์มะเร็งสามารถแพร่กระจายลุกลามไปยังบริเวณใกล้เคียงหรือส่วนอื่นของร่างกายได้⁶

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน แต่มีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็งเต้านม ได้แก่ เพศหญิง อายุที่เพิ่มขึ้นประวัติครอบครัวเคยเป็นมะเร็งเต้านม ฮอรัโมนเอสโตรเจน อายุที่เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุน้อยหรือหมดประจำเดือนช้าหลังอายุ 55 ปี คนที่ไม่เคยมีบุตรหรือตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี อาหารไขมันสูง การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การขาดการออกกำลังกาย ภาวะอ้วนหลังมีประจำเดือน น้ำหนักเกิน ประวัติการรับรังสี ผู้ที่เคยสัมผัสรังสี โดยเฉพาะได้รับรังสีบริเวณหน้าอกเมื่ออายุน้อยมีโอกาสเสี่ยงเป็นมะเร็งเต้านมมากขึ้น^{6, 7, 8, 9, 10}

อาการและการแสดง

ในระยะเริ่มแรกมักไม่มีอาการ อาการที่พบส่วนใหญ่จะคลำพบก้อนที่เต้านม ลักษณะก้อนมักจะแข็งขอบเขตไม่ชัดเจน มีการเปลี่ยนแปลงของขนาดเต้านม มีการดึงรั้งของผิวหนังหรือผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ผิวขรุขระ คล้ายผิวส้ม มีสารคัดหลั่งจากหัวนม เช่น เลือด น้ำเหลือง อาจตรวจพบต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้โต เนื่องจากมะเร็งแพร่กระจายมาที่ต่อมน้ำเหลือง ถ้าไม่รักษาก่อนจะโตขึ้นและแตกออกเป็นแผล มีเลือดออกจากแผล และมีการเน่าเปื่อยของก้อน มีกลิ่นเหม็นและติดเชื้อ^{6, 7, 8, 9, 11}

การรักษา

วิธีการรักษามะเร็งเต้านมในปัจจุบันมีหลายวิธีได้แก่ การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด การฉายแสงหรือรังสีรักษา การรักษาด้วยยาต้านฮอรัโมน การรักษาโดยยาที่มีการออกฤทธิ์จำเพาะปัจจุบันการผ่าตัดมะเร็งเต้านมถือเป็นการรักษาหลักของโรคนี้ โดยวิธีการผ่าตัดที่นิยมใช้ในปัจจุบัน คือ modified radical mastectomy^{6, 7, 8, 9} ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ครอบคลุมตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และจำหน่ายผู้ป่วยโดยวางแผนให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรงและลดอัตราการตายของมะเร็งเต้านมคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดด้วยวิธี modified radical mastectomy ทั้งที่มีและไม่มีภาวะโรคร่วมที่ต้องเฝ้าระวัง เช่น โรคหัวใจ เป็นต้น โดยคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 2 ราย ที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 - 31 พฤษภาคม 2563 ทำการศึกษาโดย 1) เลือกรณีศึกษาจากผู้รับบริการผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด 2) ทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 3) การศึกษาประวัติผู้ป่วย การดำเนินโรค และการรักษาพยาบาล โดยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย โดยใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Functional health pattern)¹² จากแหล่งข้อมูล ผู้ป่วย ญาติ ทีมสุขภาพ เวชระเบียนผู้ป่วย และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด การระบุปัญหาหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล 4) ศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย 5) สรุป อภิปรายผล และให้ข้อเสนอแนะ ในการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลการประเมินสภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

รายการ/ประเมิน	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ข้อมูลทั่วไป		
เพศ	หญิง	หญิง
อายุ	51 ปี	71 ปี
สถานภาพ	สมรส	โสด
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
อาชีพ	ทำนา	รับจ้าง
ภูมิลำเนา	ร้อยเอ็ด	ร้อยเอ็ด
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	มีก้อนที่เต้านมด้านขวา กดไม่เจ็บ แพทย์นัดผ่าตัด ก่อนมาโรงพยาบาล 1 เดือน	คลำได้ก้อนที่เต้านมด้านขวา โตขึ้นเรื่อยๆ กดไม่เจ็บ ก่อนมาโรงพยาบาล 1 สัปดาห์
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	8 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล คลำได้ก้อน ขนาดเล็กที่เต้านมด้านขวา ไม่ปวด ไม่เคลื่อนที่ ไม่มีเลือดหนอง หรือสารคัดหลั่ง ไหลออกจากหัวนม จึงไม่ได้มาพบแพทย์ 6 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล พบว่าก้อน ที่เต้านมด้านขวาโตขึ้นเรื่อยๆ มีก้อน 2 ก้อน ก้อนแรกขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 2 เซนติเมตร ก้อนที่ 2 ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง ประมาณ 4 เซนติเมตร จึงมาพบแพทย์ แพทย์ได้ทำการตรวจวินิจฉัยโดยอัลตราซาวด์ แมมโมแกรมและตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจโดยใช้ เข็มเจาะ ผลพบว่าเป็นมะเร็งเต้านม แพทย์ วางแผนการรักษาโดยให้ยาเคมีบำบัด 5 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์ให้การรักษา โดยให้ยาเคมีบำบัดก่อนผ่าตัด จำนวน 4 ครั้ง ห่างกันทุก 21 วัน หลังให้ยาครบ พบว่าก้อนที่เต้านมด้านขวาที่มีขนาดเส้น ผ่าศูนย์กลาง 2 เซนติเมตร หายไป ส่วนก้อน ที่เหลือมีขนาดเล็กลง เหลือประมาณ 3 เซนติเมตร แพทย์วางแผนการรักษา โดยการผ่าตัด 1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล มีก้อนที่เต้านมด้านขวาก่อนแข็ง กดไม่เจ็บ ไม่เคลื่อนที่ แพทย์จึงนัดให้เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัด	1 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล คลำได้ก้อน ขนาดเล็กที่เต้านมด้านขวา ไม่ปวด ไม่เคลื่อนที่ ไม่มีเลือดหนอง หรือสารคัดหลั่ง ไหลออกจากหัวนม จึงไม่ได้มาพบแพทย์ 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ได้รับการ คัดกรองมะเร็งเต้านมตามโครงการคัดกรอง มะเร็งเต้านม ตรวจพบก้อนที่เต้านม กดไม่เจ็บ ไม่เคลื่อนที่ จำนวน 1 ก้อน ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 2 เซนติเมตร จึงได้รับการส่งตัวมาเพื่อ ตรวจวินิจฉัยในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด แพทย์ ได้ทำการตรวจวินิจฉัยโดยอัลตราซาวด์ แมมโมแกรม และตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจโดยใช้ เข็มเจาะ แพทย์จึงนัดฟังผลชิ้นเนื้ออีก 3 สัปดาห์ 1 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์นัดฟังผลชิ้นเนื้อพบว่า เป็นมะเร็ง เต้านม และส่งปรึกษาแพทย์อายุรศาสตร์ หัวใจ แพทย์ลงความเห็นที่สามารถผ่าตัด ได้ จึงนัดให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อทำการผ่าตัด
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิเสธโรคร้ายแรงใดๆ ปฏิเสธโรคประจำตัว	หัวใจเต้นช้าผิดปกติ รับการรักษาที่ศูนย์ หัวใจศิริกิติ์ ภาวะตะวันออกเฉียงเหนือและ ต่อมไทรอยด์ได้ได้รับการผ่าตัดเมื่อ 20 ปีที่แล้ว

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลการประเมินสภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด (ต่อ)

รายการ/ประเมิน	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ปัจจัยเสี่ยง	พี่สาวของผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมได้รับการผ่าตัดและฉายแสงเมื่อ 7 ปีที่แล้ว	ไม่มีประวัติเป็นมะเร็งเต้านมในครอบครัว
อาการและอาการแสดง	มีก้อนที่เต้านมด้านขวาประมาณ 3 เซนติเมตร กดไม่เจ็บ ก้อนแข็ง ผิวเรียบ ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้ ไม่มีเลือด หรือ สารคัดหลั่งไหลออกจากหัวนม เต้านม สองข้างไม่เท่ากัน ไม่มีการดิ่งรั้งที่เต้านม	มีก้อนที่เต้านมด้านขวาประมาณ 2 เซนติเมตร กดไม่เจ็บ ก้อนแข็ง ผิวเรียบ ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้ ไม่มีสารคัดหลั่ง ออกจากหัวนม เต้านมสองข้างไม่เท่ากัน ไม่มีการดิ่งรั้งที่เต้านม
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ	29 กันยายน 2562 : Ultrasound Mammogram ผล BIRADS – 5 11 ตุลาคม 2562 : Core Needle Biopsy ผล Breast mass at 9 o'clock, right, biopsy : Atypical cells with mucin producing mucinous carcinoma cannot be excluded. 5 กุมภาพันธ์ 2563 - เอกซเรย์ทรวงอกผลปกติ - การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ผลปกติ - ผลตรวจ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Blood Sugar ปกติ	11 มีนาคม 2563 : Ultrasound Mammogram ผล BIRADS – 5 14 มีนาคม 2563 : Core Needle Biopsy ผล Breast mass at 12 o'clock, right, biopsy : Invasive ductal carcinoma. 7 เมษายน 2563 - เอกซเรย์ทรวงอกผลปกติ - การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ผิดปกติ พบ Sinus bradycardia prolong QT in-terval, HR 50 bpm. - ผลตรวจ CBC, BUN, Cr, Blood Sugar ปกติ Electrolyte พบ Potassium ต่ำ 3.2 mmol/L วันที่ 8 เมษายน 2563 - การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ผิดปกติ พบ Atrial fibrillation with slow ventricular response
การวินิจฉัยโรค	Right breast cancer	Right breast cancer
การรักษา	การผ่าตัด right modified radical mastectomy (MRM) วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2563	การผ่าตัด right modified radical mastectomy (MRM) วันที่ 8 เมษายน 2563
ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล	14 วัน	9 วัน
การพยากรณ์โรค	ผลการส่งตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัดพบผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมชนิด Invasive ductal carcinoma ขนาด 2.5 x 2.1 ซม. stage-IIA บริเวณ lower outer quadrant ตำแหน่ง 9 นาฬิกา และไม่พบการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะอื่นๆ	ผลการส่งตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัดพบว่าเป็นมะเร็งเต้านมชนิด Invasive ductal carcinoma ขนาด 2.3 x 2.2 ซม. stage IIB บริเวณ upper outer quadrant ตำแหน่ง 12 นาฬิกา พบการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง axillary lymph node

ผลการศึกษา

ได้นำกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของกอร์ดอน มาเป็นแนวทางในการประเมิน ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ร่วมกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม มาใช้ในการพยาบาลในระยะก่อนและหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย ซึ่งมีการเรียงลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด Modified radical mastectomy กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผลการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
● ระยะก่อนผ่าตัด 1) เสี่ยงต่อการได้รับอันตราย เนื่องจากระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ กิจกรรมการพยาบาล ประเมินภาวะ hypokalemia แนะนำเครื่องดื่มผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูง ดูแลให้ยา Elixir KCl ติดตามระดับโพแทสเซียมในเลือดและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ทันที	ผู้ป่วยไม่พบปัญหาข้อวินิจฉัยการพยาบาลนี้	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีหัวใจเต้นช้า อัตราการเต้นของชีพจรก่อนไปผ่าตัด 50 ครั้ง/นาที
2) วิดกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด กิจกรรมการพยาบาล เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด และให้แลกเปลี่ยนกับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเต้านมด้วยกันพูดคุยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึก รับฟังและยอมรับในสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติบอก	ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นท่าทางผ่อนคลาย กังวลเล็กน้อยที่จะเข้ารับการผ่าตัด ยอมรับการรักษาของแพทย์ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลดี มีพฤติกรรมแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม นอนหลับพักผ่อนได้	ผู้ป่วยวิตกกังวลเล็กน้อย ยอมรับการรักษาของแพทย์ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลดี มีพฤติกรรมแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม นอนหลับพักผ่อนได้
● ระยะหลังผ่าตัด 1) เสี่ยงต่อปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ ต่อนาทีลดลง เนื่องจากหัวใจเต้นผิดปกติ กิจกรรมการพยาบาล ประเมินความผิดปกติของสัญญาณชีพ ปริมาณน้ำเข้า-ออก คลื่นไฟฟ้าหัวใจ อาการผิดปกติที่บ่งชี้ว่าปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ ต่อนาทีลดลง ดูแลผู้ป่วยพักผ่อนให้เพียงพอ ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์ keep O₂ Saturation ≥ 95% ตรวจสอบและบันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย จัดหมวดหมู่กิจกรรมการพยาบาล Monitor A-line และ EKG ดูแลให้ยา NSS 1,000 ml. + KCl 40 mEq IV drip 80 ml/hr.	ผู้ป่วยไม่พบปัญหาข้อวินิจฉัยการพยาบาลนี้	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีไม่มีอาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก หัวใจเต้นช้า อัตราการเต้นของหัวใจ 46 - 50 ครั้ง/นาที

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด Modified radical mastectomy กรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผลการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
2) เสี่ยงต่อภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อยและอาเจียน กิจกรรมการพยาบาล ประเมินภาวะ hypokalemia วัดสัญญาณชีพ และอัตราการเต้นของหัวใจ แนะนำรับประทาน อาหาร เครื่องดื่ม ผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูง Monitor EKG ดูแลให้ยา NSS 1,000 ml + KCl 40 mEq IV drip 80 ml/hr. และยา Plasil ติดตามระดับโพแทสเซียมในเลือดและ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ทันที	ผู้ป่วยไม่พบปัญหา ข้อวินิจฉัยการพยาบาลนี้	หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยไม่มี อาการคลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหารได้ ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง มีหัวใจเต้นช้า อัตราการเต้น ของหัวใจ 46 - 50 ครั้ง/นาที ผลโพแทสเซียมในเลือดปกติ 3.9 mmol/L
3) ไม่สุขสบาย ปวดแผล เนื่องจากรับบาดเจ็บจากการผ่าตัด กิจกรรมการพยาบาล ประเมินความเจ็บปวด ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย และเบี่ยงเบนความสนใจจากการเจ็บปวด ดูแล จัดทำอนราบและใช้หมอนรองแขนและหัวไหล่ ด้านขวา ดูแลสายท่อระบายไม่ให้ดึงรั้งแผล ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์	หลังให้การพยาบาลพบว่าหลังผ่าตัด วันที่ 1 ผู้ป่วยปวด pain scale 5 คะแนน หลังผ่าตัดวันที่ 2 - 4 ปวด pain scale 2 - 3 คะแนน หลังผ่าตัดวันที่ 5 - 13 ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดแผล pain scale 0 คะแนน สิ้นสุดสัปดาห์ สามารถปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และนอนพักผ่อนได้	หลังให้การพยาบาลพบว่า หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยปวด pain scale 2 - 3 คะแนน หลังผ่าตัดวันที่ 2 - 8 ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดแผล pain scale 0 คะแนน สิ้นสุดสัปดาห์ สามารถปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และนอนพักผ่อนได้
4) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัดเต้านม : แขนบวมข้อไหล่ติด และมีเลือดหรือซีรั่มคั่งอยู่ใต้แผล เนื่องจาก มีความรู้และทักษะปฏิบัติในการ ดูแลตนเองไม่เพียงพอ รวมทั้งขาดความ มั่นใจในการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาล ประเมินอาการที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีแขนบวม ข้อไหล่ติด และการมีเลือดหรือซีรั่มคั่งอยู่ ใต้แผล อธิบายให้ผู้ป่วยตระหนักและเห็นความ สำคัญของการบริหารข้อไหล่ สอน สาธิตให้ผู้ป่วย เริ่มบริหารข้อไหล่ 9 ท่า^{13, 14} จัดทำหัตถการ แขนข้างขวาให้ผู้ป่วยนอนยกแขนขวาสูงกว่า ระดับหัวใจ หลีกเลี่ยงการสวมเครื่องประดับ ที่คับเกินไป ดูแลตรวจสอบการทำงานของ radivac drainให้อยู่ในระบบสุญญากาศไม่ให้ เลื่อนหลุดและดึงรั้ง ให้ขาดระบายนสารคัดหลั่ง อยู่ระดับต่ำกว่าเอวพร้อมบันทึกสีและปริมาณ	ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสามารถบริหาร แขนและข้อไหล่ได้ วันที่ 1 ทำได้ท่าที่ 1 วันที่ 2 ทำได้ท่าที่ 1 - 5 วันที่ 3 ทำได้ถูกต้องครบทั้ง 9 ท่า ไม่มีอาการข้อไหล่ติด สามารถยกแขนขวาได้เต็มที่ ไม่มีอาการปวดบวมแขนขา ข้างที่ผ่าตัด หลังถอดท่อระบาย ไม่มี discharge ซีมี	ผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด เข้านอนที่หอผู้ป่วย ICU CVT เพื่อสังเกตอาการหลังผ่าตัด วันที่ 5 อาการดีขึ้น ย้ายกลับมา หอผู้ป่วยสามัญ เริ่มบริหารแขน ได้ 1 - 2 ท่า และหลังผ่าตัด วันที่ 7 - 8 บริหารแขนและไหล่ ได้ถูกต้องทั้ง 9 ท่า แต่ต้อง มีญาติคอยดูแลเนื่องจากเป็น ผู้สูงอายุ จำทำได้ไม่ครบ ไม่มีอาการข้อไหล่ติด ไม่มีอาการ ปวดบวมแขนขาข้างที่ผ่าตัด หลังถอดท่อระบายไม่มี discharge ซีมี

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด Modified radical mastectomy กรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผลการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
5) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง เนื่องจากมีข้อจำกัดจากภาวะการเจ็บป่วย กิจกรรมการพยาบาล ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การเช็ดทำความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย และ สิ่งแวดล้อมให้สะอาด กระตุ้นผู้ป่วยทำกิจกรรมด้วยตนเองให้มากที่สุดเมื่ออาการดีขึ้นตามลำดับ	ผู้ป่วยไม่พบปัญหา ข้อวินิจฉัยการพยาบาลนี้	ผู้ป่วยสามารถดูแลช่วยเหลือ ตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันได้มากขึ้นตามลำดับ จนเป็นปกติ
6) ไม่สุขสบายใจ เนื่องจากการได้รับยา ระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย กิจกรรมการพยาบาล ประเมินอาการไอและปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้ ผู้ป่วยมีอาการไอมากขึ้น สอนวิธีการไอและ ให้ผู้ป่วยใช้มือหรือผ้านุ่มประคองบริเวณแผล ผ่าตัดขณะไอ ดูแลให้ดื่มน้ำอุ่น หลีกเลี่ยง สิ่งกระตุ้นที่จะทำให้ไอ ดูแลความอบอุ่นร่างกาย ดูแลให้ยาแก้ไอมะขามป้อมจิบบ่อยๆ และยา Glyceryl guaiacolate ตามแผนการรักษา ของแพทย์	หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยมีอาการ ไอลดลง และหลังผ่าตัดวันที่ 5 ผู้ป่วยไม่มีอาการไอ หายใจไม่มี เสียงครืดคราด ฟังปอดไม่มีเสียง เสมหะ	ผู้ป่วยไม่พบปัญหา ข้อวินิจฉัยการพยาบาลนี้
7) สูญเสียภาพลักษณ์ เนื่องจากการสูญเสีย เต้านมด้านขวาจากการผ่าตัดมะเร็งเต้านม กิจกรรมการพยาบาล ให้ผู้ป่วยและสามีได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้สึก ต่อกัน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสามีได้ระบาย ความรู้สึก และซักถาม รวมทั้งอธิบายให้สามี ผู้ป่วยเข้าใจว่าการผ่าตัดเต้านมไม่กระทบกับ การมีเพศสัมพันธ์ สามีควรเข้าใจ ปลอดภัย ให้ผู้ป่วยคลายความกังวล ให้กำลังใจ เพิ่มความ สนใจและดูแลอย่างใกล้ชิด และแสดงให้ภรรยา เห็นว่ายังรักและห่วงใยเสมอ และเรื่อง ภาวะสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญจะช่วยให้ผู้ป่วย มีความมั่นใจและมีกำลังใจในการเผชิญปัญหา และปรับตัวได้ดียิ่งขึ้น ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการ หายของแผลผ่าตัด การใช้อุปกรณ์เสริมอื่นๆ เช่น การสวมเสื้อยกทรงที่มีเต้านมเทียม หรือ สวมใส่ยกทรงที่มีฟองน้ำเสริมคล้ายเต้านม และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ เป็นต้น	สามีเอาใจใส่ดูแลภรรยาอย่าง ใกล้ชิดแสดงความห่วงใยโดยไม่มี ท่าทีรังเกียจ ทำให้ภรรยารู้สึกดีขึ้น มีสีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล สามียอมรับความจำเป็นในการ ผ่าตัดเต้านมและให้กำลังใจผู้ป่วย ในการเผชิญกับการเจ็บป่วย ผู้ป่วยยอมรับภาพลักษณ์ที่ เปลี่ยนแปลงได้สามารถปรับตัว และสนใจใส่ใจในการดูแลตนเอง มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว และผู้ป่วยข้างเตียง มีการซักถาม ข้อมูลในการดูแลฟื้นฟูร่างกาย แข็งแรง	ผู้ป่วยไม่พบปัญหา ข้อวินิจฉัยการพยาบาลนี้

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด Modified radical mastectomy กรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผลการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
8) เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เนื่องจากมีทางเปิดเข้าของเชื้อโรคจากการผ่าตัด เต้านมและมีสารคัดหลั่งจากท่อระบายที่ออกจากแผลผ่าตัด กิจกรรมการพยาบาล ประเมินการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด วัดและบันทึกสัญญาณชีพและแนะนำการรักษาความสะอาดของแผล ดูแลradovac drain ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อม ดูแลให้ยา Cefazolin ตามแผนการรักษาของแพทย์	แผลผ่าตัดแห้งดีดี ไม่มีการติดเชื้อ อุณหภูมิปกติ 36.3 องศาเซลเซียส ไม่มีการตรวจ CBC เพิ่ม	แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีการติดเชื้อ ผิวหนังรอบๆ ท่อระบายไม่บวมแดง อุณหภูมิปกติ 36.5 องศาเซลเซียส ไม่มีการตรวจ CBC เพิ่ม
9) ขาดความมั่นใจในการดูแลตนเอง เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เนื่องจากคิดว่าตนเองมีความรู้ไม่เพียงพอ กิจกรรมการพยาบาล วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพ รวมทั้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านสอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ในเรื่องต่างๆ ตามหลัก D-METHOD	ผู้ป่วยและญาติสนใจและตั้งใจรับฟัง ตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ได้ถูกต้อง สาธิตวิธีการบริหารข้อไหล่ได้ถูกต้องครบทั้ง 9 ท่า มีความมั่นใจในการปฏิบัติ ผู้ป่วยและญาติบอกอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ ได้ถูกต้อง	ผู้ป่วยและญาติสนใจและตั้งใจรับฟัง ตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ได้ถูกต้อง สาธิตวิธีการบริหารข้อไหล่ได้ถูกต้องครบทั้ง 9 ท่า โดยมีญาติดูแลคอยช่วยเหลือ เรื่องทำบริหารแขนและข้อไหล่ มีความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น ผู้ป่วยและญาติบอกอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ ได้ถูกต้อง

วิจารณ์

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดด้วยวิธี modified radical mastectomy ผลการศึกษาพบผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดคล้ายคลึงกัน แต่มีความแตกต่างในบางประเด็น ดังนี้ กรณีที่ 1 เป็นผู้ป่วยอายุ 51 ปี สถานภาพ สมรส มีประวัติพี่สาวของผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยไม่มีภาวะโรคร่วมที่ต้องเฝ้าระวัง หลังผ่าตัดสามารถบริหารแขนและข้อไหล่ได้เร็วกว่าใน 24 ชั่วโมง และพบข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แตกต่างจากกรณีที่ 2 คือ หลังผ่าตัดผู้ป่วย ไม่สุขสบายใจ เนื่องจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย และสูญเสียสภาพลักษณะเนื่องจากการสูญเสียเต้านมด้านขวาจากการผ่าตัดมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นปัญหาด้านจิตใจที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยกลัวมีปัญหาเพศสัมพันธ์กับสามี หลังให้คำแนะนำผู้ป่วยและสามีเข้าใจและยอมรับได้ ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 14 วัน อาการทุเลาให้ตัดไหม ถอดท่อระบาย นัดฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อ และกลับบ้านได้ซึ่งผลการส่งตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัดพบเป็นมะเร็งเต้านมชนิด Invasive ductal carcinoma ขนาด 2.5 x 2.1 ซม. Stage IIA บริเวณ lower outer quadrant ตำแหน่ง 9 นาฬิกาแต่ไม่พบการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง

หรืออวัยวะอื่น สำหรับกรณีที่ 2 เป็นผู้ป่วยสูงอายุ 71 ปี สถานภาพ โสด ไม่มีประวัติการเป็นมะเร็งเต้านมในครอบครัว มีภาวะโรคร่วมสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง คือ ภาวะ Sick sinus syndrome ส่งผลให้ผู้ป่วยเริ่มฟื้นฟูสภาพบริหารแขน และข้อไหล่ได้ช้า คือ หลังผ่าตัด 5 วัน และเนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ จึงทำให้ผู้ป่วยจำทำได้น้อย ไม่ครบ ได้แนะนำให้ญาติ คอยกระตุ้นและดูแลในระหว่างการบริหารแขนและข้อไหล่ พบข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แตกต่างจากกรณีที่ 1 เพิ่มเติม คือ ระยะก่อนผ่าตัดมีปัญหาเสี่ยงต่อการได้รับอันตราย เนื่องจากระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ระยะหลัง ผ่าตัดมี 3 ปัญหา คือ 1) เสี่ยงต่อปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจก่อนที่ลดลง เนื่องจากหัวใจเต้นผิดปกติ 2) เสี่ยงต่อ ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อยและอาเจียน และ 3) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บกพร่อง เนื่องจากมีข้อจำกัดจากภาวะการเจ็บป่วย แต่ผู้ป่วยรายนี้ไม่พบปัญหาการสูญเสียสภาพลักษณะ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากเป็นผู้สูงอายุและมีสถานภาพโสด ผู้ป่วยอาการทุเลา ถอดท่อระบาย นัดฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อ และกลับบ้านได้ ใช้เวลานอนโรงพยาบาล 9 วัน แนะนำให้ไปตัดใหม่ที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน จากผลการส่งตรวจ ชิ้นเนื้อหลังผ่าตัดพบเป็นมะเร็งเต้านมชนิด Invasive ductal carcinoma ขนาด 2.3 x 2.2 ซม. Stage IIB บริเวณ upper outer quadrant ตำแหน่ง 12 นาฬิกา และพบการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ (axillary lymph node) โดยภาพรวมผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีการพยากรณ์โรคที่ดีเนื่องจากตรวจพบว่าเป็นมะเร็งเต้านมในระยะ เริ่มต้น (ระยะที่ 1 และ 2) แพทย์วินิจฉัยและได้รับการรักษาเร็ว สอดคล้องกับผลการศึกษาอัตราการรอดชีพและ ปัจจัยพยากรณ์โรคของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต¹⁵ ที่พบว่าอัตราการรอดชีพ 5 ปี ของมะเร็ง ระยะที่ 2 เท่ากับร้อยละ 79.2 ในขณะที่อัตราการรอดชีพ 5 ปี ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ IIA และ IIB สถาบัน มะเร็งแห่งชาติเท่ากับร้อยละ 84.5 และ 74.8 ตามลำดับ ขึ้นอยู่กับระยะโรคเมื่อแรกวินิจฉัยและการแพร่กระจาย ไปอวัยวะอื่นซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่ออัตราการรอดชีพด้วย ดังนั้นการวินิจฉัยโรคได้เร็วตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จึงมีความสำคัญที่สุดในการรักษามะเร็งเต้านม ซึ่งผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดย ยาเคมีบำบัดต่อไป

ข้อยุติ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด modified radical mastectomy 2 ราย ทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ การรักษาและการแก้ปัญหาซึ่งมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการนำ กระบวนการพยาบาลกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ในการ ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัดจึงมีความสำคัญช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินสภาพ วางแผนการ ดูแล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยได้ถูกต้องครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาล ที่มีคุณภาพตามมาตรฐานทางการพยาบาล มีความปลอดภัยสามารถดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านใช้ชีวิตประจำวัน อยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้ตามอัตภาพอย่างมีความสุข



● **บรรณานุกรม** ●

1. กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศสถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2558 HOSPITAL BASED CANCER REGISTRY 2015. เข้าถึงได้จาก : http://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/HOSPITAL-BASED%202015.pdf. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2563.
2. จุริรัตน์ ชนเศรษฐ์วงศ์. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด : รายงานผู้ป่วย 2 ราย. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2556 ; 7 : 281-90.
3. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. รายงานประจำปี 2560. ร้อยเอ็ด : โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2560.
4. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. รายงานประจำปี 2561. ร้อยเอ็ด : โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2561.
5. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. รายงานประจำปี 2562. ร้อยเอ็ด : โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2562.
6. จินตนา กิ่งแก้ว. มะเร็งเต้านมกับการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม. วารสารโรคมะเร็ง. 2560;37:163-70.
7. ภรณี เหล่าอิทธิ และนภา ปริญญานิตกุล. มะเร็งเต้านม : ระบาดวิทยา การป้องกันและแนวทางการตรวจคัดกรอง. จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 2559;60:163-70.
8. พรชัย โอเจริญรัตน์ และคณะ. บรรณาธิการ. มะเร็งเต้านม. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร; 2562.
9. ธนุตม์ ก้วยเจริญพานิช์และคณะ. บรรณาธิการ. ตำรา มะเร็งเต้านม. อุบลราชธานี: อุบลกิตติออฟเซต ; 2558.
10. วิชัย บุรีสา. มะเร็งเต้านมที่เกิดจากพันธุกรรม. วารสารโรคมะเร็ง. 2560 ; 37:72-9.
11. สุวรรณิ สิริเลิศตระกูลและคณะ. การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. สมุทรปราการ: สันทวิกิจพรินต์ติ้ง ; 2555.
12. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาล &แบบแผนสุขภาพ : การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 18. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดพิมพ์อักษร; 2559.
13. นงนุช ทากันหาและคณะ. ผลของโปรแกรมการบริหารแขนและไหล่ต่อความสามารถในการบริหารและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด. กรุงเทพฯ : ราชวิทยาลัยพยาบาลวารสาร 2553 ; 16:143-4.
14. อนุชา ไทวงษ์และคณะ. ชุดนวัตกรรมการส่งเสริมการบริหารแขนและไหล่หลังการผ่าตัดเต้านม : จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การสร้างนวัตกรรม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2560 ; 3:114-23.
15. สมิทธิ สร้อยมาตี. อัตราการรอดชีพและปัจจัยพยากรณ์โรคของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. วารสารโรคมะเร็ง. 2560 ; 37:62-71.

