



โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
KALASIN HOSPITAL

บทคัดย่อผลงานวิชาการ มหกรรมวิชาการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ครั้งที่ 1 ปีงบประมาณ 2567



ประเภท นำเสนอโดยวาจา
(ORAL PRESENTATION)

วันที่ 1 ธันวาคม 2566

คำนำ



หนังสือบทคัดย่อผลงานวิชาการเล่มนี้ เป็นการรวบรวมผลงานของบุคลากรทางการแพทย์และ
สาธารณสุข ที่ได้รับคัดเลือกให้นำเสนอใน “มหกรรมผลงานวิชาการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ครั้งที่ 1 ประจำปี
งบประมาณ 2567” ซึ่งจัดขึ้นในวันที่ 1 ธันวาคม 2566 ณ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

มหกรรมผลงานวิชาการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ครั้งที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2567 จัดขึ้นโดยมี
วัตถุประสงค์หลักเพื่อเป็นเวทีในการเผยแพร่ผลงาน เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างประสบการณ์
การทำงานทั้งในด้านวิชาการและด้านปฏิบัติ มีกิจกรรมหลักประกอบด้วย การบรรยายทางวิชาการ การ
นำเสนอและประกวดผลงานทางวิชาการ การบรรยาย/การอภิปรายโดยผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มเป้าหมาย
ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีผลงานทางวิชาการ มีผลงานวิชาการที่ผ่านการ
คัดเลือกรวมทั้งสิ้น 37 ผลงาน ทุกผลงานเป็นการนำเสนอประเภทวาจา (Oral Presentation)

ในโอกาสนี้ ขอขอบคุณ นางบุศรินทร์ เขียนแมน รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาล
กาฬสินธุ์ นางมะลิวัลย์ เนืองโพธิ์ ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลด้านพัฒนาบุคลากร บริการการศึกษาและฝึกอบรม
นางเยาวเรศ ก้านมะลิ หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล และคณะกรรมการจัดงานทุกท่าน ที่สละ
เวลาช่วยกันดำเนินการ ทำให้การจัด “มหกรรมผลงานวิชาการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ครั้งที่ 1 ประจำปี
งบประมาณ 2567” สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

นายแพทย์สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

สารบัญ



ห้องประชุมเพชรแพรวา

รหัสผลงาน	ชื่อผลงาน/ชื่อเจ้าของผลงาน	หน้า
KLSH 01	การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย <i>วิไลวรรณ แสนปลื้ม</i>	1
KLSH 02	การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย <i>พัชรราช บัวเกิด</i>	5
KLSH 03	ผลของโปรแกรมต่อการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลและผลลัพธ์ทางคลินิกในหอผู้ป่วยอายุรกรรม <i>จตุพร นามมุงคุณ</i>	8
KLSH 04	การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร่วมกับมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย <i>จริยา อติชาติดำรง</i>	12
KLSH 05	การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (RR/MDR-TB) ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์: กรณีศึกษา 2 ราย <i>ดวงใจ ดอนเงิน</i>	15
KLSH 06	การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม: กรณีศึกษา 2 ราย <i>ศศิธร ภูขยัน</i>	18
KLSH 07	กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านด้วยขั้นตอนการปลงวาง <i>พูนศิริ อุบลเลิศ</i>	25
KLSH 08	การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา 2 ราย <i>นภัสนันท์ ภูขาว</i>	33
KLSH 09	การพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีภาวะพึงพิงที่บ้าน: กรณีศึกษา 2 ราย <i>พรทิพย์ ภูสง่า</i>	38
KLSH 10	กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาและ มีเลือดออกในวุ้นตา <i>จันทร์เพ็ญ คำดวง</i>	43
KLSH 11	การพยาบาลผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสรุนแรงที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวอย่างเฉียบพลัน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย <i>อริย์ธัช สายศรี</i>	47

สารบัญ (ต่อ)



รหัสผลงาน	ชื่อผลงาน/ชื่อเจ้าของผลงาน	หน้า
KLSH 12	การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย <i>วิณา เห่งเกษ</i>	52
KLSH 13	การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในห้องฉุกเฉิน: กรณีศึกษา 2 ราย <i>ดวงแก้ว สุระเสียง</i>	56
KLSH 14	การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอก: กรณีศึกษา 2 ราย <i>รัตนา ยวงคำมา</i>	61

สารบัญ (ต่อ)



ห้องประชุมรวงผึ้ง

รหัสผลงาน	ชื่อผลงาน/ชื่อเจ้าของผลงาน	หน้า
KLSH 17	การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเส้นเลือดจ่อประสาทตาผิดปกติ: กรณีศึกษา 2 ราย ธัญญรัตน์ เวียแก	69
KLSH 18	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลของบุคลากรสาธารณสุข ในเขตพื้นที่อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ประจำปี 2566 รังลินี วันยาว	73
KLSH 19	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดคลอด เพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลกมลาไสย นิลนภา สารูเม	76
KLSH 21	ผลการใช้แอปพลิเคชันเพื่อการส่งไข้ยาวัดโรค โรงพยาบาลสหัชชนันท์ พวงเพชร เพชรโทน	80
KLSH 22	การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา 2 ราย กมลวรรณ บัวคำภู	83
KLSH 24	การพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้: กรณีศึกษา 2 ราย รุ่งนภา เอกตาแสง	86
KLSH 25	การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ: กรณีศึกษา 2 ราย ดารัญญา วงศ์อนุชิต	89
KLSH 26	การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน: กรณีศึกษา 2 ราย เยาวเรศ นิลผาย	92
KLSH 27	ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูเด็กกับภาวะโภชนาการและ พัฒนาการเด็กปฐมวัยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองกุงศรี อำเภอนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ คำสงค์ ชินมาตร	96
KLSH 28	การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยที่มีภาวะหายใจลำบาก: กรณีศึกษา 2 ราย บุบผา ไหลบำรุงชัย	99

สารบัญ (ต่อ)



รหัส	ชื่อผลงาน/ชื่อเจ้าของผลงาน	หน้า
KLSH 29	การจัดการความเครียดของบุคลากรสาธารณสุขต่อการดูแลผู้ป่วยโควิด โรงพยาบาล ท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ <i>เลยณภา โคตรแสนเมือง</i>	102
KLSH 30	ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่อำเภอท่าคันโท จังหวัด กาฬสินธุ์ <i>ปิยมาศ วงศ์ไชยชาญ</i>	105
KLSH 31	การพัฒนาการจัดการโรคเบาหวานในชุมชน โดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ร่วมกับการฝึกสติแบบสั้นในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนการรักษา : กรณีศึกษา บ้านโนนศิลา หมู่ที่ 4 ตำบลหนองกุงศรี อำเภอนองกุงศรี จังหวัด กาฬสินธุ์ <i>ณัฐชยา โคตตาแสง</i>	108

สารบัญ (ต่อ)



ห้องประชุมดอกพะยอม

รหัสผลงาน	ชื่อผลงาน/ชื่อเจ้าของผลงาน	หน้า
KLSH 33	การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้ากาฬวชิร จังหวัดกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย อารีย์ พงศ์ธนารักษ์	111
KLSH 34	การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น: กรณีศึกษา 2 ราย มณฑิยา โมลาชาว	114
KLSH 35	การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ: กรณีศึกษา 2 ราย ทิมทอง เก่าวลัยดี	117
KLSH 36	การพยาบาลมารดาหลังคลอดใช้สารเสพติดที่เข้ารับการผ่าตัดทำหมัน: กรณีศึกษา 2 ราย สุวิชา ชูศรียิ่ง	120
KLSH 37	การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อน: กรณีศึกษา 2 ราย จิราภรณ์ พรหมวงษ์ชัย	124
KLSH 38	การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน: กรณีศึกษา 2 ราย ระดาวลัย แก้วกิ่ง	127
KLSH 39	การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและได้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ: กรณีศึกษา 2 ราย ศิวาพร เพ็ชรปราณี	130
KLSH 40	การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดระยะแพร่เชื้อร่วมกับมีภาวะตับอักเสบจากยาต้านวัณโรค: กรณีศึกษา 2 ราย พัชรภาพร จงสมชัย	135
KLSH 41	การพัฒนาารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกมลาไสย วาสนา นาชัยเริ่ม	141
KLSH 43	ผลของโปรแกรมลดน้ำหนักโดยใช้ตาราง 9 ช่องต่อความรู้ พฤติกรรมการออกกำลังกาย และน้ำหนักของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน จีระพรรณ ศรีหามิ	144

บทคัดย่อ

ผลงานวิชาการ “มหกรรมผลงานวิชาการ
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ครั้งที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2567”

ประเภท

นำเสนอโดยวาจา (Oral Presentation) จำนวน 14 ผลงาน

ณ ห้องประชุมเพชรแพรวา โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

KLSH 01

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of End stage Renal Disease on CAPD with Infected CAPD in Kalasin Hospital: 2 Case Studies

วิไลวรรณ แสนปลื้ม

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้อง

บทนำ: สถานการณ์โรคไตวายเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากการมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไตวายเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้น จากรายงานสถิติปี พ.ศ. 2562 อัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องรับการบำบัดทดแทนไตพบว่า เพิ่มขึ้นประมาณ 2 หมื่นรายต่อปีและมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ล้างไตทางช่องท้อง และปลูกถ่ายไต รวมแล้วจำนวนประมาณ 1 แสน 5 หมื่นราย (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2565) ไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) คือ ภาวะที่มีการทำลายเนื้อไตช้าๆอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลาเป็นเดือนหรือเป็นปี เป็นการทำลายถาวร ทำให้ไตค่อยๆ มีขนาดเล็กลง ไตไม่สามารถฟื้นมาทำหน้าที่ได้ปกติ ดูได้จากค่าอัตราการกรองของไตที่ผิดปกติมากกว่า 3 เดือนขึ้นไป มีการทำงานของหน่วยไตลดลงต่อเนื่องอย่างช้าๆ จนกระทั่งหน่วยไตไม่สามารถทำงานชดเชยหน่วยไตที่เสียหายที่ไปความสามารถในการขจัดของเสียลดลง ร่างกายมีของเสีย น้ำ และเกลือแร่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำเกิน (volume overload) ยูรีเมีย(uremia) จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต (renal Replacement Therapy : RRT)

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เนื่องจากมีพยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดความบกพร่องและสูญเสียหน้าที่การทำงานของไต ทำให้ของเสียในร่างกายเกิดการคั่งและส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะอื่นๆ ในประเทศไทยพบว่า มีรายงานอัตราความชุกของผู้ป่วยโรคไตเพิ่มขึ้น ปี พ.ศ.2562-2564 มีอัตราความชุกของผู้ป่วยเป็น 1,073.3 คน 1,198.8 คน และ 1,306.6 คนต่อประชากรหนึ่งล้านคน ทั้งนี้ มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ใน ปี 2562-2564 จำนวน 28,260 คน 30,024 คน และ 30,722 คน ตามลำดับ (อารยา ดำรงกิจ, 2022)

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นอีกหน่วยงานหนึ่งที่รับดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องและมีโรคร่วม และพบปัญหาว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยขาดความตระหนักในการดูแลตนเองทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนสำคัญซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องจำนวน 10 รายที่มานอนรักษาถึงการปฏิบัติตัวที่บ้านพบว่า มีวิธีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การล้างมือ การดูแลการล้างไตทางช่องท้อง จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และอัตราการนอนโรงพยาบาลยาวนานขึ้นคือ ภาวะติดเชื้อในช่องท้อง จากสถิติข้อมูลผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันในเดือนตุลาคม 2565-มีนาคม 2566 พบจำนวน 10 ราย (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2566) ซึ่งผู้ป่วย

ส่วนใหญ่ที่มีภาวะติดเชื้ในช่องท้อง มารับการรักษาที่ตึกอายุรกรรมชาย 3 ด้วยอาการมีไข้ ปวดท้อง น้ำยาล้างไตขุ่นเป็นวัน สีน้ำตาล PDF ขุ่น จากปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงต้องการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษาการดูแลเป็นอย่างมาก อีกทั้งมีอาการและอาการแสดงที่รุนแรงเฉียบพลันและเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา มีภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ง่าย ซึ่งเป็นประเด็นท้าทายในการดูแลให้โรงพยาบาลทั้งในระยะวิกฤต ระยะดูแลต่อเนื่อง จนกระทั่งระยะวางแผนจำหน่าย เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้องเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง

วิธีดำเนินการศึกษา: การศึกษาเชิงพรรณนานี้เปรียบเทียบการพยาบาลกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 2 ราย รวบรวมข้อมูลโดย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาล จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ Functional Health Pattern ของ Gordon

ผลการศึกษา:

รายงานผู้ป่วย:

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	59 ปี	54 ปี
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ปวดท้อง น้ำยาล้างไตขุ่นถ่ายเหลว 2 ครั้ง มีไข้ต่ำๆ เป็นก่อนมา 6 ชั่วโมง	ปวดท้อง อาเจียน 1 ครั้ง น้ำยาล้างไตขุ่น เป็นก่อนมา 3 ชั่วโมง
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	6 ชั่วโมงก่อนมา รพ.ปวดท้อง น้ำยาล้างไตขุ่นถ่ายเหลว 2 ครั้ง มีไข้ต่ำๆ ปวดทั่วท้องตลอดเวลา PS 10/10 on CAPD มา 1 ปี	1 สัปดาห์ก่อนมา ล้างไตทางช่องท้องกำเริบลดลง น้ำยาล้างไตขุ่น ปวดทั่วท้อง ไม่มีถ่ายเหลว โทรปรึกษาทีมดูแลล้างไตทางช่องท้องให้ล้างไตติดต่อกัน 2-3 ครั้ง น้ำยาใสขึ้น 3 ชั่วโมงก่อนมา ปวดท้องมากขึ้น น้ำยาล้างไตขุ่น อาเจียน 1 ครั้ง มีไข้ต่ำๆ ไม่มีถ่ายเหลว PS 8/10 คะแนน on CAPD มา 8 เดือน

กิจกรรมการพยาบาล:

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ไข้ เนื่องจากมีการติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องจากการล้างไตทางช่อง	1. ประเมินสัญญาณชีพและอาการแสดงการติดเชื้ออย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง กรณีมีไข้ >38.5 องศาเซลเซียส เช็ดตัวลดไข้ (Tepid Sponge) และประเมินอุณหภูมิหลังเช็ด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD)	1. ตัวลดใช้ >38.5 องศาเซลเซียสให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา 2. สังเกตและบันทึกลักษณะสี ปริมาณน้ำยาที่ไหลออกทุกครั้ง ใช้เทคนิคปราศจากเชื้อทุกขั้นตอนของการล้างไตทางช่องท้อง 3. ทำแผลอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และดูแลให้สะอาดเสมอ 4. ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา และสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ของยา เช่น ผื่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน
ไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดท้องจากการติดเชื้อที่เยื่อช่องท้อง	1. ประเมินลักษณะอาการและความรุนแรงของการปวดท้อง 2. จัดทำให้ผู้ป่วยสุขสบายหรือศีรษะสูง 3. ดูแลน้ำยา Dialysis ให้มีอุณหภูมิเท่ากับร่างกายให้ป้อนน้ำยาช้าๆ 4. ใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อลดปวด 5. ถ้า Pain score >4 ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา
อ่อนเพลียจากภาวะซีด เนื่องจากการสังเคราะห์โปรตีนลดลงจากไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย	1. วัดสัญญาณชีพ ประเมินอาการเหนื่อยเพลีย อาการหายใจหอบเหนื่อย 2. ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา 3. ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ 4. แนะนำให้ญาติช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย เช่น การล้างหน้า แต่งตัว 5. ดูแลให้เลือดและยาเพิ่มเม็ดเลือดตามแผนการรักษา
ขาดความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตนเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรัง และการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง 2. ให้ความรู้โดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อทุกขั้นตอนการล้างไตทางช่องท้อง ทำแผลอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง 3. ให้ความรู้ในการใช้ยาที่บ้าน วิธีการใช้ยา และผลข้างเคียง 4. ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะน้ำเกิน แผลบวม มีไข้ 5. ให้ความรู้เกี่ยวกับอาหาร การจำกัดโซเดียม 2,000 มก/วัน น้ำดื่ม 500-800 มล/วัน 6. แนะนำแหล่งให้บริการกรณีต้องการความช่วยเหลือ เช่น โทร 1669

สรุปกรณีศึกษา: จากการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาพบว่า ทั้ง 2 รายใช้การประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการโดยใช้แบบสุขภาพของกอร์ดอน มีความต่างกันดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ อายุ โรคประจำตัว พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และพฤติกรรมการนอน 2) อาการและอาการแสดง 3) ภาวะแทรกซ้อนขณะดูแล 4) การให้ยาขณะรับการรักษา และมีความคล้ายคลึงกันดังนี้ 1) การวินิจฉัยโรค 2) ปัญหาข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่สำคัญในระยะวิกฤต ระยะการดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย และพบว่าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง จะมีอาการและอาการแสดงที่รุนแรงและเฉียบพลัน ดังนั้น พยาบาลต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด สามารถประเมินอาการและการเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อนจากโรค การให้ยา ผลทางห้องปฏิบัติการ และวางแผนให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบครอบคลุมตามปัญหาที่เกิดขึ้นทุกระยะของการดูแลได้รวดเร็ว ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขทันที่ที่จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย นอกจากนี้ ในการวางแผนจำหน่ายพยาบาลควรมีทักษะการสื่อสารที่ดี เน้นย้ำให้ผู้ป่วยได้รับรู้ปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงของการเกิดโรค และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการให้ญาติมีส่วนร่วม จะช่วยในการป้องกันและลดภาวะเสี่ยงของการเกิดการติดเชื้อทางช่องท้องในผู้ป่วยไตวายระยะท้ายที่ล้างไตทางช่องท้อง

ข้อเสนอแนะ:

1. การดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง เมื่อเข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยควรได้รับการตรวจวินิจฉัยระหว่างการดูแลอย่างละเอียดรอบคอบและสามารถแก้ปัญหาได้อย่างทันที่ และมีมีการประเมินซ้ำ ควรจัดเป็นแนวปฏิบัติในการให้พยาบาลและการดูแลที่ชัดเจนเป็นระบบ
2. พยาบาลควรมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง
3. ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องควรได้รับการวางแผนการจำหน่ายอย่างเป็นระบบ โดยพยาบาลที่มีความชำนาญ มีทักษะการสื่อสารที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสม และควรเสริมพลังอำนาจ ความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและญาติ

เอกสารอ้างอิง:

1. กุณนที พุ่มสงวน. (2557). การเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพ: บทบาทที่สำคัญของพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(3) 86-90.
2. ฉวีวรรณ ธงชัย. (2555). การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในผู้ป่วยวิกฤติ. ใน. สมจิต หนูเจริญกุล, อรสา พันธุ์ภักดี บรรณาธิการ. การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: บูรณาการสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จุฑทอง.
3. วิมลรัตน์ ผลงาม. (2549). ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ต่อการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
4. วันวิสาข์ โลหะสาร. (2550). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคที่ติดต่อความรู้เรื่องโรคและทักษะการจัดการตนเอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
5. อินทิตรา สุขรุ่งเรือง. (2563). การดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ภายใต้นโยบายล้างไตทางช่องท้องเป็นทางเลือกแรก: จากนโยบายสู่การปฏิบัติการพยาบาล. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา, 21(1), 4-16.

KLSH 02

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Thrombolytic Therapy among Acute Ischemic Stroke Patients in Emergency Kalasin Room Hospital: 2 Case Studies

พัชราช บัวเกิด

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน, ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ, การพยาบาล

บทนำ: จากรายงานของ American Heart and Stroke Association พบว่า ในปี 2020 มีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Ischemic stroke: AIS) 3.48 ล้านคน (American Heart and Stroke Association : AHA/ASA, 2023) และคาดการณ์ว่าจะมีแนวโน้มอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มขึ้นทุกปี (Tsao et al, 2023, Tiamkao et al, 2023)

หนึ่งในปัจจัยที่สำคัญที่สามารถทำนายการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) ได้คือการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กล่าวคือ การคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผิดพลาดไปเป็นภาวะอื่นทำให้การรักษาด้วย rt-PA ล่าช้า เพราะจะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้เข้าสู่การดูแลระบบ FAST Track (วศินรัตน์วิชัย และณิชภาภัทร พุฒิกามิน, 2566, Schaik et al, 2015) ซึ่งการคัดกรอง (Triage) นี้เป็นสมรรถนะสำคัญและจำเพาะสำหรับพยาบาลห้องฉุกเฉิน ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีสถิติผู้ป่วย AIS เป็น 3 ลำดับแรกของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทั้งหมด 3 ปีซ้อนหลังพบสถิติการคัดกรองผู้ป่วย AIS ผิดพลาดร้อยละ 6.53 ของผู้ป่วย AIS ที่ได้รับ rt-PA ทั้งหมดทำให้เวลาการได้รับ rt-PA ล่าช้าจากมาตรฐานการดูแลที่สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์กำหนดที่ 60 นาทีเมื่อมาถึงโรงพยาบาล (Door to needle time) (2562)

จากการทบทวนวรรณกรรม การสืบค้น และทบทวนการปฏิบัติงานในหน่วยงาน พบว่าผู้ป่วย AIS ที่คัดกรองผิดพลาดและได้รับ rt-PA มีทั้งรายที่ได้รับ rt-PA ภายใน 60 นาทีเมื่อมาถึงโรงพยาบาล (Door to needle time) และรายที่ล่าช้าออกไป ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาเพื่อเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ การพยาบาล และกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่คัดกรองผิดพลาดและได้รับ rt-PA ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล รูปแบบและแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ณ ห้องฉุกเฉิน เพื่อไม่ให้เกิดการคัดกรองผิดพลาดอันจะนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีหลังการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 2 ราย

วิธีดำเนินการศึกษา: การศึกษาเชิงพรรณนานี้เปรียบเทียบการพยาบาลกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 2 ราย

รวบรวมข้อมูลโดย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาล จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ Functional Health Pattern ของ Gordon

ผลการศึกษา:

รายงานผู้ป่วย

ข้อมูลกรณีศึกษา	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
Neuro-signs	E4V5M6, pupil 3 mm RTLBE, Motor power Rt. Upper 5, Rt. Lower 5, Lt. Upper 5, Lt. lower 1, NIHSS = 5	E4V5M6, pupil 3 mm RTLBE, Motor power Rt. Upper 2, Rt. Lower 2, Lt. Upper 5, Lt. lower 5, NIHSS = 8
อาการสำคัญ	มีนชาชาซ้าย 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล	วิงเวียน 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล
door-to-needle	84 นาที	60 นาที
onset-to-needle	176 นาที	170 นาที

กิจกรรมการพยาบาล:

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การกำซาบออกซิเจนของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน	-ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง monitor O ₂ sat keep ≥ 92% และให้ออกซิเจนหากน้อยกว่าค่าที่กำหนด -ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษาเพื่อรักษาระดับ cerebral perfusion pressure -ดูแลให้ยา rt-PA ตามแผนการรักษา -observe neurological signs and notify if decrease GCS ≥ 2 points. -วัดสัญญาณชีพตามมาตรฐานการให้ยา rt-PA
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน	-จัดท่านอนศีรษะสูง 15-30° คอและสะโพกไม่พับงอ -ติดตามระดับน้ำตาลในกระแสเลือดให้อยู่ในช่วง 75-180 mg% -ดูแลป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีไข้ หนาวสั่น -สังเกตอาการเตือน สับสน ง่วงซึม วิงเวียน ปวดศีรษะคลื่นไส้ อาเจียนพุ่ง ชักเกร็ง -ป้องกันการเกิดดันเพิ่มสูงขึ้นในช่องอกและท้อง เช่นเบ่งถ่าย ไอจาม กลืนหายใจ
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ	-ประเมินข้อห้ามและข้อบ่งชี้ในการให้ยา rt-P และติดตามผลตรวจห้องปฏิบัติการ -ประสานทีมเภสัชเพื่อประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการให้ rt-PA -อธิบายผู้ป่วยและญาติในการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีเลือดออกตามไรฟัน อาเจียนเป็นเลือด เลือดกำเดาไหล ปวดศีรษะ ซีมลง แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น มีจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย เป็นต้น -อธิบายความจำเป็นและจัดให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงงดทำกิจกรรม หัดถการ และการพยาบาลที่เสี่ยงต่อการกระแทกหรือมีเลือดออกเพิ่มขึ้น เช่น ABG, NG tube, หรือ foley's cath เป็นต้น
เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากความสามารถการปฏิบัติกิจกรรมลดลง	-ยกไม้กั้นเตียงทุกครั้งที่ทำหัดถการข้างเตียงแล้วเสร็จ -งดเว้นการผูกมัดผู้ป่วยหากไม่จำเป็น -อธิบายญาติเพื่อให้ดูแลช่วยทำกิจกรรมและพยุงเปลี่ยนท่าทางเมื่อจำเป็น -ดูแลสุขอนามัยผู้ป่วยเพื่อป้องกันอับชื้นและเป็นแผลกดทับ

สรุปกรณีศึกษา: การคัดกรอง AIS มีความสำคัญต่อระยะเวลาการได้รับยา rt-PA ซึ่งมีผลต่อการฟื้นฟู การหลงเหลือความพิการ และคุณภาพชีวิตหลังการเจ็บป่วย

ข้อเสนอแนะ: ควรมีการพัฒนากระบวนการ รูปแบบ หรือแนวปฏิบัติคัดกรองผู้ป่วย AIS ที่สามารถให้พยาบาลห้องฉุกเฉินสามารถคัดกรองผู้ป่วย AIS ได้อย่างถูกต้องแม่นยำ ในเวลาอันรวดเร็วเพื่อลดระยะเวลาการรักษา

เอกสารอ้างอิง:

1. วศิน รัตนวิชัย และ นิชาภัทร พุฒิกามิน. (2566). ปัจจัยทำนายการได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำล่าช้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 20(2), 25-37.
2. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2562). แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์. กรุงเทพฯ: สถาบัน.
3. American Stroke Association. (2023). 2023 heart disease and stroke statics update fact Sheet at a glance. Retrieved October 29, 2023, from https://professional.heart.org/-/media/PHD-Files-2/Science-News/2/2023-Heart-and-Stroke-Stat-Update/2023-Statistics-At-A-Glance-final_1_17_23.pdf
4. Schaik, S. M., Scott, S., Lau, L. M. L., Berg-Vos, R. M. V. D., & Kruyt, N. D. (2015). Short door to needle time in acute ischemic stroke and prospective identification of its delays factors. Karger, 5, 75-83.
5. Tiamkao, S., Ienghong, K., Cheung, L. W., Celebi, I., Suzuki, T., & Apiratwarakul, K. (2022). Stroke Incidence, Rate of Thrombolytic Therapy, Mortality in Thailand from 2009 to 2021. Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences, 10(E), 110–115. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2022.8051>
6. Tsao, C. W., Aday, A. W., Almarzooq, Z. I., Anderson, C. A. M., Arora, P., Avery, C. L., et al. (2023). American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart Disease and Stroke Statistics-2023 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation, 147(8), 344-384.

KLSH 03

ผลของโปรแกรมต่อการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลและผลลัพธ์ทางคลินิกในหอผู้ป่วยอายุรกรรม

Effects of the Program on Nurses' Practices to Prevent Catheter associated Urinary Tract Infections and Clinical Outcomes in the Medical Wards

จตุพร นามมุงคุณ

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

คำสำคัญ: โปรแกรม, การป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ, ผู้ป่วยอายุรกรรม

บทนำ: การติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ เป็นปัญหาสำคัญของการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบได้ทั่วโลก และส่งผลกระทบต่อทั้งด้านค่าใช้จ่ายและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น จากข้อมูลของประเทศสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์ของการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะประมาณ 720,000 รายเกิดขึ้นทุกปี ทำให้มีผู้เสียชีวิตมากกว่า 13,000 ราย (Zurmehly, 2018) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ถือว่า การติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่ร้ายแรง ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะอยู่ที่ 2,400 เหรียญสหรัฐต่อราย (Agado, 2020) สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ มีอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะสูงถึงร้อยละ 20 (Koikula, & Chaiwarith, 2018)

การติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยนอนนาน มีข้อบ่งชี้ในการคาสายสวน มีความจำเป็นต้องบันทึกสารน้ำเข้าออก เพื่อติดตามภาวะช็อก หรือหัวใจวาย แต่ยังคงพบว่าการกระตุ้นเตือนในการนำสายสวนปัสสาวะออก และการเทปสวดยังมีการใช้ถึงเทปสวดย่วมกัน บางครั้งไม่เช็ดแอลกอฮอล์ก่อนและหลังเทปสวดย จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว จึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาล มีความรู้และความสามารถในการปฏิบัติพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะได้ถูกต้องและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน อันจะนำไปสู่การลดอุบัติการณ์การติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม 2) เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ จากการคาสายสวนปัสสาวะระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

วิธีดำเนินการศึกษา: การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้แบบการทดลองสองกลุ่ม วัดผลก่อนหลังการทดลอง (two groups pretest - posttest design) การศึกษานี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เลขที่โครงการ COA 008-2023 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน ลักษณะแบบเป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด 2) แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อจากการสวนคาสายสวนปัสสาวะ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (check list) และบันทึกการสังเกตโดยผู้วิจัยประกอบด้วย การปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อจากการสวนคาสายสวนปัสสาวะ ได้แก่ ข้อบ่งชี้ในการใส่สาย

สวนปัสสาวะ การเตรียมอุปกรณ์การสวนคาปัสสาวะ วิธีการสวนคาปัสสาวะ การดูแลสายสวนปัสสาวะ การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะและถุงรองรับปัสสาวะ และการเก็บปัสสาวะส่งตรวจเพาะเชื้อ โดยทำเครื่องหมาย ในช่องว่างของการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมที่บันทึกการสังเกต 3) แบบบันทึกปฏิบัติการการติดเชื้อจากการสวนคาปัสสาวะ โดยใช้แบบบันทึกปฏิบัติการการติดเชื้อจากการสวนคาปัสสาวะของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวปฏิบัติของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC, 2022) และสถาบันบำราศนราดูรกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข (2563) การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ 1) การประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index [CVI]) มีค่าเท่ากับ 0.939 (Polit & Beck, 2008) หาความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติมาทดลองใช้พร้อมกับพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ สังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 เหตุการณ์ คำนวณค่าความเชื่อมั่น ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่น จากการสังเกต (interrater reliability) มีค่าเท่ากับ 1 (Gray et al., 2017) กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตาราง Statistic Power Table ของ Kraemer and Thiemann (1987) cited in Burns and Grove (2009) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คน และเพิ่มกลุ่มอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลร้อยละ 10 (Burns & Grove, 2009) รวมกลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 25 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 และ 2 และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 และ 2 ระหว่าง เดือนสิงหาคม -ตุลาคม 2566 คัดเลือกโดยวิธีแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ (purposive sampling) หน่วยของการวิเคราะห์ (unit analysis) ในการวิจัยครั้งนี้คือ จำนวนเหตุการณ์ในแต่ละกิจกรรม จำนวนเหตุการณ์ในการสังเกตในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณจากผลการวิจัยของการศึกษาผลของการโค้ชต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาว (อิฐฐาพร คำกุ่ม, 2558) การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติก่อนและหลังการทดลองทดสอบการกระจายของข้อมูล โดยใช้สถิติ Shapiro-wilk test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีน้อยกว่า 50 คนกรณีที่ข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติใช้สถิติ paired t-test กรณีที่ข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติ Shapiro-wilk test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง มีน้อยกว่า 50 คนกรณีที่ข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ใช้สถิติ independent t-test กรณีที่ข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษา: พบว่าลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง เกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง จำนวน 24 คน (ร้อยละ 96.00) อายุอยู่ในช่วง 20-30 ปี จำนวน 10 คน (ร้อยละ 40) อายุเฉลี่ย 33.92 ปี (S.D.=8.16) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 25 คน (ร้อยละ 100) มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระหว่าง 6 เดือน - 10 ปี เฉลี่ย 7.38 ปี มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ระหว่าง 6 เดือน - 10 ปี เฉลี่ย 5.88 ปี และส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรมเฉพาะทางด้าน การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในระยะเวลา 1 ปี จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 64) และลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มควบคุม เกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง จำนวน 24 คน (ร้อยละ 96.00) เกินครึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 20-30 ปี จำนวน 15 คน (ร้อยละ 60) อายุเฉลี่ย 35.94 ปี (S.D.=8.80) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจบ

การศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 25 คน (ร้อยละ 100) มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระหว่าง 6 เดือน - 10 ปี เฉลี่ย 5.65 ปี มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ระหว่าง 6 เดือน - 10 ปี เฉลี่ย 5.44 ปี และส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรมเฉพาะทางด้าน การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในระยะเวลา 1 ปี จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 64) และเกินครึ่งไม่ได้รับการอบรมเฉพาะทางด้าน การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในระยะเวลา 1 ปี จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 60) ผลการศึกษาคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของกลุ่มทดลอง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะก่อนได้รับโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 10.76 คะแนน (S.D.=1.23) และหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 18.32 (S.D.=1.28) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพบว่า กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นทั้ง 6 หมวดกิจกรรม คือ หมวดที่ 1 ข้อบ่งชี้ในการใส่สายสวนปัสสาวะ หมวดที่ 2 วิธีการสวนคาสายสวนปัสสาวะ หมวดที่ 3 การดูแลสายสวนปัสสาวะ หมวดที่ 4 การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะและถุงรองรับปัสสาวะ หมวดที่ 5 การเก็บปัสสาวะส่งตรวจ และหมวดที่ 6 การถอดสายสวนปัสสาวะและถุงรองรับปัสสาวะ โดยมีการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ โดยมีการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32.39, 62.13, 41.22, 25.00, 58.37 และ 43.51 เป็นร้อยละ 78.42, 92.83, 90.40, 77.81, 90.42 และ 85.55 ตามลำดับ ซึ่งมีการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

บทสรุป: การปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะหลังได้รับโปรแกรม มีการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะ 1) ควรส่งเสริมการปฏิบัติตามโปรแกรมปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ จากการคาสายสวนปัสสาวะในหอผู้ป่วยใน อย่างต่อเนื่องต่อไป 2) ควรขยายผลโปรแกรมการดำเนินงานไปยังหน่วยงานอื่นๆ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบคลุมบุคลากรวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยการส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ

เอกสารอ้างอิง:

1. ปัทมา วงษ์กัญ, วงเดือน สุวรรณศิริ, & นิชกานต์ ทรงไทย. (2019). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกต่อการปฏิบัติของพยาบาลและการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม Effects of Clinical Practice Guideline Use Promotion on Nurses, Practices and Catheter-Associated Urinary Tract Infections in Medical Intensive Care Unit. Journal of Nursing and Health Care, 37(2), 26-35.
2. สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.

3. อัญญาพร คำกุ่ม, นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, & จิตตากรณ์ จิตรีเชื้อ. (2017). ผลของการโค้ชต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาว. *Nursing Journal*, 44 (พิเศษ (1), 1-10.
4. Agado, B. (2020). Reducing catheter-associated urinary tract infection project. Retrieved August 12, 2022, from <https://doi.org/10.46409/sr.PVHX597>
5. Burns, N., & Grove, S. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6 th ed.). St. Louis: W. B. Saunders. Elsevier.
6. Centers for Disease Control and Prevention [CDC] & National Health care Safety Network [NHSN]. (2022). Urinary tract infection catheter-associated urinary tract infection and non-catheter-associated urinary tract infection and other urinary system infection) events.
7. Kotikula, I., & Chaiwarith, R. (2018). Epidemiology of catheter-associated urinary tract infections at maharaj nakorn chiang mai hospital, northern thailand. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 49(1), 113-122.
8. Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Lippincott Williams & Wikins.
9. Zurmehly, J. (2018). Implementing a nurse-driven protocol to reduce catheter-associated urinary tract infections in a long-term acute care hospital. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 49(8), 372-377.

KLSH 04

การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร่วมกับมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care of Patients with Depression and Suicidal Behavior in Kalasin Hospital: 2
case studies

จรรยา อติชาติธำรง

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

คำสำคัญ: การพยาบาล, ฆ่าตัวตาย, โรคซึมเศร้า

บทนำ: โรคซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ซึ่งมีโอกาสฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าคนทั่วไป 20 เท่า(ผู้จัดการออนไลน์,2565) ข้อมูลองค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2560 ระบุว่า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลกประมาณ 322 ล้านคน ปี 2564 คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคซึมเศร้าถึง 1.5 ล้านคน และมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพยายามฆ่าตัวตายทั้งปีมากกว่า 53,000 คน (กรมสุขภาพจิต,2566) จากสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ปี 2563-2565 คือ 2,624, 2,905 และ 3,197 ตามลำดับ ส่วนอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2563-2565 คือ 7.15, 10.86 และ 8.76 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น การรักษาโรคซึมเศร้าและป้องกันการฆ่าตัวตายนั้น นอกจากจะรักษาด้วยยาแล้ว จำเป็นต้องบำบัดทางจิตสังคมร่วมด้วย (พันธ์ทิพย์ โกศลวัฒน์, ดาราวรรณ ตะปินตา, หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี และจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, 2561)

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร่วมกับมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

วิธีดำเนินการศึกษา: ศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าร่วมกับมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มีปัญหาซับซ้อน มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ที่เข้ารับการักษาแบบผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม 2565 – กรกฎาคม 2566 ใช้กระบวนการพยาบาลรวบรวมข้อมูล ประเมินสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ให้การพยาบาลโดยการให้การปรึกษาแบบผสมผสานและประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior Therapy) และการบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา (Problem Solving Therapy แบ่งเป็นระยะเร่งด่วนและระยะฟื้นฟู การให้การปรึกษามี 6 ครั้ง ระยะเวลา 6 เดือน

ผลการศึกษา:

รายงานผู้ป่วย: ผลการตรวจร่างกายตามระบบ ไม่พบความผิดปกติทั้ง 2 ราย

หัวข้อ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ประเมินภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย (2Q/9Q/8Q)	คะแนน 9 Q = 24 มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง 8Q = 21 คะแนน มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายระดับรุนแรง	คะแนน 9 Q = 22 มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง 8Q = 21 คะแนน มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายระดับรุนแรง
Mental Status Exam	สีหน้าเศร้าหมอง พูดซ้ำ มีอารมณ์เศร้า กังวล คิดเกี่ยวกับการตาย แต่ไม่มีแผน	สีหน้าเรียบเฉย อ่อนเพลีย มีอารมณ์เศร้า โกรธ คับข้องใจ วิตกกังวล คิดเกี่ยวกับการ

หัวข้อ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	Low self-esteem hopelessness helplessness	ตาย แต่ไม่มีแผน Low self-esteem hopelessness helplessness
Mental Status Exam	good orientation ไม่มี Hallucination รับรู้การเจ็บป่วย ร่วมมือในการรักษา	ไม่มี Hallucination good orientation รับรู้การเจ็บป่วย ร่วมมือในการรักษา
อาการสำคัญ (วันที่รับไว้ในการดูแล)	6 ธันวาคม 2565 - เศร้า นอนไม่หลับ มีความคิดอยากตาย กรีดแขนตนเอง และพยายามผูกคอตาย 1 วันก่อนมา	6 มกราคม 2566 - เศร้า นอนไม่หลับ มีความคิดอยากตาย กินยานอนหลับ 10 เม็ด 1 สัปดาห์ก่อนมา
สรุปการเจ็บป่วย	มีภาวะซึมเศร้า จากปัจจัยทางจิตสังคม คือ ความรู้สึกไม่เห็นคุณค่าในตนเอง สิ้นหวัง หมดหนทางสู้ และขาดทักษะการเผชิญกับความเครียด และแก้ปัญหา มีปัจจัยกระตุ้นคือ แม่ตำหนิรุนแรงไล่ให้ไปตาย จนทำให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย แพทย์วินิจฉัย Severe depressive episode with suicidal attempted	มีภาวะซึมเศร้า จากปัจจัยทางจิตสังคม คือ ความรู้สึกไม่เห็นคุณค่าในตนเอง สิ้นหวัง หมดหนทางสู้ และขาดทักษะการเผชิญกับความเครียด และแก้ปัญหา มีปัจจัยเสี่ยงจากการถูกกลั่นแกล้งในโรงเรียน ทำให้โกรธแค้น มีปัจจัยกระตุ้นจากความผิดหวังที่แม่ไม่ให้ย้ายโรงเรียนแพทย์วินิจฉัย Severe depressive episode with suicidal attempted
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะเร่งด่วน	1. เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ เนื่องจากรับรู้ในคุณค่าตนเองต่ำ สิ้นหวังและมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง 2. มีความทุกข์ใจ เปื่อหน่ายท้อแท้ สิ้นหวัง เนื่องจากขาดแรงจูงใจ ขาดเป้าหมายในชีวิต และมีมุมมองต่อตนเองด้านลบ 3. นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากเครียด วิตกกังวล	1. เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ เนื่องจากรับรู้ในคุณค่าตนเองต่ำ สิ้นหวังและมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง 2. มีความทุกข์ใจ เปื่อหน่ายท้อแท้ สิ้นหวัง เนื่องจากขาดแรงจูงใจ ขาดเป้าหมายในชีวิต และมีมุมมองต่อตนเองด้านลบ 3. นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากเครียด วิตกกังวล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะฟื้นฟู	1. เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากมีความคิดหุนหันพลันแล่น ขาดทักษะในการเผชิญความเครียดและแก้ปัญหา 2. สัมพันธภาพกับผู้อื่นบกพร่อง เนื่องจากขาดทักษะและมีความขัดแย้งกับคนในครอบครัว 3. ผู้ป่วยขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัว	1. เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากมีความคิดหุนหันพลันแล่น ขาดทักษะในการเผชิญความเครียดและแก้ปัญหา 2. สัมพันธภาพกับผู้อื่นบกพร่องเนื่องจากขาดทักษะและมีความขัดแย้งกับคนในครอบครัว

กิจกรรมการพยาบาล:

ระยะเร่งด่วน	ระยะฟื้นฟู
ให้การพยาบาลโดยให้การปรึกษาดังนี้ -สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด ประคับประคองด้านอารมณ์ ด้วยการใช้ทักษะการฟังโดยไม่ตัดสิน ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย ด้วยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ช่วยให้ปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดที่มีต่อตนเองและอนาคตในมุมมองเชิงบวก ประเมินความภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ แนะนำญาติในการสังเกต อาการเตือนต่อการฆ่าตัวตาย	ให้การพยาบาลโดยให้การปรึกษาดังนี้ -สร้างสัมพันธภาพ ตั้งเป้าหมายการบำบัดและตกลงบริการร่วมกัน ใช้เทคนิคการปรับตัวและการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ตั้งแต่การทำความเข้าใจกับปัญหา การวิเคราะห์หาสาเหตุ การค้นหาทางเลือกที่เหมาะสม วิเคราะห์ข้อดีและข้อเสียของแต่ละวิธี การตัดสินใจเลือกแก้ปัญหาแนะนำวิธีจัดการความเครียดด้วยตนเอง ให้คำแนะนำการสื่อสาร

ระยะเร่งด่วน	ระยะฟื้นฟู
(Warning Sign) และ suicidal precaution (เนตรชนก แก้วจันทา และชมพูนุช กาบคำบา, 2566)	ทางบวก มี แนะนำแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนแก่ผู้ป่วย นอกเหนือจากมารดาหรือครอบครัว เช่น อสม. ครู โรงพยาบาล ศูนย์พึ่งได้
การประเมินผล ผู้ป่วย ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายซ้ำ เศร้าลดลง มีมุมมองด้านบวกและเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นวางแผนและตั้งเป้าหมายในชีวิตได้	- การประเมินผล -ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาต่อเนื่อง ควบคุมอารมณ์เศร้าได้ มีทักษะการเผชิญความเครียด

สรุปกรณีศึกษา: ปัจจัยความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยคือ สัมพันธภาพและความไว้วางใจที่ผู้ป่วยมีต่อพยาบาล ทักษะความชำนาญและประสบการณ์ในการให้การปรึกษาของพยาบาล และความร่วมมือของญาติ ความท้าทายคือ การที่จะทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบเป็นด้านบวก การทำให้ญาติยอมรับและเข้าใจโรคซึมเศร้า ตลอดจนร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ: ควรมีการส่งเสริมป้องกันซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย ปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียน ในชุมชนกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงศึกษาธิการ ควรร่วมมือกันป้องกันและแก้ปัญหาการกลั่นแกล้งในโรงเรียน ควรมีการฝึกอบรมการให้การปรึกษา หรือจิตบำบัด ด้วยแนวคิดทฤษฎีต่างๆ เช่น Cognitive behavior Therapy ให้กับพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง:

- กรมสุขภาพจิต. (2566).ป่วยจิต-ซึมเศร้าสถิติไทยพุ่ง 1-2%. เข้าถึงจาก <https://www.thaipbs.or.th/news/content/324887> เมื่อ 25 ม.ค. 2566
- เนตรชนก แก้วจันทา และชมพูนุช กาบคำบา. (บรรณาธิการ). (2566). การพยาบาลจิตเวชศาสตร์. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- พันธ์ทิพย์ โกศลวัฒน์, ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี และจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน.(2561). การพัฒนาและผลของโปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. ปีที่ 32 (ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2561), 49-65
- ผู้จัดการออนไลน์.(2565).“โรคซึมเศร้า” วิกฤตคร่าชีวิตคนไทย เข้าไม่ถึงการรักษา ฆ่าตัวตายสำเร็จสูง. เข้าถึงจาก <https://mgronline.com/daily/detail/9650000019098> เมื่อวันที่ 25 ม.ค. 2566

KLSH 05

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา(RR/MDR-TB)ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ : กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing care for patients with drug-resistant tuberculosis (RR/MDR-TB)
infected with HIV/AIDS: 2 case studies

ดวงใจ ดอนเงิน

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

คำสำคัญ: การพยาบาล, วัณโรคดื้อยาหลายขนาน, เอชไอวี/เอดส์

บทนำ: วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก และเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิต 10 อันดับแรก ในปี พ.ศ. 2563 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำของโลกสูงถึง 9.9 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 1.3 ล้านคน (กองวัณโรค, 2564, น.17) ปัจจุบันพบปัญหาเชื้อวัณโรคดื้อยาและวัณโรคดื้อยาหลายขนานเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการรักษาวัณโรคให้ประสบความสำเร็จ ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศทั่วโลกที่มีภาระวัณโรคสูงสุด ได้แก่ มีภาระโรควัณโรค (TB) วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) สูง ในปีพ.ศ.2563 ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 85,837 คน และพบเป็นวัณโรคดื้อยาชนิด MDR/RR-TB จำนวน 1,302 ราย โดยในปีพ.ศ. 2561 มีอัตราการสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา MDR/RR-TB ร้อยละ 63 (วรรณเพ็ญ จิตต์วิวัฒน์, 2565) และในที่มีความชุกของ HIV สูง พบว่าอัตราการเสียชีวิตของ MDR-TB สูงถึงร้อยละ 71 (สำนักวัณโรค, 2558)

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (RR/MDR-TB) ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 2) เพื่อใช้เป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (RR/MDR-TB) ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แบบองค์รวม

วิธีดำเนินการศึกษา: เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย โดยเลือกแบบเจาะจงจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยวัณโรคที่มีผลดื้อยา RR/MDR-TB และติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนตุลาคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติและเวชระเบียนผู้ป่วย โปรแกรมบันทึกข้อมูล การตรวจร่างกาย และแผนการรักษา เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์ โดยนำกรอบแนวคิดทฤษฎีของวัตสันมาประเมินภาวะสุขภาพ กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบ NANDA กำหนดเกณฑ์ผลลัพธ์และกิจกรรมการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลโดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม

ผลการศึกษา:

รายงานผู้ป่วย:

หัวข้อ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	เพศชาย อายุ 28 ปี เรียนจบชั้น ป.6 สถานภาพโสด อาชีพรับจ้างทั่วไป รายได้ 2,500 บาท/เดือน	เพศชาย อายุ 30 ปี เรียนจบชั้น ป.6 สถานภาพหย่าร้าง อาชีพพนักงาน ร้านอาหาร รายได้ 15,000 บาทต่อเดือน
การประเมินสภาพแรกพบ	รูปร่างผอม ท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลีย ขา 2 ข้างอ่อนแรง ช่วยตัวเองได้ มีแผลที่คอข้าง	เป็นผู้พิการหูหนวกและเป็นใบ้แต่กำเนิด สื่อสารด้วยภาษามือและญาติช่วยสื่อสาร

หัวข้อ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	ขวาปิดด้วยผ้าก๊อซ แผลมีหนองซึม ไอ เสมหะสีขาวยุ่น ไม่มีเลือดปน มีไข้ต่ำๆ มัก เป็นตอนบ่ายๆ เย็นๆ	รูปร่างผอม ซึม ปลุกตื่น ไอมีเสมหะสีขาวยุ่น ไม่มีเลือดปน หายใจไม่หอบ ไม่มีไข้ ท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลีย
อาการสำคัญ	4 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีก้อนบวมโตที่ คอข้างขวา มีหนองซึม ร่วมกับมีไข้ ไอ เรื้อรัง	3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการซึม การ ตอบสนองช้า ไอ ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย ไม่มีไข้
การวินิจฉัยโรค	Disseminated tuberculosis (MDR-TB) with HIV/AIDS	Pulmonary tuberculosis(RR-TB) with HIV/AIDS
ระยะเวลาการรักษา	6 เดือน	9 - 11 เดือน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล:

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การพยาบาลระยะก่อนตรวจ (เพื่อการวินิจฉัย) 1. เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจจากเชื้อ mycobacterium tuberculosis ที่ดื้อยา กลุ่มยา fluoroquinolones (FQs) และกลุ่มยาฉีด แนวที่ 2 (Second line injectable drugs) 2. เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสู่คนในครอบครัวและ ชุมชน	การพยาบาลระยะก่อนตรวจ (เพื่อการวินิจฉัย) 1. เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจจากเชื้อ mycobacterium tuberculosis ที่ดื้อยา กลุ่มยา fluoroquinolones (FQs) และกลุ่มยาฉีด แนวที่ 2 (Second line injectable drugs) 2. เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสู่คนในครอบครัวและ ชุมชน
การพยาบาลระยะขณะตรวจ (การดูแลระยะเข้มข้น) 1. การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจากการติดเชื้อ mycobacterium tuberculosis ที่ปอด 2. ความทนในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง เนื่องจากได้รับ ออกซิเจนไม่เพียงพอ 3. หุพโภชนาการ เนื่องจากเบื่ออาหาร รับประทานอาหาร ได้น้อย 4. เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษา วัณโรค 5. ปวดแผลบริเวณลำคอด้านขวา เนื่องจากมีแผลจากการ ทำIncision and Drainage	การพยาบาลระยะขณะตรวจ (การดูแลระยะเข้มข้น) 1. การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เนื่องจากการติดเชื้อ mycobacterium tuberculosis ที่ปอด 2. ความทนในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง เนื่องจากได้รับ ออกซิเจนไม่เพียงพอ 3. หุพโภชนาการ เนื่องจากเบื่ออาหาร รับประทานอาหาร ได้น้อย 4. เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาวัณ โรค
การพยาบาลระยะหลังตรวจ (การดูแลต่อเนื่อง) 1. วิตกกังวล เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย 2. ขาดความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา และการ ปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง 3. ขาดความรู้เรื่องโรค แนวทางการรักษา และการปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปสู่คนในครอบครัว และชุมชน 4. ความรู้สึกลดคุณค่าในตนเองเปลี่ยนแปลง เนื่องจากสูญเสีย บทบาทหน้าที่ของตนเอง	การพยาบาลระยะหลังตรวจ (การดูแลต่อเนื่อง) 1. วิตกกังวล เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย 2. ขาดความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา และการ ปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง 3. ขาดความรู้เรื่องโรค แนวทางการรักษา และการปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปสู่คนในครอบครัว และชุมชน 4. ความรู้สึกลดคุณค่าในตนเองเนื่องจากสูญเสียการพูด และการได้ยินแต่กำเนิด

สรุปกรณีศึกษา: ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ซึ่งเคยป่วยด้วยโรคฉวยโอกาสเป็นโรควัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ มีประวัติรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและขาดยา จึงเป็นสาเหตุทำให้กลับมาเป็นซ้ำและมีการดื้อยาร่วมด้วย มีระดับของภูมิคุ้มกัน CD₄ ที่ต่ำมาก เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคฉวยโอกาสได้ซ้ำอีกครั้ง ความแตกต่างของทั้ง 2 ราย คือ ตำแหน่งที่เป็นวัณโรค ชนิดของเชื้อดื้อยา สูตรยาที่ให้ และระยะเวลาการรักษา ดังนี้ รายที่ 1 เป็นวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อมีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองและดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) และติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ให้การรักษาด้วยสูตรยา BPaLM ระยะเวลาการรักษา 6 เดือน และรายที่ 2 เป็นวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อและดื้อยา Rifampicin (RR-TB) เพียงตัวเดียว ให้การรักษาด้วยสูตรยา shorter all-oral bedaquiline-containing regimen ระยะเวลาการรักษา 9-11 เดือน ความแตกต่างส่วนบุคคลที่มีข้อจำกัดของการดำเนินชีวิต การถูกตีตราจากสังคมในเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และป่วยเป็นวัณโรค ดังนั้น การวางแผนเลือกสูตรยาและระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม การพยาบาลตามมาตรฐานและการให้คำปรึกษารอบด้านแก่ผู้ป่วยจะทำให้ได้รับความร่วมมือในการรักษาและคงอยู่ในระบบการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล สังคม และชุมชนเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี

ข้อเสนอแนะ:

1. คัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดด้วยวิธีการเอกซเรย์ปอดทุก 6 เดือน-1 ปีเพื่อให้สามารถค้นพบผู้ป่วยได้เร็ว ดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ และนำเข้าสู่ระบบการรักษาได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก
2. เสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือทีมสหวิชาชีพในการพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วย การกำกับการรับประทานยาอย่างเข้มงวดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความรู้ความเข้าใจเพื่อความมีวินัยและรับผิดชอบในการรับประทานยา
3. การประกาศใช้ยาสูตร BPaLM เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานเข้าถึงการรักษาที่มีประสิทธิภาพและระยะเวลาการรักษาเหมาะสม
4. เนื่องจากผู้ป่วยต้องมีการแยกกักตัวเพื่อรับการรักษาเป็นเวลานาน จึงต้องมีการวางแผนบริหารจัดการที่ดีโดยเฉพาะเรื่องการชดเชยรายได้เพื่อเสริมแรงและความร่วมมือในการรักษาให้หายขาด และลดโอกาสเกิดเชื้อดื้อยาในผู้ป่วยวัณโรค และลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาวัณโรคดื้อยาในอนาคต

เอกสารอ้างอิง:

1. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2564). แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.2564. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
2. วรณเพ็ญ จิตต์วิวัฒน์. (2566). คู่มือการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานสำหรับพยาบาลในสถานพยาบาลและชุมชน. [อวช.] WF360 ว175ค 2565 ม.ป.ป., กรุงเทพฯ: กองวัณโรค กรมควบคุมโรค.
3. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค.(2558). แนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา. ม.ป.ป., กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

KLSH 06

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Schizophrenia Patients with Substance Dependence: 2 Case Studies

ศศิธร ภูขยัน

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม, การพยาบาล, กรณีศึกษา

บทนำ: ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีปัจจัยเสี่ยงของการติดสารเสพติดมากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไปจากความบกพร่องของสมอง การเผชิญกับสิ่งแวดล้อมหรือครอบครัวที่เกี่ยวข้องสารเสพติด รวมถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วยโรคจิตเภทซึ่งทำให้ความสามารถต่ำลงทั้งด้านทางสังคมและการทำงาน นอกจากนี้ การใช้สารเสพติดมีผลทำให้อาการแย่ลง เกิดความอยากเสพยาเสพติดและติดการเสพยาอย่างรุนแรง (พิชัย แสงชาญชัย, 2565)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม เป็นสาเหตุทำให้อาการกำเริบซ้ำ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเองหรือผู้อื่น (ชิดชนก โอภาสวัฒนา, 2563, น. 1-3) ข้อมูลสถิติหอผู้ป่วยเมตตา โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี 2563-2565 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมีแนวโน้มสูงขึ้นร้อยละ 25, 31.6 และ 42.5 ตามลำดับ (รายงานผู้ป่วยหอผู้ป่วยเมตตา โรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2565)

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม โดยเปรียบเทียบกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย 2) เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

วิธีดำเนินการศึกษา: เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย คัดเลือกผู้ป่วยแบบเจาะจง โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยเมตตา รพ.กาฬสินธุ์ กรณีศึกษาที่ 1 วันที่ 24 มกราคม 2566 - 24 กุมภาพันธ์ 2566 กรณีศึกษาที่ 2 วันที่ 31 มกราคม 2566-22 กุมภาพันธ์ 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและเวชระเบียนผู้ป่วย ประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนและการรักษา เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์และประเมินผู้ป่วย/ครอบครัว แล้วนำมากำหนดเป็นแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดตามทฤษฎีของเพปพลาว จิตสังคมบำบัด เสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกสารเสพติด และการจัดการรายกรณี ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และครอบครัว

ผลการศึกษา:

รายงานผู้ป่วย:

ประเด็นการตรวจ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
Vital signs	BT 36.7 °C, PR 82 ครั้ง/นาที, RR 20 ครั้ง/นาที, BP 118/76 mmHg, O2 sat 100% (ปกติ)	BT 37.1 °C, PR 98 ครั้ง/นาที, RR 20 ครั้ง/นาที, BP 121/78 mmHg, O2 sat 100% (ปกติ)

ประเด็นการตรวจ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
BMI (ค่าปกติ 18.5-22.9)	น้ำหนัก 56 กก. ส่วนสูง 163 ซม. BMI 21.13 (ปกติ)	น้ำหนัก 70 กก. ส่วนสูง 175 ซม. BMI 22.88 (ปกติ)
ลักษณะทั่วไป (General appearance)	ชายไทยวัยผู้ใหญ่ ผิวสีน้ำตาลเข้ม ผมยาวสีดำ ผมขาว หนวดเครารุงรัง แต่งกายไม่เรียบร้อย เสื้อผ้ามีรอยเปื้อนดิน รูปร่างสมส่วน การเดิน และการทรงตัวปกติ ไม่มีบาดแผลตามร่างกาย สีหน้าเคร่งขรึม ตาขวาง ท่าทางหวาดระแวง ระมัดระวังพูดน้อย เสียงห้วน ไม่ให้ความ ร่วมมือในการพูดคุยตอบคำถาม	ชายไทยวัยผู้ใหญ่ ผิวสีน้ำตาล ผมสั้น ผมสีดำ มีหนวดยาว แต่งกายไม่เรียบร้อย รูปร่างสม ส่วน การเดินและการทรงตัวปกติ สีหน้ายิ้มไม่ สมเหตุผล หลุกหลิก ท่าทางหวาดระแวง มี ความคิดหลงผิดคิดว่าตนเองเป็นตำรวจ ยศ นายพล พูดเสียงดังบางครั้ง ให้ความร่วมมือ ในการพูดคุยตอบคำถาม
ผิวหนัง	ผิวสีน้ำตาลเข้ม ผิวไม่แห้ง ไม่มีผื่น ไม่มี บาดแผลตามร่างกาย เล็บมือเล็บเท้ายาว ไม่มี นิ้วปูด ไม่ซีด no cyanosis	ผิวสีน้ำตาล ผิวไม่แห้ง ไม่มีผื่น มีรอยแผลเป็น บริเวณข้อเท้าที่เคยถูกล่ามโซ่ เล็บมือเล็บเท้ายาว ไม่มีนิ้วปูด ไม่ซีด no cyanosis
HEENT	Normal: not pale, no jaundice ไม่มีรอยบวมโนที่ศีรษะ ไม่มีประวัติได้รับ อุบัติเหตุ	Normal: not pale, no jaundice ไม่มีรอยบวมโนที่ศีรษะ ไม่มีประวัติได้รับ อุบัติเหตุ
Heart	HR 82 ครั้ง/นาที, Regular rhythm	HR 98 ครั้ง/นาที, Regular rhythm
Lung	ทรวงอกรูปร่างปกติ ลักษณะสมมาตรกันดี RR 20 ครั้ง/นาที Normal breath sound both lung	ทรวงอกรูปร่างปกติ ลักษณะสมมาตรกันดี RR 20 ครั้ง/นาที Normal breath sound both lung
Abdomen	Normal: no mass, no tenderness	Normal: no mass, no tenderness
Genitourinary	ไม่ได้ตรวจ (จากการสอบถาม ปัสสาวะได้ปกติ ไม่มีแสบขัด)	ไม่ได้ตรวจ (จากการสอบถาม ปัสสาวะได้ปกติ ไม่มีแสบขัด)
Extremities	Normal	Normal
Neuro-signs	ระดับความรู้สึกตัวปกติ Glasgow Coma Score = E4V5M6, pupil Ø 3 mm. well RTL BE การเดินและการเคลื่อนไหวปกติ Motor power grade 5	ระดับความรู้สึกตัวปกติ Glasgow Coma Score = E4V5M6, pupil Ø 3 mm. well RTL BE การเดินและการเคลื่อนไหวปกติ Motor power grade 5
Psychomotor	ท่าทางการเดินและการเคลื่อนไหวปกติ แต่อยู่ไม่นิ่ง (agitation)	ท่าทางการเดินและการเคลื่อนไหวปกติ
Speech	loosening of association	Relevant, พูดเสียงดังสลับกับร้องเพลง
Mood	Irritable mood, Anxious	irritable mood, Elevated mood
Affect	Hostile	Labile affect
Thought	Paranoid delusion, Homicide idea จะทำร้ายคนในบ้าน Denied Suicide idea	Paranoid delusion, Grandiose delusion หลงผิดว่าตนเองเป็นตำรวจ ยศนายพล Denied Suicide idea, Denied Homicide idea
Perception	Auditory hallucination, Denied Visual hallucination	Auditory hallucination, Denied Visual hallucination
Sensorium :	Good Conscious (Alert)	Good Conscious (Alert)

ประเด็นการตรวจ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
- Consciousness		
- Orientation	รับรู้วัน เวลา สถานที่และบุคคลได้ถูกต้อง	รับรู้วัน เวลา สถานที่และบุคคลได้ถูกต้อง
- Memory		
ความจำเฉพาะหน้า	Normal	Normal
ความจำปัจจุบัน	Normal	Normal
ความจำในอดีต	Normal	Normal
- Attention and concentration	poor	poor
Knowledge	poor	poor
Judgment	poor	poor
Insight	poor	poor
อาการสำคัญที่มารพ.	อาละวาด ทบทำลายสิ่งของภายในบ้าน จะทำร้ายคนในครอบครัว 2 สัปดาห์ ก่อนมารพ.	เอะอะโวยวาย จุดไฟเผาหมอน จะเผาบ้าน จะทำร้ายบิดามารดา 4 วัน ก่อนมารพ.
การวินิจฉัยโรค (ICD-10)	F20.30 with F15.20 Schizophrenia with amphetamine dependence	F20.30 with F12.20 Schizophrenia with Marijuana dependence
ระดับความก้าวร้าวรุนแรง	มีพฤติกรรม/ระดับความก้าวร้าวรุนแรง = 2 ระดับเร่งด่วน (Urgency)	มีพฤติกรรม/ระดับความก้าวร้าวรุนแรง = 2 ระดับเร่งด่วน (Urgency)
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, Urine analysis: Normal, Urine Methamphetamine: positive	CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, Ca, Mg, Po4, LFT, Urine analysis : Normal Marijuana (กัญชา) In Urine IC: positive
ผลการตรวจพิเศษ	EKG 12 Lead, CXR: Normal	EKG 12 Lead, CXR: Normal

การพยาบาล:

ระยะ	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของเพพพลาว
1 . ระยะเริ่มแรก (Initial stage) เป็นการประเมินและให้การพยาบาลใน ระยะที่มีอาการทางจิตรุนแรง เป้าหมายการพยาบาล มุ่งเน้นเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากความ รุนแรงของอาการทางจิต ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากภาวะ ถอนพิษหรือการออกฤทธิ์ของ สารเสพติดและปลอดภัยจากฤทธิ์ ข้างเคียงของยาทางจิตเวช ที่ได้รับ	1. เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ผู้อื่นและ สิ่งของถูกทำลาย เนื่องจากมีอาการ ประสาทหลอนและความคิดหวาดระแวง (กรณีศึกษาที่ 1) 1. เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ผู้อื่นและ สิ่งของถูกทำลาย เนื่องจากมีอาการ ประสาทหลอนความคิดหวาดระแวงและ อาการหลงผิด (กรณีศึกษาที่ 2) 2. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจาก ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากอาการได้รับ สารเสพติดแอมเฟตามีน เกินขนาด (กรณีศึกษาที่ 1) 2. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจาก ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากอาการได้รับ สารเสพติดกัญชาเกินขนาด	1. ระยะเริ่มต้น (Orientation phase) 2. ระยะระบุปัญหา (Identification phase)

ระยะ	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อการบำบัดของเพพบลาว
	(กรณีศึกษาที่ 2) 3. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจาก ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะ ถอนพิษสารเสพติดแอมเฟตามีน (กรณีศึกษาที่ 1) 3. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจาก ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะถอนพิษ สารเสพติดกัญชา (กรณีศึกษาที่ 2) 4. เสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ จากการได้รับยารักษาอาการทางจิตเวช (กรณีศึกษาที่ 1,2)	
2. ระยะกลาง (interim stage) เป็น ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบลง สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ของตนเองได้ให้การดูแลเพื่อป้องกันเฝ้า ระวังการกลับเป็นซ้ำ เป้าหมายการพยาบาล มุ่งเน้นเพื่อให้ผู้ป่วยไม่เป็นอันตรายจาก ภาวะหวาดระแวงหรือความคิดในการทำ ร้ายตนเอง สามารถจัดการกับความคิด อารมณ์ การแสดงออกและการเผชิญ ปัญหาที่เหมาะสมสามารถปรับตัวต่อการ ไม่ได้เสพสารเสพติดได้สามารถดูแล ตนเองได้ตามศักยภาพ	1. สัมพันธภาพระหว่างบุคคลบกพร่อง เนื่องจากขาดความไว้วางใจผู้อื่นและ ความคิดหวาดระแวง (กรณีศึกษาที่ 1,2) 2. ขาดทักษะในการเผชิญความเครียด และจัดการความเครียด (กรณีศึกษาที่ 1,2)	3. ระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา (Working phase)
3. ระยะก่อนกลับบ้าน (Pre-Discharge stage) เป็นระยะฟื้นฟูและเตรียมความพร้อม ของผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแลก่อนกลับ บ้านเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ เป้าหมายการพยาบาล มุ่งเน้นที่กระบวนการช่วยเหลือทางด้าน จิตใจและสังคม รวมทั้งให้คำปรึกษา ครอบครัวและการให้สุขภาพจิตศึกษา การให้คำแนะนำ การเสริมสร้างแรงจูงใจ ในการเลิกเสพสารเสพติดเพื่อให้ผู้ป่วย สามารถจัดการกับปัญหาและเป้าหมาย ในชีวิตของตนได้อย่างเหมาะสม	1. เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากมี ความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องการ รับประทานยา การเจ็บป่วยของตนเอง และขาดทักษะในการจัดการรับประทาน (กรณีศึกษาที่ 1,2) 2. เสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ เนื่องจาก - ขาดแรงจูงใจในการเลิก สารเสพติด - ขาดทักษะการปฏิเสธการใช้ สารเสพติด (กรณีศึกษาที่ 1,2) 3. ครอบครัวมีภาวะวิตกกังวลและ หวาดกลัวถูกผู้ป่วยทำร้าย (กรณีศึกษาที่ 1,2)	3. ระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา (Working phase) 4. ระยะสรุปผล Resolution phase)/ระยะยุติสัมพันธภาพเพื่อ การบำบัด (Termination phase)

(โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2564, น. 2-10)

เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล:

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	เกณฑ์ การประเมิน	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
<p>กรณีศึกษาที่ 1</p> <p>1. เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ผู้อื่นและสิ่งของถูกทำลาย เนื่องจากมีอาการประสาท หลอนและความคิด หวาดระแวง S: ผู้ป่วยบอกว่า “ได้ยินเสียงคนจะทำร้าย” O: - ทำทางหวาดระแวง หงุดหงิด สีหน้าเคร่งขรึม ตาขวาง ระมัดระวัง พุดน้อย เสียงห้วน - ระดับความก้าวร้าวรุนแรง Overt Aggression Scale = 2 : ระดับแรงด่วน</p>	<p>- ผู้ป่วยไม่มี พฤติกรรม ทำร้ายตนเอง ผู้อื่น และ ไม่ทำลายสิ่งของ - ผู้ป่วยมี การรับรู้ที่เป็นจริง ไม่มีหูแว่ว ไม่หวาดระแวง</p>	<p>- สร้างสัมพันธ์ภาพเชิงบำบัดเพื่อให้ ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ - ยอมรับผู้ป่วยโดยการเรียกชื่อ น้ำเสียงนุ่มนวลและชัดเจน - ประเมินความคิดของผู้ป่วย ว่ามีผลต่อพฤติกรรมอย่างไร เพื่อการป้องกันและเฝ้าระวัง - จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ไม่มีสิ่งก่อก่อให้เกิดอันตราย - เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยระบายอารมณ์ ความรู้สึก - รับฟังด้วยท่าทีเข้าใจ ยอมรับ ไม่ โต้แย้งและไม่สนับสนุนอาการ ประสาทหลอน/อาการหลงผิด - แสดงการยอมรับอาการประสาท หลอนหรือหวาดระแวงของผู้ป่วย โดยไม่โต้แย้งหรือทำทนายว่าผู้ป่วย เล่าไม่เป็นความจริง แต่แสดงความ คิดเห็นที่ขัดแย้งได้โดยใช้เทคนิค การให้ความจริง (presenting reality) - หลีกเลี่ยงการจับต้องตัวผู้ป่วยและ ไม่ใช่คำพูดหรือกิริยาที่ก่อให้เกิด ความสงสัยหรือตีความไม่ชัดเจน ได้แก่ การกระซิบต่อหน้าผู้ป่วย - เฝ้าระวังก้าวร้าว ระวังทำร้าย ตนเอง ผู้อื่นและทำลายสิ่งของ - ให้อาตามแผนการรักษา</p>	<p>กรณีศึกษาที่ 1</p> <p>- ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมทำ ร้ายตนเอง ผู้อื่นและ ไม่ทำลายสิ่งของ - ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 3 มีการรับรู้ที่เป็นจริง ไม่มีหูแว่ว ไม่หวาดระแวง</p>
<p>กรณีศึกษาที่ 2</p> <p>1. เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ผู้อื่นและสิ่งของถูกทำลาย เนื่องจากมีอาการประสาท หลอนความคิดหวาดระแวง และอาการหลงผิด S: ผู้ป่วยบอกว่า “ได้ยินเสียงคนมาด่า” O: - ทำทางหวาดระแวง สีหน้ายิ้มไม่สมเหตุผล หงุดหงิดสลับกับรำเริง พุดเสียงดัง มีความคิดหลงผิด คิดว่าตนเองเป็นตำรวจ ยศ นายพล - ระดับความก้าวร้าวรุนแรง Overt Aggression Scale = 2: ระดับแรงด่วน</p>	<p>- ผู้ป่วยไม่มี พฤติกรรม ทำร้ายตนเอง ผู้อื่น และ ไม่ทำลาย สิ่งของ - ผู้ป่วยมี การรับรู้ที่เป็นจริง ไม่มีหูแว่ว ไม่ หวาดระแวง ไม่มีอาการ หลงผิด</p>	<p>- ประเมินอาการและวัดสัญญาณชีพ - ประเมินอาการหัวใจเต้นผิด จังหวะ เช่น ชีพจรเต้นเร็ว > 100 ครั้ง/นาที หัวใจเต้นไม่ สม่ำเสมอ ใจสั่น หวิว แน่นหน้าอก หรือชีพจรเต้นช้าผิดปกติ < 60</p>	<p>กรณีศึกษาที่ 2</p> <p>- ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมทำ ร้ายตนเอง ผู้อื่นและ ไม่ทำลายสิ่งของ - ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 มีการรับรู้ที่เป็นจริง ไม่มีหูแว่ว ไม่หวาดระแวง ไม่มีอาการหลงผิด</p>
<p>กรณีศึกษาที่ 1</p> <p>2. เสี่ยงต่อการได้รับอันตราย จากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจาก อาการได้รับสารเสพติด แอมเฟตามีนเกินขนาด O:- มีประวัติเสพยาบ้า ไม่ทราบปริมาณก่อนมารพ.</p>	<p>- สัญญาณชีพอยู่ใน เกณฑ์ปกติ: BT 36.5-37.4 °C, PR, HR 60-100 ครั้ง/นาที, RR 18-20 ครั้ง/</p>	<p>- ประเมินอาการและวัดสัญญาณชีพ - ประเมินอาการหัวใจเต้นผิด จังหวะ เช่น ชีพจรเต้นเร็ว > 100 ครั้ง/นาที หัวใจเต้นไม่ สม่ำเสมอ ใจสั่น หวิว แน่นหน้าอก หรือชีพจรเต้นช้าผิดปกติ < 60</p>	<p>กรณีศึกษาที่ 1</p> <p>- สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ ปกติ: BT 36.5 °C, PR, HR 84 ครั้ง/นาที, RR 20 ครั้ง/นาที, BP 105/74 mmHg</p>

ชื่อวินิจฉัยการพยาบาล	เกณฑ์ การประเมิน	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
(ข้อมูลจากครอบครัว) - ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ Urine Methamphetamine: positive	นาที, BP 90-130/ 60-90 mmHg O2 sat 100% - Neuro-signs ปกติ: ระดับความรู้สึกตัว ปกติ Glasgow Coma Score = E4V5M6, pupil Ø 3 mm. well RTL BE การเดินและ การเคลื่อนไหว ปกติ Motor power grade 5 - EKG 12 Lead: Normal - ไม่พบอาการ ภาวะพิษเฉียบพลัน จากการใช้ แอมเฟตามีน (กรณีศึกษาที่ 1) / ภาวะพิษเฉียบพลัน จากการใช้กัญชา (กรณีศึกษาที่ 2)	ครั้ง/นาที พิจารณารายงานแพทย์ - ตรวจ EKG รายงานแพทย์ - ดูแลผู้ป่วยนอนพักอ่อน - สังเกตอาการผิดปกติ โดย กรณีศึกษาที่ 1 สังเกตอาการ ภาวะพิษเฉียบพลันจากการใช้ แอมเฟตามีน 1) ข้อบ่งชี้ทางพฤติกรรม: สับสน วิตกกังวลมาก หงุดหงิด ก้าวร้าว 2) อาการบ่งชี้ทางร่างกาย: คลื่นไส้ กัดฟัน เกร็ง ความดันโลหิตสูง ชีพจรเต้นเร็ว > 100 ครั้ง/นาที มี ไข้ BT > 38 °C ชัก (วิณา บุญแสง, 2564, น. 22) กรณีศึกษาที่ 2 สังเกตอาการ ภาวะพิษเฉียบพลันจากใช้กัญชา 1) ข้อบ่งชี้ทางพฤติกรรม: สับสน วิตกกังวลมาก หงุดหงิด ก้าวร้าว 2) อาการบ่งชี้ทางร่างกาย: - ระบบหัวใจ: หน้ามืด วูบหมดสติ ใจสั่น แน่นหน้าอก ชีพจรเต้นผิด จังหวะ เหนื่อย หายใจไม่สะดวก ความดันโลหิตสูงหรือต่ำ - ระบบประสาท: เวียนศีรษะ แขน ขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด ความรู้สึกตัว ลดลง สับสน เดินเซ ชักเกร็งกระตุก อารมณ์แปรปรวน เมามาก - ระบบทางเดินอาหาร: คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง - ระบบทางเดินหายใจ: ไอ หอบ เหนื่อย หายใจช้า การหายใจ ล้มเหลว	O2 sat 100% - Neuro-signs ปกติ: Glasgow Coma Score = E4V5M6, pupil Ø 3 mm. well RTL BE การเดินและ การเคลื่อนไหวปกติ -EKG 12 Lead: Normal - ไม่พบอาการภาวะ พิษเฉียบพลันจากการใช้ แอมเฟตามีน กรณีศึกษาที่ 2 - สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ ปกติ: BT 36.8 °C, PR,HR 96 ครั้ง/นาที, RR 20 ครั้ง/นาที, BP 128/81 mmHg O2 sat 100 % - Neuro-signs ปกติ: Glasgow Coma Score = E4V5M6, pupil Ø 3 mm. well RTL BE การเดินและ การเคลื่อนไหวปกติ -EKG 12 Lead: Normal - ไม่พบอาการภาวะพิษ เฉียบพลันจากใช้กัญชา

แผนการพยาบาลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน: 1) เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่ายตาม
หลัก D-METHOD (กรณีศึกษาที่ 1, 2) 2) การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational
Interviewing: MI) แบบรายบุคคล (กรณีศึกษาที่ 1) 3) กลุ่มบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational
Enchantment Therapy: MET) (กรณีศึกษาที่ 2) และ 4) ให้คำปรึกษาครอบครัว (กรณีศึกษาที่ 1, 2)

สรุปกรณีศึกษา: กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 39 ปี การวินิจฉัยโรค: F20.30 with F15.20 เสพติด
ยาบ้า ขาดยารักษาทางจิตเวช 1 ปี กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 45 ปี การวินิจฉัยโรค: F20.30 with

F12.20 เสพติดกัญชา รับประทานยารักษาทางจิตเวชไม่สม่ำเสมอ 1 เดือน ถูกล่อลวง 20 ปี ญาติปลดโซ่ 1 ปี ผู้ป่วยทั้งสองรายมีอาการทางจิตสงบ รับประทานยาตามแผนการรักษา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยารักษาอาการทางจิตเวช ไม่เกิดภาวะพิษเฉียบพลันจากสารเสพติด และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะถอนพิษสารเสพติด มีการสร้างสัมพันธ์สภาพกับผู้อื่นและครอบครัวได้ดีขึ้น ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในการดูแล เมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่ในครอบครัวชุมชน จากการติดตามในช่วงระยะเวลา 3 เดือน ผู้ป่วยรายที่ 1 ครอบครัวมีความเข้าใจผู้ป่วย ดูแลจัดยาให้รับประทาน ไม่กลับไปเสพติดยา ผู้ป่วยรายที่ 2 ญาติไว้วางใจ ไม่ได้ล่อลวง รับประทานยาเอง มีแรงจูงใจเลิกสารเสพติด Stage of Change: Determination มีทักษะปฏิเสธไม่กลับไปเสพติดซ้ำ ทำการเกษตรได้ ผู้ป่วยทั้งสองรายไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Readmission) ภายใน 3 เดือน

ข้อเสนอแนะ: 1) นำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวปฏิบัติโรงพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม 2) การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม นอกจากการใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) ควรมีการประเมินด้วยแบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) ร่วมด้วย เพื่อเฝ้าระวังและคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) และ 3) พัฒนาโปรแกรมการลดความวิตกกังวลในครอบครัว/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

เอกสารอ้างอิง:

1. กรมการแพทย์. (2565). แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะพิษเฉียบพลันจากการใช้กัญชา ณ ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน. สืบค้นจาก https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Publication/Attach/25650711154611PM_%E0%B9%81%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%94%E0%B8%B9%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%AF%20v5%2011-07-65.pdf
2. ชิตชนก โอภาสวัฒนา. (2563). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. สืบค้นจาก <https://mhso.dmh.go.th/fileupload/202010061612167390.pdf>
3. พิชัย แสงชาญชัย. (2565). คู่มือจิตเวชศาสตร์การเสพติด ชมรมจิตเวชศาสตร์การเสพติดแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ชมรมจิตเวชศาสตร์การเสพติดแห่งประเทศไทย.
4. รายงานผู้ป่วยหอผู้ป่วยเมตตา โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2565). รายงานสถิติผู้ป่วยจิตเวช ประจำปี 2563-2565. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.
5. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวปฏิบัติโรงพยาบาลทางคลินิก ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1. สืบค้นจาก <https://anyflip.com/cjofb/pljm>
6. วิมล ลักขณาภิชนัช. (2563). คู่มือบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ผู้ป่วยยาเสพติด. สืบค้นจาก <http://www.pmnidat.go.th/thai/downloads/handbook/66/nurse-66.pdf>
7. วิณา บุญแสง. (2564). คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา/สารเสพติด ที่มีอาการทางจิตและโรคร่วมทางจิตเวช กรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.

KLSH 07

กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านด้วยขั้นตอนการปลงวาง

Case Studies of Nursing Care of Terminally Ill Patients at Home using the Step of Letting Go

พูนศิริ อุบลเลิศ

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

คำสำคัญ: ขั้นตอนการเข้าสู่ระยะท้าย, ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

บทนำ: ปัญหาสุขภาพและความก้าวหน้าด้านวิทยาการทำให้อายุขัยของประชากรสูงขึ้น ในขณะที่ภาวะเจ็บป่วยไม่ได้ลดลง ทำให้เกิดการแออัดในสถานบริการทุกแห่ง การใช้เทคโนโลยีเพื่อยืดอายุขัย แม้บางครั้งไม่สามารถทำได้หากแต่นำมาซึ่งความเจ็บปวดทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและญาติในการจัดระบบการดูแลให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติปี พ.ศ.2550 หมวดที่1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ (ปฐมพร ศิริประภาศิริ, 2563) ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การยอมรับว่าผู้ป่วยเหลือเวลาไม่นาน ซึ่งหากเข้าใจตามนั้นแล้ว การดูแลจึงเป็นไปเพื่อความสะดวกมีความสุขทั้งทางกายและใจของผู้ป่วย ด้วยหวังให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ ไม่มีเรื่องติดค้างไว้เบื้องหลัง หรือจะสรุปง่ายๆ คือ ตายดี ตายอย่างมีศักดิ์ศรี นั่นเอง แต่ความพยายามที่จะปฏิเสธความตายของมนุษย์ และการที่ผู้ป่วยไม่รู้วาทนเองมีสิทธิที่จะเลือกและวางแผนการตายล่วงหน้าได้ บ่อยครั้งที่ความหวังดีของญาติด้วยการพยายามยืดชีวิตผู้ป่วยไว้ให้นานที่สุด เพียงหวังให้เกิดปาฏิหาริย์นั้น การพยายามยั้งความตายนั้น จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากเครื่องมือกักชีพต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการเจาะคอใส่ท่อช่วยหายใจ การปั๊มหัวใจ การใส่สายให้อาหาร การให้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขยายวงกว้างแก่สังคมไทย ที่สำคัญสามารถสร้างความเข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างญาติและผู้ป่วย และนำไปสู่การปฏิบัติต่อผู้ป่วยเป็นอย่างดีสมตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยที่ตั้งไว้ (บังอร ไทยเกตุ, 2556) ในการดูแลผู้ป่วยเตรียมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมตามความสามารถของแต่ละครอบครัวตามเศรษฐฐานะ.ให้อื้อต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมากที่สุด (สุภรณ์ แนวจำปา, ฤทัย ตรีตรง, 2549)

วัตถุประสงค์: 1. เพื่อศึกษาการพยาบาลมะเร็งระยะท้ายที่บ้านตาม ขั้นตอนการเสียชีวิต หรือสายธารการปลงวาง (Step of let go) 2. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่บ้าน

วิธีดำเนินการศึกษา: การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา.2.ราย โดยรายชื่อ 1 ระหว่างเดือนสิงหาคม-พฤศจิกายน 2563 รายที่ 2 ระหว่างเดือนกันยายน-พฤศจิกายน 2565 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติและเวชระเบียนผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐาน ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว ข้อมูลทางจิตสังคม อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค การตรวจร่างกาย และการรักษา เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์และประเมินผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่บ้าน แล้วนำมากำหนดเป็นแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และครอบครัว ได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของ Gordon (รัชณี ผิวผ่อง, 2564) มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยมีเป้าหมายเพื่อให้การพยาบาลแบบครบวงจรและองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

ได้รับการประเมินปัญหาอย่างต่อเนื่อง ได้รับการพยาบาลบรรเทาอาการไม่สุขสบาย/อาการรบกวนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมพร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ ตลอดจนสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องเพื่อลดและบรรเทาความวิตกกังวล นำการศึกษาเรื่องสายธารการปลงวางขั้นตอนการเข้าสู่ระยะท้ายจนกระทั่งเสียชีวิต (พูนศิริ อุบลเลิศ, 2562) มาร่วมเป็นแบบแผนในการให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเปลี่ยนผ่านในระยยะสุดท้ายของชีวิตอย่างราบรื่น สมศักดิ์ศรีและสมเกียรติอย่างที่พึงจะมี

ผลการศึกษา:

รายงานผู้ป่วย:

หัวข้อ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การประเมินสภาพแรกรับ	หญิงไทยสูงอายุสีหน้าเรียบเฉย นิ่งหน้า บางครั้ง ไม่พูด สื่อความหมายพอได้ นอนติดเตียงรูปร่างผอม มีแผลกดทับที่ก้น	หญิงไทยวัยกลางคน หน้ามนีวคิวขมวด ร้องครางเป็นระยะ นอนติดเตียง รูปร่างผอมมาก มีแผลกดทับที่ก้นกบ
ผิวหนัง	ผิวหนังแห้ง มีSkin turgor	ซีดขาว และแห้งไม่มี Skin turgor
ศีรษะ ใบหน้า ตา หู คอ จมูก ริมฝีปาก	ได้รูป เปลือกตาซีด ได้ยินชัดเจน ริมฝีปากแห้ง ฟันผุเล็กน้อย มีฟันคู่สบน้อยกว่า10คู่ เคี้ยวไม่สะดวกทอนซิลไมโต ไม่มีปัญหาการรับกลิ่น	ได้รูป เปลือกตาซีด ได้ยินชัดเจน ริมฝีปากแห้ง ฟันไม่ผุ มีฟันคู่สบมากกว่า10คู่ ทอนซิลไมโต ไม่มีปัญหาการรับกลิ่น
ทรงอกและการหายใจ	ได้รูป ขยายตัวเท่ากัน หอบเวลาอากาศเย็น ฟังปอดเสียงชัดเจน อัตรา 24ครั้ง/นาที	ได้รูป ขยายตัวเท่ากัน หอบเหนื่อยเล็กน้อย เป็น ฟังปอดเสียงเท่ากัน2ข้าง อัตรา 26 ครั้ง/นาที
หัวใจ	ปกติ no murmur อัตรา 80 ครั้ง/นาที	เต้นแรงเร็วกว่าปกติ 112 ครั้ง/นาที no murmur
ระบบประสาท	กำลังปกติ มีปัญหาจำญาติไม่ได้ E4V5M6 พูดซ้ำไม่ตรงคำถาม pupil 3 mm. RTL beซีกขาวอ่อนแรง เดินเซ Pain score 3-5 (หน้ามนีว)	มีกำลังปกติ ปวดหลังมาก E4V5M6 pupil 3 mm. RTL be Pain score 5-8
ท้อง	ปกติ soft not tender	ท้องอืด tenderness ท้องผูก
ระบบขับถ่าย	ปกติ นานๆจะมีอาการท้องผูก	ปกติ ขับถ่ายท้องผูกต้องรับประทานยาระบาย
เต้านม อวัยวะสืบพันธุ์	ปกติ	เต้านมปกติ เคยผ่าตัดก้อนมดลูก
โครงสร้าง	ปกติ no edema RT 4/4 LT5/5 FTN -ve	ผอมมาก หลังเท้าบวม1+นอนติดเตียง กำลังแขนขาปกติ
สภาพจิตใจ/อารมณ์	ไม่ค่อยแสดงอารมณ์เหม่อลอย	สีหน้าเศร้า วิตกกังวล หงุดหงิดบางครั้ง
อาการสำคัญ	สับสนจำไม่ค่อยได้ หอบเหนื่อย เบื่ออาหารน้ำหนักลด	ปวดหลังมาก เบื่ออาหารน้ำหนักลด ท้องผูกประจำ
CXR	-RLL infiltration	-RLL infiltration
การถ่ายภาพรังสีและการตรวจ CT scan	Film LUNG cancer Brain metastatic CHEST: Primary lung cancer is suggested right size 5.1*7*4.8 cm BRAIN: brain metastasis lesions at	Malignant pancreatic ก้อนที่ตับอ่อน8.7*7.6*8 cm progression of liver metastasis ลุกลามTL Spine bilateral iliac bones pubic bone Rt femur bone

หัวข้อ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	left frontal lobe size 1.9*2 cm and 1.4*1.6cm and parasagittal of left lobe size 0.8	ก้อนที่Ovarian 1.7*2.7 cms 3.4*1.6 cms
คลื่นหัวใจ	ปกติ	Sinus Tachycardia
lab	EO 5 Sodium 132. CL 101.5	WBC 21,200 NE86.7 FBS 188 MG% HBA1C 4.6 glucose.ในปัสสาวะ 3+ PLT Count 122000 Albumin 1.9 Alk.Phos 822 AST (SGOT)165 ALT (SGPT) 44Total Bilirubin 10.29Direct Bilirubin5.6 Sodium 124.3Potassium 2.7-3.10CL 92.1
การวินิจฉัยเมื่อแรกรับ	dementia	Abdominal Mass
การผ่าตัด	ไม่มี	ก้อนมดลูก
การวินิจฉัยสุดท้าย	CA Lung metastasis Brain	CA pancreases metastasis liver and spine
ยารักษา	Prednisolone(5)2*3 pc Morphine oral 10mg/5ml 2.5 cc Q 4 hrs Silver cream ทาแผล	Air x1*3 pc Domperidone(10)1*3 AC Neomune(1:1)ซงตีมี 150ml*4มื้อ Lorazepam 1mg 1*1 hs Morphine IR(L)(P)10mg 2 TAB PRN LACTULOSE (L)100 ml 2 ชต*1hrs มะขามแขก 2cap *1 hrs Silver cream ทาแผล
อุปกรณ์	เครื่องผลิต ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ ที่นอนลม เติยง	เครื่องผลิต ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ ที่นอนลม เติยง
การรวบรวมปัญหาที่บ้าน	INHOMESSS	INHOMESSS
Vital signs	T 36.9 C P 80/m R 24/m BP 100/63 mmHg BW 44 kgs BH 158 cms BMI 17.62	T 37.2 c P 112/m R 26/m BP 109/74 mmHg BW 40 kgs BH 154 cms BMI 16.86
อาการสำคัญที่เยี่ยมบ้าน	ผู้ป่วยนอนติดเตียง ซึม ไม่พูด ตามองได้ แสดงอาการเจ็บปวดนิ้วหัวแม่มือ นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนิ้วนาง นิ้วก้อย หอบเล็กน้อย ไอมีเสมหะสีขาวใส มีแผลกดทับเป็นแผ่นสีดำขนาดใหญ่ 10x6 ซม. ไม่มีอาการปวด รับประทานอาหารได้น้อย ช่วยเหลือตนเองไม่ค่อยได้ น้องสาวดูแล	ผู้ป่วยนอนติดเตียง ตัวเหลือง สีหน้าแสดงความเจ็บปวด นิ้วหัวแม่มือ นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนิ้วนาง นิ้วก้อย รับประทานอาหารได้น้อย ท้องอืด ปวดหลังมากพอสมควร นอนหลับพักผ่อนพอได้ มี สามียและบุตรดูแล มีแผลกดทับบริเวณกระเบนเหน็บขนาด 6x5x1 ซม สีชมพู ไม่มีกลิ่นเหม็น
C: Clarify problem	1.ซึมหลงลืม 2.หอบ 3.ไอมีเสมหะ 4.ปวดระดับ 5 (หน้านิ้ว) 5.เหนื่อยยอเพลียสารเกลือแร่ต่ำ	1.ปวดหลังระดับ 8 2.แน่นท้องท้องผูก 3.อาการน้ำตาลในเลือดสูง/ต่ำ 4.สารเกลือแร่ต่ำ 5.ตัวเหลืองตัวอืด

หัวข้อ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	6. ผลกดทับ 7. กังวล	6. ผลกดทับ 7. กังวล นอนไม่หลับ 8. ครอบครัวไม่ยอมรับ
P: Planning for future	เตรียมการปลัดพราก	1. เตรียมการปลัดพราก 2. ครอบครัวต้องดำเนินต่อไป
R: Record	การบันทึก ในแฟ้มเยี่ยม Advance care plan No-CPR	การบันทึกในแฟ้มเยี่ยม Advance care plan No-CPR
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะ ก่อนเสียชีวิต	1. หลงลืมซีกขวาอ่อนแรงจากพยาธิสภาพ สมอง 2. เสี่ยงพร่องออกซิเจนจากหายใจหอบ พยาธิที่ปอดมีก้อนการขยายตัวของปอดไม่ ดีเสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจจาก เสมหะมาก 4. ปวดศีรษะจากมีก้อนในสมอง ระดับ 5 5. เหนื่อยเพลียจากการรับสารอาหารไม่ เพียงพอผอมและเกลือแร่ไม่สมดุล 6. มีผลกดทับจากการนอนท่าเดิมนาน 7. วิตกกังวลจากสีหน้าเศร้าเสียใจไม่พูด	1. ทรมานจากความเจ็บปวดหลังระดับ 8 2. เสี่ยงพร่องออกซิเจนจากหายใจหอบ พยาธิที่ปอดการอักเสบ เสี่ยงต่อการอุดกั้น ทางเดินหายใจจากเสมหะมาก 3. ขาดสารอาหารระดับรุนแรง น้ำหนักลด 10 กก. เหนื่อยเพลียจากการรับสารอาหาร ไม่เพียงพอผอมและเกลือแร่ไม่สมดุล 4. มีการติดเชื้อหลายอวัยวะ ตับ แผลกด ทับ 5. เสี่ยงต่อภาวะ hypo-hyperglycemia จากมีก้อนที่ตับอ่อน 6. นอนไม่หลับจากวิตกกังวลมีสีหน้าเศร้า เสียใจไม่พูด 7. ไม่สุขสบายจากท้องผูกท้องอืด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะ เสียชีวิต	1. เข้าสู่ระยะเตรียมเสียชีวิตเมื่อทำเย็น หายใจไม่เป็นจังหวะหายใจเสียงครืดคราด ไม่รับประทานอาหาร ง่วงซึมหลับมากตื่น 2. ญาติทุกข์จากการจะสูญเสียบุคคลที่รัก	1. เข้าสู่ระยะเตรียมเสียชีวิตเมื่อทำเย็น หายใจไม่เป็นจังหวะหายใจเสียงครืดคราด ไม่รับประทานอาหาร ง่วงซึมหลับมากตื่น 2. ญาติทุกข์มากจากการจะสูญเสียบุคคลที่ รัก ได้ยินผู้ป่วยร้องครางเบาๆ และไม่ ทราบจะช่วยเหลืออย่างไร
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะ หลังเสียชีวิต	1. การจัดการงานศพประกอบพิธีกรรมตาม ศาสนา 2. ญาติเศร้าเสียใจจากการจากไปของพี่สาว	1. การจัดการงานศพการบริจาคสร้างให้ สถาบันการแพทย์ 2. ญาติทุกข์และเศร้าเสียใจจากการจากไป ของภรรยา

กิจกรรมการพยาบาลที่บ้าน:

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัย (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2) ระยะก่อนเสียชีวิตที่เหมือนกัน	
1. เสี่ยงพร่องออกซิเจนจากหายใจหอบพยาธิที่ปอดมีก้อน การขยายตัวของปอดไม่ดีเสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจ จากเสมหะมาก	1. จัดท่านอน fowler position เพื่อเพิ่มพื้นที่ช่องทรวงอก หายใจสะดวกขึ้น 2. ดูแลสุขอนามัยช่องปากเพื่อลดการติดเชื้อซ้ำซ้อน 3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูแลเสมหะเป็นครั้งคราว

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	4.ฝึกการหายใจเข้าปอดออกเข้าเพื่อช่วยขยายปอด 5.ดูแลให้ได้ออกซิเจน Cannula 3 l/m เพื่อลดความเหนื่อย
2.ขาดสารอาหารระดับรุนแรง BMI ต่ำกว่า 18 น้ำหนักลด เหนื่อยเพลียจากการรับสารอาหารไม่เพียงพอ ผอม และ เกลือแร่ไม่สมดุล	1.แนะนำให้กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้อาหารตามเวลา ตามความ เหมาะสม เป็นประเภท กลุ่มวิตามินเกลือแร่ เพิ่ม 2.กระตุ้นดูแลอนามัยช่องปาก ดูแลความชุ่มชื้นกระตุ้น ความอยากอาหาร
3.ทรมาณจากความเจ็บปวดหลังระดับ8 (กรณีศึกษาที่ 2) ปวดศีรษะจากมีก้อนในสมอง ระดับ5 (กรณีศึกษาที่ 1)	1.จัดท่านอนให้สบายศีรษะสูง 15- 30 องศา 2.พลิกตะแคงแบบท่อนไม้ค่อยจัดทำประเมินตามความ เจ็บปวด 3.เปิดเพลงหรือธรรมะเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ 4.ดูแลให้ Morphine IR (L) (P) 10mg 2 TAB PRN -ใช้กัญชาทางเลือกในผู้ป่วยรายที่ 2 เพิ่ม 5.ดูแลให้ Prednisolone (5) 2x3 pc Morphine oral 10mg/5ml 2.5 cc Q 4 hrs
4.มีแผลกดทับจากการนอนท่าเดิมนาน	1.แนะนำอธิบายความจำเป็นของการพลิกตะแคงตัวเปลี่ยน ท่านอนทุก 2 ชม. 2.แนะนำขนาดตัวขนาดตามปุ่มกระดูกเพื่อเพิ่มกระตุ้นระบบ ไหลเวียน 3.ทำแผลกดทับด้วยวิธีการดูแลแผลแบบชุ่มชื้น ด้วย Silver cream ทาแผล
5.วิตกกังวลจากสีหน้าเศร้าไม่พูดเสียง	1.เปิดเทปธรรมะสักระยะค่อยเข้าสู่เนื้อหา มรณานุสติ 2.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบาย สิ่งคับข้องใจและหา แนวทางแก้ไข เพื่อปลดห่วง ก่อนวาระสุดท้าย 3.อธิบายให้ญาติทราบในการแสดงความรักต่อกันในเวลาที่มี มีลมหายใจ ขอโทษขอภัยซึ่งกันและกัน 4.แนะนำพิธีกรรมทางศาสนาและความเชื่อเพื่อเป็น สื่อกลางความเข้าใจกัน 5.ดูแลให้ได้รับยาคลายความกังวลตามแผนการรักษาของ แพทย์ใน เคสรายที่ 2 Lorazepam 1mg 1x1 hs
ข้อวินิจฉัย (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2) ระยะก่อนเสียชีวิตที่แตกต่างกัน...	
1.หลงลืมซึ่กขาอ่อนแรงจากพยาธิสภาพสมอง	1.ฝึกให้ทำกิจวัตรง่าย ๆ ในการช่วยเหลือตนเอง 2.บอก วันเวลา สถานที่และบุคคลที่คุ้นเคย 3.ให้ทำกิจวัตรที่ชอบเช่นเมื่อมีแรงตักบาตรหน้าบ้าน เมื่อ อ่อนแรงนิมนต์พระเข้ามารับบาตรที่บ้าน 4.มีญาติอยู่ใกล้ๆคอยช่วยเหลือเนื่องจากผู้ป่วยบกพร่องการ ทรงตัวจากซึ่กขาอ่อนแรง 5.ตั้งไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้งเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการตก เตียง 6.เปิดเทปธรรมะตามที่ชอบเพื่อใช้เสียงในการกระตุ้นความ ทรงจำจากกิจวัตรที่ชอบ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2.เสี่ยงต่อภาวะ hypo-hyperglycemiaจากมีก่อนที่ต่ำ อ่อน	<ol style="list-style-type: none"> 1.ดูแลสังเกตอาการน้ำตาลในเลือดเกินและต่ำ 2.แนะนำให้ Neomune (1:1) ชงดื่ม 150mlx4มื้อ 3.ดูแลให้ได้ Domperidone (10) 1x3 ACลดอาการคลื่นไส้อาเจียน
3.ไม่สุขสบายจากท้องผูกท้องอืดจากนอนนานหรืออาจพบ จากภาวะแทรกซ้อนการบริหารยาMO IRได้	<ol style="list-style-type: none"> 1.แนะนำให้ญาติให้อาหารผักสดผลไม้ โดยการปั่นละเอียดเพื่อเพิ่มกากใย 2.กระตุ้นโดยการนวดหน้าท้อง 3.ดื่มน้ำบ่อยๆเพื่อให้ของเสียนุ่ม 4.ดูแลให้ได้รับยาระบาย มะขามแขก 2 เม็ดก่อนนอนตามแผนการรักษา 5.ดูแลให้ได้รับ LACTULOSE (L)100 ml 2 ซ้อนโต๊ะx1hs เป็นยาระบายและลดการคั่งของแอมโมเนียในภาวะตับสูญเสียหน้าที่ 6.ดูแลให้ Air x1p3 pc เพื่อช่วยย่อย ลดก๊าซในกระเพาะอาหาร
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะเสียชีวิต	
1.เข้าสู่ระยะเตรียมเสียชีวิตเมื่อทำเย็นหายใจไม่เป็นจังหวะ หายใจเสียงครืดคราดไม่รับประทานอาหาร ง่วงซึมหลับมากขึ้น	<ol style="list-style-type: none"> 1.ให้ญาติอาบน้ำหรือเช็ดตัวด้วยน้ำอุ่น แต่งตัวให้งามตามความชอบของผู้ป่วย 2.ดูแลสุขวิทยาทั่วไป 3.ให้ญาติช่วยบอกในการบรรเทาในเรื่องความห่วงใยของผู้ป่วย 4.ในระยะนี้ยังสามารถแสดงความรักความเคารพ และการกล่าวลา 5.ให้ญาติบอกผู้ป่วยกำกับสติด้วยพุทธโธเพื่อรวบรวมสติที่ยึดเหนี่ยว 6.ดำเนินการตามความต้องการผู้ป่วยคือไม่ยื้อชีวิตและไม่เร่งรัดตามความประสงค์ของญาติ
2.ญาติทุกข์มากจากการจะสูญเสียบุคคลที่รัก และไม่ทราบ จะช่วยอย่างไร	<ol style="list-style-type: none"> 1.แนะนำให้ญาติตั้งสติเป็นหลักในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้าย 2.แนะนำให้ญาติไม่ให้ร้องไห้ฟูมฟายใกล้ผู้ป่วยเพราะจะทำให้บรรยากาศตึงเครียด 3.ให้ข้อคิดมุมมองในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยของญาติที่ดีที่สุด สมบูรณ์ที่สุดตามแห่งเหตุและปัจจัยที่มีในขณะนี้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังเสียชีวิต	
1.การจัดการงานศพ	<ol style="list-style-type: none"> 1.ให้ข้อเสนอแนะญาติในการจัดงานตามศาสนาและความเชื่อ 2.ในรายที่2การบริจาคสร้างให้สถาบันการแพทย์
2.ญาติทุกข์และเศร้าเสียใจจากการจากไปของญาติ	<ol style="list-style-type: none"> 1.อธิบายวิธีการคลายความทุกข์ความเศร้า 2.ให้มุมมองในการดำเนินชีวิตตามกัจจัตถ์ต่อไป 3.การรำลึกถึงผู้วายชนม์ด้วยความดีที่กระทำร่วมกัน

แผนการพยาบาลผู้ป่วยตาม advance care plan: ผู้ป่วยไม่ประสงค์การช่วยฟื้นคืนชีพ

สรุปกรณีศึกษา: บทเรียนที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้ทั้ง 2 กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มีอาการที่พบได้โดยทั่วไป เมื่อเข้าระบบตรวจประเมินวินิจฉัยพบเป็นมะเร็งระยะท้ายมีการลุกลามไปอวัยวะสำคัญ ผู้ป่วยและญาติทำใจยอมรับยากจึงส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่นและโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ซึ่งอาการเป็นมากให้เข้าสู่การรักษาแบบประคับประคอง

รายที่ 1 มะเร็งปอดลุกลามไปสมองส่วนความจำและส่วนการทรงตัว เป็นผู้สูงอายุ อาจสังเกตได้ยาก และเคยมีโรคประจำตัวจากการหอบ ผลตรวจเลือดผู้ป่วยพบค่า EO 5 สูงไม่มากอาจเกิดจากภูมิแพ้ได้ ซึ่งมีโรคเดิมคือหอบหืดอยู่แล้ว มี Electrolyte imbalance คือ Sodium = 132. CL = 101.5 ทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยเพลียเพิ่มขึ้น แต่อาการหลงลืมญาติคิดว่าเป็นด้วยอายุที่สูงวัยเพียงแต่มีอาการมากกว่าปกติ ด้านสมองที่หลงลืม ทำให้ไม่ค่อยแสดงอาการเจ็บปวดมากสังเกตได้ยาก พบเพียงหน้านิ้วคิ้วขมวดเป็นบางครั้ง มีญาติดูแลอยู่บ้านคนละหลังใกล้ๆ กัน ทำให้เมื่อติดเตียงถึงแม้จะมีที่นอนลมขาดการพลิกตะแคงตัวในตอนกลางคืนจึงเกิดแผลกดทับได้

รายที่ 2 เมื่อเจ็บป่วยอาการเล็กน้อย จะรักษาตามอาการ บางครั้งมีอาการคล้ายโรคกระเพาะ ปวดหลัง โดยปกติทั่วไป เมื่อมีอาการเป็นมากและเข้าสู่กระบวนการรักษา จึงพบเป็นระยะท้ายของมะเร็งตับอ่อนลุกลามไปกระดูกสันหลังและส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ .และคลินิกเอกซเรย์รักษาตามอาการ เมื่อตรวจพบเข้าสู่ระยะสุดท้ายทำให้ต้องรักษาตามอาการและเข้าระบบ Palliative ผลตรวจเลือดผู้ป่วยมี WBC 21,200 neutrophil = 86.7% สูงขึ้น แสดงถึงมีการติดเชื้อจากมีแผลกดทับ และมักมีอาการติดเชื้อในลำไส้จากการต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลด้วยเรื่อง diarrhea ผู้ป่วยมีค่า FBS = 188 MG% แต่ค่า HBA1C เพียง 4.6 glucose. ในปีสสาวะ 3+ น้ำหนักลด 10 กก. ภายใน 1 เดือน สนับสนุนภาวะการทำงานของตับอ่อนผิดปกติ แต่ไม่มีการคั่งของน้ำตาลในเม็ดเลือด มีภาวะตับผิดปกติจากค่า Plt Count 122000 Albumin 1.9 ต่ำ Alk.Phos 822 สูง AST (SGOT 165 สูง ALT (SGPT 44 สูง Total Bilirubin 10.29 สูง Direct Bilirubin 5.6 สูง แสดงถึงภาวะผิดปกติจากการอุดตันที่ตับมีตัวเหลือง อาจมีภาวะตับถูกทำลายมีสาร Electrolyte imbalance Sodium 124.3 Potassium 2.7-3.10 CL 92.1 ผิดปกติ ผู้ป่วยมีปัญหาปวดหลังมากระดับ 8 จำเป็นต้องได้ยาลดปวด Morphine แต่ยังคงความเจ็บปวดไม่ได้จึงใช้กัญชาาร่วมด้วย ซึ่งยังคงควบคุมความเจ็บปวดจากกระดูกได้ยาก ทำให้ผู้ป่วยไม่ค่อยขยับตัวจึงเกิดแผลกดทับแม้จะมีที่นอนลมก็ตาม

กรณีศึกษาทั้งสองราย มีความแตกต่างด้านอายุไม่มาก ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นสูงอายุไม่มีครอบครัวใหม่ยังเป็นโสด คนในครอบครัวรักกันดี ความหวังใจจึงไม่มาก ในขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นครอบครัวเดี่ยว อาชีพค้าขาย มีบุตร 3 คนอยู่ในวัยทำงาน แม้ลูกสาวจะมีงานทำแล้วและอยู่ต่างจังหวัดแต่ยังไม่มีครอบครัว สามียังแข็งแรงซึ่งต้องทำงานคนเดียว จึงทำให้ผู้ป่วยกังวลเป็นห่วงมากกว่าผู้ป่วยรายที่ 1 การดูแลผู้ป่วยการเตรียมผู้ป่วยตั้งแต่เนิ่นๆ โดยอาศัยหลักทางศาสนา แม้ผู้ป่วยทั้ง 2 รายจะมีความยึดมั่นทางศาสนาและคุ้นเคยกับข้อคิดคำสอนดี แต่ก็มีห่วงความกังวลที่แตกต่างกัน สถานะครอบครัวและอายุมีผลต่อความหวังใจและการเตรียมใจและการปล่อยวางที่แตกต่างกัน สิ่งที่เหมือนกันคือ ผู้ป่วยทั้งสองรายมีความรู้และผ่านการทำสมาธิในช่วงสุขภาพที่แข็งแรง ทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนผ่านช่วงชีวิตจากไปอย่างสงบได้ การให้การพยาบาลที่บ้าน เคารพในศักดิ์ศรีส่วนบุคคล ให้การดูแลตามอาการ ใช้หลักศาสนา เปิดธรรมะในผู้ป่วยชอบ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูแลให้ได้สารน้ำอาหารตามความต้องการ ให้ยาลดปวดชนิดรุนแรงเพื่อระงับปวดให้สุขสบาย ดูแลแผลกดทับเพื่อให้อาการแผลทุเลาดีขึ้น เชื่อมความสัมพันธ์อันดีของคนในครอบครัวและชุมชน

ข้อเสนอแนะ: เมื่อเจ็บป่วยอาการเล็กน้อยจะรักษาตามอาการ บางครั้งมีอาการคล้ายโรคโดยปกติทั่วไป เมื่อมีอาการเป็นมาก เข้าสู่กระบวนการรักษาจึงพบเป็นระยะท้ายของระยะมะเร็ง จึงต้องรักษาตามอาการและเข้าระบบ Palliative การเตรียมผู้ป่วยตั้งแต่เนิ่นๆ โดยอาศัยหลักทางศาสนา (สุวรรณ แนวจำปา, 2554) ในการดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย หากเข้าใจขั้นตอนการเข้าสู่ระยะท้ายจนเสียชีวิต จะทำให้พยาบาลมีแนวทางในการกำหนดและจัดกิจกรรมได้สอดคล้องในแต่ละขั้นตอนของการเสียชีวิตได้และช่วยให้เพิ่มคุณภาพชีวิต เชื่อมความสัมพันธ์ของบุคคลใกล้ชิดให้ผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบากไปได้อย่างราบรื่น (พูนศิริ อุบลเลิศ, 2562). แม้ผู้ป่วยทั้ง 2 รายจะมีความยึดมั่นทางศาสนาและคุ้นเคยกับข้อคิดคำสอนที่ดีแต่ก็มีห่วงความกังวลที่แตกต่าง สถานะครอบครัวและอายุมากน้อยต่างกันมีผลต่อความหวังใยการเตรียมใจและการปล่อยวางที่แตกต่างกัน. การเยียวยาความเศร้าหลังการจากไปความทุกข์ ความเศร้า ที่เกิดจากการสูญเสียผู้ป่วยเป็นเรื่องธรรมดา เราสามารถ แสดงออกถึงความเศร้าโศกได้อย่างเหมาะสม และสามารถเยียวยาความเศร้าได้หลายวิธี เช่น การบอกข่าวการตายแก่ญาติอย่างค่อยเป็นค่อยไป รวมทั้งเตรียมรับ สถานการณ์ เช่น การเป็นลม ช็อก ที่อาจจะเกิดขึ้นด้วย อย่างบังคับ ระบาย ให้ยอมรับความตาย แต่อยู่เป็นเพื่อน ให้กำลังใจ และ รับฟังอย่างสงบ รู้ถึงความเจ็บปวด ความเศร้าที่เกิดขึ้น ยอมรับว่าความรู้สึกเหล่านั้นเป็น เรื่องธรรมดา อย่าปฏิเสธหรือข่มไว้ การดูแลทางจิต อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติเปิดโอกาสให้มีการพูดคุยถึงความตายและผู้ตาย การร้องไห้เป็นการระบายและเยียวยาความเศร้าได้ หลายคนรู้สึกผิดที่ยังไม่ได้ทำอะไรต่างๆ ให้ผู้ตาย ให้คิดว่าเราสามารถทำสิ่งที่ดีๆ เกี่ยวกับผู้ตายเพื่อเป็นบุญแก่ผู้ตายได้ เปลี่ยนความทุกข์ ความโศกเศร้า เป็นโอกาสในการทำความคิดเพื่อส่งบุญถึงผู้ตาย พิธีกรรมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการทำบุญหรือการสวด เป็นกำลังใจสำคัญใน การเยียวยาความทุกข์ได้ ความเชื่อตามหลักศาสนาเป็นสิ่งที่ช่วยคลายความทุกข์ได้ เช่น ศาสนา คริสต์และอิสลามเชื่อว่าผู้ตายจะได้ไปอยู่กับพระเจ้า (กรรณจรรยา สุขรุ่ง, 2553).การเตรียมการปลัดพรากรมมีการเตรียมตัวสำหรับทุกๆ คน โดยเฉพาะการทำใจที่ยากต่อการปฏิบัติ หากฝึกและเปลี่ยนมุมมองให้ยอมรับในความเป็นจริงก็จะทำให้ไม่ทรมานทรมานทุกข์กับเรื่องที่ไม่สามารถแก้ไขได้ สิ่งที่จะช่วยได้ดีคือ การมีสติจากการฝึกฝนจากสมาธิ (วิริยงค์ สิริธโร, 2559) ซึ่งผู้ป่วยทั้งสองรายมีความรู้และผ่านการทำสมาธิในช่วงสุขภาพที่แข็งแรง ทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนผ่านช่วงชีวิตจากไปอย่างสงบ ดังนั้น หากทุกคนมีโอกาสให้ศึกษาฝึกปฏิบัติไว้ในช่วงสุขภาพที่แข็งแรงเมื่อเจ็บป่วยก็จะทำให้การฝึกฝนล่าช้าและไม่ทันต่อการจัดการในช่วงวิกฤติในชีวิต

เอกสารอ้างอิง:

1. บังอร ไทยเกตุ. (2556). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (palliative). กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์ดีจำกัด.
2. ปฐมพงษ์ ศิริประภาศิริ. (2563). คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. นนทบุรี: กิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
3. พูนศิริ อุบลเลิศ. (2562). สายธารการปลงวาง. ใน กนกพร แจ่มสมบุรณ์ (บรรณาธิการ), ผลงานนำเสนอในการประชุมวิชาการรางวัลศรีสังวาลย์ ครั้งที่ 3 (น.53). นนทบุรี: สำนักพิมพ์สื่อตะวันออก จำกัด.
4. รัชณี ผิวผ่อง.(2564). การประเมินสุขภาวะ. เข้าถึงจาก <http://www.dspace.bru.ac.th/handle/> เมื่อ 28 พฤศจิกายน 2566.
5. วิริยงค์ สิริธโร. (2559). หลักสูตรครูสมาธิ. พิมพ์ครั้งที่15. กรุงเทพฯ: บริษัทประชาชนจำกัด.
6. สุภาณี อ่อนชื่นจิต และ ฤทัยพร ตรีตรง. (2549). การบริการสุขภาพที่บ้าน. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
7. สุวรรณ แนวจำปา. (2554). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ. วิทยานิพนธ์ พุทธศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

KLSH 08

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care Management of Patient with Septic Shock: 2 Case Studies

นภัสนันท์ ภูขาว

โรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

คำสำคัญ: การพยาบาล,ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

บทนำ: ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นภาวะวิกฤตคุกคามชีวิต และอัตราการเสียชีวิตสูง การรักษาพยาบาลยึด Safety Goal ภายใน 6 ชั่วโมงแรก (Early Goal Direct Therapy :EGDT) สามารถป้องกันหรือลดความรุนแรงของอวัยวะล้มเหลวได้ (Zhang et al., 2017) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าภายใน 6 ชั่วโมงแรกแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกเริ่ม ระยะ 6 ชั่วโมงแรก และระยะต่อเนื่อง (ประภาพรพรณ สิงโต และทองเปลว ชมจันทร์, 2564) จะช่วยให้อัตราการเสียชีวิตลดลง (มณฑนา จิรกังวาน, ชลิตา จันทาเทพ และเพ็ญญา บุปผา, 2558)

ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2564-2566 พบว่า อัตราเสียชีวิตผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-Acquired เท่ากับ 33.71, 35.24, 30.50 ตามลำดับ โดย สถิติผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลหนองกุงศรี ระหว่างปี 2564-2566 พบ 8, 17, 24 ราย และอัตราการเสียชีวิต 25, 11.76, 8.33 ตามลำดับ ผู้ทำการศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลหัวหน้าหน่วยงานผู้ป่วยในได้วิเคราะห์ข้อมูลจากการนิเทศทางคลินิกและการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดพบว่า การประเมินผู้ป่วย การเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและการรายงานแพทย์ยังไม่ได้ตามมาตราฐาน ส่งผลให้ผู้ป่วยอาการทรุดลง

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสาเหตุ อาการ การรักษาภาวะแทรกซ้อน และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 2) เพื่อประยุกต์ใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

วิธีดำเนินการศึกษา: เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติและเวชระเบียนผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐาน ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค การตรวจร่างกาย การรักษา และแบบประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนเพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์ แล้วนำมากำหนดเป็นแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และครอบครัว โดยมีขั้นตอนการศึกษา คือ 1) ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) ที่เข้ามารับบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลหนองกุงศรี ย้อนหลัง 3 ปี 2) คัดเลือกกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย รายที่ 1 แพทย์วินิจฉัย Pneumonia with Septic Shock รายที่ 2 แพทย์วินิจฉัย Septic Shock with AKI, hypomagnesemia, Anemia 3) ขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสารข้อมูลผู้ป่วย 4) ดำเนินการศึกษาผู้ป่วยตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล (Nursing Process)

ผลการศึกษา:

รายงานผู้ป่วย:

หัวข้อ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การประเมินสภาพแรกรับ	รู้สึกตัวดี vital signs T 36.7 °C PR 106/min RR 18/min BP 73/41 mmHg (MAP 52), WBC 21,900 cell/mm ³ , SOS Score 6 คะแนน	รู้สึกตัวดี Extremity weak pulse, vital signs T 36.6 °C PR 55 /min RR 18/min BP 76/40 mmHg (MAP52), WBC 31,950 cell/mm ³ , SOS Score 5 คะแนน
ผิวหนัง	Not Pale, no abnormal pigmentation	Pale, no abnormal pigmentation
ศีรษะ ใบหน้า ตา หู คอ จมูก ริมฝีปาก	Conjunctiva; mild pale	Conjunctiva; mild pale
ทรวงอกและการหายใจ	ฟังปอดมี crepitation ทั้งสองข้าง	Normal breath sound
หัวใจ	heart normal sinus rhythm, no murmur	Sinus bradycardiacardia, no murmur
ระบบประสาท	motor power แขน ขาซีกขวา grade IV ซีกซ้าย grade V, GCS E4V5M6, pupil 2 mm RTL BE	GCS E4V5M6 pupil 2 mm RTL BE, stiff neck Negative, cool extremity
เต้านม อวัยวะสืบพันธุ์	ปกติ	ปกติ
สภาพจิตใจ/อารมณ์	ปกติ	ปกติ
อาการสำคัญ	เหนื่อย อ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด ก่อนมา โรงพยาบาล 2 ชั่วโมง	เหนื่อย อ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด ขา2ข้างอ่อนแรงก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง
โรคประจำตัว	HT, Old CVA	Atrial fibrillation
การวินิจฉัยโรค	Pneumonia with Septic Shock	Septic Shock with AKI, hypomagnesaemia, Anemia
ประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน	การรับรู้ปกติ มีปัญหาดูแลตัวเองเนื่องจาก old CVAแขน ขา ซีก ขวา motor power grade 4 ทำกิจวัตรประจำวันได้ มีฟันโยก ทำให้ กินอาหารได้น้อย วิตกกังวลในการดูแลตนเองที่บ้าน	การรับรู้ปกติ มีอาการเหนื่อยบ่อยๆ กินสมุนไพรแก้ปวด มีปัญหาเรื่องฟันการเคี้ยวอาหารไม่สะดวก กลืนบัสสาวะไม่ได้ มีความวิตกกังวลในการดูแลตนเองที่บ้าน

กิจกรรมการพยาบาล:

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ระยะแรกรับและระยะวิกฤต</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)</p>	<p>การพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> -ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก -Monitor V/S, N/S, O2 sat -ดูแลให้ได้รับ fluid resuscitationอย่างเพียงพอ -ดูแลให้ได้รับยา Norepinephrine ตามแผนการรักษาของแพทย์ ติดตาม blood pressureให้ได้ตามเป้าหมายการรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจลดลง (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)</p>	<p>และเฝ้าระวังการเกิด Extravasation ทุก 2 ชม. บริเวณ iv site -ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gms. vein OD - เฝ้าระวังภาวะ organ dysfunction ทุกระบบโดยการติดตามอาการ/อาการแสดง/ผลlab/ record I/O</p> <p>การพยาบาล -ประเมินอาการ/อาการแสดง Respiratory distress อย่างต่อเนื่อง -ประเมิน Breath sound -ดูแลให้ได้รับ O2 อย่างเพียงพอ -ติดตาม O2 sat</p>
<p>ระยะดูแลต่อเนื่อง ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)</p>	<p>การพยาบาล -เก็บspecimen ส่งตรวจ -Monitor V/S ,N/S ,O2 sat -ลดปัจจัยที่จะส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อเพิ่มขึ้น -ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะและ ติดตามผลWBCและค่า neutrophil</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในปอด (กรณีศึกษารายที่1)</p>	<p>การพยาบาล -เฝ้าระวัง Respiratory distress - Monitor V/S, N/S, O2 sat -ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm iv -ติดตามผลโลหิตวิทยา WBC, Neutrophil -ดูแลพ่นยา Berodual forte 1NB พ่น q 6hr.</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่ 5 มีภาวะแมกนีเซียมต่ำ เนื่องจากประสิทธิภาพการกรองของไตลดลงรวมกับการสูญเสียออกจากร่างกาย (กรณีศึกษารายที่ 2)</p>	<p>การพยาบาล -ประเมินอาการของแมกนีเซียมต่ำ -ประเมินการทำงานของไต - Monitor V/S ,N/S, I/O -ดูแลให้ 50%MgSO4 4ml+5%DW100ml iv drip in 4 hr. -ติดตามผล Mg., BUN, Cr. และ eGFR</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่ 6 มีภาวะช็อค เนื่องจากตัวนำออกซิเจนลดลงสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยเรื้อรัง (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)</p>	<p>การพยาบาล -ดูแลให้ออกซิเจนพ่น -แนะนำอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง -ดูแลให้ PRC -ติดตามผล Hematocrit, PT, INR</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่ 7 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากการใช้สายสวนปัสสาวะ (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)</p>	<p>การพยาบาล -ดูแล general hygiene -สังเกตอาการ/อาการแสดงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ -แนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลและป้องกันการติดเชื้อขณะใส่สายสวนปัสสาวะ</p>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะพักฟื้นก่อนจำหน่าย ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติเพื่อจำหน่ายอย่าง ปลอดภัย (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	การพยาบาล วางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD -การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ พลัดตก หกล้ม -การรับประทานยาต่อเนื่อง การสังเกตอาการผิดปกติและการ มาตรวจตามนัด

สรุปกรณีศึกษา:

ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาพยาบาลตาม CPG Sepsis และ CNPG Sepsis Bundle Protocol ได้แก่ การคัดกรองประเมิน SIRS การใช้ช่องทาง fast track การประเมิน SOS score และปฏิบัติตาม 6 Bundle protocol Sepsis ดังนี้ H/C X2, Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง, ให้สารน้ำ NSS 30 ml/kg ภายใน 1 ชั่วโมง, retained foley's catheter, record I/O การดูแลรักษา septic shock ได้รับ vasopressor เป็น Norepinephrine (levophed 4:250) หลังให้ IV Fluid ครบ 30 ml/kg แล้ว keep mean arterial pressure (MAP) ≥ 65 mmHg, record I/O urine >0.5 ml/hr. เมื่อได้รับสารน้ำเพียงพอและกำลังให้ vasopressor >0.25 microgram/kg/min ให้ hydrocortisone 200 mg /day มีข้อจำกัดคือ ไม่สามารถตรวจ serum lactate ได้ (เริ่มมีใช้ 1 ตุลาคม 2566) และถ้า Hct <30 vol% ให้ PRC keep HCT >30 vol% ในกรณีศึกษา รายที่ 2 ไม่ได้รับ PRC เนื่องจากไม่มีเลือด group B ใน stock การตรวจวินิจัยเพื่อยืนยันเชื้อต้องส่งตรวจที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เช่น Hemoculture, PCR และรอผล 7-10 วัน และไม่มีหอผู้ป่วยหนัก การดูแลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยคือ จัดโซนภายในหอผู้ป่วยสามัญ ทั้ง 2 รายอาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลาอนพักในโรงพยาบาล 3 วัน

ข้อเสนอแนะ: 1) พัฒนารูปแบบการดูแลให้เหมาะสมกับบริบทของสถานบริการ โดยยึดหลักความปลอดภัย เช่น การประเมินที่มีความเที่ยงตรง การปฏิบัติตามแนวทางยาและเวชภัณฑ์เพียงพอ พร้อมใช้ และบุคลากรมีสมรรถนะที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ 2) ทบทวนการดูแลเพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านบุคลากร กระบวนการดูแล และแนวทางปฏิบัติให้มีความชัดเจน ประเมิน ติดตามผลลัพธ์ได้ 3) มีการนิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง:

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565. เข้าถึงเมื่อ 7 กันยายน 2566 จาก <http://www.snmri.go.th/wp-content/uploads/2021/11/รายละเอียดตัวชี้วัด-2565.pdf>
2. ดารณี มิตรสุภาพ. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลัน:กรณีศึกษา, 23(2), 136-147.
3. ประภาพรพรณ สิงโต และทองเปลว ชมจันทร์. (2564). กระบวนการและผลลัพธ์ของการดูแลแบบมุ่งเป้า 6 ชั่วโมงแรกในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงและภาวะช็อกจากการติดเชื้อ. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท, 3(2), 1-21

4. เพ็ญศรี อุ่นสวัสดิพงษ์, กรองกาญจน์ สังกาศ, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา และยงค์ รงค์รุ่งเรือง. (2554). ผลของกิจกรรมพยาบาลมุ่งเป้าในระยะ 6 ชั่วโมงแรกต่อความรุนแรงของอวัยวะล้มเหลวในผู้ป่วยที่มีภาวะกลุ่มอาการ Sepsis. *Journal of Nursing Science*, 29(2),102-110.
5. มัณฑนา จิรกังวาน, ชลิตา จันทาเทพ และเพ็ญนภา บุปผา. (2558).การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง (Severe Sepsis) ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ. *Journal of nursing Division-วารสารกองการพยาบาล*, 42(3), 9-33
6. โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. (2562). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะ sepsis และ septic shock.
7. แสงสม เพิ่มพูน. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก (Septic Shock).งานประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 12 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม, 1071-1081.

KLSH 09

การพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for elderly people with dementia who are dependent at home: 2 case studies

พรทิพย์ ภูสง่า

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ สมองเสื่อม ภาวะพึ่งพิง

บทนำ: ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการเรื้อรังที่มีความก้าวหน้าของโรคอย่างต่อเนื่อง อันส่งผลให้เกิดความผิดปกติด้านสติปัญญา ความสามารถในการคิด การตัดสินใจ ความทรงจำ การรับรู้วันเวลาสถานที่และบุคคล การคิดคำนวณ ความสามารถในการเรียนรู้ การใช้ภาษา และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อีกทั้งเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุทั่วโลกที่ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแล ครอบครัว และสังคมเศรษฐกิจ (World Health Organization (2017) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวและชุมชนหน้าทีในการดูแลจึงเป็นสมาชิกในครอบครัว โดยมีการสนับสนุนการดูแลจากรัฐบาลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (long term care) ดังนั้นหน้าทีในการดูแลจึงเป็นสมาชิกในครอบครัว การวางแผนจัดการและการเตรียมผู้ดูแลจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ โดยผู้ดูแลต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลที่ยืดหยุ่น การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านที่มีคุณภาพ และเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน โดยการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลและครอบครัวเพื่อให้การดูแลมีคุณภาพมากขึ้น (พัชรี คมจักรพันธ์, 2562) ดังนั้น ผู้ศึกษาซึ่งปฏิบัติงานเป็นพยาบาลด้านผู้สูงอายุที่ปฏิบัติงานในชุมชน คลินิกผู้สูงอายุ และเป็นผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager :CM) เป็นผู้จัดการการดูแลในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการจัดรูปแบบบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน จึงสนใจในการศึกษาการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติโดยเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน 2) เพื่อเปรียบเทียบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน

วิธีดำเนินการศึกษา: เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย รายที่ 1 ระหว่างเดือน ต.ค.65 ถึง ม.ค.66 รายที่ 2 ระหว่างเดือน พ.ค.66 ถึง ก.ย.66 เก็บรวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติและเวชระเบียนผู้ป่วยประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐาน ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว ข้อมูลทางจิตสังคม อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค การตรวจร่างกาย และการรักษา เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์และประเมินผู้ป่วยแล้วนำมากำหนดเป็นแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และครอบครัว โดยยึดกระบวนการพยาบาล 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการตรวจร่างกาย การซักประวัติและการศึกษาจากเอกสาร จนได้ประวัติครบถ้วนตามที่ต้องการ ได้แก่ประวัติเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการรักษาพยาบาล ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี ประวัติการ

เจ็บป่วยทั้งในอดีตและในปัจจุบัน ประวัติครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต และผลการตรวจทาง
ห้องปฏิบัติการ 2) วางแผนการพยาบาล โดยใช้ข้อมูลที่รวบรวมได้ และข้อมูลจากโดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา
และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อม ตลอดจนปรึกษาสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวข้อง
3) ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ และ 4) ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผน พร้อมทั้งสรุปผล
การปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษา:

รายงานผู้ป่วย

หัวข้อ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การประเมินสภาพแรกรับ	หญิงไทยสูงอายุ 70 ปี นอนบนเตียง ใส่สาย NG รูปร่างผอม สีหน้าเรียบเฉย ไม่พูด สื่อความหมายพอได้การพยักหน้า มีประวัติหลังช่วยเหลือตัวเองได้น้อย คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) เท่ากับ 4/20 คะแนน จัด อยู่ในกลุ่มการดูแลระยะยาวสำหรับผู้มี ภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) กลุ่ม 3	ชายไทยสูงอายุ 82 ปี รูปร่างสมส่วน พูดคุยโต้ตอบได้เรื่องราว ญาติให้ประวัติ หลงลืม นิ่งเฉยลอย คิดซ้ำ พูดซ้ำ เดิน ออกจากบ้านไม่รู้จุดหมาย กลับบ้านไม่ ถูก ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) เท่ากับ 11/20 คะแนน จัดอยู่ใน กลุ่ม Long Term Care: LTC กลุ่ม 2
ผิวหนัง	สีผิวดำแดง ผิวหนังแห้ง	สีผิวดำแดง ผิวหนังแห้ง
ศีรษะ ใบหน้า ตา หู คอ จมูก ริม ฝีปาก	ได้รูป ผมสีขาวยาว เปรี้ยวตาไม่ชัด ตา พร่ามัวมองไม่ชัด ได้ยินชัดเจน ริมฝีปาก แห้ง ฟันผุเล็กน้อย มีฟันคู่สบน้อยกว่า 10 คู่ เคี้ยวไม่สะดวกทอนซิลไม่โต	ได้รูป ผมสีขาวยาว ตาซ้ายปิดมีน้ำตา ไหล พร่ามัวมองได้ไม่เต็มที่ ได้ยินชัดเจน ริมฝีปากแห้ง มีฟันคู่สบน้อยกว่า 10 คู่ ทอนซิลไม่โต ไม่มีปัญหาการรับกลิ่น
ทรงอกและการหายใจ	ได้รูป ขยายตัวเท่ากัน อัตรา 18 ครั้ง/ นาที	ได้รูป ขยายตัวเท่ากัน 2ข้าง อัตรา 20 ครั้ง/นาที
หัวใจ	ปกติ no murmur อัตรา 80 ครั้ง/นาที	การที่หัวใจเต้นและมีจังหวะที่ไม่ สม่ำเสมอ อัตรา 76 ครั้ง/นาที
ระบบประสาท	จากการทดสอบสภาพสมองเสื่อม เบื้องต้น MMSE (เมื่อ 30/6/64) ได้ 10/30 (< 14) และ ประเมิน Moca 5/30 (+1เพราะจบ ≤14 Cut off point >25 คะแนน) จากการทดสอบพบสงสัย ภาวะสมองเสื่อมและ Cognitive Impairment	จากการทดสอบสภาพสมองเสื่อม เบื้องต้น MMSE ได้ 13/30 (< 14) และ ประเมิน Moca 10/30 (+1เพราะจบ ≤14 Cut off point >25 คะแนน) จา กการทดสอบพบสงสัยภาวะสมองเสื่อม และ Cognitive Impairment
ท้อง	ปกติ soft not tender	ปกติ soft not tender
ระบบขับถ่าย	ปกติ นานๆจะมีอาการท้องเสีย	ปกติ นานๆจะมีอาการท้องเสีย
เต้านม อวัยวะสืบพันธุ์	ปกติ	ปกติ
โครงสร้าง	ข้อเข่าโก่ง เคยมีประวัติหกล้ม และเคย ประสบอุบัติเหตุทางการจราจร บาดเจ็บ ที่ศีรษะ RT 5/5 LT 4/4	สมส่วน สามารถลุกเดินจากรถเข็นนั่งได้

หัวข้อ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
สภาพจิตใจ/อารมณ์	สีหน้าเศร้า เหงื่อ ลอย	แสดงอารมณ์สอดคล้อง เหมาะสม สบตาขณะพูดคุย ไม่พบอาการหงุดหงิด
อาการสำคัญ	คิดช้า พุดช้าหลงลืม จำไม่ค่อยได้ เดินเซ สั้น	หลงลืม นั่งเลือนลอย คิดช้า พุดช้า เดิน ออกจากบ้านไม่รู้จุดหมาย กลับบ้านไม่ ถูก
คลื่นหัวใจ X-Ray	ไม่ได้ตรวจ	ไม่ได้ตรวจ
lab	ไม่ได้ตรวจ	PT ratio =3.41 PT=47.1 INR=3.59
การวินิจฉัยเมื่อแรกรับ	1. Parkinson's disease 2. Dementia	1. Atrial fibrillation and flutter(AF) 2 Unspecified dementia
การผ่าตัด	ไม่มี	ไม่มี
การวินิจฉัยสุดท้าย	1. Parkinson's disease 2. Dementia	1. Atrial fibrillation and flutter(AF) 2. Unspecified dementia
ยารักษา	1. Aricept (Donepezil)10 mg 1X1HS 2. Sertralipe 50 mg. 1X1HS 3. Quetiapine 25 mg. 1X1HS 4. Bromocriptine 2.5 mg. 1XHS 5. Trihexyphenidyl 2 mg 1เม็ด*3 PC 6. levodopa 200 mg 1 เม็ดก่อน อาหาร 30นาที หรือหลังอาหารเช้า 2 ชั่วโมง	1. Atenolol 50 mg. 1X1 หลังอาหาร เช้า 2. Omeprazole 20mg 1 X1 ac 3. Vitamin B complex 1X1 หลัง อาหารเช้า 4. Warfarin 3 mg ครั้งละ ครั้งเม็ดก่อน นอนวันจันทร์ถึงวันเสาร์
อุปกรณ์	ที่นอนลม เติยง	ไม่เท่า
การรวบรวมปัญหาที่บ้าน	INHOMESSS	INHOMESSS
VITAL SIGN	T.36.6 C. P.62/m R.20/m BP 114/63 mmHg BW 40 kgs BH 155 cms. BMI 16.64	T.36.5 c P.70/m R18/m BP118/76 mmhg BW 50kgs BH 163 cms. BMI 18.81
อาการสำคัญที่เยี่ยมบ้าน	ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง สมองเสื่อมระยะ กลาง ให้อาหารทางสายยาง มือเท้าข้าง ซ้ายสั้น ตามองไม่ค่อยเห็น หูไม่ค่อยได้ ยิน ช่วยเหลือตนเองได้น้อย Long Term Care กลุ่ม 3 ADL= 4 ปัญหาคลื่น ปัสสาวะไม่ได้ บุตรสาวดูแล	ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน โรคประจำตัว 1.Atrial fibrillation and flutter - Paroxysmal atrial fibrillation :AF 2. Dementia ระยะ กลาง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ADL= 11 ผู้ป่วย Long Term Care กลุ่ม 2 ภรรยาและบุตรสาวดูแล
C:CLARIFY PROBLEMS	1.มีโรคประจำตัวพาร์กินสัน มือเท้าข้าง ซ้ายสั้น ตามัวมองไม่ชัด และมีภาวะ สมองเสื่อมระยะกลาง 2.ช่วยเหลือตนเองได้น้อย Long Term Care กลุ่ม 3 ADL=4 ให้อาหารทางสาย ยาง	1.มีโรค Atrial fibrillation and flutter - Paroxysmal atrial fibrillation: AF และ Dementia ระยะ กลาง 2.ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ADL=11 ผู้ป่วย Long Term Care กลุ่ม 2

หัวข้อ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	3.ปัญหาหลักนั้นปีสภาวะไม่ได้	
P:PLANNING FOR FUTURE	1.เตรียมการรับมือกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป อุปกรณ์สนับสนุนการดูแล 2.การสูญเสียความจำมากขึ้น 3.ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง	1.เตรียมวางแผนจัดการดูแลระยะยาว Long Term Care 2.เตรียมผู้ดูแลครอบครัว 3.ประสานผู้เกี่ยวข้องในชุมชน
R:RECORD	บันทึกข้อมูลในรูปแบบ แฟ้ม 3C Care Manager ผู้จัดการดูแล Care Plan การวางแผนการดูแล Care Giver ผู้ดูแล	บันทึกข้อมูลใน แฟ้ม 3C Care Manager ผู้จัดการดูแล Care Plan การวางแผนการดูแล Care Giver ผู้ดูแล

กิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/กิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัย: ระยะแรก

1.ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลไม่เข้าใจและวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค อาการ และแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ระยะปานกลาง

2.ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลง เนื่องจากภาวะของโรค

3.เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเองและผู้อื่น เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้จากการสูญเสียหน้าที่ของสมอง

4.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม เนื่องจากมีการรับรู้ผิดปกติ

5.ญาติหรือผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระ เครียด และรู้สึกเป็นตราบาป จากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

6.ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการรู้คิด (cognitive function)

7.ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนปีสภาวะหรืออุจจาระได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ระยะสุดท้าย

8.ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

9. เมื่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (Palliative care หรือ End of life care)

แผนการพยาบาลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน: จัดทำ Care Plan แนวทางการดูแลแก่ Care giver เพื่อติดตามเยี่ยมบ้านดูแลอย่างต่อเนื่องตามการดูแลในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC)

สรุปกรณีศึกษา:

บทเรียนที่ได้รับจากการศึกษาทั้ง 2 รายนี้ เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน มีโรคประจำตัวเรื้อรัง และมีอาการความผิดปกติของสมองร่วมด้วย การดูแลจึงมีความซับซ้อนมากกว่า และมีภาวะพึ่งพิงใช้เวลานานในพื้นที่ในระยะยาวที่นานกว่า โดยในรายที่ 1 หญิงไทยสูงอายุวัย 70 ปี ให้อาหารทางสายยางมีบุตรสาวดูแล ผู้ป่วยติดเตียง คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living): ADL=4/20 จัดอยู่ในกลุ่ม Long Term Care: LTC กลุ่ม 3 การวินิจฉัย Parkinson's disease และ Dementia จากการทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น Mini Mental State Exam : MMSE-thai (เมื่อ 30/6/64) ได้ 10/30 (Cut off point < 14) และ ประเมิน Montreal Cognitive Assessment

(MoCA) ได้ 5/30 (+1 เพราะจบ ≤ 14 Cut off point > 25 คะแนน) จากการทดสอบพบสงสัยภาวะสมองเสื่อมและ Cognitive Impairment พยาบาลผู้จัดการการดูแล (Care Manager :CM) ดำเนินการจัดทำแผนการดูแล (Care Plan: CP) เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver: CG) ติดตามดูแลที่บ้าน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ร่วมกับพยาบาลและสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องด้วยการดูแลติดตามนัดและหลังการติดตามเยี่ยมที่บ้าน และการใช้การดูแลผ่านระบบ Telemedicine และ การทำ Telenursing ทำให้ผู้ป่วยรายนี้สามารถฝึกกลืนอาหาร ตัมนมโดยไม่สำลัก off tube และสามารถทำกิจวัตรประจำวันรับประทานอาหารโดยญาติเตรียมให้ สวมใส่เสื้อผ้าได้เอง ค่าคะแนนจาก ADL= 4 คะแนนเพิ่มเป็น ADL= 7 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า เปลี่ยนจัดอยู่ในกลุ่ม Long Term Care กลุ่ม 2 ซึ่งเป็นสิ่งดีในการดูแล ส่วนการฟื้นฟูสมองญาติและ Care giver สามารถดูแลต่อเนื่องต่อไป

รายที่ 2 ชายไทยสูงอายุวัย 82 ปี รูปร่างสมส่วน พูดคุยโต้ตอบได้เรื่องราว อาศัยอยู่กับภรรยาและบุตรสาวให้ประวัติหลงลืม นิ่งเฉยลอย คิดซ้ำ พูดซ้ำ เดินออกจากบ้านไม่รู้จุดหมาย กลับบ้านไม่ถูก ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Barthel Activities of Daily Living: ADL=11/20 จัดอยู่ในกลุ่ม Long Term Care: LTC กลุ่ม 2 การวินิจฉัย Atrial fibrillation and flutter - Paroxysmal atrial fibrillation :AF และ Dementia จากการทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น MMSE ได้ 13/30 (< 14) และประเมิน Moca 10/30 (+1 เพราะจบ ≤ 14 Cut off point > 25 คะแนน) จากการทดสอบพบสงสัยภาวะสมองเสื่อมและ Cognitive Impairment พยาบาลผู้จัดการการดูแล (Care Manager :CM) ดำเนินการจัดทำแผนการดูแล (Care Plan: CP) เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver: CG) ติดตามดูแลที่บ้าน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ร่วมกับพยาบาลเยี่ยมบ้าน 1 ครั้งต่อเดือน โดยนัด F/U รับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผลการติดตามการดูแลพบว่าผู้ป่วยรายนี้สามารถเคลื่อนที่ไปไหนมาไหนได้เองและมีภาวะสมองเสื่อมมีโอกาสพลัดหลงหายออกจากบ้าน ใช้คนดูแลในครอบครัว 2 คนเพื่อดูแลจัดการรับมือกับพฤติกรรมต่างๆและความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและบุคคลอื่นได้

ข้อเสนอแนะ: 1) ควรมีการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ร่วมกับการติดตามนัดหลังการติดตามเยี่ยมที่บ้าน การใช้การดูแลผ่านระบบ Telemedicine และ Telenursing 2) ควรมีการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

เอกสารอ้างอิง:

1. ปิติพร สิริทิพากร. (2558). คู่มือการพยาบาลการให้การดูแลและการเตรียมญาติและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. สารศิริราช. 6:359-74
2. พรทิพย์ ภูสง่า. (2556). แนวปฏิบัติทางคลินิกการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. (วิทยานิพนธ์). ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตการพยาบาลผู้สูงอายุ. ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยบูรพา.
3. สิรินทร ฉันทศิริกาญจน์. (2556). คู่มือยึดอายุสมอง. กรุงเทพมหานคร: รักลูกกรุ๊ป.
4. ศิราณี ศรีมหาภาค และรัชชชัย กฤษณะประกกรกิจ. (2565). สมองเสื่อมกับการดูแลระดับปฐมภูมิ คู่มือพัฒนาศักยภาพผู้จัดการดูแลและบุคลากรสุขภาพผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ. นนทบุรี: มูลนิธิสังคมและสุขภาพ.
5. Wade DT, Colin C. (1998). The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability. Int Disabil Stud. 10(2): 64-7.
6. WHO. THE EPIDEMIOLOGY AND IMPACT OF DEMENTIA CURRENT STATE AND FUTURE TRENDS [Internet]. 2023. Available from: https://www.who.int/mental_health/

neurology/dementia/dementia_thematicbrief_epidemiology.pdf

KLSH 10

กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาและมีภาวะเลือดออกในวุ้นตา Nursing Care of Patients with Diabetic Retinopathy with Vitreous Hemorrhage

จันทร์เพ็ญ คำดวง

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา, เลือดออกในวุ้นตา

บทนำ: เบาหวานขึ้นจอประสาทตา (Diabetic Retinopathy) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ตาบอดเป็นอันดับ 2 รองจากต้อกระจก โอกาสตาบอดมีมากกว่าคนทั่วไป 25 เท่า ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานนานๆ หรือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีจะเกิดปัญหาที่เส้นเลือดขนาดเล็กในจอประสาทตา พบอุบัติการณ์เบาหวานขึ้นจอประสาทตาทั่วโลกร้อยละ 34.6 เป็นสาเหตุของการตาบอดร้อยละ 4.8 (World Health Statistics, 2017) ประเทศไทยความชุกของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ร้อยละ 21.6 เป็นสาเหตุของการ ตาบอดร้อยละ 5.17 (กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2561) จากการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยที่มารับบริการ ที่ห้องตรวจตา โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 3 ปีย้อนหลังพบว่า แนวนอนผู้ป่วย High risk DR เพิ่มขึ้น Severe NPDR ปี 2564 ร้อยละ 3.98, ปี 2565 ร้อยละ 1.91, ปี 2566 ร้อยละ 3.03, PDR ปี 2564 ร้อยละ 4.52, ปี 2565 ร้อยละ 6.1, ปี 2566 ร้อยละ 9.32 ซึ่งระดับความรุนแรงของภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา (วิชิต,2560) แบ่งออก 5 ระดับ ดังนี้ 1) No Diabetic Retinopathy (No DR) หมายถึง ยังไม่พบพยาธิสภาพของเบาหวานเข้าจอประสาทตา 2) Mild Non-Proliferative Diabetic Retinopathy (Mild NPDR) หมายถึง ตรวจพบหลอดเลือดฝอยโป่งพองเพียงอย่างเดียว 3) Moderate Non-Proliferative Diabetic (Moderate NPDR) หมายถึง พบมีจุดเลือดออกที่จอประสาทตา หลอดเลือดฝอยโป่งพองทำให้ควบคุมการไหลเวียนของสารน้ำไม่ได้ โปรตีนในพลาสมารั่วออกนอกหลอดเลือดจับตัวแข็งเป็นก้อนสีขาวเหลือง ขอบเขตชัดเจน 4) Severe Non - Proliferative Diabetic (Severe NPDR) หมายถึง การตรวจพบความผิดปกติ อย่างไม่ อย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ มีเลือดออกในจอตา มากกว่า 20 จุด ในแต่ละส่วนของจอตา พบหลอดเลือดดำขยายตัวเป็นจุดๆ เกิดลักษณะเป็นพูขาวคล้ายปูย่ำสี่ ขอบเขตไม่ชัดเจน มีความผิดปกติของหลอดเลือดฝอยในจอประสาทตา และ 5) Proliferative Diabetic Retinopathy (PDR) หมายถึง ภาวะการขาดเลือดในจอประสาทตาอย่างรุนแรงจนเกิดการสร้างหลอดเลือดใหม่ (neovascularization) เปราะบางและฉีกขาดง่าย อาจเกิดเลือดออกบนจอตา (pre retinal hemorrhage) เลือดออกในวุ้นตา(vitreous hemorrhage) เกิดพังผืดดึงรั้งจอประสาทตาหลุดลอก(tractional retinal detachment) ต้อหิน (glaucoma)

โรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตามีหลายระยะ แต่ที่เริ่มมีการรักษาด้วยแสงเลเซอร์คือ ระยะที่มีการงอกของเส้นเลือดที่จอตาผิดปกติ Proliferative Diabetic Retinopathy (PDR) หลอดเลือดใหม่ผิดปกติจะมีการรั่ว เปราะบาง และฉีกขาดง่าย ตกเข้าไปในวุ้นตาทำให้มีเลือดออก ในระยะต่อมาจะมีการหดรั้งของวุ้นลูกตา ทำให้จอประสาทตาลอก (tractional retinal detachment) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของตาบอดในผู้ป่วยเบาหวาน การรักษาด้วยแสงเลเซอร์ ที่ใช้คือ Argon Laser เพื่อลดภาวะขาดเลือดมาเลี้ยงที่เรตินา และยับยั้งการเกิดหลอดเลือดใหม่ เรียกว่า pan-retinalphotocoagulation (PRP) ผู้ป่วยเบาหวานในระยะ PDR ถ้า

ไม่ได้รับการรักษาด้วยเลเซอร์PRP มีโอกาสเสี่ยงที่จะตาบอดถึงร้อยละ 50 ภายในเวลา 5 ปี แต่ถ้าได้รับการรักษาด้วยเลเซอร์ PRP ที่เหมาะสม จะลดโอกาสเสี่ยงที่จะตาบอดลงเหลือน้อยกว่าร้อยละ 5 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ PDR มีวิธีการรักษาโดยใช้เลเซอร์การฉีดยาเข้าในน้ำวุ้นตา หรือการผ่าตัด ซึ่งเป็นทางเลือกการรักษาที่จักษุแพทย์จะพิจารณาตามความเหมาะสม การคัดกรอง ค้นหาผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะPDR ซึ่งจำเป็นต้องรับการดูแลรักษา ตั้งแต่ระยะแรกๆ เพื่อลดความรุนแรงของโรค การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติเมื่อเข้ารับการรักษา มีความจำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติและสิ่งที่ควรตระหนักสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา คือ ป้องกันความเสี่ยงจากภาวะตาบอด สายตาพิการ โดยการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องตามกำหนด ดังนี้

ภาวะ DR	Follow up
Normal or rare microaneurysms	ปีละ 1 ครั้ง
Mild NPDR	9 เดือน
Moderate NPDR	6 เดือน
Severe NPDR	4 เดือน
CSME/PDR	2-4 เดือน

วัตถุประสงค์: เพื่อ 1) ศึกษาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ที่มีภาวะเลือดออกในน้ำวุ้นตา และ 2) พัฒนาระบบคัดกรอง ผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

วิธีดำเนินการศึกษา: คัดเลือกผู้ป่วยที่มารับการรักษาในหน่วยงานตรวจรักษาพิเศษ จักษุ ทำการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากการตรวจร่างกาย, เวชระเบียน, สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ โดยรักษาความลับของผู้ป่วยและวางแผนการดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา:

รายงานผู้ป่วย:

กรณีศึกษารายที่ 1: ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 27 ปี โรคประจำตัว DM 13 ปี FBS=154mg/dl ,HbA1C 11% (29ก.ย.66) รับReferจาก รพ.สหัสขันธ์ มาด้วยอาการ ตาซ้ายพร่ามัว 3 วัน ไม่ปวดตา ระดับสายตา VA 6/9, 6/24 Tn19,19mmHg. ความดันตาปกติ ตรวจพบจอประสาทตามีเลือดออกในน้ำวุ้นตา จักษุแพทย์วินิจฉัย PDR c-VH BE ให้การรักษาด้วย LASER PRP BE นัดติดตามอาการ การมองเห็นลดลง VA 6/60,6/60, Tn15,17mmHg. ไม่ปวดตา ผู้ป่วยได้รับการการวินิจฉัยโรคทางอายุรกรรมเพิ่มเป็น HT,CKD1 ตรวจพบจอประสาทตามีเลือดออกในน้ำวุ้นตาและจอตาบวมน้ำ 2 ข้าง จักษุแพทย์วินิจฉัย PDR c-VH BEแล้วส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทางจอประสาทตา ที่รพ.ศรีนครินทร์ ขอนแก่น 24/10/66 ผู้ป่วยได้รับยาฉีดยาเข้าน้ำวุ้นตา 1 ครั้ง และนัดติดตามรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยยังมีอาการตามัว 2ข้างเท่าเดิม ไม่ปวดตา

กรณีศึกษารายที่ 2: ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 53 ปี ประวัติโรคประจำตัว DM, DLD, CKD3 มา 10ปี รับ Referจาก รพ.ร.กุนินารายณ์ เริ่มรับยารักษากับแพทย์ 29/05/66 , FBS=170mg/dl ,HbA1C 11.5% อาการตามัวสองข้างมา 1 เดือน ไม่ปวดตา ระดับสายตา VA 6/24-1ม6/24-2 ,Tn15,15mmhg. ตรวจพบจอประสาทตามีเลือดออกในน้ำวุ้นตา จักษุแพทย์วินิจฉัย PDR c-VH BE ให้การรักษาด้วย LASER PRP BE 2 รอบ/ข้าง จุดรับภาพไม่บวมน้ำ ระดับการมองเห็นหลังยิงเลเซอร์VA 6/18,6/18 Tn16,15 การมองเห็นดีขึ้นกว่าเดิมเล็กน้อย นัดติดตามครั้งต่อไปอีก 2 เดือน

กิจกรรมการพยาบาล:

ใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจากการซักประวัติและตรวจร่างกาย อาการอาการแสดง นำมาวินิจฉัยและให้การพยาบาล โดยจัดลำดับความสำคัญ ความเร่งด่วนของปัญหา แจ้งแนวทางการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบเพื่อให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ดังนี้

1. การคัดกรอง ประวัติความเจ็บป่วย และประเมินภาวะผิดปกติของการมองเห็น ระดับสายตา ความดันลูกตา
2. การเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์เพื่อตรวจรักษาพิเศษ/หัตถการทางจักษุการถ่ายภาพจอตา FUNDUS CAMERA
3. การเตรียมผู้ป่วย เพื่อให้มีความพร้อมเข้ารับการรักษาด้วยเลเซอร์ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน
4. การดูแลให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก่อน – หลังการรักษาด้วยเลเซอร์
5. ระบบนัดหมาย เพื่อการดูแลต่อเนื่อง
6. ระบบ REFER เพื่อส่งรักษาต่อแพทย์เฉพาะทางสาขาตา

สรุปกรณีศึกษา:

ผลการศึกษาผู้ป่วย 2 ราย ประวัติเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปีได้รับการคัดกรอง พบมีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในระยะ Proliferative Diabetic Retinopathy (PDR) มีเลือดออกในวุ้นตา (Vitreous hemorrhage) ร่วมกับมีจุดรับภาพบวมน้ำ 2 ข้าง กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยตาซ้ายมัวลง 3 วัน เมื่อตรวจพบความผิดปกติได้รับการรักษาด้วยเลเซอร์เบื้องต้น การมองเห็นมัวลง จึงต้องส่งต่อแพทย์ทางด้านจอประสาทตาดูแล กรณีศึกษารายที่ 2 มีอาการตามัว 2 ข้างมา 1 เดือน จักษุแพทย์ตรวจพบมีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในระยะ Proliferative Diabetic Retinopathy (PDR) มีเลือดออกในวุ้นตา (Vitreous hemorrhage) ให้การรักษาด้วย LASER PRP BE 2 รอบ/ข้าง จุดรับภาพไม่บวมน้ำ การมองเห็นดีขึ้นกว่าเดิมเล็กน้อย นัดติดตามครั้งต่อไปอีก 2 เดือน

กรณีศึกษาทั้งสองรายได้รับการดูแลรักษา แก้ไขความผิดปกติที่เป็นสาเหตุของตามัวในเบื้องต้น จากการทำงานเป็นทีมทั้งแพทย์ พยาบาล และทีมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการดูแลผู้ป่วยด้วยความใส่ใจ รวมถึงการใช้เทคโนโลยีช่วยในการรักษาพยาบาล สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ ลดภาวะเสี่ยงจากตาบอดได้

ข้อเสนอแนะ

1. โรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา เป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีความเสี่ยงสูงต่อการสูญเสียการมองเห็น ควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน และโดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการดูแลตนเอง และทราบว่าเป็นภาวะตาบอดที่ป้องกันได้
2. กำหนดเกณฑ์และแนวทางในการคัดกรอง เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในทุกปีการคัดกรองตรวจจอประสาทตาอาจไม่ครอบคลุม เนื่องจากข้อจำกัดของบุคลากร และเครื่องมือ

3. การทำงานร่วมกับชุมชน การคัดกรองเบื้องต้นโดยถ่ายภาพจอประสาทตา และอ่านผลโดย
พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา ในรายที่ผิดปกติส่งตรวจพบจักษุแพทย์

4. มีผู้ป่วยบางส่วนที่ไม่ได้เข้ามารักษาในระบบ ควรมีการให้สุขศึกษา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วย
เหล่านี้เข้ามาในระบบ เพื่อการดูแลอย่างครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

เอกสารอ้างอิง:

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). รายงานสถานการณ์การเกิดโรคเบาหวานในประเทศไทย
ประจำปี 2561. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัยในพระบรมราชูปถัมภ์.
2. กรทิพย์ มิตรวงษา, อุบัติการณ์การเกิดเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในจังหวัดมุกดาหาร ปี พ.ศ. 2553.
(2553). มุกดาหาร: ศูนย์จักษุโรงพยาบาลมุกดาหาร.
3. จันทร์จิรา เจียรณย์. (2558).กระบวนการพยาบาล. สำนักวิชาการพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยเทคโนโลยี
สุรนารี. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
4. ศักดิ์ชัยวงศกิตติรักษ์ และกิตติชัย อัครพิพัฒน์กุล, บรรณาธิการ. (2551). ตำราพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา
ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
5. ปราณีต ใจใหญ่. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่ได้รับการเลเซอร์จอประสาท
ตาด้วยลำแสงเลเซอร์: กรณีศึกษา 2 ราย, วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม; 17(1): 105-112.
6. ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2556). ตำราจักษุวิทยาสำหรับนิสิต
แพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี จำกัด.
7. ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. (2552). จักษุวิทยา. พิมพ์ครั้งที่
ที่ 2. กรุงเทพฯ: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นต์ จำกัด.
8. กรทิพย์ มิตรวงษา, อุบัติการณ์การเกิดเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในจังหวัดมุกดาหาร ปี พ.ศ. 2553.
(2553). มุกดาหาร: ศูนย์จักษุโรงพยาบาลมุกดาหาร.
9. เอื้องพร พิทักษ์สังข์. การพยาบาลและหัตถการทางตา.(2554). กรุงเทพฯ: โครงการตำรา-ศิริราช
มหาวิทยาลัยมหิดล.
10. World Health Organization. World Health Statistics 2017. [cite October 31 2019]

KLSH 011

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสรุนแรงที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะหายใจลำบาก
เฉียบพลัน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Severe leptospirosis Patients with Acute kidneys injury with Acute
respiratory distress syndrome, Kalasin Hospital: : 2 Case studies

อริย์รัช สายศรี

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

คำสำคัญ: โรคเลปโตสไปโรซิสรุนแรง, ภาวะไตวายเฉียบพลัน, ภาวะหายใจลำบากเฉียบพลัน

บทนำ: โรคฉี่หนู ไข้ฉี่หนู หรือโรคเลปโตสไปโรซิส (leptospirosis) เป็นโรครับจากสัตว์ชนิดหนึ่ง สามารถติดต่อโรคได้ในสัตว์หลายชนิด เช่น สุนัข หนู โค กระบือ สุกร แพะ แกะ สัตว์เลี้ยงในบ้าน เป็นต้น แต่พบมากในหนูซึ่งเป็นแหล่งรังโรค โรคเลปโตสไปโรซิสรุนแรง (severe leptospirosis) หรือกลุ่มอาการเวล (Weil's Syndrome) มีอัตราการตายอยู่ที่ประมาณ 5-15% มักแสดงอาการรุนแรงใน 4-9 วันหลังจากเริ่มมีอาการ ประกอบด้วย อาการดีซ่าน ที่พบในกลุ่มอาการเวล จะมีลักษณะเหลืองมากจนแทบเป็นสีส้มเมื่อสังเกตทางผิวหนัง มักพบตับโตร่วมกับกดเจ็บ ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ติดเชื้อจะมีอาการม้ามโตร่วมด้วย มีไม่มากนักที่เสียชีวิตจากภาวะไตวาย ไตวายเฉียบพลัน อาการทางปอด เช่น ไอ มีเสมหะปนเลือด เจ็บหน้าอก หอบเหนื่อยจนถึงระบบหายใจล้มเหลว ความผิดปกติทางระบบการแข็งตัวของเลือด เช่น เลือดกำเดา จ้ำเลือดตามผิวหนัง เลือดออกในทางเดินอาหาร เลือดออกในช่องเยื่อหุ้มสมอง เป็นต้น ส่วนอาการอื่นๆ ได้แก่ กล้ามเนื้อลายสลายตัว เม็ดเลือดแดงแตก เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ตับอ่อนอักเสบรุนแรง ภาวะการทำงานของอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ ซึ่งเป็นภาวะเร่งด่วนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยหนัก เนื่องจากมีการดำเนินของโรคที่รวดเร็วรุนแรง และมีอัตราการเสียชีวิตสูงความล่าช้าในการประเมิน การวินิจฉัย และการรักษาจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มอัตราการตายของผู้ป่วยได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อสองราย และนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการให้การพยาบาลในงานบริการหอผู้ป่วยหนัก ให้ผู้ป่วยได้รับบริการรวดเร็ว ลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการนอนโรงพยาบาล และลดอัตราการตาย

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อรายงานการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะหายใจลำบากเฉียบพลัน 2) เพื่อทราบแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะหายใจลำบากเฉียบพลัน 3) เพื่อทราบถึงสภาพปัญหาผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะหายใจลำบากเฉียบพลัน ที่เป็นปัจเจกบุคคล เปรียบเทียบและนำผลที่ได้ไปพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะหายใจลำบากเฉียบพลันให้มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการศึกษา: การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 ในช่วงเดือนตุลาคม – พฤศจิกายน 66 โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 2 ราย โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ เป็นผู้ป่วยเลปโตสไปโรซิสรุนแรงที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะหายใจลำบากเฉียบพลัน รักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 3 วัน เก็บรวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติและเวชระเบียนผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐาน ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว ข้อมูลทางจิตสังคม อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค การตรวจร่างกาย และการรักษา เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์และประเมินผู้ป่วยผู้ป่วยเลปโตสไปโรซิสรุนแรงที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะหายใจลำบากเฉียบพลัน แล้วนำมากำหนดเป็นแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และครอบครัว

ผลการศึกษา:

รายงานผู้ป่วย:

หัวข้อ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การประเมินสภาพแรกรับ	ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 48 ปี น้ำหนัก 47 Kg ส่วนสูง 160 Cm BMI 18.36 kg/m2 ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยเข้ารับการผ่าตัด	ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 51 ปี น้ำหนัก 69 Kg ส่วนสูง 170 Cm BMI 23.88 kg/m2 ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยเข้ารับการผ่าตัด
ผิวหนัง	ผิวสีน้ำตาล ปกติ ไม่มีรอยโรค ตรวจพบจุดเลือดออก (Petechiae) บริเวณเอว ด้านซ้าย	ผิวขาว ปกติ ไม่มีรอยโรค ตรวจพบจุดเลือดออก (Petechiae) บริเวณต้น ขาทั้งสองข้าง
ศีรษะ ใบหน้า ตา หู คอ จมูก ริมฝีปาก	ปกติ ผมสั้นสีดำ ตามองเห็นชัดเจน ตรวจพบ Conjunctiva hemorrhage หู คอจมูก ปกติ ริมฝีปากปกติ ไม่มีฟันโยก	ปกติ ผมยาวสีดำ ตามองเห็นชัดเจน ตรวจพบ Conjunctiva hemorrhage หู คอจมูก ปกติ ริมฝีปากปกติ ไม่มีฟันโยก
ทรวงอกและการหายใจ	หายใจหอบ อัตราการหายใจ 26-30 ครั้ง/นาที ฟังได้เสียง Fine crepitation BL ไม่มี wheezing	หายใจหอบ อัตราการหายใจ 24-26 ครั้ง/นาที ฟังได้เสียง Fine crepitation BL ไม่มี wheezing
หัวใจและหลอดเลือด	อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ 70-90 ครั้ง/ นาที BP 86/52 mmHg EKG ปกติ ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก หัวใจไม่มีเสียง murmur	อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ 110-144 ครั้ง/นาที BP 76/56 mmHg EKG ปกติ ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก หัวใจไม่มีเสียง murmur
ช่องท้อง/ตับ/ม้าม	ท้องนุ่ม ไม่มีกดเจ็บ ไม่มีท้องบวมมาน คลำไม่ พบก้อน คลำพบขอบล่างของตับได้ชายโครง ขวา 1 FB ม้ามไม่โต	ท้องนุ่ม ไม่มีกดเจ็บ ไม่มีท้องบวมมาน คลำไม่ พบก้อน คลำพบขอบล่างของตับได้ชายโครง ขวา 1 FB ม้ามไม่โต
ระบบประสาท	รู้สึกตัว สับสน ไม่ทำตามสั่ง ดิ้นไปมา restrain ไว้	รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ทำตามสั่งได้
เต้านม อวัยวะสืบพันธุ์	เต้านมปกติ ไม่มีก้อน อวัยวะสืบพันธุ์ ปกติ	เต้านมปกติ ไม่มีก้อน อวัยวะสืบพันธุ์ ปกติ
สภาพจิตใจ/อารมณ์	ผู้ป่วยไม่ทำตามสั่ง ดิ้นไปมา ญาติมีความวิตก	การรับรู้ปกติ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการ

หัวข้อ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	กังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	เจ็บป่วย ถ้าม-ตอบพยักหน้า
อาการสำคัญ	ไข้ หนาวสั่น ปวดตามร่างกาย ปัสสาวะแสบขัด เป็นมา 4 วัน	ไข้ หนาวสั่น เหนื่อย หายใจหอบ เป็นมา 1 วัน
การวินิจฉัยโรค	Severe leptospirosis with Septic shock with AKI with ARDS	Severe leptospirosis with Septic shock with AKI with ARDS
วันที่เข้ารับการรักษา	วันที่ 8 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2566	วันที่ 8 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2566
วันที่จำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล	วันที่ 20 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2566	วันที่ 17 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2566
ระยะเวลาในการ รักษา	12 วัน	9 วัน

กิจกรรมการพยาบาล:

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/กิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัย : ระวังก่อนย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก

1. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยจากโรคเลปโตสไปโรซิส และแนวทางการรักษา(กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)
2. ไม่สุขสบาย ไข้ เนื่องจากการติดเชื้อเลปโตสไปโรซิส (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)

ข้อวินิจฉัย : ระวังเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก

1. เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน เนื่องจาก พื้นที่แลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลง(กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)
2. มีภาวะ shock เนื่องจาก สูญเสียพลาสมาออกนอกหลอดเลือด (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)
3. เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกเนื่องจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือดและการแข็งตัวของเลือด(กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)
4. มีภาวะของเสียคั่งในร่างกายเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)
5. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากคาสายสวนชั่วคราวสำหรับฟอกเลือดด้วยเครื่อง CRRT (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)
6. มีภาวะเลือดเป็นกรดอย่างรุนแรงเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่แบบเฉียบพลัน(กรณีศึกษาที่ 1)
7. เสี่ยงต่อการตั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์เนื่องจากมีภาวะสับสน(กรณีศึกษาที่ 1)
8. พร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและมีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)

ข้อวินิจฉัย : ระวังหลังเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก

1. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลต้องการความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)

8. สรุปกรณีศึกษา:

ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยชายได้รับการวินิจฉัยโรคเลปโตสไปโรซิสรุนแรงที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะหายใจลำบากเฉียบพลัน มีอาการหายใจหอบเหนื่อย มีภาวะเลือดเป็นกรด สับสน ตัวเย็น ได้รับการแก้ไขภาวะดังกล่าวตั้งแต่แรกเริ่มประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย วิเคราะห์วางแผนให้การพยาบาลตามปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ผ่านพ้นระยะวิกฤต ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ แพทย์ส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นผู้ป่วยหญิงได้รับการวินิจฉัยได้รับการวินิจฉัยโรคเลปโตสไปโรซิสรุนแรงที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะหายใจลำบากเฉียบพลัน มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ตัวเย็น ความดันโลหิตต่ำ ได้รับการแก้ไขภาวะดังกล่าวตั้งแต่แรกเริ่มประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย วิเคราะห์วางแผนให้การพยาบาลตามปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ผ่านพ้นระยะวิกฤต ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ แพทย์ส่งตัวกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ผู้ป่วยรายที่หนึ่งมีภาวะวิกฤตมากกว่ารายที่สองด้วยปัจจัยร่วมหลายๆ อย่าง ได้รับการ

แก้ไข จนผู้ป่วยกลับมามีสัญญาณชีพปกติ และสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ไตกลับมาทำหน้าที่ได้ปกติ อาการดีขึ้น แพทย์ได้ส่งตัวกลับไปรักษาต่อที่บ้าน โดยก่อนกลับบ้านผู้ป่วยและญาติทั้ง 2 ราย ได้รับการเตรียมความพร้อม เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จนมีความพร้อมและมั่นใจ สามารถกลับไปดูแลต่อที่บ้าน และทราบแหล่งประโยชน์ที่จะสามารถขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินได้

ข้อเสนอแนะ: ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยได้รับการวินิจฉัยโรคเลปโตสไปโรซิสรุนแรงที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะหายใจลำบากเฉียบพลันและมีภาวะช็อก เป็นภาวะที่พบบ่อยในการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ปัจจัยที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าสู่ระยะช็อกหรือผ่านพ้นระยะช็อกและไม่เกิดอวัยวะล้มเหลวมีหลายปัจจัย การประเมินสภาพแรกรับโดยใช้ Lepto Score ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเลปโตหรือสงสัยว่ามีการติดเชื้อเลปโต หรือ News score ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ ถ้าได้รับการประเมินแรกรับและได้รับการวินิจฉัยได้รวดเร็ว ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันเวลาตามมาตรฐานวิชาชีพ ผู้ป่วยได้รับสารน้ำที่เพียงพอ กำจัดแหล่งที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ ความดันโลหิตเฉลี่ย (Mean Arterial Pressure) ≥ 65 mmHg อวัยวะต่าง ๆ ได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ โดยมีตัวชี้วัด คือ ปริมาณปัสสาวะมากกว่า 0.5 มล./กก./ชั่วโมง เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนกลับมาปกติ Normalization of Serum lactate หรือ Venous Oxygen Saturation, ScvO₂ > 70%) หรือ Lactate Clearance มากกว่าร้อยละ 10 กระบวนการทั้งหมดนี้ควรถึงเป้าหมายโดยเร็วและไม่ช้าไปกว่า 6 ชั่วโมง อย่างไรก็ตาม ปัจจัยเสริมที่จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดขึ้นอยู่กับระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการ โรคร่วม และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาและระบบ Consult ที่มีประสิทธิภาพ เช่น ภาวะ Disseminated Intravascular Coagulation (DIC) ทำให้เกล็ดเลือดต่ำ และเกิดภาวะ Coagulopathy ผลของ DIC ทำให้เกิดการไหลเวียนเลือดในระดับ Microcirculation ลดลง ทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนปลายลดลง การหายใจระดับเซลล์เป็นแบบ Anaerobic Respiration ซึ่งทำให้ร่างกายเกิดการสร้าง Lactate เกิดภาวะ Metabolic Acidosis ตามมา ผลของการไหลเวียนเลือดในระดับ Microcirculation ลดลง ทำให้เกิดภาวะ Organ Dysfunction ตามมา (Multiorgan Failure) เช่น Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS), Acute Kidney Injury (AKI) การรักษาในส่วนนี้ คือ การให้ Organ Support ตามระบบต่างๆ เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ, การจัดทำ Prone position, Renal Replacement Therapy ดังนั้น พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง ติดตามประเมินซ้ำ และรายงานอาการเปลี่ยนแปลง ควรมีความเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน ลดวันนอนโรงพยาบาลลดอัตราการตายและภาวะคุกคามชีวิต ช่วยป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง โดยการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ช่วยบรรเทาความทุกข์ ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติให้สามารถแก้ไขและเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยอาการทุเลาสามารถกลับบ้านไปใช้ชีวิตปกติได้เหมือนเดิม

เอกสารอ้างอิง:

1. สมจิตร หนูเจริญกุล. (2552). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2. กรุงเทพฯ: วี.เจ. พรินติ้ง.
2. เรณู สอนเครือ. (2552). แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล เล่ม 1. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
3. เอกรินทร์ ภูมิพิเชฐและไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล. (2553). Critical Care; At Difficult Time. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
4. ปราณี ทัพไพเราะ. (2555). คู่มือยา. กรุงเทพฯ: N P Limited Partnership

5. เณลิมศรี สุวรรณเจติย์และจุฬารภรณ์ สมรูป. (2556). คู่มือการใช้ยาและการจัดการพยาบาล เล่ม 1 กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์ จำกัด.
6. บุษยามาส ชิวสกุลยง และชัยยุทธ เจริญธรรม. (2556). ภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์. เชียงใหม่: ทริค ดิงค์.
7. วิทยา ศรีตามา. (2557). หัตถการทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: ยูนิตี้ พับลิเคชั่น
8. วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตแบบองค์รวม. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญ นิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.
9. มณฑิรา มณีรัตน์นะพร และคณะ. (2561). อายุรศาสตร์ทันยุค 2561. กรุงเทพฯ: พรินท์เอเบิล.
10. จริยา พันธุ์วิทยากุล และจิราพร มณีพราย. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต. ว.กองการพยาบาล 2561;45(1):86-104.
11. Hreatt, D. L. (2020). Improving Sepsis Bundle Implementation Times. Journal of Nursing Care Quality, 35(2),135-139.
12. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2565, ตุลาคม) สถิติโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานสถิติประจำ

KLSH 12

การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในโรงพยาบาล
กาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Knee Osteoarthritis Patients who Received Anesthesia of Total Knee
Arthroplasty in Kalasin Hospital: 2 Case Studies

วิชา เภสัชกรรม

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

คำสำคัญ: การระงับความรู้สึก, โรคข้อเข่าเสื่อม, การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

บทนำ: โรคข้อเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในกลุ่มโรคกระดูกและข้อ อุบัติการณ์ของการเกิดโรคพบได้
มากขึ้นหลังอายุ 40 ปีขึ้นไป ข้อเข่าเสื่อม (osteoarthritis of the knee) เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดเมื่อเทียบกับ
โรคข้อเสื่อมอื่นๆ ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมนี้จะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป อุบัติการณ์การเกิดพบในเพศ
หญิงมากกว่าเพศชาย โดยพบในเพศหญิงร้อยละ 15 เพศชายร้อยละ 5.6 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปี ใน
ประเทศไทยพบผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่า 6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.5 ของประชากร
ทั้งหมด ปัญหาที่สำคัญที่สุดในโรคข้อเข่าเสื่อมคืออาการปวด และความสามารถในการใช้ข้อทำงานได้ลดลง
โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายกลับมาเป็นปกติ ดังนั้น การรักษาหลักคือ การชะลอความ
เสื่อมของผิวข้อให้นานที่สุด เพื่อหลีกเลี่ยงการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียม อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยบางรายที่มีความผิด
รูปของข้อเข่าไปมาก การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียมเป็นการรักษาที่ได้ผลดีอย่างมาก

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 540 เตียง กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เปิดให้บริการทุกวัน 24 ชั่วโมง มีห้องผ่าตัดจำนวน 11 ห้อง ให้บริการระงับความรู้สึก
ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดเฉลี่ย 30-60 คนต่อวัน มีวิสัญญีแพทย์ 7 คน วิสัญญีพยาบาล 24 คน จากสถิติจำนวน
ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้ามารับการรักษา ปี 2564, 2565 และ 2566 มีจำนวน 24, 25 และ 38 คน
ตามลำดับ และจำนวนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ปี 2564, 2565 และ 2566 มีจำนวน
16, 22 และ 25 คน ตามลำดับ โดยผู้ป่วยที่เข้ามารับการผ่าตัดสามารถให้การระงับความรู้สึกทั้งแบบการให้ยา
ระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General Anesthesia) และ การให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (Regional
Anesthesia) ฉีดยาชาเฉพาะที่บริเวณช่องไขสันหลัง (Spinal block) เพื่อผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (Total
knee arthroplasty) การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อ
ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จำนวน 2 ราย ตั้งแต่ระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก ระยะขณะให้การระงับ
ความรู้สึก และระยะหลังให้การระงับความรู้สึก รวบรวมข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาลจากเวชระเบียน โดยใช้
แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ทฤษฎีการดูแลตนเองของ
โอเร็ม และการดูแลแบบประคับประครอง เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วยกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อวาง

แผนการการปฏิบัติการพยาบาล โดยนำกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนใช้เป็นแนวทางในการจัดการและคิดอย่างเป็นระบบในการให้การพยาบาลผู้รับบริการ ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล 5) การประเมินผลการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์: เพื่อ 1) ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และ 2) รายงานการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

วิธีดำเนินการศึกษา : การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติและเวชระเบียนผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐาน ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว ข้อมูลทางจิตสังคม อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค การตรวจร่างกาย และการรักษา เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์และประเมินผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม แล้วนำมากำหนดเป็นแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และครอบครัว

ผลการศึกษา:

รายงานผู้ป่วย:

หัวข้อ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การประเมินสภาพแรกพบ	ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 72 ปี น้ำหนัก 83 Kg ส่วนสูง 156 Cm BMI 34.1 kg/m2 โรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง	ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 62 ปี น้ำหนัก 78 Kg ส่วนสูง 147 Cm BMI 36.1 kg/m2 โรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง เคยผ่าตัดกระดูกสันหลัง ปี 2561
ผิวหนัง	ผิวหนังดี ปกติ ไม่มีรอยโรค	ผิวหนังดี ปกติ ไม่มีรอยโรค
ศีรษะ ใบหน้า ตา หู คอ จมูก ริมฝีปาก	ปกติ ผมสั้นสีดำ ตามองเห็นชัดเจน หู คอ จมูก ปกติ ริมฝีปากปกติ ไม่มีฟันโยก	ปกติ ผมยาวสีดำ ตามองเห็นชัดเจน หู คอ จมูก ปกติ ริมฝีปากปกติ ไม่มีฟันโยก
ทรงอกและการหายใจ	หายใจปกติ ไม่หอบ อัตราการหายใจ 16 – 20 ครั้ง/นาที ผล x-ray ปกติ	หายใจปกติ ไม่หอบ อัตราการหายใจ 16 – 20 ครั้ง/นาที ผล x-ray พบ Cardiomegaly
หัวใจและหลอดเลือด	อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ 80-90 ครั้ง/นาที BP 170/90 mmHg EKG ปกติ ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก	อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ 58-70 ครั้ง/นาที BP 167/85 mmHg EKG ปกติ ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก
ระบบประสาท	รู้สึกตัวดี ตามตอบรู้อย่างดี	รู้สึกตัวดี ตามตอบรู้อย่างดี
เต้านม อวัยวะสืบพันธุ์	เต้านมปกติ ไม่มีก้อน อวัยวะสืบพันธุ์ ปกติ	เต้านมปกติ ไม่มีก้อน อวัยวะสืบพันธุ์ ปกติ
สภาพจิตใจ/อารมณ์	การรับรู้ปกติ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด	การรับรู้ปกติ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด
อาการสำคัญ	เดินลำบาก ปวดข้างขวา มาก ก่อนมา 2 เดือน	เดินลำบาก ปวดเข่าซ้ายมาก ก่อนมา 1 ปี

หัวข้อ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การวินิจฉัย	Right Knee Osteoarthritis	Left Knee Osteoarthritis
การผ่าตัด	Total knee arthroplasty	Left Total knee arthroplasty
ชนิดของการระงับความรู้สึก	Right Regional Anesthesia	General Anesthesia
ระยะเวลาในการผ่าตัดและ	3 ชั่วโมง 15 นาที	3 ชั่วโมง
การสูญเสียเลือด	Blood loss 20 ml	Blood loss 50 ml
วันที่เข้ารับการรักษา	วันที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566	วันที่ 21 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566
วันที่จำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล	วันที่ 7 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566	วันที่ 29 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566
ระยะเวลาในการรักษา	6 วัน	8 วัน

กิจกรรมการพยาบาล:

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล
--

ข้อวินิจฉัย : ระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก

1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคการเจ็บป่วยจะได้รับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)
2. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดข้อเข่า (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)

ข้อวินิจฉัย : ระยะขณะให้การระงับความรู้สึก

1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General Anesthesia) (กรณีศึกษาที่ 2)
2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (Regional Anesthesia) ฉีดยาเฉพาะที่บริเวณช่องไขสันหลัง (Spinal block) (กรณีศึกษาที่ 1)
3. เสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน ผิดหัตถการ (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)
4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)
5. เสี่ยงต่อการได้รับสารน้ำไม่เพียงพอ (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)

ข้อวินิจฉัย : ระยะหลังให้การระงับความรู้สึก

1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย General Anesthesia (กรณีศึกษาที่ 2)
2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (Regional Anesthesia) ฉีดยาเฉพาะที่บริเวณช่องไขสันหลัง (Spinal block) (กรณีศึกษาที่ 1)
3. เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)
4. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณแผลผ่าตัด (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)
5. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)

สรุปกรณีศึกษา:

สาเหตุปัจจัยส่งเสริมหลักในผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย คือเพศหญิง อายุมากกว่า 60 ปี และมีภาวะ Obesity (BMI > 30 kg/m²) การให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (Regional Anesthesia) ฉีดยาเฉพาะที่บริเวณช่องไขสันหลัง (Spinal block) กรณีศึกษาที่ 2 ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General Anesthesia) ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยและญาติได้รับ

คำแนะนำ ได้แก่เรื่อง การใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด การสังเกตอาการ
ผิดปกติ ให้มาตามนัดพบแพทย์ และนัดเดิมของโรคประจำตัว

ข้อเสนอแนะ :

1. การพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในบ้าน (care giver) เป็นอีกหนึ่งบทบาทสำคัญของ
พยาบาลวิชาชีพ จะต้องมีการจัดอบรมฟื้นฟูให้ความรู้ การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
2. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล
ผู้ป่วย ให้กำลังใจ เสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและญาติให้สามารถเผชิญปัญหาและดูแลตนเองได้ ป้องกัน
และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

เอกสารอ้างอิง :

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2564.
กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
2. ขวัญสุวิทย์ อภิจันทรมะชากุล, สุวรรณีย์ สร้อยสงค์ , บุศริน เอี้ยวมีหยก. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อ
เสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี.
3. จิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์. ทฤษฎีการพยาบาลของไอริเม จาก <https://www.google.com/search>.
4. นิพพาภักดิ์ สิ้นทรัพย์, จิณวัตร จันครา และบุปผา ใจมั่น. (2560). โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
เพศฆาตเจียบที่ควรตระหนัก.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี.
5. บงกช อนุฤทธิ์ประเสริฐ. (2564). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
สำหรับผู้ป่วยนอก. กรุงเทพฯ ฯ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
6. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2564). สถิติโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานสถิติประจำปี 2564.
เอกสารอัดสำเนา.
7. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2565). สถิติโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานสถิติประจำปี 2565.
เอกสารอัดสำเนา.
8. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2566). สถิติโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานสถิติประจำปี 2566.
เอกสารอัดสำเนา.
9. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติ
ทั่วไป พ.ศ. 2562. เชียงใหม่: ทรिकิจิ์การพิมพ์.
10. สุวรรณีย์ สร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ภิญทิรา เพ็ญทอง และมุสดี สระทอง. (2562). การพยาบาล
ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11.

KLSH 13

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในห้องฉุกเฉิน
กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Acute Ischemic Stroke Patients Receiving Thrombolytic Drug at
Emergency Room: 2 Case Studies

ดวงแก้ว สุระเสียง

โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน, ยาละลายลิ่มเลือด

บทนำ: โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก เป็นสาเหตุอันดับที่สองของการเสียชีวิตและความทุพพลภาพทั่วโลก (พรชัย จุลเมตต์, 2565) World Stroke Organization รายงานว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตทั่วโลกซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 80 ล้านคน และพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 50 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62.5 ประเทศไทยอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2560 -2565 พบว่าเพิ่มสูงขึ้นจาก 278.49 ในปี 2560 เป็น 330.72 ต่อแสนประชากรในปี 2565 มีอัตราการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด คือ ร้อยละ 7.36 อัตราการเสียชีวิต ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 10.92 (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2565) โรงพยาบาลยางตลาดปี 2564-2566 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับบริการในห้องฉุกเฉินจำนวน 140, 182, 153 ราย เข้าระบบ Stroke fast track จำนวน 58, 58, 65 รายเสียชีวิตจำนวน 2, 0, 2 ราย จากข้อมูลจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าระบบ Stroke Fast track มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ผู้ศึกษาจึงได้สนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่ได้รับยา rt-PA จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อนำข้อมูลที่ศึกษาไปใช้ประโยชน์ในพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องมีประสิทธิภาพส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยลดความพิการและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นตามลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด กรณีศึกษา 2 ราย 2) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด

วิธีดำเนินการศึกษา: คัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA ในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลยางตลาดจำนวน 2 ราย ระหว่างเดือนกรกฎาคม-พฤศจิกายน 2566 โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติข้อมูลพื้นฐาน ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติครอบครัว ข้อมูลแบบแผนการดูแลสุขภาพ การประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ แผนการรักษาของ

แพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจพิเศษ ศึกษาค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้อง นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล รวมทั้งสรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษา:

รายงานผู้ป่วย:

หัวข้อ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การประเมินสภาพแรกรับ	รู้สึกตัว แขนขาซ้ายอ่อนแรง ดูเหนื่อย อ่อนเพลีย พูดไม่ชัด ปากเบี้ยวด้านซ้าย	รู้สึกตัวถามตอบได้ ริมฝีปากตกปากเบี้ยว ด้านซ้าย แขนขาซ้ายอ่อนแรง
ผิวหนัง	ลักษณะผิวหนังปกติไม่แห้ง ไม่มีผื่นจุด จำเลือด ไม่มีบาดแผล	ผิวหนังแห้งคล้ำ ไม่มีผื่นจุดจำเลือดไม่มี บาดแผล
ศีรษะ ใบหน้า ตา หู คอ จมูก ริม ฝีปาก	ศีรษะปกติ ไม่มีใบหน้าผิดปกติตามอง เห็นชัด หูได้ยินชัดเจน ปากเบี้ยวด้านซ้าย	ศีรษะปกติ ไม่มีใบหน้าผิดปกติตามอง เห็นชัด หูได้ยินชัดเจน ปากเบี้ยวด้านซ้าย
ทรวงอกและการหายใจ	หายใจปกติทรวงอกขยายเท่ากัน	หายใจปกติทรวงอกขยายเท่ากัน
หัวใจ	ไม่มีเสียงหัวใจเต้นผิดปกติ	ไม่มีเสียงหัวใจเต้นผิดปกติ
ระบบประสาท	Coma score15, NISHH12 Motor power แขนขาขวาเกรด 5 ซ้าย เกรด 3	Coma score15, NISHH12 Motor power แขนขาขวาเกรด 5 ซ้าย เกรด 2
เต้านม อวัยวะสืบพันธุ์	เต้านมไม่พบก้อน อวัยวะสืบพันธุ์ปกติ	เต้านมปกติอวัยวะสืบพันธุ์ปกติ
สภาพจิตใจ/อารมณ์	สีหน้าวิตกกังวล	สีหน้าวิตกกังวล
อาการสำคัญ	วิงเวียนศีรษะแขนขาอ่อนแรง เป็นมา 1 ชั่วโมง 20 นาที	วิงเวียนศีรษะหน้ามืดแขนขาอ่อนแรง เป็นมา 1 ชั่วโมง
ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	มีการรับรู้ตัวตนเจ็บป่วยมีโรค ประจำตัว และยอมรับในโรคตนเองการ ดูแลสุขภาพ กิจวัตรประจำวัน การ พักผ่อนนอนหลับเป็นปกติ ชอบ รับประทานอาหารรสหวาน รับประทานอาหาร อาหารไม่ตรงเวลา รู้สึกกังวลที่เจ็บป่วย เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถใช้ กล้ามเนื้อด้านซ้ายได้ปกติ	การรับรู้และการดูแลสุขภาพไม่เคยตรวจ สุขภาพ ผู้ป่วยไม่ทราบ อาการเตือนโรค หลอดเลือดสมองการดูแลสุขภาพกิจวัตร ประจำวันการพักผ่อนนอนหลับเป็นปกติ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง1ขวด/วัน ชอบ รับประทานอาหารรสเค็ม มั่นรู้สีกักวลที่ เจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ สามารถใช้กล้ามเนื้อด้านซ้ายได้ปกติ เหมือนเช่นเคย กลับกลับไปทำงานรับจ้าง ไม่ได้
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ,CT,การวินิจฉัย,การรักษา	Cholesterol 194 Triglyceride 78 HDL 47 LDL 137 INR 0.96 PT 10.5 PTT 32.3 FBS 252 BUN 12.4 Creatinine 0.61 GFR 99 Na 136 K 3.6 HCO3 32 Chloride 97 Calcium 8.9 Phosphorus 2.3 Mg 1.4 DTX=116mg%	Cholesterol 166Triglyceride 186 HDL=35, LDL=91, INR=1.11, PT=12.1,PTT=29DTX=185mg% FBS 112 BUN 11.3, Mg 1.8 Creatinine 1.08 GFR 72 Na 136 K 3.3 HCO3 38 Chloride 95 Calcium9.3 Phosphorus 2.4
ผล CT scan	Acute right MCA territory infarction	Lacunar infarction at anterior limb

หัวข้อ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การวินิจฉัย	Acute Ischemic Stroke	of right internal capsule Acute Ischemic Stroke
การรักษา	-0.95%NSS 1000cc V 80ml/hr CT brain Xray EKG 12 lead -rt-PA 60 mg โดยให้ 5.6mg Bolus และ 51.1 mg drip in 1hr 50%mgso4+5%DW 100ml drip in 4 hr. -ASA 300 mg oral OD -Atorvastatin 40mg oral hs	-0.95%NSS 1000cc V 80ml/hr - CT brain Xray EKG 12 lead -rt-PA ขนาด 60 mg โดยให้ 6mg Bolus และ 54mg drip in 1hr ชั่วโมง -KCL 90 mEq+nss 1000 ml drip 80ml/hr ASA 300 mg oral OD -Atorvastatin 40 mg oral hs -Enalapril 5mg 1x2 oral PC

กิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>1.เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในสมองและภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษารายที่ 1.ได้รับยา rt-PA ขนาด 60 mg โดยให้ 5. 6mg Bolus และ 51.1mg drip in 1hr กรณีศึกษารายที่ 2.ได้รับยา rt-PA ขนาด 60 mg โดยให้ 6 mg bolus และ 54 mg drip in 1hr</p> <p>การประเมินผล กรณีศึกษาที่ 1 ไม่เกิดภาวะเสี่ยง กรณีศึกษาที่ 2 มีเลือดออกตามไรฟันเล็กน้อยใช้ก๊อสแพคไว้ เลือดหยุดได้</p>	<p>1.จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา ดูแลศีรษะและลำคอไม่ให้พับงอมากกว่า 90 องศา</p> <p>2.ดูแลให้ยาละลายลิ่มเลือดตามแผนการรักษา</p> <p>3.วัดสัญญาณชีพและประเมินอาการทางระบบประสาท Glasgow coma score ทุก 15 นาที x 2 ชั่วโมง ทุก 30 นาที x 6 ชั่วโมง ทุก 1 ชั่วโมง x 16 ชั่วโมง เมื่ออาการคงที่ให้วัดทุก 4 ชั่วโมง</p> <p>4.งดอาหารและน้ำทางปาก</p> <p>5.เฝ้าระวังภาวะเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ</p> <p>5.งดกิจกรรมหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด เช่น ฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อใส่สายสวน</p>
<p>2.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสมองบวม IICP จากการมีภาวะสมองขาดเลือด (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผลการตรวจ CT แพทย์วินิจฉัย Acute ischemic stroke</p> <p>การประเมินผล ไม่มีภาวะแทรกซ้อนสมองบวม IICP ทั้ง 2 ราย</p>	<p>1.สังเกตอาการปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน ชัก แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น ซึ่งเป็นอาการแสดงของภาวะเลือดออกในสมองหรือมีภาวะสมองขาดเลือดเพิ่มขึ้น</p> <p>2.จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้เลือดไหลกลับหัวใจได้สะดวก</p> <p>3.ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยให้ออกซิเจน 3 LPM keep O₂ sat > 95%</p> <p>4.วัดสัญญาณชีพและประเมินอาการทางระบบประสาททุก 1 ชั่วโมง</p>
<p>3.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลกลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาละลายลิ่มเลือด (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน สีหน้ากังวล ถามว่าอาการจะดีขึ้นหรือไม่</p> <p>การประเมินผล สีหน้าคลายความกังวล</p>	<p>1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติรวมทั้งกระตุ้นให้การช่วยเหลือ</p> <p>2.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามปัญหาและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจให้ยาละลายลิ่มเลือดและแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>3.ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติถึงอาการของโรค แผนการรักษา</p> <p>4.แจ้งผู้ป่วยให้ทราบทุกครั้งก่อนทำกิจกรรมพยาบาล</p>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ตัดสินใจยอมรับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด	
4.มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2) ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษารายที่ 1 ค่า Mg=1.4 กรณีศึกษารายที่ 2 ค่า K=3.2 การประเมินผล กรณีศึกษารายที่ 1.ไม่มีภาวะขาดสารน้ำและเกลือแร่ค่า K=3.5 กรณีศึกษารายที่ 2 ผลค่า Mg=1.7	1.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและElectrolyteให้เพียงพอตามแผนการรักษาของแพทย์ กรณีศึกษาที่1ได้รับ 50%MgSO4 4 ml+5% DW 100ml drip in 4 hr กรณีศึกษาที่ 2 ได้รับ KCl40meq+0.9NSS 1000ml drip 80 ml/hr 2.สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะ Potassium ต่ำหรือสูง หรือภาวะที่มีความผิดปกติของ Sodium, Calcium, Bicarbonate
5.ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่อง (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2) ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษารายที่ 1 แขนขาซ้ายอ่อนแรง กลืนลำบาก ปากเปื่อยพุทไม่ซัด การประเมินผล รายที่ 1.กลืนเนื้ออ่อนแรงระดับ1 รายที่ 2.กลืนเนื้ออ่อนแรงระดับ2	1.ระวังอุบัติเหตุตกเตียงยกไม้กั้นเตียงขึ้นตลอดเวลา 2.ดูแลให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล 2.จัดท่านอนให้เหมาะสมศีรษะสูง 30 องศา 4.ประเมินระบบประสาททุก 1 ชั่วโมง เพื่อทราบระยะการ progress ของโรค 5.ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ อาการที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรค และรับฟังปัญหาอย่างเข้าใจ

สรุปกรณีศึกษา:

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโดยระบบช่องทางด่วนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดโรคเหมือนกันคือเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีโรคร่วม เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และภาวะสุขภาพสูงอายุ แบบแผนการดูแลสุขภาพต่างกันในการรับประทานอาหาร รายที่ 1 ชอบรับประทานอาหารรสหวาน รายที่ 2 รับประทานอาหารรสเค็มรสจัด ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังวันละ 1 ขวด ได้รับการวินิจฉัยเหมือนกัน คือ Acute Ischemic Stroke ได้รับยา rt-PA เหมือนกันการวินิจฉัยและการรักษาในห้องฉุกเฉินเหมือนกัน แตกต่างที่การประเมินผลข้อ 1 เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในสมองและภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด โดยรายที่ 2 มีเลือดออกตามไรฟันหลังได้รับยา rt-PA ได้รับการดูแลเพิ่มเติมจนไม่มีภาวะเลือดออก การประเมินผลข้อที่ 4 มีภาวะไม่สมดุลน้ำและเกลือแร่ ได้รับยาต่างกัน รายที่ 1 ได้รับ 50%MgSO4 vein drip รายที่ 2 ได้รับ KCl 90 mEq vein drip การนำส่งโรงพยาบาลต่างกัน รายที่ 1 นำส่งโดยญาติ รายที่ 2 นำส่งโดยรถกู้ชีพในระยะเวลาไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงเหมือนกัน หลังจากมีอาการทำให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว พยาบาลห้องฉุกเฉินมีการประเมินคัดกรองและรายงานแพทย์ได้ทันที ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายในเวลาที่กำหนดและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต (ICU Stroke Unit) ผลสำเร็จที่ได้คือ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง จากพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถและการตัดสินใจในการประเมินคัดกรองและรายงานแพทย์ได้ทันที ได้รับการวินิจฉัยและได้รับยาละลายลิ่มเลือดตามเวลาที่กำหนด ได้รับการบริการตามมาตรฐานการพยาบาลส่งผลให้เกิดความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ระยะวันนอนที่เหมาะสม ได้รับการดูแลครบทีมสหวิชาชีพตามระบบ Home Program ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ สามารถจำหน่ายกลับบ้านในระยะเวลาที่เหมาะสม ความยากและอุปสรรคที่พบคือ ห้องฉุกเฉินมีผู้ป่วยโรคซับซ้อนมารับบริการเป็นจำนวนมาก

มาก ส่งผลให้ทีมพยาบาลเข้าถึงคนไข้ล่าช้าและแนวทางปฏิบัติยังมีขั้นตอนบางส่วนที่ทำให้เกิดความล่าช้าการ
เข้าใจยังคงคลาดเคลื่อนไม่ตรงกัน ผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่มีความรู้เรื่องอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะ:

1. พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยางตลาด
2. พัฒนาความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพ ทั้งการอบรมระยะสั้น advance stroke Nurse และการอบรม
พยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำความรู้และเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาพัฒนา
คุณภาพการดูแลผู้ป่วย Fast Track Stroke
3. เพิ่มการประชาสัมพันธ์ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน
ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจเต้นผิดปกติ สูบบุหรี่ โรคอ้วน กรณีเกิดอาการของโรคหลอดเลือด
สมองให้รีบมา โรงพยาบาลทันทีเพื่อให้เข้าถึงการรักษาทันเวลา

เอกสารอ้างอิง

1. พรชัย จุลเมตต์. (2565). การพยาบาลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
2. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. (2564). การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสู่ผลลัพธ์ที่เป็นเลิศทางการ
พยาบาล. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล นิยมวิทยา.
3. สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2565). แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองทันยุคสำหรับแพทย์และทีมสุขภาพเขต7.
ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
4. สมบัติ มุ่งทวีพงษา. (2566). โรคหลอดเลือดสมองและประสาทวิทยาวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ:
สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
5. สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2565). อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. Thai Journal of Neurology;39(2): 39-46.
6. สมบัติ มุ่งทวีพงษา. (2566). โรคหลอดเลือดสมองและประสาทวิทยาวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ:
สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
7. วิจิตรา กุสมมภ์. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตแบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วน
สามัญนิติบุคคล.
8. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2564). โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ความรู้สำหรับผู้ปฏิบัติการด้าน
การแพทย์ฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ: บริษัท อัลทิเมท พรินติ้งจำกัด.

KLSH 14

การพยาบาลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บทรวงอก: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of the Patients with Traumatic haemopneumothorax: 2 Case Studies

รัตนา ยวงคำมา

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

คำสำคัญ: การมีภาวะลมในช่องเยื่อหุ้มปอด การพยาบาล การบาดเจ็บทรวงอก

บทนำ: อุบัติเหตุบนท้องถนน เป็นสาเหตุให้คนหนุ่มสาวเสียชีวิตมากที่สุด (WHO, 2022) คนเสียชีวิตบนท้องถนน มากกว่า การเสียชีวิตจากโรคอื่นๆ การเกิดอุบัติเหตุจราจร (Road traffic injury) พบมากในทวีปแอฟริกา มีอัตราการเสียชีวิตบนท้องถนนอยู่ที่ 26.6 ต่อประชากร 1 แสนคนหรือคิดเป็นเกือบ 3 เท่าของยุโรป ซึ่งมีอัตราการตายต่ำที่สุดในโลก และรองลงมาคือ เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยเฉพาะประเทศไทย จากข้อมูลของ Wordatlas.com (2565) ประเทศไทย เป็นประเทศที่มีอันตรายจากอุบัติเหตุจราจรสูงเป็นอันดับ 1 ของโลก คือ 36.2 ต่อประชากร 100,000 คน จากการรายงานของ WHO (2565) ภาพรวมอุบัติเหตุในประเทศไทย มีสถิติพบผู้เสียชีวิตเป็นอันดับ 2 ของโลก โดยอุบัติเหตุบนท้องถนนในประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตติดอันดับ 9 ของโลก จากข้อมูลด้านการบาดเจ็บของศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ (Thai RSC ; 2565) พบว่าสาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุคือ การขับรถเร็ว การดื่มสุรา การขับรถกระชั้นชิด การมีทัศนวิสัยที่ไม่ดี และสภาพถนนไม่เอื้ออำนวย ยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่ เป็นจักรยานยนต์คิดเป็นร้อยละ 89.95 รองลงมาเป็นรถกระบะและรถเก๋ง คิดเป็นร้อยละ 7.60 รถโดยสารสาธารณะและรถบรรทุก ร้อยละ 1.14 ตามลำดับ (ศูนย์อำนวยความสะดวกปลอดภัยทางถนน,2565) การบาดเจ็บหลายระบบ เป็นปัญหาที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ ซึ่งมีสาเหตุส่วนใหญ่จากอุบัติเหตุทางจราจรมักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงอายุน้อย อยู่ในช่วงวัยทำงานและในวัยเรียน ซึ่งเป็นปัญหาระดับประเทศที่ ผู้ได้รับบาดเจ็บรุนแรงมักจะเสียชีวิตในที่เกิดเหตุ และมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน

จากสถิติการให้บริการของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุและได้รับบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ ประเด็นปัญหาที่สำคัญคือการบาดเจ็บหลายระบบ (Multiple Trauma) เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลกับ เขตสุขภาพที่ 7 และของประเทศพบปัญหา 2 ประเด็นคือ 1) อัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บช่องท้อง (Abdominal Injury) ปีงบประมาณ 2561-2565 อัตราการเสียชีวิต ในเขตสุขภาพที่ 7 มีอัตราการตายเฉลี่ยร้อยละ 8.21 จังหวัดกาฬสินธุ์ มีอัตราการตายสูงเป็นอันดับ 2 คือ ร้อยละ 9.74 อัตราการตายของประเทศเฉลี่ย ที่ 8.76% 2) อัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บทรวงอก (Chest Injury) ปีงบประมาณ 2561-2565 อัตราการเสียชีวิต ในเขตสุขภาพที่ 7 มีอัตราการตายเฉลี่ยของประเทศ ร้อยละ 2.59 จังหวัดกาฬสินธุ์ มีอัตราการตายสูงคือ ร้อยละ 5.05 การบาดเจ็บทรวงอกทำให้เกิดพยาธิสภาพที่มีผลกระทบต่อหัวใจ การไหลเวียนเลือด

และระบบหายใจ ต้องให้ความสำคัญและให้การช่วยเหลือการบาดเจ็บทรวงอกในลำดับแรกๆ โดยเฉพาะการช่วยเหลือแก่ไขกระดูกการหายใจให้มีประสิทธิภาพ ถือเป็นบาดเจ็บอีกอย่างหนึ่งที่พบได้บ่อยของการเกิดอุบัติเหตุเกือบทุกชนิด ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากยานพาหนะที่มีความเร็วสูงหรืออุบัติเหตุท้องถนน เช่น รถวิ่งด้วยความเร็วสูงแล้วหยุดกะทันหัน (deceleration injury) ซึ่งขณะรถหยุดตัวผู้โดยสารหรือคนขับที่ยังมีแรงเหวี่ยงไปข้างหน้า

ดังนั้น การบาดเจ็บทรวงอกจึงจำเป็นต้องให้ ความสำคัญในการช่วยเหลือค้นหาภาวะคุกคามต่อชีวิตให้มากที่สุด โดยเฉพาะพยาบาลที่เป็นผู้ดูแลหลักเมื่อผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ตลอด 24 ชั่วโมง และต้องทำการรักษา พร้อมกับทีมแพทย์และบุคลากรอื่น ตามแนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บ ให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและไม่หลงเหลือความพิการหรือให้หลงเหลือความพิการน้อยที่สุด กลับสู่สังคมด้วยคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์: เพื่อ 1) ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอก และ 2) ศึกษาและวางแผนการพยาบาลเพื่อช่วยการฟื้นหายและลดภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บทรวงอก

วิธีดำเนินการศึกษา: เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 รายที่คัดเลือกจากแฟ้มประวัติ การซักถามข้อมูลรวมถึงสัมภาษณ์ ผู้ป่วยและญาติ ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยการบาดเจ็บทรวงอก ในแผนกศัลยกรรมในปี 2566 ใช้แนวคิดทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเรม (Orem’s self- Care Deficit Theory) การประเมินความพร้อมที่เกิดจากร่างกายได้รับบาดเจ็บที่ทรวงอก ร่วมกับใช้แนวคิดการประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ในการประยุกต์ในการวางแผนการพยาบาล เปรียบเทียบการระบุปัญหา หรือข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล สรุปอภิปรายผล และให้ข้อเสนอแนะในการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

ผลการศึกษา:

รายงานผู้ป่วย:

การประเมิน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<u>ข้อมูลทั่วไป</u>	<u>ข้อมูลทั่วไป</u>	<u>ข้อมูลทั่วไป</u>
เพศ	หญิง	ชาย
อายุ	42 ปี	54 ปี
สถานภาพ	โสด	โสด
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 6	ประถมศึกษาปีที่ 6
อาชีพ	ทำนา	รับจ้าง
ภูมิลำเนา	อ.ภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์	อ.เมือง จังหวัดกาฬสินธุ์
อาการสำคัญที่มา โรงพยาบาล	1 ชั่วโมง โดยสารรถกระบะประสบอุบัติเหตุ พริกคว่ำ มีแผลฉีกขาดบริเวณหน้าผาก เจ็บ หน้าอก 2 ข้าง และปวดบริเวณหลัง	2 ชั่วโมง ก่อนมาหลังดื่มสุราขับมอเตอร์ไซด์ ล้มเอง ไม่สลบเจ็บหน้าอก หายใจลำบากมี แผลถลอกหน้าอกและบริเวณมือ
ประวัติการเจ็บป่วย ปัจจุบัน	2 ชั่วโมงก่อนมา โดยสารรถกระบะประสบ อุบัติเหตุพริกคว่ำมีแผลฉีกขาด บริเวณ หน้าผาก เจ็บหน้าอก 2 ข้างและปวดบริเวณ หลัง	2 ชั่วโมงก่อนมาหลังดื่มสุราขับมอเตอร์ไซด์ ล้มเอง ไม่สลบเจ็บหน้าอกหายใจลำบากมี แผลถลอกหน้าอกและบริเวณมือ
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิเสธโรคประจำตัวหรือภาวะเจ็บป่วยใน	ปฏิเสธโรคประจำตัวหรือภาวะเจ็บป่วยใน

การประเมิน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	อดีต	อดีต
ปัจจัยเสี่ยง	เป็นผู้โดยสาร ไม่มีประวัติดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ดื่มสุร่าบ่อยครั้งเนื่องจากเชื่อว่า ทำให้หายเหนื่อยจากการทำงาน
อาการและอาการแสดง	จากการตรวจร่างกายพบว่าได้รับบาดเจ็บที่ทรวงอกทั้ง 2 ข้างเขียวช้ำและถลอกมีอาการเจ็บหน้าอกมาก หายใจลำบาก หอบ อัตราการหายใจใน 26-32 ครั้งต่อนาที decrease breathing both lung , fine crepitation both lung	ตรวจร่างกายพบมีรอยช้ำบริเวณอกด้านซ้ายและลำตัว decrease breathing, fine crepitation Lt Lung
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ	วันที่ 15 เมษายน 2566 ผล CT scan และ CXR พบ 1) multiple fractures bilateral 1 st ribs ,left 2 nd ,3 rd and 4 th ribs, right 4 th and 5 th ribs 2) bilateral hemo pneumothorax, pneumo mediastinum and subcutaneous emphysema	23 เมษายน 2566 ผล CXR Lt lung contusion with hemothorax ,fracture rib 5 th 6 th
การวินิจฉัยโรค	Multiple fractures bilateral 1st ribs ,left 2nd,3rd and 4th ribs, right 4th and 5th ribs and bilateral hemopneumothorax, pneumomediastinum and subcutaneous emphysema	Lt lung contusion with hemothorax ,fracture rib 5 th 6 th
การผ่าตัด/หัตถการ	-on ICD ทั้ง 2 ข้าง Rt no 28 ซีด 18 Lt no 28 ซีด 18 ที่โรงพยาบาลภูษินารายณ์	-on ICD Lt no 28 ซีด 10 โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล	รับการรักษา 19 วัน เข้ารับการรักษา 15 เม.ย. 66 จำหน่าย วันที่ 4 พ.ค 66	รับการรักษา 11 วันรับการรักษา 23 เม.ย.66 จำหน่าย 6 พ.ค.66
การพยากรณ์โรค	จากผลการตรวจร่างกาย ผล CXR ผล CT scan มีการบาดเจ็บรุนแรงที่ปอดทั้ง 2 ข้าง มีการเสียเลือดจำนวนมากต้องให้เลือดทดแทน ต้องใช้เวลาในการรักษามีอาการปวด และมีการเพิ่มประสิทธิภาพด้วยระบบการต่อ ICD ด้วยระบบ 3 ขวด ต่อ suction และบางช่วงต้องช่วยหายใจด้วย High flow nasal cannula ประคับประคองเพื่อส่งเสริมการหายใจและการฟื้นฟูสภาพของปอด ซึ่งผู้ป่วยหายใจและกลับไปดูแลที่บ้านได้ในที่สุด	ผลการตรวจ CXR พบว่า เยื่อหุ้มปอดได้รับบาดเจ็บมีเลือดออก การรักษาคือการใส่ท่อระบายทรวงอก เพื่อระบายเลือด เพื่อเพิ่มพื้นที่การขยายตัวของปอด ต้องใช้เวลาในการระบาย จำนวน 11 วัน โดยมีเลือดออกเฉลี่ย 100 ml ต่อ 8 ชั่วโมง มีการติดตามผล CXR จน จำนวนเลือดลดลง พื้นที่ปอดขยายได้ดีที่สุดไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อระบาย

กิจกรรมการพยาบาล:

การศึกษาครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's self- Care Deficit Theory) การประเมินความพร้อมที่เกิดจากร่างกายได้รับบาดเจ็บที่ทรวงอก ร่วมกับใช้แนวคิดการ

ประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ในการประยุกต์และวางแผนการพยาบาล ของผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย
ซึ่งมีการเรียงลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาลในระยะวิกฤต

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล	
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะวิกฤต	กิจกรรมการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากได้รับบาดเจ็บที่ช่องทรวงอก	- จัดทำนอนที่สุขสบาย จัดทำนอนหัวสูงให้ท้องและกระบังลมหย่อนตัว	- จัดทำนอนที่สุขสบาย จัดทำนอนหัวสูงเพื่อช่วยให้อวัยวะในช่องท้องและกระบังลมหย่อนตัว
วัตถุประสงค์	- ดูแลให้ได้รับออกซิเจนด้วย mask whit bag 10 LPM ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะมีอาการคงที่ monitor O ² sat Keep > 96 %	- on mask whit bag 10 LPM ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะมีอาการคงที่ monitor O ² sat Keep > 96 %
- เพื่อให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ	- ดูแล ICD เพื่อให้ระบายลมหรือเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ	- ICD เพื่อให้ระบายลมหรือเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ
	การประเมินผล	การประเมินผล
	- ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นอนพักได้หายใจเองได้ ICD ทำงานได้ดี Vital sing ปกติ O ² sat > 98% ไม่มีภาวะพร่อง O ²	- ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน พักผ่อนนอนหลับได้
2. มีภาวะ Hypovolemic เนื่องจากเสียเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด	กิจกรรมการพยาบาล	เนื่องจากผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บน้อยกว่าปริมาณเลือดออกน้อยกว่าทำให้ไม่พบอาการแสดงภาวะ Hypovolemic
วัตถุประสงค์	- ประเมินการเสียเลือดด้วยการเจาะความเข้มข้นของเลือดเพื่อให้ได้รับเลือดทดแทนและให้สารน้ำทดแทน	สามารถได้รับอาหารอ่อนปกติระยะแรกและอาหารปกติก่อนจำหน่ายกลับบ้าน
ปลอดภัยจากภาวะเสียเลือด	การประเมินผล	
	- no cyanosis P= 90-98 bpm RR=20-26 bpm BP=110-130/ 82-90 mmHg O ² Sat= 98-100% จากโรงพยาบาลชุมชน Hct 29 vol% ลดลงเป็น 26 vol% ที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้รับเลือดทดแทน PRC 4 unit หลังจากนั้น Hct อยู่ในเกณฑ์ปกติ 30-34 ก่อนจำหน่าย	
3. ไม่สุขสบายและปวดเนื่องจากกระดูกซี่โครงหักและได้รับบาดเจ็บช่องอก	กิจกรรมการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วัตถุประสงค์	- ประเมินความเจ็บปวดโดยการซักถามและสังเกตการสังเกตอาการแสดง	- ประเมินความเจ็บปวดโดยการซักถามการสังเกตอาการแสดง
- เพื่อบรรเทาอาการปวด	- จัดทำนอนให้อยู่ในท่าศีรษะสูงและทำที่สุขสบาย	- จัดทำนอนให้อยู่ในท่าศีรษะสูงและทำที่สุขสบาย สอนการฝึกผ่อนคลายโดยการหายใจ หายใจเข้า-ออกช้าๆ ลึกๆ
	- ดูแลให้การระบาย content จากสาย ICD ให้มีการไหลได้สะดวก ไม่หักพับงอ ป้องกันการคั่งค้างของ content ในทรวงอก ซึ่งจะทำให้เกิดความเจ็บปวดได้ ดูแลสายยางที่ต่อกับท่อ ICD ไม่ให้ตึงเกินไปเพื่อให้ผู้ป่วย	- ดูแลให้การระบาย content จากสาย ICD ให้มีการไหลได้สะดวก ไม่หักพับงอ ป้องกันการคั่งค้างของ content ในทรวงอก
		- ดูแลให้ยาแก้ปวด Paracetamal (500)

ชื่อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล	
	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
	<p>เคลื่อนไหวได้สะดวก ให้ยาแก้ปวด Morphine 3-4 mg. iv ตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา</p> <p><u>การประเมินผล</u></p> <p>อาการปวดลดลงสามารถนอนพักได้ ประเมิน pain score ได้ 3-4/10 คะแนน</p>	<p>1 tab po.prn q 4-6 hr.ตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา</p> <p><u>การประเมินผล</u></p> <p>อาการปวดลดลงสามารถนอนพักได้ ประเมิน pain score ได้ 3-4/10 คะแนน</p>
<p>4.ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย</p> <p><u>วัตถุประสงค์</u></p> <p>-ลดภาวะวิตกกังวล</p>	<p><u>กิจกรรมการพยาบาล</u></p> <p>-เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ก่อนให้การพยาบาล สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวล</p> <p>-ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ได้แก่สาเหตุอาการและอาการแสดงของโรค ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล</p> <p><u>การประเมินผล</u></p> <p>-ผู้ป่วยยังคงมีสีหน้ายิ้มแย้มในบางครั้ง แต่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลด้วยดี</p>	<p><u>กิจกรรมการพยาบาล</u></p> <p>-เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ก่อนให้การพยาบาล สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร</p> <p>-ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ได้แก่สาเหตุอาการและอาการแสดงของโรค ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล</p> <p><u>การประเมินผล</u></p> <p>-ผู้ป่วยยังคงมีสีหน้ายิ้มแย้มในบางครั้ง แต่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลด้วยดี</p>
<p>5.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อระบายทรวงอก</p> <p><u>วัตถุประสงค์</u></p> <p>-ปลอดภัยจากการใส่สายระบายทรวงอก</p>	<p><u>กิจกรรมการพยาบาล</u></p> <p>-ดูแลการทำงานของท่อระบายทรวงอกให้อยู่ในระบบปิด สังเกตการกระเพื่อมขึ้นลงของระดับน้ำในหลอดแก้ว ตามการหายใจเข้าออกของผู้ป่วย</p> <p>-จัดวางให้ตำแหน่งของภาชนะที่รองรับเลือดหรือลมอยู่ต่ำกว่าระดับทรวงอกเสมอ และจัดสายไม่ให้ห้อยย้อยมากเกินไปเพื่อให้การระบายได้ดี</p> <p>-แนะนำการใช้คีมหนีบ (clamp) ในกรณีขูดตกแตก หรือกรณีที่ท่อระบายทรวงอกหลุดให้รีบใช้ Vaseline gauze ปิดทับและปิดด้วยผ้าก๊อสและพลาสติกที่และรายงานแพทย์ทราบ</p> <p>-สอนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกบริหารการหายใจ (breathing exercise) ทุก 2-3 ชั่วโมง</p>	<p><u>กิจกรรมการพยาบาล</u></p> <p>-ดูแลการทำงานของท่อระบายทรวงอกให้อยู่ในระบบปิด สังเกตการกระเพื่อมขึ้นลงของระดับน้ำในหลอดแก้วตามการหายใจเข้าออกของผู้ป่วย</p> <p>-จัดวางให้ตำแหน่งของภาชนะที่รองรับเลือดหรือลมอยู่ต่ำกว่าระดับทรวงอกเสมอ และจัดสายไม่ให้ห้อยย้อยมากเกินไปเพื่อให้การระบายได้ดี</p> <p>-แนะนำการใช้คีมหนีบ (clamp) หรือกรณีที่ท่อระบายทรวงอกหลุดให้รีบใช้ Vaseline gauze ปิดทับและปิดด้วยผ้าก๊อสและพลาสติกที่และรายงานแพทย์ทราบ</p> <p>-สอนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกบริหารการหายใจ (breathing exercise) ทุก 2-3 ชั่วโมง</p> <p><u>การประเมินผล</u></p> <p>ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อ</p>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล	
	กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2
	<p><u>การประเมินผล</u></p> <p>ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อระบายทรวงอก แต่ต้องมีการขยับเคลื่อนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการระบายของ ICD</p>	<p>ระบายทรวงอก แต่ต้องมีการขยับเคลื่อนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการระบายของ ICD</p>
<p>ระยะฟื้นฟูสภาพ</p> <p>1.การดูแลเพื่อให้ท่อระบายทรวงอกทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p><u>วัตถุประสงค์</u></p> <p>เพื่อส่งเสริมการระบายของลมและเลือดและเพิ่มพื้นที่การแลกเปลี่ยนก๊าซของปอด</p>	<p><u>กิจกรรมการพยาบาล</u></p> <p>-ภายหลังใส่ท่อระบายทรวงอกแล้วมีอาการเหนื่อย แน่นหน้าอก ควรรีบแจ้งแพทย์เพื่อ ตรวจประเมินหาความผิดปกติ</p> <p>-แนะนำการบริหารการหายใจโดยใช้เครื่องดูดบริหารปอด (Tri-flow incentive spirometer)</p> <p>-แนะนำการไออย่างมีประสิทธิภาพเพื่อขับเสมหะออกจากปอดได้ดีที่สุด</p> <p>-ดูแลไม่ให้สายของท่อระบายทรวงอกถูกทับ หรือหักพับงอ ขวดรองรับอยู่ในระดับต่ำกว่าทรวงอก 2-3 ฟุต</p> <p>-เมื่อจะมีการเคลื่อนย้ายควร clamp สายยางทุกครั้ง และให้ขวดรองรับอยู่ในระดับต่ำกว่าทรวงอกเสมอ รีบเอา clamp ออกทันทีเมื่อกลับถึงเตียงระวังขวดแตก เอียง ล้ม</p> <p>-ดูแลระดับน้ำกับแท่งแก้วในขวดรองรับการกระเพื่อมขึ้นลงของน้ำตามจังหวะการหายใจ</p> <p>-ระวังสายระบายอุดตันโดยลิ่มเลือดหรือ fibrin</p> <p>-บริหารข้อไหล่ข้างที่ใส่ท่อระบายเพื่อป้องกันข้อไหล่ติดยึด</p> <p><u>การประเมินผล</u></p> <p>-ผู้ป่วยมีอาการฟื้นหายปกติจนสามารถกลับบ้านได้ไม่พบภาวะแทรกซ้อน</p> <p><u>กิจกรรมการพยาบาล</u></p> <p>-ดูแลในยาปฏิชีวนะเพื่อควบคุมอาการติดเชื้อคือ Fortum 2 gms.q 8 hr.ต่อมามีไข้เปลี่ยนเป็น Tazocin 4.5 gms.iv infusion +NSS 100 ml หยด 20-30 นาที</p> <p>-รักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล ป้องกัน</p>	<p><u>กิจกรรมการพยาบาล</u></p> <p>-ภายหลังใส่ท่อระบายทรวงอกแล้วมีอาการเหนื่อย แน่นหน้าอก ควรรีบแจ้งแพทย์ทราบเพื่อตรวจประเมินหาความผิดปกติ</p> <p>-แนะนำการบริหารการหายใจโดยใช้เครื่องดูดบริหารปอด (Tri-flow incentive spirometer)</p> <p>-แนะนำการไออย่างมีประสิทธิภาพเพื่อขับเสมหะออกจากปอดได้ดีที่สุด</p> <p>-ดูแลไม่ให้สายของท่อระบายทรวงอกถูกทับ หรือหักพับงอ วางต่ำกว่าทรวงอก 2-3 ฟุต</p> <p>-เมื่อจะมีการเคลื่อนย้ายควร clamp สายยางก่อนทุกครั้ง และให้ขวดรองรับอยู่ระดับต่ำกว่าทรวงอกเสมอระวังขวดแตก เอียง ล้ม รีบเอา clamp ออกทันทีเมื่อกลับถึงเตียง</p> <p>-ดูแลระดับน้ำกับแท่งแก้วในขวดรองรับการกระเพื่อมขึ้นลงของน้ำตามจังหวะการหายใจ</p> <p>-ระวังสายระบายอุดตันโดยลิ่มเลือดหรือ fibrin</p> <p>-บริหารข้อไหล่ข้างที่ใส่ท่อระบายเพื่อป้องกันข้อไหล่ติดยึด</p> <p><u>การประเมินผล</u></p> <p>-ผู้ป่วยมีอาการฟื้นหายปกติจนสามารถกลับบ้านได้ไม่พบภาวะแทรกซ้อน</p> <p><u>กิจกรรมการพยาบาล</u></p> <p>-ดูแลในยาปฏิชีวนะเพื่อควบคุม อาการติดเชื้อคือ Augmentin 1.2 gm ทุก 8 ชั่วโมง(IV PUSH นาน 3-4 นาที) ในวันที่ 2 พฤษภาคม 2566 จนถึง วันที่ 6 พฤษภาคม 2566</p> <p><u>การประเมินผล</u></p>
<p>2.ป้องกันการติดเชื้อเนื่องจากต้องใส่ท่อระบายทรวงอกเป็นเวลานาน</p> <p><u>วัตถุประสงค์</u></p> <p>ปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อ</p>	<p><u>กิจกรรมการพยาบาล</u></p> <p>-ดูแลในยาปฏิชีวนะเพื่อควบคุม อาการติดเชื้อคือ Fortum 2 gms.q 8 hr.ต่อมามีไข้เปลี่ยนเป็น Tazocin 4.5 gms.iv infusion +NSS 100 ml หยด 20-30 นาที</p> <p>-รักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล ป้องกัน</p>	<p><u>กิจกรรมการพยาบาล</u></p> <p>-ดูแลในยาปฏิชีวนะเพื่อควบคุม อาการติดเชื้อคือ Augmentin 1.2 gm ทุก 8 ชั่วโมง(IV PUSH นาน 3-4 นาที) ในวันที่ 2 พฤษภาคม 2566 จนถึง วันที่ 6 พฤษภาคม 2566</p> <p><u>การประเมินผล</u></p>

ชื่อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล	
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	<p>ไม่ให้แผลถูกน้ำ</p> <p><u>การประเมินผล</u></p> <p>ได้รับยาปฏิชีวนะ ด้วยการฉีดยา วันที่ 20 เมษายน 2566 คือ Fortum 2 gms.q 8 hr.ต่อมามีไข้เปลี่ยนเป็น Tazocin 4.5 gms.iv infusion +NSS 100 ml หยด 20-30 นาที อาการแสดงของภาวะติดเชื้อลดลง สามารถหยุดยาและกลับสู่ภาวะปกติ</p>	<p>-ได้รับยาปฏิชีวนะ ด้วยการฉีดยา</p> <p>ไข้ลดลง จนสามารถกลับบ้านได้ในที่สุด</p>
3.ป้องกันการเกิดความไม่เพียงพอของอาหารและโปรตีน	<p><u>กิจกรรมการพยาบาล</u></p> <p>-ดูแลให้ได้รับอาหาร เน้นโปรตีนให้เพียงพอ ด้วยการให้คำแนะนำ</p> <p><u>การประเมินผล</u></p> <p>-มีปัญหาด้านอาหารและโปรตีนระยะแรกเนื่องจากมีอาการรบกวนแต่ได้รับอาหารโปรตีนเพียงพอ</p>	<p><u>กิจกรรมการพยาบาล</u></p> <p>-ดูแลให้ได้รับอาหาร เน้นโปรตีนให้เพียงพอด้วยการให้คำแนะนำ</p> <p><u>การประเมินผล</u></p> <p>-ไม่มีปัญหาด้านขาดสารอาหาร</p>

สรุปกรณีศึกษา: กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับบาดเจ็บจากการ การประสบอุบัติเหตุบนท้องถนน โดยได้รับบาดเจ็บที่ช่องอก มีกระดูกซี่โครงหัก หลายซี่ เกิดมีลมและเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด ได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อระบายทรวงอก เพื่อระบายลมและเลือดออกจากทรวงอก รับประทานตามแนวทางปฏิบัติ แบบช่องทางด่วน (Multiple Trauma Fast Track) ความรวดเร็วและเหมาะสมในการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น จนปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงแม้ต้องใช้เวลาในการรักษาค่อนข้างนานด้วยพยาธิสภาพที่รุนแรง แต่อาการทุเลาลงและดีขึ้นจนสามารถจำหน่าย กลับบ้านได้ในที่สุด ซึ่งยังต้องนัดมาเพื่อติดตามอาการหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน 2-4 สัปดาห์

ข้อเสนอแนะ: 1) การพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้และทักษะความสามารถในการตัดสินใจ ด้วยการกำกับให้มีการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทาง เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีลมและเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด 2) มีระบบทบทวนการส่งต่อผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และ 3) กำหนดให้มีการประเมินทบทวนคุณภาพการดูแล ผู้ป่วยโรคลมในช่องเยื่อหุ้มปอดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มมาตรฐานและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

เอกสารอ้างอิง:

1. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2565). การรายงานสรุปสถิติข้อมูลผู้บริการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์.
2. ไสว นรสาร, และพีรญา ไส้ใหม่. (2564) .การพยาบาลผู้บาดเจ็บ Trauma Nursing.นนทบุรี:ปิยอนต์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
3. กัลชนา ศรีพรหม, นิภาวรรณ สามารถกิจ, เขมรดี มาสิงบุญ, (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพปอดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
4. ชชาติชาย คล้ายสุบรรณ.(2561). ผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้บาดเจ็บต่อผลการรักษาผู้บาดเจ็บรุนแรงของเครือข่ายจังหวัดปราจีนบุรี.บูรพาเวชสาร ปีที่5 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2561 หน้า 28-35.

5. ศัลยแพทย์ราชวิทยาลัย. (2565). แนวทางปฏิบัติการรักษาบาดเจ็บช่องอก.ศัลยแพทย์ราชวิทยาลัย.
6. ชมรมพยาบาลศัลยกรรมอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย.(2566).Trauma Guideline. ชมรมพยาบาลศัลยกรรมอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ.บริษัท เค เพาเวอร์เพรส จำกัด.
7. สุพัตรา อยู่สุข,พรจันทร์ สุวรรณมนตรี,พิจริยา เจริญรัตน์,น้ำผึ้ง นิลสนธิ. (2560). พัฒนารูปแบบการดูแลภาวะช็อกจากการเสียเลือดในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2560 หน้า 39-49.
8. พนมวรรณ วงศ์วัฒนกิจ,จารุวรรณ ธาดาเดช,อรุณรักษ์ มีไย,ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. (2562). ความสัมพันธ์ของปัจจัยการรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดภูเก็ต. ศรีนครินทร์สาร 2562 : 34(1).
9. วัชชรีภรณ์ รัตตสาร, ณีธุกานต์ บุญโคง และปิติวดี กิ่งมณี. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลสุรินทร์ วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ ปีที่ 37 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2565 หน้า 707-718.

บทคัดย่อ

ผลงานวิชาการ “มหกรรมผลงานวิชาการ
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ครั้งที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2567”

ประเภท

นำเสนอโดยวาจา (Oral Presentation) จำนวน 13 ผลงาน

ณ ห้องประชุมรวงผึ้ง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

KLSH 017

การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเส้นเลือดจอประสาทตาผิดปกติ: กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care of Premature Infants with Retinopathy of Prematurity: 2 Case Studies

ธัญญารัตน์ เวียงแก

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

คำสำคัญ: ภาวะเส้นเลือดจอประสาทตาผิดปกติ, โรคจอตาผิดปกติในทารกเกิดก่อนกำหนด

บทนำ: ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเส้นเลือดจอประสาทตาผิดปกติ หรือโรคจอตาผิดปกติในทารกเกิดก่อนกำหนด (retinopathy of prematurity, ROP) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อพัฒนาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนด เกิดจากจอตามีหลอดเลือดงอกใหม่ที่เจริญผิดปกติ แบ่งความรุนแรงเป็น 5 ระยะ ถ้าโรคดำเนินไปจนถึงระยะวิกฤต เส้นเลือดจะเจริญเข้าไปในช่องน้ำวุ้นตาตั้งรับจอตาจนหลุดลอกทำให้ตาบอดได้ (สุภาพรณ เต็งไตรสรณ์ และนริสา รัตนเลิศ, 2563: 129) จากรายงานการตรวจคัดกรองภาวะเส้นเลือดจอประสาทตาผิดปกติ ในผู้ป่วยเกิดก่อนกำหนดกลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ระหว่าง ปี 2562-2566 พบการเกิดภาวะเส้นเลือดจอประสาทตาผิดปกติ ร้อยละ 20.75, 10.38, 9.09, 6.32 และ 13.23 ตามลำดับ โดยมีแนวโน้มลดลงแต่ยังพบอุบัติการณ์ภาวะเส้นเลือดจอประสาทตาผิดปกติระยะรุนแรงในทารกที่ไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจต้องส่งต่อไปรักษาโดยการฉีดยาเข้าวุ้นตาหรือเลเซอร์ ซึ่งการศึกษาข้อมูลและการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจะเป็นประโยชน์ในการลดการเกิดภาวะเส้นเลือดจอประสาทตาผิดปกติ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเส้นเลือดจอประสาทตาผิดปกติ

วิธีดำเนินการศึกษา: การศึกษาเชิงพรรณนาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง วันที่ 1 พฤษภาคม 2565 โดยเก็บข้อมูลจากการซักประวัติและเวชระเบียนผู้ป่วย ประเมินผู้ป่วยตามกรอบแนวคิด 11 แบบแผนของ Gordon กำหนดเป็นแผนการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และครอบครัว

ผลการศึกษา:

รายงานผู้ป่วย:

หัวข้อ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
สรุปอาการสำคัญ	เพศหญิง ครรภ์แฝดคนที่ 2 คลอดทำกัน อายุครรภ์ 29 ⁺⁶ สัปดาห์ น้ำหนัก 1,270 กรัม APGAR Score 6-7-8 มีภาวะซีงอก ติดเชื้อที่ปอด ติดเชื้อในลำไส้ ตัวเหลืองมีภาวะหยุดหายใจ พบ ROP stage 3 ส่งตัวไปรักษาต่อโดยการฉีดยา Avastin รวมวันนอน 32 วัน	เพศชาย ครรภ์แฝดสามคนที่ 1 คลอดโดยการผ่าตัด อายุครรภ์ 30 ⁺⁴ สัปดาห์ น้ำหนัก 1,400 กรัม APGAR Score 9-10-10 มีภาวะหายใจลำบาก ติดเชื้อในกระแสเลือด ตัวเหลือง มีภาวะหยุดหายใจ มีหลอดเลือดหัวใจเกิน ตรวจพบ ROP stage 2 จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต รวมวันนอน 41 วัน

หัวข้อ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะ แรกรับ/ระยะวิกฤต	1. มีภาวะช็อก 2. ติดเชื้อในลำไส้	1. เสี่ยงต่ออวัยวะได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่ เพียงพอ 2. เสี่ยงต่อการติดเชื้อ
	(ข้อวินิจฉัยเหมือนกัน)	
	1. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน 2. เสี่ยงต่อ Hypothermia 3. มีภาวะตัวเหลือง 4. เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในโพรงสมอง 5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะภาวะเส้นเลือดจอบประสาทตาผิดปกติ 6. มีภาวะความเจ็บปวดและความเครียด	
ระยะฟื้นวิกฤต/ดูแลต่อเนื่อง	(ข้อวินิจฉัยเหมือนกัน)	
	1. เสี่ยงต่อภาวะ Hypo-Hyperthermia 2. เสี่ยงต่อการติดเชื้อซ้ำซ้อน 3. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ 4. ขาดการกระตุ้นสัมผัสและปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสม 5. มารดามีความวิตกกังวล	
ระยะตรวจ คัดกรองภาวะ ROP	(ข้อวินิจฉัยเหมือนกัน) 1. เสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการขยายม่านตาและตรวจตา 2. มีภาวะความเจ็บปวดและความเครียดจากการตรวจตา 3. มารดามีความวิตกกังวล	

กิจกรรมการพยาบาล:

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากปอดเจริญไม่เต็มที่ มีสารลด แรงตึงผิวไม่เพียงพอ / ติดเชื้อ	ประเมินอาการทางคลินิก บันทึกสัญญาณชีพ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูแลการ ได้รับปริมาณออกซิเจน ความชื้นความเข้มข้นให้เหมาะสม ให้ยาตามแผนการ รักษาของแพทย์
2. มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อ	บันทึกสัญญาณชีพ ให้สารน้ำและยาตามแผนการรักษา
3. เสี่ยงต่อภาวะ Hypo- Hyperthermia เนื่องจากศูนย์ควบคุม อุณหภูมิยังทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์	ปรับอุณหภูมิห้องให้อยู่ระหว่าง 26-28 °C จัดให้อยู่ในตู้ปรับอุณหภูมิตาม Neutral thermal environment อาบน้ำตามความจำเป็น ลดการเปิดตู้หรือนำ ผู้ป่วยออกมา บันทึกอาการ อุณหภูมิผู้ป่วยทุก 2- 4 ชั่วโมง ถ้าต่ำกว่า 36.5 °C เพิ่มอุณหภูมิตู้ครั้งละ 2 °C วัดอุณหภูมิทุก 15-30 นาที จนปกติ
4. เสี่ยงต่ออวัยวะต่าง ๆ ได้รับเลือดไป เลี้ยงไม่เพียงพอเนื่องจากปริมาณเลือด ที่ออกจากหัวใจลดลง	monitor pulse oximeter ให้ระดับ SpO ₂ ระหว่าง 92-95 % จำกัดปริมาณน้ำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินความสมดุลของสารน้ำที่ได้รับและการ ปริมาณปัสสาวะที่ออก
5. เสี่ยง/มีการติดเชื้อเนื่องจากระบบ ภูมิคุ้มกันของร่างกายยังไม่สมบูรณ์	ล้างมือก่อนและหลังการสัมผัสตัวผู้ป่วย แยกอุปกรณ์ไม่ใช้ร่วมกัน บันทึกสัญญาณ ชีพอาการแสดงของการติดเชื้อ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้ยา ปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ปฏิบัติตามแผนบันไดลิบชั้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในเด็ก ทารกป่วย
6. มีภาวะตัวเหลืองจากการคั่งของบิลิรู บินในเลือด เนื่องจากการทำหน้าที่ของ ตับยังไม่สมบูรณ์	ส่องไฟรักษาให้อยู่ห่างจากหลอดไฟ 45-50 ซม. ปิดตา สวมเฉพาะผ้าอ้อม พลิก ตะแคงตัวทุก 2 ชม. บันทึกอาการข้างเคียงจากการส่องไฟ ติดตามค่าบิลิรูบินใน เลือด วันละ 1 ครั้ง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
7.เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากพัฒนาการของระบบการย่อยอาหารยังไม่สมบูรณ์	ดูแลการได้รับสารอาหารทางหลอดเลือด ดูแลให้ได้รับอาหารเพียงพอ ส่งเสริมนมแม่ สังเกตอาการติดเชื้อในลำไส้ ชั่งน้ำหนักทุกวันในเวลาเดียวกัน
8.ขาดการกระตุ้นสัมผัสและปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับมารดาเนื่องจากถูกแยกจากด้วยความเจ็บป่วย	ใช้ผ้าคลุมต้อบ ลดกระตุ้นทางแสงและเสียง สัมผัสผู้ป่วยเท่าที่จำเป็น ด้วยความนุ่มนวล จัดให้แขน ขาของเข้าหากกลางลำตัว ลำคอตรงไม่ก้มหรือเงยมากเกินไป มืออยู่ใกล้ปากให้ปลอดภัยตนเองได้ ใช้ผ้าม้วนวางรอบกายเสมือนเป็นรังนก
9.เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในโพรงสมองเนื่องจากเส้นเลือดเปราะบาง	สัมผัสผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล ลำคอตรงไม่ก้มหรือเงยมากเกินไป ประเมินอาการ ตรวจคัดกรองโดยการส่ง Ultrasound brain
10.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเส้นเลือดจอประสาทตาเจริญผิดปกติ เนื่องจากเกิดก่อนกำหนดและได้รับออกซิเจน	ใช้หลัก POINTS of care คือ ลดปวด (Pain control) ให้ออกซิเจนเท่าที่จำเป็น ให้ระดับ SpO ₂ อยู่ระหว่าง 92-95 % (Oxygen management) ป้องกันการติดเชื้อ (Infection Nutrition) ควบคุมอุณหภูมิกาย (Temperature control) Supportive care โดยการจัดให้อยู่ในท่าที่เหมาะสม เจาะเลือดเท่าที่จำเป็น ตรวจคัดกรองภาวะ ROP ตามเกณฑ์
11.มีภาวะความเจ็บปวดและความเครียดจากการทำหัตถการ/ตรวจตาด้วยเครื่องถ่ายภาพจอตา	ประเมินความปวดโดย Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) ห่อตัว จัดท่า ก่อนทำหัตถการให้ 24 % Sucrose ให้ดูดจุกปลอมลดสิ่งเร้าต่างๆ อุ้มปลอดภัย หลังทำหัตถการ งดรบกวน
12.เสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการขยายม่านตาและการตรวจตาด้วยเครื่องถ่ายภาพจอตา	monitor pluse oximeter ประเมินอาการผิดปกติ สัญญาณชีพ ขณะขยายม่านตา ตรวจตา และหลังตรวจทุก 30 นาที 2 ครั้ง ให้ยาตามแผนการรักษา เตรียมอุปกรณ์กู้ชีพให้พร้อมใช้งาน
13. มารดาวิตกกังวล เนื่องจากเนื่องจากบุตรเกิดก่อนกำหนด/มีภาวะเจ็บป่วย /ได้รับรู้ว่าบุตรมีภาวะเส้นเลือดจอตาผิดปกติ/ต้องถูกส่งตัวไปรับการรักษาต่อ	ประเมินความกังวล ให้ข้อมูลอาการเปลี่ยนแปลงการรักษาและการปฏิบัติตัว เป็นระยะเปิดโอกาสให้สอบถามระบายความรู้สึก ใช้สื่อการสอน แผ่นพับ แนะนำเข้ากลุ่ม line เป็นช่องทางการสื่อสาร สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา และการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร

แผนการพยาบาลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน: เตรียมความพร้อมของมารดาและครอบครัวก่อนจำหน่าย โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด สังเกตอาการผิดปกติของการมองเห็น แนะนำเข้ากลุ่ม line ให้ข้อมูลการนัดติดตามตรวจตาต่อเนื่อง ส่งข้อมูลให้ทีมดูแลต่อเองที่บ้าน

สรุปกรณีศึกษา: กรณีศึกษาที่ 1 ตรวจพบภาวะ ROP stage 3 Zone 1 เสี่ยงเกิดตาบอดสูง ส่งต่อไปรับการรักษาโดยการฉีดยา Avastin 1 ครั้ง ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ กรณีศึกษาที่ 2 ตรวจพบภาวะ ROP stage 2 Zone 2 มีความรุนแรงน้อยกว่า ไม่ได้ทำหัตถการรักษา จากข้อมูลการเปรียบเทียบพบว่ากรณีศึกษาที่ 1 มีอายุครรภ์ และน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า มีความเจ็บป่วยรุนแรง มีภาวะช็อก ต้องการออกซิเจนในการรักษาที่มีความเข้มข้นสูงกว่า และมีการเจริญเติบโตช้ากว่าจากการติดเชื้อในลำไส้ กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นทารกครรภ์แฝด มีการติดเชื้อซ้ำ มีภาวะหยุดหายใจ ต้องได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนนานขึ้น ได้รับเลือด ได้รับสารอาหารทางหลอดเลือด ใส่สายสวนสะดือ ความปวดจากการทำหัตถการ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเส้นเลือดจอประสาทตาผิดปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุอัมภา ดั่งวงศ์ (2560:10-16) พบว่าอายุครรภ์น้อยและทารกแฝด มีแนวโน้มเกิดภาวะเส้นเลือดจอประสาทตาผิดปกติที่มีความรุนแรง และจำเป็นต้องได้รับการรักษา ซึ่งเป็นความท้าทายในการศึกษาครั้งนี้ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการตรวจติดตามอาการ

เปลี่ยนแปลงจนเส้นเลือดจอประสาทตาเจริญเต็มที่ ไม่เกิดการงอกผิดปกติซ้ำ ไม่เกิดภาวะตาบอด ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการศึกษาคือ ทารกได้รับการดูแลรักษาและวางแผนพยาบาลป้องกันการเกิดภาวะเส้นเลือดจอประสาทตาผิดปกติ ตามแนวทาง POINTS of care (Deorari & Darlow, 2017) ตลอดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล ร่วมกับการตรวจคัดกรองในเวลาที่เหมาะสมด้วยเครื่องถ่ายภาพจอตา ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่ามีความไวและความจำเพาะของการคัดกรองโรคได้ดี (มันตากรณี อัฐรัตน์, 2566: 141) ช่วยการวินิจฉัยได้รวดเร็ว เข้าถึงการรักษาได้ทันเวลา การให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา ช่วยลดความวิตกกังวลของครอบครัว (ญาณิกา เชษฐโชติศักดิ์, พนมพรไพโร สิทธีวงษา และพรรณทิพา ว่องไว, 2556:155-162) ช่วยให้เกิดความเข้าใจ ความร่วมมือ การมาตรวจติดตามเฝ้าระวังระยะของโรคอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การรักษาอย่างเหมาะสม ลดความรุนแรงและการเกิดตาบอดได้

ข้อเสนอแนะ: ควรศึกษาอุบัติการณ์และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเส้นเลือดจอประสาทตาผิดปกติในทารกเกิดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สำหรับเป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการรักษาและการพยาบาลเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะเส้นเลือดจอประสาทตาผิดปกติต่อไป

เอกสารอ้างอิง:

1. ญาณิกา เชษฐโชติศักดิ์, พนมพรไพโร สิทธีวงษา และพรรณทิพา ว่องไว. (2556). ผลของการให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวล ความรู้ และการปฏิบัติของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีความผิดปกติที่จอตา. ศรีนครินทร์เวชสาร, 28(2), 155-162.
2. มันตากรณี อัฐรัตน์. (2566). รายงานวิเคราะห์วิจารณ์เรื่อง อุบัติการณ์โรคจอตาผิดปกติในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดและบทบาทการคัดกรองโรคจอตาผิดปกติในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดด้วยการแพทย์ทางไกล. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 40(1), 136-142.
3. สุภาภรณ์ เต็งไตรสรณ์ และนริสา รัตนเลิศ. (2563). การตรวจคัดกรองสุขภาพตาเด็ก. กรุงเทพฯ: บริษัท สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.
4. สุอัมภา ดั่งวงษ์. (2560). อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของการเกิดโรคจอตาผิดปกติในทารกคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. ศรีนครินทร์เวชสาร, 32(1), 10-16
5. Deorari, A., & Darlow, BA. (2017). Preventing sight-threatening ROP: a neonatologist's perspective. Community Eye Health. 30(99), 50-52.

KLSH 18

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของบุคลากร
สาธารณสุข ในเขตพื้นที่อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ประจำปี 2566

Factors associated with surveillant of infection at sub-district health promoting hospital
among public health personnels at Thakhuntho district, Kalasin province, In the year
of 2023

รังสิณี วันยาว

โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

คำสำคัญ : การเฝ้าระวังการติดเชื้อ บุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

หลักการและเหตุผล: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นสถานบริการทางการแพทย์และ
สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ มีกิจกรรมการรักษายาบาลที่สามารถดำเนินการได้ ได้แก่ การตรวจรักษาโรคทั่วไป
การปฐมพยาบาล เบื้องต้นกรณีบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ การทำแผล เย็บแผล ตัดไหม ผ่าฝี การฉีดยา การสร้าง
เสริมภูมิคุ้มกันโรค การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การสวนอุจจาระและปัสสาวะ การตรวจหลังคลอด การ
ตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกและการบริการทางทันตกรรม ซึ่งกิจกรรมดังกล่าว อาจส่งผลให้ผู้รับบริการเกิด
การติดเชื้อได้ (นุชจรรย์ ชัยนันท์ และคณะ, 2563) ทั้งนี้ มาตรฐานการเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุมการติด
เชื้อได้กำหนดเกณฑ์การมาตรฐานที่สำคัญของ รพ.สต. ได้แก่ รพ.สต.ติดดาว และ มาตรฐานบริการสุขภาพ
ปฐมภูมิ (Primary care service) ด้วยความมุ่งหมายเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานบนความคาดหวัง
ของ ผู้รับบริการ ด้วยระบบของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ประกอบด้วย การออกแบบระบบและการ
จัดการทรัพยากร การดำเนินการจัดการข้อมูลทุกชนิดอย่างถูกสุขลักษณะ และการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ
(สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ดังนั้น การป้องกันการติดเชื้อจึงเป็น
กิจกรรมสำคัญที่สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับปฐมภูมิจำเป็นต้องดำเนินการภายใต้
แผนงานป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งมีองค์ประกอบเช่นเดียวกับโรงพยาบาลระดับอื่น และการ
ดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีข้อมูลที่สามารถสะท้อนให้เห็นปัญหาการติดเชื้อที่เกิดขึ้นเพื่อใช้เป็น
แนวทางกำหนดมาตรการในการป้องกันการติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพ ข้อมูลดังกล่าวได้จากการเฝ้าระวังการติด
เชื้อในโรงพยาบาล ดังนั้น การศึกษาการปฏิบัติงานการป้องกัน และการเฝ้าระวังการติดเชื้อใน รพ.สต. ของ
บุคลากรสาธารณสุข เป็นการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพของการเฝ้าระวังการติดเชื้อใน
รพ.สต. ซึ่งสะท้อนผลต่อการให้บริการใน รพ.สต.ของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านปฐมภูมิในพื้นที่ของอำเภอ
ท่าคันโท เนื่องจากคุณภาพจะเกิดขึ้นได้นั้นก็จากเจ้าหน้าที่ภายในองค์การร่วมกันทำงานให้บรรลุตามเป้าหมาย
ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมประเด็นที่เกี่ยวข้องของการดำเนินงาน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปด้านบุคลากร ข้อมูลใน
การปฏิบัติงานการป้องกันการติดเชื้อใน รพ.สต. และข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อใน รพ.สต. เพื่อนำไปสู่การ
รับรู้ปัญหา ร่วมกัน กำหนดปัญหา การดำเนินการแก้ไขปัญหาและการร่วมกันติดตามประเมินผลด้วยกลไกและ
วิธีการที่เหมาะสมย่อมส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อการปฏิบัติงานใน รพ.สต. อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อ 1) ศึกษาการปฏิบัติงานการป้องกันการติดเชื้อใน รพ.สต. ของบุคลากรสาธารณสุข อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ 2) ศึกษาการเฝ้าระวังการติดเชื้อใน รพ.สต. ของบุคลากรสาธารณสุข อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ และ 3) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเฝ้าระวังการติดเชื้อใน รพ.สต. ของบุคลากรสาธารณสุข อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการดำเนินการวิจัย: ประกอบด้วย 1) ทบทวนองค์ความรู้ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) จัดทำโครงร่างวิจัย 3) ขอรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก สสจ.กาฬสินธุ์ 4) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยด้วยการทดสอบค่าความตรงของเครื่องมือวิจัย (Validity) เพื่อทดสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และนำไปทดสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย (Reliability) ด้วยการนำแบบสอบถามการวิจัยไปทดลองใช้ในพื้นที่ใกล้เคียง 5) เก็บแบบสอบถามในอาสาสมัครในการศึกษาให้ครบจำนวน 22 คน 6) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล 7) วิเคราะห์ผลทางสถิติที่ใช้ในการวิจัย 8) สรุปผลการวิจัย และ 9) เผยแพร่ผลงานวิจัย งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 95/2566 เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2566

ผลการวิจัย:

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานการป้องกันการติดเชื้อใน รพ.สต. ทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.91 อายุเฉลี่ย 37.18 ± 8.34 ปี ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 36.36 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 81.81 ระยะเวลาปฏิบัติงานใน รพ.สต. เฉลี่ย 12.09 ± 8.63 ปี ปฏิบัติงานการป้องกันการติดเชื้อใน รพ.สต. เฉลี่ย 9.72 ± 7.42 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้รับผิดชอบงานร่วม ร้อยละ 81.82

2. การปฏิบัติงานการป้องกันการติดเชื้อใน รพ.สต. ของบุคลากรสาธารณสุข อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ผู้รับผิดชอบในการเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต. มีคำสั่งการปฏิบัติงาน และ มีการตรวจสอบการเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ร้อยละ 100.00 เฉลี่ย 4.37 ± 9.14 วัน รพ.สต. มีการประชุมในเรื่องการตรวจสอบการเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ร้อยละ 13.64 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานในการเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต. ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ, เจ้าหน้าที่ขาดความรู้, และเครื่องมือไม่เพียงพอ ตามลำดับ โดยที่ รพ.สต. ทำความสะอาดเครื่องมือเอง และทำการปราศจากเชื้อ ด้วย Autoclave ที่ รพ.สต. ส่วนขยะติดเชื้อดำเนินการเก็บรวบรวมของ รพ.สต. ที่มีความเหมาะสม และรวบรวมให้ รพ.ท่าคันโท มารับ ทั้งนี้ รพ.สต. มีการจัดระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เหมาะสมระดับปานกลาง ร้อยละ 72.73

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเฝ้าระวังการติดเชื้อใน รพ.สต. ของบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ ($X^2 = 4.43$) โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.035 และ รพ.สต. ของสถานที่ในเก็บรวบรวมขยะติดเชื้อ รพ.สต. ($X^2 = 6.04$) โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.014

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบาย ควรนโยบายการดำเนินงานเฝ้าระวังการติดเชื้อของ คป.สอ.ในพื้นที่ให้ครอบคลุมทุกประเด็น ตั้งแต่ การจัดทำแผนการดำเนินงาน ระดับ รพ.สต., คำสั่งและหน้าที่ในการปฏิบัติงาน ระดับ รพ.สต. รวมทั้งการส่งเสริมให้พยาบาลที่รับผิดชอบการป้องกันการติดเชื้อใน รพ.สต. (ICN) ได้รับการอบรมทุก รพ.สต.

2. ควรส่งเสริมการดำเนินงานเฝ้าระวังการติดเชื้อ ของ คป.สอ. ในพื้นที่ ด้วยรูปแบบการดำเนินงานเชิงปฏิบัติการ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาแบบเป็นระบบ

3. ควรส่งเสริมการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาปัญหา และกระบวนการดำเนินงานอย่างแท้จริง และนำไปสู่การเรียนรู้เชิงกระบวนการ และติดตามผลการดำเนินงานอย่างเป็นระยะ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานเฝ้าระวังการติดเชื้อ ของ คป.สอ. ที่เหมาะสมในบริบททางวิชาการ คุณภาพการให้บริการ และพื้นที่ในการดำเนินงานต่อไป

เอกสารอ้างอิง:

1. กนกอร ทองสุข. (2562). ผลการพัฒนางานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แบบเพื่อนช่วยเพื่อน อำเภอภูผินารายณ์ ปี 2557 – 2562. วันที่ 11 กรกฎาคม 2566 จาก http://203.157.186.16/kmblog/page_research_detail.php?ResID=1111
2. กัลยาณี มุลทาง (2560). การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต. ไค่นุ่น. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2566 จาก <https://ksnportal.moph.go.th/ksnpublish/web/index.php?r=site%2Findex&page=50&sort=-ResName>
3. กิ่งเพชร ชินศิริประภา. (2564). การดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 29(3): 379-90.
4. นุชจรรย์ ชัยนันท์, อะเคื้อ อุณหเลขกะ, และ นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล. (2563). การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. พยาบาลสาร, 47(2): 122-32.
5. ลินจง บุญถนอม และ ลำภู เนียมทอง. (2560). ผลการจัดการแบบมีส่วนร่วมต่อคุณภาพงาน IC ของ รพ.สต.เครือข่ายโรงพยาบาลบ้านโป่ง. TUH Journal online, 2(3): 22-31.
6. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). คู่มือคุณภาพมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
7. อริสรา สุขวัจณี (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน. วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา.7(1): 253-65.

KLSH 19

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดคลอด เพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัดคลอด
โรงพยาบาลกมลาไสย

Development of Clinical Nursing Practice Guideline in Caesarean Section for Prevention
of Surgical Site Infection at Kamalasai Hospital

นิลนภา สารุเม

โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก, การผ่าตัดคลอด, การป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผล
ผ่าตัดคลอด

บทนำ: การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นการผ่าตัดทางสูติรีเวชกรรมที่พบได้บ่อย อัตราการผ่าตัดคลอดสูงขึ้น
ในหลายประเทศ ดังเช่น สหรัฐอเมริกา พบร้อยละ 21.00 บราซิล ร้อยละ 48.00 สำหรับประเทศไทยในช่วงปี
พ.ศ. 2563-2565 มีการผ่าตัดคลอดเฉลี่ยร้อยละ 43.13 โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เฉลี่ยร้อยละ 62.59 ส่วน
โรงพยาบาลกมลาไสย พบการผ่าตัดคลอดร้อยละ 60.74 (กองบริหารสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข
,2566) โดยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี และสูงกว่าองค์การอนามัยโลก (WHO) ซึ่งกำหนดไว้ที่ร้อยละ 10-15
ของจำนวนแม่ที่คลอด (World Health Organization.2018)

การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการผ่าตัด ที่พบได้ทั้งขณะอยู่
โรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากรายงานการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดคลอดของ National
Healthcare Safety Network (NWSN) เท่ากับ ร้อยละ 1.46 -3.82 การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดคลอดทาง
หน้าท้องส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ญาติ และโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากภาวะไข้ เกิดความ
ทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดบริเวณแผลผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น กระบวนการหายของแผลผ่าตัดช้าลง ส่งผลให้
ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น และสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น พบว่าผู้ป่วยสูติรีเวชกรรมที่ติดเชื้อที่
ตำแหน่งผ่าตัด มีระยะวันนอนในโรงพยาบาลนาน ขึ้น 6 วันต่อราย และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น
ทำให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจของ ผู้ป่วยลดลง เนื่องจากภาวะเนื้อเยื่ออักเสบและติดเชื้อที่ตำแหน่ง
ผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิด ความไม่สุขสบาย ทำให้เคลื่อนไหวไม่สะดวก ไม่สามารถ ให้การดูแลบุตรได้อย่าง
ใกล้ชิด และผู้ป่วยอาจได้รับ ยาลดไข้และยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาการติดเชื้อชนิดรับประทานหรือฉีดเข้า
หลอดเลือดดำซึ่งอาจมีผลต่อการ ให้นมบุตรได้

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดประกอบไปด้วย สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยก่อน
ผ่าตัด (physical status) ชนิดของแผลผ่าตัด (wound class) และระยะเวลา ในการผ่าตัด (duration of
operation) นอกจากนี้ ยังพบว่า บุคลากรสุขภาพทีมผ่าตัด เป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญต่อการติดเชื้อที่
ตำแหน่งผ่าตัด เนื่องจากการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องตามแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ซึ่ง
ส่งผลให้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดเพิ่มขึ้น ทำให้อุบัติการณ์การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดเพิ่มมา
กขึ้น การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด สามารถป้องกันและลดการติดเชื้อที่
ตำแหน่งผ่าตัดได้ ดังการศึกษาที่พบว่า การเลือกใช้อาต้านจุลชีพเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดที่
เหมาะสม การดูแลอุณหภูมิร่างกายให้ปกติการดูแลให้ได้รับออกซิเจนที่เพียงพอ และการเตรียมร่างกายผู้ป่วย

โดยการกำจัดการที่เหมาะสม สามารถลดอัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดได้ ร้อยละ 27.007 อย่างไรก็ตาม มีหลายการศึกษาพบว่า ความรู้และการปฏิบัติ ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของบุคลากรทางการแพทย์บางประเด็นยังไม่ถูกต้องตามแนวปฏิบัติ นอกจากนี้ บุคลากรสุขภาพยังมีการปฏิบัติที่แตกต่างกัน มีการละเมิดหลักปราศจากเชื้อ และมีสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องในภาพ รวมทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดเพียงร้อยละ 64.08 จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น แสดงว่าความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ดังนั้น บุคลากรสุขภาพควรได้รับการส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อก่อให้เกิดความรู้และมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมใหม่ในการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด การส่งเสริมการเรียนรู้ที่ก่อให้เกิดความรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่ที่ถาวรจำเป็นต้องมีการฝึกฝนเพิ่มพูนประสบการณ์

จากสถิติห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกมลาไสยใน พ.ศ.2563 -2565 พบอุบัติการณ์ติดเชื้อของแผลผ่าตัดคลอตร้อยละ 0.38, 0.43 และ 0.53 ตามลำดับ ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง พบว่างานห้องผ่าตัดมีส่งผลให้มารดาผ่าตัดคลอดต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ต้องกลับไปห้องผ่าตัดเพื่อเปิดแผลและทำความสะอาดแผล จากการทบทวนอุบัติการณ์กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องพบว่า การเตรียมร่างกายมารดาคลอดก่อนผ่าตัด ยังต้องมีการปรับปรุง เช่น การกำจัดการทำความสะอาดผิวหนังก่อนผ่าตัด การได้รับยาปฏิชีวนะยังไม่ครอบคลุม รวมถึงการปฏิบัติงานของบุคลากรที่แตกต่างกันและในหน่วยงานยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดคลอดไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุม การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในห้องผ่าตัด ทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัด ทำให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และยังไม่มีความรู้ปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดพัฒนาแนวทางการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดคลอด เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยที่มียุทธศาสตร์มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกัน

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดคลอดเพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด โรงพยาบาลกมลาไสย 2) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดคลอดฯ

วิธีการศึกษา: ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Method) ดำเนินการวิจัย 3 ระยะร่วมกับใช้วงจรการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (PDCA, Deming, 2004) ดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ด้านการติดเชื้อในโรงพยาบาลห้องผ่าตัด โดยการวางแผน (Plan) จัดสนทนากลุ่มกับทีมผู้เชี่ยวชาญเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาและแนวทางในการแก้ไขปัญหา ทบทวนวรรณกรรม/หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องแนวคิด ด้านหลักระบาดวิทยา ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติฯ โดยการปฏิบัติ (Do) ได้แก่ ออกแบบและยกร่างแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดคลอด และตรวจสอบ (Check) โดยนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ ตรวจสอบการนำแนวปฏิบัติฯ ไปปฏิบัติ ตรวจสอบผลลัพธ์เปรียบเทียบกับเป้าหมาย และระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น โดยปรับปรุงการดำเนินงานให้เหมาะสม (Act) นำแนวปฏิบัติไปใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดคลอดที่ปรับปรุงไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบการนำแนวปฏิบัติไปปฏิบัติ และตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย กลุ่มที่ 1. กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดจำนวน 6 คน ห้องคลอด 1 คน และหอผู้ป่วยหลังคลอด 1 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) มีประสบการณ์ในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดอย่างน้อย 1 ปี หรือ 2) ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด หรือ 3)

ยินดีเข้าร่วมโครงการ และกลุ่มที่ 2. ผู้ป่วยผ่าตัดคลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลกมลาไสยจำนวน 20 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) เป็นมารดาครรภ์แรกที่ได้รับการนัดจากสูติแพทย์เพื่อผ่าตัดคลอด ในวันทำการ (8.30–16.30 น.) 2) อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และ 3) เป็นผู้ที่ยินดีเข้าร่วมโครงการ การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ การพิสัยสหสัมพันธ์ ตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ (1) แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดคลอดเพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลกมลาไสย (2) คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดคลอดเพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลกมลาไสย 2). เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติโดยภาพรวมของ พิบูล นันทชัยพันธ์ (2550) เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Rating Scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อยจำนวน 6 ข้อ (2) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ผ่าตัดคลอดต่อการพยาบาลโดยใช้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดคลอด เพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลกมลาไสย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Rating Scale) 3 ระดับ ได้แก่ ระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อย มยุรี โรจนอังกูร (2547) งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ หมายเลขโครงการวิจัย KLSREC 92/2566

ผลการวิจัย: 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดคลอด ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) การพยาบาลก่อนผ่าตัด การพยาบาลขณะผ่าตัด และการพยาบาลหลังผ่าตัด 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดคลอดเพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลกมลาไสย มีความเป็นไปได้ในระดับมาก 3) ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย พบว่า กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดคลอดที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดคลอดเพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลกมลาไสย อยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ: 1) ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดคลอด ไปประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดกับชนิดการผ่าตัดที่คล้ายคลึงกัน 2) ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโรคอื่นๆต่อไป

เอกสารอ้างอิง:

1. กองบริหารสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข. (2566) http://cmi.healtharea.net/isp/SP_obs/index?menu_id=6 เข้าถึงเมื่อ 1 พ.ย. 2566
2. World Health Organization. WHO guidelines for safe surgery 2018: safe surgery saves lives. [document on the Internet]. Switzerland: The Institute; 2009. [cited 2023 Jan 10]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44185/>
3. National Institute for Clinical Excellence [NICE].(2007) Guideline development methods; Information for national collaborating centers and Guideline developers. Retrieved April 29,2023
4. สมาคมควบคุมการติดเชื้อแห่งประเทศไทย แพซิฟิก แนวทางปฏิบัติสำหรับการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดที่เกิดขึ้นสามารถป้องกันได้โดยการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

5. มยุรี โรจนอังกร. (2547). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วย
ศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลอุดรดิตถ์. การค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาการ
พยาบาลผู้ใหญ่,บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
6. Deming, W.E. (1993). PDCA cycle a quality approach. Cambridge: MA MIT; 1993

KLSH 21

ผลการใช้แอปพลิเคชันเพื่อการสั่งจ่ายยาวัณโรค โรงพยาบาลสหัสขันธ์

The Effect of Using the Application for Prescribing Anti-tuberculosis Drugs, Sahatsakhan Hospital

พวงเพชร เพชรโทน

โรงพยาบาลสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

คำสำคัญ: แอปพลิเคชัน; การสั่งจ่ายยา

บทนำ: ในปี 2565 วัณโรคยังเป็นโรคที่ติดเชื้ที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองของโลก รองจากโรคติดเชื้ไวรัสโคโรนา (โควิด-19) และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเกือบ 2 เท่าในกลุ่มผู้ติดเชื้เอชไอวี/เอดส์ มากกว่า 10 ล้านคนยังคงป่วยด้วยวัณโรคทุกปี (WHO, Global Tuberculosis Report, 2023: Online) โรงพยาบาลสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการรักษา ปี 2564-2566 จำนวน 23, 55 และ 66 ราย ตามลำดับ ซึ่งโรงพยาบาลสหัสขันธ์ เป็นโรงพยาบาลขนาด 44 เตียง ที่มีการหมุนเวียนของแพทย์ใช้ทุน ทำให้ไม่มีแพทย์ผู้รับผิดชอบงานวัณโดยตรงซึ่งมีผลต่อการสั่งจ่ายยาวัณโรค สถิติข้อมูลอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาจากการสั่งจ่ายยาวัณโรคที่ไม่เหมาะสม จากการทบทวนคำสั่งจ่ายยาของแพทย์โดยเภสัชกรประจำคลินิกวัณโรค ในปีงบประมาณ 2564 - 2566 พบความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยาวัณโรคในผู้ป่วยนอก จำนวน 5.23, 4.65 และ 5.50 ต่อ 1000 ใบสั่ง ตามลำดับ และพบความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยาวัณโรคในผู้ป่วยใน จำนวน 6.75, 5.59 และ 6.90 ต่อ 1000 วันนอน ตามลำดับ มีการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เชิงรุกด้วยรถเอกซเรย์เคลื่อนที่ ทำให้มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เพิ่มขึ้นจำนวนมาก ส่งผลถึงภาระงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งโรงพยาบาลสหัสขันธ์ ได้กำหนดแนวทางในการดูแลรักษาวัณโรค ด้วยการบริหารจัดการในรูปแบบ One stop service โดยทีมสหวิชาชีพ และมีระบบการจัดยาผู้ป่วยวัณโรคเป็นแบบรายมือ (unit dose) อย่างไรก็ตาม เมื่อทบทวนใบสั่งยาก่อนจัดจ่ายพบว่ายังเกิดอุบัติการณ์การสั่งจ่ายยาวัณโรคในขนาดความแรงที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ขนาดความแรงของยาวัณโรคในการรักษาจะขึ้นอยู่กับน้ำหนักของผู้ป่วย ซึ่งต้องคำนวณแตกต่างการไปในแต่ละชนิดยา ด้วยสาเหตุนี้จึงได้มีการสร้างแอปพลิเคชันเพื่อการสั่งจ่ายยาวัณโรคขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดการเกิดความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยาวัณโรคที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งหากมีการสั่งจ่ายยาขนาดที่ไม่ถูกต้อง เหมาะสม จะส่งผลให้การรักษาโรควัณโรคล้มเหลวหรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยารักษาวัณโรคได้มากขึ้น

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อลดการเกิดความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยาวัณโรคที่อาจเกิดขึ้น 2) คุณภาพ/ประสิทธิภาพของแอปพลิเคชัน 3) ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้แอปพลิเคชัน

วิธีดำเนินการศึกษา: การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้แอปพลิเคชันเพื่อการสั่งจ่ายยาวัณโรค ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสหัสขันธ์ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) และ ศึกษาแบบไปข้างหน้า (A prospective study) ระหว่างเดือนตุลาคมถึงพฤศจิกายน 2566 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลโดย 1) เก็บข้อมูลการสั่งจ่ายยาวัณโรคใน OPD card และ Doctor order sheet 2) แบบประเมินประสิทธิภาพแอปพลิเคชัน เครื่องมือที่ใช้คือ 1) แบบเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา 2)

แอปพลิเคชันเพื่อการสั่งใช้ยาวัณโรค 3) แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันเพื่อการสั่งใช้ยาวัณโรค 4) แบบประเมินประสิทธิภาพของแอปพลิเคชัน การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดย 1) ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) (1.1) ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence = IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้เท่ากับ 1 (1.2) ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CONTENT VALIDITY INDEX = CVI) ได้เท่ากับ 1 2) ความเที่ยง/ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแอปพลิเคชันไปทดสอบใช้กับผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 20 ราย ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างและนำมาวิเคราะห์ หาค่าความเชื่อมั่น ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha ได้เท่ากับ 0.94 กลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษาแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากใบสั่งยาผู้ป่วยนอกจำนวน 220 ใบสั่งยา และผู้ป่วยในจำนวน 70 ใบสั่งยา เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัย (Inclusion criteria) มีดังนี้ 1) ใบสั่งยาที่มีรายการยาวัณโรค ได้แก่ Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamide และ Ethambutol อย่างน้อย 2 ชนิด ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 2) ใบสั่งยาที่ผู้ป่วยมารับยาวัณโรคมีการชั่งน้ำหนักปัจจุบัน 3) ใบสั่งยาที่แพทย์ใช้แอปพลิเคชันเพื่อการสั่งใช้ยาวัณโรคก่อนมีการสั่งยาลงในระบบคอมพิวเตอร์ เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากงานวิจัย (exclusion criteria) มีดังนี้ 1) ใบสั่งยาที่อยู่ระหว่างการทำ Desensitization โดยการสั่งยาไม่คำนึงถึงน้ำหนักผู้ป่วย เป็นการสั่งยาในขนาดต่างๆ และค่อยๆ เพิ่มขนาด การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน 5 ระดับ และอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาต่อ 1,000 ใบสั่งยา/วันนอน จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การศึกษานี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสหัสชินธุ์ เลขที่ SKH 2023/001.2023

ผลการศึกษา: การพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อการสั่งใช้ยาวัณโรค สามารถเติมข้อมูลน้ำหนักของผู้ป่วยได้ระหว่าง 20.0 – 120.0 กิโลกรัม ระบบจะประมวลผลแจ้งความแรงและจำนวนเม็ดยาของยาที่เหมาะสมตามน้ำหนักที่ระบุ โดยเป็นไปตามเกณฑ์ของโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program: NTIP) ผลการประเมินผลคุณภาพแอปพลิเคชันโดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ใช้งานมีความคิดเห็นตรงกันว่า แอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งาน สามารถนำไปใช้งานได้จริงและสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการสั่งใช้ยาวัณโรคได้ ในการวิเคราะห์ประสิทธิภาพของแอปพลิเคชันภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุดทุกรายการ ได้แก่ การติดตั้งแอปพลิเคชัน (\bar{X} =4.86) การนำเสนอรูปแบบแอปพลิเคชัน (\bar{X} =4.95) การจัดวางองค์ประกอบของแอปพลิเคชัน (\bar{X} =4.64), ภาพประกอบและตัวอักษรมีความเหมาะสม (\bar{X} =4.91) รูปแบบของแอปพลิเคชันมีความน่าสนใจ (\bar{X} =5.00) แอปพลิเคชันใช้งานง่าย ไม่ซับซ้อน (\bar{X} =5.00) การประมวลผลถูกต้อง แม่นยำ (\bar{X} =5.00) ความรวดเร็วในการใช้งานแอปพลิเคชัน (\bar{X} =4.95) ข้อมูลมีความชัดเจน กระชับเข้าใจง่าย (\bar{X} =5.00) เมื่อประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้แอปพลิเคชันพบว่า มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด คือ เกสัชกร (\bar{X} =4.98) แพทย์ (\bar{X} =4.88) พยาบาล (\bar{X} =4.83) และเมื่อประเมินความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาวัณโรคเปรียบเทียบก่อน-หลังการใช้แอปพลิเคชันเพื่อการสั่งใช้ยาวัณโรคพบว่า ไม่พบความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาวัณโรคเมื่อมีการใช้แอปพลิเคชันเพื่อการสั่งใช้ยาวัณโรค

บทสรุป: จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อการสั่งใช้ยาวัณโรค สามารถนำมาใช้เพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาวัณโรคได้ สอดคล้องกับศิริวี ราชศรี (2558 : 25) ซึ่งได้ระบุว่า ระบบ

สารสนเทศเป็นส่วนที่จะสนับสนุนกิจกรรมให้มีความชัดเจนและถูกต้องแม่นยำ และผู้ประเมินผลการทำงาน
ของแอปพลิเคชันมีความพึงพอใจต่อการใช้แอปพลิเคชันคำนวณขนาดยารักษาวัณโรค ซึ่งเป็นข้อมูลที่เป็น
ประโยชน์อย่างยิ่ง ถูกต้องตามโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis
Information Program: NTIP) รวมไปถึงแอปพลิเคชันใช้งานง่าย ไม่ซับซ้อน สอดคล้องกับจักรชัย โสอินทร์
และพงษ์ศธร จันทร์ยอย (2554: 64) ที่ระบุว่า สรรพภาพการทำงานและประสิทธิภาพของแอปพลิเคชันจะเป็น
สิ่งสำคัญที่สุดที่ผู้ดูแลการบริหารแอปพลิเคชันต้องคำนึงอย่างมาก

ข้อเสนอแนะ: 1) ควรมีการดูแลและพัฒนาแอปพลิเคชันอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้แอปพลิเคชันมีข้อมูลที่เป็น
ปัจจุบันเสมอ เพื่อแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นจะสามารถใช้ได้ถูกต้องต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และเกิด
ประสิทธิผล 2) ควรพัฒนาแอปพลิเคชันให้ครอบคลุมถึงการติดตามการรักษา การปรับสูตรยาหากผู้ป่วยเกิด
อาการไม่พึงประสงค์

เอกสารอ้างอิง:

1. จักรชัย โสอินทร์ และพงษ์ศธร จันทร์ยอย. (2554). Basic Android App Development. นนทบุรี: อดี
ซี พรีเมียร์
2. ศิริวิ ราศรี. (2558). การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศกับการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล กรณีศึกษา:
องค์การสวนสัตว์. วิทยานิพนธ์การศึกษาหลักสูตรรัฐศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารจัดการสาธารณะ)
สาขาวิชาการบริหารจัดการสาธารณะ สำหรับนักบริหาร คณะรัฐศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย:
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
3. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564. (2565). พิมพ์ครั้งที่ 2
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดี้ไซน์
4. World Health Organization. (2023). Global tuberculosis report, 2023, from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240083851>

KLSH 22

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing care of Preterm Labor: 2 case studies

กมลวรรณ บัวคำภู

โรงพยาบาลสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

คำสำคัญ: เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, แนวคิดทฤษฎีแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

บทนำ: การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญของการคลอดก่อนกำหนด ประเทศไทยพบอุบัติการณ์คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 8-12 หรือประมาณ 80,000 รายต่อปี การคลอดก่อนกำหนดเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ทารกมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ทูพพลภาพ และตายถึงร้อยละ 75 ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) เป็นปัญหาสำคัญของหญิงตั้งครรภ์ที่พยาบาลควรตระหนักเพราะเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนด ส่งผลให้ทารกมีการเจ็บป่วยและอาจเสียชีวิตตามมาได้ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หมายถึง ภาวะที่หญิงตั้งครรภ์มีการเจ็บครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ (Gestational age: GA) 28 สัปดาห์จนถึงก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ แต่สำหรับในประเทศไทยที่พัฒนาแล้ว ให้ความหมายของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดว่า เป็นอาการเจ็บครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ขึ้นไปถึงก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ และจากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีผู้คลอดที่มารับบริการด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระหว่างปี พ.ศ.2564-2566 จำนวน 10, 4 และ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10.50, 8.70 และ 6.61 ตามลำดับ และมีอัตราการตายปริกำเนิด คิดเป็น 0:1000 การเกิดมีชีพทั้ง 3 ปี

ผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะมีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่ 4 ครั้งใน 20 นาที หรือ 6 ครั้ง ใน 60 นาที และปากมดลูกมีความบางตัวตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไปและ/หรือปากมดลูกเปิดขยายมากกว่า 1 เซนติเมตร จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุมารดา อาชีพ เศรษฐฐานะ ส่วนสูง ภาวะทุพโภชนาการ ปัจจัยด้านสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ เช่น การใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ ลำดับการคลอด คอมดลูกมีลักษณะผิดปกติ (U, V, Y shape) คอมดลูกสั้นกว่า 2.0-2.5 เซนติเมตร ในรายที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด ประวัติการผ่าตัดมดลูก ประวัติการแท้งในครรภ์ก่อนหน้า ประวัติการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อนหน้า และในญาติสายตรงโรคประจำตัวทางอายุรศาสตร์ ประวัติการติดเชื้อขณะตั้งครรภ์ ภาวะซีด การใส่ห่วงอนามัย ปัจจัยด้านทารกในครรภ์ เช่น ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ ทารกพิการในครรภ์ ทารกโตช้า รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ดังกล่าวเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 50-80 ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างตามมาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น ปัญหาระบบทางเดินหายใจ เช่น Respiratory distress syndrome (RDS) ปัญหาการติดเชื้อในกระแสเลือด ปัญหาระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น Patent ductus arteriosus (PDA) ปัญหาระบบทางเดินอาหาร เช่น Necrotizing enterocolitis (NEC) รวมถึงปัญหาทางพฤติกรรม ส่งผลให้เกิดการตาย และภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิดซึ่งอาจคงอยู่ต่อเนื่องในระยะยาว ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และคุณภาพชีวิตของทารกและครอบครัว

ปัจจุบันแม้ว่าจะมีการจัดทำแนวปฏิบัติในการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สอดคล้องกับคู่มือการดูแลรักษาสตรีที่มีความเสี่ยงสูง และโรคสตรีทางนรีเวช เขตสุขภาพที่ 7 และมีการ ประเมินผลตามแนวปฏิบัติอย่างชัดเจน แต่ยังมีผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมารับบริการอย่าง ต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษากรณีศึกษาผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อเป็นการ พัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ให้สามารถประเมินภาวะ สุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ ให้การพยาบาลตามปัญหาทางการพยาบาลที่วิเคราะห์ได้อย่าง ครอบคลุมตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพื่อลด ผลกระทบ ให้มารดาและทารกปลอดภัยตั้งแต่การฝากครรภ์จนถึงการคลอด ลดอัตราการตายปริกำเนิด ลด ค่าใช้จ่ายของครอบครัวและโรงพยาบาล ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของทารกและครอบครัวดีขึ้น

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการพยาบาลกรณีศึกษาผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2 ราย ที่เข้ารับ การรักษาที่ห้องคลอดโรงพยาบาลสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินงาน: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยการประเมินสภาพหญิงตั้งครรภ์ พยาธิสภาพ ลักษณะการ ดำเนินของโรค เพื่อเปรียบเทียบกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2 ราย ที่เข้ารับ การรักษาที่โรงพยาบาลสหัสขันธ์ในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน 2566 โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผน สุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนในการประเมินภาวะสุขภาพและการวางแผนการพยาบาล

สรุปกรณีศึกษา: การเปรียบเทียบการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กรณีศึกษา 2 ราย ดังนี้ ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ระดับการศึกษาและสถานภาพสมรส เหมือนกันทั้ง 2 ราย แตกต่างกันที่อายุ อาชีพ และที่อยู่ปัจจุบัน โดยกรณีศึกษาที่ 1 เป็นวัยผู้ใหญ่ ไม่ได้ทำงาน ไม่มีรายได้ประจำ เป็นคนในพื้นที่อำเภอสหัสขันธ์ กรณีศึกษาที่ 2 เป็นวัยรุ่น ทำงานมีรายได้ ข้อมูลการเจ็บป่วย มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยา ยับยั้งการคลอดเหมือนกัน แต่สาเหตุที่ไม่สามารถยับยั้งได้ต่างกัน คือ กรณีศึกษาที่ 1 มาโรงพยาบาลหลังมี อาการเจ็บครรภ์คลอด 2 ชั่วโมง มาถึงโรงพยาบาล ปากมดลูกยังไม่เปิด และเจ็บครรภ์ห่าง มดลูกหดตัวทุก 10-15 นาที หดตัวนาน 15-20 วินาที สามารถยับยั้งการคลอดได้นาน 1 สัปดาห์ ทำให้อายุครรภ์ใกล้ครบ กำหนด คือ 36⁺⁶ สัปดาห์ คลอดทารกน้ำหนัก 2,990 กรัม ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มาถึงโรงพยาบาลหลังมีอาการ เจ็บครรภ์คลอด 15 ชั่วโมง มาถึงโรงพยาบาล ปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 80% และมดลูกเคลื่อนต่ำ 1+ และต่อมาอีก 40 นาที มีน้ำเดิน และปากมดลูกเปิดหมด (10 เซนติเมตร) คลอด หลังจากมาถึงโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง ซึ่งอายุครรภ์เพียง 34 สัปดาห์ ทำให้ทารกที่คลอดน้ำหนักตัวน้อย 2,400 กรัม ประวัติการฝากครรภ์ กรณีศึกษาที่ 1 ฝากครรภ์ครบตามกำหนด และมาตามนัดทุกครั้ง ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ฝากครรภ์ล่าช้าไม่ได้คุณภาพ และมีเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแต่มาโรงพยาบาลช้า อีก 1 ชั่วโมง หลังเข้ารับ การรักษาจึงคลอดปกติ ทารกน้ำหนักน้อย ทารกแรกคลอดไม่มีภาวะขาดออกซิเจนทั้ง 2 ราย พบว่ากรณีศึกษา ที่ 1 มีสุขวิทยาส่วนบุคคลดี ผลตรวจเลือดปกติ แต่กรณีศึกษาที่ 2 มี ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจ ปัสสาวะ Mate Amphetamine ผล Positive แผนการรักษาแตกต่างกันที่กรณีศึกษาที่ 2 มาถึงโรงพยาบาล ปากมดลูกเปิดอยู่ในช่วงระยะคลอด (Active Phase) คลอดภายใน 1 ชั่วโมงหลังรับไว้ ทำให้ได้รับยากระตุ้น การทำงานของปอดทารก Dexamethasone เพียง 1 dose และหลังคลอดได้รับการฝังยาคุมกำเนิดเพื่อ ป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ส่วนกรณีศึกษาที่ 1 ได้รับยายับยั้งการคลอด และยากระตุ้นการทำงานของ ปอดครบตามแผนการรักษา

การประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ซึ่งจะนำเสนอเฉพาะแบบแผนสุขภาพที่มีปัญหาและแตกต่างกัน ซึ่งพบในกรณีศึกษาที่ 2 คือ แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพซึ่งกรณีศึกษาที่ 2 ตั้งครรภ์แต่ยังเสพยาบ้า และสุขวิทยาส่วนบุคคลไม่ดี แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร พบว่า มีการรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา มีภาวะซีดขณะตั้งครรภ์มีน้ำหนักตัวตลอดการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น 5 กิโลกรัม ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ พบว่าบทบาทมารดาไม่เหมาะสม เนื่องจากยังเสพยาเสพติดขณะตั้งครรภ์ คือ กินยาบ้า แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ พบว่าทั้ง 2 รายมีความเชื่อตามคำบอกเล่าแต่โบราณเหมือนกัน โดยกรณีศึกษาที่ 1 เชื่อเรื่องอาหารแสลง กรณีศึกษาที่ 2 เชื่อเรื่องการอยู่ไฟหลังคลอด สรุปปัญหาทางการพยาบาลในระยะก่อนคลอดที่แตกต่างกันคือ กรณีศึกษาที่ 2 เมื่อมาถึงโรงพยาบาลตรวจภายในพบว่าปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร ต่อมาอีก 1 ชั่วโมงปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร จึงย้ายเข้าห้องคลอด แต่กรณีศึกษาที่ 1 มาถึงโรงพยาบาลเร็ว ปากมดลูกไม่เปิด เจ็บครรภ์ห่าง จึงสามารถยับยั้งการคลอดสำเร็จ และอยู่จนอายุครรภ์สามารถคลอดได้ตามแผนการรักษา ส่วนการพยาบาลในระยะคลอดไม่แตกต่างกัน คลอดปกติ มารดาและทารกปลอดภัย การพยาบาลในระยะหลังคลอดส่วนใหญ่เหมือนกัน และแก้ไขได้ทุกข้อ ปัญหาการพยาบาลระยะหลังคลอดที่แตกต่าง คือ กรณีศึกษาที่ 2 กังวลเกี่ยวกับการงดให้นมบุตรเนื่องจากตรวจพบปัสสาวะ Amphetamine Positive และมีความต้องการคุมกำเนิดเนื่องจากไม่ต้องการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น ซึ่งทุกปัญหาทางการพยาบาลได้รับการพยาบาลที่เหมาะสมตามแนวทางปฏิบัติและแผนการพยาบาล ทำให้กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้จำหน่ายกลับบ้านเมื่อหลังคลอดโดยปกติ รวมวันนอนโรงพยาบาลกรณีศึกษาที่ 1 จำนวนวันนอน 10 วัน กรณีศึกษาที่ 2 จำนวนวันนอน 3 วัน

ข้อเสนอแนะ: การฝากครรภ์คุณภาพ จำเป็นต้องเน้นให้ข้อมูลในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยเฉพาะการให้ข้อมูลอาการสำคัญที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลทันที จะทำให้สามารถยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดได้ และการตรวจหาการใช้สารเสพติดระหว่างฝากครรภ์เป็นอีกประเด็นที่สำคัญมาก เพื่อเป็นการเฝ้าระวังและกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด เห็นความสำคัญที่จะเลิกใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ รวมถึงการส่งข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ ให้กับงานจิตเวชและยาเสพติด เพื่อเข้าสู่ระบบการบำบัดการรักษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง:

1. บุศรินทร์ เขียนแมน, เยาวเรศ ก้านมะลิ, และวรรณวิมล ทুমมี. (2565). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ; 15(3): 286-300.
2. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลสหัสขันธ์. (2566). สถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลสหัสขันธ์ ประจำปี 2564-2566.
3. นงเยาว์ เอื้อตรงจิตต์. (2562). ปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่ได้รับการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์; 10 (1): 1-10.
4. เยาวลักษณ์ ศิลาวรรณ. (2566). การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา; 8(1): 252-261.
5. ศิริวรรณ แสงอินทร์. (2557). การพยาบาลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย บูรพา; 22 (1): 27-38.
6. Orem DE. (2001). Nursing: concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby.
7. Burchum JR, Rosenthal LD. Lehne's. (2019). Pharmacology for nursing care. 10th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier/Saunders.

KLSH 24

การพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้:
กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Case Management for Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus Patient 2 Case Studies

รุ่งนภา เอกตาแสง

โรงพยาบาลสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

คำสำคัญ: การพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี, เบาหวานชนิดที่ 2

บทนำ: โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ เนื่องจากจากเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ ความรุนแรง และผลกระทบของโรค สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ถึง 2563 พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 21 ในการสำรวจครั้งที่ 6 เมื่อปี พ.ศ. 2563 ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 9.53 (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2564) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดในคนไทย พบประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด มีสาเหตุมาจากภาวะดื้ออินซูลินร่วมกับความบกพร่องของตับอ่อนในการสร้างอินซูลินที่เหมาะสม (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566) การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงติดต่อกันเป็นระยะเวลานานส่งผลให้มีการทำลาย เสื่อมสภาพ และการล้มเหลวในการทำงานของอวัยวะที่สำคัญ ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง เกิดความสูญเสียทั้งที่เป็นค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อม การพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีเป็นลักษณะการดูแลแบบหนึ่งของการออกแบบการดูแลภายใต้ต้องประกอบหลักของแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ที่มีเป้าหมายควบคุมโรคที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง (ศิริอร สินธุ์ และพิเชต วงรอด, 2557) (Ferguson J.A. & Weinberger M., 1998) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขทั้งกายและใจ สามารถดำรงชีวิตบนพื้นฐานความพอเพียงอย่างมีเหตุผลและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดได้ กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีดำเนินการศึกษา: เป็นการศึกษาการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 2 ราย ที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสหัสขันธ์ ช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนพฤศจิกายน 2566 โดยศึกษาประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วย สัมภาษณ์และสังเกตผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เป็นญาติ โดยใช้กระบวนการจัดการรายกรณีประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวางแผนการดูแล 3) การจัดการตามแนวทางที่ได้กำหนดไว้ โดยการนำทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการดำเนินงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และ 4) การติดตามประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษา:

การประเมินภาวะสุขภาพ:

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทยวัยกลางคน อายุ 54 ปี การวินิจฉัย Diabetes mellitus type 2 with Hypertension with Dyslipidemia เป็นมา 9 ปี 3 ปีก่อน ขาดการรักษา เนื่องจากคิดว่าตนเองหายแล้ว จึงหยุดยาเอง 1 ปี โดยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตได้ ผู้ป่วยมารับยาไม่ต่อเนื่อง

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทยสูงอายุ อายุ 69 ปี การวินิจฉัย Diabetes mellitus type 2 with Hypertension with Dyslipidemia with Chronic Kidney Disease stage 3 เป็น Diabetes mellitus type 2 with Hypertension มา 14 ปี ตรวจพบ Hyperlipidemia เมื่อ 12 ปี ก่อน และ ตรวจพบ Chronic Kidney Disease stage 3 เมื่อ 2 ปีก่อน ตลอดการรักษาที่ผ่านมาผู้ป่วยยังมีปัญหาเรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต และอัตราการกรองของไตอยู่ในระยะที่ 3 ได้รับการปรับและเพิ่มขนาดยาเรื่อยๆ ตามผลระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิต

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
Problem list	
- มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (FBS 221 mg/dl HbA1c 9.3%) - ความดันโลหิตสูง BP 156/88 mmHg - พฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การมารับยาไม่ตรงนัด การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ	- มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (FBS 217 mg/dl, HbA1c 10.1%) - มีภาวะไตเรื้อรังระยะ ที่ 3b (eGFR 40.6 mL/min/1.73m ²) - เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหัวใจและหลอดเลือด (Thai CVD risk score 20.78%: เสี่ยงสูง) - พฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การซื้อยาแก้ปวดรับประทานเอง - มีภาวะอ้วนลงพุง และอ้วนระยะที่ 1 (waist circumference 88 cms BMI 25.3 kg/m ²)
การวินิจฉัยทางการแพทย์	
1. มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน 2. มีความดันโลหิตสูงและมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง	1. มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน 2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากการทำงานของไตลดลง และพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมไม่เหมาะสม 3. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน หลอดเลือดสมองแตก ตีบ ตัน

การวางแผนการจัดการดูแล:

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. จัดการให้เข้าถึงการรักษาและปรับแผนการรักษาตามความเหมาะสม 2. จัดการให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตได้ 3. เสนอช่องทางด่วนเพื่อช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน เช่น ภาวะ Stroke หรือ STEMI 4. การจัดการให้เข้าถึงบริการที่มีมาตรฐาน 5. ผู้ป่วยได้เข้าถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	

การจัดการตามแนวทางที่ได้กำหนดไว้ (Nursing intervention):

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
- ใช้หลักการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ในการ Nursing intervention ผู้ป่วยยังไม่มีความรู้ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับ	- ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค แต่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ยังไม่เห็นความสำคัญ

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
โรค ยังไม่เห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงใจและความตระหนักในการดูแลตนเอง ได้สร้างความตระหนักในเรื่องของการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด ที่ส่งผลให้น้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตสูง และให้หาทางเลือกในการที่จะใช้วิธีการรับประทานยา การรับประทานยา ที่จะส่งผลให้คุมน้ำตาลและความดันโลหิตได้ โดยผู้ป่วยจะลดการดื่มกาแฟ 3 in 1 ลงเหลือวันละ 1 ชอง จะลดการทานขนมหวานเหลือ 1 ครั้ง/สัปดาห์ จะมาทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และมาตรวจตามนัด	ของการดูแลตนเอง จึงต้องใช้หลักการสนทนาสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงใจและความตระหนักในการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยจะลดการทานขนมหวาน/ผลไม้หวานลง การดื่มน้ำหวาน พยายามออกกำลังกายโดยการเดินให้ได้ 3-5 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที จะดื่มน้ำเพิ่มขึ้นเป็นวันละ 2 ลิตร ส่วนญาติจะปรับเรื่องการปรุงอาหารให้ผู้ป่วย โดยการลดปริมาณของเครื่องปรุงรสให้น้อยลง และจะดูแลเรื่องการดื่มน้ำของผู้ป่วย ได้ชื่นชมและให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติในความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในครั้งนี้

การติดตามประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง:

กรณีศึกษาที่ 1 จากการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ให้กำลังใจในการดูแลตนเอง กระตุ้นเตือนเรื่องการมาตรวจตามนัด และติดตามเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัด พบว่า วันที่ 17 ส.ค.66 FBS 127 mg/dl BP 128/70 mmHg Home BP 130/72 mmHg และ 12 ต.ค.66 FBS 137 mg/dl HbA1c 6.9% BP 109 /78 mmHg ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ได้ติดตามเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัด พบว่า วันที่ 4 ส.ค.66 FBS 134 mg/dl BP 134/78 mmHg, 20 ต.ค.66 FBS 120 mg/dl BP 96/60 mmHg และ 15 พ.ย.66 FBS 100 mg/dl HbA1c 6.8% BP 124/78 mmHg ค่าeGFR 48.2 ml/min/1.73m² ซึ่งตลอดการศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่พบภาวะน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตสูง สามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการมาตรวจตามนัดได้

สรุปและขอเสนอแนะ:

ผู้ป่วยเบาหวานแต่ละรายมีปัญหาและความต้องการทางด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เพื่อให้การจัดการแก้ไขปัญหานั้นตรงประเด็นและตรงตามความต้องการของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พยาบาลจึงต้องสามารถประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และวางแผนให้การดูแลที่เหมาะสมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ จนกระทั่งผู้ป่วยและญาติที่เป็นผู้ดูแลสามารถจัดการสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันจะช่วยส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง:

1. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรอคเจริญ และวราภรณ์ เสถียรนพแก้ว. (2564). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนดส์ดีไซน์.
2. ศิริอร สินธุ และพิเชต วงรอด (บ.ก.). (2557). การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วัฒนาการพิมพ์.
3. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
4. Ferguson J.A. & Weinberger M. (1998). Case management programs in primary care. Journal of General Internal Medicine.

KLSH 25

การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ: กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care of Pneumonia Patients with Septic Shock: 2 Case Studies

ดาร์ญ วงศ์อนุชิต

โรงพยาบาลสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

คำสำคัญ: ปอดอักเสบ, ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ

บทนำ: ปอดอักเสบ หรือปอดบวม เป็นโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจที่พบได้บ่อย โดยมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการติดเชื้อแบคทีเรียและไวรัส (Çeltikçi & Gülensoy, 2023; Niederman & Torres, 2022) ในประเทศไทยพบว่า โรคปอดอักเสบเป็น 1 ใน 5 ลำดับแรกของโรคทางเดินหายใจที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ในรายที่มีอาการรุนแรงและมีโรคประจำตัวหรือผู้สูงอายุ ที่มักจะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ปีงบประมาณ 2566 โรงพยาบาลสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 111 ราย และมีผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (pneumonia with septic shock) 23 ราย และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจำนวน 3 ราย จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการดูแลรักษาและปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ซึ่งถือว่าเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยและนับว่าเป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉินซับซ้อนที่ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health pattern model) โดยการเปรียบเทียบกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย

วิธีดำเนินการ: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยการประเมินสภาพผู้ป่วย พยาธิสภาพ ลักษณะการดำเนินของโรค เปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ 2 รายที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสหัสขันธ์ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนในการประเมินภาวะสุขภาพและการวางแผนการพยาบาล

ผลการศึกษา:

กรณีศึกษาที่ 1 หญิงไทยอายุ 82 ปี เข้ารับการรักษาด้วยอาการมีไข้เหนื่อยอ่อนเพลียก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง มีประวัติเป็น HT, COPD สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 39 องศาเซลเซียส, ชีพจร 90 ครั้ง/นาที, หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 116/65 mmHg, O₂ sat 95, รู้สึกตัวดี E₄V₅M₆ pupils 2 mm react to light both eyes CXR พบ infiltration both lungs ประเมิน qSOFA ได้ 1 คะแนน ต่อมาอาการเปลี่ยนแปลง ชีพจร 108 ครั้ง/นาที, หายใจ 32 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 81/40 mmHg, MAP 57, O₂ sat 95%, qSOFA 2 คะแนน แพทย์วินิจฉัยเป็น pneumonia with septic shock

กรณีศึกษาที่ 2 ชายไทย อายุ 49 ปี เข้ารับการรักษาด้วยอาการ ไข้สูง หนาวสั่น เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง ปฏิเสธการมีโรคประจำตัว สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิ 40.2 องศาเซลเซียส, ชีพจร 130

ครั้ง/นาที, หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 92/52 mmHg, O₂ sat 90, รู็สึกตัวดี E₄V₅M₆ pupils 2 mm react to light both eyes ประเมิน qSOFA ได้ 2 คะแนน แพทย์วินิจฉัยเป็น pneumonia with septic shock, hypokalemia จากการประเมินภาวะสุขภาพภายใต้กรอบแนวคิดของกอร์ดอน นำมาสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 4 ระยะ (จันจิรา กุญแก้ว, 2565) ดังนี้

ระยะวิกฤต กรณีศึกษาทั้งสองรายมีการวินิจฉัยการพยาบาลเหมือนกัน คือ 1) มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 2) มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากการติดเชื้อที่ปอด 3) เสี่ยงต่อภาวะระบบหายใจล้มเหลวเนื่องจากมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และ 4) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต ส่วนการวินิจฉัยการพยาบาลที่แตกต่างในระยะวิกฤต คือ ประสิทธิภาพในการกรองของไตลดลงจากการไหลเวียนโลหิตไปที่ไตลดลง (กรณีศึกษาที่ 1) และ มีภาวะไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย (กรณีศึกษาที่ 2)

ระยะกึ่งวิกฤต กรณีศึกษาทั้งสองรายมีการวินิจฉัยการพยาบาลเหมือนกัน คือ มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และมีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

ระยะฟื้นฟู กรณีศึกษาที่ 1 มีการวินิจฉัยการพยาบาล คือ ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากถูกจำกัดกิจกรรม และ กรณีศึกษาที่ 2 มีการวินิจฉัยการพยาบาล คือ มีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจากการได้รับยา Hydrocortisone

ระยะจำหน่าย กรณีศึกษาทั้งสองรายมีการวินิจฉัยการพยาบาลเหมือนกัน คือ ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากพร่องความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ ซึ่งหลังได้รับการดูแลแก้ไขรักษาพยาบาลตามแผนการพยาบาลภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ภาวะพร่องออกซิเจน จนกรณีศึกษาทั้งสองรายสามารถผ่านพ้นระยะวิกฤต เข้าสู่ระยะฟื้นฟูและวางแผนจำหน่ายได้โดยใช้หลัก D-METHOD

สรุปกรณีศึกษา:

ด้านปัจจัย จากกรณีศึกษาทั้งสองราย พบว่า มีความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการนอนและรักษาที่แตกต่างกันเนื่องจากปัจจัยด้านอายุ โดยกรณีศึกษาที่ 1 เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวคือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการรักษาโดยการบำบัดด้วยออกซิเจน High-Flow Nasal Cannula และยาพ่นขยายหลอดลม อาการไข้มีระยะถึง 3 วันไข้จึงลดลง ระยะเวลาในการนอน 6 วัน ซึ่งสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในผู้สูงอายุ (physiological changes in old age) มีการสูญเสียแคลเซียมที่รอยต่อของกระดูกอ่อน การเสื่อมของกระดูกซี่โครงที่มีผลต่อประสิทธิภาพการหายใจ มีความยืดหยุ่นลดลง กล้ามเนื้อทรวงอกอ่อนแรง เยื่อหุ้มที่ถุงลมเสื่อมลง ทำให้การแลกเปลี่ยน O₂ ลดลง ประสิทธิภาพการขับเสมหะบกพร่องและความสามารถในการต่อต้านการติดเชื้อลดลง (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2563) ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 ซึ่งเป็นวัยทำงานที่ไม่มีโรคประจำตัว เมื่อได้รับการรักษาตามแนวทางได้รับการบำบัดด้วย O₂ Cannula มีไข้เพียง 1 วัน อาการคงที่ได้และฟื้นตัวได้ดีกว่า โดยมีระยะวันนอนเพียง 5 วัน ซึ่งผู้ป่วยทั้งสองรายนี้ ไม่มี Re-admit เข้าภายใน 28 วัน

ด้านความสำเร็จ กรณีศึกษาทั้งสองราย มาด้วยอาการปอดอักเสบและเข้าสู่ระยะช็อกจากการติดเชื้อซึ่งเป็นภาวะที่คุกคามถึงชีวิต พยาบาลได้ใช้เครื่องมือในการคัดกรอง/ประเมินด้วย โดยใช้ใช้ qSOFA, SOS score ได้รวดเร็วนำไปสู่ CPG sepsis fast tract (ทศนีย์ รอดภัย, 2566) รวมทั้งดูแลแก้ไขรักษาภาวะพร่องออกซิเจนด้วยออกซิเจน high-flow nasal cannula และ O₂ cannula ลดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะหายใจ

ล้มเหลว (respiratory failure) ทำให้ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตได้รับการดูแลแบบองค์รวม ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและสามารถวางแผนจำหน่ายกลับบ้านได้

บทเรียนที่ได้รับ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ป่วยตั้งแรกเริ่ม ต้องมีความรู้ความเข้าใจโรคปอดอักเสบที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อในกระแสเลือดและการใช้ protocol sepsis ซึ่งการประเมินได้รวดเร็วครอบคลุมและให้การช่วยเหลือจะทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตสูง รวมทั้งการประเมินความรุนแรงโดยใช้ SOS score ให้การดูแลรักษาตามแนวทาง six bundle of care ซึ่งเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ:

1. พัฒนาทักษะในการคัดกรองประเมินผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่แรกเริ่ม การประเมินได้รวดเร็ว ทันเวลาจะนำไปสู่การปฏิบัติตาม CPG sepsis fast track ลดภาวะแทรกซ้อนและมีโอกาสรอดชีวิตสูง
2. ส่งเสริมการใช้เครื่องมือประเมิน sepsis SIRS, qSOFA, SOS score, NEWS score อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
3. ควรจัดอบรมให้ความรู้ พัฒนาสมรรถนะในการประเมินผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะวิกฤต ผู้ป่วยในระยะภาวะวิกฤตได้อย่างถูกต้องเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ
4. ควรมีการทบทวนความรู้และปรับปรุงแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดให้ทันสมัย รวมถึงการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

เอกสารอ้างอิง:

1. จันจิรา กุยก้าว. (2565, พฤษภาคม - สิงหาคม). การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา.วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน.(2565), 7(2), 22-29. สืบค้นจาก<https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/545>
2. ทศนี รอดภัย. (2566, มกราคม - มิถุนายน). การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก: รายงานผู้ป่วย. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร.(2566), 4(1), 56-67. สืบค้นจาก <http://www.ppho.go.th/webppho/research/y4p1/b05.pdf>
3. ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2549). การพยาบาลผู้สูงอายุปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
4. Çeltikçi, B., & Gülensoy, E. (2023). Evaluating the Correlation of Mortality and Biochemical Parameters in Community-acquired and Hospital-acquired Pneumonia. Acta Medica, 54(1).
5. Niederman, M. S., & Torres, A. (2022). Respiratory infections. European Respiratory Review, 31(166), 220150.

KLSH 26

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน: กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care of Acute Stroke: 2 Case Studies

เยาวเรศ นิลมาย

โรงพยาบาลสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

คำสำคัญ: การพยาบาล, ระยะเฉียบพลัน, โรคหลอดเลือดสมอง

บทนำ: โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก และเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพอันดับ 3 ในปี พ.ศ. 2565 (World Health Organization, 2022) สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 จำนวน 120,000 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ในปี พ.ศ. 2564–2566 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอสหัสขันธ์ จำนวน 392, 492, 566 คน ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2566) โดยมีผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ stroke fast track ร้อยละ 48.49 (โรงพยาบาลสหัสขันธ์, 2566) โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะเร่งด่วนทางอายุรกรรมพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม ให้การดูแลรักษา ติดตามเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันรายกรณี เพื่อเป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน 2 ราย

วิธีดำเนินการศึกษา: เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน 2 ราย ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติและเวชระเบียนผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐาน ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว ข้อมูลทางจิตสังคม อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค การตรวจร่างกาย และการรักษา นำข้อมูลไปวิเคราะห์และประเมินผล จากนั้นนำมากำหนดเป็นแผนการพยาบาลตามสภาพปัญหาที่พบโดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม

ผลการศึกษา:

รายงานผู้ป่วย:

หัวข้อ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
อาการสำคัญ	นอนซึม ไม่พูด ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง 30 นาที	แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง 15 นาที
การประเมินสภาพแรก รับ	นอนซึม เรียกลืมตา ถามไม่ตอบ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 216/105 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด	รู้สึกตัว ถามตอบรู้เรื่อง พูดไม่ชัด ปากเบี้ยวมุมปากซ้ายตก อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร 86 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 147/86 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด 99%

หัวข้อ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	100%	
ประวัติโรคประจำตัวและประวัติการใช้สารเสพติด	โรคความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่วันละครึ่งซอง สูบมานาน 10 ปี ดื่มสุราเป็นประจำวันละ 2-3 กัก (120 ซีซี.)	ปฏิเสธโรคประจำตัวและการใช้สารเสพติด
ศีรษะ ใบหน้า ตา หู คอ จมูก ริมฝีปาก	มุมปากขวาตก	ปากเบี้ยว มุมปากซ้ายตก มีน้ำลายไหลที่มุมปาก
ทรงอกและการหายใจ	หายใจเข้า รูปแบบการหายใจไม่สม่ำเสมอ	หายใจมีเสียงครืดคราด เป็นพักๆ
ระบบประสาท	Glasgow coma scale 9 คะแนน (E3V1M5) Pupils 3 mm reaction to light both eyes Motor power แขนขวา grade 1 แขนซ้าย grade 4+ ประเมิน Visual Felid พบ eye deviate to the left	Glasgow coma scale 14 คะแนน (E3V5M6) Pupils 2 mm reaction to light both eyes Motor power แขนขวา grade 4+ แขนซ้าย grade 1 ประเมิน Visual Felid พบ eye deviate to the left
สภาพจิตใจ/อารมณ์	ญาติวิตกกังวล ตื่นกลัว เข้าไปสอบถามอาการผู้ป่วยกับแพทย์ตลอดเวลา	สีหน้าวิตกกังวล สอบถามพยาบาลว่าตนเองป่วยเป็นอะไร จะหายหรือไม่
การวินิจฉัยโรค	Acute Hemorrhagic Stroke	Acute Ischemic Stroke

กิจกรรมการพยาบาล:

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะวิกฤต	
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1. มีการบาดเจ็บของเนื้อสมองเนื่องจากการไหลเวียนของเลือดในสมองลดลง (กรณีที่ 1 และกรณีที่ 2)	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อเพิ่มการไหลเวียนโลหิตไปเลี้ยงสมอง 2. จัดคอให้ตรงหลีกเลี่ยงการงอพับคอและการหมุนและหันศีรษะ อาจทำให้หลอดเลือด jugular ถูกกดบีบส่งผลให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น 3. ตรวจวัดสัญญาณชีพ วัดค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดทุก 15 นาที 4. เผื่อระวังประเมินระดับความรู้สึก ประเมินอาการทางระบบประสาททุก 15 นาที หากพบ GCS \leq 1 รายงานแพทย์ทันที 5. ดูแลให้สารน้ำ NSS 1,000 ml. vein drip 80 m V/hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์ 6. ดูแลให้ยา Nifedipine (1:5) vein drip 5ml/hr. เพื่อควบคุมความดันให้ต่ำกว่า 180/105 mmHg เพื่อลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (กรณีที่ 1)
2. มีปัญหาการหายใจเนื่องจากระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลงและมีโอกาสเกิดทางเดินหายใจอุดตันจากพยาธิสภาพของโรคจากพยาธิสภาพของโรค (กรณีที่ 1 และกรณีที่ 2)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินการหายใจ อัตราการหายใจ รูปแบบการหายใจ 2. ประเมินระดับความรู้สึก อาการทางระบบประสาท GCS \leq 8 คะแนนรายงานแพทย์ทันที 3. เตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ ได้แก่ Laryngoscope, เครื่องดูดเสมหะ, ventilating bag with mask, stylet, Endotracheal tube, syringe 10 ml สำหรับ blow cuff, สารหล่อลื่น และพลาสติกสอด tube 4. ช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยจัดทำให้ผู้ป่วยนอนราบ หน้าแขน หมุนหมอน 10 ซม.ใต้ occiput ต่อกับออกซิเจน 100% กับ ventilating bag ครอบ mask บีบ bag เพื่อช่วยหายใจ ก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ เมื่อแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจแล้ว ใช้ stethoscope ทดสอบเสียงในปอดทั้งสองข้าง ใช้ syringe blow cuff 5-10 cc. ใส่ Oropharyngeal airway ป้องกันผู้ป่วยกัดท่อช่วยหายใจ ติดพลาสติกสอดท่อช่วยหายใจที่มุมปาก(กรณี ที่1) 5. ดูดเสมหะเท่าที่จำเป็น ครั้งละไม่เกิน 10 วินาที แรงดัน 80-120 mmHg เพื่อลดภาวะ hypoxia และไม่ให้เกิดแรงดันในสมอง 6. Monitor EKG และ Monitor Oxygen Saturation

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองถูกทำลาย เนื่องจากมีน้ำตาลในเลือดต่ำ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลให้ 50% glucose 50 ml iv push ตามแผนการรักษา 2. ประเมินและเฝ้าระวังภาวะอันตรายจากน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น เหงื่อออก ใจสั่น ตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว มึนงง ระดับความรู้สึกลดลง 3. เจาะ DTX หลังให้ 50% glucose 50 ml iv push 1 ชั่วโมงติดตามระดับน้ำตาลในเลือด 4. เฝ้าระวังประเมินระดับความรู้สึก วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที
4. ญาติวิตกกังวล กลัว เนื่องจากไม่เข้าใจสภาพการเจ็บป่วย แนวทางการรักษาและขาดความรู้เกี่ยวกับโรค	<ol style="list-style-type: none"> 1. เปิดโอกาสให้ญาติสอบถามเรื่องโรคและแนวทางการรักษาจากแพทย์ผู้รักษาและร่วมตัดสินใจในการดูแลรักษา 2. ให้ข้อมูลอาการ การดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นระยะๆแก่ญาติเพื่อคลายความวิตกกังวล 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสอบถามปัญหาและข้อสงสัย พร้อมทั้งตอบคำถามด้วย ท่าทางสุภาพอ่อนโยน พุดคุยให้กำลังใจ
การดูแลในการส่งต่อ	<ol style="list-style-type: none"> 1. แจ้งญาติผู้ป่วยพบแพทย์เพื่ออธิบายความจำเป็นในการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และแจ้งญาติสายตรงเดินทางไปกับผู้ป่วยเพื่อตัดสินใจการรักษากรณีเร่งด่วน 2. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยตามระบบ Stroke Fast Track 3. เตรียมผู้ป่วย ดูแลยา สารน้ำ และอุปกรณ์ที่ติดตัวผู้ป่วย เตรียมเครื่อง AED ยาฉุกเฉิน ข้อมูลเอกสาร และเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกต้องตามมาตรฐาน 4. รายงานส่งข้อมูลผู้ป่วยไปยังแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลกาฬสินธุ์เพื่อเตรียมรับผู้ป่วยตามระบบ Stroke Fast Track และส่งต่อผู้ป่วยพร้อมข้อมูลเอกสาร
2. ระหว่างการส่งต่อผู้ป่วย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา ระวังไม่ให้คอหักพับงอเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง 2. ดูแลการหายใจผู้ป่วยให้สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ปรับอัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16–20 ครั้ง/นาที ตรวจสอบไม่ให้ท่อช่วยหายใจหักพับงอ ตรวจสอบประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดให้มากกว่า 95% (กรณี 1) 3. สังเกตและบันทึกอาการ อาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) เช่น ความดันโลหิตสูง ชีพจรเต้นช้า หายใจไม่สม่ำเสมอ 4. ประเมินระดับความรู้สึก, GSC, วัดสัญญาณชีพทุก 10–15 นาที 5. ดูแลให้สารน้ำ NSS 1,000 ml iv drip 80 ml/hr. 6. ดูแลให้ยา Nifedipine (1:5) iv drip 5ml/hr. เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 180/105 มิลลิเมตรปรอท (กรณี 1) 7. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษาพอสังเขปแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อเตรียมผู้ป่วยในการรักษาต่อที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
ระยะฟื้นฟู	<p>พยาบาลร่วมกับทีมสหวิชาชีพวางแผนจำหน่าย และประสานทีมส่งต่อข้อมูลให้เครือข่ายสุขภาพดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งกระตุ้นการฟื้นตัวของสมองและกล้ามเนื้อ โดยประเมินความสามารถ ทบทวน ฝึกทักษะในการดูแลให้ญาติเกิดความมั่นใจก่อนจำหน่ายดังนี้ 1) การดูแลกิจวัตรประจำวัน การทำความสะอาดร่างกายการดูแลสายสวน ปัสสาวะ 2) การเตรียมอาหาร การให้อาหารทางสายยาง 3) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ข้อติด กล้ามเนื้อลีบเล็ก แนะนำการพลิกตะแคงตัว การออกกำลังกายให้ผู้ป่วย 4) การกระตุ้นด้านสติปัญญา การรับรู้ 5) การดูแลให้อ่อนหลับพักผ่อน 6) ปัญหาด้านจิตใจ</p>

สรุปกรณีศึกษา: กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับการวินิจฉัย Acute Hemorrhagic Stroke โดยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง

สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ออกกำลังกาย ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (Larsson และคณะ, 2020) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโรคประจำตัวมากกว่า 2 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดผิดปกติ สำหรับกรณีศึกษาที่ 2 เป็นผู้สูงอายุ ได้รับการวินิจฉัย Acute Ischemic Stroke ผลการ CT Scan มีการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองด้านขวา ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงแขนและขาด้านซ้าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลี นิจอภัย (2560) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวจะมีพยาธิสภาพโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบและอุดตัน เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เรื่องโรคและไม่เข้าใจสภาพปัญหาการเจ็บป่วย ทำให้เกิดความกลัว และวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น ถึงแม้จะได้รับการอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโรคและอาการของผู้ป่วยจากแพทย์และพยาบาล ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีพยาธิสภาพของโรคและความรุนแรงที่แตกต่างกัน แต่ทั้ง 2 ราย เข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็วภายใน 270 นาทีหลังมีอาการ เข้าสู่ระบบ Stroke fast track ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยและได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับสู่ภาวะปกติมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ: 1) การนำผลการศึกษาไปใช้ต้องประเมินเพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลให้ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยโดยกำหนดเป็นมาตรฐานเฉพาะรายโรค 2) รณรงค์ประชาสัมพันธ์ทุกรูปแบบสร้างความตระหนักแก่กลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไปในการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงหากมีอาการต้องรีบเข้ารับการรักษา 3) ขยายเครือข่าย EMS ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ประชาสัมพันธ์หมายเลข 1669 พัฒนาศักยภาพกู้ชีพให้มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองสามารถประเมินอาการผู้ป่วยเบื้องต้นได้ 4) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในชุมชนให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง:

1. กระทรวงสาธารณสุข. (2566). ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด รายงานตามตัวชี้วัดกระทรวง ปี 2566. สืบค้นจาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php>
2. โรงพยาบาลสหัสขันธ์. (2566). รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับบริการงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน ปี 2566. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลสหัสขันธ์.
3. เสาวลี นิจอภัย. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic stroke) ในชุมชน: กรณีศึกษา. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand, 7(3), Article 3. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/129603>
4. Larsson, S. C., Burgess, S., Mason, A. M., และ Michaëlsson, K. (2020). Alcohol Consumption and Cardiovascular Disease: A Mendelian Randomization Study. Circulation. Genomic and Precision Medicine, 13(3), e002814. สืบค้นจาก <https://doi.org/10.1161/CIRCGEN.119.002814>
5. World Health Organization. (2022). The top 10 causes of death, Global Health Estimates 2022: Deaths by Cause, Age, Sex, Country, and Region, 1990–2022 [Geneva: World Health Organization]. สืบค้นจาก <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

KLSH 27

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูเด็กกับภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็ก
ปฐมวัยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองกุงศรี อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

The Relationship Between Health Literacy of Caregivers and Nutritional Status and
Early Childhood Children Development in the Area under the Responsibility of Nong
Kung Si Hospital, Nong Kung Si District , Kalasin Province

คำสงค์ ชินมาตร

โรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย, พัฒนาการของเด็กปฐมวัย

บทนำ: ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กปฐมวัยโดยกำหนดไว้ในพระราชบัญญัติการพัฒนาเด็ก
ปฐมวัย พ.ศ. 2562 ตามยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560-2579) มีเป้าหมาย คือ การ
พัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย และการปฏิรูประบบเสริมสร้างความรู้ทางสุขภาพ (health
literacy) (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) กรมอนามัยมีการสำรวจ
และรายงานสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยในภาพรวมยังคงอยู่ในระดับคงที่และมีแนวโน้มลดลง โดยใน
ปี พ.ศ. 2564 และ พ.ศ. 2565 เด็กมีพัฒนาสมวัย ร้อยละ 83.14 และ 73.92 ตามลำดับ (กระทรวง
สาธารณสุข, 2566: ออนไลน์) ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายในแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-
2569) และจากผลการดำเนินการคัดกรองพัฒนาการเด็กตามกลุ่มอายุ specialpp ในปีงบประมาณ 2565
ของอำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ พบเด็กมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 84.05

จากรายงานการวิจัยที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้านการเลี้ยงดูเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้พัฒนาการ
เด็กล่าช้า (นิชรา เรื่องดารกานนท์, 2556, น.395-412) กัญญา โพธิ์ปิติ (2565, น. 28-50) รายงานว่าผู้เลี้ยงดู
หลักและครู/ผู้ดูแลเด็กในเขตสุขภาพที่ 5 มีความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยรวมอยู่ในระดับ
พอใช้ ร้อยละ 59.5 นอกจากนี้ ธิโสภิญ ทองไทย, สุพัตรา บุญเจียม, ปิยะ บุรีโส, นิตยา ศรีมานนท์, และลัดดา
ดีอันทอง (2566, น.105-115) ได้ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็กในเขต
สุขภาพที่ 7 พบว่าผู้เลี้ยงดูเด็กหลักคือ ปู่ ย่า ตา ยาย ร้อยละ 56.7 โดยมีความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดู
เด็กปฐมวัยระดับพอใช้และต้องปรับปรุง ร้อยละ 49.6 และมีความรู้ด้านความรู้ความเข้าใจในการเลี้ยงดู
เด็กปฐมวัยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 94.4

จากข้อมูลสถานการณ์พัฒนาการของเด็กปฐมวัยในประเทศไทยและในอำเภอหนองกุงศรี จังหวัด
กาฬสินธุ์ ปี พ.ศ. 2565 ยังคงต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด รวมถึงบทบาทสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพของ
ผู้เลี้ยงดูเด็กมีผลต่อการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ
ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็ก และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดู
เด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็กกับภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็กปฐมวัยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาล
หนองกุงศรี อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็กในเขต
รับผิดชอบโรงพยาบาลหนองกุงศรี อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ และ 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์
ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยกับภาวะโภชนาการและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

วิธีดำเนินการศึกษา: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (อิโคโนมิทอ ไทย
และคนอื่นๆ, 2566, น.105-115) ในช่วงวันที่ 3-20 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เลี้ยงดู
เด็กปฐมวัยที่มีอายุแรกเกิด - 5 ปีที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองกุงศรี อำเภอหนองกุงศรี จังหวัด
กาฬสินธุ์ จำนวน 165 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ไค-สแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ
สเปียร์แมน

ผลการศึกษา:

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย พบว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.7
อายุต่ำสุด 20 ปี และอายุสูงสุด 67 ปี ส่วนใหญ่เป็นแม่เด็ก ร้อยละ 51.5 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับ
มัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา ร้อยละ 56.4 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 41.2 มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้เลี้ยงดู
เด็กปฐมวัยมีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 52.6 รายได้เฉลี่ย เท่ากับ
10,418.18 บาทต่อเดือน (S.D. = 6,702.79) เมื่อพิจารณารายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายของครอบครัว พบว่า
ส่วนมากมีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 63.0 ครอบครัวอาศัยอยู่ในเขตกึ่งเมืองกึ่งชนบท ร้อยละ 53.3 และมี
สัมพันธภาพที่ดีกับเด็ก ร้อยละ 100

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย พบว่าผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนมาก
มีความรอบรู้โดยรวมในระดับพอใช้ ร้อยละ 46.7 ข้อมูลภาวะโภชนาการและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ภาวะ
โภชนาการเด็กปฐมวัย เมื่อพิจารณาน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง เด็กส่วนใหญ่สมส่วน ร้อยละ 73.3 พัฒนาการ
ของเด็กปฐมวัย พบว่า เด็กส่วนใหญ่มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 80.6 และมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 19.4
โดยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากที่สุดในด้านการใช้ภาษา ร้อยละ 17.0

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยกับภาวะโภชนาการและ
พัฒนาการของเด็กปฐมวัย เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน
ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยกับภาวะโภชนาการ โดยจำแนกน้ำหนักตามเกณฑ์
ส่วนสูง ผลการวิเคราะห์ พบว่า ความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยรวมและรายด้านไม่มีความสัมพันธ์กับ
ด้านภาวะโภชนาการ ด้านพัฒนาการของเด็กปฐมวัย พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย
โดยรวมและรายด้านในทั้ง 6 องค์ประกอบ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.01) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็กกับภาวะโภชนาการ
และพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

ความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย	ภาวะโภชนาการ		พัฒนาการ	
	r	p-value	r	p-value
ด้านการเข้าถึงข้อมูล	0.100	0.203	0.587	<0.001*
ด้านความรู้ความเข้าใจ	0.141	0.070	0.339	<0.001*
ด้านการโต้ตอบซักถามข้อมูล	-0.066	0.403	0.418	<0.001*
ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	0.075	0.337	0.226	0.004*

ความรู้รอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย	ภาวะโภชนาการ		พัฒนาการ	
	r	p-value	r	p-value
ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาเด็กปฐมวัย	0.108	0.167	0.432	<0.001*
ด้านการสื่อสารต่อข้อมูล	0.056	0.474	0.466	<0.001*
ความรู้รอบรู้โดยรวม	0.107	0.170	0.639	<0.001*

* แสดงนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.01

สรุปผลการศึกษา: ผลการวิจัยพบว่า แม่เป็นผู้เลี้ยงดู ร้อยละ 51.5 ผู้เลี้ยงดูเด็กมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยรวมในระดับพอใช้ ร้อยละ 46.7 มีความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลในระดับสูง ร้อยละ 52.7 มีความรอบรู้ด้านการตัดสินใจในระดับต่ำ ร้อยละ 46.7 ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.01)

ข้อเสนอแนะ: นำผลที่ได้จากงานวิจัยไปออกแบบกระบวนการจัดการเรียนรู้ในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้เลี้ยงดูเด็กในแต่ละพื้นที่ และให้การสนับสนุนช่วยเหลือด้านข้อมูลความรู้สู่การปฏิบัติให้มากขึ้น และควรมีการศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้มีพัฒนาการที่สมวัยมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง:

1. กระทรวงสาธารณสุข. ผลการดำเนินการคัดกรองพัฒนาการเด็กตามกลุ่มอายุ specialpp. สืบค้น 29 กันยายน 2566 จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
2. กันยา โพธิบัติ. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักและครู/ผู้ดูแลเด็กในเขตสุขภาพที่ 5. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น, 15(1): 28-50.
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560-2579) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 (พ.ศ.2561). สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข: นนทบุรี. ISBN 978-616-11-3-3757-1
4. อธิสภิญญา ทองไทย, สุพัตรา บุญเยี่ยม, ปิยะ บุรีโส, นิตยา ศรีมานนท์, ลัดดา ตีอันทอง. (2566). ความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็ก เขตสุขภาพที่ 7. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 46(1): 105-115.
5. นิชรา เรืองดารกานนท์. (2556). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็ก. ใน ทิพวรรณ หารรรษคุณาชัยและคณะ บรรณาธิการ ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป (หน้า 395-412). กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

KLSH 28

การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยที่มีภาวะหายใจลำบาก: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Low Birth Weight Premature infants with Respiratory Distress: 2 Case studies

บุบผา ไหลบำรุงชัย

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

คำสำคัญ: ทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อย, ภาวะหายใจลำบาก, การพยาบาล

บทนำ: ทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยที่มีภาวะหายใจลำบาก เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีการเจ็บป่วยและมีอัตราเสียชีวิตสูง สาเหตุเกิดจากภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก ซีด ตัวเหลือง หลอดเลือดที่หัวใจไม่ปิด เลือดออกในสมอง โรคปอดเรื้อรัง ลำไส้เน่าเปื่อย บกพร่องการมองเห็น และการได้ยิน เป็นต้น ซึ่งส่งผลต่อการเจริญเติบโต และพัฒนาการของทารกล่าช้า หากได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการใช้สารลดแรงตึงผิว (surfactant) จะสามารถทำให้ทารกรอดพ้นจากภาวะวิกฤตได้. (พรทิภา พุทธิบัณฑิตโอภาส, 2565.)

สถิติทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยที่มีภาวะหายใจลำบากของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2564, 2565 และ 2566 พบว่า มีจำนวน 49, 47 และ 38 ราย และต้องใช้สารลดแรงตึงผิว (surfactant) ในการรักษาจำนวน 28, 24 และ 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.14, 51.06 และ 57.89 ตามลำดับ จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวข้างต้น และจากแผนการขับเคลื่อนงานสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 สาขาแรกเกิด ปีงบประมาณ 2567 ที่มีเป้าหมายทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยน้อยกว่า 3.6 : 1,000 การเกิดมีชีพ (เขตสุขภาพที่.2566, ออนไลน์) ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนารูปแบบและแนวทางปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยที่มีภาวะหายใจลำบาก และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกป่วย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 2 ราย

วิธีดำเนินการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เปรียบเทียบการพยาบาลจากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยของฝ่ายเวชระเบียน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ วิเคราะห์ข้อมูลตามหลักการพยาบาลแบบองค์รวม และประเมินผู้ป่วยตามกรอบแนวคิด 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon's functional health)

ผลการศึกษา:

กรณีศึกษาที่ 1 ทารกแรกเกิดเพศชาย อายุครรภ์ 33+2 สัปดาห์ คลอดปกติ น้ำหนักแรกเกิด 1,900 กรัม APGAR score 9-9-10 Ballard Score = 35 สัปดาห์ 30 นาทีหลังคลอด ทารกเกิดก่อนกำหนด มีน้ำหนักน้อยและหายใจหอบ หน้าอกบุ๋ม มี mild subcostal retraction อัตราการหายใจ 60-64 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนวัดทางผิวหนังร้อยละ 95 (SpO₂) ปลายมือปลายเท้าเขียว แพทย์วินิจฉัยโรคแรกเริ่มคือ Preterm with LBW with RDS แพทย์พิจารณาให้ย้ายไปหอผู้ป่วยทารกป่วย แรกเริ่มทารก active พอสมควร มี acrocyanosis หายใจหอบ หน้าอกบุ๋ม มี mild subcostal retraction สัญญาณชีพ อุดมสมบูรณ์ ร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจ 142 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 64 ครั้งต่อนาที ความดัน

โลหิต 61/30 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ = 95% ทารกมีปัญหาการหายใจฟังปอดมีเสียง Crepitation ที่ปอด
ด้านล่างข้างขวา ดูดนมหะในปากจุกพบเสมหะสีขาวเหนียว เอกซเรย์ปอด พบ ground glass appearance
ของปอดทั้ง 2 ข้าง และ Infiltration แพทย์ให้การรักษาโดยการให้ออกซิเจนทางกล่องครอบศีรษะ อัตราการ
ไหล 5 ลิตรต่อนาที และให้สารลดแรงตึงผิว (Curosurf) ปริมาณ 1.5 มิลลิลิตร ลงในปอดทั้ง 2 ข้าง ผ่านท่อ
ช่วยหายใจ (ท่อช่วยหายใจ เบอร์ 3 ความลึก 8 เซนติเมตร) ได้รับสารน้ำสารอาหารทางหลอดเลือดดำ และยา
ปฏิชีวนะ ขณะรับรักษาพบภาวะแทรกซ้อน คือ ปอดติดเชื้อ และภาวะตัวเหลือง ปัญหาได้รับการรักษาแล้ว
ก่อนกลับได้รับการคัดกรองตรวจหู ผลผิดปกติทั้ง 2 ข้าง (OAE = Refer) รักษาในโรงพยาบาล 13 วันจน
อาการดีขึ้น แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน และนัดมาตรวจติดตามอาการอีก 2 สัปดาห์ พร้อมส่งตรวจ OAE

กรณีศึกษาที่ 2 ทารกแรกเกิดเพศชาย อายุครรภ์ 32+5 สัปดาห์ คลอดปกติ น้ำหนักแรกเกิด 2,000
กรัม APGAR score 9-10-10 Ballard Score = 34 สัปดาห์ 13 นาที หลังคลอดทารกเกิดก่อนกำหนด น้ำ
หนักน้อย หายใจหอบ มี grunting อัตราการหายใจ 62 ครั้งต่อนาที ทารกหายใจหอบมากขึ้น แพทย์พิจารณา
ใส่ท่อช่วยหายใจ เบอร์ 3 ความลึก 8 เซนติเมตร วินิจฉัยโรคแรกเริ่ม คือ Preterm with LBW with RDS
แพทย์ย้ายทารกไปหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม แรกเริ่มทารก active พอควร ตัวแดงดี สัญญาณชีพ อุดมภูมิ
ร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 146 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 62 ครั้งต่อนาที ความ
ดันโลหิต 58/20 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ = 100% ทารกได้รับช่วยหายใจโดยใช้เครื่องแบบ ventilator PAC
mode PIP 15 RR 60 PEEP 5 FiO₂ 0.4 Keep SpO₂ ≤ 92% เอกซเรย์ปอด พบ ground glass
appearance ของปอดทั้ง 2 ข้าง ให้สารลดแรงตึงผิว (curosurf) ในปริมาณ 4.5 มิลลิลิตร ผ่านท่อช่วยหายใจ
ลงในปอดทั้ง 2 ข้าง ได้รับสารน้ำสารอาหารทางหลอดเลือดดำ และยาปฏิชีวนะ แพทย์พิจารณาให้ลดความ
เข้มข้นของออกซิเจนลงตามลำดับ และย้ายไปสังเกตอาการต่อที่หอผู้ป่วยทารกป่วย ขณะรักษาพบภาวะตัว
เหลืองร่วม หลังได้รับการรักษาติดตามดาไม่มีความพร้อมและความมั่นใจในการดูแลบุตร สหวิชาชีพพร้อมกัน
ให้คำปรึกษา แนะนำและฝึกทักษะ จนมีความพร้อม ทารกพักรักษาในโรงพยาบาล 18 วัน แพทย์จำหน่ายกลับ
บ้าน และนัดมาตรวจติดตามอาการอีก 2 สัปดาห์ให้ส่ง ตรวจตาเมื่ออายุครบ 1 เดือน

สรุปกรณีศึกษา: ผลการศึกษาพบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยที่มีภาวะหายใจลำบาก รักษาที่หอ
ผู้ป่วยทารกป่วย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบปัญหา

1. การแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากปอดยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ และมีสารลดแรงตึงผิว (surfactant) ไม่เพียงพอ
2. ทารกมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
3. ไม่สามารถควบคุมอุณหภูมิของร่างกายให้คงที่ เนื่องจากทารกมีเนื้อผิวกายกว้างเมื่อเทียบกับน้ำหนัก และศูนย์กลางการควบคุมอุณหภูมิกายไม่สมบูรณ์
4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันยังไม่สมบูรณ์จากภาวะเกิดก่อนกำหนด
5. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารและสารน้ำไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนด การดูดกลืน และระบบย่อยอาหารไม่สมบูรณ์
6. ทารกมีภาวะตัวเหลืองจากการคลั่งของบิลิรูบินในกระแสเลือด เนื่องจากตัวยังทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์
7. เสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดจอบประสาทตาผิดปกติ เนื่องจากเกิดก่อนกำหนดและได้รับออกซิเจน
8. บิดามารดามีความวิตกกังวล ขาดความพร้อม และขาดความมั่นใจในการดูแลทารกที่บ้าน

จากปัญหาที่พบ ทีมแพทย์และสหวิชาชีพ ได้รักษาและดูแลแบบองค์รวม กล่าวคือ ดูแลผู้ป่วยแบบครบทุกด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และครอบครัว ให้สารลดแรงตึงผิว (surfactant) เพราะขาดสารลดแรงตึงผิวในปอดจากการเกิดก่อนกำหนด ใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อสามารถให้ออกซิเจนแก่ทารกในปริมาณที่เหมาะสม มีการควบคุมอุณหภูมิกาย การให้สารน้ำ สารอาหาร และยาปฏิชีวนะ ในระหว่างการรักษา พบภาวะแทรกซ้อน คือ ปอดอักเสบ และภาวะตัวเหลือง จึงส่งไปรักษา ปัญหาทุกอย่างได้รับการแก้ไขจากการดูแลอย่างใกล้ชิดของ แพทย์พยาบาล ทีมสหวิชาชีพ ที่มีทักษะความรู้ ความชำนาญ ขณะเดียวกันได้มีการฝึกทักษะการดูแลทารกป่วยให้กับบิดามารดา ครอบครัว และบุคคลที่มีส่วนร่วมในการดูแลที่บ้าน ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลทารกได้อย่างถูกต้อง ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน แนะนำการปฏิบัติตัวตามหลักการ D-METHOD

ข้อเสนอแนะ: 1) ควรมีการกำหนด Job spec & Job description ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลทารกป่วย 2) สนับสนุนให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลทารกป่วย ผ่านการอบรมการดูแลทารกในหลักสูตรเฉพาะทาง 3) ฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพทุกปี 4) ทบทวนและหา RCA เมื่อเกิดอุบัติการณ์ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ซ้ำ

เอกสารอ้างอิง:

1. กระทรวงสาธารณสุข. (2566). ทบทวนแผนการจัดการระบบบริการสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 7. เข้าถึงจาก www.r7MOPH.go.th.
2. พรทิภา พุทธิบัณฑิตโสภาส. (2565). การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากร่วมกับภาวะหลอดเลือดหัวใจเกินและภาวะตัวเหลือง. (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลเลิศสิน.
3. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2566). สถิติหอผู้ป่วยทารกป่วย ปี 2566.

KLSH 29

การจัดการความเครียดของบุคลากรสาธารณสุขต่อการดูแลผู้ป่วยโควิด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

เลศณภา โคตรแสนเมือง

โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

คำสำคัญ: การจัดการความเครียด, ความเครียด, บุคลากรสาธารณสุข

บทนำ: ด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้แพร่ระบาดอย่างรวดเร็วจากรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาของจังหวัดกาฬสินธุ์ พบผู้ป่วยรายแรกวันที่ 18 มีนาคม 2563 เป็นผู้ป่วยเพศชาย อายุ 55 ปี และวันที่ 24 มีนาคม พบผู้ป่วยติดเชื้อรายที่ 2 เป็นผู้ป่วยเพศชาย ส่วนผู้ป่วยรายที่ 3 เป็นผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 25 ทั้งนี้ ผู้ว่าราชการจังหวัดกาฬสินธุ์ได้ให้นโยบายเพื่อป้องกันและยับยั้งการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด -19 ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ข้อมูลในวันที่ 28 ตุลาคม 2564 มีจำนวนผู้ป่วยยืนยันสะสม 9,116 คน กำลังรักษา 555 คน พบผู้ป่วยติดเชื้อรายใหม่ 142 คน (สำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดกาฬสินธุ์, 2564) บุคลากรสุขภาพเป็นกลุ่มบุคคลที่ต้องให้บริการใกล้ชิดกับผู้ที่มีความเสี่ยงติดเชื้อหรือผู้ติดเชื้อจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อีกทั้งเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทำให้เกิดความรู้สึกอึดอัด คับข้องใจ หวาดกลัว วิตกกังวล เครียด การสร้างเสริมสุขภาวะและความเข้มแข็งทางใจจึงเป็นสิ่งสำคัญ ความเครียดเป็นภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ทุกคนซึ่งมีความเครียดที่อยู่ในระดับที่เหมาะสมส่งผลให้เกิดประโยชน์มีผลที่ดีต่อการทำงานได้ แต่หากคนทั่วไปมีระดับความเครียดที่มากจนเกินไป ส่งผลให้เกิดผลลบต่อบุคคล (สุพานี สฤกษ์วานิช, 2552) ทั้งนี้ในส่วนของบุคลากรสุขภาพเองก็ได้รับผลกระทบเช่นเดียวกัน ทั้งการเตรียมการป้องกันและการรับบริการผู้ติดเชื้อ จำนวนผู้เสี่ยงติดเชื้อและจำนวนติดเชื้อที่เพิ่มขึ้น ข้อจำกัดในการดูแลรักษาทั้งเวชภัณฑ์ ส่วนใหญ่ไม่คุ้นเคย และไม่ชำนาญในการดูแลรักษาโรคติดเชื้อนี้ ซึ่งยังไม่มีวิธีการรักษาที่ชัดเจน จากผลการสำรวจสุขภาพจิตในช่วงภาวะวิกฤตโควิด-19 (rapid survey) ของกรมสุขภาพจิต โดยการสุ่มตัวอย่างบุคลากรสุขภาพทั่วประเทศตามเขตสุขภาพครั้งที่ 1 (วันที่ 12-18 มีนาคม 2563) จำนวน 605 คน และครั้งที่ 2 จำนวน 578 คน (วันที่ 30 มีนาคม ถึง วันที่ 5 เมษายน 2563)พบว่า ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ผ่านไประดับความเครียดของบุคลากรเพิ่มขึ้น ความเครียดระดับปานกลางจาก ร้อยละ 24.0 ในการสำรวจครั้งที่หนึ่งเพิ่มเป็นร้อยละ 34.8 ในครั้งที่ 2 และความเครียดระดับมาก และมากที่สุดจากร้อยละ 6.4 เป็นร้อยละ 7.9 แต่ภาวะหมดไฟจากความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ รู้สึกหมดพลัง สูญเสียพลังทางใจ ยังแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย เนื่องจากเพิ่งเป็นระยะเริ่มต้นของการระบาดของโรคโควิด-19 จึงเป็นเหตุให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาการจัดการความเครียดของบุคลากรสาธารณสุข โดยใช้โรงพยาบาลท่าคันโทเป็นกรณีศึกษา

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อศึกษาลักษณะความเครียดและความกังวลต่อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลท่าคันโท 2) เพื่อศึกษาแนวทางการลดความเครียดและความกังวลต่อการปฏิบัติงานในช่วงระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลท่าคันโท

วิธีดำเนินการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564 ถึง มิถุนายน 2565 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงจากผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 150 เก็บ

รวบรวมข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความพอเพียงของรายได้ 2) แบบประเมินภาวะหมดไฟ (burn out) 3) แบบประเมินความเครียด (ST5) 4) แบบประเมินความสุข 5) แบบคัดกรองความกังวลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) 6)แบบสอบถามการจัดการจัดการความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และสถิติหาค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา: การจัดการความเครียดของบุคลากรสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =83.40) เมื่อพิจารณาการจัดการจัดการความเครียดในภาพรวม 4 หลักวิธี เรียงตามลำดับดังนี้ 1) วิธีเปลี่ยนทิศทางการปลงความเครียดบุคลากรสาธารณสุขมีการจัดการจัดการความเครียด โดยการผ่อนคลายด้วยวิธีฟังดนตรี เดินเล่น ข้อของ (\bar{X} 4.17) รองลงมาคือ เข้าใจว่าคนทุกคนมีความแตกต่างกัน (\bar{X} 4.15) 2) วิธีการกระจายความเครียด แก่ผู้ป่วยทุกคนส่วนเสมอกัน บุคลากรสาธารณสุขมีการจัดการจัดการความเครียดโดยการออกกำลังกายครั้งละ 20 นาที (\bar{X} 3.57) รองลงมาคือ ออกกำลังกายโดยการเดินเร็วหรือวิ่ง (\bar{X} 2.53) 3) วิธีการควบคุมความเครียด บุคลากรสาธารณสุขมีการจัดการจัดการความเครียด โดยส่วนใหญ่หลีกเลี่ยงเหตุการณ์หรือสถานที่เกิดความเครียด (\bar{X} 3.63) รองลงมาคือ พุดหรือแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมกับกาลเทศะ (\bar{X} 3.57) 4) วิธีการผ่อนคลายความเครียดบุคลากรสาธารณสุขมีการจัดการจัดการความเครียดโดยการนอนหลับพักผ่อนอยู่ในท่าที่สบาย (\bar{X} 3.69) รองลงมาคือการดูภาพยนตร์ (\bar{X} 3.47) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะหมดไฟมีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดในระดับปานกลางที่ค่าปฏิสัมพันธ์เพียร์สัน เท่ากับ 0.427 ค่า p-value เท่ากับ <0.001 ระดับความสุขมีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดในระดับน้อยที่ค่าปฏิสัมพันธ์เพียร์สัน เท่ากับ 0.337 ค่า p-value เท่ากับ <0.001 ความกังวลต่อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดในระดับน้อยที่ค่าปฏิสัมพันธ์เพียร์สัน เท่ากับ 0.240 ค่า p-value เท่ากับ 0.003,และการจัดการความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดในระดับน้อยที่ค่าปฏิสัมพันธ์เพียร์สันเท่ากับ -0.201 ค่า p-value เท่ากับ 0.014

บทสรุป: การศึกษาการจัดการจัดการความเครียดของบุคลากรสาธารณสุข โดยมีโรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นกรณีศึกษาซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการจัดการความเครียดของบุคลากรสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีภาวะความเครียดอยู่ในระดับปานกลางและมีการจัดการจัดการความเครียดด้วยวิธีเปลี่ยนทิศทางการปลงความเครียด โดยคิดว่าการผ่อนคลายด้วยวิธีฟังดนตรี เดินเล่น ข้อของ และมีความเข้าใจว่าคนทุกคนมีความแตกต่างกัน มีการจัดเรียงลำดับความสำคัญของงาน สามารถใช้การพูดคุยกับเพื่อนๆ หรือคนสนิทในการผ่อนคลายได้ ดังนั้นองค์กรหรือหน่วยงานควรสนับสนุนให้บุคลากรมีแนวคิดทัศนคติเชิงบวกเป็นวัฒนธรรมในหน่วยงานเพื่อให้เกิดกระบวนการในการลดความเครียดในหน่วยงานได้ (สุรินทร์รัตน์ บัวแรงเทียนทอง, 2565). สำหรับการจัดการความเครียดด้วยการผ่อนคลายความเครียด หากวันหยุดพักผ่อนให้ตัวเอง การนอนหลับพักผ่อน การดูหนัง หน่วยงานหรือองค์กรควรคำนึงถึงช่วงเวลาพักจากการปฏิบัติงานหรือตารางงาน โดยกำหนดเป็นนโยบายขององค์กร ส่วนในด้านการจัดการด้วยวิธีการควบคุมความเครียด การหลีกเลี่ยงเหตุการณ์หรือสถานที่เกิดความเครียด พุดหรือแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมกับกาลเทศะ หน่วยงานควรมีการประเมินความเครียดบุคลากรอย่างสม่ำเสมอเพื่อการดูแลต่อไป ด้านการจัดการด้วยวิธีการกระจายความเครียดแก่ผู้ป่วยทุกคนส่วนเสมอกัน บุคลากรสาธารณสุขมีการจัดการ

ความเครียดโดยการออกกำลังกายครั้งละ 20 นาที และออกกำลังกายโดยการเดินเร็วหรือวิ่ง หน่วยงานควรสนับสนุนสถานที่ อุปกรณ์เพื่ออำนวยความสะดวกให้บุคลากรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะ: การวิจัยครั้งนี้เป็นการสำรวจภาพรวมการจัดการจัดการความเครียดของบุคลากรสาธารณสุข ทำให้ไม่เห็นภาพความแตกต่างของบุคลากรที่มีลักษณะงานที่แตกต่างกัน ความมีการแยกลักษณะงานในการเก็บข้อมูล และมีการสร้างรูปแบบการจัดการจัดการความเครียดของบุคลากรเพื่อให้มีรูปแบบการจัดการความเครียดของแต่ละลักษณะงานของบุคลากร

เอกสารอ้างอิง:

1. สุพานี สฤกษ์วานิช. (2552). ความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรของหน่วยงานส่วนกลางสำนักงานศาลยุติธรรม. กรุงเทพฯ
2. กรมสุขภาพจิต. (2563). คู่มือการดูแลสังคมจิตใจบุคลากรสุขภาพในภาวะวิกฤตโควิด-19.นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
3. สุรินทร์รัตน์ บัวเร่งเทียนทอง. (2565). แนวทางการดูแลสุขภาพจิตบุคลากรทางการแพทย์ในสถานการณ์วิกฤตโรคโควิด-19: กรณีศึกษา.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 42(3) หน้า 124-134.

KLSH 30

ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

ปิยมาศ วงศ์ไชยชาญ

โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

คำสำคัญ: การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน, การบำบัดจิตสังคมบำบัดแบบผู้ป่วยนอก

บทนำ: ยาเสพติดก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้เสพ ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และความมั่นคงของประเทศ ผู้ติดยาเสพติดมีแนวโน้มป่วยด้วยอาการทางจิตประสาทเพิ่มขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตและประสิทธิภาพการทำงานลดลง ก่อปัญหาความรุนแรง และปัญหาอาชญากรรมในชุมชน รายงานจากการสำรวจโดยกรมราชทัณฑ์ ณ วันที่ 1 มกราคม 2566 พบว่า มีผู้ต้องราชทัณฑ์ทั้งสิ้น 206,361 คน คิดเป็นร้อยละ 78.67 ของผู้ต้องขังทั่วประเทศ และมีการส่งต่อเพื่อการบำบัดในระบบสมัครใจ จำนวน 86,255 คน ระบบบังคับ จำนวน 1,638 คน และระบบต้องโทษ จำนวน 23,871 คน สำหรับสถิติของผู้ป่วยสารเสพติดในไทย จากรายงานผลการดำเนินงานตามแบบบำบัดรักษาของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2565 พบว่า มีผู้เข้ารับการบำบัดทั้งหมด 120,915 คน โดยแบ่งเป็นเพศชาย จำนวน 106,709 คน และหญิง จำนวน 14,206 คน ส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น จากข้อมูล บสต.ในปี พ.ศ.2563, 2564 และ 2565 พบว่า มีการส่งเข้าบำบัดจำนวนทั้งสิ้น จำนวน 1,623, 1,703 และ 1,723 รายตามลำดับ

อำเภอท่าคันโท ดำเนินการบำบัด 2 รูปแบบคือ Matrix program และ Community Based Treatment หรือ CBTx ซึ่ง Matrix program เป็นแบบจำลองที่ผสมผสานการบำบัดต่างๆ เข้าด้วยกัน โดยใช้แนวคิดหลักตาม Cognitive Behavioral Therapy Model เป็นหลัก ประกอบกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ พุดคุยเป็นกลุ่ม ครอบครัวบำบัด ใช้หลักจิตวิทยาแนวพุทธ (Twelve-Step Facilitation หรือ TSF) และมุ่งเน้นที่การทำกิจกรรมแบบกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากการเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่วนการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน หรือ Community Based Treatment หรือ CBTx เป็นกระบวนการบำบัดฟื้นฟูที่สามารถทำได้ในชุมชน เป็นการแก้ไขปัญหาจากสาเหตุ กลไก และผลกระทบของปัญหาเสพติด โดยคนในครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมอย่างเต็มศักยภาพ เชื่อมโยงกับหน่วยบริการสาธารณสุขในชุมชน ภาคประชาสังคมและหน่วยงานสนับสนุนต่างๆ โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมดูแล ในปัจจุบันมีชุมชนที่ดำเนินการอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม เกิดผลสัมฤทธิ์และสามารถเป็นต้นแบบแนวปฏิบัติในทุกภาค และมีนโยบายจุดเน้นในการส่งเสริม สนับสนุน เพิ่มขยายพื้นที่ดำเนินการให้ครอบคลุมหมู่บ้านและ ชุมชนที่มีปัญหาทั่วประเทศ โดยปี 2566 มีนโยบายให้บำบัด matrix program แล้วส่งต่อไปยังศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม(matrix program plus claim) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบำบัดในรูปแบบ CBTx และ matrix program plus เพื่อ นำมาวิเคราะห์พัฒนางานประจำสู่งานวิจัย เพื่อปรับรูปแบบการบำบัดที่เหมาะสมกับผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ในอำเภอท่าคันโทต่อไป

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดยาเสพติด CBTx การบำบัดโดยชุมชนมีส่วนร่วมในเขตพื้นที่อำเภอท่าคันโท 2) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดยาเสพติด Matrix program plus claim (Matrix

program ตามด้วยค่ายฟื้นฟูสภาพทางสังคม) ในเขตพื้นที่อำเภอท่าคันโท 3) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของ
โปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด CBtx และ Matrix program plus claim ภายหลังการดำเนินงาน

วิธีดำเนินการศึกษา: เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) ศึกษาในพื้นที่อำเภอท่าคันโท
จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566 - 30 ต.ค. 2566 รวมระยะเวลา 9 เดือน ประชากรใน
การศึกษา คือ ผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่อำเภอท่าคันโท กลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน คัดเลือกแบบจำเพาะ
เจาะจง (Propulsive sampling technique) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ 1) ผู้ใช้หรือผู้เสพยาเสพติด ประเภท
metamphetamine 2) ไม่มีอาการทางจิตร่วม 3) สมครใจเข้ารับการบำบัด 4) ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย/
ทางจิต จนไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ได้ แบ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ดังนี้ 1)โปรแกรมบำบัดยาเสพติด
CBtx การบำบัดโดยชุมชนมีส่วนร่วม จำนวน 14 คน 2)โปรแกรมการบำบัดยาเสพติด Matrix program plus
claim (Matrix program ตามด้วยค่ายฟื้นฟูสภาพทางสังคม จำนวน 50 คน การเก็บรวบรวมข้อมูล
ดำเนินการโดย

1. โปรแกรมบำบัดยาเสพติด CBtx การบำบัดโดยชุมชนมีส่วนร่วม มีขั้นตอนดังนี้ 1) ตรวจสอบคัดกรอง
การใช้สารเสพติดคนในชุมชนอายุ 15 ปี -65 ปี โดยใช้แถบตรวจตรวจปัสสาวะ cut off value เท่ากับ
1,000ng/ml 2) คัดกรองผู้มีผลบวก ออกเป็นผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติด โดยใช้แบบประเมิน V2 และแบบประเมินทาง
จิต3)บันทึก MOU ร่วมกับชุมชน ในการใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการบำบัด 4)แบบทดสอบ pre-test
ประเมินความรู้ ทักษะคติ และแรงจูงใจ 5)มีกิจกรรมตามโปรแกรมบำบัดทุกวันศุกร์ (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง) ทำใน
ชุมชนนั้นๆ ร่วมบำเพ็ญประโยชน์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จัดให้มี อสม. Buddy ติดตามทั้งระหว่างบำบัด และหลัง
บำบัดใช้ระยะเวลาบำบัด 4 เดือน ทำแบบทดสอบ post- test ประเมินความรู้ ทักษะคติ แรงจูงใจ และ
ติดตามผลสัมฤทธิ์การเลิกสารเสพติดติดตามหลังบำบัดครบ 3 เดือนและ 6 เดือน

2. โปรแกรมบำบัดยาเสพติด Matrix program plus claim (Matrix program ตามด้วยค่ายฟื้นฟู
สภาพทางสังคม ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้ 1)คัดกรองการใช้สารเสพติด โดยใช้แถบตรวจ cut off value เท่ากับ
1,000ng/ml 2) คัดกรองผู้มีผลบวก โดยใช้แบบประเมิน V2 และ แบบประเมินทางจิต 3) บันทึกข้อตกลงใน
การบำบัดรายบุคคล 4) ทำแบบทดสอบ pre-test ประเมินความรู้ ทักษะคติ และแรงจูงใจ 5) มีกิจกรรมตาม
โปรแกรมบำบัด modified matrix program ทุกวันพุธ (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง) นัดมาโรงพยาบาล ใช้ระยะเวลา
บำบัด 4 เดือน ส่งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม 2 สัปดาห์ ทำแบบทดสอบ post- test ประเมินความรู้
ทักษะคติ แรงจูงใจ และติดตามผลสัมฤทธิ์ หลังบำบัดครบ 3 เดือนและ 6 เดือน

ผลการศึกษา: ผู้เสพยาเสพติดส่วนใหญ่เป็นชาย ร้อยละ 92.85 ประกอบอาชีพเกษตรกร รองลงมารับจ้าง
ทั่วไป อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 30-40 ปี สารเสพติดส่วนใหญ่คือ ยาบ้า ระยะเวลาใช้สารเสพติดมากกว่า 3-10 ปี
สารเสพติดร่วมส่วนใหญ่คือ บุหรี่ รองลงมาคือ สุรา ส่วนมากเป็นครอบครัวเดี่ยว สัมพันธภาพในครอบครัวดี

จากการติดตามการบำบัดแบบ CBtx จำนวน 14 คน พบว่า บำบัดครบ 4 เดือน 14 คน หยุดเสพได้
12 คน (ร้อยละ 85.72) ติดตามต่อเดือนที่ 3 หยุดเสพได้ 10 คน (ร้อยละ 71.42) ติดตามต่อเดือนที่ 6 หยุด
เสพได้ 10 คน (ร้อยละ 71.42) ส่วนผลของการติดตามผู้ป่วย Matrix program plus claim จำนวน 50 คน
บำบัดครบ 4 เดือน ทั้ง 50 คน หยุดเสพได้ 34 คน (คิดเป็นร้อยละ 73.91), ติดตามต่อเดือนที่ 3 หยุดเสพได้
30 คน (ร้อยละ 65.21), ติดตามต่อเดือนที่ 6 หยุดเสพ 26 คน (ร้อยละ 56.52)

บทสรุป: 1) การบำบัดแบบ CBTx และ Matrix program plus claim จากการวัดความรู้ ก่อนและหลังบำบัด มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ 2) การบำบัดแบบ CBTx ส่งผลต่อทัศนคติทางบวก และสร้างแรงจูงใจในการ เลิก มากกว่า Matrix program plus claim 3) จากการติดตาม พบว่า การบำบัดแบบ CBTx (การมีส่วนร่วม ในชุมชน) อัตราการเลิกได้และอัตราการติดตามได้มากกว่าการบำบัดแบบ Matrix program plus claim

ข้อเสนอแนะ: 1) การบำบัด CBTx เป็นการบำบัดในชุมชน ซึ่งมีภูมิลำเนาเป็นเครื่องผลักดันให้เกิด แรงจูงใจทางบวก นอกจากนี้ คนในชุมชนเกิดการยอมรับและช่วยเหลือกลุ่มคนเหล่านี้ด้วย มีแนวโน้มป้องกันการ กลับมาเสพยาได้ 2) การบำบัด CBTx เป็นการดูแลคนกลุ่มน้อยทำให้เกิดประสิทธิภาพดีกว่า 3) Matrix program plus claim เหมาะสำหรับ กลุ่มวัยรุ่น วัยทำงาน ไม่เหมาะสำหรับผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอท่าคันโท

เอกสารอ้างอิง:

1. กัมปนาท รูปขาว. (2565). ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด จังหวัดเพชรบูรณ์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). เพชรบูรณ์: มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
2. กรมราชทัณฑ์นทบุรี. รายงานสถิติผู้ต้องราชทัณฑ์คดี พ.ร.บ. ยาเสพติดทั่วประเทศ. สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2566 เข้าถึงจาก <http://www.correct.go.th/stathomepage/>
3. ภูฟ้าเรสท์โฮม. (2566). สถิติของผู้ป่วยสารเสพติดในไทย ปี 2565-2566 ล่าสุด. สืบค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2566 เข้าถึงจาก <https://www.phufaresthome.com/blog/thailand-drugs-stats/>
4. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค. (2563). คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติงานการบำบัดจิตสังคมแบบผู้ป่วยนอก Matrix program. ปทุมธานี
5. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2564). คู่มือแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน CBTx สำหรับผู้ปฏิบัติงานในชุมชน. กรุงเทพฯ: สถาบันการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
6. สำนักงานเลขานุการการบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดกระทรวงสาธารณสุข. ระบบข้อมูลการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 3 มกราคม 2566 เข้าถึงจาก <https://antidrugnew.moph.go.th>

KLSH 31

การพัฒนาการจัดการโรคเบาหวานในชุมชน โดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังร่วมกับการฝึกสติแบบ
สั้นในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนการรักษา: กรณีศึกษาบ้านโนนศิลา หมู่ที่ 4 ตำบล
หนองกุงศรี อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

Improving Community Diabetes Management Using Chronic Care Model with
Mindfulness Based Brief Intervention for Patients with Type II Diabetes.: A case Study
of Ban Nonsila Moo 4 Nongkungsri Sub-District,Nongkungsri District,Kalasin Province

ณัฐชยา โคตตาแสง

โรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, การฝึกสติแบบสั้นสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

บทนำ: โรคเบาหวานจัดอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ
ทั่วโลก ผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยคาดว่าจะเพิ่มเป็น 480 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 และจะเพิ่มเป็น
สองเท่า ในปี 2573 (WHO, 2016) ผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นภาพตัวแทนของความน่าสะพรึงกลัวทำลายระบบ
การแพทย์ทุกมิติ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยในแต่ละปี 106,076
คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ซึ่ง 1 ใน 4 ของจำนวนผู้เสียชีวิตเป็นการเสียชีวิตก่อนอายุ 60 ปี (วิฑูรย์
โล่ห์สุนทร และวิโรจน์ เจียมจรัสศรี, 2551) อำเภอหนองกุงศรี พบผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษา ปี 2565
จำนวน 3,957 ราย อัตราความชุกเท่ากับ 7,195 ต่อประชากรแสนคน รายใหม่ 437.3 ต่อประชากรแสนคน
ผู้ป่วยควบคุมน้ำตาลได้ดีร้อยละ 40.6 พบภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 56.3 จากผู้ป่วยทั้งหมดที่ตรวจ
(โรงพยาบาลหนองกุงศรี, 2565) เป้าหมายสำคัญการรักษาโรคเบาหวานคือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
อยู่ในระดับปกติ หลักสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานคือ การจัดการตนเองเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและการ
เสียชีวิต การจัดการรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง Edward H Wagner (1999) เสนอให้ปรับเปลี่ยนระบบบริการ
โดยเน้นไปที่การจัดระบบการเชื่อมโยงหน่วยบริการ และส่งเสริมประสิทธิภาพของบริการปฐมภูมิ และกรม
สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินงานโครงการการดูแลพฤติกรรมและจิตสังคมในระบบสาธารณสุข เป็น
แนวทางการดูแลองค์รวมในหน่วยบริการทุกโรงพยาบาล และได้พัฒนารูปแบบการฝึกสติแบบสั้นใช้สำหรับ
ดูแลผู้ป่วยไม่ติดต่อเรื้อรัง (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) เพื่อที่จะสามารถอธิบายการจัดการโรคเบาหวานก่อน
และหลังพัฒนาโดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ร่วมกับการฝึกสติแบบสั้นในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
ชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนการรักษา จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้

วัตถุประสงค์: เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การจัดการโรคเบาหวานในชุมชนของกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและ
องค์รวมโรงพยาบาลหนองกุงศรี และ 2) พัฒนาการจัดการโรคเบาหวานในชุมชนโดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย
โรคเรื้อรัง ร่วมกับการฝึกสติแบบสั้นสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษา

วิธีดำเนินการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายนถึง
กันยายน 2566 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงจากผู้ป่วย จำนวน 50 ราย (นุชนาฏ ด้วงผึ้ง, 2562) และทีม
สุขภาพที่ให้บริการ แพทย์ 1 ราย พยาบาล 6 ราย อสม. 5 ราย รวมจำนวน 12 ราย (Cohen, 1988)

ดำเนินการโดยใช้ชุมชนและทีมสุขภาพมีส่วนร่วม ตั้งแต่การค้นหาปัญหาและหาสาเหตุของปัญหา ร่วมกำหนดแนวทางและวางแผนการปฏิบัติ และการประเมินผล (Kemmis, S., McTaggar & Rhonda Nixon, 2014) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์การประเมินการดูแลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (มงคลหญิง สุวรรณโคตร, 2552) และ 2) แบบประเมินรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังของทีมสุขภาพ (ปัทมา โกมุทบุตร, 2551) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่าความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.87 และ 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาหาอัตราส่วน และสถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบหาความแตกต่างใช้ Paired t-test

ผลการศึกษา: พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าโครงการ ส่วนใหญ่การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ระดับน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์มาตรฐาน,ผู้ป่วยอายุ 51 ปีขึ้นไป รักษาโรคเบาหวานอย่างเดียว,ระยะเวลารักษามากกว่า 5 ปี เพศหญิง และสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 80.0, 78.0 ,75.6, 72.0, 66.0, 64.0 ตามลำดับ ดัชนีมวลกายใกล้เคียงกัน มากกว่า 25 ร้อยละ 52.0 คะแนนเฉลี่ยรวมปฏิบัติการฝึกสติแบบสั้น พฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนการพัฒนา ปฏิบัติปานกลางเฉลี่ย 4.26 หลังการพัฒนาปฏิบัติปานกลางเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 5.42 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001 ที่ 95% CI= 1.31 -1.01) การดูแลผู้ป่วย ก่อนพัฒนาอยู่ในระดับการปฏิบัติบ่อย เฉลี่ย 4.19 หลังพัฒนาเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับการปฏิบัติสม่ำเสมอเฉลี่ย 4.51 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001 ที่ 95% CI = 0.40 - 0.26) ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) และน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ก่อนและหลังการพัฒนา ก่อนฝึกปฏิบัติสติแบบสั้น DTX ค่าเฉลี่ย 208 mg % และ HbA1c ค่าเฉลี่ย 9.2 % หลังฝึกปฏิบัติสติแบบสั้น DTX ค่าเฉลี่ย 136 mg % และ HbA1c ค่าเฉลี่ย 7.3 % มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001 ที่ 95% CI= 17.6 -61.7) (p-value < 0.001 ที่ 95% CI= 0.7 -1.9) ตามลำดับ ผลประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทุกองค์ประกอบมีความแตกต่างก่อนและหลังพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001 ที่ 95% CI = 2.02 - 3.48)

บทสรุป: รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้านการสานประโยชน์ทรัพยากร ด้านการสนับสนุนการดูแลตนเอง และด้านหน่วยงานบริการ ผลก่อนพัฒนาและหลังพัฒนามีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยที่เข้าโครงการวิจัย พบว่าปฏิบัติการฝึกสติแบบสั้น พฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วย ค่า DTX และ HbA1c ผลก่อนพัฒนาและหลังพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ หน่วยบริการสุขภาพควรออกแบบบริการใหม่ กล่าวคือการนำวิธีคิดและวิธีปฏิบัติในกระบวนการออกแบบมาช่วยพัฒนารูปแบบบริการหรือสนับสนุน ประสานงานเพื่อจัดบริการที่จะสามารถสร้างประโยชน์ได้สูงสุด และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น คปสอ.หนองกุงศรี ได้ขยายพื้นที่ปฏิบัติการ ปี 2567 การฝึกสติแบบสั้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ โดยไม่ทราบสาเหตุ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลหนองกุงศรี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านคำไฮ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองไผ่

ข้อเสนอแนะ: ควรศึกษาวิจัยพัฒนาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR: Participatory action research) อย่างต่อเนื่องเป็นเวลอย่างน้อย 3-5 ปี ให้เกิดความร่วมมืออย่างต่อเนื่องและได้รูปแบบที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

เอกสารอ้างอิง:

1. กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข. (2565). คู่มือการฝึกสติแบบสั้นสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน [ม.ป.ท. : ม.ป.พ.]. (เอกสารอัดสำเนา).
2. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (บรรณาธิการ). (2550). วัฒนธรรมสุขภาพกับการเยียวยาแนวคิดทางสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สามลดา.
3. นุชนาฏ ดั่งผิ้ง. (2562). ผลการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเสื่อมระยะที่ 3. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10, 17(1), 19-31.
4. ปัทมา โกมุทบุตร. (2551). ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง: นวัตกรรมเพื่อความแข็งแกร่งของระบบสุขภาพปฐมภูมิ. (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaiccm.com> (วันที่ค้นข้อมูล 10 กันยายน 2566)
5. มงคลหญิง สุวรรณโคตร. (2552). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลศิลา โดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
6. โรงพยาบาลหนองกุงศรี. (2565). สรุปผลการปฏิบัติงานประจำปี 2565. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.]. (เอกสารอัดสำเนา).
7. วิโรจน์ เขียมจรัสศรี. (2551). รูปแบบจำลองการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 2(1), 82-90
8. วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร และวิโรจน์ เขียมจรัสศรี. (2551). วิทยาการระบาดของโรคเบาหวานในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 2(4), 623 – 637.
9. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561. นนทบุรี: สำนักงาน.
10. Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
11. Kemmis, S., Mc Taggar & Rhonda Nixon, (2014). The Action Research Planner Doing Critical Participatory Action Research, Mule & Goodman [1 Feb 2020] 1-24, Available form: <http://www.springer.com>.
12. Rothman. & Wagner. (1999). Chronic Illness Management: What Is the Role of Primary Care [Electronic version]. Annuals of Internal Medicine, 138(3), 345-356.
13. World Health Organization. (2016). World Health Statistics 2016: World Health Organization; 2016 [Cited 2016 Jun 16]. Available from: http://www.who.int/gho/publication/world_health_statistics/2016/en/.
14. Zimmet P, Alberti KG, Shaw J. (2001). Global and societal implications of the diabetes epidemic. Nature 2001;414: 782-792.

บทคัดย่อ

ผลงานวิชาการ “มหกรรมผลงานวิชาการ
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ครั้งที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2567”

ประเภท

นำเสนอโดยวาจา (Oral Presentation) จำนวน 10 ผลงาน

ณ ห้องประชุมดอกพะยอม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

KLSH 33

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังในโรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care of Spinal Surgery Patient in Somdet Hospital, Kalasin Province: 2 Case Studies

อารีย์ พงศ์ธนารักษ์

โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

คำสำคัญ: spinal stenosis, โพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ

บทนำ: ปัจจุบันโรคทางกระดูกสันหลังที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุเป็นโรคที่พบได้มาก เช่น โพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ หมอนรองกระดูกกดทับเส้นประสาท เป็นต้น และโรคเหล่านี้มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ นำไปสู่การขัดขวางความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ความพิการหรือเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ จากสถิติผู้มารับบริการโรงพยาบาลสมเด็จ ในปีงบประมาณ 2566 พบว่า มีผู้ป่วยที่มาปรึกษาโรคเกี่ยวกับกระดูกสันหลังจำนวน 74 ราย โดย 61 ราย สามารถรักษาด้วยวิธีอนุรักษ และ 13 ราย ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดกระดูกสันหลังได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ความสามารถในการให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหรือทุพพลภาพ สามารถให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง 2) เพื่อศึกษารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

วิธีดำเนินการศึกษา: เป็นการศึกษาเฉพาะราย ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังโดยความสมัครใจ จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จระหว่าง 19 มิถุนายน 2566 ถึง 1 กรกฎาคม 2566 โดยเก็บข้อมูลจากการซักประวัติและเวชระเบียน นำข้อมูลไปวิเคราะห์และประเมินผู้ป่วย แล้วนำมากำหนดเป็นแผนการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และครอบครัว

ผลการศึกษา:

รายงานผู้ป่วย:

หัวข้อ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การประเมินสภาพแรกรับ ผิวหนัง	สีผิวคล้ำ ไม่บวม ไม่มีจุดจ้ำเลือด ไม่มี แผลตามร่างกาย	สีผิวคล้ำ ไม่บวม ไม่มีจุดจ้ำเลือด ไม่มี แผลตามร่างกาย
ศีรษะ ใบหน้า ตา หู คอ จมูก ริม ฝีปาก	ใบหน้าเท่ากันทั้ง 2 ด้าน ตามองชัดเจนดี ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน คลำไม่พบก้อน ที่คอ ริมฝีปากปกติ ไม่มีแผล	ใบหน้าเท่ากันทั้ง 2 ด้าน ตามองชัดเจนดี ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน คลำไม่พบก้อน ที่คอ ริมฝีปากแห้ง ไม่มีแผลในช่องปาก
ทรวงอกและการหายใจ	ทรวงอกปกติ หายใจไม่มีเหนื่อยหอบ	ทรวงอกปกติ หายใจไม่มีเหนื่อยหอบ
หัวใจ	หัวใจเต้นสม่ำเสมอ ฟังไม่มีเสียงผิดปกติ EKG normal	หัวใจเต้นสม่ำเสมอ ฟังไม่มีเสียงผิดปกติ EKG normal
ระบบประสาท	E4V5M6, DTR2+	E4V5M6, DTR2+

หัวข้อ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เต้านม อวัยวะสืบพันธุ์	เต้านมเท่ากันทั้ง 2 ข้าง หัวนมปกติ คล้ำ ไม่พบก้อน	เต้านมเท่ากันทั้ง 2 ข้าง หัวนมปกติ คล้ำ ไม่พบก้อน
สภาพจิตใจ/อารมณ์	มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เล็กน้อย ให้ความร่วมมือในการพยาบาล เป็นอย่างดี	มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและอาการปวดแหวเล็กน้อย ให้ความร่วมมือในการพยาบาลเป็นอย่างดี
อาการสำคัญ	ปวดแหว ปวดสะโพก เดินลำบาก เป็นมา 6 เดือน	ปวดสะโพกร้าวลงที่ขา 2 ข้างเป็นมา 1 ปี

กิจกรรมการพยาบาล:

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ระยะก่อนผ่าตัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. วิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง การรักษา การผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค และการรักษาพยาบาล 2. ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวดหลัง ปวดสะโพก จากการมีพยาธิสภาพของโรคที่กระดูกสันหลัง 3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน หากเตรียมผ่าตัดไม่พร้อม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด 2. ประเมินความวิตกกังวล 3. แนะนำวิธีการจัดการความปวด 4. ดูแลให้ยาแก้ปวดและยาคลายกังวลตามแผนการรักษา 5. แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด 6. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา 7. ดูแลให้สระผม ตัดเล็บ โกนหนวด และมีการคาสายสวน ปัสสาวะ 8. ตรวจสอบผล LAB, X - ray, MRI ยาที่นำไปห้องผ่าตัด และจอง PRC 2 unit 9. อธิบายให้ดื่มน้ำและอาหารทุกชนิดหลังเที่ยงคืนเพื่อป้องกันการสำลัก
<p>ขณะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการจัดท่า เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดในท่านอนคว่ำ 2. เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและภาวะ shock จากการเสียน้ำขณะผ่าตัด 3. เสี่ยงต่ออันตรายที่เกิดจากการใช้เครื่องจีไฟฟ้า 4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด 5. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหลังผ่าตัดทันทีขณะเคลื่อนย้าย 6. เสี่ยงต่อภาวะ Hypovolemic shock 7. เสี่ยงต่อภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว 8. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 9. มีภาวะคลื่นไส้อาเจียนเนื่องจากผลแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก 10. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจากการถูกจำกัดกิจกรรม เช่น DVT , Bed sore 11. เสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัด 12. เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากสายสวนปัสสาวะที่คาไว้ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินสภาพผิวหนังและร่างกายผู้ป่วยก่อนดูแลการจัดท่าผ่าตัด 2. จัดเตรียมอุปกรณ์ในการจัดท่านอนคว่ำให้เพียงพอและเหมาะสมกับขนาดตัวของผู้ป่วย 3. การปรับเตียงผ่าตัดอย่างระมัดระวังเพื่อ 4. ประเมิน ตรวจสอบสภาพผิวหนังว่ามีรอยแดงหรือรอยจากการกดทับของอุปกรณ์จัดท่าผ่าตัด 5. ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการสูญเสียเลือด 6. ติดตามการเปลี่ยนแปลง และบันทึกสัญญาณชีพ 7. พยาบาลส่งเครื่องมือ (scrub nurse) เตรียมเครื่องมือและเวชภัณฑ์สำหรับการหยุดห้ามเลือดให้ทันท่วงที 8. จัดเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด และตรวจสอบการผ่านการฆ่าเชื้อของเครื่องมือ อุปกรณ์ทุกครั้งตามมาตรฐานของการทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ 9. ดูแลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง ให้สัญญาณทุกครั้งที่มีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 10. ดูแลให้ยา antibiotic ตามแผนการรักษา

สรุปกรณีศึกษา :

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดกระดูกสันหลังที่มารับการรักษา จำนวน 2 ราย ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในความดูแลรักษา ผู้ป่วยได้รับการประเมินสภาพ อาการและอาการแสดงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และได้รับการดูแลตามกระบวนการพยาบาล และการวินิจฉัยทางการพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย และผ่านพ้นจากภาวะวิกฤตไปได้ด้วยดี และผู้ป่วยสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติเมื่อกลับบ้าน

ข้อเสนอแนะ:

สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง เป็นกระบวนการพยาบาลสำหรับพยาบาลทั่วไป โดยคำนึงถึงบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ เพื่อให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังฟื้นฟูสภาพและกลับคืนสู่สภาวะปกติได้เร็วที่สุด และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง:

นภานุ การเกษ. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสันหลัง: การศึกษารายกรณี. นครราชสีมา: วิทยาลัย
นครราชสีมา.

KLSH 34

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น: กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care of Unwanted Pregnancy in Teenage: 2 Case Studies

มณฑิยา โมลาชา

โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

คำสำคัญ: การพยาบาลแบบองค์รวม, หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น, ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

บทนำ: ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ องค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals, MDGs) ที่นานาชาติต้องการบรรลุให้ได้ภายในปี 2573 สำหรับประเทศไทย การคลอดในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยพบว่า มีการคลอดบุตรเพิ่มขึ้นจากประมาณ 95,000 คน ในปี 2546 เป็นประมาณ 104,300 คนในปี 2558 และวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี มีการคลอดบุตรเป็นครั้งที่ 2 จำนวน 12,700 คน คิดเป็นร้อยละ 12.2 ของการคลอดในวัยรุ่นกลุ่มนี้ ส่วนข้อมูลรวมของจังหวัดกาฬสินธุ์ จากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีการตั้งครรภ์ในกลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 ร้อยละ 19.75, 17.40 และ 15.33 และจากข้อมูลอำเภอห้วยผึ้งพบ ร้อยละ 13.79, 10.20 และ 11.36 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งไม่เกินร้อยละ 10 ด้วยสรีรวิทยาของวัยรุ่นนั้นยังไม่เจริญเติบโตเต็มที่ จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 20 ปี เช่น โลหิตจาง คลอดก่อนกำหนด บุตรน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ อนึ่ง การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์แบบไม่ตั้งใจ อาจมีปัญหาทางด้านสังคม เช่น หยุดเรียน ขาดวุฒิภาวะในการเลี้ยงบุตร ทอดทิ้งบุตร เป็นต้น

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Nursing) หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ในระยะฝากครรภ์ และระยะหลังคลอด 2) เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและบุตรในครรภ์อย่างปลอดภัย

วิธีดำเนินการศึกษา: ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 2 ราย ซึ่งเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับฝากครรภ์ ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลห้วยผึ้ง ระหว่างปี พ.ศ. 2565-2566 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติและเวชระเบียนผู้ป่วย ร่วมกับการประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์และประเมินผู้ป่วย กำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล แผนการพยาบาล ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม

ผลการศึกษา:

รายงานผู้ป่วย:

การประเมินสภาพแรกรับ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
อายุ	17 ปี	14 ปี
สีระชะ ใบหน้า ตา หู คอ จมูก	สีระชะปกติ มองเห็นชัดเจน ได้ยินปกติ	สีระชะปกติ มองเห็นชัดเจน ได้ยินปกติ
ริมฝีปาก	ต่อมไทรอยด์ปกติ ได้รับกลิ่นปกติ ช่องปากปกติ	ต่อมไทรอยด์ปกติ ได้รับกลิ่นปกติ มีฟันผุ 1 ซี่
ทรงอกและการหายใจ	ปกติ	ปกติ

การประเมินสภาพแรกรับ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
หัวใจ	ปกติ การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ	ปกติ การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ
ท้อง	Fundus = สะดือ	Fundus $\frac{3}{4}$ > สะดือ
เต้านม อวัยวะสืบพันธุ์	คัดตึงเต้านม ไม่มี discharge จากอวัยวะสืบพันธุ์	ไม่คัดตึงเต้านม ไม่มี discharge จากอวัยวะสืบพันธุ์
สภาพจิตใจ/อารมณ์	กังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การเรียน การฝึกงาน	กังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การเรียน และการดำเนินชีวิต
อาการสำคัญ	มาขอรับการฝากครรภ์ รู้สึกว่าเด็กดิ้น	มารับการฝากครรภ์ : ท้องโตขึ้นและน้ำหนักเพิ่ม

กิจกรรมการพยาบาล:

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะฝากครรภ์	
1. หญิงตั้งครรภ์และญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์	1. เปิดโอกาสให้ หญิงตั้งครรภ์ มารดา และสามีหญิงตั้งครรภ์ พูดคุยเกี่ยวกับ เรื่องที่วิตกกังวล
2. ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ fetal distress ของ	2. สอนการนับลูกดิ้น โดยให้บันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพมารดาและเด็ก
3. หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อภาวะ pre-eclampsia	3. ชั่งน้ำหนัก วัดสัญญาณชีพ ทุกครั้ง ที่มารับบริการ โดยใช้เกณฑ์ ถ้า BP systolic ≥ 140 mmHg และ diastolic ≥ 90 mmHg วัด 2 ครั้งห่างกัน 4 ชั่วโมง ส่งพบแพทย์ เพื่อรับการตรวจประเมินต่อไป
4. หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	5. ค้นหาภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เช่น อาการของมดลูกหดรั้งตัว มีมูกเลือด ออกทางช่องคลอด
ระยะหลังคลอด	
1. เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด	1. ฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอด
2. มารดาหลังคลอดขาดความรู้ และความมั่นใจในการดูแลตนเองและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน	2. สอนสุขศึกษาและให้ความมั่นใจแก่มารดาหลังคลอดว่าสามารถเลี้ยงลูกได้ โดยมีครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้เลี้ยง
3. มารดาหลังคลอดขาดความรู้เรื่องการคุมกำเนิด	3. ให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิดทั้งแบบชั่วคราวและแบบกึ่งถาวร เช่น ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด ในกรณีที่ยังไม่สามารถตัดสินใจได้เจ้าหน้าที่จะช่วยแนะนำและอาจตัดสินใจให้ มีเป้าหมายว่าต้องไม่ท้องอีกก่อนอายุ 20 ปี หรือยังไม่พร้อม
4. การตรวจหลังคลอด	4. นัดตรวจหลังคลอดที่โรงพยาบาลในช่วง 7 วันแรกและครั้งต่อไปจะส่งต่อให้ รพ.สต.ติดตามเยี่ยมต่อไป

สรุปกรณีศึกษา :

กรณีศึกษา หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นรายที่ 1 ตั้งครรภ์ขณะอายุ 17 ปี รายที่ 2 ตั้งครรภ์ขณะอายุ 14 ปี มารับการตรวจการตั้งครรภ์และมารับการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ กรณีศึกษารายที่ 1 มีเพื่อนผู้หญิงพามากรณีศึกษารายที่ 2 มีคุณครูประจำชั้นพามา โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นทั้ง 2 ราย อาศัยอยู่กับญาติ ส่วนผู้ปกครองทำงานที่ต่างจังหวัด การตรวจร่างกายแรกรับ ไม่พบภาวะผิดปกติใดๆ ด้วยสภาพของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ในวัยเรียน มีโอกาสเกิดปัญหาการทำแท้ง การไม่มาฝากครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด การคลอดติดขัด ทารกน้ำหนักน้อย สภาพความพร้อมของจิตใจวัยรุ่นที่จะปรับบทบาทเป็นมารดา และอาจเกิดการทอดทิ้งบุตร เป็นต้น จึงวางแผนการดูแลโดยมีเป้าหมายให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและบุตรปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ทั้งส่วนของการพยาบาลในคลินิกการฝากครรภ์และการพยาบาลหลังคลอด ได้นำกิจกรรมการเยี่ยมบ้านมาปรับใช้ใน

กิจกรรมการพยาบาล เพื่อการดูแลต่อเนื่องและการ empowerment มาใช้ประกอบการปฏิบัติการพยาบาล ผลการดูแลพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ทั้งหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและบุตร ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน สามารถตั้งครรภ์และคลอดได้สำเร็จ มีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมที่เรียนที่ได้รับจากการดูแลกรณีศึกษาทั้ง 2 รายนี้คือการพยาบาลแบบองค์รวมโดยมีครอบครัวและสังคม (รวมถึงเพื่อนและครู) ให้การสนับสนุน ซึ่งจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นดูแลตนเองและบุตรได้ดี อยู่ในสังคมได้เป็นปกติสุข

ข้อเสนอแนะ:

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เมื่อเกิดขึ้นแล้วการดูแลมารดาและทารกในครรภ์ตามระบบการฝากครรภ์ จะช่วยให้มารดาและทารกปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งนี้ ครอบครัวมีส่วนสำคัญมากที่จะต้องให้การสนับสนุน ปรึกษาปรึกษา ดูแลตั้งแต่ตั้งครรภ์จนคลอด รวมทั้งหลังคลอด ซึ่งต้องเลี้ยงดูทารก อีกประเด็นคือวัยรุ่น อยู่ในวัยเรียน เมื่อเกิดการตั้งครรภ์ขึ้นมา ต้องหยุดเรียน และคลอดแล้ว ควรมีการวางแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง เกี่ยวกับการศึกษา โดยสรุป พยาบาลผู้ดูแลมีความเห็นว่า การให้ข้อมูลด้านสุขภาพ การเสริมสร้างพลังการมีส่วนร่วมของครอบครัวและสังคม (รวมถึงเพื่อนและครู) มีส่วนช่วยให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย มีการวางแผนการดำเนินชีวิต ทั้งด้านการศึกษา การคุมกำเนิด ด้านครอบครัว ที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง:

1. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระดับชาติ พ.ศ.2560-2569. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพเพื่อวานิชย์.
2. สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ. (2562). การพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
3. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). คู่มือการดูแลแม่วัยรุ่นแบบบูรณาการ. กรุงเทพฯ : ซีจีทูลจำกัด.

KLSH 35

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ: กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care of Pneumonia in Patient with Septic Shock: 2 Case Studies

ทิมทอง เกาว์ลัยดี

โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

คำสำคัญ: การพยาบาล, ปอดอักเสบ, ช็อกจากการติดเชื้อ

บทนำ: โรคปอดอักเสบเกิดได้ทุกกลุ่มอายุ ส่วนใหญ่เกิดกับเด็กและผู้สูงอายุในปี 2566 พบว่า มีผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ คิดเป็นอัตราป่วย 406.32: 100,000 ประชากร โรคปอดอักเสบในผู้สูงอายุมักมีความรุนแรงเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ทำให้การดูแลรักษามีความยุ่งยากซับซ้อนนำไปสู่การเสียชีวิตสูง ภาวะช็อกคือ การที่ผู้ป่วยมี Poor tissue perfusion เป็นไปได้จาก low tissue, cellular oxygen โดยส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อเฉพาะที่ผู้ป่วย Septic shock ต้องได้รับการวินิจฉัยและการรักษาโดยรวดเร็ว เพื่อลดอัตราการตาย โรงพยาบาลห้วยผึ้ง เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง โรคปอดอักเสบเป็นโรคที่พบบ่อยติดอันดับ 1 ใน 5 ปี 2563-2565 เป็น 248, 217 และ 251 ราย ตามลำดับ อุบัติการณ์เสียชีวิตปี 2563-2565 พบ 3, 2 และ 2 ราย ตามลำดับ โรคปอดอักเสบหรือ ปอดบวม เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อและจากสิ่งอื่น ซึ่งแตกต่างกันตามกลุ่มอายุ และสภาพแวดล้อม ทำให้มีการอักเสบของเนื้อปอด ภูงลม เนื้อเยื่อโดยรอบปอด เป็นผลให้ปอดทำหน้าที่ได้น้อยลงทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซได้ลดลง ภาวะช็อกคือ การที่มี Poor tissue perfusion จาก Low tissue , cellular oxygen โดยส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อเฉพาะที่ เช่น ที่ปอด เป็นต้น

วัตถุประสงค์: ศึกษาการทำงานของระบบทางเดินหายใจ สาเหตุการเกิดโรค พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความรุนแรง เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการตาย และนำไปใช้เป็นแนวทาง การการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยรายอื่น

วิธีดำเนินการศึกษา: คัดเลือกผู้ป่วยที่สนใจจำนวน 2 ราย ทบทวนความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องรวบรวมข้อมูล ชักประวัติผู้ป่วยและญาติ ทบทวนเวชระเบียน สังเกตและวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบแผนแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง นำทฤษฎีทางการพยาบาลโดยใช้ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ความพร้อมในการดูแลตนเอง (Orem's self care deficit Theory) สรุป วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบกรณีศึกษาและถอดบทเรียนจากการศึกษา

ผลการศึกษา:

รายงานผู้ป่วย:

หัวข้อ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การประเมินสภาพแรกพบ ลักษณะทั่วไป	หญิงไทย รูปร่างผอม ทำทางอ่อนเพลีย สัญญาณชีพ T=36.0 องศาเซลเซียส P =76 ครั้ง/นาที R =22 ครั้ง/นาที BP = 112/62 mmHg น้ำหนัก 43 กิโลกรัม ส่วนสูง 156 เซนติเมตร O ₂ sat 97 %	ชายไทย รูปร่างผอมสูง ทำทางอ่อนเพลีย ลักษณะหายใจลำบาก สัญญาณชีพ T=37.7 องศาเซลเซียส P =60 R =28 ครั้ง/นาที BP = 85/52 mmHg น้ำหนัก 55 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร

หัวข้อ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
		O ₂ sat 94 %
สีระชะ ใบหน้า ตา	Conjunctiva pale	normal
ทรวงอกและการหายใจ	Lung: Crepitation both lung	Lung: Crepitation both lung
สภาพจิตใจ/อารมณ์	ผู้ป่วย/ญาติมีความกังวล	ผู้ป่วยเครียด ญาติมีความกังวล
อาการสำคัญ	ไข้ ไอ อ่อนเพลีย เป็นก่อนมา โรงพยาบาล 3 วัน	ไข้ ไอ เวียนศีรษะ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 5 วัน
ผลภาพถ่ายรังสีCXR	infiltration both lung	infiltration both lung
WBC	2,390	5,660
Hct	17	33
Neutrophil	64	82
	เม็ดเลือดขาว/แดง ต่ำกว่าปกติ เป็น โลหิตจาง และติดเชื้อ	Neutrophilสูง มีภาวะติดเชื้อ
Potassium(3.50-5.30)	2.64	4.47
Sodium(137-145)	111	141
Chloride(96-108)	81	106
TCO2 (22-29X	19	22
	มีภาวะเสียสมดุลของ Electrolyte	

กรณีศึกษาที่ 1 แกร็บ สัญญาณชีพดี มีปัญหาเรื่องปอดอักเสบ จากการตรวจร่างกายและ X-ray ปอด การ
รักษาแบบผู้ป่วยติดเชื้อทั่วไป มีภาวะช็อกหลังรับไวนอน เริ่มให้การดูแลตามแนวทาง Septic shock
Guidelines ซ้ำกว่า กรณีศึกษาที่ 2 ได้ยากระตุ้นความดันโลหิตเป็นเวลา 3 วัน ปัญหาเสียสมดุลเกลือแร่ 6 วัน
และได้รับยาปฏิชีวนะชนิดฉีด 7 วัน กรณีศึกษาที่ 2 แกร็บที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยมีภาวะช็อกได้รับการดูแลตาม
แนวทาง Septic shock Guidelines ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหลังได้ยากระตุ้นความดันโลหิต 6 ชั่วโมง ได้ยา
ปฏิชีวนะชนิดฉีด 4 วัน

กิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว	1. ระวังวิกฤติ (ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8) ผู้ป่วยมีอาการ ชีพจรเร็ว หายใจหอบ ความดันโลหิตลดต่ำ ปัสสาวะออกน้อย พยาบาล เฝ้าระวังอาการระดับความรู้สึก O ₂ sat สัญญาณชีพและปรับยากระตุ้นความดันโลหิตทุก 15 นาที จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา ตวงปัสสาวะทุกชั่วโมง ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ ถ้าการตอบสนองต่อการดูแลไม่ดี จำเป็นต้องส่งต่อโรงพยาบาลมาช่วย 2. ระวังดูแลต่อเนื่อง (ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อ 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11) ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยอาการดีขึ้น สัญญาณชีพปกติ เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง และสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง ตวงปัสสาวะทุก 8 ชั่วโมง ฝึกการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ ฝึกให้ญาติประเมินอาการผิดปกติ เช่น หอบ เขียว บวม
2. เกิดภาวะพร่องออกซิเจน	
3. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด	
4. เสี่ยงต่อระบบหายใจล้มเหลว	
5. สูญเสียความสมดุลเกลือแร่ในร่างกาย (กรณีศึกษาที่ 1)	
6. เสี่ยงต่อภาวะน้ำเกิน	
7. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล	
8. ไม่สุขสบายจากภาวะเจ็บป่วย และมีเครื่องมือทางการแพทย์ เช่น สายสวนปัสสาวะ สายออกซิเจน สายวัดความดันโลหิต	
9. เสี่ยงต่ออวัยวะล้มเหลว เช่น ไตวาย ตับวาย จากภาวะช็อกยาวนาน (กรณีศึกษาที่ 1)	
10. มีภาวะโลหิตจาง (กรณีศึกษาที่ 1)	

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
11. เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลต่ำหรือสูง (กรณีศึกษาที่ 2)	3. ระยะวางแผนจำหน่าย (ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 7, 8, 9, 10, 11) เป็นระยะพักฟื้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องหรือติดตามผลการตรวจเพื่อให้มั่นใจว่าปลอดภัยก่อนจำหน่าย ประเมินผลการฝึกทักษะต่าง ๆ ใช้หลัก D-METHOD ส่งเสริมให้มีการฝึกดูแลตนเอง ก่อนจำหน่ายกลับบ้านและนัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์ อาการผิดปกติที่ต้องมาตรวจก่อนนัด

สรุปกรณีศึกษา: ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อกรณีศึกษาที่ 1 หญิงไทย อายุ 66 ปี มาโรงพยาบาลด้วย ไข้ ไอ อ่อนเพลียก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน การวินิจฉัยโรคหลัก Pneumonia with Septic shock โรคร่วมThalassemia พบว่า ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงทรุดลงอย่างรวดเร็ว มีความสัมพันธ์กับโรคประจำตัว Thalassemia ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงลดลง ได้รับการรักษาพยาบาลตามแนวปฏิบัติจนพ้นภาวะวิกฤติ และได้จำหน่ายกลับบ้านรวมวันนอนโรงพยาบาล 7 วัน กรณีศึกษาที่ 2 ชายไทย อายุ 86 ปี มาโรงพยาบาลด้วย ไข้ ไอ หายใจหอบก่อนมาโรงพยาบาล 5 วัน การวินิจฉัยโรคหลัก Pneumonia with Septic shock โรคร่วม Hypertension, DM type II, CKD3, Gout, Angina pectoris ในระหว่างรักษาปอดอักเสบมีภาวะแน่นหน้าอกและหัวใจเต้นผิดปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและตรวจเลือดติดตามการทำงานของหัวใจอย่างต่อเนื่อง จนพ้นภาวะวิกฤติและได้จำหน่ายกลับบ้าน รวมวันนอนโรงพยาบาล 4 วัน จากการศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พยาบาลต้องมีความรู้ มีทักษะความชำนาญ มีมาตรฐานตามแนวทางในการประเมิน ติดตาม และเฝ้าระวังเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่าย

ข้อเสนอแนะ:

1. ผู้ป่วยสูงอายุหรือที่มีโรคประจำตัว ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หากพบว่ามีอาการติดเชื้อควรใช้แนวทาง Septic shock Guidelines ทุกกรณี
2. การเข้าถึงบริการผู้ป่วยทั้ง 2 รายเข้าถึงช้า เนื่องจากขาดความรู้และขาดความตระหนักในการเจ็บป่วย อสม ต้องประชาสัมพันธ์กลุ่มโรค Fast Track ที่มีความจำเป็นต้องรับการรักษาที่รวดเร็ว

บรรณานุกรม:

1. โรงพยาบาลห้วยผึ้ง. (2565). สถิติรายงานประจำปี 2565.
2. สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). สถานการณ์โรคปัจจุบัน เข้าถึงจาก https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?c=21
3. อุ่นเรือน กลิ่นขจร และสุพรรณษา วรมาลี. (2563). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบ. กรุงเทพฯ: งานการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

KLSH 36

การพยาบาลมารดาหลังคลอดใช้สารเสพติดที่เข้ารับการผ่าตัดทำหมัน: กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care for Postpartum Sterilization Surgery for Mothers who Use Substances: 2 Case Studies

สุวิชา ชุศรียิ่ง

โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

คำสำคัญ: การพยาบาลวิสัญญี, ทำหมัน, มารดาหลังคลอดใช้สารเสพติด

บทนำ: การคุมกำเนิดแบบถาวรด้วยการทำหมันในเพศหญิงนั้นมี 2 แบบคือ 1) การทำหมันเปือก ภายใน 72 ชั่วโมงหลังการคลอด 2) การทำหมันแห้ง การให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดและใช้สารเสพติด เพื่อการผ่าตัดทำหมันหญิงนั้น ปฏิบัติตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด 9 มาตรฐาน โดยบูรณาการร่วมกับการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญี ให้การเยี่ยมก่อนรับบริการงานผ่าตัดและงานวิสัญญี เพื่อให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว และการประเมินผู้ป่วย นำข้อมูลมาวางแผนการพยาบาล การเลือกวิธีให้ยาระงับความรู้สึก การดูแลต่อเนื่อง 1 เดือนหลังรับบริการผ่าตัด รวมถึงการวางแผนการเลิกใช้สารเสพติด ซึ่งมารดาหลังคลอดแต่ละราย อาจมีปัญหาด้านสุขภาพไม่เหมือนกัน เช่น มีภาวะซีด จากการเสียเลือดในการคลอด มดลูกอ่อนล้า มี BMI ≥ 30 kg/m² ประวัติการใช้สารเสพติด เป็นต้น ฉะนั้น การปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด และมาตรฐานการพยาบาลวิสัญญี ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดสำเร็จ และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์ 1) เพื่อปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด 9 มาตรฐาน 2) เพื่อปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญี 9 มาตรฐาน 3) เพื่อให้มารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดได้รับการผ่าตัดทำหมันหญิงปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

วิธีดำเนินการศึกษา ศึกษาเปรียบเทียบมารดาหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดทำหมัน จำนวน 2 ราย ซึ่งเป็นมารดาหลังคลอดและใช้สารเสพติด คลอดปกติ ที่แผนกผู้คลอด โรงพยาบาลห้วยผึ้ง ระหว่าง ก.พ. - ก.ย. 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ทบทวนความรู้ทางวิชาการ และให้การพยาบาลตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด และมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญี 9 มาตรฐาน กำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล แผนการพยาบาล แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ก่อนรับบริการ ขณะรับบริการ และหลังรับบริการผ่าตัด

ผลการศึกษา:

รายงานผู้ป่วย:

หัวข้อ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การประเมินสภาพแรกรับ	สดชื่นดี ถามตอบรู้เรื่อง ปวดมดลูกและแผลฝีเย็บ PS: 2/10 V/S: BT=36.6 °C, PR=110 RR=20 BP =100/60 mmHg BW=68 kgs. HT=165 cms. BMI=25 kg/m ²	ถามตอบรู้เรื่อง บ่นง่วงนอน ปวดมดลูกและแผลฝีเย็บ PS: 4/10 V/S: BT=36.5 °C, PR=88 RR=20 BP =110/70 mmHg BW=54 kgs. HT=160 cms. BMI=21.09 kg/m ²

หัวข้อ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ทรงอกและการหายใจ	Normal shape, Normal breath sound	Normal shape, Normal breath sound
หัวใจ	Heart rate: regular	Heart rate: regular
ระบบประสาท	Motor power: grade V ทั้งหมด	Motor power: grade V ทั้งหมด
เต้านม	คัดตึงเต้านมเล็กน้อย น้ำนมมาใสๆ	เต้านมปกติ น้ำนมยังไม่มา
อวัยวะสืบพันธุ์	แผล episiotomy ไม่บวม Lochia rubra: on foley Cather	แผล episiotomy ไม่บวม Lochia rubra ปัสสาวะได้เองปกติ
สภาพจิตใจอารมณ์	กังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด	กังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด
อาการสำคัญ	G3P2A1L2, GA 39 ⁺¹ wks.: ND with RML episiotomy: EBL 450 ml. tear cervix คลอดเวรบ่ายวานนี้ แฉ่งประสงค์ ทำหมัน แพทย์ set ผ่าตัด 14.00 น ในเวร เช้าวันนี้ ANC 5 ครั้ง นับได้ 3 ครั้ง คุณภาพ	G4P3A1L3 ,GA 36 ⁺⁵ wks.: ND with RML episiotomy: EBL 150 ml.คลอดเวรตีกลางวัน แฉ่งประสงค์ทำหมัน แพทย์ set ผ่าตัด 14.00 น ในเวรเช้าวันนี้ ANC 5 ครั้ง นับได้ 3 ครั้ง คุณภาพ
LAB: ANC	VDRL: NR, Anti-HIV: neg HbsAg: neg OF/DCIP: neg/neg Hct 1= 40, Hct 2= 31 vol% Urine amphetamine: positive	VDRL:NR, Anti-HIV: neg HbsAg: neg OF/DCIP: neg/neg Hct 1= 34, Hct 2= 40 vol% Urine amphetamine: positive
LAB ก่อนเข้าผ่าตัด	Hb=9.1 Hct=27 vol% WBC=20,670 Platelet=289x10 ³	Hb=13.2 Hct=39 vol% WBC=11,290 Platelet=284x10 ³
ด้านวิสัญญี	ASA class II จาก anemia: plan set TR under Local anesthesia	ASA class I plan set TR under IVA
วินิจฉัยการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด	F: วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด F: การเตรียมความพร้อม	F: วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด F: การเตรียมความพร้อม
วินิจฉัยการพยาบาลระยะผ่าตัด	F: เผื่อระวังภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ทำหมันหญิง และจาก Local anesthesia F: ปวดแผลผ่าตัด	F: เผื่อระวังภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดทำหมันหญิง และจาก Intra venous anesthesia F: ปวดแผลผ่าตัด
วินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด	F: เผื่อระวังภาวะเลือดออกผิดปกติ	F: ปวดแผลผ่าตัด F: การดูแลแผลผ่าตัด
วินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด	F: ปวดแผลผ่าตัด F: เผื่อระวังภาวะเลือดออกผิดปกติ (จากแผลผ่าตัด ช่องท้อง cervix เพราะผู้ป่วยมีภาวะซีด หลังคลอด) F: การดูแลแผลผ่าตัด F: เผื่อระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด F: การใช้สารเสพติด	F: ปวดแผลผ่าตัด F: การดูแลแผลผ่าตัด F: เผื่อระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด F: การใช้สารเสพติด

กิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
F: วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด	1. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว การ NPO การผ่าตัด และวิธีให้ยาระงับ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	1. ความรู้สึก 2. Identified และประเมิน ASA class 3. เปิดโอกาสให้ซักถาม
F: การเตรียมความพร้อม	1. เตรียม อุปกรณ์เครื่องมือ เวชภัณฑ์ยา 2. Identified ซ้ำ 3. บันทึกลงใน แบบบันทึกผ่าตัด แบบบันทึกวิสัญญี
F: เผื่อระวังภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดทำหัตถ์ หญิง และจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบ LA และ IVA	1. monitoring V/S และภาวะเหลือจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก 2. observe bleeding 3. ดูแลในช่วง Recovery period 4. บันทึกข้อมูล
F: เผื่อระวังภาวะเลือดออกผิดปกติ (จากแผลผ่าตัด ช่องท้อง cervix เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะซีด หลัง คลอด)	1. monitoring V/S 2. Hct ตามแผนการรักษา 3. observe abdominal sign และ Lochia 4. ให้สารน้ำทดแทนตามแผนการรักษา
F: ปวดแผลผ่าตัด	1. ประเมินอาการปวดแผล ลักษณะแผล 2. แนะนำการปฏิบัติตัว 3. ให้ยาลดปวดตามแผนการรักษา
F: การดูแลแผลผ่าตัด	1. Care wound 2. การรับประทานอาหารที่ส่งเสริมการหายของแผล: นั้ด 7 วันตัด ใหม่
F: เผื่อระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	1. V/S ทุก 4 ชม. 2. เยี่ยมอาการหลังรับการผ่าตัด 1 วัน ประเมินภาวะเหลือของยา ระงับความรู้สึก 3. กระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อไม่ให้มีอาการท้องอืด 4. แนะนำปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ ในช่วงที่ 1 เดือนหลังผ่าตัด
F: การใช้สารเสพติด	1. ให้สุศึกษาผลของสารเสพติดที่มีต่อมารดาและบุตร 2. รายงานแพทย์ เพื่อส่งพบคลินิกยาเสพติด

แผนการพยาบาลก่อนกลับบ้าน 1) การดูแลแผลผ่าตัด และนั้ด 7 วันตัดใหม่ 2) ติดตาม 1 เดือน เผื่อ
ระวังการติดเชื้อ: โดยการโทรศัพท์ติดตาม

สรุปกรณีศึกษา: กรณีศึกษาทั้ง 2 case ได้รับการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลงานผ่าตัด
และวิสัญญี มีการเยี่ยมก่อนผ่าตัด ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัว วิธีการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายกังวล นำ
ข้อมูลการตรวจร่างกาย ข้อมูลการคลอดมาประกอบการวางแผนการผ่าตัดและวางแผนให้ยาระงับความรู้สึก
ทั้ง 2 รายมีประวัติใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์ จึงต้องเผื่อระวัง hallucination กรณีศึกษารายที่ 1: ASA class II
จาก anemia จึงใช้วิธีให้ยาระงับความรู้สึกแบบ LA เพื่อให้ฟื้นตัวได้เร็ว และมีการเผื่อระวังภาวะเลือดออก
ผิดปกติในช่วงหลังผ่าตัด ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 :ASA class I ให้ยาระงับความรู้สึกแบบ IVA หลังผ่าตัดไม่พบ
awareness จะเห็นได้ว่า การเยี่ยมเพื่อประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทำหัตถ์หญิง ทำให้ทีมผ่าตัดมีความพร้อม
และสามารถให้การพยาบาล/รักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม การผ่าตัดสำเร็จ ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย และด้วย
งานห้องผ่าตัด งานวิสัญญี และงานห้องคลอดใช้อัตรากำลังร่วมกัน ทำให้การดูแลผู้ป่วยทำได้อย่างต่อเนื่องใน

ทุกระยะของการรักษาพยาบาล ส่วนประเด็นการใช้สารเสพติด ได้ประสานให้คลินิกยาเสพติดดูแลต่อไป และเมื่อมาตัดไหมตามนัด พบว่า แผลติดดี กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้เข้ารับ counseling คลินิกยาเสพติด

ข้อเสนอแนะ: 1) การ Preoperative evaluation ในการผ่าตัดที่ไม่ซับซ้อน และการพยาบาลวิสัญญีที่ไม่วิกฤต สามารถปฏิบัติได้โดยวิสัญญีพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชน งานผ่าตัดและวิสัญญี ใช้อัตรากำลังร่วมกัน และเป็นเนื้องานเดียวกัน 2) ควรนำการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานงานผ่าตัด งานพยาบาลวิสัญญีทั้ง 9 มาตรฐานไปใช้ในการพยาบาลผ่าตัดและวิสัญญี

เอกสารอ้างอิง:

1. ธัญรัตน์ จิรสินธิปก และคณะ. (2551). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ปรับปรุงครั้งที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
2. มาณี รักษาเกียรติศักดิ์, เบญจรัตน์ หยกอุบล, กำแพง วัชรรักษะ, ขนิษฐา ไกรประสิทธิ์, และปาริชาติ อภิเดชากุล. (2560). ตำราวิสัญญีพื้นฐานและหน่วยงานปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
3. วิพร เสนารักษ์. (2548). การวินิจฉัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 8. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

KLSH 37

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อน: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Tuberculosis Patients with Co-morbidities or Complication: 2 Case Studies

จิราภรณ์ พรหมวงษ์ชัย

โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

คำสำคัญ: การพยาบาล, วัณโรคปอด, ภาวะแทรกซ้อน

บทนำ: วัณโรค เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium tuberculosis เกิดได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย ร้อยละ 80 มักเกิดที่ปอด (WHO, Global Tuberculosis Report 2021) ในปี ค.ศ. 2021-2025 พบว่า ประเทศไทยติด 1 ใน 30 ประเทศที่มีผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ HIV และจากผลการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทยปี พ.ศ.2563 พบว่า มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียนรักษา 85,837 ราย อัตราการเสียชีวิตสูงและจะสูงขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้มีโรคร่วม สถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคในอำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ในปี 2565 -2566 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค 34 และ 49 ราย โดยมีอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 86.38 และ 92.86 ตามลำดับ ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคส่วนหนึ่งเกิดจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และอาการไม่พึงประสงค์จากรักษาวัณโรค ได้แก่ ผื่นคันและผื่นที่ไม่มีอาการคัน ตับอักเสบ เบื่ออาหาร ปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนจำนวน 2 ราย

วิธีดำเนินการศึกษา: ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคมีโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อน จำนวน 2 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลห้วยผึ้งระหว่างปี พ.ศ. 2565-2566 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติและเวชระเบียนผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐาน ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว ข้อมูลทางจิตสังคม อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค การตรวจร่างกาย และการรักษา ร่วมกับการประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์และประเมินผู้ป่วย กำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล แผนการพยาบาล ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และครอบครัว สำหรับผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ผลการศึกษา:

รายงานผู้ป่วย:

การประเมินสภาพแรกรับ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เพศ	หญิง	ชาย
อายุ	58 ปี 1 เดือน	66 ปี 5 เดือน
น้ำหนัก	28 กิโลกรัม	58 กิโลกรัม
ส่วนสูง	150 เซนติเมตร	170 เซนติเมตร
การวินิจฉัย	1. Pulmonary tuberculosis 2. Hypokalemia	1. Pulmonary tuberculosis with drug induced hepatitis 2. COPD

การประเมินสภาพแรกรับ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
โรคประจำตัว	ไม่มี	ปอดอุดกั้นเรื้อรัง
แผนการรักษา	สูตร 2HRZE/4HR	แผนการรักษา สูตร 2HRZE/4HR
ทรวงอกและการหายใจ	หายใจเหนื่อย หอบเล็กน้อย (อัตราการหายใจ 20 -22 ครั้ง/นาที) ฟังปอดพบ crepitation both lung CXR Reticulonodular both Lung	หายใจเหนื่อย หอบ (อัตราการหายใจ 26-28 ครั้ง/นาที) ฟังปอดพบ crepitation both lung CXR Reticulonodular both Lung
หัวใจ	ปกติ การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ (pulse rate 90-94 rate/min)	ปกติ การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ (pulse rate 80-90 rate/min)
อาการสำคัญ	วิงเวียนศีรษะ ตาลาย เหนื่อยเพลีย ก่อนมา 4 ชม.	ไอมีเสมหะ น้ำมูกใส หายใจหอบ เป็นมา 2 ชม.
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	1 เดือนก่อนมา รพ. ไข้ ไอเรื้อรัง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด 7 กก.	2 วันก่อนมา รพ. ไอมีเสมหะ คัดจมูก น้ำมูกใส หายใจหอบเหนื่อย
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะเข้มข้น(intensive phase)	ข้อ 2,3,4,5,6	ข้อ 1,2,3,5,6
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะต่อเนื่อง(continuation phase)	ข้อ 7	ข้อ 7
การวิเคราะห์ความแตกต่างกรณีศึกษา	กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยมีปัญหาทุพโภชนาการทำให้เหนื่อยเพลีย วิงเวียนได้ง่าย เมื่อกินยารักษาโรคทำให้เหนื่อยเพลีย วิงเวียนมากขึ้น	กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยมีปัญหา COPD เดิม และมีปัญหาดับอ็อกเสบจากการกินยา ทำให้ต้องรักษาโรคเดิมของผู้ป่วยด้วย มีความยุ่งยากในการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล:

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1.มีภาวะดื่บอ็อกเสบจากการรักษาวัณโรค (กรณีศึกษาที่ 2)	1. บอกเหตุผลที่ต้องรับประทานยาเพื่อการรักษา 2. ทบทวนข้อลัทธิษณะ ยา ผลข้างเคียงของยา 3. อาการผิดปกติที่ต้องแจ้งแพทย์ เช่น กินได้น้อยมาก ไม่มีคามอยากอาหาร บวมที่ใบหน้า ริมฝีปาก ลิ้น หรือคอ มีปัสสาวะสีเข้ม เป็นต้น 4. ติดตามผลตรวจ LFT และรายงานแพทย์เพื่อรักษา
2.มีการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลงเนื่องจากมีพยาธิสภาพการติดเชื้อที่ปอด (กรณีศึกษา รายที่ 1) (กรณีศึกษา รายที่ 2 ประวัติ COPD เดิม)	1. สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ขับเสมหะออกได้ 2. สอนการหายใจเข้าออกลึกๆ ช้าๆ และควรปฏิบัติทุก 2 ชม.เพื่อให้ถุงลมขยายตัวได้เต็มที่ แลกเปลี่ยนก๊าซได้ดีขึ้น 3. ถ้านอนพักผ่อน แนะนำนอนท่าศีรษะสูง 45 องศา เพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง ปอดขยายตัวได้เต็มที่ เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ 4. ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลมตามแผนการรักษา
3.มีภาวะ Hypokalemia (กรณีศึกษา รายที่ 1 ค่า K+3.08) (กรณีศึกษา รายที่ 2 ค่า K+3.05)	1. ประเมินอาการ เช่น อ่อนเพลีย แขนขาอ่อนแรง ซึ่พจรไม่สม่ำเสมอ 2. ดูแลให้ได้รับน้ำและอาหารที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอ 3. ดูแลให้ได้รับ Elixer KCL ตามแผนการรักษาของแพทย์
4.มีภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากเบื่ออาหาร ทานได้น้อย (BMI 12.44)	4. ติดตามผลการตรวจ Electrolyte และรายงานแพทย์หากผลตรวจผิดปกติ เพื่อให้การรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
(กรณีศึกษาครั้งที่ 1)	
5. มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค	<ol style="list-style-type: none"> อธิบายความสำคัญ ความจำเป็นของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ สอนสุขศึกษาการปฏิบัติตัว เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ ตรวจคัดกรองหาเชื้อวัณโรคให้แก่ญาติและผู้สัมผัสใกล้ชิดทุกคน โดยการตรวจ CXR และตรวจ Sputum AFBx3day
6. ญาติและครอบครัวมีความวิตกกังวล เกี่ยวอาการของผู้ป่วยและแผนการรักษา	<ol style="list-style-type: none"> จัดให้ ญาติและครอบครัว ได้พูดคุยกับแพทย์ อธิบาย สุขศึกษา การปฏิบัติตัว ต่างๆ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถาม ให้กำลังใจ สนับสนุนให้ญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
7. เสี่ยงต่อการมารักษาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยเดินทางไม่สะดวก	<ol style="list-style-type: none"> ให้ความรู้เรื่องโรค และแนวทางการรักษาของแพทย์แก่ผู้ป่วยและญาติ แนะนำการกินยาต่อเนื่องที่บ้านและการมาตรวจตามนัด ให้กำลังใจและสนับสนุนส่งเสริมให้ญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย แนะนำขอความช่วยเหลือ เมื่อมีปัญหาในการเดินทางหรือปัญหาเรื่องการเงินกับหน่วยงาน เช่น รพ.สต. อบต. อสม. เป็นต้น

สรุปกรณีศึกษา: กรณีศึกษาผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้ง 2 ราย การวินิจฉัยโรค วัณโรคปอด เป็นครั้งแรก ผู้ป่วยรายแรก เป็นวัยผู้ใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว แต่มีปัญหาทุพโภชนาการ Hypokalemia หลังการรักษาจนครบแล้ว น้ำหนักเพิ่มขึ้น 10 กก. จาก 28 เป็น 38 กก. รายที่ 2 เป็นผู้สูงอายุ มีประวัติสูบบุหรี่ และมีโรคประจำตัว คือ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงต้องเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจน และมีปัญหาตับอักเสบจากการใช้ยา จึงได้มีการปรับยาวัณโรคเป็นแบบรวมเม็ด ทำให้ค่าการทำงานของตับ กลับมาอยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงปกติ แต่ทั้ง 2 ราย ได้มีการนัดรับยา ตรวจเลือดตามแผนการรักษาต่อเนื่องครบ 6 เดือน จึงสิ้นสุดการรักษา จากการศึกษาพบว่า ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยา ผลข้างเคียงจากยา การดูแลสุขภาพของตนเอง และการติดตามให้มารับการตรวจตามนัด ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาจนครบ และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะ:

- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคต่อเนื่องที่บ้าน โดยทีมสหวิชาชีพทำงานร่วมกับรพ.สต. อสม. ครอบครัว ชุมชน เพื่อรับผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน กำหนดการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน เสี่ยงต่อการขาดยา ขาดนัด เพื่อให้เกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ไร้รอยต่อ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ได้รับการรักษาครบ และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน
- พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง:

- World Health Organization. (2017). Guidelines for treatment of drug-susceptible tuberculosis and patient care 2017 update. Geneva: WHO Press.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แนวทางการควบคุมวัณโรค ประเทศไทย พ.ศ. 2561 National Tuberculosis Control Program Guideline, Thailand 2018. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- ณรงค์กร ชัยโพธิ์กลาง. (2559). วัณโรคปอด. ใน: พิชญาภา รุจิวิษณุ และคณะ (บรรณาธิการ). โรคระบบการหายใจพื้นฐาน Fundamental Respiratory Diseases. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.

KLSH 38

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน: กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care of COPD Patients with Acute Exacerbation: 2 Case Studies

ระดาวัลย์ แก้วกิ่ง

โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, อาการหอบกำเริบเฉียบพลัน

บทนำ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease) เป็นโรคที่มีความสำคัญและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ของการเสียชีวิตของประชากรโลก การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (Acute exacerbation) มีผลต่ออัตราการเสียชีวิต การเสื่อมถอยของสมรรถภาพปอดส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและคุณภาพในระยะยาว มักหมายรวมถึง 2 โรค คือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic bronchitis) และ โรคถุงลมโป่งพอง (Pulmonary emphysema) ปัจจุบันพบการเพิ่มของ inflammatory mediators ในระบบไหลเวียนเลือด ส่งผลต่ออวัยวะต่างๆภายนอกปอดทำให้เกิดโรคร่วมของ COPD ขึ้นในหลายระบบ ภาวะอาการหอบกำเริบ หรือ Exacerbation หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบและไอมากขึ้น มีเสมหะเพิ่ม / เปลี่ยนสี ได้รับยาขยายหลอดลมและยา steroid ที่ห้องฉุกเฉิน (ER) หรือนอนโรงพยาบาล จากสถานการณ์โรงพยาบาลห้วยผึ้ง พบว่ามีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมารับบริการระหว่างปี 2564-2566 ดังนี้ 909, 1092, 1206 ครั้ง และรับไว้รักษาแผนกผู้ป่วยใน 100, 91, 168 ครั้ง มีภาวะอาการหอบกำเริบเข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 108, 99, 112 ครั้ง ตามลำดับ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีดำเนินการศึกษา: การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และได้รับการรักษาในผู้ป่วยในโรงพยาบาลห้วยผึ้ง คัดเลือกจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน ในช่วงเดือนเมษายน ถึงพฤษภาคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย สอบถามและสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ สังเกต รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรค ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลเพื่อประกอบการวางแผนให้การพยาบาล กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ปฏิบัติ การพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลทั้งในภาวะวิกฤติ การดูแลต่อเนื่อง การวางแผนจำหน่ายและการติดตามผลต่อเนื่อง

ผลการศึกษา:

รายงานผู้ป่วย:

หัวข้อ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การประเมินสภาพแรกพบ	รู้สึกตัวดี T 37.2 c P92 /min R28 /min BP150/59 mmHg O2 Sat RA 85 %	รู้สึกตัวดี T 36 c P 94 /min R 34 /min BP169/78 mmHg O2 Sat RA 89 %
ผิวหนัง	ผิวสีน้ำตาล	ผิวสีน้ำตาล
ศีรษะ ใบหน้า	ศีรษะรูปร่างปกติ ใบหน้าตบ ผมนสั้นสีดอก	ศีรษะรูปร่างปกติ ผมนสั้น ศีรษะค่อนข้างล้าน

หัวข้อ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ตา หู คอ จมูก ริมฝีปาก	เลา ตามองเห็นปกติ หูรูปร่างปกติ ได้ยินชัดเจน เส้นเลือดดำบริเวณคอโป่ง ไม่มีน้ำมูก ริมฝีปากคล้ำ	ใบหน้ากลม สวมแว่นสายตาวาว หูได้ยินปกติ คอปกติ มีน้ำมูกใส ริมฝีปากคล้ำ
ทรวงอกและ การหายใจ	poor air entry both lungs	ทรวงอกถึงเบียร์ wheezing, poor air entry both lungs
หัวใจ	จังหวะการเต้นหัวใจสม่ำเสมอ	จังหวะการเต้นหัวใจสม่ำเสมอ
ระบบประสาท	รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง	รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง
ไต นม อวัยวะสืบพันธุ์	ไต นมปกติ .ใส่คาสายสวนปัสสาวะ	ไต นมปกติ ปัสสาวะสะอาดดี
สภาพจิตใจ/อารมณ์	ให้ความร่วมมือในการรักษา กังวล	ผู้ป่วยและญาติมีท่าทางวิตกกังวล
อาการสำคัญ	เหนื่อย ไอมีเสมหะ หายใจหอบ เป็นมา 2 ชั่วโมง	ไอ หายใจหอบ เป็นมา 6 ชั่วโมง
ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	DTX 217 mg% CBC: Platelet 92,000 cells/mm3 Neutrophils 94% cells/mm3 Eosinophils 2 %	DTX 475 mg% CBC: Platelet 305,000 cells/mm3 Neutrophils 64% cells/mm3 Eosinophils 8 %

กิจกรรมการพยาบาล:

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะที่ 1 ระยะวิกฤติ 1. ประสิทธิภาพในการทำทางเดินหายใจให้โล่งลดลง เนื่องจากทางเดินหายใจถูกอุดกั้นและมีการคั่งของเสมหะมาก (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2) 2. มีภาวะติดเชื้ในระบบทางเดินหายใจ (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2) 3. บกพร่องในการแลกเปลี่ยนก๊าซ เนื่องจากอากาศผ่านเข้าออกปอดลดลง (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1. สังเกตและวัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง 3. จัดให้ผู้ป่วยนอนท่าศีรษะสูง 30 องศา 4. ดูแลพ่นยาขยายหลอดลม Berodual 1:3 NB ทุก 4 hr , Ventolin 1:3 NB prn, Dexamethasone 4 mg ทุก 6 hrs. 5. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับ Ceftriaxone 2 gms. IV OD, Clindamycin 600 mg IV ทุก 8 hrs. Azithromycin 2x1 pc เข้า x 5 วัน กรณีศึกษาที่ 2 ได้รับยา Ceftriaxone 2 gms IV OD, Azithromycin 2x1 pc เข้า x 5 วัน 6. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน ตามแผนการรักษา
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะที่ 2 การดูแลต่อเนื่อง 4. ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองบกพร่อง เนื่องจากมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2) 5. ไม่สุขสบายจากภาวะเจ็บป่วย และมีเครื่องมือทางการแพทย์ เช่น สายสวนปัสสาวะ สายออกซิเจน สายวัดความดันโลหิต (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2) 6. ขาดความรู้เกี่ยวกับการบริหารปอดและการดูแลตนเองที่บ้าน (กรณีศึกษาที่ 2) 7. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากระดับน้ำตาล ในเลือดสูง (กรณีศึกษาที่ 2)	1. แนะนำผู้ป่วยทำกิจกรรมบนเตียง เมื่อหายใจหอบลดลง ลูกนั่งบนเตียงแล้วค่อยๆ ลูกนั่งข้างเตียง 2. ประเมินอาการผู้ป่วยขณะปฏิบัติกิจกรรม 3. แนะนำญาติในการช่วยดูแลผู้ป่วย ผูกบริหารปอด 4. แนะนำการปฏิบัติตัว หลีกเลี่ยงควันไฟ บุหรี่และฝุ่นละออง แนะนำการรับประทานอาหาร 5. ให้ข้อมูล การวางแผนดูแล และการตอบสนองต่อการรักษา กับผู้ป่วยและญาติ 6. วัดสัญญาณชีพ ทุก 2-4 ชั่วโมง 1. เจาะ DTX pre-meal, hs 2. สังเกตอาการ Hypo-Hyperglycemia 3. ดูแลการฉีด Insulin ตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	4. วัดสัญญาณชีพ ทุก 2-4 ชั่วโมง
	5. ดูแลให้รับประทานอาหารเบาหวาน แนะนำการปฏิบัติตัว ทบทวนความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ

แผนการพยาบาลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน: สอนการเคาะปอดเพื่อช่วยกระตุ้นการขับเสมหะ วางแผนตามหลัก D -METHOD ส่งเสริมให้มีการดูแลตนเอง ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน เรื่องการปฏิบัติตัว การมาตรวจตามนัด อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ การรับประทานอาหารเบาหวาน อาหารรสจืด การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้โล่งมีลมโกรก แนะนำการปฏิบัติเพื่อการป้องกันภาวะ Acute Exacerbation/ Revisit ของผู้ป่วย COPD ดังนี้

1. สอนและทบทวนเทคนิคการพ่นยาที่ถูกต้อง ค้นหาสาเหตุของการกำเริบของโรคเพื่อป้องกัน
2. ดูแลให้ผู้ป่วยรับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ (influenza vaccine) ปีละ 1 ครั้ง
3. ประสานนักกายภาพบำบัด จัดโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (pulmonary rehabilitation)
4. เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติกรณีจำเป็นต้องใช้ออกซิเจนที่บ้าน แนะนำเลิกสูบบุหรี่

สรุปกรณีศึกษา: การศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 กรณี เป็นผู้สูงอายุ รายที่ 1 มีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูงและต่อมลูกหมากโต รายที่ 2 มีโรคประจำตัวคือ เบาหวานและความดันโลหิตสูง ทั้ง 2 รายมีภาวะปอดอักเสบร่วมด้วย จากประวัติที่เกี่ยวข้องทำให้มีโอกาสสูงที่จะทำให้เกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน การประเมินผู้ป่วยในภาวะวิกฤตอย่างรวดเร็วและการให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความรุนแรงลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ:

1. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพปอดดีขึ้นเพื่อป้องกันและลดอุบัติการณ์หอบกำเริบ
2. ส่งเสริมและสนับสนุนงานด้านสุขศึกษาเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจถึงสาเหตุและป้องกันไม่ให้เกิดโรค
3. การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน เพื่อป้องกันไม่ให้อาการกำเริบซ้ำที่รุนแรงได้อีก
4. มีการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยร่วมกับญาติ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับแบบแผนการดูแลตนเองที่บ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

เอกสารอ้างอิง:

1. บุญสว่าง พิลาโสภา. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา; 8(1): 232-243.
2. ประทุม สร้อยวงศ์. (2564). การพยาบาลอายุรศาสตร์: เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
3. สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2565). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ: บริษัท ภาพพิมพ์ จำกัด.
4. สุนิษา สอนวิชา. (2564). กายวิภาคศาสตร์ เล่ม 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์.
5. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข .สถานการณ์โรคปัจจุบัน เข้าถึงจากhttps://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?=&id=21

KLSH 39

การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและได้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ:
กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Patients with Acute ST- elevation Myocardial Infarction and Received
Intravenous Thrombolytic Drug: Two Case Studies

ศิวาพร เพ็ชรปรางค์

โรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

คำสำคัญ: โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

บทนำ: โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST-elevation myocardial infarction (STEMI) มีอัตราการเสียชีวิตสูง มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว สาเหตุเกิดจาก plaque rupture กระตุ้นเกล็ดเลือดให้มีการเกาะกันเป็นลิ่มเลือดเกิดการอุดตันของหลอดเลือด มีอาการเจ็บหน้าอกคล้ายของหนักทับนานมากกว่า 15-20 นาที อาจร้าวไปที่แขนหรือไหล่ซ้าย คอ และหลังได้ ปัจจุบันวิธีการรักษามี 2 วิธี คือ 1) การให้ยาละลายลิ่มเลือด 2) การทำหัตถการสวนหัวใจเพื่อทำการเปิดหลอดเลือดหัวใจด้วยการใส่บอลลูนหรือโคโรนารายาย้ายค้ำยันเพื่อขยายหลอดเลือด (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2563) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization-WHO) ระบุว่า ทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองมากกว่า 20 ล้านคน เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (World Health Organization, 2021) จากข้อมูล Thai ACS registry ปี 2562 – ปี 2565 พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วย STEMI 6,882, 7,777, 8,238 และ 7,491 รายตามลำดับ อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 8.85, 10.50, 10.06 และ 9.05 ตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 7 มีจำนวนผู้ป่วย 515, 907, 911 และ 820 รายตามลำดับ พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 7.11, 7.50, 8.35 และ 4.90 ตามลำดับ จังหวัดกาฬสินธุ์มีผู้ป่วยจำนวน 159, 140, 214 และ 221 ราย ตามลำดับ มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 9.29, 9.35, 5.88 และ 6.14 ตามลำดับ (Thai ACS registry, 2023)

โรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลระดับ F1 ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง สามารถให้ยา Streptokinase ได้ ภายใต้ระบบให้คำปรึกษาจากแม่ข่ายโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น มีระบบช่องทางด่วน (STEMI FAST TRACT) ตาม service plan จากปี 2563 - ปี 2565 มีผู้ป่วย STEMI ทั้งหมด 11, 18 และ 23 รายตามลำดับ เสียชีวิต 0, 1 และ 1 รายตามลำดับ จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ทั้งหมด 3, 10 และ 15 รายตามลำดับ ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลภายใน 30 นาที ร้อยละ 16.67, 22.22 และ 26.09 ตามลำดับ (โรงพยาบาลหนองกุงศรี, 2566) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งการบริหารยาที่มีประสิทธิภาพ การประสานงานการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่า ดังนั้น พยาบาลต้องมียุทธศาสตร์ความรู้และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย สามารถลดอัตราการเสียชีวิตลงได้

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ กรณีศึกษา จำนวน 2 ราย ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองสูงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์
2) เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ โรงพยาบาลหนองสูงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการศึกษา: เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา (case study) การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำจำนวน 2 ราย ที่รับการรักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองสูงศรีด้วยระบบช่องทางด่วน ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม ถึง 30 กันยายน 2566 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล แบบบันทึกเวชระเบียน การสัมภาษณ์ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ แบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหา เพื่อนำมาเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติ และขณะส่งต่อ เฝ้าระวังป้องกันภาวะแทรกซ้อน สรุปและประเมินผลการพยาบาล

ผลการศึกษา:

รายงานผู้ป่วย:

ข้อมูลสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เพศ/อายุ (ปี)	ชาย/66 ปี	หญิง/64 ปี
ตรวจร่างกาย	E4V5M6, Heart: Normal S1, S2 No murmur Lung: Clear	E4V5M6, Heart: Normal S1, S2 No murmur Lung: Clear
โรคประจำตัว สูบ บุหรี่/การดื่มสุรา	ไม่มีโรคประจำตัว สูบบุหรี่ 10 มวนต่อวัน ดื่มสุรานานๆ ครั้ง	ความดันโลหิตสูง ปฏิเสธการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา สัปดาห์ละ 4-5 ครั้ง
การวินิจฉัย	Anterior Wall STEMI	Inferior Wall STEMI
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	แน่นหน้าอกด้านซ้ายร้าวมาไหล่ซ้ายและต้นคอ pain score 10/10 คะแนน เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง 20 นาที	เจ็บแน่นหน้าอกด้านซ้ายร้าวมาแขนซ้าย pain score 8/10 คะแนน เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง 30 นาที
อาการแรกเริ่ม	รับ 4 มีนาคม 2566 เวลา 11.51น. รู้สึกตัวดี E4V5M6 เจ็บแน่นหน้าอกด้านซ้ายร้าวมาไหล่ซ้ายและต้นคอด้านซ้าย หน้ามืด ใจสั่น สัญญาณชีพ BT36.5 ^o C, PR122 ครั้ง/นาที RR 18 ครั้ง/นาที P110/78mmHg, O ₂ Sat 98 %, Pain score 5/10 คะแนน	รับ 18 กรกฎาคม 2566 เวลา 07.05 น. รู้สึกตัวดี E4V5M6 เจ็บแน่นหน้าอกด้านซ้ายร้าวมาแขนซ้าย นอนราบได้ สัญญาณชีพ BT 36.5 ^o C PR 84 ครั้ง/นาที RR 18 ครั้ง/นาที BP 134/76 mmHg, O ₂ Sat 99 % Pain score 5/10 คะแนน
ผลตรวจ	DTX 114 mg%, Trop I 2.18 ng/ml.	DTX 195 mg%, Trop I <0.3ng/ml.
ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	EKG 12 lead พบ ST elevation V1-V4	EKG 12 lead พบ ST elevation lead II, III, aVF, V1-V4

กิจกรรมการพยาบาล:

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลแรกเริ่มในระยะฉุกเฉิน	-ประเมินระดับความปวดด้วย pain score
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1	-ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา ASA (300), Plavix (75) สังเกตอาการข้างเคียงของยา
เจ็บแน่นหน้าอก เนื่องจาก	- เฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจโดยติด EKG Monitor รายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ
	-ตรวจวัดสัญญาณชีพ และประเมิน O ₂ sat ทุก 15 นาที ถ้า O ₂ sat น้อยกว่า 90% ให้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	ออกซิเจน canula 3 L/min -ให้ออกซิเจนสูง -เตรียมความพร้อมของทีมพยาบาลและอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉิน ผลลัพธ์: ผู้ป่วยรายที่ 1 เจ็บหน้าอก Pain score 5/10 ค่ะแนน รายที่ 2 เจ็บหน้าอก Pain score 5/10 ค่ะแนน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 เสี่ยงต่อปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกน้อยกว่าที่ลดลง เนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ จากการขาดเลือดไปเลี้ยง (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	-เฝ้าระวังอาการแสดงของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงและภาวะ Hypoxia -ตรวจวัดสัญญาณชีพ และประเมิน O ₂ sat ทุก 15 นาที ถ้า O ₂ sat น้อยกว่า 90% ให้ ออกซิเจน canula 3 L/min -เฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจโดยติด EKG Monitor -เตรียมอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม -จัดทำแผนการดูแล 45 องศา ผลลัพธ์: ผู้ป่วยรายที่ 1 รู้สึกตัวดี ไม่หอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก Pain score 5/10 ค่ะแนน ไม่มีภาวะ Hypoxia รายที่ 2 รู้สึกตัวดี ไม่หอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก Pain score 5/10 ค่ะแนน ไม่มีภาวะ Hypoxia
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	-ประเมินข้อบ่งชี้และข้อห้ามในการให้ยา streptokinase -อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเหตุผลการใช้ยา streptokinase ผลข้างเคียงพร้อมลงนามยินยอมให้ยา -ดูแลให้ได้รับยาใน 1 ชั่วโมง โดยใช้ infusion pump เฝ้าระวังภาวะข้างเคียงจากการให้ยา Streptokinase ตามแนวทางปฏิบัติ ใช้ EKG monitor และ patient monitor เพื่อเฝ้าระวังสัญญาณชีพ, O ₂ sat ทุก 5 นาที บันทึกเวลาที่เริ่มให้ยาและหยุดยา -เฝ้าระวังระดับความรู้สึกตัว -เฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจด้วย EKG Monitor -เตรียมยาช่วยชีวิตฉุกเฉินและอุปกรณ์ต่างๆ ที่สำคัญในการช่วยชีวิตให้พร้อมใช้ทันทีที่เกิดเหตุฉุกเฉิน ผลลัพธ์: ผู้ป่วยรายที่ 1 BT 36.5 °C, PR 120 ครั้ง/นาที, RR 18 ครั้ง/นาที, BP 104/68 mmHg, O ₂ sat 99 % มีอาการเจ็บหน้าอก Pain score 5/10 ค่ะแนน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้าน Allergic reaction ไม่มีภาวะเลือดออกผิดปกติ รายที่ 2 ระหว่างให้ยาละลายลิ่มเลือดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่หอบเหนื่อย พบความดันโลหิตต่ำ PR 76 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที BP 88/59 mmHg O ₂ sat 99 % ค่า MAP 97.66 mmHg แพทย์ให้ NSS 300 ml. vein load ประเมินซ้ำ PR 76 ครั้ง/นาที, RR 18 ครั้ง/นาที BP 118/79 mmHg O ₂ sat 99 % ค่า MAP 92.00 mmHg Pain score 5/10 ค่ะแนน ไม่มีภาวะเลือดออกผิดปกติ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและภาวะโรคที่คุกคามชีวิต เนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรคและความเจ็บป่วย (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	-อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบพยาธิสภาพโรค แผนการรักษา ความจำเป็นในการให้อาการข้างเคียง -อธิบายเหตุผลผลการส่งต่อ เปิดโอกาสให้ซักถาม -ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลเป็นมิตร ผลลัพธ์: ผู้ป่วยทั้ง 2 รายสีหน้าคลายความวิตกกังวลลง ยอมรับแผนการรักษา เข้าใจพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น
การพยาบาลระยะส่งต่อผู้ป่วย ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1	-เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นบนรถให้พร้อมใช้ -ประเมินอาการและสัญญาณชีพก่อนนำส่ง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะอาการ ทรุดลงขณะส่งต่อ เนื่องจาก พยาธิสภาพของโรค (กรณีศึกษา ที่ 1 และ 2)	-ประสานข้อมูลผู้ป่วยส่งต่อให้กับรพศ.ขอนแก่น -ระหว่งการนำส่งเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง สังเกตอาการผิดปกติ เฝ้าระวัง คลื่นไฟฟ้าหัวใจโดยติด EKG Monitor รายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ -ตรวจวัดสัญญาณชีพและประเมิน O2 sat ทุก 15 นาที ถ้า O2 sat น้อยกว่า 90% ให้ ออกซิเจน canula 3 L/min -ลงบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง การแก้ไข ผลการแก้ไข หากพบว่ามีอาการทรุดลงให้ โทรศัพท์ consult แพทย์โรงพยาบาลหนองสูงศรี เพื่อการดูแลรักษาภาวะวิกฤติ หาก ผู้ป่วยหมดสติโรงพยาบาลหนองสูงศรีติดต่อประสานงานโรงพยาบาลห้วยเม็กหรือ โรงพยาบาลเขียงยืนเพื่อขอความช่วยเหลือ -เมื่อถึงรพศ.ขอนแก่นส่งต่อข้อมูล อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อ และประเมินอาการผู้ป่วยร่วมกัน ผลลัพธ์: ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่มีอาการทรุดลงขณะส่งต่อ ไม่มีอาการแสดงของ cardiac output ลดลง ไม่มีเลือดออกผิดปกติ มีอาการเจ็บหน้าอก pain score 3/10 คะแนน ทั้ง 2 ราย
การติดตามเยี่ยมอาการหลัง จำหน่าย	-ให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะของโรคในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ -อธิบายอาการและอาการแสดงที่ต้องรีบมาพบแพทย์
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ เนื่องจาก ไม่เข้าใจและขาดความรู้ในการ ดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง	-อธิบายปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค การลดปัจจัยเสี่ยง (ผู้ป่วยรายที่ 1) มีการสูบบุหรี่ แนะนำคลินิกเลิกบุหรี่และสุรา (ผู้ป่วยรายที่ 2) มีการดื่มสุราแนะนำคลินิกเลิกสุรา ส่งต่อ ข้อมูลให้คลินิกเลิกบุหรี่และสุรา ส่งต่อข้อมูลให้พื้นที่ อสม. รพศ. พร้อมส่งศูนย์ COC ติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์: ทั้ง 2 รายได้รับการรักษาโดยการสวนหัวใจและเปิดหลอดเลือดที่อุดตันที่รพศ. ขอนแก่น นัดF/Uรับยาต่อเนื่อง รายที่ 1 เลิกบุหรี่ รายที่ 2 เข้าคลินิกเลิกสุรา

สรุปกรณีศึกษา: กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีความแตกต่างกันในเรื่องเพศ ปัจจัยเสี่ยงคือ สูงอายุ ไม่ออกกำลังกาย ดื่มสุรา แตกต่างที่รายที่ 1 สูบบุหรี่ รายที่ 2 มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ทั้ง 2 รายมีอาการนำคือ เจ็บหน้าอกด้านซ้าย ได้รับการวินิจฉัย ST-elevation myocardial infarction จากผลการตรวจ EKG โดยทั้ง 2 รายได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นเพื่อบรรเทาอาการ เช่น รับประทาน antiplatelet ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) ในรายที่ 2 จากการเฝ้าระวังภาวะข้างเคียงจากการให้ยา Streptokinase ตามแนวทางปฏิบัติ มีการใช้ EKG monitor และ patient monitor พบว่า มีภาวะความดันโลหิตต่ำขณะให้ยา เมื่อพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทันที ผู้ป่วยจึงได้รับการแก้ไขภาวะวิกฤติ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาโดยการสวนหัวใจและเปิดหลอดเลือดที่อุดตันที่ รพศ.ขอนแก่น นัดF/Uรับยาต่อเนื่อง ส่งต่อข้อมูลให้พื้นที่ และศูนย์ COC ติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ:

1. ในรักษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST-elevation myocardial infarction (STEMI) สิ่งสำคัญ คือ ผู้ป่วยควรเข้าถึงโรงพยาบาลรวดเร็ว และพยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินต้องสามารถประเมิน คัดกรองผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อช่วยให้การวินิจฉัยได้ถูกต้อง นำไปสู่การรักษาที่รวดเร็ว พยาบาลต้องมีความรู้ ความเชี่ยวชาญในกระบวนการดูแลรักษาพยาบาล การบริหารยาละลายลิ่มเลือด เข้าใจกระบวนการและขั้นตอนการขอรับคำปรึกษาจากแพทย์เฉพาะทางด้านหัวใจ เข้าใจถึงระบบการ

ส่งต่อในระบบช่องทางด่วนพิเศษ การประสานส่งต่อข้อมูลและการเฝ้าสังเกตอาการ การปฏิบัติการพยาบาล
ในภาวะวิกฤติ เพื่อลดความรุนแรงของโรคและลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตผู้ป่วย ดังนั้น ควรส่งเสริมพยาบาล
ที่ปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินให้ได้รับการพัฒนาสมรรถนะและทบทวนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรค
กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและการดูแลผู้ป่วยได้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำอย่างสม่ำเสมอ

2. มีการพัฒนาระบบ STEMI FAST TRACT พัฒนาแนวทางการขอรับคำปรึกษาทั้งขณะอยู่ในพื้นที่
และขณะส่งต่อ แนวทางการส่งต่อข้อมูลในเครือข่าย แนวทางการคืนข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องภายใน
เครือข่าย

3. ควรมีการจัดทำโครงการเพื่อให้มีการลดการสูบบุหรี่ในชุมชนเพื่อช่วยลดโอกาสเกิดโรคที่เป็นผล
จากการสูบบุหรี่ เช่น โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น

4. โรงพยาบาลควรมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายระหว่างการส่งต่อ โดย
การจัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย แนวทางปฏิบัติในการประสานงาน แนวทางการขอความช่วยเหลือ
ระหว่างนำส่ง

5. เพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้การของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้กลุ่มเสี่ยงและ
ประชาชนทั่วไป เพื่อการเข้าถึงบริการแพทย์ที่รวดเร็วทันเวลา มีการประชาสัมพันธ์การใช้บริการระบบ
การแพทย์ฉุกเฉิน 1669

เอกสารอ้างอิง:

1. โรงพยาบาลหนองกุงศรี. (2565). ข้อมูลและสถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2562-2565. โรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์.
2. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. (2563). แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ.2563. กรุงเทพฯ: เนคสเทปดีไซน์.
3. Thai ACS registry. (2023). DASHBOARD THAI ACS REGISTRY. เข้าถึงจาก <http://ncvdt.org/default.aspx>
4. World Health Organization. (2021). The top 10 causes of death. เข้าถึงจาก <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

KLSH 40

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดระยะแพร่เชื้อร่วมกับมีภาวะตับอักเสบจากยาต้านวัณโรค: กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care of Pulmonary Tuberculosis in Active Phase with Antituberculosis Drug
Induced Hepatitis Patients: Two Case Studies

พัชราพร จงสมชัย

โรงพยาบาลหนองสูง จังหวัดกาฬสินธุ์

คำสำคัญ: วัณโรคปอดระยะแพร่เชื้อ, ตับอักเสบจากยาต้านวัณโรค, การพยาบาล

บทนำ: วัณโรคปอดเป็นโรคติดต่อเรื้อรัง ซึ่งสามารถรักษาหายได้หากผู้ป่วยได้รับสูตรยาต้านวัณโรคที่เหมาะสม ซึ่งให้ประเทศทั่วโลกโดยใช้สูตรยามาตรฐานระยะสั้น 2IRZE/4IR ประกอบด้วย isoniazid (H), rifampicin (R), pyrazinamide (Z) และ ethambutol (E) ซึ่งมีประสิทธิภาพสูงในการรักษาวัณโรคหายได้ระยะ 2 เดือนแรกหลังจากเริ่มการรักษา (เรียกว่า "ระยะแพร่เชื้อโรค") (สำนักงาน กรมควบคุมโรค, 2559) การได้รับยาต้านวัณโรคหลายตัวร่วมกันอาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านวัณโรคพบได้ทั้งชนิดไม่รุนแรงและชนิดรุนแรงจะปรากฏประมาณ 2-3 สัปดาห์แรกของการรักษา แต่ถ้า AST ตั้งแต่ 3 เท่าขึ้นไป หรือตั้งแต่ 5 เท่าขึ้นไปในผู้ป่วยที่แม้ไม่มีอาการแสดงว่ามีอาการอักเสบของตับเกิดขึ้น โดยพบอุบัติการณ์การเกิดพิษต่อตับจากยาวัณโรคตั้งแต่ร้อยละ 2-28 (สำนักงาน กรมควบคุมโรค, 2564) อาการไม่พึงประสงค์มีวิธีการรักษาตามชนิดความรุนแรง เช่น การหยุดยา การลดขนาดยาแต่ละชนิด การเปลี่ยนวิธีกินยา การเปลี่ยนสูตรยา และการรักษาเพื่อบรรเทาอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่รักษาหรือรักษาไม่หาย เกิดภาวะเชื้อวัณโรคติดต่ออยู่ได้

โรงพยาบาลหนองสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลระดับ F1 ขนาด 60 เตียง ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง งานผู้ป่วยนอกให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่คลินิกวัณโรค ข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่ทุกประเภทขึ้นทะเบียนรักษา ปี พ.ศ. 2563 – 2565 จำนวน 56, 58 และ 64 รายตามลำดับ อัตราความสำเร็จผู้ป่วยรายใหม่ทุกประเภท ร้อยละ 96.42, 87.93 และ 85.93 ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 1.78, 8.62 และ 9.37 ตามลำดับ การเกิดภาวะแทรกซ้อนตับอักเสบจากยาต้านวัณโรค 5, 5 และ 7 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 8.92, 8.62 และ 10.93 ตามลำดับ (โรงพยาบาลหนองสูง, 2565) จะเห็นได้ว่า การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านวัณโรคมีความสำคัญมาก หากบุคลากรทางการแพทย์ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างทันที่ จะสามารถช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและลดการเสียชีวิตจากภาวะตับวายได้ ดังนั้นพยาบาลเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดต้องมีความรู้และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย ช่วยบรรเทาอาการทุกข์ทรมานและลดอัตราการเสียชีวิต ประคับประคองให้ผู้ป่วยร่วมมือรักษาอย่างต่อเนื่องและรักษาหาย

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยตับอักเสบจากยาต้านวัณโรค กรณีศึกษาจำนวน 2 ราย 2) เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้พัฒนาแนวทางการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรควัณโรคตับอักเสบจากยาต้านวัณโรค

วิธีดำเนินการศึกษา: เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย คัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรควัณโรคที่มีภาวะตับอักเสบจากยาต้านวัณโรคที่เข้ารับรักษาที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ กรณีศึกษารายที่ 1 ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2565 ถึงกันยายน 2566 กรณีศึกษารายที่ 2 ระหว่าง

เดือนกันยายน 2565 ถึงมิถุนายน 2566 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติ และเวชระเบียนผู้ป่วย ข้อมูลพื้นฐาน ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว ข้อมูลทางจิตสังคม อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค การตรวจร่างกาย และการรักษา โดยใช้แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล เพื่อนำมาประเมินภาวะสุขภาพ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลระยะแพร่เชื้อ ระยะดูแลต่อเนื่อง ประเมินผล สรุปอภิปรายผล จนรักษาหาย

ผลการศึกษา:

รายงานผู้ป่วย:

ข้อมูลสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การประเมินสภาพแรกพบ	ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 69 ปี รูปร่างผอม ท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลีย น้ำหนัก 40 กิโลกรัม ส่วนสูง 145 ซม. BMI =19.02	ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 73 ปี รูปร่างผอม ท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลีย น้ำหนัก 43 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 ซม. BMI=17.89
ตรวจร่างกาย	หายใจไม่หอบเหนื่อย มีเสียง crepitation Rt. Lung จังหวะของหัวใจสม่ำเสมอ เสียงหายใจปกติ no murmur S1, S2	การหายใจปกติ ไม่มีเสียง wheeze จังหวะของหัวใจสม่ำเสมอ เสียงหายใจปกติ no murmur S1, S2
สภาพจิตใจ/อารมณ์	สีหน้าวิตกกังวล หงุดหงิดบางครั้ง ถามญาติว่า ”จะรักษาหายไหม”	สีหน้าวิตกกังวล หงุดหงิดบางครั้ง ถามญาติว่า ”จะรักษาหายไหม”
อาการสำคัญ	เหนื่อยอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร	เหนื่อยอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร
ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน	2 เดือนก่อน ไอแห้งๆ โอบางครั้งมีเสมหะสี ขาวขุ่น ไม่มีไข้ ไม่มีน้ำมูก เหนื่อยเพลียบางวัน น้ำหนักลด 8 กิโลกรัม ทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่เหนื่อยง่าย 7 วันก่อน ไอแห้งๆ เรื้อรัง โอบางครั้งมีเสมหะ สีขาวขุ่น ไม่มีไข้ เหนื่อยอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร มีคลื่นไส้ไม่อาเจียน ไม่มีตัว-ตาเหลือง ไม่ปวด ท้อง จึงมาพบแพทย์	1 เดือนก่อน ไอแห้งๆ โอบางครั้งมีเสมหะ สีขาวขุ่น ไม่มีไข้ ไม่มีน้ำมูก เหนื่อยเพลีย บางวัน น้ำหนักลด 2 กิโลกรัม 3 สัปดาห์ก่อน ไอเสมหะสีขาว เหนื่อย เพลีย เบื่ออาหาร ไม่มีไข้ มาตรวจที่รพ. หนองกุงศรี 2 สัปดาห์ก่อน case PTB B+ รับประทานยา กลับจาก รพ.กาฬสินธุ์ เพื่อมารักษาที่รพ. ใกล้บ้าน
ประวัติเจ็บป่วยในอดีต	เป็นโรค DM type II ปี 2556 ปี 2558 รับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่ขาดยาที่รพ. สต.บ้านหนองกุงเฟือก เคยคัดกรองวัณโรค ปี 2561	ปฏิเสธโรคประจำตัว เคยคัดกรองวัณโรค ปี 2563
การวินิจฉัยโรค	Pulmonary tuberculosis with drug induced hepatitis	Pulmonary tuberculosis with drug induced hepatitis
อาการแรกพบ	มาตรวจติดตามอาการและรับยาต่อเนื่องตาม นัด เหนื่อยอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ไอแห้งๆ สัญญาณชีพ: BT 36.7 c, HR 100 ครั้ง/นาที ,RR 20 ครั้ง/นาที, BP148/73 mmHg O2sat 97 %,	มาตรวจติดตามอาการและรับยาต่อเนื่อง ตามนัด เหนื่อยอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ไอ แห้งๆบางครั้ง สัญญาณชีพ: BT 36.6 c, HR 98 ครั้ง/นาที, RR 20 ครั้ง/นาที,BP 90/72 mmHg, O2sat 98 %,
ผล LAB	Sputum AFB 3+ LFT: Total protein7.9 g/dl, Cholesterol 175 mg/dl, Globulin 4.3 g/dl, Albumin 3.6 g/dl, Total	Xpert MTB/RIF: MTB detected very low, Rif resistance not detected LFT: Total protein 9.7 g/dl ,

ข้อมูลสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	bilirubin 2.1mg/dl, direct bilirubin 1.6 mg/dl, SGOT 621 U/L, SGPT 166 U/L CBC : WBC 11,010 /mm ³ , Neutrophil 70 %, Lymphocyte 19 Electrolyte : Na 124.7 mmol/l, K 4.06 mmol/l, Cl- 91.1 mmol/l, TCO ₂ 27.0 mmol/l	Cholesterol 179 mg/dl, Globulin g/dl, Albumin 3.5 g/dl, Total bilirubin 4.3mg/dl, direct bilirubin 3.1 mg/dl, SGOT 672 U/L, SGPT 249 U/L,
CXR	fibrosis with cavity lesion reticularonodular infiltration RUL	consolidation at RUL
แผนการรักษา	Off TB drug Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamid re-challenge anti-TB drugs -Levofloxacin 500mg 1tab x OD pc, -Amikin500 mg IM OD -Ethambutol (400 mg) 1 ½ 1 tab oral OD hs. -NSS 1,000 ml iv drip 80 ml/hr หลังจากผล LFT ปกติ Planให้ 2HRE/7HR -Isoniazid 100 mg 3 tabxhs -Rifampicin 450 mg 1 tabxhs -Ethambutol 400mg 2 tabxhs ทุกวัน จันทร์, พุธ, ศุกร์ นัด F/U 1 สัปดาห์ หลังจำหน่ายที่คลินิก วัณโรค ตรวจ LFT ก่อนพบแพทย์	Off TB drug Pyrazinamid ปรับยาสูตร 2HRE/7HR -Isoniazid 100 mg 3 tabxhs -Rifampicin 450 mg 1 tabxhs -Ethambutol 400mg 2 tabxhs -Vitamin B6 100mg 1tabxhs นัด F/U 1 สัปดาห์ หลังจำหน่ายที่คลินิก วัณโรค ตรวจ LFT ก่อนพบแพทย์

กิจกรรมการพยาบาล:

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลระยะแรก ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะตับอักเสบจาก อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ ยารักษาวัณโรคปอด (กรณีศึกษาที่ 1, 2)	1. ให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนมากที่สุด เพื่อช่วยการซ่อมแซมเนื้อตับที่ถูกทำลาย 2. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและสารอาหาร NSS 1,000 ml IV. drip 80 cc/hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์ 3. ดูแลให้ได้รับยารักษาวัณโรคตามแผนการรักษาสูตรใหม่เป็น Levofloxacin (500mg) 1 tab oral OD pc, Amikin 500 mg IM OD และ Ethambutol (400 mg) 1½ 1 tab oral OD hs. กรณีศึกษาที่ 2 ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาใหม่ Isoniazid 100 mg 3 tab xhs ,Rifampicin 450 mg 1 tab xhs ,Ethambutol 400mg 2 tab xhs,Vitamin B6 100mg 1tab xhs (Off TB drug Pyrazinamid) 4. ติดตามอาการและผลตรวจ LFT
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโตรไลต์ในร่างกายเนื่องจาก ไตไตในร่างกายเนื่องจาก	1. ประเมินภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโตรไลต์ในร่างกายจากอาการแสดง อาการภาวะ โซเดียมต่ำ ได้แก่ ปวดศีรษะ เมื่อยล้า อ่อนแรง อาเจียน รู้สึกสับสน มึนงง หงุดหงิด และ ผลตรวจLab

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
รับประทานอาหารได้น้อย (กรณีศึกษาที่ 1)	<ol style="list-style-type: none"> 2. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย โดยรับประทานทีละน้อย แต่บ่อยครั้ง 3. ดื่มน้ำ 8-10 แก้ว/วัน 4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9%NSS 1,000ml iv drip 80ml/hr ตามแผนการรักษา 5. ติดตามผลการตรวจทางห้อง Lab รายงานแพทย์ทราบกรณีผิดปกติ 6. บันทึก Intake /Output
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่อง ออกซิเจน เนื่องจากการ แลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากปอด ติดเชื้อ Mycobacterium tuberculosis (กรณีศึกษาที่1)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อน จัดทำอนสิริษะสูงเพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ 2. สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ ลดการคั่งค้างของเสมหะที่ปอดทำให้ปอดขยายตัวเพิ่มขึ้น 3. สอนสาธิตให้หายใจเข้าออกลึกๆ ซ้ำ ๆ และปฏิบัติทุก 1-2 ชั่วโมง ส่งเสริมให้ถุงลมปอดขยายตัวได้เต็มที่ แลกเปลี่ยนก๊าซได้ดีขึ้น 4. เฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจน โดยติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด อัตราการหายใจ ชีพจร สีของเล็บ ปลายมือปลายเท้า เยื่อบุผิวหนัง ลักษณะการขีดเขียว ทุก 4 ชั่วโมง
การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณ โรคสู่คนใกล้ชิดและครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะ Active TB (กรณีศึกษาที่ 1, 2)	<ol style="list-style-type: none"> 1. อธิบายเหตุผลและแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัย ปิดปากปิดจมูกที่ถูกต้องตลอดเวลาที่พักห้องแยกในโรงพยาบาลและในชุมชน 1 เดือนแรกหลังจำหน่าย 2. แนะนำและให้ความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่คนใกล้ชิดในครอบครัว จัดผู้ป่วยอยู่ในห้องแยก สวมหน้ากากอนามัย การกำจัดเสมหะ ควรบ้านเสมหะใส่ภาชนะที่มีน้ำยาฆ่าเชื้อ นำไปเผาหรือฝัง การแยกภาชนะและของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วย นำอุปกรณ์เครื่องนอนไปซักสะอาดและตากแดดสัปดาห์ละครั้ง 3. จัดให้ญาติผู้ดูแลใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่ให้การพยาบาลหรือช่วยเหลือผู้ป่วย 4. ส่งเสริมการรับประทานยารักษาวัณโรคครบชนิดและถูกขนาดยาตามแผนการรักษา ต่อเนื่อง ดูแลสุขภาพและเสริมภูมิคุ้มกันให้แข็งแรง โดยการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ พักผ่อนให้เพียงพอวันละ 8-10 ชั่วโมง ออกกำลังกายเหมาะสม 5. จัดผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้ใกล้ชิดให้ได้รับการตรวจคัดกรองโดยการ CXR ถ้าพบผิดปกติควรได้รับการวินิจฉัยเพิ่มและรักษา 6. ประสานทีม SRRT และเจ้าหน้าที่รพ.สต.ติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อประเมินสิ่งแวดล้อมที่บ้านผู้ป่วย
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ขาดความรู้และวิตกกังวลในการ ดูแลตนเอง (กรณีศึกษาที่ 1, 2)	<ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และซักถามข้อสงสัย 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ระยะเวลาใน การรับประทานยารักษาวัณโรค การรับประทานยาที่ถูกต้อง ต่อเนื่อง ตรงเวลา และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ 3. ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน 2Q วางแผนแก้ไขปัญหาช่วยเหลือร่วมกับพยาบาลด้านสุขภาพจิต 4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล เพื่อจะได้วางแผนให้ความช่วยเหลือ แนะนำผู้ป่วย และญาติทำกิจกรรมร่วมกันเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 5. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรควัณโรค การติดต่อ การป้องกัน และวิธีการรักษาของแพทย์เพื่อลดความกลัว ความวิตกกังวล สามารถนำไปปฏิบัติโดยวางแผน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>จำหน่ายผู้ป่วย ร่วมกับผู้ดูแล เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ เพื่อการดูแลตนเองที่บ้านได้</p> <p>6. ส่งเสริมประสิทธิภาพในการเผชิญปัญหา โดยให้ผู้ป่วยได้สนทนากับผู้ป่วยวัณโรคคนอื่นที่มีสภาพจิตใจสมบูรณ์มี การยอมรับภาวะเจ็บป่วย และเผชิญต่อปัญหาได้ดีเพื่อเสริมพลังให้เกิดกำลังใจ</p>
<p>การพยาบาลการวางแผน จำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและ ญาติจำหน่ายอย่างปลอดภัย เพื่อป้องกันการRe-admit (กรณีศึกษาที่ 1, 2)</p>	<p>สอบถามและประเมินความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวโรค การป้องกัน การปฏิบัติ และการใช้ อุปกรณ์ป้องกันเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ประเมินความพร้อมทั้งร่างกาย และ จิตใจในการเรียนรู้และการปฏิบัติตัว การใช้อุปกรณ์ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ อธิบาย ให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องโรค สาเหตุ การเกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษา การปฏิบัติ ตัวที่บ้านและการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ การมาตรวจและ รับยาอย่างสม่ำเสมอ ประสานทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกรร่วมประเมินและเตรียม ความพร้อมก่อนจำหน่าย ประสานศูนย์ดูแลต่อเนื่องในการส่งต่อในชุมชน เปิดโอกาสให้ ซักถามและตัดสินใจและมีส่วนร่วมในการดูแลตามความเหมาะสม วางแผนจำหน่ายโดยใช้ หลัก D-METHOD</p>

สรุปกรณีศึกษา:

การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาผู้ป่วยวัณโรคปอดระยะแพร่เชื้อร่วมกับมีภาวะตับอักเสบจากยาต้านวัณโรคทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่มีความคล้ายกัน ด้วยบริบทของโรงพยาบาลหนองสูงศรีที่จะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและพยาบาลผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยวัณโรคทุกคนต้องได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านวัณโรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษา การประเมินภาวะทุพโภชนาการ เพื่อจะได้ติดตามสังเกตอาการของตนเองอย่างสม่ำเสมอ และมารับการรักษาทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ บทบาทสำคัญของพยาบาลต้องม้องมีความรู้ความสามารถใช้กระบวนการพยาบาล การวางแผน การจัดการพยาบาล การประเมินผู้ป่วย สังเกตอาการผิดปกติ และเฝ้าระวังอันตรายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ สามารถให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วย ทำให้สามารถประเมินและจัดการกับอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อรายงานแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแลได้ทราบและร่วมมือในการรักษาช่วยให้ผู้ป่วยลดความรุนแรงของโรคลง มีความปลอดภัยรักษาหายจากโรค

ข้อเสนอแนะ:

1. ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับรวมทั้งพยาบาล ให้ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่อง
2. รณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้วัณโรค จัดโครงการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการเอกซเรย์ปอดเพื่อคัดกรองหาวัณโรคอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อได้รับการวินิจฉัย เข้าถึงรักษาอย่างรวดเร็ว ลดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน โดยประสานความร่วมมือจากบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
3. ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนดูแล และจัดให้มีพี่เลี้ยงดูแลการกินยาวัณโรคอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยเฝ้าระวังผู้ป่วยกินยาไม่สม่ำเสมอและลดอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงขณะรักษา
4. นำเทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์ Telehealth มาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคเพื่อให้การเข้าถึงการรักษาและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องถึงชุมชนมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง:

1. สำนักงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แนวทางการป้องกันและควบคุมกาแพร่กระจายเชื้อวัณโรค พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
2. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แนวปฏิบัติในการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้ยาเชิงรุก สำหรับยารักษาวัณโรครายการใหม่ ยาที่จดข้อบ่งชี้ใหม่ และแผนการรักษาใหม่ ในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคต้อยาในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
3. สำนักงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวทางการควบคุมการวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.2564. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
4. คณาพรณ เหมะรักษ์, ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์ และสมเกียรติยศ วรเดช. (2564). การมีโรคร่วมและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนการรักษาต่อการเกิดภาวะพิษต่อตับจากยารักษาวัณโรค. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 14 ,78-93.
5. โรงพยาบาลหนองสูงศรี. (2565). ข้อมูลและสถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลหนองสูงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2562-2565. โรงพยาบาลหนองสูงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์.

KLSH 41

การพัฒนากระบวนการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาล
กมลาไสย

Development of Clinical Supervision in Caring of Sepsis Patients in Kamalasai hospital

วาสนา นาชัยเริ่ม

โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

คำสำคัญ: การนิเทศทางคลินิก, การติดเชื้อในกระแสเลือด, ความพึงพอใจของพยาบาล

บทนำ: ปัจจัยที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมีอาการทรุดลงหรือเสียชีวิต ได้แก่ การวินิจฉัยที่ล่าช้า การได้รับยาปฏิชีวนะช้ากว่า 1 ชั่วโมง การได้รับยาปฏิชีวนะที่ไม่ครอบคลุมเชื้อ และการได้รับสารน้ำไม่เพียงพอและไม่เหมาะสม การจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดจึงเป็นเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับชาติ (National Patient Safety Goal) (ยูพตี ธัมมิกะกุล, 2563). โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งสหรัฐอเมริกาได้พัฒนาแนวปฏิบัติสากลในการจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง และรณรงค์ survival sepsis campaign (SSC) ประกอบด้วย 1) การสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เน้นการตรวจคัดกรอง การวินิจฉัย 2) การรักษาการติดเชื้อและฟื้นฟูระบบไหลเวียนโลหิตอย่างรวดเร็ว ได้แก่ การให้ยาต้านจุลชีพภายใน 1 ชั่วโมง การบริหารสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ การควบคุมความดันโลหิต และความเข้มข้นของออกซิเจนในหลอดเลือดดำส่วนกลางเพื่อประคับประคองอวัยวะต่างๆ และ 3) การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีการประสานงานและติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด (ผ่องพรรณ ธนา และคณะ, 2561) ประเทศไทยได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดโดยประยุกต์แนวทางของ SSC มาใช้ในหลายโรงพยาบาล ซึ่งพบว่า การปฏิบัติตามการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็วตามเป้าหมายเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม พบว่าพยาบาลร้อยละ 40 มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดอยู่ในระดับปานกลาง และมีเพียงร้อยละ 50 ที่มีการประเมินสัญญาณชีพและการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ แสดงถึงความจำเป็นในการพัฒนาความรู้ของพยาบาลและการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างต่อเนื่อง (พรนภา วงศ์ธรรม, 2562). ดังนั้น การนิเทศทางคลินิก จึงเป็นกระบวนการที่สำคัญที่จะพัฒนาความรู้ทักษะและความสามารถของพยาบาล เพื่อให้เกิดคุณภาพการบริการพยาบาลในโรงพยาบาลทุกแห่ง

จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการของหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลกมลาไสย จำนวน 30 คน ทบทวนเวชระเบียนติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 43 เวชระเบียน ระหว่างเดือน สิงหาคม 2565 ถึง เมษายน 2566 ถึง พบว่า การค้นหาผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์กลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดคิดเป็นร้อยละ 74.41 การค้นหาแหล่งติดเชื้อคิดเป็นร้อยละ 100 การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงคิดเป็นร้อยละ 100 การบริหารสารน้ำอย่างเหมาะสม (30ml/kg ,1,000ml-1,500 ml in 1 hr) คิดเป็นร้อยละ 93.02 การตรวจเพาะเชื้อในเลือดคิดเป็นร้อยละ 86.04 การ

ตรวจหา blood lactate คิดเป็นร้อยละ 46.51 การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงโดยใช้ Early warning signs SOS, NEWS score คิดเป็นร้อยละ 66.7 ในประเด็นการดูแลที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของพยาบาลมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องตั้งแต่ การค้นหาผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การติดเชื้อ การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงโดยใช้ Early warning signs SOS, NEWS score สะท้อนว่าผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศขาดความรู้การนิเทศทางคลินิกผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ขาดรูปแบบการนิเทศ และมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการนิเทศ นำไปสู่การพัฒนา รูปแบบการนิเทศทางคลินิกในครั้งนี้ตามรูปแบบการนิเทศของพรอคเตอร์ (Proctor, B, 2010) ที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อการพัฒนา รูปแบบการนิเทศทางคลินิกโรงพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลกมลาไสย 2) เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อการนิเทศทางคลินิก

วิธีดำเนินการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ดำเนินการในโรงพยาบาลกมลาไสย ระหว่างเดือนมกราคม 2566-เมษายน 2566 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แนวทางการสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด 2) แบบประเมินทัศนคติและความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิก ตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ .98 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและผลการนิเทศทางคลินิกตามแนวทางโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน กลุ่มตัวอย่างสำหรับสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ จำนวน 30 คน เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยใช้เกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก (Inclusion & Exclusion criteria)

ผลการศึกษา: พบว่า

1. รูปแบบการนิเทศทางคลินิกโรงพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลกมลาไสย มีกิจกรรมการนิเทศทางการพยาบาล ประกอบด้วย 1) การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล 2) การประชุมปรึกษาเกี่ยวกับสาระสำคัญ 3) การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล 4) การเยี่ยมตรวจบุคลากร 5) การให้คำปรึกษา 6) การแก้ปัญหา 7) การสอนแนะ 8) การสังเกต และ 9) การร่วมปฏิบัติ

2. ร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดพบว่า 1) การค้นหาผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์กลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนใช้รูปแบบการนิเทศคิดเป็นร้อยละ 74.41 หลังการใช้รูปแบบการนิเทศเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 88.6 2) การค้นหาแหล่งติดเชื้อก่อนการใช้รูปแบบคิดเป็นร้อยละ 100 หลังใช้คิดเป็นร้อยละ 100 3) การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงก่อนใช้รูปแบบการนิเทศคิดเป็นร้อยละ 100 หลังใช้รูปแบบนิเทศคิดเป็นร้อยละ 100 4) การบริหารสารน้ำ (30ml/kg, 1,000ml-1,500 ml in 1 hr.) ก่อนใช้รูปแบบนิเทศคิดเป็นร้อยละ 93.02 หลังใช้รูปแบบนิเทศคิดเป็นร้อยละ 100 5) การตรวจเพาะเชื้อในเลือด ก่อนใช้รูปแบบนิเทศคิดเป็นร้อยละ 86.04 หลังใช้รูปแบบนิเทศคิดเป็นร้อยละ 95 6) การตรวจหา blood lactate ก่อนใช้รูปแบบนิเทศคิดเป็นร้อยละ 46.51 หลังใช้รูปแบบนิเทศคิดเป็นร้อยละ 77 และ 7) การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงโดยใช้ Early warning signs SOS, NEWS score ก่อนใช้รูปแบบนิเทศคิดเป็นร้อยละ 66.7 หลังใช้รูปแบบนิเทศคิดเป็นร้อยละ 97

3. คะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบนิเทศทางคลินิกของพยาบาล ภายหลังได้รับการนิเทศทางคลินิกคิดเป็นร้อยละ 92.0 (SD=2.11) โดยคะแนนความพึงพอใจภายหลังการนิเทศทางคลินิกของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างทุกคนมีค่ามากกว่าร้อยละ 80

บทสรุป: รูปแบบการนิเทศผู้ป่วยกลุ่มติดเชื่อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลมลาไสย มีหลักการสำคัญคือ ความรู้ในเรื่องที่จะนิเทศของทั้งพยาบาลผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ ในระหว่างขั้นตอนปฏิบัติงานมีการให้คำปรึกษา สอน ชี้แนะ ร่วมปฏิบัติ ติดตามประเมินและสะท้อนผลภายใต้บรรยากาศแห่งความไว้วางใจเป็นระยะระหว่างการนิเทศ

ข้อเสนอแนะ: 1) ควรกำหนดให้การนิเทศเกิดขึ้นในทุกหน่วยงานขององค์กร 2) ควรนำระบบการนิเทศทางคลินิก บรรจุเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการความรู้ขององค์กร 3) ควรสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายเป็นที่เลี้ยง มีความรู้การนิเทศทางคลินิก เพื่อนำไปใช้ในการสอนงานแก่พยาบาลใหม่ ซึ่งเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีในการทำงาน ร่วมกันและเข้าใจกันมากขึ้น ลดความตึงเครียดของพี่เลี้ยงและพยาบาลใหม่ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และ พัฒนาทักษะรอบด้านที่ดีขึ้น 4) ควรจัดทำแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยรายโรค สำหรับเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานให้ครบทุกโรค โดยเฉพาะในโรคที่พบบ่อย โรคที่มีความเสี่ยงสูง หรือมีการดูแลที่ซับซ้อน

เอกสารอ้างอิง:

1. ยุพดี รัมมิกะกุล. (2563). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการบันทึกสัญญาณเตือน ภาวะวิกฤตผู้ป่วยที่มีการติดเชื่อในกระแสเลือดแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่ามาย จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 3(1):31-46.
2. ผ่องพรรณ ธนา, กนกรัตน์ แสงอำไพ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2561). ผลของการนิเทศทางคลินิกต่อการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความพึงพอใจของพยาบาล วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 35(4): 52-60.
3. พรนภา วงศ์ธรรม, รัชณี นามจันทรา และวารินทร์ นินโฮเซ็น. (2562). คุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื่อในกระแสเลือดที่หน่วยงานอายุรกรรม.วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 1(1):33-49
4. Proctor, B. (2010). Training for the supervision alliance: Attitude, skills and intention. In Routledge handbook of clinical supervision. (pp. 23-33). Routledge

KLSH 43

ผลของโปรแกรมลดน้ำหนักโดยใช้ตาราง 9 ช่องต่อความรู้ พฤติกรรมการออกกำลังกาย และน้ำหนักของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 – 6 โรงเรียนบ้านแคน ตำบลจันทาร อำเภोजังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด

The Effect of a Weight Loss Program Using a 9-Square Grid on Knowledge, Exercise Behavior and Weight of Students with Over Nutrition at Ban Can Primary School, Changan Distriet, Roi-et Province

จิระพรรณ ศรีหามิ

โรงพยาบาลจันทาร จังหวัดร้อยเอ็ด

คำสำคัญ: โปรแกรมลดน้ำหนัก, ตาราง 9 ช่อง, ภาวะโภชนาการเกิน

บทนำ: ภาวะน้ำหนักเกินในเด็กเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากการเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ทำให้มีการบริโภคอาหารที่มีพลังงานและไขมันสูง ทั้งนี้ เด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกิน หมายถึงเด็กที่มีภาวะสะสมของไขมันที่ผิดปกติหรือมากเกินไป ซึ่งทำให้เกิดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ (กัลยาณี โนนินทร์, 2560: 2-8) จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่า ค่าดัชนีมวลกายในเด็ก 5-19 ปี มีจำนวน 130 ล้านคนจากทั่วโลก มีเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มขึ้นถึง 10 เท่าในช่วง 40 ปีที่ผ่านมาและได้มีเด็กอ้วนทะลุถึง 120 ล้านคนทั่วโลกภายในปี 2016 จาก 11 ล้านคนเมื่อปี 1975² (World Health Organization, 2017) เด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 11.4 มีกิจกรรมทางกายน้อยมากเพียงร้อยละ 27 (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2561) สถานการณ์เด็กเริ่มอ้วนและอ้วนในแต่ละเขตสุขภาพของประเทศไทยเปรียบเทียบกันจากปี พ.ศ. 2560-2565 พบว่าเขตสุขภาพที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6 และ 11 มีความชุกของเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนเกินค่าเป้าหมายร้อยละ 10 ของทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2565 พบว่าเขตสุขภาพที่ 4 มีความชุกของเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนมากที่สุดถึงร้อยละ 17.9 และเขตสุขภาพที่ 7 พบความชุกของเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนน้อยที่สุด ร้อยละ 9.5 รองลงมาได้แก่ เขตสุขภาพที่ 9 และเขตสุขภาพที่ 10 พบที่ร้อยละ 11.8 และ 10.7 ตามลำดับ (รายงานการตรวจราชการ, 2565) เด็กนักเรียนโรงเรียนในเขตจังหวัดร้อยเอ็ด ระดับชั้นประถมศึกษา 1-6 ปี 2564 -2566 พบว่านักเรียนในกลุ่มดังกล่าวเริ่มอ้วนและเป็นโรคอ้วนร้อยละ 11.78, 19.80 และ 11.01 ตามลำดับ (รายงานมาตรฐานกลาง, 2566) เด็กนักเรียนโรงเรียนบ้านแคน ตำบลจันทาร ระดับประถมศึกษาปีที่ 1- 6 ปี 2564 – 2566 พบว่า นักเรียนในกลุ่มดังกล่าวเริ่มอ้วนและเป็นโรคอ้วนจำนวน 17, 16 และ 18 คนตามลำดับ (รายงานมาตรฐานกลางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด, 2566)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าการเกิดภาวะน้ำหนักเกินในเด็กนั้นจะส่งผลเสียต่อสุขภาพร่างกายทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ได้แก่ องค์ประกอบของร่างกายที่ไม่ดี เเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายสูง มวลกล้ามเนื้อลดลง ปัญหาทางด้านจิตใจและสังคมทำให้แยกตัวออกจากครอบครัว เพื่อน ขาดความมั่นใจ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตด้อยลง เด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินควรได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็วที่สุดก่อนที่จะสายเกินไป ซึ่งการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดโปรแกรม และหาวิธีการออกกำลังกายที่สนุกเหมาะสมร่วมด้วย จะทำให้เกิดประสิทธิผล เช่น การออกกำลังกายโดยใช้ตาราง 9 ช่อง

สามารถลดปัจจัยเสี่ยงโรคทางสุขภาพต่างๆ ลดค่าใช้จ่ายลงได้ สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ขยายผลไปสู่การปฏิบัติยังโรงเรียนข้างเคียงได้⁶

ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้ความสำคัญและหามาตรการป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็ก เพราะการป้องกันไม่ให้เกิดอ้วนเท่ากับเป็นการลดจำนวนประชากรผู้ใหญ่อ้วน และยังเป็นการลดค่าใช้จ่าย ในการดูแลสุขภาพที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีภาวะโภชนาการเกินด้วย

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมลดน้ำหนักโดยใช้ตาราง 9 ช่องในนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน ซึ่งประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมโดยให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วม

วิธีดำเนินการวิจัย: เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) คัดเลือกนักเรียนโดยใช้เกณฑ์ คัดเข้า คือ นักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานตั้งแต่ห้วมขึ้นไป เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 18 คน เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยสื่อ คู่มือความรู้ โรคอ้วนการออกกำลังกายโดยใช้ตาราง 9 ช่อง และการบริโภคอาหาร รวมทั้งได้รับการกระตุ้นจากผู้ปกครอง การสนับสนุนข้อมูลจากนักวิจัย และใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2565 ถึงมีนาคม 2566

ผลการวิจัย:

1. กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 72.20) อายุ 11 ปี (ร้อยละ 27.78) รองลงมาอายุ 8 ปี และ 10 ปี (ร้อยละ 22.22) น้ำหนักอยู่ระหว่าง 61-70 กก. (ร้อยละ 44.44) ส่วนสูงอยู่ระหว่าง 141-150 ซม. (ร้อยละ 50.00) ดัชนีมวลกายอ้วน (ร้อยละ 66.67) รองลงมาคือ ห้วมและอ้วนมาก (ร้อยละ 16.67) ตามลำดับ ระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 (ร้อยละ 27.78) รองลงมาคือ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 และชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 (ร้อยละ 22.22) ผู้ปกครองมีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 66.67) และรับจ้าง/ค้าขาย (ร้อยละ 33.33)

2. ผลการใช้โปรแกรมลดน้ำหนักโดยใช้ตาราง 9 ช่องในนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 โรงเรียนบ้านแคน มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและรักษาโรคอ้วน รวมทั้งพฤติกรรม การออกกำลังกายในกลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมการออกกำลังกายก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง ส่วนพฤติกรรมบริโภคอาหาร ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง อยู่ในระดับเหมาะสม เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนดัชนีมวลกายก่อน และหลังการทดลองอยู่ในระดับอ้วน โดยมีค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย ลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ:

1. นำผลการศึกษานี้ไปใช้กับการดำเนินกิจกรรมในการบริการด้านสาธารณสุขอื่นๆ
2. ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการประเมินภาวะโภชนาการและกระตุ้นในการปฏิบัติ ร่วมกับสถานศึกษาและบุคลากรสาธารณสุข ช่วยส่งเสริมในด้านการให้ความรู้ที่ถูกต้อง
3. สถานศึกษาควรกำหนดเป็นนโยบายในการป้องกันภาวะอ้วนโดยการส่งเสริมและบูรณาการเข้าสู่หลักสูตรการเรียนในทุกชั้นปี

4. รูปแบบการสนับสนุนของสถานศึกษาและบุคลากรสาธารณสุข และผู้ปกครอง ควรดำเนินการอย่างไร
ต่อเนื่องและยั่งยืน และควรปรับเปลี่ยนปัจจัยที่เอื้อต่อการเกิดภาวะอ้วนในสถานศึกษา เช่นการขายขนม
น้ำอัดลมในโรงเรียน

เอกสารอ้างอิง

1. กัลยาณี โนนินทร์. (2560). ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในวัยเรียนและวัยรุ่นไทย. วารสารพยาบาล
ทหารบก. 18(1): 2-8.
2. World Health Organization, (2002). The World Health Report 2002: Reducing risks,
promoting healthy life. 2002, Geneva: World Health Organization
3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2561) เข้าถึงจาก [https://hpc.go.th/rcenter/_
fulltext/20201001173726_817/20201002103021_2150.pdf](https://hpc.go.th/rcenter/_fulltext/20201001173726_817/20201002103021_2150.pdf)
4. รายงานการตรวจราชการ; 2565. เข้าถึงจาก [https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-
upload/6x22caac0452648c8dd1f534819ba2f16c/filecenter/file/doc/1.11AssessmentRound2-
2565.pdf](https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-upload/6x22caac0452648c8dd1f534819ba2f16c/filecenter/file/doc/1.11AssessmentRound2-2565.pdf)
5. รายงานมาตรฐานกลาง. (2566). สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2566.
6. วชิรินทร์ เลิศนอก. (2560). ผลของการฝึกตาราง 9 ช่องที่มีผลต่อทักษะการเคลื่อนไหวพื้นฐานของนักเรียน
กลุ่มบกพร่องทางการเรียนรู้: ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิตสาขาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ สถาบันพลศึกษา
วิทยาเขตสุพรรณบุรี.

รายชื่อผู้วิพากษ์

ห้องประชุมเพชรแพรวา

1. พว.นวลจันทร์ ชันธุแสง
2. พว.อาทิตยา ภูวชินพงค์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วุฒิบัตรและอนุมัติบัตรแสดงความรู้
ความชำนาญเฉพาะทางในวิชาชีพ
การพยาบาลและการผดุงครรภ์ สาขา
การพยาบาลผู้สูงอายุ

ประธาน

3. พว.นิตยา ดาวเชิญ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วุฒิบัตรและอนุมัติบัตรแสดงความรู้
ความชำนาญเฉพาะทางในวิชาชีพ
การพยาบาลและการผดุงครรภ์ สาขา
การพยาบาลผู้ใหญ่

เลขานุการ

ห้องประชุมรวงผึ้ง

1. พว.วรรค์ธรรณา ตลโสภณ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
วุฒิบัตรและอนุมัติบัตรแสดงความรู้
ความชำนาญเฉพาะทางในวิชาชีพ
การพยาบาลและการผดุงครรภ์ สาขา
การพยาบาลผู้ใหญ่

ประธาน

2. พว.รัตนา ยวงคำมา

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

3. พว.ดารารณี การจุนสี

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

เลขานุการ

ห้องประชุมดอกพะยอม

1. พว.มะลิวัลย์ เนื่องโพธิ์
2. พว.ประกามาศ โภภีรักษ์
3. ดร.พว.เยาวเรศ ก้านมะลิ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

ประธาน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

เลขานุการ



โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

KALASIN HOSPITAL

จังหวัดกาฬสินธุ์

