



วารสารสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมศึกษา

Journal of Health and Environmental Education

H&E

ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2564

VOL6 NO.3 July - September 2021

ISSN : 2773-854X (Print)

ISSN : 2773-8558 (Online)



สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น	1
นารีรัตน์ มงคลศรีสวัสดิ์	
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผัก ออกกำลังกาย ห่างไกลโรคเรื้อรัง	8
เนาวรัตน์ จุฑาสงษ์	
กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดกำเริบ	16
อารี ศาสตราวหา	
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์	20
พัชรีย์ ไสยนิตย์	
การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์	27
ศรีสุดา เศษฤทธิ์ ,อดิสร อุดรทักษ์ ,วิชชุณี ละม้ายศรี ,ยุวดี คาคีวี	
การพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีความเสี่ยงสูง : กรณีศึกษา 2 ราย	35
วิไลลักษณ์ ภูจอมจิตต์	
การพยาบาลผู้คลอดที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร่วมกับมีภาวะคลอดไหล่ยาก : กรณีศึกษา	43
กนกกัญจน์ ภาคภูมิ	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน	51
พลอยศุภางค์ ชุ่มสระน้อย	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	55
สมพิน จงเรืองศรี	
การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด และโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ...	63
สิริรัตน์ นฤมิตร	
การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจากการติดเชื้อบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกในโพรงใต้คาง : กรณีศึกษา	70
มะลิ ภูมิวิวัฒน์	
อุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไต ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช	76
คันสนีย์ เขาวงเกต	

บทบรรณาธิการ

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษา ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 23 (ปีที่ 6 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษา กรกฎาคม – กันยายน 2564 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผัก ออกกำลังกาย ห่างไกลโรคเรื้อรัง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดกำเริบ ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด การพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง การพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีความเสี่ยงสูง ผู้คลอดที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร่วมกับมีภาวะคลอดไหล่ยาก ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด และโรคถุงลมโป่งพอง ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจากการติดเชื้อบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกในโพรงใต้คาง การลดลงของอัตราการกรองของไต ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสุขภาพสิ่งแวดล้อมศึกษา ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาต่อไป



ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลข้าสูง จังหวัดขอนแก่น

Prevalence and related Factors with depression in elderly patients with chronic diseases Samsung hospital Khon Kaen province.

(Received: August 11,2021; Accepted: September 9,2021)

นารีรัตน์ มงคลศรีสวัสดิ์¹

Nareerat Mongkolsrisawat¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยเรื่อง ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลข้าสูง จังหวัดขอนแก่น มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลข้าสูง อำเภอข้าสูง จังหวัดขอนแก่น เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2564 ถึง 31 สิงหาคม 2564 รวมระยะเวลา 6 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรัง จำนวน 239 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (\bar{x}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ logistic regression

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลข้าสูง จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ จำนวนโรคเรื้อรัง มากกว่า 1 โรค ซึ่งมีโอกาสป่วยเป็นภาวะซึมเศร้ามากกว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง 1 โรค จำนวน 6.240 เท่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีโอกาสป่วยเป็นภาวะซึมเศร้ามากกว่า ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ จำนวน 24.865 เท่า การอยู่ตามลำพังมีโอกาสป่วยเป็นภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีครอบครัว จำนวน 42.586 เท่า ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวมีความขัดแย้งในครอบครัวและต่างคนต่างอยู่ มีโอกาสป่วยเป็นภาวะซึมเศร้ามากกว่า ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์อันดีกับครอบครัว จำนวน 52.081 เท่า ผู้สูงอายุที่มีความกังวลเรื่องเงินมีโอกาสป่วยเป็นภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีความกังวลเรื่องเงิน จำนวน 24.682 เท่า การที่ไม่มีการปรึกษา/ปรับทุกข์กับคนในชุมชน มีโอกาสป่วยเป็นภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์อันดีกับครอบครัว จำนวน 25.199 เท่า และการไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนใน 1 ปี ที่ผ่านมามีโอกาสป่วยเป็นภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมกิจกรรม จำนวน 5.103 เท่า

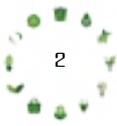
คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

ABSTRACT

Prevalence and related Factors with depression in elderly patients with chronic diseases Samsung hospital Khon Kaen province aimed to studied Prevalence and related Factors with depression in elderly patients with chronic diseases Samsung hospital Khon Kaen province. This research was cross-sectional descriptive study Between March 1, 2021 to August 31, 2021, totaling a period of 6 months. Sample size were 239 elderly diagnosed by a chronic disease. Data were collected by questionnaire. Data were analyzed by descriptive statistics) namely Frequency Distribution , Percentage , \bar{x} and S.D. and Inferential Statistics namely logistic regression.

The results of the study found that related Factors with depression in elderly patients with chronic diseases Samsung hospital Khon Kaen province namely number of chronic diseases is more than one disease more likely to suffer from depression elderly people with 1 chronic disease amount 6.240 times , Elderly people with dependency more likely to suffer from depression elderly self-reliant 24.865 times , elderly being alone is 42.586 times more likely to suffer from depression than elderly people with families

¹ นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานการแพทย์ รพ.ข้าสูง E-mail: nareerat.shin@gmail.com โทรศัพท์: 0804136555



, Relationships with family members have conflicts in the family and different people 52.081 times more likely to suffer from depression than the elderly with good family relationships , elderly people had worried about money are 24.682 times more likely to suffer from depression than those without money worries , lack of counseling/adjusting with people in the community 25.199 times more likely to suffer from depression than the elderly with good family relationships and Not participating in community activities in the past 1 year were 5.103 times more likely to suffer from depression than the elderly who participated in the activities.

Keyword : depression , Elderly patients with chronic diseases

บทนำ

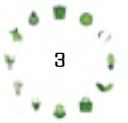
ประเทศไทยอยู่ระหว่างการเปลี่ยนแปลงทางประชากรอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะด้านโครงสร้างอายุของประชากร ที่มีสัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มมากขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิง (ต้องการการดูแลจากรัฐและครอบครัว) ซึ่งเรื่องนี้เป็นประเด็นท้าทายสำคัญ ที่ประเทศไทยจำเป็นต้องตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างการมีอายุขัยที่ยืนยาวกับสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งถือเป็นโอกาสที่สำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศให้ก้าวหน้า (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)

โรคเรื้อรังและปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุมักพบการมี โรคประจำตัว/โรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2549 พบว่าประชากรสูงอายุ มีสัดส่วนของผู้เป็นโรคเรื้อรัง หรือโรคประจำตัวสูงกว่าทุกกลุ่มวัย คือ พบร้อยละ 50 ของ ผู้สูงอายุ กลุ่มโรคประจำตัวและโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุเป็นมาก 5 อันดับแรก คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของต่อมไร้ท่อ โรคระบบกล้ามเนื้อเส้นเอ็น กระดูกและข้อ โรคระบบทางเดินอาหาร และโรคระบบทางเดินหายใจ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคทางกายร่วมด้วย แต่มักถูกมองข้ามและ เข้าใจผิดว่าเกิดจากความชรา องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ปี ค.ศ. 2020 ภาวะซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับ หนึ่งของประเทศกำลังพัฒนา และภาวะซึมเศร้าน่าจะพบว่าจะเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียโดยเฉพาะ การ เสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิด ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อหลายด้านทั้งในแง่การสูญเสียทางตรงและทางอ้อม เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดความสามารถของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน การสูญเสียการสนับสนุนทางสังคม และหากรุนแรงอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ดังนั้น วัยสูงอายุจึงเป็นวัยที่ต้องการความเข้าใจของบุคคลรอบข้าง การดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัวและสังคม ซึ่งจากการ

ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ความเพียงพอของรายได้ และสถานภาพสมรส ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ได้แก่ จำนวนโรคร่วม การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการเข้าถึงการบริการสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน (สายพิณ ยอดกุล, 2012) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

สำหรับในโรงพยาบาลข้าสูง ปี 2563 มีการศึกษาพบความชุกของภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าวัดระดับความซึมเศร้า ในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในอำเภอข้าสูง จังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 26.5 และพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ คือ อายุที่มากกว่า 60 ปี เพศหญิง และระยะเวลาที่เจ็บป่วย และมีการคัดกรองแนวโน้มฆ่าตัวตาย พบว่ามีแนวโน้มฆ่าตัวตายเล็กน้อยถึงปานกลางร้อยละ 16.6 ซึ่งเมื่อพิจารณาตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ คือ เพศหญิง (นาริรัตน์ มงคลศรีสวัสดิ์, 2562)

นอกจากนี้ในปี 2564 ในเขตอำเภอข้าสูงตรวจพบผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปี2563 ล่าสุด 8 กค 2564 ยอดผู้ป่วยสะสม รวม 10 คน ซึ่งจากสถิติพบว่า คนกลุ่มนี้มีอัตราป่วยหนักหรือเสียชีวิตจากโควิด 19 มากกว่ากลุ่มอื่น ดังนั้นผู้สูงอายุในอำเภอข้าสูงจึงมีความเสี่ยงอย่างมากต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีความเสื่อมถอยของร่างกาย ความเจ็บป่วยในโรคต่างๆ และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้มากกว่าในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลข้าสูง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ



เกี่ยวกับการลดปัจจัยที่คาดว่าจะส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า สามารถประเมินและคัดกรองการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ซึ่งจะนำไปสู่การควบคุมและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอข้าสูงต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลข้าสูง อำเภอข้าสูง จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลข้าสูง จังหวัดขอนแก่น เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2564 ถึง 31 สิงหาคม 2564 รวมระยะเวลา 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ได้รับการการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรังได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรครูมาตอยด์ โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด (รหัส ICD-10 E100-E149, I10-I15, M060-M069, N170-N19, H250-H259, I20-I25 ตามลำดับ) ทั้งเพศหญิงและชาย อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลข้าสูง อำเภอข้าสูง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 4,678 คน (โรงพยาบาลข้าสูง, 2564)

2. กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรังได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรครูมาตอยด์ โรคไตเรื้อรัง ต้อกระจก โรคหัวใจและหลอดเลือด (รหัส ICD-10 E100-E149, I10-I15, M060-M069, N170-N19, H250-H259, I20-I25 ตามลำดับ) ทั้งเพศหญิงและชาย อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลข้าสูง อำเภอข้าสูง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 4,678 คน โดยคำนวณได้จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร ที่ตัวแปรผลเป็นตัวแปรแจกแจงนอร์มัล ทราบจำนวนประชากร (Lemeshow et al., 1990)

$$\text{สูตรที่ใช้ในการคำนวณ } n = \frac{Np(1-p)z^2}{d^2} \frac{1}{\alpha/2}$$

โดยที่

n = ขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร = 4,678 คน

α = ความผิดพลาดของการสรุปลักษณะ

ประชากรจากค่าสถิติของตัวอย่าง = 0.05

Z = 1.96

P = สัดส่วน (ความชุก) ได้จากการศึกษาของ จิตรา อารงชัยชนะ (2561) ได้ = 0.18

d = ความกระชับของการประมาณค่า (Precision of estimation) เท่ากับ 0.05 (ร้อยละ 5)

ขนาดตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ มีจำนวนเท่ากับ 217 คน เมื่อการสุ่มของข้อมูลร้อยละ 10 ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 239 คน ซึ่งเพียงพอต่อการศึกษาเรื่องความชุกภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลข้าสูง อำเภอข้าสูง จังหวัดขอนแก่น สุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Accidental sampling ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลข้าสูง จนกว่าจะครบ 239 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลข้าสูง จังหวัดขอนแก่น มีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

แบบสัมภาษณ์ซึ่งประกอบด้วย 6 ส่วน ประกอบด้วย

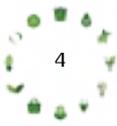
1.1 ข้อมูลทั่วไปแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน

1.2 แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพกายของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย จำนวนโรคเรื้อรังที่เป็น ความพิการ

1.3 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living : ADL)

1.4 สุขภาพครอบครัวและสังคมของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความสัมพันธ์ในครอบครัว ผู้ดูแลแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน

1.5 แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน



1.6 แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS-15)¹⁴

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (\bar{x}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง การมีสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ logistic regression โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยเรื่อง ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลข้าสูง จังหวัดขอนแก่น ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัย รหัส KEC64045

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.4 อายุระหว่าง 60-74 ปี ร้อยละ 58.2 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75.7 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 53.1 ระดับการศึกษา น้อยกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา ร้อยละ 95.4 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,000 บาท ร้อยละ 90.8 ไม่มีความพิการ ร้อยละ 92.1 มีโรคเรื้อรัง 1 โรค ร้อยละ 49.8 ความสามารถเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุไม่ต้องพึ่งพา ร้อยละ 92.5 อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรส ร้อยละ 89.5 รักใคร่กันดีกับบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 85.4 ไม่มีความกังวลเรื่องการเงิน ร้อยละ 76.6 รายได้เพียงพอ ร้อยละ 77.4 มีการปรึกษา/ปรับทุกข์กับคนในชุมชน ร้อยละ 90.4 ใน 1 ปี ที่ผ่านมามีโอกาสป่วยเป็นภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 59.0 ภาวะซึมเศร้า คะแนนระหว่าง 0-4 คะแนนไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 78.2

2. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.4 อายุระหว่าง 60-74 ปี ร้อยละ 58.2 มีสถานภาพสมรส

สมรส โสด และหม้าย/หย่าร้าง ร้อยละ 24.3 อาชีพอาชีพข้าราชการเกษียณ พนักงานประจำ/ลูกจ้างประจำ รับจ้างค้าขาย และว่างงาน/ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 46.9 ระดับการศึกษา น้อยกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา ร้อยละ 95.4 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,000 บาท ร้อยละ 90.8 มีความพิการ ร้อยละ 7.9 มีโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 50.2 ความสามารถเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุต้องพึ่งพา ร้อยละ 7.5 อาศัยอยู่ตามลำพัง ร้อยละ 10.4 ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวมีความขัดแย้งในครอบครัวและต่างคนต่างอยู่ ร้อยละ 14.6 มีความกังวลเรื่องการเงิน ร้อยละ 23.4 รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 22.6 ไม่มีการปรึกษา/ปรับทุกข์กับคนในชุมชน ร้อยละ 9.6 ใน 1 ปี ที่ผ่านมามีโอกาสป่วยเป็นภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 59.0 เริ่มมีภาวะซึมเศร้า(ควรได้รับคำแนะนำเบื้องต้น) และควรได้พบจิตแพทย์เพื่อได้รับการรักษา ร้อยละ 21.7

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลข้าสูง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ข้อมูลทั่วไป ไม่พบความสัมพันธ์ ข้อมูลสุขภาพกายของผู้สูงอายุ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ จำนวนโรคเรื้อรัง มากกว่า 1 โรค ซึ่งมีโอกาสป่วยเป็นภาวะซึมเศร้ามากกว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง 1 โรค จำนวน 6.240 เท่า ความสามารถเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีโอกาสป่วยเป็นภาวะซึมเศร้ามากกว่า ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ จำนวน 24.865 เท่า สุขภาพครอบครัวและสังคมของผู้สูงอายุพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ การอยู่ตามลำพังมีโอกาสป่วยเป็นภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีครอบครัว จำนวน 42.586 เท่า ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวมีความขัดแย้งในครอบครัวและต่างคนต่างอยู่ มีโอกาสป่วยเป็นภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์อันดีกับครอบครัว จำนวน 52.081 เท่า ผู้สูงอายุที่มีความกังวลเรื่องเงินมีโอกาสป่วยเป็นภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีความกังวลเรื่องเงิน จำนวน 24.682 เท่า และการที่ไม่มีการปรึกษา/ปรับทุกข์กับคนในชุมชน มีโอกาสป่วยเป็นภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์อันดีกับครอบครัว จำนวน 25.199 การไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนใน 1 ปี ที่ผ่านมามีโอกาสป่วยเป็นภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมกิจกรรม จำนวน 5.103 เท่า

สรุปและอภิปรายผล

จากการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังโดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า TGDS (กรมสุขภาพจิต, 2537) พบว่ามีอัตราความชุกของภาวะ



ซึมเศร้า ร้อยละ 21.8 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของของ Liang(Liang G (2552). ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าและความบกพร่องเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดขอนแก่น พบว่าอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองและเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. 2552 มีค่าร้อยละ 21.0 (95%CI: 15.3%, 26.7%) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลราชสูง จังหวัดขอนแก่น พบว่า

1. ข้อมูลสุขภาพกายของผู้สูงอายุ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ จำนวนโรคเรื้อรัง มากกว่า 1 โรค ซึ่งมีโอกาสป่วยเป็นภาวะซึมเศร้ามากกว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง 1 โรค จำนวน 6.240 เท่า เนื่องจากผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย เนื่องจากกลุ่มโรคเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ไม่สามารถกลับไปเป็นปกติตามเดิมได้ทำให้สภาพร่างกายแยลงจะส่งผลต่อชีวิตทางด้านจิตใจกล่าวคือเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์เศร้าหงุดหงิด ผิดหวัง พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง รู้สึกไร้ค่าไม่อยากทำอะไร หรือทำสิ่งต่าง ๆ ลดน้อยลงไป ขาดการแสวงหาการช่วยเหลือ และความสามารถในด้านต่าง ๆ ลดลงจนเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของของกาดาพิ ละเอียด (2551) พบว่าโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ความสามารถเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีโอกาสป่วยเป็นภาวะซึมเศร้ามากกว่า ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ จำนวน 24.865 เท่าเนื่องจากอายุที่มากขึ้นนำไปสู่ภาวะเปราะบาง (frailty)โรคเรื้อรัง และภาวะทุพพลภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันได้ลดลงจนเกิดความรู้สึกว่าขาดความสามารถควบคุมชีวิตตนเองซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเอง ในทางกลับกัน ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่เดิม จะขาดซึ่งความคิดริเริ่มและแรงบันดาลใจ นำไปสู่ความสามารถในการประกอบชีวิตวันที่ลดลงเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสายพิน ยอดกุล (2555.) พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้ และเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่พึ่งพาตัวเอง ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าถึง 9 เท่า และสอดคล้องกับการศึกษาของ Taizo Wada

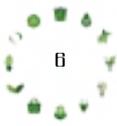
(2003) พบว่า ADL(activities daily living; ADL) ที่น้อยสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ

3. สุขภาพครอบครัวและสังคมของผู้สูงอายุพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่

3.1 การอยู่ตามลำพังมีโอกาสป่วยเป็นภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีครอบครัว จำนวน 42.586 เท่า เนื่องจาก ผู้สูงอายุมีความเปราะบางและต้องการการดูแล ดังนั้นหากอยู่ตามลำพังเกิดความยากลำบากในการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดความตึงเครียดและเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตตามมาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุษราคัม จิตอารีย์ (2555) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ

3.2 ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวมีความขัดแย้งในครอบครัวและต่างคนต่างอยู่ มีโอกาสป่วยเป็นภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์อันดีกับครอบครัว จำนวน 52.081 เท่า เนื่องจาก เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่ให้การช่วยเหลือแก่สมาชิกในครอบครัวที่มีความเปราะบางและต้องการการดูแล ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นแหล่งสนับสนุนประคับประคองของผู้สูงอายุในวัยนี้ ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวจนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งเมื่อพิจารณาการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวทั้งห้าด้าน พบว่าคะแนนการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ในทุกด้าน แสดงให้เห็นว่าครอบครัวของผู้สูงอายุที่ไม่มี ภาวะซึมเศร้ารับรู้ถึงความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาจากครอบครัวที่ดี มีวิธีการพูดคุยและการแก้ปัญหาพร้อมกันดี มีการยอมรับความต้องการในการทำสิ่งใหม่ ๆ การแสดงความรักและ เอาใจใส่ และการใช้เวลาอยู่ร่วมกันในครอบครัวได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสายพิน ยอดกุล ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวที่ดีมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อยกว่าการมีสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวที่ไม่ดีร้อยละ 87.4

3.3 ผู้สูงอายุที่มีความกังวลเรื่องเงินมีโอกาสป่วยเป็นภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีความกังวลเรื่องเงิน จำนวน 24.682 เท่า เนื่องจากความมั่นคงทางเศรษฐกิจนั้น ส่งผลต่อกำลังความสามารถในการหาปัจจัยสี่เพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพ และดำรงชีวิตอย่างมีความสุข เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม และยารักษาโรคด้วยเหตุนี้ ความไม่เพียงพอของรายได้ย่อมกระทบทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ โดยทำให้เกิดความเครียดและทุกข์ใจไปกับการเลี้ยงชีพของตัวเอง สอดคล้องกับการศึกษาของปรีชา ศตวรรษธำรง (2554) ซึ่งพบว่าความ



เพียงพอของรายได้และการมีเงินเก็บมีความสัมพันธ์กับ
ภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.4 การที่ไม่มีการปรึกษา/ปรับทุกข์กับคนใน
ชุมชน มีโอกาสป่วยเป็นภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์อันดีกับครอบครัว จำนวน 25.199 เท่า
เนื่องจาก การที่ไม่มีการปรึกษา/ปรับทุกข์กับคนในชุมชน
ส่งผลให้มีความรู้สึกโดดเดี่ยวจนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้
เนื่องจากไม่มีผู้รับฟังปัญหาและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสอดคล้องกับงานวิจัยของ
ลาวัลย์ พิกุล (2557) พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง การ
เห็นอำนาจตนเอง การเห็นความสามารถของตนเอง และ
การเห็นคุณค่าของตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับ
ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

4. การไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนใน 1 ปี
ที่ผ่านมา มีโอกาสป่วยเป็นภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มี
ส่วนร่วมกิจกรรม จำนวน 5.103 เท่า เนื่องจาก การไม่
เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอาจเป็นเพราะขาดความ
สร้างสรรค์ เก็บตัวอยู่แต่ในโลกของตัวเองทำให้คิดแต่เรื่อง
เสื่อมถอยของวัย หรือปัญหาอุปสรรคด้านที่มี ไม่มีการ
แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลอื่น ซึ่งสอดคล้องกับ
การศึกษาของ สอดคล้องกับการศึกษาของปริชา ศตวรรษ
อึ้ง(ปริชา ศตวรรษอึ้ง และคณะ. การศึกษาความชุก
และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะสมองเสื่อมและภาวะ
ซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลสมเด็จ
เจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554.)
ซึ่งพบว่าความความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมี
ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้า พบว่ามีร้อยละ 21.8
ซึ่งควรมีมาตรการในการคัดกรองเพื่อการเฝ้าระวังภาวะ
ซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอื่นๆ ทุกวัย อาจรวม
ไปถึงผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นแนวทางปฏิบัติ
มาตรฐานเดียวกัน และให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
เพื่อนำไปสู่การควบคุมโรคได้ดี ลดและชะลอการเกิด
ภาวะแทรกซ้อนของโรคในอนาคต ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี
ขึ้น

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าใน
ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ที่ควรเฝ้าระวัง ได้แก่ จำนวน
โรคเรื้อรัง มากกว่า 1 โรค การอยู่ตามลำพัง ความสัมพันธ์
กับบุคคลในครอบครัวมีความขัดแย้งในครอบครัวและต่าง
คนต่างอยู่ ผู้สูงอายุที่มีความกังวลเรื่องเงิน การที่ไม่มีการ
ปรึกษา/ปรับทุกข์กับคนใน และ การไม่มีส่วนร่วมใน
กิจกรรมของชุมชนใน 1 ปี ที่ผ่านมา

3. ควรศึกษาเชิงลึกเพื่อศึกษาปัจจัยต่างๆ ทั้งหมด
โดยละเอียดที่มีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะซึมเศร้า
และติดตามผลการรักษา หลังได้รับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่
มีภาวะซึมเศร้า มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น
หรือไม่

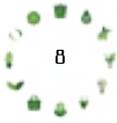
4. การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่นๆ
อาจรวมทั้งการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรค
เรื้อรัง (Caregiver)

เอกสารอ้างอิง

- Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK, Organization WH.(1990). Adequacy of sample size in health studies: Chichester: Wiley.
- Liang G.(2552). ภาวะซึมเศร้าและความบกพร่องเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดขอนแก่น : การศึกษาเชิงพรรณนา ณ สถานบริการปฐมภูมิ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 4: 357-66.
- Wada T, Ishine M, Sakagami T, Okumiya K,Fujisawa M, Murakami S, et al.(2004) Depression in Japanese community-dwelling elderly—prevalence and association with ADL and QOL. Arch GerontolGeriatr. 2004;39(1):15-23. doi:10.1016/j.archger.2003.12.003
- Yodkul, S. (2012). Predictive Factors of Depression among Older People with Chronic Disease in Buriram Hospital. Journal of Nurses association of Thailand North-eastern division, 30(3): 50-57. (in Thai)
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2537). กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. สารศิริราช ; 46:1-8.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2563). ก้าว่างของประเทศไทย สู่ 'สังคมผู้สูงอายุ' อย่างสมบูรณ์แบบ. สืบค้นเมื่อ 19 ธันวาคม 2563 จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30476>
- กาดาทวี หะยีเด.(2551) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดปัตตานีวิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสร้างเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ บัณฑิตวิทยาลัย.



- นาริรัตน์ มงคลศรีสวัสดิ์.(2562). ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน.โรงพยาบาลข้าสูง
บุษราคัม จิตอารีย์. (2555) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดนครปฐม. [วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ภาควิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย; กรุงเทพฯ
: มหาวิทยาลัยคริสเตียน
- ปรีชา ศตวรรษอารัง และคณะ.(2554) การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้าใน
ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
โรงพยาบาลข้าสูง.(2564). ฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรงพยาบาลข้าสูง โปรแกรม Hos-XP สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2564
- ลาวัลย์ พิกุล.(2557). ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าตนเองกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอสรรคบุรี จังหวัดชลบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). คณะ
สาธารณสุขศาสตร์ ชลบุรี :มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สายพิน ยอดกุล.(2555) ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารการ
พยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 3: 50-7.



การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผัก ออกกำลังกาย ห่างไกลโรคเรื้อรัง Behavior changing for health to Reduce sweet , oily , salty Add vegetables , exercise far from chronic disease.

(Received: August 24,2021; Accepted: September 15,2021)

เนาวรัตน์ จุฑาสงษ์¹

Nauwarut Juthasong

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผัก ออกกำลังกาย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ สาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเพื่อสร้างผู้นำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้กลยุทธ์การขึ้นนำด้านสุขภาพและโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based) สร้างกระบวนการเรียนรู้การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม การประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างอนาคตร่วมกัน เพื่อกระตุ้นเสริมพลังความคิดและการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย อสม. 10 คน ผู้นำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 10 คน กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง 40 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม และประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

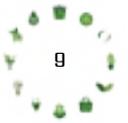
ผลการวิจัยพบว่า การเพิ่มผลผลิตภาคการเกษตรทำให้เกิดปัญหาสุขภาพโดยสถิติสถานการณ์กลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังสูง แนวทางการดำเนินงานใช้ชุมชนเป็นฐานวิเคราะห์และร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยใช้กลยุทธ์การขึ้นนำด้านสุขภาพและกระบวนการเรียนรู้การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม MA-3S-AE ประกอบด้วย Motivation, Attitude, Self-Efficacy, Self-Control, Social group, Awareness และ Empowerment ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความมุ่งมั่นในการสร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้เป้าหมายหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบ พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วม และการสร้างผู้นำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง โดยสะท้อนผลการปรับเปลี่ยนด้วยกระบวนการ After Action Review: AAR พบว่า มีการรับรู้ความรู้ความสามารถในการดูแลและควบคุมตนเอง มีทักษะและความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถเป็นแบบอย่างให้คนในชุมชนได้

Abstract

The health behavior modification by reducing sweet, oily, salty, increasing vegetable, exercise to avoid diseases is the action research and the purpose of this research were to study the context, situation, the causes and guidelines for solving the health problem specifically the risk of non-communicable diseases: NCDs. And to establish the modifications health behavior leaders, with community participation by using health guiding strategies and the community-based a participatory analysis learning process, build the future together workshop to stimulate and empower ideas and community participation. The target group consisted of 10 village health volunteers, 10 health behavior modification leaders, 40 chronic disease risk groups and focus group discussion and evaluation of health outcomes.

The results of this research revealed that agricultural productivity increment caused health problems and the number of patients and chronic disease risk groups has increased. The researcher used the community as an analytical base and find solutions by using health guiding strategies and learning analysis participation community processes as MA-3S-AE that were Motivation, Attitude, Self-Efficacy, Self-Control, Social group, Awareness and Empowerment. As a result, the target group is determined to establish a health behavior modification program to create a learning community for the purpose of the model health behavior modification village, develop the health behavior modification model with

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์



participation and establish the modifications health behavior leaders including health behavior modification of chronic disease risk groups. It reflected the results of the adjustments made by the After Action Review: AAR process, it was found that they have skills and knowledge about self-taking care and self-control, have health literacy, better health outcomes. Make the target group motivated to change health behaviors and able to be a role model for people in the community.

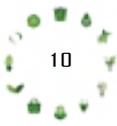
บทนำ

จากสภาพเศรษฐกิจ และสังคมในปัจจุบัน ผู้คนต้องดิ้นรนเพื่อการดำรงชีพ และเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ดำเนินชีวิตแบบรีบเร่งมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ ประกอบกับการผลิตด้านการเกษตรมีการสนับสนุนให้เกษตรกรมุ่งผลิตเพื่อจำหน่ายเป็นจำนวนมาก จึงมีการใช้สารเคมีในภาคการเกษตรก่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเจ็บป่วยมากขึ้น โดยสถิติของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ประชาชนไทยเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้นเรื่อย ๆ (กรมควบคุมโรค, 2561) เรียกกันว่ากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือกลุ่มโรค NCDs (Non-Communicable diseases) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ถือว่าเป็นปัญหาใหญ่ที่กำลังทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ กลุ่มโรคเรื้อรังเหล่านั้นได้แก่ โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) โรคหลอดเลือดสมอง และ หัวใจ (Cardiovascular & Cerebrovascular Diseases) โรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) โรคมะเร็ง (Cancer) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) และ โรคอ้วนลงพุง (Obesity) รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเรื้อรังเช่น ไตเสื่อม อัมพฤกษ์อัมพาตจากหลอดเลือดสมอง ซึ่งโรคเหล่านี้เกิดจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงร่วมที่ไม่ถูกต้องเช่น การขาดการออกกำลังกายที่ถูกต้อง การรับประทานอาหารที่มีไขมันมากเกินไป หรืออาหารที่มีรสเค็มจัด รสหวานจัด รวมทั้งบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ มีภาวะความเครียด และการสูบบุหรี่และดื่มสุรา เหล่านี้เป็นต้น จากผลการสำรวจของ กรมอนามัยในปี 2560 พบว่าคนไทยเพียง 5 ล้านคนเท่านั้นที่มีการออกกำลังกายเพียงพอที่จะช่วยป้องกันโรคได้ สำหรับการรับประทานอาหารนั้น จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยอายุมากกว่า 15 ปี พบว่า ประชากรไทยส่วนมากบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ (กรมอนามัย, 2560) ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง และโรคเรื้อรังเหล่านั้นยังก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตตามมาส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน ทั้งในด้านเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศอย่างมหาศาล จึงทำให้ประเทศต้องมียุทธศาสตร์ในการป้องกันควบคุมโรคเหล่านี้ โดยการลดพฤติกรรมเสี่ยงในประชากรไทย

สถิติผู้เสียชีวิต ในปี พ.ศ. 2552 พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด มีถึง 63% ที่เกิดจากกลุ่มโรค

NCDs และที่สำคัญกว่านั้นคือ กว่า 80% เป็น ประชากรของประเทศที่กำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยเอง สถิติล่าสุดพบว่า มีผู้ที่เป็นโรคในกลุ่มโรค NCDs ถึง 14 ล้านคน และที่สำคัญยังถือเป็นสาเหตุหลักการเสียชีวิตของ ประชากรทั้งประเทศ โดยจากสถิติปี พ.ศ. 2552 พบว่า มีประชากรเสียชีวิต จากกลุ่มโรค NCDs มากกว่า 300,000 คน หรือ คิดเป็น 73% ของการเสียชีวิตของประชากรไทยทั้งหมดในปี 2552 คิดเป็นมูลค่า ความเสียหายทาง เศรษฐกิจ ถึง 200,000 ล้านบาท ต่อปี (thaihealth.or.thสืบค้น 11 พฤศจิกายน 2563) และองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2573 จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ จำนวน 23 ล้านคน (สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ, 2557) และสถานการณ์ของจังหวัดกาฬสินธุ์ ก็ไม่แตกต่างจากสถิติสถานการณ์ของโลกและประเทศไทย รวมทั้งสถานการณ์ของโรคกลุ่ม NCDs ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ก็คล้ายคลึงกับข้อมูลทุกระดับที่กล่าวมา โดยมีอัตราป่วยกลุ่มโรค NCDs รวม 6 โรคคิดเป็น 13417.72 ต่อแสนประชากร จากสภาพปัญหาที่รุนแรงข้างต้นทำให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทยระดับชาติ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนให้ลดความเสี่ยง และอันตรายจากกลุ่มโรค NCDs แต่ถึงกระนั้นอัตราเพิ่มของผู้ป่วย และภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงก็ยังคงเพิ่มขึ้น

สถานการณ์ของโรคในชุมชนบ้านบึงวิชัย ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์เขต ซึ่งอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าไคร้ โดยข้อมูลกลางปี ในปีงบประมาณ 2562 (ตุลาคม 2562 -กันยายน2563) มีประชากรทั้งหมด 287 คน ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปีขึ้นไปทั้งหมด 40 คน ได้มีการคัดกรองโรค ทั้งหมด 142 คน จากการประเมินความเข้าใจในเรื่องความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับต่ำ โดยเฉพาะการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย จากการซักประวัติรายบุคคลข้อมูลสอดคล้องกับแบบประเมินคือ ผู้ป่วยมีความรู้แต่ยังขาดทักษะการปฏิบัติสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากตัวผู้ป่วยเอง ขาดแรงกระตุ้นในการจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และขาดความร่วมมือจากผู้ดูแลเพราะผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุจะต้องมีผู้ดูแลเรื่องการรับประทานยา การประกอบอาหารให้เหมาะกับผู้ป่วยและเป็น



แรงกระตุ้น และจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้จริง แม้ค่าสถิติการป่วยและเสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs จะสูงมาก แต่แท้จริงแล้วเรานั้นสามารถป้องกันการเกิดโรคได้ เพราะ สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงหลักเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงของตัวเอง การป้องกันการเกิดโรคถือเป็นการควบคุมโรคทางสาธารณสุขที่ดีที่สุด โดยเฉพาะในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง (Rundek T, et al; 2008) การลดภาวะโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเรื้อรังให้ได้ผลนั้น ต้องมุ่งเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิต วิธีชีวิตที่เหมาะสม เพื่อป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยง ระบบบริการสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ดำเนินงานแบบผสมผสานสร้างเสริมสุขภาพทุกช่วงวัยของชีวิตในบุคคลครอบครัว และชุมชน (ใจเพชร กล้าจน, 2553) การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นในการแก้ไขปัญหาของชุมชนด้วยตนเอง ถือว่าเป็นแนวทางการแก้ปัญหาที่ทำให้เกิดความยั่งยืนจึงทำให้การดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานการผลักดันและบรรจุให้เป็นนโยบายและแผนสาธารณสุขแห่งชาติ ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524) เป็นต้นมา โดยหลักการสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐานคือ การมีส่วนร่วมของชุมชนให้ประชาชนในหมู่บ้านได้รู้สึกเป็นเจ้าของและเข้าร่วมช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุข ทั้งด้านกำลังคน กำลังเงิน และวัสดุอุปกรณ์ โดยประชาชนในชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาในชุมชนตนเองเป็นอย่างดีจึงเป็นผู้กำหนดปัญหาวิเคราะห์แนวทางแก้ไขโดยชุมชนโดยใช้ความรู้ดั้งเดิม และภูมิปัญญาท้องถิ่น รวมทั้งการเรียนรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพใหม่ๆ ที่ชุมชนได้เรียนรู้เพิ่มเติมว่าเหมาะสมกับชุมชนในการแก้ปัญหา ทั้งนี้กลวิธีการดำเนินการที่สำคัญประการหนึ่งคือ การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. เพื่อเกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ์, 2550)

พฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) หมายถึงการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้านทั้งสุขภาพกายใจอารมณ์สังคมที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุลในชีวิตประจำวันอย่างมีระบบระเบียบมีวินัย ควบคุมตนทั้งทางด้านการกินการนอนการพักผ่อนการขับถ่ายการป้องกันการติดโรคและการเกิดโรคได้ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดของบลูม (Bloom) แบ่งพฤติกรรม ได้ 3 องค์ประกอบ (ศรีวิฑูรา เต็มวงษ์, 2551; 41-42) 1) พฤติกรรมสุขภาพด้านพุทธรักษา หรือพฤติกรรมด้านการรู้คือพฤติกรรมที่แสดงออกให้รู้ว่าบุคคลนั้นรู้หรือคิดพัฒนาความสามารถทักษะทางสติปัญญาการใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจ เช่นความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพการป้องกันโรค การหลีกเลี่ยงสาเหตุแห่งการติดเชื้อโรค ความรู้ด้านโภชนาการ

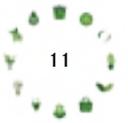
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาวะตนเอง 2) พฤติกรรมสุขภาพด้านเจตพิสัยหรือด้านเจตคติ คือพฤติกรรมที่แสดงออกถึงเจตคติของบุคคล เช่น ความสนใจความรู้สึกหรือความคิดเห็นว่าชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเช่นการชอบหรือไม่ชอบรับประทานผักการดูแลสุขภาพไม่ให้เกิดป่วยดีกว่าการรอให้ป่วยแล้วไปรักษาการออกกำลังกายจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรงขึ้นก็สามารถป้องกันโรคต่างๆได้ หรือในด้านลบบางคนอาจคิดว่าการออกกำลังกายทำให้เหนื่อยและเสียเวลา 3) พฤติกรรมสุขภาพทางด้านทักษะพิสัย คือพฤติกรรมที่แสดงออกทางร่างกายหรือการกระทำที่สังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่งหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือการปฏิบัติทางสุขภาพ เช่นการรับประทานอาหารเช้าที่ถูกสุขลักษณะ การล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังออกจากห้องน้ำ การคาดเข็มขัดนิรภัย การสวมหมวกกันน็อค การพักผ่อนให้เพียงพอ การนั่งสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียด การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ บุคคลเมื่อได้รับปัจจัยที่มีอิทธิพลที่สำคัญต่อสุขภาพสามารถปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อสุขภาพที่ดีได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ สาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. เพื่อสร้างผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วม

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้นวัตกรรมมีส่วนร่วม (Participatory Approach) ที่เน้นการปฏิบัติจริงร่วมกับชุมชนในการแก้ไขปัญหาที่ผู้วิจัยและชุมชนสนใจร่วมกันซึ่งมีกระบวนการเริ่มตั้งแต่การลงพื้นที่ศึกษาบริบทของชุมชนเพื่อให้ทราบประวัติศาสตร์ชุมชนวิถีการดำรงชีวิตขนบธรรมเนียมประเพณี ระบบเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมตลอดถึงระบบสุขภาพของชุมชน และพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชนแล้วจึงนำมาวิเคราะห์เป็นข้อมูลชุมชนนำเสนอสังคินข้อมูลเพื่อให้ชุมชนได้รับรู้สภาพปัญหาและต้องการแนวทางในการแก้ไขปัญหา จากนั้นจึงได้ร่วมกับชุมชนในการสังเคราะห์องค์ความรู้ ร่วมวางแผนจัดทำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นำมาทดลองใช้แล้วสะท้อนผลทำการปรับปรุงจนได้



รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดหวานมันเค็มเพิ่มผัก ออกกำลังกาย ห่างไกลโรคเรื้อรัง นำไปใช้ในการแก้ไขปัญหของชุมชน รวมทั้งการติดตามประเมินผล และนำเสนอเผยแพร่ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง ดังแผนภาพ

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน
2. ผู้สมัครร่วมเป็นผู้นำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 10 คน
3. กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังที่เข้าร่วมในบทบาทผู้เฝ้าดูแลสุขภาพ 40 คน
รวมจำนวน 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปได้แก่ ชื่อ-สกุล อายุ ที่อยู่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ดูแล ข้อมูลสภาวะสุขภาพประกอบด้วย เส้นรอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต
2. เครื่องมือที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดหวานมันเค็มเพิ่มผักออกกำลังกายห่างไกลโรคเรื้อรัง

การวิเคราะห์ข้อมูล

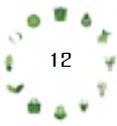
1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) อัตราส่วน (Ratio) และ ค่าร้อยละ (Percentile)
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเอกสาร (Content analysis) และการวิเคราะห์สรุปอุปนัย (Analytic Induction)

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดหวานมัน เค็ม เพิ่มผัก ออกกำลังกาย ห่างไกลโรคเรื้อรัง ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษาบริบท สถานการณ์ สาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) เพื่อสร้างผู้นำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน และ 3) เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วม โดยใช้กลยุทธ์การขึ้นนำด้านสุขภาพ

และกระบวนการเรียนรู้การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม ผลการวิจัยพบว่า

1. บริบทของชุมชนบึงวิชัยตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกเฉียงเหนือของเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ ประมาณ 16 กิโลเมตร มีประวัติการก่อตั้งชุมชนมากกว่าหนึ่งร้อยปี จากประวัติการก่อตั้ง “โรงเรียนวัดบ้านบึง” เมื่อวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2465 โดยนายสัมพันธ์ กาญจนพิมาย นายอำเภอหุบกะพง ในสมัยนั้นเป็นผู้ก่อตั้ง ทำให้วัดเป็นศูนย์รวมความศรัทธาของประชาชน และที่สำคัญชุมชนบึงวิชัยเป็นถิ่นกำเนิดของนักปราชญ์ราชครูที่สำคัญเป็นเจ้าของคณะจังหวัดกาฬสินธุ์ถึง 2 รูปคือ พระธรรมวงศาจารย์ (สุขสุโข) อุปสมบทที่วัดวิเศษไชยาราม บ้านบึงวิชัยเมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2477 ซึ่งท่านเป็นผู้มีภูมิรู้ในการเขียนหนังสือและคู่มือการดำเนินชีวิต ผลงานสำคัญที่ขึ้นชื่อของท่านคือการสาธยายสังฆารที่มันไม่เที่ยงของชีวิตแต่ละช่วงวัยว่าสิบปีอาบน้ำบ่นหนาว ชาว (20)ปีเกี่ยวสวรบเปื้อ สามสิบปีตื่นก่อนไก่ สี่สิบปีไปไร่ (ไปไร่) มาทอผ้า ห้าสิบปีไปนา มาทออยู่ หกสิบปีไปขายปลูบดั่ง เจ็ดสิบปีตีระฆังบ่ม่วน แปดสิบปีผมหงอกเป็นดอกเลา เก้าสิบปีลูกหลานเห็นฮ้องไห้(ร้องไห้) ร้อยปีไขกระดูกตายไขกระดูก และอีกท่านหนึ่งคือ พระเทพปัญญาเมธี (ปราชญ์ อุกกโขโต) ชาวบึงวิชัยมีความเคารพนับถือพระพุทธรูปเป็นดินแดนแห่งธรรมะเชื้อพึงผู้นำให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมของชุมชน จากสภาพภูมิประเทศที่เป็นพื้นที่ลุ่มลำนน้ำป่ามีคลองจากโครงการชลประทานเขื่อนลำปาวทำให้เป็นพื้นที่อุดมสมบูรณ์เหมาะแก่การทำเกษตร ประชาชนกว่าร้อยละ 80 ทำอาชีพเกษตรกรเพื่อการจำหน่ายผลผลิตทางการเกษตร มีกลุ่มมะม่วงแปลงใหญ่กว่า 2,000 ไร่ ผลิตและแปรรูปมะม่วงเพื่อการจำหน่ายทั้งในและต่างประเทศ นอกจากนี้ยังมีเกษตรกรในระบบเกษตรพันธสัญญาที่ผลิตเมล็ดพันธุ์ หน่อไม้ฝรั่ง และโกโก้ ให้บริษัทคู่สัญญา ทำให้เกษตรกรต้องพึ่งสารเคมีในภาคการเกษตรเพื่อเพิ่มผลผลิต เป็นผลให้เกิดปัญหาสุขภาพโดยสถิติสถานการณ์กลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังสูง ผู้วิจัยได้จัดการสนทนากลุ่มกับผู้ร่วมวิจัยวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของตนเองและชุมชน และร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหโดยได้จัดทำโครงการ “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผัก ออกกำลังกาย ห่างไกลโรคเรื้อรัง” ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองของคนในชุมชนบึงวิชัย โดยใช้กลยุทธ์การขึ้นนำด้านสุขภาพและกระบวนการเรียนรู้การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม MA-3S-AE คือ Motivation การสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ Attitude เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ Self-Efficacy การรับรู้ความสามารถตนเอง Self-Control การควบคุมตนเอง Social group กลุ่มหมู่มิตรดี



สหายดี Awareness การสร้างความตระหนัก และ Empowerment การสร้างพลังอำนาจให้กลุ่มเป้าหมายมีความมุ่งมั่นในการสร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้เพื่อเป้าหมายหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบ

2. เพื่อสร้างผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อนดำเนินโครงการได้ประเมินการ

รับรู้ความรู้ความสามารถในการดูแลและควบคุมตนเองของผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เปรียบเทียบการประเมินผลหลังเสร็จสิ้นโครงการแล้ว 2 สัปดาห์พบว่าผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง การควบคุมตนเอง และการดูแลตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายมีความพร้อมในการแสดงบทบาทผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในชุมชนดังตาราง

ตารางที่ 1 การประเมินผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (20 คน)

ตัวแปร	ก่อนอบรม		หลังอบรม		t
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
การรับรู้ความสามารถตนเอง	57.90	7.25	78.60	10.18	9.04**
การควบคุมตนเอง	69.60	8.68	81.10	7.95	4.47**
การดูแลตนเอง	39.10	4.18	49.10	5.02	7.03**

**P< .01

3. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วม เมื่อสังเคราะห์องค์ความรู้ และสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง โดยการนำเสนอและวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ปัญหา จึงได้ร่วมวางแผนจัดทำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดหวานมันเค็มเพิ่มผักออกกำลังกายห่างไกลโรคเรื้อรัง แล้วสะท้อนผลการปรับเปลี่ยนโดยใช้กระบวนการ After Action Review: AAR หลังการอบรมพบว่ากลุ่มเสี่ยงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น เกิด

ความรู้ด้านสุขภาพจากแนวคิดแพทย์ทางเลือกวิถีธรรม (ยา 9 เม็ดหอมเขียว) ที่บรรจุในรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น สามารถเป็นแบบอย่างแก่กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคเรื้อรังคนอื่น ๆ ในชุมชนได้ และเมื่อสอบถามถึงความพึงพอใจผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจ และยินดีเข้าร่วมกิจกรรม ถือว่าเป็นโอกาสที่ดีในการได้ดูแลสุขภาพของตนเอง

ตาราง 2 การประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง (40 คน)

ตัวแปร	ก่อนอบรม		หลังอบรม		t
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
น้ำหนัก	72.02	15.69	67.90	13.78	5.09**
รอบเอว	89.81	13.80	86.12	8.03	4.06**
ดัชนีมวลกาย	31.10	4.48	29.94	5.02	5.43**
ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว	116.23	21.14	102.50	8.41	3.99**
ระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure)	142.58	8.96	133.26	10.21	9.04**
ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure)	94.13	11.54	83.35	4.98	4.77**

**P< .01

จากตารางการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพบว่า ค่าน้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลปลายนิ้ว

ระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง ของกลุ่มเป้าหมายมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (t = 5.09, 4.06, 5.43, 3.99, 9.04 และ 4.77 ตามลำดับ)

ตาราง 3 ประเมินแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง (40 คน)

ตัวแปร	ก่อนอบรม		หลังอบรม		t
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
การรับรู้ความสามารถตนเอง	54.29	8.45	68.46	9.18	8.91**
การควบคุมตนเอง	66.60	8.78	79.10	7.95	4.67**
การดูแลตนเอง	41.10	4.08	50.10	5.02	7.03**

**P< .01

จากตารางการประเมินแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพบว่า การรับรู้ความสามารถ การควบคุม และการดูแลตนเอง ของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังเปรียบเทียบกับก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (t = 8.91, 4.67 และ 7.03 ตามลำดับ)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาบริบท สถานการณ์ สาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based) ทำให้ได้ทราบวิถีการดำรงชีวิต ขนบธรรมเนียมประเพณี ทรัพยากรชุมชน อัตลักษณ์ของชุมชน ภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพ สภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพ การสังเคราะห์องค์ความรู้ และสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง การจัดทำโครงการ “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผัก ออกกำลังกาย ห่างไกลโรคเรื้อรัง” ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองของคนในชุมชนบึงวิชัย โดยใช้กลยุทธ์การชี้นำด้านสุขภาพและกระบวนการเรียนรู้การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม MA-3S-AE คือ Motivation การสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ Attitude เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ Self-Efficacy การรับรู้ความสามารถตนเอง Self-Control การควบคุมตนเอง Social group กลุ่มหมู่มิตรดี สหายดี Awareness การสร้างความตระหนัก และ Empowerment การสร้างพลังอำนาจให้กลุ่มเป้าหมายมีความมุ่งมั่นในการสร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้เพื่อเป้าหมายหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบ การใช้ชุมชนเป็นฐานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชนเป็นการพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพของชุมชนโดยชุมชน ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จคือการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนของชุมชน ตั้งแต่การรับรู้การวิเคราะห์ปัญหา การสังเคราะห์องค์

ความรู้หาแนวการแก้ไขปัญหา การใช้ทรัพยากรและทุนทางสังคมมาใช้ จนกระทั่งการร่วมประเมินผลปรับปรุงและนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมาใช้ในชุมชน การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกระบวนการสร้างเสริมความสามารถของบุคคลและชุมชนในการดำเนินชีวิตไปสู่การมีสุขภาพะ เป็นการเพิ่มทักษะและสมรรถนะให้บุคคลควบคุมปัจจัยกำหนดสภาวะสุขภาพ ส่งผลให้คนมีสุขภาพที่ดี หลักการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนแนวคิดหลักคือ การใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางแห่งการเรียนรู้ ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชน โดยกลยุทธ์การชี้นำสุขภาพ ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการสร้างการเป็นหุ้นส่วนการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน ตั้งแต่ร่วมเก็บข้อมูล รับรู้สภาพปัญหา วิเคราะห์และหาแนวทางในการแก้ไข การใช้รูปแบบและปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงาน สิ่งเหล่านี้เป็นกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพทำให้ชุมชนยอมรับและนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดหวานมันเค็มเพิ่มผักออกกำลังกาย ไปใช้ในชีวิตประจำวันจนเกิดเป็นสุขนิสัยของคนในชุมชน เกิดความยั่งยืนในการพัฒนาชุมชนสุขภาพะ จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าผู้ใช้กระบวนการใช้ชุมชนเป็นฐานมาเป็นแนวทางในการค้นหาสังเคราะห์และแก้ไขปัญหาในชุมชน ดังเช่นการศึกษาของ เพ็ญนภา พิสัยพันธุ์ และคณะ ศึกษาการสร้างศักยภาพชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนของคนในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่ารูปแบบการสร้างศักยภาพชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพช่วยลดดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของคนในชุมชนได้ และชนิฐา พิศฉลาด (2560) ศึกษาการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน: กลยุทธ์ชุมชนเป็นฐาน พบว่ากลยุทธ์ชุมชนเป็นฐานเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญที่ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2



การพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสร้างผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการสังเคราะห์องค์ความรู้ และสร้างแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังโดยใช้กลยุทธ์การชี้นำด้านสุขภาพและกระบวนการเรียนรู้การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม MA-3S-AE (Motivation, Attitude, Self-Efficacy, Self-Control, Social group, Awareness และ Empowerment) ในกลุ่ม อสม. และผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จึงได้ร่วมวางแผนจัดทำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดหวานมันเค็มเพิ่มผักออกกำลังกายห่างไกลโรคเรื้อรัง โดยบูรณาการหลัก 3อ. 2ส. ร่วมกับแนวคิดแพทย์ทางเลือกวิถีธรรมชาติ 9 เม็ดหมอเขียว แล้วสะท้อนผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้กระบวนการ After Action Review: AAR จากนั้นจึงประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ซึ่งพบว่ากลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ทำให้มีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปรับสมดุลร่างกาย ทั้งด้านอารมณ์ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการเอาพิษออกจากร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับ สุดสงวน ชินโน (2553) ที่ศึกษาบริโภคนิสัยของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวาน อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า โรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนสามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนนิสัยการบริโภคอาหารให้เหมาะสม และ สิริญา ฐาสถาน และคณะ (2558) วิจัยผลของโปรแกรมการกำกับตนเองที่ประยุกต์การแพทย์วิถีพุทธต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดลพบุรี พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง และระดับความดันโลหิตช่วงบน และช่วงล่างลดลงกว่าก่อนทดลอง

และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสูงกว่า กลุ่มควบคุม ระดับความดันโลหิตช่วงบน และช่วงล่างลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 บุคลากรสาธารณสุข และผู้ที่เกี่ยวข้อง สามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลประชาชน เพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนต่อไป สุวิมล มณีโชติ (2559) ได้ทำการวิจัยเชิงคุณภาพในการดูแลสุขภาพพึ่งตนตามหลักการแพทย์วิถีธรรม: กรณีศึกษาผู้ใหญ่วัยกลางคน พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถพึ่งตนได้ในยามเจ็บป่วย สามารถแก้ปัญหาสุขภาพได้โดยไม่ต้องพึ่งยา เสียค่าใช้จ่ายน้อย และรู้สึกว่ามีความปลอดภัย ซึ่งเป็นแนวคิดหลักของแพทย์วิถีธรรมคือ การพึ่งตนใช้ชีวิตที่เรียบง่ายอยู่บนความพอเพียง

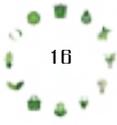
ข้อเสนอแนะ

1. ในเชิงนโยบาย ควรสนับสนุนให้มีการใช้รูปแบบแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. บูรณาการร่วมกับแนวคิดแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ เช่นการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนตะวันออก การแพทย์ทางเลือกวิถีธรรม เป็นต้น
2. ในเชิงการวิจัย ควรมีการศึกษาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะวัยรุ่น ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติ
3. ในการปฏิบัติ ควรมีการนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนอื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบและขยายพื้นที่การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCDs

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค.(2560). สถานการณ์การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs). กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี.
- กรมควบคุมโรค.(2564). คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ. กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี.
- กระทรวงสาธารณสุข.(2558). โครงการเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบรายงาน HDC ปีงบประมาณ 2560. URL <http://61.19.22.195/dhdc3/frontend/web/hdc/default/index> สืบค้นเมื่อ (14/03/2562).
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสุทธ์.(2550) อาสาสมัครสาธารณสุข: ศักยภาพและบทบาทในบริบทสังคมไทยที่เปลี่ยนไป. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ชนินญา พิศพลาด.(2560). ศึกษาการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน: กลยุทธ์ชุมชนเป็นฐาน. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2560; ปีที่ 9 (ฉบับที่ 4): 1-11.

- ใจเพชร กล้าจน.(2553). ความเจ็บป่วยกับการดูแลสุขภาพแนวเศรษฐกิจพอเพียงตามหลักแพทย์ทางเลือกวิถีพุทธของศูนย์เรียนรู้สุขภาพพึ่งตนตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง สวนป่านาบุญ อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร. คณะบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 2553.
- เพ็ญนภา พิสัยพันธุ์ และคณะ.(2563). การสร้างศักยภาพชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนของคนในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2563; ปีที่ 14 (ฉบับที่ 2): 125-137.
- วิชัย เอกพลากร. (บรรณาธิการ).(2557). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นนทบุรี, 2557. วิทยาลัยนพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี
- ศรีวัชรา เต็มวงษ์. (2551). การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรที่เป็นโรคอ้วนในโรงพยาบาลพบุรี.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย.(2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. พิมพ์ครั้งที่ 3 บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด ปทุมธานี.
- สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ. (2557). รายงานสถานการณ์โรค NCDs: วิถีสุขภาพ วิถีสังคม. นนทบุรี, 2557.
- สิริญา ธารสถาน. และคณะ. (2558). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองที่ประยุกต์การแพทย์วิถีพุทธต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2558; ปีที่ 10 (ฉบับที่ 1): 117-128.
- Boden-Albala B, Sacco RL, Lee HS, Grahame-Clarke C, Rundek T, et al. (2008). Metabolic syndrome and ischemic stroke risk: Northern Manhattan Study. Stroke 30: 30-35.



กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดกำเริบ Case study of nursing care for patients with asthma attacks

(Received: August 2,2021; Accepted: August 24,2021)

อารี ศาสตราวหา¹

Aree Satravaha¹

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยเปรียบเทียบ 2 กรณีศึกษาได้แก่ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดกำเริบและมีการปอดติดเชื้อร่วมด้วย การพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดกำเริบและมีอาการอักเสบของหลอดลมร่วมด้วย จากการตรวจร่างกายแรกพบ ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย หายใจหอบ ไอบ่อย มีเสมหะ อัตราการหายใจ 28-30 ครั้ง/นาที เบื้องต้นได้รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน แต่อาการไม่ดีขึ้น แพทย์จึงพิจารณาให้นอนรักษาในโรงพยาบาล เมื่อได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาล ทฤษฎีการปรับตัวของรอยด์ และแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางของการปฏิบัติการพยาบาล พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีอาการหายใจปกติ ไม่มีไข้ อาการไอลดน้อยลง ขับเสมหะออกได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จากการรักษาพยาบาล การศึกษานี้สามารถเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดและคล้ายคลึงกันต่อไป

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดกำเริบ

Abstract

Patients compared 2 case studies as follows: Nursing care of patients with asthma exacerbation and symptoms of lung infection. Nursing care of patients with asthma exacerbated and accompanied by bronchial inflammation by the first physical examination. It was found that the patient had symptoms of fatigue, shortness of breath, frequent coughing, sputum, respiratory rate 28-30 breaths/min. Initially, received treatment at the emergency room but the symptoms did not improve. Doctor therefore considered to be hospitalized. When treated according to the doctor's treatment plan Nursing in accordance with the patient's problems using the nursing process Roy's adaptive theory and Orem's self-care concept. to be applied as a guideline of nursing practice It was found that both patients had normal breathing, no fever, less cough. well expels phlegm no complications from medical treatment This study could further guide nursing care for asthmatics and similar patients.

Keyword : nursing care for patients with asthma attacks

บทนำ

โรคหอบหืด (asthma) จัดเป็นโรคความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจชนิดเรื้อรัง สามารถทำให้เกิดอันตรายขั้นรุนแรงถึงชีวิตแก่ผู้ป่วยได้ หากได้รับการดูแลหรือรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม ซึ่งจะทำให้สูญเสียทรัพยากรอันมีค่าของประเทศ โรคหืดเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก เกิดได้กับประชากรทุกช่วงอายุ และทุกเชื้อชาติ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World health organization : who) ในปี พ.ศ. 2548 พบว่า ผู้ป่วยโรคหอบหืดถึงกว่าสามร้อยล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้อีกถึง 225,000 คน รายงานของประเทศไทยมีอัตราการตายของโรคหอบหืด 6.2 คน จาก

ประชากรโรคหอบหืด 1 แสนคน จากรายงานสถิติสาธารณสุขปี พ.ศ. 2548 พบคนไทยป่วยเป็นโรคหอบหืดร้อยละ 7 ของประชากร และพบอุบัติการณ์โรคหอบหืดในเด็กถึง 10-12% ในผู้ใหญ่ 6.9% (อภิชาติ คณิตทรัพย์ และ มุกดา หวังวีรวงศ์, 2555; ศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล, 2557)

ในปี พ.ศ. 2562 จำนวนผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มา รักษา จำนวน 682 คน ในจำนวนดังกล่าวมีผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มีอาการกำเริบดังนี้ อัตราการรับเข้ารักษาไว้ในโรงพยาบาลร้อยละ 4.0 อัตราหอบหืดกำเริบจนต้องเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินร้อยละ 6.25 ในปี พ.ศ. 2563 จำนวนผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มา รักษา จำนวน 734 คน ในจำนวนดังกล่าวมีผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มีอาการกำเริบดังนี้ อัตราการรับเข้ารักษาไว้ในโรงพยาบาลร้อยละ 2.90 อัตราหอบ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

หืดกำเริบจนต้องเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินร้อยละ 4.84 ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องให้การดูแลรักษาให้ทันทั่วถึง เพื่อป้องกันอันตรายถึงชีวิต (โรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2563)

การดูแลและพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมากเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน และลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ดังนั้น ความรู้ความสามารถด้านศาสตร์และศิลป์ของพยาบาลในการให้การพยาบาลจึงมีความจำเป็นเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดให้สามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

พยาบาล คือ กลุ่มของบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญเนื่องจากเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดอย่างใกล้ชิดทุกขั้นตอน การที่พยาบาลมีความรู้และทักษะในการดูแล มีการศึกษาหาความรู้ ฝึกฝนพัฒนาการปฏิบัติงานของตนเองอยู่เสมอ สามารถให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้ง 4 มิติ มีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ ซึ่งเป็นการดำเนินการอย่างมีระบบระเบียบ โดยเริ่มต้นจากการประเมินสภาพร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล ระบุปัญหาที่ชัดเจน นำปัญหามาวางแผนการพยาบาลตามลำดับปัญหาที่เร่งด่วนและสำคัญ ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้ มีการประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาสุขภาพผู้ป่วยเป็นรายบุคคลแบบองค์รวม ตามแนวทางวิทยาศาสตร์ และเป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล นอกจากนี้ยังได้ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอยด์ แนวคิดการดูแลตนเองของโอเริ่ม มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทาง เป็นรูปแบบของการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการพยาบาลให้มากที่สุด ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับความปลอดภัยและไม่มีความเสี่ยงจากการรักษาพยาบาล (จันทร์จิรา เจริญชัย, 2558; สมจิต หนูเจริญกุล, 2552; สมาคมสภาองค์กรโรคหอบหืดแห่งประเทศไทย, 2560)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดกำเริบที่ได้รับการรักษาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหอบหืดกำเริบ ได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ

วิธีการเลือกผู้ป่วย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะราย (Case Study) ในผู้ป่วยโรคหอบหืดกำเริบ จำนวน 2 ราย ที่มารักษาที่คลินิกโรคหอบหืดผู้ใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเฉพาะราย ที่นำเอาความรู้ทางทฤษฎี กระบวนการพยาบาลและทฤษฎีการปรับตัวของรอยด์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม มีการประเมินสภาพ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย เพื่อให้ทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนเพื่อการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งแพทย์จำหน่ายกลับบ้าน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

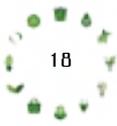
การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ประเภท คือ

1. ข้อมูลอัตนัย (Subject data) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ วิธีการดำเนินชีวิต ทัศนคติ ค่านิยม และความเชื่อต่างๆ
2. ข้อมูลปรนัย (Object data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมและการแสดงออกของผู้ป่วยโรคหอบหืดกำเริบทั้ง 2 ราย และปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆ ซึ่งแหล่งข้อมูลได้จากผู้ป่วย ญาติ พยาบาลผู้ดูแล แพทย์ผู้รักษา และแฟ้มรายงาน

ผลการศึกษา

ในการรักษาพยาบาลและดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดกำเริบ เน้นการดูแลผู้ป่วยทั้งบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีพอยู่ได้โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถควบคุมอาการของโรคไม่ให้กำเริบ ลดอันตรายที่เกิดขึ้น เข้าใจและปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม ทราบการแก้ไขเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการหอบหืด ป้องกันการกลับเป็นซ้ำและลดอัตราการกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาล การรักษาพยาบาลเน้นคุณภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก การวางแผนกิจกรรมพยาบาลในกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหอบหืดกำเริบมี 2 กรณี คือ

- กรณีศึกษาที่ 1 การพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดกำเริบ (Acute asthmatic attack & pneumonia)
- กรณีศึกษาที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดกำเริบ (Acute asthmatic attack &) Acute bronchitis)



กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p>การพยาบาลขณะนอนรักษา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากมีภาวะตีบ แคบ ของ หลอดลม 2. ผู้ป่วยวิตกกังวลต่อสภาพความเจ็บป่วย เนื่องจากมีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น และไม่ทราบการปฏิบัติตัวขณะนอนโรงพยาบาล 3. ผู้ป่วยไม่สบาย มีไข้ เนื่องจากมีอาการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ (ปอดอักเสบ) 4. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะขาดสารอาหารและน้ำ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย 5. ผู้ป่วยไม่สบาย เจ็บชายโครง เนื่องจากการไอมาก 6. ผู้ป่วยไม่สบาย ปวดจุดแน่นท้อง หลังรับประทานยาเนื่องจากเป็นโรคกระเพาะ อาการเดิมและได้รับยาสเตียรอยด์ 7. ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 	<p>การพยาบาลขณะนอนรักษา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากมีภาวะตีบแคบของ หลอดลม 2. ผู้ป่วยวิตกกังวลต่อสภาพความเจ็บป่วย เนื่องจากมีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น และไม่ทราบการปฏิบัติตัวขณะนอนโรงพยาบาล 3. ผู้ป่วยไม่สบาย เนื่องจากมีไข้จากการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนบน (หลอดลมอักเสบ) 4. ผู้ป่วยไม่สบายเนื่องจากมีไอบ่อย เสมหะเหนียว 5. ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เปรียบเทียบกรณีศึกษา

สำหรับผู้ป่วยในกรณีศึกษาที่ 1 เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน สภาพนั่งรถเข็นมา ผู้ป่วยโรคหอบหืดกำเริบรายนี้ได้รับการรักษาโดยใช้ยาสเตียรอยด์ ยาพ่น และยาฉีดระงับอาการอักเสบ ให้ออกซิเจนเพื่อช่วยบรรเทาอาการหอบเหนื่อย ไอ นอกจากนี้แล้วยังได้รับยาฉีด ยากินปฏิชีวนะ เนื่องจากมีอาการติดเชื้อที่ปอด ทำให้มีไข้ ไอ มีเสมหะ ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวเป็นเวลา 3 วัน จึงเข้าสู่ภาวะปกติ และไม่มีภาวะแทรกซ้อน จากประวัติที่มารักษาที่คลินิกโรคหอบหืดผู้ใหญ่ กลุ่มงานพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า ผู้ป่วยรายนี้ยังควบคุมอาการของโรคหอบไม่ได้ จะได้พ่นยาฉุกเฉินและฉีดยาระงับอาการอักเสบเกือบทุกครั้งก่อนกลับบ้าน ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูง กลัวไม่หายจากโรค และไม่ทราบจะปฏิบัติตัวอย่างไร การพยาบาลผู้ป่วยรายนี้จึงเน้นให้ศึกษาเรื่องโรค การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน หลีกเลี่ยงจากสิ่งที่แพ้ การสังเกตอาการผิดปกติ และการช่วยเหลือตนเองเบื้องต้น และให้มารักษาต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อควบคุมอาการของโรคไม่ให้กำเริบ

สำหรับผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 เข้ารับการรักษาที่แผนกอายุรกรรมกลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผู้ป่วยเดินมาเองได้ ผู้ป่วยโรคหอบหืดกำเริบรายนี้ได้รับการรักษาโดยใช้ยาสเตียรอยด์ ยาพ่น ยาฉีดระงับอาการอักเสบ ยาละลายเสมหะ และยาพ่นเข้า-เย็น รักษาอาการอักเสบของหลอดลม เพื่อช่วยบรรเทาอาการหอบเหนื่อย ไม่มีเสมหะเหนียว ผู้ป่วยรายนี้มารักษาที่โรงพยาบาลได้เร็วกว่าผู้ป่วยรายที่ 1 จึงทำให้มีอาการหอบไม่หนักมากนัก ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยนอนรักษาตัวเป็นเวลา 2 วัน ก็เข้าสู่ภาวะปกติ และไม่มีภาวะแทรกซ้อน จากประวัติที่มารักษาที่คลินิกโรคหอบหืด

ผู้ใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า ผู้ป่วยมาตรวจไม่ตรงตามนัด และรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เพราะผู้ป่วยเข้าใจว่าตนเองหายจากโรคหอบหืดแล้ว และสาเหตุจากการป่วยนอนโรงพยาบาลครั้งนี้เนื่องมาจากผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยรายนี้จึงเน้นให้ศึกษาเรื่องโรค การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน หลีกเลี่ยงจากสิ่งที่แพ้ การสังเกตอาการผิดปกติ และการช่วยเหลือตนเองเบื้องต้น และให้มารักษาต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อควบคุมอาการของโรคไม่ให้กำเริบ

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยโรคหอบหืดเมื่อควบคุมอาการของโรคไม่ได้ จะมีอาการของโรคกำเริบเกิดขึ้น ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉิน สิ่งจำเป็นที่พยาบาลต้องเตรียมคือ ความพร้อมของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความรู้ การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองจากโรคหอบหืดกำเริบ เพราะโรคหอบหืดต้องรักษาต่อเนื่อง ถึงแม้จะไม่มีอาการแล้วก็ตาม เพื่อประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของการรักษา และเครื่องมือที่ใช้ในการรักษาต้องพร้อมใช้งาน มีการบำรุงรักษาอย่างสม่ำเสมอ เช่น เครื่อง spirometry , peakflow meter ยา เวชภัณฑ์ต่างๆ เพียงพอ นอกจากนี้แล้วยังต้องมีทีมสหสาขาวิชาชีพโดยเฉพาะเภสัชกรให้ความรู้เรื่อง ยากินและยาพ่น อายุรแพทย์เฉพาะทางด้านโรคหอบหืด และพยาบาลผู้ดูแลโรคหอบหืดผ่านการอบรมแนวทางการจัดตั้งคลินิกโรคหอบหืดในโรงพยาบาล เพื่อการรักษาที่ทันต่อภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552; คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2555; จันทร์จิรา เจริญณีย์, 2558; สมาคมสภาองค์กรโรคหอบหืดแห่งประเทศไทย, 2560)

เอกสารอ้างอิง

- คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.(2555). หน่วยที่ 7 ทฤษฎีและแนวทางประยุกต์สู่การปฏิบัติ :ทฤษฎีเน้นผู้รับบริการ.
เอกสารประกอบการสอนรายวิชา Nursing Theory. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทร์จิรา เจียรณัย. (2558). **กระบวนการพยาบาล.** สำนักวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- อภิชาติ คณิตทรัพย์ และมุกดา หวังวีรวงศ์.(2555). **แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหอบหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ใหญ่และเด็ก**
พ.ศ. 2555. สมาคมสภาองค์กรโรคหอบหืดแห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์ : บริษัทยูเนี่ยนอุตสาหกรรมไวโอเล็ต จำกัด.
ศศิโสภิน เกียรติบุรณกุล.(2557). **ภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์ราชวิทยาลัย อายุรแพทย์แห่งประเทศไทย เล่ม 1.** พิมพ์ครั้งที่ 1
สมจิต หนูเจริญกุล.(2552). **การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2 :** พิมพ์ครั้งที่ 16. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี เจ พรินต์ติ้ง.
สมาคมสภาองค์กรโรคหอบหืดแห่งประเทศไทย.(2560). **แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหอบหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ใหญ่ พ.ศ.**
2560. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : ปียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2563). **สถานการณ์ผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มารักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี 2562 - 2563.** โรงพยาบาล
กาฬสินธุ์



การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ Nursing Care for Patients with Septic shock in Critical Care Patients : Case Study in Kalasin Hospital.

(Received: July 21,2021; Accepted: August 13,2021)

พัชรีย์ ไสยนิตย์¹

Phatcharee saiyanit

บทคัดย่อ

กรณีศึกษา : เป็นกรณีศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อจำนวน 2 ราย รายแรกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ด้วยอาการไข้สูง อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยตามร่างกาย ไอปนเลือด มีประวัติสำคัญอาหาร รายที่ 2 เข้ารับการรักษาด้วยอาการไข้สูง หายใจหอบเหนื่อย มีประวัติ ดื่มแอลกอฮอล์ และกินยาลดน้ำตาลในเลือด (Metformin) แพทย์วินิจฉัยเป็น Septic Shock ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ เปิดเส้นเลือดดำใหญ่ที่คอ (Central line Insertion) เพื่อให้ยาและให้สารน้ำ ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต ในด้านการพยาบาลผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon) สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยทั้งสองรายที่เป็นปัญหาเดียวกันได้แก่ 1) ปริมาณเลือดออกจากร่างกายในหนึ่งนาที่ลดลงเนื่องจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อ 2) มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดไม่มีประสิทธิภาพ 3) มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ 4) พร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและมีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต 5) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค 6) ผู้ป่วยและญาติต้องการความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D ส่วนข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยทั้งสองรายที่แตกต่างกัน คือ ผู้ป่วยกรณี 1) 1) มีภาวะติดเชื้อที่ปอด 2) เสี่ยงต่อการตั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์เนื่องจากมีภาวะสับสน และผู้ป่วยกรณี 2) 1) มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเนื่องจากการไหลเวียนโลหิตล้มเหลวจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต 2) มีภาวะเลือดเป็นกรดอย่างรุนแรงเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่แบบเฉียบพลัน 3) มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละรายได้รับการแก้ไขจนผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตอาการดีขึ้นไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้โดยนัดติดตามผลอีก 3 สัปดาห์

ผลลัพธ์: ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดหากได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ ดังนั้นพยาบาลผู้มีความใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุดจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะช็อกจากการติดเชื้อ การดำเนินของโรคในระยะต่างๆ ที่สำคัญคือ การประเมินสภาพผู้ป่วยระยะก่อนช็อก โดยพยาบาลต้องมีทักษะในการสังเกต การประเมินอาการและ อาการแสดงของโรค รวมถึงการจัดการปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ทันเหตุการณ์

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ABSTRACT

Case study : In our study, we compare in 2 cases of patients with Septic shock . The first patient was admitted to Kalasin Hospital with a high fever, fatigue, body aches, hemoptysis, and difficulty aspirating. The second case was treated for high fever and shortness of breath. The patient had a history of alcohol and Metformin drug abuse. Doctors diagnosed this patient with Septic Shock. Both patients were treated with intubation via , Central Line Insertion to provide fluids , vasopressor, and Inotropic drugs. Godon's function Health Pattern was use for assessment. The nurse's diagnosis was the same in both cases. A separate diagnosis contained a lung infection , risk to self extubation due to confusion , cardiac arrest due to circulatory failure from sepsis, severe acidosis due to acute kidney injury ,and hyperglycemia. After a short stay in the hospital both patients recovered and were discharged with a three weeks follow-up appointment.

Results : Septic shock requires early detection and early treatment to reduce mortality rates. Nurses who care for the patients must learn and make decisions to carefully. It is essential that nurses know the need of the patients and their families.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์



Keyword: Nursing Care for Patients, Septic shock

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขไทยและเป็นปัญหาสุขภาพในแผนการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) ของกระทรวงสาธารณสุขเนื่องจากภาวะ ติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรงเป็นสาเหตุหลักในการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลและเป็นภาวะ ที่พบบ่อยในการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เกิดจากผู้ป่วยติดเชื้อที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายจากนั้นเชื้อโรคมุ่งเข้าสู่กระแสเลือดจากอวัยวะส่วนต่างๆ อากาศเบื้องต้น รู้สึกหนาวมือและเท้าเย็น ไข้ขึ้นสูง บางรายอาการอาจค่อยๆ เป็นหนักขึ้นหายใจเร็วขึ้น ชีพจรเต้นเร็วหากไม่ได้รับการรักษาทันทีจะปรากฏอาการรุนแรง รู้สึกตัวน้อยลง มีภาวะสับสน คลื่นไส้และอาเจียน ผิวน้ำอาจเกิดจุดหรือแดง ผื่นจะลุกลามใหญ่ขึ้นเหมือนรอยขีด โดยรอยขีดจะแผ่ขยายใหญ่ เป็นบริเวณกว้าง ปัสสาวะน้อยลง เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงอวัยวะไม่เพียงพอ นำไปสู่ภาวะช็อก (Septic Shock) การลำเลียงออกซิเจนไปยังอวัยวะที่สำคัญของร่างกายไม่เพียงพอ ถ้าให้การรักษาไม่ทันการทำงานของอวัยวะส่วนนั้นจะล้มเหลวและทำให้เกิดหลายระบบในร่างกายทำงานล้มเหลว (Multiple Organ Failure) และเสียชีวิตได้ในที่สุด ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่ต้องได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็ว และได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง เหมาะสม การติดตามเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง อย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในระยะช็อก (บุษยามาส ชิวสกุลยง และชัยยุทธ เจริญธรรม, 2556; มณฑิรา มณีรัตน์และคณะ, 2561)

การรักษาผู้ป่วยต้องจัดการให้ความดันเลือดที่เปลี่ยนแปลงส่วนต่างๆ (Perfusion Pressure) กลับคืนสู่จุดที่พอเหมาะและจัดการให้เนื้อเยื่อได้ออกซิเจนกลับมาโดยเร็วซึ่งเป้าหมายการรักษา (ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล, 2561) ความดันโลหิตเฉลี่ย (Mean Arterial Pressure) > 65 mmHg อวัยวะต่างๆ ได้รับเลือดไปเลี้ยงตามปกติ ตัวชี้วัดคือปริมาณปัสสาวะมากกว่า 0.5 มล./กก./ชั่วโมง เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนกลับมาปกติ (Normalization of Serum Lactate หรือ Venous Oxygen Saturation, ScvO₂ > 70%) หรือ Lactate Clearance มากกว่าร้อยละ 10 กระบวนการทั้งหมดนี้ควรถึงเป้าหมายโดยเร็ว และไม่ช้าไปกว่า 6 ชั่วโมง โดยมีหลักการรักษาภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 3 ข้อ คือ 1) การควบคุมและกำจัดแหล่งติดเชื้อ 2) การรักษาพลศาสตร์การไหลเวียน 3) การรักษาประคับประคอง ทั้งนี้แพทย์ผู้รักษจะต้องเข้าใจธรรมชาติของโรค สามารถให้การวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดให้การพยาบาลที่ต่อเนื่องตลอดระยะเวลาวิกฤต ทีมแพทย์

พยาบาลและทีมสหวิชาชีพต้องเข้าใจในบทบาทของตนในการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้รอดพ้นจากภาวะวิกฤต โดยเฉพาะพยาบาล ผู้ที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคการเปลี่ยนแปลง ทุกระยะของโรค การเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดในช่วงสำคัญที่สุดคือช่วงระยะก่อนที่เข้าสู่ระยะช็อก พยาบาลจะต้องมีทักษะในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วถูกต้อง และเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและปราศจากภาวะแทรกซ้อน รวมถึงให้การพยาบาลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม (เรณู สอนศรี, 2552; สมจิตร์ หนูเจริญกุล, 2552; เอกรินทร์ ภูมิพิเชฐและไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล, 2553)

จากข้อมูลมีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี 2562 – 2564 มีจำนวน 124 ราย, 118 ราย และ 132 ราย ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยที่ภาวะช็อก จำนวน 90 ราย, 100 ราย และ 82 ราย ตามลำดับ จำนวนผู้เสียชีวิต จำนวน 24 ราย, 20 ราย และ 18 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 2564) แสดงให้เห็นว่าภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะช็อกจากการติดเชื้อ มีอัตราการป่วยและอัตราการตายลดลงและเพิ่มขึ้นในบางปี ซึ่งยังเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย โดยใช้กรอบแนวคิดของกอร์ดอนในการประเมินผู้ป่วย ดังนี้

ผลการศึกษา

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย รายแรกเป็นผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 19 ปี เข้ารับการรักษา ในวันที่ 1 มีนาคม 2564 ได้รับการวินิจฉัย Septic Shock with Acute Respiratory Distress Syndrome with Pneumonia รายที่ 2 เป็นผู้ป่วยเพศชายอายุ 54 ปี เข้ารับการรักษา ในวันที่ 24 เมษายน 2564 ได้รับการวินิจฉัย Septic Shock with Metformin Induce Lactic Acidosis with Acute Kidney

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยมีไข้สูงก่อนมารพ. 3 วันอ่อนเพลีย ปวดเมื่อยตามร่างกาย ไอปนเลือด มีประวัติสูบบุหรี่ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนมีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้นจึง Refer มาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ฟัง Lung มี Crepitation Both Lung ความดันโลหิต 97/54 mmHg หายใจ 22-24 ครั้ง/นาที HR 100 ครั้ง/นาที ไม่มีไข้ BT 37 องศาเซลเซียส Chest X-Ray พบ congestion มีภาวะ Volume



Overload เริ่มหอบ หายใจ 40 ครั้ง/นาที O2sat 85 % มีภาวะ
สับสนตามตอบไม่รู้เรื่อง U/S bed side มี IVC Collapse แพทย์
load 0.9 % NSS 3000 ml

ผู้ป่วยรายที่ 2 ก่อนมารพ.3 ชม มีอาการไข้สูง คลื่นไส้
อาเจียนรุนแรงประมาณ 20 ครั้ง มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์และ
กินยาลดระดับน้ำตาลในเลือด (Metformin) มีไข้ หายใจ หอบ
เหนื่อยมา ER รพ ภาพสลิท แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวรู้เรื่อง หายใจ
28 ครั้ง/นาที O2sat 96 % HR 100-110 ครั้ง/นาที BP 94/62
mmHg DTX 81 mg % ตรวจร่างกาย ฟัง lung Clear Both
Lung คลื่นไส้ อาเจียน แพทย์พิจารณา load 0.9 % NSS 500
ml then On 0.9 % NSS v 120 cc/hr.

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 1 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
PH (7.35-7.45)	7.35 ปกติ	7.26 ต่ำเป็นกรด
Hco3 (22-26)	22 mEq/L ปกติ	15.7mEq/L ต่ำ
WBC count (4,000- 10,000)	13,600 /cu.mm	สูง 29,500/cu.mm สูง
BUN (8-20 mg/dl)	18 mg/dl ปกติ	28 mg/dl สูง
Creatinine (0.9-1.8)	1.23 mg% ปกติ	2.1 mg% สูง
GFR	100 % ปกติ	35% ต่ำ
Potassium (3.5-5 mmol/L)	4.11 mmol/L ปกติ	2.65 mmol/L ต่ำ
Serum Ketone	ไม่พบ	1+
Serum lactate	6 mmol/L สูง	14.7 mmol/L สูง

แผนการรักษา

ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยหอบเหนื่อย Chest X-Ray พบ
congestion มีภาวะ Volume Overload หายใจ 40 ครั้ง/นาที
O2sat 85 % แพทย์ให้ Lasix 40 mgv q 8 hr ได้ Antibiotic
เป็น Cef-3 2 g V OD อาการหอบเหนื่อยไม่ดีขึ้น แพทย์
พิจารณา On ET-Tube No 7.5 ซิต 22 Admit หอผู้ป่วยอายุร
กรรมหญิง มีปัญหา BP drop แพทย์วินิจฉัย Septic Shock U/S
bed side มี IVC collapse แพทย์ load 0.9 % NSS 3000 ml
พิจารณาทำ Central line เพื่อประเมินสารน้ำ วัด CVP ได้ 15
CmH2O และปรับเพิ่ม ความเข้มข้นของยากระตุ้นความดัน
โลหิต On Levophed (8:250) v 20 cc/hr Urine ออก 100
cc/hr BP เริ่มดี MAP 65-70 mmHg ย้ายผู้ป่วยมาที่หอ
ผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 แรกรับย้ายผู้ป่วยรู้สึกตัวรู้เรื่อง ทำ
ตามคำบอกได้ On Volume Ventilator PCV Mode IP 18 RR
20 FiO 2 0.5 PEEP 5 CmH2O SOS Score 8 คะแนน ผู้ป่วย
หายใจหอบเหนื่อย 30-32 ครั้ง/นาที O2sat 89 % HR 120-130
ครั้ง/นาที ฟัง lung มี Crepitation Both Lung ผู้ป่วย Agitate

ประเมิน MAAS Score (ประเมินการผูกมัด) 5 คะแนน ดูแลผู้
ยี้ผู้ป่วย ติดตามผล ABG มี ภาวะ Mild Hypoxemia (ABG :
PH 7.35 , PaCO2 35 mmHg , PaO2 75 mmHg, HCO3 20
mEq/L) PF ratio 185 รายงานแพทย์ปรับ Setting Volume
เพิ่ม IP 20 , RR 22 , FiO 2 0.6 ให้ยา Fentanyl 25 ug v stat
หลังปรับ Setting Volume และได้รับยา Sedate ผู้ป่วยหายใจ
หอบลดลง RR 22-24 ครั้ง/นาที หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง O2sat
90-92 % หลีกเลี้ยงการ Disconnected Volume ผู้ป่วยนอน
พักได้ Sedation Score 1 คะแนน SOS Score ลดลง เหลือ 6
คะแนน ผู้ป่วยเริ่มมีอาการดีขึ้นหายใจไม่หอบ แต่ยังมีเหนื่อย
เมื่อทำกิจกรรมความดันปกติ off Levophed ได้แพทย์ปรับลด
เครื่องช่วยหายใจ ให้อาหารทางสายยาง เริ่มฝึกหายใจและถอด
ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยหายใจเองได้ไม่หอบ ไม่เหนื่อย ไอขับ
เสมหะได้เอง V/S Stable รับประทานอาหารได้เองให้คำแนะนำ
เรื่องการปฏิบัติตัวหลังจากถอดท่อช่วยหายใจสอนการไอ
แพทย์พิจารณาให้ย้ายไปตึกสามัญหลังจาก ถอดท่อช่วยหายใจ
ได้ 2 ชั่วโมง

ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน
ความดันโลหิตสูง คลื่นไส้อาเจียน แพทย์ให้ Plasil 10 mg Stat
ตรวจ Serum Ketone 1+ Serum lactate 14.7 แพทย์ load
0.9 % NSS 500 ml then On 0.9 % NSS v 120 cc/hr เจาะ
ABG มี ภาวะ เลือด เป็น กรด Metabolic Acidosis
Compensated by Respiratory Alkalosis (ABG : PH 7.26 ,
PaCO2 16.8 mmHg , PaO2 75 mmHg, HCO3 15.7 mEq/L)
ให้ 7.5% NaHco3 2 Amp v drip in 30 นาที ได้ Antibiotic
เป็น Cef-3 2 g V OD , SOS Score 5 คะแนน (มีไข้ 39 องศา
เซลเซียส = 2 คะแนน HR 100 ครั้ง/นาที = 1คะแนน RR 28
ครั้ง/นาที = 2 คะแนน) พบ Quick Sofa 2 ใน 3 ข้อ (SBP น้อย
กว่า 100 , หายใจมากกว่า 22 ครั้ง/นาที) แพทย์วินิจฉัย
Metformin induce Lactic acidosis with Acute Kidney
Injury with Septic Shock เข้ารับการรักษาตึกสามัญผู้ป่วย
หอบมากขึ้นหายใจ 30-32 ครั้ง/นาที มีภาวะ Cardiac Arrest
CPR 2 นาที ROSC ได้ Adrenaline 1 amp ค่า Trop-T หลัง
Arrest 274 ng/dl (CH: Critical Value High ค่าวิกฤต ปกติน้อยกว่า
50 ng/dl) ผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้นมีเหงื่อออก
แพทย์ On ET Tube No 6.0 ซิต 22 ต่อ Volume Ventilator
เริ่ม BP drop load 0.9 % NSS 1,000 ml On Levophed
(4:250) v 20 cc/hr Retrain foley cath, Hydrocortisone
100mg iv stat then 200 mg + 5% DW 200 ml iv in 24 hr
,on Adrenaline (10:1) v 10 cc/hr ใส่สาย Central line
Insertion เพื่อให้ยาและให้สารน้ำวัด CVP ได้ 19 CmH2O และ
ปรับเพิ่มความเข้มข้นของยากระตุ้นความดันโลหิต On
Levophed (8:250) v 20 cc/hr MAP 65-70 mmHg ผู้ป่วยยัง
หายใจหอบ On Fentanyl (5:1) v drip 5 cc/hr มีภาวะไตวาย



เฉียบพลัน GFR 35% Urine ออก 50-300 cc/hr ส่งปรึกษาอายุรแพทย์โรคไต เจาะ Lab BUN, Cr, Electrolyte, PT,PTT, INR ,LAB Serology ถ้าอาการไม่ทุเลา ปัสสาวะออกน้อยลง GFR ไม่ดีขึ้นวางแผนทำการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียมผู้ป่วย มีภาวะ DKA (Diabetic Ketoacidosis) DTX High แพทย์พิจารณา On RI (1:1) v drip 5 cc/hr และเจาะ DTX ทุก 1 ชม แพทย์ย้ายผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 แรกรับย้ายผู้ป่วยรู้สึกตัวดี on Volume Ventilator PCV Mode IP 18 RR 16 FIO 2 0.5 PEEP 5 CmH2O SOS Score 8 คะแนน ผู้ป่วยหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที O2sat 100 % HR 100-110 ครั้ง/นาที มีไข้สูง 39 องศาเซลเซียส Lung Clear 19.00 ผู้ป่วยมีปัญหาภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ K 2.60 m/mol แพทย์ให้ On o.9% NSS 100 ml+ KCl 20 MEq v drip ใน 1 ชม ผล Serum Ketone Negative แพทย์ Off RI v drip ผู้ป่วยมีปัญหาแขนขาอ่อนแรง กล้ามเนื้อหดเกร็งจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ แพทย์พิจารณาให้ Valium 5 mg v stat ติดตามแก้ไขภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตต่ำ ผู้ป่วยเริ่มดีขึ้นการทำงานของ

ไต GFR เพิ่มขึ้นเป็น 52% แพทย์เริ่มให้ อาหารทางสายยาง off Levophed , Adrenaline และเริ่มฝึกหายใจใน On CPAP 5 PS 12 และถอดท่อช่วยหายใจได้ ทำให้หายใจเองได้ไม่หอบไม่เหนื่อย ไอขับเสมหะได้เอง V/S Stable รับประทานอาหารได้เอง แพทย์ตรวจอาการพิจารณาให้ย้ายไปตึกสามัญ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ผู้ศึกษาได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon) มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ให้ครอบคลุมทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยแบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก ระยะเข้ารับการรักษาใน หอผู้ป่วยหนัก ระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยปราศจากภาวะแทรกซ้อนดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ผู้ป่วยรายที่1	ผู้ป่วยรายที่2	การพยาบาล
1.ระยะก่อนย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก	1) ปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลงเนื่องจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อ หลอดเลือดขยายตัวทั่วร่างกาย (Distributive Shock)	1) ปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลงเนื่องจากภาวะช็อก จากการติดเชื้อ หลอดเลือดขยายตัวทั่วร่างกาย (Distributive Shock)	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินอาการและอาการแสดงของ ภาวะช็อกเช่นหัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ความดันโลหิตต่ำ Pulse Pressure แคบ สับสนกระสับกระส่าย ซึมลงและไม่รู้ตัวปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 ซีซี/กก./ชม. ผิวหนังเย็นซีดเหงื่อออกตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียวให้รายงานแพทย์ทันที - ดูแลให้ได้รับสารน้ำและยากระตุ้นความดันโลหิตอย่างเหมาะสมตามแผนการรักษา - ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวโดยใช้ GCS ทุก 15 นาที และประเมิน SOS Score เพื่อติดตามดูการเปลี่ยนแปลง - ให้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ - บันทึกสารน้ำเข้าออกทุก 1 ชั่วโมง จนพ้นภาวะวิกฤต เพื่อดูการทำงานของไต - วัด CVP เพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน
	2)มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดไม่มีประสิทธิภาพ	2)มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดไม่มีประสิทธิภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน ประเมิน อัตราการหายใจ ชีพจร สีของเล็บ ปลายมือปลายเท้า เยื่อบุผิวหนังลักษณะการขีด เขียว เนื่องจากอาการหายใจหอบ ชีพจรเร็ว ปลายมือปลายเท้า เยื่อบุผิวหนัง ลักษณะการขีด เขียวแสดงถึงภาวะพร่องออกซิเจน- ดูแลช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ ET Tube ให้ได้รับเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา - Monitor O2sat keepมากกว่าเท่ากับ 90 - ดูแล Suction clear air way - วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที เพื่อประเมินสัญญาณชีพจะทำให้ทราบความรุนแรงของภาวะพร่องออกซิเจน - จัดท่านอนศีรษะสูง 45 องศา - ดูแลส่งผู้ป่วย CXR และติดตามผล CXR เพื่อดูตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ และการขยายตัวของปอด - ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ เช่น Arterial Blood Gas



ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์	ผู้ป่วยรายที่1	ผู้ป่วยรายที่2	การพยาบาล
	3) พร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและมีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต	3) พร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและมีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมิน ความสามารถในการดูแลตนเองปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน - แจ้งให้ผู้ป่วยทราบและบอกวัตถุประสงค์ของการทำความสะอาดร่างกายพร้อมทั้งประเมินสภาพร่างกายทั่วไปของผู้ป่วยและ จัดกิจกรรมการดูแลแบบทดแทนทั้งหมด - ดูแลเช็ดตัวทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งหรือเมื่อเบื่อนอุจจาระ ปัสสาวะดูแลทำความสะอาดช่องปากและอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกก่อนเช็ดตัวให้ผู้ป่วยและอาบน้ำดูแลเปลี่ยนเสื้อผ้าหลังทำความสะอาดร่างกาย วันละ 1 ครั้งดูแลสระผมให้อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ดูแลเล็บมือ เล็บเท้าให้สั้นและสะอาดอยู่เสมอ - ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม. และได้รับการออกกำลังกายที่เหมาะสม - ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ สารอาหารตามแผนการรักษา
	4) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค	4) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค	<ul style="list-style-type: none"> - พูดคุยสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับญาติเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและมั่นใจว่าจะได้รับการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดีใช้เทคนิค Touch Therapy - ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยสังเกตพฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง และการซักถาม - ประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามเพื่อระบายความวิตกกังวล - เปิดโอกาสให้ได้พบแพทย์ผู้ดูแลเพื่อทราบแนวทางการรักษาการเปลี่ยนแปลงความก้าวหน้าของอาการและการรักษา - อธิบายถึงเหตุผลในการให้กรพยาบาลทุกครั้งเพื่อความเข้าใจและการให้ความร่วมมือ - หลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่จะก่อให้เกิดภาวะวิกฤตกับญาติ ช่วยเหลือญาติในการตัดสินใจ ให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะแก่ญาติในการประกอบการตัดสินใจ - เปิดโอกาสให้ญาติได้เข้าเยี่ยมนอกเวลา - แนะนำญาติและให้เหตุผลถึงการผูกมัด
	5) ภาวะติดเชื้อที่ปอด		<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินอาการที่บ่งบอกว่ามีการติดเชื้อได้แก่ - อุณหภูมิร่างกาย < 36 °C หรือ >38°C - WBC <4,000 cell/mm³หรือ > 12,000 cell/mm³ - ให้การพยาบาล Aseptic technique ,suction sterile technique - สังเกตและประเมินปริมาณเสมหะ สีที่เปลี่ยนแปลงและรายงานแพทย์ - ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมงและอุณหภูมิของร่างกายทุก 4 ชั่วโมง - ตรวจสอบสายข้อต่อเครื่องช่วยหายใจ ไม่ให้มีน้ำเกาะตามสาย - ระมัดระวังเรื่องการสำลักอาหาร ดูแลทำความสะอาดปากและฟันให้ผู้ป่วยทุก 4 ชม - ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
	6) เสี่ยงต่อการตั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์เนื่องจากมีภาวะสับสน		<ul style="list-style-type: none"> - การดูแล ET-Tube ยึดท่อช่วยหายใจและสายต่อเครื่องช่วยหายใจให้แน่น - ประเมินการผูกมัด MAAS Score - บอกถึงผลเสีย ถ้าผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจ หรือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ - พูดคุยบ่อยๆ ใช้ถ้อยคำที่เข้าใจง่ายให้คลายความกังวลหรือความหวาดกลัวลง - ตรวจสอบบริเวณที่ผูกมัดไม่ให้บวม หรือ แน่นเกินไป คลายทุก 2 ชม. นานครั้งละ 5-10 นาที และควรมีการจัดเปลี่ยนทำให้อีกกับผู้ป่วย - ดูแลให้ได้รับยา Sedate ตามแผนการรักษาของแพทย์
		5) ภาวะหัวใจหยุดเต้นเนื่องจากการไหลเวียนโลหิต	<ul style="list-style-type: none"> - เริ่มทำ CPR โดยกดหน้าอก 100-120 ครั้ง/นาที เพื่อช่วยให้การไหลเวียนโลหิต - ติดตามสัญญาณชีพทุก 5 นาที จนพ้นภาวะวิกฤต

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์	ผู้ป่วยรายที่1	ผู้ป่วยรายที่2	การพยาบาล
		ล้มเหลวจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต	
		6) มีภาวะเลือดเป็นกรดอย่างรุนแรง เนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่แบบเฉียบพลัน	- ติดตามผล ABG หรือ VBG ตาม แผนการรักษาของแพทย์ - ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ 7.5% NaHCO ₃ ตามแผนการรักษา - ประเมินอาการเปลี่ยนผู้ป่วยที่เกิดจากภาวะเลือดเป็นกรดโดยประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ เป็นต้น
1.ระยะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก	7) มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ	7) มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ	- บันทึกสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวทุก 1 ชม.เฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ - ดูแลให้ได้รับยา 0.9% NaCl 1,000 ml + KCl ตามแผนการรักษา - ติดตามผล Electrolyte - บันทึก Intake / Output ทุก 8 ชม. ถ้าพบความผิดปกติให้รายงานแพทย์เพื่อให้การรักษา
		8) มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง	- ติดตาม DTX q 1 hr.ตามแผนการรักษา keep 80 – 200 mg% - ดูแลให้ได้รับสารน้ำปรับตามแผนการรักษาของแพทย์ - ดูแล ให้ RI (1:1) v drip ตามแผนการรักษาเฝ้าระวัง Hypoglycemia - บันทึกสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวทุก 1 ชม.และประเมินภาวะของน้ำตาลในเลือดสูงเช่น กระสับกระส่าย สั่น เหงื่อออก ตัวเย็น
3.ระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน	8) ผู้ป่วยและญาติต้องการความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	9) ผู้ป่วยและญาติต้องการความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	- เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โดยทำให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามแนวทางการวางแผนจำหน่าย D-M-E-T-H-O-D

สรุป

ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงได้รับการวินิจฉัยภาวะช็อกจากการติดเชื้อร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน มีอาการหายใจหอบเหนื่อย สับสน ได้รับการแก้ไขภาวะหายใจหอบเหนื่อย ความดันโลหิตต่ำ ภาวะสับสน ตั้งแต่แรกเริ่มประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย วิเคราะห์วางแผนให้การรักษายาตามปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ผ่านพ้นระยะวิกฤต ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดติดตามผลอีก 3 สัปดาห์

ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยชายได้รับการวินิจฉัยภาวะช็อกจากการติดเชื้อร่วมกับภาวะเลือดเป็นกรดจากการใช้ยาลดน้ำตาลในเลือด ชนิด Metformin ไตวายเฉียบพลันและมีภาวะหยุดหายใจได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยรายที่สองมีภาวะวิกฤตมากกว่ารายแรกด้วยปัจจัยร่วมหลายๆ อย่าง ได้รับการแก้ไขจนผู้ป่วยกลับมามีสัญญาณชีพ และสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ไตกลับมาทำหน้าที่ได้ปกติ อาการดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดติดตามผลอีก 3 สัปดาห์

โดยก่อนกลับบ้านผู้ป่วยและญาติทั้ง 2 ราย ได้รับการเตรียมความพร้อม เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จนมี

ความพร้อมและมั่นใจ สามารถกลับไปดูแลต่อที่บ้าน และทราบแหล่งประโยชน์ที่จะสามารถขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินได้

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยภาวะช็อกจากการติดเชื้อ เป็นภาวะที่พบบ่อยในการรับผู้ป่วย เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ปัจจัยที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าสู่ระยะช็อกหรือผ่านพ้นระยะช็อก และไม่เกิดอวัยวะล้มเหลวมีหลายปัจจัย ประเมินสภาพแรกรับโดยใช้ quick SOFA Score หรือ qSOFA Score ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อหรือสงสัยว่ามีการติดเชื้อ จะพบ 2 ใน 3 ข้อ นี้ประกอบด้วย 1) อัตราการหายใจมากกว่า 22 ครั้ง/นาที 2) ความรู้สติลดลง 3) ความดันโลหิตลดลง Systolic Blood Pressure < 100 mmHg การใช้แบบประเมิน SOS Score ประเมินการเปลี่ยนแปลง ถ้าได้รับการประเมินแรกรับและได้รับการวินิจฉัยได้รวดเร็ว ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันเวลา เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ผู้ป่วยได้รับสารน้ำที่เพียงพอ กำจัดแหล่งที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ ความดันโลหิตเฉลี่ย (Mean Arterial Pressure) > 65 mmHg อวัยวะต่าง ๆ ได้รับเลือดไปเลี้ยงตามปกติ ตัวชี้วัดคือ



ปริมาณปัสสาวะมากกว่า 0.5 มล./กก./ชั่วโมง เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนกลับมาปกติ Normalization of Serum lactate หรือ Venous Oxygen Saturation, ScvO₂ > 70%) หรือ Lactate Clearance มากกว่าร้อยละ 10 กระบวนการทั้งหมดนี้ควรถึงเป้าหมายโดยเร็ว และไม่ช้าไปกว่า 6 ชั่วโมง แต่ทั้งนี้ปัจจัยเสริมที่จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอด ยังขึ้นอยู่กับระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการ โรคร่วม และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษา เช่น ภาวะ Disseminated Intravascular Coagulation (DIC) ทำให้เกิดเลือดต่า 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) การรักษาในส่วนนี้คือการให้ Organ Support ตามระบบต่างๆ เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ Renal Replacement Therapy ดังนั้นพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง ติดตามและรายงานอาการเปลี่ยนแปลง ควรมีความเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยอาการดีขึ้นปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน ลดวันนอนโรงพยาบาล ลดอัตราตายและภาวะคุกคามชีวิต ช่วยป้องกันไม่ให้อาการผู้ป่วยมีความรู้สึกสิ้นหวัง โดยการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ช่วยบรรเทาความทุกข์ ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติให้สามารถแก้ไขและเผชิญกับ ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยอาการทุเลาสามารถกลับบ้านไปใช้ชีวิตปกติได้เหมือนเดิม (วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ, 2560; จริยา พันธุ์วิทยากุล และจิราพร มณีพราย, 2561; hreatt, 2020)

เอกสารอ้างอิง

- สมจิตร หนูเจริญกุล. (2552). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2. กรุงเทพฯ: วี.เจ. พรินต์ติ้ง.
- เรณู สอนเครือ. (2552). แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล เล่ม 1. นนทบุรี: ยุทธินทร์การพิมพ์.
- เอกรินทร์ ภูมิพิเชฐและไชรัตน์ เทมพิกุล. (2553). Critical Care; At Difficult Time. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- บุษยามาส ชิวสกุลยง และชัยยุทธ เจริญธรรม. (2556). ภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์. เชียงใหม่: ทริค อินค์.
- โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (2564). ข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี 2562 – 2564. รายงานข้อมูลจากสถิติของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 2564
- วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตแบบองค์รวม. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญ นิติบุคคล สหประชาพานิชย์.
- มณฑิรา มณีรัตน์และคณะ. (2561). อายุรศาสตร์ทันยุค2561. กรุงเทพฯ: พรินท์เอเบิล.
- จริยา พันธุ์วิทยากุล และจิราพร มณีพราย. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต. ว.กองการพยาบาล 2561;45(1):86-104.
- hreatt, D. L. (2020). Improving Sepsis Bundle Implementation Times. Journal of Nursing Care Quality, 35(2),135-139.

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง
โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

The Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Self-care Promotion of
Chronic Kidney Disease Patients of Khao Wong Hospital, Kalasin Province

(Received: August 17,2021; Accepted: September 10,2021)

ศรีสุดา เศษฤทธิ¹ อติศร อุตรทักษ์ ,วิชชุนี ละม้ายศรี ,ยวดี คาศิวี

Srisuda Sedrit¹, Adisorn Udontak , Witchunee Lamaisri , Yuwadee Kadewee

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและการพัฒนา เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง โดยใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนาการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพ กลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่งานผู้ป่วยนอก 10 ราย งานผู้ป่วยใน 20 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง แบบประเมินความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรัง แบบประเมินกระบวนการพยาบาลสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลลัพธ์ ก่อน-หลังการพัฒนาโดยการทดสอบค่าที ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ แบ่งเป็น 4 ระยะคือ 1) ศึกษาสถานการณ์ที่ยังไม่มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ชัดเจน 2) สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 3) พัฒนาแนวปฏิบัติและทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย 4) ประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังทั้ง 4 หมวด พบว่า ค่าเฉลี่ยหลังการพัฒนายู่ในระดับดี (mean = 27.13, S.D. = 2.13) พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เรื่องการพยาบาลไตเรื้อรัง หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนาและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($P < .001$) และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนพัฒนาและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($P < .001$) จากผลการศึกษาเสนอแนะว่า ควรนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลดังกล่าวไปใช้พัฒนาการให้บริการผู้ป่วยในคลินิกไตเรื้อรัง และประยุกต์ใช้ในหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องต่อไป

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางการพยาบาล, ผู้ป่วยไตเรื้อรัง

Abstract

This research and development study is aimed at developing a Clinical Nursing Practice Guideline (CNPg) and study the outcome of utilization of CNPg of chronic kidney disease patients for self-care promotion of Khao Wong Hospital, Kalasin province. The framework of this development is based on a clinical nursing practice guideline of Soukup. The participants consisted of 10 registered nurses from out patients department and 20 registered nurses from in patients department. The research instruments included the CNPg of chronic kidney disease, The evaluation of chronic kidney disease nursing tool, nursing process utilizing capacity assessment tool, and registered nurses satisfaction tool were used for data collection. Data were analysed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation, and independent t-test. The findings revealed that the development of CNPg of chronic kidney disease at Khao Wong Hospital, Kalasin province are separated in four phases 1) To study pre-development CNPg of chronic kidney disease. 2) To study evidence based CNPg development of chronic kidney disease 3) To adjust the results of 1) and 2) and

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเขาวง



implement health strategy with patients. 4) To evaluate the utilization of the four subjects of CNPG, which indicated that the ability level in utilizing CNPG among registered nurses were good (mean = 27.13, S.D. = 2.13), nursing knowledge score about chronic kidney disease among registered nurses was increased after the study and was differing significantly ($P < .001$), and the satisfaction of registered nurses toward using the CNPG of chronic kidney disease was increased after the study and differentiated significantly ($P < .001$). The results of this study suggest that the CNPG of chronic kidney disease can be used for the development of nursing service in chronic kidney disease clinic and can be applied to other clinics.

Keywords: Clinical Nursing Practice Guideline, Chronic Kidney Disease

บทนำ

สถานการณ์โรคไตปัจจุบันกำลังเป็นปัญหาใหญ่ระดับโลก คนไทยมีแนวโน้มป่วยเพิ่มขึ้น สาเหตุส่วนใหญ่ร้อยละ 70 เกิดจากเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งมีผู้ป่วยรวมเกือบ 15 ล้านคน ผลตามมาก็คือมีภาวะไตเสื่อมเร็วขึ้นหากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง จากข้อมูลพบว่า คนไทยป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.6 ของประชากร หรือประมาณ 8 ล้านคน เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2 แสนคน การผ่าตัดเปลี่ยนไตทำได้เพียงปีละ 500 ราย ในภาพรวมระดับประเทศจึงเน้นการชะลอความเสื่อมของไต ให้เข้าสู่ระยะล้างไตที่ช้าลง (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563)

โรงพยาบาลเขาวงเป็นโรงพยาบาล ขนาด 60 เตียง ให้บริการด้านการดูแล รักษา ส่งเสริม พึ่งพสุขภาพ และงานผู้ป่วยนอกมีการให้บริการคลินิกกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCD Clinic) ให้บริการ ผู้ป่วย DM, HT, Asthma, Warfarin, CKD และมีหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 8 เตียง (ระบบเอกซน) คลินิกไตเรื้อรัง ผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ดังข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี พบว่าในปี 2561-2563 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 จำนวน 673, 913, และ 954 รายตามลำดับ และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 4 จำนวน 304, 390 และ 523 รายตามลำดับ เป็นผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายจำนวน 223, 221 และ 252 ตามลำดับ ผู้ป่วยบางส่วนต้องได้เข้านอนรักษาที่โรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อน ดังข้อมูลปี 2561-2563 จำนวน 81, 67 และ 80 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลเขาวง, 2564)

ที่ผ่านมา การปฏิบัติงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง ยังไม่เป็นไปในทางเดียวกัน ยังไม่มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ชัดเจน ผู้ศึกษาในฐานะผู้นำทางการพยาบาล มีความตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวข้างต้น จึงต้องการที่จะศึกษาและพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง ในระยะ 3-4 เพื่อชะลอความเสื่อมของไตให้เข้าสู่ระยะที่ต้องบำบัดแทนไตช้าลง โดยใช้กรอบแนวคิดของซูกัพ (Soukup,

2000) โดยนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังฯ อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงการพัฒนา (research and development) ในงานผู้ป่วยนอกและงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลเขาวง โดยใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนาการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพ (Soukup, 2000) ศึกษาระหว่างเดือน พฤษภาคม - กรกฎาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่งานผู้ป่วยนอกทั้งหมด 12 ราย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่งานผู้ป่วยในทั้งหมด 28 ราย รวม 40 ราย

กลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่งานผู้ป่วยนอกที่ปฏิบัติงานที่คลินิกโรคไต คลินิกเบาหวาน คลินิกโรคความดันโลหิตสูงรวมจำนวน 10 ราย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่งานผู้ป่วยในจำนวน 20 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังฯ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 หมวดคือ 1) การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไตเรื้อรังตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon, 1994) 2) การจัดการและให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังฯ 3) การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง 4) การประเมินผลลัพธ์คุณภาพบริการ

2. แบบประเมินความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรัง 10 ข้อ เป็นแบบประเมินที่ให้พยาบาลวิชาชีพตอบเอง (Self-report) คะแนนเต็ม 10 คะแนน

3. แบบประเมินการใช้กระบวนการพยาบาลสำหรับพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังฯ เป็นแบบประเมินที่ให้พยาบาลวิชาชีพตอบด้วยตนเอง (self report) มีทั้งคำถามปลายปิดและปลายเปิด ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังฯ มี 4 ข้อ ประกอบด้วย 1) ระดับการศึกษา 2) ระยะเวลาปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล 3) ประสบการณ์อบรม/ประชุมวิชาการ/สัมมนาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง 4) ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังฯ ไปใช้ในแต่ละหมวด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในแต่ละหมวด

4. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังฯ ไปใช้ เป็นแบบประเมินที่ให้พยาบาลวิชาชีพตอบเอง (Self-report)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีการตรวจสอบความถูกต้องและความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยใช้เทคนิค IOC (Index of Item - Objective Congruence) (Rovinelli & Hambleton, 1976) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านได้แก่อายุรแพทย์ด้านโรคไต 1 ท่าน แพทย์ประจำ

โรงพยาบาลเขาวง 1 ท่าน พยาบาล 3 ท่าน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพเฉพาะด้านการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง พยาบาลหัวหน้างานผู้ป่วยนอก และพยาบาลหัวหน้างานผู้ป่วยใน มีการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ในกลุ่มพยาบาลโรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 20 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บาค เท่ากับ .69

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: การศึกษาสถานการณ์ ศึกษาโดยการวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลเขาวง โดยมีการทบทวนเวชระเบียน สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ 3-4 และผู้ดูแลที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเขาวงเดือน พฤษภาคม 2564 ผู้ป่วย 10 ราย ผู้ดูแลหลัก 10 ราย สัมภาษณ์ในประเด็นที่เกี่ยวกับการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ปัจจัยสนับสนุนหรือส่งเสริมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง และปัญหาอุปสรรคต่างๆในการดูแลที่ผ่านมา สังเกตแบบมีส่วนร่วมในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานจริงในงานผู้ป่วยนอก และงานผู้ป่วยในจำนวน 30 ราย และบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

ระยะที่ 2: การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้รูปแบบ PICO (Cooke, Smith, & Booth, 2012) กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น กำหนดแหล่งสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ได้แก่ ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (electronic databases) เอกสารหรือบทความวิชาการ/งานวิจัยการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล/ข้อเสนอแนะ (กนกพร วงษระบิล, 2557; จิราพร โพธิชัย, 2557; ประภารัตน์ ประยูรพรหม, 2559; ภัทริยา อัยวรรณ, 2557; ภากร ชูพินิจรอบคอบ, 2558; ภัทรศร นพฤทธิ, 2561) หรือแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรัง ซึ่งมาจากสถาบัน/องค์กรที่น่าเชื่อถือเช่น สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย แนวทางการดูแลไตเรื้อรังระหว่างประเทศ ฯลฯ (ธิดารัตน์ อภิญญา, 2558; สมชาย เอี่ยมอ่อง, 2548; สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2560; KDIGO, 2020; Levin, et al., 2008; Peeters, et al., 2014)

ระยะที่ 3: การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังฯ และทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย โดยการจัดประชุมระดมความ



คิดเห็นจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ และพยาบาล เพื่อให้ความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ที่พัฒนาขึ้น หลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยใช้เทคนิค IOC (Index of Item - Objective Congruence) (Rovinelli & Hambleton, 1976) ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบไปด้วย อายุรแพทย์ด้านโรคไต 1 ท่าน แพทย์ประจำโรงพยาบาลเขาวง 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง พยาบาลหัวหน้างานผู้ป่วยนอก และพยาบาลหัวหน้างานผู้ป่วยใน จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้ในพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 20 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .69 ผู้วิจัยได้มอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้จัดการรายกรณีเป็นแกนนำในการประสานและเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติฯ โดยจัดประชุมสร้างความเข้าใจ และให้เห็นความสำคัญของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง พร้อมทั้งให้พยาบาลวิชาชีพนำไปใช้กับผู้ป่วย และมีการนิเทศติดตามการปฏิบัติเป็นระยะ

ระยะที่ 4: ประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังฯ ในช่วงเดือน กรกฎาคม 2564 ประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังฯ ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ โดยประเมินความรู้ก่อน และหลังการพัฒนาของพยาบาลวิชาชีพ และความสามารถในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ไปใช้ ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังฯ จากพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยนอก 10 ราย งานผู้ป่วยใน 20 ราย รวม 30 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ทดสอบค่าที่ (Independent t-test) ในการเปรียบเทียบ คะแนนความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรัง ก่อนและหลังการพัฒนาของพยาบาล วิเคราะห์ความสามารถในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังฯ ไปใช้ โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน ทดสอบค่าที่ (Independent t-test) ในการเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังฯ ไปใช้ก่อนและหลังพัฒนา ปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะที่ได้จากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการจัดกลุ่ม เนื้อหาอย่างง่าย ค่าความถี่ และร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ จะนำไปรวบรวมสรุปวิเคราะห์ และนำไปเผยแพร่ในภาพรวม ไม่ได้เจาะจงว่าเป็นข้อมูลของบุคคลคนใดคนหนึ่ง เช่นจะไม่มีชื่อ ที่อยู่ หรือสัญลักษณ์ใด ๆ ที่แสดงว่าเป็นตัวตนของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์
2. การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ขออนุญาตจากผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ และมีความยินดีในการตอบแบบสัมภาษณ์ พร้อมทั้งบงกลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ สรุปได้ดังนี้

ระยะที่ 1: สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แบ่งเป็น 3 ด้านดังนี้ 1) ด้านผู้ให้บริการ พบว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังในโรงพยาบาลเขาวงยังไม่ชัดเจน ยังไม่มีแบบแผนประเมินสุขภาพที่ชัดเจนเฉพาะเจาะจง โดยใช้แบบประเมินสุขภาพของผู้ป่วยทั่วไป ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลการให้ความรู้ และการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงยังไม่มีแนวทางในการประสานงาน ส่งต่อข้อมูลการรักษากับหน่วยงาน และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 2) ด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ บางรายสับสน สื่อสารค่อนข้างลำบาก ส่วนมากไม่กล้าตัดสินใจเลือกแผนการรักษาด้วยตัวเอง บางรายเข้าไม่ถึงการชะลอไตเสื่อมด้วยการดื้อยาลดโปรตีน เนื่องจากมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ และผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมตามแพทย์แนะนำได้ เนื่องจากต้องรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกคนอื่นในบ้าน ด้วยเกรงว่าจะเป็นภาระกับครอบครัว เพื่อที่จะรับประทานยาจำนวนมาก บางรายมีข้อจำกัดเช่น ตามัว มองไม่ชัด ทำให้รับประทานยาไม่ถูกขนาด ไม่ถูกเวลา รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ผู้ดูแลและครอบครัวบางรายขาดความมั่นใจในการดูแล

ระยะที่ 2: การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังฯ มีขั้นตอนประกอบด้วย การรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประคองสืบค้นด้วยมือ (Hand Search) โดยสืบค้นจากวารสารของไทยที่เป็นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ได้หลักฐานงานวิจัยเลือกมาจำนวน 8 เรื่อง และภาษาอังกฤษประกอบด้วย Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease, Nurse practitioner care improves renal outcome in patients with CKD., Evidence-based practice model promoting the scholarship of practice., (KDIGO, 2020; Levin, et al., 2008; Peeters, et al., 2014) หลังจากนั้นนำมาสรุปผลทบทวนงานวิจัย/หลักฐานเชิงประจักษ์

ระยะที่ 3: พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังฯ และทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานให้การพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรัง ซึ่งแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังฯ ประกอบด้วย 4 ประเด็น คือ 1) การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไตเรื้อรังตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon, 1994) 2) การจัดการและให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังฯ 3) การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง 4) การประเมินผลลัพธ์คุณภาพบริการ โดยประเมินค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากพยาบาลวิชาชีพที่ใช้เครื่องมือแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังฯ จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราค เท่ากับ .74 หลังจากนั้น ผู้ศึกษาได้จัดทำเป็นรูปเล่ม จัดประชุมสร้างความเข้าใจเพื่อให้เห็นความสำคัญของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังฯ ประกาศใช้ในโรงพยาบาล นำไปสู่การปฏิบัติ และประเมินผลลัพธ์กับพยาบาลวิชาชีพที่นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังฯ ไปใช้

ระยะที่ 4: ประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังฯ สรุปได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง

กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 30 ราย การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 99.67 ปริญญาโท ร้อยละ 3.33 ส่วนมากเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการร้อยละ 78 ประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 12.9 ปี ทุกคนผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง สู่การปฏิบัติกับผู้ป่วยไตเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรัง

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังก่อนการพัฒนา และหลังพัฒนา (n=30)

ความรู้	\bar{X}	S.D	t	p-value
ก่อนพัฒนา	6.40	1.10	-7.61	<.001*
หลังพัฒนา	8.60	0.89		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรัง ก่อนพัฒนาเท่ากับ 6.40 หลังพัฒนามีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.60 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรัง ก่อนพัฒนาและหลังพัฒนา โดยการทดสอบค่าที่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังหลังพัฒนา (\bar{X} = 8.60, S.D. = 0.89) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังก่อนการพัฒนา (\bar{X} = 6.40, S.D. = 1.10) และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .001$)

ส่วนที่ 3 ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติการทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง ไปใช้

ตารางที่ 2 จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่สามารถนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้จำแนกตามหมวดการปฏิบัติ (n=30)

การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ หลังการพัฒนา	\bar{X}	S.D.
1. การประเมินภาวะสุขภาพ	13.70	1.12
2. การจัดการและให้ความรู้	5.70	0.99
3. การดูแลต่อเนื่อง	5.33	1.21
4. การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล	2.40	0.62
โดยรวม	27.13	2.13



จากตารางที่ 2 พบว่าความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ ในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังไปใช้ ทั้ง 4 หมวด หลังพัฒนา อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยโดยรวม 27.13 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.31

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง *

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง (n = 30)

ระดับความพึงพอใจ	\bar{X}	S.D	t	p-value
ก่อนพัฒนา	19.33	2.49	-7.05	<.001*
หลังพัฒนา	22.37	1.94		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังหลังพัฒนา ($\bar{X} = 22.37$) เพิ่มขึ้นจากก่อนพัฒนา ($\bar{X} = 19.33$) และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p < .001)

ส่วนที่ 5 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง*

ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติการพยาบาลในหมวดที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไตเรื้อรังตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon, 1994) พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 20 (n = 6) มีความเห็นว่าเป็นผู้รับบริการส่วนมากเป็นผู้ป่วยนอก มีจำนวนมาก การประเมินค่อนข้างละเอียดใช้เวลานาน มีข้อจำกัดเรื่องเวลาทำให้ประเมินได้ไม่ครอบคลุม ที่งานผู้ป่วยไม่มีหลายข้อเข้ากับแบบประเมินภาวะสุขภาพที่มีอยู่แล้ว ผู้ป่วยบางรายไม่มีอำนาจในการตัดสินใจในการดูแลและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุบางราย มีภาวะสับสน มีปัญหาในการสื่อสาร ผู้ดูแลสลับสับเปลี่ยนกันดูแล

ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ชัดเจน ส่วนข้อเสนอแนะ เห็นว่าควรปรับแบบประเมินให้กระชับ ไม่ซ้ำซ้อนกับแบบประเมินสุขภาพที่มีอยู่ ควรเลือกคำถามเพื่อรวบรวมข้อมูลที่ชัดเจนเข้าใจง่าย เพื่อให้ง่ายต่อการให้ข้อมูลของผู้ป่วยและผู้ดูแลควรมีผู้ดูแลใกล้ชิดขณะประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติการพยาบาลหมวดที่ 2 การจัดการและให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรัง พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 23.33 (n=7) มีความเห็นว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ บางรายขาดผู้ดูแล สื่อสารค่อนข้างลำบาก ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถตัดสินใจได้เองโดยเฉพาะเรื่องการฟอกไตเสนอแนะว่า ผู้ให้ข้อมูลต้องมีความรู้และทักษะในการสื่อสาร และต้องใช้เวลา ควรจัดทำสื่อการสอนที่เข้าใจง่าย รวมถึงต้องมีแผนการให้ความรู้ และมีการประเมินผลหลังให้ความรู้ การให้ความรู้ครั้งแรกแก่ผู้สูงอายุเพื่อตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาและชะลอการเสื่อมของไตควรมีผู้ดูแลร่วมรับฟัง หมวดที่ 3 การดูแลต่อเนื่องพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 16.67 (n=5) มีความเห็นว่า ที่ผ่านมามีแนวทางการดูแลต่อเนื่องที่ชัดเจน ไม่มีเกณฑ์ที่ชัดเจนในการส่งต่อเพื่อพบแพทย์เฉพาะทาง แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังฯ ในแต่ละหอผู้ป่วยแตกต่างกัน การดูแลจากคลินิก NCD ไปยังจุดอื่นเช่นการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนยังไม่ต่อเนื่องและครอบคลุม ควรมีเกณฑ์การดูแลและแนวทางการส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทางที่ชัดเจน มีการบริการจัดส่งยาและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับยาได้เอง พยาบาลจัดการรายการนัดควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน หมวดที่ 4 การประเมินผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 30.00 (n=9) มีความเห็นว่า ขาดการจัดอบรมความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่บางรายขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง ยังไม่มีแผนการอบรมความรู้ และแผนการนิเทศที่ชัดเจน ยังขาดการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนางาน การศึกษาการพัฒนางานจากงานวิจัย หรือความรู้เชิงประจักษ์มีน้อยมาก เสนอแนะให้มีการกำหนดแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังฯ ที่ชัดเจน มีแผนการพัฒนาบุคลากรและมีการนิเทศที่สม่ำเสมอ ต่อเนื่อง จัดทำคู่มือในการพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรัง ที่มีเนื้อหากระชับ เข้าใจง่าย ส่งเสริมให้มีการพัฒนางานโดยใช้งานวิจัย หรือ CQI หรือ R2R

สรุปและอภิปรายผล

1. ลักษณะแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้พัฒนาจากประเด็นปัญหา และแก้ไขปัญหตามบริบทของหน่วยงาน มีการพัฒนาอย่างมีขั้นตอนบนพื้นฐานของการวิจัยเชิงพัฒนา และพัฒนาบนหลักฐานเชิงประจักษ์ ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้ก่อนที่จะนำมาใช้จริง โดยแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง ประกอบด้วย 4 หมวด คือ หมวดที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon, 1994) หมวดที่ 2 การจัดการและการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรัง หมวดที่ 3 การดูแลต่อเนื่อง และหมวดที่ 4 การประเมินผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาล

2. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังหลังพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังฯ ไปใช้ ทั้ง 4 หมวด หลังพัฒนาอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยโดยรวม 27.13 ค่าเบี่ยงเบน

มาตรฐาน 2.31 สอดคล้องกับการศึกษาของ มนสรภณี วิฑูรเมธา และคณะ (2559) ที่ศึกษาการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน พบความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน อยู่ในระดับดี (mean = 4.11, SD = .291) เมื่อประเมินความพึงพอใจพบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังหลังพัฒนา (\bar{X} = 22.37) เพิ่มขึ้นจากก่อนพัฒนา (\bar{X} = 19.33) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของวัลลภา สุวรรณพิทักษ์ และคณะ. (2560) ที่ศึกษาการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงโรงพยาบาลกระบี่ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้นหลังการพัฒนาจากร้อยละ 86.05 เป็นร้อยละ 98.22

ข้อเสนอแนะ

แนวปฏิบัติการพยาบาลควรมีการนำไปใช้อย่างจริงจัง มีการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ให้สอดคล้องกับหน่วยงาน บริบทของการให้บริการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังให้มีคุณภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กนกพร วงษระบิลนาม. (2557). การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จิราพร โพธิชัย. (2557). การพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้องโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ หลักสูตร พยาบาลศาสตร์ ศาสตรมหาบัณฑิต,คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ธิดารัตน์ อภิญา. (บรรณาธิการ). (2558). คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร : กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ประภารัตน์ ประยูรพรหม และคณะ. (2559). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลชัยภูมิ. วารสารกองการพยาบาล 2559; 43(1) : 12-33
- ภัทรียา อัยวรรณ. (2557). การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.



- ภากร ชูพินิจรอบคอบ. (2558). การพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการความปวดแบบเฉียบพลันของผู้ป่วยเด็กเล็ก. *โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ*.
- ภัทรศร นพฤทธิ์. (2561). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลมุกดาหาร. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม* 2562 ; 16 (3) : 96-108
- มนสรณ์ วิฑูรเมทา และคณะ. (2559). การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก* ; 27 (2): 100-110
- วัลลภา สุวรรณพิทักษ์และคณะ. (2560). การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยสมองขาดเจ็บไม่รุนแรง โรงพยาบาลกระบี่. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้* 2560; 4(2): 140-141
- โรงพยาบาลเขาวง. (2564). สถิติการมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาลเขาวง อ. เขาวง จ. กาฬสินธุ์ จำแนกรายโรคปี 2564.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563). สถานการณ์โรคไตเรื้อรัง : สถาบันโรคไต ภูมิราชนครินทร์ เข้าถึงเมื่อ 25 เมษายน 2564 เข้าถึงได้จาก [http : //www.hfocus.org](http://www.hfocus.org).
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2560). คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร : บริษัทเทกซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชันจำกัด.
- สมเกียรติ วสุวิญญกุล. (บรรณาธิการ). (2553). คู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไต. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชัน.
- สมชาย เอี่ยมอ่อง และเกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ (บรรณาธิการ). (2548). ESSENTIALS IN Hemodialysis. กรุงเทพฯ: เท็กซ์แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชัน.
- Cooke, A., Smith, D., & Booth, A. (2012). Beyond PICO: the SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. *Qualitative health research*, 22(10), 1435-1443.
- Gordon, M. (1994). *Nursing diagnosis: Process and Application*. New York: McGraw-Hill.
- KDIGO, (2020). Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. เข้าถึงวันที่ 1 พ.ค. 2564. จาก <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2020/10/KDIGO-2020-Diabetes-in-> Levin, A., Hemmelgarn, B., Culleton, B., Tobe, S., McFarlane, P., Ruzicka, M., ... & Tonelli, M. (2008). Guidelines for the management of chronic kidney disease. *Cmaj*, 179(11), 1154-1162. CKD-GL.pdf
- Rovinelli, R.J. and Hambleton, R.K. (1976). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association : California. April 19 – 23, 1976)0 [Online] Available : <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED121845.pdf>. Retrieved Feb 3, 2018.
- Peeters, M. J., van Zuilen, A. D., van den Brand, J. A., Bots, M. L., van Buren, M., Ten Dam, M. A., Kaasjager, K. A., Ligtenberg, G., Sijpkens, Y. W., Sluiter, H. E., van de Ven, P. J., Vervoort, G., Vleming, L. J., Blankestijn, P. J., & Wetzels, J. F. (2014). Nurse practitioner care improves renal outcome in patients with CKD. *Journal of the American Society of Nephrology : JASN*, 25(2), 390–398. <https://doi.org/10.1681/ASN.2012121222>
- Soukup, S. M. (2000). Evidence-based practice model promoting the scholarship of practice. In S. M. Soukup & C. F. Beason Eds). *Nursing Clinic of North America*. (pp.301-309). Philadelphia: W. B. Saunders.

การพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีความเสี่ยงสูง : กรณีศึกษา 2 ราย The holistic nursing care for high risk cholangiocarcinoma patients : case study 2 case

(Received: August 6,2021; Accepted: August 30,2021)

วิไลลักษณ์ ภูจอมจิตต์¹

Wilailak Phujomjit

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา 2 ราย เพื่อเปรียบเทียบการดูแลรักษาและกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีจำนวน 2 ราย และนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผลการศึกษา พบว่ากรณีศึกษาคนที่ 1 ผู้ป่วยวัยกลางคน มีโรคร่วมคือเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีประวัติชอบรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ ปลาสดและปลาร้าดิบ มีอาการปวดแน่นท้องมาก ตาตัวเหลืองมาก แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Cholangiocarcinoma ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาได้รับการรักษาแบบใส่ท่อระบายน้ำดี PTBD เพื่อลดอาการปวดแน่นท้อง ผู้ป่วยรับรู้เรื่องโรค ปฏิเสธการผ่าตัดเนื่องจากมีความกลัวการผ่าตัด จึงได้รับการรักษาตามอาการและผู้ป่วยมีความสนใจการรักษาแบบทางเลือกคือการใช้้ำมันกัญชาเพื่อลดความปวดแต่เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการคั่งของบิลิรูบินสูง จึงไม่สามารถให้น้ำมันกัญชาได้เพราะจะมีผลต่อการทำงานของตับ ผู้ป่วยและญาติรับทราบ เข้าใจแนวทางการรักษาขอรับการรักษาแบบประคับประคองต่อที่บ้าน กรณีศึกษาคนที่ 2 เป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วมคือโรคเบาหวาน 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวดแน่นท้อง ถ่ายเหลว คลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย 4 เดือนก่อนมีอาการตา ตัวเหลือง เบื่ออาหาร น้ำหนักลดร่วมกับอาการปวดแน่นท้องได้ขยี้โครงขวา และปัสสาวะออกสีเหลืองเข้ม ในช่วงเป็นหนุ่มดื่มเหล้าสุบๆหรือเลิกมาแล้วประมาณ 5 ปี มีประวัติชอบรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ ปลาสดดิบ ก้อยปลา ก้อยกุ้งเป็นกับแกล้มเวลาดื่มเหล้า ผลตรวจ CT scan เป็น Cholangiocarcinoma ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด Hepatectomy (Rt.) มีภาวะแทรกซ้อนคือหลังผ่าตัดไม่สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ 4 วัน มีไข้ เกลือแร่โพแทสเซียมต่ำ ได้รับการดูแลในขณะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้รับยาปฏิชีวนะ ยาแก้ปวดและยารักษาตามแผนการรักษาจนกระทั่งอาการดีขึ้น หายใจได้เอง รับประทานอาหารอ่อนได้ จำหน่ายกลับบ้านพร้อมมีท่อ JD ที่บริเวณหน้าท้อง นัดพบแพทย์อีก 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลาอนโรงพยาบาล 11 วัน

คำสำคัญ : มะเร็งท่อน้ำดี การพยาบาลองค์รวม

ABSTRACT

This study was a case study of two cases to compare care and the process of nursing 2 cholangiocarcinoma patients and using the results of the study as a guideline for nursing practice in caring for cholangiocarcinoma patients to be more quality and effective. The results of the study found that the first case study was a middle-aged patient, have comorbidities, namely diabetes and high blood pressure has a history of likes to eat raw food, pickled fish and raw fermented fish have severe abdominal pain , very yellow eyes. The doctor diagnosed it as Cholangiocarcinoma in the past 1 month received PTBD intubation treatment to reduce abdominal distension. The patient is aware of the disease refused surgery due to fear of surgery. Therefore, it is treated according to symptoms and patients are interested. An alternative treatment is the use of cannabis oil. To reduce pain, but because the patient has high bilirubin congestion. Therefore, hemp oil cannot be given because it will affect liver function. Patients and relatives are informed Understand the treatment approach, seek palliative care at home. The second case study was an elderly person had a comorbid disease was diabetes. One day before coming to the hospital had a stomachache, Diarrhea, nausea, and vomiting. Able to eat less food for 4 months before having symptoms of jaundice, jaundice, loss of appetite, weight loss along with abdominal pain under the right ribcage and dark yellow urine. During his youth hard drank alcohol. Quit smoking for about 5 years, had a history of eating raw food, Raw pickled fish, fish koi, shrimp koi were a snack when drinking alcohol. The result of a CT scan was Cholangiocarcinoma. Treated by Hepatectomy (Rt.). After surgery was complication is the ventilator cannot be removed and the ventilator must be inserted for 4 days. Low potassium salt be supervised while using the ventilator

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์



received antibiotics Painkillers and medication according to the treatment plan until symptoms improve, can breathe on their own, and eat soft foods. Sold to take home with a JD tube on the abdomen. 2 more weeks to see a doctor, total 11 days hospital stay.

Keyword: bile duct cancer , holistic nursing

บทนำ

มะเร็งท่อน้ำดีเป็นมะเร็งที่อยู่บริเวณเยื่อผนังของท่อน้ำดีทางเดินน้ำดีทั้งภายในและภายนอกตับ ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่าเป็นสาเหตุ การตายอันดับหนึ่งเมื่อแยกตามรายภาค โดยในปี พ.ศ. 2555-2557 มีอัตราการตาย 34.9, 35.5 และ 35 ต่อ 100,000 คน รองลงมาคือภาคเหนือ อัตราตาย 22.9, 25.7 และ 25.2 ต่อ 100,000 คน ตามลำดับ และมีอัตราความชุกของโรคมะเร็งท่อน้ำดีเพิ่มขึ้นโดย กองสถิติกระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าในปีพ.ศ. 2556 และ 2557 มีอัตราความชุก 91.16 และ 91.82 ต่อ 100,000 คน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบในผู้ชาย 135 คนและในผู้หญิง 48 คนต่อประชากร 100,000คนตามลำดับซึ่งเป็นอุบัติการณ์ที่สูงที่สุดในโลก ซึ่งในแต่ละปีมีผู้ป่วยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีราวๆ 14,000คน สาเหตุหลักคือเกิดจากการติดพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเป็นตัวปรสิตที่พบในปลาน้ำจืดชนิดมีเกล็ด เช่น ปลาตะเพียน ปลาขาว ปลาสลวย ปลากระสูบ ปลาแม่สะแดง ปลาชิว ปลาแก้มขี้ ปลาชาวนา เป็นต้น ปลาเหล่านี้ หาได้ทั่วไปตามแหล่งน้ำในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเมื่อคนรับประทานปลาน้ำจืดเหล่านี้แบบสุกๆ ดิบๆ เช่น ทำเป็น ก้อยปลาดิบ ลาบปลาดิบ ปลาต้ม ปลาร้าที่หมักไม่เกิน 1 สัปดาห์โดยตัวอ่อนของพยาธิสามารถไชเข้าไปเจริญเติบโตอยู่ในท่อน้ำดีและมีชีวิตอยู่ได้นานถึง 20 ปี และจะทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังในท่อน้ำดีและเกิดเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในที่สุด อย่างไรก็ตาม เมื่อเกิดการติดเชื้อ เรายังไม่ได้เป็นมะเร็งในทันที แต่กระบวนการก่อมะเร็งที่บริเวณท่อน้ำดีในระดับจะใช้เวลาอย่างน้อย 20-30 ปีจึงจะตรวจพบก้อนเนื้อร้าย ดังนั้นชาวบ้านจึงมักไม่ตระหนักที่จะเลิกนิสัยการบริโภคปลาดิบ และซักร้ายังใช้วิธีกินยาถ่ายพยาธิเอา ทำให้มีพฤติกรรมแบบติดพยาธิซ้ำซาก ส่งผลให้เกิดภาวะอักเสบแบบเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี

สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดกาฬสินธุ์ในปี 2558 พบมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 15.3 เปอร์เซ็นต์ ปี 2559 ร้อยละ 15.6 เปอร์เซ็นต์ และในปี 2560 ร้อยละ 23.65 มีผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีในปี 2543-2558 จากจำนวน 2,793 รายเสียชีวิตแล้ว 2,417 ราย จากข้อมูลสารสนเทศโรงพยาบาลกาฬสินธุ์พบว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ในปี 2561 จำนวน 77 ราย ปี 2562 จำนวน 76 รายและปี 2563 จำนวน 58 รายมากเป็นอันดับ2

(90.24%) รองจากมะเร็งตับ (92.69%) จากสถิติถึงแม้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะลดลงแต่ก็สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีว่าเป็นปัญหาที่สำคัญและพบได้มากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้และเนื่องจากผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีจะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการ ทำให้ช้าเกินกว่าจะแก้ไขได้ทันท่วงที หากผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่เริ่มแรก ซึ่งยังไม่มีอาการใดๆปรากฏจะมีโอกาสหายจากโรคได้มากกว่าการมาพบแพทย์เมื่อโรครอคอยู่ในระยะลุกลามคือจนถึงขั้นมีอาการตาเหลือง ตัวเหลืองทำให้การรักษาไม่ได้ประสิทธิภาพเท่าที่ควร

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นสถานการณ์ที่รุนแรงและคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย โดยธรรมชาติของโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่อันตรายถึงตายได้อย่างรวดเร็วจากการที่มะเร็งลุกลามโดยตรงไปตามอวัยวะต่างๆที่สำคัญของร่างกาย ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้รับความทุกข์ทรมานจากเซลล์มะเร็งที่เพิ่มจำนวนมากขึ้นและกระจายลุกลามเร็วที่สุดในที่สุดอวัยวะของร่างกายจะถูกทำลาย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการมากมาย เช่น ปวดแน่นท้อง หายใจลำบาก เหนื่อยอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ท้องมานตาเหลือง ตัวเหลืองและคันตามร่างกายขึ้นอยู่กับอวัยวะที่ถูกทำลายและในที่สุดทำให้ผู้ป่วยต้องเสียชีวิต นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วยมักไม่สามารถหารายได้เลี้ยงครอบครัวได้ ทำให้ครอบครัวขาดรายได้และภาครัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพเป็นจำนวนมากจึงมีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวในการหาวิธีการจัดการกับอาการหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากภาวะของโรค ตลอดจนวิธีการรักษาซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำรงชีวิตซึ่งมีผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะยาว

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้เห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งด้านการป้องกันการเกิดโรค ส่งเสริมการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดโรค โดยพยาบาลต้องมีส่วนช่วยตั้งแต่การคัดกรองโรคซึ่งถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพเร็วขึ้น ทั้งนี้เป็นการช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขา มะเร็ง จังหวัดกาฬสินธุ์ พยาบาลวิชาชีพในระดับปฐมภูมิจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและพยาธิสภาพของโรค



และการรักษาต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลวิชาชีพในระดับปริญญาตรีและปริญญาโทมีความสำคัญในการดูแลคุณภาพแบบองค์รวม ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติปรับระบบคิดเรียนรู้ใหม่ และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยระบบทางปัสสาวะ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้มีการนำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Case management) ซึ่งเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการพัฒนางานและคุณภาพการบริการพยาบาล การบริหารจัดการระบบบริการที่ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้จัดการการดูแล (Care manager) ซึ่งจะสามารถทำงานประสานงานในที่มสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมในการสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก ทบทวนแผนการรักษาพยาบาล แผนการจำหน่ายผู้ป่วยเมื่อได้รับการดูแลรักษาตามชนิดและความรุนแรงของโรคจนกระทั่งเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคและเข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคอง โดยพยาบาลต้องมีการประเมิน วางแผน วินิจฉัย ปฏิบัติการพยาบาลและติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานและได้รับการฟื้นฟูสภาวะร่างกายเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามอัตภาพ รวมถึงการสร้างระบบส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพซึ่งการสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพทั้งในที่มสุขภาพและในชุมชนเป็นการมุ่งเน้นเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทศนคติของประชาชนนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันอุบัติการณ์ของโรค

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลรักษาและกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีจำนวน 2 ราย
2. เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา

เป็นกรณีศึกษาจำนวน 2 รายโดยการเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการดูแลรักษาโดยการใส่สายท่อระบายน้ำดีและต้องการการดูแลรักษาแบบประคับประคอง กับผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเพื่อกำจัดก้อนเนื้อร้ายออก โดยการศึกษาประวัติผู้ป่วย การรักษาพยาบาล รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติและเวชระเบียนของผู้ป่วย มีการประเมินสภาพ ชักประวัติ การตรวจร่างกายเพื่อให้ทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนเพื่อให้การพยาบาล กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน แนวคิดการดูแลแบบ

องค์รวม การดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตหลังการผ่าตัด แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง มีการประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มีการวางแผนการจำหน่ายโดยใช้หลัก D-E-M-E-T-H-O-D

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 53 ปี 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวดแน่นท้อง ท้องอืดมาก มีประวัติเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทำ CT scan แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Cholangiocarcinoma (CHCA) 1เดือน ก่อนมาได้รับการใส่สายเพื่อระบายน้ำดีออกทางหน้าท้อง (Percutaneous transhepatic biliary drainage : PTBD) ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่น ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตาเหลือง ตัวเหลืองมาก ไม่มีไข้ หายใจไม่หอบ ซีดเล็กน้อย Hct = 23.7% ได้รับเลือด 1 unit Hct หลังให้เลือด = 29% มีอาการปวดแน่นท้องมากเป็นพักๆ ได้รับยาแก้อาการท้องอืด ผู้ป่วยรับรู้เรื่องโรคแต่ต้องการการรักษาทางเลือกเนื่องจากมีความวิตกกังวลและกลัวตายรวมถึงเป็นห่วงครอบครัว ผู้ป่วยมีความสนใจคลินิกกัญชาทางการแพทย์ได้ปรึกษาทีมการดูแลแบบประคับประคอง แพทย์ลงความเห็นว่าการดูแลโดยใช้ยาตามอาการ ไม่สมควรให้สารสกัดจากกัญชาเนื่องจากกัญชามีผลต่อการทำงานของตับ ซึ่งผลตรวจเลือดมีค่า Total bilirubin สูง (16.52 mg/dl) ผู้ป่วยและญาติเข้าใจขอเข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคองและขอกลับไปดูแลที่บ้าน

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 63 ปี 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวดแน่นท้อง ถ่ายเหลว คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย 4 เดือนก่อนมีอาการตา ตัวเหลือง เบื่ออาหาร น้ำหนักลดร่วมกับอาการปวดแน่นท้องได้ ชายโครงขวา ปัสสาวะออกดีสีเหลืองเข้ม ในช่วงเป็นหนุ่มดื่มเหล้า สูบบุหรี่เลิกมาแล้วประมาณ 5 ปี มีประวัติชอบรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ อาการแรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีไข้ ถ่ายเหลว คลื่นไส้ไม่อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย ปวดแน่นท้องเล็กน้อย สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 101/76 มิลลิเมตรปรอท ตรวจCT scan แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Cholangiocarcinoma แผนการรักษาคือผ่าตัด Hepatectomy (Rt) หลังผ่าตัดต้องใส่เครื่องช่วยหายใจต่อเนื่องจากไม่สามารถหายใจได้เอง มีไข้ 38.8 องศาเซลเซียส ได้รับยา Ceftriaxone 2 gm. IV OD, Metronidazole 500 mg. IV ทุก 8 ชั่วโมง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ K = 3.30 ได้รับ E.KCL 30 ml x 2 dose pain score 5-7 ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลา 4 วันจึงสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลหลังผ่าตัดจนอาการดีขึ้น ไม่มีไข้ ทูเลอาการปวด รับประทานอาหารอ่อนได้เอง พยาบาล



ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว การดูแลแผลและการดูแลตนเอง เมื่อกลับไปอยู่บ้าน รวมระยะเวลาอนโรโรงพยาบาล 11 วัน

จากการเปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษา 2 ราย พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยวัยกลางคน มีโรคร่วมคือเบาหวาน และความดันโลหิตสูง มีประวัติชอบรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ ปลาสดและปลาร้าดิบ มีอาการปวดแน่นท้องมาก ตาตัวเหลืองมาก แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Cholangiocarcinoma ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาได้รับการรักษาแบบใส่ท่อระบายน้ำดี PTBD เพื่อลดอาการปวดแน่นท้อง ผู้ป่วยรับรู้เรื่องโรค ปฏิเสธการผ่าตัดเนื่องจากมีความกลัวการผ่าตัด จึงได้รับการรักษาตามอาการและผู้ป่วยมีความสนใจการรักษาแบบทางเลือกคือการใช้ไขมันกัญชาเพื่อลดความปวดแต่เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะการคั่งของบิลิรูบิลสูง จึงไม่สามารถให้น้ำมันกัญชาได้ เพราะจะมีผลต่อการทำงานของตับ ผู้ป่วยและญาติรับทราบเข้าใจแนวทางการรักษาขอรับการรักษาแบบประคับประคองที่บ้าน

กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วมคือโรคเบาหวาน 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวดแน่นท้อง

ถ่ายเหลว คลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย 4 เดือน ก่อนมามีอาการตา ตัวเหลือง เบื่ออาหาร น้ำหนักลดร่วมกับอาการปวดแน่นท้องใต้ชายโครงขวา ปัสสาวะออกสีเหลืองเข้ม ในช่วงเป็นหนุ่มดื่มเหล้า สูบบุหรี่เลิกมาแล้วประมาณ 5 ปี มีประวัติชอบรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ ปลาสดดิบ ก้อยปลา ก้อยกุ้งเป็นกับแกล้มเวลาดื่มเหล้า ผลตรวจ CT scan เป็น Cholangiocarcinoma รับการรักษาโดยการผ่าตัด Hepatectomy (Rt.) มีภาวะแทรกซ้อนคือหลังผ่าตัดไม่สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ 4 วัน มีไข้ เกลือแร่โพแทสเซียมต่ำ ได้รับการดูแลในขณะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้รับยาปฏิชีวนะ ยาแก้ปวดและยารักษาตามแผนการรักษาจนกระทั่งอาการดีขึ้น หายใจได้เอง รับประทานอาหารอ่อนได้ จำหน่ายกลับบ้านพร้อมมีท่อ JD ที่บริเวณหน้าท้อง นัดพบแพทย์อีก 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลาอนโรโรงพยาบาล 11 วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด	<p>กรณีศึกษารายที่ 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้คำแนะนำ เตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจโดย 1 วันก่อนผ่าตัดต้องทำความสะอาดร่างกาย อาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ 2. จัดนึ่งอาหารอย่างน้อย 6 ชั่วโมงเพื่อป้องกันเศษอาหารในกระเพาะลำไส้เข้าสู่หลอดลมเวลาดมยา 3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ตามแผนการรักษา 4. ประเมินภาวะขาดน้ำและเสียสมดุลของอิเล็กโทรไลต์รวมทั้งติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 5. พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้ข้อมูลให้คำแนะนำต่างๆ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 5.1 การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดโดยการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลของการผ่าตัด วิธีการผ่าตัด และการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด เช่นการเตรียมทำความสะอาดบริเวณผิวหนัง การงดน้ำงดอาหาร การใส่สายสวนปัสสาวะ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษา 5.2 ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดโดยอธิบายเหตุผล ประโยชน์และสาเหตุวิธีการทำให้ผู้ป่วยฝึกหัดทำก่อนผ่าตัดในเรื่องของการหายใจเข้าช้าๆและหายใจออกยาว การไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังขาทั้ง 2 ข้าง การพลิกตะแคงตัวเพื่อเปลี่ยนท่านอนโดยเน้นให้ผู้ผู้ป่วยเริ่มทำทันทีที่รู้สึกตัวหลังผ่าตัด และทำทุก 1-2 ชั่วโมงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด <p>การประเมินผล ผู้ป่วยรับทราบแนวทางการรักษา ให้ความร่วมมือดี</p>
เกิดการคั่งของบิลิรูบิลในร่างกาย	<p>กรณีศึกษารายที่ 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยจะมีอาการคันตามผิวหนังควรตัดเล็บให้สั้นและเรียบ หลีกเลี่ยงการใช้สบู่หรือแอลกอฮอล์ถูตัวเพราะจะทำให้ผิวหนังแห้งมากขึ้น อาบน้ำด้วยสบู่ที่เป็นด่างอ่อนและทาด้วยโลชั่นจะทำให้ผิวหนังชุ่มชื้นขึ้น 2. ไม่ถูตัวขณะอาบน้ำและถูตัวแรงๆ 3. แนะนำให้ใส่เสื้อผ้า ใช้ผ้าเช็ดตัวและผ้าปูที่นอนนุ่ม เพื่อป้องกันการระคายเคืองของผิวหนัง 4. ดูแลให้ได้รับยาแก้คันตามแผนการรักษา 5. ถ้ามีไข้สูงให้เช็ดตัวจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกเย็นและสบายขึ้นและดูแลให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา 6. แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างเพียงพอเพื่อป้องกันภาวะผิวแห้งจากการขาดน้ำ 7. เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นกระตุ้นให้ลุกเดินวันละหลายๆครั้งเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของการนอนนานๆ <p>การประเมินผล ผู้ป่วยมีอาการคันตามร่างกายเล็กน้อย ได้รับยาแก้คัน ดูแลสุขภาพร่างกายสามารถนอนพักผ่อนได้</p>

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ไม่สบายจากอาการปวดแน่นท้อง</p>	<p>กรณีศึกษา รายที่ 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำนอนศีรษะสูง 2. ประเมินอาการปวด 3. ดูแลให้ได้รับยาลดอาการปวดแน่นท้องตามแผนการรักษา 4. แนะนำรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย 5. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล เป็นกันเอง <p><u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยมีอาการปวดแน่นท้องเป็นพัก ๆ ไม่ปวดมาก</p>
<p>เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากหลังผ่าตัดไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้</p>	<p>กรณีศึกษา รายที่ 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลระบบทางเดินหายใจเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอจากเครื่องช่วยหายใจโดยการตั้งค่าตามแผนการรักษา 2. ประเมินระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วยเมื่อแรกเริ่ม ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน เช่น เหนื่อยออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย ผิวเขียวคล้ำ ความสัมพันธ์ของเครื่องช่วยหายใจกับการหายใจของผู้ป่วย 3. วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 4 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้ง รายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติได้แก่ ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตตก หายใจผิดปกติ 4. ดูแลอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในระดับปกติด้วยการห่มผ้าเพื่อให้ร่างกายอบอุ่น 5. ดูแลเสมหะเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง 6. On EKG monitor, วัดออกซิเจนปลายนิ้วทุก 1 ชั่วโมง 7. จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศาและเปลี่ยนท่านอนทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี 8. ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความไม่สบาย <p><u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ 4 วันจึงสามารถเอาท่อช่วยหายใจออกหายใจได้เอง</p>
<p>เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆหลังผ่าตัด</p>	<p>กรณีศึกษา รายที่ 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หลัง 24 ชั่วโมงแรกวัดสัญญาณชีพและระดับความรุนแรงของความปวดทุก 4-8 ชั่วโมง 2. ช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง กระตุ้นให้ลุกนั่งหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงหากประเมินแล้วว่าไม่มีความเสี่ยงหรือไม่มีข้อห้าม 3. ดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษา 4. สอนเทคนิคการไออย่างมีประสิทธิภาพและกระตุ้นให้ไอหรือหายใจลึกทุก 2-4 ชั่วโมง 5. ดูแลให้ได้รับอาหารทางสายยางและสารน้ำตามแผนการรักษา 6. เมื่อแพทย์ให้รับประทานอาหารได้ควรดื่มอย่างน้อยวันละ 2,000 ml เพื่อชดเชยการสูญเสียน้ำทางท่อระบาย JD 7. ดูแลท่อระบาย JD ต่อลงขวดสุญญากาศ ดูแลให้ระบบเป็นสุญญากาศตลอดเวลา โดยสังเกตตัวท่อนอนด้านบนขวดจะต้องยุบตัวแน่น 8. บันทึกปริมาณ สีและลักษณะของน้ำที่อยู่ในขวดรองรับ 9. Dressing แผลวันละครั้งหรือกรณีมี discharge ซึม <p><u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องพอทนได้ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน แผลไม่ติดเชื้อ</p>
<p>มีการอักเสบติดเชื้อในถุงน้ำดี</p>	<p>กรณีศึกษา รายที่ 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาคือ - Ceftriaxone 2 gm. IV OD - Metronidazole 500 mg. IV ทุก 8 ชั่วโมง 2. ดูแลให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา 3. เช็ดตัวลดไข้ 4. ดูแลให้อาหารอ่อน ย่อยง่าย 5. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง <p><u>การประเมินผล</u> หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีไข้ 4 วันจากนั้นไข้ลดลง สบายขึ้น</p>
<p>มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำเนื่องจากถ่ายเหลวและอาเจียน</p>	<p>กรณีศึกษา รายที่ 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลให้ได้รับโพแทสเซียมทดแทนคือ E. KCL 30 mL ทุก 3 ชั่วโมง x 2 dose 2. วัดสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง 3. แนะนำผู้ป่วยให้รับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง 4. ติดตามการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 5. ติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับโพแทสเซียมในร่างกายทางห้องปฏิบัติการ



ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypoglycemia เนื่องจากได้รับประทานอาหารได้น้อย คลื่นไส้อาเจียน</p>	<p>การประเมินผล ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ผลตรวจค่า K = 5</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ติดตามผลการตรวจ DTX premeal+hs keep 80 – 200 mg% 2. ดูแลให้ได้รับอาหารเหลวทางสายยางตามแผนการรักษา 3. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติทราบถึงสาเหตุการและอาการแสดงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 4. แนะนำผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการเมื่อมีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ 5. เมื่อรับประทานอาหารได้เองแนะนำให้รับประทานอาหารอ่อน ครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง 6. ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษา 5%D/N/2 1,000 ml. IV 80 ml/hr. <p>การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (DTX) 120-140 mg% ไม่มีอาการมือเท้าเย็น ใจสั่น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ซึม สับสนหรือหมดสติ หลังจากได้รับยาปฏิชีวนะรับประทานอาหารได้มากขึ้น</p>
<p>เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลและท่อระบายน้ำตีบริเวณหน้าท้อง</p>	<p>กรณีศึกษารายที่ 1 และ 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินแผลและผิวหนังบริเวณหน้าท้องที่มีท่อระบายน้ำตี 2. ทำแผลวันละ 1 ครั้ง 3. ดูแลและแนะนำผู้ป่วยไม่ให้แผลบริเวณหน้าท้องเปียกน้ำ ไม่แคะแกะเกาบริเวณแผล หากมีอาการคัน ปวดแผลหรือแผลถูกน้ำ เปียกและให้แจ้งพยาบาลทราบ 4. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล 5. ให้การพยาบาลตามหลัก standard precaution เพื่อป้องกันการติดเชื้อ 6. ป้องกันท่อระบายเลื่อนหลุดโดยใช้พลาสติกเหนียวยึดท่อระบายติดกับผิวหนังและป้องกันการดึงรั้งขณะทำกิจวัตรประจำวัน 7. จัดให้อุณหภูมิระดับต่ำกว่าเอา 8. ดูแลท่อระบายไม่ให้หักพับงอหรือบิดเบี้ยว <p>การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีไข้ ไม่มีการติดเชื้อในร่างกาย</p>
<p>วิตกกังวลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต</p>	<p>กรณีศึกษารายที่ 1 และ 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล เป็นกันเอง 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามปัญหา ให้ข้อมูลเรื่องโรค การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ 3. ให้อาสาสมัครมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 4. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-E-M-E-T-H-O-D <p>D: Disease ให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดีถึงสาเหตุ อาการ การรักษา ข้อดี ข้อเสียของการรักษาแต่ละชนิดและข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละราย การรักษาที่มีคือการผ่าตัด การใส่ท่อระบายน้ำตี การรักษาด้วยเคมีบำบัดรวมถึงการดูแลรักษาแบบประคับประคอง</p> <p>M: Medication -แนะนำการรับประทานยาที่ได้รับกลับบ้านตามแผนการรักษา</p> <p>E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สะอาดปราศจากฝุ่น/ควันเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลที่หน้าท้องและแผลท่อระบายน้ำตี -ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลและการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ</p> <p>T: Treatment -อธิบายชนิดการดูแลรักษา การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การใส่ท่อระบายน้ำตี -สังเกตอาการ ภาวะแทรกซ้อนหรือความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น อาการปวดแน่นท้องมากขึ้น ตาตัวเหลืองมากขึ้น การติดเชื้อแผลบริเวณหน้าท้อง</p> <p>H: Health -แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลรักษาความสะอาดทั่วไปของร่างกาย -แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติเรื่องการดูแลท่อระบายที่คาไว้บริเวณหน้าท้องดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดบันทึกปริมาณ สีและลักษณะของน้ำที่ที่อยู่ในถุงรองรับในช่วงเวลาเดียวกันทุกวัน 2. เปลี่ยนถุงรองรับน้ำตีด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อทุก 2 สัปดาห์ 3. กรณีมีรอยพลาสติกติดแน่นตามท่อระบายให้ทำความสะอาดด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์ 4. ทำความสะอาดแผลผ่าตัดและแผลท่อระบายทุก 3 วันหรือทุกครั้งที่มีการคัดหลั่งซึมหรือเปียกน้ำด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อพร้อมทั้งสังเกตลักษณะของแผล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>-ไม่ควรถามให้มีอาการท้องผูก ควรรับประทาน ผัก ผลไม้ เป็นประจำ</p> <p>-แนะนำผู้ป่วยหลีกเลี่ยงยกของหนักไม่เกิน 5 กิโลกรัม ห้ามเล่นกีฬาที่ต้องกระโดด</p> <p><u>Outpatient Referral</u></p> <p>-แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดทุกครั้ง</p> <p>-ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชนเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองอย่างถูกต้องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน</p> <p>-แนะนำญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเสริมพลังอำนาจทางด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยไม่มีความรู้สึกว่าการทอดทิ้ง อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขตามอัตภาพในระยะท้ายของชีวิต</p> <p>-แนะนำให้มีความรู้เรื่องการดูแลทางเลือกแบบประคับประคอง</p> <p><u>D: Diet</u></p> <p>-แนะนำเรื่องโภชนาการ รับประทานอาหารครบทุกหมู่ รับประทานอาหารที่ปรุงสุก งดอาหารสุกๆดิบๆ งดดื่มเหล้า</p> <p>-ดื่มน้ำให้ได้ตามปริมาณเท่ากับกรสูญเสียน้ำออกจากร่างกายทางน้ำดีและปัสสาวะหรือน้อยวันละ 2,000 ml. สังเกตอาการของการขาดน้ำ ได้แก่ ริมฝีปากและเยื่อเมือกแห้ง กระหายน้ำและปัสสาวะสีเข้ม หากมีอาการขาดน้ำให้เพิ่มปริมาณน้ำได้</p> <p>-ให้ความรู้แก่ญาติเรื่องการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีโดยการรับประทานอาหารที่ปรุงสุก งดอาหารสุกๆดิบๆ ปลาเล็กปลาน้อย ปลาร้าต้องทำให้สุกก่อนเพื่อป้องกันการฝังตัวของพยาธิใบไม้ตับซึ่งถือว่าเป็นสาเหตุที่สำคัญก่อให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดีในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศ</p> <p><u>การประเมินผล</u></p> <p>ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล</p>

สรุป

พยาบาลหอผู้ป่วยระบบทางเดินปัสสาวะ ต้องสามารถให้การพยาบาลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่องในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในทุกระยะตั้งแต่เริ่มมาตรวจ รอกการวินิจฉัยโรคและกำหนดแผนการรักษา การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ฟันฟูสภาพหลังผ่าตัด เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ซึ่งพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย สามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคที่แม่นยำและรวดเร็วได้โดยเมื่อพบผู้ป่วยมาด้วยอาการตาตัวเหลืองและ/หรือปวดท้องด้านขวาบน ควรคิดถึงกลุ่มโรคที่เป็นไปได้ที่ทำให้ทางเดินน้ำดีอุดตัน และซักประวัติที่ครอบคลุมถึงประวัติโรคในระบบตับและทางเดินน้ำดี ระยะเวลาเริ่มต้นของอาการตาตัวเหลือง สีของปัสสาวะและอุจจาระ อาการปวดท้องควรสอบถามถึงระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการ ลักษณะความปวด ความสัมพันธ์ของมือและประเภทของอาหาร สอบถามอาการที่เกิดร่วม เช่น มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน จากนั้นควรจัดให้ผู้ป่วยได้ตรวจกับศัลยแพทย์ ในระยะรอกการวินิจฉัยโรคและกำหนดแผนการรักษา พยาบาลควรให้ข้อมูลวิธีการตรวจและการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ให้มุมมองทางบวกต่อการตรวจให้ได้การวินิจฉัยโรคอย่างชัดเจน เมื่อแพทย์ให้การวินิจฉัยและแจ้งแผนการรักษาแล้ว พยาบาลควรประเมินความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อแผนการรักษา ประเมินความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม และดูแลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทุกด้านทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดและใช้วิธีการรักษาอย่างอื่น เน้นการให้ข้อมูลที่จำเป็น

และให้กำลังใจผู้ป่วย ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด พยาบาลต้องดูแลและให้ข้อมูลรวมถึงการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ พยาบาลควรมีการประเมินทั้งด้านร่างกายและจิตใจเช่นกัน เน้นการให้ข้อมูลการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยและญาติ การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์รวมถึงการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันกับครอบครัวและชุมชนตามอัตรภาพของแต่ละบุคคล

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการส่งเสริมให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยการรณรงค์ให้ความรู้ ปรับทัศนคติเรื่องการรับประทานอาหารของประชาชนในชุมชน
2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขามะเร็งให้มีการเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้นโดยเฉพาะการคัดกรองผู้ป่วย
3. พยาบาลวิชาชีพในระดับปฐมภูมิควรเน้นเรื่องการคัดกรองผู้ป่วย ต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและพยาธิสภาพของโรค และการส่งรักษาต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. พยาบาลวิชาชีพในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิมีความสำคัญในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติปรับระบบคิดเรียนรู้ใหม่ และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ



เอกสารอ้างอิง

- กฤษฎา ทองทับ.(2564) การพยาบาลแบบองค์รวม. [ระบบออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก https://www.manarom/blog/Holistic_Care.html.com/
- กาญจนา ร้อยนาค, ชดช้อย วัฒนนะ.(2559). ปัญหาระบบทางเดินอาหาร : การดูแลแบบบูรณาการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช. (2560)ใ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของอิเล็กทรอนิกส์. ใน: ประทุม สร้อยวงค์, บรรณาธิการ. การพยาบาลอายุรศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: สิ่งพิมพ์และบรรณารักษ์ สمارทไคท์ติ้ง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด; 2560. หน้า 58-59.
- บทความการดูแลสุขภาพและเคล็ดลับเพื่อสุขภาพดี.(2564). การพยาบาลผู้ป่วยตับอักเสบ. [ระบบออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 8 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://healthcarethai.com/การพยาบาลผู้ป่วยตับอักเสบ/>
- พรรณนิภา บุญเทียร.(2559) การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. ใน: วันดี โดสุขศรี, บรรณาธิการ. การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1. กรุงเทพฯ: หจก.เอ็นพีเพรส; 2559. หน้า 18-36.
- วรรณศิริ ปราณีธรรม.(2562). การพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีความเจ็บป่วยเฉียบพลัน ถูกฉีดยาและวิกฤตของตับ ตับอ่อนและทางเดินน้ำดี. [ระบบออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://www.C:/Users/Administrator/Documents/การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเฉียบพลัน%20ถูกฉีดยาและวิกฤต%20ของตับ%20ตับอ่อนและทางเดินน้ำดี%20อ.%20วรรณศิริ%20ปรานีธรรม>
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, บรรณาธิการ.(2560). การดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พงศาวดารและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุขั้นต้น. นนทบุรี: ภาพพิมพ์; 2560. หน้า 421-432.
- สมปอง พะมุสิลา,บำเพ็ญจิต แสงชาติ.(2564). ระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2560;40:84-85
- โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.(2564). คลินิกให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์และการแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. [ระบบออนไลน์]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://www.healthserv.net/9082#>
- แพทยสภา.(2564). การใช้กัญชาทางการแพทย์. [ระบบออนไลน์]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก https://www.tmc.or.th/pdf/fact/guideline_cannabis_101062.pdf
- LeMone, P., Burke, K., Dwyer, T., Levett-Jones, T., Moxham, L., & Reid-Searl, K. (2015). *Medical-Surgical nursing*. Frenchs Forest, N.S.W: Pearson Australia.
- Malani, P. N. (2012). *Harrison's principles of internal medicine*. New York : McGraw-Hill.

การพยาบาลผู้คลอดที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร่วมกับมีภาวะคลอดไหล่ยาก : กรณีศึกษา

Nursing care of maternity with gestational diabetes mellitus class A 1 with shoulder dystocia: case study

(Received: September 16,2021; Accepted: September 30,2021)

กนกกาญจน์ ภาคภูมิ¹
Kanokkun Parkoom¹

บทคัดย่อ

หญิงตั้งครรภ์ อายุ 40 ปีประวัติตั้งครรภ์แรก เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 6 กันยายน 2564 ด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมงระยะก่อนคลอด มีภาวะไม่สุขสบายจากเจ็บครรภ์คลอด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยากระตุ้นมดลูก ระยะคลอด เกิดภาวะคลอดติดไหล่ 1 นาที ได้รับการทำ Rt episiotomy คลอดทารกเพศหญิง APGAR Score นาทีที่ 1,5,10 เท่ากับ 8,9,9 คะแนน น้ำหนัก 3,650 กรัม แขนขวาขยับไม่ได้ รกคลอดครบ ลักษณะปกติ ระยะหลังคลอดเสียเลือดรวม 800 ซีซี เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก คลึงมดลูก มดลูกหดตัวดี ได้รับเลือดชนิด PRC 1 ยูนิตนารดาหลังคลอดปลอดภัยไม่เกิดภาวะช็อค แพทย์ส่งตัวทารกไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์จำหน่ายมารดาวันที่ 9 กันยายน 2564 รวมรักษาตัวในโรงพยาบาล 3 วัน จากการติดตามผลการรักษา มารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด อาการบาดเจ็บที่เส้นประสาทแขนของทารกดีขึ้นยกแขนขวาขึ้นจากพื้นแนวราบได้

คำสำคัญ: การพยาบาล, เบาหวานขณะตั้งครรภ์, ภาวะคลอดไหล่ยาก

Abstract

Pregnant woman with 40 years old, first pregnancy history, was admitted to hospital on 6 September 2021 with pain after pregnancy pain before coming to the hospital for 3 hours. In prenatal stage, the patient had discomfort from pregnancy pain and risk of complications from receiving uterine stimulants. In birth stage, patient had shoulder dystocia for 1 minute, patient was received Rt episiotomy and give baby girl. APGAR score at 1, 5, 10 minute were 8, 9, 9 respectively. The weight of baby was 3,650 gram. The right arm of baby cannot move. After giving birth, it showed full normal placenta and total blood loss was 800 cc. The patient had postpartum hemorrhage and then patient was received stimulate uterine contractions drug and stretching the uterus and 1 unit of PRC blood. In postpartum, the uterine of patient showed contractions well and the patient is safe without shock. Doctors sent the baby to the hospital for further treatment. Patient was discharged on 9 September 2021, total hospital admission for 3 days. From follow-up treatment, the patient had no postpartum complications. Infant's brachial nerve injury was improves, right arm of infant can be lifted off the ground horizontally.

Keywords: Nursing care, Gestational diabetes, Shoulder dystocia

บทนำ

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกิดจากรกมีการสร้างฮอร์โมน human placental lactogen (hPL) ก่อให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน (insulin resistance) และเพิ่มการใช้พลังงานจากไขมัน เพื่อสงวนพลังงานจากน้ำตาลนั้นไว้ให้กับทารกในครรภ์ ส่งผลให้ในการตั้งครรภ์ปกตินั้นจะตรวจพบว่ามีภาวะ fasting hypoglycemia และภาวะ postprandial hyperglycemia และภาวะ hyperinsulinemia ซึ่งฮอร์โมน human placental

lactogen จะเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามอายุครรภ์และเพิ่มสูงในช่วงอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์และสูงสุดที่ช่วงอายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์

ผลของโรคเบาหวานต่อการตั้งครรภ์ที่ส่งผลต่อผู้คลอดและทารก ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Gestational hypertension) เพิ่มโอกาสคลอดทางหน้าท้องมากขึ้น (Caesarean delivery) ภาวะทารกตัวโต (Macrosomia) ภาวะคลอดติดไหล่ (Shoulder dystocia) เพิ่ม

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช



อัตราตายปริกำเนิด (Perinatal death) ภาวะทารกน้ำตาลในเลือดต่ำภายหลังการคลอด (Neonatal hypoglycemia) เป็นต้น นอกจากนี้ในสตรีที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในอนาคตเพิ่มขึ้นถึง 7 เท่า และพบว่าร้อยละ 50 จะเป็นโรคเบาหวานภายใน 22-28 ปี ภายหลังการตั้งครรภ์และในด้านทารกเองยังเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานในอนาคตเพิ่มขึ้นด้วย

จากสถิติหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ปี พ.ศ. 2561-2563 พบสตรีตั้งครรภ์โรคเบาหวานจำนวน 164 ราย, 206 ราย และ 196 ราย ตามลำดับ โดยมีอุบัติการณ์การคลอดไหล่ยาก ร้อยละ 10.97, 11.02 และ 11.09 ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้น บทบาทของพยาบาลที่สำคัญ คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะคลอด มีการเตรียมความพร้อมและพิจารณาการคลอดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในกรณีที่คลอดฉุกเฉิน การเตรียมความพร้อมของทีม อุปกรณ์เครื่องมือช่วยเหลือแก่มารดาและทารก รวมทั้งการประสานงานสหวิชาชีพ การให้ข้อมูลที่ชัดเจนแก่ผู้คลอดและญาติ จะทำให้มารดาและทารกปลอดภัยจากการเสียชีวิต ตลอดจนไม่เกิดข้อร้องเรียนจากเหตุการณ์นั้น ๆ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร่วมกับมีภาวะคลอดไหล่ยาก

วิธีการศึกษา

1. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมีแบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับ
2. ศึกษาแผนการรักษาของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษ
3. ศึกษาค้นคว้าจากตำราเกี่ยวกับการดูแลผู้คลอดที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร่วมกับมีภาวะคลอดไหล่ยาก ปรีกษาแพทย์เจ้าของไข้เกี่ยวกับแนวทางการตรวจวินิจฉัย แผนการรักษา นำความรู้ที่ได้มาวางแผนการดูแลพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการมอบหมาย
4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวิเคราะห์ปัญหาและวินิจฉัยพยาบาลให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลโดยให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งทางด้าน ร่างกายจิตใจสังคม เศรษฐกิจ
5. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล

6. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา

หญิงตั้งครรภ์ อายุ 40 ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 6 กันยายน 2564 เวลา 05.40 น. ด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน G₁P₀Ab₀L₀ ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชจำนวน 6 ครั้ง อายุครรภ์ 38⁺² สัปดาห์ by Ultrasound LMP จำไม่ได้ EDC 10 กันยายน 2564 ได้รับ Tetanus toxoid 3 เข็ม ผลเลือด VDRL Non-reactive, HbsAg Negative, HbeAg Negative, HIV Negative, Hct 33 %

การวินิจฉัยแรกรับ G₁P₀Ab₀L₀ GA 38⁺²wks with GDMA₁

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย GDMA₁ with Spontaneous vertex delivery with PPH

การประเมินสภาพร่างกาย

- ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 108 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 115/82 มิลลิเมตรปรอท
- ศีรษะ: รูปร่างปกติไม่มีก้อนนูนผิดปกติผิวดำไม่มีผมหงอกผิดปกติไม่มีบาดแผลหรือผื่น
- ใบหน้า: สมมาตรรูปร่างปกติไม่บวม
- ตาหูคอจมูก: เปลือกตาไม่ซีดไม่มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติ
- คอและไหปลาร้า: ไม่มีneck vein engorgement ต่อมไทรอยด์ไม่โต ต่อมน้ำเหลืองไม่โต
- กระดูกและข้อ: กระดูกไม่ผิดปกติเคลื่อนไหวได้ปกติ ขาสองข้างบวมกดบวมเล็กน้อย
- ทรวงอกและปอด: รูปร่างปกติหายใจสม่ำเสมอ O₂ Saturation 100%
- หัวใจ: เต็มสม่ำเสมอไม่มีmurmur อัตราการเต้น 108ครั้ง/นาที
- ท้อง: ยอดมดลูก 3/4 >สะดือ ท้องแข็งเป็นพักๆ | 2” D 40 ”
- ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ: รู้สึกตัวดี ม่านตาตอบสนองต่อแสงทั้งสองข้าง 2 มิลลิเมตร
- ตรวจภายใน: ปากมดลูกเปิด 8 cm. Effacement 100 % Station 0 MI

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ

1. Complete Blood Count ผล: White blood count 11,670 cell/mm³, Neutrophil 77.9%, Lymphocyte 15.6%, Monocyte 5.3%, Eosinophil 0.9%, Basophil 0.3%, Hematocrit 42.8%, Platelet count 266,000 cell/mm³

2. Urine Analysis ผล: Ketone 1+, Erythrocyte 3+, RBC 3-5 cell/HPF

3. DTX stat = 100 mg/dl

สรุปอาการ

ระยะก่อนคลอด: วันที่ 6 กันยายน 2564 เวลา 05.40 น. รู้สึกตัวดีมีอาการเจ็บครรภ์คลอด ตรวจวัดสัญญาณชีพ ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 8 cm. Effacement 100 % Station 0 MI I 2 นาที D 40 วินาทีขนาดหน้าท้อง >ระดับสะดือ ทารกท่า ROA อัตราการเต้นของหัวใจทารก 140 ครั้ง/นาที EFW 3,500 กรัม เจาะ DTX stat 98 mg% รายงานแพทย์พิจารณาคลอดทางช่องคลอด On 5%D/N/2 1000 ml + Syntocinon 10 unit iv drip 80 ml/hr On O₂ mask with bag 10 LPM เวลา 13.20น. ถู้งน้ำแตก น้ำคร่ำใสปกติ ปากมดลูกเปิดหมด อัตราการเต้นของหัวใจทารก 142 ครั้ง/นาที กระตุ้นให้ผู้คลอดแบ่งตามจังหวะการหดตัวของมดลูก ให้กำลังใจขณะมดลูกคลายตัว

ระยะคลอด: เวลา 13.50 น. ทารกศีรษะคลอด มีลักษณะ Turtle sign คลอดไหล่ยาก ทำ Rt episiotomy ทำ

การช่วยคลอดไหล่ โดยจัดท่า Mc Robert maneuver ทารกคลอดเวลา 13.54 น. เพศหญิง น้ำหนัก 3,650 กรัม ความยาว 52 เซนติเมตรติดไหล่ 1นาที่ แรกเกิดร้องเสียงเบา มีปลายมือปลายเท้าเขียวเล็กน้อย Apgar Score ที่ 1 นาที, 5 นาที, 10 นาที= 8,9,9 ตรวจร่างกายแขนขาขยับขยับไม่ได้ให้ Vit K 1mg im ส่งทารกไปดูแลที่ตึกกุมารเวชกรรม เวลา 14.12 น. รกคลอดครบปกติ โดยวิธี Controlled cord traction

ระยะหลังคลอด: มารดาเสียเลือดจากการคลอด 800 ซีซี Hct stat 30% มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ทำการเย็บซ่อมฝีเย็บอย่างรวดเร็ว คลั่งมดลูกทุก 15-30 นาทีใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะออก 200 ml On Acetar 1000 ml + Syntocinon 20 unit iv loading, Methergin 1 amp iv ทุก 15 นาที 2 ครั้งความดันโลหิต 118/78 มิลลิเมตรปรอทชีพจร 100 ครั้ง/นาที มดลูกหดตัวดี ตรวจวัดความดันโลหิตชีพจรทุก 15 นาทีเห็นบยา Cytotec 3 tab ทางทวารหนัก แพทย์ตรวจการฉีกขาดของแผลในโพรงมดลูก และช่องทางการคลอดไม่มีเลือดซึมผิดปกติ เลือดไหลทางช่องคลอดปกติให้ PRC 1 ยูนิตสังเกตอาการต่อจนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด รู้สึกตัวดี หายใจสม่ำเสมอ มดลูกหดตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 108 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 125/86 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมทางการพยาบาล

วินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
<p>ผู้คลอดและทารกมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยากระตุ้นมดลูก</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>1. PV Cx.dilate 8 cms effacement 100% station 0 MI</p> <p>2. การหดตัวของมดลูก Interval 2 นาที Duration 40 วินาที Severity 2+</p> <p>3. ผู้คลอดได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกโดยให้ 5% D/N/2 1000 ml + Syntocinon 10 units iv drip 80 ml/hr</p> <p>4. NST พบ Late decelerate FHS 148 ครั้ง/นาที</p>	<p>1. ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ก่อนให้ยาและหลังให้ยา</p> <p>2. ดูแลให้มารดานอนตะแคงซ้าย เพื่อไม่ให้มดลูกกดทับเบียดเส้นเลือด inferior venecava เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกและรกได้ดี ทารกได้รับออกซิเจนเพียงพอ</p> <p>3. อธิบายวัตถุประสงค์ของการให้ยาให้ผู้คลอดเข้าใจ ความเสี่ยงจากการได้รับยา และแนะนำผู้คลอดไม่ให้ปรับน้ำเกลือเอง ให้ยาแก่ผู้คลอดตามแผนการรักษา โดยพิจารณาจากการหดตัวของมดลูก ให้หยุดเข้าหลอดเลือดดำ ตรวจสอบอุปกรณ์ควบคุมการให้ยา เริ่มให้ยา 1-2 มิลลิยูนิตต่อนาที</p> <p>4. ในระยะ 15 นาทีแรกของการให้ยา ฝ้าดูการหดตัวของมดลูก เพื่อประเมินความไวของมดลูกต่อยา หากปกติต่อไปประเมินทุก 30 นาทีและทุกครั้งหลังปรับจำนวนหยด 2-3 นาที</p> <p>5. ปรับจำนวนหยดของยาทุก ๆ 15-30 โดยเพิ่มครั้งละ 1-2 มิลลิยูนิตต่อนาที จนกระทั่งมดลูกหดตัวดีคือ 40-60 วินาที ระยะห่าง 2-3 นาทีและมีความแรงระดับดี</p> <p>6. ตรวจวัดสัญญาณชีพของผู้คลอดทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง และฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ทุก ๆ 30 นาที เนื่องจากมดลูกหดตัวแรง และถี่ขึ้น เลือดที่ไปยังรกอาจลดน้อยลงมาก</p>



วินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
	<p>7. สอนมารดาให้สังเกตเด็กตื่น ว่ามีการตื่นมากขึ้นหรือน้อยลงภายหลังการหดตัวของมดลูกซึ่งปกติจะตื่น 3-4 ครั้งใน 1 ชั่วโมง</p> <p>8. สังเกตอาการผิดปกติ เช่น มดลูกหดตัวห่างน้อยกว่า 2 นาที หดตัวนานเกิน 90 วินาที เสียงหัวใจทารกผิดปกติให้หยุดยาทันที แล้วเพิ่มจำนวนของหยดน้ำเกลืออีกขวดหนึ่งเป็น 30-40 หยดต่อนาที ให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้าย ให้ออกซิเจน ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์และประเมินการหดตัวของมดลูก ทุก 5 นาที และรายงานถ้าไม่ดีขึ้น</p> <p>9. เมื่อน้ำเดินประเมินสีน้ำหล่อทารกว่ามี meconium ปนมากขึ้นกว่าเดิมหรือไม่ เพื่อประเมินการได้รับออกซิเจนของทารก</p> <p>การประเมินผล มดลูกหดตัว Interval 2-3 นาที Duration 50-60 วินาที ผู้คลอดไม่มีอาการแสดงของ Tetanic Contraction และวงแหวนเบนเดิล FHS อยู่ในช่วง 138-140 ครั้ง/นาที เต็มเป็นจังหวะสม่ำเสมอ ภูงน้ำแตก น้ำคร่ำใสปกติ</p>
<p>มารดาไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มารดาบอกว่า “ตอนนี้ปวดท้องมากเลย” 2. มารดาแสดงสีหน้าถึงความเจ็บปวด กำมือเจ้าหน้าที่แน่นร้อง และมีการเกร็งตามแขนและขา ขณะที่มดลูกหดตัว 3. Pain score 10 คะแนน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. อธิบายหรือทบทวนให้ผู้คลอดเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอดรวมทั้งแผนการรักษาและการพยาบาล เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง เกิดความมั่นใจและเกิดความปลอดภัยในการคลอด 2. ประเมินความเจ็บปวดของผู้คลอด ลักษณะความรุนแรงของความเจ็บปวดเพื่อให้การช่วยเหลือได้ถูกต้อง 3. จัดทำนอนผู้คลอดให้อยู่ในท่าตะแคงซ้าย เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงมดลูกได้ดี 4. ประคับประคองด้านจิตใจ โดยอยู่ใกล้ชิดและให้กำลังใจแก่ผู้คลอดด้วยการพูดปลอบโยน แสดงความเห็นใจในความเจ็บปวดที่เผชิญอยู่ 5. ดูแลเกี่ยวกับความสุขสบายทั่วไป โดยการทำความสะอาดร่างกาย การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ อุณหภูมิพอเหมาะและมีการถ่ายเทอากาศที่ดี 6. แนะนำในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด โดยการกำหนดสติอยู่ที่ลมหายใจ (Mindfulness) ดูแลให้ทำอย่างถูกวิธีทุกครั้งขณะที่มดลูกหดตัวและคลายตัว ซึ่งสามารถบรรเทาความเจ็บปวดได้เป็นผลดี 7. กระตุ้นผิวหนังโดยการนวด การลูบ การคลึงเบา ๆ บริเวณที่มีความเจ็บปวด คือบริเวณกลางกระดูกสันหลัง ต้นขา และหน้าท้อง 8. สนับสนุนบุคคลในครอบครัวให้แสดงท่าทีที่เหมาะสมกับผู้คลอด เช่น ไม่ควรแสดงความห่วงใยและวิตกกังวลมากเกินไป หรือในทางตรงข้ามไม่ควรแสดงความเฉยเมยไม่สนใจ เพราะท่าทีของบุคคลในครอบครัวเป็นสิ่งที่มียุทธพลต่อความเจ็บปวดของผู้คลอดมาก ท่าทีที่ไม่เหมาะสมจะเร้าอารมณ์ให้ผู้คลอดรับรู้ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น <p>การประเมินผลการพยาบาล ขณะมดลูกหดตัวสามารถเผชิญได้ ไม่ร้องและดิ้นไปมาสามารถผ่อนคลายความเจ็บปวดได้ด้วยตนเอง หายใจเพื่อลดอาการปวดได้ถูกต้อง</p>
<p>ผู้คลอดอาจเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และสูงเนื่องจากภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจพบภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในครรภ์นี้ 2. งดอาหารและน้ำตั้งแต่อยู่ที่บ้าน 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล 3. ระดับน้ำตาลในเลือดแรกรับ 100 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอเพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือด คือ 5% D/N/2 1000 ml iv drip 80 ml/hr 2. สังเกตติดตามอาการและอาการแสดงของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ ใจสั่น เหงื่อออก ชีพจรระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ริมฝีปากแห้ง กระหายน้ำ เหนื่อย 3. ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วเป็นระยะทุก 2 ชั่วโมง เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือด 4. เตรียมอุปกรณ์เพื่อการช่วยเหลือ ช่วยฟื้นคืนชีพทารกให้พร้อม และดำเนินการติดต่อประสานงานกับกุมารแพทย์เพื่อรับทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะ



วินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
<p>mg/dl</p>	<p>ตั้งครุภไปดูแลอย่างใกล้ชิด</p> <p>5. ภายหลังคลอดรับประทานอาหารได้ แนะนำการรับประทานอาหารที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ และอธิบายการควบคุมระดับน้ำตาลอย่างต่อเนื่อง</p> <p>6. ส่งปัสสาวะตรวจ Ketone เพื่อประเมินภาวะ Diabetic ketoacidosis (DKA)</p> <p>การประเมินผล</p> <p>ไม่มีอาการแสดงของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ ใจสั่น เหงื่อออก ซึมลง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ริมฝีปากแห้ง กระหายน้ำ เหนื่อยระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 98-110 mg/dl ตรวจปัสสาวะ Ketone ในปัสสาวะ 1+ ไม่มีอาการของ DKA</p>
<p>มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>1. “เมื่อไหร่จะคลอดกลัวคลอดลำบาก”</p> <p>2. มารดาได้รับแจ้งว่ามีโอกาสคลอดติดขัดจากทารกตัวโต</p> <p>3. มารดามีสีหน้าวิตกกังวล หน้ามืด คิ้วขมวด สอบถามถึงอันตรายต่อตนเองและทารก</p>	<p>1. อธิบายกลไกการคลอดและการเจ็บครรภ์คลอดอย่างคร่าว ๆ ให้ทราบเพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องและเกิดความมั่นใจรวมทั้งความเสี่ยงจากการคลอดครั้งนี้เนื่องจากผู้คลอดเจ็บครรภ์ ปากมดลูกเปิดใกล้คลอด จึงเปลี่ยนการคลอดเป็นทางช่องคลอด ซึ่งมีโอกาสคลอดติดขัดจากทารกตัวโตได้</p> <p>2. อธิบายแผนการรักษา การตรวจ ความก้าวหน้าของการคลอด แผนการช่วยเหลือของทีมแพทย์ พยาบาลให้ทราบเพื่อให้มารดาเข้าใจเนื่องจากการรับรู้เหตุผลในการพยาบาลจะช่วยลดความหวาดหวั่นวิตกกังวลได้</p> <p>3. ส่งเสริมให้มารดาใช้เทคนิคผ่อนคลายความเจ็บปวด เพื่อให้มารดาได้พักในระยะมดลูกคลายตัว</p> <p>4. ประเมินความวิตกกังวลและความกลัวของมารดาที่มีผลต่อการเจ็บครรภ์ และการคลอด เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกในสิ่งที่กลัวและกังวลเพื่อลดความวิตกกังวล</p> <p>5. แจ้งมารดาทราบและอธิบายให้เข้าใจก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง ด้วยคำพูดที่นุ่มนวล ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย แสดงท่าทีที่สนใจ และตั้งใจฟังเพื่อให้มารดารู้สึกผ่อนคลายลดความวิตกกังวล</p> <p>6. เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและรับรู้อาการ และให้กำลังใจ รวมทั้งอธิบายความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้คลอดและทารกได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอด การบาดเจ็บของทารกระหว่างคลอด เพื่อป้องกันการฟ้องร้อง</p> <p>การประเมินผล</p> <p>มารดาคลายความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการคลอดมารดาและญาติเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ในระยะคลอด และความเสี่ยงที่อาจเกิดกับผู้คลอดและทารก</p>
<p>ผู้คลอดมีภาวะคลอดไหล่ยาก</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>1. ผู้คลอดมีปัจจัยเสี่ยงคือ GDMA₁ ครรภ์แรก</p> <p>2. ขณะทำคลอดศีรษะ มีลักษณะ Turtle sign</p>	<p>1. ร้องขอความช่วยเหลือจากทีม ตามที่กำหนดบทบาทไว้ ประสานงานกุมารแพทย์ในการช่วยเหลือทารกหลังคลอด</p> <p>2. สวนปัสสาวะทิ้ง</p> <p>3. ตัด Rt episiotomy ให้กว้างมากขึ้น ฉีดยาชาให้เพียงพอตามแผนการรักษา</p> <p>4. ใช้ลูกลอยแดงดูดเมือกในปากและจมูกทารก</p> <p>5. ช่วยคลอดไหล่ โดยจัดทำ McRoberts maneuver โดยให้ผู้ช่วย 2 คนยกขา มารดาทั้ง 2 ข้าง ออกจาก stirrup แล้วงอช่วงสะโพกขึ้นมาจนชิดหน้าท้อง หรือให้มารดาดึงขาของตนเองขึ้นมาแนบกับหน้าอก ผู้ทำคลอดดึงศีรษะทารกกลางเพื่อให้ไหล่หน้าคลอดโดยจะไปทำให้กระดูก pubicsymphysis เคลื่อนขึ้นมาด้านบนหลุดออกจากไหล่หน้าได้</p> <p>4. ตรวจการฉีกขาดของแผลฝีเย็บ และรีบช่วยเหลือแพทย์เย็บซ่อมแซมโดยเร็ว</p> <p>5. หลังเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บ สังเกตเลือดที่ออก ก่อนเลือดที่คั่งอยู่ที่แผลเพื่อป้องกันการภาวะตกเลือด</p> <p>6. ประเมิน Apgar score ที่นาที 1, 5, 10 และส่งต่อกุมารแพทย์ดูแล</p> <p>7. ตรวจวัดสัญญาณชีพภายหลังทารกคลอดอย่างใกล้ชิดทุก 15 นาที</p> <p>8. บันทึกการคลอดโดยละเอียด ได้แก่</p>



วินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
	<p>8.1 ระยะเวลาของการคลอดในแต่ละระยะ</p> <p>8.2 ชนิดการตัดฝีเย็บ</p> <p>8.3 ทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการช่วยคลอดไหล่ยาก</p> <p>8.4 ลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างละเอียด พร้อมเวลาที่เกิดแต่ละเหตุการณ์</p> <p>8.5 ขั้นตอนการช่วยเหลือภาวะคลอดไหล่ยากแต่ละวิธีอย่างละเอียด</p> <p>8.6 ระยะเวลา และยาที่มารดาและทารกแรกเกิดได้รับ</p> <p>8.7 การแจ้งข้อมูลภาวะคลอดไหล่ยากและการช่วยเหลือให้กับผู้คลอด และครอบครัว</p> <p>การประเมินผล ทำคลอดทารกสำเร็จระยะการคลอดติดไหล่ 1 นาที ไม่มีการฉีกขาดของช่องทางการคลอดและบริเวณรอบๆ เสียเลือดจากการคลอด 800 ml ทารก Apgar Score 8-9-9 ตรวจร่างกาย มีรอยแดงที่ศีรษะ 2 ข้าง เล็กน้อย แขนขา ยกไม่ขึ้น Motor power grade 0</p>
<p>ทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ได้แก่ ขาดออกซิเจน ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การบาดเจ็บระหว่างการคลอด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน มีคลอดติดไหล่ 1 นาที</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อช่วยชีวิตทารกให้พร้อมตลอดเวลา และรายงานกุมารแพทย์ 2. ประสานหน่วยทารกป่วย เตรียมรับ และช่วยเหลือในระยะหลังคลอด 3. เมื่อคลอดศีรษะ คุดเสมหะที่ปากและจมูกให้หมด เพื่อป้องกันการสูดสำลักน้ำคร่ำ 4. เมื่อทารกคลอดทั้งตัว เอียงหน้าคุดเสมหะที่ปากและจมูกซ้ำ เพื่อช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง 5. เปิดเครื่องให้ความอบอุ่นทารกบนรถบริหารทารกเตรียมไว้ และให้การพยาบาลทารกบนรถ จัดให้ทารกนอนศีรษะต่ำ เพื่อให้เสมหะไหลออกได้สะดวก 6. ประเมิน APGAR Score ที่นาทีที่ 1 = 8 ร้องเบา ปลายมือปลายเท้าเขียวเล็กน้อย ให้การช่วยเหลือตามอาการโดยการคุดเสมหะ กระตุ้นการหายใจด้วยการใช้นิ้วมื่อตีหรือตีฝ่าเท้าทารก ให้ความอบอุ่นแก่ทารก APGAR Score ที่นาทีที่ 5 = 9 7. เจาะระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อเฝ้าระวังการเกิดระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ 8. ตรวจร่างกายของทารกตั้งแต่ศีรษะจนถึงปลายเท้า จุดเลือดออกต่างๆ และการบาดเจ็บภายหลังคลอดไหล่ยาก <p>การประเมินผล ทารกตัวแดงดี ร้องเสียงดัง Active ดี Apgar Score 9 – 10 หายใจได้เองสม่ำเสมอ การหายใจ 40-60 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 120 ครั้ง/นาที DTX 94 mg/dl รูปร่างศีรษะจนถึงปลายเท้าปกติ มีรอยแดงที่ศีรษะ 2 ข้าง เล็กน้อย แขนขา ยกไม่ขึ้น Motor power grade 0</p>
<p>มารดาหลังคลอดเสี่ยงต่อภาวะช็อคจากมีภาวะตกเลือดหลังคลอด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “รู้สึก ใจสั่น เวียนหัว” 2. มารดาหลังคลอดเหนื่อย อ่อนเพลีย เยื่อบุตาซีด 3. เสียเลือดจากการคลอดรวม 800 ml 4. ชีพจร 118 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 112/70 มิลลิเมตรปรอท 5: Hct stat = 30% จากเดิมก่อนคลอด 42.8% 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจสอบภาวะปัสสาวะให้ว่างโดยการสวนปัสสาวะทิ้ง 2. ตรวจสอบแผลฝีเย็บ ตรวจสอบการฉีกขาดของช่องทางการคลอด พบมีเลือดซึมบริเวณแผลฝีเย็บ รายงานแพทย์ Resuture แผล perineum 3. ประเมินการหดตัวของมดลูกและเลือดที่ออกทางช่องคลอด ทุก 15 นาที 4. คลึงมดลูกทุก 5 นาที และสอนสาธิตให้มารดาคลึงด้วยตนเอง 5. ตรวจจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนกว่าจะปกติเพื่อประเมินภาวะช็อคจากการเสียเลือด 6. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ Acetar 1000 ml + Syntocinon 20 unit iv drip loading เปิดเส้นอีก 1 เส้นให้ 0.9 % NSS 1000 ml iv drip 100 ml/hr เตรียมความพร้อมของทีมและอุปกรณ์ช่วยเหลือ PPH Box และรถ Emergency 7. เตรียมเลือด PRC 2 units ได้แล้วให้เลย 1 ยูนิต 8. ติดตามระดับความเข้มข้นของเลือด (Hct) ทุก 12 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะตกเลือดหลังคลอด

วินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
	9. ดูแลให้เลือด PRC 1 ยูนิต ตามแผนการรักษาของแพทย์และสังเกตอาการผิดปกติขณะให้เลือด 10. ประเมินจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง น้อยกว่า 30 ml/hr รายงานแพทย์ทราบ 11. ให้ข้อมูลการตกเลือดหลังคลอด แผนการรักษาของแพทย์ แก่ผู้คลอดและสามีเป็นระยะๆ อนุญาตให้สามีเข้ามาให้กำลังใจในห้องคลอด การประเมินผล รู้สึกดีวิต ได้ตอบรูเรื่องมีอาการใจสั่น เวียนศีรษะลดลงไม่มีเลือดออกที่แผลฝีเย็บมดลูกหดรัดตัวดี คลั่งได้ กลมแข็ง อยู่ระดับต่ำกว่าสะดือสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 108 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 125/86 มิลลิเมตรปรอท

อภิปรายผล

จากกรณีศึกษาเรื่องนี้ พบว่า เป็นโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ชนิดเอ 1 แพทย์วางแผนการผ่าตัดคลอด แต่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนจึงต้องทำคลอดปกติ และมีภาวะคลอดไหล่ยาก ส่งผลให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งมีความเสี่ยงในการเสียชีวิตสูง พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการช่วยคลอดไหล่ยาก มีความพร้อมของทีมช่วยคลอดไหล่ยาก มีความพร้อมของ ยา เครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญในการช่วยภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นหลังการคลอดไหล่ยาก ภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง มีการประสานงานและการสื่อสารกับสูติแพทย์และวิชาชีพอื่นๆ อย่างมีประสิทธิภาพ มีระบบการให้ข้อมูลกับผู้คลอดและครอบครัวอย่างเป็นระบบ โดยสื่อสารข้อมูลที่ชัดเจน ถูกต้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการถูกร้องเรียน เนื่องจากผู้คลอดมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดที่รุนแรง เสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้เป็นระยะอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะคลอด หลังคลอดตลอดจนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

การที่ทารกหลังคลอดมีภาวะเส้นประสาทแขนขาเจ็บ ผู้คลอดและญาติเข้าใจ ไม่ร้องเรียนเรียกร้องค่าเสียหายจากบุตรที่ไม่สามารถยกแขนได้ ซึ่งส่วนใหญ่มักเกิด

ข้อร้องเรียนในรายอื่นๆ ที่มีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ทั้งนี้เนื่องจากการให้ข้อมูลพยาธิสภาพของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการคลอดอย่างชัดเจนแก่ผู้คลอดและญาติอย่างชัดเจน ต่อเนื่อง เป็นระยะๆ ทั้งยังเปิดโอกาสให้สามีและมารดาผู้คลอดเข้าเยี่ยมผู้คลอดในห้องคลอดช่วงที่ให้การช่วยเหลือขณะเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวตามความเหมาะสม เข้าใจความรู้สึกและให้กำลังใจผู้คลอดและญาติ ซึ่งเป็นการให้การพยาบาลแบบองค์รวมตามมาตรฐานที่กำหนด และสามารถวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทุกปัญหา สามีผู้คลอดและญาติมีความพึงพอใจไม่เกิดข้อร้องเรียน

สรุป

การคลอดไหล่ยากเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่ต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เพื่อลดอันตรายที่จะเกิดต่อมารดาและทารก เนื่องจากการยากที่จะทำนายว่าทารกคนใดจะเกิดการคลอดติดไหล่ จึงมีความจำเป็นที่แพทย์ผู้มีหน้าที่ช่วยคลอดต้องระลึถึงภาวะการคลอดติดไหล่ไว้เสมอและมีการฝึกฝนการทำ หัตถการต่างๆ เพื่อใช้ช่วยเหลือเมื่อเกิดการคลอดติดไหล่ขึ้น

เอกสารอ้างอิง

ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์. (2556). ภาวะตกเลือดปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ : บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด
 โฉมพิลาศ จงสมชัย. (2553). ภาวะตกเลือดหลังคลอด Postpartum Hemorrhage, PPH. Srinagarind Medical Journal; 25,151-158.
 ประพนอม บพศิริ. (2554). การคลอดติดไหล่. ศรีนครินทร์เวชสาร, 26(1), 64-70.
 มานี ปิยะอนันต์ และคณะ. (2558). ตำราสูติศาสตร์.กรุงเทพฯ : พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
 รำไพ เกตุจิระโชติ, บุญมี ภูด่านจัว และสุภาพร สุภาพวิวัฒน์. (2559). การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะน้ำคร่ำอุดกั้นหลอดเลือดในปอด. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 39(1), 105-65.
 ศิริกนก กลั่นขจร. (2556). การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะคลอดไหล่ยาก. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 7 (2), 1-11.
 American Diabetes Association. (2012). Standards of Medical Care in Diabetes care 2009. Brussels: International Diabetes Federation.



Ansell (Irving), L., et al. (2011). Shoulder dystocia: A qualitative exploration of what works. Retrieved on 10 January, 2012 from: <http://pdn.science direct. ComscienceS0266613811000672main.pdf>.

Kendrick JM. (2011). Screening and diagnosing gestational diabetes mellitus revisited: implications from HAPO. J Perinat Neonatal Nurs, 25(3), 226-32.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน

Nursing care of patients with chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation

(Received: July 14,2021; Accepted: August 10,2021)

พลอยศุภางค์ ชุ่มสระน้อย¹
Ploysupang Chumsranoy¹

บทคัดย่อ

กรณีศึกษาชายไทยอายุ 66 ปี เข้ารับการตรวจที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเทพารักษ์ วันที่ 6 ธันวาคม 2562 ด้วยอาการไอ หายใจเหนื่อย 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีประวัติโรคประจำตัวเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การพยาบาลผู้ป่วยมี 3 ระยะ ระยะที่ 1 การพยาบาลระยะก่อนตรวจ ผู้ป่วยมีอาการไอบ่อย หายใจเหนื่อย จัดให่นอนบนเปลนอน ท่านอนศีรษะสูง ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว 95% พ่นยาโรคประจำตัว Berodual MDI 2 puff ห่างกัน 15 นาที 2 ครั้ง และประเมินอาการอย่างใกล้ชิด จัดเตรียมความพร้อมของเวชระเบียน ประสานกับแพทย์เพื่อนำผู้ป่วยเข้ารับการตรวจทันที ระยะที่ 2 การพยาบาลขณะตรวจ แพทย์วินิจฉัยโรคว่าผู้ป่วยมีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ขณะตรวจผู้ป่วยอาการเปลี่ยนแปลง ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว 93% นำส่งผู้ป่วยไปห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและให้รักษาตัวในโรงพยาบาล ระยะที่ 3 การพยาบาลหลังตรวจ ประเมินอาการหลังใส่ท่อช่วยหายใจ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หลังจากนั้นติดต่อประสานงานเพื่อรับผู้ป่วยไว้บนรักษาพยาบาล และนำส่งไปหอผู้ป่วยสามัญอย่างปลอดภัย

คำสำคัญ : การพยาบาล, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, อาการหอบกำเริบเฉียบพลัน

Abstract

A case study of a 66-year-old Thai man who was checked in outpatient facility, Thepharak hospital on 6 December 2019 with coughing and shortness of breath for 4 hours before coming to the hospital. The patient had a history of chronic obstructive pulmonary disease. There are 3 phases of nursing care. The first phase is pre-examination nursing. The patient had frequent coughing, shortness of breath, and was laid on a stretcher. The patient was placed on a stretcher and lying down. Fingertip oxygen level was 95%. The patient was treated by congenital disease spaying (Berodual MDI 2 puff for 2 times 15 minutes apart). The symptoms were closely assessed. Nurse prepared medical records and coordinated with the doctor to bring the patient for immediate examination. Phase 2 is nursing during checkup. Doctor diagnosed the patient with an acute exacerbation of COPD. During checkup, the symptoms of patient was changed with fingertip oxygen level as 93%. The patient was taken to the accident and emergency room and received intubation and was admitted in hospital. Phase 3 is nursing after checkup. Nurse assessed symptoms after intubation. The patient was received intravenous fluids. After that, nurses contacted and coordinated and safely transported to the general ward.

Keywords: Nursing care, Chronic obstructive pulmonary disease, Acute exacerbation

¹ พย.บ. งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเทพารักษ์ จังหวัดนครราชสีมา



บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศ ที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต โดยมีปัจจัยในการเกิดโรคได้หลายอย่าง เช่น การสูบบุหรี่ มีข้อมูลหลายอย่าง que แสดงถึงความเกี่ยวพันระหว่างการสูบบุหรี่กับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งโรคนี้พบในหมู่ประชากรที่สูบบุหรี่สูงกว่าหมู่ประชากรที่ไม่สูบบุหรี่ ยิ่งกลุ่มสูบบุหรี่จัดก็ยิ่งพบมากขึ้นตามสัดส่วนโดยเฉลี่ยจะพบโรคนี้ในหมู่ประชากรที่สูบบุหรี่จัดประมาณ 18 เท่าของหมู่ประชากรที่ไม่สูบบุหรี่ มลภาวะทางอากาศ ควันพิษ ฝุ่นละออง การขาดสารแอลฟา 1 แอนติทริพซิน เป็นโปรตีนที่สร้างจากตับซึ่งการขาดโปรตีนชนิดนี้เชื่อว่าทำให้เกิดการทำลายของหลอดลมและผนังถุงลมมากขึ้นในขณะที่มีการอักเสบและเกิดถุงลมโป่งพองตามมา การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนบ่อยๆ อายุ เมื่ออายุมากขึ้นความยืดหยุ่นของเนื้อปอดน้อยลงเยื่อหุ้มปอดและคอลลาเจนที่ช่วยทำให้หลอดลมฝอยไม่แฟบขณะหายใจออกทำหน้าที่น้อยลง องค์การอนามัยโลกได้ประมาณประชากรโลกว่ามีผู้ป่วยจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคิดเป็น 12% เป็น สาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 5 ของโลก และมีการคาดการณ์ว่าจะขยับขึ้นเป็นอันดับที่ 3 ภายในปี 2573 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นในประเทศไทย 12 เขตบริการสุขภาพ ในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไป มีจำนวน 169,009 คน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี 2559 จำนวน 152,319 คน และปี 2560 จำนวน 159,398 คนมีอัตราการตายปี 2560-2562 มีจำนวน 10.37, 10.29, 10.53 ต่อแสนประชากร

งานตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเทพารักษ์ จังหวัดนครราชสีมา ให้บริการคัดกรอง ประเมินสภาพอาการผู้ป่วยโรคทั่วไปและโรคติดต่อ ตลอดจนรักษาพยาบาล ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพอย่างเป็นองค์รวม และต่อเนื่อง จากสถิติโรงพยาบาลเทพารักษ์ปี 2560-2562 มีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 98 ราย, 112 ราย และ 128 ราย ตามลำดับ โดยมีอัตราอาการกำเริบร้อยละ 1.46, 1.39 และ 1.84 ทำให้ทางโรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ที่สำคัญโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และภาวะเศรษฐกิจ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลวจากความรุนแรงของโรค เป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและเป็นแนวทางในการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลให้มีคุณภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน

วิธีการศึกษา

1. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมีแบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับ
2. ศึกษาแผนการรักษาของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษ
3. ศึกษาค้นคว้าจากตำราเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน ปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้เกี่ยวกับแนวทางการตรวจวินิจฉัย แผนการรักษา นำความรู้ที่ได้มาวางแผนการดูแลพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการมอบหมาย
4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวิเคราะห์ปัญหาและวินิจฉัยพยาบาลให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ
5. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล
6. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 66 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพทำไร่ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 4 ธันวาคม 2562 ด้วยอาการไอ หายใจเหนื่อย 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีประวัติโรคประจำตัวเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนาน 7 ปี 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลให้ประวัติว่ามีอาการไอ หอบ เสมหะในลำคอ มียาพ่นฉุกเฉินที่บ้านแต่ไม่ได้พ่นยา เนื่องจากมีอาการปากเป็นแผลจึงมาตรวจที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินและนัดมาตรวจซ้ำ การวินิจฉัยโรคเมื่อแรกรับ Chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation with bacterial infection

การประเมินสภาพร่างกาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 124/83 มิลลิเมตรปรอท O₂ Saturation 95%

สีระชะ: รูปร่างปกติ ผมหสีดำเข้มขาวไม่มีบาดแผลหรือผื่น

ใบหน้า: สมมาตร รูปร่างปกติ ไม่บวม



ตา หู คอ จมูก: รูปร่างปกติ สมมาตร เปลือกตาไม่ซีด ไม่มีสิ่งคัดหลั่งที่ผิดปกติ

คอและไหหลำ: ไม่มี neck vein engorgement ต่อมไทรอยด์ ไม่โต ต่อมน้ำเหลืองไม่โต

กระดูกและข้อ: กระดูกรูปร่างปกติ เคลื่อนไหวได้ปกติ ทรวงอกและปอด: รูปลังเบียร์ หายใจ 22 ครั้ง/นาที หัวใจ: เต้นสม่ำเสมอ ไม่มี murmur อัตราการเต้น 92 ครั้ง/นาที

ท้อง: ไม่มี กัดเจ็บ ไม่มี guarding, bowel sound ปกติ ไม่มี ascitis ไม่มีตับ ม้ามโต

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ

1. Complete Blood Count ผล: White blood count 11,930 cells/ cell/mm³, Neutrophil 84.9%, Lymphocyte 8.5%, Monocyte 6.2%, Eosinophil 0.3%, Basophil 0.1%, Hematocrit 38.2% , Platelet count 255,000 cell/mm³.

2. Electrolyte ผล : Na 141 mmol /L, K 4.15 mmol /L, Cl 104 mmol /L, CO₂ 26.3 mmol /L, BUN 18 mg/dl, Creatinine 0.7 mg/dl

3. เอกซเรย์ปอด ผล: RLL infiltration, Proper position of ETT

การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนตรวจ

1. ประเมินสภาพร่างกายแรกเริ่ม ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สุขสบาย อ่อนเพลีย ไอบ่อย บ่นหายใจไม่อิ่ม ดูแลเปลี่ยนจากรถนั่งเป็นรถนอน จัดท่านอนศีรษะสูง ใส่ไม้กั้นเตียงทั้งสองข้าง ป้องกันอุบัติเหตุ

2. ตรวจร่างกาย ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการไอ และมีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 124/83 มิลลิเมตรปรอท O₂ Saturation 95% พ่นยาโรคประจำตัว Berodual MDI 2 puff ห่างกัน 15 นาที 2 ครั้ง และประเมินอาการอย่างใกล้ชิด Monitor O₂ Saturation

3. ให้ห่มผ้าเพิ่มความอบอุ่นให้แก่ร่างกาย และจับน้ำอุ่นเพื่อบรรเทาอาการไอ

4. จำแนกประเภทผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยอยู่ในความรุนแรงระดับ 2 มีความจำเป็นต้องได้รับการตรวจทันทีจึงจัดเตรียมเวชระเบียน บันทึกเวชระเบียนตามมาตรฐานการบันทึก ประสานแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าตรวจทันที

5. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเรื่อง อาการหอบสาเหตุของการป่วยครั้งนี้ อธิบายให้เข้าใจถึงสาเหตุของอาการหอบ แผนการดูแลในขณะนี้

การพยาบาลผู้ป่วยขณะตรวจ

แพทย์วินิจฉัยโรคว่าผู้ป่วยมีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ขณะตรวจผู้ป่วยอาการเปลี่ยนแปลง ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว 93% ให้ออกซิเจนทาง Mask with bag 10 LPM แพทย์มีแผนการรักษาให้นำส่งผู้ป่วยไปห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และให้การพยาบาลตามแผนการรักษา โดย

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพซ้ำ ผู้ป่วย ซึมลง ชีพจร 110 ครั้ง/นาที หายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/72 มิลลิเมตรปรอท O₂ Saturation 93% ช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ number 8 depth 22 cms.

2. ส่งตรวจ film chest portable

3. ดูแลพ่นยาขยายหลอดลม Berodual 1 NB สังเกตการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ หายใจ 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 114 ครั้ง/นาที

4. ดูแลให้ยา Dexamethasone 4 mg iv เพื่อลดการบวม ระคายเคืองของหลอดลมตามแผนการรักษา

5. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5%D/N/2 1000 ml iv drip 80 ml/hr

6. แพทย์วางแผนให้ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล ได้อธิบายแผนการรักษาให้ทราบอย่างละเอียด โดยอธิบายถึงรายละเอียดของอาการ อาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา การปฏิบัติตัวเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยกับแพทย์จนเข้าใจ

การพยาบาลผู้ป่วยในระยะหลังแพทย์ตรวจ

1. ประสานศูนย์ admit และหอบผู้ป่วยเพื่อส่งต่ออาการและแผนการรักษาพยาบาล

2. ประเมินอาการ และสัญญาณชีพก่อนนำส่งไปหอผู้ป่วยสามัญ รู้สึกตัว ทำตามคำสั่งได้ อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 118/79 มิลลิเมตรปรอท O₂ Saturation 96%

3. ดูแลนำส่งผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยสามัญอย่างปลอดภัย

สรุปและอภิปรายผล

ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้ป่วยรายนี้คือ เกิดภาวะอุดกั้นของหลอดลมอย่างรุนแรง เกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน จึงต้องใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อไม่ให้เสียชีวิตจากภาวะการหายใจล้มเหลว กระบวนการที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยรายนี้คือ มีการประเมินการเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนได้อย่างรวดเร็วนับตั้งแต่ผู้ป่วยตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลสังเกตการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว การ



เปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การเพิ่มปริมาณออกซิเจนที่เข้าปอด ทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

เนื่องจากโรค COPD เป็นโรคไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การป้องกันการเกิดโรคถือเป็นเป้าหมายที่สำคัญที่สุด ผู้ป่วยรายนี้มีประวัติสูบบุหรี่เป็นประจำ ปัจจุบันยังเลิกไม่ได้ และยังคงมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำ การวางแผนจำหน่ายจึงเป็นสิ่งสำคัญ การทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรายนี้ถือว่ามีความยุ่งยาก เนื่องจากเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติและเคยชินมาตลอด พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการสอน ให้ความรู้ แนะนำ รวมทั้งให้กำลังใจ เสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัว ให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้และลดการกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ จึงได้นำหลักการเสริมแรงจิตใจ (BA/BI) มาใช้ในการให้ผู้ป่วยพิจารณาทบทวนการหยุดสูบบุหรี่ ให้เห็นถึงข้อดีและข้อเสีย มีการวางแผนเป้าหมายที่ชัดเจนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรมีการพัฒนาทักษะและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากสถานการณ์และ

สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ตลอดจนแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่แตกต่างกันออกไป อาจทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนการพยาบาลให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้

2. ส่งเสริมและสนับสนุนงานด้านสุขศึกษา จัดนิทรรศการเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อให้ประชาชน มีความรู้ ความเข้าใจถึงสาเหตุ และป้องกันไม่ให้เกิดโรค

3. การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำที่รุนแรงได้อีก จึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง สารภูมิแพ้ต่าง ๆ อยู่ในบริเวณที่มีอากาศถ่ายเท การปฏิบัติตนเมื่ออยู่บ้าน การรับประทานยาและการปฏิบัติตัวการพ่นยาที่ถูกต้อง การกลับมาตรวจตามนัดเพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง

4. พยาบาลควรใช้การเสริมพลัง และแรงจูงใจ มีการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยร่วมกับญาติทุกครั้ง ก่อนให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับแบบแผนการดูแลตนเองที่บ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน

เอกสารอ้างอิง

- ขวัญฤทัย พันธุ์. (2555). การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- คณาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2554). การใช้ยาสำหรับพยาบาล. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. (2553). แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: ยูเนียนอุลตราไวโอเล็ต.
- พรธนิภา สืบสุข. (2554). บทบาทพยาบาลกับผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล: 29(2); 18-26.
- วิจิตรา กุศลมภ์. (2554). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพานิชย์วิทยา ศรีมาดา. (2555). การสัมภาษณ์ประวัติและตรวจร่างกาย. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: ยูนิตีพับลิเคชั่น
- ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลเทพารักษ์. รายงานประจำปี 2563. (2563). จังหวัดนครราชสีมา : โรงพยาบาลเทพารักษ์.
- สุพร พริ่งเพริศ และคณะ. (2554). การพยาบาลผู้ใหญ่ 1. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
- American Lung Association. (2012). **Breathless in America new survey reveals impact of chronic obstructive pulmonary disease.** Retrieved from <http://www.lungusa.org>
- Fujimoto K. (2017). Long-Term Oxygen Therapy (or Home Oxygen Therapy) for COPD: The Present State and Future Problems. **Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Springer**; 195-210.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2017). **Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease.**

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วย
ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
Nursing care for the patients with acute ischemic stroke who received rt-PA
at Kalasin Hospital

(Received: July 27,2021; Accepted: August 20,2021)

สมพิน จงเรืองศรี¹

Sompin Chongruangsri

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA 2) เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA โดย ศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤติ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน พฤษภาคม – มิถุนายน พ.ศ. 2564 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลโดยการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย การสัมภาษณ์และการสังเกต นำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบและวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษาระณีศึกษา เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 66 ปี อาการสำคัญ แขนขาซีกขวาอ่อนแรง ซึมลง ไม่พูด เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง ประวัติโรคร่วม เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยมีประวัติขาดการรับประทานอาหารอย่างต่อเนื่อง แพทย์วินิจฉัย Acute cerebral infarction ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน วันจำหน่ายผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงของขาข้างขวาลดน้อยลงสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 63 ปี อาการสำคัญ แขนซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง ประวัติโรคร่วม เบาหวาน ความดันโลหิตสูง แพทย์วินิจฉัย Acute cerebral infarction ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือดพบภาวะเลือดออกในสมองเล็กน้อย วันจำหน่ายผู้ป่วยไม่มีความพิการหลงเหลือ

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลัน, การพยาบาลผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด

Abstract

The objectives of this study were 1) study the nursing care of acute ischemic stroke patients treated with rt-PA fibrinolytics. 2) To use the results of this study to develop a nursing practice guideline for acute ischemic stroke patients treated with rt-PA fibrinolytics. Comparing the nursing care of 2 patients with acute ischemic stroke who were treated with fibrinolytic drugs. rt-PA admitted to a critical stroke ward. Kalasin Hospital between May and June 2021. The tools used in the study consisted of Data collection form by collecting data from patient's medical records interview and observation. The data were analyzed, compared and formulated a nursing plan by using the nursing process.

Study results : Case study comparing nursing care of acute ischemic stroke patients treated with rt-PA fibrinolytics. Case Study 1: A Thai male patient aged 66 years. Significant symptoms include weakness of the

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์



right extremity, lethargy, do not speak, 3 hours before coming to the hospital, history of comorbidities, diabetes, high blood pressure, The patient had a history of lack of continued medication intake. Doctors diagnose acute cerebral infarction. Treated with anticoagulants. The patient had no complications. On the day of discharge, the patient has a slight weakness in the right leg, able to perform daily activities. Case Study 2: A 63-year-old Thai female patient. Significant symptoms include weak left arm, crooked mouth, stiff tongue, slurred speech, 4 hours before hospitalization, history of comorbidities, diabetes, and high blood pressure. Doctors diagnose acute cerebral infarction. Treated with anticoagulants. Patients with thromboembolic complications were found to have mild intracranial hemorrhage. On the date of discharge, the patient has no disability left.

Keyword : acute ischemic stroke patients, thrombolysis nursing care

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หมายถึงโรคที่มีภาวะความเสียหายของระบบประสาท ซึ่งอาจเป็นเพียงบางส่วนหรือทั้งหมดของระบบประสาท โดยความเสียหายนั้นเกิดขึ้นทันทีทันใดและอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง หรือถึงแก่ชีวิตโดยมีสาเหตุจากปัญหาของหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมองแยกออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ภาวะเลือดออกในสมองเอง (Spontaneous intracerebral hemorrhage), ภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยงจากหลอดเลือดตีตันหรืออุดตัน (Ischemic stroke) และเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง (Subarachnoid hemorrhage) (N Engl J Med, 2018) โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรงทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วโลก เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญเป็นอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง รายงานจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ปี 2560 พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคนในแต่ละปีและพบว่าโดยเฉลี่ยทุกๆ 6 วินาทีจะมีคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน โดยในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญอันดับ 1 ในเพศหญิงและอันดับ 2 ในเพศชาย เป็นปัญหาสุขภาพที่พบมากขึ้นเป็นสาเหตุให้เกิดความพิการทุพพลภาพอันดับต้นๆ ก่อให้เกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่นและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง (Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, 2010) การรักษาโรคหลอดเลือดสมองจะแตกต่างกันระหว่าง 2 กลุ่ม

หรืออุดตัน การรักษาผู้ป่วยที่สมองขาดเลือดเพื่อให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดเลือดให้เร็วที่สุด ลดการสูญเสียการทำงานเพื่อให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองได้ทันเวลาและทำให้มีเนื้อสมองตายจากการขาดเลือดน้อยที่สุด คือการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำชนิด rt-PA (Recombinant Human Tissue-type Plasminogen Activator) ให้ยาทันทีภายหลังจากมีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ถึงจะได้ผลดีและมีประสิทธิภาพ³ สามารถลดอัตราความพิการได้ร้อยละ 30 ผู้ป่วยที่ได้รับยาอาจมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด คือภาวะเลือดออกผิดปกติ การมีภาวะเลือดออกในสมองและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆเช่น การมีเลือดออกในอวัยวะต่างๆและการแพ้ยาเป็นต้น (American Stroke Association, 2018)

นโยบาย Service plan, Service excellence ของกระทรวงสาธารณสุขเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยให้การดูแลผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่แรกรับการคัดกรอง การพยาบาลดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ ซึ่งเป้าหมายที่สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะเข้ารับการรักษา โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นโรงพยาบาลทั่วไปให้การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินร่วมกับแพทย์อายุรศาสตร์และมีแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรมระบบประสาทในปี พ.ศ.2561และอายุรแพทย์ระบบประสาทในปี พ.ศ.2562โรงพยาบาลกาฬสินธุ์จัดตั้ง Stroke Unit ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข Service plan ในปีพ.ศ.2556 มีการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลัน เน้นการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่รวดเร็วและปลอดภัยโดยใช้ระบบช่องทางด่วน (Fast tract system) เข้ารับบริการภายในเวลา 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการและผู้ป่วยได้รับยา Door to needle time น้อยกว่า 60 นาที (National Stroke Association, 2020) โดยแพทย์เวช

ศาสตร์ฉุกเฉินและอายุรแพทย์ระบบประสาทร่วมกันวินิจฉัยโรค เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองขาดเลือดและผ่านเกณฑ์ประเมินข้อบ่งชี้ตามแนวปฏิบัติของสถาบันประสาทวิทยาผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินและได้รับการสังเกตอาการผิดปกติทางสมองอย่างต่อเนื่องและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA จนครบ 72 ชั่วโมงในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤติ(Stroke Intensive Care Unit) เมื่อผ่านพ้นภาวะวิกฤติวางแผนจำหน่ายหรือย้ายออกไปรับการรักษายังหอผู้ป่วยใน จากข้อมูลสถิติทางด้านคุณภาพโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันทั้งหมดที่มารับบริการ ในปีพ.ศ. 2561 ถึงปี พ.ศ. 2563 มีจำนวน 934 ราย 971 ราย และ 993 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาด้วยระบบช่องทางด่วนและได้รับยาละลายลิ่มเลือด มีจำนวน 88 ราย, 76 ราย และ 93 ราย ร้อยละผู้ป่วยได้รับยา rt-PA ภายใน 60 นาที มีจำนวน 71 ราย (80.68%), 63 ราย (82.89%) และ 76 ราย (81.72%) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบการเกิดภาวะเลือดออกในสมองหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA มีจำนวน 19 ราย (21.59%), 2 ราย (5.55%) และ 8 ราย (8.60%) และพบผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดและเสียชีวิตตามมาจำนวน 1 ราย ในปีงบประมาณ 2561⁵ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA จำนวน 2 ราย โดยศึกษาประวัติการเจ็บป่วย โรคร่วมของผู้ป่วย ประวัติแบบแผนการดำเนินชีวิต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์ นำมาวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษา และสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เจ็บป่วยกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำด้วยโรคเดิม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA

2. เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA

วิธีการศึกษา

ผู้ศึกษาได้ศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤติ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน พฤษภาคม พ.ศ.2564 – มิถุนายน พ.ศ.2564 จำนวน 2 ราย โดยดำเนินการศึกษา ดังนี้ 1) คัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA จำนวน 2 ราย 2) รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ปัจจุบัน ประวัติเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับ 3) ศึกษาแผนการรักษาของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษ เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ 4) ศึกษาคั่นคว่าจากตำราเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA ปรีกษาแพทย์เจ้าของไข้เกี่ยวกับแนวทางการตรวจวินิจฉัย แผนการรักษา นำความรู้ที่ได้มาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย 5) นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวิเคราะห์ปัญหาและวินิจฉัยการพยาบาล ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลโดยให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ 6) ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล 7) สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติ 8) เรียบเรียงและเขียนผลงานและ 9) จัดพิมพ์รูปเล่มเป็นเอกสารวิชาการ

ผลการศึกษา



ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1. แบบแผนสุขภาพ	ชายไทย 66 ปี ซีมลงแขนขาซีกขวาอ่อนแรง ไม่พูด เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง	หญิงไทย 63 ปี แขนซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยวลิ้นแข็งพูดไม่ชัด เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน กรณีศึกษารายที่ 1 มาด้วยซีมลงแขนขาซีกขวาอ่อนแรง ไม่พูด กรณีศึกษารายที่ 2 แขนซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยวลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด การเจ็บป่วย ทั้งสองราย ผู้ป่วยมีภาวะโรคร่วมคือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง กรณีศึกษารายที่ 1 พบปัญหาการขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
2. พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง	ผู้ป่วย GCS E4V5M6 pupil 3mms react to light both eyes motor power left arm, left leg grade V right arm grade V, right leg grade III Negative dysarthria Negative facial palsy สัญญาณชีพ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันเลือด 126 /78 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation = 99%	ผู้ป่วย GCS E4V5M6 pupil 3mms react to light both eyes motor power left arm, left leg grade 0 right arm, right leg grade V Positive dysarthria left facial palsy สัญญาณชีพ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันเลือด 159 /72 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation = 99%	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีภาวะสมองขาดเลือด กรณีศึกษารายที่ 1 ระดับความผิดปกติ มีพยาธิสภาพ Old cerebral infraction อาการและอาการแสดง แขนขาซีกขวาอ่อนแรง อาการที่พบ motor power left arm, left leg grade V right arm grade V, right leg grade III Negative dysarthria Negative facial palsy กรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะสมองขาดเลือด พยาธิสภาพ at right middle cerebral artery infraction สภาวะ lacunar infraction at right internal capsule, suspected clot อาการและอาการแสดง แขนซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยวลิ้นแข็งพูดไม่ชัด
3. แผนการรักษา	ส่งตรวจ CT Scan brain emergency Old cerebral infraction at right caudate nucleus, right external capsule, left basal ganglion and right centrum semiovale white matter rt-PA 50 mg rt-PA 5.2 mg vein bolus then 44.80 mg vein drip in 1 hr. ยาต่อเนื่อง ASA(300mg) 1 tab OD p.c. -Atrovastatin(40mg) 1 tab hs. -Folic Acid (5mg) 1 tab OD p.c. -Omeprazole (20mg) 1 tab OD a.c. -Metformin (500mg) 1 tab bid p.c. การตรวจพิเศษ -CT brain NC หลังได้รับ rt-PA 24 hr.	CT Scan พบ Lacunar infraction at right internal capsule, suspected clot at right middle cerebral artery infraction (CT โรงพยาบาลชุมชน.) rt-PA 81.9 mg rt-PA 8.19 mg vein bolus then 73.71 mg vein drip in 1 hr. ยาต่อเนื่อง -Control DTX keep 80-200 mg -Simvastatin(20mg) 1 tab h.s. -Folic Acid (5mg) 1 tab OD p.c. -Plavix (75mg) 1 tab OD p.c. -Metformin (500mg) 1 tab bid p.c. การตรวจพิเศษ -CT brain NC หลังได้รับ rt-PA 24 hr. -Echocardiogram การ Consult -Consult PM&R	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีภาวะสมองขาดเลือด แต่มีพยาธิสภาพตำแหน่งที่แตกต่างกัน แผนการรักษากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA และสังเกตอาการทางสมองและภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับการรักษาด้วยยา Atrovastatin (40mg) 1 tab h.s. เนื่องจากผู้ป่วยมีค่า LDL สูง กรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการรักษาด้วยยา Simvastatin (20mg) 1 tab hs. การรักษาตรวจพิเศษได้รับการ CT Scan หลังได้รับยา rt-PA 24 hr. และได้รับการปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูทั้ง 2 ราย มีความต่างที่กรณีศึกษารายที่ 2 EKG มี Atrial fibrillation. ได้ตรวจ Echocardiogram ผลการตรวจพบ Hypertensive heart disease (LVEF=63%)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	การConsult -Consult PM&R -ส่งConsult IMC		
4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> 1.การกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากมีภาวะสมองขาดเลือด 2.มีโอกาสดเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีภาวะสมองขาดเลือด 3.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด 4.มีโอกาสดเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก 5.ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาซีกขวาอ่อนแรง 6.มีภาวะHyperglycemia 7.มีภาวะ LDL หรือไขมันในเลือดสูง 8. แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและกิจกรรมการรักษาพยาบาล 9.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วย 	<ol style="list-style-type: none"> 1.การกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากมีภาวะสมองขาดเลือด 2.มีโอกาสดเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีภาวะสมองขาดเลือด 3.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด 4. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง 5.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วย 	<p>กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่คล้ายกันคือ 1) การกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากมีภาวะสมองขาดเลือด 2) มีโอกาสดเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีภาวะสมองขาดเลือด 3)เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน จากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด 4) ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาอ่อนแรง และ5) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วย</p> <p>ส่วนข้อวินิจฉัยที่มีความต่าง คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) มีโอกาสดเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก 2) มีภาวะHyperglycemia 3) มีภาวะ LDL หรือไขมันในเลือดสูง 4) แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและกิจกรรมการรักษาพยาบาล
5.การปฏิบัติการพยาบาล 5.1ระยะวิกฤติ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤติและได้รับยา rt-PA ตามแผนการรักษา 2. ให้ออกซิเจนสูง 15-30 องศา 3. ให้ออกซิเจนเพียง 24 ชั่วโมง 4. จดน้ำและอาหารยกเว้นยา 5. วัดสัญญาณชีพ • ทุก 15 นาที x 2 ชั่วโมง • ทุก 30 นาที x 6 ชั่วโมง • ทุก 1 ชั่วโมง x 16 ชั่วโมง • และทุก 4 ชั่วโมงเมื่ออาการคงที่แล้ว 6. ให้ออกซิเจนชนิด cannula 3 lit/min ตามแผนการรักษา 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤติ และให้ได้รับยา rt-PA ตามแผนการรักษา 2. ให้ออกซิเจนสูง 15-30 องศา 3. ให้ออกซิเจนเพียง 24 ชั่วโมง 4. จดน้ำและอาหารยกเว้นยา 5. ให้ออกซิเจนชนิด cannula 3 lit/minตามแผนการรักษา 	<p>ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการพยาบาลในระยะวิกฤติอย่างครอบคลุมเป้าหมายในการรักษาเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้ หลังการรักษาผู้ป่วยมีโอกาสที่สมองจะกลับมาทำงานได้ปกติเพื่อลดอัตราการตายและความพิการของผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลต้องประเมินผู้ป่วยในระยะวิกฤติ รวมทั้งให้การพยาบาลป้องกันภาวะแทรกซ้อนและให้การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด เพื่อลดอัตราการตายและความพิการที่จะเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้การดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติเป็นเรื่องที่สำคัญการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยและญาติ</p>
5.การปฏิบัติการพยาบาล(ต่อ) 5.1ระยะวิกฤติ	<ol style="list-style-type: none"> 7.การดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยา rt-PA ดังต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> • จดให้ heparin/warfarin/antiplatelet • จดใส่ NG tube • จดแทงสายยางเข้าหลอดเลือดดำส่วนกลาง (central line) • จดเจาะArterial blood gas, หรือเจาะหลอดเลือดแดง 	<ol style="list-style-type: none"> 6.การดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยา rt-PAภายใน 24 ชั่วโมง ดังต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> • จดให้ heparin/warfarin/antiplatelet • จดใส่ NG tube • จดแทงสายยางเข้าหลอดเลือดดำส่วนกลาง (central line) • จดเจาะArterial blood gas, หรือเจาะหลอดเลือดแดง 	<p>กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA ขณะให้การพยาบาลพบปัญหาผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะและมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงได้รับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการประเมินภาวะHyperglycemiaและได้รับการตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองหลังได้รับยา rt-PA ไม่พบภาวะเลือดออกในสมอง</p>



ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	<p>8.หลีกเลี่ยงการใส่สายสวนปัสสาวะภายใน 30 นาที หลังให้ยาละลายลิ่มเลือด</p> <p>9.สังเกตสีปัสสาวะอาจเป็นสีแดงจางหรือสีเข้มได้</p> <p>10.ติดตามประเมินรอยจำเลือดตามผิวหนัง ติดตามสังเกตเลือดออกตามไรฟันหรืออวัยวะให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจผลข้างเคียงของยา rt-PA</p> <p>11.รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบความผิดปกติ หรือ GSC drop > 2</p> <p>12.เตรียม Group Match พร้อมใช้</p> <p>13.ประเมินอาการทางระบบประสาท ทุก ½- 1 ชั่วโมงจนกว่าอาการจะคงที่</p> <p>14.ให้0.9%NSS IV rate 80 ml/hr ตามแผนการรักษา</p> <p>15.บันทึกสารน้ำเข้าออก ทุก 8 ชั่วโมง</p> <p>16.ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>17.ส่งตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์และติดตามผลตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>18.ดูแลให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงและแผนการรักษา</p>	<p>7.หลีกเลี่ยงการใส่สายสวนปัสสาวะภายใน 30 นาที หลังให้ยาละลายลิ่มเลือด</p> <p>8.สังเกตสีปัสสาวะอาจเป็นสีแดงจางหรือสีเข้มได้</p> <p>9.ติดตามประเมินรอยจำเลือดตามผิวหนัง ติดตามสังเกตเลือดออกตามไรฟันหรืออวัยวะให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจผลข้างเคียงของยา rt-PA</p> <p>10.รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบความผิดปกติหรือ GSC drop > 2</p> <p>11.เตรียม Group Match ให้พร้อมใช้</p> <p>12.ประเมินอาการทางระบบประสาท ทุก ½- 1 ชั่วโมงจนกว่าอาการจะคงที่</p> <p>13.ให้0.9%NSS IV rate 80 ml/hr ตามแผนการรักษา</p> <p>14.บันทึกสารน้ำเข้าออก ทุก 8 ชั่วโมง</p> <p>15.ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>16.ส่งตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์และติดตามผลตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>17.ดูแลให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงและแผนการรักษา</p>	<p>กรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA และเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะเลือดออกในสมองหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือดพบภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือดผลการตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองหลังได้รับยา rt-PAพบภาวะเลือดออกในสมองเล็กน้อย</p>
<p>5.การปฏิบัติการพยาบาล</p> <p>5.2 ระยะเวลาดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟู</p>	<p>-ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>-ส่งตรวจพิเศษตามแผนการรักษา</p> <p>-CT brain NC หลังได้รับ rt-PA 24 hr.</p> <p>-ASA(300mg) 1 tab OD p.c.</p> <p>-Atrovastatin(40mg) 1 tab h.s.</p> <p>-FolicAcid (5mg) 1 tab OD p.c.</p> <p>-Omeprazole (20mg) 1 tab OD a.c.</p> <p>-Metformin (500mg) 1 tab bid p.c.</p> <p>-Control DTX keep 80-200 mg</p> <p>-Consult PM&R</p> <p>-ส่งConsult IMC</p>	<p>-ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>-Simvastatin(20mg) 1 tab h.s.</p> <p>-FolicAcid (5mg) 1 tab OD p.c.</p> <p>-Plavix (75mg) 1 tab OD p.c.</p> <p>-Metformin (500mg) 1 tab bid p.c.</p> <p>การตรวจพิเศษ</p> <p>-CT brain NCหลังได้รับ rt-PA 24 hr.</p> <p>-Echocardiogram</p> <p>-Consult PM&R</p>	<p>เมื่อผู้ป่วยพ้นจากระยะวิกฤตแล้วพยาบาลต้องใช้กระบวนการ พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้ต่อเนื่องและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยตามแผนการรักษาครอบคลุมปัญหา และทัน เวลา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น</p> <p>ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาด้วยการให้ยากลุ่มต้านเกล็ดเลือด (Anti platelet)ในการรักษาร่วมกับยารักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและยาลดไขมันในเลือดและส่งปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู</p>
<p>5.3 ระยะเวลาวางแผนจำหน่าย</p>	<p>ผู้ป่วยรายที่ 1 กลับบ้านได้อาการทางระบบประสาทปกติ GCS E4V5M6 pupil 3mms react to light both eyes motor power left arm, left leg grade V right arm gradeV, right leg grade III ส่งConsult IMCก่อนจำหน่ายเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย</p> <p>เนื่องจากมีขาด้านขวาอ่อนแรงให้คำแนะนำการสังเกตภาวะผิดปกติ การ</p>	<p>ผู้ป่วยรายที่ 2 กลับบ้านได้อาการทางระบบประสาทปกติ GCS E4V5M6 pupil 3mms react to light both eyes Motor power grade V ไม่มีปัญหาการกลืน อาการปากเปี้ยว</p> <p>ด้านซ้ายดีขึ้นสามารถรับประทานอาหารได้ ให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ดูแลเฝ้าระวังประเมินอาการผิดปกติที่เสี่ยงต่อการสำลักอาหารและการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางสมองให้ผู้ดูแลรับทราบถ้ามีอาการผิดปกติดังกล่าวให้มาพบ</p>	<p>เนื่องจากผู้ป่วยทั้ง 2 ราย สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ มีแผนการรักษาให้กลับมาพบแพทย์ 2 สัปดาห์เพื่อติดตามการรักษา และได้รับยาไปรับประทานต่อที่บ้าน</p>

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การมาตรวจตามนัด ประสานศูนย์ดูแลต่อเนื่องเพื่อติดตามเยี่ยมอาการในชุมชน	แพทย์ ประสานศูนย์ดูแลต่อเนื่องเพื่อติดตามเยี่ยมอาการในชุมชน	

ผลลัพธ์

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA มีความแตกต่างกันของตำแหน่งสมองที่ขาดเลือดและระยะเวลาในการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการดูแลในระยะวิกฤติโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน ตามมาตรฐานโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม จึงส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและลดความพิการผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

ผู้ป่วยรายที่ 1 พบว่ามีปัญหาของภาวะสมองขาดเลือดมีพยาธิสภาพคือแขนและขาซีกขวาอ่อนแรง หลังรับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA ผู้ป่วยไม่พบภาวะแทรกซ้อนระดับความรู้สึกตัวปกติ หากพบความอ่อนแรงของขาด้านขวาผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ จึงประสานงานทีม Inter mediate care เพื่อดูแลต่อเนื่องสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะ แทรกจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA พบภาวะเลือดออกในสมองเล็กน้อยระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการอ่อนแรงของแขนและขา ปัญหาปากเบี้ยวด้านซ้ายดีขึ้นสามารถกินอาหารได้ไม่ลำบาก ผู้ป่วยอาการดีขึ้นสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ จากการศึกษากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย การดูแลผู้ป่วยและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม จึงส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและลดความพิการผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

อภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองขาดเลือด ผลการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบว่ากรณีศึกษารายที่ 1 พบ Old cerebral infraction at right caudate nucleus, right

external capsule, left basal ganglion and right centrum semiovale.กรณีศึกษารายที่ 2 พบ Lacunar infraction at right internal capsule, suspected clot at right middle cerebral artery infraction ทำให้มีพยาธิสภาพที่แตกต่างกันการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในระยะเวลา 4.5 ชั่วโมงส่งผลให้ผู้ป่วยลดความพิการ กำลังกล้ามเนื้อของผู้ป่วยดีขึ้นช่วยลดความพิการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นการรณรงค์ให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดให้ทันเวลาจะช่วยลดอัตราการตายและลดความพิการของผู้ป่วยได้ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด Closed observeในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤติและได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองเพื่อติดตามเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันที่ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA ต้องใช้ทักษะความรู้ความสามารถในการประเมินและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็วผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤติของโรคได้ ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการคัดกรองประเมินเบื้องต้นรวมทั้งการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤติฉุกเฉินเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงทีป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพของโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด เป้าหมายเพื่อลดอัตราการตายและความพิการของผู้ป่วย นอกจากการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติการวางแผนการรักษาต่อเนื่องรวมทั้งการวางแผนจำหน่ายเป็นอีกบทบาทของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยในการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำหรือป้องกันการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำด้วยโรคเดิม

ข้อเสนอแนะ

1.การเข้าถึงระบบบริการควรมีการเพิ่มการให้ความรู้ในกลุ่มผู้นำชุมชน อสม. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็วโดยผ่านช่องทางบริการของ 1669 ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเบื้องต้นที่ปลอดภัย



2.การรณรงค์ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจเต้นผิดปกติ สูบบุหรี่ อ้วนและกลุ่มไม่ออกกำลังกาย โดยเน้นให้ความรู้เกี่ยวกับอาการที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3.ควรเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนในการให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA ขยายไปทุกโรงพยาบาลในเขตชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ทันท่วงที

4.การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนลดความพิการและอัตราการตายที่อาจเกิดขึ้นตามมา

เอกสารอ้างอิง

The National Institute of Neurological Disorder and stroke rt-PA Stroke study group. (2018).

Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. *N Engl J Med*, 333(24),1581-7.

Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 15; 380:2095-128.

Ministry of Public Health. Department of Disease Control. Bureau of Non-Communicable Diseases. Annual report 2017 [Internet]. Nonthaburi: Bureau of Non-Communicable Diseases; 2018 [cited 2019 Jun 15].

Available from: http://www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual/NCD_Report60.pdf

American Stroke Association.(2018) Guideline for the early Management of patient

With Acute Ischemic Stroke. Retrieved january 10, 2018, from <https://www.bmc>

[.org/sites/default/files/Patient_Care/Specialty_Care/Stroke_and_Cerebrovascular_Center/Medical_Professionals/ Protocols](https://www.bmc.org/sites/default/files/Patient_Care/Specialty_Care/Stroke_and_Cerebrovascular_Center/Medical_Professionals/Protocols)

สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย.(2560).แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ. กรุงเทพฯ:สถาบันประสาทวิทยา.

สถิติข้อมูล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. งานข้อมูลและสถิติ. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์; 2561-2563. (คัดสำเนา)

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด และโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลยางตลาด
อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of a care system for asthma patients and emphysema of Yang Talat Hospital,
Yang Talat District, Kalasin Province

(Received: July 22,2021; Accepted: August 18,2021)

สิริรัตน์ นฤมิตร¹
Sirirat Naruemit¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเอง มีการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด และโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ และ 2) เพื่อประเมินผลการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด และโรคถุงลมโป่งพองที่พัฒนาขึ้น กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยางตลาด จำนวน 1 คน บุคลากรจากโรงพยาบาลยางตลาด ได้แก่ อายุรแพทย์ จำนวน 1 คน แพทย์ประจำคลินิกโรคหอบหืดโรงพยาบาลยางตลาดจำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลยางตลาด จำนวน 2 คน ตัวแทนพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยนอกจำนวน 5 คน เภสัชกร จำนวน 2 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 2 คน นักโภชนาการ จำนวน 1 คน และแพทย์แผนไทยจำนวน 1 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพรายบุคคล แบบสนทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการกระทำ คือ ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด และโรคถุงลมโป่งพองที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำมาจัดหมวดหมู่ประเด็นเนื้อหา วิเคราะห์เนื้อหา และมีการวิเคราะห์แก่นสาระ เพื่อตีความสร้างข้อสรุป ผลการวิจัยทำให้ได้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด และโรคถุงลมโป่งพอง ที่ใช้ได้จริงและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ อัตราผู้ป่วยโรคหอบหืดและโรคถุงลมโป่งพองลดลง

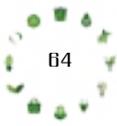
คำสำคัญ: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, โรคหอบหืด, โรคถุงลมโป่งพอง, แนวคิดการจัดการตนเอง

Abstract

This research was action research by applying the concept of self-management. It is operated with the participation of a multidisciplinary team aimed to 1) Develop a care system for asthma patients and emphysema of Yang Talat Hospital, Yang Talat District, Kalasin Province; and 2) To evaluate the use of the asthma care and emphysema system developed. The group of informants consisted of 1 Professional nurses responsible for chronic diseases Yang Talat District Public Health Office. Personnel from Yang Talat Hospital include 1 Physician , 1 Doctor of Asthma Clinic, Yang Talat Hospital, 2 Professional Nurse at Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease Clinic, Yang Talat Hospital, 5 OPD Professional nurses, 2 pharmacists, 2 physiotherapists, 1 nutritionist, and 1 Thai traditional medicine person. The tools used to collect data are personal data questionnaires. Individual health record form group discussion. The tool used in the action was the asthma care and emphysema system developed. Quantitative data were analyzed by frequency distribution and percentage. Qualitative data to categorize content issues analyze content and analyzing the essence to interpret to create a conclusion. The results of this research resulted in a system of care for patients with asthma and emphysema that are practical and appropriate to the local context The rates of asthma and emphysema decreased.

Keywords : action research, asthma, emphysema, self-management concept

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์



บทนำ

โรคถุงลมโป่งพอง (Pulmonary Emphysema) เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทยและทั่วโลก เป็นโรคที่พบได้บ่อย เกิดจากการหายใจเอามลภาวะที่เป็นพิษ อาจอยู่ในก๊าซหรือฝุ่นเข้าไป ทำให้เกิดการอักเสบ และทำลายระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ หลอดลมปอดและปอด ส่วนใหญ่จะเกิดร่วมกัน ผู้ป่วยบางรายอาจมีหลอดลมอักเสบมากกว่า แต่บางรายอาจมีถุงลมโป่งพองมาก มีน้อยรายที่จะเกิดเพียงอย่างเดียว จึงนิยมเรียกรวมกันว่า โรคหลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease หรือ COPD) (World Health Organization [WHO], 2021)

โรคถุงลมโป่งพอง มีปัจจัยเสี่ยงหลายสาเหตุ อาทิ พันธุกรรม คิววินบุทรี การเผาไหม้เชื้อเพลิงในการประกอบอาหารและการขับเคลื่อนเครื่องจักรต่าง ๆ ซึ่งคิววินบุทรีเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคถึง ร้อยละ 75.4 (คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, 2553) เป็นโรคที่มีความผิดปกติในการตอบสนองของปอดต่อสารหรือก๊าซ ที่มากระตุ้น ก่อให้เกิดการอักเสบและการอุดกั้นของหลอดลมและเนื้อปอด การเปลี่ยนแปลงของหลอดลมขนาดใหญ่ จะมีต่อมขับเมือก ใหญ่ขึ้นทำให้สร้างเสมหะมากขึ้น หลอดลมเล็กมีการอักเสบ ทำให้มีเสมหะอุดตันหลอดลม กล้ามเนื้อผนังหลอดลมโตขึ้น และในเนื้อปอดมีการโป่งพองของถุงลมภายในปอด จากความผิดปกติของหลอดลมและถุงลมปอด ทำให้รูของหลอดลมมีขนาดเล็กลงและความยืดหยุ่นของปอดลดลง แรงดันลมภายในปอดลดลง แรงดึงต่างหลอดลมลดลงทำให้หลอดลมแฟบกว่าปกติได้ หลอดลมหลังเมื่อมากกว่าปกติทำให้ผู้ป่วยมีอาการไอมีเสมหะเรื้อรัง การเคลื่อนไหวของปอดและผนังทรวงอกลดลงทำให้กล้ามเนื้อที่ใช้หายใจมีความแข็งแรงลดลง เกิดอาการเหนื่อยอ่อนเพลียง่ายกว่าปกติ และการมีอากาศคั่งค้างอยู่ในปอดขณะหายใจออก ทำให้ต้องออกแรงในการหายใจมากกว่าปกติเกิดภาวะหายใจลำบาก ได้ (Global Initiative for Obstructive Lung Disease [GOLD], 2018)

การดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดและโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ในปี พ.ศ. 2560 - 2562 พบว่าอัตราผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการหอบกำเริบ ซึ่งมีสาเหตุจากการใช้ยาสูดพ่น Steroid หรือการใช้ยาพ่นฉุกเฉินไม่ถูกต้อง การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ก่อให้เกิดอาการหอบกำเริบ การขาดยาในกรณีผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลหรืออยู่ห่างไกลโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 80, 82, 84, ตามลำดับ อัตราการรับไว้นอนในโรงพยาบาลผู้ป่วยหอบหืดเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 0,1.45,4.69 ตามลำดับ อัตราผู้ป่วยหอบกำเริบจนต้องพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยหอบหืดคิดเป็นร้อยละ

7.27, 7.97, 10.16 ตามลำดับ อัตราการรับไว้นอนในโรงพยาบาลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 0, 3.15, 3.67 ตามลำดับ อัตราการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองลดลงคิดเป็นร้อยละ 98, 73.21, 34.78 ตามลำดับ (โรงพยาบาลยางตลาด, 2563)

การดำเนินงานในเรื่องโรคหอบหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ของโรงพยาบาลยางตลาด ที่ผ่านมา ดำเนินงานในรูปแบบ คลินิกโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย (Easy Asthma & COPD Clinic) พบว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานคลินิก เช่น อัตราการขาดยาเพิ่มขึ้น การขาดนัดเพิ่มขึ้นเนื่องจากภาวะเศรษฐกิจ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การเข้าถึงบริการลำบากเนื่องจากอำเภอยางตลาด มีพื้นที่ขนาดใหญ่ ระยะทางพื้นที่ค่อนข้างห่างกันหลายกิโลเมตร ระยะทางบ้านผู้ป่วยห่างจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีจำนวนมากขึ้นทำให้เกิดความล่าช้าในการให้บริการ ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายในรูปแบบของการให้บริการ จำนวนผู้ป่วยมากเกิดความคับคั่งในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ให้บริการเหนื่อยกับการให้คำแนะนำซ้ำ ๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ออกแรงในการสูดยาได้น้อย ส่งผลให้การควบคุมอาการเป็นไปไม่ได้ลำบาก ผู้ป่วย COPDบางรายยังไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ บางคนยังขาดความเข้าใจในตัวโรคอย่างถ่องแท้ แม้จะได้รับการอธิบายการแจกแผ่นพับความรู้และการปฏิบัติตัวแล้วก็ตาม มีการให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมิน ความรู้ พบว่า ผู้ป่วยรายใหม่และรายเก่า จำนวน 50 ราย ผ่านเกณฑ์ความรู้เรื่องโรค 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 76 เรื่องยา 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 44 เรื่องการปฏิบัติตัวและแนวทางการขอความช่วยเหลือ 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 26 จึงได้มีการดำเนินการพัฒนางาน Easy Asthma & COPD Clinic

จากการดำเนินงานได้ระยะเวลา 3 ปี พบว่ามีผู้ป่วยอาการหอบพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินจำนวน 108 ครั้ง และอาการไม่ตอบสนองใน 2 ชั่วโมงจนต้อง Admit 17 ราย สาเหตุส่วนใหญ่เกิดมาจากการสูดยาที่ไม่ถูกต้องส่งผลให้การรักษาไม่สมบูรณ์ เมื่อปรับวิธีการสอนการสูดยาแก่ผู้ป่วยอย่างถูกวิธี ทำให้พบว่าผู้ป่วยสูดยาได้ถูกต้อง ร้อยละ 100 แต่เมื่อติดตามตัวซ้ำวัดในปี 2563 มีแนวโน้มเพิ่มของอัตรา ER Visit จำนวน 123 ครั้ง และ Admit 36 ราย เมื่อ Review Chart Admit พบสาเหตุสำคัญคือการได้รับปัจจัยกระตุ้นจนก่อให้เกิดหลอดลมอักเสบเพิ่มขึ้นจนเป็นสาเหตุให้หอบกำเริบและไม่ตอบสนองต่อยาขยายหลอดลม ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้เท่าเดิม จึงได้ทบทวนหา สาเหตุที่แท้จริง และร่วมกันพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลรักษาและช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวัน และหรือทำงานประจำได้เทียบเท่าคนปกติ

จากการดำเนินงานเป็นระยะเวลา 3 ปี ผลการดำเนินงานพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยในพื้นที่อำเภอต่าง ๆ อีกจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาเนื่องจากไม่ทราบและรักษาตามคลินิกเมื่อมีอาการหอบเท่านั้น และยังคงมีจำนวนประชาชนที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคจากการสูบบุหรี่อีกจำนวนมาก ในชุมชน ดังนั้นโรงพยาบาลยางตลาดจึงร่วมมือกับภาคีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังและชุมชน พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังขึ้นและดำเนินการตามกระบวนการอย่างเป็นระบบโดยมีโครงสร้างภาคีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังในรูปแบบ คณะกรรมการระดับอำเภอ (Unity District health Team)

อย่างไรก็ตามการดำเนินงานที่ผ่านมายังมีปัญหาอุปสรรคเกิดขึ้น จึงต้องการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด และโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลยางตลาด อำเภอต่าง ๆ จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างต่อเนื่องโดยปรับปรุงจากปัญหา ความเสี่ยง ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ผ่านมา โดยมีการร่วมคิด ร่วมทำ โดยทีมสหสาขาการดูแลโรคหอบหืด โรงพยาบาลยางตลาด ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด และโภชนาการ เพื่อประโยชน์เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยให้มากขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด และโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลยางตลาด อำเภอต่าง ๆ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อประเมินผลการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด และโรคถุงลมโป่งพองที่พัฒนาขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด และโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลยางตลาด อำเภอต่าง ๆ จังหวัดกาฬสินธุ์ นี้ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบ PAOR ประกอบด้วยขั้นตอน การวางแผน (Plan) การปฏิบัติตามแผน (Act) การสังเกตตรวจสอบผลจากการปฏิบัติ (Observe) และการสะท้อนกลับ (Reflect) (Kemmis & McTaggart, 1998) กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอต่าง ๆ จำนวน 1 คน บุคลากรจากโรงพยาบาลยางตลาด ได้แก่ อายุรแพทย์ จำนวน 1 คน แพทย์ประจำคลินิกโรคหอบหืดโรงพยาบาลยางตลาดจำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลยางตลาด จำนวน 2 คนตัวแทนพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยนอก จำนวน 5 คน เภสัชกร จำนวน 2 คน นัก

กายภาพบำบัด จำนวน 2 คน นักโภชนาการ จำนวน 1 คน และแพทย์แผนไทยจำนวน 1 คน สถานที่ดำเนินงาน ได้แก่ โรงพยาบาลยางตลาด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอต่าง ๆ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอต่าง ๆ ระยะเวลาในการดำเนินการ ระหว่างปีงบประมาณ 2561 – 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
 - 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
 - 1.2 แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพรายบุคคล
 - 1.3 แบบสนทนากลุ่ม การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด และโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลยางตลาด อำเภอต่าง ๆ จังหวัดกาฬสินธุ์ รายละเอียดได้แก่ กิจกรรมการดำเนินงานในปัจจุบัน ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงาน และกิจกรรมการดำเนินงานที่ต้องการพัฒนาขึ้น
2. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกระทำ คือ ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด และโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลยางตลาด อำเภอต่าง ๆ จังหวัดกาฬสินธุ์ที่พัฒนาขึ้น

ขั้นตอนการศึกษา

1. การวางแผน (Plan) เป็นการสำรวจ วิเคราะห์สภาพปัญหา การเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลด้วยแบบสอบถาม การสนทนากลุ่มเพื่อออกแบบระบบการดำเนินงานร่วมกันโดยผู้รับผิดชอบงานคลินิกโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และทีมสหสาขาวิชาชีพ ของโรงพยาบาลยางตลาด
2. การปฏิบัติตามแผน (Act) เป็นการปฏิบัติตามระบบการดำเนินงานที่ได้พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว การสะท้อนความรู้ย้อนกลับ การเยี่ยมบ้านโดยประสานทีมเยี่ยมบ้านและทีม Palliative Care การบริหารจัดการให้มีสถานที่ในการทำกิจกรรม 6 Minute Walk Test ตลอดจนมีนิกายภาพให้บริการในวันคลินิกอย่างเพียงพอและมีกิจกรรมในการควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ
3. การสังเกตตรวจสอบผลจากการปฏิบัติ (Observe) ได้แก่ 1) การประเมินและสรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ผลลัพธ์ค่าใช้จ่ายและความคุ้มค่า และ 2) การติดตามอัตราป่วย อัตราตาย อัตราการขาดยา เป็นระยะ ทุก 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน ตามลำดับ
4. การสะท้อนกลับ (Reflect) เป็นการรับฟังเสียงสะท้อนจากการปฏิบัติตามระบบที่พัฒนาขึ้น โดยใช้วิธีระดม

ความคิดเห็น กับผู้ร่วมปฏิบัติงาน ทีมสหวิชาชีพ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากการปฏิบัติตามระบบ เพื่อให้ได้ข้อมูลมา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของประชากร ด้วยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

ข้อมูลเชิงคุณภาพ คือข้อมูลจากการระดมความคิดเห็น นำมาจัดหมวดหมู่ประเด็นเนื้อหา วิเคราะห์เนื้อหา และมีการวิเคราะห์แก่นสาระเพื่อตีความสร้างข้อสรุป

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักความเคารพในบุคคล คือ การเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นคน หลักผลประโยชน์หรือไม่ก่ออันตราย โดยการพยายามดำเนินการให้การวิจัยนี้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อกลุ่มตัวอย่าง และหลักยุติธรรม คือ การให้ความเสมอภาคกับผู้ร่วมในการวิจัยทุกคน ซึ่งมีการดำเนินการโดยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อพิจารณารับรอง เลขที่ 010/ 2564 จากนั้นผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย และอธิบายขั้นตอนการดำเนินการทั้งหมดโดยสรุป แล้วขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการชี้แจงให้ทราบว่าข้อมูลทุกอย่างจะเก็บเป็นความลับ นำไปใช้ประโยชน์ในการวิจัยนี้เท่านั้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมหรือไม่ก็ได้ตามแต่เห็นสมควร และสามารถถอนตัวออกจากการดำเนินการวิจัยได้ทุกเมื่อ ภายหลังจากได้รับการอธิบายแล้วกลุ่มตัวอย่างมีการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการศึกษา

1. ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด และโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่

1.1 การกำหนดข้อบ่งชี้การคัดกรองโรคหอบหืดและโรคถุงลมโป่งพอง ได้แก่

- 1) มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหอบหืด
- 2) มีประวัติเคยพ่นยาขยายหลอดลมที่คลินิกหรือ

โรงพยาบาลแต่ไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนหอบหืดหรือไม่ได้รับยาพ่นสูด Steroid

3) มีประวัตินอนโรงพยาบาลด้วยอาการไอ หายใจหอบแต่ไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนหอบหืด

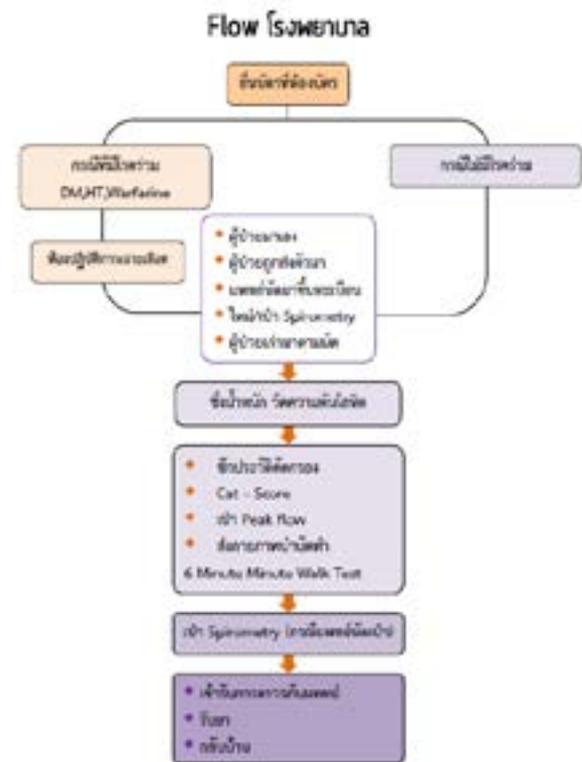
4) มีประวัติไอเรื้อรังมากกว่า 1 สัปดาห์ โดยเฉพาะไอตอนกลางคืนหรือเมื่อสัมผัสสิ่งกระตุ้น

5) มีประวัติได้รับยาพ่นสูด Steroid ที่คลินิกหรือโรงพยาบาลแต่ไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนหอบหืด

6) มีประวัติด้วยอาการ ไอ หายใจหอบ บ่อยครั้ง

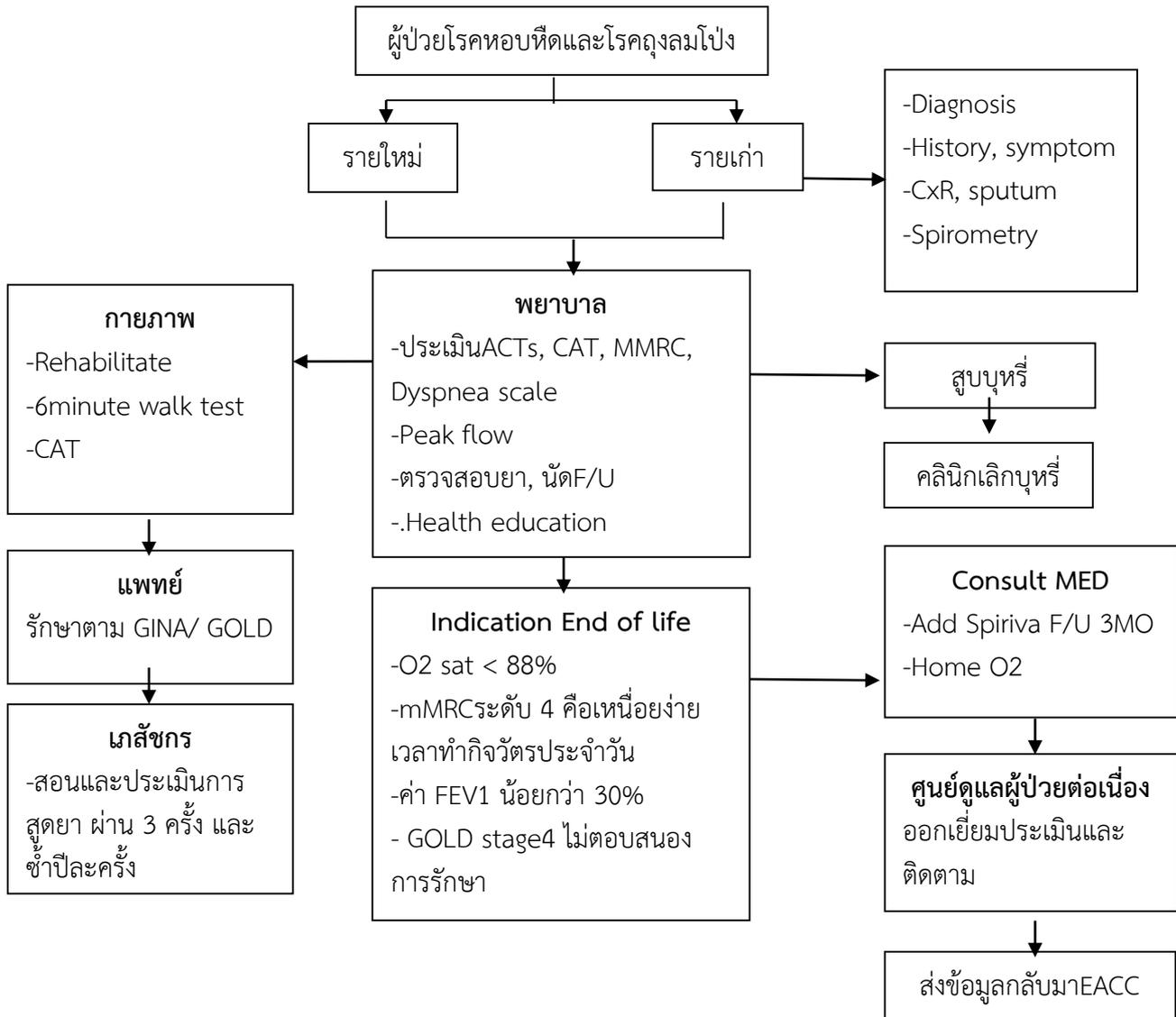
7) ผลต่างระหว่างการเป่า peak Flow ก่อนและหลังการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมมากกว่าร้อยละ 20

1.2 ขั้นตอนการรับบริการโรคหอบหืดและโรคถุงลมโป่งพอง ได้แก่ ผู้ป่วยยื่นทำบัตร พยาบาลคลินิกโรคหอบหืด ซักประวัติ อาการเจ็บป่วย ประเมินภาวะหอบเหนื่อยด้วยแบบประเมิน Cat – Score ประเมินสมรรถภาพปอดด้วยเครื่องมือ Peak flow และ Spirometer เจ้าหน้าที่ห้องชันสูตรเจาะเลือดส่งกายภาพบำบัดทำ 6 Minute Walk Test เข้ารับการตรวจกับแพทย์ พบเภสัชกรเพื่อให้คำแนะนำการรับประทานยา/ การใช้ยาสูดพ่น และกลับบ้าน



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการรับบริการโรคหอบหืดและโรคถุงลมโป่งพอง

3. กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดและโรคถุงลมโป่งพอง โรงพยาบาลยางตลาดที่พัฒนาขึ้น



หมายเหตุ

1. กรณีผู้ป่วยมานานกว่า 1) ค้นหาในระบบ Hosxp ตามรหัส J44, J45 ทุกวันศุกร์ 2) Review Diagnosis และ 3) รายเก่าที่ลงทะเบียนรับยานอกคลินิกและรายใหม่ที่ยังไม่เข้าระบบแจ้ง รพ.สต. นัดมาเข้าคลินิก EACC

2. กรณีผู้ป่วยขาดนัด ประสานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแจ้งวันนัดครั้งต่อไป

2. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด และโรคมะเร็งปอดของโรงพยาบาลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดและโรคมะเร็งปอดของผู้ใหญ่

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ปีงบประมาณ		
		2561	2562	2563
1. อัตราการรับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาล	< 10			
1.1 โรคหอบหืด		0.76	0.62	1.27
1.2 โรคมะเร็งปอด		1.15	2.60	3.08
2. อัตราหอบกำเริบจนต้องเข้ารับบริการที่ ER	< 15			

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดและโรคถุงลมโป่งพองในผู้ใหญ่

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ปีงบประมาณ		
		2561	2562	2563
2.1 โรคหอบหืด		10.30	6.90	6.16
2.2 โรคถุงลมโป่งพอง		15.97	11.14	8.97
3.อัตราการได้รับยาพ่นสูดดม Steroid ครอบคลุม	> 80			
3.1 โรคหอบหืด		81.49	82.69	84.17
3.2 โรคถุงลมโป่งพอง		97.12	92.83	96.56
4.อัตราการเข้าคลินิก EACC ครอบคลุม	> 80			
4.1 โรคหอบหืด		84.19	92.53	78.85
4.2 โรคถุงลมโป่งพอง		96.49	93.41	90.52

จากตารางที่ 1 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดและโรคถุงลมโป่งพองในผู้ใหญ่ ระหว่างปีงบประมาณ 2561-2563 ได้แก่ อัตราการรับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาล และอัตราหอบกำเริบจนต้องเข้ารับบริการที่ ER มีแนวโน้มลดลง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหอบหืดและโรคถุงลมโป่งพองมีอาการไม่รุนแรง โดยที่มีอัตราการได้รับยาพ่นสูดดม Steroid ครอบคลุม อัตราการเข้าคลินิก EACC ครอบคลุม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปีงบประมาณ 2561-2562 แต่เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ในเดือนธันวาคม 2562 จึงส่งผลให้การรับบริการในคลินิก EACC ครอบคลุมลดลง อย่างไรก็ตามจากข้อมูลในสถานการณ์ปกติ แสดงให้เห็นว่าระบบบริการสามารถทำให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาได้อย่างครอบคลุมเพิ่มขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด และโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ นี้ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบ PAOR ประกอบด้วยขั้นตอน การวางแผน (Plan) การปฏิบัติตามแผน (Act) การสังเกตตรวจสอบผลจากการปฏิบัติ (Observe) และการสะท้อนกลับ (Reflect) (Kemmis & McTaggart, 1998) ผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด และโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 1) การกำหนดข้อบ่งชี้การคัดกรองโรคหอบหืดและโรคถุงลมโป่งพอง 2) ขั้นตอนการรับบริการโรคหอบหืดและโรคถุงลมโป่งพอง และ 3) กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดและโรคถุงลมโป่งพอง โรงพยาบาลยางตลาด มีการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจริง และเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดและโรคถุงลม

โป่งพอง (ชายชาญ โพธิรัตน์, 2559; วัชรมา บุญสวัสดิ์, 2555; วิศิษฎ์ อุดมพาณิชย์ และสมเกียรติ วงษ์ทิม, 2554) ซึ่งจากการดำเนินงานทำให้ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดและโรคถุงลมโป่งพองในผู้ใหญ่ ระหว่างปีงบประมาณ 2561-2563 ได้แก่ อัตราการรับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาล และอัตราหอบกำเริบจนต้องเข้ารับบริการที่ ER มีแนวโน้มลดลง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหอบหืดและโรคถุงลมโป่งพองมีอาการไม่รุนแรง โดยที่มีอัตราการได้รับยาพ่นสูดดม Steroid ครอบคลุม อัตราการเข้าคลินิก EACC ครอบคลุม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปีงบประมาณ 2561-2562 แต่เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ในเดือนธันวาคม 2562 จึงส่งผลให้การรับบริการในคลินิก EACC ครอบคลุมลดลง อย่างไรก็ตามจากข้อมูลในสถานการณ์ปกติ แสดงให้เห็นว่าระบบบริการสามารถทำให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาได้อย่างครอบคลุมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราพร รักษายศ และศิริเพ็ญ สิทธิบรรณ. (2556) ได้ศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกคนรักปอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชอุบลราชธานี จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลับเข้ารับรักษาซ้ำภายใน 28 วัน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเทียบกับก่อนใช้รูปแบบ แสดงให้เห็นว่าการกำหนดกลยุทธ์ให้ผู้ป่วยมีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีแผนการดูแลร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน มีการสนับสนุนของครอบครัวและสังคม ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถ นำระบบบริการ การดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด และโรคถุงลมโป่งพอง ที่พัฒนาขึ้น นี้ไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ตนเองได้

2. นักวิจัยหรือผู้สนใจ สามารถนำระบบบริการการ ดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด และโรคถุงลมโป่งพอง ที่พัฒนาขึ้น ไป ประยุกต์หรือเพิ่มขึ้นตอนบริการที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ เช่น การใช้สมุนไพร กรอบอกแบบด้านกายภาพบำบัด หรือ กิจกรรมการพยาบาลอื่น ๆ เป็นต้น

3. การวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคหอบหืด และโรคถุงลมโป่งพอง เน้นในผู้ใหญ่ อาจมีการขยายผลเน้น ระบบบริการในผู้ป่วยเด็กอายุ 0-15 ปี เพิ่มมากขึ้นในการวิจัย ครั้งต่อไป

4. ควรมีการขยายผลการจัดระบบบริการการดูแล ผู้ป่วยโรคหอบหืด และโรคถุงลมโป่งพอง ในคลินิกหมอ ครอบครัวด้านแบบ ได้แก่ คลินิกหมอครอบครัวลำพูนสร้างสุข และคลินิกหมอครอบครัวแก้วโนนคำนำสุข

เอกสารอ้างอิง

- ชายชาญ โพธิรัตน์. (2559). *โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเวชปฏิบัติและวิจัยคลินิก*. เชียงใหม่: ห้างหุ้นส่วนจำกัด จรัสธุรกิจการพิมพ์.
- วัชรรา บุญสวัสดิ์. (2555). Trends in new guideline for COPD. ใน แจ่มศักดิ์ ไชยคุนา (บรรณาธิการ), *อุรเวชช์ร่วมสมัย*. (หน้า 59-70). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์.
- วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์ และสมเกียรติ วงษ์ทิม. (2554). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ใน *วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), Clinical Practice Guideline 2011*. (หน้า 200). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. (2553). *แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ.2553*. กรุงเทพฯ: บริษัท ยูเนี่ยนอุลตราไวโอเล็ต จำกัด.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2018). *Pocket guide to COPD diagnosis management and prevention*. Retrieved November 13, 2018, from <http://www.goldcopd.com>.
- Kaptein, A. A., Fischer, M. J., Scharloo, M. (2014). Self-management in patients with COPD: Theoretical context, *จิราพร รักษายศ,และศิริเพ็ญ สิทธิบรรณ*. (2556). ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกคนรักขปอด โรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 22(6), 973-978.
- Kemmis, S & McTaggart, R. (1998). *The Action Research Planer (3rd ed.)*. Victoria : Deakin University.
- World Health Organization. (2021). *Chronic obstructive pulmonary disease*. Retrieved March 12, 2021, from <http://www.who.int/respiratory/copd/en>.

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จากการติดเชื้อบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกในโพรงใต้คาง : กรณีศึกษา

Nursing care of patient with Septicemia from Deep neck infection: Case study

(Received: September 18,2021; Accepted: September 30,2021)

มะลิ ภูมิวัฒน์¹

Mali Poomivattana

บทคัดย่อ

การอักเสบในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก เป็นการอักเสบในช่องว่างระหว่างชั้นเยื่อหุ้มกระดูกและกล้ามเนื้อบริเวณคอ เป็นได้ทั้งการอักเสบแบบมีหนองหรือไม่มีหนอง ผู้ป่วยมักมีอาการติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะพร่องออกซิเจนจากทางเดินหายใจอุดกั้น ซึ่งถือว่าเป็นภาวะที่รุนแรง จากสถิติในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พบผู้ป่วยจำนวนน้อย ปี 2560-2563 พบจำนวน 3 ราย แต่เป็นผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต การพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งเป็นการลดความเสี่ยงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 71 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เมื่อวันที่ 3 กันยายน 2564 ด้วยประวัติปวดบวม บริเวณคาง 2 ข้าง อ้าปากได้น้อย ร่วมกับมีไข้ 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีฟันผุเรื้อรังในช่องปากเป็นเวลานาน ไม่ได้รับการรักษา มีภาวะเบาหวานรักษาต่อเนื่อง การวินิจฉัยแรกเริ่ม Deep neck infection ผล CT neck พบ Fluid collection left parapharyngeal space with extend to right masticator space แรกเริ่มผู้ป่วยมีอาการแสดงของการติดเชื้อในกระแสเลือดและเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนจากทางเดินหายใจอุดกั้น ผู้ป่วยซึม SOS score 4 คะแนน สัญญาณชีพผิดปกติ มีไข้ ชีพจรเร็ว หายใจเหนื่อย O₂ Saturation 92% ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยใส่ท่อหลอดลมคอต่อเครื่องช่วยหายใจ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ค้นหาแหล่งของการติดเชื้อ ส่งเลือดเพาะเชื้อ และให้ยาปฏิชีวนะทันที ใส่สายสวนคากะเพาะปัสสาวะเพื่อประเมินภาวะไตวายเฉียบพลัน ผู้ป่วยส่งตัวมารักษาในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อทำผ่าตัด Incisional & drainage and Tracheostomy tube ใช้เวลาผ่าตัด 50 นาที ในระยะหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยรู้สึกตัวซึ่ม ยังมีการติดเชื้อในกระแสเลือด SOS score 4-5 คะแนน ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ร่วมกับบริหารยา Levophed อย่างถูกต้อง ประเมินจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ไม่พบภาวะไตวายเฉียบพลัน ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจน ดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร ประเมินสัญญาณชีพ O₂ Saturation ต่อเนื่อง ใช้มาตรการ VAP bundle ระงับการดูดสำลักในขณะให้อาหารทางสายยาง ดูแลผู้ป่วยเจาะคอตามมาตรฐาน จนภาวะพร่องออกซิเจนดีขึ้น ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากสารน้ำออกนอกหลอดเลือดในระหว่างให้ยา Levophed ได้บริหารยาตามมาตรฐาน ตรวจสอบตำแหน่งที่ให้สารน้ำอย่างต่อเนื่อง ไม่พบภาวะดังกล่าว ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในช่องปาก ผลเพาะเชื้อพบ Klebsella Pneumoniae ได้ดูแลบาดแผลอย่างถูกวิธี และการดูแลความสะอาดในช่องปาก ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลด้านจิตใจ เพื่อลดความวิตกกังวล ต่อมาจึงวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ ตา หู คอ จมูก จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย คางยุบบวมลง สัญญาณชีพปกติ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวดูแลท่อเจาะคอ ดูแลความสะอาดในช่องปาก รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ป่วยกลับบ้านในวันที่ 13 กันยายน 2564 รวมระยะเวลาอนโรพยาบาล 10 วัน

คำสำคัญ: การติดเชื้อในกระแสเลือด, การติดเชื้อบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกในโพรงใต้คาง

Abstract

Deep neck infection is parapharyngeal intraspaces and muscle around neck inflammation. Including abscess type and non. Septicemia and hypoxia due to respiratory obstruction were serious illness of patient.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี

In King Narai Hospital was found a rare case but serious. Mortality was a risk. Nursing care was very important in order to reduce the risk of complication.

A 71-year-old male with swelling occurred throughout the throat, both chin, can't open mouth and fever 3 days were presented on September 3rd, 2021 in King Narai Hospital. He experienced with untreated chronic dental caries and controlled Diabetic Mellitus. Deep neck infection was the diagnosis. CT neck shows fluid collection in the left parapharyngeal space with extension to the right masticator space. Septicemia and hypoxia due to respiratory obstruction occurred; stupor, SOS score = 4, abnormal vital signs, fever, tachycardia, O₂ Saturation = 92%. Intubation with ventilator, fluid resuscitation, septic workup, intravenous antibiotic and retained Foley's cath were done in the Emergency room. Then transferred to ICU surgery for operation preparation. Incisional & drainage and Tracheostomy tube were done. (50 min operation) 24-48 hours post operation period. Septicemia was still. Patient was stupor and SOS score = 4-5. Nursing care consisted of intravenous fluid resuscitation, Levophed administration, urine output monitor every 1 hour. Acute renal failure was not found. Hypoxia was shown. Volume respirator care, vital signs and O₂ Saturation monitoring, VAP bundle protocol, aspirate pneumonia prevention, Tracheostomy tube care standardization were performed. Then hypoxia was improved. Phlebitis from extravasation was a risk. Levophed administration, injection site observation were done. Phlebitis was not occurred. Intraoral cavity infection from *Klebsella Pneumoniae* was the nursing diagnosis. Wound care, oral hygiene, intravenous antibiotic were done. After stable condition, weaning protocol was performed in the weaning period then weaning was successful. Patient and family mental support was important nursing care in the Intensive Care Unit. Patient was transferred to EENT department after improved condition. After follow up in EENT department; decreased chin swelling, normal vital signs. Encourage patient and family for Tracheostomy tube care, oral hygiene care and continuum home care were performed. Patient can discharge on September 13th, 2021, Length of stay were 10 days.

Keyword: Septicemia, Deep neck infection

บทนำ

การติดเชื้อบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกในโพรงใต้คาง (Ludwig's angina or Submandibular abscess) เป็นการติดเชื้อของช่องว่างที่อยู่บริเวณคอตั้งแต่วัยทารกมา ช่องว่างเหล่านี้อยู่ระหว่างเยื่อหุ้มคอชั้นลึก ที่ห่อหุ้มอวัยวะบริเวณคอทั้งหมดเป็นภาวะฉุกเฉินคุกคามต่อชีวิต ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ การอุดตันทางเดินหายใจ ส่วนบน การติดเชื้อลุกลามเข้าช่องอก และภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด พบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่อาจพบการติดเชื้อรุนแรง ระยะเวลาในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายกว่าผู้ป่วยปกติ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมาด้วยอาการมีไข้ เจ็บคอมาก กลืนลำบาก การอักเสบมีทั้งแบบมีหนอง (abscess) และไม่มีหนอง การวินิจฉัยที่ถูกต้องและรวดเร็ว ป้องกันทางเดินหายใจอุดตัน การเจาะคอ การให้ยาปฏิชีวนะ การผ่าตัดระบายหนองถือว่ามีความสำคัญ

เชื้อในลำคอชั้นลึกมักมาจากฟันผุ การพยาบาลที่สำคัญ คือ การป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ และส่งเสริมให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจจากการสำลัก การดูแลท่อเจาะคอ การบรรเทาปวด การส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก ซึ่งพยาบาลมีบทบาททั้งในภาวะวิกฤตและในระยะฟื้นฟูสภาพ

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 71 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 3 กันยายน 2564 เวลา 09.05 น. ด้วยประวัติ ปวด บวม คาง 2 ข้าง ข้างซ้ายบวมมากกว่าข้างขวา อ้าปากได้น้อย ตัวร้อนเป็นมา 3 วัน ผู้ป่วยอยู่บ้านตามลำพัง (ผู้ป่วยมีบุตร 1 คน อยู่คนละหมู่บ้าน) ผู้ป่วยให้ประวัติว่ามีฟันผุเรื้อรังในช่องปากเป็นระยะเวลานาน ไม่ได้รับการรักษา



ประวัติเป็นโรคเบาหวานมา 10 ปี รับประทานยาที่
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล แรกรับที่ห้อง
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัว ซึมมาก มีปฏิกิริยา
ตอบสนองช้า คางบวมทั้ง 2 ข้าง ข้างซ้ายบวมมากกว่า
ผิวหนังแดง ตึง กดเจ็บ กลืนน้ำลายไม่ได้ อ้าปากได้น้อย
สัญญาณชีพผิดปกติ อุณหภูมิ 38.7 องศาเซลเซียส ชีพจร
115-121 ครั้ง/นาที หายใจ 24-32 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต
84/61-96/72 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนปลายนิ้ว 92
เปอร์เซ็นต์ การวินิจฉัยแรก Deep neck infection ผล
CT neck พบ Fluid collection left parapharyngeal
space with extend to right masticator space และมีการ
อักเสบจนมีแรงดัน (pressure effect) ทำให้ช่องคอ
บริเวณ oropharynx และ hypopharynx แคบลง ผู้ป่วย
ได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอ (Endotracheal tube) ต่อ
Bird respirator ไว้ (ผู้ป่วยมีภาวะใส่ท่อหลอดลมคอยาก)
ร่วมกับ Septic workup ก่อนให้ Clindamycin 600 mg
iv ทุก 6 ชั่วโมง และ Gentamycin 240 mg iv OD ร่วมกับ
0.9% 1000 ml iv 120 ml/hr (DTX แรกรับ 162 mg%)
ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ ปัสสาวะออก 50 ซีซี ภายหลัง
ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโสต คอ นาสิก จึงส่งตัวมารักษาใน
ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม

แรกรับที่ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม (เวลา 11.30 น.)
ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะร่างกาย
พร่องออกซิเจน จากทางเดินหายใจอุดกั้น ผู้ป่วยรู้สึกตัว ซึม
ไม่กระสับกระส่าย หายใจเร็ว เหนื่อย เหงื่อออกตัวเย็น
สัญญาณชีพผิดปกติ อุณหภูมิ 38.2-38.6 องศาเซลเซียส ชีพ
จร 118-126 ครั้ง/นาที หายใจ 26-30 ครั้ง/นาที ความดัน
โลหิต 86/42-91/72 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนปลายนิ้ว
94 เปอร์เซ็นต์ SOS Score 4 คะแนน ปรับตั้งเครื่องช่วย
หายใจ Bennet 840 VCV mode TV 500 PEEP 5 FIO₂
40% RR 20 keep O₂ Saturation มากกว่า 95% เจาะ
arterial blood gas ค่า PH 7.01 ผลตรวจทาง
ห้องปฏิบัติการ Na 135 mmol /L, K 6.5 mmol /L, Cl
107 mmol /L, CO₂ 2.4 mmol /L ดูแลให้ 7.5%
NaHCO₃ 100 ml iv slow push ระวังท่อหลอดลมคอ
เลื่อนหลุด ฟังเสียงลมหายใจเข้าปอด พบว่า เท่ากัน chest
film ตำแหน่งปลายท่อหลอดลมคอบุ้เหนือ carina 1.5 นิ้ว
ยึดตำแหน่งท่อหลอดลมคอกับมุมปาก 22 เซนติเมตร ดูแล
ให้ 0.9% NaCl 1000 ml iv 120 ml/hr ร่วมกับ
Levophed (8:250) 4 ml/hr keep BP > 90/60

มิลลิเมตรปรอท ประเมินระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพ
ทุก 1 ชั่วโมง ประเมิน SOS score อย่างต่อเนื่อง เฝ้าระวัง
ภาวะไตวายเฉียบพลันไว้ ประเมิน intake และ output
ปัสสาวะ 25-30 ซีซี ต่อชั่วโมง ดูแลผู้ป่วยเพื่อเตรียมความ
พร้อมในการผ่าตัด Incisional & drainage and
Tracheostomy tube โดยดูแลทางด้านร่างกายและจิตใจ
รวมทั้งตรวจสอบความพร้อมของเวชระเบียน และผลการ
ตรวจทางห้องปฏิบัติการให้เรียบร้อย ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด
เวลา 12.45 น.

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเวลา 13.10-13.50 น. (under
GA) โดยทำ Incisional & drainage and Tracheostomy
tube ในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัว ซึม ไม่เหนียว บริเวณ
คางทั้ง 2 ข้าง ปิดก๊อสไว้แน่น มีเลือดซึมเล็กน้อย ในช่อง
ปากไม่มีหนองซึม แผลเจาะคอมมีเลือดซึมเล็กน้อย (portex
tube No. 7.5) ตรวจสอบเชือกผูกรอบคอไม่ให้รัดแน่น
เกินไป ตรวจสอบ portex cuff ปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจ
Bennet VCV mode TV 500 PEEP 5 FIO₂ 40% RR 20
ใส่ NG tube feeding เพื่อให้อาหารป้อน ผู้ป่วยมีความเสี่ยง
ต่อการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ให้การดูแลตามแนวทาง
VAP bundle ป้องกันการสูดสำลักโดยจัดศีรษะสูง ประเมิน
cuff pressure ฟัง breath sound ทุก 8 ชั่วโมง บริหารยา
ปฏิชีวนะต่อเนื่อง

ในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด แผลบริเวณ
คางไม่มีเลือดซึม สัญญาณชีพไม่คงที่ อุณหภูมิ 38-38.6
องศาเซลเซียส ชีพจร 102-117 ครั้ง/นาที หายใจ 20-22
ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 99/72-110/76 มิลลิเมตรปรอท
O₂ Saturation 96-97% ผู้ป่วยสงบดี หายใจตามเครื่อง
control 0.9% NaCl 1000 ml iv 100 ml/hr คู่กับ
Levophed (8:250) iv 4 ml/hr SOS Score 4-6 คะแนน
DTX 141-162 mg% ไม่พบภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและสูง
ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อหลอดเลือดดำอักเสบ (phlebitis) จาก
extravasation ได้บริหารยา Levophed อย่างถูกต้อง
ตั้งแต่ขั้นตอนการผสมยา การใช้ infusion pump เพื่อ
ควบคุมจำนวนหยดตามแผนการรักษา ตรวจสอบตำแหน่ง
injection site ทุก 8 ชั่วโมง เปลี่ยนเส้นเลือดทุก 24 ชั่วโมง
ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อท่อเจาะคอหลุดหรือผิดตำแหน่ง ได้
ตรวจสอบตำแหน่งท่อเจาะคอและตรวจสอบเชือกผูกรอบคอ
ทุก 8 ชั่วโมง ระวังไม่ให้มีการดึงรั้งของสายเครื่องช่วยหายใจ
ตรวจสอบ pressure cuff ทุก 8 ชั่วโมง ไม่พบภาวะ
ดังกล่าว แผลบริเวณคางด้านซ้ายเป็นแผลกรีด ไม่มีหนอง

ลักษณะแผลในช่องปากเป็นแผลกรีด มีหนองซิมเล็กน้อย ทำแผลเข้า-เย็น ทำความสะอาดช่องปากด้วย 2% Chlorhexidine ทุก 4 ชั่วโมง จัดศีรษะสูงเพื่อป้องกันการสำลักหนองและน้ำลายลงหลอดลม ร่วมกับดูดน้ำลายในช่องปากออกบ่อยๆ ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน ควบคุมให้ได้รับ 0.9% NaCl 1000 ml/hr และ Levophed (8:250) iv 4 ml/hr เพื่อรักษาระดับปริมาตรสารน้ำในร่างกาย บันทึกจำนวนน้ำปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ติดตามผล BUN, Cr, GFR ทุก 2 วัน ไม่พบภาวะไตวาย

ในระยะ 3-4 วัน หลังผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีขึ้น คางยุบบวมลงเล็กน้อย ยังอ้าปากได้น้อย SOS Score 7-8 คะแนน สัญญาณชีพเริ่มคงที่ ชีพจร 108-117 ครั้ง/นาที หายใจ 20-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 106/72-128/76 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีขึ้น มีปฏิกิริยาตอบสนองดีขึ้น ความดันโลหิตคงที่ จึงปรับลด Levophed (8:250) iv 2 ml/hr ร่วมกับใช้ 0.9% NaCl 1000 ml iv 80 ml/hr ผลเอกซเรย์ทรวงอก พบ minimal LLL infiltration ไม่พบภาวะน้ำเกิน เริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจ ตาม weaning protocol โดยปรับเครื่องช่วยหายใจ mode SIMV TV 500 PEEP 5 FiO₂ 40% RR 20 ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในระหว่างหย่าเครื่องช่วยหายใจ ได้ปรับตั้งเครื่องให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย ประเมินสัญญาณชีพและ O₂ Saturation ทุก 1-2 ชั่วโมง ประเมินอาการกระสับกระส่าย ริมฝีปากเขียว อาการเหนื่อยเป็นระยะๆ ต่อมาผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้

วันที่ 7 กันยายน 2564 ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดลดลง SOS Score 10 คะแนน ไม่มีภาวะร่างกายพร่องออกซิเจน สัญญาณชีพคงที่ O₂ Saturation 97-99% จึงหยุดการใช้ Levophed ในระหว่างการดูแล ไม่พบภาวะ Phlebitis จาก extravasation ผลเอกซเรย์ทรวงอก decrease LLL infiltration ไม่พบภาวะสุดสาหัส เริ่มให้ผู้ป่วยหายใจด้วย T-piece 10 LPM ไม่พบภาวะเขียว แผลบริเวณคางไม่พบหนอง แผลตื้นขึ้นมาก แผลในช่องปากไม่พบหนอง คางยุบบวมลงเล็กน้อย ผิวหนังยุบบวมลง

ในระหว่างการดูแลผู้ป่วยและบุตรชายวิตกกังวล เรื่องการเจ็บป่วยมาก ได้ให้การดูแลเพื่อลดความวิตกกังวล โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค แนวทางการดูแลรักษาให้ทราบเป็นระยะ ๆ ต่อเนื่อง ภายหลังผู้ป่วยพ้นจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้วางแผนจำหน่ายออกจากห้อง

ผู้ป่วยหนักเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการย้ายไปอยู่หอผู้ป่วยสามัญ และกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้านโดยให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การรักษาสุขอนามัยในช่องปากไม่ให้เกิดฟันผุ การทำความสะอาดสะอาดในช่องปาก รวมถึงการดูแลบาดแผลเจาะคอ เนื่องจากคอขึงบวมจึงต้องค้ำคอไว้ก่อน ผู้ป่วยย้ายออกไปอยู่หอผู้ป่วยสามัญ ตา หู คอ จมูก ในวันที่ 8 กันยายน 2564

การติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วยสามัญ ผู้ป่วยสดชื่น แจ่มใสขึ้น บริเวณคางยุบบวมลง หายใจได้สะดวก เริ่มปรับลดออกซิเจนโดยให้ Collar mask 5-7 LPM ผู้ป่วยหายใจได้สะดวก แผลในช่องปากไม่มีหนอง ผู้ป่วยบ้วนปากด้วย SMW ได้บ่อยๆ ร่วมวางแผนจำหน่ายเพื่อกลับบ้านโดยแนะนำบุตรชายในการดูแลแผลเจาะคอต่อที่บ้าน ประสานทีมเวชกรรมสังคมในการเยี่ยมผู้ป่วย เตรียมผู้ดูแลและชุมชนในการดูแล ภายหลังการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยกลับบ้านในวันที่ 13 กันยายน 2564 รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 10 วัน ภายหลังผู้ป่วยกลับมาตรวจตามนัด พบว่าแผลในช่องปากแห้งดี คางยุบบวมลง แผลที่คางแห้งและติดแล้ว อ้าปากได้มากขึ้น บุตรชายดูแลผู้ป่วยได้ตามคำแนะนำ แพทย์นำท่อเจาะคอออก ผู้ป่วยหายใจได้ตามปกติ

อภิปรายผล

1. ผู้ป่วยรายนี้มีการติดเชื้อในช่องปากและลุกลามไปบริเวณคอ การอักเสบลุกลามเร็วมากภายในระยะเวลา 3 วัน จนบริเวณใบหน้า แก้ม คางและลำคอบวม จนมีการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งภาวะดังกล่าวถือว่าเป็นภาวะวิกฤต โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้สูงอายุ ในผู้ป่วยรายนี้ได้รับการแก้ไขและดูแลรักษาตามมาตรฐาน คือ การผ่าตัดระบายหนองออกทันที ไม่พบความล่าช้าในกระบวนการผ่าตัด ประเมิน SIRS และ SOS score รวมถึงประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด สิ่งที่มีความสำคัญมาก คือ การให้ IV resuscitation การบริหารยาปฏิชีวนะอย่างเคร่งครัดตรงตามเวลาและการดูแลบาดแผลเพื่อลดการติดเชื้อ ส่งผลให้การติดเชื้อลดลง ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

2. ผู้ป่วยรายนี้เข้ารับการรักษาด้วยภาวะวิกฤต คือ ภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น จนทำให้เกิดภาวะร่างกายพร่องออกซิเจน ภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นเป็นภาวะที่พบได้มาก



ในผู้ป่วย deep neck infection ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ในระยะแรกผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นอย่างชัดเจน คือ กรามและคางบวมมาก อ้าปากได้น้อย หายใจเสียงดัง หายใจเร็ว พยาบาลให้การดูแลภาวะนี้อย่างใกล้ชิด โดยดูแลให้ออกซิเจนทางท่อหลอดลมคอ เตรียมตัวผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเพื่อระบายหนองออกทันที จากการดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะดังกล่าว

3. ผู้ป่วยได้รับการให้ออกซิเจนทางท่อหลอดลมคอ โดยการปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตรอย่างต่อเนื่อง ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ถือว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะ tension hemothorax, atelectasis, baro trauma เป็นต้น ซึ่งจะ ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ พยาบาลจึงต้องปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจอย่างถูกต้อง ประเมิน Tidal volume วัด pressure cuff ประเมินตำแหน่งของท่อหลอดลมคออย่างต่อเนื่อง ปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจตามพยาธิสภาพเป็นระยะๆ ดูแลตามมาตรฐานเรื่อง VAP bundle, hand hygiene, oral care จนผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและนำท่อหลอดลมค้อออกได้ในที่สุด

4. การควบคุมปริมาตรสารน้ำในหลอดเลือด ถือว่ามีความสำคัญมาก เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อภาวะไตวายเฉียบพลัน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต พยาบาลจึงควบคุมปริมาตรของสารน้ำอย่างใกล้ชิด ประเมิน renal function เป็นระยะ ๆ ดูแลการให้ Levophed ตามมาตรฐาน ซึ่งถือว่าเป็น inotropic ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เนื่องจากเป็นยาในกลุ่ม high alert drug ผลข้างเคียงที่สำคัญ คือ Phelbitis เมื่อเกิด extravasation ดังนั้น พยาบาลจึงต้องวางแผนการบริหารยา และประเมินภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด

5. การดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยภาวะวิกฤตในห้องผู้ป่วยหนัก ถือว่ามีความสำคัญมาก เนื่องจากครอบครัวจะมีความวิตกกังวลสูง กลัวการสูญเสียที่จะเกิดขึ้น พยาบาลจึง

วางแผนการดูแล โดยให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยเป็นระยะ อธิบายพยาธิสภาพ แผนการดูแลรักษา ตลอดจนเหตุผลของการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้ครอบครัวติดต่อพยาบาลได้ตลอดเวลา ทำให้ครอบครัวได้รับความไว้วางใจ ความก้าวหน้าของอาการ คลายความวิตกกังวล ตลอดจนพึงพอใจในการดูแล

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีกลยุทธ์ในการให้คำแนะนำแก่ประชาชนที่ดูแลกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน ให้เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพอนามัยในช่องปากอย่างถูกวิธี โดยใช้แกนนำชุมชน เช่น อสม. เป็นผู้ให้ความรู้แก่ประชาชนในพื้นที่ เพื่อเป็นการดูแลเชิงป้องกันที่ได้ผล

2. ควรมีการทบทวน การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื้อในกระแสเลือดจากการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึก ซึ่งกลุ่มนี้อาจพิจารณากำหนดให้มีการดูแลแบบช่องทางด่วน (Fast tract) โดยการส่งผ่าตัดเพื่อระบายหนองทันทีจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินไปห้องผ่าตัดได้ทันที เพื่อลดความล่าช้าในกระบวนการดูแล

สรุป

การติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึกมีสาเหตุส่วนใหญ่จากฟันผุ ตำแหน่งที่มักพบการติดเชื้อหลัก คือ submandibular space เชื้อ ก อี โร ค ห ล ก คี อ Streptococcus viridans แต่ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานมักสัมพันธ์กับเชื้อ Klebsiella pneumoniae ความสำคัญของการดูแลในบทบาทพยาบาล คือ การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจน การดูแลผู้ป่วยเจาะคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ การบำบัดความปวดและการวางแผนจำหน่าย เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

- ชลวิทย์ วงศ์ไพโรจน์พานิช. (2562). การติดเชื้อรุนแรงในบริเวณขากรรไกรและใบหน้า ภาวะ Ludwig's Angina. วารสารโรงพยาบาลพิจิตร; 34(1): 136-140.
- ชวนชื่น เจริญรัตน์. (2560). ลักษณะการติดเชื้อลำคอส่วนลึกและการเสียชีวิตในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. วารสารหาคอ จมูก และใบหน้า; 18(1): 44-55.
- ดรุณี ชุมหะวัติ. (2540). การดูแลผู้ป่วยโรคหูด คอ จมูก. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: วี เจ พรินติ้ง.

- ปิยวรรณ คงตั้งจิตต์. (2556). Deep neck infection: เปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกและผลการรักษาระหว่างผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยที่ไม่เป็นเบาหวาน. วารสารหุ คอ จมูก และใบหน้า; 14(1): 36-51.
- ศรีสุนทรา เจริญพัฒน์. (2552). การพยาบาลหู คอ จมูก (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สถาบันบรมราชชนก.
- พรสิริ พันธสี. (2554). การพยาบาล&แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร จำกัด.
- พัชรินทร์ วัชรินทร์ยานนท์. (2557). การศึกษาภาวะติดเชื้อของเยื่อหุ้มชั้นลึกบริเวณคอในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์; 1: 32-42.
- วิจิตรา กุสุมภ์ และสุลี ทองวิเชียร. (2562). ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และการวางแผนการพยาบาล: กรณีศึกษา. กรุงเทพฯ: พี เค เคพรินติ้ง จำกัด.
- Kelvin C. Jones, John Silver, William S. Millar, and Louis Mandel. (2003). Chronic Submasseteric Abscess: Anatomic, Radiologic, and Pathologic Features. AJNR Am J Neuroradiol; 24 : 1159-1163.

อุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไต ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Incidence and factors associated with decreasing of glomerular filtration rate in patients with type 2 diabetes, King narai hospital.

(Received: July 16,2021; Accepted: August 10,2021)

ศันสนีย์ เชาวนเกต¹

Sansanee Chaowanakate¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1).เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การลดลงของอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 2). เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของระดับการกรองของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ระยะเวลา 6 เดือน และ 12 เดือน และ 3). เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชตั้งแต่เดือน มกราคม ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 360 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูล 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบค่าที และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ผลการวิจัย พบว่า จากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 360 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 265 คน (73.61%) มีอายุเฉลี่ย 65.38 ปี (35-92 ปี) ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.74 kg/m² (16-71 kg/m²) ส่วนใหญ่มีโรคร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูง (87.30%) รองลงมาไขมันในเลือดสูง (47.71%) มีการลดลงของอัตราการกรองของไต จำนวน 179 คน (49.72%) เข้าสู่ระยะที่ 2 ของโรคไตเรื้อรังมากที่สุด (34.63%) มีการทำงานของไตลดลงที่ระยะเวลา 6 เดือน 12 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05) เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไต พบว่า อายุ, ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน, ดัชนีมวลกาย, ระดับ BUN creatinine, และ albumin urine เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, อัตราการกรองของไต

Abstract

Objectives of this study were: 1).To study the incidence of reduction of glomerular filtration rate in patients with type 2 diabetes, 2).To study the change in glomerular filtration level in patients with type 2 diabetes at duration of 6 and 12 month, and 3).To study the factors associated with the reduction of glomerular filtration rate in patients with type 2 diabetes from January to December 2020, total 360 patients. The tool used in the research was a data record of 2 parts, namely general data and laboratory results. Data were analyzed by descriptive statistics, T-test statistics and correlation coefficient.

The results showed that of most of the 360 patients with type 2 diabetes were 265 patients female (73.61%) with a mean age of 65.38 years (24-92 years) and an average BMI of 26.74 kg/m² (16-71 kg/m²). Most of them had multiple comorbidities such as hypertension (87.30%), followed by Dyslipidemia (47.71%). The decreasing of glomerular filtration rate was 49.72%. The stage 2 chronic kidney disease was the most (34.63%). The renal function had a statistically significant decrease at 6, 12 months (P<0.05). When analyzing factors associated with reductions in glomerular filtration rate, age, duration of diabetes, Body mass index, BUN creatinine levels, and albumin urine is a factor associated with a decreasing the glomerular filtration rate with a statistically significant (P<0.05).

Key word: Type 2 diabetes, Glomerular filtration rate

¹ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี



บทนำ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาหลักทางสุขภาพของคนไทยและคนทั่วโลก จากข้อมูลโดยสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ ได้ประมาณการว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 382 ล้านคนทั่วโลก และจะมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึง 642 ล้านคนในปี พ.ศ. 2583 (International Diabetes Federation, 2020) สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย สํารวจโดยสำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2559-2561 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 840,849 คน, 876,970 คน และ 941,226 คน ตามลำดับ ซึ่งเป็นจำนวนที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี ผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศระหว่างปี พ.ศ.2552 และ 2557 พบว่าเพศหญิงมีความชุกสูงกว่าเพศชาย ปี พ.ศ.2558 และ 2561 พบว่าเพศหญิงมีความชุกสูงกว่าเพศชาย จากนั้นเพิ่มขึ้นสูงสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และเมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไป (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560)

สมาคมโรคเบาหวาน สหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association; ADA) ร่วมกับองค์การอนามัยโรค (World Health Organization; WHO) ได้จัดประเภทของโรคเบาหวานไว้ 4 ประเภท ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (type 1 diabetes) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 diabetes) โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะอื่นๆ (other specific type of diabetes) และโรคเบาหวานในหญิงมีครรภ์ (gestational diabetes mellitus; GDM) (รัชต าศรี . 2557) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบมากที่สุดเกิดจากภาวะดื้อต่ออินซูลินหรือเกิดจากความผิดปกติในการหลั่งอินซูลิน ในผู้ป่วยเหล่านี้หากไม่ได้รับการดูแลและรักษาอย่างถูกต้องต่อเนื่อง ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้น ส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงอย่างเฉียบพลันหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนแบบเรื้อรังของอวัยวะและระบบต่างๆ เช่น ตา เท้า ไต ระบบประสาท หัวใจและหลอดเลือด (อรพินท์ สีขาว. 2558)

โรคไตจากเบาหวาน (diabetic nephropathy) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากผลกระทบต่อหลอดเลือดขนาดเล็ก (microvascular complication) เป็นภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่สำคัญในผู้ป่วยโรคเบาหวานและเป็นสาเหตุของโรคไตวายเรื้อรัง เนื่องจากไตเป็นอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการกรองสารต่างๆ ในเลือดโดยตรง จึงเป็นอวัยวะหลักที่ได้รับผลกระทบจากระดับกลูโคสที่สูงในเลือด การเกิดความเสียหายที่เซลล์บุท่อไต (nephropathy) ส่งผลให้ glomerulus เกิดความเสียหายแล้วพัฒนาไปเป็นโรคไต กลไกการเกิดโรคไตจากเบาหวานสามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงทาง hemodynamic เมื่อเกิดความดันสูงภายในหลอดเลือดไตเป็น

ส่วนเสริม (synergist) กระตุ้นให้เกิดอุบัติการณ์ intra-glomerular hypertension ซึ่งเป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของฮอริโมน prostanoids, nitric oxide, vascular endothelial growth factor (VEGF) ร่วมกับการกระตุ้นระบบการทำงานของ renin-angiotensin aldosterone systems (RAS) และ endothelin systems ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบควบคุมอัตโนมัติของหลอดเลือดภายในไต ภาวะ intra-glomerular hypertension ทำให้เกิด microalbuminuria, macroalbuminuria การสร้าง mesangial matrix การหนาตัวของ glomerular basement membrane (GBM) และการเกิดพยาธิสภาพของ glomerular epithelial cells หรือ podocytes 2) การเปลี่ยนแปลงทางเมตาบอลิซึม ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคไตจากเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดสูงทำให้เกิดการสร้าง glucose transporters เช่น GLUT1, GLUT4 เพิ่มขึ้น และนำน้ำตาลกลูโคสเข้าสู่เซลล์ทำให้เกิด พยาธิสภาพทางไต ได้แก่ mesangial cell proliferation, hypertrophy และ apoptosis

จากรายงานการลงทะเบียนรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2555-2557 พบว่าสาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไต เกิดจากโรคเบาหวานมากที่สุด ร้อยละ 37.5, 37.5 และ 39.67 ตามลำดับ รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 25.6, 26.8 และ 38.19 ตามลำดับ ซึ่งพบแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยโรคไตเรื้อรังถ้าหากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมจะทำให้การทำหน้าที่ของไตเสื่อมลง จนเกิดโรคไตเรื้อรัง ถ้าไม่สามารถชะลอการเสื่อมหน้าที่ของไตได้ก็จะทำให้กลายเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจะต้องมีการฟอกเลือด ซึ่งผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง ทั้งส่วนของภาครัฐ ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นภาระต่อไปในอนาคต (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานของจังหวัดลพบุรี ปีงบประมาณ 2560-2562 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายเก่าและรายใหม่จำนวน 10,416 ราย, 10,320 ราย และ 10,398 ราย ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช, 2562) ในขณะที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชเป็นโรงพยาบาลทั่วไป มีผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการที่แผนกอายุรกรรม ปี 2559-2561 จำนวน 7,942 ราย, 7,300 ราย และ 7,250 ราย พบจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จนเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังจำนวน 492 ราย, 411 ราย และ 468 ราย ตามลำดับ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีปัจจัยที่ส่งผลต่อการลดลงของอัตราการกรองของไต คือ อายุที่เพิ่มขึ้นเป็น



ผลมาจากความเสื่อมของระบบต่างๆ ของร่างกาย ขนาดของไต และการทำงานของไตเมื่ออายุมากขึ้น ภาวะไขมันในเลือดสูง ทำให้เกิดการบาดเจ็บของ Mesangial และ Epithelial Cell มีผลทำให้ไตเสื่อม ขณะเดียวกันในผู้ป่วยที่เริ่มเป็นไตเรื้อรังจะมี ขบวนการเผาผลาญไขมันที่ผิดปกติโดยร้อยละ 60 ของผู้ป่วย ไตเสื่อมจะมีการเพิ่มขึ้นของไขมันโดยเฉพาะไตรกลีเซอไรด์ และ ไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ (LDL) สำหรับ โรคเบาหวานมีผลทำให้อัตราการกรองของไตลดลง 12-15 ml/min/1.73 m²/ปี และพบว่าในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่เป็น เบาหวานร่วมจะมีปัจจัยที่ทำให้มีการลดลงอย่างรวดเร็วของ อัตราการกรองของไต ได้แก่การมีปริมาณโปรตีนที่ออกมา กับ ปัสสาวะในแต่ละวัน (daily urine protein excretion) ค่า โปรตีนในเลือด (serum albumin) และระดับความดันโลหิตที่ สูงขึ้น

เนื่องจากโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ยังไม่มีการศึกษาถึงอุบัติการณ์ที่ชัดเจนในการลดลงของอัตราการกรองของไต รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะ เทคนิคการแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญในการตรวจคัดกรองผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จึงสนใจที่จะศึกษาอุบัติการณ์ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตใน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โดยผลจากการสำรวจข้อมูลนี้ สามารถนำไปพัฒนาระบบการ บริการสุขภาพให้มีมาตรฐานยิ่งขึ้น รวมทั้งเพิ่มนโยบายการคัด กรองกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไต ซึ่งจะเป็น แนวทางพัฒนาระบบการให้บริการเชิงรุก เพื่อเข้าถึงผู้ป่วยได้ อย่างใกล้ชิดและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไต ซึ่งหากได้รับการคัดกรอง ค้นหาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น สามารถให้การดูแลรักษาควบคุม ปัจจัยเสี่ยง เพื่อป้องกันความรุนแรง รวมทั้งลดภาระของระบบ บริการ ค่าใช้จ่ายและการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การลดลงของอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของระดับการกรองของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ระยะเวลา 6 เดือน และ 12 เดือน
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective cohort study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชตั้งแต่เดือน มกราคม ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 5,772 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชตั้งแต่เดือน มกราคม ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2563 โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้

Inclusion criteria

1. อายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป เพศชายและเพศหญิง
2. มีการตรวจอัตราการกรองของไตจากระดับครีเอตินินในเลือด เมื่อแรกเริ่ม และมีการติดตามการทำงานของไตอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี

Exclusion criteria

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1
2. ผู้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน
3. ผู้ป่วยที่ติดเชื้ทางกระแสโลหิตเฉียบพลัน
4. ผู้ป่วยที่เป็นโรคไตที่ไม่ได้เกิดจากโรคเบาหวาน

กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของ Robert V. Krejcie and W.Morgan สุ่มแบบเป็นระบบจากฐานข้อมูล HosXp โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์กำหนดให้การสุ่มตัวอย่างตามจำนวนได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 360 คน

คำจำกัดความ

-การลดลงของอัตราการกรองของไต คือ การที่ผู้ป่วยมีการลดลงของค่า eGFR จากค่าพื้นฐาน

-การลดลงของอัตราการกรองของไตรวดเร็ว คือ การที่ผู้ป่วยมีการลดลงของค่า eGFR จากค่าพื้นฐาน > 5 ml/min/1.73 m²/year (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2560)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนักตัว ส่วนสูง ความดันโลหิต โรคประจำตัวอื่นๆ เช่น ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น รวมทั้งยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ fasting plasma glucose (FPG), hemoglobin A1c (HbA1c), blood urea nitrogen (BUN), creatinine, uric acid, cholesterol, low density lipoprotein (LDL), high density lipoprotein (HDL), triglyceride, albumin urine การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โดยผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านความตรงเชิงเนื้อหา(IOC)= 0.89 วิเคราะห์สัมประสิทธิ์อัลฟา (alpha-coefficient) ของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยนี้ ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล

การรวบรวมข้อมูล

1. รวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนักตัว ส่วนสูง ความดันโลหิต โรคประจำตัวอื่นๆ เช่น ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น รวมทั้งยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่

2. รวบรวมข้อมูลพื้นฐานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ fasting plasma glucose (FPG), hemoglobin A1c (HbA1c), blood urea nitrogen (BUN), creatinine, uric acid, cholesterol, low density lipoprotein (LDL), high density lipoprotein (HDL), triglyceride และ albumin urine

3. รวบรวมข้อมูลอัตราการกรองของไต eGFR พื้นฐานที่ระยะเวลา 6 เดือน และ 12 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย วัตถุประสงค์การลดลงของอัตราการกรองของไต และระดับอัตราการกรองของไต ณ เวลาต่างๆ

2. ใช้สถิติวิเคราะห์ t-test เปรียบเทียบ eGFR ณ เวลาต่าง ๆ กับค่าพื้นฐาน (การกระจายโค้งปกติ) ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Analysis) และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการลดลงของอัตราการกรองของไต

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 360 ราย เป็นเพศหญิงส่วนใหญ่จำนวน 265 ราย (73.61%) มีอายุเฉลี่ย 65.38 ± 11.89 ปี ระยะเวลาการเป็นเบาหวานเฉลี่ย 8.71 ± 4.92 ปี มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย (BMI) 26.74 ± 5.71 kg/m² มีโรคร่วมส่วนใหญ่จากความดันโลหิตสูงจำนวน 172 ราย (87.30%) รองลงมาไขมันในเลือดสูงจำนวน 94 ราย (47.71%) ยาควบคุมเบาหวานที่ใช้มากที่สุด คือ ยา Metformin จำนวน 290 ราย (80.55%) รองลงมา Glipizide

จำนวน180 ราย (50%) ยาควบคุมความดันโลหิตที่ใช้มากที่สุด คือ กลุ่ม ACEI จำนวน 166 ราย (46.11%) รองลงมา กลุ่ม ARB จำนวน 114 ราย (31.66%) ยาควบคุมไขมัน Simvastatin ใช้มากที่สุด จำนวน 214 ราย (59.44%) ระดับความดันเฉลี่ยของ SBP 135.85 ± 15.58 มิลลิเมตรปรอท ระดับความดันเฉลี่ยของ DBP 80.16 ± 14.08 มิลลิเมตรปรอท (ตาราง 1)

จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า มีค่าเฉลี่ยของ Fasting plasma glucose 165.95 ± 75.48 mg/dl, HemoglobinA1C 7.85 ± 2.26 %, Uric acid 6.84 ± 3.24 mg/dl, BUN 15.73 ± 9.76 mg/dl, Serum creatinine 1.05 ± 0.93 mg/dl, Total cholesterol 154.73 ± 70.28 mg/dl, LDL-cholesterol 107.79 ± 36.86 mg/dl, Triglycerides 167.45 ± 102.77 mg/dl, Albumin urine 39.82 ± 43.64 mg/dl (ตาราง 2)

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการลดลงของอัตราการกรองของไต และพัฒนาจนเป็นโรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease) ที่ระยะเวลา 6 เดือน จำนวน 154 ราย แบ่งออกเป็นระยะที่ 1 จำนวน 34 ราย (22.07%) ระยะที่ 2 จำนวน 83 ราย (53.89%) ระยะที่ 3 จำนวน 17 ราย (11.03%) ระยะที่ 4 จำนวน 4 ราย (2.63%) ระยะที่ 5 จำนวน 16 ราย (10.38%) ที่ระยะเวลา 12 เดือน จำนวน 179 ราย แบ่งออกเป็นระยะที่ 1 จำนวน 61 ราย (34.07%) ระยะที่ 2 จำนวน 62 ราย (34.63%) ระยะที่ 3 จำนวน 32 ราย (17.87%) ระยะที่ 4 จำนวน 6 ราย (3.03%) ระยะที่ 5 จำนวน 18 ราย (10.40%) (ตาราง 3)

จากการติดตามผู้ป่วยทุกราย โดยผู้ป่วยทั้งหมดที่มีอัตราการกรองของไตตั้งต้นเฉลี่ย 110.31 ± 19.16 ml/min/1.73 m² มีการลดลงของอัตราการกรองของไตเฉลี่ย 9.31 ± 21.91 ml/min/1.73 m² ที่ระยะเวลา 6 เดือน มีการลดลงของอัตราการกรองของไตเฉลี่ย 36.46 ± 32.49 ml/min/1.73 m² ที่ระยะเวลา 12 เดือน โดยที่ระยะเวลา 12 เดือน มีอัตราการกรองของไตลดลงมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของอัตราการกรองของไตที่ระยะเวลา 6 เดือน 12 เดือน กับอัตราการกรองของไตตั้งต้น พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 4)

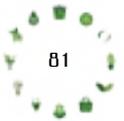
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ อายุ, ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน, Body mass index, Blood urea nitrogen (BUN), Creatinine และ Albumin urine (ตาราง 5)

ตาราง 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n=360)

ข้อมูลพื้นฐาน	ผลการศึกษา
เพศ	
ชาย	95 ราย (26.39)
หญิง	265 ราย (73.61)
อายุ (ปี)	65.38 ± 11.89 (35-92 ปี)
ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน (ปี)	8.71± 4.92 (1-19 ปี)
ดัชนีมวลกาย (BMI) (kg/m ²)	26.74 ± 5.71 (16-71 kg/m ²)
ไม่มีโรคร่วม	163 ราย (45.28)
โรคร่วม (ตอบได้มากกว่า 1)	197 ราย (54.72)
โรคความดันโลหิตสูง	172 ราย (87.30)
โรคหลอดเลือดสมอง	8 ราย (4.06)
โรคไขมันในเลือดสูง	94 ราย (47.71)
โรคหัวใจ	9 ราย (4.56)
โรคเก๊าส์	14 ราย (7.10)
ยาควบคุมเบาหวาน (ตอบได้มากกว่า 1)	
Metformin	290 ราย (80.55)
Glipizide	180 ราย (50.00)
Pioglitazone	112 ราย (31.11)
ยาควบคุมความดันโลหิต (ตอบได้มากกว่า 1)	
ACEI	166 ราย (46.11)
ARB	114 ราย (31.66)
Calcium channel - blockers	102 ราย (28.33)
Diuretic	98 ราย (27.22)
Alpha 1 – receptorblockers	38 ราย (10.55)
Beta – blockers	44 ราย (12.22)
ยาควบคุมไขมัน	
Simvastatin	214 ราย (59.44)
Atorvastatin	146 ราย (40.55)
Systolic Blood Pressure (mmHg)	135.85 ± 15.58 (97-186 mmHg)
Diastolic Blood Pressure (mmHg)	80.16 ± 14.08 (46-114 mmHg)

ตาราง 2 แสดงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ผลการศึกษา Mean ± S.D. (min-max)
Fasting plasma glucose (mg/dl)	165.95 ± 75.48 (51-388 mg/dl)
HemoglobinA1C (%)	7.85 ± 2.26 (4.5-16.3%)
Uric acid (mg/dl)	6.84 ± 3.24 (3.2-12.4 mg/dl)
BUN (mg/dl)	15.73 ± 9.76 (4.0-67.0 mg/dl)
Serum creatinine (mg/dl)	1.05 ± 0.93 (0.38-15.14 mg/dl)
Total cholesterol (mg/dl)	154.73 ± 70.28 (120-458 mg/dl)
LDL-cholesterol (mg/dl)	107.79 ± 36.86 (32-234 mg/dl)



HDL-cholesterol (mg/dl)	48.20 ± 13.62 (29-88 mg/dl)
Triglycerides (mg/dl)	167.45 ± 102.77 (40-669 mg/dl)
Albumin urine ((mg/dl)	39.82 ± 43.64 (18-360 mg/dl)
eGFR พื้นฐาน (mL/min/1.73m ²)	110.31±19.16 (15-154 mL/min/1.73m ²)

ตาราง 3 แสดงระยะไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการลดลงของอัตราการกรองของไต

Stage	eGFR (mL/min/1.73m ²)	6 เดือน จำนวน (ร้อยละ)	12 เดือน จำนวน (ร้อยละ)
1	GFR ≥ 90 mL/min/1.73 m ² with evidence of kidney damage	34 (22.07)	61 (34.07)
2	GFR 60-89 mL/min/1.73 m ² with evidence of kidney damage	83 (53.89)	62 (34.63)
3	GFR 30-59 mL/min/1.73 m ²	17 (11.03)	32 (17.87)
4	GFR 15-29 mL/min/1.73 m ²	4 (2.63)	6 (3.03)
5	GFR < 15 mL/min/1.73 m ² or dialysis-dependent	16 (10.38)	18 (10.40)
	รวม	154 (100.00)	179 (100.00)

ตาราง 4 แสดงการลดลงของอัตราการกรองของไตที่ระยะเวลา 6 เดือน 12 เดือน เปรียบเทียบกับค่า eGFR พื้นฐาน

การลดลงของอัตราการกรองของไต	Mean	S.D.	t	p-value
Baseline eGFR	110.31	19.16		
eGFR at 6 months	101.01	17.50	8.06	0.00*
Delta change eGFR at 6 months	9.31	21.91		
eGFR at 12 months	73.85	25.57	21.29	0.00*
Delta change eGFR at 12 months	36.46	32.49		

*p<0.05

ตาราง 5 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ปัจจัย	r	p-value
เพศ	0.256	0.28
อายุ	-0.599	0.00*
ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน	-0.497	0.01*
Body mass index (BMI)	-0.420	0.02*
Systolic BP	-0.204	0.93
Diastolic BP	-0.379	0.13
Fasting plasma glucose (FPG)	0.431	0.55
Hemoglobin A1c (HbA1c)	0.454	0.13
Blood urea nitrogen (BUN)	-0.425	0.00*
Creatinine	-0.495	0.00*
Cholesterol	-0.315	0.17
Low density lipoprotein (LDL)	-0.345	0.09
High density lipoprotein (HDL)	0.231	0.55
Triglyceride	0.256	0.28
Albumin urine	-0.548	0.00*



สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (73.61%) อายุเฉลี่ยของกลุ่มที่ศึกษา คือ 65.38 ปี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เกตุแก้ว จันทรจำรัส และ ดวงเนตร พิพัฒน์สถิตพงศ์ (2559) ซึ่งพบผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (55.1%) อายุส่วนใหญ่ของกลุ่มที่ศึกษา คือ 66 ปี อยู่ในช่วง 58-75 ปี สอดคล้องกับชวนชม เทพสุคนธ์ (2557) ซึ่งพบผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (54.6%) และอายุเฉลี่ย 57.6 ± 11.0 ปี มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด 7.85% ซึ่งสูงเกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 (สมาคมโรคเบาหวาน แห่งประเทศไทย และคณะ, 2560) แสดงถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานยังไม่ดีพอ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามระบบต่าง ๆ ตามมาได้ เช่น ตา เท้า ไต ระบบประสาท หัวใจ หลอดเลือด เป็นต้น (อรพินท์ สีขาว)

จากการศึกษานี้พบอุบัติการณ์การลดลงของอัตราการกรองของไต 49.72% (ที่ระยะเวลา 12 เดือน) ผู้ป่วยเบาหวานมี อัตราการกรองของไต ลดลงเฉลี่ย 9.31 ± 21.91 ml/min/1.73² ที่ระยะเวลา 6 เดือน โดยมีอัตราการกรองของไตลดลงสูงสุดใน ช่วง 12 เดือน คือ 32.46 ± 32.49 ml/min/1.73² มีอัตราการเกิดโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 2 มากที่สุด (34.63%) ไตวายระยะสุดท้าย (10.40%) ซึ่งมากกว่าการศึกษาของ เกตุแก้ว จันทรจำรัส และ ดวงเนตร พิพัฒน์สถิตพงศ์ ซึ่งพบอุบัติการณ์ 45.5% มากกว่าผลการศึกษาในต่างประเทศ ที่ Sheffield Kidney Institute ของ Nagi Altemtam และคณะ (2555) ซึ่งพบความชุก Type 2 diabetic chronic kidney disease patients 34.8% แสดงให้เห็นถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไตที่มีปริมาณสูง จำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวทางป้องกันและควบคุมการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไต รวมทั้งการพัฒนาบริการระบบสุขภาพให้ มีคุณภาพ การพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพเชิงรุก รวมทั้งการเพิ่มนโยบายคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไต

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไต พบว่า อายุ, ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน, ดัชนีมวลกาย, ระดับ BUN creatinine, และ albumin urine เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายผลได้ดังนี้

ในผู้ป่วยที่อายุมากขึ้น อาจมีโอกาสดังกล่าวภาวะแทรกซ้อนทางไตจากโรคเบาหวาน สาเหตุอาจเนื่องมาจาก เมื่ออายุมากขึ้นประสิทธิภาพการทำงานของไตจะลดลง หากผู้ป่วยไม่ควบคุมพฤติกรรมเรื่องการรับประทานอาหาร จะเกิดความเสียหายมากยิ่งขึ้น และไตอาจมีภาวะเสื่อม

ตามอายุอยู่แล้ว การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตามระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ahmed MA. และคณะ (2013) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากโรคเบาหวานเปลี่ยนแปลงตามระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ต่างจากการศึกษาของ Gunzler และคณะ (2013) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตคือเป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี ระดับแอลบูมินในปัสสาวะ ปกติ และไม่มีโรคไตจากเบาหวานในครอบครัว

การทำงานของไตตั้งต้นที่มีการเพิ่มขึ้นของครีเอตินินในเลือด จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ประมาณ 1.5 เท่า และเช่นเดียวกับการทำงานของไตลดลงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา การเพิ่มขึ้นของระดับแอลบูมินในปัสสาวะ มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไต ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากการศึกษาที่ผ่านมา คือ ระดับแอลบูมินในปัสสาวะที่สูงเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคไตจากเบาหวานและเพิ่มความเสี่ยงในการดำเนินไปสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย (Ruggenenti P, Porrini EL, Gaspari F, et al, 2012) ดังนั้นการตรวจพบภาวะไมโครอัลบูมินในปัสสาวะสามารถบ่งชี้ถึงการเสื่อมหน้าที่ของไตในระยะเริ่มแรก ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยอาจยังไม่มีอาการแสดงอาการใด ๆ ที่สามารถตรวจพบได้ การตรวจระดับอัลบูมินในปัสสาวะเพื่อใช้สำหรับวินิจฉัยภาวะไมโครอัลบูมินในปัสสาวะจึงเป็นการตรวจเบื้องต้นเพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตหรือค้นหาภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานได้เป็นอย่างดี (นันทยา ทางเรือ, เทศทัศน์ คำบุตตี และอรุณ สารพงษ์, 2559)

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าการมี BMI ที่มากมีผลต่อการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับความเสียหายต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เพิ่มขึ้น โดยน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้นรวมทั้งการมีไขมันสะสมในอวัยวะภายในซึ่งทำให้ไตถูกกดเบียด ส่งผลให้เกิดการดูดซึ่มกลับของโซเดียมที่ไตเพิ่มขึ้น ซึ่งมีการตอบสนองโดยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดในไต ไตต้องทำงานหนักจนทำให้หน่วยไตเกิดความเสียหายในที่สุด และทำให้มีความดันโลหิตสูงขึ้นตามมา กลไกเหล่านี้จะยิ่งทำให้ไตเสียหายมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยมีการศึกษาในผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) และรอบเอว (waist circumference) เพิ่มขึ้นพบว่ามีความสัมพันธ์กับอัตราการกรองของไตที่ลดลงโดยเพศหญิงที่มีเส้นรอบเอวมมากกว่า 102 ซม. และเพศชายที่มีเส้นรอบเอวมมากกว่า 88 ซม. มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวายมากขึ้นเกือบ 2 เท่า (Herrington WG

และคณะ, 2017) และยังพบว่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับปริมาณโปรตีนในปัสสาวะที่เพิ่มขึ้น (Hall ME. และคณะ, 2014) ขณะที่บางปัจจัย เช่น ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดไม่พบความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นผลมาจากผู้ป่วยทุกรายได้รับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวเป็นอย่างดีตามมาตรฐานการรักษาในปัจจุบัน เห็นได้จากผู้ป่วยในการศึกษาส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยากลุ่ม ACEI ร้อยละ 46.11 ระดับความดันโลหิตมีค่าเฉลี่ย 135.85/80.16 มิลลิเมตรปรอท

ข้อเสนอแนะ

1. กำหนดนโยบาย เพิ่มการสนับสนุนการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไต กระตุ้นให้บุคลากรตระหนักถึงการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง พัฒนาระบบการบริการด้านสุขภาพเชิงรุก สร้างระบบการเยี่ยมบ้าน (home health care system) ให้มี

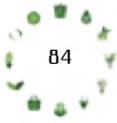
ประสิทธิภาพ เพื่อเข้าถึงผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด เพื่อควบคุมและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2. ในระดับชุมชนควรเน้นการให้ความรู้ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไตแบบเข้มงวดหรือเน้นรายบุคคลเพื่อช่วยส่งเสริมการปรับพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอไตเสื่อม เช่น ในบุคคลที่มี BMI มากหรือน้อยเกินไป ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในค่าที่เหมาะสม ซึ่งจะทำให้ ผู้ป่วยได้ทราบว่ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นแต่เนิ่นๆ

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไต เนื่องจากการใช้ชีวิตในปัจจุบันมีการเข้าถึงยา อาหาร และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่แตกต่าง ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลอื่นที่เป็นตัวแปรด้านพฤติกรรมและนำไปสู่การส่งเสริมพฤติกรรมมารดูแลตนเองของผู้ป่วยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- เกตุแก้ว จันทร์จรัส และ ดวงเนตร พิพัฒน์สถิตพงศ์. การสำรวจความชุกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ไต ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า. วารสารเทคนิคการแพทย์. 2559; 44(1): 5508-21
- ชวนชม เทพสุคนธ์ และทิโมธี อี โอไบรอัน. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะไมโครอัลบูมินในปัสสาวะในผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลน่าน. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่. 2557; 47(2): 118-124.
- นันทยา ทางเรือ, เทศทัศน์ คำบุตดี และอรุณ สารพงษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับไกลโคฮีโมโกลบิน และภาวะไมโครอัลบูมินในปัสสาวะของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วารสาร มฉก.วิชาการ. 2559; 20(39): 31-43.
- นารีรัตน์ พุ่มสลด และ บัญชา สติระพจน์. การติดตามการลดลงของอัตราการกรองของไตระยะยาว ในผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2. เวชสารแพทย์ทหารบก. 2559; 69: 159-66.
- รัชดา เกรสซี่. โรคเบาหวาน ความรู้พื้นฐานและการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง. เชียงใหม่ : สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2557.
- วางรศนา พิชัยวงศ์. โรคไตจากเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร : เท็กซ์แอนด์เจอร์นัล; 2559.
- วสุนันต์ ทองดี, บรรจง กิตติสว่างวงศ์, จินตนา ทองดี. และ ประสิทธิ์ หมั่นดี. การประเมินการลดลงอัตราการกรองผ่านไตเพื่อการพยากรณ์ความเสี่ยงการเกิดโรคไตเสื่อมเรื้อรัง และการพัฒนา Application Thai CKD Risk Calculation. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563; 29(2): 239-251.
- ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. สถิติโรคเบาหวาน ปี 2560-2562. ลพบุรี: เวชสถิติโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. [ม.ป.ท.]
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : บริษัท รมเย็น มีเดีย จำกัด; 2560.
- อรพินท์ สีขาว. ภาวะแทรกซ้อนอย่างเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. สมุทรปราการ : โครงการสำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2558.
- Altemtam N, Russell J, El Nahas M. A study of the natural history of diabetic kidney disease (DKD). Official publication of the European Dialysis and Transplant Association European Renal Association. 2012; 27: 1847-54.
- Ahmed MA, Kishore G, Khader HA, Kasturirangan MN. Risk factors and management of diabetic nephropathy. SJKDT. 2013; 24: 1242-7.



- Fufaa GD, Weil EJ, Lemley KV, et al. Structural Predictors of Loss of Renal Function in American Indians with Type 2 Diabetes. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2016; 11: 254-61.
- Gunzler D, Bleyer AJ, Thomas RL, et al. Diabetic nephropathy in a sibling and albuminuria predict early GFR decline: a prospective cohort study. *BMC Nephrol*. 2013;14:124.
- Hall ME, Carmo JM, Silva AA, Juncos LA, Wang Z, Hall JE. Obesity, hypertension, and chronic kidney disease. *Int J Nephrol Renovasc Dis*. 2014; (7): 75-88.
- Herrington WG, Smith M, Bankhead C, Matsushita K, Stevens S, Holt T. et al. Body-mass index and risk of advanced chronic kidney disease: Prospective analyses from a primary care cohort of 1.4 million adults in England. *Plos One*. 2017; 12(3): 1-15.
- International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas-Key messages [online]. [cited Aug 13, 2018]. Available from: www.diabetesatlas.org/key-messages.html; 2017.
- Pan Y, Jiang S, Qiu D, et al. Comparing the GFR estimation equations using both creatinine and cystatin c to predict the long-term renal outcome in type 2 diabetic nephropathy patients. *J Diabetes Complications*; 2016.
- Ruggenti P, Porrini EL, Gaspari F, et al. Glomerular hyperfiltration and renal disease progression in type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2012; 35: 2061-8.